

The study of factors affecting the implementation of clinical guidelines in Iran

Farzaneh Kimiaimehr¹, Seyed Mojtaba Hosseini^{1*}, Khalil Alimohammadzadeh^{1,2},
Mohammadkarim Bahadori³, Ali Maher⁴

¹ Department of Health Services Management, North Tehran, Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Health Policy, School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 18 April 2019 Accepted: 8 June 2019

Abstract

Background and Aim: Clinical guidelines are categorized and provide information in order to help the decision-making of medical teams, with the aim of improving patients care. Therefore, this study aims to identify the factors influencing the implementation of clinical guidelines in Iran.

Methods: This is a descriptive-analytical study performed in 2018–2019. The study population consisted of managers and experts working in healthcare. A total of 470 subjects were chosen by the multi-stage sampling method. A researcher-made questionnaire was used to collect data. The validity of the questionnaire was investigated by means of the experts' opinions, its reliability was assessed using the combined reliability test, and the internal consistency of the questionnaire was examined by Cronbach's alpha (0.934). Exploratory factor analysis and SPSS-18 software were used for data analysis.

Results: In the exploratory factor analysis, 47 variables were identified and divided into six components. In the component of the features of the clinical guidelines; the elimination of ambiguity and the existence of a clear protocol with a load factor of 0.80, in the component of the organizational culture factors; informing the patient with a load factor of 0.77, in the component of economic factors; the existence of budget and elimination of restrictions with a factor load of 0.74, in the component of insurance factors; the insurance tariffs with a load factor of 0.75, in the health system's trusteeship component; the existence of an evidence-based practical system with a factor load of 0.69, and in the organizational factors component; the changed attitude of the staff and group work with a coefficient (factor load) of 0.6 have had the greatest influence on the implementation of clinical guidelines in Iran.

Conclusion: Accessibility to information, motivation creation and attitude change, effective management, creation of systematic vision and appropriate feedback, as well as the establishment of relevant standards for work processes are effective strategies for implementing guidelines.

Keywords: Clinical Guidelines, Implementation Obstacles, Implementation Facilitators.

*Corresponding author: Seyed Mojtaba Hosseini, Email: Hosseinish@yahoo.com

بررسی عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران

فرزانه کیمیایی مهر^۱، سید مجتبی حسینی^{۱*}، خلیل علیمحمد زاده^{۱،۲}، محمد کریم بهادری^۳، علی ماهر^۴

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات سیاستگذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۴ گروه سیاست گذاری بهداشت، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: راهنماهای بالینی اطلاعات طبقه‌بندی شده و توسعه‌یافته در جهت کمک به تصمیم‌گیری گروه پزشکی و بیمار می‌باشد تا در شرایط خاص بالینی درمان و مراقبت بهتری داشته باشند. لذا این مطالعه با هدف شناسایی عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران انجام گردیده است.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع کاربردی است که به روش ترکیبی در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ انجام شده است. جامعه پژوهش شامل مدیران و خبرگان سلامت بود که ۴۷۰ نفر به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظر خبرگان و پایایی آن با استفاده از آزمون پایایی ترکیبی و همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۹۳۴) بررسی گردید. جهت تحلیل داده از تحلیل عاملی اکتشافی و نرم افزار SPSS-18 استفاده شد.

یافته‌ها: در تحلیل عاملی اکتشافی ۴۷ متغیر در قالب ۶ مولفه شناسایی شدند که در مولفه ویژگی‌های راهنماهای بالینی، رفع نامفهوم بودن و وجود پروتکل روشن با بارعاملی ۰/۸۰، در مولفه عوامل فرهنگ سازمانی، اطلاع رسانی به بیمار با بارعاملی ۰/۷۷، در مولفه عوامل اقتصادی، وجود بودجه و رفع محدودیت با بارعاملی ۰/۷۴، در مولفه عوامل بیمه، تعرفه بیمه با بارعاملی ۰/۷۵، در مولفه تولید نظام سلامت، وجود سیستم عملی مبتنی بر شواهد با بارعاملی ۰/۶۹ و در مولفه عوامل سازمانی تغییر نگرش کارکنان و کار گروهی با ضریب ۰/۶۰ بیشترین تاثیر را بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: قابلیت دسترسی به اطلاعات، ایجاد انگیزه و تغییر نگرش، مدیریت موثر، ایجاد دید سیستمی و بازخورد مناسب، و ایجاد استانداردهای مربوط به فرایندهای کاری، راهکارهای موثر برای پیاده‌سازی راهنماها می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: راهنماهای بالینی، موانع اجرا، تسهیل‌کننده‌های اجرا.

مقدمه

امروزه دغدغه بسیاری از مردم کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است (۱). سازمان جهانی بهداشت کیفیت مراقبت را بعنوان قطعی ترین فاکتور در اعتماد به پرسنل بهداشتی درمانی، مطرح نموده است (۲). راهنمای بالینی، بیانیه علمی توسعه یافته‌ای، برای کمک به پزشک و بیمار جهت تصمیم گیری در مورد انتخاب مراقبت مناسب و باکیفیت برای شرایط خاص بالینی است که می تواند سند مهمی برای شکل دادن به پزشکی مبتنی بر شواهد باشد (۳). رهنمودهای درمان بالینی به عنوان یکی از محصولات دانش با هدف بهبود ارائه خدمات بالینی، نه تنها به عنوان کمک حرفه ای برای پزشکان و بیماران (۴) بلکه به عنوان یک ابزار برای بیمه با هدف کنترل هزینه و اولویت بندی مراقبت‌های بهداشتی با هدف برنامه ریزی برای سیاستگذاران و دولت، جهت مقرون به صرفه بودن هزینه ها، به اندازه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، مهم است و این ابزار برای اجتناب از درمان‌های غیرضروری و هزینه های اضافی موثر است (۵). راهنماهای بالینی به طور فزاینده به عنوان بخش ضروری از سیستم های حرفه ای با کیفیت در نظر گرفته می شود (۶). عبارت دیگر دستورالعمل هایی هستند که به صورت سیستماتیک تهیه می شوند تا به متخصصین بالینی و بیماران در تصمیم گیری برای اقدام مناسب بهداشتی درمانی، برای یک موضوع مشخص بالینی کمک کنند (۸،۷). تمرکز این تعریف در این واقعیت است که راهنماهای بالینی ابزار حمایتی که نه تنها برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی بلکه برای بیماران مفید هستند. آنها به بیماران برای مشارکت آنها در فرآیند تصمیم گیری کمک کند (۹). روش و راهکاری که برای بکارگیری و نظارت بر اجرای صحیح آنها استفاده می شود، بسیار حیاتی و تعیین کننده اثربخشی آنها است. همچنین باید دربرگیرنده اطلاعات جامع، مهم و متعادل درباره منافع و مضرات شیوه های مختلف مداخله، تشخیص و درمان شرایط مختلف بالینی باشند، تا پزشکان بتوانند بهترین و آگاهانه تصمیم بالینی را بگیرند (۱۰). دستورالعمل های بالینی در صورتی که صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند، منجر به ارتقای کیفیت و حتی کمیت خدمات سلامت خواهد شد (۱۱). این دستورالعمل ها معمولا براساس اصول و روش دقیق برای بازیابی، ارزیابی و ایجاد اجماع در میان اعضای گروه کار، تدوین شده اند، اما پیاده سازی دستورالعمل ها اغلب توسط پزشکان ناقص است (۱۲). در واقع اجرا، بخشی از چرخه زندگی دستورالعمل است که باید منجر به تغییر در رفتار پزشکان شود (۱۳).

اگر چه توسعه راهنماهای بالینی برای کارکنان پزشکی، پرستاران و دیگر متخصصین مراقبت های بهداشتی از جنبش آنی در سال های اخیر به دست آمده، این لزوما به این معنا نیست که

توصیه مشروح در راهنماهای بالینی عملا قابل متابعت کردن باشند (۱۴). تلاش های بسیاری از سوی سازمان های بهداشتی برای تشویق استفاده از راهنماهای بالینی صورت گرفته است، اما به رغم این تلاش ها استفاده از راهنماهای بالینی در محیط عملیاتی بسیار محدود است. مطالعات انجام شده در ایالات متحده و هلند نشان می دهد که در حدود ۳۰-۴۰٪ از بیماران، مراقبتی با توجه به ارائه شواهد علمی دریافت نمی کنند، و حدود ۲۰-۲۵٪ از مراقبت های ارائه شده مورد نیاز نبوده و یا به طور بالقوه مضر می باشد. در واقع، یک شکاف بین آنچه در حال حاضر وجود دارد و بهترین درمان پزشکی مبتنی بر شواهد وجود دارد (۱۵). همچنین در مطالعه ای عوامل موثر بر اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در ۳ سطح، ۱-سازمانی (رفع محدودیت دسترسی به منابع و تسهیلات و زمان کافی) ۲-عوامل مربوط به مجریان (انگیزه، نگرش، تمایل و ترجیح دستیاران برای استفاده از شواهد) ۳- مربوط به دانش و رفع کمبود مهارت در بکارگیری شیوه پزشکی مبتنی بر شواهد بیان شده اند (۱۶). علاوه بر این یافته های یک مطالعه کیفی نشان داد که موانع برای ایجاد توسعه و پیاده سازی راهنماهای بالینی در شش سطح شامل: محیط عملیاتی، سیستم مراقبت های بهداشتی مبتنی بر شواهد، مهارت افراد، سیاستمداران و زمینه سیاسی، نوآوری و ویژگی بیماران می باشد (۱۷). همچنین در مطالعه ای محدودیت های سازمانی، راهنماهای های مهم و پیچیده و ناقص بودن، عدم توافق با راهنماها به علت عدم انطباق با محیط اجرایی و نبود شواهد کافی، فقدان دانش، عدم نگرش، عدم کارآمدی و ناکارآمدی قبلی، عدم توجه به اولویت ها و خواسته بیماران، نبودن امکان به روز رسانی برای استفاده، و عوامل محیطی، نداشتن مدیریت زمان و محدودیت زمان، بودند (۱۸).

انتشار موفقیت آمیز راهنماهای بالینی در عمل نیاز به درک درستی از موانع اجرا و استفاده از استراتژی های چندگانه جهت اجرای صحیح می باشد (۱۲). بنابراین شناخت و بررسی این موانع جهت ارتقا کیفیت خدمات ضروری به نظر می رسد.

بررسی ها نشان می دهد که تعداد راهنماهای بالینی توسعه یافته و ترجمه شده در ایران بسیار کم و توزیع آنها نیز محدود، قطع و یا لغو شده است. بنابراین این مطالعه با این هدف که حاصل آن بتواند زمینه را برای بهبود و تصمیم گیری در حوزه سلامت فراهم نماید، صورت پذیرفته است. از این رو به شناسایی عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی، شناسایی ابعاد این عوامل و میزان تاثیر این عوامل و در نهایت تعیین ابعاد و عوامل اجرای راهنماهای بالینی در ایران پرداخته است.

روش ها

مطالعه حاضر از نوع شیوه اجرا، توصیفی-تحلیلی، و بر اساس نتیجه از نوع کاربردی است که به روش ترکیبی در سال ۱۳۹۸-

سپس وارد خوشه‌ها شده و از هر دانشگاه، ۱۶ نفر از اساتید و خبرگان و مدیران بهداشتی درمانی و کارشناسان و پزشکان متخصص مجری راهنماهای بالینی با داشتن معیار تسلط به موضوع، داشتن سابقه مدیریتی در نظام سلامت، آشنایی با راهنماهای بالینی و اجرای آن در محیط عملیاتی، داشتن اطلاعات کافی نسبت به موضوع و دارای تحصیلات مرتبط بود بعنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند. سپس پرسشنامه ارائه و پس از تکمیل دریافت شد که در نهایت ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل گردید (نرخ پاسخگویی ۸۹ درصد).

ابزار گردآوری داده‌ها: ابزار این پژوهش، فرم پرسشنامه محقق ساخته حاوی اطلاعات پایه افراد شرکت کننده در پژوهش و همچنین ۴۷ سوال بر مبنای لیکرت در گروه ۶ اصلی (عوامل اقتصادی، فرهنگ سازمانی، تولید نظام سلامت عوامل سازمانی، عوامل بیمه و ویژگی‌های با راهنماهای بالینی) بود (جدول-۱).

جدول-۱. مولفه‌های شناسایی شده پرسشنامه عوامل موثر بر اجرای

ردیف	عنوان	تعداد سوالات
۱	عوامل بیمه	۷
۲	تولیت نظام سلامت	۸
۳	فرهنگ سازمانی	۸
۴	عوامل سازمانی	۹
۵	ویژگی‌های راهنماهای بالینی	۸
۶	عوامل اقتصادی	۷
جمع کل		۴۷

برای انجام پژوهش در مرحله اولیه، کلیه مطالعات مرتبط و انجام شده در زمینه موانع و عوامل تسهیل کننده و آگاهی و نگرش و تاثیر عوامل در زمینه اجرای راهنماهای بالینی در ایران با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی شامل، راهنماهای بالینی، اجرای راهنماهای بالینی، موانع اجرا، تسهیل کننده‌های اجرا و کلید واژه‌های انگلیسی شامل:

Clinical Guidelines, Implementation of Clinical Guidelines, Implementation Barriers, Implementation Facilitators

در جهان با مراجعه به کتابخانه‌ها و با جستجوی اینترنتی در بانک‌های اطلاعاتی معتبر فارسی نظیر Magiran, SID, IranMedex و CINAHL MEDLIB پایگاه داده‌های غیرفارسی نظیر داده‌های غیرفارسی نظیر Google Scholar, Scopus, Pubmed, بطور هدفمند مورد مطالعه قرار گرفت و کلیه عوامل مرتبط با عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی بصورت فیش برداری استخراج گردید. با در نظر گرفتن هدف مطالعه و با توجه به مراحل تهیه محتوای پرسشنامه شامل الف) مرور ادبیات در زمینه اهداف آزمون، ب) نظر کارشناسان متخصص درباره موضوع، و ج) محتوای ابعاد و سؤالات آزمون‌های مشابه، سؤالات پرسشنامه در مرحله سوم طراحی شدند. در مرحله بعد با

۹۷ انجام شد، جامعه پژوهش در مرحله اول از کلیه مطالعات در دسترس در زمینه اجرای راهنماهای بالینی به عنوان منابع اطلاعاتی استفاده شد. جامعه پژوهش در مرحله دوم شامل خبرگان رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد و سیاست‌گذاری سلامت و کارشناسان خبره تدوین راهنماهای بالینی بودند و در مراحل بعدی مطالعه میدانی شامل اساتید دانشگاهی، مدیران بیمارستانی و متخصصین و پزشکان مراکز بهداشتی درمانی، دانشجویان دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و اقتصاد سلامت و کارشناسانی که تجارب علمی درخصوص نظام سلامت و کارشناسان و پرستاران مجری راهنماهای بالینی در سراسر کشور بود.

در این مرحله ملاحظات اخلاقی شامل، اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان در پژوهش کاملاً محرمانه ماند. شرکت تمامی افراد در این طرح کاملاً با کسب رضایت شخصی از آنان صورت گرفت. پرسشنامه‌ها بی نام ماند. هیچ تهدید یا خطر بالقوه متوجه افراد شرکت کننده در این طرح نگردید. توسط محقق علت تحقیق و اهداف آن برای تمام شرکت کنندگان تشریح گردید و در راهنمایی پرسشنامه درج گردید. رعایت صداقت و امانت علمی هنگام تجزیه و تحلیل نتایج و عدم تحریف دستاورد چیتی که با خواسته‌های پژوهشگر همسو شود. بی‌طرفی و پرهیز از گرایش‌های خاص رعایت گردید.

در مورد حجم نمونه کلاین معتقد است که در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است، اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است.

$$10q \leq n \leq 20q$$

تعداد متغیرهای مشاهده شده پرسشنامه = q

حجم نمونه = n

حجم نمونه در مراحل سوم و چهارم بر اساس تعداد متغیرها و با توجه به ضریب ۱۰ و ۲۰ در تعیین تعداد نمونه برای تحلیل اکتشافی، با ضریب ۱۰ برای هر متغیر، ۴۷۰ بدست آمد. با توجه به ۴۷ متغیر شناسایی و در پرسشنامه لحاظ شده، ۴۷۰ پرسشنامه در اختیار افراد شرکت کننده (خبرگان رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد و سیاست‌گذاری سلامت و کارشناسان خبره تدوین راهنماهای بالینی، اساتید دانشگاهی، مدیران بیمارستانی و متخصصین و پزشکان مراکز بهداشتی درمانی، دانشجویان دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و اقتصاد سلامت و کارشناسانی که تجارب علمی در خصوص نظام سلامت و کارشناسان و پرستاران مجری راهنماهای بالینی) در مطالعه قرار گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای سهمیه‌ای بود که در آن کشور به پنج منطقه در شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز تقسیم و در هر منطقه با اختصاص ۹۴ سهمیه، و از هر ۶ منطقه دانشگاه علوم پزشکی، با توجه به داشتن شرط اجرای راهنماهای بالینی و اطلاع کارکنان از راهنماهای بالینی، انتخاب و

و محتوایی آن بررسی شده است به صورت اولیه روی تعداد محدودی از افراد گروه هدف اجرا شد. یکی دیگر از اهداف اجرای اولیه آزمون این است که آزمون ساخته شده برای بررسی پایایی خصوصاً پایایی بازآزمایی مورد ارزیابی قرار گیرد. سؤالاتی که ضریب آلفای پایینی دارند می توانند در این مرحله حذف شوند. همچنین پس از گذشت یک دوره زمانی کوتاه آزمون مورد نظر می تواند مجدد روی همین گروه نمونه اجرا شود و با محاسبه همبستگی نمرات بین دو بار اجرای آزمون در افراد می توان به محاسبه ضریب پایایی بازآزمون مورد نظر اقدام کرد. لذا پرسشنامه در طی دو مرحله، به منظور پایایی در طول زمان همبستگی در اختیار ۵۰ نفر (نمونه هدف اولیه، تصادفی)، از افراد متخصص رشته های اقتصاد سلامت، سیاست گذاران و کارشناسان متولی راهنماهای بالینی و اساتید متخصص مدیریت خدمات بهداشت و درمانی و صاحب نظر قرار گرفت، که پایایی ابرار ۰/۹۳۴ گزارش شد.

روش گردآوری داده ها: جهت جمع آوری داده ها پرسشنامه بصورت الکترونیک و کاغذی تهیه شد که در استان های قابل دسترس برای افراد مورد نظرسنخه کاغذی و بصورت حضوری برای سایر افراد پرسشنامه الکترونیک از طریق اینترنت ارسال شد و آموزش های لازم در جهت چگونگی تکمیل پرسشنامه داده شد.

روش تحلیل داده ها: برای تحلیل داده های توصیفی از آمار توصیفی و از تحلیل عامل اکتشافی (EFA) جهت شناسایی مولفه های اصلی موثر بر اجرای راهنماهای بالینی، استفاده شده است. تحلیل عاملی اکتشافی را می توان به عنوان شیوه ای ساده و منظم به دسته بندی مقیاس ها و متغیرهایی که از لحاظ درونی به هم همبسته هستند، تعریف کرد. از تحلیل عامل اکتشافی برای جستجو ساختار عاملی زیر بنایی یک مجموعه از متغیرهای مشاهده شده (سوالات پرسشنامه)، بدون در نظر گرفتن یک پیش فرض بر داده ها، استفاده کرد. همچنین تحلیل عاملی اکتشافی کمک می کند تا حجم زیادی از متغیرها به تعداد محدودی از عامل ها کاهش یابد که این عامل ها به دلیل داشتن یک منبع واریانس مشترک، همپراشی آن ماده را تبیین می کند. همچنین جهت شناسایی میزان بارگذاری هر کدام از متغیرها روی مولفه های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. جهت تحلیل داده از تحلیل عاملی اکتشافی و نرم افزار SPSS-18 استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه از ۴۷۰ پرسشنامه توزیع شد، ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل و جمع آوری گردید. از این تعداد ۱۷۰ نفر (۴۲/۵٪) زن و ۲۳۰ (۵۷/۵٪) مرد بود. بیشترین فراوانی سنی متعلق به افراد با سن بیشتر از ۴۵ (۳۶٪) و افراد با سابقه کاری ۱۵ تا ۲۰ سال بیشترین طیف پاسخ دهندگان ۱۷۰ (۲۶/۳٪) فوق تخصص پزشکی ۱۱۸ (۲۹/۹٪) بیشترین سابقه شغلی را ۲۰-۱۵ سال ۱۰۵ نفر (۲۶/۳٪) و بیشترین سابقه مدیریتی ۱۰-۵ سال ۱۲۸ نفر

۶۲ گویه استخراج شده، پرسشنامه طراحی اولیه گردید. عوامل مورد مطالعه، با استفاده از روایی صوری و روایی محتوا به دو روش کمی و کیفی اعتبارسنجی شد. به این ترتیب جهت تعیین روایی محتوایی به روش کیفی پرسشنامه به ۲۰ تن از اساتید نظام سلامت کشور شامل متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ۱۰ نفر، متخصصین سیاست گذاری سلامت ۲ نفر، متخصصین اقتصاد سلامت ۸ نفر، که در کار سیاستگذاری سابقه طولانی دارند داده شد و از نظر سطح دشواری عبارات، میزان تناسب با حیطه های مورد نظر و وجود ابهام در آن مورد بررسی قرار گرفت عبارات مبهم یا عباراتی که از تناسب مناسی برخوردار نبودند از نظر نگارشی و همچنین محتوایی مورد ویرایش قرار گرفت و موارد غیرمرتبط حذف و موارد مشابه یکسان سازی شد.

برای روایی کمی محتوا از مدل لاوشه نسبت روایی محتوا (CVR) جهت اطمینان از ضرورت سوالات پرسشنامه استفاده شد و پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از متخصصان قرار گرفت و از آنها خواسته شد نظر خود را درباره تک تک گویه ها در مقیاس قضاوتی که تعیین شده و متشکل از طیف لیکرت سه گزینه ای می باشد برای هر عبارت پرسشنامه یکی از سه گزینه "ضروری نیست"، "مفید است ولی ضروری نیست" یا "ضروری است لحاظ نمایند. برای تعیین روایی محتوا مطابق جدول لاوشه (جدول ۲) برای ۲۰ نفر متخصص، گویه هایی که نسبت روایی محتوای آنها بالاتر از ۰/۴۲ است مورد پذیرش قرار گرفت.

جدول ۲. جدول تصمیم گیری در مورد CVR مولفه های شناسایی شده پرسشنامه عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران

تعداد افراد پانل متخصصان	حداقل مقدار روایی	تعداد افراد پانل متخصصان	حداقل مقدار روایی
۵	۰/۹۹	۱۵	۰/۴۹
۶	۰/۹۹	۲۰	۰/۴۲
۷	۰/۹۹	۲۵	۰/۳۷
۸	۰/۸۵	۳۰	۰/۳۳
۹	۰/۷۸	۴۰	۰/۲۹
۱۰	۰/۶۲		

جهت شاخص روایی محتوایی (CVI) حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با ۰/۷۹ است و اگر شاخص CVI گویه ای کمتر از ۰/۷۹ باشد آن گویه بایستی حذف شود. در بررسی CVR تعداد ۴۷ گویه امتیاز بالای ۰/۴۲ را کسب کردند و نتایج CVI نشان داد، تمام گویه ها امتیاز بالای ۰/۸ را کسب کردند بنابراین پرسشنامه نهایی دارای ۴۷ گویه تایید شد روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای کل پرسشنامه ۰/۹ و ۰/۹ محاسبه شد.

به منظور بررسی پایایی در طول پرسشنامه نیز از روش آزمون-باز آزمون استفاده گردید. پرسشنامه طراحی شده که روایی صوری

اجرای راهنماهای بالینی در ایران، از بین عوامل تایید شده، عوامل اقتصادی با بار عاملی ۰/۹ بیشترین تاثیر و ویژگی‌های راهنماهای بالینی و عامل فرهنگ سازمانی با بارعاملی ۰/۶۳ کمترین تاثیر را در این پژوهش داشتند (جدول-۵).

جدول-۵. مقدار بارعاملی استاندارد شده و آماری بین متغیرهای پژوهش

متغیر	عوامل	مقدار تی بار عاملی	ضریب رتبه تعیین
ابعاد تاثیرگذار در اجرای راهنماهای بالینی در ایران	بیمه	۱۰/۲۴	۰/۷۸
	تولیت نظام سلامت	۷/۴۱	۰/۷۹
اجرای راهنماهای بالینی در ایران	فرهنگ سازمانی	۸/۸۲	۰/۶۳
	عوامل سازمانی	۹/۲۴	۰/۷۹
عوامل اقتصادی	ویژگی های راهنماهای بالینی	۸/۱	۰/۶۳
	عوامل اقتصادی	۱۲/۹۱	۰/۸۲

همچنین نتایج نشان داد در خصوص متغیرهای عامل بیمه، متغیر تعرفه بیمه با بارعاملی ۰/۷۵ بیشترین تاثیر و تجمع منابع سازمان‌های بیمه‌گر ۰/۴۹ کمترین تاثیر را در میان عوامل بیمه داشتند. در خصوص عامل تولیت نظام سلامت، با توجه به بارعاملی محاسبه شده میتوان گفت که وجود سیستم عملی مبتنی بر شواهد بیشترین ۰/۶۲ و ضرورت یکپارچه بودن نظام سلامت ۰/۴۲ دارای کمترین سهم در اندازه گیری عامل تولیت نظام سلامت می باشند. در خصوص عوامل اقتصادی همچنین با توجه به بارعاملی محاسبه شده می‌توان گفت که وجود بودجه و رفع محدودیت بودجه بیشترین ۰/۷۴ و وجود سود مالی در استفاده از راهنماهای بالینی ۰/۵۸ دارای کمترین سهم در اندازه گیری عامل اقتصادی می باشند. درخصوص عوامل سازمانی با توجه به بارعاملی محاسبه شده می‌توان گفت که آشنایی، ایجاد انگیزه و تلاش برای کار گروهی به‌مراه تغییر نگرش کارکنان نسبت به قابلیت اطمینان، اهمیت و مفید بودن دستورالعمل‌ها بیشترین (۰/۶۰) و وجود توانایی، مهارت و تجربه آموزشی برای چگونگی بکارگیری یافته‌های تحقیق در امر مراقبت (۰/۴۰) دارای کمترین سهم در اندازه گیری عامل سازمانی می باشند. همچنین با توجه به بارعاملی محاسبه شده می‌توان گفت که اطلاع رسانی کافی به بیمار بیشترین (۰/۷۷) و منطبق بودن با نیازهای بیمار (۰/۵۴) دارای کمترین سهم در اندازه گیری عامل فرهنگ سازی می‌باشند. در خصوص عامل ویژگی های راهنماهای بالینی و شاخص های آن با بارعاملی (۰/۸۰) بیشترین و وجود پروتکل روشن برای تولید و سازگاری با بارعاملی (۰/۴۱) کمترین تاثیر در این عامل رو داشتند (جدول-۶).

(۳۲٪) را تشکیل می‌دادند (جدول-۳).

برای تجزیه و تحلیل ۴۷ گویه موجود، از روش تحلیل عناصر اصلی با چرخش عمودی و با تکنیک واریماکس استفاده شد (جدول-۴). KMO برابر ۰/۹۱۱ شد که نشان دهنده کفایت نمونه‌گیری است.

جدول-۳. توصیف متغیرهای جمعیت شناختی مولفه های شناسایی شده پرسشنامه عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران

متغیر	درصد/تعداد
جنسیت	مرد (۴۲/۵) ۲۳۰
	زن (۵۷/۵) ۱۷۰
سن	۳۰ < ۴۶ (۱۱/۵)
	۳۵-۳۰ ۴۳ (۱۰/۸)
	۳۵-۴۰ ۷۷ (۱۹/۳)
	۴۰-۴۵ ۹۰ (۲۲/۵)
	۴۵ > ۱۴۴ (۳۶)
سطح تحصیلات	کارشناسی ارشد ۶۹ (۱۷/۳)
	دکترای تخصصی ۷۶ (۱۹)
	پزشک عمومی ۵۶ (۱۴)
	پزشک متخصص ۶۴ (۱۶)
	فوق تخصص پزشکی ۱۱۸ (۲۹/۹)
سابقه شغلی	فلوشیپ ۱۷ (۴/۳)
	۵ < ۳۸ (۹/۵)
	۵-۱۰ ۶۵ (۱۶/۳)
	۱۰-۱۵ ۹۴ (۲۳/۵)
	۱۵-۲۰ ۱۰۵ (۲۶/۳)
سابقه مدیریتی	>۲۰ ۹۸ (۲۴/۵)
	۵ < ۷۶ (۱۹)
	۵-۱۰ ۱۲۸ (۳۲)
	۱۱-۲۰ ۱۲۸ (۳۰/۳)
	۲۰ > ۷۵ (۱۸/۸)

جدول-۴. نتایج آزمون KMO و کرویت بارتلت مولفه های شناسایی شده پرسشنامه عوامل موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران

آزمون KMO	آماره آزمون کرویت بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۹۱۱	۸۰۷۳/۳۶	۱۰۸۱	۰/۰۰۱

در این مطالعه بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی برای پرسشنامه تحقیق و با دوران عمودی، ۴۷ متغیر موثر بر اجرای راهنماهای بالینی در قالب ۶ مؤلفه اصلی شامل فرهنگ سازمانی، عوامل سازمان، تولیت نظام سلامت، ویژگی راهنماهای بالینی، بیمه و عوامل اقتصادی مورد بررسی قرار گرفتند. این ۶ عامل در مجموع ۵۲/۳۵ درصد از واریانس عوامل را تبیین می کند که مقدار قابل قبول است. نتایج نشان داد در خصوص عوامل موثر بر

عوامل	شاخص ها	مقدار بار عاملی استاندارد شده	مقدار T	نتیجه	
بیمه	اصلاح نظام پرداخت	۰/۵۸	۱۱/۵۸	مطلوب	
	تجمیع منابع سازمان های بیمه گر	۰/۴۹	۹/۳۷	مطلوب	
	خرید بهینه و خرید راهبردی خدمات	۰/۵۳	۱۰/۴۱	مطلوب	
	تعرفه های بیمه	۰/۷۵	۱۶/۰۵	مطلوب	
	تامین منابع مالی	۰/۷۳	۱۵/۴۷	مطلوب	
	تهیه، طراحی و تدوین بسته های تشویقی از سوی بیمه ها	۰/۶۳	۱۲/۸۹	مطلوب	
	یکپارچه عمل کردن سازمان های بیمه گر	۰/۵۹	۱۱/۷۳	مطلوب	
	تولیت	ضرورت یکپارچه بودن نظام سلامت	۰/۴۲	۷/۸۳	مطلوب
		بهبود ساختار و رفع اشکالات متدولوژیک راهنماها	۰/۴۳	۷/۹۴	مطلوب
تدوین مقررات و آیین نامه ها و نظارت بر اجرا		۰/۵۹	۱۱/۵۱	مطلوب	
وجود سیستم عملی مبتنی بر شواهد		۰/۶۹	۱۳/۷۱	مطلوب	
توجه به ویژگی حرفه ای و استراتژی پیاده سازی دستورالعمل ها		۰/۵۲	۹/۹۳	مطلوب	
حمایت مدیران و نهادهای تصمیم گیرنده		۰/۶۳	۱۲/۳۶	مطلوب	
مدیریت زمان و پرسنل		۰/۴۶	۸/۹۳	مطلوب	
رفع مشکل شبیه سازی راهنماها در محیط بالینی		۰/۵۳	۱۰/۰۷	مطلوب	
اقتصاد		وجود سرمایه گذاری های لازم برای تحقق اجرای راهنماها	۰/۶۵	۱۳/۶۱	مطلوب
	وجود سود مالی در استفاده از راهنماهای بالینی	۰/۵۸	۱۲	مطلوب	
	ایجاد زیرساخت های لازم برای اجرای راهنماها	۰/۶۴	۱۲/۸۹	مطلوب	
	توجه به هزینه دسترسی به شواهد	۰/۶۸	۱۴/۵۶	مطلوب	
	توجه به عدم قطعیت بالینی	۰/۵۹	۱۲/۲۳	مطلوب	
	وجود بودجه و رفع محدودیت بودجه	۰/۷۴	۱۵/۸۷	مطلوب	
سازمان	ساختار مناسب سازمان و توسعه سازمان	۰/۵۱	۹/۶۳	مطلوب	
	تعامل و همکاری در بخش های توسعه جهت پیاده سازی راهنماهای بالینی	۰/۵۶	۱۰/۶۹	مطلوب	
	برگزاری دوره های آموزشی در برنامه تحصیلی آکادمیک و آموزش مداوم	۰/۴۶	۸/۵۳	مطلوب	
	توجه به راهنماهای بالینی در سیاست گذاری در شرایط کلان	۰/۵۰	۹/۴۴	مطلوب	
	ایجاد سازگاری رفتار و پذیرش راهنماها در صورت وجود شواهد و جایگزین بهترین شیوه	۰/۵۷	۱۰/۷۳	مطلوب	
	وجود توانایی، مهارت و تجربه آموزشی برای جگونگی بکارگیری یافته های تحقیق در امر مراقبت	۰/۴۱	۷/۴۶	مطلوب	
	آشنایی، ایجاد انگیزه و تلاش برای کار گروهی	۰/۶۰	۱۱/۴۵	مطلوب	
	تغییر نگرش کارکنان نسبت به قابلیت اطمینان، اهمیت و مفید بودن دستورالعمل ها	۰/۶۰	۱۱/۳۵	مطلوب	
	جلب مشارکت و همکاری ذی نفعان	۰/۵۷	۱۰/۸	مطلوب	
	فرهنگ سازمانی	منطبق بودن با نیازهای بیمار	۰/۵۴	۱۰/۲۴	مطلوب
وجود تعامل بین پزشک و بیمار		۰/۶۴	۱۲/۸۷	مطلوب	
اطلاع رسانی کافی به بیمار		۰/۷۷	۱۶/۲۷	مطلوب	
ایجاد مشارکت و تعهد جهت پیگیری سیر درمان توسط بیمار		۰/۶۶	۱۳/۲۷	مطلوب	
در نظر گرفتن ترجیحات بیمار		۰/۵۸	۱۱/۳۲	مطلوب	
منطبق بودن بر تجربیات قبلی استفاده از راهنماها		۰/۶۱	۱۲/۰۶	مطلوب	
درک نیاز بیمار به راهنماها و سازگاری بیمار		۰/۶۱	۱۲/۳۷	مطلوب	
درک پزشک، تعمیم یافته های تحقیق به جمعیت بیمار		۰/۵۸	۱۱/۳۸	مطلوب	
ویژگی راهنمای بالینی		قابلیت بومی کردن راهنماها در کشور	۰/۴۵	۹/۰۵	مطلوب
		قابل اجرا بودن راهنماها در کلیه بیمارستان ها	۰/۷۳	۱۶/۱۸	مطلوب
	کاربردی کردن راهنماها	۰/۶۱	۱۲/۶۹	مطلوب	
	سهولت در اجرای راهنماهای بالینی	۰/۷۶	۱۷/۱۲	مطلوب	
	دسترسی به شواهد با کیفیت بالاتر	۰/۷۵	۱۶/۷۳	مطلوب	
	تولید و انتشار کافی در تعداد و توزیع راهنماها بالینی	۰/۷۱	۱۵/۵۷	مطلوب	
	وجود پروتکل روشن برای تولید و سازگاری	۰/۸۰	۱۸/۵۵	مطلوب	
	رفع نامفهوم بودن راهنماهای بالینی	۰/۴۱	۸/۱	مطلوب	

حاضر همخوانی دارد. نتایج این پژوهش، نتایج مطالعه عبادی آذر با عنوان "عملکرد پزشکی مبتنی بر شواهد در میان ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در بیمارستان‌های ایران: یک نظرسنجی در سراسر کشور" را تایید می‌کند چرا که، بیشتر شرکت کنندگان معتقد بودند که کارگاه‌های مربوط به پزشکی مبتنی بر شواهد و مشارکت عملی در برنامه‌ها و فعالیت‌های مربوط به پزشکی مبتنی بر شواهد می‌تواند تاثیر بیشتری در بهبود عملکرد پزشکی مبتنی بر شواهد داشته باشد. از میان متغیرهای جمعیت شناختی، بین تجربه و نگرش، بین دانش و مهارت تفاوت معنی داری وجود داشت (۲۵). در مطالعه ای مشاهده شد که تنها ۳۱/۸٪ از پزشکان درگیر در ارائه خدمات از راهنماهای بالینی آگاه بودند. موانع اجرای این دستورالعمل از دیدگاه این افراد شامل عدم آگاهی و کمبود دانش پزشکان، در حال توسعه بودن دستورالعمل‌های بالینی و ویژگی راهنماهای بالینی، طولانی بودن فرایند استفاده از راهنماهای بالینی، در دسترس نبودن، عدم مهارت پزشکان در استفاده از راهنماهای بالینی، و در نهایت، عدم شرایط و امکانات لازم بیان شدند که پژوهش حاضر نتایج را رد کرده زیرا در مطالعه حاضر شرکت کنندگان این عوامل رو بعنوان تاثیر گذار و مشوق استفاده از راهنماهای بالینی در نظر گرفته بودند (۲۶).

مطالعه حاضر نتایج مطالعه رشیدیان و همکاران با عنوان "یک مطالعه کیفی از اجرای دستورالعمل‌های بالینی تجویز توصیه‌ها در مراقبت‌های اولیه" را تایید می‌کند و با نتایج بدست آمده همخوانی دارد زیرا نتایج پژوهش نشان داد هفت تم در پیاده سازی توصیه‌های تجویزی در مراقبت‌های اولیه شامل: اعتبار محتوا، اعتبار منبع، ارائه، افراد با نفوذ، عوامل سازمانی، ویژگی‌های بیماری، و استراتژی انتشار موثر بودند (۲۷). نتایج مطالعه مجدزاده و همکاران با عنوان "نحوه اجرای دستورالعمل‌های بالینی در ایران" انجام شد، نشان می‌دهد مداخلات پیشنهادی شامل میزان مهارت افراد، عوامل مالی، سازمان، عوامل نظارتی ارائه شدند. همراه با روند انطباق و توسعه راهنماهای بالینی، استفاده از آنها نیز باید برنامه ریزی شود، در غیر این صورت در زمان و پول صرفه جویی نخواهد شد. بدیهی است، اجرای مداخلات مذکور با هدف نهایی تغییر رفتار پایدار در ارائه دهندگان خدمات بهداشتی سیستم فراتر از ظرفیت گروه‌های خاص یا چندین مرکز علمی می‌باشد. این امر نیاز به مشارکت همه اجراکنندگان تحت نظارت و حمایت سازمانها و سیاستگذاران و متولیان می‌باشد که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۸). همچنین این پژوهش، نتایج پژوهش تقوی و همکاران تحت عنوان "بررسی دانش و کاربرد دندانپزشکی مبتنی بر شواهد دانش آموزان دندانپزشکی در دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد را تایید می‌کند زیرا نتایج نشان داد عوامل موثر بر استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد در سه سطح شامل امکانات و تجهیزات (دسترسی به مقالات و نشریات، تجهیزات مناسب)، ویژگی‌های فردی استفاده از شواهد، عوامل سازمانی (حمایت مناسب از پزشکی

با توجه نتایج پژوهش می‌توان اظهار نظر کرد که میزان اثرگذاری عوامل بیمه، تولید نظام سلامت، فرهنگ سازمانی، عوامل سازمانی، عوامل اقتصادی و ویژگی‌های راهنماهای بالینی بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران یکسان نبوده و متفاوت است. یافته‌های حاصل از پژوهش مربوط به مولفه‌های موثر بر اجرای راهنماهای بالینی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، عوامل اقتصادی بیشترین با وزن ۰/۹۰، عوامل فرهنگ سازمانی و ویژگی راهنماهای بالینی با وزن ۰/۶۳ کمترین تاثیر را بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران داشته‌اند. همچنین در تحلیل عاملی اکتشافی ۴۷ متغیر در قالب ۶ مولفه شناسایی شدند که در بین مولفه ویژگی‌های راهنماهای بالینی، رفع نامفهوم بودن و وجود پروتکل روشن با بارعاملی ۰/۸۰، از میان عوامل فرهنگ سازمانی اطلاع رسانی به بیمار با بارعاملی ۰/۷۷، از بین عوامل اقتصادی، وجود بودجه و رفع محدودیت بودجه با بارعاملی ۰/۷۴، از بین عوامل بیمه، متغیر تعرفه بیمه با بارعاملی ۰/۷۵، از بین متغیرهای عامل تولید نظام سلامت، وجود سیستم عملی مبتنی بر شواهد با بارعاملی ۰/۶۹ و از بین متغیرهای عوامل سازمانی تغییر نگرش کارکنان، کار گروهی با بارعاملی ۰/۶۰ بیشترین تاثیر را بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران داشته‌اند. فقدان یک سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر شواهد، یکی از دلایل اصلی تلاش‌های توسعه اقتصادی پزشکی مبتنی بر شواهد در طول دهه گذشته در ایران است (۱۹). در واقع، فقدان سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر شواهد و عدم حمایت سیاسی مناسب در سطح کلان در ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه، ایجاد سیستم توسعه و پیاده سازی راهنماهای طبابت بالینی را به چالش کشیده است (۲۰).

تولید و انتشار ناکافی راهنماهای طبابت بالینی‌ها ممکن است یکی از دلایل عدم آشنایی پزشکان با عملکرد مبتنی راهنماهای طبابت بالینی باشد. در مطالعه ای اکثر پزشکان اظهار داشتند که آنها به تعداد محدودی از راهنماهای بالینی دسترسی داشته و از آنها در طبابت بالینی خود استفاده می‌کنند. یافته‌های یک مطالعه در ایالات متحده آمریکا نشان داد که بیش از نیمی از پزشکان بر اساس راهنماهای طبابت بالینی روش‌های بالینی خود را تغییر داده‌اند و ۳٪ اعتقادی به آن نداشته و در طبابت خود از آن استفاده نمی‌کنند (۲۱). اجرای موفقیت آمیز دستورالعمل شامل سه مرحله توسعه، انتشار و اجرای است (۶). سازمان‌های درگیر در تولید دستورالعمل‌ها باید (۱) استراتژی‌های انتشار راهنماها را برای تحویل به موقع اطلاعات توسعه دهند (۲) پیچیدگی راهنماهای بالینی را جهت پزشکان را کاهش دهند (۳) تولید راهنماهای بالینی بصورت آسان و قابل درک باشند (۲۲).

مطالعات انجام شده در ایران در رابطه با آگاهی و نگرش پزشکان در مورد عملکرد مبتنی راهنماهای طبابت بالینی، آشنایی ناکافی پزشکان را به عنوان مهمترین عامل در عدم اجرای راهنماهای بالینی بیان کرده است (۲۳-۲۴) که با نتایج مطالعه

منابع تحقیقاتی، عوامل سازمانی برای حمایت از هدف عملکرد مبتنی بر شواهد در واحد بالینی موثر خواهد بود. فرهنگ، ساختار و منابع کاردرمانی را به عنوان تسهیل‌کننده برای توانمندسازی پرستاران با نظارت صحیح بیان شد (۳۳).

در دیگر مطالعات نیز موانع اجرایی راهنماهای بالینی را دانش، نگرش، و تغییر رفتار بیماران و پزشکان، ویژگی‌های راهنمایی‌های بالینی شامل وضوح و سادگی و عوامل محیطی مانند فقدان زمان و منابع کافی و مشکلات سیستم پرداخت، مطرح شده است (۳۴). همچنین در سایر پژوهش‌های مرتبط شایع‌ترین موانع اجرایی راهنماها در سیستم بهداشتی، موانع تحقیقاتی، پشتیبانی محدود همکاران، موانع تغییر، بیان شده است (۳۵). در مطالعه کیفی ارتباطات ضعیف، کمبود توانایی‌های فنی سیاست‌گذاران، ظرفیت محدود برای انجام تحقیقات بالینی، محدودیت منابع، فرایندهای قانونی و زیرساخت‌ها و تجهیزات و بودجه شناخته شده و رفع محدودیت‌های بودجه، عدم پشتیبانی معتبر برای تغییر رهبری و کاهش قدرت رهبری موانع اصلی اجرای راهنماها نیز بیان شد (۳۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

اجرای موفقیت‌آمیز راهنماهای بالینی شامل سه مرحله توسعه، انتشار و اجرا است. وجود پروتکل روشن برای تولید و ایجاد سازگاری لازم، آشنایی تیم تدوین راهنماها با ناکارآمدی پروتکل‌های بین‌المللی و شناخته شده راهنماهای بالینی، اجرای درست و علمی برنامه، رفع ابهام شواهد و دستورالعمل‌ها، استفاده از شواهد بومی از عوامل مهم اجرای راهنماهای بالینی می‌باشد. سازمان‌های درگیر در تولید دستورالعمل‌ها باید (۱) استراتژی‌های انتشار راهنماها را برای تحویل به موقع اطلاعات توسعه و به روزرسانی نمایند، (۲) پیچیدگی و نامفهوم راهنماهای بالینی را جهت استفاده مجریان راهنماها با توجه به شرایط محیطی بالینی را کاهش دهند، (۳) تولید آسان و قابل درک راهنماهای بالینی در برنامه خود داشته باشند.

یک فرهنگ سازمانی حمایتی، با فاکتورهای متناظر که شامل اطلاعات قابل دسترس، منابع فراوان برای ایجاد تغییر، و پرسنل ماهر جهت تغییر در عملکرد، داشتن مهارت پیش‌نیاز و رهبری قوی، ایجاد انگیزه و تغییر نگرش، مدیریت موثر، ایجاد دید سیستمی و بازخورد مناسب، و ایجاد استانداردهای مربوط به فرایندهای کاری به عنوان کاتالیزوری برای پیاده‌سازی راهنماهای طبابت بالینی می‌باشند. بنابراین نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که همراه با روند انطباق و توسعه راهنماهای طبابت بالینی، برای اجرای آنها نیز باید برنامه ریزی شود. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل درست، شناسایی موانع اجرای راهنماهای بالینی خاص از منظر پزشکان و بیماران بسیار موثر خواهد بود.

مبتنی بر شواهد، مدیریت صحیح و بازخورد، مدیریت زمان) ارائه شده اند (۲۹).

نتایج پژوهش با مطالعه سیدبرادران و همکاران با عنوان "موانع توسعه و اجرای دستورالعمل‌های بالینی در کشورهای در حال توسعه: مطالعه موردی در ایران" انجام شد، همخوانی دارد و آن را تایید می‌کند زیرا نتایج نشان دادند: شش موضوع به ترتیب اهمیت آنها شامل محیط عملکرد بالینی، سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر شواهد، حرفه‌ای بودن فردی، سیاستمداران و زمینه سیاسی، نوآوری و شرایط و اولویت بیماران است. بیشتر عواملی که در محیط درمان وجود دارد، به مقررات و قوانین، عوامل اقتصادی، زمینه سازمانی و زمینه اجتماعی اشاره دارد. در حالی که موانع مربوط به شرایط محیطی درمان، عوامل مربوط به ارائه دهنده خدمات و ویژگی‌های نوآوری، بیماران، توجه به سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر شواهد و شرایط سیاستگذاری و زمینه سیاسی بستگی دارد، که در مطالعه حاضر از عوامل موثر بر اجرا بودند (۱۷).

نتایج مطالعه با مطالعه گوجازاده و همکاران تحت عنوان "بررسی سیستماتیک موانع، امکانات، دانش و نگرش در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد در ایران". همخوانی دارد و آن را تایید می‌کند چرا که امکانات، مدیریت زمان و مهارت در روش تحقیق مهمترین عوامل برای اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد بود (۳۰). نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه ساجا با عنوان "مزایای اجرای دستورالعمل‌های بالینی: عوامل موثر بر پیروی از آنها و روش‌های پیاده‌سازی و انتشار" انجام شد را تایید می‌کند و با آن همخوانی دارد. زیرا نتایج نشان می‌دهد، عوامل موثر می‌تواند به منابع سازمانی، پزشکان و عوامل مربوط به ریسک طبقه‌بندی شود. ساختار سازمانی موثر با رهبری قدرتمند و فرهنگ یادگیری قدرتمند، عوامل مهمی را در پیاده‌سازی راهنماهای بالینی مطرح می‌سازد. علاوه بر این، پشتیبانی از دستورالعمل‌ها توسط مجریان و اجرای دستورالعمل‌های اجرایی با مدیریت چندجانبه در نظر گرفته شود. منابع مالی نیز به عنوان یک مسئله اساسی مطرح شد که از پیشرفت کار پیاده‌سازی جلوگیری می‌کند (۳۱).

نتایج این مطالعه نتایج پژوهش Fristedt و همکاران با عنوان "عوامل موثر بر استفاده از روش مبتنی بر شواهد در میان فیزیوتراپیست‌ها و درمانگران شغلی در کارهای بالینی آنها". را تایید می‌کند زیرا نتایج نشان داد، تعریف شواهد، منابع شواهد، موانع کسب شواهد و استفاده از شواهد در کار بالینی، تجربیات شخصی استفاده از شواهد، همچنین پشتیبانی عملکرد مبتنی بر شواهد برای اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد ضروری است (۳۲). نتایج این مطالعه نتایج پژوهش کونئی و همکاران تحت عنوان "تسهیل اجرای عمل مبتنی بر شواهد از طریق پشتیبانی و رهبری پرستاری" را تایید می‌کند و با آن همخوانی دارد، زیرا نتایج نشان داد. مدیران پرستاری، نقش مهمی در پیشبرد عمل مبتنی بر شواهد بر واحدهای بالینی در بیمارستان‌ها ایفا می‌کنند، وجود

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- راهنماهای بالینی به عنوان یک ابزار برای بیمه با هدف کنترل هزینه و اولویت بندی مراقبت های بهداشتی با هدف برنامه ریزی برای سیاستگذاران و دولت، جهت مقرون به صرفه بودن هزینه هاست در حوزه های طب نظامی و غیرنظامی است.
- راهنماهای بالینی اطلاعات طبقه بندی شده و توسعه یافته در جهت کمک به تصمیم گیری گروه پزشکی و بیمار می باشد تا در شرایط خاص بالینی درمان و مراقبت بهتری داشته باشند و نقش بسیار مهم در ارائه خدمات مطلوب توسط بیمارستان های نظامی دارد چرا که بیمارستان های نظامی از ماموریت های ویژه ای برخوردار هستند.
- راهنماهای بالینی سند مهمی برای شکل دادن به پزشکی مبتنی بر شواهد در بیمارستان های نظامی می باشد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان اظهار می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Yusefzadeh E, Akbarzadeh R, Khademolhosseini S, Akrami R. The effect of implementing evidence-based guidelines on the quality of nursing care provided to patients with angina pectoris. *J Critic Care Nurs*. 2015; 8(1):1-6.
2. Nouhi E, Abdollahyar A, Fasihi Harandi T. Effect of evidencebased nursing education in nurses' clinical decision making. *J Educ Ethics Nur*. 2014; 2(4): 43-9.
3. Yang G, Yoon H, Pae CH, Kim M, Park S. Experiences and barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea. *BMC Psychiatry*. 2013;13(150):2-8.
4. Fretheim A, Havelsrud K, Treweek S, Kristoffersen DT, Bjorndal A. Rational prescribing in primary care (RaPP): a cluster randomized trial of a tailored interventio. *PLoS Med*. 2006;3(6):783-91
5. Ilknur Y, Rabia K, Aylin BA, Duygu B, Fatma G, Irfan S, et al. Quality Assessment of Clinical Practice Guidelines Developed by Professional Societies in Turkey. *PLoS ONE*. 2016; 11(6): 1-10
6. Anneke L, Anke SM. Mistiaen Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008; 8(38):1-11.
7. Chandramohan A, Jacob KS, Shyamkumar NK, Gibikote S. Evidence-based practice in radiology: Knowledge, attitude and perceived barriers to practice among residents in radiology. *Eur J Radiol*. 2013; 82(5):894-7
8. Kalies A, Crisp J, Walsh K. Barriers and enablers to implementation of a New Zealand-wide guideline for assessment and management of cardiovascular

همچنین جهت اجرای صحیح پزشکی مبتنی بر شواهد در کشور ایران و استفاده هرچه بهتر از این مقوله علاوه بر برگزاری کارگاه ها و دوره های آموزشی و آشناسازی پزشکان شاغل در بیمارستان ها و دانشجویان پزشکی با دستورالعمل های مبتنی بر شواهد، لازم است با ایجاد نگرش مثبت در خصوص استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد در مدیران سلامت، همراه با تشویق های مادی و معنوی و نیز حمایت از پزشکانی که از این رویکرد در درمان بیماران خود استفاده می کنند، سایر پزشکان را به استفاده از این امر ترغیب نمود. در کنار آن می توان با استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستانی و بانک جامع اطلاعاتی موجود در این سیستم که از بیماران وجود دارد، جهت به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده نمود.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از پایان نامه دکترای تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال با کد: ۱۳۹۶/۶/۷/۱۵۷۲۱۲۱۳۹۵۲۰۳۷ می باشد، همچنین پژوهشگران مراتب تشکر و سپاس خود را از کلیه مدیران میانی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور که ما را در این پژوهش یاری کردند اعلام می دارند.

- risk in primary health care: a template analysis. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;9(3):159-71
9. Grol R, WM, Eccles M. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Oxford: Elsevier Butter worth Heinemann; 2005. P. 290
10. da Silva TM, Costa Lda C, Garcia AN, Costa LO. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Manual Therapy*. 2015; 20:388-401.
11. Oliyae A, Salehi Zolali GH, Nejati M, Safaie M, GHolizadeh R. The National guide Clinical Practice Tehran: Parse Negar. Physicians in Riyadh region, Saudi Arabia Family Practice—an international journal. 2012;19(5):537-42.
12. Bayer G. Clinical practice guidelines: what are they and how should they be disseminated? *Hand Clin*. 2014; 30(3): 361-5.
13. Kashyap N, Dixon J, Michel G, Brandt C, Shiffman R. Guide Line implementability appraisal. 2nd ed. New Haven, CT: Yale Center for Medical Informatics; 2011.
14. Benevides TW, Vause-Earland T, Walsh R. Impact of a Curricular Change on Perceived Knowledge, Skills, and Use of Evidence in Occupational Therapy Practice: A Cohort Study. *Am J Occupational Therapy*. 2015;69 (1Suppl 2):69.
15. Rezazadeh E, Hachesu PR, Rezapoor A, Alireza K. Evidence-based medicine: going beyond improving care provider viewpoints, using and challenges upcoming. *J Evid Based Med*. 2014;7(1): 26-36.
16. Diao D, Galm B, Shamon S. Evidence Based Medicine: An Introduction for Medical Students,

- UBCMJ. September. 2009;1(1):16-18.
17. Baradaran-Seyed ZNS, Majdzadeh R. Barriers of Clinical Practice Guidelines Development and Implementation in Developing Countries: A Case Study in Iran. *Int J Prev Med*. 2013;4(3):340-8.
 18. Lugtenber MSJ, Wester G, Burgers J. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science*. 2009; 4: 1-9.
 19. Baradaran-Seyed Z. Evidence-based health care, past deeds at a glance, challenges and the future prospects in Iran. *Iranian J Publ Health*. 2012; 41(12):1-7.
 20. Majdzadeh R, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship?. *Health Policy Plan*. 2012; 27:499-504.
 21. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw J. How can we improve guideline use. A conceptual framework of implementability? *Implem Sci*. 2011;6:26.
 22. Spallek H, Polk E, Bekhuis T, Frantsve-Hawley J, Aravamudhan K. Barriers to implementing evidence-based clinical guidelines: a survey of early adopters *The Journal of Evidence-based Dental Practice*. 2010; 10(4):195-206.
 23. Tabrizi JS. *Improving Health Care Quality: Basics, Concepts, Dimensions*. Saarbrücken, Germany: Lambert Academic Publishing; 2012.
 24. Taghavi AM, Mokhtari MR, Laal F, Farazi F, Sohrabi M. Evaluation of Evidence Based Dentistry Knowledge and Usage among Postgraduate Dental Students of Mashhad Dental School in 2012-2013. *J Mashad Dent Sch*. 2014; 38(1): 61-70.
 25. Ebadifard Azar F, Mousavi Isfahani H, Azami-Aghdash S, Kalavani Kh, Mahmoudi F. Evidence-based medicine performance among health care providers in Iranian hospitals: A nationwide survey. *Med J Islam Repub Iran*. 2017; 31:77.
 26. Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. *J Eval Clin Pract*. 2012; 18: 676-81.
 27. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground. A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care? *Health Policy*. 2008;85:148-61.
 28. Majdzadeh R, Baradaran SZ. How to Implement Clinical Practice Guidelines in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013;15 (11): 70-74
 29. Navabi N, Shahravan A, Pourmonajem S, Hashemipour MA. Knowledge and use of evidence-based dentistry among Iranian dentists. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2014; 14(2): 223-230.
 30. Ghojazadeh M, Azami-Aghdash S, Pournaghi Azar F, Fardid M, Mohhseni M, Tahamtani T. A systematic review on barriers, facilities, knowledge and attitude toward evidence-based medicine in - Iran. *J Anal Res Clin Med*. 2015;3(1):1-11.
 31. Saja H. Expected benefits of clinical practice guidelines: Factors affecting their adherence and methods of implementation and dissemination. *Journal of Health Specialties*. 2013; 1(3):141-7.
 32. Fristedt S, Areskoug JK, Kammerlind A. Factors Influencing the Use of Evidence-Based Practice among Physiotherapists and Occupational Therapists in Their Clinical Work .*The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2016; 14 (3):1-13
 33. Kueny N SL, Lehan Mackin M, Titler M. Facilitating the implementation of evidence-based practice through contextual support and nursing leadership. *Journal of Healthcare Leadership*. 2015: 729-39.
 34. Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Gholami J. Only One Third of Tehran's Physicians are Familiar with 'Evidence-Based Clinical Guidelines. *Int J Prev Med*. 2013; 4(3):349-57.
 35. Sadeghi-Bazargani H, Sadegh Tabrizi J, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2014; 20(6):793-802.
 36. Fischer F, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation -A Scoping Review. *Healthcare*. 2016; 4(36):1-16.