

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

“Дәлелді медицина негіздері” пәні бойынша

Тақырыбы: Күмәнді мәліметтерді жариялау мәселесі

Орындаған: Усманов. А

Факультет: МПД

Топ: 13-002-01

Қабылдаған: Жұмағазиева. О. Д

Алматы-2016ж

Күмәнді мәліметтерді жариялау мәселесі

Мақсаты:

Күмәнді мәліметтерді жариялау мәселелерін анықтау.

Міндеттері:

1. Мақалаларды жарияламаудың ең таралған себептері.

1.1. Зерттеу тақырыбының ғылыми маңызы жоқ

1.2. Авторлық гипотеза шын мәнінде тексерілмеген

2. Зерттеудің ұйымдастырылуы рационалды емес.

2.1. Зерттеу дұрыс ұйымдастырылмаған

2.2. Зерттеуде таңдама жиілігі тым аз

3. Зерттеу клиникалық сараптамаға сай емес.

3.1. Зерттеуде бақылау тобы жоқ немесе сай емес.

4. Қорытынды.

5. Қолданылған әдебиеттер.

Кіріспе

Қазіргі ХХІ ғасыр технологияның дамыған заманында қандай болмасын тақырыпқа ақпарат жетіп артылады. Медициналық тақырыпқа да мәліметтер өте көп. Бірақ «медициналық әдебиет» деген әлемде нақты, дәлелді, тәжірибеде тиімді ақпаратты табу өте қиын. Себебі қазіргі кезде бір ғылыми жобамен айналысып, кейіннен сол тақырыпқа мақала жаза салу оңай шаруаға айналды. Ол мақаланы біреу алдында жасады ма, жоқ па деген сұрақтар қойылмайды да. Соның нәтижесінде, бір тақырыпқа сіз көптеген қажетсіз мәліметтер аласыз. Егер сіз дұрыс емес мақала оқысаңыз, одан да басқа пайдалы іспен айналысқаныңыз дұрыс. Біздің кітапханамызда 15 млн.-нан астам медициналық мақалалар бар, әр ай сайын әлемде 5000 медициналық журналдар шығады, оның 250-ден астамы тек рефераттар (анотациялар) жариялайтын журналдар. Таң қаларлық жағдай осылардың кейбіреулері (99 пайызға дейін) ғылыми жариялар тәжірибеде қолдануға жарамайды.

1979 жылы Британдық медициналық журналдың редакторы дәрігер Стефен Лок жазған: «Медициналық журналдың редакторының бір жағымсыз міндеттерінің бірі – жақсы ойға негізделген, бірақ нашар методологиямен қайтымсыз бұзылған зерттеулерді жоққа шығару. Дуглас Альтманның барлық зерттеулердің тек 1 пайызында қателер жоқ дегеніне 10 жылдан астам жыл өтсе де, жағдай енді ғана жақсылыққа өзгеруде.

*Қазіргі заманғы медициналық журналдарда көптеген мақалалар стандартты КЭНТ форматы бойынша құрылады: **Кіріспе** (авторлар не үшін бұл жұмысқа кіріскені туралы), **Әдістер** (бұл жұмысты қалай жүргізгені және нәтижелерді қалай өңдегені туралы), **Нәтижелері** (олар не тапқаны туралы) және **Талқылау** (авторлардың ойынша, нәтижелер мен маңызы қандай).*

● *Мақаларды жарияламаудың кең тараған себептері:*

- 1. Зерттеудің тақырыбының ғылыми жағынан маңызы жоқ.*
- 2. Зерттеу жаңа емес, яғни басқа біреу тура осындай немесе ұқсас зерттеулер жүргізген.*
- 3. Авторлық гипотеза шын мәнінде мақалада тексерілмеген.*
- 4. Зерттеуі дұрыс ұйымдастырылмаған.*
- 5. Авторларға бастапқы протоколдан тәжірибелік қиындықтардан бас тартуға тура келгенде.*
- 6. Зерттеуге қатысушылардың таңдама көлемі аздығында.*
- 7. Зерттеуде бақылау тобы жоқ немесе ол зерттеудің мақсаттарына сай емес.*
- 8. Автордың қорытындылары зерттеудің нәтижелеріне негізделмеген.*
- 9. Статистикалық анализ дұрыс жүргізілмеген.*
- 10. Авторлар (немесе зерттеу демеушілері) тәуелсіз емес (мысалы, оң нәтижені жариялау материалды жағынан пайда келуі мүмкін), ал финанстық қызығушылық пен ғылыми шындық арасындағы конфликтке қарсы алдын алу шаралары іске аспаған.*
- 11. Мақала соншалықты жаман жазылған, оны түсіну мүмкін емес.*

Зерттеудің тақырыбының ғылыми жағынан маңызы жоқ.

Кіріспе бөлімінде қысқаша түрде бұл зерттеуге негіз болған жағдайлар жазылу керек. Мысалы, балаларда сүйегі сынғанда спицалар енгізу – оперативті араласуды алдын алатын жиі қолданылатын іс – шара. Кіріспеден кейін жарияланған әдебиеттің қысқаша шолуы көрсетілуі керек, мысалы, Гупт пен Браунның спицаларды ендіру туралы проспективті зерттеулері көрсетті... Өкінішке орай авторлар жиі өз зерттеулерін жарияланған зерттеулермен байланыстыруды ұмытады, себебі, мақала жазбас бұрын зерттелетін сұрақтың тарихы оларға жақсы белгілі. Егер автордың гипотезасы кіріспеде айтылмаса оны әдістер бөлімінде айқындау керек. Мұндай маңызды сұрақтар кейде ұмыт болады немесе абзацтың ортасына тығылады.

Қалыпты жағдайда авторлар теріс гипотеза құрайды, мұндай гипотезаны нөлдік гипотеза деп атайды. Авторлар шын мәнінде нөлдік гипотезаға сенбейді. Олар екі топтың арасындағы айырмашылықты келесі жолмен көрсеткісі келеді: «Айталық айырмашылық жоқ делік; бұл гипотезаны жоққа шығарып көрелік». Карл Поппердің оқытуында бұл гипотезо-дедуктивті әдіс (терістеу гипотезасын ұсынып, оны кейіннен тексеру) ғылыми әдістің негізі болып саналады.

Егер сіз гипотезаны әдістер бөлімінде таппасаңыз, оны талқылау бөлімінің бірінші абзацында табуыңыз мүмкін. Сонымен қатар, есте сақтайтын тағы бір шарт, барлық зерттеулер тек белгілі бір гипотезаны зерттеу үшін құрылмайды. Сапалық зерттеулер сандық зерттеулер сияқты сенімді және маңызды. Бұл зерттеулер белгілі бір белгіленген кең аспектті сұрақтарды зерттеу үшін бағытталған. Сандық зерттеудің өздері қазір тек гипотезаны жай тексеруден де маңыздырақ болып қарастырылып жатыр. Сондықтан дәлдігіне көбірек көңіл бөлу керек жай гипотезаның расталуы мен терістеуден гөрі.

Зерттеу жаңа емес, яғни басқа біреу тура осындай немесе ұқсас зерттеулер жүргізген.

Ғылыми сұраққа жауап берудің еш мағынасы жоқ, егер оған басқа біреу жауап беріп қойса. Тәжірибеде ғылыми ашулар өте сирек кездеседі. Тек медициналық зерттеудің болмашы бөлігі ғана жаңа сала ашады, ал қалғаны жай соның ізін қуады. Көптеген ғылыми зерттеулер (егер олар метаологиялық дұрыс болса) айтылған гипотеза аз немесе көп дәрежеде дұрыс дейді – сөйтіп ғылыми мозайкаға тағы бір бөлік қосылады. Сонымен еш мінсіз зерттеу өткізуге болады, ал жақынырақ қарағанда жаңа емес болып шығады. Мета-анализдің барлық ғылымы бір клиникалық сұраққа бірнеше клиникалық зерттеулер жүргізілуіне негізделген. Сұрақ емес бұрын осындай зерттеулер жүргізілді ма, медицина ғылымға қандай үлес қосады, бұл зерттеу деген сауал қою артығырақ болар еді.

Зерттеу жүргізілмес бұрын қойылатын сауалдар.

- *Жүргізілейін деп жатқан зерттеу бұрынғылардан үлкенірек, ұзағырақ немесе басқа маңыздырақ мәселелер бойынша артық па?*
- *Зерттеу әдістері нақтырақ (әсіресе ол алдыңғы зерттеулердің сындық ескертулерін) есепке ала ма?*
- *Бұл зерттеудің сандық нәтижелері алдында жүргізілген зерттеудің мета-анализ нәтижелерәне маңызды үлес қоса ма?*
- *Зерттеліп отырған популяция (этникалық жағынан, жасы мен жынысы бойынша) алдыңғы зерттеулердегі популяциялардан ерекшеленеді ме?*
- *Зерттеу мен қойылған сұрақ клиникалық жағынан маңызды ма?*

Авторлық гипотеза шын мәнінде мақалада тексерілмеген

Қалыпты жағдайда авторлар теріс гипотеза құрайды, мұндай гипотезаны нөлдік гипотеза деп атайды. Авторлар шын мәнінде нөлдік гипотезаға сенбейді. Олар екі топтың арасындағы айырмашылықты келесі жолмен көрсеткісі келеді: «Айталық айырмашылық жоқ делік; бұл гипотезаны жоққа шығарып көрелік». Карл Поппердің оқытуында бұл гипотезо-дедуктивті әдіс (терістеу гипотезасын ұсынып, оны кейіннен тексеру) ғылыми әдістің негізі болып саналады.

Егер сіз гипотезаны әдістер бөләмінде таппасаңыз, оны талқылау бөлімінің бірінші абзацында табуыңыз мүмкін. Сонымен қатар, есте сақтайтын тағы бір шарт, барлық зерттеулер тек белгілі бір гипотезаны зерттеу үшін құрылмайды. Сапалық зерттеулер сандық зерттеулер сияқты сенімді және маңызды. Бұл зерттеулер белгілі бір белгіленген кең аспектті сұрақтарды зерттеу үшін бағытталған. Сандық зерттеудің өздері қазір тек гипотезаны жай тексеруден де маңыздырақ болып қарастырылып жатыр. Сондықтан дәлдігіне көбірек көңіл бөлу керек, жай гипотезаның расталуы мен терістеуден гөрі.

Зерттеуі дұрыс ұйымдастырылмаған.

Зерттеу мақалаларын оқу барысында өте жиі туатын сұрақ: шын мәнінде де бақылау сынақ рандомизирленген ба? РБС – гипотеза тексерудің ең тиімді әдісі, ал егер сынақ ондай болмаса, неге ол ондай болу керек. Сол үшін РБС қалай өткізіледі? Соны білу керек.

РБС-да қатысушылар кездейсоқ түрде топтарға бөлінеді. Бір науқастар сыни топқа (мысалы, зерттелетін ем алатын топқа), ал басқалары – бақылау топқа (мысалы, плацебо алатын топқа). Екі топты да белгілі уақыт бақылайды, сосын салыстыру жүргізіледі. Бірақ тәжірибеде бәрі оңай емес.

Кейбір бақылау мен сыни топтар туралы айтылатын мақалаларда шын мәнінде рандомизирленген зерттеулер емес. Оларды басқа бақылаулы клиникалық зерттеулер деген терминмен атайды, ал бұл термин салыстырмалы зерттеуге науқастарды кездейсоқ емес бақылау мен сыни топтарға бөледі. Мұндай жағдай науқастарды тәжірибелік немесе этикалық жағынан кездейсоқ топқа жатқызуға болмайды. Мысалы, палата А-ның науқастары бір диета ұстаса, ал В-палатаның науқастары басқасын ұстанса.

Кейбір зерттеулер рандомизирленген мен рандомизирленбегендер арасындағы зерттеулерге жатады. Бұл зерттеулерде рандомизация шын мәнінде кездейсоқ жүргізілмейді, мұнда дәрігер науқастардың рандомизациясы туралы шешім қабылдағанда науқастың қай топқа кіретіні туралы білуге мүмкіндік беретін әдіс. Мұндай әдісте жүйелі қате мүмкіндігі жоғарылайды. Дәрігер белгілі бір науқасты сыни топқа, емнің оған әсері болар деген ниетпен ендіруі мүмкін.

РБС- ты қолданудағы тиімді клиникалық сұрақтары:

- 1) Бұл ауруда берілген дәрі-дәрмектің әсері плацебо немесе басқа дәрі-дәрмектен жоғары ма?*
- 2) Қазір қолданылып отырған жалпы хирургиялық іс-шарамен салыстырғанда жаңа хирургиялдық іс-шара жақсырақ па?*
- 3) Қаныққан майлар құрамына кіретін маргаринді, құрамында қанықпаған майлар кіретін марганиннің орнына қолдану қан сарысуында холестерин концентрациясын өзгеруіне әкеле ма?*

Авторларға бастапқы протоколдан тәжірибелік қиындықтардан бас тартуға тура келгенде.

Зерттеудің дизайнын екі сұрақпен сынауға болады:

- 1. Қандай шаралар зерттеуде жүргізілген және олар немен салыстырылған? Мақаланы сынауда бұл маңызды сұрақтардың бірі. Бірден зерттеу нәтижелеріне сене салғың келеді, бірақ авторлар өте көп жағдайларда жұмыстарын бұрмалап жібереді және жаңалығы мен маңызын асырып жібереді.*
- 2. Қандай нәтижелер және қалай өзгереді? Егер сіз емделмейтін аурумен ауырсаңыз, ал бір фармацевтік компания жаңа дәрі-дәрмекті ұсынса, оның эффективтілігін сіз оны қабылдағанда, қаншалықты ұзақ өмір сүресіз сол арқылы сынап аласыз.*

Симптоматикалық (мысалы, ауру сезімі), функционалдық (мысалы, қозғалғыштық) психологиялық (мысалы, мазасыздық) немесе әлеуметтік (жайсыздық) эффектердің ем-шараның әсерінен өзгеруі оданда үлкен мәселелерге әкеледі.

Зерттеуге қатысушылардың таңдама көлемі аздығында.

Клиникалық зерттеу басталмас бұрын таңдама көлемін таңдап алу керек. Өзінің зерттеулерінде Дуглас Альтман айтқандай, зерттеулер негұрлым үлкен болғаны жақсы, бұл жоғары мүмкіндік пен эффекті тіркеуге мүмкіндік береді.

Таңдама көлемін таңдап алу үшін дәрігер екі сұрақты шешіп алу керек.

- *Клиникалық маңызды эффект екі топтың арасында қандай айырмашылық құрайды? Бұл эффект статистикалық маңызды эффекттен айырмашылығы болуы мүмкін.*
- *Негізгі нәтиженің орташа және стандартты көрсеткіштерінің ауытқу мәндері қандай?*

Осы берілгендер берілгенде, ең аз таңдама көлемін есептеп шығаруға болады. Осылай зерттеушілер зерттеу басталмай жатып, топтар арасында айырмашылықты анықтау үшін қаншалықты үлкен таңдама керек болатынын есептей алады. Шын айырмашылықты анықтау мүмкіндігін зерттеу қуаттылығы деп аталады. Клиникалық зерттеулерде зерттеу қуаттылығы 80-90 пайыз болуы керек.

Зерттеуде бақылау тобы жоқ немесе ол зерттеудің мақсаттарына сай емес.

Эпидемиологтар Джеффри Роуз бен Дэвид Баркер жүйелі қате деп нәтиже мен салыстырмалы бағаға әсер ететін кез-келген факторды айтады. Зерттеу дизайнына байланыссыз барлық топтар ұқсас болуы керек, зерттелетін параметрлерден басқа. Қатысушылар бірдей инструкциялар алу керек, медициналық персоналмен бірдей байланыс болуы керек, бірдей рет және бірдей көрсеткіштер бойынша тексерілуден өтуі керек. Дизайны бойынша әр түрлі зерттеулерде жүйелі қате болдырмаудың түрлі шаралары бар.

Егер зерттеуде бақылау тобы болмаса немесе таңдама дұрыс сұрыпталмаса оны рандомизирленбеген деп атайды. Егер мақала рандомизирленбеген зерттеу болса, сіз өз есіңізге сеніп шешуіңіз керек, сыни мен бақылау топтарының арасында бастапқы айырмашылық үлкен ба, ем-шара нәтижесіне әсер ететіндей емес па? Әдетте бұл жағдаймен жиі кездесуге тура келеді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Мақаланы оқу керек па, жоқ па түсіну үшін, біріншіден, қолданылып отырған әдістер жақсы ма деген сұраққа жауап беру керек, ал кейіннен барып, бастапқы гипотезасы қызық па, нәтижелердің маңызы қандай және авторлар «Талқылау» бөлімінде не жазғаны маңызды. Нашар ғылым нашар күйінде қалады, тәжірибе үшін маңызды тақырып болғанына қарамай, статистикалық маңызды нәтижелерге қарамай, айтылған ойды растайтын нәтижелерге қарамай, олар уәде еткен нәтижелерге қарамай. Көп адамдарға басқа адамның жұмысында көп қателерді іздеу өзінің методологиялық жағынан жетілген мінсіз зерттеу жүргізуден оңай деп ойлайды. Ал, кейбіреулері атақты ғалымның зерттеуіне өмірінің біраз жылы кеткен зерттеуді, сынауды әдепсіздік деп санайды. Зерттеушілерге абсолютті мінсіз зерттеулер жүргізу қандай да бір себептерге байланысты мүмкін болмай шыққан болар. Бұл жағдайда олар, сіз сияқты, бұл зерттеудің ғылыми жағынан негізделген болатындығын, егер жұмыс барысында кейбір қиындықтар болмағанда екенін түсінеді.

Көптеген жақсы ғылыми журналдарда мақалаларды жарияламас бұрын сынауға жіберіледі. Мұнда мамандар бұл мәліметтердің шындыққа жанасатындығын не жанаспайтындығын, заманауилығын және маңыздылығын тексереді. Бұл үрдіс тәуелсіз сынау деп аталады.

Қолданылған әдебиеттер:

- 1. <http://www.google.kz/www.alashainasy.kz/P...>*
- 2. Власов В.В. Эпидемиология Москва ГЭОТАР-МЕД 2004*
- 3. Борель Э. Вероятность и достоверность. – Москва ГИФМЛ, 1999.*
- 4. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. Пер.с англ.- Москва ГЭОТАР-МЕД 2008*
- 5. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. М. Медиа сфера, 264с. 2004*

НАЗАР
АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!