

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۳ / دکتر لاله قدیریان و دکتر آزاده سیاری فرد

راهنمای سلامت عمومی

فهرست مطالب

۲	اهداف درس
۲	مقدمه
۲	ضرورت و اهمیت
۳	راهنمای سلامت عمومی
۴	روش شناسی تولید راهنما
۴	انتخاب موضوع دارای اولویت برای تولید راهنما
۵	تشکیل گروه
۶	تعیین گستره راهنما
۶	طراحی سوالاتی که راهنما در پاسخ به آنها توصیه‌ها را ارائه می‌دهد
۶	جستجوی منابع معتبر برای جمع آوری شواهد
۷	بررسی کیفیت شواهد و تحلیل یافته‌ها
۷	تدوین توصیه‌ها
۸	اجرائی سازی راهنما
۸	منابع برای مطالعه بیشتر
۸	منابع

راهنمای سلامت عمومی Public Health Guideline

دکتر لاله قدیریان و دکتر آزاده سیاری فرد

مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت سلامت و مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار، بتواند:

- محصولات دانشی و انواع آن را بشناسد
- راهنمای سلامت عمومی را توصیف کند
- ضرورت استفاده از راهنمای سلامت عمومی را بشناسد
- رویکردهای مختلف انتخاب موضوعات سلامت دارای اولویت را بشناسد
- مراحل تولید راهنمای سلامت عمومی را توصیف کند
- سازمان‌های اصلی تولیدکننده راهنماهای سلامت عمومی را بشناسد.

مقدمه

توسعه جوامع و گسترش نظام‌های سلامت در کنار رشد سریع علوم پزشکی و سلامت، بیش از پیش حس نیاز به وجود محصولاتی را به منظور کمک به مدیریت و ارائه هر چه بهتر خدمات مرتبط با سلامت، ایجاد کرده است. این محصولات دانشی در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمات و تدوین سیاست‌های کلان سلامت، از دانش روز و بر مبنای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، تهیه می‌شوند. این محصولات، ابزارهایی برای اجرایی و عملکردی نمودن یافته‌های پژوهش در عرصه ارائه خدمات، توسط تغییر دادن روش ارائه و معرفی این شواهد به ارائه‌کنندگان خدمت، بصورتی که متناسب با فضا و نوع کار آنان، قابل فهم و عملکردی باشد هستند. از این نوع ارائه دانش، اغلب با عنوان “دانش کاربردی” نیز نام برده می‌شود که دانش مرتبط با عمل بوده و به گونه‌ای طراحی و ارائه می‌گردد که بتوان به راحتی از آن برای تصمیم‌گیری در شرایط واقعی استفاده کرد.

مدیریت دانش^۱ بعنوان یک دیسیپلین، از سال ۱۹۹۱ بصورت فرایند جمع آوری، توسعه، به اشتراک گذاری و بکارگیری موثر دانش، شناخته شده است. مدیریت دانش مجموعه‌ای از رویکردهای سیستماتیک برای کمک به جریان اطلاعات و دانش برای استفاده بهتر افراد است که همچنین به دسترسی افراد به دانش و اطلاعات در زمان فرمت مناسب، کمک نموده و باعث بهبود عملکرد و افزایش اثربخشی عملکرد با صرف هزینه کمتر می‌گردد.

ضرورت و اهمیت

روزانه شواهد علمی بسیاری تولید می‌شود که اغلب آن‌ها بخاطر نحوه ارائه و انتشار، توسط افراد ارائه کننده مراقبت‌های سلامت بطور مستقیم قابل استفاده نبوده و به همین دلیل در بسیاری از موارد به کار گرفته نمی‌شود. برای اینکه دانش تولید شده توسط محققین، موثر و در عرصه عملی تأثیرگذار باشد، باید با شرایطی که قرار است در آن بکار گرفته شود همخوان شود، بصورتی که در عمل قابل اجرا باشد.

طراحی، تدوین و اجرایی‌سازی^۲ محصولات دانشی مورد نیاز در نظام سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین به شمار می‌آید و هم اکنون نیاز به وجود این محصولات به خوبی در کشور شناخته شده است و در همین راستا در دستور کار، قرار گرفته و انواع محصولات دانشی تولید شده در ایران شامل راهنمای سلامت عمومی، راهنمای بالینی، راهنمای تصمیم‌گیری بیماران، استاندارد خدمت، پروتکل، الگوریتم، مسیر بالینی، در سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور قابل دسترس می‌باشد.

راهنمای سلامت عمومی^۳

راهنمای سلامت عمومی، متشکل از توصیه‌هایی بر اساس ارزیابی جامع و عینی از شواهد علمی موجود و شرایط جامعه بوده و اطلاعاتی در مورد آنچه سیاستگذاران، ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت یا بیماران می‌توانند برای پیشگیری از بیماری یا بهبود سلامت انجام دهند، ارائه می‌کند. در واقع توصیه‌ها به تصمیم‌گیری آگاهانه ارائه دهندگان و گیرندگان مراقبت‌های بهداشتی و سایر ذی‌نفعان سلامت در انتخاب بین گزینه‌های مختلفی از مداخلاتی که بر سلامت تأثیر می‌گذارند و پیامد استفاده از منابع را نیز دارند، کمک می‌کنند. راهنمای سلامت عمومی می‌تواند برای یک جمعیت بزرگ مانند یک کشور (مانند پیشگیری از چاقی) و یا برای یک موضوع خاص (مانند مصرف سیگار یا مواد مخدر)، یک جمعیت خاص (مانند دانش آموزان) یا یک محیط خاص (مانند محل کار) تهیه شده باشد.

نکته قابل توجه این است که توصیه‌های مندرج در راهنما، مسئولیت فردی ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت برای تصمیم‌گیری مناسب در شرایط افراد یا جامعه را کنار نمی‌گذارد.

یکی از موارد دارای اهمیت کاربرد راهنماهای سلامت عمومی، کمک به اطمینان از عدم تبعیض در ارائه خدمات سلامت بین افراد به دلایلی مانند سن، ناتوانی، جنسیت، بارداری و زایمان، نژاد یا قومیت، وضعیت اجتماعی

¹ Knowledge management

² Implementation

³ Public Health Guidance

- و اقتصادی و دیگر موارد و برابری تمام افراد یک جامعه در دسترسی به این خدمات است.
- راهنماهای سلامت عمومی در تلاش هستند تا مردم را در تصمیم‌گیری‌های سلامت مربوط به خود دخیل نمایند. با مشارکت و راهنمایی اعضای جامعه، تولید کنندگان راهنمای سلامت، شناخت بهتری از عواملی که می‌توانند بر افزایش یا کاهش انجام موارد مرتبط با سلامت توسط افراد جامعه موثر باشند خواهند داشت. به نمونه‌هایی از این عوامل در زیر اشاره شده است:
- شناخت چالش‌های عملی، فیزیکی و عاطفی مرتبط با زندگی یا مراقبت از فردی با یک مشکل سلامت خاص (بعنوان مثال فردی با قصد ترک اعتیاد)
 - شناخت نیازهای افراد جامعه از خدمات سلامت (به عنوان مثال، نیاز به ادامه حمایت از طرف سرویس‌های ارائه کننده خدمات پس از ترک اعتیاد)
 - آگاهی از اینکه یک مداخله خاص برای ارتقای سلامت عمومی تا چه حد توسط مردم مورد قبول و پذیرش است (به عنوان مثال، دیدگاه عمومی در مورد مداخلات مربوط به کاهش سرعت و پیشگیری از حوادث ناشی از وسایط نقلیه موتوری)
 - آگاهی از عوامل موثر بر ترجیحات افراد (به عنوان مثال، عوامل موثر بر انتخاب و مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات سلامت روان)
 - شناخت عواملی که بر علاقه و توانایی افراد در شرکت در یک فعالیت یا استفاده از یک خدمت خاص مرتبط با سلامت عمومی تاثیر گذار هستند (به عنوان مثال، موارد موثر بر نظر والدین و امکان استفاده آن‌ها از خدمات واکسیناسیون برای کودکان)
 - آگاهی از نظرات یا نیازهای متفاوت افراد یک جامعه (به عنوان مثال، به علت تفاوت‌های اقتصادی - اجتماعی، نژادی، ناتوانی‌ها، محل زندگی،...)

روش شناسی تولید راهنما

در تولید محصولات دانشی از جمله راهنماها، دو اصل مهم مبتنی بر شواهد علمی بودن و مشارکت تمامی ذی‌نفعان مانند ارائه دهنده خدمت، بیمار، جامعه هدف و ... در نهایی کردن تصمیمات باید مد نظر قرار گیرد. برای تولید راهنماها دو روش تدوین^۴ و بومی‌سازی^۵ وجود دارد که در هر دو روش، به کارگیری اصولی مشخص الزامی است. اغلب راهنماها در کشورهای با درآمد بالا^۶ که منابع انسانی و مالی بیشتری در اختیار نظام سلامت وجود دارد، به روش تدوین تهیه می‌شود. از آنجا که روش تدوین راهنما فرایندی پرهزینه و زمان‌بر است، صاحب‌نظران این حوزه معتقدند که در کشورهایی که در زمینه تدوین راهنماها پیشرو نیستند، به کارگیری روش بومی‌سازی راهنما مناسب‌تر است. مراحل اصلی تدوین راهنما شامل موارد زیر است:

۱. انتخاب موضوع دارای اولویت برای تولید راهنما

⁴ Guideline Development

⁵ Guideline Adaptation

⁶ High-income countries

۲. تشکیل گروه
۳. تعیین گستره^۷ راهنما
۴. طراحی سوالاتی^۸ که راهنما در پاسخ به آنها توصیه‌ها را ارائه می‌دهد
۵. جستجوی منابع معتبر برای جمع‌آوری شواهد
۶. بررسی کیفیت شواهد و تحلیل یافته‌ها
۷. تدوین توصیه‌ها

در روش بومی‌سازی، راهنماهای تدوین شده در کشورهای دیگر پس از ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند. توصیه‌ها و شواهد مربوط به هر توصیه از نظر قابلیت بومی‌سازی در کشور، مورد بررسی قرار گرفته و توصیه‌های نهایی تهیه خواهند شد. بنابراین وجه تمایز این دو روش، نحوه دستیابی به شواهد برای تدوین توصیه‌ها است و در روش بومی‌سازی از راهنماهای موجود به عنوان منبع شواهد قابل استناد، استفاده می‌شود.

انتخاب موضوع دارای اولویت برای تولید راهنما

مشکلات سلامت جامعه که برای غلبه بر آنها وجود راهنمای سلامت عمومی می‌تواند کمک کننده باشد متعدد و متنوع بوده و از آنجا که فرایند تولید راهنما زمان‌بر و پرهزینه است، لازم است موضوعات دارای اولویت در سلامت جهت تولید راهنما انتخاب شوند. برای انتخاب این موضوعات راهکارهای مختلفی وجود دارد، بعنوان مثال موسسه تعالی سلامت عمومی انگلستان^۹ NICE برای شناسایی و انتخاب این موضوعات، از مشورت گروه‌های صاحب‌نظر و کلیدی در حوزه سلامت استفاده می‌نماید و طی جلساتی، موضوعات پیشنهادی را از نظر اولویت سلامت عمومی و مناسب بودن برای تهیه راهنما، مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌دهد. در نهایت، انتخاب موضوع با استفاده از روش^{۱۰} AHP که یک آنالیز تصمیم‌گیری دارای چند معیار^{۱۱} (MCDA) است، صورت می‌گیرد. معیارهای اولویت بندی موضوعات می‌تواند شامل پرخطر بودن موضوع سلامت، شیوع یا بار قابل ملاحظه برای بیماری یا شرایط مرتبط، وجود اختلاف نظر یا تنوع دیدگاه و عملکرد در رابطه با موضوع مورد نظر، صرف منابع و هزینه زیاد در عملکرد کنونی، موضوعی که گروه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت را پوشش دهد، احتمال تاثیر راهنما بر ارتقا کیفیت خدمات کنونی وجود داشته باشد و در مورد بومی‌سازی راهنما که قاعدتا باید راهنماهای مبتنی بر شواهد و با کیفیت در مورد آن موضوع وجود داشته باشد.

سازمان جهانی بهداشت^{۱۲} (WHO) به منظور انتخاب موضوعات سلامت دارای اولویت و با استفاده از رویکرد مشارکتی^{۱۳}، از گروه‌های مختلف صاحب‌نظر یا ذینفع، شامل مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد و سیاستگذاران حوزه سلامت که در نهایت نقش اساسی در اجرایی‌سازی راهنمای سلامت تولید شده به عهده خواهند داشت،

⁷ Scope

⁸ Formulating questions

⁹ National Institute for Health and Care Excellence

¹⁰ Analytic Hierarchy Process

¹¹ Multi Criteria Decision Analysis

¹² World Health Organization

¹³ Participatory

کمک می‌گیرد.

تشکیل گروه

گروه‌های تدوین یا بومی‌سازی راهنما لازم است که متشکل از نمایندگان از همه گروه‌های حرفه‌ای مرتبط با موضوع راهنما، مراقبین، بیماران، جامعه هدف و حتی سازمان‌های داوطلبانه باشند. مشارکت متخصصانی که مسلط به موضوع راهنما باشند و شامل طیف وسیعی از تخصص و وابستگی‌ها^{۱۴} که نمایندگان گروه‌های حرفه‌ای هستند که کاربران^{۱۵} راهنما خواهند بود، ضروری است. همچنین مشارکت بیماران و جامعه هدف که تحت تاثیر توصیه‌های راهنما قرار خواهند گرفت در فرایند تدوین یا بومی‌سازی راهنما کلیدی است. تجربه سازمان‌هایی چون NICE^{۱۶} در کشور انگلستان نشان داده است که جامعه هدف راهنما می‌تواند با دریافت آموزش و پشتیبانی نقش مهمی در فرایند تدوین راهنما داشته باشد. همچنین افراد آگاه از روش شناسی^{۱۷} تدوین یا بومی‌سازی راهنما و روش شناسی انجام پژوهش، مطالعات مروری منظم و متاآنالیز در گروه‌های تهیه کننده راهنما نقش کلیدی دارند. فرد اقتصاددان^{۱۸} نیز در گروه می‌تواند در مورد چگونگی تعیین هزینه‌های مرتبط با توصیه‌ها و استفاده از منابع، راهنمایی کند. نکته مهم دیگر این است که تعارض منافع^{۱۹} همه افراد شرکت کننده در فرایند تدوین یا بومی‌سازی راهنما باید شفاف و ثبت شود.

تعیین گستره راهنما

برای تعیین گستره راهنما، باید جامعه هدف و محیطی^{۲۰} که راهنما قرار است به کار گرفته شود مشخص شود. حیطه‌های اصلی موضوع مانند تشخیص بیماری یا بررسی وضعیت مسئله سلامت، مداخله درمانی یا مدیریتی مسئله سلامت و ... همچنین سوالات کلیدی که راهنما به آن‌ها پاسخ خواهد داد و رویکرد اقتصادی مورد استفاده در راهنما باید تعیین گردد.

طراحی سوالاتی که راهنما در پاسخ به آن‌ها توصیه‌ها را ارائه می‌دهد

برای طراحی سوالات باید دقت داشت که نیاز هست به چه نوع اطلاعاتی دست یابیم. معمولاً اطلاعات برای دو نوع سوال پیش زمینه^{۲۱} و پس زمینه^{۲۲} وجود دارد. سوالات پیش زمینه شامل اطلاعاتی در خصوص تعاریف، مفاهیم، علل، عوامل خطر و شیوع بیماری یا مسئله سلامت و مکانیسم‌های مداخله می‌شود. برای مثال "چگونه عفونت ویروس پاپیلوما‌ی انسانی با سرطان گردن رحم ارتباط دارد؟"

¹⁴ Affiliations

¹⁵ User

¹⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence

¹⁷ Methodologist

¹⁸ Economist

¹⁹ Conflict of interest

²⁰ Setting

²¹ Background question

²² Foreground question

از طرف دیگر سوالات پس زمینه معمولاً شامل اطلاعاتی درباره اثربخشی مداخله و همچنین عواقب منفی، پذیرش اجتماعی و هزینه - اثربخشی مداخله می‌شود. در واقع به فراهم آوردن شواهد علمی برای ارزش‌ها، ترجیحات و پیامدهای اقتصادی که باید هنگام تهیه توصیه‌ها در نظر گرفته شود، کمک می‌کند. برای مثال "واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی چه تاثیری بر بروز سرطان دهانه رحم دارد؟" بنابراین سوالات از نوع پس زمینه در فرایند تولید راهنما به کار می‌روند. این سوالات باید به طریقی طراحی شوند که امکان انجام مرور منظم شواهد را فراهم نماید. فرمت مناسب برای سوال پس زمینه شامل چهار جزء (PICO) جامعه هدف^{۲۳}، مداخله^{۲۴}، مقایسه^{۲۵} و پیامد^{۲۶} می‌باشد. برای مثال "در یک جمعیت روستایی از یک کشور با درآمد پایین^{۲۷} (جامعه هدف)، آیا پرداخت حقوق بالاتر به ارائه دهنده خدمات سلامت (مداخله) در مقایسه با پرداخت استاندارد حقوق (مقایسه) می‌تواند منجر به افزایش تعداد ارائه دهندگان خدمت در آن منطقه روستایی شود (پیامد)؟"

جستجوی منابع معتبر برای جمع آوری شواهد

در روش تدوین در این مرحله باید مرور نظام‌مند برای دستیابی به شواهد بر اساس سوالات PICO انجام شود. ولی در روش بومی‌سازی جستجوی راهنماهای تهیه شده از پایگاه‌های ملی و تخصصی (مانند انجمن‌های علمی) مرتبط انجام می‌شود. موسسه ملی ارتقاء سلامت و مراقبت (NICE^{۲۸}) انگلستان، سازمانی مستقل است که در آدرس <http://www.nice.org.uk> قابل دسترس بوده و شامل اطلاعات جامعی در خصوص انواع راهنماهای تولید شده توسط این سازمان و مستندات مرتبط با چگونگی تولید راهنماها است. از پایگاه عرضه اطلاعات www.tripdatabase.com نیز می‌توان انواع راهنماهای تولید شده موجود را جستجو نمود.

نمونه‌هایی از راهنمای سلامت عمومی که برای کشور ایران تهیه شده باشند بسیار محدود بوده و بعنوان مثال می‌توان به "راهنمای سلامت عمومی ارتقای فعالیت فیزیکی نوجوانان با لحاظ کردن مفاهیم برنامه راهبردی ارتباطی" که با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد تهیه شده است و در آدرس https://health.sbmu.ac.ir/uploads/22_1879_1507527707008_4.pdf قابل دسترس است و "راهنمای پیشگیری از سوء مصرف مواد برای دست اندر کاران رسانه‌های گروهی که در آدرس زیر قابل مشاهده می‌باشد اشاره کرد.

http://www.ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/Moavenatha/MBehdashti/ravan/pdf/faaliy_atha/pptfiles/Mass_Media_ETIAD.pdf

بررسی کیفیت شواهد و تحلیل یافته‌ها

در روش تدوین برای ارزیابی کیفیت شواهد از ابزارهای استاندارد ^{۲۹}GRADE (برای مطالعات

^{۲۳} Population

^{۲۴} Intervention

^{۲۵} Comparison

^{۲۶} Outcome

^{۲۷} Low- income country

^{۲۸} The National Institute for Health and Care Excellence

^{۲۹} Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

کمی) و GRADE-CERQual³⁰ (برای مطالعات کیفی) می‌توان استفاده نمود. کیفیت شواهد به این معنی است که بر اساس یافته شواهد تا چه میزان می‌توان مطمئن بود که اثربخشی یا ارتباط صحیح است. اطلاعات بیشتر در مورد نحوه استفاده از این ابزارها را از آدرس‌های زیر می‌توان کسب نمود:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

<https://www.cerqual.org>

در روش بومی‌سازی برای ارزیابی کیفیت راهنما از ابزار AGREE³¹ می‌توان استفاده نمود. اطلاعات بیشتر در مورد این ابزار نیز در آدرس <https://www.agreetrust.org> موجود است.

تدوین توصیه‌ها

در این مرحله تدوین توصیه‌ها بر اساس درجه کیفیت شواهد، ارزشها و ترجیحات بیماران و جامعه، تجارب ارائه دهندگان خدمت، شرایط بومی، زیرساخت‌ها و به کارگیری منابع و هزینه‌های مورد نیاز انجام می‌شود. کیفیت شواهد (درجه اطمینان از اثربخشی) روی درجه توصیه³² تاثیر می‌گذارد. اگر کیفیت شواهد پایین باشد، به این معنی است که عدم اطمینان در خصوص اثر مفید یا مضر مداخله وجود دارد و یک توصیه مشروط³³ مطرح می‌شود و در صورتیکه کیفیت شواهد بالا باشد یک توصیه قوی³⁴ مطرح می‌شود. ارزشها و ترجیحات بر اساس شواهد کیفی جمع آوری شده یا تجربه و عقاید ذی‌نفعان مختلف در گروه تدوین راهنما در نظر گرفته می‌شود. در روش بومی‌سازی مقایسه توصیه‌ها از راهنماهای مختلف از جنبه میزان اثربخشی و قابلیت بومی‌سازی انجام می‌شود.

اجرای سازی راهنما³⁵

شواهد نشان می‌دهند که اغلب راهنماها به کار گرفته نمی‌شوند. موفقیت در اجرای سازی راهنما بستگی به در نظر گرفتن موانع مختلف و استفاده از استراتژی‌های مناسب برای غلبه بر آنها دارد. موانع اجرایی شدن راهنماها را به دو دسته موانع درونی و خارجی تقسیم می‌کنند. موانع درونی به ساختار ضعیف راهنما و اشکالات روش شناسی تولید آن مرتبط است. ابزار GLIA³⁶ به شناسایی موانع درونی راهنما کمک می‌کند. موانع خارجی، به جوی که قرار است راهنما در آن اجرایی شود مرتبط بوده و میتواند شامل عوامل سازمانی (مانند عدم وجود مهارت کافی برای اجرای توصیه‌های راهنما، نبود تجهیزات و امکانات کافی)، مقاومت همکاران و رقبا (مانند زمانی که توصیه‌های ارائه شده متناسب با ترجیحات همکاران نیست و توافق کامل بر سر آنها حاصل نشده است)، عوامل فردی (مقاومت و ایجاد ممانعت از سوی افرادی که دانش، نگرش یا مهارت کافی ندارند) و مشکلاتی که میان بیمار و ارائه دهنده خدمت ایجاد می‌شود (مانند مشکلاتی که به علت عدم اطلاع رسانی کافی و صحیح به بیماران

³⁰ Confidence in Evidence from Reviews of Qualitative research

³¹ The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

³² Strength of recommendation

³³ Conditional recommendation

³⁴ Strong recommendation

³⁵ Guideline Implementation

³⁶ Guideline Implementability Appraisal

ایجاد می‌شود) باشند.

جهت رفع موانع درونی باید از روش شناسی علمی و معتبر تدوین یا بومی‌سازی راهنما استفاده نمود. برخی از راهکارهای رفع موانع خارجی می‌تواند شامل استفاده از روش‌های تبلیغاتی موثر، ارائه آموزش‌های گروهی و فردی، بهره‌گیری از کمک افراد ذی‌نفع در فراگیر نمودن استفاده از راهنما، حمایت سیاستگذاران سلامت از اجرایی سازی راهنما، برقراری مشوق‌های مختلف برای اجرای راهنما و اطلاع‌رسانی مناسب به بیماران و تغییر سطح دانش و نگرش آن‌ها باشد.

منابع برای مطالعه بیشتر

- Reddy BP, Kelly MP, Thokala P, Walters SJ, Duenas A. Prioritising public health guidance topics in the National Institute for Health and Care Excellence using the Analytic Hierarchy Process. *Public Health*. 2014 Oct;128(10):896-903
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25369354>
- Mounesan L, Sayarifard A, Haghjou L, Ghadirian L, Rajabi F, Nedjat S. A manual for prioritizing the topics of clinical practice guidelines for family physicians. *Int J Prev Med* 2016; 7:64.
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27141283>
- Hutchings A et al. A comparison of formal consensus methods used for developing clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2006, 11:218–224
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018195>
- Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education and practice. *National Academy of Sciences*, 2009.
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/>

منابع

1. [Haughom J](#). Knowledge Management in Healthcare: It's More Important than You Realize. 2018; Health Catalyst.
URL: <https://www.healthcatalyst.com/enable-knowledge-management-in-healthcare>
2. Public Health Guidance.
URL: <https://www.health-ni.gov.uk/articles/nice-public-health-guidance>
3. Knowledge for development (K4D). 2016. The World Bank.
URL: <http://go.worldbank.org/8DG6O1F0I0>
4. WHO (2012) WHO Handbook for Guideline Development. Geneva: World health organization.
URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;jsessionid=376D3322F5A584909DE3910C9E44D019?sequence=1 آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۵/۲۷
5. NICE (2014) NICE: The guidelines manual. London: National institute for health and clinical excellence.
URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869> آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۵/۲۷
6. SIGN (2015) SIGN50: guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guideline Network.
URL: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf ۱۳۹۷/۵/۲۷ آخرین دسترسی
7. ADAPTE (2009): guideline adaptation: a resource toolkit. Guideline International Network.

URL: <https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf> آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۵/۲۷

8. 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](#). 2010 Dec 14;

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603348>

9. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 2012; 156(7):525- 31.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22473437>

10. Munthe-Kaas H, Bohren MA, Glenton C, Lewin S, Noyes J, Tunçalp Ö, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 3: how to assess methodological limitations. *Implementation Science*. 2018; 13(1):9.

URL: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.../s13012-017-0690-9>

11. Ansari S, Rashidian A (2012) Guidelines for Guidelines: Are They Up to the Task? A Comparative Assessment of Clinical Practice Guideline Development Handbooks. *PLoS ONE* 7(11): e49864.

URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0049864>