Journal of Health Promotion Management (JHPM) Original Article

May-June 2022, Volume 11, Issue 3 10.22034/JHPM.11.3.40

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

Ali Soltani [1], Abdoljavad Khajavi[2*], Ali Heyrani[3], Ali Fakhr-Movahedi[4]

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.

نشریه مدیریت ارتقای سلامت
مقاله پژوهشی
خرداد و تیر ۱۴۰۱، دوره ۱۱، شماره ۳
10.22034/JHPM.11.3.40

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 دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۲۴

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. درکل ۳۰ مصاحبه انجام گردید. برای صحت و استحکام یافته‌های 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

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 توسعه، دسترسی به بالاترین کیفیت خدمات سلامت از دغدغه های مهم بشمار می رود (۲). سازمان بهداشت جهانی، ارائه خدمات با کیفیت را به عنوان قطعی ترین عامل در اعتماد به ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان مطرح نموده است (۳).

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

بـه تصمیمـات پزشـک و بیمـار در مـورد مراقبـت هـای مربـوط بـه سـلامتی، متناسـب بـا شـرایط بالینـی خـاص توصیـف مـی کنـد. ایـن تعریـف در سـال۲۰۱۱ بـه روز شـد تـا بیشـتر بـر روش شناسـی (متدولـوژی) دقیـق در فرآینـد توسـعه و پیـاده سـازی راهنماهـا تاکیـد گـردد. راهنماهـای بالینـی عباراتـی هسـتند کـه راهکارهایـی را بـرای بهینـه سـازی مراقبـت از بیمـار از طریـق بررسـی منظـم شـواهد و ارزیابـی معاسـن و معایـب گزینـه هـای مراقبتـی جایگزیـن فراهـم مـی کنـد (۴). راهنماهـای بالینـی بـه عنـوان یـک محصـول دانشـی، بـا هـدف بهبـود ارائـه خدمـات بالینـی، نـه تنهـا بـه عنـوان یـک ابـزار کمکـی جهـت تصمیـم گیـری پزشـکان، پرسـتاران و بیمـاران، بلکـه بـه عنـوان ابـزاری بـرای بیمـه هـا بـا هـدف کنتـرل هزینـه هـا، مهـم هسـتند. همچنیـن ایـن راهنماهـا، بـرای سیاسـت گـذاران و دولـت بـا هـدف اولویـت بنـدی مراقبـت هـای درمانـی، جهـت مقـرون بـه صرفـه کـردن هزینـه هـا و بالابـردن کیفیـت مراقبـت هـا، نیـز مهـم بـوده و بـر اجتنـاب از هزینـه هـای اضافـی و درمـان هـای غیـر ضـروری موثـر هسـتند (۵).

تـلاش بـرای تدویـن راهنماهـای بالینـی از اواخـر دهـه ۱۹۷۰میـلادی توسـط چنـد کشـور شـروع شـد. از آن زمـان تعـداد راهنماهـای بالینـی در همـه زمینـه هـای پزشـکی بـه طـور چشـمگیری افزایـش یافتـه اسـت. در قـرن ۲۱میـلادی، راهنماهـای بالینـی بـه عنـوان ابـزاری در جهـت بهبـود کیفیـت مراقبـت از بیمـار و پیامدهـای مراقبـت سـلامت، کاهـش تنـوع در مراقبـت و ارتقـاء کارآمدتـر اسـتفاده از منابـع سـلامت، شـروع بـه گسـترش کردنـد (۶).

بررسـی تاریخچـه کاربـرد راهنماهـای بالینـی در ایـران حاکـی از آن اسـت کـه تـا سـال ۱۳۸۲ ایـن راهنماهـا در ارائـه مراقبـت سـلامت در بیمارسـتان هـای کشـور جایگاهـی نداشـته انـد و در سـال هـای بعـد نیـز بـدون متولـی معیـن و بصورتـی غیـر نظـام منـد گسـترش یافتـه انـد (۷). ولـی در سـال ۱۳۸۹ و بـه دنبـال تفکیـک معاونـت هـای بهداشـت و درمـان، سـاختار قانونـی و رسـمی آن در دفتـر ارزیابـی فنـاوری، تدویـن اسـتاندارد و تعرفـه سـلامت، مسـتقر در معاونـت درمـان وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی ایجـاد شـده اسـت. از آن زمـان بـه بعـد، مأموریـت تدویـن، تأییـد نهایـی و ابلاغ راهنماهـا و اسـتانداردهای سـلامت، بـه اداره اسـتاندارد سـازی و تدویـن راهنماهـای بالینـی محـول گردیـد تـا وظیفـه ایجـاد راهبردهـای حمایـت کننـده از کاربـرد شـواهد در تصمیـم گیـری بالینـی و مدیریـت دانـش بالینـی را در نظـام سـلامت کشـور بـر عهـده گیـرد. رسـالت ایـن اداره، برنامـه ریـزی اولویـت هـای ملـی و تدویـن محصـولات دانشـی سـنتتیک در راسـتای پاسـخ گویـی بـه نیازهـای موجـود و کارشناسـی شـده جمعیـت هـدف بـا مشـارکت سیاسـت گـذاران و دسـت انـدرکاران مراقبـت سـلامت در راسـتای نیـل بـه پیامدهای مطلـوب اسـت (۷).

راهنماهـای بالینـی در صورتـی کـه علمـی و متناسـب بـا جامعـه هـدف تدویـن شـوند بـی شـک بـه کیفیـت و حتـی کمیـت مراقبـت هـا منجـر خواهـد شـد (۷). ایـن راهنماهـا معمـولا بـر اسـاس روش هـا و اصـول دقیقـی توسـط ارائـه دهنـدگان خدمات درمانـی، تدویـن شـده انـد ولـی پیـاده سـازی آن هـا اغلـب بـه شـکل ناقـص انجـام مـی شـود (۸). راهکارهـا و روش هایـی کـه بـرای بکارگیـری و نظـارت بـر اجـرای صحیـح راهنماهـای بالینی اسـتفاده مـی شـود، بـرای اثـر بخشـی آن هـا، بسـیار حیاتـی و تعییـن کننـده اسـت (۶). در واقـع اجـرا راهنماهـای بالینـی، بایـد منجـر بـه تغییـر رفتـار ارائـه دهنـدگان مراقبـت شـود (۹). بـا مراجعـه بـه بسـتر واقعـی ارائـه مراقبـت هـای بالینـی مبتنـی بـر راهنماهـای بالینـی بـه نظـر می‌رسـد کـه مفهـوم راهنماهـای بالینـی در مراکـز درمانـی ایـران بدرسـتی درک نشـده و چگونگـی پیـاده سـازی آن، یـک چالـش اساسـی بـه حسـاب می‌آیـد. امـروزه در ایـران پیـاده سـازی راهنماهـای بالینـی بـه عنـوان یک ضـرورت ملـی مطـرح اسـت و پیـاده سـازی موفـق راهنماهـای بالینـی، مسـتلزم توجـه جـدی بـه پیچیدگی‌هـای موجـود در بسـتر ارائـهٔ مراقبـت هـای بالینـی اسـت. لـذا، پژوهـش حاضـر بـا هـدف شناسـایی چالـش هـای پیـاده سـازی راهنماهـای بالینـی از دیـدگاه ارائـه دهنـدگان مراقبـت هـای بالینـی انجـام شـده اسـت.

روش کار

مطالعـه حاضـر، بـا رویکـرد کیفـی و روش تحلیـل محتـوا Graneheim & Lundman در سـال ۱۳۹۹ جهـت شناسـایی چالـش هـای پیـاده سـازی راهنماهـای بالینـی بـا بهـره گیـری از مصاحبـه نیمـه سـاختار یافتـه و جلسـات بحـث گروهـی متمرکـز انجـام شـد. از روش هـای کیفـی بـرای آشـکار نمـودن رفتارهـا، دیـدگاه هـا، احساسـات و پـی بـردن بـه واقعیـت هـای موجـود، اسـتفاده مـی شـود. جامعـه آمـاری پژوهـش شـامل عـده ای از ذینفعـان شـاخص، کلیـدی و آگاه نسـبت بـه نحـوه ارائـه مراقبـت هـای بالینـی در بیمارسـتان علامـه بهلـول گنابـادی وابسـته بـه دانشـگاه علـوم پزشـکی گنابـاد بـود. نمونـه گیـری بـه روش هدفمنـد، انجـام شـد و بـه روش گلولـه برفـی جهـت در نظـر گرفتـن حداکثـر تنـوع، ادامـه یافت. معیارهـای ورود بـه

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، اثرگذاربودن بر سایر همکاران در نحوه ارائه مراقبت های بالینی و روند اجرای آن در بیمارستان علامه بهلول گنابادی، تمایل به همکاری و امکان مشارکت آن ها در پژوهش، و داشتن سابقه کار بالای ۱۰ سال در ارائه مراقبت های بالینی در بیمارستان علامه بهلول گنابادی بود.

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

جهت ثبت و جمع آوری داده ها در طی جلسات مصاحبه و بحث گروهی، از روش های 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 گفته های مصاحبه شوندگان و استفاده از روش های 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 شوندگان و به منظور روشن شدن مفهوم پاسخ ارائه شده مطرح گردید. همچنین سوالات هدایت کننده و اکتشافی برای درک عمیق‌تر چالش‌ها و موانع فراروی پیاده سازی راهنماهای بالینی پرسیده شد. مانند: فرمودید تجربه پزشک. لطفا موضوع را گویاتر نمایید. نقش تولیت؟ می توانید 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 ۱۲۰دقیقه بود. تمام مصاحبه ها و جلسات بحث در محیط کاری مشارکت کنندگان، در ساعات کاری و در بیمارستان علامه بهلول گنابادی انجام شد. توضیحات و مکالماتِ ضبط شده، بلافاصله برچسب گذاری و روی کاغذ پیاده سازی شد. مصاحبه ها 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 مراقبت های بالینی، مصاحبه انجام شد. پس از پیاده سازی کامل مصاحبه ها، متن مصاحبه ها در نرم افزار word تایپ و چندین بار بازخوانی شد تا شناخت کاملی از آن ها به دست آید. کل مصاحبه ها به عنوان واحد تحلیل محسوب شدند. منظور از واحد تحلیل، یادداشت هایی است که قرار است تحت تحلیل و کدگذاری قرار گیرند. پاراگراف ها، جملات و یا کلمات به عنوان واحد معنایی محسوب شدند. واحد معنایی به مجموعه ای از کلمات و جملات گفته می شود که از نظر محتوایی با هم در ارتباط بوده و با توجه به محتوا، جمع بندی و در کنار یکدیگر قرار می گیرند. سپس، واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن ها، 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 و در نهایت طبقه و زیر طبقه ها تعیین شد (۱۰).

جهت بررسی صحت و استحکام دادها 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 می شود (۱۱). مقبولیت، بیان کننده تصویر وفادار پژوهشگر نسبت به تجربیات شرکت کنندگان است و انتقال پذیری، ظرفیت انتقال یافته های پژوهش به مجموعه ی

دیگر است. تائیدپذیری 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 تایید 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 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 دادها و اطمینان از عدم حصول نکته جدید، مصاحبه به عمل آمد. تنوع، تعداد و نوع مدرک تحصیلی مشارکت کنندگان در (جدول۱) آورده شده است.

جدول۱: ویژگی های مشارکت کنندگان پژوهش، شاغل در بیمارستان علامه بهلول گنابادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد

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

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

خدمت پس از فارغ التحصیلی برای تمامی مصاحبه شدگان، ۱۹سال بود.

برای تحلیل داده ها با شیوه تحلیل محتوا تمامی مصاحبه های ضبط شده، کدگذاری شد. تحلیل دادهای مصاحبه ها منجر به ظهور تعداد ۵۴۲ واحد معنایی (meaning unit) و ۷۱ واحد معنایی متراکم (condensed meaning unit) گردید. پس از تجمیع آن ها، ۳ طبقه (categories) و ۱۲ زیر طبقه (subcategories) به عنوان چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی به شرح طبقه بندی گردید (جدول۲).

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

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

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 معمولا 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 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 بسیارطولانی و پیرامون موضوع، بسیار گسترده هستند. راهنماهای بالینی کوتاه تر با پیام های مشخص و جداول کوتاهتر 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 کاملا 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".

تقریبا همه ی مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که یکی از

مهمترین چالش های اثر گذار بر ارائه مراقبت های بالینی مبتنی بر راهنماهای بالینی، وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد علمی با قابلیت بومی سازی است.

مشارکت کننده ۲ نیز اذعان داشت(پزشک متخصص اطفال):

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

مشارکت کننده 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 گاها نامفهوم و یا قابل کاربرد در همه بیماران نیست".

۲- ویژگی های سازمانی و مدیریتی

بخش عمده ای از اظهارات مصاحبه شوندگان ، درون مایه های سازمانی- مدیریتی داشت که بیشتر به نحوه ی تدوین، انتشار و پیاده سازی راهنماهای بالینی توسط مدیران ارشد وزارت بهداشت و درمان وآموزش پزشکی باز می گردد.

مشارکت کننده ۳ در خصوص ویژگی های سازمانی و مدیریتی موثر بر پیاده سازی راهنماهای بالینی بیان داشت (دکتری تخصصی پرستاری):

"مدیران ارشد به راهنماهای بالینی به عنوان موضوعی شیک نگاه می کنند تا موضوعی لازم جهت بهبود کیفت مراقبت های بالینی. راهنماهای بالینی موضوعی مهمی است که البته حرف درباره آن زیاد زده می‌شود، اما حقیقتاً در چیستی ، چرایی، اهمیتشان و قابلیت اجرایی آن اصلاً بحثی نمی‌شود".

مشارکت کننده ۲۳ نیز در این در چه رابطه بیان می کند (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 بیمارستان ها در واقع کاری انجام نمی شود".

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

" این بحث ها صرفاً یک جور رفو کردن ظاهر است که یک عده‌ای می‌گویند که ما این راهنماهای بالینی را تنظیم کرده‌ایم و آن ها را در بیمارستان‌های آموزشی داریم اجرا می‌کنیم".

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

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

مصاحبه شوندگان، 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 رویه های جاری و روزمره، عدم ثبات مدیریتی، معرفی یک روش جدید که جای تجربه پزشکان را می گیرد، هستند.

۳- ویژگی های فرهنگی، سیاسی و اجتماعی

یکی از عوامل موثر در اجرای راهنماهای بالینی مسائل فرهنگی، سیاسی و اجتماعی است. مصاحبه شوندگان 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، مشارکت کننده ۱۱ اظهار نمود (پزشک متخصص قلب):

"پزشکان با تجربه بر این باورند که در زمینه ی تخصص شان ، خود به عنوان یک رفرنس می باشند و نیازی به راهنماهای بالینی ندارند. راهنماهای بالینی مثل کتاب آشپزی می مانند که جلو تصمیم گیری پزشک را می گیرد".

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

" راهنماهای بالینی ابلاغی توسط وزارت بهداشت، یک حالت دستوری دارد که جلو آزادی عمل پزشکان را می گیرد ".

همه مصاحبه شوندگان 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 بر خوردار، نحوه دسترسی به مراکز درمانی و حتی بحث تحریم ها می تواند بر نحوه ی ارائه ی مراقبت های مبتنی بر راهنماهای بالینی تاثیر گذار باشد.

۴- ویژگی های مالی و اقتصادی

اکثـر مشـارکت کننـدگان در ایـن پژوهـش بیـان کردنـد کـه نظـام سـلامت ایـران همچـون سـایر نظـام هـای سـلامت بـا مشـکلات اقتصـادی و مالـی جهـت ارائـه مراقبـت هـای درمانـی روبروسـت. بـا توجـه بـه محـدود بـودن بودجـه عمومـی، تامیـن منابـع مالـی جهـت فراهـم کـردن زیرسـاخت هـای لازم بـرای اجـرای راهنماهـای بالینـی در همـه بیمارسـتان هـای کشـور وجـود نـدارد. همچنیـن بیمارسـتان هـا در ایـران بعضـا بنـا بـه ضـرورت جمعیـت شـناختی احـداث شـده انـد کـه ممکـن اسـت منابـع مالـی و انسـانی کافـی را در دسـترس نداشـته باشـند و ایـن مـی توانـد بـر اجـرای راهنماهـای بالینـی اثرگـذار باشـد.

در زمینـه ویژگـی هـای مالـی و اقتصـادی مشـارکت کننـده ۳ معتقـد بـود (دکتـری تخصصـی پرسـتاری):

"شـواهدی کـه در تدویـن راهنماهـای بالینـی مـورد اسـتناد هسـت بـا جمعیـت مـا متأسـفانه هـم خوانـی نـدارد و یـا ممکـن اسـت بـرای جمعیـت مـا قابـل اسـتفاده نباشـد، زیـرا کـه توزیـع منابـع ثـروت در نقـاط مختلـف کامـلا متفـاوت اسـت. اطـلاع از واقعیت‌هـا در همـه جـای کشـور و امکانـات آن مناطـق لازم اسـت چـون راهنماهـای بالینـی حقیقتـاً بایـد ضعیف‌تریـن سـطوح مراقبتـی را ببینـد نـه بیمارسـتان‌های بـزرگ شـهرهای بـزرگ. بنابرایـن، در راهنماهـای بالینـی تجهیزاتـی آمـده کـه در خیلـی از نقـاط کشـور وجـود نـدارد". مشـارکت کننـده ۶ هـم در رابطـه بـا ویژگـی هـای مالـی و اقتصـادی بیـان داشـت (کارشـناس پرسـتاری):

" تـوان مالـی بیمـاران نیـز بـر تصمیـم پزشـک در انتخـاب شـیوه درمـان تاثیـر گـذار اسـت. بنابرایـن، پزشـکان ناگزیـر گاهـا نمـی تواننـد بـر اسـاس راهنماهـای بالینـی عمـل نماینـد".

یکـی دیگـر از جنبـه هـای مهـم اقتصـادی، سـازمان هـای بیمـه گـر سـت. تقریبـا تمـام مصاحبـه شـوندگان معتقـد بودنـد کـه در طراحـی و تدویـن راهنماهـای بالینـی در ایـران، بیمـه هـا مشـارکت داده نشـده انـد، بـاور بـه اینکـه ارائـه مراقبـت مبتنـی بـر راهنماهـا مـی توانـد بـار مالـی بـر بیمـه هـا ایجـاد کنـد، ایـن بـاور خـود مـی توانـد مانـع اجـرای راهنماهـای بالینـی شـود. بنابرایـن، لازم اسـت شـواهد مربـوط در ایـن زمینـه جمـع آوری و در تدویـن راهنماهـای بالینـی بـا حضـور نماینـدگان بیمـه، ایـن شـواهد بررسـی و لحـاظ گـردد. بخصـوص اگـر مشـخص شـود کـه اجـرای راهنماهـای بالینـی مـی توانـد باعـث حفـظ منابـع بیمـه هـا گـردد، آنـگاه بیمـه هـا نیـز بـر ارائـه مراقبـت مبتنـی بر راهنماهـای بالینـی اصـرار خواهنـد داشـت کـه ایـن خـود منجـر بـه اجـرای بیشـتر راهنماهـای بالینـی خواهـد شـد.

چالش های فرآیندی

۱- مدیریتی، سازمانی و عملکردی:

یکـی از مشـکلاتی کـه در نظـام ارائـه مراقبـت هـای سـلامت در ایـران وجـود دارد، ناپایـداری هـای نظـام مدیریتـی اسـت. ایـن ناپایـداری هـا مـی توانـد تمامـی برنامـه هـای مراقبتـی را تحـت تاثیـر قـرار دهـد.

در زمینـه ناپایـداری هـای سیسـتم مدیریتـی، مشـارکت کننـده ۱ معتقـد اسـت (پزشـک عمومـی):

"بـا تغییـر مدیـران بخصـوص مدیـران ارشـد سـازمانی، برنامـه هـای مدیـر قبلـی یـا کلا تعطیـل و یـا بـی ارزش تلقـی میشـود، برنامـه ریـزی ثابتـی وجـود نـدارد و گاهـا برنامـه ریـزی با شـتاب زدگـی همـراه اسـت".

مشـارکت کننـده ۱۲ در رابطـه بـا نظـام مدیریتـی اظهـار نمـود (دکتـری تخصصـی پرسـتاری):

"در تصمیـم گیـری هـای مدیریتـی از شـواهد علمـی متغـن اسـتفاده نمـی شـود. بنابرایـن در اکثـر مـوارد، هماهنگـی هـای لازم جهـت اجـرای برنامـه هـا انجـام نشـده اسـت".

مشـارکت کننـده ۶ در رابطـه بـا ویژگـی هـای سـازمانی بیـان داشـت (کارشـناس پرسـتاری):

"نحـوه تامیـن و توزیـع نیـروی انسـانی مـی توانـد بـر اجـرای موثـر برنامـه هـا اثـر گـذار باشـد. کمبـود نیـروی انسـانی و تکیـه بـر نیروهـای طرحـی در ارائـه مراقبـت هـای بالینـی، یکـی از مشـکلات تشـکیلاتی نظـام سـلامت اسـت کـه بـر پیـاده سـازی راهنماهـای بالینـی تاثیـر مـی گـذارد".

مشـارکت کننـده ۱۴ نیـز در بـاره ویژگـی هـای سـازمانی معتقـد بـود (پزشـک متخصـص داخلـی):

"عـدم مانـدگاری پزشـکان در مناطـق کمتـر برخـوردار و عـدم انطبـاق زیـر سـاخت هـا بـا برنامـه اجرایـی، مانـع موفقیـت برنامـه هـا مـی شـود".

مشـارکت کننـده ۲۰ در رابطـه بـا چالـش هـای عملکـردی، بیـان داشـت (پزشـک عمومـی):

"نبـود ضمانـت اجرایـی بـر اجـرای قوانیـن و اطـلاع رسـانی ضعیـف از چالـش هـای عملکـردی برنامـه هـا مـی باشـد".

۲- پژوهشی و آموزشی

تقریبـا اکثـر مشـارکت کننـدگان در پژوهـش معتقـد بودنـد: نحـوه اسـتفاده از مطالعـات مبتنـی بـر شـواهد، در تصمیـم گیـری هـای مدیریتـی موضـوع مهمـی اسـت. وقتـی مدیریـت هـا طـول عمـر

کوتاهی دارد و یک مدیر می خواهد برنامه ای را در دوره مدیریتی خود اجرا کند، زمان کافی جهت انجام مطالعات مبتنی بر شواهد در نظر گرفته نمی شود. 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، تصمیم گیری سیاست مداران بدون در نظر گرفتن نتایج این مطالعات و قبلا اتخاذ شده است. لذا نداشتن مستندات کافی و عدم آگاهی از وجود این مستندات می تواند یک چالش اساسی باشد. از طرف دیگر، اجرای برخی از برنامه مستلزم آگاهی سازی و آموزش مجریان برنامه است. در مورد راهنماهای بالینی اطلاع رسانی کافی انجام نشده است . حتی برخی از پزشکان متخصص از وجود راهنماهای بالینی مربوط به رشته خودشان بی اطلاعند. ضمن اینکه در دوره تحصیلی نیز آموزشی در زمینه راهنماهای بالینی انجام نشده است.

مشارکت کننده 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".

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

"مؤلفهٔ دیگر، آشنایی پزشکان با راهنماهای بالینی در دورهٔ تحصیل و کار است . پزشکان ما در دوره ی تحصیل در این زمینه آموزش خاصی ندیده اند. ضمن اینکه پژوهش های ما هم در این زمینه کم است. بنابراین انتظاری نباید داشت که در دوران کار، آن ها بر اساس راهنماهای بالینی عمل کنند. لذا آشنایی پزشکان و ایجاد بینش در آن ها هم یکی از مسائلی است که در پیاده‌سازی راهنماها می‌تواند مؤثر باشد".

۳- سیاسی، اجتماعی و اقتصادی

همچنین مشارکت کنندگان بیان کردند که اجرای راهنماهای بالینی از عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی تاثیر می پذیرید. باید اذعان داشت که این عوامل فراتر از حیطه اختیارات پزشکی است. پیشرفت های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی می تواند بر مداخلات پزشکی تاثیر زیادی بگذارد. بنابراین، جهت اجرای راهنماهای بالینی قبل از هر چیزی باید بر چالش های موجود در سیاست های کلان دولت فائق آمد. وجود منابع مالی و اقتصادی کافی و دسترسی به تجهیزات پیشرفته پزشکی از ضروریات اجرای راهنماهای بالینی هاست. تضاد سیاست های دولت با منافع سلامتی، ناپایداری منابع مالی، تحریم های اقتصادی، مسائل فرهنگی و اجتماعی و نحوه مراودات بین المللی بر کمیت و کیفیت مراقبت های مبتنی بر راهنماهای بالینی تاثیر منفی گذاشته است.

مشارکت کننده 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 می تواند بر اجرای موثر برنامه ها تاثیر بگذارد پس باید از اول به آن ها توجه شود".

مشارکت کننده 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 تولیت‌هایی 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 داده اند. و باید منتظر این باشند که یک نگاه جدیدی وارد نظام سلامت شود".

چالش های ساختاری

۱- ساختار نظام سلامت

اجرای راهنماهای بالینی و یا تغییر در آن، در وهلهٔ اول به ساختار تولیت نظام سلامت، ارتباط دارد. تولیت به عنوان کلیدی ترین کارکرد نظام سلامت و نقطه اعتماد و اتکای نظام های سلامت در دستیابی به اهداف خود، محسوب می شود. این کارکرد به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت گیری ها و راهبردها برای تمامی نقش آفرینان این نظام و پذیرش مسئولیت کلان پاسخگویی در بالاترین سطح ممکن است؛ که وزارت بهداشت، درمان و

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

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

"هر تولیتی که در نظام سلامت باشد، پیاده سازی راهنماهای بالینی یک اولویت اجرایی ما هست. راهنماهای بالینی پزشکی، یک اهرم نظام سلامت است. نبایستی در تولیت‌های مختلف نظام سلامت، نسبت به این‌ها نگاه صفر و یک داشته باشیم یا نگاه این باشد که بالاخره با سلیقه دولت‌ها می‌خوانند یا نمی‌خوانند".

مشارکت کننده 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 اجرایی راهنماهای بالینی یا طرح‌های مشابه می‌شود، کشمکش‌ها یا تضادهایی است که در جابجایی تولیت های نظام سلامت ایران دارد اتفاق می‌افتد، یک تولیت می آید از برنامه پزشک خانواده دفاع می‌کند، یک تولیت از طرح تحول سلامت دفاع می کند، درحقیقت ما نظام‌مند در نظام سلامت حرکت نمی‌کنیم".

۲- ساختار آموزشی

یکی دیگر از زیر طبقات مربوط به چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی، ساختار آموزشی می باشد. از منظر شرکت کنندگان در این پژوهش، نظام آموزش پزشکی، درجه علمی پزشک، ورود راهنماهای بالینی به دوره های آموزشی در کانون اصلی این زیر طبقه قرار داشت. می توان گفت، همیشه این عوامل می تواند هم بر عملیات و هم بر عملکرد سازمان تاثیر بگذارد و نیاز است، که مورد توجه قرار گیرند.

مشارکت کننده۱۰ در رابطه با ساختار آموزشی معتقد بود (پزشک متخصص داخلی):

" شاید هم تا قبل از این، از نظر توسعه ی سازمانی در بحث راهنماهای بالینی تأکیدی نبوده، و اخیراً و شاید این دو سه سال اخیر به بحث راهنماهای بالینی، روسای بیمارستان ما پرداخته اند. ضمن اینکه ساختار سازمانی آن هم دیده نشده است. باید راهنماهای بالینی در بحث سیاست گذاری کلان دیده شوند، بخصوص در طراحی پلان های آموزشی".

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

"مؤلفه دیگر، آشنایی پزشکان با راهنماهای بالینی در دوره 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 آن ها هم یکی از مسائلی است که در پیاده‌سازی راهنماهای بالینی می‌تواند مؤثر باشد".

۳- اصلاح نظام پرداخت

یکی دیگر از چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی، اصلاح نظام پرداخت است. از دیدگاه اکثر مشارکت کنندگان در پژوهش، در نظام های مختلف دریافت و پرداخت، انگیزه های مختلفی برای مصرف بیشتر خدمات یا کاستن از هزینه ها وجود دارد. سیاست های سلامت و نظام های دریافت و پرداخت تاثیر بسیار مهمی بر پیاده سازی راهنماهای بالینی دارند. بنابراین، یکی از دلایل بروز مشکل در پیاده سازی راهنماهای بالینی، نظام پرداخت کشوراست و باید چاره ای به حال آن اندیشیده شود.

مشارکت کننده ۲۸ در رابطه با نظام پرداخت تاکید 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 ارائه دهنده خدمت، بخصوص پزشکان فراهم کند".

مشارکت کننده 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 تهیج بکند و این انگیزه را ایجاد بکند که متخصصین ما، انگیزه کافی برای تغییر رفتار به سمت بهره‌گیری از راهنماهای بالینی را داشته باشند".

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

"درحال 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 این‌که ممکن است در خیلی از وقت‌ها استفاده از این راهنمای بالینی، متناقض با درآمدی باشه که فرد در حوزه تخصصی خودش می تواند متصور باشد".

مشارکت کننده ۱۷نیز 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 چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی را شکل می داد. امروزه روش های نوین مدیریت منابع درآمدی، بودجه سلامت، هزینه های سلامت و بهره وری و کارآیی در سازمان های سلامت محور، جهت دستیابی به اهداف سلامت ضروری می نماید. مشارکت کنندگان در این مطالعه بر این باور بودند که در شرایط فعلی یکی از عوامل تاثیر گذار برای تسهیل پیاده سازی 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 می گیرند؛ 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 سازمان های بیمه گر

یکی دیگر از چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی، پشتیبانی سازمان های بیمه گر بود. راهنماهای بالینی می توانند معیار بسیار مناسبی برای پرداخت مبتنی بر عملکرد و نیز تعیین راهبردهای خرید خدمت، توسط سازمان های بیمه گر باشند.

مشارکت کننده ۲۵ در رابطه با پشتیبانی سازمان های 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 هزینه های بیمارستانی و اجرای راهنماهای بالینی ، نیازمند بستر الکترونیک است و بیمه ها با فراهم کردن بستر الکترونیک، می توانند راهنماهای بالینی را اجرا کنند".

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

"هنگام تدوین راهنماهای بالینی ، آیا مسائل بیمه‌ای در آن دیده شده و یا با بیمه ها هماهنگ شده، یکی از مسائلی که من فکر می کنم 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 سازمان های بیمه گر اذعان داشت (پزشک متخصص اطفال):

"گام بعدی که به نظر من ، گام خیلی مهمی هم هست، باید این پیاده‌سازی ها، 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 بیمه ها 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 چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی از دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت های بالینی انجام گرفت. نتایج نشان داد ۳ طبقه ی اصلی چالش‌های پیاده سازی راهنماهای بالینی شامل چالش های رویه ای، فرآیندی و ساختاری می باشد. طبقه اول، چالش های رویه ای شامل نحوه توسعه و اجرای راهنماهای بالینی، ویژگی های سازمانی و مدیریتی، ویژگی های فرهنگی، سیاسی و اجتماعی و ویژگی های مالی

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 تصمیم گیری بالینی همسو با نیازها، اولویت ها، محدودیت ها و امکانات و شرایط بیمار و شرایط بومی مراقبت های 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 چالش های پیاده سازی راهنماهای بالینی می باشد. 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 پیاده سازی راهنماهای بالینی، پیاده سازی آن‌ها را به چالش کشیده است. با توجه به این یافته ها چنین می توان نتیجه گیری نمود که امروزه پیاده سازی راهنماهای بالینی به عنوان یک چالش پیچیده و چند جانبه به حساب می آید، لذا توجه ویژه به نحوه تدوین و توسعه راهنماهای بالینی و مهمتر از آن توجه به ویژگی های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بومی، می تواند در بکارگیری این راهنماها در محیط واقعی بالینی موثر باشد.

طبقه دوم، چالش های فرآیندی شامل مدیریتی، سازمانی و عملکردی، پژوهشی و آموزشی و سیاسی، اجتماعی و اقتصادی بودند. در این زمینه یافته های پژوهش جنتی و همکاران (۱۵)، کیمیایی مهر و همکاران (۱۶) با پژوهش حاضر مطابقت داشته است. به عنوان مثال جنتی و همکاران در مطالعه ای بیان می کند با توجه به اهمیت اجرای درست راهنماهای بالینی به عنوان پیوند دهنده به روزترین دانش و عملکرد و توجه به مشکلات، موانع و چالش های اجرایی، آموزشی و پژوهشی موجود در پیاده سازی راهنماهای بالینی، امید است مدیران، سیاستگذاران و برنامه ریزان جهت رفع موانع برای اجرای هرچه درست تر 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، می نویسد: قابلیت دسترسی به اطلاعات، ایجاد انگیزه و تغییر نگرش، مدیریت موثر، ایجاد دید سیستمی و بازخورد مناسب، و ایجاد استانداردهای مربوط به فرایندهای کاری، می تواند در پیاده سازی راهنماهای بالینی موثر باشند (۱۶). یافته های سایر مطالعات نیز هر یک به نوعی با یافته های پژوهش حاضر هم راستا است. به عنوان مثال، نتایج مطالعه Gagliardi و همکاران (۱۷) در ایالات متحده آمریکا در سال۲۰۱۱ 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 اعتقادی نداشتند. همچنین Francke و همکاران (۱۸) اجرای موفقیت آمیز راهنماهای بالینی را شامل ۳ مرحله تدوین، انتشار و اجرا بیان می کنند. Spallek و همکاران (۱۹) نیز در مطالعه خود نتیجه گیری می کنند، جهت اجرای راهنماهای بالینی، توسعه دهندگان راهنماها باید به نکات زیر توجه نمایند:

۱. راهنماهای آسان و قابل درک تدوین نمایند. ۲. پیچیدگی های موجود در راهنماها را کاهش دهند. ۳. راهبرد مناسبی جهت انتشار به موقع راهنماهای بالینی اتخاذ کنند. نتایج مطالعه Correa و همکاران (۲۰) در سال۲۰۲۰ 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 می باشند. همچنین موانع مربوطه به نظام ارائه کننده مراقبت های 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 ارائه دهندگان مراقبت های بالینی شامل فقدان دانش در مورد راهنماهای بالینی و عدم اعتماد به نفس می باشد. این عوامل در مورد بیماران، شامل نگرش منفی نسبت به پیاده سازی، عدم آگاهی از راهنماهای بالینی و باورهای فرهنگی اجتماعی بودند. در تبیین این یافته ها چنین می توان اذعان داشت پیاده سازی راهنماهای بالینی پدیده ای پیچیده است که چالش های مختلفی بر آن تاثیر می گذارند لذا پرداختن به این چالش ها می تواند پیاده سازی راهنماهای بالینی را تسهیل نماید.

طبقه سوم به دست آمده چالش های ساختاری می باشد. این چالش ها شامل: ساختار نظام سلامت، ساختار آموزشی، اصلاح نظام پرداخت، استفاده بهینه از منابع و پشتیبانی سازمان های بیمه گر 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، مشوق ها، برنامه های آموزشی، انتشار و در دسترس نبودن

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 ها 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 درتصمیم 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 کاربرانشان 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 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 صرفا 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.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر، مستخرج از رساله دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی علی سلطانی به راهنمایی آقای دکتر عبدالجواد خواجوی است که در تایخ 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 منافعی 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://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/gubaelincoln novo.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. Kimiaeimehr 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