

Research Paper

Quality Assessment of Clinical Guidelines for Preventing Falls in Hospitalized Elderly People in Iran Using the Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation (AGREE) Checklist

Masa Soleimani¹, *Maryam Shirazi¹, Mahrokh Keshvari¹

1. Department of Community Health Nursing and Geriatric, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



Citation Soleimani M, Shirazi M, Keshvari M. [Quality Assessment of Clinical Guidelines for Preventing Falls in Hospitalized Elderly People in Iran Using the Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation (AGREE) Checklist (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 18(4):536-553. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3544.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3544.1>

**ABSTRACT**

Objectives Hospitalization is a vulnerable period for the elderly. During this period, they are at risk of falling. There are various clinical guidelines for fall prevention, whose usefulness depends on their quality and clinical acceptance. This study was to evaluate the methodological quality of selected clinical guidelines for fall prevention in hospitalized elderly people in Iran using the Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation (AGREE) checklist.

Methods & Materials A systematic search was conducted for clinical guidelines published from 2009 to 2020 using the keywords clinical guideline, falling, prevention, aged, and hospitalization. Of 351 clinical guidelines identified, 4 guidelines were selected based on the inclusion and exclusion criteria and by a purposive sampling method. The quality of the selected guidelines was evaluated by 5 experts independently using the AGREE II checklist. Based on the quality scores, the guidelines were categorized as "highly recommended" or "recommended with modifications".

Results The "Falls Assessment and Prevention of Falls in Older People", "Preventing Falls and Harm From Falls in Older People", and "Preventing Falls and Reducing Injury from Falls" were categorized as highly recommended, while the "Post Fall Multidisciplinary Management Guidelines for Western Australian Health Care Settings" was categorized as "recommended with modifications". Therefore, they can be localized and used to reduce the risk of falls in hospitalized elderly people in Iran. The mean overall scores of 6 domains for the guidelines were as follows: 91. 1% for "clarity of presentation", 86. 6% for "scope and purpose", 83. 6% for "stakeholder involvement" 72. 08% for "editorial independence", 71. 14% for "rigor of development", and 66. 66% for "applicability".

Conclusion Evaluation of the methodological quality of clinical guidelines using the AGREE tool should be done to be able to be used in clinical practice. It is recommended to use these tools in updating the current or future clinical guidelines to ensure their methodological quality.

Keywords Fall, Aged, Guideline, Methodological Quality

Article Info:

Received: 24 Sep 2022

Accepted: 14 Feb 2023

Available Online: 01 Jan 2024

*** Corresponding Author:****Maryam Shirazi**

Address: Department of Community Health Nursing and Geriatric, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (31) 37927585

E-mail: m_shirazi@nm.mui.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Falling in patients, especially the elderly, is the most adverse complication reported in medical centers [4], which causes safety violations, increased hospital stay, and delayed recovery [5]. Clinical guidelines provide a systematic solution to reduce the risk of falls in hospitalized patients based on evidence-based practice [9]. To use these guidelines as a reliable tool for decision-making, their quality such as accuracy and methodological transparency should be ensured [12]. One essential step in localization of clinical guidelines is to evaluate their methodological quality [18]. In Iran, no study has been conducted to evaluate the quality of clinical guidelines for fall prevention using the Persian version of the Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE) reporting checklist. In the present study, we aim to evaluate the quality of clinical guidelines for preventing falls in the hospitalized elderly using the AGREE II checklist.

Methods

In this study, a search was first conducted in databases publishing clinical guidelines such as GIN, NICE, NGC, SIGN, NZGG, RNAO, ACSQHC using the keywords

Clinical guideline, falls, elderly, prevention, and hospital to find and select the clinical guidelines that meet the inclusion criteria by using a purposive sampling method. In case of disagreement in the selection of guidelines, a consensus was reached after further discussion. Finally, four clinical guidelines that met the inclusion criteria were selected. Then, the clinical guidelines were evaluated by 5 experts in the health system using the AGREE checklist. The AGREE II consists of 23 key items organized within 6 domains followed by 2 global rating items (Overall Assessment). Each of the criteria was evaluated using a seven-point Likert scale from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The guidelines that obtained a standard score of 50% or more in all domains were given the title “highly recommended,” and those that received a standard score of 50% or more in the overall assessment were given the title “recommended with modifications.”

Results

Based on the results in Table 1, three clinical guidelines “RNAO, 2017”, “NICE, 2013” and “ACSQHC, 2009” were highly recommended, and have the ability to be localized in Iran and used in clinical practice. The best guideline was “RNAO, 2017”, which received the highest score in most domains and in overall assessment. The “Post Fall Multidisciplinary Management Guidelines for Western Australian Health Care Settings” was recom-

Table 1. Mean scores of the selected clinical guidelines based on the AGREE II criteria

Guidelines	Scope and purpose	Stakeholder involvement	Rigor of Development r	Clarity of Presentation	Applicability	Editorial Independence	Mean±SD	Overall Assessment	Classification level
Falls Assessment and prevention of falls in older people	91.11 (High)	94.44 (High)	88.75 (High)	82.22 (High)	54.16 (Loq)	78.33 (acceptable)	81.5±14.63	76.66	highly recommended
Preventing Falls and Harm From Falls in Older People	86.66 (high)	87.77 (high)	72.08 (acceptable)	93.33 (high)	79.16 (acceptable)	90.0 (high)	84.83±7.58	80.0	highly recommended
Preventing Falls and Reducing Injury from Falls	92.22 (high)	81.11 (high)	89.16 (high)	95.55 (high)	80 (high)	75 (acceptable)	85.5±7.99	86.66	highly recommended
Post Fall Multidisciplinary Management Guidelines for Western Australian Health Care Settings	64.44 (acceptable)	71.11 (acceptable)	34.58 (very low)	93.33 (high)	53.33 (low)	45.0 (low)	60.29±20.82	70.0	recommended with modifications
Total	86.6 (high)	83.6 (high)	71.14 (acceptable)	91.1 (high)	66.66 (acceptable)	72.08 (acceptable)			

mended after making modifications. Since the first goal in a treatment center is to prevent harm to the elderly and endangering their safety, and the treatment team plays a key role in preventing falls in the elderly in the hospital, the use of current clinical guidelines is recommended. The domain of “clarity of presentation” obtained the highest overall score among the domains, indicating the attention of the editors of the guidelines to this area. The domain of “applicability” obtained the lowest overall score.

Conclusion

The study clinical guidelines obtained the highest in the domain of “clarity of presentation” and the lowest score in the domain of “applicability”. This is consistent with the results of Majkusová et al. and Ng et al., who used the AGREE checklist [38, 39]. These guidelines received the highest score in the presentation clarity due to having specific recommendations and clearly stating different care and treatment options. On the other hand, due to less attention to barriers, facilitators, possible tools and resources for using the recommendations, and key indicators of monitoring of the implementation, obtained the lowest score in the field of “applicability”.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of [Isfahan University of Medical Sciences](#) (Code: IR. MUI. RESEARCH. REC. 1399. 425).

Funding

This article was extracted from a master’s thesis in nursing funded by [Isfahan University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Investigation, editing & review: Masa Soleimani and Maryam Shirazi; Resources, initial draft preparation, and visualization: Masa Soleimani; Supervision and project administration: Maryam Shirazi; Conceptualization, methodology, validation, and data analysis: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank [Isfahan University of Medical Sciences](#) for supporting this research.

مقاله پژوهشی

ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان با استفاده از چک لیست ارزیابی دستورالعمل‌ها، تحقیقات و ارزیابی ابزار آگری (AGREE)

مهسا سلیمانی^۱، مریم شیرازی^{۱*}، ماهرخ کشوری^۱

۱. گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Soleimani M, Shirazi M, Keshvari M. [Quality Assessment of Clinical Guidelines for Preventing Falls in Hospitalized Elderly People in Iran Using the Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation (AGREE) Checklist (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 18(4): 536-553. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3544.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3544.1>



اهداف بستری شدن سالمندان در بیمارستان یک دوره آسیب‌پذیر برای آن‌ها محسوب می‌شود و خطرانی آن‌ها را تهدید می‌کند که از مهم‌ترین آن‌ها سقوط می‌باشد. راهنماهای بالینی مختلفی در زمینه پیشگیری از سقوط وجود دارند که سودمندی استفاده از آن‌ها به کیفیت و پذیرش آن‌ها در بالین مرتبط است. هدف از مطالعه، ارزیابی کیفیت روش‌شناختی راهنماهای بالینی منتخب پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان با ابزار آگری بود.

مواد و روش‌ها جست‌وجوی نظام‌مند از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۲۰ و با کلیدواژه‌های راهنمای بالینی، سقوط، پیشگیری، سالمند و بستری در بیمارستان انجام شد. از بین ۳۵۱ راهنمای بالینی شناسایی شده، ۴ راهنما براساس معیارهای ورود و خروج و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ۵ متخصص کیفیت راهنماهای منتخب را به‌طور مستقل با ابزار نقد راهنماهای بالینی در پژوهش و ارزشیابی نسخه ۲ ارزیابی کردند. برای شناسایی کیفیت راهنماها، نمرات به‌صورت «به‌شدت توصیه می‌شود» یا «با تغییرات توصیه می‌شود» دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها سه راهنمای بالینی به‌عنوان «به‌شدت توصیه می‌شود» و یک راهنما به‌عنوان «با تغییرات توصیه می‌شود» دسته‌بندی شدند. از این رو برای کاهش خطر سقوط سالمندان بستری در بیمارستان‌ها، امکان بومی‌سازی و استفاده از راهنماها وجود دارد. میانگین نمرات کلی هر ۶ حیطه در راهنماها از زیاد به کم به این شرح بود: ۹۱/۱ درصد برای «گویایی در ارائه»، ۸۶/۶ درصد برای «چشم‌انداز و هدف»، ۸۳/۶ درصد برای «مشارکت ذی‌نفعان»، ۷۲/۰۸ درصد برای «استقلال در ویرایش»، ۷۱/۱۴ درصد برای «دقت و کیفیت روش‌شناختی تدوین» و ۶۶/۶۶ درصد برای «قابلیت به‌کارگیری».

نتیجه‌گیری ارزیابی کیفیت روش‌شناختی راهنماهای بالینی با استفاده از ابزار آگری، یک مرحله اساسی در استفاده از آن‌ها در بالین است. پیشنهاد می‌شود در به‌روزرسانی راهنماهای بالینی موجود و تدوین راهنما در آینده، از ابزارها و متدولوژی‌های در دسترس استفاده شود تا کیفیت آن‌ها تضمین شود.

کلیدواژه‌ها سقوط، سالمند، راهنمای بالینی، کیفیت روش‌شناختی

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۲ مهر ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۵ بهمن ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

مریم شیرازی

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی.

تلفن: ۳۷۹۲۷۵۸۵ (۳۱) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: m_shirazi@nm.mui.ac.ir

مقدمه

شرایط بالینی قابل استفاده باشند [۱۳]. راهنماهای بالینی جامع و با کیفیت بالا، میزان پیوستگی در بین کارکنان سلامت را افزایش می‌دهند، تصمیمات فردی را که فاقد شواهد هستند، کاهش می‌دهند و خدمات مراقبت را بهبود می‌بخشند [۱۴]. افزایش تعداد، پیچیدگی و ناهمگنی راهنماهای بالینی و از طرفی نگرانی در خصوص کیفیت آن‌ها، نیاز به تدوین معیارهای معتبر بین‌المللی برای تعیین کیفیت راهنماهای بالینی دارد [۱۵، ۱۶].

با وجود اینکه راهنماهای بالینی در زمینه‌های متفاوت و توسط سازمان‌های مختلف برای استفاده توسط کاربران منتشر می‌شوند، اما حداقل الزامات کیفیت قابل قبول را برآورده نمی‌کنند [۱۷]. از طرفی یک گام اساسی در فرآیند بومی‌سازی راهنماهای بالینی، ارزیابی کیفیت روش شناختی آن‌ها است [۱۸]. از این رو برای بررسی کیفیت راهنماها از ابزارهای ارزیابی راهنما استفاده می‌شود. در سال ۲۰۰۳، یک گروه بین‌المللی از تدوین‌کنندگان و محققان راهنمای بالینی، ابزار نقد راهنماهای بالینی در پژوهش و ارزشیابی (اگری)^۱ را تدوین کردند [۱۲]. نسخه اصلاح‌شده اگری II در سال ۲۰۰۹ منتشر شد [۱۹] و در حال حاضر ابزاری قابل اعتماد، بین‌المللی و معتبر گزارش شده است [۱۲] که توسط چندین سازمان از جمله کمیته مشورتی تحقیقات بهداشتی سازمان بهداشت جهانی^۲ تأیید شده است [۲۰].

ولاین^۳ و همکاران در یک مطالعه مروری نظام‌مند بیان کردند که از بین ۲۴ ابزار موجود، اگری بهترین ابزار برای ارزیابی نقادانه راهنماهای بالینی است [۲۱]. این ابزار را می‌توان برای ارزیابی راهنماهای مربوط به هر جنبه از بیماری‌ها شامل راهنماهای تشخیصی، ارتقاء سلامت، درمانی و مداخله‌ای به کار برد [۱۷]. این ابزار معتبر و پایا در بررسی کیفیت راهنماهای بالینی در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، مانند برای راهنماها در زمینه آرتريت روماتوئید و استئوآرتريت [۲۲]، راهنماهای مرتبط با آزمایش ژنتیکی در کودکان [۲۳] و راهنماهای پیشگیری از عفونت محل جراحی [۲۴]. در کشور ایران، رشیدیان و همکاران به توسعه ترجمه معتبر فارسی ابزار اگری و بهبود و پایایی بخش‌های آن با استفاده از روش بحث گروهی پرداختند که مقایسه قابلیت اطمینان نسخه فارسی و انگلیسی تفاوت معناداری نشان نداد [۱۷]. از این رو این ابزار در کشور ایران نیز مورد استفاده قرار گرفت. در مطالعه کرد در قالب پایان‌نامه دکترای تخصصی پرستاری [۲۵] و در مطالعه بنی‌طباء در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری [۲۶]، جهت ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی باهدف بومی‌سازی راهنماها، نیز از این ابزار معتبر استفاده شده است.

بسیاری از سالمندان در طول عمر خود، یک یا چندین بار در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و اغلب علت بستری شدن آن‌ها، عود مشکلات حاد و تشدید بیماری‌های مزمن است که در بخش‌های سرپایی مراکز درمانی قابل درمان نبوده است [۱]. افراد سالمند بستری در بیمارستان، با استرس ناشی از ترکیب بیماری‌ها، آسیب‌دیدگی‌ها و محیط چالش‌برانگیز بیمارستان روبه‌رو می‌شوند [۲]. در واقع ابتلا به بیماری‌ها و بستری شدن در بیمارستان، بسیاری از افراد را صرف‌نظر از سن آن‌ها در شرایط بحرانی قرار می‌دهد، اما این امر در افراد سالمند که تطابق و سازش آن‌ها با بستری شدن کمتر است، نمود بیشتری پیدا می‌کند؛ به این دلیل که آن‌ها نسبت به افراد جوان‌تر، انرژی جسمی کمتری دارند و ظرفیت آن‌ها در تطابق با محیط ناآشنا کمتر می‌باشد [۱]. با وجودی که حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها هنگام دریافت خدمات سلامت، یکی از بارزترین و بنیادی‌ترین حقوق انسان‌ها است، اما وقایعی مانند سقوط ایمنی بیمار را نقض می‌کنند [۳].

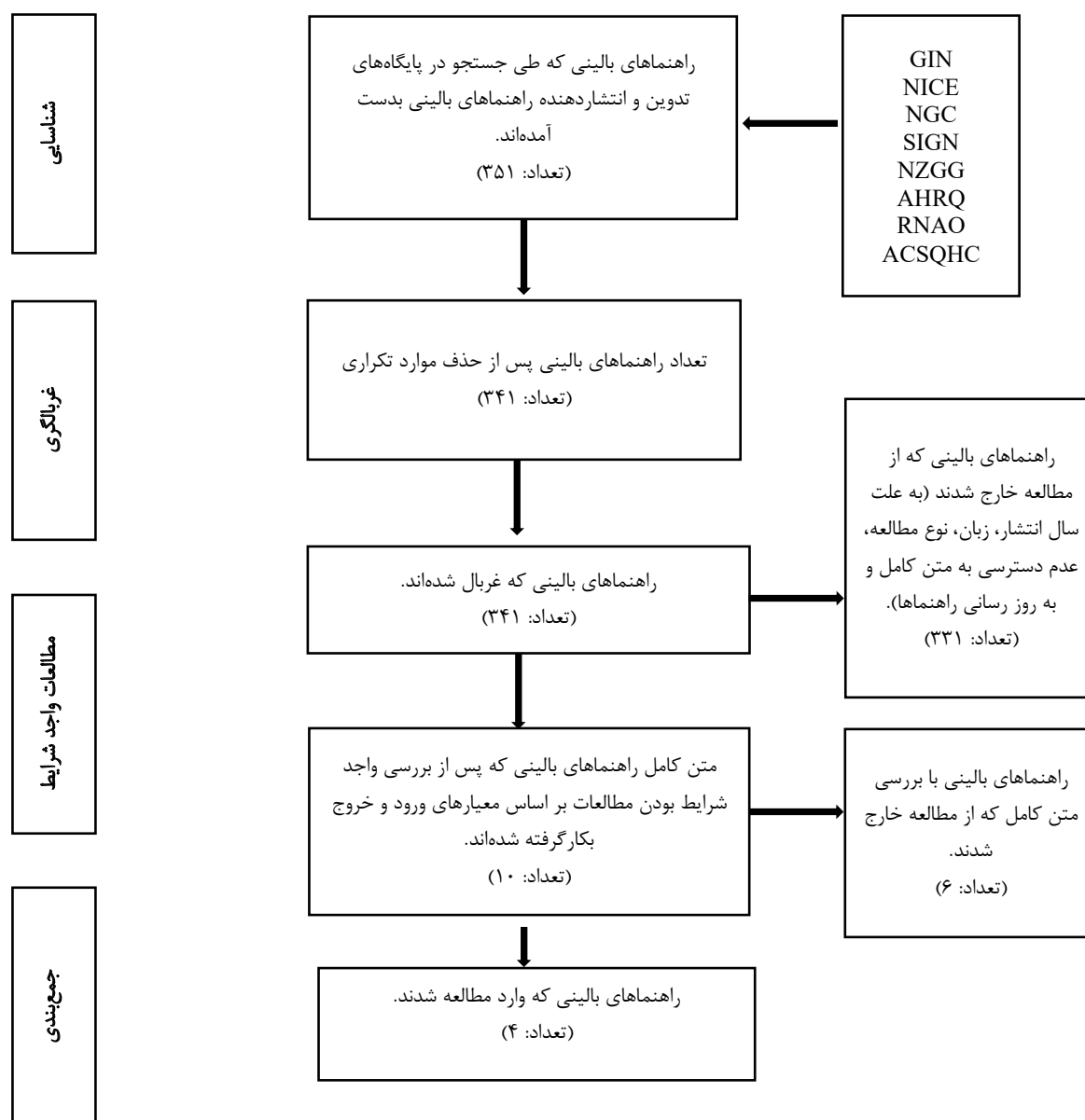
سقوط در بیماران به‌ویژه در سالمندان، بیشترین عارضه نامطلوبی است که در مراکز بهداشتی‌درمانی گزارش شده است [۴] و یکی از مهم‌ترین موارد نقض امنیت طی بستری در بیمارستان است که مسئول افزایش تعداد روزهای بستری در بیمارستان و تأخیر در بهبودی سالمندان است [۵]. میرزایی در مطالعه‌ای از بین ۳۸۵ بیمار بستری در بیمارستان، میزان سقوط را ۱/۰۵٪ در هر ۱۰۰۰ مورد بستری در روز تخمین زد که تقریباً ۱۲ درصد از موارد بستری در سالمندان حداقل ۱ بار در دوره بستری سقوط را تجربه کرده بودند [۶]. در مطالعه‌ای دیگر بیان شده است میزان سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان از ۲/۶ تا ۷ سقوط در هر ۱۰۰۰ بیمار، متغیر است [۷]. سقوط و آسیب‌های آن، بار مسئولیت مالی بیمارستان و احتمال خطر سقوط مجدد را افزایش می‌دهد [۸].

راهنمای بالینی می‌تواند یک راه حل نظام‌مند برای کاهش خطر سقوط در بیماران بستری در بیمارستان، براساس توصیه‌های عملکرد مبتنی بر شواهد ارائه دهد [۹]. راهنماهای بالینی شامل مجموعه‌ای از توصیه‌ها هستند که به روش نظام‌مند و با استناد به شواهد پژوهشی معتبر، برای بررسی اثربخشی و ایمنی مداخلات، در راستای افزایش کارایی مداخلات و ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات تدوین شده‌اند [۱۰]. راهنماهای بالینی باید از نظر علمی معتبر، قابل اجرا، مطابق با شرایط بالینی و قادر به بهبود وضعیت بیمار باشند [۱۱]. جهت استفاده از راهنماها به‌عنوان مبنایی قابل اعتماد برای تصمیم‌گیری، باید از کیفیت آن‌ها به‌عنوان مثال دقت و شفافیت روش شناختی اطمینان حاصل شود [۱۲]. کیفیت راهنماهای بالینی به این معنی است که از تورش احتمالی در فرآیند تدوین راهنمای بالینی جلوگیری شود، اعتبار داخلی و خارجی توصیه‌ها ارائه شود و توصیه‌ها در

1. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation (AGREE)

2. World Health Organization (WHO)

3. Vlayen



تصویر ۱. روند انتخاب راهنماها را نشان می‌دهد.

سالمند

هدف ما ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان با ابزار آگری بود.

روش مطالعه

این مطالعه، مروری بر کیفیت روش شناختی راهنماهای بالینی برای پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان بر اساس معیارهای ابزار بین‌المللی سنجش کیفیت راهنماهای بالینی ۲ (آگری ۲) بود.

جهت استفاده راهنماها و پذیرش آن‌ها در بالین، اطلاع از کیفیت راهنماها ضرورت دارد. از طرفی برای تدوین و بومی‌سازی راهنماهای بالینی، اطلاع از کیفیت راهنماها گامی اساسی می‌باشد. راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد ضعیف یا راهنماهایی که نیازهای سالمندان بستری در بیمارستان را منعکس نکنند، سبب مداخلات غیربهبهینه، غیرمؤثر یا حتی مضر می‌شوند و در نتیجه کیفیت مراقبت را به خطر می‌اندازند. در کشور ایران مطالعه‌ای جهت ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط با ابزار آگری نسخه فارسی انجام نشده است؛ از این رو راهنماهای بین‌المللی موجود در این زمینه، قابلیت ترجمه، تدوین و یا بومی‌سازی و به دنبال آن استفاده و بهره‌مندی نخواهند داشت. بنابراین با درک این موضوع، در این بررسی نظام‌مند،

4. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)

جدول ۱. کلمات فارسی و انگلیسی مورد جست‌وجو

کلمات فارسی	کلمات انگلیسی
راهنمای بالینی	"Practice guidelines"
راهنمای عملکرد بالینی	"Clinical practice guideline"
راهنمای عملکرد یا دستورالعمل بالینی	"Guideline" OR "Protocol" OR "Pathway"
سقوط یا افتادن، زمین خوردگی و یا زمین خوردگی	"Falls" OR "Falling" OR "Accidental fall" OR "Fall"
سالمند یا مسن و یا پیر یا سالمندی	"Elder" OR "Elderly" OR "Ancient" OR "aged population" OR "old age" OR "older people" OR "senior citizens" OR "Aged" OR "Ageing" OR "Older adult"
پیشگیری یا کنترل یا جلوگیری	"Prevention" OR "Control" OR "Prevention and Control" OR "prevention strategies"
بستری در بیمارستان	"Hospitalization OR Inpatient"

سالمند

راهکار جست‌وجو

کارشناس ارشد پرستاری)، با جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی علمی و معتبر، راهنماهای بالینی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند^{۱۲} انتخاب کردند و در صورت اختلاف نظر در انتخاب راهنماها، با بحث بیشتر توافق حاصل شد.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان، راهنماهای توسعه یافته توسط مؤسسات، انجمن‌ها و پایگاه‌های الکترونیکی وابسته به یک دانشگاه یا بیمارستان معتبر، پوشش سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در راهنما، زبان انگلیسی و یا فارسی، دسترسی به متن کامل راهنما، انتشار راهنما از سال ۲۰۰۹ تا ژوئیه سال ۲۰۲۰، آخرین نسخه راهنما در صورت به‌روزرسانی، راهنماهای دارای روش‌شناختی تدوین کامل‌تر در صورت انتشار به چندین شکل بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم دسترسی به متن کامل، بسته‌های خدمت، برنامه‌های مراقبت، راهنماهای بیمار، کتاب‌ها و مطالعات مرور نظام‌مند بودند.

12. Purposeful

پایگاه‌های تدوین و انتشار راهنماهای بالینی مانند شبکه بین‌المللی راهنماهای بالینی^۵، مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت^۶، خانه راهنمای ملی^۷، شبکه راهنماهای بین دانشکده‌های اسکاتلند^۸، گروه راهنماهای بالینی نیوزلند^۹، انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو^{۱۰}، کمیسیون استرالیا در ایمنی و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی^{۱۱} جست‌وجو شدند (تصویر شماره ۱). از استراتژی جست‌وجو در پایگاه‌های انگلیسی زبان و فارسی زبان استفاده شد که در (جدول شماره ۱) قابل مشاهده است.

تیم تحقیق (دو عضو هیئت علمی پرستاری و یک دانشجوی

- Guidelines International Network (GIN)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- National Guidelines Clearing house (NGC)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
- Australian Commission on Safety and quality in Health care (ACSQHC)

جدول ۲. مشارکت‌کنندگان در نقد و ارزشیابی راهنماهای بالینی

ردیف	نام حرفه	میزان تحصیلات	تعداد	محل خدمت
۱	متخصص جراحی مغز، اعصاب و ستون فقرات	دکترای تخصصی	۱	مراکز خدمات درمانی اصفهان
۲	هیئت علمی (سالمندشناسی)	دکترای تخصصی	۱	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳	هیئت علمی (پرستاری)	دکترای تخصصی	۱	دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۴	هیئت علمی (پرستاری)	دکترای تخصصی	۱	دانشگاه علوم پزشکی ایلام
۵	هیئت علمی (سالمندشناسی)	دکترای تخصصی	۱	دانشگاه علوم پزشکی ایران

سالمند

انتخاب مطالعات

ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی

در ارزیابی راهنماهای بالینی، کیفیت^{۱۳}، به روز بودن^{۱۴}، تعیین رواج^{۱۵}، محتوا^{۱۶} و حیطه‌های راهنما از پرسش‌نامه آگری نسخه ۲ استفاده شد. طبق توصیه کتابچه راهنمای آگری، باید هر راهنما توسط حداقل ۲ و ترجیحاً ۴ ارزیاب مورد ارزیابی قرار بگیرد. افزایش تعداد ارزیابان سبب افزایش قابلیت اطمینان در ارزیابی می‌شود [۱۷]. در این مطالعه، هر راهنمای بالینی توسط ۵ نفر از متخصصین نظام سلامت ارزیابی شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند از تخصص‌های مختلف مطابق با اهداف پژوهش انجام شد، زیرا به دنبال افراد آگاه از نظر دانش و تجربه در موضوع مطالعه بودیم. معیارهای ورود جهت انتخاب مشارکت‌کنندگان داشتن تمایل و زمان کافی جهت همکاری در پژوهش و تسلط به زبان انگلیسی بود. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل و یا عدم زمان کافی جهت ادامه همکاری در پژوهش بود. ویژگی متخصصین در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

محققین ابتدا از طریق تماس تلفنی با متخصصین موردنظر، نظر آن‌ها را برای همکاری در مطالعه جلب کردند. سپس دعوت‌نامه برای همکاری حاوی شرح مختصری از اهداف و روش کار، رضایت‌نامه آگاهانه، یک عدد دیسک فشرده حاوی پیدایف راهنماهای بالینی، ۴ نسخه ابزار آگری همراه با راهنمای تکمیل آن در اختیار متخصصین قرار داده شد. سپس توضیحاتی در خصوص چگونگی ارزیابی راهنماهای بالینی ارائه شد. متخصصین، کیفیت راهنماهای بالینی موجود را به طور مستقل و جداگانه از طریق ابزار آگری نسخه ۲ ارزیابی کردند. مدت‌زمان ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی از نوامبر تا ژانویه سال ۲۰۲۰ بود.

ساختار و محتوای ابزار آگری شامل ۲۳ معیار در ۶ حیطه و همچنین دارای ۲ معیار رتبه‌بندی جهانی (ارزیابی نهایی) است. هر بخش به یک جنبه از کیفیت راهنما می‌پردازد [۱۲]. جدول شماره ۳ حیطه‌ها و معیارهای ابزار آگری را نشان می‌دهد.

پایایی^{۱۷} و روایی^{۱۸} ابزار آگری در ۱۱ کشور اروپایی سنجیده شده است و حداقل به ۲۰ زبان ترجمه شده است. اهمیت و گستردگی کاربرد این ابزار به اندازه‌ای است که می‌توان آن را ابزار جهانی جهت سنجش کیفیت راهنماهای بالینی دانست [۲۷]. تریس^{۱۹} به توسعه و اعتباربخشی ابزار آگری به‌عنوان یک ابزار ارزیابی بین‌المللی برای

13. Quality
14. Up date
15. Currency
16. Content
17. Reliability
18. Validity
19. Terrace

بررسی کیفیت راهنماهای بالینی پرداخت که ۹۵ درصد از ارزیابان، ابزار را برای بررسی راهنماهای بالینی مفید دانستند. همچنین پایایی بیشتر بخش‌های پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۶۴ تا ۸۸ درصد و قابل قبول بوده است [۲۸]. در کشور ایران رشیدیان و همکاران، به توسعه ترجمه معتبر فارسی ابزار آگری و بهبود و پایایی بخش‌های آن با استفاده از روش بحث گروهی پرداختند. ترجمه این ابزار به دنبال تفاهم‌نامه همکاری‌های مشترک دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه برنامه ملی تدوین راهنماهای بالینی که در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت، انجام شد. نسخه فارسی تقریباً برای همه حیطه‌ها دارای مقادیر کمتر ضریب همبستگی درون‌رده‌ای^{۲۰} بود. باین‌حال، مقادیر قابلیت اطمینان هر دو نسخه پس از بحث افزایش یافت که در حوزه‌های «دقت و کیفیت روش شناختی تدوین»، «استقلال در ویرایش» و «گویایی ارائه» قابل توجه‌تر بود. این بهبود به دلیل کاهش واریانس خطا در همه حیطه‌ها پس از بحث بود. همچنین در مقایسه نسخه ترجمه‌شده فارسی ابزار با نسخه انگلیسی، تفاوت معناداری بین مقادیر پایایی آن مشاهده نشد [۱۷].

ارزیابی هر یک از معیارها با استفاده از لیکرت ۷ طیفی انجام شد (از ۱ کاملاً مخالفم تا ۷ کاملاً موافقم). رتبه‌بندی ۱ نشان می‌دهد که اطلاعات در مورد معیار موردنظر ارائه نشده یا ضعیف گزارش شده است و ۷ دلالت بر رعایت کامل شاخص‌های تعیین‌شده و گزارش کامل معیار دارد. گزینه‌های ۲ تا ۶ در مواقعی که تمامی معیارهای موردنظر مورد توجه قرار نگرفته باشد، به کار می‌روند (۱. کاملاً مخالف، ۲. مخالف، ۳. تا حدی مخالف، ۴. نه مخالف نه موافق، ۵. تا حدی موافق، ۶. موافق، ۷. کاملاً موافق). بنابراین نمرات با تحقق معیارها افزایش می‌یابد [۲۹].

محاسبه نمره هر حیطه با جمع نمره داده‌شده به معیارهای آن حیطه و استاندارد کردن نمرات به دست‌آمده برای هر حیطه با فرمول شماره ۱ [۳۰] و همچنین محاسبه میانگین نمره کلی، تجزیه و تحلیل شد. در فرمول استانداردسازی نمره کسب‌شده در هر حیطه، حداقل نمره ممکن، حداکثر نمره ممکن و نمره کسب‌شده به کار رفته است که به ترتیب شامل موارد زیر می‌باشد:

حداکثر نمره ممکن= بالاترین نمره تعداد معیارهای هر حیطه تعداد ارزیابان.

حداقل نمره ممکن= پائین‌ترین نمره تعداد معیارهای هر حیطه تعداد ارزیابان.

نمره کسب‌شده= جمع نمرات داده‌شده به معیارها در حیطه موردنظر.

$$100 \times \frac{\text{نمره کسب‌شده} - \text{حداقل نمره ممکن}}{\text{استانداردسازی نمره} - \text{حداکثر نمره ممکن} - \text{حداقل نمره ممکن}}$$

20. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

مشارکت ذی نفعان

«مشارکت ذی نفعان» دومین حیطه در ابزار آگری است که شامل ۳ مورد جهت ارزیابی مشارکت گروه‌های مرتبط با موضوع در تدوین راهنما، توجه به دیدگاه و خواسته‌های جمعیت هدف و معرفی کاربران هدف^{۲۲} می‌باشد. میانگین نمره راهنماها در این حیطه بالای ۵۰ درصد به دست آمد. در همه راهنماها اطلاعات متخصصان و کاربران بیان شده بود و در ۳ راهنمای بالینی («بررسی سقوط و پیشگیری از سالمندان/مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت ۲۰۱۳»، «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت شده آنتاریو ۲۰۱۷»، «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان/کمسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت ۲۰۰۹») شیوه دستیابی به دیدگاه و تمایلات جمعیت هدف به روشنی بیان شده بود [۳۴-۳۲].

دقت و کیفیت روش شناختی تدوین

حیطه «دقت و کیفیت روش شناختی تدوین» سومین حیطه مورد بررسی در ابزار آگری که دارای ۸ مورد است و به بررسی جست‌وجوی نظام‌مند، معیارهای ورود و خروج، روش‌های به‌کاررفته در تدوین توصیه‌ها، ارتباط بین توصیه و شواهد حمایت‌کننده آن، نقاط قوت و محدودیت شواهد، توجه به فواید و خطرات احتمالی توصیه‌ها و نحوه به‌روزرسانی می‌پردازد. «دقت و کیفیت روش شناختی تدوین» از مهم‌ترین حیطه‌های ابزار آگری است که در تصمیم‌گیری در ارتباط با محتوای یک راهنما نقش مهمی دارد. هافمن ابر^{۲۳} و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند دو حیطه «دقت و کیفیت روش شناختی تدوین» و «استقلال در ویرایش» بیشترین تأثیر را بر ارزیابی کلی راهنما دارند [۳۷]. میانگین نمره راهنماها در این حیطه بیش از ۵۰ درصد به دست آمد. ۳ راهنما در این حیطه نمره بالای ۵۰ درصد کسب کردند [۳۴-۳۲]، اما کیفیت روش شناختی در راهنمای بالینی راهنماهای مدیریت چند رشته‌ای پس از سقوط برای مراکز مراقبت سلامت استرالیایی غربی/وزارت بهداشت استرالیایی غربی نمره بسیار پایینی کسب کرد [۳۵].

راهنماهای بالینی «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت شده آنتاریو ۲۰۱۷»، «بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان/مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت ۲۰۱۳» و «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان/کمسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت ۲۰۰۹» از سیستم طبقه‌بندی شواهد استفاد کرده بودند [۳۴-۳۲] و تمامی راهنماها با روش مرور نظام‌مند و اجماع نظر

راهنمای کار با ابزار آگری، رهنمودی برای چگونگی تفسیر نمرات ارائه نداده است. در مطالعه حاضر، برای افزایش سازگاری^{۲۱} با مطالعاتی که از این ابزار استفاده کرده‌اند، روش آن‌ها به کار گرفته شد. به راهنماهایی که در همه حیطه‌ها، نمره استاندارد ۵۰ درصد و یا بیشتر کسب کردند، عنوان «شدیداً توصیه می‌شود»، به راهنماهایی که در ارزیابی کلی نمره استاندارد ۵۰ درصد و یا بیشتر کسب کردند، عنوان «با تغییرات توصیه می‌شود» و به راهنماهایی که نه در همه حیطه‌ها و نه در ارزیابی کلی نتوانستند نمره استاندارد ۵۰ درصد یا بیشتر کسب کنند عنوان «توصیه نمی‌شود» اختصاص داده شد [۳۱]. کیفیت کلی راهنما نیز به صورت میانگین محاسبه شد.

یافته‌ها

مشخصات راهنماهای بالینی

۴ راهنما معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند و ارزیابی شدند. ۳ راهنمای بالینی طیف گسترده‌ای از اقدامات پیشگیری و مدیریت خطرات سقوط [۳۴-۳۲] را دربر دارد و ۱ راهنمای بالینی به مدیریت پس از سقوط اشاره داشت [۳۵]. خلاصه‌ای از جزئیات راهنماهای بالینی در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

ارزیابی راهنماهای بالینی با ابزار آگری نسخه ۲

جدول شماره ۵، نمرات حیطه‌های آگری، سطح کلی کیفیت و توصیه به‌کارگیری در بالین برای هر راهنمای بالینی به‌طور جداگانه ارائه می‌دهد. همچنین، طبق مطالعات قبلی مشابه، نمرات دامنه‌ها با عنوان خوب (< ۸۰ درصد)، قابل قبول (۶۰-۷۹ درصد)، پایین (۴۰-۵۹ درصد) و بسیار پایین (> ۴۰ درصد) طبقه‌بندی شدند [۳۶].

چشم‌انداز و هدف

حیطه «چشم‌انداز و هدف» اولین حیطه مورد بررسی در ابزار آگری است که شامل ۳ مورد اهداف، پرسش‌های بالینی و توصیف جمعیت هدف است. هر ۴ راهنمای منتخب نمره بالای ۵۰ درصد کسب کردند که نشان‌دهنده توجه تدوین‌کنندگان راهنماها به موارد این حیطه است. براساس نتایج حاصل از ارزیابی راهنماها، اهداف و جامعه هدف در هر ۴ راهنما مورد توجه قرار گرفته بود، اما پرسش‌های بالینی در راهنمای بالینی (پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت شده آنتاریو ۲۰۱۷) به صورت واضح بیان و پوشش داده شده بود [۳۴].

22. Target users

23. Hoffmann-Eßer

21. Consistency

جدول ۳. حیطه‌ها و معیارهای ابزار آگری II

حیطه	معیار	محتوا
حیطه ۱	۱	هدف (اهداف) اصلی راهنما به‌طور مشخص بیان شده‌اند.
	۲	پرسش (ها)ی بالینی که در راهنما به آن‌ها پرداخته شده است، به‌طور مشخص بیان شده‌اند.
	۳	جمعیتی (بیماران، جامعه) که راهنما به آن‌ها پرداخته است، به وضوح توصیف شده‌اند.
حیطه ۲	۴	افرادی از کلیه گروه‌های مرتبط در گروه تدوین‌کننده راهنما مشارکت داشته‌اند.
	۵	به دیدگاه‌ها و خواسته‌های جمعیت هدف توجه شده است.
	۶	کاربران اصلی راهنما به روشنی مشخص شده‌اند.
حیطه ۳	۷	در جست‌وجوی شواهد از روش‌های نظام‌مند استفاده شده است.
	۸	معیارهای انتخاب شواهد به روشنی بیان شده‌اند.
	۹	نقاط قوت و محدودیت‌های شواهد به وضوح شرح داده شده است.
	۱۰	روش‌های به‌کاررفته در تدوین توصیه‌ها به روشنی بیان شده‌اند.
	۱۱	در تدوین توصیه‌ها به فواید سلامتی، عوارض جانبی و خطرات احتمالی توجه شده است.
	۱۲	بین هر توصیه و شواهد حمایت‌کننده از آن ارتباط آشکار وجود دارد.
	۱۳	راهنما پیش‌از انتشار توسط خبرگانی خارج از گروه تدوین‌راهنما بررسی شده است.
	۱۴	نحوه به‌روزرسانی راهنما ارائه شده است.
	۱۵	توصیه‌ها مشخص و بدون ابهام هستند.
	۱۶	گزینه‌های مختلف مراقبت و درمان بیماری به روشنی بیان شده‌اند.
حیطه ۴	۱۷	توصیه‌های کلیدی بخوبی مشخص شده‌اند.
	۱۸	درباره موانع و تسهیلات به‌کارگیری توصیه‌ها بحث شده است.
	۱۹	راهنما توضیحات و یا ابزاری برای چگونگی به‌کارگیری توصیه‌ها ارائه کرده است.
حیطه ۵	۲۰	منابع احتمالی برای به‌کارگیری توصیه‌ها مورد توجه قرار گرفته است.
	۲۱	شاخص‌های کلیدی برای پایش و یا نظارت بر اجرای راهنما ارائه شده است.
حیطه ۶	۲۲	محتوای راهنما تحت تأثیر ساختار تأمین‌کننده هزینه‌ها قرار ندارد.
	۲۳	تعارض منافع احتمالی اعضای گروه تدوین‌کننده راهنما بیان شده است.

سالمند

به‌روزرسانی شرح داده شده بود [۳۲]. در راهنمای بالینی (پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو ۲۰۱۷) نیز نحوه به‌روزرسانی بیان شده بود [۳۴]. اما در راهنمای بالینی (پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان/کمیسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت ۲۰۰۹) تنها چهارچوب زمانی به‌روزرسانی (هر ۵ سال ۱ بار) بیان شده بود و در مورد نحوه به‌روزرسانی توضیحی ارائه نشده بود. همچنین نسخه به‌روزرسانی راهنما نیز در دسترس نبود [۳۳].

مبتنی بر شواهد تدوین شده بودند. راهنمای بالینی راهنماهای مدیریت چند رشته‌ای پس از سقوط برای مراکز مراقبت سلامت استرالیای غربی/وزارت بهداشت استرالیای غربی تاکنون دو مرتبه به‌روزرسانی شده بود و چهارچوب زمانی مشخص (هر ۳ سال ۱ بار) را برای به‌روزرسانی اعلام کرده بود [۳۵]. در راهنمای بالینی (بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان/مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت ۲۰۱۳) به دنبال توضیح شواهد، روش لزوم به‌روزرسانی را مرتبط با شواهد جدید می‌دانست و شیوه

جدول ۴. راهنماهای بالینی منتخب پس از مرور نظام‌مند منابع جهت ارزیابی

ردیف	راهنمای بالینی	نویسنده/سازمان منتشرکننده	سال انتشار	به‌روزرسانی	کشور	روش تدوین	تعداد صفحه
۱	بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان	مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت	۲۰۱۳	جاری	انگلیس	اجماع نظر بر مبنای شواهد	۳۱۵
۲	پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان	کمیسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت	۲۰۰۹	در دسترس نبود	استرالیا	اجماع نظر بر مبنای شواهد	۲۳۶
۳	پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط	انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو	۲۰۱۷	هر ۵ سال ۱ بار	کانادا	اجماع نظر بر مبنای شواهد	۱۳۲
۴	راهنماهای مدیریت چند رشته‌ای پس از سقوط برای مراکز مراقبت سلامت استرالیایی غربی	وزارت بهداشت استرالیایی غربی	۲۰۱۸	جاری	استرالیا	اجماع نظر بر مبنای شواهد	۴۱



جدول ۵. میانگین نمرات استاندارد ارزیابی راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان در حیطه‌های ۶ گانه ابزار آگری II

ردیف	راهنماها	چشم‌انداز و هدف	مشارکت ذی‌نفعان	دقت و کیفیت متدولوژی تدوین	گویایی ارائه	قابلیت به‌کارگیری	استقلال در ویرایش	میانگین انحراف معیار	ارزیابی کلی	سطح طبقه‌بندی
۱	بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان	۹۱/۱۱ (خوب)	۹۴/۴۴ (خوب)	۸۸/۷۵ (خوب)	۸۲/۲۲ (خوب)	۵۴/۱۶ (پایین)	۷۸/۳۳ (قابل قبول)	۸۱/۱۴ ± ۵/۶۳	۷۶/۶۶	شدیداً توصیه می‌شود
۲	پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان	۸۶/۶۶ (خوب)	۸۷/۷۷ (خوب)	۷۲/۰۸ (قابل قبول)	۹۳/۳۳ (خوب)	۷۹/۱۶ (قابل قبول)	۹۰ (خوب)	۸۴/۸۳ ± ۷/۵۸	۸۰	شدیداً توصیه می‌شود
۳	پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط	۹۲/۲۲ (خوب)	۸۱/۱۱ (خوب)	۸۹/۱۶ (خوب)	۹۵/۵۵ (خوب)	۸۰ (خوب)	۷۵ (قابل قبول)	۸۵/۵۳ ± ۷/۹۹	۸۶/۶۶	شدیداً توصیه می‌شود
۴	راهنماهای مدیریت چند رشته‌ای پس از سقوط برای مراکز مراقبت سلامت استرالیایی غربی	۶۴/۴۴ (قابل قبول)	۷۱/۱۱ (قابل قبول)	۳۴/۵۸ (بسیار پایین)	۹۳/۳۳ (خوب)	۵۳/۳۳ (پایین)	۴۵ (پایین)	۶۰/۲۹ ± ۲۰/۸۲	۷۰	با تغییرات توصیه می‌شود
	میانگین کلی نمره در هر حیطه	۸۶/۶	۸۳/۶ (خوب)	۷۱/۱۴ (قابل قبول)	۹۱/۱	۶۶/۶۶ (قابل قبول)	۷۲/۰۸ (قابل قبول)	-	-	-



گویایی ارائه

از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت شده انتاریو ۲۰۱۷» در این حیطه بالای ۵۰ درصد بود [۳۴-۳۲]. در ۳ راهنما، سازمان تأمین‌کننده بودجه و تعارض منافع اعضای گروه تدوین بیان شده بود [۳۴-۳۲]. راهنمای بالینی (پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو ۲۰۱۷) علاوه بر ذکر تعارض منافع، در وبسایت رسمی راهنما، جزئیات آن بیان شده بود [۳۴].

ارزیابی کلی

همه راهنماها نمره ارزیابی کلی بالاتر از ۵۰ درصد کسب کردند؛ در طبقه‌بندی کیفیت راهنماها با توجه به نمره آگری، استفاده از سه راهنما با عنوان «شدیدا توصیه می‌شود» [۳۴-۳۲] و استفاده از یک راهنما با عنوان «با تغییرات توصیه می‌شود» [۳۵] اطلاق شد.

از آنجایی که در این پژوهش، کیفیت ۴ راهنمای بالینی با ابزار آگری نسخه ۲ مورد ارزیابی قرار گرفته است، لازم است در ادامه به معرفی راهنماها و ویژگی آن‌ها به‌طور جداگانه پرداخته شود:

در کشور انگلستان، مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت، راهنمای بالینی تحت عنوان «سقوط، ارزیابی و پیشگیری از سقوط در سالمندان» را تدوین کرد. کاربران هدف این راهنمای بالینی، ارائه‌دهندگان حرفه‌ای مراقبت‌های بهداشتی درمانی، مراقبان و خانواده سالمندان بود. جامعه هدف این راهنما، همه سالمندان ۶۵ سال و بالاتر از ۶۵ سال و افراد ۵۰ تا ۶۴ سال در معرض خطر سقوط و بستری در بیمارستان بود. در جست‌وجوی شواهد این راهنما از روش‌های نظام‌مند استفاده شده است و معیارهای انتخاب شواهد به روشنی بیان شده‌اند. این راهنما مبتنی بر شواهد است و سطح شواهد توصیه‌ها نیز بیان شده است. توصیه‌ها در دو بخش پیشگیری از سقوط در سالمندان و پیشگیری از سقوط در سالمندان در زمان اقامت در بیمارستان می‌باشد. همچنین در این راهنما، درباره موانع و تسهیلات به‌کارگیری توصیه‌ها بحث شده است [۳۲]. این راهنما در حیطه‌های چشم‌انداز و هدف، مشارکت ذی‌نفعان، دقت و کیفیت روش‌شناختی تدوین و گویایی ارائه نمره خوب، در حیطه استقلال در ویرایش نمره قابل قبول و در حیطه قابلیت به‌کارگیری نمره پایینی دریافت کرد.

راهنمای بالینی «پیشگیری از سقوط و صدمات ناشی از سقوط در سالمندان»، در سال ۲۰۰۹ توسط کمیسیون استرالیا بر کیفیت ایمنی در مراقبت‌های بهداشتی درمانی تدوین شد. جمعیت هدف این راهنما، سالمندان بستری در بیمارستان و سایر افراد جوان‌تر که در معرض خطر سقوط هستند، بود. کاربران هدف راهنما، ارائه‌دهندگان حرفه‌ای مراقبت‌ها بودند. روش تدوین راهنما مبتنی بر شواهد بوده و جداول درجه‌بندی سطح

حیطه چهارم مورد بررسی در ابزار آگری «گویایی ارائه» است که دارای ۳ مورد است و مواردی مانند وضوح و ابهام نبودن توصیه‌ها، بیان روشن گزینه‌های مختلف غربالگری، پیشگیری، تشخیص و درمان و مشخص بودن توصیه‌های کلیدی را شامل می‌شود. همه راهنماها نمره استاندارد بیش از ۵۰ درصد کسب کردند. با مقایسه میانگین امتیازات همه حیطه‌ها در بین راهنماهای بالینی مشاهده شد که این حیطه بیشترین امتیاز (۹۱/۱ درصد) را کسب کرد که نمایانگر توجه توسعه‌دهندگان این راهنماها به موارد این حیطه می‌باشد.

قابلیت به‌کارگیری

حیطه پنجم ابزار آگری «قابلیت به‌کارگیری» راهنما می‌باشد که دارای ۴ مورد می‌باشد و شامل بحث در خصوص موانع و تسهیلات به‌کارگیری توصیه‌ها، ارائه توضیحات و یا ابزار برای به‌کارگیری توصیه‌ها، مورد توجه قرار دادن منابع احتمالی برای به‌کارگیری توصیه‌ها و ارائه شاخص‌های کلیدی برای پیش و یا نظارت اجرای راهنما می‌باشد. با توجه به منابع بالا در تدوین یک راهنمای بالینی، لازم است تا در بالین قابلیت اجرا داشته باشد و کاربرد آن به‌وسیله بیان تسهیلات و موانع اجرای آن مورد توجه قرار بگیرد. میانگین نمره راهنماهای ارزیابی شده در مطالعه حاضر بالاتر از ۵۰ درصد به دست آمد، اما به‌طور کلی این حیطه کمترین میانگین نمره (۶۶/۶۶ درصد) را در بین سایر حیطه‌ها کسب کرد. در راهنمای بالینی (پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو ۲۰۱۷) بیشترین توجه به موانع و تسهیلات به‌کارگیری توصیه‌ها شده بود [۳۴]. در همه راهنماها برای اجرای توصیه‌ها و اقدامات تدوین‌شده توضیحات لازم ارائه شده بود و در صورت لزوم به ابزار، در متن راهنما به آن اشاره شده بود و در پیوست راهنما قرار داده شده بود. منابع احتمالی برای به‌کارگیری توصیه‌ها در ۳ راهنمای بالینی «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان/کمیسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت ۲۰۰۹»، «بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان/مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت ۲۰۱۳» و «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو ۲۰۱۷» با جزئیات بیشتری بیان شده بود [۳۴-۳۲].

استقلال در ویرایش

متوسط نمره در این حیطه بالای ۵۰ درصد بود و نمره راهنماهای «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان/کمیسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت ۲۰۰۹»، «بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان /مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت ۲۰۱۳» و «پیشگیری

حیطه‌های ۶ گانه ابزار آگری، حیطه «گویایی ارائه» بیشترین نمره و حیطه «قابلیت به‌کارگیری» کمترین نمره را کسب کردند. این یافته‌ها مشابه مطالعات قبلی انجام‌شده در زمینه ارزیابی راهنماهای بالینی با استفاده از ابزار آگری می‌باشد که موضوعات مختلف بالینی را پوشش می‌دهند.

ماجوسوا^{۲۴} و همکاران که کیفیت راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در بیماران را ارزیابی کردند، بیشترین نمره حیطه «گویایی ارائه» و کمترین نمره حیطه «قابلیت به‌کارگیری» بود [۳۸]. در مطالعه جرمی^{۲۵} و همکاران که کیفیت راهنماهای بالینی مرتبط با آرتروز روماتوئید و استئوآرتروز ارزیابی شد، حیطه «گویایی ارائه» بالاترین نمره (۸۹/۸ درصد) و حیطه «قابلیت به‌کارگیری» کمترین نمره (۵۳/۳ درصد) را به دست آورد [۳۹]. در این مطالعات، راهنماهایی که تحت ارزیابی قرار گرفته بودند به‌علت دارا بودن توصیه‌های مشخص و بدون ابهام، بیان روشن گزینه‌های مختلف مراقبت و درمان و مشخص کردن توصیه‌های کلیدی در حیطه «گویایی ارائه» بالاترین امتیاز را کسب کردند. از طرفی به‌علت توجه کمتر به منابع، تسهیلات اجرا، ابزار و منابع احتمالی در به‌کارگیری توصیه‌ها و شاخص‌های کلیدی پایش و نظارت بر اجرا در راهنماهای تحت ارزیابی، حیطه «قابلیت به‌کارگیری» امتیاز کمتری را نسبت به سایر حیطه‌های دیگر کسب کرد.

در مطالعه عامر^{۲۶} و همکاران که کیفیت راهنماهای بالینی برای مدیریت زنان باردار مبتلا به آنمی ارزیابی شد [۴۰]. کمترین نمره، حیطه «قابلیت به‌کارگیری» بود، اما در حیطه «چشم‌انداز و هدف» بالاترین امتیاز را کسب کرد که نشان‌دهنده توجه بالا به اهداف، سؤالات بالینی و جامعه هدف راهنما می‌باشد. پیشگیری از سقوط و مدیریت آسیب‌های ناشی از آن در سالمندان بستری در بیمارستان حائز اهمیت است و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی باید ترکیبی از قضاوت بالینی، شرایط سالمند و شواهد با کیفیت بالا را در نظر بگیرند. استفاده از یک چارچوب استاندارد برای تهیه راهنماهای بالینی، مانند آگری، یک روش منظم و همگن برای راهنماها ایجاد می‌کند و برای بهبود کیفیت راهنماهای بالینی و هماهنگی فرآیند تدوین آن‌ها، باید به نکات خاصی توجه شود.

برای افزایش کیفیت در حیطه «چشم‌انداز و هدف» لازم است اهداف راهنما، پرسش‌های بالینی و جمعیتی که راهنما به آن می‌پردازد، از نظر گروه سنی، جنس و مشکل بالینی به‌طور واضح توصیف شوند. مهم‌ترین مسئله مورد توجه جهت افزایش کیفیت حیطه «مشارکت ذی‌نفعان»، مشارکت گروه‌های مرتبط در تدوین راهنما و اطلاعات مربوط به گروه تدوینگر، بیان نحوه بررسی و دستیابی به نظرات جمعیت هدف، توجه به جمعیت هدف و کاربران اصلی راهنما می‌باشد. حیطه «دقت و کیفیت

شواهد و قدرت توصیه‌ها در راهنما بیان شده است. این راهنما در بخش‌ها مقدمه، مفاهیم مرتبط با راهنمای بالینی، راهکارهایی جهت پیشگیری از سقوط، راهکارهایی جهت مدیریت عوامل راجع خطرات سقوط، کاهش آسیب‌های ناشی از سقوط و پاسخ به سقوط ارائه شده است [۳۳]. این راهنما، در حیطه‌های چشم‌انداز و هدف، مشارکت ذی‌نفعان، گویایی ارائه و استقلال در ویرایش نمره خوب و در حیطه‌های دقت و کیفیت روش‌شناختی تدوین و قابلیت به‌کارگیری نمره قابل قبول کسب کرد.

راهنمای بالینی «پیشگیری از سقوط و صدمات ناشی از سقوط»، در سال ۲۰۱۷ توسط انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو تدوین شد. جمعیت هدف راهنما بزرگسالان بالای ۱۸ سال و کاربران هدف ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی بودند. روش تدوین این راهنما به‌صورت مرور متون و بازنگری راهنما توسط متخصصین به‌صورت بین حرفه‌ای انجام شد. از نظر ساختار و محتوای راهنما، ابتدا در مقدمه به بیان چگونگی استفاده از راهنما، چشم‌انداز و اهداف، اصول، فرضیات، کاربران هدف، جامعه هدف، مفاهیم مرتبط با راهنما، سطح شواهد و تضاد منافع پرداخته شد. سپس توصیه‌ها در سه بخش توصیه‌های بالینی، توصیه‌های آموزشی و توصیه‌های مربوط به سازمان بیان شدند. در پایان این راهنما، راهکارهایی برای اجرا، ارزیابی و فرآیند به‌روزرسانی و بازنگری راهنما ذکر شده بود [۳۴]. این راهنما به‌جز در حیطه استقلال در ویرایش که نمره قابل قبول کسب کرد، در بقیه حیطه‌ها نمره خوب دریافت کرد.

«رهنمودهای بالینی برای مدیریت بین حرفه‌ای پس از سقوط در محیط‌های مراقبتی بهداشتی استرالیای غربی» در سال ۲۰۱۸ برای کلیه بیمارانی که در بیمارستان سقوط می‌کنند، تدوین شد. کاربران هدف این راهنما پزشک، پرستار، کاردرمان، فیزیوتراپیست، داروساز و کمک پرستار بودند. در این راهنما به کلیه اقدامات جهت بررسی و مدیریت پس از سقوط پرداخته شده است [۳۵]. این راهنما در حیطه گویایی ارائه نمره خوب، در حیطه‌های چشم‌انداز و هدف و مشارکت ذی‌نفعان نمره قابل قبول، در حیطه‌های قابلیت به‌کارگیری و استقلال در ویرایش نمره پایین و در حیطه دقت و کیفیت روش‌شناختی تدوین نمره بسیار پایین دریافت کرد. از این رو جهت استفاده در بالین، با اعمال تغییرات توصیه می‌شود.

بحث

محققان باید جهت تدوین و بومی‌سازی راهنماهای بالینی، از ابزارهای معتبر ارزیابی کیفیت راهنماها مانند ابزار آگری استفاده کنند تا پایه شواهد و روش‌شناختی راهنماها بهبود یابد و در بالین قابل اجرا و کاربرد باشند. کاربران هدف راهنماها نیز باید از راهنماها با کیفیت بالا استفاده کنند تا از فواید راهنماها بهره‌مند شوند. در مطالعه حاضر، با توجه به میانگین‌های به‌دست‌آمده در

24. Majkusová

25. Jeremy

26. Amer

پیشنهاد‌های پژوهش

انجام مطالعات زیر در راستای نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود:

تدوین و بومی‌سازی راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان، ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سایر گروه‌های سنی بستری در بیمارستان با ابزار آگری، ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان مقیم سرای سالمندان با ابزار آگری، بررسی قابلیت کاربرد راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان، بررسی تأثیر اجرای راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط بر عملکرد کاربران هدف راهنماها و بررسی تسهیل‌کننده‌ها و موانع اجرای راهنماهای بالینی پیشگیری از سقوط.

نتیجه‌گیری نهائی

سه راهنمای بالینی «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط در سالمندان/کمسیون استرالیایی ایمنی و کیفیت در مراقبت سلامت ۲۰۰۹»، «بررسی سقوط و پیشگیری از سقوط در سالمندان/مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت ۲۰۱۳» و «پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو ۲۰۱۷»، طبق نتایج این مطالعه شدیداً توصیه می‌شوند و دارای قابلیت بومی‌سازی در کشور ما و استفاده در بالین هستند [۳۲-۳۴]. بهترین راهنما، راهنمای بالینی (پیشگیری از سقوط و آسیب ناشی از سقوط/ انجمن پرستاران ثبت‌شده انتاریو ۲۰۱۷) بود که بالاترین امتیاز را در اکثر حوزه‌ها و ارزیابی کلی دریافت کرد [۳۴]. همچنین کیفیت بالای این راهنماها تضمین می‌کند که توصیه‌های این راهنماها مرتبط، قابل اعتماد و قابل اجرا در بالین هستند. راهنمای بالینی «راهنماهای مدیریت چند رشته‌ای پس از سقوط برای مراکز مراقبت سلامت استرالیایی غربی» نیز به شرط تغییرات قابلیت استفاده دارد. از آنجایی که اولین هدف در یک مرکز درمانی، جلوگیری از آسیب به سالمند و به مخاطره انداختن ایمنی وی در راستای ارائه خدمات سلامت است و تیم درمان نقش اساسی در پیشگیری از حادثه سقوط در سالمندان بستری در بیمارستان ایفا می‌کنند، استفاده از راهنماهای بالینی فعلی در این مطالعه توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی است که پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.1399.425 انجام شد.

روش‌شناختی تدوین «از مهم‌ترین حیطة‌های ابزار آگری است که در تصمیم‌گیری در ارتباط با محتوای یک راهنما نقش مهمی دارد. این حیطة قوی‌ترین شاخص کیفیت در بین حیطة‌ها محسوب می‌شود و نقش اصلی در تصمیم‌گیری شخصی در مورد محتوای راهنمای بالینی دارد.

بنابراین در زمان تدوین راهنما لازم است معیارهای مربوط به این حیطة مانند ذکر راهبرد جست‌وجوی شواهد مانند کلیدواژه‌ها، منابع و بازه زمانی جست‌وجو، معیارهای انتخاب شواهد، نقاط قوت و محدودیت شواهد، نحوه به‌روزرسانی، بررسی راهنما توسط خبرگانی خارج از گروه تدوین راهنما، ارتباط بین توصیه و شواهد حمایت‌کننده آن، فواید سلامتی و خطرات احتمالی ناشی از اجرای توصیه‌ها مورد توجه بیشتری قرار بگیرد. باتوجه به منابع بالا در تدوین یک راهنما لازم است در بالین قابلیت اجرا داشته باشد و کاربرد آن به‌وسیله بیان تسهیلات و موانع اجرای آن مورد توجه قرار بگیرد، زیرا قابلیت اجرای راهنمای بالینی یک گام مهم جهت افزایش میزان استفاده از راهنما است [۴۱].

ذکر ابزار به‌کارگیری توصیه‌ها، پیامدهای کاربرد، تسهیل‌کننده‌ها و موانع به‌کارگیری توصیه‌ها و معیارهای نظارتی در قابلیت به‌کارگیری راهنما تأثیر دارد. راهنماهایی که از لحاظ بالینی قابل اجرا نیستند و توصیه‌های آن‌ها استفاده نمی‌شوند سبب هدر رفتن منابع و زمان می‌شوند. در حیطة «استقلال در ویرایش»، دو معیار نهادهای تأمین بودجه یا منافع بالقوه رقابتی نویسندگان را در نظر می‌گیرند که می‌تواند بر محتوای راهنما تأثیرگذار باشد. برای تحقق معیارهای آگری، نام بدنه مالی و عدم تأثیر بدنه مالی بر محتوای راهنما باید ذکر شود.

در آخر باید توجه کرد که ارزیابی راهنماهای بالینی با ابزار آگری، دقت و کیفیت روش‌شناسی، شفافیت و کاربرد راهنما را در بالین مشخص می‌کند. باوجود این، ارزیابی محتوای یک راهنمای بالینی صرفاً براساس نتایج ابزار آگری امکان‌پذیر نیست و قضاوت در مورد این موضوع براساس تفسیرهای شخصی و شواهد ارائه‌شده در راهنمای بالینی است.

محدودیت‌های پژوهش

روش جست‌وجو برای دستیابی به راهنماهای بالینی و سایر شواهد، دقیق و کامل بود. با این حال ممکن است تعدادی از راهنماها و سایر شواهد و به‌روزرسانی آن‌ها از دست رفته باشد. همچنین، عدم تسلط به زبان‌ها (به‌جز زبان انگلیسی)، سبب حذف راهنماها به سایر زبان‌ها شد. عدم دسترسی به متن کامل برخی از راهنماها، منجر به حذف آن‌ها شد. عدم پاسخ‌دهی مشارکت‌کنندگان در زمان پیش‌بینی‌شده از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود که محققین جهت مداومت و پیگیری برای دریافت پرسش‌نامه‌ها به‌صورت تلفنی، ایمیل و حضوری سعی کردند.

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

تحقیق و بررسی و ویراستاری و نهایی‌سازی: مهسا سلیمانی، مریم شیرازی؛ منابع، نگارش پیش‌نویس و بصری‌سازی: مهسا سلیمانی؛ نظارت و مدیریت پروژه: مریم شیرازی؛ مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبار‌سنجی و تحلیل: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و متخصصانی که در این مطالعه همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- [1] Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Foroughan M. [The needs of hospitalized elderly patients: A qualitative study (Persian)]. *Salmand*. 2010; 5(1): 42-52. [Link]
- [2] Anpalahan M, Gibson SJ. Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medicine Journal*. 2008; 38(1):16-23. [DOI:10.1111/j.1445-5994.2007.01398.x] [PMID]
- [3] Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158(5 Pt 2):369-74. [DOI:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002] [PMID]
- [4] Nurmi I, L uthje P. Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2002; 20(2):118-22. [DOI:10.1080/pri.20.2.118.122] [PMID]
- [5] Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Falls in hospital settings: A longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012; 20(3):597-603. [DOI:10.1590/s0104-11692012000300023] [PMID]
- [6] Dadgari A, Mirrezaee SM, Hojati H. [The incidence of fall and past history of falling in aged hospitalized patients (Persian)]. *International Journal of Health Studies*. 2019; 5(1):32-5. [Link]
- [7] Najafpour Z, Godarzi Z, Arab M, Yaseri M. Risk factors for falls in hospital in-patients: A prospective nested case control study. *International Journal of Health Policy and Management*. 2019; 8(5):300-6. [DOI:10.15171/ijhpm.2019.11] [PMID]
- [8] Morello RT, Barker AL, Watts JJ, Haines T, Zavarsek SS, Hill KD, et al. The extra resource burden of in-hospital falls: A cost of falls study. *The Medical Journal of Australia*. 2015; 203(9):367. [DOI:10.5694/mja15.00296] [PMID]
- [9] Steinbrook R. Guidance for guidelines. *The New England Journal of Medicine*. 2007; 356(4):331-3. [DOI:10.1056/NEJMp068282] [PMID]
- [10] Villadsen SF, Negussie D, GebreMariam A, Tilahun A, Friis H, Rasch V. Antenatal care strengthening for improved quality of care in Jimma, Ethiopia: An effectiveness study. *BMC Public Health*. 2015; 15:360. [DOI:10.1186/s12889-015-1708-3] [PMID]
- [11] Lo Vecchio A, Giannattasio A, Duggan C, De Masi S, Ortisi MT, Parola L, et al. Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2011; 52(2):183-9. [DOI:10.1097/MPG.0b013e3181e233ac] [PMID]
- [12] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010; 182(18):E839-42. [DOI:10.1503/cmaj.090449] [PMID]
- [13] Dans AL, Dans LF. Appraising a tool for guideline appraisal (the AGREE II instrument). *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010; 63(12):1281-2. [DOI:10.1016/j.jclinepi.2010.06.005] [PMID]
- [14] Grammatikopoulou MG, Theodoridis X, Gkiouras K, Stamouli EM, Mavrantoni ME, Dardavessis T, et al. AGREEing on guidelines for nutrition management of adult severe burn patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2019; 43(4):490-6. [DOI:10.1002/jpen.1452] [PMID]
- [15] Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Health; 2015. [Link]
- [16] Burgers JS, Fervers B, Haugh M, Brouwers M, Browman G, Philip T, Cluzeau FA. International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. *Journal of Clinical Oncology*. 2004; 22(10):2000-7. [DOI:10.1200/JCO.2004.06.157] [PMID]
- [17] 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. [DOI:10.1111/j.1365-2753.2011.01649.x] [PMID]
- [18] The Guidelines International Network. Guideline adaptation: A resource toolkit. Pitlochry: The Guidelines International Network; 2009. [Link]
- [19] Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Appraisal of guidelines for research and evaluation II: AGREE II instrument. Canadian Institutes of Health Research; 2017. [Link]
- [20] Gavriilidis P, Roberts KJ, Askari A, Sutcliffe RP, Huo TL, Liu PH, et al. Evaluation of the current guidelines for resection of hepatocellular carcinoma using the appraisal of guidelines for research and evaluation II instrument. *Journal of Hepatology*. 2017; 67(5):991-8. [DOI:10.1016/j.jhep.2017.06.028] [PMID]
- [21] Vlayen J, Aertgeerts B, Hannes K, Sermeus W, Ramaekers D. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: Multiple similarities and one common deficit. *International Journal for Quality In Health Care*. 2005; 17(3):235-42. [DOI:10.1093/intqhc/mzi027] [PMID]
- [22] Ng JY, Azizudin AM. Rheumatoid arthritis and osteoarthritis clinical practice guidelines provide few complementary and alternative medicine therapy recommendations: A systematic review. *Clinical Rheumatology*. 2020; 39(10):2861-73. [DOI:10.1007/s10067-020-05054-y] [PMID]
- [23] Jiao XF, Li HL, Cheng L, Zhang C, Yang CS, Han J, et al. Methodological quality of clinical practice guidelines for genetic testing in children: A systematic assessment using the appraisal of guidelines for research and evaluation II instrument. *Medicine*. 2019; 98(52):e18521. [DOI:10.1097/MD.00000000000018521] [PMID]
- [24] Gillespie BM, Bull C, Walker R, Lin F, Roberts S, Chaboyer W. Quality appraisal of clinical guidelines for surgical site infection prevention: A systematic review. *Plos One*. 2018; 13(9):e0203354. [DOI:10.1371/journal.pone.0203354] [PMID]
- [25] Kord Z, Alimohammadi N, Jafari Mianaei S, Riazzi A, Zarasvand B. Guideline for nursing care of children with Head Trauma (HT): Study Protocol for a sequential exploratory mixed-method study. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. 2020; 269-75. [DOI:10.2147/PHMT.S260720] [PMID]
- [26] Banitaba Sh. [Adaptation of the oral care clinical guideline for hospitalized elders (Persian)] [MA thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciencis; 2021.
- [27] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 2009; 6(7):e1000097. [DOI:10.1371/journal.pmed.1000097] [PMID]

- [28] AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Quality & Safety in Health Care*. 2003; 12(1):18-23. [DOI:10.1136/qhc.12.1.18] [PMID]
- [29] Brosseau L, Rahman P, Toupin-April K, Poitras S, King J, De Angelis G, et al. A systematic critical appraisal for non-pharmacological management of osteoarthritis using the appraisal of guidelines research and evaluation II instrument. *PLoS One*. 2014; 9(1):e82986. [DOI: 10.1371/journal.pone.0082986] [PMID]
- [30] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010; 182(18):E839-42. [PMID]
- [31] Birken SA, Ellis SD, Walker JS, DiMartino LD, Check DK, Gerstel AA, et al. Guidelines for the use of survivorship care plans: A systematic quality appraisal using the AGREE II instrument. *Implementation Science*. 2015; 10: 63. [DOI:10.1186/s13012-015-0254-9] [PMID]
- [32] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: Assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Care Excellence; 2013. [Link]
- [33] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Preventing falls and harm from falls in older people: Best practice guidelines for Australian hospitals. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2009. [Link]
- [34] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Preventing falls and reducing injury from falls. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2017. [Link]
- [35] Western Australian Department of Health. WA Multidisciplinary Post Fall Management Guidelines 2018. Perth: Post Fall Working Group Western Australia; 2018. [Link]
- [36] Messina C, Bignotti B, Tagliafico A, Orlandi D, Corazza A, Sardanelli F, et al. A critical appraisal of the quality of adult musculoskeletal ultrasound guidelines using the AGREE II tool: An EuroAIM initiative. *Insights Into Imaging*. 2017; 8(5):491-7. [DOI:10.1007/s13244-017-0563-4] [PMID]
- [37] Hoffmann-Eißer W, Siering U, Neugebauer EAM, Brockhaus AC, McGauran N, Eikermann M. Guideline appraisal with AGREE II: Online survey of the potential influence of AGREE II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. *BMC Health Services Research*. 2018; 18(1):143. [DOI:10.1186/s12913-018-2954-8] [PMID]
- [38] Majkusová K, Jarošová D, Zeleníková R, Kozáková R. Assessing the methodological quality of clinical guidelines for preventing falls of patients. *Central European Journal of Nursing Midwifery*. 2016; 7(4):549-57. [Link]
- [39] Ng JY, Liang L, Gagliardi AR. The quantity and quality of complementary and alternative medicine clinical practice guidelines on herbal medicines, acupuncture and spinal manipulation: Systematic review and assessment using AGREE II. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2016; 16(1):425. [DOI:10.1186/s12906-016-1410-8] [PMID]
- [40] Amer YS, Sabr Y, ElGohary GM, Altaki AM, Khojah OT, El-Malky A, et al. Quality assessment of evidence-based clinical practice guidelines for the management of pregnant women with sickle cell disease using the AGREE II instrument: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1):595. [DOI: 10.1186/s12884-020-03241-y] [PMID]
- [41] Armstrong JJ, Rodrigues IB, Wasiuta T, MacDermid JC. Quality assessment of osteoporosis clinical practice guidelines for physical activity and safe movement: An AGREE II appraisal. *Archives of Osteoporosis*. 2016; 11:6. [PMID]

This Page Intentionally Left Blank