

## Challenges and Obstacles to Clinical Guidelines from the Perspectives of Urology Residents: A Qualitative Study

Ali Jannati<sup>1</sup> , Sakineh Haj Ebrahimi<sup>2</sup> , Mina Azizzadeh\*<sup>1</sup> 

### Article Info:

#### Article History:

Received: 04.03.2020  
Accepted: 06.13.2020  
Published: 01.04.2021

#### Keywords:

Practice Guidelines as  
Topic  
Urology  
Students  
Medical

DOI: 10.34172/doh.2020.40

### Abstract

**Background and Objectives:** Clinicians rely on clinical guidelines for decision making. Carefully formulated clinical guidelines are the result of a combination of relevant researches that links evidence to clinical practice. The purpose of this study was to determine the barriers to the use of clinical guidelines from viewpoints of residents.

**Material and Methods:** This study is a qualitative phenomenological study that examines the experiences of the residents of Urology Department of Imam Reza Hospital in Tabriz City of Iran. The sampling method was purposive. Qualitative content analysis used to analyze this study. To validate the results, the interviews were repeatedly read and the opinions of colleagues were regularly used. External monitoring was used to increase its reliability.

**Results:** 11 semi-structured interviews were conducted with the urology residents of Imam Reza Hospital. The results showed that the challenges and barriers to the implementation of clinical guidelines were classified into three main themes: 1. Structural challenges: doctors' distrust of clinical guidelines, Illegitimacy and lack of local clinical guidelines. 2. Executive challenges: routine processes, Lack of agreeable atmosphere, resistance to change among physicians and high number of patients and lack of facilities. 3. Educational challenges: lack of residency time and lack of practical educational structure for students.

**Conclusion:** Given the importance of proper implementation of clinical guidelines as a link to up-to-date knowledge and practice and given the existing structural, executive and educational problems, obstacles and challenges, it is hoped that researchers, managers, policymakers and Patients should take steps to remove barriers to the proper implementation of clinical guidelines and provide high quality services to patients.

**Citation:** 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.

1. Scientific and Educational Center of Iranian Health Management, Faculty of Medical Information Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: azizzadehmina@gmail.com)
2. Evidence-Based Medical Education Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

## چالش‌ها و موانع به کارگیری راهنماهای بالینی از دیدگاه رزیدنت‌های اورولوژی: یک مطالعه کیفی

علی جنتی<sup>۱</sup>، سکینه حاج ابراهیمی<sup>۲</sup>، مینا عزیززاده<sup>۱\*</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** پزشکان برای تصمیم‌گیری، وابسته به راهنماهای بالینی هستند. راهنماهای بالینی به دقت تدوین شده حاصل ترکیب تحقیقات مرتبط هستند که شواهد را به اقدامات بالینی پیوند می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع به کارگیری راهنماهای بالینی از دیدگاه رزیدنت‌های اورولوژی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع فنومنولوژی می‌باشد که به بررسی تجربیات رزیدنت‌های گروه اورولوژی بیمارستان امام رضا(ع) می‌پردازد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت هدف‌مند بوده است. جهت تجزیه و تحلیل این مطالعه از تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. جهت اعتباربخشی به نتایج، مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد و از نظرات همکاران به طور مرتب استفاده شد. همچنین جهت افزایش پایایی آن از نظارت خارجی استفاده شد.

**یافته‌ها:** ۱۱ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با رزیدنت‌های اورولوژی بیمارستان امام رضا(ع) انجام شد. براساس تحلیل نتایج، چالش‌ها و موانع به کارگیری راهنماهای بالینی در قالب ۳ موضوع اصلی می‌باشند: ۱. چالش‌های ساختاری: بی‌اعتمادی پزشکان به اعتبار راهنماهای بالینی، عدم مشروعیت و بومی نبودن راهنماهای بالینی. ۲. چالش‌های اجرایی: روتین شدن پروسه‌ها، عدم وجود جو موافق، مقاومت به تغییر در پزشکان، تعداد زیادی از بیماران و کمبود امکانات. ۳. چالش‌های آموزشی: کمبود زمان در رزیدنتی و عدم وجود ساختار آموزشی کاربردی دانشجویان. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت اجرای درست راهنماهای بالینی به عنوان پیونددهنده‌ی به روزترین دانش و عملکرد و با توجه به مشکلات، موانع و چالش‌های ساختاری، اجرایی و آموزشی موجود، امید است محققان، مدیران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان جهت رفع موانع برای اجرای هرچه درست‌تر راهنماهای بالینی و ارائه‌ی خدمات باکیفیت به بیماران قدم بردارند.

### کلیدواژه‌ها: راهنماهای بالینی، اورولوژی، دانشجویان پزشکی

نوعه استناد به این مقاله: جنتی ع، حاج ابراهیمی س، عزیززاده م. چالش‌ها و موانع به کارگیری راهنماهای بالینی از دیدگاه رزیدنت‌های اورولوژی: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۴): ۳۱۶-۳۲۳.

۱. قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: azizzadehmina@gmail.com)
۲. قطب علمی آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

TUOMS  
PRESS  
Tabriz University of  
Medical Sciences

## مقدمه

امکانات کافی برای استفاده از راهنماهای بالینی مورد تأکید قرار گرفته است (۱۳).

از طرفی مطالعات متعدد در کشور در زمینه‌ی اورولوژی نشان‌دهنده‌ی وجود مشکلات مختلف در این زمینه در کودکان و بزرگسالان و افزایش نرخ سرطان‌های اورولوژی می‌باشد (۱۵، ۱۴). بدیهی است در برابر این مشکلات و برای دریافت خدمات درمانی مناسب و باکیفیت، به کار بستن پزشکی مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی مورد تأکید می‌باشد (۱۶۸).

در پژوهشی که در ایران بر روی نگرش اورولوژیست‌ها در زمینه‌ی پزشکی مبتنی بر شواهد و استفاده‌ی آن‌ها از آن در عملکردشان صورت گرفت، حدود نیمی از آن‌ها ادعان داشتند که در کار خود به علت زمان‌بر و هزینه‌بر بودن و عدم وجود تسهیلات و ناآشنایی با منابع اطلاعات، پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Base Medicine) را به کار نمی‌بندند در حالی که حدود ۹۰ درصد آن‌ها تمایل به یادگیری و به کار بستن آن داشتند. در این پژوهش، نتیجه‌گیری شد که وجود راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد می‌تواند در بهبود این وضعیت کمک‌کننده باشد (۱۷).

با توجه به مطالب گفته‌شده و با توجه به این که مطالعات صورت گرفته در داخل کشور، بیشتر به شکل کلی به موضوع عملکرد مبتنی بر شواهد پرداخته و چالش‌های استفاده از راهنماهای بالینی از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به طور شایسته و مستقیم مورد توجه و واکاوی قرار نگرفته است و با نظر به اهمیت بالای به کار بستن راهنماهای بالینی در گروه‌های مختلف بیمارستانی؛ مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی چالش‌های موجود در رابطه با به کار بستن راهنماهای بالینی در بخش اورولوژی بیمارستان امام رضا(ع) علوم پزشکی تبریز از دیدگاه رزیدنت‌های این بخش انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی کیفی از نوع پدیدارشناسی می‌باشد که به بررسی تجربیات رزیدنت‌های گروه اورولوژی بیمارستان امام رضا(ع) در مورد چالش‌های موجود در به کار بستن راهنماهای بالینی پرداخته است. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت هدف‌مند بوده است که تا اشباع داده‌ها و مرحله‌ی تکرار داده‌ها و عدم وجود نکته‌ی جدید در نظرات ادامه یافته است. با ۱۱ نفر از رزیدنت‌ها مصاحبه‌ی فردی نیمه‌ساختاریافته به شکل چهره به چهره صورت گرفت. قبل از مصاحبه با رزیدنت‌ها، در مورد اهداف مطالعه صحبت شد و از آن‌ها رضایت آگاهانه‌ی کتبی گرفته شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌های نیمه‌ساختارمند انجام گرفت به این صورت که مصاحبه که دارای یک چهارچوب خاص از پیش

با توجه به پیدایش شیوه‌های نوین پزشکی، روشن است پزشکان بدون مراجعه به اطلاعات و دانش جدید و به روز و معتبر نخواهند توانست خدمات درمانی باکیفیت ارائه دهند. عدم استفاده از نتایج تحقیقات پزشکی نوین، باعث وارد شدن صدمات بسیار جانی و مالی به بیمار و بیمارستان می‌شود (۱). راهنماهای بالینی مجموعه‌ای نظام‌مند از آخرین و معتبرترین شواهد علمی هستند که شیوه‌های برخورد بالینی با یک بیمار را به طور طبقه‌بندی شده با در نظر گرفتن اولویت‌ها، اثربخشی و هزینه‌ی اثربخشی بیان می‌کنند (۲). پزشکان برای تصمیم‌گیری، وابسته به راهنماهای بالینی هستند. راهنماهای بالینی به دقت تدوین شده، حاصل ترکیب تحقیقات مرتبط هستند که شواهد را به اقدامات بالینی پیوند می‌دهند (۳).

راهنماهای پزشکی بالینی به منظور تسهیل تصمیم‌گیری پزشک در مورد مراقبت‌های پزشکی بیماران در موقعیت‌های پزشکی خاص، تهیه می‌گردند (۴، ۵). راهنماهای بالینی پزشکان و پرستاران را در ارائه‌ی بهترین رهنمون‌های بالینی یاری می‌کنند. تغییر در روند ارائه‌ی خدمات با رعایت این راهنماها، با حفظ فواید درمانی منجر به صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌گردد؛ بنابراین، توجه به راهنماهای بالینی قسمتی اساسی از حاکمیت بالینی می‌باشد که پزشکان و پرستاران را در امور تدوین، پیگیری، پایش و بهبود استانداردها یاری می‌نماید (۸-۶). به همین دلایل نیز در سال‌های اخیر، تأکید متخصصین جراحی از جمله اورولوژیست‌ها به اورولوژی مبتنی بر شواهد افزایش یافته است (۱۰، ۹).

در پژوهشی سیستماتیک که برای بررسی اثربخشی و کارایی اجرای راهنماهای بالینی و استراتژی‌های اجرایی آن‌ها در بین مطالعات دنیا انجام شد، نشان داد که به طور کلی اکثر مطالعات، بهبود در مراقبت در اثر اجرای راهنماهای بالینی را گزارش کرده‌اند (۱۱).

در مطالعه‌ی دیگری که در انجمن اورولوژی استرالیا صورت گرفت، نیاز پزشکان به دسترسی به بررسی‌های مبتنی بر شواهد را تأیید کرد. همچنین در این پژوهش، راهنماهای بالینی، منبع ترجیحی پزشکان در بین اطلاعات مبتنی بر شواهد بودند (۱۰).

در ایران، در زمینه‌ی راهنماهای بالینی اقداماتی صورت گرفته است که از جمله آن‌ها می‌توان به توجه برنامه چهارم توسعه برای تهیه و اجرای ۵۰ راهنمای بالینی برای پزشکان عمومی و ۲۰ راهنمای بالینی برای هر تخصص، بر اساس بار بیماری اشاره کرد (۱۲).

در مطالعه‌ی انجام‌شده در کشور، در مورد موانع موجود بر سر راه به کار بستن راهنماهای بالینی در کشور، نداشتن

تعیین طبقات توسط هر ۳ محقق به شکل جداگانه انجام شد و پس از آن مضامین تعیین شده توسط محققین با یکدیگر مقایسه شد. جهت اعتباربخشی به نتایج، مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد و از نظرات همکاران به طور مرتب استفاده شد. همچنین جهت افزایش پایایی آن از نظارت خارجی استفاده شد بدین صورت که بخشی از داده‌ها به محقق که ارتباطی با مطالعه نداشت و به منزله‌ی ناظر خارجی بود، داده شد تا مشخص شود آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد یا خیر. نتیجه‌ی استفاده از ناظر خارجی در مورد داده‌ها، با پیشنهاد ایشان در خصوص تغییر عنوان برخی زیرموضوعات در نهایت به طور کلی اتفاق نظر ایشان را با جمع‌بندی‌های به دست آمده نشان داد. همچنین داده‌های جمع‌بندی‌شده برای کمک به پایایی و غنای بیشتر نتایج به مشارکت‌کنندگان بازگردانده شد که نهایتاً در مورد مطابقت داده‌های جمع‌بندی‌شده با مفهوم موردنظر ایشان اطمینان حاصل شد.

### یافته‌ها

۱۱ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با رزیدنت‌های اورولوژی بیمارستان امام رضا(ع) انجام شد. تعداد ۳ نفر از رزیدنت‌های مصاحبه‌شونده سال اول، ۳ نفر از ایشان سال دوم، ۳ نفر از آن‌ها سال سوم و ۲ نفر از ایشان سال ۴ دوره‌ی تخصص یا رزیدنتی خود را می‌گذراندند. همچنین تعداد ۱۰ نفر از رزیدنت‌ها مرد و ۱ نفر زن بودند. نتایج تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش نشان داد که چالش‌ها و موانع به کارگیری راهنماهای بالینی شامل ۳ موضوع اصلی و ۱۰ زیرموضوع می‌باشد که در جدول ۱ ارائه شده است.

تعیین شده، ولی انعطاف‌پذیر در نحوه‌ی پیش بردن سؤالات است، با سؤالات کلی و باز آغاز گردید (مانند در صورت ایجاد سؤال برای شما در حیطه‌ی کاری‌تان به کجا مراجعه می‌نمایید؟ با مفهوم راهنماهای بالینی چقدر آشنایی دارید؟ از وضعیت راهنماهای بالینی و تدوین و سایت آن در کشور اطلاع دارید؟ و...) سپس با سؤالات اکتشافی و عمق‌دهنده ادامه پیدا کرد (مانند آیا در بخش خودتان از راهنماهای بالینی استفاده می‌شود؟ نظراتان در مورد امکان استفاده از راهنماهای بالینی در شرایط فعلی چیست؟ چه ابعاد مثبت و منفی و چه موانع و عوامل تسهیل‌کننده‌ای برای استفاده از راهنماهای بالینی به نظرتان می‌رسد؟ و...). مدت زمان هر مصاحبه به صورت میانگین ۴۵ دقیقه بود. صحبت‌های افراد با اخذ اجازه از ایشان، ضبط صوتی و سپس روی کاغذ پیاده شد. برای تجزیه و تحلیل این مطالعه، از تحلیل محتوای داده‌ی کیفی استفاده شد. انجام مصاحبه‌های حضوری و چهره به چهره توسط دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت سلامت زن، دارای سن ۲۸ سال صورت گرفت. تحلیل داده‌ها از زمان همان مصاحبه‌ی اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل هم‌زمان) بدین صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شدند تا درک کلی از متن به دست آید و سپس متن، خط به خط خوانده شد. ابتدا کدگذاری سطح اول انجام شد، به این صورت که جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح‌شده در مصاحبه بودند، مشخص شد، سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک مضمون داده شد. با مقایسه‌ی مضامین با یکدیگر، فهرستی از مضامین اصلی و زیرمضمون‌ها به دست آمد. در کدگذاری سطح دوم، مضامین اصلی و زیرمضمون‌ها بازخوانی شد و سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی شدند و طبقات تشکیل شد. کدبندی و

جدول ۱. موانع به کارگیری راهنماهای بالینی از نظر رزیدنت‌ها

موضوع	زیرموضوع
موانع ساختاری	۱. بی‌اعتمادی پزشکان به اعتبار راهنماهای بالینی تهیه‌شده داخلی ۲. عدم مشروعیت و قدرت استناد راهنماهای بالینی در صورت بروز مشکل قانونی ۳. مشکل بومی نبودن راهنماهای بالینی
موانع اجرایی	۱. روتین بودن پروسه‌های تشخیصی و درمانی و مقاومت در برابر تغییر ۲. عدم وجود جو اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش ۳. تعداد زیاد بیمار ۴. کمبود امکانات
موانع آموزشی	۱. کمبود زمان کافی برای تحقیق و پیگیری راهنماهای بالینی در دوره‌ی فشرده‌ی رزیدنتی ۲. عدم وجود ساختار آموزشی به ویژه از نوع کاربردی در کوریکولوم برای آشنایی با پزشکی مبتنی بر شواهد

اعتبار راهنماهای بالینی تهیه‌شده داخلی، عدم مشروعیت و قدرت استناد راهنماهای بالینی در صورت بروز مشکل قانونی و مشکل بومی نبودن راهنماهای بالینی اشاره نمودند.

### موانع ساختاری

در رابطه با این موضوع، مشارکت‌کنندگان در پژوهش در گفته‌های خویش به ۳ زیرموضوع بی‌اعتمادی پزشکان به

اینا باشم، علاقه هم دارم، ولی این لود کاری زیاد به عنوان مانع» (تعداد زیاد بیمار) (مصاحبه ۴)؛ «کمبود منابع و امکاناتم برای ما به مسئله‌ی دیگه ست اینکه مثلاً توی سیستم‌های ما امکان دسترسی الکترونیک به راهنماهای بالینی وجود داشته باشه یا امکانات مناسب داشته باشیم، این زیاد در دسترس نیستش.» (مصاحبه ۶).

### موانع آموزشی

در مورد موانع آموزشی در به کارگیری راهنماهای بالینی توسط پزشکان و رزیدنت‌ها به عنوان موضوع اصلی سوم، مشارکت‌کنندگان ۲ زیرموضوع اصلی را مورد تأکید قرار دادند: کمبود زمان در رزیدنتی و عدم وجود ساختار آموزشی به ویژه از نوع کاربردی در کوریکولوم برای آشنایی با پزشکی.

صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در این زمینه به شرح زیر بود: «یکی از مشکلات مهمی که ما رزیدنت‌ها داریم اینه که ما اصلاً توی رزیدنتی خصوصاً سال‌های اول وقت نداریم که بخوایم مطالعات جنبی کنیم یا بخوایم دنبال استفاده از راهنمای بالینی بریم. با توجه به اینکه ما به عنوان بازوهای ارائه‌ی خدمت توی بیمارستان محسوب می‌شیم، این کمبود وقت روی ارائه‌ی خدمت باکیفیت تأثیر منفی داره و باید توی تنظیم برنامه‌های آموزشی مون بهش پرداخته بشه.» (کمبود زمان در رزیدنتی) (مصاحبه ۸)؛ «به قسمت مهم که می‌شه به عنوان مانع برای ماها اشاره کرد، در مورد استفاده از راهنماهای بالینی اینه که وضعیت آموزشی در این زمینه حالا پزشکی مبتنی بر شواهد یا شناخت راهنماهای بالینی خیلی برای ما کمه یعنی آموزش درست عملی منظومه نه به سری چیزای کلی و تئوری و توی وضعیت نامناسبی هستش، آشنایی لازم رو نداریم.» (عدم وجود ساختار آموزشی به ویژه از نوع کاربردی در کوریکولوم برای آشنایی با پزشکی) (مصاحبه ۱۰).

### بحث

براساس یافته‌های پژوهش، چالش‌ها و موانع به کارگیری راهنماهای بالینی به ۳ موضوع اصلی موانع ساختاری، اجرایی و آموزشی تقسیم گردید. در مورد موانع ساختاری، ۳ زیرموضوع بی‌اعتمادی پزشکان به اعتبار راهنماهای بالینی تهیه‌شده داخلی، عدم مشروعیت و قدرت استناد راهنماهای بالینی در صورت بروز مشکل قانونی و مشکل بومی نبودن راهنماهای بالینی مطرح گردید. کیمیایی مهر و همکاران در مطالعه‌ی خود در مورد بررسی عوامل مؤثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران، بهبود ساختار و رفع اشکالات متدولوژیک راهنماهای بالینی را از عوامل تولیدی مهم در اجرای راهنماهای بالینی معرفی نمودند که موافق با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ی ایشان

برخی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در این زمینه عبارت بود از: «خیلی سخته که استفاده از راهنماهای بالینی اتفاق بیافته؛ چون اساساً هنوز تهیه‌ی راهنماهای بالینی در کشور به بلوغ لازم نرسیده.» (بی‌اعتمادی پزشکان به اعتبار راهنماهای بالینی تهیه‌شده داخلی) (مصاحبه ۱)؛ «مشکل مهمی که در مورد راهنماهای بالینی وجود داره، این هست که برای ارائه‌دهنده مشکل LEGAL به وجود می‌آد در صورت مغایرت راهنماهای بالینی با کتاب.» (عدم مشروعیت و قدرت استناد راهنماهای بالینی در صورت بروز مشکل قانونی) (مصاحبه ۲)؛ «یکی از ضعف‌های راهنماهای بالینی می‌تونه این باشه که مثلاً در تهران توسط اساتید اونجا تهیه می‌شه، شاید مثلاً نیاز و شرایط مناطق دورافتاده مثل جنوب و... رو در نظر نگیرن.» (مشکل بومی نبودن راهنماهای بالینی) (مصاحبه ۳)؛ «در مورد به کارگرفتن راهنماهای بالینی یه مسائلی مثل تهیه کردنشون هم مهم هستش اینکه ممکنه قسمت بومی کردن راهنماهای بالینی در داخل کشور مشکل داشته باشه.» (مشکل بومی نبودن راهنماهای بالینی) (مصاحبه ۹).

### موانع اجرایی

در ارتباط با این موضوع، ۴ زیرموضوع در مصاحبه و گفته‌های مشارکت‌کنندگان شناسایی گردید: روتین بودن پروسه‌های تشخیصی و درمانی و مقاومت در برابر تغییر، عدم وجود جو اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش، تعداد زیاد بیمار و کمبود امکانات. اظهار و اذعان مصاحبه‌کنندگان در این زمینه این گونه بود: «وقتی که ما توی بخش پزشکامون یه روند درمانی رو به شکل تکراری انجام می‌دن و انقدر تکرار شده که دیگه براشون حل شده اس و به شکل روتین یه نسخه رو واسه ۱۰ نفر استفاده می‌کنن، خب حتماً این پزشک براش سخت خواهد بود تغییر رویه‌ی کارش.» (روتین شدن پروسه‌های تشخیصی و درمانی و مقاومت در برابر تغییر) (مصاحبه ۱۱)؛ «به نظر من اگر قرار باشه که حتی راهنماهای بالینی کاملاً درست طراحی بشن و در دسترس پزشکان در بخش هم قرار بگیرن باز ما شاهد مقاومت از طرف پزشکان خواهیم بود؛ چون به هر حال روال کاریشون داره تغییر می‌کنه و این ممکنه یه کم زحمت داشته باشه.» (روتین شدن پروسه‌های تشخیصی و درمانی و مقاومت در برابر تغییر) (مصاحبه ۱)؛ «حقیقتش من که توی بخش سیاست و جو مناسب در بخش رو برای پزشکی مبتنی بر شواهد نمی‌بینم.» (عدم وجود جو اعمال پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش) (مصاحبه ۵)؛ «ما به دلیل اینکه توی شمال غرب کشور به نوعی قطب محسوب می‌شیم، از نظر ارائه‌ی خدمات تخصصی اورولوژی توی این بیمارستان، حقیقتش خیلی مراجعات و لود کاریمون بالاس و این خودش ممکنه مانع از این بشه که من به عنوان ارائه‌دهنده خیلی دنبال رویه‌های باکیفیت و رفتار کردن حالا روی مباحث به روز علمی و

یافته‌های پژوهش در مورد موانع آموزشی در به کارگیری راهنماهای بالینی توسط پزشکان و رزیدنت‌ها به عنوان موضوع اصلی سوم، ۲ زیرموضوع کمبود زمان در رزیدنتی و عدم وجود ساختار آموزشی به ویژه از نوع کاربردی در کوریکولوم برای آشنایی با پزشکی مبتنی بر شواهد را در بر گرفت. در مطالعه‌ی صدقی و همکاران، نبود آموزش کافی در بین پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات به عنوان یکی از موانع در به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد معرفی گردید که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر منطبق می‌باشد (۲۴). همچنین نوحی و همکاران در پژوهش خود لزوم برقراری دوره‌های بازآموزی را برای پرستاران به عنوان تسهیل‌کننده در به کارگیری عملکرد مبتنی بر شواهد مورد تأکید قرار دادند (۲۵).

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج، در مسیر عملی گردیدن و به کارگیری راهنماهای بالینی در عمل توسط ارائه‌دهندگان خدمات تشخیصی و درمانی بیمارستان‌های علوم پزشکی موانعی وجود دارد. نتایج مطالعه‌ی حاضر، به عنوان نمونه‌ی عینی از یکی از بیمارستان‌های علوم پزشکی کشور برای شناسایی موانع به کارگیری راهنماهای بالینی، خبر از وجود چالش‌های ساختاری، اجرایی و آموزشی می‌دهد. امید است که محققان، مدیران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان با توجه به مشکلات و موانع موجود دست به برنامه‌ریزی‌های واقعی در جهت رفع موانع برای اجرای هرچه درست‌تر راهنماهای بالینی و ارائه‌ی خدمات باکیفیت به بیماران بزنند.

نقاط قوت و محدودیت‌های مطالعه: لازم به ذکر می‌باشد که این پژوهش به صورت موردی تنها در بین رزیدنت‌های گروه اورولوژی در یک بیمارستان علوم پزشکی صورت گرفته است، اما به عنوان یک مطالعه‌ی به‌روز می‌تواند ذهنیتی در مورد دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمت در بیمارستان‌های علوم پزشکی به دست دهد. روشن است که انجام پژوهش‌هایی از این دست در سایر گروه‌های بیمارستانی می‌تواند تکمیل‌کننده‌ی این راه باشد.

### پیامدهای عملی پژوهش

توجه به موانع و چالش‌های اجرایی راهنماهای بالینی از جمله توجه به چالش‌های ساختاری، اجرایی و آموزشی شناسایی شده در مطالعه‌ی حاضر در سطوح بالا توسط مدیران، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران، می‌تواند در رفع مشکلات فراوان موجود و مرتبط با عدم به کارگیری راهنماهای بالینی در حوزه‌ی سلامت کمک‌کننده باشد.

نیاز به تدوین مقررات و آیین‌نامه‌ها و وجود مشروعیت لازم برای راهنماها و همچنین نیاز به بومی کردن راهنماها در کشور هم‌جهت با پژوهش حاضر به عنوان عامل مؤثر در اجرای راهنماهای بالینی مورد تأکید قرار گرفته است (۱۸).

همچنین مطالعه‌ی کوری (Courey) و همکاران منطبق با پژوهش حاضر، یافته‌هایی را در مورد عدم اعتماد نسبت به نتایج کاربرد شواهد در حرفه‌ی پرستاری نشان داده است به این معنی که پرستاران اطمینان لازم برای اجرای تغییرات در مداخلات پرستاری را ندارند (۱۹).

مطابق یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، در ارتباط با چالش اصلی دوم یا موانع اجرایی، ۴ زیرموضوع شامل؛ روتین بودن پروسه‌های تشخیصی و درمانی و مقاومت در برابر تغییر، عدم وجود جو اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد در بخش، تعداد زیاد بیمار و کمبود امکانات، در ارتباط با روتین شدن پروسه‌های تشخیصی و درمانی و مقاومت پزشکان در برابر تغییر، یافته‌های مطالعه‌ی کیفی ادیب حاج باقری در مورد درک پرستاران از مراقبت مبتنی بر شواهد نشان داده است مراقبت پرستاری عمدتاً براساس روتین و «دانش عملی» حاصل از تجارب بالینی پرستار انجام می‌شود و دانش حاصل از تحقیقات جدید پرستاری کمترین نقش را در مراقبت ایفا می‌کند. براساس یافته‌های این تحقیق پرستاران در زمینه‌ی درک ارزش و اهمیت تحقیق و کاربرد یافته‌های حاصل از آن با مشکل مواجه‌اند که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۲۰). در مورد نیاز به وجود جو موافق اعمال پزشکی مبتنی بر شواهد در این پژوهش، در مطالعه‌ی کیستون (kiston) و همکاران بر وجود محیط خواستار و پذیرای تغییرات فرهنگ‌های دلسوزانه، رهبری قوی و کنترل مناسب و سیستم‌های ارائه‌ی بازخورد به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم مورد نیاز برای موفقیت پزشکی مبتنی بر شواهد بر شمرده شده است (۲۱).

نتایج مطالعه‌ی کریمیان و همکاران در مورد موانع به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد، نیز عدم وجود جو و نگرش مبتنی بر شواهد در بخش‌های بالینی را نشان می‌دهد که این یافته‌ها مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین در برخی مطالعات، حجم کاری بالای بخش و تعداد زیاد بیماران و همچنین کمبود امکانات از مهم‌ترین عوامل بازدارنده در به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد عنوان گردیده است که این نتایج مطابق با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد (۲۲).

دیاوو (Diao) و همکاران در نتیجه‌ی یافته‌های مطالعه‌ی خود، کمبود امکانات و زمان ناکافی را از موانع به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد می‌دانند که این یافته با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر منطبق می‌باشد (۲۳).

## ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مرسوم رعایت گردیده است به این صورت که هدف از مطالعه در ابتدا و قبل از شروع مطالعه و مصاحبه‌ها به طور کامل برای شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اسامی ایشان محرمانه خواهد ماند. همچنین رفتار با ایشان کاملاً مؤدبانه و محترمانه بوده و زمان و مکان مطالعه با هماهنگی و راحتی ایشان در نظر گرفته شد و اجباری برای شرکت در مصاحبه متوجه ایشان نبود.

## تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان و سازمان‌ها و اشخاص ثالث وجود ندارد.

## تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از گروه اورولوژی بیمارستان امام رضا(ع) علوم پزشکی تبریز نهایت تشکر و قدردانی را با وجود ضیق وقت به جهت استقبال و همکاری ایشان در اجرای این پژوهش داریم.

## References

1. Afshar A, Rashidi A, Mirzatolouei F. Information Seeking Behavior of Iranian Orthopaedic Surgeons in Acquiring Updated Orthopaedic Knowledge. *Iranian Journal of Orthopaedic Surgery*. 2009; 28(3): 121-5. (Persian)
2. Evidence Based Research Center: Tabriz Medical Sciences Evidence Based Research Center. *The Meaning of Guideline*. Available from: <https://ircebmtbmed.ac.ir/Page/108/%DA%AF%D8%A7%DB%8%D8%AF%D9%84%D8%A7%DB%8%D9%86%DA%86%DB%8%D8%B3%D8%AA%D8%9F.html>.
3. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, Van der Wees P; Board of Trustees of the Guidelines International Network. Guidelines international network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012; 156(7): 525-31. doi: 10.7326/0003-4819-156-7-201204030-00009.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Clinical Practice Guidelines. *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Field MJ, Lohr KN, Editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1992.
5. Dabbagh A, Ghasemi M, Zolfaghari B, Jamshidi HR. A revision to the professional roles of pharmacists in the national health system: the attitudes of physicians and pharmacists regarding the impact on inter-professional relationships. *Hakim Health Sys Res*. 2006; 8(4): 26-36. (Persian)
6. Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P, Schünemann HJ, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implement sci*. 2012; 7(1): 60. doi: 10.1186/1748-5908-7-60.
7. Brown P, Brunnhuber K, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, et al. How to formulate research recommendations. *BMJ*. 2006; 333(7572): 804-6. doi: 10.1136/bmj.38987.492014.94.
8. Guyatt G, Rennie D, Meade M, Cook D. *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice*. Chicago IL: American Medical Association; 2002.
9. Dziri C, Fingerhut A. What should surgeons know about Evidence-based Surgery. *World j surg*. 2005; 29(5): 545-6. doi:10.1007/s00268-005-7909-7.
10. Stapleton AM, Cuncins-Hearn A, Pinnock C. Attitudes to evidence-based practice in urology: Results of a survey. *ANZ J Surg*. 2001; 71(5): 297-300.
11. Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technol assess*. 2004; 8(6): 1-72.
12. Management and planning organization. *Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of Islamic Republic of Iran, 2005- 2009*. Tehran: management and planning organization; 2004. p.36-7.
13. Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-Based Clinical Guidelines'. *Int J Prev Med*. 2013; 4(3): 349-357.
14. Basiri A, Shakhssalim N, Khoshdel AR, Naghavi M. Regional and seasonal variation in the incidence of urolithiasis in Iran: a place for obsession in case finding and statistical approach. *Urol Res*. 2009; 37(4): 197-204. doi: 10.1007/s00240-009-0193-5.
15. Gharib R. Urologic Review: Lithiasis in the Urinary Tract of Children: General Review Based on Observations in 167 Affected Iranian Children. *Clin Pediatr (Phila)*. 1970; 9(3): 157-64. doi: 10.1177/000992287000900311.
16. Mozafarpour S, Sadeghizadeh A, Kabiri P, Taheri H, Attaei M, Khalighinezhad N. Evidence-based

- medical practice in developing countries: the case study of Iran. *J Eval Clin Pract.* 2011; 17(4): 651-6.
17. Sadeghi-Ghyassi F, Olfati N, Dastgiri S, Maghbouli L. Evidence based practice: perspectives of Iranianurologists. *Urol J.* 2014; 10(4): 1099-105.
  18. Kimiaeimehr F, Hosseini SM, Alimohammadzadeh K, Bahadori M, Maher A. The study of factors affecting the implementation of clinical guidelines in Iran. *J Mil Med.* 2019; 21(3): 300-10. (Persian)
  19. Courey T, Benson-Soros J, Deemer K, Zeller RA. The missing link: Information literacy and evidence-based practice as a new challenge for nurse educators. *Nurs Educ Perspect.* 2006; 27(6): 320-3.
  20. Adib-Hajbaghery M. Factors influencing evidence-based nursing: A qualitative study. *IJN.* 2006; 19(47): 17-33. (Persian)
  21. Kitson A. The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2004; 1(1): 6-8.
  22. Karimian Z, Kojouri J, Sagheb MM. The review of barriers to implementation and institutionalization of evidence-based medicine in clinical wards from residents and clinical attending attending physicians viewpoints. *J Med Educ Dev.* 2016; 8(20): 86-97. (Persian)
  23. Diao D, Galm B, Shamon S. Evidence-based medicine: an introduction for medical students. *UBC Med J.* 2009; 1(1): 16-8.
  24. Sedghi S, Aryankhesal A, HojatiZadeh Y, Asadzandi S, Habibi S. Barriers to Implementation of Evidence-Based Medicine and Use of Evidence: A Systematic Review. *JHA.* 2018; 21(72): 9-28. (Persian)
  25. Nouhi E, Abdollah-Yar A, Fasihi Harandy T. Evaluating the Nursing Clinical Decision in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, Iran, after Evidence-based Nursing Education and Comparison with a Control Group. *SDMEJ.* 2014; 11(2): 264-71. (Persian)