

## کورسازی و تورش انتخاب در کارآزمایی بالینی تصادفی شده: نقد یک مقاله

دکتر محمدرضا سهرابی

گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

با توجه به تخصیص تصادفی انتظار می‌رود تعداد نمونه در دو گروه مورد مطالعه یکسان یا نزدیک به هم باشد، ولی در گروه جراحی ۱۷ نفر و در گروه غیر جراحی ۲۷ نفر وارد شده‌اند و هیچ توضیحی برای این تفاوت داده نشده است. در صورتی که گروه‌ها در ابتدا دارای تعداد نمونه برابر بوده و این تفاوت ناشی از عدم تمایل به ادامه درمان باشد، باید مورد توجه جدی قرار گیرد (۳)؛ چرا که ریزش نمونه‌ها بدلیل عدم بهبود علائم یا مواردی مشابه می‌تواند موجب پیامد بهتر در گروه جراحی و مخدوش شدن نتایج شود. لذا ذکر علت این تفاوت و بحث روی عواقب آن در این مقاله باید مورد توجه بیشتری قرار می‌گرفت. از طرف دیگر به تخصیص تصادفی نمونه‌ها «با استفاده از جدول تصادفی اعداد به دو گروه مورد و شاهد» در روش مطالعه اشاره شده است. مطابق آنچه که در میان پژوهشگران متداول است مورد و شاهد برای مطالعات مورد-شاهدی به کار می‌رود (۴).

در پاراگراف اول یافته‌ها، تفاوت میانگین سنی دو گروه حدود ۱۱ سال ذکر شده است. گروه جراحی میانگین پایین‌تری داشته و فاصله حداقل و حداکثر کمتری دارد. از نظر شکلی در گزارش میانگین همیشه باید انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی نیز همراه با آن ذکر شود تا نمایانگر توزیع داده‌ها باشد. از نظر محتوایی جوان‌تر بودن نمونه‌ها در گروه جراحی خود می‌تواند نشانگر تورش انتخاب در مطالعه باشد (۱،۵). بدین ترتیب نتیجه بهتر درمانی در گروه جراحی ممکن است ناشی از جوان‌تر بودن نمونه و نه اثرات بهتر روش مورد استفاده باشد. عدم انجام آزمون مقایسه دو میانگین بر این ابهام افزوده است، چرا که در صورت معنی‌دار شدن این آزمون، فرضیه گفته شده قوت بیشتری می‌یافت. انتظار بر این بود که پژوهشگران محترم با توجه به اهمیت تورش در مطالعات در قسمت بحث مقاله به این مهم می‌پرداختند.

روش‌شناسی (Methodology) قلب پژوهش است و توجه ویژه به طراحی آن تضمین‌کننده درستی داده‌های جمع‌آوری شده و الگوی تحلیل آنها است (۱). از آنجایی که رسالت مجلات علمی پژوهشی علاوه بر نشر نتایج پژوهش‌ها، ارائه الگوهای صحیح روش‌شناسی جهت استفاده سایر محققان نیز می‌باشد، لذا مقاله «بررسی نتایج درمانی بیماران مبتلا به بیماری دژنراتیو مفاصل زانو با روش پروکوتانوس ساب‌کوندرال دریلینگ» در شماره زمستان ۱۳۸۷ آن مجله از این منظر مورد نقد قرار گرفت.

در بخش مواد و روش‌های مقاله آمده است: «این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور» انجام شده و دو گروه مورد بررسی با دو روش درمانی متفاوت تحت درمان قرار گرفته‌اند. در یک گروه از روش‌های غیرجراحی شامل داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی، فیزیوتراپی، تحریک اعصاب، تقویت عضله چهار سر و هیدروتراپی و در گروه دوم از روش جراحی با استفاده از بیهوشی و ایجاد سه شکاف حدود نیم سانتی‌متری در زانو و استفاده از دریل به عنوان مداخله نام برده شده است. اولین سوالی که در ذهن خواننده شکل می‌گیرد این است که با اتخاذ دو روش کاملا متفاوت چگونه می‌توان شرایط کورسازی را فراهم نمود. بیمار به راحتی تفاوت درمان جراحی که تحت بیهوشی عمومی یا بی‌حسی موضعی انجام می‌شود را با درمان غیرجراحی مانند خوردن قرص را متوجه می‌شود. از طرف دیگر پزشک نیز با دیدن اسکار برش نیم سانتی‌متری متوجه نوع درمان جراحی می‌شود. لذا به نظر می‌رسد شواهد کورسازی به هیچ وجه فراهم نبوده و استفاده از این واژه در این مقاله مناسب نیست (۲،۱).

## **REFERENCES**

---

1. Sheibaninia A, Valaie N, Mohammad Sadeghi Sh, Azizi F. The evaluation of accuracy of article writing in scientific journals of dentistry in 2006. *Pejouhesh dar Pezeshki* 2009;33:5-11. [In Persian]
2. Gail MH, Benichou J. *Encyclopedia of epidemiologic methods*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2000.
3. Rosenberger WF, John M L. *Radomization in clinical trials, theory and practice*. New York: John Wiley & Sons; 2002.
4. Gordis L. *Epidemiology*. 3rd ed. Pennsylvania: Saunders; 2004.
5. Trochim, W. *New directions for program evaluation series, Number 31*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1986.