رویکرد مناسب جهت اقتباس راهنماهای طبابت بالینی در نظام سلامت ملی مبتنی بر نتایج به دست آمده از یک تجربه در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

دکتر علی دباغ[1*]، دکتر بهزاد میرمیران[2]، دکتر نسیم عرفانی[2]، دکتر بهنود بیکدلی[2]، دکتر سعید کرمانی[3]، دکتر هادی بیهقی[4]، دکتر فرشاد کسرایی[2]، دکتر سمیرا رجایی[5]، دکتر احسان چیت‌ساز[2]، دکتر باوند بیکدلی[2]

۱- مرکز تحقیقات بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- گروه تحقیقات نظام سلامت، مرکز تحقیقات بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۴- گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵- گروه ایمونولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسؤول: مرکز تحقیقات بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۱۹۷۲۳۶۸ نمابر: ۲۲۰۷۴۱۰۱
پست الکترونیک: alidabbagh@yahoo.com

دریافت: ۸۸/۸/۱۷ پذیرش: ۸۹/۲/۲۲

چکیده

مقدمه: *راهنماهای طبابت بالینی، متونی هستند که به روشی نظام‌مند و برای کمک در تصمیم‌گیری در شرایط بالینی خاص تهیه می‌شوند. هدف از تهیه راهنماهای طبابت بالینی، ارایه توصیه‌های صریح و آشکار با هدفی معین برای تأثیرگذاری بر مخاطبان، به خصوص پزشکان است.*

روش کار: *در این مطالعه الگوی مورد استفاده به صورت "رویکرد مناسب جهت اقتباس راهنماهای طبابت بالینی در نظام ملی سلامت" بر اساس تجربه به دست آمده از یک پروژه اجرا شده در نظام سلامت کشور در سال‌های ۱۳۸٤ الی ۱۳۸٦ زیر نظر وزارت بهداشت شرح داده شده است. این پروژه منجر به تهیه ۲۰ راهنما برای پزشکان خانواده شد. فرآیند اقتباس شامل سه مرحله است. مرحله اول: آمادگی، که شامل اقدامات لازم قبل از شروع اقتباس است و خود شامل ۵ زیرمرحله است. مرحله دوم: تدوین و تنظیم سؤالات، بررسی منابع مربوط و دریافت راهنماها که خود شامل ۱۲ زیرمرحله است. مرحله سوم: نهایی‌سازی که شامل ۳ زیرمرحله است و منجر به گرفتن بازخورد، مشاوره، بازبینی، به‌روزرسانی و تهیه نسخه نهایی راهنما می‌گردد.*

نتیجه‌گیری: *کاربرد راهنماهای طبابت بالینی، به خصوص با استفاده از روش اقتباس در مورد راهنماها، می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء کیفیت خدمات در نظام سلامت داشته باشد. البته این امر نیازمند برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های گسترده در همه قسمت‌های نظام سلامت است، که خوشبختانه در طی سال‌های اخیر، اقدامات و مطالعات مفیدی در کشور ما انجام شده است.*

گل‌واژگان: *راهنماهای طبابت بالینی، اقتباس، نظام سلامت*

مقدمه

راهنماهای طبابت بالینی[1]، متونی هستند که به روشی نظام‌مند و برای کمک به پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های مناسب برای شرایط بالینی خاص تهیه می‌شوند (۳ -۱). هدف از تهیه راهنماهای طبابت بالینی، ارایه توصیه‌های صریح و آشکار با هدفی معین برای تأثیرگذاری بر کار پزشکان است (۶-۴). راهنماها از ابزارهایی هستند که طی چند سال اخیر در نظام‌های سلامت جهان، جهت برخورد با بخشی از مسایل و مشکلات موجود در نظام سلامت، به کار گرفته شده‌اند. با استفاده از راهنماهای طبابت بالینی می‌توان به اهداف زیر دست یافت: ارایه الگوی مناسب خدمات بر اساس بهترین شواهد و مستندات در دسترس و در موارد محدود اجماع نظر عمومی؛ کاهش اختلاف دیدگاه‌ها در عملکردهای بالینی؛ ارایه اساس و پایه و الگوی منطقی جهت ارجاع بیماران؛ ارایه نقاط تمرکز در زمینه آموزش مداوم؛ پیشبرد و ارتقاء نحوه استفاده کارآمد از منابع؛ تمرکز بر روی فرآیندهای کنترل کیفیت، از جمله ممیزی بالینی؛ تمرکز بر روی نقاط ضعف مستندات موجود و تأکید بر نقاط نیازمند تمرکز جهت پژوهش‌های آتی؛ کنترل موارد کاربرد روش‌های درمانی و تشخیصی پرهزینه؛ ایجاد زمینه مبتنی بر شواهد برای تعرفه‌های بیمه (۹ -۷).

[1] Clinical Practice Guidelines

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

پزشکانی که از راهنماهای طبابت بالینی استفاده می‌کنند و عملکرد خود را منطبق با آن تنظیم می‌نمایند، کمتر در معرض خطرها و آسیب‌های قانونی هستند. ولی لازم است از راهنماهای طبابت بالینی، بیشتر به عنوان راهنما و توصیه کلی استفاده شود تا کسانی که بر حسب شرایط، بر خلاف آن عمل می‌کنند آسیب زیادی را متحمل نشوند. تدوین و اجرای راهنماهای طبابت بالینی منافعی دارد که چندین گروه را منتفع می‌سازد؛ برخی از مهم‌ترین گروه‌های ذی‌نفع، عبارتند از: ۱- نظام سلامت شامل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و زیرساختارهای آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور؛ ۲- انجمن‌ها و تشکل‌های علمی- صنفیِ پزشکی کشور به عنوان شرکای حرفه‌ای؛ ۳- پزشکان خصوصاً پزشکان ارایه‌کننده خدمات سلامت در سطح اول (پزشکان خانواده)؛ ۴- گیرندگان خدمات و بیماران به عنوان کسانی که از این راهنماهای طبابت بالینی استفاده می‌نمایند؛ ۵- سایر گروه‌هایی که در ارایه خدمات در نظام سلامت مشارکت دارند؛ ۶- سازمان‌های بیمه‌گر؛ ۷- تولیدکنندگان محصولات دارویی و سایر فرآورده‌های طبی (۱۲ -۱۰).

با توجه به اهداف فوق، بدیهی است که استفاده از راهنماهای طبابت بالینی ضروری به نظر می‌رسد و توضیحات فوق، بخشی از دلایلی است که کاربرد راهنماهای طبابت بالینی را به شدت مورد تأکید قرار می‌دهد. در عین حال در هر نظام سلامت، به دلیل دلایل خاص خود، نیازهای روزافزونی به وجود نسخه‌های بومی شده از راهنماهای طبابت بالینی وجود دارد و در عین حال، به دلیل حجم زیاد مطالب و نیز تعدد سر فصل‌ها و همچنین، سرعت تغییرات در مستندات[2] مرتبط با علوم پزشکی، این امکان وجود ندارد که برای همه موضوعات، خودمان از ابتدا راهنما تولید کنیم؛ بلکه می‌توانیم راهنماهای بین‌المللی را بومی کنیم، مگر اینکه در مورد برخی از سرفصل‌ها، امکان بومی‌سازی واقعاً وجود نداشته باشد. برای اینکه استفاده از راهنماهای طبابت بالینی، عملیاتی شود باید راهبردهایی را به کار بست. یکی از مهم‌ترین راهبردها، استفاده از دیدگاه‌های صاحب‌نظران هر رشته و انجمن‌های علمی- حرفه‌ای آن رشته است که منجر به نشر و مقبولیت راهنماها در جامعه پزشکی می‌شود. راهبرد بعدی، برگزاری برنامه‌های آموزشی جهت معرفی و نشر محتوای راهنماهای طبابت بالینی با هدف آشناسازی گروه‌های به کارگیرنده آنهاست. با به یادآوری سیستم‌هایی که در کار روزمره پزشکان دخیل هستند و کاربرد منطقه‌ای و محلی راهنماها در زیر ساختارهای نظام سلامت از طریق دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی، بر اشاعه و استفاده از آنها تأکید خواهد شد و در صورتی که از طریق سازمان‌های بیمه‌گر، مشوق‌های مالی نیز در نظر گرفته شود، گروه‌های ذی‌نفع، انگیزه بیشتری در جهت استفاده از راهنماها خواهند داشت. روشن است که نشر نتایج نهایی به کارگیری راهنما در کنگره‌های ملی و بین‌المللی و همچنین تبادل نظر با سایر کشورها نیز نقشی عمده و تأثیرگذار بر اشاعه استفاده از آنها دارد (۱۳ و ۱۴).

اقتباس راهنماهای طبابت بالینی، رویکردی سیستماتیک و نظام‌مند است که به بررسی راهنماهای طبابت بالینی در کشورهای مختلف و نظام‌های سلامت در مناطق مختلف دنیا می‌پردازد؛ یعنی راهکارهایی که در شرایط فرهنگی، قومیتی و سازمانی خاص دیگری آماده شده‌اند؛ همچنین این رویکرد شامل ایجاد تغییر در آن راهنماها برای استفاده و تطبیق در شرایط متفاوت است. در این فرآیند، از تعدیل استفاده می‌شود. اساس تعدیل بر پاسخ به این پرسش‌ها استوار است که آیا راهنما قابلیت اجرا دارد (مثلاً بسته به شرایط محلی) و یا از محیطی به محیط دیگر، قابل انتقال است؟ فرآیند اقتباس، جایگزینی مناسب برای جلوگیری از تکرار تدوین راهنماهایی است که در حال حاضر وجود دارند. با استفاده از این راه حل، راهنمای اولیه با صرف هزینه و زمان بسیار کمتر، جهت استفاده در شرایط بومی جدید تغییر می‌یابد. یک بررسی بر روی برنامه ارایه خدمات کنترل شده در آمریکا نشان داد که آنها از راهنماهای ملی و خارجی طبابت بالینی به عنوان مرجعی برای تدوین راهنماهای خودشان، بهره می‌گرفتند ولی در اغلب موارد، راهنماها را آن گونه که بودند، نمی‌پذیرفتند و به دلایل گوناگون، آنها را تعدیل می‌نمودند (۳، ۱۵ و ۱۶). علل اصلی برای ایجاد تغییر و تعدیل، فقدان ورودی محلی بالینی، توجه نامناسب به منابع، نارسایی کاربرد در مورد جمعیت‌های خاص، توصیه‌های بسیار زیاد، پیچیدگی های زیاد راهنماها برای استفاده‌کنندگان و نقص در لحاظ نمودن اطلاعات جدید در راهنماها بودند. راینهارت و همکارانش در مثالی روشن، علل نیاز به تعدیل و اقتباس راهنماها را شرح داده‌اند. آنها تلاش کردند تا یک برنامه کنترل عفونت‌های بیمارستانی را که مبتنی بر راهنماهای مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده بود، در یک بیمارستان عمومی شهری اندونزی به کار گیرند. عوامل قابل تغییری مانند شرایط تجهیزات، فقدان یک زیرساخت کنترل عفونت، فقدان قابلیت‌های استریلیزاسیون، نبود پشتیبانی آزمایشگاه‌های میکروبیولوژی بالینی و هزینه استفاده از وسایل یک بار مصرف پزشکی، مانعی بر سر راه پذیرش بدون تعدیل راهنماهای مرکز

[2] Evidence

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

کنترل بیماری‌ها[3] بودند. پس از انجام بررسی‌های لازم در محل، تعدیل گسترده‌ای در راهنماهای مرکز کنترل بیماری‌ها ایجاد شد تا متناسب با شرایط و فرهنگ محلی باشند (۴، ۱۷ و ۱۸).

در این تحقیق تلاش شد تا الگوی "بهترین عملکرد با کمترین هزینه اقتباس راهنماهای طبابت بالینی" بر اساس تجربه به دست آمده از یک پروژه اجرا شده در نظام سلامت کشور در سال‌های ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۶ زیر نظر وزارت بهداشت (که منجر به تهیه ۲۰ راهنما برای پزشکان خانواده شد) تشریح گردد تا بتوان با کمک آن، در موارد مشابه، به اقتباس۴ با الگوی مناسب رسید.

روش کار

فرآیند اقتباس

هدف کلی فرآیند اقتباس، بهره‌گیری از راهنماهای موجود برای تسهیل تولید راهنماهای جدید و استفاده از راهنماهای باکیفیت به صورتی کارآمد است. توصیه‌های راهنمای نهایی، باید بتواند پاسخگوی مشکلات و سؤالات خاص سلامت متناسب با شرایط بومی و همچنین مطابق با نیازها، اولویت‌ها، قوانین، سیاست‌های و منابع موجود منطقه باشد. آنچه بایستی در این فرآیند مورد توجه قرار گیرد این است که فرآیند اقتباس نباید توصیه‌ها را به گونه‌ای تغییر دهد که روایی و صحت آنها، قربانی شرایط جدید شود. از فرآیند اقتباس می‌توان در مورد همه راهنماهایی که دارای مضامین ارتقاء سلامت، غربالگری، تشخیص، درمان، پیگیری یا هر مداخله‌ای باشند، بهره گرفت. در برخی شرایط، استفاده از تنها یک راهنما خاص برای اقتباس به جای استفاده از چندین راهنما، تصمیمی مناسب‌تر است. در فرآیند اقتباس باید همواره اصول مبتنی بر شواهد برای تدوین راهنما را مد نظر داشت (۲۱ –۱۹). در ادامه، مراحل و اقدامات لازم به منظور پیشبرد نظام‌مند فرآیند اقتباس در قالب ۳ مرحله با ۲۰ گام شرح داده می‌شود. فرآیند اقتباس شامل سه مرحله است: آمادگی، تدوین و نهایی‌سازی. در این جا، این سه مرحله به تفصیل و به صورت کاربردی شرح داده می‌شود. بدیهی است هر یک از این سه مرحله دارای چند زیر مرحله جداگانه است.

مرحله اول: آمادگی

مرحله آمادگی، شامل اقدامات لازم قبل از شروع اقتباس است. این مرحله، دربردارنده ۵ گام زیر است:

گام ۱. تشکیل کمیته اجرایی: کمیته اجرایی دورنمای پروژه را تعیین می‌کند و ساختارمند کردن پروژه از مسؤولیت‌های آن به شمار می‌رود. اقدامات لازم در جهت ساختارمند کردن، شامل تشکیل گروه‌های کاری، تعیین اعضای پانل راهنما، تنظیم جلسات و پیشبرد و اجرای یکنواخت برنامه اقتباس است (۲۲ و ۲۳).

گام ۲. انتخاب عنوان راهنما: برای انتخاب موضوع و عنوان راهنما طبابت بالینی، معیارهایی وجود دارد. این معیارها شامل مواردی است که در جدول ۱ بیان شده است (۲۶ –۲۴).

جدول ۱- معیارهای انتخاب عنوان جهت راهکارهای طبابت بالینی

ردیف	عنوان معیار
۱	شیوع یا بار بیماری یا شرایط مرتبط، قابل توجه یا شامل موضوعات پرخطری باشد.
۲	در رابطه با موضوع مورد نظر، تنوع در عملکرد بالینی، افراط، تفریط یا اشتباه وجود داشته باشد.
۳	عموماً در عملکردهای بالینی مربوط، اختلاف نظر یا تنوع دیدگاه وجود داشته باشد.
٤	عملکرد کنونی، منابع و هزینه زیادی را به خود اختصاص بدهد.
٥	برای موضوع مورد نظر، آزمون‌های جدید تشخیصی یا روش‌های درمانی جدید معرفی شده باشد.
٦	برای موضوع مورد نظر، آزمون‌های رایج تشخیصی یا روش‌های درمانی قبلی رد شده باشد.
۷	کیفیت ارایه خدمات در خصوص آن موضوع، اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.
۸	چندین گروه مختلف از گروهای ارایه کننده خدمات را در نظام سلامت پوشش دهد.
۹	احتمال تأثیر راهنما مربوط بر ارتقای خدمات کنونی وجود داشته باشد.
۱۰	راهنماهای مبتنی بر شواهد و با کیفیت در مورد آن موضوع وجود داشته باشد.

گام ۳. بررسی قابلیت انجام اقتباس: پس از اینکه عنوان مورد نیاز را مشخص کردیم، وجود یا در دست تهیه بودن راهنمای بالینی مرتبط با عنوان، با جستجو در سایت‌های اینترنتی مربوط به راهنماهای طبابت بالینی[5] و سایر سایت‌های گروه‌های شناخته شده تهیه راهنما یا سازمان‌ها و گروه‌های تخصصی، بررسی می‌شود. در برخی شرایط خاص، مانند محدودیت‌های زمانی و اقتصادی یا عدم دسترسی کافی به افراد کارآمد، می‌توان به جای استفاده از شمار زیادی از راهنماهای موجود، یک یا چند راهنمای خاص را برای فرآیند اقتباس انتخاب کرد (۲۷ و ۲۸).

گام ٤. شناخت و تعیین منابع، امکانات و مهارت‌های لازم: اعضای پانل باید از تمام گروه‌های کلیدی ذی‌نفع در حیطه راهنما انتخاب شده باشند. تعهد اعضا برای حضور در پروژه و نیز تداوم همکاری ضروری است. تأمین هزینه لازم برای مدیریت، اجرای پروژه و دسترسی به منابع راهنماها و همچنین تأمین حقوق مالی همکاران از مسایل مهمی هستند که باید مدنظر قرار گیرند. برای انجام صحیح فرآیند اقتباس،مهارت‌هایی مورد نیاز است. ازجمله این مهارت‌ها می‌توان به دانش بالینی در حیطه مورد نظر، تجربیات کاری و اطلاع از آگاهی، دیدگاه و ترجیح بیماران، مهارت‌های اجرایی و سیاست‌گذاری، مهارت‌های روش‌شناختی در تهیه راهنما و ارزیابی نقادانه، مهارت‌های بازیابی و دستیابی به شواهد، مهارت‌های اجرا و پیاده‌سازی راهنما، و مهارت‌های مدیریتی و پیشبری پروژه اشاره نمود (۲۹ و ۳۰).

[3] CDC: Centers for Diseases Control
[4] Adaptation
[5] Guideline clearinghouse, trip-database

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

گام ۵. برنامه‌ریزی برای فرآیند اقتباس: برنامه‌ریزی برای فرآیند اقتباس، اجزای متنوعی دارد که شامل در نظر گرفتن عنوان، هماهنگی با اعضای پانل، تعیین اختیارات و حقوق راهنما، بیان تعارض منافع، تعیین زمان و برنامه جلسات، تعیین نحوه تصمیم‌گیری و شور در پانل، بررسی گام‌های آینده، ارایه برنامه زمانی تا اتمام کار، راهبرد تأمین منابع مالی و استراتژی‌های نشر و پیاده‌سازی راهنما است (۳۱ و ۳۲).

مرحله دوم: تدوین

مرحله دوم، شامل ۱۲ گام است. در این مرحله، سؤالات خاصی با توجه به عنوان انتخاب شده، طرح می‌شود و منابع مربوط مورد جستجو قرار می‌گیرد و راهنماها دریافت می‌شود. سپس به ارزیابی کیفیت، به روز بودن، ثبات، تناسب و قابلیت اجرای راهنماها پرداخته می‌شود و راهنماهای مناسب، انتخاب می‌شوند. در انتهای این مرحله، پیش‌نویس راهنمای اقتباسی تهیه خواهد شد (۳۳ و ۳۴).

گام ٦. تنظیم سؤالات: برای تنظیم سؤالات از پنج گزینه با مخفف PIPOH طبق جدول ۲ استفاده می‌شود.

جدول ۲- معیارهای تنظیم سوالات جهت راهکارهای طبابت بالینی

Population	جمعیت مورد نظر و خصوصیات بیماری
Intervention	مداخله یا روش تشخیصی مورد نظر
Professionals	کاربران هدف راهنما
Outcome	پیامد در مورد بیمار (افزایش بقای بدون بیماری، بهبود کیفیت زندگی و...)؛ در مورد سیستم (کاهش تفاوتهای عملکردی و...)؛ در مورد سلامت جامعه (کاهش بروز سرطان سرویکس و...)
Healthcare setting	شرایطی که راهنما در آن استفاده می‌شود

گام ۷. جستجوی راهنماها و شواهد مرتبط دیگر: لازم است که در رابطه با نتایج به دست آمده، برخی مشخصات کلیدی ثبت شود. از جمله این مشخصات می‌توان به مواردی چون نام سازمان تهیه‌کننده یا نویسندگان، تاریخ انتشار، کشور و زبان انتشار و تاریخ جستجوی انجام شده برای تدوین آن اشاره نمود. انجام جستجوی دیگری در منابع به منظور دسترسی به شواهد مرتبط دیگر از قبیل مقالات مروری نظام‌مند، یا گزارش‌های ارزیابی تکنولوژی سلامت که اخیراً منتشر شده‌اند، ضروری است (۳۵ و ۳۶).

گام ۸. غربال راهنماهای پیدا شده و محدود کردن راهنماهای پیدا شده (در صورت کثرت): در برخی موارد، پس از جستجو، تعداد کثیری راهنما مرتبط به موضوع و سؤالات پیدا می‌شود که امکان بررسی تمام آنها وجود ندارد؛ در این صورت می‌توان با استفاده از یکی از دو راه زیر، تعداد راهنماها را محدود کرد: ۱- به کار بردن ابزار "نقد راهنما برای پژوهش و ارزشیابی"[6] و انتخاب آن دسته از راهنماهایی که با استفاده از ابزار سنجش AGREE، امتیاز بیشتری کسب می‌کنند (۳۷ و ۳۸). ۲- اجماع بین اعضای پانل برای انتخاب راهنماهای مناسب (۳۹ و ۴۰).

گام ۹. بررسی کیفیت راهنما: منظور از کیفیت راهنمای طبابت بالینی، اطمینان از اشاره کافی به تورش‌های بالقوه موجود در راهنما، روایی درونی و بیرونی توصیه‌ها و انجام‌پذیر بودن آنهاست. این کار شامل قضاوت در مورد روش‌های به کار رفته برای تولید راهنما، محتوای توصیه‌های نهایی و عوامل مرتبط با فهم آنهاست. ابزار نقد تحقیق و ارزیابی راهنمای AGREE چهارچوبی برای بررسی کیفیت راهنماهای طبابت بالینی ایجاد کرده است. هر راهنما باید توسط حداقل دو و ترجیحاً چهار نفر بررسی شود (۴۱ و ۴۲).

گام ۱۰. روزآمدی راهنما[7]: روش ساده این کار، بررسی تاریخ انتشار راهنما و رفرانس‌های راهنما است. روش دیگری که به این منظور استفاده می‌شود، بهره‌گیری از یک متخصص مرتبط است. کاری که چنین فردی انجام می‌دهد، مرور سریع متون و بررسی روزآمدی شواهد مورد استفاده در راهنما است (۴۳).

گام ۱۱. محتوای راهنما[8]: توصیه می‌شود بررسی محتویات راهنمای طبابت بالینی با استفاده از ماتریس‌ها انجام شود؛ این ماتریس‌ها در دو فرم متفاوت، موجود هستند: فرم اول، دسته‌بندی توصیه‌ها بر اساس راهنما؛ فرم دوم، دسته‌بندی توصیه‌ها بر اساس شباهت موضوعی. در اقدامات مشابه، به نتایج حاصل از بررسی با این دسته‌بندی‌ها می‌توان امتیازهای کیفی بر اساس ابزار AGREE، شواهد مؤید و سطوح شواهد را نیز افزود (۴۴).

گام ۱۲. ثبات راهنما[9]: خود شامل سه مرحله است. در مرحله اول، استراتژی جستجو بررسی می‌شود. در مرحله دوم، ثبات بین شواهد انتخاب شده و نتیجه‌گیری آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در مرحله سوم، ثبات بین نتیجه‌گیری شواهد و توصیه‌های راهنما سنجیده می‌شود (۴۵).

گام ۱۳. بررسی پذیرش و قابلیت اجرای توصیه‌ها: عوامل تعیین‌کننده زیادی در این راه وجود دارند؛ مثل تفاوت‌های فرهنگی، تفاوت‌های سازمانی، وجود خدمات سلامت، رشته‌های تخصصی و منابع لازم و سازمان‌های مربوط به خدمات سلامت و همچنین خصوصیات فردی، اعتقادات و ارزش‌های جمعیت هدف و امکان اجرا و پذیرش توصیه‌ها در بین پزشکان و بیماران،که باید نقش آنها را در فرآیند پذیرش و اجرای راهنماها

[6] Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation (AGREE)

[7] Currency
[8] Content
[9] Consistency

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در نظر گرفت (۴۶ و ۴۷). این بررسی در ۳ سطح مهم زیر انجام می‌شود: ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که می‌تواند برای فراهم آوردن زمینه مناسب در زیرساخت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به منظور استفاده بهینه از راهنمای طبابت بالینی تدوین شده، برنامه‌ریزی به عمل آورد؛ ۲- وزارت رفاه و تامین اجتماعی که می‌تواند بستری مناسب در مکانیسم‌های پرداخت فراهم آورد (مکانیسمی تشویقی و نه تنبیهی در پرداخت)؛ ۳- سازمان پزشکی قانونی و سازمان نظام پزشکی که می‌توانند راهنماهای طبابت بالینی را به عنوان مکانیسمی تشویقی (و نه تنبیهی) در نظر بگیرند.

گام ۱۴. بازنگری ارزیابی‌ها: لازم است تمام مدارک حاصل از بررسی، از جمله ماتریس‌های توصیه‌ها، امتیازبندی‌های به دست آمده از AGREE، و شواهد دیگر، در اختیار تمام اعضای پانل قرار گیرد تا همه بتوانند رویکردی آگاهانه را برای تصمیم‌گیری نهایی با همین ویژگی‌ها در پیش بگیرند (۵۰ -۴۸).

گام ۱۵. انتخاب بین راهنماها و توصیه‌ها برای تهیه راهنما اقتباسی: در این مرحله یکی از این راه‌ها را مورد استفاده قرار می‌گیرد: حالت اول؛ همه راهنما، رد می‌شود. حالت دوم؛ همه راهنما همراه با تمام توصیه‌های آن، پذیرفته می‌شود. حالت سوم؛ خلاصه‌ای از شواهد راهنما، پذیرفته می‌شود. حالت چهارم؛ برخی توصیه‌های خاص راهنما، بدون تغییر پذیرفته می‌شود. حالت پنجم؛ برخی توصیه‌های خاص راهنما، با تغییر پذیرفته می‌شود (۵۱).

گام ۱۶. تهیه پیش‌نویس راهنمای اقتباسی: در پیش‌نویسی که از راهنمای اقتباسی تهیه می‌شود، باید جزئیات مراحل انجام شده، درج شود (۵۵ -۵۲) که برای این کار، چهارچوبی کلی شامل ۱۴ قسمت استفاده می‌شود (جدول ۳) و الگوی تدوین پیش‌نویس اولیه متن راهنماهای طبابت بالینی تنظیم می‌گردد (جدول ۴).

گام ۱۷. بازنگری داخلی و ارزیابی پیش نویس‌های اولیه در داخل گروه تدوین‌کننده: برای این کار، الگویی در نظر گرفته می‌شود که به این شرح است: پیش‌نویس اولیه راهنما، حتماً زیر نظر یکی از اعضای هیأت علمی دانشگاهی تهیه می‌شود و در صورت لزوم، بیش از یک عضو هیأت علمی بر روند تهیه راهنما نظارت مستقیم می‌کند (۵۶). سپس پیش‌نویس اولیه، توسط اعضای پانل و در قالب یک ماتریکس از قبل تعیین شده، به صورت درون‌گروهی، مورد نقد قرار می‌گیرد (۵۷). پیش‌نویس اولیه، پس از سپری کردن مراحل فوق، توسط نویسنده اصلی در جمع اعضای پانل ارایه می‌گردد تا از نظر محتوای علمی، تطابق با چهارچوب مصوب جهت راهنما، تطابق با شرایط حاکم در نظام سلامت و مناسب بودن الگوی نگارش، مورد بررسی و اصلاح و در نهایت، تأیید قرار گیرد (۶۰ -۵۸).

جدول ۳- چهارچوب تدوین متن راهنماهای طبابت بالینی

ردیف	عنوان اقدام
۱	لیست اقداماتی که باید انجام شود (“To Do” list)
۲	لیست اقداماتی که نباید انجام شود (“Not To Do” list)
۳	لیست جملات شرطی موجود در متن راهنما (“If Then” statements)
٤	پیشگیری از ذکر هر نوع جمله‌ای که محتوایی همراه با اختلاف نظر دارند
٥	مشخص کردن علایم هشدار (Red Flags)
٦	ذکر واضح اندیکاسیون‌های ارجاع
۷	ذکر مقایسه حداقلی میان روش‌های جایگزین مورد قبول از نظر بار مالی (این گزینه در صورت امکان و وجود مطالعات قبلی در این خصوص در کشور بیان می‌شود)
۸	ذکر موارد رسیدگی اورژانس
۹	ذکر تغییرات الگوی زندگی جهت درمان بیماران (این گزینه در صورت امکان بیان می‌شود)
۱۰	طراحی الگوریتمی روند پیشگیری، غربالگری، تشخیص، درمان و پیگیری و توصیه مؤثرترین گزینه در هر مرحله*(تا حد امکان)
۱۱	خودداری از ذکر بحثهای فیزیوپاتولوژی (تا حد امکان)
۱۲	خودداری از ذکر سطح شواهد در داخل متن (تا حد امکان)
۱۳	خودداری از ارجاع به مراجع در داخل متن (تا حد امکان) و ذکر منابع مورد استفاده در انتهای متن جهت حفظ یکدستی متن راهنما
١٤	ذکر تمام مطالب و مقالات استفاده شده در روند تهیه راهنما در انتهای راهنما نهایی. (لزوم اخذ اجازه برای استفاده از راهنماهای مورد نیاز به عهده گروه تهیه راهنما است؛ اطلاعاتی در این مورد باید تحت عنوان شروط حق نشر در راهنما نهایی ذکر شود)

*Bottom-line

جدول ۴- الگوی تدوین پیش‌نویس راهنماهای طبابت بالینی

ردیف	عنوان اقدام
۱	اپیدمیولوژی و اهمیت شامل: شیوع و بروز جهانی بیماری و در مواردی که بررسی‌های قبلی انجام شده باشد، شیوع و بروز در داخل کشور؛ بار بیماری (در مواردی که کاربرد دارد)؛ مخارج تحمیل شده از بیماری و روند کنونی بر سیستم (در مواردی که کاربرد دارد)؛ و اثرات اقتصادی بر بیمار (در مواردی که کاربرد دارد).
۲	تعاریف
۳	جمعیت هدف
٤	بررسی‌های تشخیصی شامل: شرح حال، معاینات بالینی و پاراکلینیک
٥	درمان و مدیریت بیمار شامل تغییرات الگوی زندگی، توصیه‌های کلی و درمان دارویی
٦	پیگیری بیماران
۷	موارد ارجاع و ارتباطات بین‌بخشی
۸	پیشگیری از بیماری (در مواردی که کاربرد داشته باشد)
۹	روش‌های غربالگری بیماران (در مواردی که کاربرد داشته باشد)
۱۰	آموزش بیماران (در مواردی که کاربرد داشته باشد)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مرحله سوم: نهایی‌سازی

در این مرحله که شامل ۳ گام نهایی است، پیش‌نویس راهنما به انجمن‌های علمی مرتبط یا بوردهای تخصصی و فوق‌تخصصی مرتبط با آن موضوع، ارایه می‌گردد و سپس دیدگاه آنها، پس از بررسی، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این کار، ضمن ارتقاء سطح علمی متن راهنما و انطباق بیشتر آن با شرایط حاکم در نظام سلامت و وضعیت درمان کشور، باعث می‌گردد تا اقبال و اعتماد افرادی که قرار است از این راهنماها استفاده کنند، بیشتر شود (۶۱ و ۶۲).

گام ۱۸. بازنگری خارجی توسط کاربرهای هدف و مشاوره با تیم ناظر راهنما: هر راهنمای طبابت بالینی، کاربران هدفی دارد که از راهنما در جریان کار خود استفاده می‌کنند که شامل بیماران، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران سلامت، مسؤولان و مدیران سازمان‌های سلامت، انجمن‌های علمی و بوردهای تخصصی و فوق‌تخصصی مرتبط می‌باشد. در طی فرآیند مرور خارجی، باید برخی موارد را جهت اصلاح در نظر داشت (۶۶ –۶۳).

گام ۱۹. برنامه‌ریزی برای بازبینی و به‌روزرسانی راهنمای اقتباسی: دلایل بسیاری برای لزوم تغییر و به‌روزرسانی راهنماهای طبابت بالینی وجود دارد. همچنین باید گروهی را نیز برای جستجوی شواهد جدید و بازنگری تعیین کرد. در نهایت باید راهنمای بازبینی شده را با توجه به میزان تغییرات به منظور مرور خارجی مجدد برای گروه‌های متخصص، ذی‌نفع و سیاست‌گذاران فرستاد و سپس فیدبک حاصل از مرور خارجی را در راهنمای نهایی تأثیر داد (۶۹ –۶۷).

گام ۲۰. تهیه راهنمای نهایی: متن راهنمای نهایی باید به راحتی قابل دسترسی، شفاف و عاری از ابهام باشد و به سهولت، قابلیت کاربرد داشته باشد (۷۲ –۷۰).

بحث

کاربرد راهنماهای طبابت بالینی، به خصوص با استفاده از روش اقتباس در مورد راهنماها، می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء کیفیت خدمات در نظام سلامت داشته باشد. این موضوع، نکته مهمی است که در دوران توسعه کیفی در نظام سلامت هر کشور، چه کشورهای پیشرفته و چه کشورهای در حال توسعه، مد نظر قرار گرفته است. البته، این امر نیازمند برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های گسترده در همه قسمت‌های نظام سلامت است، که خوشبختانه در طی سال‌های اخیر، اقدامات و مطالعات مفیدی در کشور ما انجام شده است. این مطالعات، خوشبختانه در سطح وسیعی، طراحی شده است و در بسیاری از موارد به نتایجی ختم شده که بسیار قابل استفاده هستند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همه کسانی که در اجرای پروژه تدوین راهکارهای طبابت بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجری و تیم همکاران را کمک و راهنمایی کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN eds. *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington DC; National Academy Press: 1992.
2- Bikdeli B, Kalantarian S, Sadeghian M, et al. Adapted clinical practice guidelines on heart failure for family physicians: A collaborative project of the World Health Organization and Iranian Ministry of Health and Medical Education. Heart, Lung Circ 2008; 17; S1.
3- Dabbagh A, Ghasemi M, Zolfaghari B, et al. 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 Research Journal 2006; 8(4); 26-36.
4- Dabbagh A, Akbari ME, Fathi M. Medical errors in the health system. Journal of Army University of Medical Sciences 2006; 4 (3): 957-66.
5- Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, et al. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1995; 274: 570-4.
6- United States General Accounting Office. Report to the Chairman, Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives. Practice Guidelines. Managed Care Plans Customize Guidelines to Meet Local Interests. 1996; GAO/HEHS-96-95.
7- Rhinehart E, Goldmann DA, O'Rourke EJ. Adaptation of the Centers for Disease Control guidelines for the prevention of nosocomial infection in a pediatric intensive care unit in Jakarta, Indonesia. Am J Med 1991, 91(3B): 213S-20S.
8- Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342: 1317-22.
9- Merritt TA, Palmer D, Bergman DA, et al. Clinical practice guidelines in pediatric and newborn medicine: implications for their use in practice. Pediatrics 1997; 99: 100-14.
10- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999; 318: 527-30.
11- Cavill I, Auerbach M, Bailie GR, et al. Iron and the anaemia of chronic disease: a review and strategic recommendations. Curr Med Res Opin 2006; 22(4): 731-7.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

12- Nicholson PJ, Cullinan P, Taylor AJ, et al. Evidence based guidelines for the prevention, identification, and management of occupational asthma. Occup Environ Med 2005; 62(5): 290-9.
13- White R, Taylor S. Nursing practice should be informed by the best available evidence, but should all first-level nurses be competent at research appraisal and utilization? Nurse Educ Today 2002; 22(3): 220-4.
14- Campbell H, Bradshaw N, Davidson R, et al. Evidence based medicine in practice: lessons from a Scottish clinical genetics project. J Med Genet 2000; 37(9): 684-91.
15- Murray I. Family health nurse project--an education program of the World Health Organization: the University of Stirling experience. J Fam Nurs 2008; 14(4): 469-85.
16- Johnston M, Langton K, Hayes B, et al. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. Ann Intern Med 1994; 120: 133-42.
17- Shiffman RN, Liaw Y, Brandt CA, et al. Computer-based guideline implementation systems: a systematic review of functionality and effectiveness. J Am Med Inform Assoc 1999; 6(2): 104-14
18- Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. J Am Med Inform Assoc 1996; 3(6):399-409.
19- Forrest D, Hoskins A, Hussey R. Clinical guidelines and their implementation. Postgraduate Med J 1996; 72: 19-22.
20- Slavin RE. Best evidence synthesis: an intelligent alternative to meta-analysis. J Clin Epidemiol 1999; 48: 9-18.
21- Kettles AM, Kiger AM, Philip K, et al. An evaluation of a Mental Health Act educational resource. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008; 15(8): 662-9.
22- Brown Y, Neudorf K, Poitras C, et al. Unsafe student clinical performance calls for a systematic approach. Can Nurse 2007; 103(3): 29-32.
23- Hynes P, Pinto M, Fortier W, et al. The standardization of critical care nursing education and training: strategies for advancing clinical practice in Ontario's adult ICUs. Dynamics 2007; 18(1): 23-7.
24- Demers C, Derzko C, David M, et al. Gynaecological and obstetric management of women with inherited bleeding disorders. J Obstet Gynaecol Can 2005; 27(7): 707-32.
25- Chalmers B. Maternity care in the former Soviet Union. BJOG 2005; 112(4): 495-9.
26- Rowan MS, Toombs M, Bally G, et al. Qualitative evaluation of the Canadian Medical Association's counselling guidelines for HIV serologic testing. CMAJ 1996; 154(5): 665-71.
27- Haynes RB, Hayward RS, Lomas J. Bridges between health care research evidence and clinical practice. J Am Med Inform Assoc 1995; 2(6): 342-50.
28- Thurber R, Read LE. A comprehensive education plan: the key to a successful Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations survey. J Nurses Staff Dev 2008; 24(3): 129-32.
29- Mahesh M. How to prepare for the Joint Commission's sentinel event policy pertaining to prolonged fluoroscopy. J Am Coll Radiol 2008; 5(4): 601-3.
30- Ghafoor VL, Epshteyn M, Carlson GH, et al. Intrathecal drug therapy for long-term pain management. Am J Health Syst Pharm 2007; 64(23): 2447-61.
31- Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med 2007; 176(6): 532-55.
32- Schofield MJ, Sanson-Fisher R. How to prepare cancer patients for potentially threatening medical procedures: consensus guidelines. NSW Cancer Council Cancer Education Research Program. J Cancer Educ 1996; 11(3): 153-8.
33- Djulbegovic B, Trikalinos TA, Roback J, et al. Impact of quality of evidence on the strength of recommendations: an empirical study. BMC Health Serv Res 2009. 21; 9: 120.
34- Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. Allergy 2009; 64(5): 669-77.
35- Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American college of chest physician's task force. Chest 2006; 129(1): 174-81.
36- Miller RG, Jackson CE, Kasarskis EJ, et al. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2009; 73(15): 1227-33.
37- Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, et al. AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. Int J Qual Health Care 2003; 15(1): 31-45.
38- De Waele JJ, Cheatham ML, Malbrain ML, et al. Recommendations for research from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. Acta Clin Belg 2009; 64(3): 203-9.
39- Hoomans T, Evers SM, Ament AJ, et al. The methodological quality of economic evaluations of guideline implementation into clinical practice: a systematic review of empiric studies. Value Health 2007; 10(4): 305-16.
40- Motacki K, Motacki LM. Safe patient handling and movement in a pediatric setting. Pediatr Nurs 2009; 35(4): 221-5.
41- Como JJ, Diaz JJ, Dunham CM, et al. Practice management guidelines for identification of cervical spine injuries following trauma: update from the eastern association for the surgery of trauma practice management guidelines committee. J Trauma 2009; 67(3): 651-9.
42- Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2009; 114(3): 703-13.
43- Manchikanti L, Boswell MV, Singh V, et al. Comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

the management of chronic spinal pain. Pain Physician 2009; 12(4): 699-802.
44- Como JJ, Diaz JJ, Dunham CM, et al. Practice management guidelines for identification of cervical spine injuries following trauma: update from the eastern association for the surgery of trauma practice management guidelines committee. J Trauma 2009; 67(3): 651-9.
45- Reiner BI. Quantifying radiation safety and quality in medical imaging, part 1: creating the infrastructure. J Am Coll Radiol 2009; 6(8): 558-61.
46- Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized Reporting of Clinical Practice Guidelines: A Proposal from the Conference on Guideline Standardization. Ann Intern Med 2003; 139(6): 493-8.
47- National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999; NHMRC, Australia.
48- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: The periodic health examination: 2. 1987 update. Can Med Assoc J 1988; 138: 618-26.
49- Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ 1997; 157(4): 408-16.
50- Grol R. Implementing guidelines in general practice care. Qual Health Care 1992; 1(3): 184-91.
51- Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. Jt Comm J Qual Improv 1999; 25(10): 503-13.
52- Thomson R, Lavender M, Madhok R. How to ensure that guidelines are effective. BMJ 1995; 311(6999): 237-42.
53- Ghanta MK, Smith LM, Polin RS, et al. An analysis of Eastern Association for the Surgery of Trauma practice guidelines for cervical spine evaluation in a series of patients with multiple imaging techniques. Am Surg 2002; 68(6):563-7.
54- Menaker J, Philp A, Boswell S, et al. Computed tomography alone for cervical spine clearance in the unreliable patient-are we there yet? J Trauma 2008; 64(4): 898-903.
55- Schenarts PJ, Diaz J, Kaiser C, et al. Prospective comparison of admission computed tomographic scan and plain films of the upper cervical spine in trauma patients with altered mental status. J Trauma 2001; 51(4): 663-8.
56- Como JJ, Thompson MA, Anderson JS, et al. Is magnetic resonance imaging essential in clearing the cervical spine in obtunded patients with blunt trauma? J Trauma 2007; 63(3): 544-9.
57- Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, et al. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak 2008; 8: 38.
58- Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. BMJ 2005; 330 (7490): 511.
59- Raine R, Sanderson C, Black N. Developing clincal guidelines: a challenge to current methods. BMJ 2005; 331 (7517): 631-3.
60- Atkins D, Eccles M, Flottorp S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches. The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res 2004; 4(1): 38-45.
61- Atkins D, Briss PA, Eccles M, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: pilot study of a new system. BMC Health Serv Res 2005; 5: 25-33.
62- Fantl JA, Cardozo L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. Obstet Gynecol 1994; 83(1): 12-8.
63- Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, et al. How to Use a Clinical Practice Guideline. JAMA 1995; 274(20): 1630-2.
64- Berghmans R, Berg M, van den Burg M, et al. Ethical issues of cost effectiveness analysis and guideline setting in mental health care. J Med Ethics 2004; 30(2): 146-50.
65- Eddy DM. The challenge. JAMA 1990; 263(2): 287-90.
66- Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice: from development to use. Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press, 1992.
67- Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, et al. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA 1998; 280: 1339-46.
68- Farmer AP, Légaré F, Turcot L, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2008; (3): CD004398.
69- Sackett DL, Rosenberg WC, Gray MJA, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 2001; 312: 71–2.
70- Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. BMJ1999; 309: 597–9.
71- Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. JAMA 1999; 281(20): 1900-5.
72- Rashidian A. Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. Prim Care Respir J 2008; 17(3): 136-7.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

The Appropriate Approach for Adoption of Clinical Practice Guidelines in the National Health System, According to the Experienced Project in Iran National Health System

Dabbagh A[*1] (MD), Mirmiran B[2] (MD), Erfani N[2] (MD), Bikdeli B[2] (MD), Kermani S[2] (MD), Beyhaghi H[3] (MD), Kasraei F[2] (MD), Rajaei S[4] (MD, PhD), Chitsaz E[2] (MD), Bikdeli B[2] (MD)

[1]*Anesthesiology Research Center, Department of Anesthesiology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2]*Anesthesiology Research Center, Department of Health System Research, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3]*Department of Pharmacoeconomy, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4]*Department of Immunology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 8 Nov 2009, Accepted: 12 May 2010

Abstract

Introduction: Clinical practice guidelines are formatted texts that are prepared in a systematic approach to help clinical decision making in special conditions. The aim of these guidelines is to prepare clear recommendations with definite goals to influence the audience, mainly the physician.

Methods: In this study, the appropriate approach for adoption of clinical practice guidelines in the national health system is defined based on the experienced project in the Iranian national health system in 2005-2007 which yielded in 20 national guidelines for primary care physicians. The process of adaptation consists of three stages. The first one is the preparing stage which consists of the steps necessary for starting the process of adaptation and is composed of 5 sub-stages. The second stage is writing and editing the questions, which consists of selecting and preparing a number of questions and then searching the resources and finding the guidelines. This stage consists of 12 sub-stages. The 3rd stage is the finalizing stage which consists of 3 sub-stages and includes getting feedbacks, consultation, updating and finalizing the guideline draft.

Conclusion: Using clinical practice guidelines, especially when they are prepared by adoption method, can increase the quality of care in health care systems. Of course it needs extensive planning and coordination in different parts of the system; fortunately promising approaches have been taken in our country in recent years.

Key words: Practice Guidelines as Topic, National Health Programs, Health Care Category

Hakim Research Journal 2010; 13(1): 49- 57.

[*]Corresponding Author: Anesthesiology Research Center, Shahid Beheshti University of Medicine, Velenjak, Tehran, Iran. Tel: +98- 912- 1972368, Fax: +98- 21- 22074101, Email: alidabbagh@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]