



سازمان بهزیستی کشور  
مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد  
معاونت پیشگیری از معلولیتها

## راهکارهای غربالگری شنوایی نوزادان در ایران

روشها و نگرش های تدوین دستورالعمل و خط مشی

جلد اول

نویسندگان:

فرزاد رحیمی

دکتر محسن فیروزبخت

منصور اسماعیل زاده

دکتر سعید محمودیان

دکتر مینو رفیعی

دکتر فرشید علاء الدینی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# راهکارهای غربالگری شنوایی نوزادان در ایران روشها و نکاتش های تدوین دستورالعمل و خط مشی جلد اول

سازمان بهزیستی کشور  
مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد  
معاونت پیشگیری از معلولیتها

## نویسندگان:

فرزاد رحیمی، دکتر محسن فیروز بخت، منصور اسماعیل زاده  
دکتر سعید محمودیان، دکترینور فیعی، دکتر فرشید علاء الدینی



## مطالب

پیش سخن	۴
مقدمه	۵
دستورالعملهای عملیاتی بالینی چه هستند؟	۶
اصول تدوین و بسط دستورالعمل	۸
دستورالعمل ها باید برارتقای نتایج از دیدگاه مشتری / بیمار تکیه کنند.	۸
بکارگیری مهمترین شواهد موجود	۹
ارائه توصیه براساس شواهد	۹
رویکرد چند تخصصی و اخذ نظرات همه از جمله مشتریان	۹
انعطاف و تطابق پذیری	۹
موانع موجود برسرراه منابع	۹
توزیع و اجرای دستورالعمل	۱۰
ارزیابی	۱۰
تجدید چاپ	۱۰
مراحل تدوین دستورالعمل عملیات بالینی <sup>[۴]</sup>	۱۰
گامهای تدوین و ارائه دستورالعمل / راهبرد <sup>[۴]</sup>	۱۱
شناسایی موضوع <sup>[۴]</sup>	۱۲
غربال شایستگی <sup>[۵]</sup>	۱۲
نحوه طراحی سئوالات	۱۳
کسب داده	۱۴
مراحل کسب داده	۱۴
پی ریزی تفحص و تجسس مدارک-نوشتجات	۱۵
نقش تحقیق کیفی در تدوین دستورالعمل عملیاتی بالینی <sup>[۵]</sup>	۱۷
تفاوت تحقیق کمی و کیفی <sup>[۵]</sup>	۱۷
به چه دلیل دستورالعملهای مدرک مدار بر دادههای کیفی استوارند؟ <sup>[۵]</sup>	۱۸
بررسی شواهد و تدوین و بسط توصیه های درجه بندی شده و پله پله ای <sup>[۱]</sup>	۱۸
رتبه بندی کیفی و تدوین جداول شواهد <sup>[۱]</sup>	۲۲
تدوین توصیه های درجه بندی شده براساس شواهد و مدارک <sup>[۱]</sup>	۲۲
ترازنامه <sup>[۱]</sup>	۲۳
دسته بندی دستورالعملها <sup>[۵]</sup>	۲۵
چرا به دستورالعمل جدید نیاز داریم؟ <sup>[۸]</sup>	۲۶
جمع بندی	۲۸
خلاصه مراحل تدوین دستورالعمل	۲۹
مراجع :	۳۰



## پیش سخن

پس از ۱۸ سال کار مستمر و پیگیر غربال شنوایی نوزادان توسط معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، تدوین دو دستورالعمل در حد فاصل سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸، با موضوعاتی در عرصه عمل مواجه شدیم که ما را برآن داشت تا مجدداً دستورالعملی کامل را تدوین و طراحی نماییم. در حیطه کار میدانی با واقعیت‌هایی برخورد کردیم که بعنوان تهدیدی بر سر راه ارتقای کیفی طرح غربال شنوایی نوزادان قد علم کرده‌اند، از جمله موارد زیر:

- عدم مطالعه دستورالعمل توسط مجریان، ناظرین و معاونین و دیگر دست اندرکاران برنامه
  - عدم ذکر جزئیات کاری و اجرایی در دستورالعمل که باعث ایجاد استنباطهای متفاوت در سطح افراد دخیل در طرح می‌گردید.
  - عدم رعایت مراحل ذکر شده در دستورالعمل
  - افراد خود را از نظر علمی و اجرایی بالاتر از دستورالعمل و اصول ذکر شده در آن می‌دانستند و می‌دانند.
  - دخالت موارد اقتصادی، مالی، منفعتی، مصلحتی و ... در اجرای برنامه غربال شنوایی نوزادان.
- ظرف ۵ سال گذشته اقدامات و پیمایش‌ها و بررسی‌هایی در سطح کشور انجام شد و کمیته علمی برنامه غربالگری شنوایی نوزادان به این نتیجه رسید که اولاً دستورالعمل باید براساس یافته‌های بومی اصلاح شده و با چهارچوبی کاملاً نوین نگاشته شود. البته این تدوین نمی‌تواند اثر عمیقی را بر اخلاق حرفه‌ای و کاری در حوزه ملی و بومی بگذارد ولی می‌تواند حداقل مانع از بروز مشکلات اجرایی و برنامه‌ای در سطح اجرای تستها در این برنامه شود.

کمیته علمی غربال شنوایی نوزادان

تهران- زمستان ۱۳۹۶



## مقدمه

در دهه‌های اخیر با انبوهی از دستورالعمل‌های عملیاتی بالینی<sup>۱</sup> مواجه شده‌ایم. این دستورالعمل‌ها در واقع بیانیه‌های منظم شده و سازماندهی شده‌ای هستند که به کارورزان و مشتریان کمک می‌کنند تا به نسبت یک شرایط بالینی خاص در خصوص یک روش مراقبت بهداشتی مناسب تصمیم‌گیری نمایند<sup>[۱]</sup>. در واقع دستورالعمل بالینی به بیمار و کارورز کمک می‌کند تا مناسب‌ترین روش و رویکرد مراقبت بهداشتی را انتخاب و اتخاذ کند. هدف از این دستورالعمل‌ها ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار، کاهش متغیرهای ناخواسته در مراقبت از بیمار و کاهش هزینه‌هاست<sup>[۲]</sup>. ابزاری هستند که توسط متخصصین مراقبت بهداشتی و برای تصمیم‌گیری بالینی و افزایش کیفیت مراقبت بهداشتی بکار می‌روند. ایده ارائه توصیه و ارائه راهنمایی به متخصصین فن موضوعی تازه نیست و سالهای متمادی کارورزان و متخصصین از توصیه‌های درمانی، روشهای ایمن‌سازی، الگوریتم‌ها، کتابهای، بولتن‌های عملیاتی و فرآیندهای اجرایی استفاده برده‌اند.<sup>[۱]</sup>

فرهنگ جستجو و کنکاش مدارک پزشکی حول و حوش سه محور می‌چرخد: (۱) سیستماتیک-پاتوفیزیولوژیک؛ (۲) فردی-بالینی؛ (۳) آماری-تحلیلی. منشاء اولین نگرش ریشه در دوران سقراط (سال ۳۰۰ قبل از میلاد) و گالن (سال ۲۰۰ پس از میلاد) دارد. دومین حوزه با نگرشی بنام «قضاوت طبی» گره خورده و حیطه آخر با کارهای شماری از پیش‌تازان عرصه علم مثل جیمز لند (جراح نیروی دریایی اسکاتلند)(۱۷۱۶-۱۷۹۴) همراه است. این کارها مقدمه ارزیابیهای منظم، سیستماتیک و تحلیل مدارک و مستندات بعنوان پایه عملیات و امور بالینی محسوب می‌گردند.<sup>[۲]</sup>

در دو دهه اخیر شاهد زایش پزشکی مدرک-مدارک<sup>۲</sup> هستیم که شالوده و منطقش این است که تصمیم‌گیریهای بالینی براساس شواهد نامنظم پاتوفیزیولوژیک و کلینیکی مطلوب نیست و بیشتر باید بر تجربه و بررسی مدارک برخاسته از تحقیقات بالینی تکیه نماید. در این رویکرد مستندات بالینی تولید می‌شوند و بیانیه‌ها برپایه آنها شکل می‌گیرند. مهم آنکه طراحی این بیانیه‌ها باید بگونه‌ای باشند که نمایانگر و منعکس کننده عملیات کاری معمول و در اکثر متخصصین و پزشکان باشند و در عین حال این بیانیه و دستورالعمل‌ها بعنوان استانداردهای طلایی مورد پذیرش این متخصصین و پزشکان قرار گیرند.<sup>[۳]</sup>

در رویکرد بسط و تدوین دستورالعمل باید مطمئن شویم که بیماری که به کمک آن دستورالعمل درمان شده یا خدمتی را می‌گیرد به نتایج مورد نظر نائل می‌گردد. لذا در تدوین دستورالعمل چند مرحله وجود دارد. با اجرای سه مرحله می‌توانیم از تدوین یک دستورالعمل معتبر و سودمند مطمئن گردیم. اول، مرور منظم و سیستماتیک بر مدارک و شواهد. دوم، اتخاذ و تعیین یک گروه مجرب جهت ترجمه و تبدیل این شواهد و مدارک به دستورالعمل. سوم، وجود منابع کافی جهت بسط و اشاعه دستورالعمل (مثل وجود افرادی محدود و وسیعی از مهارتها از جمله کارورزان و متخصصین مجرب، محققان در حوزه خدمات بهداشتی و راهبران فرآیندهای گروهی و حمایت‌های اقتصادی مناسب).<sup>[۴]</sup>

### نکته

<sup>۱</sup> - Clinical Practice guide lines

<sup>۲</sup> - Evidence-Based Medicine



• دستورالعمل عملیات بالینی یعنی ارائه یک بیانیه منظم و سیستماتیک برای کمک به متخصص/کارورز و بیمار به منظور اتخاذ تصمیماتی در خصوص مراقبتهای بهداشتی مناسب براساس شرایط بالینی/کلینیکی خاص (فیلد و لوهر ۱۹۹۰).<sup>[۵]</sup>

• هدف از دستورالعمل ارائه توصیه‌های صریح و روشن با نیت و قصد مشخص برای تحت تأثیر قراردادن آنچه که متخصصین/کارورزان انجام می‌دهند (هیوارد و گروه، ۱۹۹۵).<sup>[۵]</sup>

• هدف از دستورالعمل عملیاتی بالینی عبارتست از شناسایی استراتژیهای اثربخش تشخیصی، غربالی و درمانی و تشویق بکارگیری این استراتژیها برای ارتقای کیفیت مراقبتهای بهداشتی ارائه شده و همینطور کیفیت نتایج ارائه شده به مشتری.<sup>[۴]</sup>

شرح کیفیت در مراقبت بهداشتی کمی دشوار است. می‌توان مراقبت بهداشتی را بدین شکل تعریف کرد: ارائه مراقبت و مواظبت درست، در زمان درست، به فرد درست و به روش درست. مراقبت بهداشتی با کیفیت باید متناسب، قابل دسترسی، موثر، سالم و ایمن باشد و توسط فردی ارائه شود که صلاحیت داشته، مسئول و جوابگو باشد.<sup>[۴]</sup>

ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی باید از این موارد نشأت گیرد: تصمیمات بهتر که در سطح کلینیکی و توسط دستورالعمل عملیاتی حاصل آید؛ متأثر نمودن سیاستهایی که تخصیص منابع را به شیوه‌ای بهتر میسر نموده و براساس شواهد و مدارک بتواند سامانه‌ها و سیستم‌های ارائه‌ی بهتری را تمهید و پیش بینی کند.<sup>[۴]</sup>

### دستورالعمل‌های عملیاتی بالینی چه هستند؟

دستورالعمل‌های عملیات بالینی در واقع ابزارهای تصمیم‌گیری هستند که فاصله عملیات جاری و بهینه را پر کرده و این دو را به هم نزدیک می‌کنند. در عین حال این دستورالعمل‌ها را بصورت‌های زیر نیز تعریف می‌کنند.<sup>[۴]</sup>

- ساز و کارهای ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی و کاهش هزینه‌ها
- توصیه‌هایی که ارائه می‌شوند تا تصمیمات در مورد مداخلات بهداشتی را متأثر نمایند.
- ابزارهایی که به کمک آن رویکردهایی طرح ریزی شده ارائه می‌شوند تا افراد آنها را دنبال نمایند و از این رهگذر به متخصصین کمک می‌کنند تا تصمیم‌گیری نمایند.
- فرآیندهای عملیاتی نمودن اجرای امور و کارهای مدرک-مدار

در واقع دستورالعمل خطوط راهبردی تصمیم‌سازی را در هر تراز و سطح تعامل و برهم کنش معین می‌کند: خطوط ترسیمی بین متخصص بهداشتی و مشتری، بین خریدار و تدارک کننده، بین «سرمایه‌گذار» و «خریدار». اغلب بین دستورالعمل و پروتکل حد فصلی قائل نمی‌شوند و گاه این دو واژه با هم اشتباه می‌شوند. دستورالعمل یعنی یک بیانیه توصیه‌ای براساس روش شناسی علمی معتبر و تایید شده که بطور سیستماتیک و منظم بسط و تدوین می‌شود. گروه دستورالعمل نیوزیلند<sup>۳</sup> پنج نوع مختلف دستورالعمل را تعریف کرده است:<sup>[۴]</sup>

الف) دستورالعمل عملیات بهینه (Best Practice Guideline)

<sup>۳</sup>- New Zealand Guide lines group (NZGG)



معمولاً بنام دستورالعمل عملیات، دستورالعمل بالینی، بیانیه عملیات بهینه و دستورالعمل مرزی/سرحدی نامیده می‌شود. یعنی یک بیانیه تدوینی به شکلی منظم تا متخصصین و مشتریان را کمک کند تا در مورد بهداشت مناسب یا مراقبت و مواظبت مورد نیاز برای معلولیت و ناتوانی و در موقعیتهای خاص تصمیم‌گیری نمایند و در عین حال از نظر اثر بخشی شواهد و مدارک را مدنظر داشته باشند و اساس و شالوده طرح ریزی و برنامه‌ریزی را بسازند.

### ب) پروتکل (Protocol)

دستورالعمل‌های خاصی که انتظار می‌رود تا تک تک جزئیات آن و با حداقل تغییر دنبال گردند. پروتکل معمولاً در حوزه‌های خاص پرخطر (مثل احیای اورژانس) بکار می‌روند یا در جایکه قوانین، عملیات را نظام‌مند می‌نمایند (مثلاً روانپزشکی قانونی)

### پ) دستورالعمل بر مبنای وفاق جمعی (Consensus Based Guideline)

معمولترین نوع دستورالعمل است که بر پایه توافق گروهی از متخصصین تدوین و پی‌ریزی می‌شود.

### ت) دستورالعمل صریح/روشن مبتنی بر مدارک (Explicit Evidence Based Guideline)

به صورت یک دستورالعمل مدرک-مدار تدوین می‌شود اما با این تفاوت که نتایج و تبعات مراقبت بهداشت (مثل فواید، ضررها، کاربردها و هزینه‌ها) ناشی از تغییر در عملیات را نیز در جمعیت موردنظر منعکس می‌نماید.

### ث) دستورالعمل مبتنی بر مدارک (Evidence Based Guideline)

معمولاً پس از بازبینی و سنجش اطلاعات برگرفته از نوشتجات تدوین می‌شود. اغلب شامل استراتژی‌هایی برای شرح قوت مدارک و تلاش برای جدا نمودن عقاید از شواهد است. در این نوع دستورالعمل تنها راجع به این بحث نمی‌شود که مثلاً کدامیک از دو گزینه درمانی «بتر» هستند بلکه تفاوت این دو شیوه از نظر نتایج (شامل محاسن و مضرات) معین می‌شوند.<sup>[۴]</sup>

## آیا دستورالعمل‌های عملیاتی باعث ایجاد تفاوت در ارائه مراقبت بهداشتی می‌شوند؟

دستورالعمل عملیاتی علاوه بر آنکه یک حرکت رو به جلو برای «عملیات مدرک-مدار» محسوب می‌شود راهی است برای ارتقاء و اطمینان کیفی و بسط و توسعه ممیزی و بازرسی در پایش کیفیت مراقبتهای بهداشتی. نتیجه این همه، اطمینان از کیفیت کلی و تبعات مراقبت بهداشتی خواهد بود. اطمینان و ارتقاء کیفی بر سیستم، روند و تبعات فعالیت‌های مراقبت بهداشتی تاکید دارد ولی عملیات مدرک مدار بر تدارک/بکارگیری اطلاعات مستند بالینی برپایه تحقیقات کلینیکی تکیه دارد. قبل از تدوین و ارائه دستورالعمل‌های ملی، یک سازمان یا فرد حقیقی یا حقوقی، پروتکل‌های عملیاتی منطقه‌ای را ارائه می‌کند تا به کمک آن بتواند نحوه عملیات و اجرای کارها را کنترل و رصد نماید. این پروتکل‌ها عمدتاً به صورت اجماع تدوین می‌شوند و ماهیتی چند تخصصی دارند.<sup>[۴]</sup>

شواهد و بررسی‌ها حاکی از آنند که دستورالعمل‌های عملیات بالینی چه برای تغییر در روند ارائه مراقبت بهداشتی و چه برای ارتقای تبعات و نتایج روشی بسیار موثر هستند. در یک بررسی توسط گریمشا و همکاران (۱۹۹۳) بر روی ۵۹ دستورالعمل مشخص شد که با اجرای این دستورالعمل‌ها پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در عملیات بالینی حاصل شده است (در ۵۵ مورد). در بررسی دیگر توسط دانشگاه یورک (۱۹۹۴) بر روی ۸۷ مطالعه انجام شده برای بررسی دستورالعمل‌ها،





مشخص شد که ۸۱ مطالعه شواهدی دال بر ارتقای تبعات و نتایج مفید حال بیمار داشته‌اند. در گذشته دستورالعمل‌ها بیشتر براساس اجماع متخصصین شکل می‌گرفتند. این روش محدودیتهایی در پی دارد: مثلاً لحاظ نشدن برخی از نقطه نظرات و دیدگاهها که این مسئله نتیجه‌گیریها را ناقص و مخدوش می‌نماید. یک نظر تخصصی همیشه و لزوماً منعکس کننده شرایط دانش موجود و جاری نیست. از سوی دیگر باید نوشتجات را بطور سیستماتیک تحلیل کرد تا از نتیجه‌گیریهای سوگیرانه پرهیز شود. امروزه مسلم شده است که ارائه دستورالعمل باید براساس شناسایی منظم و تحلیل و سنتز بهترین شواهد علمی در دسترس باشد. ارائه یک دستورالعمل شامل گامهای مختلفی است: **شناسایی عنوان و موضوع، غربال شایستگی، ارائه سئوالات بالینی، جستجوی تمام شواهد در دسترس، ارزیابی و نتیجه‌گیری دقیق شواهد، تهیه پیش نویس توصیه‌ها.** انتشار و اجرای دستورالعمل عملیاتی بالینی نیز بسیار مهم است و به مرور، به روزآوری و ارزیابی هر دستورالعمل نیاز دارد.

### اصول تدوین و بسط دستورالعمل

- (۱) پردازشهای مختص ارائه، تدوین و ارزیابی دستورالعمل‌ها باید بر نتایج و تبعات ارزش‌گذاری شده (ارزشمند تلقی شده) از سوی مشتری تاکید نماید (مثل ارتقای نرخ بقا، افزایش کیفیت زندگی، ...)
- (۲) دستورالعمل‌ها باید بر پایه بهترین مدارک در دسترس استوار باشند و باید حاوی بیانه‌هایی در مورد قوت و قدرت توصیه‌ها باشند.
- (۳) روش مورد استفاده در تحلیل و بررسی شواهد باید در زمره قویترین شیوه‌های قابل اجرا باشند.
- (۴) روند تدوین دستورالعمل باید چند تخصصی بوده و حتی المقدور مشتریان یا ذینفع‌ها را نیز در برگیرد.
- (۵) دستورالعمل‌ها باید منعطف و قابل سازگاری باشند به قسمی که بتوانند شرایط و موقعیتهای منحصر بفرد و بخصوص را نیز در خود هضم نمایند.
- (۶) دستورالعمل‌ها را باید با نیم‌نگاهی به محدودیتهای تدوین کرد (مثلاً محدودیتهای منابع که استراتژیهای اجرایی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند).
- (۷) تدوین دستورالعمل باید شامل یک طرح اجرایی و توزیع و پخش باشد.
- (۸) اثرات و کاربردها و قابل استفاده بودن دستورالعمل باید ارزیابی شود.
- (۹) دستورالعمل باید بطور منظم بازبینی شود.<sup>[۶]</sup>

موضوعات زیر براساس دو مطالعه ذکر می‌شوند.<sup>[۶،۷]</sup>

### دستورالعمل‌ها باید بر ارتقای نتایج از دیدگاه مشتری/بیمار تکیه کنند.

نتیجه یا تبعات سلامت و بهداشتی به این شکل تعریف می‌شود: تغییر در بهداشت و سلامت فرد، گروه یا جمعیت که بتوان آن را به یک مداخله یا مجموعه‌ای از مداخلات نسبت داد. این تبعات می‌توانند مثبت یا منفی باشند و ممکن است در زیر گروههای مربوط به یک جمعیت نتایج متفاوت داشته باشند. برخی مطالعات به فرآیند سلامت می‌پردازند نه به تبعات سلامت (یعنی در واقع اطلاعات در مورد سیر وقایع سلامت فردی یا جمعیتی بررسی می‌کنند). برخی مطالعات تبعاتی را گزارش می‌کنند که قابل اندازه‌گیری بوده و مورد نظر محقق هستند (مثل پارامترهای بیوشیمیایی) ولی از نظر مشتری



ارزش چندانی ندارند. این تبعات را بعنوان تبعات بدلی<sup>۴</sup> می‌شناسند که شاید لزوماً و حتماً از نظر مشتری اهمیت زیادی نداشته باشند.

از نمونه این تبعات بدلی می‌توان به اندازه‌گیری پوکی استخوان (چگالی مواد معدنی استخوانی) در افراد مسن اشاره کرد که البته آنچه که مورد توجه مشتریان و اطرفیانشان بوده و از نظر ایشان جلب توجه می‌کند نرخ یا احتمال شکستگی است.

### **بکارگیری مهمترین شواهد موجود**

توصیه‌های دستورالعمل باید برپایه بهترین مدارک ممکنه استوار باشند. تصمیم‌گیری‌ها باید براساس اطلاعات موجود (مثل اطلاعات غربال)، روش وقایع‌نگاری، نقطه نظرات تجربی و مهارتی و شواهد تحقیقی انجام شوند. بهترین شواهد ممکنه از تحقیقات خوش ساخت برمی‌خیزند.

### **ارائه توصیه براساس شواهد**

در هنگام ارائه توصیه‌هایی جهت نحوه اجرا، ارائه و وجود مدارک دال بر اثر بخشی کار اهمیت دارد. اطلاعات دیگر مثل وضعیت فرد، مخاطرات و هزینه‌ها نیز باید مدنظر باشند.

### **رویکرد چند تخصصی و اخذ نظرات همه از جمله مشتریان**

اگر می‌خواهیم یک دستورالعمل مناسب باشد تمام افرادی که از آن استفاده می‌کنند باید در تدوین و طراحی آن نقش ایفا نمایند. افرادی مثل مدیران، متخصصین، کارورزان حوزه بهداشت و سلامت، افراد دخیل در روش شناسی تحقیق، مشتریان و غیره.

### **انعطاف و تطابق پذیری**

در دستورالعمل باید موارد زیر مدنظر باشند :

- ۱) جمعیت‌های مختلف مردم (با نژادها و سنین مختلف)
- ۲) شرایط جغرافیایی متفاوت (مثلاً شهری، روستایی، حومه شهری، ...)
- ۳) تخصیص منابع مختلف (مثل دسترسی به خدمات، سوبسیدها و کمک‌های بلاعوض، سرمایه‌گذارهای فردی و غیره)
- ۴) انتظارات مشتریهای مختلف، ارزشها و ترجیح‌ها.

### **موانع موجود بر سرراه منابع**

در هنگام ارائه توصیه‌ها، تدوینگر دستورالعمل باید از منابع مطلع باشد. در صورت امکان و هر جا که مقدور است ارزیابیهای اقتصادی نیز باید انجام شود خصوصاً زمانی که داده‌های هزینه‌ای برای انتخاب گزینه‌های مختلف اجرایی و عملیاتی اهمیت داشته باشند.

<sup>۴</sup> - Surrogate



### توزیع و اجرای دستورالعمل

دستورالعمل باید به شیوه‌ای اجرا و توزیع شود که تمام مخاطبین خود را مدنظر داشته باشد. این توزیع باید طوری باشد که تمام افراد مربوط به آن اعم از متخصصین، مجریان و مشتریان از آن آگاه شوند، به آن دسترسی آسان داشته و از آن بهره گیرند.

### ارزیابی

باید در فواصل مناسب یا خاص پس از توزیع و اجرای دستورالعمل، اثر آن ارزیابی گردد. اگر گروه دستورالعمل یک چهارچوب زمانی خاص و روند مناسب این کار را مشخص سازند بهتر خواهد بود.

### تجدید چاپ

دستورالعمل باید مرور، بازبینی و به روز شود. این کار باید در فواصل معین یا خاص انجام گیرد (معمولاً ۳-۵ سال). هر گاه شواهد و مدارک جدید نیز به دست آید این کار باید صورت گیرد.

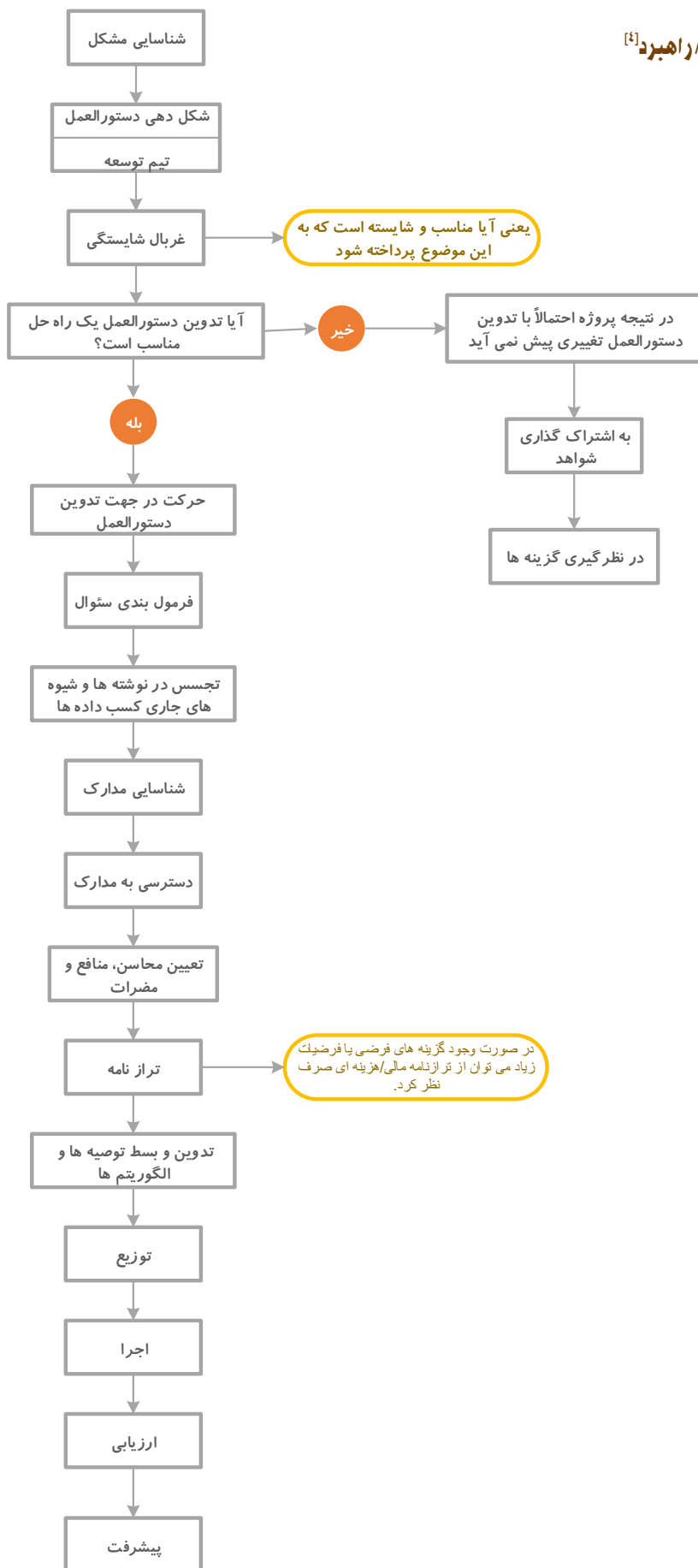
### مراحل تدوین دستورالعمل عملیات بالینی<sup>[4]</sup>

اجرای مراحل زیر ضروری است ولی گاه تقدم و تأخر این مراحل ممکن است بدین شکل نباشد.

- |                    |   |                                     |
|--------------------|---|-------------------------------------|
| الف) شناسایی موضوع | ب) غربال شایستگی                        | پ) فرمول بندی سؤال                  |
| ت) کسب داده‌ها     | ث) تجسس نوشتجات                         | ج) ارزیابی نقادانه و بکارگیری شواهد |
| چ) تراز نامه       | ح) ارائه و تدوین توصیه‌ها و الگوریتم‌ها |                                     |
| خ) توزیع و اجرا    |   |                                     |
- در فلوچارت زیر مراحل تدوین دستورالعمل را مشاهده می‌کنید.



### گامهای تدوین و ارائه دستورالعمل/راهنما<sup>[4]</sup>





در ادامه قسمتهای مختلف این فلوجارت شرح داده می‌شود.

### شناسایی موضوع<sup>[4]</sup>

شناسایی موضوع یا مسئله یعنی شناسایی حوزه‌هایی که دستورالعمل عملیاتی می‌تواند تفاوت‌هایی را در نحوه ارائه مراقبت بهداشتی ایجاد کند. در صورتی موضوع برای تدوین دستورالعمل مدرک-مدار مناسب است که موارد زیر وجود داشته باشد:

- (۱) موضوع از نظر عملیاتی یا بالینی باید آنقدر اهمیت داشته باشد که شمار زیادی از افراد درگیر یک بیماری تأثیرگذار را تحت تأثیر قرار دهد.
- (۲) موضوع باید به حدی پیچیده باشد که لزوم به ارائه توصیه‌ها را ایجاد کند.
- (۳) شواهدی وجود داشته باشد که بین مراقبت واقعی و مناسب اختلاف وجود دارد.
- (۴) هیچ دستورالعمل معتبر و مرتبطی وجود نداشته باشد.
- (۵) شواهدی وجود داشته باشد که از تدوین دستورالعمل مدرک-مدار پشتیبانی کند.
- (۶) توصیه‌های ارائه شده مورد قبول کاربران بالقوه باشد.
- (۷) اجرای دستورالعمل عملی باشد.

اگر دستورالعمل دیگری وجود داشته باشد که به همین موضوع بپردازد دیگر نیازی به تدوین این دستورالعمل نیست. در این حالت ارزیابی یا انطباق آن دستورالعمل بسیار بهتر از تدوین دستورالعمل جدید است.

### غربال شایستگی<sup>[5]</sup>

غربال شایستگی یک فرآیند سیستماتیک است که مشخص می‌کند که موفقیت تدوین دستورالعمل در یک حوزه بالینی خاص تا چه اندازه است. اگر منابع برای تدوین دستورالعمل محدود باشند، باید تلاش‌ها به سمت پروژه‌هایی سوگیری شوند که می‌توانند تغییرات مثبت بارزی را در نتایج پدید آورند و این کار را براساس مطالعات علمی صورت دهند. سئوالات زیر غربال شایستگی را شکل می‌دهند:

- آیا پروژه صاحب دارد؟ آنانی که صاحب یا راهبر دارند به احتمال بیشتری در زمان مقرر تکمیل شده و به سر منزل می‌رسند.
- آیا تغییر مورد انتظار و پیش بینی شده قابل اندازه گیری است؟ به عبارت دیگر آیا می‌توان تغییر در نتایج سلامت، عملیات، الگوی تجویزی، تعداد رویکردها و مداخلات یا تغییر در کاربری منابع و هزینه‌ها را کمیت گذاری کرد؟
- آیا دستورالعمل دیگری وجود دارد که بتوان به آن تاسی کرد؟
- جستجوی سریع نوشتجات چه چیزی را آشکار نموده است؟
- آیا تغییر در عملیات می‌تواند منجر به تغییر در نتایج گردد؟ آیا این مسئله می‌تواند ضامنی برای اعمال این تغییرات باشد؟ آیا احتمالی منطقی برای اجرای این تغییرات وجود دارد؟



## نحوه طراحی سئوالات

تدوین یک دستورالعمل یا راهبرد اثربخش و موثر در واقع شامل پرسیدن و پاسخگویی به سئوالات بالینی با استفاده از شواهد تحقیقی است. هر تعاملی بین متخصص و بیمار می‌تواند سئوالاتی را ایجاد کند. برخی اوقات پاسخ این سئوالات مشخص هستند و یا تحقیق و تجسس برای یافتن پاسخها آنها کاری ساده و در دست است. اما برخی اوقات پاسخها دور از دسترسند و نیاز به تلاش بیشتری دارند. در این موارد به سئوالاتی نیاز داریم که بخوبی طراحی شده باشند تا تجسس و تحقیق برای یافتن اطلاعات مربوطه موثرتر باشد. تحقیقات نشان می‌دهند که هر کارورز یا متخصص در هر روز به حدود ۳۰ اطلاعات جدید نیاز دارد و فقط ۳۰٪ این نیاز وی فراهم می‌شود و در اغلب موارد این اطلاعات را از همکارانش می‌گیرد.<sup>[۱]</sup>

سئوالاتی که بخوبی طراحی شده‌اند اساس ساختار دستورالعمل را شکل می‌دهند. این سئوالات طراحان دستورالعمل یا راهبرد را به روشهای مختلفی یاری می‌دهند: به گروه دستورالعمل کمک می‌کنند تا بر شواهد و مدارک مرتبط و مربوط به مشتری و متخصص تمرکز نمایند؛ تحقیق و تجسس را کارآتر می‌نمایند. طراحی یک سؤال درست اغلب کار ساده‌ای نیست. پرسیدن این نکته که «چرا پاسخ به این سؤال مهم است؟» اهمیت خاص دارد. به مجرد طراحی سئوالات جستجوی سیستماتیک شواهد و مدارک از نوشتجات را باید آغاز کرد. طراحی سؤال در عین حال شامل تصمیم برسر این موضوع است که چه نوع سئوالی را می‌خواهید بپرسید؟ پرسیدن چه سئوالی در مورد چه روش بالینی بهتر است؟ چه روش آزمونی، مداخله‌ای، درمانی، ... بهترین است؟ پیش آگهی بیمار چه می‌باشد؟ در اینجا به نمونه‌هایی از این سئوالات اشاره می‌کنیم:<sup>[۱]</sup>

- چه علائمی حاکی از چه شرایط بالینی هستند؟

- برای بهتر شدن نتیجه غربال باید از چه تستی یا روشی بهره گرفت؟

- برای قطعی شدن تشخیص باید چه تست یا تستهای تشخیصی را بکار برد؟

- اگر تشخیص قطعی شد بهترین گزینه درمانی چیست؟

- سایر گزینه‌های درمانی/مداخله‌ای کدامند؟

- محاسن و مضرات درمان/مداخله کدام است؟

- هزینه مراحل مختلف چیست؟

در طراحی سئوالات خوب ۵ بخش باید مدنظر باشند:

(۱) بیمار/مشتری/افراد: طرف توجه کدام بیماران یا افراد هستند؟ آیا می‌توانیم این گروه را بدرستی و بطور

کامل تعریف کنیم؟ آیا زیر گروههای دیگری هم وجود دارند؟

(۲) آشکارسازی یا در معرض دید قرار گرفتن: کدام روش، عامل، بیماری، درمان، تشخیص یا مداخله طرف

توجه ما می‌باشد؟

(۳) مقایسه: اصلی‌ترین گزینه‌ها یا راه‌چاره‌ها یا آلت‌رناتیوهای ما کدامند که بتوان مسائل را با آنها مقایسه کرد؟



- ۴) تبعات/نتایج: چه چیزی به واقع برای بیمار/مشتری مهم می‌باشد؟ این نوع آشکارسازی چه چیزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ چه نتایجی را باید مدنظر داشت؟ موضوعات میان مدت یا کوتاه مدت، حالت بیماری و مسائل درمان، موارد بازگشت و عود، بازگشت به کار، عملکرد فیزیکی و اجتماعی، کیفیت زندگی، شرایط کلی سلامت، هزینه و غیره باید مدنظر باشند.
- ۵) زمان: در چه زمان یا چهارچوب زمانی باید منتظر این اثرات باشیم؟

### کسب داده

داده‌های داخلی یعنی داده‌های یک خدمت سلامت/بهداشت که روی آن کار یا تحقیق می‌شود و می‌تواند منبع اطلاعاتی برای بررسی و ارزیابی تغییرات مورد نظر در فعالیت بالینی باشد. سازمانهای مراقبت بهداشتی باید سیستم‌های داده‌ای داشته باشند تا به کمک آنها بتوانند مراقبت‌ها را پایش نمایند (مسائلی مثل جزئیات درمان بیمار، رهگیری نتایج، اثرات معکوس یا منفی، کاربری منابع). در بسیاری از موارد ممیزی مفید است. از این داده‌ها برای تعیین مشخصات دموگرافی بیماران، نتایج بالینی فعلی و رویکردهای مراقبتی مورد استفاده بهره می‌گیرند. داده‌های داخلی فعالیتهای موجود را تعیین و کمیت گذاری می‌کنند و اساس را برای تعیین فاصله بین رفتارهای موجود و بهینه بوجود می‌آورند. گردآوری داده‌ها باید به موضوعات اساسی محدود شود که به کمک آن بتوان به اندازه و اهمیت مسئله از منظر سیاستگذاران، مدیران، متخصصین/کارورزان و مشتریان دست یافت. موارد گردآوری شده باید شامل این قسمت‌ها باشند: نتایج بالینی ثبت شده، تبعات سریع، نرخ کاربری، رضایت مشتری و هزینه. لغزشگاههایی برای جستجوی داده‌های داخلی وجود دارند. در این روند به منابع قابل ملاحظه و سطوح خاص از تحلیل نیازمندیم.<sup>[۱]</sup>

### مراحل کسب داده

- مرحله اول:** به چه اطلاعاتی نیاز داریم تا به کمک آن فعالیت فعلی را تعریف کنیم؟
- شرح جمعیت (دموگرافی): آیا داده‌ای در دست است که تعیین نماید اصلی‌ترین ملاحظات سلامتی و بهداشتی در جمعیت مورد نظر چیست؟
  - تبعات بالینی و اجرایی و معلولیتی در این جمعیت کدام است؟
  - تبعات سلامتی و معلولیتی: مثل تشخیص، مرگ و میر، بیمارشدگی، شرایط عملکردی
  - تبعات میان مدت
  - میزان کاربری و روند اطلاعات: میزان ویزیت، مقدار پشتیبانی، کاربری آزمایشگاهی، کاربری دارویی یا لوازم مصرفی، مداخلات تشخیصی، مداخلات درمانی
  - آیا در مراقبت یا تبعات منطقه‌ای تغییر بارزی وجود دارد؟
  - آیا با تغییر و تفاوت در فعالیتهای داخلی شواهد و دلایلی بر تفاوت در کاربری منابع و هزینه‌ها وجود دارد؟
  - هزینه کلی مراقبت جمعیت با فعالیتهای فعلی چقدر است؟
- مرحله دوم:** چه داده‌ای را می‌توان به سادگی بدست آورد؟



در اینجا تمرکز بر آن داده‌هایی است که بطور بالقوه توسط سازمان یا مجموعه اتخاذ شده‌اند. به دیگر بیان محدود نمودن روند کسب داده‌ها بر چند داده حیاتی و مهم. در اینجا موارد زیر باید مدنظر باشند:

- چهارچوب زمانی
- داده منطقه‌ای در مقابل داده وسیع
- آیا داده‌ها داخلی هستند یا خارجی (مثلاً خدمات آیا از داخل کسب می‌شوند یا از خارج خریداری می‌شوند)؟
- محدودیتهای داده‌ها کدامند؟
- الگوی ارائه داده‌ها.

**مرحله سوم:** آیا منابع برای جمع‌آوری داده‌های هدف بکار گرفته شده‌اند؟ انصافاً چه داده‌هایی جمع‌آوری شده‌اند و این داده‌ها به چه شکل به فرآیند دستورالعمل کمک می‌کنند؟<sup>[۱]</sup>

### پی‌ریزی تفحص و تجسس مدارک-نوشتجات

امروزه انبوهی از داده‌های مختلف (از قبیل بیومدیکال/زیستی طبی، سلامتی، مراقبتی، ...) در دسترس هستند (ژورنالها، نوشته‌های الکترونیکی، خلاصه‌ها، پوسترها، کتاب‌ها و غیره). یک منبع منفرد به تنهایی نمی‌تواند تمام مدارک مورد نیاز را حاصل آورد. لذا بهتر است از روش تحقیق و تجسس چند منبعی استفاده گردد. می‌توان از منابع زیر برای این کار بهره برد:

- پایگاه‌های داده‌ای الکترونیک: از جمله MEDLINE (حاوی اطلاعات ایندکس مدیکوس، پیوست، نوشتجات دندانپزشکی و پرستاری، اطلاعاتی در حیطه‌های سلامت، علوم زیست‌شناسی و فیزیکی، مردم‌شناسی، مراقبت بهداشتی، اختلالات ارتباطی، بیولوژی جمعیتی، بیولوژی تولیدی/تناسلی. این مجموعه حاوی ۴۰۰۰ ژورنال چاپ شده در آمریکا و ۷۰ کشور دیگر، ۱۱ میلیون ثبت از سال ۱۹۶۶ تاکنون می‌باشد)؛ کتابخانه Cochrane (قابل حصول در لوح فشرده یا اینترنت از طریق عضویت، برخی از قسمتهای آن مجانی در دسترس است. شامل ۵ پایگاه داده‌ای اصلی است که بطور همزمان بررسی می‌گردد: CDSR که حاوی مرورهای کامل می‌باشد؛ CCTR حاوی بیش از ۲۵۰۰۰۰ مرجع می‌باشد؛ DARE که توسط NHS در دانشگاه یورک انگلیس تدارک دیده شده و اطلاعاتی را در مورد مرورها و بازبینی‌های منتشر شده در مسائل مراقبت بهداشتی و اثرات آن در اختیار می‌گذارد؛ پایگاه داده‌ای ارزیابی اقتصادی NHS که در واقع دفتر ثبت ارزیابی‌های اقتصادی منتشره از مداخلات مراقبت بهداشتی است؛ پایگاه داده‌ای بررسی فناوری سلامت که حاوی مرورهایی بر موضوعات مختلف است که تنها به درمان و مداخله محدود نمی‌شوند)، EM BASE (یک پایگاه داده‌ای طبی تخصصی است که توسط علوم Elsevier بوجود آمده و یک پایگاه داده‌ای بیومدیکال و فارماکولوژیکال معظم است حاوی ۳۵۰۰ ژورنال بین‌المللی در حوزه‌های تجسس دارو، فارماکولوژی/داروشناسی، داروسازی، سم‌شناسی، طب بشری بالینی و تجربی، سیاست و مدیریت سلامت، سلامت عمومی، سلامت شغلی، سلامت و بهداشت محیط، اعتیاد و وابستگی به دارو، روانپزشکی، طب قانونی، تجهیزات و مهندسی بیومدیکال. در عین حال پرستاری، دندانپزشکی، دامپزشکی، روانشناسی، و طب مکمل را شامل می‌شود.) CINAHL (یک اندیکس تجمعی از پرستاری و علوم بهداشتی مربوطه می‌باشد. شامل ۱۲۰۰ ژورنال است. در عین حال اجاره دسترسی به کتابهای





مراقبت بهداشتی، تزه‌های طبی، کنفرانسهای منتخب، استانداردهای عملیات حرفه‌ای، نرم‌افزارهای آموزشی و مواد سمعی بصری را می‌دهد)، PSYCINFO (نوشته‌های آکادمیک را در حوزه‌های روانشناسی و علوم وابسته مثل طب، روانپزشکی، پرستاری، جامعه‌شناسی، آموزش، داروشناسی، فیزیولوژی، زبانشناسی و سایر حوزه‌ها شامل می‌شود. پوشش جهانی داشته و حاوی منابع و خلاصه‌هایی از ۱۳۰۰ ژورنال به ۳۰ زبان، کتب انگلیسی، و بالغ بر ۵۰۰۰۰ مرجع است که بطور دستی اضافه شده‌اند)، ERIC (بزرگترین پایگاه داده‌ای آموزشی دنیا است. حاوی یک میلیون ایراد/تقدیر و بازرسی یا Citation در حوزه منابع و مدارک تحقیقی، مقالات مجله‌ای، گزارشات فن، توضیحات برنامه‌ای و موارد مرتبط با مواد درسی می‌باشد).

اینترنت :

در اینترنت شمار کثیری پایگاه داده‌ای و سایتهای حاوی اطلاعات و مرورهای تحقیقی وجود دارد. تنوع مطالب و کیفیت‌های این موارد بسیار زیاد است. شماری از سایتهای هستند که می‌توان کپی مجانی از دستورالعمل‌ها را از آنها بدست آورد مثل سازمان پزشکی کانادا <http://www.cma.ca/cpgs/indes.asp> ؛ اتاق تهاتر دستورالعمل ملی <http://www.guidelines.gov> ؛ شبکه دستورالعمل‌های بین کالجی اسکاتلند <http://www.show.scotonjs.uk/sign/guidelines/index.html> ؛ به دستورالعمل آمریکا می‌توان از طریق HSTAT؛ آدرس <http://www.hstatonlmnih.gov/> دست یافت. وب سایتهای دیگر بدین قرارند :

ثبت تحقیقات ملی <http://www.gatewayonlinimnih.gw/cmd> ؛

پایگاه داده‌ای <http://www.tripdatabase.com> TRIP

PubMed در آدرس <http://www.pubmed.gov/entrec/query.fcgi>

وب سایت فیزیوتراپی <http://www.chs.usyd.edu.au/pedro>

موتور باهوش تجسس SUMsearch

در آدرس <http://www.sumsearch.vthscsa.edu/searchform%۸.html>

جستجوی دستی

روش وقت گیر جستجوی صفحه به صفحه نوشته‌ها، کتب، مواد کنفرانس‌ها و گردهمایی‌ها یک روش دیگر است.

سیاهه مراجع

تجسس در میان فهرست منابع و کتاب شناسی راه دیگر است. پایگاه داده‌ای Scisearch محلی است که می‌توان اطلاعاتی را در مورد اعلام شدن یک مرجع مفروض بدست آورد.

تماس مستقیم با محققان

جهت درخواست اطلاعات چاپ نشده یا نتایج اولیه مفید است.



### نقش تحقیق کیفی در تدوین دستورالعمل عملیاتی بالینی<sup>[5]</sup>

یک تحقیق کیفی به سؤالاتی در مورد معنای موقعیتهای تجربه شده و چگونگی پاسخ مردم به این موقعیتهای پاسخ می‌دهد. تمرکز تحقیق کمی بر تواتر یا تعداد رخداد و وقوع وقایع است ولی تحقیق کیفی بدنبال یافتن یک منظر و دید و واقف شدن به معنی وقایع است. در تحقیق کیفی بدنبال فهم آنیم که مردم چطور سلامت و بیماری را شرح می‌دهند و نسبت به تجارب سلامتی و بهداشتی خود نظر می‌دهند. به سه روش مطالعات کیفی را انجام می‌دهند:

الف) **پدیده شناسی (Phenomenology)** که با استفاده از تجارب فرد اول یا سایرکتیو (بعنوان منبع دانسته‌ها) با تعاریف تجارب بشر یا زندگان سروکار دارد. نمونه آن مطالعه برای شرح تجارب روزانه والدین در باره روند بیماری، یا شرایط مخاطره آمیز ایجاد شده برای کودکانشان میباشد.

ب) **مطالعه فرضیه پایه‌ای (Grounded theory studies)** که برای تدوین تئوریهایی براساس زندگی واقعی افراد طراحی شده‌اند. در این روش سعی می‌شود تا فرآیند یا بیماری شرح گردد. نمونه آن مطالعه فردی است که از افسردگی رها شده است. در اینجا با هر فرد ۹۰ دقیقه مصاحبه می‌شود و گفته‌های ایشان تحلیل می‌شود.

پ) **مطالعات نژادی (Ethnographic Studies)** در تلاش است تا بدانند که مردم تجاربشان را چطور بیان می‌کنند و چگونه رفتارهای خود را با محتوای فرهنگ تعریف شده در محیطشان تطبیق می‌دهند. مثل رفتارهای تحمل مخاطرات توسط بزرگسالان.

سه نوع داده تحقیق کیفی وجود دارد :

- مصاحبه‌های عمیق و باز با افراد یا گروهها
- مشاهده مستقیم و شرح فعالیتها، رفتارها، کارها و تعاملات مردم
- داده‌های نوشتاری مثل توضیحات، تجربیات و نقل قولهایی از ثبت‌ها، یادداشتها، مدارک رسمی، یا پرسشنامه‌ها و پاسخ به آنها.

### تفاوت تحقیق کمی و کیفی<sup>[5]</sup>

تفاوتهای روش شناسی مهمی بین تحقیق کمی و کیفی از نقطه نظرات مختلف وجود دارد مثل سؤالات پرسیده شده، انتخاب نمونه، گردآوری داده، تحلیل آن و گزارش نتایج. سؤالات مطالعه کیفی برای این طراحی شده‌اند تا از نحوه احساس مردم یا تجربه شرایط خاص بپرسد. چون در مطالعات کیفی تمرکز بر موضوعات است تا بر وقایع منفی و درمانهای موثر، لذا در این مطالعات تعداد افراد مورد مطالعه کمتر هستند. معمولاً این افراد براساس دانش و تجاربشان در یک محتوا یا موضوع انتخاب می‌شوند. ولی در مطالعات کمی نمونه‌ها طوری انتخاب می‌شوند که نمایانگر جمعیت باشند و روش انتخاب معمولاً اتفاقی است. روش اصلی برای جمع‌آوری داده‌های کیفی عبارتند از: مطالعات موردی، مشاهده افراد شرکت کننده، مصاحبه‌های دقیق. در مطالعات کمی واحد تحلیل عدد است ولی در مطالعات کیفی واحد تحلیل، فکر، تلقی یا موضوع است. یافته‌های مطالعه به شکل نقل قولهای دقیق و جزئی بیان می‌شوند که این موضوعات را شرح می‌دهند و سعی می‌کنند بین موضوعات ارتباط برقرار نمایند. تحلیل مباحثه‌ای یک راه دیگر برای تحلیل داده‌هاست.



### به چه دلیل دستورالعمل‌های مدرک مدار بر داده‌های کیفی استوارند؟<sup>[5]</sup>

مشخص است که روشهای تحقیقی مختلف انواع مختلفی از اطلاعات را حاصل می‌آورند. گاه داده‌های کمی از نظر سودمندی محدودیت دارند و از مطالعات دیگری بعنوان روشهای تکمیلی استفاده می‌شود. مواردی وجود دارند که داده‌های عددی ممکن است ما را به خطا برده، نقصانی در اطلاعات پدید آورند و از حالت واقعی بدور باشند. مثلاً تأثیر معدل گیری در تحلیل‌های آماری وهله‌های بالینی و مرورهای سیستماتیک به این معنی است که اگر بیمار یا بیماران حالت «معدل» داشته باشند یا در حد «متوسط» باشند یا «پاسخهای معدل» به درمان بدهند تمایل به درمان در ایشان وجود دارد. و البته هستند بیمارانی که در این قاعده نمی‌گنجد. گاه احساس می‌شود که در نتایج بالینی یا از نظر اولویتهای بیمار، تفاوتی بین افراد وجود داشته باشد. یک مطالعه کیفی با جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد اولویتهای بیمار و ارزیابی که وی برای نتایج قائل می‌شود، بر مشکل معدل گیری آماری غلبه می‌کند. همینطور با این نوع مطالعه فاصله بین شواهد علمی و عملیات بالینی پر می‌شود و این کار با آگاهی از موضوعات در مورد قابلیت پذیرش و اجرای توصیه‌ها انجام می‌شود. در استفاده از داده‌های کیفی نکاتی باید مدنظر باشند: الف) استفاده از نتایج و دقت در تبعاتی که مشتری محور باشند و به درد مشتری می‌خورند؛ ب) فهم رفتار سالم و سلامت در زندگی روزمره؛ پ) اجرای استراتژیهای مفید به منظور شناسایی موانع بین مشتری و کارورز.

موضوع مهم دیگر نحوه ارزیابی داده‌های کیفی است. در بررسی تحقیق کیفی سئوالات زیر مدنظر می‌باشند:

- آیا برای مقصد مورد نظر استفاده از رویکرد کیفی مناسب است؟
- افراد و تنظیم‌ها و شرایط چطور انتخاب شده‌اند؟
- آیا نقطه نظر و دیدگاه محقق به وضوح بیان شده است؟
- آیا روشهای گردآوری داده‌ها به وضوح شرح شده‌اند؟
- آیا روشهای تحلیل داده‌ای بصورت سیستماتیک و به شکل کنترل-کیفی توصیف شده‌اند؟
- آیا نتایج بر داده‌ها استوارند؟
- آیا شرایط و موقعیتهای ریشه در اسناد و شواهد دارند؟
- چطور می‌توان اطلاعات را به سایر مشتریها تعمیم داد؟

### بررسی شواهد و تدوین و بسط توصیه‌های درجه بندی شده و پله‌پله‌ای<sup>[1]</sup>

لازم است که توصیه‌ها بر بهترین مدارک و شواهد در دسترس استوار باشند. بهتر است ارتباط روشنی بین قوت شواهد در دسترس و درجه بندی توصیه‌ها دیده شود. درجه بندی، فرآیندی دولایه است؛ **لایه اول** مبتنی بر بررسی (عینی) ساختار و کیفیت هر مطالعه مجزا و منفرد است (امتیازات کیفی)؛ **لایه دوم** بر پایه قضاوت در خصوص کاربردی بودن، استحکام و ارتباط کل شواهد با سئوالاتی است که دستورالعمل در پی یافتن پاسخ آنها می‌باشد.

سیستم ارزیابی که در ادامه توصیه می‌شود مشتمل بر رویکردهای مختلفی است.

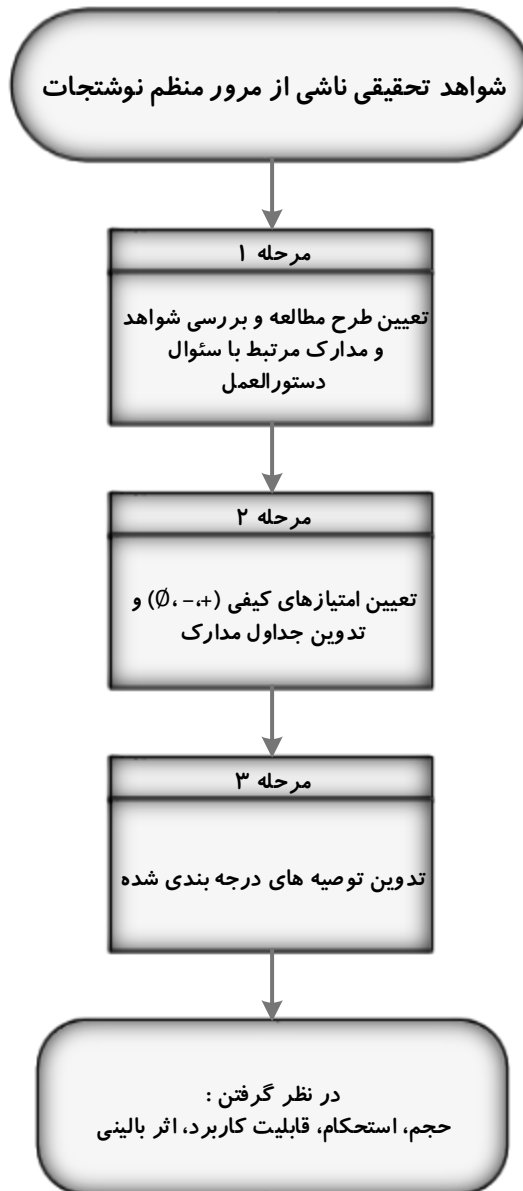
در روند ارزیابی سه مرحله باید طی شوند:

۱) بررسی شواهد مرتبط با سئوالات دستورالعمل:



- a. تعیین طرح مطالعاتی به ازای هر مطالعه (مثلاً آزمون کنترل شده اتفاقی، مطالعه کوهورت، مرور سیستماتیک، غیره)
- b. ارزیابی دقیق مطالعات منفرد با استفاده از چک لیستهای مربوط برای یک طرح مطالعاتی خاص
- ۲) امتیازدهی کیفی (+، 0، -) برای هر مطالعه و تدوین جداول مدارک برای کل شواهد
- ۳) بسط و تدوین توصیه‌های درجه بندی شده از کل شواهد براساس حجم، ربط بالینی، قابلیت کاربرد و استحکام.

کل ۲) مراحل ارزیابی و بکارگیری شواهد علمی<sup>[۱]</sup>





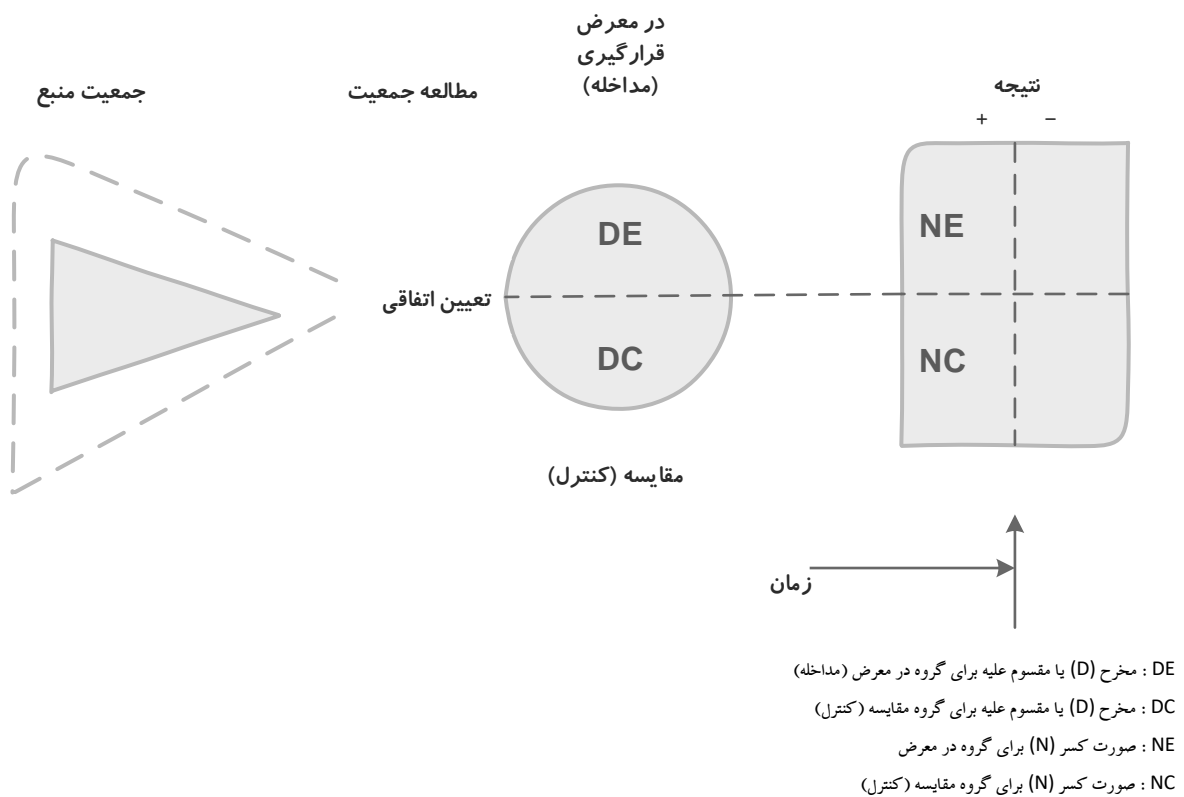
در هر مطالعه تحقیق اولیه یا مرور سیستماتیک، جدای از طرح و ساختار آن، این مطالعه را می‌توان به بخشهای زیر تقسیم نمود.

- مشارکت کنندگان ، - گروه در معرض (مثلاً در معرض مداخله) ،
  - گروه مقایسه ، - تبعات/نتایج ، - چهارچوب زمانی
- این ۵ مرحله به زبان انگلیسی عبارتند از :

Participants , Exposure group , Comparison group, Out comes, Time frame

که مخفف آن PECOT است. در شکل ۳ خلاصه‌ای از این پنج مرحله آورده شده است.

شکل ۳ ( دیاگرام PECOT پنج قسمتی : طرح ژنریک و عمومی تمام مطالعات اپیدمیولوژیک<sup>[۱]</sup>)



برای ارزیابی دقیق باید نوع مطالعه مشخص شود. کلاً ۵ نوع مطالعه برای تدوین دستورالعمل استفاده می‌شود :

#### ۱) آزمونهای کنترل شده اتفاقی (RCT) Random Controlled trials

مطالعاتی تجربی هستند که در آنها مشارکت کنندگان بصورت اتفاقی در معرض قرار گرفته یا برای مداخله مقایسه‌ای تعیین می‌شوند. نتایج معمولاً در یک دوره زمانی اندازه گیری می‌شوند. معمولاً در این نوع مطالعه، بصورت طولی بروز را بررسی می‌کنند اما نتایج را می‌توان بصورت مقطعی بررسی کرد (مثل بررسی شیوع). مطالعات غربال اثر تست غربال را بر تبعات وابسته- با - سلامت بررسی می‌کنند و این نوع مطالعات معمولاً



RCT هستند چرا که تعیین آزمون بصورت اتفاقی انجام می‌شود ولی برخی مواقع این مطالعات، از نوع مطالعات کوهورت هستند به شرط آنکه تست بجای ثابت و معین شدن توسط محقق تعیین گردد.

### ۲) مطالعات کوهورت Cohort Studies

اگر مشارکت کنندگان براساس اندازه گیری فاکتورها (بجای تعیین اتفاقی آنها) در گروههای کنترل (مقایسه) یا در معرض، قرار گیرند، این نوع مطالعه تجربی نخواهد بود. معمولاً این مطالعات را مطالعات مشاهده می‌نامند (گرچه در تمام مطالعات، نتایج را مشاهده می‌کنیم - چه مطالعات تجربی و چه غیر تجربی - ولی واژه غیر تجربی در قیاس با مشاهده‌ای بهتر می‌باشد). مطالعه کوهورت را می‌توان نسخه غیر تجربی RCT دانست که در آن گروههای کنترل و در معرض، براساس اندازه گیری این عوامل در مطالعه مشارکت کنندگان تعیین شده و نتایج در یک دوره پیگیری اندازه گیری می‌شوند. مطالعات کوهورت در واقع مطالعات طولی غیر-تجربی هستند.

### ۳) مطالعات کنترل-مورد Case- Control studies

در دل مطالعه کوهورت لانه دارند و می‌توان آنها را نسخه موثر مطالعه کوهورت تلقی کرد.

### ۴) مطالعات پیش بینی و اثرات آتی Prognostic

مطالعات کوهورتی هستند که هدف آنها بررسی و تفحص این است که در معرض قرارگیری به چه خوبی می‌تواند وقوع نتایج را پیش بینی کند.

### ۵) مطالعات برش یا مقطع عرضی Cross-sectional studies

از نظر طرح مثل مطالعه کوهورت هستند با این تفاوت که نتایج در یک نقطه زمانی اندازه گیری می‌شوند: معمولاً در زمانی که گروههای جمعیتی مقایسه‌ای و در معرض تعریف شده باشند. مطالعات آزمون تشخیصی مطالعات مقطع عرضی هستند که دقت و درستی یک آزمون تشخیصی را با استاندارد مرجع قیاس می‌کنند. به مجرد تعیین نوع مطالعه، بررسی کننده می‌تواند چک لیست مناسب را برای ارزیابی دقیق انتخاب کند. مطالعات مختلف به روشهای ارزیابی و بررسی متفاوتی نیازمندند. هر چک لیست حاوی سه بخش اصلی است:

۱) اعتبار مطالعه (گامهای برداشته شده برای کاهش تورش یا سوگیری)

۲) نتایج مطالعه (مقدار اثر و رقم دقت)

۳) ربط مطالعه (شامل کاربردی بودن و قابلیت عمومیت یافتن)

### جدول ۴) سوالات مختلف برای طرحهای مطالعاتی مختلف<sup>[۱]</sup>

سوال باینی	مناسب ترین طرح مطالعاتی	نتایج
تشخیص	مقطع عرضی، کوهورت	حساسیت، ویژگی، نسبتهای احتمالی، تعداد مورد نیاز برای تست
درمان مشکلات	RCT یا کوهورت یا کنترل مورد	بیماران مورد انتظار، نرخ وقایع
مرور سیستماتیک یا وهله‌های کنترل شده اتفاقی	کاهش مطلق خطر؛ تعداد مورد نیاز برای درمان	تعداد مورد نیاز که صدمه دیده و مشکل دارند



## رتبه بندی کیفی و تدوین جداول شواهد<sup>[۱]</sup>

به مجرد تعیین چهارچوب و طرح مطالعاتی و ارزیابی مطالعه با استفاده از چک لیستهای مربوطه می‌توان برای هر بخش امتیاز کیفی مشخص کرد. سه دسته بندی کیفی وجود دارد:

- **مثبت (+)** یعنی مطالعه قوی که در آن تمام یا اکثر معیارهای معتبر رعایت شده‌اند.
- **منفی (-)** یعنی مطالعه ضعیف که در آن اندکی از معیارهای معتبر رعایت شده‌اند و موارد مخاطره‌ای بالا یا تورش بالا در آن دیده می‌شود.
- **خنثی (Ø)** یعنی مطالعه‌ای که تمام معیارها در آن رعایت نشده‌اند ولی بنظر می‌آید که نتایج مطالعه تحت تأثیر این مسئله قرار نگرفته‌اند.

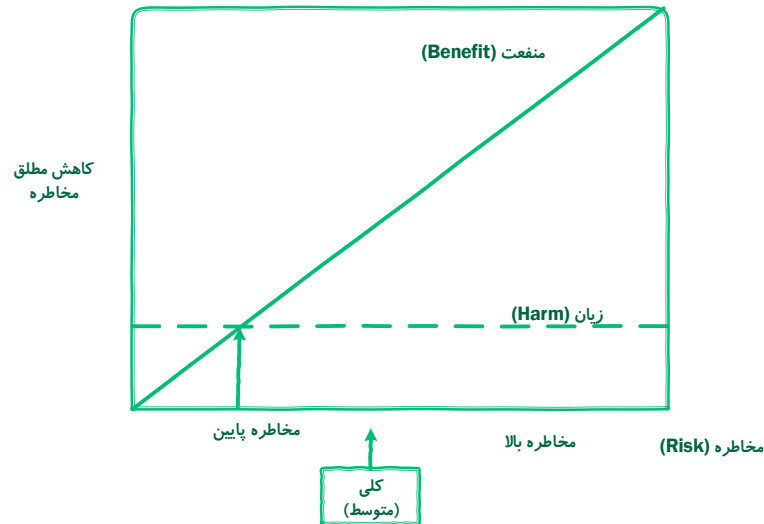
در بررسی کیفی باید مطالعاتی که از نظر کیفی ضعیف یا قوی هستند را بشناسیم. امتیاز کیفی باید توسط ۲ یا چند بررسی کننده مستقل تعیین شود و اگر اختلاف نظری وجود دارد بصورت اجماع حل شود. اگر اختلاف بسیار زیاد باشد تمام گروه تدوینگر دستورالعمل باید پا به میدان گذارده پس از مباحثات و رایزنی‌های مختلف امتیاز کیفی نهایی تعیین شود. گرچه این روش وقت گیر است ولی با فرآیند اجماع و تشریح افکار، تورش یا سوگیری کم می‌شود.

## تدوین توصیه‌های درجه بندی شده براساس شواهد و مدارک<sup>[۱]</sup>

گروه تدوین دستورالعمل باید براساس کل شواهد موجود توصیه‌هایش را ارائه نماید. منظور از «کل شواهد موجود» یعنی مجموع تمام مطالعات منفرد و درجه بندی کیفی هر مطالعه. در این راستا باید کل شواهد بررسی گردند. این کار وزن بهتری ایجاد می‌کند. شاید این بخش دشوارترین قسمت کار باشد چرا که انجام آن به قضاوت براساس تجربه و آگاهی از شواهد و اشراف بر شیوه‌های انجام این کار نیاز دارد. در روند توصیه پردازی یا ارائه توصیه موضوعات زیر مستتر است:

- **کمیت و سازگاری:** در این راستا گروه تدوینگر نه تنها باید تعداد مطالعات را در نظر بگیرد بلکه باید تعداد مشارکت کنندگان مطالعه شده در روند تدوین توصیه را نیز مد نظر داشته باشد. اگر یافته‌ها در تمام مطالعات سازگاری بهتری داشتند اطمینان از نتایج بیشتر می‌شود.
- **کاربردی بودن:** توصیه‌ها باید براساس بهترین شواهدی استوار باشند که در آن مجموعه استفاده شده و بکار گرفته شده‌اند.
- **تأثیر بالینی:** موضوع مهم این است که آیا حسن و منفعت ناشی از مداخله آنقدر عمده و بزرگ است که از توصیه‌های ارائه شده در روند عمل و فعالیت حمایت کند یا خیر؟ این مسئله به موارد زیر وابسته است: مقدار و بزرگی‌اش در قیاس با حالتی که مداخله انجام نمی‌شود، تداوم یا دیرش یا طول مدت درمان مورد نیاز برای رسیدن به آن اثر، موازنه بین مخاطره و منفعت، هزینه.

شکل ۵) روش مخاطره-منفعت مورد استفاده در شواهد مربوط به یک بیمار (براساس مدل Tijssen, Lubsen, ۱۹۹۸).<sup>[۱]</sup>



درجه توصیه‌ها با توجه به عوامل زیر معین می‌شود:

- طرح و کیفیت مطالعات منفرد که می‌توانند به سئوالات مطرح شده پاسخ دهند.
- کمیت، سازگاری، کاربردی بودن و اثر بالینی کل و بدنه شواهد
- اجماع گروه تدوینگر دستورالعمل

عناصر اصلی در قضاوت صحیح عبارتند از:

- حجم شواهد
- کاربردی بودن و قابلیت عمومیت یافتن
- سازگاری
- اثر بالینی
- بیان شواهد
- توصیه‌ها
- عوامل دیگر (مثل قوت شواهد)

### ترازنامه<sup>[۱]</sup>

ترازنامه عبارتست از طرح موضوعات مربوط به عمده هزینه‌ها و سودهای سلامت/بهداشت در یک برنامه مراقبت بهداشتی یا مداخله‌ای. به این روش می‌توان «دستورالعمل صریح و روشن مدرک-مدار» را از «دستورالعمل مدرک-مدار» بازشناخت. ترازنامه یک تحلیل اقتصادی کامل نیست. در آن تمام صورت هزینه‌ها یا سودهای مشتری و تغییرات رخ داده در طول زمان نمی‌آید. در برخی موارد باید از مدل تحلیلی تصمیم‌گیری زمینه (background decision analytic model) یا مدل مارکوف استفاده کرد و به کمک آن ترازنامه را تدوین نمود. البته این روش پیچیده است و باید حتی المقدور از آن صرف نظر کرد.





شکل ۶) مقایسه تحلیل اقتصادی کامل با ترازنامه<sup>[۱]</sup>

ترازنامه	تحلیل اقتصادی	موضوع
بله	بله	آیا هزینه‌های مالی و صرفه جوئیهای بالقوه را نشان می‌دهد؟
بصورت ایده‌آل بله	بله	آیا بسیاری از دورنماهای مربوط به بودجه را نشان می‌دهد؟
تا حدودی	بله	آیا می‌توان برای مقایسه بسیاری از حوزه‌های درمانی بکار بست؟
تا حدی	تا حدی	آیا به مدل نیاز دارد؟
خیر	بله	آیا بطور معمول هزینه را به نتایج مربوط می‌کند؟
خیر	روش تحلیل هزینه کاربری (CUA) <sup>[۱]</sup> این کار را می‌کند.	آیا تغییر ارزشها در کیفیت زندگی را نشان می‌دهد؟

1-Cost-utility Analysis

یک ترازنامه خوب می‌تواند ارزش بالینی را نشان دهد. ترازنامه مشخص می‌کند که هزینه‌ها برای چه چیزی پرداخت شده و چه کسی، چه مقداری را برای چه پرداخت نموده است. به این ترتیب خرید کنندگان، مشتریان و تجویز کنندگان ارزش تغییرات هزینه‌های غربال، تشخیص و مداخله مطلع می‌گردند. در عین حال ترازنامه قابلیت عملکردی شدن دستورالعمل را مشخص می‌سازد: مثلاً مداخله‌ای که بسیار پرهزینه باشد عملی نخواهد بود و در واقع استفاده نادرست از منابع می‌باشد. در کل هدف از ترازنامه این است:

خلاصه کردن جنبه‌های اقتصادی منافع و مضرات مداخله برای خریداران، ارائه دهندگان و مشتریان و مراقبین و مشخص نمودن موانع اقتصادی موجود در سر راه اجرا.

قبل از تدوین ترازنامه باید به سؤالات زیر توجه شود:

- هدف از این ترازنامه چیست؟
- ترازنامه باید برای چه کسی تدوین شود؟ (اجتماع، سیستم مراقبت بهداشت،...)
- آیا افق و بازه زمانی مطرح است؟ (یکسال، ۵ سال،...)
- چه داده‌هایی در مورد شیوع و بروز در دست هستند؟
- آیا به نتایج خام نیاز است یا به یک مدل؟
- چه داده‌هایی در مورد کیفیت زندگی وجود دارند؟
- چه داده‌هایی در مورد کیفیت مدیریت بالینی وجود دارد؟
- چه داده‌هایی در مورد هزینه‌های اصلی در دست است؟

اگر منابع داده‌ای ناکافی باشند یا داده‌های اصلی و کلیدی وجود نداشته باشند نوشتن ترازنامه عملی نمی‌شود. روند تدوین ترازنامه بدین شکل است:

- تصمیم در مورد اینکه آیا تدوین ترازنامه اهمیت دارد یا خیر؟
- چه افراد یا گروه‌های تخصصی و مدیریتی به نتایج آن علاقمند هستند؟
- آیا اطلاعات کافی یا کیفیت مناسب در دست هستند که براساس آن بتوان نتیجه‌ای درست و حاوی اطلاعات مفید و غیر گمراه کننده بدست آورد؟
- چه مقدار زمان می‌برد؟



- چه منابعی برای انجام این کار در اختیار هستند؟

### دسته بندی دستورالعمل‌ها<sup>[5]</sup>

اتاق تهاتر دستورالعمل ملی آمریکا (National guideline clearing house) در سال ۲۰۱۰ اقسام دستورالعمل‌ها و راهبردها را به بخشهای زیر تقسیم نموده است :

- ۱) **بررسی اثربخشی درمانی (Assessment of therapeutic effectiveness)** : دستورالعمل یا راهبردی است که یک ارزیابی واضح و مناسب از اثربخشی روشهای درمانی در اختیار می‌گذارد. اثر بخشی یعنی اندازه‌گیری مزایای اندازه‌گیری شده از مداخله در مورد یک مشکل سلامتی مفروض در متوسط یا معدل شرایط مورد استفاده. در این نوع اندازه‌گیری هم تأثیر سودمندی مداخله و هم پذیرش آن توسط آنانی که این روش به آنان ارائه گردیده، بررسی می‌شود. به این ترتیب به این سؤال پاسخ می‌گوییم : آیا این روش به مردمی که به ایشان ارائه گردیده سود بیشتری می‌رساند یا ضرر؟
- ۲) **مشاوره (Counselling)** : دستورالعملی مشتمل بر توصیه‌هایی برای مداخله که البته رهنمودها و مشورتها توسط متخصصین آگاه به بیمار ارائه می‌گردند. مشورت یا راهنمایی می‌تواند شامل حمایت‌های آموزشی یا روانشناختی باشد.
- ۳) **تشخیص (Diagnosis)** : دستورالعملی برای ارائه توصیه‌های مداخله‌ای که ماهیت بیماری را مشخص ساخته یا یک بیماری را از دیگری متمایز می‌کند. بررسی‌ها به شیوه معاینه فیزیکی، تستهای آزمایشگاهی و چیزهایی از این دست انجام می‌شوند و گاه توسط برنامه‌های کامپیوتری طراحی شده برای روند تصمیم‌سازی، کمک می‌شوند.
- ۴) **ارزیابی (Evaluation)** : دستورالعملی که در برگیرنده یک و یا دو فعالیت بالینی زیر است : (i) بررسی اولیه شامل گردآوری اطلاعات از طریق مصاحبه، مشاهده، معاینه و بکارگیری تستهای خاص که اجازه برآورد یک حالت خاص را در بیمار می‌دهند. این بررسی توسط پزشک، متخصصین مراقبت بهداشتی (مثل ادیولوژیست) و پرستار انجام می‌شود. (ii) پیگیری پس از مداخله (مثلاً ارزیابی درمان) و مطالعاتی که اثر بخشی یا ارزش فرآیندها، پرسنل و تجهیزات را تعیین می‌کنند.
- ۵) **مدیریت (Management)** : دستورالعملی که به انسجام بین تشخیص، درمان، پایش یا پیگیری نظر دارد.
- ۶) **پیشگیری (Prevention)** : دستورالعملی که توصیه‌هایی را برای جلوگیری از بیماری یا اختلالات دماغی در افراد حساس ارائه می‌نماید. این کار را از طرق ترغیب سلامت/بهداشت (شامل سلامت دماغی) و حفاظت خاص (مثل مایه کوبی) و همینطور ممانعت از اثرات بعدی یا تداخلات بیماری موجود (مثلاً پیچیدگی‌ها و عواقب افت شنوایی یا مرض قند) به انجام می‌رسانند.
- ۷) **توانبخشی (Rehabilitation)** : دستورالعملی که توصیه‌هایی را برای مداخله ارائه می‌نماید به این منظور که تا حد اکثر مقدار ممکنه ترمیم انجام شده و عملکرد به حالت طبیعی باز گردد البته در فرد یا افرادی که از بیمار یا ضایعه در رنجند.
- ۸) **بررسی مخاطره (Risk Assessment)** : دستورالعملی است که توصیه‌هایی را برای تخمین کمی و کیفی احتمال آثار منفی ناشی از در معرض قرارگیری در مقابل عامل صدمه رسان خاص، ارائه می‌نماید.
- ۹) **غربال (Screening)** : دستورالعملی است که توصیه انجام مداخلاتی را برای کشف سریع یک بیماری در افراد بظاهر طبیعی می‌دهد تا بتوان به صورت و به طور زودهنگام قبل از ظهور بیماری یا عوارض آن، مراقبت‌های بهداشتی را ارائه داد.



۱۰) **بررسی فناوری (Technology Assessment)**: دستورالعملی است که در باب کاربرد یک فناوری مفروض برای یک مصرف خاص بررسی/ارزیابی/بازبینی است و آن را با سایر فناوریهای کاربردی در درمان یا تشخیص همان حالت مقایسه می‌نماید.

۱۱) **درمان (Treatment)**: دستورالعملی است که رویکردها یا عملیاتی را برای خلاصی از بیماری یا صدمه جسمی یا دماغی ارائه می‌کند.

### چرا به دستورالعمل جدید نیاز داریم؟<sup>[۸]</sup>

دلایل مختلفی برای تدوین دستورالعمل یا به روزآوری یا تدارک دستورالعمل جدید ذکر شده است. از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

- a. یکپارچگی عملیات
  - b. جلوگیری از خودگردانی و خود مختاری تخصصی و حرفه‌ای
  - c. ایجاد الزام اجرایی
  - d. حمایت و پشتیبانی از سیاست‌ها و سیاست‌گذارها
  - e. حمایت از پرداختها جبرانی و پوششی
  - f. ارتقای عملیات
  - g. ایجاد بستری برای ممیزی از طریق تدارک سنجها و استانداردها
- در عین حال سؤال این است که چه کسی عملیات را تعیین می‌نماید. بسته به شرایط بخشهای زیر در این کار دخیل می‌شوند:

i) دولت؛ ii) انجمن‌های حرفه‌ای/تخصصی؛ iii) انجمن‌های؛ iv) سازمانها؛ v) مراکز تخصص و تعیین استاندارد و هنجار

در این راستا وظیفه دولت تدوین احکام قانونی (چه باید کرد؟)، قواعد و دستورات (چطور باید آن کارها انجام شوند؟)، رویه‌های تدبیری و خط مشیهای سیاسی (بیانیه‌ها یا تفاسیر) می‌باشد. این مهم در قالب احکام، دستورات، لوایح و توصیه‌ها و بخش‌نامه‌ها ظهور می‌یابند. در کشوری مثل آمریکا قوانین بصورت ایالتی یا فدرال عرضه می‌شوند؛ مثلاً قوانین ایالتی به شکل پروانه، گزارشات EHQ، غربال شنوایی در مقاطع مختلف و آموزش نمود می‌یابد و قوانین فدرال مثلاً به شکل مصوبه و لایحه قانونی آموزشی معلولین (بخش C و B) دیده می‌شوند.

در ایران قوانین مختلفی در این زمینه دیده می‌شود از جمله:

- ۱) قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (۱۳۸۳/۳/۱۶)
- ۲) قانون تصویب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (۱۳۸۷/۹/۱۳)
- ۳) سیاست ملی پیشگیری از ناشنوایی در ایرانیان (نیمه دوم ۱۳۹۲ لغایت پایان ۱۳۹۴)
- ۴) مجموعه قوانین ایثارگران (مصوب شده در تاریخهای مختلف از ۱۳۶۲ به بعد)

در سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران می‌توان قوانین و مقررات را جستجو نمود.



در آمریکا سازمانهای تخصصی/حرفه‌ای مختلفی در حوزه شنوایی فعالند که برخی از آنها عبارتند از: آکادمی ادیولوژی آمریکا (AAA)؛ سازمان شنوایی و گفتار آمریکا (ASHA)؛ سازمان ادیولوژی آموزشی (EAA). هر یک از آنها در حوزه‌های خاصی فعالند مثلاً AAA فعالیتها و دستورالعملهایی در زمینه «اخلاق کاری» به «شیوه فعالیت» و غیره دارد یا سازمانی مثل ASHA در زمینه الگوهای کاری و فعالیتی فرآیندهای ارتقای دانش و مهارت و اصول اخلاقی فعالیتهایی داشته و مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها، بیانیه‌های موقعیتی، گزارشات فنی، استانداردها و سنجها و شاخص‌های کیفی را ارائه نماید.

در ایران سازمانها و ارگانهای زیر در این حوزه درگیرند و جزء ذینفعان برنامه‌های پیشگیری از ناشنوایی محسوب می‌شوند:<sup>[۹]</sup>

وزارت بهداشت/درمان/آموزش پزشکی (معاونت درمان، معاونت بهداشت)، وزارت رفاه (سازمان بهزیستی کشور)، وزارت آموزش و پرورش (اداره سلامت)، انجمن ملی شنوایی شناسان ایران، انجمن علمی جراحان گوش/گلو/بینی و سروگردن ایران، انجمن خانواده ناشنوایان، در سازمانی مثل ASHA هرم عملیاتی بدین شکل است:<sup>[۸]</sup>





یک دستورالعمل باید بطور کامل قابل دسترس ( از طریق‌های مختلف)، سازگار و اثر بخش باشد و براساس اجماع و تفکر جمعی حاصل آید. ما می‌توانیم از یک دستورالعمل به عناوین مختلفی استفاده کنیم از جمله:<sup>[۸]</sup>

سیاست	آموزش	اثبات	نحوه بکارگیری وسیله نفوذ	ارتقای عملیات	پایش کیفی
Policy	Education	Justification	Leverage	Improve practice	Monitoring quality

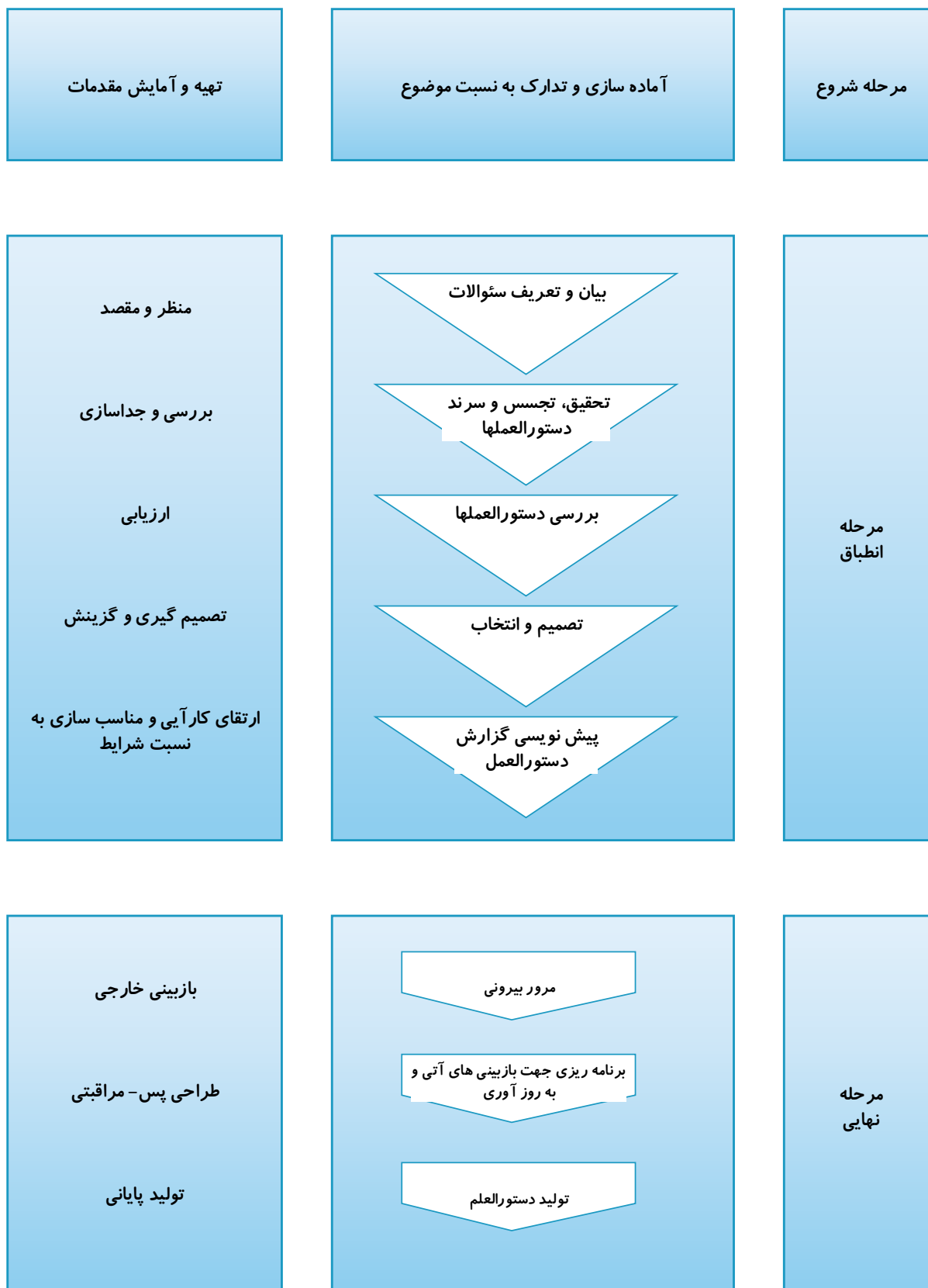
### جمع بندی

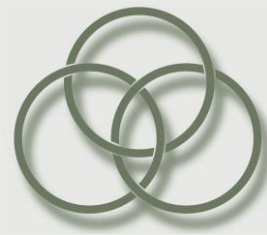
آنچه که در اینجا برای تدوین، طراحی و بسط دستورالعمل و نکات راهبری پیشنهاد می‌شود در سه مرحله زیر بیان می‌گردد:

مرحله اول: فاز تنظیم و استقرار	مرحله دوم: فاز انطباق و مناسب سازی	مرحله سوم: فاز نهایی شدن
<ul style="list-style-type: none"> <li>بخش آماده سازی و تدارک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بخش دیده‌بانی، رویت و هدف گذاری</li> <li>بخش تجسس و سرند</li> <li>بخش بررسی</li> <li>بخش تنظیم و انتخاب</li> <li>بخش افزایش کارایی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بخش مرور خارجی و قدردانی</li> <li>بخش برنامه‌ریزی پس - مراقبت</li> <li>بخش تولید نهایی</li> </ul>



خلاصه مراحل تدوین دستورالعمل





بدینوسیله از همکاری بی دریغ و صمیمانه **موسسه مطالعات شنوایی ایلیا**  
**فتوح** بویژه جناب آقای فرزاد رحیمی بعنوان مدیر عامل موسسه و خانم  
فرزانه فدایی بعنوان رئیس هیئت مدیره که در مراحل مختلف گردآوری و  
تدوین این مجموعه همواره در کنار ما بوده و از هیچ تلاشی دریغ ننموده اند  
کمال تشکر و قدردانی می گردد.





مراجع:

- ۱- Hand book for the preparation of cap licit evidence-based guidelines, new Zealand guidelines group; 2001
- ۲- Peleg M., Tu S.W.; design pattern for clinical guidelines; 2010
- ۳- Nat hwani D.; from evidence-based guideline methodology to quality of care standards; Journal of antimicrobial chemotherapy, 51, 1103-1107, 2003
- ۴- Eccles M.P., grim Shaw J.M.; selecting, presenting and delivering clinical guideline: are there any magic bullets; Adopting best evidence in practice; MJA, Vol. 180, 2004
- ۵- Can-IMPLEMENT Toolkit; V 1.0; Canadian partnership, queen's university; 2010
- ۶- National Health Medical Research council (N H M R C); A guide to the development, Implementation and evaluation of clinical practice guidelines; Canberra: common wealth of Australia, 1998
- ۷- Grol R., Dalhuijsen J., Thomas S., Veld C., Rutlen G., Morkink H.; Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study; BMJ, 317 (7162): 828-61, 1998
- ۸- Olsen L.E.; Ariena pediatric audiology guidelines; the ear Foundation of Arizona, 2000
- ۹- سیاست ملی پیشگیری از ناشنوایی در ایران؛ مرکز تحقیقات گوش، گلو، بینی و سرو گردن (قطب علمی)؛ با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت و مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر وزارت بهداشت؛ دوره زمانی نیمه دوم ۱۳۹۲ تا پایان ۱۳۹۴
- ۱۰- Manual for guideline adaptation; version 1.0; ADAPTE collaboration, 2007