



Дәрігер тәжірибесіндегі дәлелдемелі медицина

Дәріскер: медицина ғылыми кандидаты
Әділғожина Салтанат Муратбекқызы

Жоспар

1. Сапалы медициналық көмек туралы түсінік
2. Дәлелдемелі медицина түсінігі
3. Тарихы. Кохран бірлестігі
4. Зерттеулердің дәлелдемелігінің деңгейлері
5. Нұсқаулардың деңгейлері
6. Кез-келген диагностика мен емдеу әдістерінің алтын стандарты- рандолизацияланған бақыланатын зерттеулер
7. Жүйелі шолу. Мета-анализ
8. Когортты зерттеу. Кездейсоқ бақылап зерттеу
9. Жеке тәжірибе
10. Клиникалық сұрақты дұрыс құрастыру
11. Ақпаратты іздестіру әдістері мен көздері
12. Дәлелдемелі медицинаға қажет шарттар



1. САПАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ТУРАЛЫ ТҮСІНІК

Медициналық қызмет сапалығын көтеру
көптеген елдер үшін денсаулық сақтау
жүйесінің маңызды мақсаты.

Халық денсаулығына әсер ететін себептер:

- 1. көрсетілген медициналық көмектің әсерлігі,**
яғни медициналық көмек денсаулық мәселелерін қалай шеше алады
- 2. көрсетілген медициналық көмекке кеткен шығындардың тиімділігі,** яғни пациенттің қажетсіз көмектен босатылуы
- 3. көрсетілген медициналық көмектің зиянсыздығы**

Халық денсаулығының деңгейі медициналық көмектің сапасына сәйкес болады.

Сапалы медициналық көмек деген түсінікке ортақ келістірілген анықтама берілмеген.

Бұл түсініктің сипаттары:

- медициналық көмектің соңғы ғылыми жетістіктерге, стандарттарға сәйкес болу керек
- ресурстарды эффективті қолдану керек
- пациенттердің қажеттіктерін орындау керек


Сонымен, **медициналық көмектің сапасы** дегеніміз орнатылған критерийлер мен көрсеткіштерге сәйкес мемлекетпен сұрастырылған гарантиялар бойынша халыққа медициналық көмекті көрсетуге бағытталған және халық ризашылығын білдіретін әрекет.

Медициналық көмектің сапасына әсер ететін факторлар:

1. алғашқы медико-санитарлық қызметтің деңгейі
2. медициналық көмектің жоғарғы технологияларының дамуы.


Сапалы медициналық көмекті көрсетуге қажет факторлар:

- жоғары квалификациядағы медициналық кадрлер, себебі олар клиникалық шешімдерді ғылыми тұрғыда негіздейді
- медициналық ұйымдарың тиімді менеджерлері, себебі олар қолданылатын емдеу әдістердің экономикалық және клиникалық тиімділігін қамтамасыз етеді



Медициналық көмектің
нәтижелігін жоғарлату үшін
денсаулықты сақтауда келесі
технологияларды қолдану қажет:

1. Клиникалық тиімділігі (эффективтілігі)
дәлелденген
2. Қауіпсізді
3. Қолданылуда экономикалық тиімді
болып табылатын



Медициналық көмектің сапасына көңіл аудару дәрігерлерді дайындауда жаңа әдістерді қолдануды қажет етті. Солардің ең нәтижелісі болып дәлелдемелі **медицина** табылды.




2. ДЭЛЭЛДЕМЕЛІ МЕДИЦИНА ТҮСІНІГІ




Дәлілдемелі медицина

(Evidence-based medicine) - қазіргі уақыттың маңызды жетістіктерінің бірі, қазіргі кездегі клиникалық тәжірибені белгілеу үшін арналған термин.



Дәлелдемелі медицинаның негізгі принциптері 150 ж бұрын Францияда құрастырылған. Сол уақытта медицина мен ғылымның байланысы әлсіз болды, ал дәрігерлер үшін патофизиологиялық механизмдер туралы мәліметтер маңызды болған. Егер аурудың себебі анықталған болса, олар оны жоюға тырысатын. Осы арқылы олар сол уақыттың негізгі себебі болған жұқпалы аурулармен күрескен. Осы әдістерді қолдану арқылы XX ғасырда көптеген елдерде өмірдің орташа ұзақтығы жоғарлаған.




**Дәләлдемелерге негізделетін медицина (ДМ)-
клиникалық зерттеулерді жүргізуге және**

**бағалауға, олардың нәтижелерін қолдануға
арналған методологиялық әдістер жиынтығы.**
Қарапайым сөзбен айтқанда ДМ дегеніміз -
науқасты жүргізгенде қазіргі кездегі тек қана
оған қажет әдістерді қолдану.

ДМ әдісінің негізгі принципі:


белгілі бір тақырып бойынша халықаралық басылымдарда шыққан ғылыми зерттеулерді бағалап ең дұрыс және нәтижелі медициналық көмек туралы қорытынды шығару және оны дәрігердің күнделіктегі практикасында қолдану.

Ол көбінесе рандомизацияланған клиникалық зерттеулер нәтижелерінің анализіне арқаланады, бірақ, онымен ғана шектелмейді.



ДМ дәрігерлерге арналған клиникалық тәжірибеден нұсқауларды негіздеу үшін қолданылады.

ДМ туралы айтқанда дәрігер көзқарасының өзгерісі жөнінде және жаңа дәрігерлік кодекс туралы айтуға болады.




ДМ -нақты науқасты емдеу үшін ең жақсы клиникалық зерттеулерді пайдалану

ДМ постулаттарының бірінде дәрігерлік шешім қабылдағанда максималды абайлы болуы қажет деп берілген

ДМ клиникалық эпидемиологияға негізделеді

Клиникалық эпидемиология (КЭ)- ғылыми әдістерді қолдану арқылы аурудың клиникалық ағымын ұқсас жағдайларда науқастар топтарын зерттей отырып нақты болжам беруге мүмкіндік беретін ғылым. Ол әрбір науқасқа болжау жүргізуге мүмкіндік береді. КЭ-ның мақсаты - қателіктер әсерінен босатылған, дұрыс қорытындыларды жасауға мүмкіндік беретін клиникалық бақылау әдістерін дайындау және қолдану.



Медициналық практикаға ғылыми зерттеулерді еңгізу жолдарының бірі болып клиникалық нұсқаулар мен науқастарды жүргізу протоколдарды енгізу саналады. Науқастарды жүргізу протоколдарды дәрігерге дәлелдемелерді қолдану арқылы науқасқа ем жүргізуге мүмкіншілік береді.



3. ТАРИХЫ. ҚОХРАН БІРЛЕСТІГІ

Тарихы

Дәләлдемелерге негізделетін медицина (Evidence-based medicine) түсінігін 1990 ж Торонтодағы Мак Мастер университетіндегі канадалық ғылымдар енгізген.

1980-ші жылдардан бастап медицинаның дамуы ДМ концепциялары мен әдістерін енгізумен байланысты. ДМ-ң басты идеясы өте қарапайым – практикада тек қана клиникалық зерттеулер нәтижесінде дәлелденген ең әсерлі диагностика және емдеу әдістерін пайдалану.



ДМ ағылшын эпидемиологы Арчи Кохран атағына аталған.

Ол, әр-бір нақты клиникалық әдісті бақыланған клиникалық зерттеумен бағалауды және нәтижелерін арнайы медициналық көмектің тиімділігін көрсету деректер базасында сақтауды, ең алғаш рет ұсынған.

Онымен ДМ-ң концепциясы алғаш рет құрастырылған.

Кохран бірлестігі

Кохран бірлестігі - халықаралық
коммерциялық емес ұжым.

Негізгі мақсаты - медициналық зерттеулердің
соңғы нақты ақпараттарын жинау.

Кохран бірлестігінің келесі сайттарын қарастыруға болады:


Кохран бірлестігінің ресми сайты:

[Kttp://www.cochrane.de/](http://www.cochrane.de/)

Ресей бөлімінің сайты:

[Kttp://www.cochrane.ru/](http://www.cochrane.ru/)


Солтүстік Еуропалық Кохран орталығының Ресей бөлімінің
мүдірі профессор В.В. Власов.



Дәлелдемелі медицинаның
мамандарының аймақаралық қоғамы
(ДММО) құрамындағы

Свердлов аймақаралық бөлімінің сайты:

Kttp:// [www.osat-uzal.h10](http://www.osat-uzal.h10.ru/)
ru/




Қоғамдық денсаулық сақтаудың Санкт-Петербург мектебінің сайты:

[Kttp://www.stp hs.nazod/ru/](http://www.stp_hs.nazod.ru/)

ДМ-ң мен фармакотерапияның

Мәскеу орталығының сайты:

[Kttp://evbmed.fbm.msu/zu/](http://evbmed.fbm.msu/zu/)



ДМ-ң қажеттілігі 150 жыл бұрын сезілсе де, бұл бағыт біздің заманымызда ғана дамуын алды. Тек Internet арқасында дәрігерлер миллиондаған клиникалық зерттеулерді оқи алады.

ДМ неге қажет?

1. дәрігерлер мен мейірбикелердің әрекетінің тек қана 30% зерттеулермен дәлелденген
2. медициналық кірісудің қауіпсізді немесе көмексіздігі анықталғаннан кейінде ол жылдар бойы қолдануда болады
3. 2003 ж Ресей ауруханаларында сатып алынатын дәрі-дәрмектердің алғашқы қатарында ноотроптар, актовегин, анальгин болған
4. керекті медициналық кірісулерді практикаға еңгізу өте қиын


Неліктен бізге дәлелдемелер қажет?

1. Дәрігерлерге ақпарат қажет. Соңғы мәліметтер бойынша, науқастардың 2/3 бөлігіне көмек көрсету үшін дәрігерге ақпарат керек, бірақ олар оны аз мөлшерде алады. Кітаптар ескіреді, журналдарда жинақы емес, оқуға мүмкін емес.
2. Жетілдіру курстары. Мәселені өз бетімен шешеді:
 - сіздің тәжірибеңізге жақын келмейтін жағдайлар
 - сертификаттау арқасында байиды
 - өзіңіз де олардан кем емессіз
3. Соңғы мәліметтер бойынша, отандық журналдардың 1/2 бөлігі жарнамалы болып сипатталады.



4. ЗЕРТТЕУЛЕР ДӘЛЕЛДЕМЕЛІГІНІҢ ДЕҢГЕЙЛЕРІ

Клиникалық зерттеулердің сапасын бағалайтын ыңғайлы әдіс болып 90-шы жж ұсынылған бағалаудың рейтингтік жүйесі саналады. Зерттеулерді бағалау үшін дәлелдемеліктердің деңгейі деген ұғымды қолданады. Әдетте дәлелдеменің 3 тен 7 ге дейін деңгейін ажыратады. Деңгейдің саны өскен сайын клиникалық зерттеулердің сапасы төмендеп, олар тек қана бағдарлы мазмұнға ие болады.



I деңгейдегі дәлелдемеліктерге жақсы ұйымдастырылған, ірі, рандомизацияланған, екі реттік соқыр (двойной слепой), плацебобақыланатын зерттеулердегі және бірнеше бақыланатын рандомизацияланған зерттеулердің мета-анализінде алынған мәліметтер жатады.

II деңгейдегі дәлелдемеліктерге ірі емес рандомизацияланатын және бақыланатын зерттеулер мәліметтері жатады (зерттеуге алынған науқастардың саны аз болғандықтан статистикалық нақты нәтижелерді ала алмаған кезде).


«Кездейсоқ-бақылау» (случай-контроль) және когортты зерттеулер **II** немесе **III** деңгейдегі дәлелдемеліктерге жатады.

Эксперттер топтарының есептеріндегі немесе мамандар консесусындағы мәліметтер **III** немесе **IV** деңгейдегі дәлелдемеліктерге жатады.

Мәліметтердің дәлелдемелік деңгейлері

(1 кесте)

I	Бір немесе бірнеше рандомизацияланған клиникалық зерттеулерде (РКЗ) алынған мәліметтер
II-1	Жоғары әдістемелік сапасы бар рандомизацияланған емес зерттеулерде алынған мәліметтер
II-2	Когортты немесе аналитикалық когортты зерттеулер, кездейсоқ бақылау, бірнеше клиникалық базаларда немесе зерттеулер тобымен жүргізілген жоғары сапалы әдістер нәтижесінде алынған мәліметтер
II-2	Бірнеше клиникалық зерттеулерді салыстыру нәтижесінде алынған мәліметтер. Олар әр түрлі уақытта, әр түрлі жерде, кірісулер фонында немесе онсыз өткізілген
III	Экспериментальды емес (салыстырмалы, суреттеуші, кездейсоқ бақылау) жақсы ұйымдастырылған зерттеулер нәтижесінде алынған мәліметтер
IV	Эксперттердің немесе экспертті комиссияның, жоғары дәрежелі мамандардың пікірлеріне негізделген деректер.




Құрастырушылардың пікіріне байланысты (ДМ ұлттық қоғамдары, мамандар қоғамдары) бір зерттеудің өзі әртүрлі деңгейлерге жату мүмкін, бірақ зерттеулердің жалпы таралу реттілігі барлық жерлерде біркелкі болады, яғни 1 кестедегі критерийлерге сәйкес.



5. НҰСҚАУЛАРДЫҢ ДЕҢГЕЙЛЕРІ

ДМ жүйесінде әрбір ауруларды анықтау және емдеу бойынша практикалық нұсқаулардың рейтингі болады — **нұсқаулардың дәлелдемелік дәрежесі.**

I деңгейге жататын дәлелдемеліктер А әрібімен, II – B, III – C, IV-D әріптерімен белгіленеді.



А дәрежесінде клиникалық нұсқаулар жоғары дәлелдемелі,

В дәрежесінде – салыстырмалы,

С дәрежесінде – толық емес, бірақ жағдайға байланысты қолданылуы мүмкін,

D, E – толық емес дәлелденген нұсқаулар деп саналады

Нұсқаулардың дәлелдемелік дәрежесінің шкаласы.

А	Жоғары сапалы мета-анализ, РКЗ-ң жүйелі бақылауы немесе өте төмен қателік мүмкіндігі бар (++) РКЗ
В	•Жоғары сапалы (++) когортты зерттеулердің жүйелі бақылауы, кездейсоқ бақылау немесе қате жіберуге өте төмен қаупі бар жоғары сапалы (++) когортты зерттеулер және кездейсоқ бақылаулар •қате жіберуге жоғары емес қаупі бар РКЗ
С	•қате жіберуге жоғары емес қаупі бар когортты зерттеулер немесе кездейсоқ бақылаулар немесе рандомизациясыз бақыланатын зерттеулер •қате жіберуге өте төмен немесе жоғары емес қаупі бар РКИ.
Д	•болған оқиғаларды сипаттау •бақыланбайтын зерттеулер •эксперттердің пікірі

Ары қарай алынған мәліметтерге анализ бергенде келесі дәлелдемелік дәрежесі шкаласын қолданады:

- **А. Дәлелдемелер нақты:** бұл әдісті пайдалануға нақты дәлелдемелер бар.
- **В. салыстырмалы дәлелдемелер:** бұл нұсқауды қолдану үшін дәлелдемелер жеткілікті
- **С. нақты дәлелдемелер жоқ:** қолдануға нұсқау беру үшін мәлімет аз, алайда оларды жағдайға байланысты пайдалануға рұқсат.
- **Д. Терістейтін дәлелдемелер бар:** белгілі ситуацияда белгілі әдісті қолданудан бас тартуға нұсқайтын мәліметтер жеткілікті.
- **Е. Нақты теріс дәлелдемелер:** бұл әдісті нұсқаулардан алып тастау үшін деректер жеткілікті.

Клиникалық зерттеулердің түрлері:

1. **Ретроспективті**, өткен оқиғаларды бағалайды
2. **Проспективті**: басында зерттеу жоспары құрастырылады, мәліметтерді жинау және өңдеу реті орнатылады, содан соң осы жоспар бойынша зерттеулер жүргізіледі. Бақыланатын зерттеулердің барлығы проспективті зерттеулерге жатады

Клиникалық зерттеулердің жіктелуі

- 1. Обсервациялық зерттеулер (бақылап зерттеу)**
науқастардың бір және бірнеше топтары белгіленген сипат бойынша суреттеледі және бақыланады.
- 2. Экспериментальды зерттеулер**
кірісулер (дәрі, процедура, ем және т.б.).
Зерттеуге бір, екі, және одан көп топтар қатысады. Зерттеу объективті бақыланады

Обсербациялық зертеулердің типтері

1. оқиғалар серияларын зерттеу немесе суреттемелі зерттеу
2. кездейсоқ бақылау (ретроспективті):
 - жаңа оқиғалардың себебі және жиілігі
 - қауіп факторын анықтау
3. Таралуды көлденен зерттеу:
 - ауруды, диагностикасын, өршуін, механизмін суреттеу
4. когортты зерттеулер (проспективті):
 - аурудың себебі және жиілігі
 - болжам
 - қауіп факторларын анықтау
5. Тарихы когортты зерттеулер

Экспериментті зерттеулердің типтері

А. Бақыланатын зерттеулер

1. Паралельді немесе конкурентті бақылау
 - рандомизацияланған
 - рандомизацияланған емес
2. Кейін бақылау
 - өз-өзімен
 - басқа адаммен
3. сырттан бақылау
 - тарихиды қоса

Б. Бақыланбайтын зерттеулер

Зерттеу жұмысындағы ең маңыздысы-оның нақтылығы. Медициналық әдебиетте үлкен зерттеулер жүргізілгенмен, оларды толық қарастырғанда нақты деп айтуға келмейтін мәліметтер кездеседі. Бұл ғылыми клиникалық зерттеулерге уақытында әдістемелік талаптардың орындалмағанынан болады. Осындай талаптардың біріне **бақыланатын клиникалық зерттеулер (БКЗ) жатады.** Ол кез-келген диагностика және емдеу әдісінің алтын стандарты болып табылады.


БКЗ –де зерттелетін адамдарды кездейсоқ ретте (рандомизацияланған түрде) 2 топқа бөледі:

1. негізгі - зерттелетін кіріспе қолданылады

2 бақылау - плацебо немесе басқа


медициналық іріспе қолданылады.

Зерттеудің осындай құрылымы медициналық кіріспенің әсерлігін салыстыра алады.




БКЗ нақты нәтижелерді алу әдісімен ғылыми негізделген. Оны өткізу үшін келесі объективті мәліметтерді алуға мүмкіндік беретін бақылау әдістері қолданылады:

1. Салыстырмалы зерттеулер
2. Рандомизация
3. Зерттеулерді маскалау (ослепление исследования)



6. Рандомизацияланатын бақыланған зерттеулер

- Рандомизациялық бақыланатын зерттеулер ең тиімді клиникалық зерттеулерге жатады. Рандомизациясыз топтар бір себептер бойынша біркелкі болмай қалады. Осындай айырмашылықтардан дұрыс нәтиже күте алмаймыз. Рандомизацияның кең таралғанына қарамастан, оның мәнін дұрыс түсінбейді. Науқастарды кездейсоқ бөлгеннің орнына, қарапайым әдістерді (аты, туған күні, т.б. бойынша) қолданады. Бұны псевдорандомизация деп атайды. Рандомизация жүргізу үшін кездейсоқ сандар таблицасын және одан да күрделі әдістерді қолданады.




БКЗ-ң жетістіктерінің бірі - ішкі шарттардың, яғни субъективті факторлардың ролін анықтау. Зерттеушілердің кез-келгені дұрыс мәлімет бермей зерттеудің нәтижесіне әсер ете алады.

Клиникалық зерттеулердің алтын стандарты болып рандомизирленген қосарланған маскалы салыстырмалы зерттеулерді жүргізу табылады.



7. Жүйелі шолу. Мета-анализ

-
- Ең көп оқылатын басылымдар **сипаттамалы шолуда** берілген. Онда автордың нақты мәселе бойынша позициясы көрсетілген.
 - Оған қарама-қарсы **жүйелі шолуда** маңызды ғылыми зерттеулер бар. олардың негізінде мета-анализ және жеке клиникалық зерттеулердің нәтижелерін жүйелі анализдеу өткізіледі.



Жүйелі шолу мен мета-анализ кез-келген ғылыми зерттеу сияқты нақты жоспарлауды қажет етеді. Осы этапта анализдің мақсатын белгілеп, ғылыми зерттеулерді таңдауы критерийлерін, статистикалық анализ әдістерін, ақпаратты іздестіру әдістемесін анықтап алу жөн.

Жүйелі шолу

Обзор дегеніміз маңызды ғылыми зерттеулер. Онда зерттелетін сұрақ белгіленген, әр түрлі зерттеулердің нәтижелерін табу, таңдау, бағалау және ортақтастыру үшін қолданылатын әдістер сипатталған. Жүйелі анализге мета-анализ кіреді(бірақ оны пайдалану міндетті емес).

Мета-анализ

- бір тақырыпта өткізілген зерттеулердің нәтижелерін қосу.
- негізінен жүйелі обзорға негізделеді бірнеше зерттеулердің нәтижелерін біріктіретін статистикалық анализ, ал соңғы бағасы бір көрсеткіші түрде беріледі (мұнда жоғары методологиялық сапасы бар ірі зерттеулерге үлкен салмағы беріледі).



7. Қогортты зерттеулер

Когортты зерттеулер

Эксперименталды емес зерттеу әдісі. Ол қатысқан топтарды бақылап, оларда белгілі клиникалық нәтижені анықтауға мүмкіндік береді.

Артықшылықтары:

- **жағдайларды, ауруларды, қауіп факторын және нәтижелерін зерттеуге ең ыңғайлы дизайн. Ауыршандықты (яғни абсолютті қауіп) анықтайтын жалғыз әдіс.**
- **Дұрыс дәлелдемелерді алуға уақыты жеткілікті**
- **Көптеген жүйелік қателерді болдырмауға болады (егер нәтижесі алдын-ала белгілі болса)**
- **Қауіп факторы мен бірнеше деректер арасындағы байланысты бағалауға мүмкіндік береді**

Кемшіліктері:

- қымбат (көп адам санын қажет етеді)
- дертпен және бірнеше факультеттің арасындағы байланысты анықтауға мүмкіндік береді яғни зерттеудің басында белгілі болған факторлар).
- Сирек дерттер кезінде пайдалану ыңғайсыз;
- Нәтижелері көп уақыт бойы белгісіз болып қалады

Кездейсоқ бақылап зерттеу (case control study)

- Клиникалық көрінісі (негізінен жағымсыз) дамыған және дамымаған екі топты салыстыратын зерттеу әдісі. Мақсаты-дәл клиникалық көріністің даму факторларын анықтау. Бұл әдісті негізінен сирек кездесетін аурулардың себебін анықтауда қолданады, мысалы, қатерлі ісіктің кейбір түрлері.

Артықшылықтары:

- сирек аурулар немесе қысқа уақытты қажет ететін жағдайлар үшін ең тиімді дизайн;
- біріншілік гипотезаларды сынау үшін қолданады;
- өте қысқа;
- арзандау

Кемшіліктері:

- жүйелі қателері өте көп
- алғашқы сипаттамалар сапасына тәуелді
- бақылау тобын іріктеудегі қиындықтар

Медициналық зерттеулердегі дизайн

Қорытынды

- РКИ- ең нәтижелі, бірақ қымбат және уақыт көп керек;
- Жақсы дайындалған обсервациялық зерттеулер ауру себебін анықтауда жақсы нәтиже береді, бірақ олар толық дәлелдемелі емес.
- Когортты зерттеулер- ауру ағымын зерттеу және қауіп факторларын анықтау үшін ең тиімді әдістер
- Кездейсоқ бақылап зерттеу тез және арзан.



9. Жеке тәжірибе

Жеке тәжірибелік және аурудың даму механизмдерін білу сөзсіз маңызды болғанмен, келесі жағдайларды есте сақтаған жөн:

- көп жағдайларда аурудың диагнозы, болжамы ем нәтижелері анықталмаған, сондықтан олар мүмкіндік түрінде шешілуі керек:
- Бұл мүмкіндіктер ұқсас науқастарды жүргізу нәтижесінде жиналған тәжірибеге негізделуі тиіс.
- Клиникалық бақылауларды ерікті қозғалатын науқастарға әр түрлі пікірлері мен квалификациясы бар дәрігерлер жүргізеді, сондықтан жүйелі қателер жіберілуі мүмкін.
- Кез-келген бақылаулар соның ішінде клиникалық, кездейсоқтыққа тап бола алады;
- Қате жібермеу үшін дәрігерлерге жүйелі қателерді минимизациялау және кездейсоқ қателерді санау арқылы қаталғылыми принциптерге сүйену керек.



10. Клиникалық сұрақты дұрыс құрастыру

ДМ пайдаланудағы негізгі сатылары:

~~Науқас шағымдарынан нақты клиникалық мәселе құрастыру~~

- Әдебиеттерді зерттеу-сұраққа жауап табу үшін
- Деректердің дәлелдемелігін және қажеттігін бағалау
- Өзінің науқасын зерттеуге әдісті қолдану
- Клиникалық тәжірибе алған нәтижелі бағалау
- ДМ ең маңыздысы клиникалық сұрақты дұрыс құрастыра алу

Ол үшін сұрақтар 2 қасиетке ие болу керек. Клиникалық оқиғаға тікелей қатынасы болуы керек және оларды құрастырғанда іздестіру машиналар форматына сай болуы тиіс.

Дұрыс құрастырылған клиникалық сұрақтың анатомиясы (ПВСИ – PICO)

- Patient – Науқас немесе проблема
- Intervention - әсер ету, болжам
- Comparison - салыстыру
- Outcome – нәтиже
- **Tg – tyre of question** (клиникалық сұрақтың типі)
- **Ts – tyre of study** (зерттеу типі)

Дұрыс құрастырған клиникалық сұрақтар төрт элементтен тұрады.

Клиникалық жағдай	Осы науқасқа өте ұқсас пациенттер тобын нақты, әрі қысқаша сипаттау	Қанайналым жеткіліксіздігі дилатациялық кардиомиопатияға байланысы бар науқастарға синусты ырғақты бұзылысымен
Әсер ету (қауіп факторы, болжау факторы, емі)	Қандай әсер ету әдісі қолданылады немесе бар	Стандартты емге қосымша варфаринмен антикоагулянтты емді алатын науқастар
Салыстырмалы әсер	Салыстыруға болатын басты альтернатива	Стандартты еммен ғана салыстыру
Нәтижесі	Мүмкін нәтижесі	Тромбоэмболия жиілігін азайту

Клиникалық сұрақтар

Мәселе	Сұрақ
Нормадан ауытқу	Пациент сау ма, әлде ауру ма.
Диагноз	Диагноз қою үшін қолданылған әдістер қаншалықты нақты
Жиілігі	Бұл ауру қаншалықты жиі кездеседі
Қаупі	Арудың жоғары қауіптілігі қандай фактормен байланысты
Болжам	Арудың болжамы қандай
Емі	Емнің әсерінен арудың ағымы қаншалықты өзгере алады
Алдын-алу	Сау адамдарға арналған алдын-алу шаралары бар ма. Ерте анықтап, емдегенде ауру ағымы жақсара ма.
Себебі	Бұл ауруға қандай факторлар әкеледі Оның патогенезі қандай
Бағасы	Бұл ауруды емдеу қанша қаражатты қажет етеді

Дәлелдемелерді іздестіру

- Басылымдарда алдын-ала іздеу
- суммациялау (дәлелдемелі отчет – Evidence Reports, Cochrane ревью, ACP Journal Club)
- электронные ресурсы
- электронные журналы
- CD-ROM Internet
- Medline (US National Library of Medicine Medline =PubMed)
- <http://www3.ncbi.nih.gov/PubMed/>)
- Health Star
- Регистр контролируемых исследований Cochrane

Источники

- * Московский центр доказательной медицины и фармакотерапии-
- <http://evmed/fbm.msu.ru>
- <http://www.consilium-medicum.com>
- <http://www.cochrane.ru> (российское отделение Кокрановского Сотрудничества)

Средства поиска

- Универсальные поисковые машины (search engines)
- Медицинские поисковые машины
- Тематические каталоги (subject directories)
- Библиотеки (Cochrane, PubMed, Medline)
- Специализированные сайты
- Электронные версии журналов

-
- ДМ-ң әдістерін, соның ішінде нұсқаулардың рейтингтік жүйесін қолдану, біздің ойымызша клиникалық тәжірибе болашақта нұсқауларды дайындауға өте қолайлы, және келешекте стандарт ретінде болмақ.


Дәрігер жаңа медициналық технологияларды тек бөліп қоймай, олардың пайдалану эффектілігін және қауіпсіздігін білген жөн.

- Еш күмәнсіз айтуға болады, елдерінің жанұялық және жалпы профильді дәрігерлері денсаулық сақтау ісіне өте ауқымды үлесін қосуда. Жиі жанұялық дәрігерлер арнайы мамандармен салыстырғанда дұрыс ем тағайындайды.

Ресей мен Қазақстанда бұрынғы дәрігерлік көзқарастар АҚШ-тағы сияқты берік тұрақталып алған. Алайда ДЖМ бізге ескі және жаңа емдеу әдістеріне критикалық тұрғыдан қарастыруға және оптимальды емді таңдауға үйрететініне сенеміз.

Қиыншылықтары

- Дәрігерлерді дайындау, клиникалық тәжірибенің стандарттарын жасау, технологияларды бағалау процесстеріне ДМ енгізу стратегияларының жоқтығы.

- 
- ДМ термині шаблонды болып қалды
 - Дәрігерлердің дипломға дейінгі білімінде кейбір базисті пәндердің жоқтығы, терминологиядағы айырмашылық.
 - Отандық баспалардың сапасы
 - Басылымдармен ерікті түрде қолдану (үнемі периодты түрде шығатын басылымдар)
 - Отандық электрондық мәліметтер базалары мен каталогтарының жоқ болуы
 - Жүйелі қателер
 - Интернетке Dial-up ену режимі
 - Қаржылай, шектелу (OVID, UpTo Date, Clinical Evidence т.б.)
 - Ақпараттық технологиялар мен шетел тілі бойынша медициналық қызметкерлердің дайындық деңгейі


„ ... дәрігердің дамуында әдебиет маңызды рөлге ие, бірақ егер ол жүйелікпен қолданылса ғана. Қазіргі кезде көптеген баспалар шығып жатыр. Олардың барлығын оқып бітіру мүмкін емес.. Оқығанда қажеттісін таңдап, маңызды жаңа факторге тоқтай білу керек.,,
профессор С.П. Боткин,
1986ж.

Дәлелді медицина ол

- А) жеке ғылым
- В) ерекше статистика
- С) шығындарды қысқарту механизм
- D) медициналық тәжірибе әдісі
- E) экономикалық талдау әдісі


Емдеу және диагностиканың алтын стандарты?

- A) жағдайлар серия
- B) бақылау жағдай
- C) когортты зерттеу
- D) рандомизирленген бақыланатын зерттеу
- E) көлденең зерттеу



Основной поисковой системой для работы с базой данных Medline имеющий бесплатный доступ для наших пользователей является:

- A) GratefulMed
- B) PubMed
- C) Google
- D) Yandex
- E) Medconsult



Назарларыңызға
рахмет!