Education and Ethics in Nursing
Educ Ethics Nurs 2026;15(1):143-154
https://ethic.jums.ac.ir

Protocol Study

Systematic Protocol for Adapting a Clinical Guideline for Education and Home-Care in Older Adults with Heart-Failure After Hospital Discharge: Mixed-Methods Study

Mahrokh Keshvari[1], Tayebeh Karimi[2], Maryam Sadat Hashemi[3], Ali Norouzi[4] Negar Farajzadeh-Dehkordi[5*]

Received: 2026.08.03 Revised: 2026.09.11 Accepted: 2026.10.18

1. Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Community Health and Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Community Health and Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3.Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Library Manager, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

DOI: 10.22034/ethic.2026.2096521.1248

Abstract:

Introduction: Heart failure is associated with frequent hospital readmissions and high mortality. In Iran, there is a gap between international guidelines and local practice, particularly in home-care and self-care education, which emphasizes the need to localize clinical practice guidelines. This study aimed to design an integrated framework to localize a clinical guideline for heart failure management, with a focus on structured self-care education in home care for elderly patients and on strengthening the role of nurses in post-discharge education.

Methods and Materials: This mixed-methods study was developed based on a ten-step framework for guideline localization. The steps included forming an expert team, defining the scope and key questions using the PIPOH framework, conducting a systematic search for relevant guidelines, and assessing their quality with the AGREE II tool. Selected recommendations were reviewed using the GRADE-ADOLOPMENT approach and Evidence-to-Decision tables to decide whether to accept, adapt, or develop new recommendations. Expert consensus was achieved using the RAND/UCLA Appropriateness Method, and barriers and facilitators to implementation were analyzed with the Theoretical Domains Framework.

Results: A clear, step-by-step protocol for selection, evaluation, and localization of heart failure guidelines in the Iranian health system is presented. This includes a custom implementation package, structured educational programs for nurses, patients, and caregivers, and standardized home monitoring tools. This approach is expected to enhance knowledge, skills, and self-care among elderly patients with heart failure.

Conclusions: By combining guideline localization, expert consensus, and implementation science frameworks, this protocol offers a practical tool to reduce the gap between evidence and practice and improve the quality of care. Standardizing self-care education, designing nurse-led educational programs, and integrating education into the home-care pathway after discharge may help reduce rehospitalizations and increase health system efficiency. Applying this protocol in future studies and real clinical settings will allow evaluation of its impact on patient outcomes and health system performance.

Keywords: Heart Failure, Elderly, Home Care Services, Localization, Clinical Guideline, Education

* Corresponding author Email: negar.farajzadeh@nm.mui.ac.ir

©2026 The Author(s); Published by Jahrom University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.en), which permits non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

آموزش و اخلاق در پرستاری
دوره پانزدهم، شماره یک، بهار ۱۴۰۵، صفحات: ۱۵۴-۱۴۳
https://ethic.jums.ac.ir

پروتکل مطالعه

پروتکل نظام‌مند بومی‌سازی راهنمای بالینی آموزش و مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص: مطالعه ترکیبی

ماهرخ کشوری[۱]، طیبه کریمی[۲]، مریم السادات هاشمی[۳]، علی نوروزی[۴]، نگار فرجزاده دهکردی[۵*]

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- مدیر کتابخانه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵-مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

DOI: 10.22034/ethic.2026.2096521.1248

چکیده:

مقدمه: نارسایی قلبی با بستری مکرر و مرگ‌ومیر بالا همراه است. در ایران، شکاف میان دستورالعمل‌های بین‌المللی و شرایط اجرایی، به‌ویژه در مراقبت در منزل و آموزش خودمراقبتی، ضرورت بومی‌سازی راهنماهای بالینی را آشکار می‌کند. هدف این مطالعه، طراحی چارچوب تلفیقی برای بومی‌سازی راهنمای مدیریت نارسایی قلبی با تمرکز بر آموزش ساختارمند خودمراقبتی در مراقبت منزل سالمندان و تقویت نقش پرستاران در آموزش پس از ترخیص است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه ترکیبی است که بر اساس چارچوب ده‌مرحله‌ای بومی‌سازی راهنماهای بالینی طراحی شد. مراحل شامل تشکیل تیم تخصصی، تعیین دامنه و سؤالات با چارچوب PIPOH، جستجوی نظام‌مند راهنماها و ارزیابی کیفیت آنها با ابزار AGREE II بود. توصیه‌های منتخب با رویکرد GRADE-ADOLOPMENT و جداول Evidence-to-Decision بررسی و درباره پذیرش، تطبیق یا تدوین توصیه‌های جدید تصمیم‌گیری شد. اجماع خبرگان با روش RAND/UCLA و تحلیل موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای توصیه‌ها با چارچوب Theoretical Domains Framework انجام شد.

یافته‌ها: پروتکل پیشنهادی شامل مسیر گام‌به‌گام برای انتخاب، ارزیابی و بومی‌سازی توصیه‌های راهنماهای نارسایی قلبی، به همراه بسته‌ای از استراتژی‌های اجرایی متناسب با موانع و تسهیل‌کننده‌های شناسایی‌شده در نظام سلامت ایران است. این بسته، برنامه‌های آموزشی ساختارمند برای پرستاران، بیماران و مراقبان خانوادگی و ابزارهای استاندارد پایش در منزل را در بر می‌گیرد و به ارتقای دانش، مهارت و خودمراقبتی سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری: پروتکل حاضر با تلفیق رویکردهای تطبیق راهنما، اجماع خبرگان و چارچوب‌های علم اجرا می‌تواند به‌عنوان ابزاری عملی برای کاهش شکاف میان شواهد و عمل و بهبود کیفیت مراقبت استفاده شود. استانداردسازی آموزش خودمراقبتی، طراحی برنامه‌های آموزشی به رهبری پرستار و ادغام آموزش در مسیر مراقبت در منزل پس از ترخیص می‌تواند به کاهش بستری مجدد و افزایش کارایی نظام سلامت منجر شود. به‌کارگیری این پروتکل در مطالعات آینده و محیط‌های بالینی واقعی، امکان ارزیابی اثربخشی آن بر پیامدهای بیماران و نظام سلامت را فراهم می‌کند.

واژگان کلیدی: نارسایی قلبی، سالمند، خدمات مراقبت در منزل، بومی‌سازی، راهنمای بالینی، آموزش

* نویسنده مسئول، نشانی: مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کدپستی ۸۱۷۴۶۷۳۴۶۱
تلفن تماس: ۰۹۲۲۶۸۰۱۱۰۲ پست الکترونیک:negar.farajzadeh@nm.mui.ac.ir
تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۵/۱۲ تاریخ بازنگری:۱۴۰۵/۰۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۲۶

مقدمه

در دهه‌های اخیر، افزایش جمعیت سالمندان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت جهان تبدیل شده است. برآوردها نشان می‌دهد تا سال ۲۰۳۰ از هر شش نفر در جهان، یک نفر ۶۰ سال یا بیش‌تر خواهد داشت و این نسبت تا میانه قرن حاضر تقریباً دوبرابر می‌شود(۱). هم‌زمان، گذار اپیدمیولوژیک از بیماری‌های حاد به مزمن، بار بیماری و ناتوانی سالمندان را افزایش داده و پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل‌توجهی برای افراد، خانواده‌ها و نظام‌های سلامت به همراه داشته است (۲). در ایران نیز روند سالمندی روبه‌افزایش است و سالمندان در مدیریت بیماری‌های مزمن، به‌ویژه بیماری‌های قلبی عروقی، با چالش‌های متعددی مواجه هستند (۳, ۴). در این میان، نارسایی قلبی به‌عنوان مرحله نهایی بسیاری از بیماری‌های قلبی عروقی، از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر، ناتوانی و بستری مکرر سالمندان محسوب می‌شود. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان در معرض خطر بالای بستری مجدد قرار دارند (۵, ۶). این بستری‌ها علاوه بر افزایش خطر مرگ‌ومیر، هزینه‌های سنگینی بر نظام سلامت تحمیل کرده و فشارهای روانی و اجتماعی قابل‌توجهی برای بیماران و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کنند (۷, ۸). باتوجه‌به روند روبه‌رشد سالمندی و شیوع عوامل خطر قلبی عروقی در ایران، انتظار می‌رود بار بالینی و اقتصادی ناشی از بستری‌های مکرر مرتبط با نارسایی قلبی در سال‌های آینده افزایش یابد (۹).

دوره انتقال از بیمارستان به منزل یکی از آسیب‌پذیرترین مراحل مراقبت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است و بخش قابل‌توجهی از بستری‌های مجدد در همین دوره رخ می‌دهد (۱۰). ازاین‌رو، مراقبت در منزل و مداخلات ساختارمند پس از ترخیص به‌عنوان راهبردهایی مؤثر برای بهبود تداوم مراقبت، کاهش بستری مجدد و ارتقای کیفیت زندگی مطرح شده‌اند (۱۱). شواهد مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهد برنامه‌های ساختارمند چندرشته‌ای که پس از ترخیص در منزل ادامه می‌یابند، می‌توانند بستری مجدد و طول مدت بستری را کاهش داده و ظرفیت عملکردی، کیفیت زندگی و سایر پیامدهای بالینی را بهبود بخشند. همچنین، برنامه‌های توان‌بخشی قلبی مبتنی بر منزل نسبت به برنامه‌های مرکزمحور، دسترسی و انعطاف‌پذیری بیشتری برای سالمندان فراهم می‌کنند و خودمراقبتی و مشارکت فعال بیماران و خانواده‌ها را در مدیریت بیماری تقویت می‌نمایند (۱۲, ۱۳). این برنامه‌ها همچنین می‌توانند خودمراقبتی و مشارکت فعال بیماران و خانواده‌ها را در مدیریت بیماری تقویت نمایند (۱۱). تحقق این مزایا مستلزم وجود راهنماهای بالینی ساختارمند و مبتنی بر شواهد است که مراقبت انتقالی و مراقبت در منزل را به‌عنوان بخشی از مسیر استاندارد مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تعریف کنند (۱۴).

راهنماهای عملکرد بالینی، مجموعه‌ای از توصیه‌های نظام‌مند مبتنی بر مرور نقادانه شواهد هستند که نقش مهمی در هدایت تصمیم‌گیری‌های بالینی، کاهش اقدامات غیرضروری و ارتقای کیفیت مراقبت دارند (۱۵). بااین‌حال، تدوین راهنماهای جدید، به‌ویژه در کشورهایی با محدودیت منابع، فرایندی پیچیده، زمان‌بر و پرهزینه است؛ ازاین‌رو، بومی‌سازی راهنماهای موجود به‌عنوان رویکردی کارآمد و مقرون‌به‌صرفه موردتوجه قرار گرفته است (۱۶). اگرچه راهنماهای بین‌المللی نارسایی قلبی بر اهمیت مراقبت انتقالی و مراقبت در منزل تأکید دارند (۱۴)، این راهنماها عمدتاً برای نظام‌های سلامت برخوردار از منابع کافی تدوین شده‌اند و انطباق کامل با شرایط ساختاری، فرهنگی و منابع موجود در نظام سلامت ایران ندارند. در ایران نیز مطالعاتی برای بومی‌سازی راهنماهای بالینی در حوزه‌هایی مانند مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به دمانس، پیشگیری از زخم فشاری، بیماران سکته مغزی و بیماران روانی مزمن انجام شده است (۱۷–۲۱).

بااین‌حال، بررسی متون نشان می‌دهد تاکنون پروتکل جامعی برای توصیف فرایند نظام‌مند بومی‌سازی راهنمای مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان منتشر نشده است. بسیاری از برنامه‌های بین‌المللی مراقبت در منزل بر طراحی مسیرهای مراقبتی و مدل‌های ارائه خدمت تمرکز داشته‌اند (۱۴)، اما فرایند تطبیق نظام‌مند توصیه‌ها، مشارکت ساختارمند ذی‌نفعان و شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های رفتاری، اجرای توصیه‌ها را به‌صورت یکپارچه پوشش نداده‌اند. همچنین، شواهد داخلی نشان می‌دهد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و خانواده‌های آنان در ایران با چالش‌هایی مانند ناهماهنگی در انتقال مراقبت، محدودیت آموزش، فقدان ساختار مشخص برای مراقبت در منزل و ناهمگونی در سطح و کیفیت خدمات مواجه هستند (۲۲, ۲۳). در غیاب یک راهنمای بومی‌سازی‌شده و مبتنی بر شواهد، این ناهمگونی‌ها و نابرابری در دسترسی و کیفیت خدمات، تداوم خواهد یافت.

مطالعه حاضر یک پروتکل نظام‌مند برای بومی‌سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان در ایران ارائه می‌کند. این پروتکل با تلفیق چارچوب‌های تطبیق راهنما، ارزیابی شواهد، اجماع خبرگان و رویکردهای علم اجرا، درصدد توسعه راهنمایی بومی، مبتنی بر شواهد و قابل‌اجرا برای نظام سلامت کشور است. انتظار می‌رود این فرایند به استانداردسازی مراقبت در منزل و مراقبت انتقالی، ارتقای کیفیت خدمات، کاهش ناهمگونی‌های موجود و تسهیل

اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران کمک کند.

روش کار

طراحی مطالعه

این مطالعه یک پژوهش ترکیبی با محوریت داده‌های کیفی است که باهدف بومی‌سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان در ایران طراحی شد. طراحی مطالعه بر پایه چارچوبی تلفیقی از استانداردهای ملی و بین‌المللی تدوین راهنماهای بالینی انجام گرفت. پروتکل حاضر بر فرایند انتخاب، ارزیابی، تطبیق و تدوین راهنمای بومی متمرکز است و اجرای راهنما و ارزیابی پیامدهای بالینی و خدماتی آن به مطالعات آینده‌نگر مستقل واگذار شده است.

مراحل بومی‌سازی بر اساس چارچوب ده‌مرحله‌ای و با بهره‌گیری از ابزارها و رویکردهای معتبر بین‌المللی برای تطبیق راهنما، ارزیابی کیفیت، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، اجماع خبرگان و تحلیل موانع رفتاری سازمان‌دهی شد (۲۴–۲۹). این چارچوب فرایندی نظام‌مند، شفاف و قابل‌تکرار برای انتخاب، ارزیابی، تطبیق و تدوین راهنمای بومی و طراحی اولیه راهبردهای انتشار، آموزش و پیاده‌سازی راهنما در نظام سلامت ایران فراهم می‌کند؛ درحالی‌که اجرای تجربی و ارزیابی اثربخشی راهنما خارج از دامنه این مطالعه است (جدول ۱).

جدول ۱. ارتباط مراحل ده‌گانه بومی‌سازی با چارچوب‌ها و ابزارهای مورداستفاده

شماره مرحله	عنوان مرحله	چارچوب‌ها و ابزارهای اصلی
۱	آمادگی و تشکیل تیم	Moradi-Joo،ADAPTE
۲	تعیین سؤال‌ها و دامنه	PIPOH،Moradi-Joo
۳	جستجوی نظام‌مند راهنماها و شواهد موجود	ADAPTE
۴	ارزیابی کیفیت راهنماها	AGREE II
۵	تصمیم‌گیری درباره توصیه‌ها	Evidence to Decision (EtD)،GRADE-ADOLOPMENT
۶	اجماع نظر متخصصان	RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM)
۷	تحلیل رفتار و طراحی مداخلات اجرایی	Theoretical Domains Framework (TDF)
۸	تدوین پیش‌نویس راهنما	Moradi-Joo،ADAPTE
۹	نهایی‌سازی	Moradi-Joo
۱۰	انتشار، آموزش، پیاده‌سازی و پایش	TDF،Moradi-Joo

محیط مطالعه و مشارکت‌کنندگان

مطالعه در نظام سلامت ایران و با تمرکز بر بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات قلب و عروق و مراکز مراقبت در منزل انجام شد. این مراکز شامل واحدهای رسمی مراقبت در منزل وابسته به بیمارستان‌ها و مراکز مستقل دارای مجوز از وزارت بهداشت بودند که خدمات مراقبت پس از ترخیص سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی را ارائه می‌کردند. شرکت‌کنندگان مطالعه در سه گروه اصلی دسته‌بندی شدند:

- اعضای کمیته اجرایی و تیم تدوین راهنما شامل مجری طرح و همکاران پژوهشی با تخصص‌های پرستاری، قلب و عروق، طب سالمندی و روش تحقیق، مسئول برنامه‌ریزی، هماهنگی مراحل، نظارت بر اجرای پروتکل و تضمین کیفیت روش‌شناختی بود.
- اعضای پانل تخصصی راهنما که به‌صورت چندرشته‌ای و بر اساس معیارهای از پیش تعیین‌شده تشکیل شد تا ابعاد بالینی، اجرایی و رفتاری مراقبت در منزل را پوشش دهد. اعضای پانل شامل متخصصان قلب و عروق و طب سالمندی، اعضای هیئت‌علمی پرستاری، پرستاران بخش‌های قلب و مراقبت در منزل، متخصصان توان‌بخشی و تغذیه، روان‌شناسان بالینی، مدیران و سوپروایزرهای پرستاری بود.
- نمایندگان بیماران سالمند مبتلا به نارسایی قلبی و مراقبان خانوادگی آنان که برای انعکاس دیدگاه کاربران نهایی راهنما در فرایند بومی‌سازی انتخاب شدند.

معیارهای انتخاب اعضای پانل شامل سابقهٔ بالینی یا آموزشی مرتبط، آشنایی با مراقبت مبتنی بر شواهد و تمایل به مشارکت فعال در فرایند اجماع بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و از طریق معرفی دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت در منزل انجام شد و در صورت نیاز، از روش گلوله‌برفی برای شناسایی افراد کلیدی استفاده گردید. نمایندگان بیماران و مراقبان خانوادگی بر اساس تجربه اخیر بستری و مراقبت در منزل انتخاب شدند تا دیدگاه آنان در مراحل مختلف تطبیق راهنما لحاظ شود.

مراحل بومی‌سازی راهنما

مرحله اول: آمادگی و تشکیل تیم

در گام نخست، کمیته اجرایی و تیم تخصصی راهنما تشکیل شد. کمیته اجرایی مسئول برنامه‌ریزی، هماهنگی جلسات، زمان‌بندی، مدیریت منابع، نظارت بر اجرای مراحل، مستندسازی تصمیمات و اطمینان از پایبندی به پروتکل بود. اعضای پانل نیز در تعیین دامنه و سؤالات کلیدی، مرور و تفسیر شواهد، ارزیابی مناسب‌بودن و امکان‌پذیری توصیه‌ها و اعتباربخشی راهنمای تطبیق‌یافته مشارکت داشتند.

در آغاز مطالعه، جلسه‌ای توجیهی برای تبیین اهداف، چارچوب روش‌شناختی، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و خروجی‌های مورد انتظار برگزار شد. دامنه راهنما، جمعیت هدف و محیط اجرا با مشارکت اعضای پانل و نمایندگان بیماران و مراقبان خانوادگی تعیین شد تا تصمیمات با نیازهای بیماران و محدودیت‌های نظام سلامت همسو باشد. همچنین، بسته‌های آموزشی شامل خلاصه چارچوب تطبیق، مهم‌ترین راهنماهای بین‌المللی نارسایی قلبی و اصول تصمیم‌گیری و اجماع در اختیار اعضا قرار گرفت تا پیش از آغاز فرایند تطبیق با مبانی روش‌شناختی آشنا شوند.

مرحله دوم: تعیین سؤال‌ها و دامنه با استفاده از PIPOH

پس از تشکیل تیم، سؤالات کلیدی و دامنه راهنما با استفاده از چارچوب PIPOH مشخص شد. در این چارچوب، مؤلفه‌های جمعیت هدف(Population) ، مداخله(Intervention) ، گروه ارائه‌دهندگان خدمت(Professionals) ، پیامدها (Outcomes) و محیط یا بستر سلامت (Health setting and context) به‌صورت نظام‌مند و با مشارکت اعضای پانل تعریف شدند. پیش‌نویس این مؤلفه‌ها توسط کمیته اجرایی تهیه و پس از بررسی در جلسه ساختاریافته، پانل نهایی شد (جدول ۲).

جدول ۲. اجزای چارچوب PIPOH برای بومی‌سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص

مؤلفه	تعریف
جمعیت هدف (Population)	سالمندان ۶۰ سال و بالاتر با تشخیص تأییدشده نارسایی قلبی که پس از بستری در بیمارستان ترخیص شده و در منزل تحت مراقبت قرار می‌گیرند.
مداخله(Intervention)	برنامه‌ای ساختارمند برای مراقبت در منزل به رهبری پرستار که بر مبنای راهنمای بالینی بومی بوده و شامل پایش علائم، آموزش خودمراقبتی و آموزش خانواده، مدیریت دارو، پیگیری و هماهنگی مراقبت است.
گروه ارائه‌دهندگان خدمت (Professionals)	پرستاران متخصص در نارسایی قلبی و مراقبت در منزل که در همکاری با پزشکان و سایر اعضای تیم چندرشته‌ای فعالیت می‌کنند.
پیامدها (Outcomes)	کاهش بستری‌های مجدد و مراجعه به اورژانس قابل پیشگیری به‌عنوان پیامدهای اصلی در نظر گرفته شده است. پیامدهای ثانویه نیز شامل بهبود کیفیت زندگی و خودمراقبتی، افزایش رضایت بیماران و مراقبان خانگی و ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت است.
محیط یا بستر سلامت (Health setting and context)	نظام سلامت ایران است که شامل بخش‌های قلب و عروق بیمارستانی و خدمات مراقبت در منزل وابسته یا مستقل از بیمارستان می‌شود.

براساس چارچوب PIPOH، مجموعه‌ای از سؤالات بالینی برای هدایت شناسایی و ارزیابی راهنماها تدوین شد. این سؤالات حوزه‌هایی مانند پایش علائم در منزل، مدیریت دارو، آموزش و حمایت از خودمراقبتی، هماهنگی مراقبت بین بیمارستان و منزل و نقش پرستاران در تیم چندرشته‌ای را پوشش دادند و مبنای طراحی راهبرد جستجو، تعیین معیارهای انتخاب راهنماها و تصمیم‌گیری درباره پذیرش، تطبیق یا تدوین توصیه‌های جدید قرار گرفتند.

مرحله سوم: جستجوی نظام‌مند راهنماها و شواهد موجود

جستجوی نظام‌مند برای شناسایی راهنماهای عملکرد بالینی و اسناد مرتبط با مدیریت نارسایی قلبی، مراقبت مبتنی بر منزل و مراقبت پس از ترخیص انجام شد. پایگاه‌های تدوین و انتشار راهنماهای بالینی شامل NICE، SIGN، NGC، NHS و RFDS و پایگاه‌های علمی نظیر MEDLINE، PubMed، Embase، CINAHL و Scopus جستجو شدند. همچنین، ادبیات خاکستری از طریق وب‌سایت انجمن‌های علمی، سازمان‌های حرفه‌ای و نهادهای سیاست‌گذار مرتبط، از جمله وزارت بهداشت و انجمن‌های قلب و پرستاری، بررسی شد.

راهبردهای جستجو با استفاده از واژگان کلیدی و مترادف‌های مرتبط با راهنمای بالینی، مراقبت در منزل، سالمندان و نارسایی قلبی و متناسب با ساختار هر پایگاه طراحی شد. از عملگرهای منطقی AND، OR و NOT استفاده شد و نمونه کامل یکی از راهبردهای جستجو در پیوست مقاله ارائه گردید. معیارهای ورود شامل تمرکز راهنما بر مدیریت نارسایی قلبی، مراقبت پس از

ترخیص یا مراقبت در منزل، تدوین یا تأیید توسط نهادهای معتبر، انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی در بازه زمانی تعیین‌شده و دسترسی به اطلاعات روش‌شناختی کافی برای ارزیابی کیفیت بود. راهنماهای فاقد این معیارها حذف شدند. غربالگری در دو مرحله بررسی عنوان و چکیده و سپس متن کامل، به‌صورت مستقل توسط دو پژوهشگر انجام شد و اختلاف‌نظرها از طریق بحث یا داوری پژوهشگر سوم برطرف گردید.

مرحله چهارم: ارزیابی کیفیت راهنماها با استفاده از AGREE II

کیفیت روش‌شناختی و گزارش‌دهی همه راهنماهای شناسایی‌شده با ابزار AGREE II ارزیابی شد. این ابزار شش حوزه دامنه و هدف، مشارکت ذی‌نفعان، دقت و کیفیت متدولوژی تدوین، وضوح ارائه، قابلیت به‌کارگیری و استقلال در ویرایش را در قالب ۲۳ آیتم بررسی می‌کند (جدول ۳). هر آیتم با مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالف تا ۷ = کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود (۲۶).

جدول ۳. حوزه‌ها و معیارهای ارزیابی راهنماها با AGREE II

ردیف	عنوان حیطه	توصیف
۱	چشم‌انداز و هدف	هدف کلی راهنما، پرسش‌های بالینی موردتوجه و جامعه هدف راهنما را بررسی می‌کند.
۲	مشارکت ذی‌نفعان	میزان مشارکت ذی‌نفعان در تدوین راهنما و استفاده از دیدگاه‌های کاربران را ارزیابی می‌کند.
۳	دقت و کیفیت متدولوژی تدوین	روش‌های استفاده شده در جمع‌آوری و جمع بندی شواهد و شیوه های تدوین و به‌روزرسانی توصیه‌ها را ارزیابی می‌کند.
۴	گویایی و ارائه	گویایی متن، ساختار و نحوه ارائه راهنما را بررسی می‌کند.
۵	قابلیت به‌کارگیری	موانع و تسهیل‌کننده‌ها، راهبردهای بهبود و منابع موردنیاز برای کاربرد راهنما را ارزیابی می‌کند.
۶	استقلال در ویرایش	با بررسی تعارض منافع احتمالی گروه تدوینگر، استقلال در ویرایش راهنما را ارزیابی می‌کند.

چند ارزیاب آموزش‌دیده و مجرب در حوزه مراقبت مبتنی بر شواهد، هر راهنما را به‌صورت مستقل ارزیابی کردند. هر راهنما حداقل توسط دو ارزیاب مستقل نمره‌گذاری شد. پیش از آغاز ارزیابی، یک جلسه کالیبراسیون برگزار شد که در آن ارزیابان، راهنمای AGREE II را مرور کردند، یک راهنمای نمونه را به طور مشترک نمره‌گذاری کردند و درباره تفسیر آیتم‌ها و سطوح نمره (۱ تا ۷) به توافق اولیه رسیدند. امتیاز استانداردشده هر حیطه با استفاده از فرمول توصیه‌شده در راهنمای AGREE II محاسبه شد:

$$\text{امتیاز حیطه استاندارد شده} = \frac{\text{امتیاز به دست آمده} - \text{حداقل امتیاز ممکن}}{\text{حداکثر امتیاز ممکن} - \text{حداقل امتیاز ممکن}} \times 100$$

در این فرمول، امتیاز کسب‌شده، مجموع نمرات ارزیابان برای سؤالات هر حیطه است و حداقل و حداکثر امتیاز ممکن به ترتیب برابر ۱ و ۷ ضربدر تعداد سؤالات و ارزیابان است (۲۶). برای سنجش توافق میان ارزیابان، ضریب همبستگی درون‌کلاسی (ICC) برای هر حیطه و امتیاز کلی راهنما محاسبه شد. برای سنجش توافق میان ارزیابان، ضریب همبستگی درون‌کلاسی (ICC)برای امتیاز کلی هر راهنما محاسبه شد. در مواردی که اختلاف شدید میان نمرات مشاهده می‌شد، آیتم‌های مورد اختلاف در جلسه اجماع به‌صورت آیتم به آیتم مرور می‌شدند، ارزیابان دلایل خود را بیان می‌کردند و در نهایت نمرهٔ مشترک پذیرفته‌شده یا میانگین توافقی ثبت می‌گردید. در صورت تداوم اختلاف و نبود توافق، میانگین نمرات ارزیابان به‌عنوان امتیاز نهایی آن آیتم لحاظ شد. این رویکرد جهت افزایش شفافیت در نمره‌گذاری و کاهش تأثیر اختلاف‌های فردی بر امتیاز نهایی راهنماها انجام شد. راهنماها بر اساس امتیاز استاندارد شده در سه سطح طبقه‌بندی شدند:

- کیفیت بالا: امتیاز ≥ ۷۰ درصد در حیطه ۳ و حداقل دو حیطه دیگر.
- کیفیت قابل‌قبول: امتیاز ≥۵۰ درصد در حیطه ۳ و حداقل دو حیطه دیگر.
- کیفیت پایین: سایر راهنماها که از مراحل بعدی کنار گذاشته شدند.

تنها راهنماهای باکیفیت بالا و قابل‌قبول، به‌عنوان منابع اصلی تطبیق انتخاب شدند و راهنماهایی که بالاترین امتیاز را در حیطه دقت و کیفیت متدولوژی تدوین داشتند، برای استخراج و تطبیق توصیه‌ها در اولویت قرار گرفتند.

مرحله پنجم: ارزیابی شواهد و تصمیم‌گیری درباره توصیه‌ها با استفاده از GRADE-ADOLOPMENT و EtD

توصیه‌های راهنماهای منتخب که با دامنه تعیین‌شده در چارچوب PIPOH هم خوانی داشتند، با استفاده از رویکرد GRADE-ADOLOPMENT و ابزار Evidence to Decision (EtD) بررسی شدند؛ مسئولیت این مرحله بر عهده زیرگروهی از اعضای کمیته

اجرایی و پانل بود. کیفیت شواهد هر توصیه با درنظرگرفتن خطر سوگیری، ناسازگاری، عدم دقت و غیرمستقیم بودن شواهد در چهار سطح «بالا»، «متوسط»، «پایین» و «بسیار پایین» ارزیابی شد. سپس، بر اساس چارچوب EtD، هر توصیه از نظر توازن پیامدهای مطلوب و نامطلوب، قطعیت شواهد، استفاده از منابع و پیامدهای اقتصادی، عدالت، مقبولیت، امکان‌پذیری و ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و مراقبان، تحلیل گردید.

بر این اساس، توصیه‌ها در سه دسته قرار گرفتند:

- پذیرش (Accept): توصیه‌های قابل‌استفاده بدون تغییر اساسی، مانند پایش روزانه وزن و علائم احتقان در منزل.
- تطبیق (Adapt): توصیه‌هایی که با حفظ هسته اصلی، متناسب با ساختار نظام سلامت، منابع و شرایط فرهنگی تعدیل شدند؛ مانند تغییر تعداد یا نوع پیگیری تلفنی و حضوری.
- توصیه جدید (De novo): مواردی که در راهنماهای منبع، پوشش داده نشده بودند یا در بافت ایران نیازمند توصیه مجزا بودند. برای تدوین این توصیه‌ها، ابتدا شواهد موجود در راهنماهای بالینی، مرورهای نظام‌مند و مطالعات داخلی مرتبط استخراج و خلاصه شد و سپس در جلسات ساختاریافته پانل، همراه باتجربه و نظر خبرگان، به توصیه‌های جدید تبدیل گردید. توصیه‌های De novo که عمدتاً بر شواهد منتشرشده استوار بودند، به‌عنوان «توصیه‌های مبتنی بر شواهد» و توصیه‌هایی که بیشتر بر اجماع متخصصان و شرایط اجرایی بومی تکیه داشتند، به‌صورت «اجماع خبرگان» در متن راهنما مشخص شدند تا تمایز میان سطح شواهد و نوع تصمیم‌گیری شفاف باشد.

تصمیم‌گیری درباره Accept، Adapt یا De novo در جلسات ساختاریافته پانل انجام شد و نتایج GRADE و تحلیل‌های EtD مبنای بحث قرار گرفت. همه تصمیمات همراه با استدلال‌ها، سطح شواهد و ملاحظات زمینه‌ای در جداول EtD مستندسازی شد (۲۵–۲۸).

مرحله ششم: اجماع خبرگان با استفاده از روش RAND/UCLA

برای نهایی‌سازی توصیه‌ها و تعیین مناسب‌بودن اقدامات بالینی، از روش RAND/UCLA Appropriateness Method استفاده شد (۲۹). فهرست توصیه‌های پیشنهادی حاصل از مراحل GRADE-ADOLOPMENT و EtD در قالب جداول برای اعضای پانل ارسال شد.

در مرحله نخست، اعضای پانل هر توصیه را به‌صورت مستقل و بر اساس نسبت سود به زیان، شواهد و شرایط بالینی در مقیاس ۱ تا ۹ امتیازدهی کردند. نتایج برای محاسبه میانه، پراکندگی نمرات و شناسایی موارد توافق و اختلاف به کار رفت. در مرحله دوم، جلسه حضوری برگزار و پس از ارائه نتایج اولیه و بحث گروهی، امتیازدهی نهایی انجام شد. توصیه‌ها بر اساس میانه و پراکندگی نمرات در سه دسته «مناسب»، «نامناسب» و «نامطمئن» طبقه‌بندی شدند و توصیه‌های مناسب در پیش‌نویس نهایی راهنما قرار گرفتند. توصیه‌هایی که اساساً بر نتایج جلسات RAND/UCLAو اجماع اعضای پانل استوار بودند و شواهد منتشرشده محدود یا غیرقطعی داشتند، در متن راهنما به طور مشخص به‌عنوان «اجماع خبرگان» مشخص شدند تا از توصیه‌های مبتنی بر شواهد تفکیک شوند.

مرحله هفتم: ارزیابی کیفی موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای مبتنی برTDF

برای ارزیابی امکان‌پذیری اجرای راهنما، موانع و تسهیل‌کننده‌های رفتاری در سطح پرستاران، سایر ارائه‌دهندگان و مراقبان با استفاده از Theoretical Domains Framework (TDF) تحلیل شد (۳۰, ۳۱). داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق مبتنی بر TDF گردآوری شدند و همه مصاحبه‌ها ضبط و رونویسی شدند. رونوشت‌ها با رویکرد تحلیل محتوای جهت‌دار، مبتنی بر ۱۴ حیطه TDF کدگذاری شدند. ابتدا دو پژوهشگر به طور مستقل بخش‌هایی از متن را که حاوی موانع یا تسهیل‌کننده‌های اجرای راهنما بودند شناسایی و به‌صورت «کدهای اولیه» استخراج کردند. فهرست کدها در جلسه مشترک مرور شد و کدهای مشابه ادغام و کدهای مبهم بازتعریف شدند تا مرز و برچسب هر کد روشن شود. سپس هر کد اولیه بر اساس تعاریف عملیاتی حیطه‌های TDF (مانند دانش، مهارت‌ها، باورهای توانمندی، باورهای پیامد، نقش و هویت حرفه‌ای، زمینه و منابع محیطی، نفوذهای اجتماعی و تنظیم رفتار) به یکی از ۱۴ حیطه اختصاص یافت. دو پژوهشگر حیطهٔ متناظر، هر کد را به طور مستقل تعیین کردند و اختلاف‌نظرها در جلسه اجماع با حضور پژوهشگر سوم بررسی و حیطهٔ نهایی با توافق مشخص شد.

پس از این مرحله، کدهای اولیه در هر حیطه گروه‌بندی و مضامین اصلی برای موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای راهنما استخراج گردید. به‌عنوان‌مثال، کدهایی مانند «ناآشنایی با راهنما»، «آموزش ناکافی در دوران خدمت» و «ابهام در وظایف» در حیطه‌های دانش و نقش و هویت حرفه‌ای قرار گرفتند و به‌صورت مضمون «کمبود آموزش و نقش‌های نامشخص پرستاران» گزارش شدند. برای افزایش اعتبار یافته‌ها، بخشی از رونوشت‌ها به طور مستقل توسط دو پژوهشگر کدگذاری شد و اختلاف‌ها از طریق بحث یا مشورت با پژوهشگر سوم برطرف گردید. معیارهای لینکلن و گوبا (مقبولیت، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و

انتقال‌پذیری) در طراحی و گزارش این بخش رعایت شد. یافته‌های TDF برای طراحی مداخلات اجرایی پیشنهادی، از جمله برنامه‌های آموزشی، چک‌لیست‌ها و ابزارهای پیگیری، به کار رفت و گزارش تفصیلی آن‌ها به مطالعات آینده اجرای راهنما موکول شد.

مرحله هشتم: تدوین پیش‌نویس راهنمای بومی

بر اساس توصیه‌های مورد اجماع، شواهد گردآوری‌شده و یافته‌های تحلیل رفتاری مبتنی بر TDF، پیش‌نویس نخست راهنمای بومی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی تدوین شد. ساختار راهنما شامل مقدمه، دامنه و هدف، تعاریف، جمعیت هدف، توصیه‌های بالینی طبقه‌بندی‌شده همراه با سطح شواهد و شدت توصیه، الگوریتم‌ها و مسیرهای مراقبتی و ضمائمی مانند چک‌لیست‌ها، فرم‌های ثبت، مواد آموزشی و نکات اجرایی متناسب با نظام سلامت کشور بود. پیش‌نویس از نظر صحت علمی، وضوح نگارشی، انطباق با استانداردهای تدوین راهنما، تناسب با نظام سلامت و قابلیت اجرا توسط تیم تدوین بازبینی و اصلاح شد. سپس برای صاحب‌نظران مستقل ارسال شد و بازخوردها در نسخه نهایی اعمال گردید.

مرحله نهم: نهایی‌سازی راهنما

در این مرحله، متن راهنما بر اساس بازخوردهای داخلی و خارجی نهایی شد و به‌صورت سندی نظام‌مند، شفاف و قابل‌استفاده برای ممیزی و بهبود کیفیت بالینی تدوین گردید. توصیه‌ها به‌صورت عبارات روشن و تاحدامکان قابل‌سنجش تنظیم و جداول خلاصه توصیه‌ها، الگوریتم‌های تصمیم‌گیری و ابزارهای کمکی مانند چک‌لیست‌ها و فرم‌های ثبت تکمیل شدند تا استفاده عملی از راهنما تسهیل شود. نسخه نهایی از نظر انطباق با استانداردهای بین‌المللی تدوین و گزارش راهنماهای بالینی و هم خوانی با سیاست‌ها و دستورالعمل‌های ملی مرتبط بررسی شد.

مرحله دهم: انتشار، آموزش، پیاده‌سازی و پایش

در مرحله پایانی، برنامه انتشار و پیاده‌سازی راهنما تدوین شد. نسخه نهایی در اختیار مراکز مرتبط، پرستاران مراقبت در منزل و سایر ذی‌نفعان، از جمله متخصصان قلب و عروق، مدیران مراکز مراقبت در منزل و سیاست‌گذاران قرار گرفت. همچنین، برنامه‌های آموزشی حضوری و غیرحضوری و ابزارهای کمکی مانند پمفلت‌های آموزشی، چک‌لیست‌های مراقبت در منزل، فرم‌های پایش علائم و نمودارهای پیگیری برای آموزش پرستاران، بیماران و مراقبان خانوادگی به‌منظور اجرای راهنما در منزل طراحی شدند.

برای پایش اجرای راهنما، شاخص‌هایی مانند نرخ بستری مجدد در ۳۰ و ۹۰ روز پس از ترخیص، تعداد مراجعات به اورژانس، کیفیت زندگی بیماران، میزان پایبندی پرستاران به راهنما و رضایت بیماران و خانواده‌ها به‌عنوان شاخص‌های پیشنهادی تعریف شدند. برنامه اولیه پایش، نحوه گردآوری و تحلیل این داده‌ها را برای استفاده در مطالعات آینده تشریح کرد تا اثربخشی راهنما و نیاز به اصلاحات احتمالی ارزیابی شود. همچنین، بازنگری دوره‌ای راهنما متناسب با شواهد جدید و تغییرات نظام سلامت پیش‌بینی شد تا راهنما در طول زمان به‌روز، مرتبط و قابل‌اجرا باقی بماند.

بحث

این پروتکل یک رویکرد نظام‌مند برای بومی‌سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان در نظام سلامت ایران ارائه می‌کند. دوره پس از ترخیص یکی از حساس‌ترین مراحل مراقبت است، زیرا خطر تشدید علائم، مراجعه مجدد و بستری مجدد در این دوره افزایش می‌یابد (۷). راهنماهای بین‌المللی بر اهمیت مراقبت انتقالی و مراقبت مبتنی بر منزل تأکید کرده‌اند، اما اجرای توصیه‌ها به دلیل تفاوت در ساختار نظام‌های سلامت، منابع، نقش‌های حرفه‌ای و ویژگی‌های فرهنگی با چالش مواجه است و بر میزان استفاده و اثربخشی راهنماها تأثیر می‌گذارد (۳۲, ۳۳)؛ بنابراین تطبیق و بومی‌سازی راهنماهای مبتنی بر شواهد برای افزایش قابلیت اجرا در بسترهای محلی ضروری است.

مطالعه حاضر در امتداد تلاش‌های بین‌المللی برای بهبود مراقبت انتقالی و مراقبت در منزل بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قرار می‌گیرد (۱۴). در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی مدل‌های مراقبت در منزل، برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر منزل و مداخلات کاهش بستری مجدد را توسعه داده‌اند (۳۴–۳۶)، اما اغلب بر اثربخشی مداخلات یا طراحی مدل‌های خدمت تمرکز داشته و کمتر به فرایند بومی‌سازی نظام‌مند راهنماهای بالینی و عوامل مؤثر بر پذیرش توصیه‌ها پرداخته‌اند. در این پروتکل، فرایند تطبیق راهنما از ابتدا با نیازها، ظرفیت‌ها و شرایط واقعی نظام سلامت ایران همسو شده و زمینه اجرای توصیه‌ها به‌صورت عملی در نظر گرفته شده است.

نوآوری اصلی این مطالعه در تلفیق فرایند تطبیق راهنما با رویکردهای علم اجرا است. بسیاری از مطالعات بومی‌سازی بر انطباق محتوای توصیه‌ها تمرکز می‌کنند، درحالی‌که موفقیت راهنما به عوامل رفتاری، سازمانی و محیطی نیز وابسته است (۳۷). در این پروتکل، علاوه بر ارزیابی شواهد و اجماع خبرگان، از چارچوب TDF برای شناسایی نظام‌مند موانع و

تسهیل‌کننده‌های اجرای راهنما استفاده شده تا توصیه‌های نهایی دارای اعتبار علمی، متناسب با شرایط اجرایی و با احتمال‌پذیرش و پایداری بیشتر در محیط واقعی باشند (۲۹). مشارکت بیماران سالمند مبتلا به نارسایی قلبی و مراقبان خانوادگی در فرایند بومی‌سازی نیز از نقاط قوت پروتکل است و به انعکاس بهتر نیازها، ترجیحات و چالش‌های کاربران نهایی و افزایش مقبولیت و قابلیت اجرای راهنما کمک می‌کند.

در این پروتکل، آموزش به‌عنوان محور اصلی مراقبت در منزل در دو سطح بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت در نظر گرفته شده است. راهنما در سطح بیماران و مراقبان خانوادگی بر آموزش ساختارمند خودمراقبتی درباره شناخت علائم هشدار، تنظیم دارو، تغذیه، فعالیت، پایش روزانه و زمان مناسب مراجعه تأکید می‌کند که می‌تواند به کاهش بستری مجدد و بهبود پیامدهای بالینی منجر شود (۳۸). در سطح پرستاران، طراحی دوره‌های آموزشی تخصصی و چک‌لیست‌های استاندارد برای آموزش خودمراقبتی نارسایی قلبی ضروری است؛ زیرا شواهد نشان می‌دهد دانش پرستاران در حوزه‌های کلیدی خودمراقبتی، به‌ویژه علائم هشدار و مدیریت مایعات، ناکافی بوده و با مداخلات آموزشی هدفمند به طور معناداری بهبود می‌یابد (۳۹).

چالش‌های اخلاقی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی نیز در طراحی پروتکل مدنظر قرار گرفته است. این چالش‌ها شامل حفظ استقلال و کرامت سالمند، احترام به ترجیحات فردی، عدالت در دسترسی به خدمات، محرمانگی اطلاعات در محیط منزل و پیشگیری از فشار بیش از حد بر مراقبان خانوادگی است؛ موضوعاتی که در مطالعات اخلاق پرستاری در مراقبت از سالمندان چند بیماری نیز موردتأکید قرار گرفته است (۴۰, ۴۱). مشارکت بیماران و مراقبان در فرایند بومی‌سازی، استفاده از اجماع خبرگان و طراحی مسیرهای مراقبت مبتنی بر تصمیم‌گیری مشترک می‌تواند به کاهش این تنش‌های اخلاقی و تقویت اخلاق مراقبت در منزل کمک کند.

انتظار می‌رود خروجی این پروتکل، پیامدهای مثبتی در سطوح مختلف باشد. در سطح بیمار، راهنمای بومی‌سازی شده می‌تواند از طریق تقویت خودمراقبتی، بهبود آموزش بیماران و مراقبان خانوادگی و ارتقای تداوم مراقبت، به کاهش بستری‌های مجدد و بهبود کیفیت زندگی کمک کند (۴۲). در سطح ارائه‌دهندگان خدمت، استفاده از توصیه‌ها و ابزارهای استاندارد، هماهنگی میان اعضای تیم درمان را افزایش داده و ناهمگونی در ارائه مراقبت را کاهش می‌دهد (۴۳). در سطح نظام سلامت نیز این راهنما می‌تواند مبنایی برای استانداردسازی خدمات، توسعه برنامه‌های آموزشی، پایش کیفیت مراقبت و استفاده کارآمدتر از منابع را فراهم سازد (۴۴) و تجربه حاصل از این فرایند در آینده برای بومی‌سازی راهنماهای سایر بیماری‌های مزمن به کار رود.

نتیجه‌گیری

این پروتکل یک چارچوب نظام‌مند و مبتنی بر شواهد برای بومی‌سازی راهنمای بالینی مراقبت در منزل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی پس از ترخیص از بیمارستان در ایران ارائه می‌کند. با تأکید بر آموزش خودمراقبتی، آموزش پرستاران و توجه به چالش‌های اخلاقی مراقبت در منزل سالمندان، این پروتکل می‌تواند به ارتقای کیفیت آموزش، بهبود پیامدهای بالینی و تقویت اخلاق مراقبت در نظام سلامت کمک کند. ویژگی متمایز این رویکرد، تلفیق فرایند تطبیق راهنما با اجماع خبرگان و چارچوب‌های علم اجرا است که می‌تواند به توسعه راهنمایی منطبق با شرایط نظام سلامت ایران و قابل‌اجرا در محیط واقعی مراقبت منجر شود. انتظار می‌رود خروجی این فرایند، زمینه استانداردسازی مراقبت در منزل، ارتقای کیفیت خدمات و توسعه مطالعات آینده در حوزه اجرای راهنماهای بالینی را فراهم سازد.

باوجود نقاط قوت روش‌شناختی، چند محدودیت باید موردتوجه قرار گیرد. نخست، این مقاله یک پروتکل پژوهشی است و اثربخشی راهنمای نهایی بر پیامدهای بالینی، تجربیات بیماران یا هزینه‌های مراقبت را گزارش نمی‌کند؛ ارزیابی این پیامدها نیازمند مطالعات اجرایی و ارزیابی‌های بعدی خواهد بود. دوم، کیفیت توصیه‌های نهایی تا حدی به کیفیت و جامعیت راهنماهای منبع و شواهد موجود وابسته است. سوم، باوجود تلاش برای جلب مشارکت گروه‌های مختلف ذی‌نفع، ممکن است دیدگاه برخی افراد یا محیط‌های ارائه خدمت به طور کامل منعکس نشده و انتقال‌پذیری یافته‌ها تحت‌تأثیر قرار گرفته باشد. همچنین تفاوت در زیرساخت‌ها، منابع انسانی و ظرفیت اجرایی مناطق مختلف کشور می‌تواند بر پذیرش و اجرای راهنما تأثیر بگذارد؛ بنابراین بررسی اثربخشی، قابلیت اجرا، پذیرش، پایداری و هزینه اثربخشی راهنمای بومی‌سازی شده در محیط‌های مختلف ارائه خدمت می‌تواند از اولویت‌های پژوهشی آینده در این حوزه باشد.

ملاحظات اخلاقی

گردآوری داده‌ها و فرایند بومی‌سازی راهنما پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده پرستاری، مدیریت و توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (IR.MUI.NUREMA.REC.1400.175)آغاز شد. در بخش‌های مبتنی بر تطبیق راهنما و مرور اسناد، هیچ مداخله مستقیمی بر بیماران انجام نشد و تحلیل‌ها صرفاً بر اساس راهنماهای موجود و شواهد علمی صورت گرفت. در بخش کیفی، پیش از مصاحبه‌ها،

اهداف، روش انجام مطالعه، منافع و مخاطرات احتمالی توضیح داده شد و بر داوطلبانه بودن مشارکت و محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید. سپس رضایت آگاهانه کتبی از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد که در هر زمان می‌توانند بدون پیامد منفی شغلی یا درمانی از مطالعه خارج شوند. فایل‌های صوتی و متن مصاحبه‌ها بدون اطلاعات هویتی ذخیره و به‌صورت امن نگهداری شد و دسترسی به داده‌ها محدود به اعضای تیم پژوهش بود. تمام روال‌ها مطابق اصول اخلاقی اعلامیه هلسینکی و مقررات ملی پژوهش‌های دارای مشارکت انسان انجام شد (۴۵). در طراحی پروتکل، گردآوری و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله از هیچ‌گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشد و تمامی مراحل توسط پژوهشگران انجام گردید.

تضاد منافع

در تهیهٔ پروتکل این راهنمای بالینی، تعارض منافعی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مقاله، به یک‌میزان در تهیه آن همکاری داشتند.

حمایت مالی

این مطالعه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (کد طرح ۲۴۰۰۱۷۲) پشتیبانی شد. نهاد تأمین مالی هیچ نقشی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری، تجزیه‌وتحلیل و تفسیر داده‌ها یا نوشتن متن مقاله نداشت.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی اعضای پانل متخصصان، مشارکت‌کنندگان و از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای تصویب و حمایت مالی از این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

1. Ogugua J, Muonde M, Paschal Maduka C, O Olorunsogo T, Omotayo O. Demographic shifts and healthcare: A review of aging populations and systemic challenges. International Journal of Science and Research Archive. 2024;11(1):383-95. doi:10.30574/ijsra.2024١١.١.٠٠٦٧.
2. Krenz A, Strulik H. Physiological aging in India: The role of the epidemiological transition. PloS one. 2023;18(7):e0287259. doi:10.1371/journal.pone.0287259
3. Salehi N, Afrashteh MY, Majzoobi MR, Ziapour A, Janjani P, Karami S. Does coping with pain help the elderly with cardiovascular disease? The association of sense of coherence, spiritual well-being and self-compassion with quality of life through the mediating role of pain self-efficacy. BMC geriatrics. 2023;23(1):393. doi:10.1186/s12-٠٤٠٨٣-٠٢٣-٨٧٧x
4. Zarrin A, Tourchian N, Heckman GA. Chronic Disease Self-Management Among Iranian Older Adults: A Scoping Review. Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society. 2020;39(8):922-30. doi:10.117٠٧٣٣٤٦٤٨١٩٨٣٢١٩٨/٧
5. de Freitas EV, Batlouni M, Gamarsky R. Heart failure in the elderly. Journal of geriatric cardiology : JGC. 2012;9(2):101-7. doi:10.3724/sp.j.1263.2011.12295
6. Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure: An Updated Review. Cardiac failure review. 2023;9:e11. doi:10.15420/cfr.2023.05
7. Bozkurt B, Savarese G, Adamsson Eryd S, Bodegård J, Cleland JGF, Khordoc C, et al. Mortality, Outcomes, Costs, and Use of Medicines Following a First Heart Failure Hospitalization: EVOLUTION HF. JACC Heart failure. 2023;11(10):1320-32. doi:10.1016/j.jchf.2023.04.017
8. Baudry G, Pereira O, Duarte K, Ferreira J, Savarese G, Welter A, et al. Risk of readmission and death after hospitalization for worsening heart failure: Role of post-discharge follow-up visits in a real-world study from the Grand Est Region of France. European journal of heart failure. 2024;26(2):342-54. doi:10.1002/ejhf.3103
9. Zahed Nakhjiri L, Darvishpour A, Pourghane P, Gholami Chaboki B .Assessing the Self-care Status in Older Adults Diagnosed with Heart Failure and Hospitalized in the Cardiovascular Intensive Care Units of the Public Hospitals in the East of Guilan, Iran (2020). Iran Journal of Nursing. 2021;34(129):67-81. doi:10.29252/ijn.34.129.67. [Persian].
10. Mai Ba H, Son YJ, Lee K, Kim BH. Transitional Care Interventions for Patients with Heart Failure: An Integrative Review. International journal of environmental research and public health. 2020;17(8). doi:10.3390/ijerph17082925
11. Heo M ,Taaffe K, Ghadshi A, Teague LD, Watts J, Lopes SS, et al. Effectiveness of Transitional Care Program among High-Risk Discharged Patients: A Quasi-Experimental Study on Saving Costs, Post-Discharge Readmissions and Emergency Department Visits. International journal of environmental research and public health. 2023;20(23). doi:10.3390/ijerph20237136
12. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Oliveti A, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. International journal of nursing studies. 2020;101:103396. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103396
13. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. European journal of heart failure. 2017;19(11):1427-43. doi:10.1002/ejhf.765

14.McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European heart journal. 2021;42(36):3599-726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
15.Brignardello-Petersen R, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. How to Interpret and Use a Clinical Practice Guideline or Recommendation: Users' Guides to the Medical Literature. Jama. 2021;326(15):1516-23. doi:10.1001/jama.2021.15319
16.Maaløe N, Ørtved AMR, Sørensen JB, Sequeira Dmello B, van den Akker T, Kujabi ML, et al. The injustice of unfit clinical practice guidelines in low-resource realities. The Lancet Global health. 2021;9(6):e875-e9. doi:10.1016/s2214-109x(21)00059-0
17.Irajpour A, Maleki F, Shati M, Najafii MR. Home health care of Iranian elderly with dementia: Study protocol for guideline adaptation. Journal of education and health promotion. 2023;12:8. doi:10.4103/jehp.jehp_1706_21
18.Keshvari M, Yazdan Nik A, Khorvash F, Zainli Hosseinabadi A. Localization of clinical guidelines for pressure ulcer prevention in hospitalized elderly people: Tool localization study protocol. Education and Ethics in Nursing. 2024;13:20-9. doi:10.22034/ethic.2024.2034552.1080. [Persian].
19.Shafiee Z, Ghahari M, Hosseini M, Rezaee M, Rassafiani M. Localization of occupational therapy clinical practice guideline to improve the upper extremity function in patients with stroke: an integrative review and expert panel. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2015;4(3):166-80. doi:10.22037/jrm.2015.1100161. [Persian].
20.Keshvari M, Safiri S, Karimi T, Hashemi M, S. Localization of clinical guidelines for home care of elderly patients with stroke: A Study Protocol. Education and Ethics in Nursing. 2025;13:173-83. doi:10.22034/ethic.2025.2043957.1137. [Persian].
21.Dehbozorgi R, Fereidooni-Moghadam M, Shahriari M, Moghimi-Sarani E. How can healthcare providers involve with families in the care of patients with chronic mental illness? A mixed methods protocol study to adapt the clinical practice guideline. Journal of education and health promotion. 2023;12(1):424. doi:10.4103/jehp.jehp_1292_22
22.Gorgani F, Naderian M, Khatibzadeh S, Amin A, Farzi Y, Beyranvand MR, et al. Healthcare performance for patients with heart failure in Iran: addressing the tip of the iceberg. BMC health services research. 2024;24(1):1317. doi:10.1186/s12913-024-11699-1
23.Darabi F, Ziapour A, Mohamadkhah F, Malekian S, Salimi Y, Janjani P, et al. Factors Related to Self-Care Behaviors' in Chronic Heart Failure Patients: A Cross-Sectional Study in Western Iran. American journal of health promotion. 2025;39(7):1016-26. doi:10.1177/08901171251330513
24.Moradi-Joo M, Olyaeemanesh A, Akbari-Sari A, Rayegani SM. Adaptation Frameworks for Clinical Guidelines and Proposing a Framework for Iran: A Review and Comparative Study. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2022;36(10):10. doi:10.47176/mjiri.36.10
25.Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. Journal of Clinical Epidemiology. 2011;64(4):383-94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
26.Brouwers MC, Graham ID, Hanna SE, Cameron DA, Browman GP. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Hamilton (ON): Guideline International Network ٤٢١ .٢٠٠٩ ;p.
27.Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2010;182(18):E839-42. doi:10.1503/cmaj.090449
28.Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. Health research policy and systems. 2018;16(1):45. doi:10.1186/s12961-018-0320-2
29.Fitch K, Santa M. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica (CA): RAND; 2001.
30.Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implementation Science. 2017;12(1):77. doi:10.1186/s13012-017-0605-9
31.Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implementation Science. 2012;7(1):37. doi:10.1186/1748-5908-7-37
32.Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Contreras JAP, Borrero AMP, Patiño-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. Health research policy and systems. 2020;18(1):74. doi:10.1186/s12961-020-00588-8
33.Zhou P, Chen L, Wu Z, Wang E, Yan Y, Guan X, et al. The barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines in healthcare: an umbrella review of qualitative and quantitative literature. J Clin Epidemiol. 2023;162:169-81. doi:10.1016/j.jclinepi.2023.08.017
34.DeJong C, Durstenfeld MS, Davis JD, Wang CS, Riley ED, Huffman MD, et al. Delivering guideline-directed medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction as an over-encapsulated polypill: rationale and protocol for the COMBO-HF-X pilot crossover randomised clinical trial. BMJ open. 2025;15(3):e093663. doi:10.1136/bmjopen-2024-093663
35.Chai K, Luo Y, Zhang M, Liu Y, Li Y, Cheng Y, et al. Effects of empagliflozin on cardiac structure, function and biomarkers in patients with heart failure with preserved ejection fraction: study protocol for a randomised, placebo-controlled prospective trial. BMJ open. 2023;13(8):e070766. doi:10.1136/bmjopen-2022-070766
36.Yan CL, Snipelisky D, Velez M, Baran D, Estep JD, Bauerlein EJ, et al. Protocol-driven approach to guideline-directed medical therapy optimization for heart failure: A real-world application to recovery. American heart journal plus : cardiology research and

practice. 2024;45:100438. doi:10.1016/j.ahjo.2024.100438
37. Azizzadeh M, Babaie J, Janati A, Hajebrahimi S. Solutions of clinical guideline implementation in Iran: A qualitative study. Journal of education and health promotion. 2025;14(199). doi:10.4103/jehp.jehp_1648_23
38. Li Y, Fang J, Li M, Luo B. Effect of nurse-led hospital-to-home transitional care interventions on mortality and psychosocial outcomes in adults with heart failure: a meta-analysis. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2022;21(4):307-17. doi:10.1093/eurjcn/zvab105
39. Chi SY, Soh KL, Raman RA, Ong SL, Soh KG. Nurses' knowledge of heart failure self-care education: A systematic review. Nursing in critical care. 2022;27(2):172-86. doi:10.1111/nicc.12758
40. Alodhialah AM, Almutairi AA, Almutairi M. Ethical and Legal Challenges in Caring for Older Adults with Multimorbidities: Best Practices for Nurses. Healthcare (Basel). 2024;12(16). doi:10.3390/healthcare12161585
41. Zhu J, Shi K, Yang C, Niu Y, Zeng Y, Zhang N, et al. Ethical issues of smart home-based elderly care: A scoping review. Journal of nursing management. 2022;30(8):3686-99. doi/١٠،١١١١:jonm.13521
42. Tran HH, Thu A, Brilhante M, Twayana AR, Fuertes A, Gonzalez M, et al. Evidence-Based Quality Improvement Strategies to Reduce 30-Day Readmission Rates in Heart Failure Patients. Cardiology in review. 2025. doi:10.1097/CRD.٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠١٠٣٩
43. Pereira VC, Silva SN, Carvalho VKS, Zanghelini F, Barreto JOM. Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. Health research policy and systems. 2022;20(1):13. doi:10.11/٨٦s12961-022-00815-4
44. Busse R, Klazinga N, Panteli D. Clinical Practice Guidelines as a quality strategy. In: Panteli D, Legido-Quigley H, Reichebner C, editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 53. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
45. Goodyear MD, Krleza-Jeric K, Lemmens T. The Declaration of Helsinki. BMJ (Clinical research ed). 2007;335(7621):624-5. doi:10.1136/bmj.39339.٦١٠٠٠٠.BE