



بومی سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل از بیماران سالمند مبتلا به سگته مغزی: پروتکل مطالعه

نویسندگان:

ماهرخ کشوری^۱، سیمین صفیری^۲، طیبه کریمی^۳، مریم السادات هاشمی^{۴*}

۱-دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲-کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، بیمارستان امین، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Health Promotion Special Issue, Vol.1, Fall & Winter 2024

چکیده:

مقدمه: راهنمای بالینی مراقبت در منزل از بیماران سالمند مبتلا به سگته مغزی، حلقه مفقود شده ای در ارائه خدمات مراقبت در منزل در ایران است که می تواند نقش مهمی در ارتقا سلامت و بازتوانی بیماران مبتلا به سگته مغزی داشته باشد. این در حالی است که تدوین راهنمای بالینی در ایران، بسیار دشوار خواهد بود و با بومی سازی راهنماهای بالینی موجود می توان، از دوباره کاری پیشگیری و در مصرف منابع موجود صرفه جویی نمود. لذا این مطالعه با هدف "بومی سازی راهنمای بالینی جهت مراقبت در منزل از بیماران سالمند مبتلا به سگته مغزی" انجام می گردد.

روش کار: پژوهش حاضر، شامل سه گام؛ آمادگی، بومی سازی و نهایی سازی است. مرحله اول (آمادگی) شامل ۵ گام (بررسی قابلیت انجام فرآیند بومی سازی، تشکیل کمیته اجرایی، انتخاب عنوان راهنما، شناخت و تعیین منابع، امکانات و مهارت های لازم و نوشتن برنامه فرآیند بومی سازی)، مرحله دوم (بومی سازی) شامل ۵ گام (تنظیم سؤالات، جستجوی راهنماها و شواهد مرتبط دیگر، غربالگری راهنماهای پیدا شده و محدود کردن آن ها، بازنگری ارزیابی ها و انتخاب راهنماها و تهیه پیش نویس راهنمای بالینی بومی شده) و مرحله سوم (نهایی سازی) شامل ۲ گام (بازنگری خارجی توسط کاربرهای هدف و تدوین راهنمای نهایی با اجماع نظر متخصصان و استفاده از تکنیک RAM) است.

بحث: جهت بومی سازی راهنماهای بالینی، باید ابتدا با کلید واژه های مناسب، راهنماهای بالینی مشابه را بررسی و بهترین راهنماها را انتخاب نمودند. سپس، با استفاده از نظرات افراد صاحب نظر و ذی نفعان، بر اساس شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و امکانات موجود، باید راهنماهای بالینی را بازنگری نمودند تا در کشور، قابلیت اجرا داشته باشند.

Health Promotion Special Issue, Vol.1:173-183

واژگان کلیدی: راهنمای بالینی، مراقبت در منزل، سالمند، سگته مغزی

مقدمه

نفر در دنیا، بر اثر سگته مغزی جان خود را از دست می دهند (۲). گزارش ها گویای آن هستند که بروز سگته حاد مغزی در ایران، حدود ۳۷۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است و توجه به این نکته

سگته مغزی به عنوان شایع ترین اختلال ناتوان کننده مغز و اعصاب در بین بزرگسالان می باشد (۱). بر اساس آخرین آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲)، سالانه شش و نیم میلیون

* نویسنده مسئول، نشانی: استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: maryamhashemi956@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۳۴۱۱۸۹۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰

بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و اقامت در منزل، بسیار مهم و ضروری می‌باشد.

راهنماهای عملکرد بالینی، نقش اساسی در نحوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌نمایند و شامل توصیه‌هایی هستند که به‌وسیله مرور سیستمیک، شواهد و ارزیابی مزایا و مضرات گزینه‌های مختلف درمان، به منظور بهینه‌سازی مراقبت از بیماران تدوین می‌گردند (۱۵، ۱۶). راهنماهای عملکرد بالینی به‌عنوان ابزاری ضروری، برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، با ارتقاء استراتژی‌های مدیریت بیماری مبتنی بر شواهد قوی، ارتقای پیامدهای بیماری، کاهش هزینه‌های درمانی (۱۷)، کاهش به کارگیری رویکردهای ضعیف علمی، کاهش خطر خطاهای پزشکی و ایجاد هماهنگی در ارائه فرآیندهای مراقبت تدوین و به کار گرفته می‌شوند (۱۸). استفاده از راهنماهای بالینی، سبب ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت بالا می‌گردد (۱۳).

علی‌رغم فواید زیاد طراحی راهنماهای بالینی، تدوین آن‌ها بسیار زمان‌بر و هزینه‌بر است. لذا بومی‌سازی راهنماهای بالینی با کیفیت بالا، جهت کاربرد منطقه‌ای آن‌ها، به‌عنوان یک ابزار کارآمد قابل‌قبول و قابل‌اجرای مراقبت‌های مبتنی بر شواهد می‌باشد (۱۹). بومی‌سازی راهنماهای بالینی موجود، منجر به پیشگیری از دوباره‌کاری، صرفه‌جویی در مصرف منابع و افزایش کارایی راهنماها می‌شود (۲۰، ۲۱). بررسی‌های پژوهشگر نشان داد که هیچ‌گونه راهنمای بالینی در زمینه مراقبت در منزل از بیماران سالمند ترخیص شده مبتلا به سکته مغزی در کشور ایران طراحی نشده است؛ لذا این مطالعه باهدف طراحی راهنمای بالینی مراقبت در منزل از بیماران سالمند ترخیص شده مبتلا به سکته مغزی جهت پرستاران انجام می‌شود.

روش کار

پژوهش حاضر، بر اساس مراحل بومی سازی راهنماهای بالینی ارائه شده توسط شبکه بین‌المللی راهنماهای بالینی انجام خواهد گرفت. این شبکه، مجموعه‌ای بین‌المللی متشکل از پژوهشگران، مجریان و طراحان راهنماهای بالینی است که هدف آن، ترویج توسعه و استفاده از راهنماهای بالینی از طریق بومی سازی راهنماهای موجود است. فرآیند بومی سازی، یک رویکرد سیستماتیک و انعطاف‌پذیر است که با توجه به نیازها، اولویت‌ها، قوانین، سیاست‌ها و منابع دردسترس، اقدام به بومی سازی راهنماهای بالینی، متناسب با فرهنگ و زمینه خاص می‌کند. فرآیند بومی سازی، برای پاسخگویی به نیازهای گروه‌های مختلف، از جمله تدوین کنندگان راهنمای بالینی، ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامتی، گروه‌های هدف و سیاست‌گذاران در سطح محلی، ملی و بین‌المللی است. گزارشات شفاف و صریح از فرآیند

ضروری است که خطر سکته مغزی، با افزایش سن افزایش می‌یابد و احتمال آن در هر دهه بعد از ۵۵ سالگی دو برابر می‌شود و ۶۵٪ سکنه‌ها در سالمندان بالای ۶۵ سال رخ می‌دهد (۳).

در بیشتر مواقع، توانایی راه رفتن به دنبال سکته مغزی به دلیل ضعف عضلانی، اسپاسیته، تون غیرعادی عضلانی، به خطر افتادن کنترل حسی حرکتی، نداشتن عملکردهای شناختی و نیز کاهش دامنه حرکتی، دچار اختلال می‌شود (۴). سکته مغزی باعث کاهش تحرک بیش از نیمی از نجات‌یافتگان از این بیماری در سن ۶۵ سال و بالاتر می‌شود. بیش از ۸۰٪ بازماندگان سکته مغزی، اختلال در عملکرد حرکتی به‌ویژه در اندام فوقانی را تجربه می‌کنند که در این بین، ۲۳ تا ۵۳ درصد از بیماران، وابستگی کامل یا ناقص در فعالیت‌های روزمره زندگی دارند (۵). در ضمن نقایص حسی، سبب کاهش حرکات اندام فوقانی، ضعف در انجام حرکات شده و می‌توانند منجر به کاهش سطح فعالیت در سمت مبتلا و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی بیماران شوند اما بندرت در برنامه‌های توان‌بخشی بیماران سکته مغزی مورد توجه قرار می‌گیرند (۶). از طرفی، مشکلات شناختی از جمله مشکلات رایج در سکته مغزی می‌باشند و منجر به افت عملکرد در مبتلایان (۷) و بروز افسردگی در این بیماران می‌گردد (۸). احساس محدودیت فیزیکی و اجتماعی، موجب کاهش سلامت روان بیماران بعد از سکته شده و آن‌ها را در معرض خطرات جدی قرار می‌دهد (۹). علاوه بر این، این بیماران، طیف وسیعی از عوارض از جمله آسپیراسیون غذا، پنومونی، دیسفاژی و سوتغذیه را تجربه می‌کنند و نیاز به بازتوانی دارند (۱۰).

طبق گزارشات و مطالعات انجام شده، بخش قابل توجهی از مبتلایان به سکته مغزی، از بیمارستان ترخیص و برای مراقبت دراز مدت به منزل می‌روند (۱۱-۱۳). نتایج مطالعه فراهانی و همکاران (۲۰۲۰) بیانگر این نکته است که در ایران، سرویسی جهت ارائه خدمات مراقبت در منزل در بیماران مبتلا به سکته مغزی وجود ندارد و مراقبین بیماران در منزل نیازهای این بیماران سردرگم هستند. درک نیازهای مراقبین بیماران سکته مغزی سالمند توسط تیم درمان، برگزاری جلسات آموزشی خانواده محور در زمان پذیرش، آموزش مراقبین در مورد نحوه مراقبت از بیماران سالمند و نحوه رفع نیازهای آن‌ها در مرحله پس از ترخیص و توانبخشی، همچنین ارائه آموزش در مورد شرایط بیمار مسن، شیوه مصرف داروها و درمان‌های موجود می‌تواند به کاهش نیازهای مراقبین کمک کند (۱۴). از طرفی، نبود سرویس‌ها و راهنماهای بالینی در زمینه مراقبت در منزل این بیماران، میزان بستری مجدد این بیماران، به دلیل عوارض ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد (۱۴). لذا به منظور ارتقا کیفیت زندگی این بیماران، طراحی راهنمای بالینی جهت ارتقا کیفیت مراقبت از این

بومی سازی، کیفیت و اعتبار راهنمای بالینی بومی را افزایش خواهد داد.
فرایند بومی سازی راهنماهای بالینی طبق این الگو به شرح زیر می باشد:

مرحله اول: آمادگی
مرحله دوم: بومی سازی راهنمای بالینی
مرحله سوم: نهایی سازی راهنمای بالینی تدوین شده (تصویر شماره ۱)

آمادگی	بومی سازی	نهایی سازی
۱. بررسی قابلیت اجرایی فرآیند بومی سازی راهنمای بالینی ۲. تشکیل کمیته اجرایی ۳. انتخاب عنوان راهنمای بالینی ۴. بررسی و تعیین امکانات، منابع و مهارت های لازم ۵. نوشتن برنامه فرآیند بومی سازی	۱. تنظیم سوالات پژوهش ۲. جستجوی راهنماهای بالینی و شواهد موجود - الف) مرور متون مرتبط با موضوع ب) نیازسنجی (انجام مطالعه کیفی) ۳. ارزیابی راهنماهای بالینی شناسایی شده ۴. بازنگری ارزیابی ها و انتخاب راهنماهای بالینی مناسب ۵. تدوین پیش نویس اولیه راهنمای بالینی بومی	۱. بازنگری خارجی پیش نویس توسط کاربران هدف ۲. تدوین راهنمای بالینی نهایی

تصویر شماره ۱: دیاگرام شماتیک فرایند انجام پژوهش

پژوهش حاضر، بر طبق روش بومی سازی راهنمای بالینی ارائه شده توسط شبکه بین المللی راهنما در طی سه مرحله اصلی زیر انجام می گیرد (۲۲).

مرحله اول (آمادگی): این مرحله شامل اقدامات لازم قبل از شروع فرآیند بومی سازی است و دربرگیرنده ۵ گام به شرح زیر می باشد:

۱. بررسی قابلیت انجام فرآیند بومی سازی
۲. تشکیل کمیته اجرایی
۳. انتخاب عنوان راهنما
۴. شناخت و تعیین منابع، امکانات و مهارت های لازم
۵. نوشتن برنامه فرآیند بومی سازی

گام اول مرحله آمادگی (بررسی قابلیت انجام فرآیند بومی سازی):

در این گام، وجود راهنماهای بالینی مرتبط با موضوع، با جستجو در سایت های اینترنتی مربوط به راهنما های بالینی و یا سایت های سازمان ها و گروه های شناخته شده تهیه راهنما

بررسی می شود. در مطالعه حاضر، در زمینه بررسی امکان انجام فرآیند تطبیق، با جستجو در سایت های معتبر و بانک های اطلاعات علمی مانند؛ آژانس پژوهش و کیفیت مراقبت سلامتی، شبکه بین المللی راهنمای بالینی، موسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت (نایس)، خانه راهنمای ملی (ان جی سی)، گروه راهنماهای بالینی نیوزیلند، شبکه راهنماهای بین دانشکده ای اسکاتلند (ساین)، شبکه ملی سلامت انگلستان، سرویس پزشکی رویال استرالیا، موسسه بهبود مراقبت سلامت آمریکا، وجود راهنماهای بالینی تدوین شده در رابطه با موضوع مورد مطالعه و توسط سازمان های معتبر جهانی مورد بررسی قرار گرفت و تعدادی از راهنماهای بالینی در زمینه مراقبت در منزل از بیماران سالمند ترخیص شده مبتلا به سکته مغزی مشخص گردیدند. نتایج به دست آمده در بررسی قابلیت بومی سازی راهنمای بالینی حاکی از آن است که در پایگاه ثبت راهنماهای بالینی کشور، راهنمای بالینی مراقبت در منزل از بیماران سالمند ترخیص شده مبتلا به سکته مغزی، جهت پرستاران در ایران وجود ندارد، اما تعدادی راهنمای بالینی در این زمینه، وجود دارد و بر این اساس، بومی سازی راهنمای بالینی مذکور امکان پذیر است. همچنین

می تواند شامل؛ مقدمه، عنوان، اعضای تیم تحقیق، چارچوب زمان بندی شده، راهبرد تأمین منابع مالی برای اجرای پروژه، تعیین گام های آینده و راهکارهای نشر و پیاده سازی راهنما باشد.

مرحله دوم (بومی سازی):

این مرحله شامل ۵ گام به شرح زیر می باشد:

۱. تنظیم سؤالات
۲. جستجوی راهنماها و شواهد مرتبط دیگر
۳. غربالگری راهنماهای پیداشده و محدود کردن آن ها
۴. بازنگری ارزیابی ها و انتخاب راهنماها
۵. تهیه پیش نویس راهنمای بالینی بومی شده

گام اول: مرحله بومی سازی (نظیم سؤالات)

- برای تنظیم سؤالات، از پنج گزینه با مخفف PIPHO استفاده می شود:
 - جمعیت موردنظر (Population)
 - مداخلات موردنظر (Intervention)
 - کاربران هدف راهنما (Professionals)
 - پیامدهای مورد انتظار در رابطه با بیمار، سیستم و سلامت جامعه (Outcomes)
 - موسسه و زمینه ای (Health care setting and context)
- که راهنمای تدوین شده در آن به اجرا درخواهد آمد.

در مطالعه حاضر:

- جمعیت هدف، بیماران سالمند ترخیص شده از بیمارستان و مبتلا به سکته مغزی می باشند.
- راهنمای بالینی موردنظر در زمینه مراقبت در منزل از بیماران سالمند ترخیص شده مبتلا به سکته مغزی تدوین می گردد.
- کاربران هدف، پرستاران هستند (به عبارتی پرستارانی که قرار است به صورت حرفه ای در منزل، به مراقبت از بیماران مبتلا به سکته مغزی پس از ترخیص از بیمارستان بپردازند).
- پیامدهای مورد انتظار شامل؛ افزایش کیفیت مراقبت از سالمندان مبتلا به سکته مغزی، کاهش بروز خطاهای درمانی در هنگام مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی، کاهش عوارض قابل پیشگیری پس از بروز سکته مغزی، کاهش نیاز به بستری مجدد سالمندان مبتلا به سکته مغزی در بیمارستان و کاهش هزینه های درمانی می باشند.
- راهنمای بالینی مورد نظر، در سراسر کشور ایران قابل اجرا است.

لازم به ذکر است، تدوین و اجرای راهنماهای بالینی در حال حاضر و در کشور ایران جزء سیاست ها و اولویتهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می گردد که می تواند نشان دهنده حمایت سازمان های ذی ربط و تسهیل در تدوین، بومی سازی و اجرای راهنماها باشد.

گام دوم مرحله آمادگی (تشکیل کمیته اجرایی):

کمیته اجرایی مسئولیت هایی از قبیل؛ تعیین محدوده پروژه، تشکیل گروه های کاری، تعیین اعضای گروه متخصصان، تنظیم جلسات و پیش برد و اجرای یکنواخت برنامه بومی سازی را بر عهده دارد. کمیته اجرایی در این تحقیق، شامل؛ مجری طرح و همکاران می باشند. افراد مذکور، در زمینه؛ تعیین قلمرو تحقیق، تعیین مسئولیت ها، تعیین اعضای گروه متخصصان، تنظیم جلسات و تهیه برنامه ای در جهت انجام فرآیند بومی سازی همکاری خواهند داشت.

گام سوم مرحله آمادگی (انتخاب عنوان راهنما):

تیم تحقیق، جهت انتخاب عنوان راهنما، از راهنماهای بالینی خارجی معتبر و مرتبط با موضوع استفاده می کنند.

مرحله چهارم: شناخت و تعیین منابع، امکانات و مهارت های لازم

تأمین هزینه های لازم و دسترسی به منابع مورد نیاز برای اجرای طرح، از مسائل مهمی هستند که باید مدنظر قرار گیرند. همچنین اعضای گروه متخصصان، از تمام گروه های ذی نفع در حیطه راهنما انتخاب شوند. در مطالعه حاضر، سعی می شود از متخصصان مختلف شامل متخصصین مغز و اعصاب، متخصصین طب سالمندی، اعضای هیات علمی گروه پرستاری، پرستاران شاغل در بخش های مغز و اعصاب، سوپروایزرهای آموزشی یا مسئولین آموزشی در بیمارستان ها، مدیران پرستاری، مسئولان بیمارستان، سالمندان و مراقبین آن ها در گروه متخصصان استفاده گردد تا در حد امکان، مجموعه گروه، دربرگیرنده مهارت های مورد نیاز باشند. همچنین سازمان حمایت کننده در این تحقیق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده و این تحقیق در چارچوب زمان بندی شده و بودجه مشخص شده در پروپوزال طرح پژوهشی که به عنوان دستورالعمل مربوط به انجام کار می باشد، صورت خواهد گرفت.

مرحله پنجم: نوشتن برنامه فرآیند بومی سازی

در این گام، اعضای تیم تحقیق، اقدام به نوشتن برنامه پیشنهادی جهت انجام فرآیند بومی سازی می نمایند. این برنامه

گام دوم: مرحله بومی سازی، جستجوی راهنماها و شواهد مرتبط دیگر:

در این مرحله، جستجو در پایگاه‌های معتبر تدوین و انتشار راهنماهای بالینی مانند موسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت (نایس The National Institute for health and care (NICE))، خانه راهنمای ملی ان جی سی (National guideline clearinghouse (NGC))، گروه راهنماهای بالینی نیوزیلند (Ministry of health NZ)، شبکه راهنماهای بین دانشکده‌ای اسکاتلند (ساین Scottish intercollegiate Guidelines Network (SIGN))، شبکه ملی سلامت انگلستان

(National health service(NHS)) و سرویس پزشکی رویال استرالیا (Royal flying doctor service) و جستجوی مقالات مرتبط با موضوع صورت گرفت و از کلیدواژه‌های مرتبط با عنوان پژوهش استفاده می‌شود. در این جستجوی نظام‌مند، از عملگر OR، برای جایگزینی کلمات کلیدی و از عملگر AND، برای ترکیب واژه‌های کلیدی مختلف انگلیسی با یکدیگر و از عملگر "یا"، برای جایگزینی کلمات کلیدی فارسی و از عملگر "و"، برای ترکیب کلید واژه‌های فارسی طبق جدول زیر استفاده می‌شوند.

جدول یک: نحوه ترکیب واژه‌های کلیدی انگلیسی در جستجوی نظام‌مند

Key words	Combination			
Guideline, home care, elderly, Stroke	"practice guidelines" OR "clinical practice guideline" OR "Best Practices" OR "Best Practice" OR Guideline? OR consensus OR Guideline OR Protocol OR pathway OR "care plan"	"Home Care Service" OR "Service, Home Care" OR "Care Services, Home" OR "Domiciliary Care" OR "Care, Domiciliary" OR "Services, Home Care" OR "Home Care" OR "Care, Home"	elderly OR elder OR elders OR ancient OR aged OR "aged population" OR "old age" OR "old people" OR "older people" OR "older adult" OR "older adults" OR seniors OR "senior citizens"	Strokes OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA (Cerebrovascular Accident)" OR "CVAs (Cerebrovascular Accident)" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Apoplexy, Cerebrovascular" OR "Vascular Accident, Brain" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "Vascular Accidents, Brain" OR "Cerebrovascular Stroke" OR "Cerebrovascular Strokes" OR "Stroke, Cerebrovascular" OR "Strokes, Cerebrovascular" OR "Apoplexy" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebral Strokes" OR "Stroke, Cerebral" OR "Strokes, Cerebral" OR "Stroke, Acute" OR "Acute Stroke" OR "Acute Strokes" OR "Strokes, Acute" OR "Cerebrovascular Accident, Acute" OR "Acute Cerebrovascular Accident" OR "Acute Cerebrovascular Accidents" OR "Cerebrovascular Accidents, Acute"

جدول ۲: نحوه ترکیب واژه‌های کلیدی فارسی در جستجوی نظام‌مند

نحوه ترکیب کلمات				کلمات کلیدی فارسی
"خدمات مراقبت در منزل" یا "سرویس، مراقبت در منزل"	"سالمند" یا "سالمندان" یا "پیری" یا "سالخورده"	"سکته مغزی" یا "حادثه عروق مغزی" یا "حوادث عروق مغزی" یا "استروک"	"راهنمای بالینی" یا "دستورالعمل" یا "پروتکل" یا "طرح مراقبت"	"راهنمای بالینی" یا "مراقبت در منزل" یا "سالمندان" یا "سکته مغزی"

$$\text{هر حیطه} = \frac{100 \times \text{نمره کسب شده} - \text{حداقل نمره ممکن}}{\text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن}}$$

نمره هر بخش با جمع نمره داده شده به معیارهای آن بخش و استاندارد کردن نمره کل با توجه به حداکثر نمره قابل کسب در آن بخش به دست خواهد آمد (۲۳). نمرات شش بخش ابزار از هم مستقل هستند و نباید با هم جمع شوند تا یک نمره کلی برای راهنما به دست آید. اگرچه می توان از نمره بخش ها برای مقایسه راهنماها با یکدیگر و اتخاذ تصمیم در مورد استفاده یا عدم استفاده از توصیه های راهنماها استفاده کرد، تعیین یک آستانه نمره جهت انتخاب راهنمای "خوب" یا "بد" ممکن نیست (۲۳).

در ارزیابی کلی، ارزیاب، در مورد کیفیت کلی راهنمای بالینی، با توجه به معیارهای که در فرآیند ارزیابی در نظر گرفته شده است، قضاوت می کند و بیان می کند که کاربرد این راهنما در بالین به چه صورت می باشد (به شدت توصیه می شود امتیاز ۵۰٪ یا بالاتر در همه حوزه ها)، با اصلاحات توصیه می شود (امتیاز ۵۰٪ یا بیشتر در ارزیابی کلی)، توصیه نمی شود (عدم کسب امتیاز ۵۰٪ در همه حوزه ها و در ارزیابی کلی). روایی و پایایی این ابزار نیز در مطالعات مختلف خارجی تایید شده است (۲۴). بر این اساس، راهنمای بالینی که بالاترین میانگین کلی نمره ارزیابی را کسب نماید، به عنوان راهنمای بالینی مینا برای بومی سازی انتخاب خواهد شد و راهنماهای بالینی دیگری که واجد میانگین کلی نمره در حد مطلوب باشند، به عنوان راهنماهای مکمل در طراحی راهنمای بالینی بومی استفاده خواهند شد. برای سنجش میزان توافق بین ارزیابان در ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی، از روش آماری ضریب همبستگی درون گروهی (ICC) استفاده خواهد شد. تفسیر مقادیر ICC به ترتیب زیر می باشد: $0/50 \leq$ ضعیف، $0/51 - 0/75$ متوسط، $0/76 - 0/90$ خوب، $0/91 - 1$ خیلی خوب. مطابق مطالعات قبلی، کیفیت کلی هر راهنمای بالینی، با استفاده از آستانه ۶۰٪ برای نمره نهایی هر حیطه محاسبه خواهد گردید (۲۴). کیفیت بالا به این صورت امتیاز ۵ حیطه یا بیشتر $60\% \leq$ ، کیفیت متوسط وقتی امتیاز ۳ یا ۴ حیطه $60\% \leq$ و کیفیت پایین وقتی امتیاز ۲ حیطه یا کمتر $60\% \leq$ تعریف شده است. به علاوه، کیفیت کلی به صورت میانگین نیز محاسبه خواهد گردید. توصیه برای به کارگیری راهنمای بالینی در بالین نیز به صورت (توصیه می کنم، توصیه می کنم با تغییرات، توصیه نمی کنم) بیان خواهد گردید. نمرات حیطه ها به عنوان خوب ($80\% \leq$)، قابل قبول ($60\% - 79\%$)، پایین ($40\% - 59\%$) و خیلی پایین ($40\% <$)، مطابق با مقالات مشابه قبلی طبقه بندی خواهد شد (۲۴). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از اکسل ۲۰۱۳ و محاسبات ICC با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۳ انجام خواهد شد.

در جستجوی راهنماها و متون، معیارهایی از جمله: مرتبط بودن با موضوع مورد پژوهش، سال تدوین راهنما، سال انتشار مقالات، انگلیسی و فارسی بودن زبان و معتبر بودن موسسه تدوین گر راهنما در نظر گرفته می شوند.

گام سوم بومی سازی (غربالگری راهنماهای پیداشده و محدود کردن آنها):

در برخی موارد، پس از جستجو، تعداد زیادی راهنما مرتبط با موضوع و سؤالات پیدا می شوند که امکان بررسی تمام آنها وجود ندارد. در این صورت می توان با استفاده از ابزار اگری (Agree)، تعداد راهنماها را کاهش داد. ابزار اگری، ابزاری استاندارد جهت ارزشیابی فرآیند تدوین راهنمای بالینی تدوین شده می باشد و به ارائه کنندگان خدمات سلامت کمک می کند تا یک راهنمای بالینی را قبل از پیروی از توصیه های آن مورد ارزیابی قرار دهند.

اعتماد و اعتبار پرسشنامه اگری II (AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluate II))

مجموعه ای از معیارها، برای ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی از جمله: راهنماهای شبکه ای بین المللی، چک لیست GIN-McMaster و چک لیست گزارش دهی اگری ۲ منتشر شده است. مطالعات نشان داده اند که اگری ۲ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته و تنها ابزاری است که دارای یک سیستم امتیازدهی معتبر می باشد (۲۳). ابزار نقد راهنمای بالینی در پژوهش و ارزشیابی (اگری ۲)، یک ابزار شناخته شده است که در سطح بین المللی برای ارزیابی کیفیت کلی روش کار راهنماهای بالینی است (۲۴).

ابزار اگری ۲، شامل ۲۳ آیتم کلیدی سازماندهی شده در ۶ حوزه و ۲ معیار ارزیابی کلی می باشد. این شش حوزه شامل: دامنه و هدف (معیارهای ۱-۳)، مشارکت ذینفعان (معیارهای ۴-۶)، دقت و کیفیت متدولوژی تدوین (معیارهای ۷-۱۴)، وضوح ارائه (معیارهای ۱۵-۱۷)، کاربرد پذیری (معیارهای ۱۸-۲۱) و استقلال در ویرایش (معیارهای ۲۲-۲۳) است. بررسی کیفیت راهنما با استفاده از ابزار اگری و حداقل توسط دو نفر از متخصصین مربوطه انجام خواهد گرفت. اساس نمره دهی به این صورت خواهد بود که به هر گویه نمره ای بین (۱) کاملاً مخالف، (۲) مخالف، (۳) تا حدی مخالف، (۴) نه مخالف نه موافق، (۵) تا حدی موافق، (۶) موافق تا (۷) کاملاً موافق تعلق خواهد گرفت. نمره استاندارد شده هر بخش، به این صورت محاسبه خواهد شد (۲۴). استاندارد سازی نمرات کسب شده در

راهنماهای موجود، تمام اجزای عنوان را تحت پوشش قرار ندهند، با استفاده از مطالعات مرور سیستماتیک و مقالات تحقیقاتی موجود در زمینه تحقیق، عبارات راهنما در این موارد، توسط تیم تحقیق نگاشته می شود.

گام پنجم مرحله بومی سازی (تهیه پیش نویس راهنمای بالینی بومی شده):

هنگامی که اعضای تیم تحقیق، به یک تصمیم نهایی در زمینه محتوای راهنمای بومی شده دست یافتند، پیش نویس اولیه که دربرگیرنده جزئیات فرآیند کار می باشد، نوشته می شود. سپس این پیش نویس، توسط اعضای تیم تحقیق، از نظر محتوای علمی، تطابق با چارچوب نگارش راهنما، تطابق با شرایط حاکم در نظام سلامت و مناسب بودن الگوی نگارش مورد بررسی و اصلاح قرار می گیرد.

مرحله سوم: نهایی سازی

این مرحله دربرگیرنده ۲ گام به شرح زیر می باشد: بازنگری خارجی توسط کاربرهای هدف و تدوین راهنمای نهایی.

گام اول نهایی سازی (بازنگری خارجی توسط کاربرهای هدف):

در این مرحله، مرور و معتبر سازی پیش نویس تدوین شده راهنمای بالینی، توسط گروه متخصصان انجام می گیرد. راهنمای مراقبتی تهیه شده، توسط گروه متخصصین مورد بازبینی قرار گیرد، زیرا ممکن است افراد صاحب نظر، مواردی را شناسایی نمایند که در بررسی متون، به آن اشاره ای نشده باشد. در راستای معتبر سازی پیش نویس تدوین شده راهنمای بالینی در این مطالعه، گروه تحقیق، اقدام به تشکیل گروه متخصصان می نمایند.

تشکیل گروه متخصصان:

برای اجماع نظر متخصصان در این مرحله، از تکنیک RAM (RAND/UCLA Appropriateness Method) استفاده می گردد. استفاده از تکنیک RAM در این مطالعه، به این صورت خواهد بود که بعد از مرور کامل منابع اطلاعاتی در دسترس، فهرستی از توصیه های راهنمای بالینی موردنظر در قالب جدولی تنظیم خواهد شد و برای تمام اعضای پانل فرستاده خواهد شد. برای هر توصیه، اعضای پانل، با توجه به نسبت سود به آسیب توصیه موردنظر، در مقیاس ۱ تا ۹ نمره خواهند داد؛ که در آن نمره ۱ به این معنی است که انتظار می رود، مضرات توصیه، بسیار بیشتر از منافع آن باشد و نمره ۹ به معنی آن است که انتظار

تریس مطالعه ای با هدف توسعه و اعتبار بخشی ابزار بین المللی اگری برای ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی در سال ۲۰۰۳ انجام داده است. در این پژوهش، ۹۵ درصد ارزیابان، این ابزار را برای ارزیابی راهنماهای بالینی مفید دانستند و قابلیت اطمینان (پایایی) برای اکثر حوزه ها قابل قبول بود (آلفای کرونباخ ۰/۸۸-۰/۶۴). (۲۴).

در مطالعه ای که توسط رشیدیان و یوسفی نوری نیز با هدف توسعه ترجمه فارسی ابزار ارزیابی راهنمای بالینی اگری و بهبود پایایی بخش های آن توسط بحث گروهی در سال ۱۳۹۰ انجام شده است نتایج نشان داد که هیچ تفاوت معناداری بین مقادیر میانگین به دست آمده از نسخه های انگلیسی و ترجمه شده اگری مشاهده نشد. لذا علی رغم پایایی پایین تر نسخه ترجمه شده نسبت به نسخه اصلی، قابل مقایسه با آن می باشد (۲۵).

گام چهارم بومی سازی (بازنگری ارزیابی ها و انتخاب راهنماها):

در نهایت، نتایج بررسی راهنماها توسط تیم تحقیق مرور شده و از بین راهنماهای موجود، راهنماهای مناسب برای بومی سازی انتخاب می گردند. لازم به ذکر است که ملاک جهت انتخاب توصیه ها برای بومی سازی، به روز بودن شواهد و نظر تیم تحقیق در زمینه قابلیت اجرا و پیاده سازی توصیه ها در کشور ایران است. تصمیم گیری و انتخاب راهنما می تواند به پنج صورت انجام شود:

- **مردود شمردن کل راهنما:** گروه تحقیق تصمیم می گیرد که کل یک راهنما را به دلایلی مانند؛ به روز نبودن و یا عدم قابلیت استفاده از راهنما در زمینه فعلی، رد نماید.
- **پذیرش کل راهنما و یا توصیه های آن**
- **پذیرش شواهد موجود در راهنما:** در این حالت، گروه تحقیق، شواهد توصیف شده در راهنما را می پذیرد ولی تفسیر و توصیه های حاصل از شواهد را رد می کند.
- **پذیرش توصیه های خاصی از راهنما بدون تغییر:** گروه تحقیق، بعضی از توصیه ها را پذیرفته در حالی که مواردی که نیاز به تغییرات اساسی دارند را رد می کند.
- **پذیرش توصیه های خاصی از راهنما با تغییر:** این حالت، بر اساس نظر گروه تحقیق، لازم است تا اطلاعات جدیدی به توصیه های اصلی اضافه شده و یا کلمات آن، به گونه ای تغییر داده شوند که منعکس کننده شرایط موجود باشند.

بر اساس موارد فوق، گروه تحقیق حاضر، راهنما یا راهنماهای مناسب برای بومی سازی در زمینه فعلی که دربرگیرنده تمامی حیطه های عنوان تحقیق باشد را انتخاب می نماید. در صورتی که

می‌رود، فواید مورد انتظار، تا حد زیادی بیشتر از مضرات آن باشد. در این روش، متوسط امتیاز ۵ به معنای آن است که مضرات و منافع توصیه مورد نظر برابر است (۲۶).

در دور اول اجماع، رتبه‌بندی خدمات موجود در راهنما توسط متخصصین، به صورت جداگانه و انفرادی انجام خواهد شد، بدون این که هیچ‌گونه تعاملی، بین متخصصین وجود داشته باشد. در این دور، پرسشنامه‌ها، جهت متخصصین ارسال خواهد شد و سپس پرسشنامه‌های بازگردانده شده توسط متخصصان، توسط گروه تحقیق بررسی و میانگین نمرات برای هر توصیه به طور جداگانه محاسبه خواهد شد. سپس پرسشنامه جدید که شامل میانگین نمرات داده شده توسط گروه متخصصین به هر توصیه خواهد بود، در دوره حضوری پانل متخصصان، جهت رسیدن به اجماع ارائه خواهد شد و در نهایت، هر یک از توصیه‌ها با عنوان "مناسب است"، "نامشخص" و یا "نامناسب است"، بر اساس رتبه‌بندی و نمرات متخصصین طبقه‌بندی خواهد شد. در این روش، موارد با میانگین نمرات محدوده ۱-۳ با عنوان نامناسب، محدوده ۴-۶ با عنوان نامشخص و مواردی که در محدوده ۷-۹ رتبه‌بندی شوند، با عنوان مناسب در نظر گرفته می‌شوند (۲۷).

گام دوم مرحله نهایی سازی (تدوین راهنمای نهایی): در این مرحله متن راهنمای نهایی باید به صورت عبارات سیستماتیک و معتبر، قابل انعطاف، شفاف، قابل تجدید نظر، قابل کاربرد در ممیزی بالینی و دارای قابلیت اجرا در محیط بالین تهیه می‌گردد (۲۷). در این گام، با توجه به نتایج به دست‌آمده از مراحل قبلی، نسبت به بازبینی و نهایی سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل از بیماران سالمند ترخیص شده مبتلا به سکته مغزی جهت پرستاران اقدام گردیده و پس از تأیید گروه تدوین استانداردها و راهنماهای سلامت، چاپ و در اختیار پرستاران کشور قرار خواهد گرفت.

بحث: با توجه به میزان بالای شیوع سکته مغزی در سطح کشور و عوارض ناشی از این بیماری (اختلالات حرکتی، شناختی، حسی و گفتاری)، به منظور ارتقا کیفیت زندگی این بیماران، بسیار ضروری بود که راهنمای بالینی، جهت ارتقا کیفیت مراقبت از این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و اقامت در منزل، طراحی گردد (۲۸). راهنماهای عملکرد بالینی، نقش اساسی در نحوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌نمایند و شامل توصیه‌هایی هستند که به وسیله مرور سیستمیک شواهد و ارزیابی مزایا و مضرات گزینه‌های مختلف درمان به‌منظور بهینه سازی مراقبت از بیماران تدوین می‌گردند.

راهنماهای عملکرد بالینی، به‌عنوان ابزاری ضروری برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ارتقای پیامدهای بیماری، کاهش

تنوع در عملکرد بالینی، کاهش هزینه‌ها و سنجش عملکرد کارکنان، تدوین و به کار گرفته می‌شوند (۲۹) و همچنین با استفاده از آن‌ها می‌توان، به اهدافی از قبیل؛ تعدیل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به علت کاهش استفاده از آزمایش‌ها یا درمان‌های غیرضروری، ارائه منابع واقعی و مفید برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، بهبود مراقبت از بیمار با ارتقاء استراتژی‌های مدیریت بیماری مبتنی بر شواهد قوی، کاهش کاربرد رویکردهای ضعیف علمی، کاهش خطر مسئولیت‌های پزشکی و ایجاد هماهنگی در ارائه فرآیندهای مراقبت دست‌یافت (۲۹). استفاده از راهنماهای بالینی، سبب ارائه مراقبت پرستاری باکیفیت بالا می‌گردد.

تدوین یک راهکار اصیل در کشور ما برای اکثر حیطه‌ها، غیرممکن یا بسیار دشوار خواهد بود. لذا بومی سازی راهنماهای بالینی باکیفیت بالا، جهت کاربرد منطقه‌ای آن‌ها، به‌عنوان یک ابزار کارآمد قابل قبول و قابل اجرای مراقبت‌های مبتنی بر شواهد می‌باشد (۲۹). بومی‌سازی راهنماهای بالینی موجود، منجر به پیشگیری از دوباره‌کاری، صرفه‌جویی در مصرف منابع و افزایش کارایی راهنماها می‌شود (۳۰، ۳۱). این در حالی است که تدوین راهنمای بالینی در ایران بسیار دشوار می‌باشد و با بومی سازی راهنماهای بالینی موجود، می‌توان از دوباره‌کاری پیشگیری نمود و به صرفه‌جویی در مصرف منابع و افزایش کارایی راهنماها کمک نمود (۲۸). از آنجا که عوامل متعدد از جمله؛ امکانات موجود، عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در قابلیت اجرای راهنماهای بالینی تأثیر گذار است، لذا بومی سازی راهنماها باید با مشارکت صاحب نظران و ذینفعان صورت گرفت.

نتیجه گیری

با بومی‌سازی راهنماهای بالینی موجود، می‌توان از دوباره‌کاری پیشگیری و در مصرف منابع موجود صرفه جویی نمود. جهت بومی سازی راهنماهای بالینی باید ابتدا باید، راهنماهای بالینی مشابه را بررسی و بهترین راهنماها را انتخاب نمودند. سپس، با استفاده از نظرات افراد صاحب‌نظر و ذی‌نفعان، براساس شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و امکانات موجود، راهنماهای بالینی را بازنگری نمود تا در کشور قابلیت اجرا داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با اخذ کد اخلاق به شماره IR.MUI.NUREMA.REC.1400.038 از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

تضاد منافع

منابع حمایتی مقاله، تابع مقررات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده که با منافع هیچ مؤسسه یا فردی در تعارض نبودند و هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مقاله، در انجام و تهیه آن به یک میزان همکاری داشتند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به جهت تصویب طرح پژوهشی با کد ۲۴۰۰۵۵ تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Heran M, Lindsay P, Gubitz G, Yu A, Ganesh A, Lund R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: acute stroke management, practice guidelines update, 2022. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 2024;51(1):1-31.
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke* 2022;17(1):18-29.
3. Ghandehari K. Epidemiology of stroke in Iran. *Galen Medical Journal* 2016;5(S1):3-9.
4. Soleimanzadeh-Ardabili N, Vahdat I, Abdollahi I, Rostami M. Evaluation of spasticity variations at the elbow joint of CVA patients according to the biomechanical indices. *Archives of Rehabilitation* 2013;14(3):96-106.
5. Schwarz A, Bhagubai MM, Nies SH, Held JP, Veltink PH, Buurke JH, et al. Characterization of stroke-related upper limb motor impairments across various upper limb activities by use of kinematic core set measures. *Journal of neuroengineering and rehabilitation* 2022;19:1-18.
6. Schindel D, Schneider A, Grittner U, Jöbges M, Schenk L. Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study. *Disability and Rehabilitation* 2021; 43(16):2332-41.
7. Zhang X, Bi X. Post-stroke cognitive impairment: a review focusing on molecular biomarkers. *Journal of Molecular Neuroscience* 2020; 70:1244-54.
8. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: a 2020 updated review. *General hospital psychiatry* 2020;66:70-80.
9. Ytterberg C, Cegrell L, von Koch L, Wiklander M. Depression symptoms 6 years after stroke are associated with higher perceived impact of stroke, limitations in ADL and restricted participation. *Scientific Reports* 2022; 12(1):7816.
10. Marin S, Serra-Prat M, Ortega O, Clavé P. Healthcare-related cost of oropharyngeal dysphagia and its complications pneumonia and malnutrition after stroke: a systematic review. *BMJ open* 2020; 10(8):e031629.
11. Joundi RA, Smith EE, Yu AY, Rashid M, Fang J, Kapral MK. Temporal trends in case fatality, discharge destination, and admission to long-term care after acute stroke. *Neurology* 2021; 96(16):e2037-e47.
12. Vluggen TP, van Haastregt JC, Tan FE, Kempen GI, Schols JM, Verbunt JA. Factors associated with successful home discharge after inpatient rehabilitation in frail older stroke patients. *BMC geriatrics* 2020;20:1-8.
13. Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part two: transitions and community participation following stroke. *International Journal of Stroke* 2020;15(7):789-806.
14. Siavashi E, Kavosi Z, Zand F, Amini M, Bordbar N. Inappropriate hospital stays and association with lack of homecare services. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2021; 27(7):656-64.
15. Wani S, Sultan S, Qumseya B, Michalek J, Dewitt J, Edmundowicz SA, et al. The ASGE'S vision for developing clinical practice guidelines: the path forward. *Gastrointestinal Endoscopy* 2018;87(4-9):932-3.
16. Shekelle PG. Clinical Practice Guidelines: What's Next? Key Issues in the Development of Clinical Practice Guidelines. *JAMA* 2018;320(8):757-8.
17. Juckett LA, Wengerd LR, Faieta J, Griffin CE. Evidence-based practice implementation in stroke rehabilitation: a scoping review of barriers and facilitators. *The American Journal of Occupational Therapy* 2020; 74(1):7401205050p1-p14.
18. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong Ad, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; update 2019. *International Journal of Stroke* 2020;15(7):763-77.
19. Harrison MB, Graham ID, Van Den Hoek J, Doherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation science* 2013;8(1):49.
20. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology* 2014;32(15):1605.
21. Chakraborty SP, Jones KM, Mazza D. Adapting lung cancer symptom investigation and referral guidelines

- for general practitioners in Australia: Reflections on the utility of the ADAPTE framework. *Journal of evaluation in clinical practice* 2014; 20(2):129-35.
22. Abdel Baky A, Fouda EM, Hussein SM, Sobeih AA, Abd Al Razek AM, Hassanain AI, et al. Bronchiolitis diagnosis, treatment, and prevention in children: an evidence-based clinical practice guideline adapted for the use in Egypt based on the 'Adapted ADAPTE' Methodology. *Egyptian Pediatric Association Gazette* 2022; 70:1-9.
23. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument: Update 2013 [Available from: <http://www.agreetrust.org>].
24. Te Brake H, Willems A, Steen C, Dückers M. Appraising evidence-based mental health and psychosocial support (MHPSS) guidelines—PART I: A systematic review on methodological quality using AGREE-HS. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(5):3107.
25. Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012; 18(3):676-81.
26. Jandhyala R. Delphi, non-RAND modified Delphi, RAND/UCLA appropriateness method and a novel group awareness and consensus methodology for consensus measurement: a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion* 2020;36(11):1873-87.
27. van der Ploeg MA, Poortvliet RK, Achterberg WP, Mooijaart SP, Gussekloo J, Drewes YM. Assessment of the appropriateness of cardiovascular preventive medication in older people: using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMC geriatrics* 2022;22(1):1-10.
28. Lim L, Mant J, Mullis R, Roland M. When is referral from primary care to specialist services appropriate for survivors of stroke? A modified RAND-appropriateness consensus study. *BMC Family Practice*. 2020;21:1-10.
29. Harrison MB, Graham ID, Van Den Hoek J, Doherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation science* 2013;8(1):49.
30. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology* 2014;32(15):1605.
31. Chakraborty SP, Jones KM, Mazza D. Adapting lung cancer symptom investigation and referral guidelines for general practitioners in Australia: Reflections on the utility of the ADAPTE framework. *Journal of evaluation in clinical practice* 2014;20(2):129-35.



Study Protocol

Localization of clinical guidelines for home care of elderly patients with stroke: A Study Protocol

Mahrokh Keshvari¹, Simin Safiri², Tayebeh Karimi³, Maryam Sadat Hashemi^{4*}

Received: 2024.10.21

Accepted: 2025.02.02

1. Associate Professor of Nursing Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery Nursing and Midwifery Care Research Center Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Senior Pediatric Nursing Expert, Amin Hospital, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor of Nursing Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery Isfahan University of Medical Sciences
4. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center , Departments of Critical Care Nursing , Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Health Promotion Special Issue, Vol.1, Fall & Winter 2024

Health Promotion Special Issue, Vol.1:173-183

Abstract:

Introduction:

Clinical guidelines for home care of elderly stroke patients is a missing link in providing home care services in Iran, which can play an important role in improving the health and rehabilitation of stroke patients. This is despite the fact that compiling clinical guidelines in Iran will be very difficult, and by localizing existing clinical guidelines, rework can be prevented and resources can be saved. Therefore, this study is carried out with the aim of "localization of clinical guidelines for home care of elderly patients with stroke".

Method:

The current research includes three steps of preparation, localization and finalization. The first step (preparation) includes 5 steps (checking the ability of carrying out the localization process, forming the executive committee, choosing the title of the guide, identifying and determining the necessary resources, facilities and skills and writing the program localization process), the second step (localization) including 5 steps (choosing questions, searching for guidelines and other relevant evidence, screening the found guidelines and limiting them, reviewing evaluations and selecting guidelines and preparing a draft of localized clinical guidelines) and the third step (finalization guideline) including 2 Steps (external review by target users and compiling the final guide with the consensus of experts and the use of the RAM technique).

Discussion:

In order to localize clinical guidelines, first research team should review similar clinical guidelines by appropriate keywords and select the best guidelines. Then, experts and stakeholders should be revised guideline based on cultural, economic, and social conditions and available facilities. So that they can be implemented in the country.

Keywords: Guideline, Home Care, Elderly, Stroke

* Corresponding author Email: maryamhashemi956@gmail.com