



Challenges of Clinical Guidelines Implementation from the Perspective of Clinical Care Providers at Gonabad University of Medical Sciences: A Qualitative Study Content analysis

Ali Soltani¹, Abdoljavad Khajavi^{2*}, Ali Heyrani³, Ali Fakhr-Movahedi⁴

1- PhD Candidate, Department of Health Services Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

3- Assistant Professor, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan Health Institute, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

4- Associate Professor, Nursing Care Research Center, Department of Pediatric and Neonatal Nursing, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

Corresponding author: Abdoljavad Khajavi, Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Email: abjkhajavi@yahoo.com

Received: 4 Dec 2021

Accepted: 14 May 2022

Abstract

Introduction: Identifying the challenges in clinical guidelines implementation from the perspective of clinical care providers can provide valuable information for implementers and policymakers providing clinical care services at the local and national levels. The present study aimed to identify the challenges of implementing clinical guidelines from the perspective of clinical care providers.

Methods: The present study was conducted with a qualitative approach. The statistical population of the study included a number of key stakeholders and aware of how to provide clinical care in Allameh Behlool Gonabadi Hospital affiliated to Gonabad University of Medical Sciences in 2020, which were purposefully selected by snowball method. Data collection was continued through semi-structured interviews and focus group discussion sessions until the data saturation stage was reached. A total of 30 interviews were conducted. The four criteria of Lincoln & Guba were used for the accuracy and robustness of the study findings. Data were analyzed by content analysis method and Graneheim & Lundman content analysis method.

Results: 542 meaning unit and 71 condensed meaning unit were extracted. After aggregating them, 3 categories and 12 subcategories were identified as effective challenges in implementing clinical guidelines.

Conclusions: Challenges of implementing clinical guidelines include procedural, process, and structural challenges. Therefore, it is suggested to pay attention to these challenges in writing, developing and implementing clinical guidelines at all different levels of clinical care providers.

Keywords: Implementation, Clinical Guidelines, Content analysis, Qualitative Research.



چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی از دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت های بالینی دانشگاه علوم پزشکی گناباد: مطالعه کیفی تحلیل محتوا

علی سلطانی^۱، عبدالجواد خواجوی^{۲*}، علی حیرانی^۳، علی فخر موحدی^۴

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۳- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستار، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

نویسنده مسئول: عبدالجواد خواجوی: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
ایمیل: abjkhajavi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۳

چکیده

مقدمه: شناسایی چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی می تواند اطلاعات ارزشمندی را برای مجریان و سیاست گذاران ارائه دهنده خدمات مراقبت های بالینی در سطوح محلی و ملی فراهم نماید. پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی از دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت های بالینی انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی انجام شد. جامعه آماری پژوهش، شامل عده ای از ذینفعان شاخص و آگاه نسبت به نحوه ارائه مراقبت های بالینی در بیمارستان علامه بهلول گنابادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال ۱۳۹۹ بود که به صورت هدفمند و به روش گلوله برفی انتخاب شدند. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و جلسات بحث گروهی متمرکز تا رسیدن به مرحله اشباع داده ادامه یافت. در کل ۳۰ مصاحبه انجام گردید. برای صحت و استحکام یافته های مطالعه از معیارهای چهارگانه Lincoln & Guba گردید. داده ها با روش تحلیل محتوا و روش تحلیل محتوا Graneheim & Lundman تحلیل شد.

یافته ها: تعداد ۵۴۲ واحد معنایی و ۷۱ واحد معنایی متراکم استخراج گردید. پس از تجمیع آنها، تعداد ۳ طبقه و ۱۲ زیر طبقه به عنوان چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی شناسایی گردید.

نتیجه گیری: چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی شامل چالش های رویه ای، فرآیندی و ساختاری است. لذا پیشنهاد می شود به این چالش ها در تدوین، توسعه و اجرای راهنماهای بالینی در کلیه سطوح ارائه دهنده مراقبت های بالینی توجه گردد.

کلید واژه ها: پیاده سازی، راهنماهای بالینی، تحلیل محتوا، پژوهش کیفی.

مقدمه

توسعه، دسترسی به بالاترین کیفیت خدمات سلامت از دغدغه های مهم بشمار می رود (۱). سازمان بهداشت جهانی، ارائه خدمات با کیفیت را به عنوان قطعی ترین عامل در اعتماد به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمان مطرح نموده است (۲).

اولین تعریف انستیتوی پزشکی آمریکا، راهنماهای بالینی را به عنوان بیانیه های بطور منظم تهیه شده برای کمک

راهنماهای بالینی (clinical guidelines) بیانیه های علمی توسعه یافته ای، برای کمک به پزشک و بیمار جهت تصمیم گیری در مورد انتخاب مراقبت های مناسب و باکیفیت برای شرایط خاص بالینی می باشند که برای چندین دهه است که مورد تاکید قرار گرفته اند (۱). امروزه در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و درحال

اداره، برنامه ریزی اولویت های ملی و تدوین محصولات دانشی سنتتیک در راستای پاسخ گویی به نیازهای موجود و کارشناسی شده جمعیت هدف با مشارکت سیاست گذاران و دست اندرکاران مراقبت سلامت در راستای نیل به پیامدهای مطلوب است (۷).

راهنماهای بالینی در صورتی که علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند بی شک به کیفیت و حتی کمیت مراقبت ها منجر خواهد شد (۷). این راهنماها معمولاً بر اساس روش ها و اصول دقیقی توسط ارائه دهندگان خدمات درمانی، تدوین شده اند ولی پیاده سازی آن ها اغلب به شکل ناقص انجام می شود (۸). راهکارها و روش هایی که برای بکارگیری و نظارت بر اجرای صحیح راهنماهای بالینی استفاده می شود، برای اثر بخشی آن ها، بسیار حیاتی و تعیین کننده است (۶). در واقع اجرا راهنماهای بالینی، باید منجر به تغییر رفتار ارائه دهندگان مراقبت شود (۹). با مراجعه به بستر واقعی ارائه مراقبت های بالینی مبتنی بر راهنماهای بالینی به نظر می رسد که مفهوم راهنماهای بالینی در مراکز درمانی ایران بدرستی درک نشده و چگونگی پیاده سازی آن، یک چالش اساسی به حساب می آید. امروزه در ایران پیاده سازی راهنماهای بالینی به عنوان یک ضرورت ملی مطرح است و پیاده سازی موفق راهنماهای بالینی، مستلزم توجه جدی به پیچیدگی های موجود در بستر ارائه مراقبت های بالینی است. لذا، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی از دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت های بالینی انجام شده است.

روش کار

مطالعه حاضر، با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا Graneheim & Lundman در سال ۱۳۹۹ جهت شناسایی چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی با بهره گیری از مصاحبه نیمه ساختار یافته و جلسات بحث گروهی متمرکز انجام شد. از روش های کیفی برای آشکار نمودن رفتارها، دیدگاه ها، احساسات و پی بردن به واقعیت های موجود، استفاده می شود. جامعه آماری پژوهش شامل عده ای از دینفعان شاخص، کلیدی و آگاه نسبت به نحوه ارائه مراقبت های بالینی در بیمارستان علامه بهلول گنابادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد بود. نمونه گیری به روش هدفمند، انجام شد و به روش گلوله برفی جهت در نظر گرفتن حداکثر تنوع، ادامه یافت. معیارهای ورود به

به تصمیمات پزشک و بیمار در مورد مراقبت های مربوط به سلامتی، متناسب با شرایط بالینی خاص توصیف می کند. این تعریف در سال ۲۰۱۱ به روز شد تا بیشتر بر روش شناسی (متدولوژی) دقیق در فرآیند توسعه و پیاده سازی راهنماها تاکید گردد. راهنماهای بالینی عباراتی هستند که راهکارهایی را برای بهینه سازی مراقبت از بیمار از طریق بررسی منظم شواهد و ارزیابی معاسن و معایب گزینه های مراقبتی جایگزین فراهم می کند (۴). راهنماهای بالینی به عنوان یک محصول دانشی، با هدف بهبود ارائه خدمات بالینی، نه تنها به عنوان یک ابزار کمکی جهت تصمیم گیری پزشکان، پرستاران و بیماران، بلکه به عنوان ابزاری برای بیمه ها با هدف کنترل هزینه ها، مهم هستند. همچنین این راهنماها، برای سیاست گذاران و دولت با هدف اولویت بندی مراقبت های درمانی، جهت مقرون به صرفه کردن هزینه ها و بالابردن کیفیت مراقبت ها، نیز مهم بوده و بر اجتناب از هزینه های اضافی و درمان های غیر ضروری موثر هستند (۵).

تلاش برای تدوین راهنماهای بالینی از اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی توسط چند کشور شروع شد. از آن زمان تعداد راهنماهای بالینی در همه زمینه های پزشکی به طور چشمگیری افزایش یافته است. در قرن ۲۱ میلادی، راهنماهای بالینی به عنوان ابزاری در جهت بهبود کیفیت مراقبت از بیمار و پیامدهای مراقبت سلامت، کاهش تنوع در مراقبت و ارتقاء کارآمدتر استفاده از منابع سلامت، شروع به گسترش کردند (۶).

بررسی تاریخچه کاربرد راهنماهای بالینی در ایران حاکی از آن است که تا سال ۱۳۸۲ این راهنماها در ارائه مراقبت سلامت در بیمارستان های کشور جایگاهی نداشته اند و در سال های بعد نیز بدون متولی معین و بصورتی غیر نظام مند گسترش یافته اند (۷). ولی در سال ۱۳۸۹ و به دنبال تفکیک معاونت های بهداشت و درمان، ساختار قانونی و رسمی آن در دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، مستقر در معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد شده است. از آن زمان به بعد، مأموریت تدوین، تأیید نهایی و ابلاغ راهنماها و استانداردهای سلامت، به اداره استاندارد سازی و تدوین راهنماهای بالینی محول گردید تا وظیفه ایجاد راهبردهای حمایت کننده از کاربرد شواهد در تصمیم گیری بالینی و مدیریت دانش بالینی را در نظام سلامت کشور بر عهده گیرد. رسالت این

منظور روشن شدن مفهوم پاسخ ارائه شده مطرح گردید. همچنین سوالات هدایت کننده و اکتشافی برای درک عمیق تر چالش‌ها و موانع فراروی پیاده سازی راهنماهای بالینی پرسیده شد. مانند: فرمودید تجربه پزشک. لطفا موضوع را گویاتر نمایید. نقش تولید؟ می‌توانید در مورد این نقش بیشتر توضیح دهید؟ مورد خاص دیگری از نظر شما ممکن است وجود داشته باشد؟

طول مدت هر جلسه مصاحبه حدود ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها و جلسات بحث در محیط کاری مشارکت کنندگان، در ساعات کاری و در بیمارستان علامه بهلول گنابادی انجام شد. توضیحات و مکالمات ضبط شده، بلافاصله برچسب گذاری و روی کاغذ پیاده سازی شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع اطلاعات ادامه یافت؛ تا جایی که با ادامه روند مصاحبه، داده جدیدی استخراج نشد. در مجموع، با ۳۰ تن از پزشکان و پرستاران دخیل در ارائه مراقبت‌های بالینی، مصاحبه انجام شد. پس از پیاده سازی کامل مصاحبه‌ها، متن مصاحبه‌ها در نرم افزار word تایپ و چندین بار بازخوانی شد تا شناخت کاملی از آن‌ها به دست آید. کل مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل محسوب شدند. منظور از واحد تحلیل، یادداشت‌هایی است که قرار است تحت تحلیل و کدگذاری قرار گیرند. پاراگراف‌ها، جملات و یا کلمات به عنوان واحد معنایی محسوب شدند. واحد معنایی به مجموعه‌ای از کلمات و جملات گفته می‌شود که از نظر محتوایی با هم در ارتباط بوده و با توجه به محتوا، جمع بندی و در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند. سپس، واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها، به سطح انتزاع و مفهوم پردازی رسید تا واحدهای معنایی متراکم شکل گیرد. این واحدها از نظر تشابه و تفاوت با یکدیگر مقایسه گردیدند و در طبقات کلی تر طبقه بندی گردید و در نهایت طبقه و زیر طبقه‌ها تعیین شد (۱۰).

جهت بررسی صحت و استحکام داده‌ها در مطالعه حاضر، از معیارهای چهارگانه Lincoln & Guba استفاده شد. بر اساس این معیار، استحکام در مطالعات کیفی با چهار واژه مقبولیت (credibility)، انتقال پذیری (transferability)، تاییدپذیری (confirmability) و اطمینان (dependability) مشخص می‌شود (۱۱). مقبولیت، بیان کننده تصویر وفادار پژوهشگر نسبت به تجربیات شرکت کنندگان است و انتقال پذیری، ظرفیت انتقال یافته‌های پژوهش به مجموعه‌ی

پژوهش علاوه بر آگاهی و تسلط بر موضوع، داشتن مدرک پزشکی یا پرستاری، داشتن مسئولیت اجرایی در دانشگاه علوم پزشکی گناباد یا بیمارستان علامه بهلول گنابادی، اثرگذار بودن بر سایر همکاران در نحوه ارائه مراقبت‌های بالینی و روند اجرای آن در بیمارستان علامه بهلول گنابادی، تمایل به همکاری و امکان مشارکت آن‌ها در پژوهش، و داشتن سابقه کار بالای ۱۰ سال در ارائه مراقبت‌های بالینی در بیمارستان علامه بهلول گنابادی بود.

برای جمع آوری داده‌ها، کد اخلاق در پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان اخذ گردید. سپس این کد در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گناباد مجدداً تایید و مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی گناباد کسب گردید. سپس با مراجعه به به بیمارستان علامه بهلول گنابادی، هماهنگی لازم جهت گردآوری داده‌ها انجام شد. جمع آوری داده‌ها با مصاحبه با سؤالات نیمه ساختاریافته و همچنین جلسات بحث متمرکز گروهی (focus group) انجام شد. مصاحبه‌ها بر اساس راهنمای مصاحبه از قبل تنظیم شده توسط پژوهشگر در محل کار مصاحبه شونده‌ها انجام شد. پیش از مصاحبه، با توضیح هدف مطالعه، رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان و اجازه ضبط توضیحات اخذ گردید و آن‌ها خواسته شد تا فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش و پرسشنامه جمعیت شناختی را تکمیل نمایند.

جهت ثبت و جمع آوری داده‌ها در طی جلسات مصاحبه و بحث گروهی، از روش‌های ضبط مصاحبه و یادداشت برداری حین و پس از مصاحبه استفاده گردید. هر مصاحبه با سوالاتی جامع و ساده آغاز شد. سپس با توجه به گفته‌های مصاحبه شونده‌ها و استفاده از روش‌های ارتباطی و اصول مصاحبه نیمه ساختار یافته، سوالاتی در راستای هدف مطالعه مطرح شد. برخی از سوالات اصلی مطرح شده عبارت بودند از:

- نظر شما درباره راهنماهای بالینی چیست؟

- برای پیاده سازی راهنماهای بالینی، چه باید کرد؟

- به نظر شما عوامل موثر بر پیاده سازی راهنماهای بالینی کدامند؟

- تاثیر کدام یک از این عوامل بیشتر است؟

- به نظر شما موانع پیاده سازی راهنماهای بالینی کدامند؟

با توجه به ماهیت نیمه ساختار بودن مصاحبه‌ها، سوالات دیگری نیز با توجه به پاسخ‌های مصاحبه شونده‌ها و به

فراهم شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی و محافظت از حقوق مشارکت کنندگان، پژوهشگر با معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت نامه شفاهی، به ایشان اطمینان داد. مصاحبه ها به صورت محرمانه و بدون نام، ثبت شد و امانتداری در متن مصاحبه، رعایت گردید. برای تحلیل داده از تحلیل محتوا استفاده شد. جهت تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوا Graneheim & Lundman استفاده شد.

یافته ها

جهت شناسایی چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی با ۳۰ تن از پزشکان و پرستاران ارائه دهنده مراقبت های بالینی تا حد اشباع داده ها و اطمینان از عدم حصول نکته جدید، مصاحبه به عمل آمد. تنوع، تعداد و نوع مدرک تحصیلی مشارکت کنندگان در (جدول ۱) آورده شده است.

دیگر است. تأییدپذیری اشاره به بی طرفی و پیشگیری از نفوذ تعصب شخصی پژوهشگر دارد. قابلیت اعتماد زمانی ایجاد می شود که پژوهشگر دیگری قادر باشد با دیدگاه پژوهشگر اولیه به نتایج مشابهی دست یابد و منظور از اطمینان، پایداری داده ها در زمان و شرایط مشابه است (۱۱). در پژوهش حاضر، مقبولیت داده ها، با درگیری طولانی مدت پژوهشگران (prolonged engagement)، تعامل مناسب و مشارکت کافی با مشارکت کنندگان، تلفیق و بررسی داده ها توسط مشارکت کنندگان (member check) بدست آمد. انتقال پذیری نیز از طریق تبیین غنی داده ها و ارائه نقل قول ها و مثال ها به اساتید صاحب نظر و گرفتن مشاوره علمی امکان پذیر گردید. جهت تأیید پذیری داده ها، از تنوع نمونه گیری مشارکت کنندگان و تلفیق زمانی (time triangulation) استفاده شد. اطمینان داده ها، با پیاده سازی مصاحبه ها در اسرع وقت، استفاده از نظر همکاران (external check) و مطالعه مجدد کل داده ها

جدول ۱: ویژگی های مشارکت کنندگان پژوهش، شاغل در بیمارستان علامه بهلول گنابادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد

موضوع و تعداد	تنوع	گروه مصاحبه شوندهگان	شاغل در بیمارستان	شاغل در دانشگاه
موقعیت شغلی و جایگاه مصاحبه شوندهگان	مدیران ارشد، میانی و عملیاتی در بیمارستان و دانشگاه	۳	۲	
	اعضای هیات علمی پزشک	۱۰		
	پرستاران بالینی	۶		
	کارکنان پزشک و پرستار ستادی در بیمارستان	۳		
	کارکنان پزشک و پرستار بیمه در بیمارستان	۲		
	اعضای هیات علمی پرستار	۴		
جنسیت مصاحبه شوندهگان	زن	۶		
	مرد	۲۲	۲	
مدرک تحصیلی مصاحبه شوندهگان	کارشناسی پرستاری	۵		
	کارشناسی ارشد پرستاری	۲		
	دکتری پزشکی عمومی	۲	۱	
	دکتری تخصصی پرستاری	۲	۵	
		دکتری پزشکی تخصصی	۱۳	

درصد)، ۷ تن دکترای تخصصی (۲۳/۳ درصد) و ۱۳ تن دکترای پزشکی تخصصی (۴۳/۳ درصد) بودند. بر اساس نتایج این پژوهش، میانگین سن برای مصاحبه شدگان شاغل در بیمارستان علامه بهلول گنابادی، ۴۵ سال و برای افراد شاغل در دانشگاه، ۴۲ سال بود. متوسط کل سابقه

همانطور که جدول فوق نشان می دهد از لحاظ جنسیت ۶ تن از مصاحبه شوندهگان خانم (۲۰ درصد) و ۲۴ تن آقا (۸۰ درصد) بودند. از مجموعه مصاحبه شوندهگان ۵ تن دارای مدرک کارشناسی (۱۶/۶ درصد)، ۲ تن دارای مدرک کارشناسی ارشد (۶/۶ درصد)، ۳ تن پزشک عمومی (۱۰

علی سلطانی و همکاران

condensed) ۷۱ واحد معنایی متراکم (meaning unit) و ۱۲ زیر طبقه (categories) و ۳ طبقه (meaning unit) گردید. پس از تجمیع آن ها، ۳ طبقه چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی به شرح طبقه بندی گردید (جدول ۲).

خدمت پس از فارغ التحصیلی برای تمامی مصاحبه شدگان، ۱۹ سال بود. برای تحلیل داده ها با شیوه تحلیل محتوا تمامی مصاحبه های ضبط شده، کدگذاری شد. تحلیل داده های مصاحبه ها منجر به ظهور تعداد ۵۴۲ واحد معنایی

جدول ۲: طبقات استخراج شده حاصل از مصاحبه ها و بحث های گروهی

زیر طبقه	طبقه	درونمایه
نحوه توسعه و اجرای راهنماهای بالینی	رویه ای	چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی
ویژگی های سازمانی و مدیریتی		
ویژگی های فرهنگی، سیاسی و اجتماعی		
ویژگی های مالی و اقتصادی	فرآیندی	چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی
مدیریتی، سازمانی و عملکردی		
پژوهشی و آموزشی		
سیاسی، اجتماعی و اقتصادی		
ساختار نظام سلامت	ساختاری	چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی
ساختار آموزشی		
اصلاح نظام پرداخت		
استفاده بهینه از منابع		
پشتیبانی سازمان های بیمه گر		

گیرند و در تدوین آن ها شرایط سیاسی، اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفته نمی شود. خواندن بسیاری از راهنماهای بالینی دشوار است چون آن ها بسیار طولانی و پیرامون موضوع، بسیار گسترده هستند. راهنماهای بالینی کوتاه تر با پیام های مشخص و جداول کوتاه تر می تواند برای اجرا موثرتر باشند.

مشارکت کننده ۴ نیز درباره ی نحوه توسعه و اجرای راهنماهای بالینی معتقد بود (دکتری تخصصی پرستاری): "به نظر می رسد که مجریان راهنماهای بالینی در طراحی و تدوین راهنماها مشارکت داده نمی شوند. تدوین راهنماهای بالینی به اجماع متخصصان بستگی دارد چنین اجماعی باید کاملاً مشخص و نشان دهنده ی سنتز دقیق راهنماها باشد." مشارکت کننده ۳۰ هم تاکید داشت (پزشک متخصص هوشبری):

"یک مساله مهمی که در تدوین راهنماهای بالینی وجود دارد، عدم ادغام آن ها در خوشه های مناسب بیماری است. ما امروزه نیاز به راهنماهای بالینی یکپارچه با در نظر گرفتن تمام شرایط بیماری ها داریم." تقریباً همه ی مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که یکی از

چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی از دیدگاه مشارکت کنندگان در پژوهش شامل چالش های رویه ای، فرآیندی و ساختاری است. در عبارات زیر تعدادی از نمونه های متن مصاحبه با مشارکت کنندگان پژوهش که در استخراج چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی، مورد استفاده قرار گرفته است و به دلیل حفظ محرمانه بودن، بدون ذکر نشانه ای که دال بر مشخص شدن هویت اصلی مصاحبه شونده باشد، آورده شده است.

چالش های رویه ای

۱- نحوه توسعه و اجرای راهنماهای بالینی شرکت کنندگان در پژوهش، بر این باورند که راهنماهای بالینی معمولاً بر اساس روش ها و اصول دقیقی تدوین می شوند و در صورتی که صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند بدون شک منجر به اجرای موفق آن ها خواهد شد.

مشارکت کننده ۷ درباره نحوه توسعه و اجرای راهنماهای بالینی تاکید نموده است (پزشک متخصص داخلی): "راهنماهای بالینی به ندرت شرایط محلی را در نظر می

تنظیم کرده‌ایم و آن‌ها را در بیمارستان‌های آموزشی داریم اجرا می‌کنیم.“

مشارکت‌کننده ۸ نیز در این رابطه تاکید داشت (کارشناس ارشد پرستاری):

”در حوزه آموزش پزشکی، حتی خیلی‌ها گاید لاین و پروتکل را باهم اشتباه می‌گیرند و در این زمینه برنامه ریزی جهت آموزش، توسط مدیران ارشد صورت نگرفته است.“

مصاحبه‌شوندگان، مسائل مربوط به نیروی انسانی را نیز از عوامل سازمانی موثر بر اجرای راهنماهای بالینی بیان کردند این عوامل شامل: عدم آشنایی کارکنان با راهنماهای بالینی، مقاومت در برابر تغییر، عادت کردن به رویه‌های جاری و روزمره، عدم ثبات مدیریتی، معرفی یک روش جدید که جای تجربه پزشکان را می‌گیرد، هستند.

۳- ویژگی‌های فرهنگی، سیاسی و اجتماعی

یکی از عوامل موثر در اجرای راهنماهای بالینی مسائل فرهنگی، سیاسی و اجتماعی است. مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که متقاعد کردن پزشکان و بخصوص پزشکان با تجربه، جهت عمل به راهنماها بسیار مشکل است. در زمینه متقاعد کردن پزشکان و بخصوص پزشکان با تجربه، مشارکت‌کننده ۱۱ اظهار نمود (پزشک متخصص قلب):

”پزشکان با تجربه بر این باورند که در زمینه تخصصی شان، خود به عنوان یک رفرنس می‌باشند و نیازی به راهنماهای بالینی ندارند. راهنماهای بالینی مثل کتاب آشپزی می‌مانند که جلو تصمیم‌گیری پزشک را می‌گیرد.“

همچنین مشارکت‌کننده ۵ نیز تاکید داشت (پزشک متخصص طب اورژانس):

”راهنماهای بالینی ابلاغی توسط وزارت بهداشت، یک حالت دستوری دارد که جلو آزادی عمل پزشکان را می‌گیرد.“

همه مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که از لحاظ فنی با توجه به مسایل اجتماعی و سیاسی، امکان بکارگیری راهنماهای بالینی در سراسر کشور به یک اندازه وجود ندارد. پراکندگی جغرافیایی ناهمگن جمعیت ایران، فرهنگ و سنن اقوام مختلف ایرانی، عدم وجود تجهیزات و امکانات کافی در مناطق کمتر برخوردار، نحوه دسترسی به مراکز درمانی و حتی بحث تحریم‌ها می‌تواند بر نحوه ارائه ی مراقبت‌های مبتنی بر راهنماهای بالینی تاثیر گذار باشد.

مهمترین چالش‌های اثر گذار بر ارائه مراقبت‌های بالینی مبتنی بر راهنماهای بالینی، وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد علمی با قابلیت بومی سازی است.

مشارکت‌کننده ۲ نیز اذعان داشت (پزشک متخصص اطفال):

”تا قبل سال ۱۳۹۴ اکثر راهنماهای بالینی موجود، ترجمه راهنماهای بین‌المللی بوده است که با شرایط ملی و محلی ما سازگار نیست. در حالی که این راهنماها باید مبتنی بر شواهد موجود طراحی شوند.“

مشارکت‌کننده ۲۱ در رابطه با وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد علمی با قابلیت بومی سازی نیز اظهار داشت (پزشک عمومی):

”تولید و انتشار راهنماهای بالینی بومی سازی شده کم است و حتی راهنماهای ابلاغی گاه نامفهوم و یا قابل کاربرد در همه بیماران نیست.“

۲- ویژگی‌های سازمانی و مدیریتی

بخش عمده‌ای از اظهارات مصاحبه‌شوندگان، درون‌مایه‌های سازمانی- مدیریتی داشت که بیشتر به نحوه ی تدوین، انتشار و پیاده‌سازی راهنماهای بالینی توسط مدیران ارشد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باز می‌گردد. مشارکت‌کننده ۳ در خصوص ویژگی‌های سازمانی و مدیریتی موثر بر پیاده‌سازی راهنماهای بالینی بیان داشت (دکتری تخصصی پرستاری):

”مدیران ارشد به راهنماهای بالینی به عنوان موضوعی شیک نگاه می‌کنند تا موضوعی لازم جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های بالینی. راهنماهای بالینی موضوعی مهمی است که البته حرف درباره آن زیاد زده می‌شود، اما حقیقتاً در چپستی، چرایی، اهمیتشان و قابلیت اجرایی آن اصلاً بحثی نمی‌شود.“

مشارکت‌کننده ۲۳ نیز در این در چه رابطه بیان می‌کند (دکتری تخصصی پرستاری):

”امروز بحث ورود راهنماهای بالینی به بحث آموزش پزشکی به صورت جدی مطرح است ولی کماکان بحث‌ها در سطح ستاد مطرح می‌شود و برای بیمارستان‌ها در واقع کاری انجام نمی‌شود.“

همچنین مشارکت‌کننده ۲۴ در رابطه با نحوه ی تدوین، انتشار و پیاده‌سازی راهنماهای بالینی توسط مدیران ارشد، معتقد بود (پزشک متخصص عفونی):

”این بحث‌ها صرفاً یک جور رفو کردن ظاهر است که یک عده‌ای می‌گویند که ما این راهنماهای بالینی را

به اجرای بیشتر راهنماهای بالینی خواهد شد.

چالش های فرآیندی

۱- مدیریتی، سازمانی و عملکردی:

یکی از مشکلاتی که در نظام ارائه مراقبت های سلامت در ایران وجود دارد، ناپایداری های نظام مدیریتی است. این ناپایداری ها می تواند تمامی برنامه های مراقبتی را تحت تاثیر قرار دهد.

در زمینه ناپایداری های سیستم مدیریتی، مشارکت کننده ۱ معتقد است (پزشک عمومی):

”با تغییر مدیران بخصوص مدیران ارشد سازمانی، برنامه های مدیر قبلی یا کلا تعطیل و یا بی ارزش تلقی میشود، برنامه ریزی ثابتی وجود ندارد و گاهی برنامه ریزی با شتاب زدگی همراه است“.

مشارکت کننده ۱۲ در رابطه با نظام مدیریتی اظهار نمود (دکتری تخصصی پرستاری):

”در تصمیم گیری های مدیریتی از شواهد علمی متغیر استفاده نمی شود. بنابراین در اکثر موارد، هماهنگی های لازم جهت اجرای برنامه ها انجام نشده است“.

مشارکت کننده ۶ در رابطه با ویژگی های سازمانی بیان داشت (کارشناس پرستاری):

”نحوه تامین و توزیع نیروی انسانی می تواند بر اجرای موثر برنامه ها اثر گذار باشد. کمبود نیروی انسانی و تکیه بر نیروهای طرحی در ارائه مراقبت های بالینی، یکی از مشکلات تشکیلاتی نظام سلامت است که بر پیاده سازی راهنماهای بالینی تاثیر می گذارد“.

مشارکت کننده ۱۴ نیز در باره ویژگی های سازمانی معتقد بود (پزشک متخصص داخلی):

”عدم ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر برخوردار و عدم انطباق زیر ساخت ها با برنامه اجرایی، مانع موفقیت برنامه ها می شود“.

مشارکت کننده ۲۰ در رابطه با چالش های عملکردی، بیان داشت (پزشک عمومی):

”نبود ضمانت اجرایی بر اجرای قوانین و اطلاع رسانی ضعیف از چالش های عملکردی برنامه ها می باشد“.

۲- پژوهشی و آموزشی

تقریباً اکثر مشارکت کنندگان در پژوهش معتقد بودند: نحوه استفاده از مطالعات مبتنی بر شواهد، در تصمیم گیری های مدیریتی موضوع مهمی است. وقتی مدیریت ها طول عمر

۴- ویژگی های مالی و اقتصادی

اکثر مشارکت کنندگان در این پژوهش بیان کردند که نظام سلامت ایران همچون سایر نظام های سلامت با مشکلات اقتصادی و مالی جهت ارائه مراقبت های درمانی روبروست. با توجه به محدود بودن بودجه عمومی، تامین منابع مالی جهت فراهم کردن زیرساخت های لازم برای اجرای راهنماهای بالینی در همه بیمارستان های کشور وجود ندارد. همچنین بیمارستان ها در ایران بعضاً بنا به ضرورت جمعیت شناختی احداث شده اند که ممکن است منابع مالی و انسانی کافی را در دسترس نداشته باشند و این می تواند بر اجرای راهنماهای بالینی اثرگذار باشد.

در زمینه ویژگی های مالی و اقتصادی مشارکت کننده ۳ معتقد بود (دکتری تخصصی پرستاری):

”شواهدی که در تدوین راهنماهای بالینی مورد استناد هست با جمعیت ما متأسفانه هم خوانی ندارد و یا ممکن است برای جمعیت ما قابل استفاده نباشد، زیرا که توزیع منابع ثروت در نقاط مختلف کاملاً متفاوت است. اطلاع از واقعیت ها در همه جای کشور و امکانات آن مناطق لازم است چون راهنماهای بالینی حقیقتاً باید ضعیف ترین سطوح مراقبتی را ببیند نه بیمارستان های بزرگ شهرهای بزرگ. بنابراین، در راهنماهای بالینی تجهیزاتی آمده که در خیلی از نقاط کشور وجود ندارد“.

مشارکت کننده ۶ هم در رابطه با ویژگی های مالی و اقتصادی بیان داشت (کارشناس پرستاری):

”توان مالی بیماران نیز بر تصمیم پزشک در انتخاب شیوه درمان تاثیر گذار است. بنابراین، پزشکان ناگزیر گاهی نمی توانند بر اساس راهنماهای بالینی عمل نمایند“.

یکی دیگر از جنبه های مهم اقتصادی، سازمان های بیمه گر است. تقریباً تمام مصاحبه شوندگان معتقد بودند که در طراحی و تدوین راهنماهای بالینی در ایران، بیمه ها مشارکت داده نشده اند، باور به اینکه ارائه مراقبت مبتنی بر راهنماها می تواند بار مالی بر بیمه ها ایجاد کند، این باور خود می تواند مانع اجرای راهنماهای بالینی شود. بنابراین، لازم است شواهد مربوط در این زمینه جمع آوری و در تدوین راهنماهای بالینی با حضور نمایندگان بیمه، این شواهد بررسی و لحاظ گردد. بخصوص اگر مشخص شود که اجرای راهنماهای بالینی می تواند باعث حفظ منابع بیمه ها گردد، آنگاه بیمه ها نیز بر ارائه مراقبت مبتنی بر راهنماهای بالینی اصرار خواهند داشت که این خود منجر

جهت اجرای راهنماهای بالینی قبل از هر چیزی باید بر چالش‌های موجود در سیاست‌های کلان دولت فائق آمد. وجود منابع مالی و اقتصادی کافی و دسترسی به تجهیزات پیشرفته پزشکی از ضروریات اجرای راهنماهای بالینی هاست. تضاد سیاست‌های دولت با منافع سلامتی، ناپایداری منابع مالی، تحریم‌های اقتصادی، مسائل فرهنگی و اجتماعی و نحوه مرادوات بین المللی بر کمیت و کیفیت مراقبت‌های مبتنی بر راهنماهای بالینی تاثیر منفی گذاشته است.

مشارکت‌کننده ۲ در زمینه عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی بیان نمود (پزشک متخصص اطفال):

”من احساس می‌کنم که در نظام سلامت ایران، مسئله دیگری که مانع از اجرای راهنماهای بالینی یا طرح‌های مشابه می‌شود، کشمکش‌ها یا تضادهایی سیاسی، اجتماعی و اقتصادی است. بدون شک این عوامل می‌تواند بر اجرای موثر برنامه‌ها تاثیر بگذارد پس باید از اول به آن‌ها توجه شود“.

مشارکت‌کننده ۴ نیز در زمینه عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی معتقد بود (دکتری تخصصی پرستاری):

”به نظر این مناقشه‌های اجتماعی و اقتصادی، این نگاه‌های کوتاه‌مدت، این سیاست‌گذاری‌ها و تولیدهایی که در طول نظام سلامت که ممکن است بنا به تشکیل یک دولت، موقتاً وارد حوزه نظام سلامت می‌شوند و پس از مدتی خارج می‌شوند. خب این‌ها تا بیایند و اهرم‌های اصلی نظام سلامت را بشناسند و خود را متعهد به استقرار آن بدانند، این زمان تمام می‌شود. در واقع نظام سلامتی می‌ماند، با افرادی که فرصت تغییر را از دست داده‌اند. و باید منتظر این باشند که یک نگاه جدیدی وارد نظام سلامت شود“.

چالش‌های ساختاری

۱- ساختار نظام سلامت

اجرای راهنماهای بالینی و یا تغییر در آن، در وهله اول به ساختار تولید نظام سلامت، ارتباط دارد. تولید به عنوان کلیدی‌ترین کارکرد نظام سلامت و نقطه اعتماد و اتکای نظام‌های سلامت در دستیابی به اهداف خود، محسوب می‌شود. این کارکرد به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان این نظام و پذیرش مسئولیت کلان پاسخگویی در بالاترین سطح ممکن است؛ که وزارت بهداشت، درمان و

کوتاهی دارد و یک مدیر می‌خواهد برنامه‌ای را در دوره مدیریتی خود اجرا کند، زمان کافی جهت انجام مطالعات مبتنی بر شواهد در نظر گرفته نمی‌شود. چه بسا که تصمیمات مدیریتی مبتنی بر شواهد موجود نخواهد بود و از طرفی دیگر، نتایج مطالعات نیز ممکن است در زمان مناسب در دسترس مدیران قرار نگیرد. بنابراین، تصمیم‌گیری سیاست‌مداران بدون در نظر گرفتن نتایج این مطالعات و قبلاً اتخاذ شده است. لذا نداشتن مستندات کافی و عدم آگاهی از وجود این مستندات می‌تواند یک چالش اساسی باشد. از طرف دیگر، اجرای برخی از برنامه‌های مستلزم آگاهی‌سازی و آموزش مجریان برنامه است. در مورد راهنماهای بالینی اطلاع‌رسانی کافی انجام نشده است. حتی برخی از پزشکان متخصص از وجود راهنماهای بالینی مربوط به رشته خودشان بی‌اطلاعند. ضمن اینکه در دوره تحصیلی نیز آموزشی در زمینه راهنماهای بالینی انجام نشده است. مشارکت‌کننده ۱۳ در رابطه با مسائل آموزشی معتقد بود (پزشک متخصص داخلی):

”یکی مشکلی که باید با آن اشاره کنم، این است که خیلی وقت‌ها افرادی که می‌خواهند راهنماهای بالینی را پیاده کند، آشنایی خاصی با آن ندارند. و این، دلیلش این است که ما در آموزشی که به رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی می‌دهیم، معمولاً در طی سنوات تحصیلی آشنایی خاصی درباره راهنماها به این‌ها داده نمی‌شود“.

مشارکت‌کننده ۱۵ در ارتباط با مسائل آموزشی و پژوهشی نیز اظهار داشت (پزشک جراح عمومی):

”مؤلفه دیگر، آشنایی پزشکان با راهنماهای بالینی در دوره تحصیل و کار است. پزشکان ما در دوره‌ی تحصیل در این زمینه آموزش خاصی ندیده‌اند. ضمن اینکه پژوهش‌های ما هم در این زمینه کم است. بنابراین انتظاری نباید داشت که در دوران کار، آن‌ها بر اساس راهنماهای بالینی عمل کنند. لذا آشنایی پزشکان و ایجاد بینش در آن‌ها هم یکی از مسائلی است که در پیاده‌سازی راهنماها می‌تواند مؤثر باشد“.

۳- سیاسی، اجتماعی و اقتصادی

همچنین مشارکت‌کنندگان بیان کردند که اجرای راهنماهای بالینی از عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی تاثیر می‌پذیرد. باید اذعان داشت که این عوامل فراتر از حیطه اختیارات پزشکی است. پیشرفت‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند بر مداخلات پزشکی تاثیر زیادی بگذارد. بنابراین،

علی سلطانی و همکاران

تحصیل است. من دیده‌ام که برخی از همکاران از وجود چنین راهنماهایی یا اصلاً خبر ندارند یا اگر هم می‌دانند، از آخرین راهنماهای بالینی به روز شده استفاده‌ای نکرده‌اند که ببینن چگونه است. لذا آشنایی پزشکان و ایجاد بینش در آن‌ها هم یکی از مسائلی است که در پیاده‌سازی راهنماهای بالینی می‌تواند مؤثر باشد.

۳- اصلاح نظام پرداخت

یکی دیگر از چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، اصلاح نظام پرداخت است. از دیدگاه اکثر مشارکت‌کنندگان در پژوهش، در نظام‌های مختلف دریافت و پرداخت، انگیزه‌های مختلفی برای مصرف بیشتر خدمات یا کاستن از هزینه‌ها وجود دارد. سیاست‌های سلامت و نظام‌های دریافت و پرداخت تأثیر بسیار مهمی بر پیاده‌سازی راهنماهای بالینی دارند. بنابراین، یکی از دلایل بروز مشکل در پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، نظام پرداخت کشور است و باید چاره‌ای به حال آن اندیشیده شود.

مشارکت‌کننده ۲۸ در رابطه با نظام پرداخت تأکید داشت (پزشک عمومی):

”نظام‌های پرداخت ما در بیمارستان مبتنی بر نظام پرداخت کارانه است. مطالعات نشان داده که این نظام نمی‌تواند انگیزه لازم برای ارائه مراقبت مبتنی بر راهنماهای بالینی را برای ارائه‌دهنده خدمت، بخصوص پزشکان فراهم کند.“

مشارکت‌کننده ۲۶ هم در رابطه با نظام پرداخت معتقد بود (دکتری تخصصی پرستاری):

”قطعاً پزشکان، مهم‌ترین فرد و اصلی‌ترین فرد در پیاده‌سازی راهنماهای بالینی هستند. قطعاً ما نیازمند مکانیسم‌های پرداختی هستیم و نیازمند مکانیسم‌های پاداشی هستیم که در حقیقت تهیج‌کننده و این انگیزه را ایجاد کند که متخصصین ما، انگیزه کافی برای تغییر رفتار به سمت بهره‌گیری از راهنماهای بالینی را داشته باشند.“

مشارکت‌کننده ۲۰ نیز در باره نظام پرداخت اذعان کرد (پزشک متخصص اطفال):

”در حال حاضر که نظام پرداخت ما کارانه است، به نظر من این انگیزه را ایجاد نمی‌کند برای یک پزشک تا از مداخلات مبتنی بر راهنماهای بالینی استفاده کند. بسا این که ممکن است در خیلی از وقت‌ها استفاده از این راهنمای بالینی، متناقض با درآمدی باشد که فرد در حوزه تخصصی خودش می‌تواند متصور باشد.“

آموزش پزشکی به نیابت از دولت، این وظیفه را بر عهده دارد.

مشارکت‌کننده ۹ درباره ساختار نظام سلامت اذعان داشت (پزشک متخصص زنان و زایمان):

”هر تولیتی که در نظام سلامت باشد، پیاده‌سازی راهنماهای بالینی یک اولویت اجرایی ما هست. راهنماهای بالینی پزشکی، یک اهرم نظام سلامت است. نیاستی در تولیدات‌های مختلف نظام سلامت، نسبت به این‌ها نگاه صفر و یک داشته باشیم یا نگاه این باشد که بالاخره با سلیقه دولت‌ها می‌خواند یا نمی‌خواند.“

مشارکت‌کننده ۱۷ هم در رابطه با ساختار نظام سلامت بیان نمود (دکتری تخصصی پرستاری):

”من احساس می‌کنم که در نظام سلامت ایران، مسئله دیگری که مانع از اجرایی‌سازی راهنماهای بالینی یا طرح‌های مشابه می‌شود، کشمکش‌ها یا تضادهایی است که در جابجایی تولیدات‌های نظام سلامت ایران دارد اتفاق می‌افتد، یک تولید می‌آید از برنامه پزشک خانواده دفاع می‌کند، یک تولید از طرح تحول سلامت دفاع می‌کند، درحقیقت ما نظام‌مند در نظام سلامت حرکت نمی‌کنیم.“

۲- ساختار آموزشی

یکی دیگر از زیر طبقه‌ها مربوط به چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، ساختار آموزشی می‌باشد. از منظر شرکت‌کنندگان در این پژوهش، نظام آموزش پزشکی، درجه علمی پزشک، ورود راهنماهای بالینی به دوره‌های آموزشی در کانون اصلی این زیر طبقه قرار داشت. می‌توان گفت، همیشه این عوامل می‌تواند هم بر عملیات و هم بر عملکرد سازمان تأثیر بگذارد و نیاز است، که مورد توجه قرار گیرند.

مشارکت‌کننده ۱۰ در رابطه با ساختار آموزشی معتقد بود (پزشک متخصص داخلی):

”شاید هم تا قبل از این، از نظر توسعه‌ی سازمانی در بحث راهنماهای بالینی تأکیدی نبوده، و اخیراً و شاید این دو سه سال اخیر به بحث راهنماهای بالینی، روسای بیمارستان‌ها پرداخته‌اند. ضمن اینکه ساختار سازمانی آن هم دیده نشده است. باید راهنماهای بالینی در بحث سیاست‌گذاری کلان دیده شوند، بخصوص در طراحی پلان‌های آموزشی.“

مشارکت‌کننده ۱۱ نیز در رابطه با ساختار آموزشی بیان کرد (پزشک متخصص قلب):

”مؤلفه دیگر، آشنایی پزشکان با راهنماهای بالینی در دوره

مشارکت کننده ۱۷ نیز در رابطه با نظام پرداخت معتقد بود (دکتری تخصصی پرستاری):

”راهنماهای بالینی یک مؤلفه دخیل در نظام سلامت است و مؤلفه‌های جنبی این راهنماها هم باید تقویت شود. یعنی نظام پرداخت دی آر جی، جایگزین نظام پرداخت کارانه شود و با پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد همسو باشد.“

۴- استفاده بهینه از منابع

استفاده بهینه از امکانات، نیز زیر طبقه ی دیگری بود، که بخشی از ادراک مرتبط با چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی را شکل می‌داد. امروزه روش‌های نوین مدیریت منابع درآمدی، بودجه سلامت، هزینه‌های سلامت و بهره‌وری و کارایی در سازمان‌های سلامت محور، جهت دستیابی به اهداف سلامت ضروری می‌نماید. مشارکت کنندگان در این مطالعه بر این باور بودند که در شرایط فعلی یکی از عوامل تاثیر گذار برای تسهیل پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، توجه به نحوه استفاده از منابع نظام سلامت است. البته در این مقوله ۲ دیدگاه غالب وجود داشت، یکی کمبود منابع اقتصادی و دیگری عدم مدیریت صحیح منابع موجود و تخصیص مناسب آن بود.

مشارکت کننده ۱۷ در رابطه با نحوه استفاده بهینه از منابع بیان داشت (دکتری تخصصی پرستاری):

”در نظام سلامت ما، که افراد نبود منابع را یک خسران در نظر می‌گیرند؛ یک علت آن ممکن است، نبود یک دیدگاه اقتصادی به حفظ منابعی باشد که ما برای نظام سلامت خودمان در نظر می‌گیریم. بنابراین اگر به‌عنوان یک سیاست‌گذار یا به‌عنوان یک مجری، در زمانی که داریم تصمیم می‌گیریم یک مداخله درمانی اجرا شود یا اجرا نشود؛ توجه به هزینه فرصت اقتصادی بکنیم. این مسئله می‌تواند برای حل خیلی از مشکلاتی که ما به دلیل کمبود منابع، توان مدیریت آن‌ها را نداریم، این مساله خیلی کمک خواهد کرد که ما راهنماهای بالینی را به‌عنوان یک پروسه هزینه اثربخش یا یک مداخله هزینه اثربخش به خوبی بتوانیم، بشناسیم.“

۵- پشتیبانی سازمان‌های بیمه گر

یکی دیگر از چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، پشتیبانی سازمان‌های بیمه گر بود. راهنماهای بالینی می‌توانند معیار بسیار مناسبی برای پرداخت مبتنی بر عملکرد و نیز تعیین راهبردهای خرید خدمت، توسط سازمان‌های بیمه گر باشند.

مشارکت کننده ۲۵ در رابطه با پشتیبانی سازمان‌های بیمه گر بیان کرد (کارشناس ارشد پرستاری):

”از نظر من، تدوین راهنماهای بالینی بر عهده وزارت بهداشت و اجرای آن باید بر عهده سازمان‌های بیمه گر باشد. کاهش هزینه‌های بیمارستانی و اجرای راهنماهای بالینی، نیازمند بستر الکترونیک است و بیمه‌ها با فراهم کردن بستر الکترونیک، می‌توانند راهنماهای بالینی را اجرا کنند.“

مشارکت کننده ۱۷ نیز در رابطه با پشتیبانی سازمان‌های بیمه گر اعتقاد داشت (دکتری تخصصی پرستاری):

”هنگام تدوین راهنماهای بالینی، آیا مسائل بیمه‌ای در آن دیده شده و یا با بیمه‌ها هماهنگ شده، یکی از مسائلی که من فکر می‌کنم در حوزه نظام سلامت و در بیمه‌ها در ایران، هنوز نتوانسته ایم راهنماها را به یک دغدغه داغ ارزشی تبدیل کنیم.“

مشارکت کننده ۲۰ همچنین در رابطه با پشتیبانی سازمان‌های بیمه گر اذعان داشت (پزشک متخصص اطفال):

”گام بعدی که به نظر من، گام خیلی مهمی هم هست، باید این پیاده‌سازی‌ها، برای سیاست‌هایی در نظر گرفته شود که این سیاست‌ها با سیاست‌های بیمه‌ای همسو باشد و با پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد همسو باشد. اگر بشود که این سیاست‌ها ی بهداشت و درمان با سیاست‌های بیمه‌ای مطابقت داشته باشد و راهنماهای بالینی کاربردی بشود، بسیار اثربخش خواهد بود. چون خیلی در این زمینه به بیمه‌ها اجازه ورود نداده‌اند و راهنماهای بالینی وزارتخانه به بیمه ابلاغ می‌شود. ولی به‌نظر من الزام قانونی وجود ندارد که ما بتوانیم خیلی اثربخش در این زمینه عمل بکنیم.“

بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بالینی انجام گرفت. نتایج نشان داد ۳ طبقه ی اصلی چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی شامل چالش‌های رویه‌ای، فرآیندی و ساختاری می‌باشد. طبقه اول، چالش‌های رویه‌ای شامل نحوه توسعه و اجرای راهنماهای بالینی، ویژگی‌های سازمانی و مدیریتی، ویژگی‌های فرهنگی، سیاسی و اجتماعی و ویژگی‌های مالی

بالینی موثر باشند (۱۶). یافته‌های سایر مطالعات نیز هر یک به نوعی با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا است. به عنوان مثال، نتایج مطالعه Gagliardi و همکاران (۱۷) در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۱ نشان داد که پس از تولید و انتشار راهنماهای بالینی اکثر پزشکان، روش طبابت بالینی خود را بر اساس راهنماها تغییر دادند و تنها ۳ درصد از پزشکان به راهنماها اعتقاد نداشتند. همچنین Francke و همکاران (۱۸) اجرای موفقیت آمیز راهنماهای بالینی را شامل ۳ مرحله تدوین، انتشار و اجرا بیان می‌کنند. Spallek و همکاران (۱۹) نیز در مطالعه خود نتیجه‌گیری می‌کنند، جهت اجرای راهنماهای بالینی، توسعه دهندگان راهنماها باید به نکات زیر توجه نمایند:

۱. راهنماهای آسان و قابل درک تدوین نمایند. ۲. پیچیدگی‌های موجود در راهنماها را کاهش دهند. ۳. راهبرد مناسبی جهت انتشار به موقع راهنماهای بالینی اتخاذ کنند. نتایج مطالعه Correa و همکاران (۲۰) در سال ۲۰۲۰ نیز نشان داد، موانع اجرای راهنماهای بالینی در زمینه سیاسی-اجتماعی عبارت از: فقدان مدیریت، مشکلات مربوط به کار تیمی و عدم توافق با همکاران می‌باشند. همچنین موانع مربوطه به نظام ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی شامل کمبود وقت، مشکلات مالی و کمبود نیروی متخصص است. موانع مربوط به راهنماهای بالینی شامل عدم وضوح و عدم اعتبار در شواهد است. عوامل مربوط به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بالینی شامل فقدان دانش در مورد راهنماهای بالینی و عدم اعتماد به نفس می‌باشد. این عوامل در مورد بیماران، شامل نگرش منفی نسبت به پیاده‌سازی، عدم آگاهی از راهنماهای بالینی و باورهای فرهنگی اجتماعی بودند. در تبیین این یافته‌ها چنین می‌توان اذعان داشت پیاده‌سازی راهنماهای بالینی پدیده‌ای پیچیده است که چالش‌های مختلفی بر آن تاثیر می‌گذارد لذا پرداختن به این چالش‌ها می‌تواند پیاده‌سازی راهنماهای بالینی را تسهیل نماید.

طبقه سوم به دست آمده چالش‌های ساختاری می‌باشد. این چالش‌ها شامل: ساختار نظام سلامت، ساختار آموزشی، اصلاح نظام پرداخت، استفاده بهینه از منابع و پشتیبانی سازمان‌های بیمه‌گر بود. در این راستا نتایج مطالعه Almazrou و همکاران (۲۱) در سال ۲۰۲۰ نشان داد که پزشکان، عوامل محیطی و به ویژه کمبود زمان، منابع، مشوق‌ها، برنامه‌های آموزشی، انتشار و در دسترس نبودن

و اقتصادی بود. در این راستا نتایج پژوهش Rooney و همکاران (۱۲)، برادران و همکاران (۱۳) و مجد زاده و همکاران (۱۴) همسو با پژوهش حاضر بودند. به این صورت که، نتایج پژوهش Rooney و همکاران (۱۲) نشان داد که انجام صحیح اقدامات و تصمیم‌گیری بالینی همسو با نیازها، اولویت‌ها، محدودیت‌ها و امکانات و شرایط بیمار و شرایط بومی مراقبت‌های درمانی بر اجرای راهنماهای بالینی تاثیر زیادی دارند. همچنین نتایج مطالعه برادران و همکاران نشان داد، تولید و انتشار ناکافی راهنماهای بالینی و عدم وجود شواهد کافی در تدوین راهنماهای بالینی یکی از چالش‌های پیاده‌سازی راهنماهای بالینی می‌باشد. علاوه بر آن، نتایج مطالعات برادران و همکاران (۱۳) و مجد زاده و همکاران (۱۴) نیز نشان داد که فقدان یک نظام مراقبتی مبتنی بر شواهد و عدم حمایت سیاسی مناسب در ایران، نحوه توسعه و پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، پیاده‌سازی آن‌ها را به چالش کشیده است. با توجه به این یافته‌ها چنین می‌توان نتیجه‌گیری نمود که امروزه پیاده‌سازی راهنماهای بالینی به عنوان یک چالش پیچیده و چند جانبه به حساب می‌آید، لذا توجه ویژه به نحوه تدوین و توسعه راهنماهای بالینی و مهمتر از آن توجه به ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بومی، می‌تواند در بکارگیری این راهنماها در محیط واقعی بالینی موثر باشد.

طبقه دوم، چالش‌های فرآیندی شامل مدیریتی، سازمانی و عملکردی، پژوهشی و آموزشی و سیاسی، اجتماعی و اقتصادی بودند. در این زمینه یافته‌های پژوهش جنتی و همکاران (۱۵)، کیمیایی مهر و همکاران (۱۶) با پژوهش حاضر مطابقت داشته است. به عنوان مثال جنتی و همکاران در مطالعه‌ای بیان می‌کنند با توجه به اهمیت اجرای درست راهنماهای بالینی به عنوان پیوند دهنده به روزترین دانش و عملکرد و توجه به مشکلات، موانع و چالش‌های اجرایی، آموزشی و پژوهشی موجود در پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، امید است مدیران، سیاستگذاران و برنامه‌ریزان جهت رفع موانع برای اجرای هرچه درست‌تر راهنماهای بالینی و ارائه خدمات باکیفیت به بیماران قدم بردارند (۱۵). همچنین کیمیایی مهر و همکاران در مطالعه بررسی عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران، می‌نویسد: قابلیت دسترسی به اطلاعات، ایجاد انگیزه و تغییر نگرش، مدیریت موثر، ایجاد دید سیستمی و بازخورد مناسب، و ایجاد استانداردهای مربوط به فرایندهای کاری، می‌تواند در پیاده‌سازی راهنماهای

رویه ای، فرآیندی و ساختاری را به عنوان چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی را نشان داد. لذا پیشنهاد می شود به این چالش ها در تدوین، توسعه و اجرای راهنماهای بالینی در کلیه سطوح مختلف ارائه دهنده مراقبت های بالینی (وزارتی، ستادی و عملیاتی) توجه گردد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این است که این پژوهش صرفاً دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت های بالینی بیمارستان علامه بهلول گنابادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد را مورد بررسی قرار داد و ممکن است نتایج به راحتی قابل تعمیم به بیمارستان های وابسته به سایر دانشگاه ها نباشد.

سیاسگزاری

پژوهش حاضر، مستخرج از رساله دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی علی سلطانی به راهنمایی آقای دکتر عبدالجواد خواجهی است که در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲۶ در دانشگاه آزاد اسلامی سمنان تصویب و با کد شناسه شماره IR.IAU.SMNAN.REC.1398.005 ثبت گردیده است. از تمامی صاحب نظران و کارشناسانی که در انجام این پژوهش همکاری نموده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده اند.

References

1. Yang J, Han C, Yoon HK, Pae CU, Kim MJ, Park SY, Ahn J. Experiences and barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-150>
2. Yusefzadeh E, Akbarzadeh R, Khademolhoseini SM, Akrami R. [The effect of implementing evidence-based guidelines on the quality of nursing care provided to patients with angina pectoris]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2015;8(1):1-6. URL: <http://jccnursing.com/article-1-303-en.html>.
3. Nouhi E, Abdollahyar A, Fasihi Harandi T. [Effect of evidence-based Nursing education in nurses' clinical decision making. *Education and Ethic In Nursing*]. 2013;2(4):43-9. URL: <http://>

درمان یا آزمایش های تشخیصی به عنوان دلایل اصلی عدم اجرای راهنماهای بالینی است. همچنین Patiño-Lugo (۲۲) در سال ۲۰۲۰ در مطالعه خود، بر اساس نظر شرکت کنندگان در پژوهش، موانع اجرای راهنماهای بالینی را شامل موانع فردی (ویژگی های بیمار و متخصصان)، موانع نظام ارائه کننده مراقبت های درمانی (در دسترس بودن منابع، مراقبت به موقع، نظام اطلاعاتی، هزینه های خدمات و تغییرات نظارتی) و موانع مربوط به راهنماهای بالینی (سودمندی، دقت روش شناسی، انعطاف پذیری در اجرا و ویژگی های گروهی که راهنماها را تدوین می کند)، طبقه بندی می کند. در پایان پژوهشگر نیز نتیجه گیری می کند، در پیاده سازی راهنماهای بالینی، مهمتر از همه، دولت، نظام مالی و نظام ارائه کننده مراقبت های درمانی، عوامل تعیین کننده در اجرای راهنماهای بالینی هستند. با توجه به یافته ها چنین می توان اظهار داشت که راهنماهای بالینی، می توانند در ایجاد تغییر و بهبود نتایج سلامت مؤثر باشند. اما آن ها فقط یکی از عنصر مهم در تصمیم گیری بالینی هستند و باید ارزش ها و ترجیحات بیماران، ارزش ها و تجربه پزشکان و در دسترس بودن منابع را نیز در نظر گرفت. اجرای راهنماهای بالینی تنها در صورتی مؤثر خواهد بود که آن ها به نظر کاربران مفید باشد و در تصمیم گیری بالینی مورد استفاده قرار گیرند.

نتیجه گیری

یافته ها تعداد ۱۲ زیر طبقه و ۳ طبقه شامل چالش های

ethic.jums.ac.ir/article-1-114-en.html.

4. Steinberg E, Greenfield S, Wolman DM, Mancher M, Graham R. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. <https://doi.org/10.17226/13058>
5. Yaşar I, Kahveci R, Baydar Artantaş A, Ayhan Başer D, Gökşin Cihan F, Şencan I, et al. Quality assessment of clinical practice guidelines developed by professional societies in Turkey. *PLoS One*. 2016;11(6):64-83. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156483>
6. Da Silva TM, Costa LdCM, Garcia AN, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Manual Therapy*. 2015;20(3):388-401. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.009>

7. Qumseya B, Goddard A, Qumseya A, Estores D, Draganov P, Forsmark CH. Barriers to clinical practice guideline implementation among physicians: A physician survey: International Journal of General Medicine. 2021;1(4): 7591-7598. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S333501>
8. Graham B. Clinical practice guidelines: what are they and how should they be disseminated? Hand Clinics. 2014;30(3):361-5. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2014.04.007>
9. Kashyap N, Dixon J, Michel G, Brandt C, Shiffman R. Guide Line implementability appraisal. 2nd edition. New Haven, CT: Yale Center for Medical Informatics; 2011. https://www.cdc.gov/os/quality/docs/GLIA_v2.pdf
10. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24 (2):105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
11. Lincoln Y S , Guba E G. Naturalistic Inquiry. Sage Publishing Company, Beverly Hills: California. 1985. <https://sabinemendesmoura.files.wordpress.com/2014/11/gubaelincolnovo.pdf>
12. Rooney AA, Boyles AL, Wolfe MS, Bucher JR, Thayer KA. Systematic review and evidence integration for literature-based environmental health science assessments. Environmental Health Perspectives. 2014;122(7):711-718. <https://doi.org/10.1289/ehp.1307972>
13. Baradaran-Seyed Z, Majdzadeh R. [Evidence-based health care, past deeds at a glance, Challenges and the future prospects in Iran]. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(12):1-7. PMID: 23641384.
14. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. [Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship?]. Health Policy and Planning. 2012;27(6):499-504. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr072>
15. Jannati A, Haj Ebrahimi S, Azizzadeh M. [Challenges and obstacles to clinical guidelines from the perspectives of urology residents: A qualitative study]. Depiction of Health. 2021;11(4):316-323.
16. Kimiaimehr F, Hosseini SM, Alimohammadzadeh K, Bahadori M, Maher A. [The study of factors affecting the implementation of clinical guidelines in Iran]. Journal of Military Medicine. 2019;21(3):300-310. URL: <http://militarymedj.ir/article-1-2206-en.html>. <https://doi.org/10.34172/doh.2020.40>
17. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. Implementation Science. 2011;6(26):1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-26>
18. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2008; 8 (1):38-49. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>
19. Spallek H, Song M, Polk DE, Bekhuis T, Frantsve-Hawley J, Aravamudhan K. Barriers to implementing evidence-based clinical guidelines: A survey of early adopters. Journal of Evidence Based Dental Practice. 2010;10(4):195-206. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2010.05.013>
20. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Contreras JAP, Borrero AMP, Patiño-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: A systematic metareview. Health Research Policy and Systems. 2020;18(1):74-85. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>
21. Almazrou SH, Alfaifi SI, Alfaifi SH, Hakami LE, Al-Aqeel SA, editors. Barriers to and facilitators of adherence to clinical practice guidelines in the Middle East and North Africa Region: A systematic review. Healthcare 2020; 8(4): 564-77. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040564>
22. Patiño-Lugo DF, Durango MdPP, Lugo-Agudelo LH, Borrero AMP, Correa VC, Contreras JAP, et al. Implementation of the clinical practice guideline for individuals with amputations in Colombia: A qualitative study on perceived barriers and facilitators. BMC Health Services Research. 2020;20(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05406-z>