

A Review of 17 Years of Application of a Continuous Care Model on the Consequences of Acute and Chronic Diseases: Describing and Assessing the Quality of Methodology of Papers

Seyed Mohamad Masoud Moosavinasab¹, Amir Vahedian-Azimi², Mahmood Salesi³, Ensieh Vahedi³, Ali Akbar Karimi Zarchi⁴, Masoum KhoshFetrat⁵, Farshid Rahimi Bashar^{6*}

¹ Department of Anesthesiology and Critical Care, School of medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Trauma Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Chemical Injuries Research Center, Systems biology and poisonings institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Department of Anesthesiology and Critical Care, School of medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

⁶ Department of Anesthesiology and Critical Care, School of medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Received: 14 September 2017 Accepted: 6 March 2018

Abstract

Background and Aim: Prevention is a necessary and urgent task due to the widespread prevalence of various acute and chronic diseases. Nurses, in order to play their professional role and responsibility, need to know the choices, needs and abilities of patients in reality, their communication and their social context. The present review was conducted with two objectives: 1. determining the effect of a continuous care model on the outcomes of acute and chronic diseases, and, 2. describing and assessing the quality of methodology of published papers in this field.

Methods: This is a systematic review conducted on 2017. A systematic search was conducted using PRISMA guidelines to retrieve all national and international studies using a Continuous Care Model.

Findings: In the initial search, 3074 papers were retrieved, and following PRISMA screening guide, 51 relevant articles were identified. The final studies were classified and reviewed based on the authors, year, type of research with the number of studied groups, the aim of the research, the sampling method, the characteristics of the research samples in terms of the number of people and the type of disease, the method of data collection and final conclusion.

Conclusion: According to the review of the studies carried out with the continuous care model and the effectiveness of all of them on the different outcomes of the study, it can be stated with certainty that this indigenous model corresponds with the culture of Iran is an effective, simple, efficient and reliable model and can be used in promoting and improving the various aspects of acute and chronic diseases. The quality of conducting intervention studies using this Continuous Care Model was relatively good, but the reporting style and quality of the studies are inadequate.

Keywords: Continuous Care Model, Acute and Chronic Diseases, Systematic Review.

*Corresponding author: Farshid Rahimi Bashar, Email: fr_rahimibashar@yahoo.com

مروری بر ۱۷ سال کاربرد مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن: توصیف و ارزیابی کیفیت روش‌شناسی مقالات

سید محمد مسعود موسوی نسب^۱، امیر واحدیان عظیمی^۲، محمود ثالثی^۳، انسیه واحدی^۳، علی اکبر کریمی زارچی^۴، معصوم خوش فطرت^۵، فرشید رحیمی بشر^{۶*}

^۱ گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی، انستیتو سیستم بیولوژی و مسمومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

^۴ دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

^۵ گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۶ گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع گسترده انواع بیماری‌های حاد و مزمن، پیشگیری یک امر ضروری و حیاتی می باشد. پرستاران به منظور ایفاء نقش و مسئولیت حرفه‌ای خود نیازمند شناخت انتخاب‌ها، نیازها و توانایی‌های بیماران در واقعیت، درک ارتباطات و زمینه اجتماعی آنها هستند. مطالعه مروری حاضر با دو هدف ۱. تعیین تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن و ۲. توصیف و ارزیابی کیفیت روش‌شناسی مقالات چاپ شده در این زمینه انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مروری سیستماتیک سال ۲۰۱۷ انجام شد. جستجوی سیستماتیک با استفاده از دستورالعمل PRISMA برای بازیابی تمام مطالعات ملی و بین‌المللی در زمینه مدل مراقبت پیگیر انجام شد.

یافته‌ها: در جستجوی اولیه متون، ۳۰۷۴ مقاله بازیابی شد که با توجه به راهنمای غربال PRISMA، این تعداد مقاله بازیابی شده به ۵۱ مورد کاهش یافت. مطالعات نهایی شده از حیث نویسندگان، سال انجام، نوع پژوهش به همراه تعداد گروه‌های مورد مطالعه، هدف از اجرای پژوهش، روش نمونه‌گیری، ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش از حیث تعداد افراد و نوع بیماری، روش جمع‌آوری اطلاعات و نتیجه‌گیری نهایی اجرای مدل طبقه‌بندی و مرور شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به مرور مطالعات انجام شده با مدل مراقبت پیگیر و موثر بودن تمامی آنها بر پیامدهای مختلف مورد مطالعه، می‌توان با قاطعیت بیان نمود که این مدل بومی همخوان با فرهنگ و بافت کشور ایران مدلی موثر، ساده، کارا و قابل اعتماد بوده و توانایی کاربرد در ارتقاء و بهبود ابعاد مختلف بیماری‌های حاد و مزمن را دارد. کیفیت اجرای مطالعات مداخله‌ای اجرای مدل مراقبت پیگیر از کیفیت نسبتاً خوبی برخوردار است اما سبک و کیفیت گزارش‌دهی آنها نامناسب است.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت پیگیر، بیماری حاد، بیماری مزمن، روش‌شناسی مقالات، مطالعه مروری

* نویسنده مسئول: فرشید رحیمی بشر. پست الکترونیک: fr_rahimibashar@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

مقدمه

پیشرفت فن‌آوری، پدیده نوسازی جوامع و افزایش امید به زندگی سبب کاهش شیوع و بروز بیماری‌های حاد شده است (۱)؛ این در حالیست که بیماری‌های مزمن غیرواگیر ثانویه به تغییر سبک و شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا کرده است (۵-۲)؛ این بیماری‌ها در بیشتر اوقات پیش‌آگهی مطلوبی نداشته و باعث بستری شدن افراد می‌شوند (۵) به گونه‌ای که یک‌سوم بیماران حاد فوت می‌کنند که نیمی از این افراد در عرض یک ساعت اولیه و قبل از رسیدن به بیمارستان بوده و دو سوم آنها که زنده می‌مانند هرگز بهبودی کامل نخواهند یافت و به زندگی عادی باز نمی‌گردند؛ به عبارتی بیماری حاد در اثر افزایش امید به زندگی که خود ثانویه به پیشرفت تکنولوژی و اقدامات درمانی مراقبتی است، تبدیل به بیماری مزمن می‌شود (۹-۶).

با توجه به وجود انبوهی از شواهد که نشان دهنده وجود رابطه میان سبک و شیوه زندگی افراد و ابتلا به انواع بیماری‌های حاد و مزمن است (۱۰، ۱۱)، ضرورت تاکید بر تعدیل سبک و شیوه زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری‌ها کاملاً برجسته و قابل توجه است (۱۲، ۱۳)؛ در حقیقت بسیاری از بیماری‌های حاد و مزمن اختلالات غیر عفونی بوده که توسط تعداد زیادی از عوامل ایجاد شده که مهمترین آنها سبک و شیوه زندگی ناسالم است (۱۶-۱۴).

نظر به اینکه اکثر قربانیان در سنین ۲۵-۶۵ سال قرار داشته و در واقع بازوهای کاری جامعه هستند، تهی شدن جامعه از این نیروها یا معلولیت موقت یا مادام‌العمر آنها می‌تواند به‌ویژه در جوامع جهان سوم که با کمبود نیروهای کارآمد روبرو هستند به صورت ضایعات و خسارات جبران‌ناپذیر باشد که در تمام طول عمر می‌تواند همراه فرد بوده و علاوه بر مددجو سایر افراد خانواده و حتی جامعه را متاثر کند.

در این راستا امروزه بسیاری از صاحب نظران کنترل و مراقبت از این بیماران را وظیفه اصلی فرد و خانواده می‌دانند و معتقد هستند که افراد باید مسئولیت کنترل بیماری خود را پذیرفته (۱۷) و با توجه به زمینه و فرهنگ زندگی خود با مناسب‌ترین شیوه آن را کنترل (۱۸) و مانند افراد غیر مبتلا به بیماری در محیط کار، خانواده و اجتماع خود فعالیت نمایند (۱۹). بنابراین؛ بیماری مزمن رویکردی متفاوت با رویکرد قالب در مراقبت از بیماری‌های حاد را طلب می‌کند. رویکردی که در آن فرد به عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی مسئولیت مدیریت بیماری خود را پذیرفته و در زندگی با آن توانمند شود (۲۰، ۲۱).

مفهوم توانمندی در سال‌های اخیر به مفهومی بسیار آشنا در متون مختلف پرستاری تبدیل شده است (۲۲-۲۴). این مفهوم از سال ۱۳۸۳ در مراقبت از بیماران مزمن به کار رفته (۲۵) و اولین بار در بیماری دیابت به عنوان فرآیند کشف و توسعه ظرفیت ذاتی

فرد برای قبول مسئولیت زندگی، برخورداری از دانش و منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیمات منطقی و همچنین تجربه کافی برای ارزشیابی اثر بخشی تصمیمات اخذ شده تعریف شده است (۱۸). بسیاری از صاحب نظران معتقدند توانمندی فرآیندی پویا و مثبت (۲۶، ۲۷)، تعاملی و اجتماعی است (۲۸). فرآیندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته (۲۸) و به بهبود سبک و شیوه زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولین بهداشتی و رضایت آنان (۲۹)، پاسخ بهتر به درمان (۳۰، ۳۱)، پیشگیری از عوارض (۳۲)، کاهش هزینه‌های درمانی (۳۳) و نگاه مثبت به بیماری (۳۴، ۳۵) منجر می‌گردد. به بیان دیگر صاحب نظران هدف نهایی توانمندی را دستیابی به احساس سلامتی بدون در نظر گرفتن هر نوع معلولیت و نقصی می‌دانند (۳۶). به همین دلیل در سال‌های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردارگشته و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده شده است (۳۷).

بنابراین، برای اخذ نتیجه بهتر و توجه به ضرورت حرفه پرستاری این احتمال وجود دارد که مدل مراقبت پیگیر بتواند به طور همزمان دانش، مهارت، ارزش‌ها و اعتقادات، خودباوری و خودکنترلی مددجو و خانواده وی را بالا ببرد تا وی باور کند که تغییر سبک و شیوه زندگی بعنوان ارزش محسوب شده و به حدی از خودباوری و خودکنترلی برسد که بدون حضور هیچ ناظری بتواند خود به خود و با توانمندی اوضاع خود را بهبود ببخشد و سبک و شیوه زندگی بهتری داشته باشد و دیگران (اعضای خانواده) را نیز در کمک به خود توانمند نماید.

مدل مراقبت پیگیر یک مدل مراقبت بومی ایرانی بوده، مفهوم مراقبت پیگیر یا مستمر فرآیندی منظم و مستمر جهت برقراری ارتباط موثر، تعامل و پیگیر بین مددجو و ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی است که به منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس کردن مددجویان برای قبول و انجام رفتارهای مداوم بهداشتی، حفظ بهبودی و ارتقاء سلامتی آنها انجام می‌شود. هدف اصلی مدل مراقبت پیگیر طراحی و تدوین برنامه‌ای است که بتواند منجر به پذیرش و افزایش بینش و عملکرد مناسب جهت مراقبت مستمر موثر گردد تا بدین وسیله در کنترل بیماری و عوارض احتمالی موثر واقع شود (۳۸).

کارکردهای اساسی مدل مراقبت پیگیر شامل شناخت بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه در خصوص بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن به عنوان سایه‌ای در مسیر زندگی، ایفاء نقش خودکنترلی مستمر (رفتارهای درمانی مراقبتی مطلوب)، سرمایه‌گذاری برای حفظ سلامتی و نگاه ارزشی به سلامت، درگیرسازی و مشارکت خانواده در اداره مسایل موجود و آنی، تغییر در الگو و سبک زندگی، ارتقاء اعتماد به نفس، شناخت تیم مراقبتی و درمانی و روند استفاده از آن است (۳۸).

نحوه پیدایش و فرآیند شکل‌گیری مدل مراقبت پیگیر:
 خواستگاه اولیه مدل مراقبت پیگیر بیماری قلبی و عروقی و عوامل خطرزای آن بوده است که محققین معتقد بودند که برای کنترل بیماری قلبی عروقی و عوامل خطرزای آن اکثراً پژوهش‌هایی از نوع تحقیقات کمی صورت گرفته است که کمتر به درک و فهم عمیق و همه جانبه این پدیده پرداخته است؛ زیرا اصولاً شناخت و تشریح ساختار و ماهیت یک پدیده در حیطه پژوهش‌های کیفی است؛ بنابراین از روش کیفی تئوری زمینه‌ای با سه سطح کدبندی جهت تعیین و شناخت ساختار اصلی کنترل بیماری عروق کرونر استفاده کردند (۳۸).

کدگذاری سطح اول: در کدگذاری سطح اول که به نوعی شروع مفهوم‌سازی تلقی می‌شود، کدهای زیر ساخت مورد نظر حاصل از استخراج عبارات، کلمات و دیدگاه‌های مستقیم و تلویحی همکاران پژوهش (بیماران کرونری و خانواده آنها، پزشکان و پرستاران) یادداشت و ثبت شد. این کدها بالغ بر هفتاد مورد بودند. عبارات و مفاهیم به دست آمده و خلاصه‌بندی شده مجدداً با داده‌های اصلی مقایسه و بازخوانی شد.

کدگذاری سطح دوم: در سطح دوم کدگذاری که منتج از مفاهیم اولیه به دست آمده بودند، نتایج به هشت دسته مشابه و سازگار تقسیم شدند که عبارتند از: ضرورت کنترل رژیم غذایی، وزن، ورزش؛ کنترل رژیم دارویی، سبک زندگی و عادات بیماران؛ اهمیت کاهش اضطراب و ایجاد آرامش روحی روانی؛ نقش پرستار در کنترل بیماری عروق کرونر؛ نقش پزشکان در کنترل اختلال عروق کرونر؛ اهمیت نقش بیمار و خانواده در کنترل بیماری، اهمیت و ضرورت آموزش به مددجویان و ضرورت کنترل و ارزیابی مددجویان.

کدگذاری سطح سوم: در مرحله سوم، کدگذاری متناسب با نظریه گلاسیور و استراس و با توجه به محورهای چهارگانه تمرکز داده‌ها، مسیر داده‌ها، مشکلات مورد تاکید و روند سازگاری با مشکل و در نهایت خلاصه‌سازی مجدد داده‌ها صورت گرفت. کدهای حاصل از قسمت قبل به سه دسته جامع‌تر تقسیم شدند که عبارتند از: اجزای ضروری کنترل بیماری عروق کرونر؛ عناصر و عوامل اصلی کنترل اختلال عروق کرونر و در نهایت ضرورت آموزش مستمر و اطلاع رسانی.

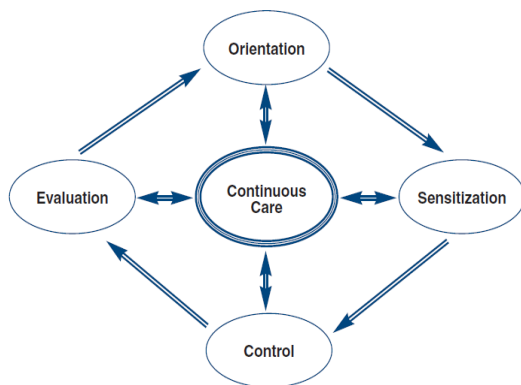
استخراج مفهوم مرکزی مدل مراقبت پیگیر: ارتباط منطقی بین داده‌ها با خلاصه‌سازی و شکستن دسته‌بندی‌های قبلی و ترکیب و تبیین طبقه‌بندی با قلمروی بزرگتر صورت گرفت. به این ترتیب ضمن به دست آمدن متغیرهای اصلی و محوری در قسمت اجزای ضروری کنترل بیماری، این نتیجه حاصل شد که علی‌رغم اهمیت مراعات و پیگیری مراقبتی درمانی، مددجویان رعایت کافی نمی‌کنند و اقدام مراقبتی مقطعی انجام داده‌اند. از طرفی با مرور قسمت عناصر اساسی کنترل بیماری مشخص شد ارتباط مستمر منطقی مطلوب مراقبتی بین بیمار، خانواده و پرستار

وجود ندارد و بیماران در محیط خارج از منزل رها و سردرگم هستند. چگونگی روند آموزش و اطلاع‌رسانی بیانگر این واقعیت بود که مددجویان و خانواده‌های آنها از آگاهی و درک کافی در خصوص بیماری و ماهیت مزمن بودن آن برخوردار نیستند؛ بنابراین، مفاهیمی که رابطه معنی‌دار و قابل توجهی بین آنها وجود دارد شامل "عدم مراعات کافی مراقبتی و اقدام مقطعی"، "عدم رابطه مراقبتی مستمر موثر" و "عدم درک آگاهی از ماهیت بیماری" است. این مفاهیم عصاره داده‌ها و یافته‌های مطالعه مدل مراقبت پیگیر است؛ بنابراین "مفهوم اساسی و سرنوشت‌ساز پیگیری و استمرار مراقبتی می‌تواند به عنوان یک مبنای تئوریک و علمی موثر در فرآیند مراقبت پویا و متعامل بین پرستار، بیمار و خانواده او در کنترل بیماری، کاهش عوارض و افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال عروق کرونر در نظر و به کار گرفته شود (۳۸). حضور و مداخله پرستاران به عنوان عامل مراقبت مستمر (Continuous care agent) و برقرار کننده رابطه مراقبتی بین بیمار، خانواده و به نوعی پزشک مربوط می‌تواند در جهت افزایش و تامین آگاهی و اطلاعات مددجویان در خصوص ماهیت بیماری، عوارض مربوط و چگونگی خودمراقبتی مستمر و پرهیز از اقدام مقطعی و ناکافی، موثر و مفید واقع شود؛ بنابراین با توجه به مطالعه و بازبینی کدهای استخراج شده و تولید مفاهیمی مانند عدم مراعات مراقبتی، مراقبت مقطعی، قطع رابطه مراقبتی موثر مستمر، عدم درک و آگاهی کافی از ماهیت بیماری، مناسب‌ترین مفهومی که قادر است این فاصله (Gap) را پوشش دهد و به نوعی منجر به کنترل بیماری و تامین اهداف پژوهشگر گردد، همان رویکرد مراقبت پیگیر یا مستمر بوده که به عنوان مفهوم یا متغیر تئوریک معرفی می‌گردد. ساختار اصلی مدل طراحی شده که متأثر از متغیرهای پژوهش کیفی، مطالعه متون و ویژگی‌های رویکرد نظریه پایه است.

مراحل این مدل عبارت است از: آشناسازی (Orientation)، حساس‌سازی (Sensitization)، کنترل (Control) و ارزشیابی (Evaluation). مدت زمان اجرای مدل مراقبت پیگیر ۱۲ هفته بوده که دو مرحله آشناسازی و حساس‌سازی در مدت سه هفته و دو مرحله کنترل و ارزشیابی در مدت ۹ هفته انجام می‌شود (شکل-۱) (۳۸). مراحل بهم‌پیوسته و منسجم مدل مراقبت پیگیر عبارت است از:

مرحله آشناسازی: اولین مرحله در مدل مراقبت پیگیر مساله آشناسازی بوده که هدف آن شناخت متعامل (بیمار، خانواده و پرستار) و تبیین مراحل مدل است. اقدامات این مرحله شامل معرفی پرستار به بیمار و خانواده (تاریخچه بیماری، تبیین وضعیت فردی بیمار و خانواده)، شناخت و تبیین وضعیت بیمار و خانواده وی، شفاف‌سازی انتظارات پرستار در مراحل مطالعه، مشخص نمودن انتظارات و توقعات بیمار و خانواده وی، تکمیل فرم‌های ملاحظات اخلاقی، تکمیل فرم‌های پرسشنامه پس از انتخاب و پذیرش بیمار

شده (ارزشیابی برآیندی) اما در تمامی مراحل مورد توجه و جاری است (ارزشیابی فرآیندی). هدف این مرحله بررسی روند مراقبت (موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها) و اندازه‌گیری و مقایسه شاخص‌های کنترلی است. اقدامات این مرحله شامل ارزشیابی شاخص‌های مورد نظر توسط تکمیل پرسشنامه‌ها و یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، تحلیل تغییرات با توجه به ماهیت بیماری، بررسی اظهارات بیمار و خانواده در خصوص رفتارها و امکان ادامه آنها، مرور مجدد موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها و توجه به پیشنهادات طرفین، تبیین و گزارش اندازه‌گیری‌ها و اهمیت آنها برای بیمار و خانواده وی، تقویت ارتباط حضوری، تلفنی و جلب اعتماد، تلاش در جهت نهادینه‌سازی و استمرار رفتارها و توجه به کنترل، حذف و تعدیل عوامل خطرآفرین بیماری است. لازم به ذکر است که ارزشیابی برآیندی علاوه بر مشاوره حضوری و تلفنی از طریق نرم‌افزارهای اجتماعی همانند سروش و با توجه به استعداد، توانایی‌ها و امکانات واحدهای مورد پژوهش (بیمار و اعضاء خانواده) محقق و ممکن خواهد بود.



شکل-۱. مراحل تولید مفاهیم و عناصر اصلی مدل مراقبت پیگیر (اقتباس از مطالعه رحیمی و همکاران سال ۲۰۰۸ (۳۹))

لذا بر اساس حدس پژوهشگران احتمالاً پیگیری کردن خانواده که بر اساس مشارکت داشتن و درگیر کردن اعضای خانواده برای حل یک مشکل پی‌ریزی می‌شود ممکن است گام موثری باشد که از این طریق بتوان خانواده را کمک کرد تا جهت بهبودی وضعیت بیمار خود نقش مناسبی را ایفاء کند. بنابراین پرستاران به منظور ایفاء نقش و مسئولیت حرفه‌ای خود نیازمند شناخت انتخاب‌ها، نیازها و توانایی‌های بیماران در واقعیت، درک ارتباطات و زمینه اجتماعی آنها بوده (۴۰)، ارائه پرستاری مبتنی بر تفکر توانمندی نیازمند کسب تجربه و بصیرت در قالب و چهارچوبی مدون و تدوین شده در این زمینه می‌باشد (۴۱). با عنایت به شیوع گسترده انواع بیماری‌های حاد و خصوصاً مزمن، پیشگیری یک امر ضروری و حیاتی بوده، پژوهشگران بر آن شدند تا پژوهشی با عنوان "مروری بر ۱۷ سال کاربرد مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن: توصیف و ارزیابی کیفیت روش‌شناسی مقالات" با دو هدف ۱. تعیین تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای بیماری‌های

و خانواده، تعیین نمودن و توافق در اوقات ملاحظات حضوری، تلفنی و ذکر اهداف و چگونگی امکان ارتباط است که این مرحله در مورد هر دو گروه آزمون و شاهد انجام خواهد شد.

مرحله حساس‌سازی: روند حساس‌سازی به منظور درگیر-کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم بوده که در گروه آزمون صرفاً انجام خواهد شد و هدف آن شناخت ماهیت بیماری، عوارض زودرس و دیررس بیماری، محدودیت‌های القاء شده بیماری، موضوعات و موارد حول محور بیماری، عوارض، درمان‌ها و مراقبت‌های مرتبط با آن توسط بیمار و خانواده و درگیر-سازی آنها با مشکل مزمن با توجه به نیازهای مختلف آنها می‌باشد. اقدامات این مرحله شامل بررسی وضعیت و تبیین نیازهای آموزشی مهارتی بیمار و خانواده، توضیح در مورد بیماری و عوارض حاصله (موجود و احتمالی)، بررسی نیازهای اساسی در خصوص رژیم غذایی، دارویی و فعالیتی و توجیه ضرورت توجه به آن، تبیین مشکلات ناشی از عدم توجه، کنترل وزن، تبیین الگوهای کاهش وزن، اهمیت رفتارهای تداوم مراقبتی در حفظ سلامتی، کنترل عوارض بیماری و پرداختن به پرسش و پاسخ‌های مورد نظر با تاکید بر عوامل خطر ساز می‌باشد.

نکته قابل توجه این است که مرحله آشناسازی و حساس‌سازی به دو صورت عمومی و اختصاصی و در مدت سه هفته انجام خواهد شد. قسمت عمومی در مورد نیازهای مختلف افراد با توجه به بیماری مشترک آنها است و قسمت اختصاصی آن نیازهای فردی خانوادگی مجموعه بیمار (بیمار و خانواده آن) است که در بین بیماران گروه آزمون احتمالاً پراکندگی مختلفی دارد و نیازمند جلسات انفرادی با مجموعه بیمار به منظور رعایت حریم خصوصی آنها و برطرف شدن مشکلاتشان می‌باشد.

مرحله کنترل: هدف این مرحله نهادینه کردن و استمراربخشی رفتارهای بهداشتی در جهت ارتقاء سلامتی است. اقدامات این مرحله شامل کنترل رژیم‌های سه‌گانه غذایی دارویی‌فعالیتی، بازبینی و ارزشیابی مستقیم و غیرمستقیم مهارت‌های کسب شده، بررسی پایداری رفتارهای بهداشتی (مشاهده، پرسش، مرور فرم‌های بازنگری خودکنترلی و ...)، بررسی نیازهای جدید با توجه به مشکلات جدید و حساس‌سازی مجدد در خصوص حل مشکل، تقویت رفتارهای بهداشتی و توجیه اثرات مفید اقدامات با توجه به بهبود شاخص‌های ملموس، کنترل شاخص‌های مورد مطالعه، تبادل نظر در خصوص موفقیت و عدم موفقیت اقدامات انجام شده، تبیین راه حل پیشنهادی با کمک بیمار و خانواده است. با توجه به اینکه مدل مراقبت پیگیر تحت عنوان مراقبت مستمر و پیگیر است، در این مرحله ادامه مشاوره‌های مراقبت پیگیر به طور ماهیانه با تماس‌های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی در گروه آزمون مکرراً به اجرا درخواهد آمد و در مورد گروه شاهد تنها به تکمیل لیست‌های کنترلی بسنده خواهد شد.

مرحله ارزشیابی: به عنوان مرحله چهارم و نهایی مدل مطرح

شیراز و یزد انجام شد که انتخاب مکان‌های جستجوی دستی بر اساس توان محققین و امکان انجام آن بود که در نمودار-۱ با برچسب "سایرین" مشخص شده است. جهت اطمینان از بازیابی کلیه مقالات قابل استفاده فهرست منابع مقالات بازیابی شده نیز مورد جستجو قرار گرفت. (نمودار-۱). به منظور سازمان‌دهی مطالعات از نرم افزار مدیریت منابع اطلاعاتی Endnote (Thomson Reuters, X7.5, Bld 9325) استفاده شد.

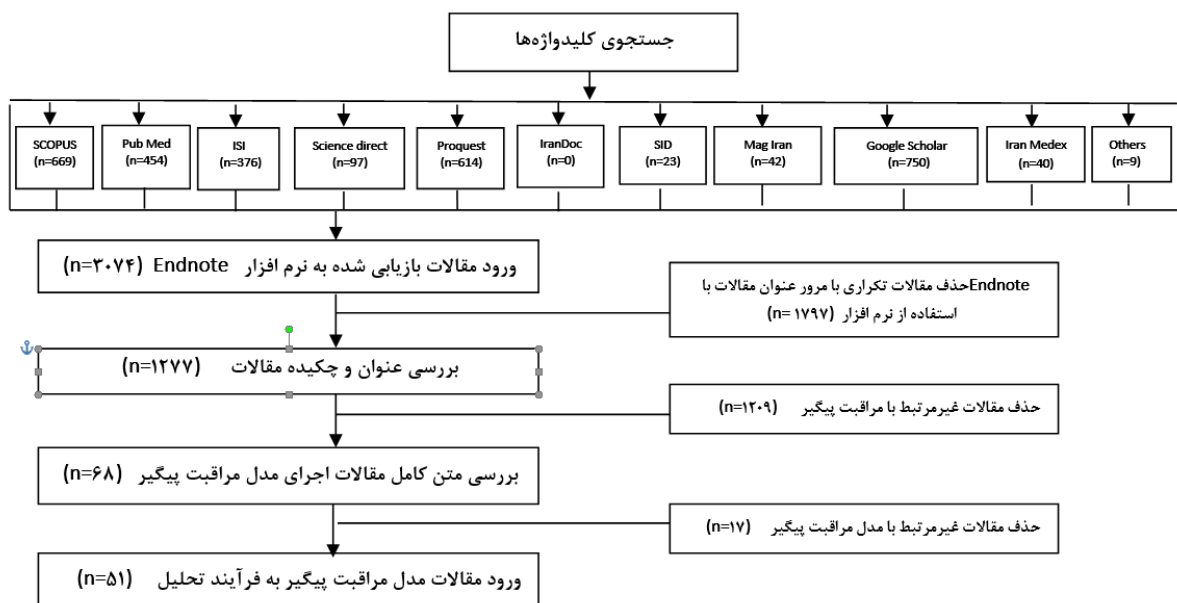
کلیدواژگان مورد استفاده در پایگاه‌های ذکر شده عبارت بودند:
Scopus: Title-Abs-Key "Continuous Care"
PubMed: "[Title/Abstract]" "continuous care"
Web of Science: Topic "Continuous Care"
Science Proquest: ab("continuous care")
direct: title-abstr-key ("continuous care")
 مراقبت پیگیر: **SID:** مراقبت پیگیر: **Mag Iran:** مراقبت پیگیر: **Iran Doc:** مراقبت پیگیر: **Iran Medex:** مراقبت پیگیر: **Google scholar:** "continuous care model"
 مراقبت پیگیر: **Google scholar:**

در قسمت فارسی گوگل اسکولار عبارت مراقبت پیگیر و در قسمت انگلیسی عبارت "Continuous care model" جستجو شد زیرا جستجوی عبارت "Continuous care" نتایج بسیار غیرتخصصی و غیرمرتبط به همراه داشت. در خصوص پایگاه Proquest لازم به ذکر است که جستجو ۷۸۶ مقاله را نشان می‌داد اما صرفاً امکان دسترسی به ۶۱۴ مقاله بیشتر مهیا نبود. معیارهای انتخاب اولیه مطالعات عبارت بودند از: کاربرد مدل مراقبت پیگیر به عنوان مداخله و دردسترس بودن فایل الکترونیکی یا کاغذی مقاله. مقالات مروری و نامه به سردبیر به علت عدم استفاده از داده‌های اولیه از مطالعه حذف شدند (۲ مورد).

حاد و مزمن و ۲. توصیف و ارزیابی کیفیت روش‌شناسی مقالات چاپ شده را انجام دهند؛ تا بررسی نمایند که آیا بکارگیری مدل مراقبت پیگیر در طول ۱۷ سال بعد از تولد قادر به انجام رسالت خود بوده است یا خیر؟ و همچنین چگونگی کیفیت چاپ این مقالات را بررسی کنند.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری سیستماتیک بوده که تا تاریخ ۲۷ دی‌ماه ۱۳۹۶ انجام شده است. جستجوی سیستماتیک با استفاده از راهنمای PRISMA برای بازیابی مطالعات چاپی و غیرچاپی مرتبط با مدل مراقبت پیگیر انجام شد (۴۲). جامعه پژوهش کلیه مقالات داخلی و خارجی بودند که از مدل مراقبت پیگیر استفاده کرده بودند. جستجو در پایگاه‌های فارسی زبان اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، اطلاعات نشریات کشور (Mag Iran)، سامانه دانش‌گستر برکت (Iran Medex) و پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (Iran Doc) و انگلیسی زبان Scopus, Proquest, Science direct, Pub med, Web of science انجام شد. موتور جستجوی Google scholar به صورت انگلیسی و فارسی به جهت افزایش غنای تعداد مقالات بازیابی شده و همچنین اینکه خواستگاه "مدل مراقبت پیگیر" یک مدل متولد شده ایرانی است، جستجو شد. جهت حفظ تمامی مقالات مرتبط محدودیتی از نظر زمان و زبان چاپ مقالات در نظر گرفته نشد. برای یافتن مقالات مرتبط در پایگاه‌های فارسی زبان عبارت "مراقبت پیگیر" و انگلیسی زبان عبارت "Continuous care model" جستجو شد. به منظور افزایش غنای مقالات بازیابی شده، جستجوی دستی علاوه بر جستجوی پایگاه‌های ذکر شده در بین مقالات و پایان‌نامه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، بهزیستی، تربیت مدرس، مشهد، تبریز، اصفهان،



نمودار-۱. روند ورود مطالعات به پژوهش

جدول-۱. مطالعات نهایی غربال شده

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تاثیر کاربرد مدل بر)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
الله‌یاری و همکاران (۱۳۹۶) (۴۳)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	رفتارهای خودمراقبتی	مبتنی بر هدف و تصادفی ساده	۸۰ بیمار دیابتی	پرسشنامه اختصاصی رفتارهای خودمراقبتی	↑ رویه‌های خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
مرادی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۴)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	مدیریت خودمراقبتی	دردسترس و تصادفی	۸۰ بیمار نارسایی قلبی	پرسشنامه اختصاصی شاخص خودمراقبتی	↑ میانگین نمره رویه‌های مدیریت خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
نمازپور و همکاران (۱۳۹۶) (۴۵)	نیمه تجربی دوگروهی	لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون	سرشماری و تصادفی	۹۵ بیمار معتاد	پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد و چک لیست لغزش و اشتیاق	↓ میانگین نمره لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
اسماعیل‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) (۴۶)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	خودپایشی قندخون	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۶ بیمار دیابتی	پرسشنامه خودپایشی قندخون	↑ میانگین نمره رفتارهای مراقبت از خود به ویژه خودپایشی قندخون در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۷)	کارآزمایی بالینی تک گروهی قبل و بعد	وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت CABG	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۴۸ مراقبت خانوادگی بیماران تحت CABG	پرسشنامه بار مراقبتی نواک و گست	↓ میانگین نمره بار مراقبتی مراقبین بیماران در ابعاد ۵ گانه خصوصاً سلامت اجتماعی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ناصریان و همکاران (۱۳۹۵) (۴۸)	مقطعی	تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار عروق کرونری	پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	↓ میانگین نمره روند ارتباط متغیر چربی خون با بیماری عروق کرونر در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
فدایی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۹)	نیمه تجربی دوگروهی	سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی زنان نابارور	دردسترس و تخصیص تصادفی	۸۰ زن نابارور	پرسشنامه کیفیت زندگی باروری FertiQol	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی زنان نابارور در حیطه‌های عاطفی و اجتماعی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
حکیم و همکاران (۱۳۹۵) (۵۰)	تجربی دو گروهی	میزان دانش والدین و کنترل علائم و عود بیماری در کودکان بیمار	دردسترس و تخصیص تصادفی	۶۶ کودک مبتلا به سندروم نفروتیک	پرسشنامه سنجش آگاهی والدین و چک لیست علائم و عود بیماری	عدم معنی‌داری نسبت عود بیماری، ↓ میانگین فشار خون سیستول و ↑ میانگین نمره سطح آگاهی والدین در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
بقایی و همکاران (۱۳۹۴) (۵۱)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب	دردسترس و تخصیص تصادفی	۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی	پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روحی روانی، اجتماعی و اقتصادی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
حجت و همکاران (۱۳۹۴) (۵۲)	کارآزمایی بالینی پنج گروهی	کیفیت خواب و کفایت دیالیز	دردسترس و تخصیص تصادفی	۴۰ بیمار همودیالیزی	پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh و سنجش کفایت دیالیز kt / v	↑ میانگین نمره کیفیت خواب و کفایت دیالیز بعد از مداخله و ↓ مجدد میانگین کفایت دیالیز یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
اکبری و همکاران (۱۳۹۳) (۵۳)	نیمه تجربی دوگروهی	خودکارآمدی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی در کنترل عوارض مرتبط با بیماری	دردسترس و تخصیص تصادفی	۶۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی	پرسشنامه خودکارآمدی بیماران مزمن	↑ میانگین نمره خودکارآمدی بیماران در کنترل عوارض مرتبط با بیماری در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
هاشمی و همکاران (۱۳۹۴) (۵۴)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	پیگیری رژیم غذایی بیماران همودیالیزی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۹۸ بیمار همودیالیزی	پرسشنامه رعایت رژیم غذایی	↑ میانگین نمره پیگیری رژیم غذایی توسط بیماران همودیالیزی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
حدقوست و همکاران (۱۳۹۳) (۵۵)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی و پیشگیری از عوارض بعد از عمل جراحی CABG	مبتنی بر هدف و تصادفی	۷۰ بیماران تحت عمل CABG	پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو و چک لیست عوارض بعد از عمل	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی و ↓ درصد بروز عوارض بعد از عمل جراحی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تاثیر کاربرد مدل بر)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
رحیمی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۶)	مقطعی	تعیین و مقایسه درک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و خانواده آنها	مبتنی بر هدف و تصادفی	۱۴۰ بیمار و ۱۴۰ عضو خانواده	پرسشنامه محقق ساخته دانش، نگرش و عملکرد	میانگین نمره بالاتر درک از آشناسازی و حساس‌سازی در عضو خانواده نسبت به بیمار و میانگین بالاتر نمره درک از کنترل و ارزشیابی بالاتر در بیمار نسبت به عضو خانواده
خداووسی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۷)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس	دردسترس و جایگشت تصادفی	۷۲ بیمار مولتیپل اسکروزیس	پرسشنامه MSQoL-54	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ساعی و همکاران (۱۳۹۱) (۵۸)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	میزان کفایت دیالیز بیماران همودیالیزی	مبتنی بر هدف و تصادفی	۷۰ بیمار همودیالیزی	سنجش کفایت دیالیز kt / v	↑ قابل توجه میانگین نمره کفایت دیالیز در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
گل‌افروز و همکاران (۱۳۹۳) (۵۹)	تجربی دوگروهی	کیفیت خواب افراد مبتلا به دیابت	دردسترس و تخصیص تصادفی	۸۰ بیمار مبتلا به دیابت	پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh	↑ میانگین نمره کیفیت خواب بیماران دیابتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
دایی و همکاران (۱۳۹۳) (۶۰)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۹۳ بیمار کاندید آنژیوپلاستی	پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی مک نیو (MNHD-Q)	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
صادقی و همکاران (۱۳۸۹) (۶۱)	کارآزمایی بالینی پنج گروهی	کیفیت خواب بیماران همودیالیزی	سرشماری و تخصیص تصادفی	۴۳ بیمار همودیالیزی	پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh	↓ میانگین نمره کیفیت خواب بیماران همودیالیزی (اثر مثبت) و ↑ درصد خواب کافی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
عزیززاده و همکاران (۱۳۹۱) (۶۲)	نیمه تجربی پنج گروهی	خواب آلودگی بیماران همودیالیزی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۴۰ بیمار همودیالیزی	پرسشنامه سنجش میزان خواب آلودگی ایپورت (ESS)	↓ میانگین نمره خواب آلودگی بیماران همودیالیزی (اثر مثبت) و ↓ درصد خواب آلودگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
مهدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) (۶۳)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت خواب مصدومان شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۶۲ بیمار شیمیایی مبتلا به برونشیت	پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh	↑ میانگین نمره تمام ابعاد کیفیت خواب مصدومان شیمیایی مبتلا- به برونشیت انسدادی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
خانکه و همکاران (۱۳۸۸) (۶۴)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک	سرشماری و تخصیص تصادفی	۳۶ بیمار اسکیزوفرنیک	پرسشنامه کیفیت زندگی هاینریچ و چک لیست خودکنترلی	تاثیر غیرمعنی‌دار بر میانگین نمره کل کیفیت زندگی و صرفاً ↑ میانگین نمره در بعد روابط بین فردی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ارزانی و همکاران (۱۳۸۸) (۶۵)	نیمه تجربی دو گروهی	پیگیری معاینات بینایی، شنوایی و مغزی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۵۵ نوزاد کم وزن	پرسشنامه سنجش دانش، نگرش و عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد نارس	↑ درصد مراجعات پیگیری به کلینیک جهت معاینات بینایی، شنوایی و مغزی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
سالاری و همکاران (۱۳۸۸) (۶۶)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی مصدومان شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۶۲ بیمار شیمیایی مبتلا به برونشیت	پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران ریوی (SGRQ)	↑ میانگین نمره کل و تمام ابعاد کیفیت زندگی مصدومان شیمیایی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
صادقی و همکاران (۱۳۸۸) (۶۷)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی	دردسترس و تخصیص تصادفی	۵۲ بیمار نارسایی قلبی	پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا	↑ میانگین نمره کل و ابعاد جسمی، عاطفی و عمومی کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) (۶۸)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	میزان فشار خون و کنترل وزن بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	چک لیست کنترل فشار خون و وزن	↓ میزان فشار خون سیستمیک و دیاستولیک و عدم تاثیر در کنترل وزن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تاثیر کاربرد مدل بر)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) ^(۶۹)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	سطوح آزمایشات خونی (هموگلوبین و الکترولیت‌ها)	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	چک لیست سنجش میزان هموگلوبین و سطوح الکترولیت‌ها	بهبود میزان هموگلوبین، هماتوکریت، سطوح الکترولیت‌ها (اوره، نیتروژن، پتاسیم) و آلبومین در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) ^(۷۰)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	عزت نفس بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت	↑ میانگین نمره عزت نفس در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) ^(۷۱)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	پرسشنامه اختصاصی استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21)	↓ میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی بیماران ESRD در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) ^(۷۲)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی (KDQOL-SFTM)	↑ میانگین نمره ابعاد عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) ^(۷۳)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	میزان افسردگی بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	پرسشنامه افسردگی بک (BDI)	↓ میانگین نمره افسردگی بیماران همودیالیزی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
قوامی و همکاران (۱۳۸۵) ^(۷۴)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کنترل وزن و شاخص توده بدنی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۴ بیمار دیابتی	چک لیست کنترل شاخص توده بدنی	↓ میانگین نمره وزن و کنترل شاخص توده بدنی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
قوامی و همکاران (۱۳۸۵) ^(۷۵)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کنترل فشار خون بیماران دیابتی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۴ بیمار دیابتی	چک لیست کنترل فشار خون	↓ میانگین نمره فشار خون سیستولیک و عدم تاثیر بر فشار خون دیاستولیک در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
سالار و همکاران (۱۳۸۲) ^(۷۶)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی سالمندان	تصادفی خوشه‌ای و تخصیص تصادفی	۲۰۰ سالمند	پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کل و ابعاد جسمی و روان شناختی کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
احمدی و همکاران (۱۳۸۴) ^(۷۷)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	چگونگی درد قفسه سینه و بستری شدن مجدد در بیمارستان	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار قلبی	فهرست خودسنجی و چک لیست کنترل علایم حیاتی	↓ میانگین دفعات درد قفسه سینه و بستری مجدد در بیمارستان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
قوامی و همکاران (۱۳۸۴) ^(۷۸)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	میزان قند و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابتی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۴ بیمار دیابتی	چک لیست کنترل هموگلوبین گلیکوزیله	↓ میانگین قندخون و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
قوامی و همکاران (۱۳۸۴) ^(۷۹)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت زندگی بیماران دیابتی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۴ بیمار دیابتی	پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران دیابتی	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
صادقی و همکاران (۱۳۸۸) ^(۸۰)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۶۶ بیمار تحت عمل جراحی CABG	پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ملازم و همکاران (۱۳۹۲) ^(۸۱)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی	پرسشنامه سبک زندگی واکر و پندر	↑ میانگین نمره سبک زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
برجی و همکاران (۱۳۹۵) ^(۸۲)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت زندگی و فشار خون بیماران همودیالیزی	سرشماری و تخصیص تصادفی	۵۶ بیمار همودیالیزی	پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و چک لیست کنترل فشار خون	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی و عدم تاثیر در متغیر فشار خون در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تاثیر کاربرد مدل بر	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
پورغلامی و همکاران (۱۳۹۵) (۸۳)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۵۰ بیمار همودیالیزی	پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی فرانس و پاور	↑ میانگین نمره کل و تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رئیس‌فر و همکاران (۱۳۹۳) (۸۴)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه	در دسترس و تخصیص تصادفی	۹۰ بیمار پیوند کلیه	پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران پیوند کلیه	↑ میانگین نمره کل و تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رزمجو و همکاران (۱۳۹۶) (۸۵)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی CABG	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۶ بیمار تحت عمل جراحی CABG	پرسشنامه کیفیت زندگی SF-12	↑ میانگین نمره کل و تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
صاحب‌زمانی و همکاران (۱۳۹۵) (۸۶)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	سطح دانش و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیستمیک لوپوس اریتماتوس	در دسترس	۳۴ بیمار مبتلا به لوپوس اریتماتوس	پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه سنجش سطح دانش	↑ میانگین نمره ۶ بعد کیفیت زندگی به جزء درد بدنی و عملکرد اجتماعی و ↑ نمره سطح دانش و عملکرد بیماران از درک اعضاء خانواده در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
صالحی و همکاران (۱۳۹۴) (۸۷)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	افسردگی، اضطراب و استرس بیماران پیوند کلیه	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۰ بیمار پیوند کلیه	پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ (DASS21)	↓ میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون و عدم معنی‌داری میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه بین دو گروه آزمون شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) (۸۸)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	کیفیت زندگی درک شده همسران بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ همسر بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	پرسشنامه کیفیت زندگی درک شده همسران بیماران همودیالیزی	↑ میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد جسمی، اجتماعی، شناختی و شادابی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) (۳۹)	نیمه تجربی یک گروهی قبل و بعد	افسردگی، اضطراب و استرس بیماران همودیالیزی	تصادفی ساده	۳۶ بیمار مرحله انتهایی کلیه (ESRD)	پرسشنامه اختصاصی استرس، اضطراب و افسردگی ۲۱ (DASS-21)	↓ میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
شهرانی و همکاران (۱۳۹۵) (۸۹)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۴ بیمار مبتلا به فشار خون	پرسشنامه سبک زندگی بیماران با پرفشاری خون	↑ میانگین نمره کلی سبک زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رحمانی و همکاران (۱۳۹۶) (۹۰)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی	پرسشنامه اختصاصی رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	↑ میانگین نمره رفتار خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
خسروان و همکاران (۱۳۹۴) (۹۱)	کارآزمایی بالینی دو گروهی	کیفیت خواب در بیماران مبتلا به دیابت تیپ دو	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۸ بیمار مبتلا به دیابت تیپ دو	پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh	↑ میانگین نمره کیفیت خواب در گروه آزمون و عدم معنی‌داری میانگین نمره کیفیت خواب در مقایسه بین دو گروه آزمون شاهد
اخوت و همکاران (۱۳۹۶) (۹۲)	نیمه تجربی دو گروهی	اضطراب مادران کودکان ترخیص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۴ مادر کودک ترخیص شده	پرسشنامه اضطراب اشیپیل‌برگر	↓ قابل توجه میانگین نمره اضطراب مادران کودکان ترخیص شده در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد

روش‌های سیستماتیک ذکر شده در بالا صورت گرفته که این روش‌ها تمایل به آشکار شدن نحوه انجام دارند. این روش‌ها معمولاً قضاوت یا برخی از روش‌های دسته‌بندی غیرتصادفی شرکت کنندگان را شامل می‌شوند. مصداق‌های آن عبارتند از: تخصیص بوسیله پزشک یا درمانگر، تخصیص بوسیله ترتیب شرکت کنندگان، تخصیص بر اساس نتایج آزمون‌های آزمایشگاهی یا مجموعه‌ای از آزمایش‌ها و در نهایت تخصیص بوسیله در دسترس بودن مداخله.

نامشخص بودن تورش: در میزان نامشخص تورش اطلاعات کافی در مورد فرآیند تولید توالی که اجازه به تصمیم‌گیری در مورد میزان تورش کم یا زیاد را ممکن کند، موجود نیست.

۲. پنهان‌سازی تصادفی

خطر کم تورش: تخصیص شرکت کنندگان ثبت نام کننده برای هر دو گروه محققان و شرکت کنندگان قابل پیش بینی نیست زیرا یکی از موارد زیر یا روش معادل آن برای پنهان‌سازی تصادفی استفاده شده است که این روش‌ها عبارتند از: تخصیص مرکزی (از جمله از طریق تلفن، مبتنی بر وب و تصادفی کنترل شده توسط داروخانه)، جعبه‌های دارویی با ظاهر کاملاً یکسان و توالی تصادفی، پاکت‌های مات مهر و موم شده با توالی تصادفی.

خطر بالای تورش: محققان و شرکت کنندگان احتمالاً می‌توانند پیش‌بینی‌هایی در مورد تخصیص شرکت کنندگان ثبت نام کننده انجام دهند که بنابراین ایجاد کننده تورش انتخاب است. مصداق‌های این نوع تخصیص عبارتند از: استفاده از برنامه تخصیص تصادفی باز (به عنوان مثال لیستی از اعداد تصادفی)، استفاده از پاکت‌هایی بدون پنهان‌سازی مناسب (به عنوان مثال پاکت‌های غیرمهر و موم شده یا شفاف یا بدون توالی تصادفی)، جایگزینی یا چرخش، تاریخ تولد، تعداد پرونده بیمار و در نهایت استفاده از هرگونه روش واضح، صریح و غیرپنهان.

نامشخص بودن تورش: در میزان نامشخص تورش اطلاعات کافی در مورد فرآیند تولید توالی که اجازه به تصمیم‌گیری در مورد میزان تورش کم یا زیاد را ممکن کند، موجود نیست. این حالت معمولاً زمانی حادث خواهد شد که روش پنهان‌سازی توصیف نشده است یا به میزانی توصیف نشده است که امکان قضاوت و ارزیابی قطعی را ممکن سازد. مثلاً اگر استفاده از پاکت‌های نامه بیان شده باشد اما بیان نشده باشد که این پاکت‌ها غیرشفاف مهر و موم شده با توالی تصادفی بودند.

تورش گزارش

خطر پایین تورش: میزان پایین تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: پروتکل مطالعه در دسترس بوده و تمام پیامدهای اولیه و ثانویه از قبل مشخص شده که مورد توجه و بررسی بودند، به همان شیوه از قبل مشخص شده در مقاله گزارش شده است؛ پروتکل مطالعه در دسترس نیست اما واضح است که گزارش منتشر شده شامل تمام پیامدهای مورد انتظار شامل آن

پس از جستجوی اولیه مطالعات بازبایی شده، مطالعات با توجه به معیارهای ورود غربال شدند تا به مطالعاتی رسیدیم که شرایط ورود به مطالعه حاضر را داشتند (نمودار و جدول - ۱).

کیفیت مقالات نهایی شده توسط سه محقق ارزیاب با تجربه در زمینه پژوهش‌های مرور سیستماتیک به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. سپس در یک جلسه مشترک نتایج به بحث و بررسی گذاشته شد و در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت، بحث و بررسی تا حدی ادامه یافت که توافق نهایی بین سه محقق ارزیاب حاصل شد. به منظور بررسی کیفیت مقالات از چهار مقیاس JADAD (۹۳، ۹۴)، Cochrane Risk of Bias (۹۵، ۹۶)، Newcastle-Ottawa (۹۵، ۹۷) و چک لیست زیرمقیاس Consort ۲۰۱۰ استفاده شد که از طریق وبسایت www.consort-statement.org قابل دسترس می‌باشد.

مقیاس JADAD شامل ۵ سوال در مورد تصادفی‌سازی، روش تصادفی‌سازی، کورسازی، روش کورسازی و نمونه‌های خارج شده از مطالعه می‌باشد. هر آیتم نمره صفر یا یک را دریافت خواهد کرد. نمره ۱ در این مقیاس در صورتی دریافت خواهد شد که آیتم مربوطه به صورت مناسب گزارش شده باشد و نمره صفر در صورت عدم گزارش یا گزارش نامناسب به آیتم مربوط داده خواهد شد. حداکثر نمره این مقیاس برابر با ۵ است (۹۳، ۹۴).

مقیاس Cochrane Risk of Bias، مقیاسی برای بررسی میزان تورش در مطالعات مداخله‌ای است. در این مقیاس تورش به عنوان قضاوت در مورد انتخاب (Selection)، عملکرد (Performance)، ریزش (Attrition)، گزارش (Reporting) و سایر (Other) موارد مهم دیگر به صورت زیاد (high)، کم (low) و نامشخص (unclear) ارزیابی می‌شود.

تورش انتخاب: خود شامل دو قسمت است: ۱. تولید توالی تصادفی و ۲. پنهان‌سازی تصادفی.

۱. تولید توالی تصادفی

خطر کم تورش: محققان یک مولفه تصادفی در فرآیند تولید توالی توصیف می‌کنند که مصداق‌های آن عبارتند از: استفاده از جدول اعداد تصادفی، استفاده از کامپیوتر برای تولید توالی تصادفی، پرتاب سکه، برزدن کارت‌ها یا پاکت‌ها، پرتاب تاس، طراحی قطعات و کمینه‌سازی (کمینه‌سازی ممکن است بدون یک عنصر تصادفی اجرا شود که به عنوان معادل بودن یا تصادفی بودن در نظر گرفته می‌شود).

خطر بالای تورش: محققان یک مولفه غیرتصادفی در فرآیند تولید توالی توصیف می‌کنند که این توصیف معمولاً شامل درجاتی از روش‌های سیستماتیک و غیرتصادفی بودن است. مصداق‌های آن عبارتند از: توالی تولید شده توسط زوج یا فرد بودن تاریخ تولد، توالی تولید شده توسط برخی از قوانین مبتنی بر تاریخ یا روز پذیرش، توالی تولید شده توسط برخی از قوانین مبتنی بر عدد ثبت کلینیک یا بیمارستان. سایر روش‌های غیرتصادفی بسیار کمتر از

پیامدهای اولیه و ثانویه از قبل مشخص شده مورد توجه و بررسی است (نگارش متنی متقاعد کننده با این ماهیت ممکن است غیرمعمول باشد).

خطر بالای تورش: میزان بالای تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: تمام پیامدهای اولیه از پیش تعیین شده مطالعه گزارش نشده است؛ یک یا چند پیامد اولیه با استفاده از اندازه‌گیری‌ها، روش‌های تجزیه و تحلیل یا زیر مجموعه داده‌ها که از پیش تعیین شده نبودند، گزارش شده است (به عنوان مثال گزارش نمودن خرده مقیاس‌ها)؛ یک یا چند پیامد اولیه که از پیش تعیین شده نبودند، گزارش شده است (مگر اینکه توجیه روشنی برای گزارش آنها ارائه شده باشد مانند یک اثر نامطلوب غیرمنتظره)؛ یک یا چند پیامد اولیه مورد بررسی و قابل توجه به صورت ناقص در مقاله گزارش شده باشد و بنابراین نتایج مطالعه نمی‌تواند در مطالعه متاآنالیز وارد شود؛ گزارش مطالعه نمی‌تواند شامل نتایجی برای یک پیامد کلیدی باشد که انتظار می‌رود برای چنین مطالعاتی گزارش شود.

نامشخص بودن تورش: در میزان نامشخص تورش اطلاعات کافی که اجازه به تصمیم‌گیری در مورد میزان تورش کم یا زیاد را ممکن سازد، موجود نیست. این احتمال وجود دارد که اکثریت مطالعات در این دسته قرار گیرند.

تورش عملکرد

خود شامل دو قسمت است: ۱. کورسازی شرکت‌کنندگان و پرسنل درمانی مراقبتی و ۲. کورسازی ارزیابی پیامد مورد بررسی

۱. کورسازی شرکت‌کنندگان و پرسنل درمانی مراقبتی

خطر پایین تورش: میزان پایین تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: هیچ کورسازی یا کورسازی ناقص انجام نشده است اما محققین مقاله معتقد هستند که پیامد تحت بررسی احتمالاً تحت تاثیر کمبود کورسازی قرار نخواهد گرفت؛ کورسازی شرکت‌کنندگان و پرسنل درمانی مراقبتی کلیدی انجام شده است و بعید است که کورسازی موثر واقع نشده و آشکار شود.

خطر بالای تورش: میزان بالای تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: هیچ کورسازی یا کورسازی ناقص انجام نشده است اما محققین مقاله معتقد هستند که پیامد تحت بررسی احتمالاً تحت تاثیر کمبود کورسازی قرار خواهد گرفت؛ کورسازی شرکت‌کنندگان و پرسنل درمانی مراقبتی کلیدی انجام شده است و احتمالاً کورسازی موثر واقع نشده و آشکار می‌شود و پیامد تحت بررسی احتمالاً تحت تاثیر کمبود کورسازی قرار خواهد گرفت.

نامشخص بودن تورش: میزان نامشخص تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: در میزان نامشخص تورش اطلاعات کافی که اجازه به تصمیم‌گیری در مورد میزان تورش کم یا زیاد را ممکن سازد، موجود نیست؛ مطالعه به پیامد مدنظر نرسیده است.

۲. کورسازی ارزیابی پیامد مورد بررسی

خطر پایین تورش: میزان پایین تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: هیچگونه کورسازی ارزیابی پیامد صورت نگرفته است اما محققین مقاله معتقد هستند که احتمالاً اندازه‌گیری پیامد مورد مطالعه تحت تاثیر کمبود کورسازی قرار نخواهد گرفت؛ کورسازی ارزیابی پیامد انجام شده است و بعید است که کورسازی موثر واقع نشده و آشکار شود.

خطر بالای تورش: میزان بالای تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: هیچگونه کورسازی ارزیابی پیامد صورت نگرفته است و محققین مقاله معتقد هستند که احتمالاً اندازه‌گیری پیامد مورد مطالعه تحت تاثیر کمبود کورسازی قرار خواهد گرفت؛ کورسازی ارزیابی پیامد انجام شده است و احتمالاً کورسازی موثر واقع نشده و آشکار شود و احتمالاً اندازه‌گیری پیامد مورد مطالعه تحت تاثیر کمبود کورسازی قرار خواهد گرفت.

نامشخص بودن تورش: میزان نامشخص تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: در میزان نامشخص تورش اطلاعات کافی که اجازه به تصمیم‌گیری در مورد میزان تورش کم یا زیاد را ممکن سازد، موجود نیست؛ مطالعه به پیامد مدنظر نرسیده است.

تورش ریزش

خطر پایین تورش: میزان پایین تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: هیچ داده از دست رفته وجود ندارد؛ دلایلی برای از دست رفتن داده‌های پیامد بعید است که مربوط به پیامد واقعی باشد (برای داده‌های بقاء، سانسور بعید است که ایجاد کننده تورش باشد)؛ داده‌های پیامد از دست رفته از لحاظ تعداد در تمام گروه‌های مداخله همسان شده و دلایل ریزش داده‌ها در تمام گروه‌ها یکسان بوده است؛ برای داده‌های پیامد دوحالتی، نسبت پیامد از دست رفته نسبت به خطر رویداد مشاهده به اندازه‌ای نیست که تاثیر مرتبط بالینی بر مداخله داشته باشد؛ برای داده‌های پیامد پیوسته، اندازه اثر قابل ملاحظه (تفاوت در میانگین‌ها یا تفاوت استاندارد شده در میانگین‌ها) میان پیامدهای از دست رفته به اندازه‌ای نیست که تاثیر مرتبط بالینی بر اندازه اثر مشاهده شده داشته باشد؛ داده‌های از دست رفته با استفاده از روش‌های مناسب محاسبه شده است.

خطر بالای تورش: میزان بالای تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: دلیل داده‌های پیامد از دست رفته احتمالاً مربوط به پیامد واقعی است یا با عدم همسان شدن در تعداد یا دلایل ریزش داده‌ها در بین گروه‌های مداخله؛ برای داده‌های پیامد دوحالتی، نسبت پیامدهای از دست رفته نسبت به خطر رویداد مشاهده شده به اندازه کافیست تا ایجاد کننده تورش در تخمین اثر مداخله باشد؛ برای داده‌های پیامد پیوسته، اندازه اثر قابل ملاحظه (تفاوت در میانگین‌ها یا تفاوت استاندارد شده در میانگین‌ها) میان پیامدهای از دست رفته به اندازه کافیست تا ایجاد کننده تورش بالینی مرتبط در اندازه اثر مشاهده باشد؛ تجزیه و تحلیل "به عنوان درمان" با خروج قابل توجهی از افرادی که مداخله دریافت کردند

مداخله در هر گروه به طوری که امکان تکرار مداخله توسط افراد دیگر باشد؛ 6a: توضیح کامل ابزارهای لازم برای پیامدهای مختلف مطالعه و زمان تکمیل آن؛ 17a: بیان نتایج مطالعه به همراه گزارش اندازه اثر و دقت آن برای هر کدام از پیامدهای مطالعه؛ ۲۳: شماره ثبت و نام محل ثبت کارآزمایی بالینی. علاوه بر بررسی ۷ آیتم ذکر شده به صورت جداگانه، تعداد آیتم‌های مناسب گزارش شده به عنوان نمره کلی با این مقیاس گزارش خواهد شد که حداقل آن صفر و حداکثر آن ۷ است.

مقیاس نیوکاسل-آتاوا مقیاس ارزیابی مقالات غیرتصادفی شده است. دلیل استفاده از این مقیاس برای ارزیابی مقالات مداخله‌ای فارسی این بود که بسیاری از مقالات فارسی مداخله‌ای اگرچه با کیفیت و قوی انجام شده بود، اما به دلیل عدم آشنایی محققین با شیوه کلاسیک نگارش این نوع مقالات و دلیل مهم‌تر سخت‌گیر نبودن مجلات چاپ‌کننده این مقالات از نمره پایینی برخوردار بودند. مولفین در چندین مورد با نویسندگان مقالات چاپ شده مذاکره تلفنی و حضوری در مورد نحوه انجام کار انجام دادند که در بسیاری از موارد شیوه انجام کار درست و منطبق بر آخرین مقیاس‌های ارزیابی بود اما در نگارش به دلیل عدم آشنایی مناسب نگارش نشده بودند؛ از طرفی می‌توان بیان نمود که مطالعات مداخله‌ای شباهت بسیاری به مطالعات کوهورت دارند که حامی ایده استفاده از ابزار نیوکاسل-آتاوا برای مطالعات مرور شده در مقاله حاضر است زیرا این شباهت‌ها دقیقاً مولفه‌های مقیاس نیوکاسل-آتاوا برای بررسی کیفیت مقالات کوهورت هستند.

تعدادی از شباهت‌های مطالعات مداخله‌ای با مطالعات کوهورت عبارتند از: در ابتدای مطالعه پیامد مورد نظر نباید موجود باشد؛ شرکت‌کنندگان به دو گروه مواجهه یافته و غیر مواجهه یافته تقسیم می‌شوند؛ گروه‌ها تا مدتی پیگیری می‌شوند که این مدت برای بروز پیامد مد نظر کفایت داشته باشد؛ امکان محاسبه میزان خطر و عوامل مرتبط با داده‌های حاصل شده ممکن است؛ حساس به تورش ریزش نمونه‌ها هستند. تفاوت‌های مطالعات مداخله‌ای با مطالعات کوهورت عبارتند از: مطالعات مداخله‌ای دارای مداخله‌ی فعال در گروه مواجهه یافته هستند اما مطالعات کوهورت صرفاً به مشاهده اثر مداخله می‌پردازند؛ تخصیص تصادفی یا تصادفی‌سازی جزء ضروری از یک مطالعه مداخله‌ای خوب بوده که در مطالعات کوهورت امکان پذیر نیست؛ موضوعات اخلاقی اغلب چالشی مهم در مطالعات تجربی اپیدمیولوژیکی است؛ پیروی از پروتکل مطالعه نگرانی بسیار مهمی در مطالعات تجربی است (۹۹). این مقیاس مقالات را از نظر "فرآیند انتخاب (۴ ستاره)"، "مقایسه پذیری (دو ستاره)" و "پیامد (سه ستاره)" مورد بررسی قرار می‌دهد. بر اساس مقیاس نیوکاسل-آتاوا مقالات از صفر (ضعیف‌ترین) تا ۹ (قوی‌ترین) امتیازبندی شدند. در این مقیاس هر ستاره معرف یک امتیاز است (جدول ۲-).

از بین افرادی که به طور تصادفی تخصیص یافته‌اند، انجام شده است؛ احتمالاً کاربرد نامناسبی از تخصیص ساده (Simple imputation) انجام شده است.

نامشخص بودن تورش: میزان نامشخص تورش با هر یک از موارد زیر تعیین خواهد شد: در میزان نامشخص تورش اطلاعات کافی از ریزش/خروج که اجازه به تصمیم‌گیری در مورد میزان تورش کم یا زیاد را ممکن سازد، موجود نیست (برای مثال تعداد تصادفی شده بیان نشده است یا هیچ دلیلی برای ریزش اطلاعات موجود نیست)؛ مطالعه به پیامد مدنظر نرسیده است.

سایر تورش‌ها

خطر پایین تورش: در میزان پایین تورش این چنین به نظر می‌رسد که مطالعه آزاد از هرگونه‌ای از تورش با منشاء و منبع دیگری است.

خطر بالای تورش: در میزان بالای تورش حداقل یک خطر مهم تورش وجود دارد. مصداق‌های آن عبارتند از: مطالعه یک منبع احتمالی تورش مربوط به نوع طرح استفاده شده دارد یا در مطالعه ادعا شده است که مطالعه به درستی انجام نشده است یا در مطالعه بیان شده که محققین در فرآیند انجام کار با مشکلاتی روبرو بودند. **نامشخص بودن تورش:** در میزان نامشخص خطر تورش ممکن است تورشی وجود داشته باشد اما این تورش یا مربوط به اطلاعات ناکافی برای ارزیابی اینکه آیا یک خطر تورش مهم وجود دارد هست و یا منطقی نامناسب یا شواهدی مبنی بر اینکه یک مشکل شناخته شده ایجاد کننده خطر وجود یک تورش مهم است (۹۶).

در اواسط دهه ۱۹۹۰ عبارت CONSORT توسط یک گروه از متخصصین کارآزمایی‌های بالینی، آمار شناسان و اپیدمیولوژیست‌ها به‌عنوان راهکاری بین‌المللی و روشی استاندارد در گزارش کارآزمایی‌های بالینی معرفی گردید و بیشتر بر روی حجم نمونه، تصادفی‌سازی، پنهان‌سازی تخصیص تصادفی، کورسازی، آنالیز آماری و پیامدهای اولیه و ثانویه تکیه داشت. هدف این چک لیست بهبود کیفیت گزارش دهی مقالات بالینی از طریق ارائه راهنمایی لازم به نویسندگان و داوران است. چک لیست Consort در سال ۲۰۱۰ بازنویسی و تحت عنوان چک لیست Consort ۲۰۱۰ منتشر شد. ویرایش جدید این چک لیست دارای ۲۵ آیتم کلی بوده که خود شامل ۳۷ آیتم جزئی در حیطه‌های عنوان، خلاصه، مقدمه، روش‌ها، نتایج، بحث و برخی اطلاعات مرتبط با مقاله است. در صورت گزارش مناسب هر آیتم، شماره صفحه گزارش آن آیتم ثبت می‌شود (۹۸). ویرایش جدید زیرمقیاس این چک لیست از طریق وبسایت www.consort-statment.org قابل دسترس می‌باشد. در این ارزیابی تکیه فقط بر روی ۷ آیتم از ۳۷ آیتم مربوط خواهد بود. این ۷ آیتم عبارتند از: 1a: ذکر عبارت "کارآزمایی تصادفی" در عنوان؛ 4a: معیارهای ورود افراد به پژوهش؛ 4b: مکان اجرای مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات؛ 5: نوع

جدول ۲. الگوریتم نمره‌دهی نیوکاسل-آتاوا برای بررسی میزان تورش

مطالعات			
رتبه‌بندی کیفیت مقالات	حیطه انتخاب	حیطه مقایسه‌پذیری	حیطه پیامد
خوب (Good)	≥ 3	≥ 2	≥ 2
متوسط (Fair)	۲	≥ 1	≥ 2
ضعیف (Poor)	۰-۱	۰	۰-۱

سال چاپ مطالعات از سال ۱۳۸۰ (اولین مطالعه چاپ شده طراح الگو) تا سال ۱۳۹۶ (اخوت و همکاران (۹۲)، رحمانی و همکاران (۹۰)، رزمجو و همکاران (۸۵)، نمازپور و همکاران (۴۵)، مرادی و همکاران (۴۴) و الله‌یاری و همکاران (۴۳)) متغیر بوده است.

از نظر زبان چاپ مقالات، به غیر از مطالعه هاشمی و همکاران (۵۴)، ملازم و همکاران (۸۱)، برجی و همکاران (۸۲)، پورغلامی و همکاران (۸۳)، رئیسی‌فر و همکاران (۸۴)، رزمجو و همکاران (۸۵)، صاحب‌زمانی و همکاران (۸۶)، صالحی و همکاران (۸۷)، رحیمی و همکاران (۳۹ و ۸۸)، شهرانی و همکاران (۸۹)، رحمانی و همکاران (۹۰)، خسروان و همکاران (۹۱) و اخوت و همکاران (۹۲) که به زبان انگلیسی چاپ شدند، سایر مطالعات به زبان فارسی چاپ شدند. از حیث روش نمونه‌گیری، به جزء دو مطالعه ذکر شده که نویسندگان نوع مطالعه را مقطعی معرفی نمودند، روش نمونه‌گیری در مرحله اول در دسترس و سپس تخصیص تصادفی بوده است؛ اگرچه بعضی از مولفین در مرحله اول عبارت نمونه‌گیری "مبتنی بر هدف" را ذکر کردند که این نوع نمونه‌گیری خاص مطالعات کیفی و نه کمی است (۱۰۰).

از حیث مجلات چاپ‌کننده مقالات مدل مراقبت پیگیر، طیف گسترده‌ای از مجلات داخلی و خارجی با نمایه‌های مختلف علمی، علمی‌پژوهشی، اسکوپوس، پایمد و ISI به چاپ این مقالات مبادرت ورزیده بودند. در کل ۵۱ مجله به چاپ مقالات مدل مراقبت پیگیر مبادرت ورزیده بودند. در ادامه تعداد چاپ مقالات به تفکیک هر مجله در جلوی عنوان هر مجله ارائه شده است. لیست این مجلات عبارتند از: فصلنامه علمی‌پژوهشی پرستاری دیابت زایل (۲)، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه (۳)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (۱)، مجله علمی‌پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (۲)، مجله مدیریت ارتقاء سلامت (۱)، مجله بالینی پرستاری و مامایی (۲)، فصلنامه پرستاری داخلی-جراحی (۲)، مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه (۳)، پژوهش توانبخشی در پرستاری (۲)، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان (۱)، مجله طب نظامی (۱)، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (۱)، فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد (۱)، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران/حیات (۱)، پژوهش پرستاری (۱)، مجله پزشکی هرمزگان (۱)، مجله پزشکی کوثر (۱)، مجله علوم رفتاری (۱)، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱)، مجله علمی‌پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۱)، پژوهش در پزشکی (۱)، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱)، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی/پژوهنده (۱)، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد/افق دانش (۱)، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (۱)، طبیب شرق/مجله علمی‌پژوهشی تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (۱)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین (۱)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی

در خصوص توصیف و مقایسه مقیاس‌های ارزیابی کیفیت مقالات از شاخص‌های توصیفی فراوانی (درصد فراوانی) و میانگین (انحراف معیار) استفاده شد. ارتباط بین نمرات مقیاس‌های ارزیابی با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن بررسی شد. تفاوت بین میانگین نمرات سه مقیاس ارزیابی با استفاده از آزمون کراسکال والیس و یو من ویتنی بررسی شد. در نهایت تحلیل زیرگروهی مطالعات با توجه به میانگین نمرات سه مقیاس ارزیابی درخصوص سال انجام مطالعه، حضور طراح الگو در مطالعات، همکاری بین فردی و بین دانشگاهی و شهر اقامت نویسنده مسئول با استفاده از آزمون کراسکال والیس و یومن ویتنی بررسی شد. از نرم افزار SPSS18 برای تحلیل داده‌ها و از نرم افزار GraphPad برای ترسیم نمودار-۲ استفاده شد. در تمام موارد میزان معنی‌داری کمتر از ۵ صدم در نظر گرفته شد.

نتایج

در جستجوی اولیه متون، ۳۰۷۴ مقاله بازبازی شد که با توجه به راهنمای غربال PRISMA، این تعداد مقاله بازبازی شده به ۵۱ مورد کاهش یافت (نمودار-۱).

مطالعات نهایی شده از حیث نویسندگان، سال انجام، نوع پژوهش به‌همراه تعداد گروه‌های مورد مطالعه، هدف از اجرای پژوهش، روش نمونه‌گیری، ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش از حیث تعداد افراد و نوع بیماری، روش جمع‌آوری اطلاعات و نتیجه‌گیری نهایی اجرای مدل طبقه‌بندی و مرور شدند (جدول-۱).

اطلاعات جمعیت‌شناختی مطالعات مدل مراقبت پیگیر:

از ۵۱ مطالعه انجام شده، ۴۹ مورد آن نیمه تجربی یا کارآزمایی بالینی بودند؛ اگرچه بسیاری از مطالعات نیمه تجربی در واقع کارآزمایی بالینی بودند که در زمان چاپ مقاله، نوع مطالعه کارآزمایی بالینی به قوت و قدرت مطالعات نیمه‌تجربی نبوده که یا مولفین از ابتدا به این شیوه گزارش نمودند و یا در فرآیند داوری نوع مطالعه بدین صورت اصلاح شده است. مطالعه ناصریان و همکاران (۴۸) اگرچه نوع مطالعه را مقطعی گزارش نموده است اما در واقع تحلیل فازی مطالعه کارآزمایی بالینی است. مطالعه رحیمی و همکاران (۵۶) اگرچه نوع مطالعه را مقطعی معرفی کرده است، در واقع یک مطالعه نیمه تجربی است که به بررسی تاثیر آموزش به بیماران و خانواده آنها بر پیگیری مراقبت پرداخته است. در این مطالعه مداخله انجام مراقبت پیگیر بر اساس مدل مراقبت پیگیر بوده است (جدول-۱).

مبتلا به سیستماتیک لویوس اریتماتوس (۸۶)، والدین کودکان مبتلا به سندروم نفروتیک (۵۰)، والدین کودکان با وزن کم تولد (۶۵)، اضطراب و استرس

والدین کودکان ترخیص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان (۹۲) انجام شده است. به طور کلی می‌توان بیان نمود که بیماری کلیوی، قلبی و دیابت سه دسته بزرگ بیماری‌هایی هستند که خواستگاه اجرای مدل مراقبت پیگیر بودند؛ اگرچه باید توجه داشت که تعدادی از مطالعات چاپ شده در واقع اجزای متفاوت یک پروژه یکسان بودند که با اهداف مختلفی چاپ شدند که از این قبیل می‌توان به مطالعات رحیمی و همکاران در جامعه بیماران همودیالیزی (۳۹، ۶۸-۷۳، ۸۸) و قوامی و همکاران در جامعه بیماران دیابتی (۷۴-۷۵، ۷۸-۷۹) اشاره نمود.

پیامدهای مورد مطالعه: در مطالعات انجام شده پیامدهای مورد بررسی به تفکیک نوع بیماری گزارش شده بودند (جدول-۱). در ذیل به شایع‌ترین پیامدهایی که به طور مکرر در بیماران کلیوی، قلبی و دیابتی انجام شده است، اشاره می‌شود؛ بنابراین اجرای مدل مراقبت پیگیر با چهار مرحله کلاسیک آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی (شکل-۱) بر جامعه بیماران کلیوی، قلبی، دیابتی به طور شایع و سایر بیماری‌های دیگر با نسبت کمتر اجرا شده که در جدول ۱- ارائه شده است.

بیماران کلیوی: در خصوص بیماران کلیوی، در تمامی مطالعات انجام شده بیماران همودیالیزی یا بیماران مراحل انتهایی بیماری کلیوی مدنظر بوده است که نیازمند انجام همودیالیز بودند. در تعدادی از مطالعات بیماران پیوند کلیه هم در دسته بیماران کلیوی دسته بندی شدند که در این مطالعه بیماران پیوند کلیه در ذیل بیماران کلیوی گزارش شده است.

مطالعات حجت و همکاران بر کیفیت خواب و کفایت دیالیز (۵۲)، هاشمی و همکاران بر پیگیری رژیم غذایی (۵۴)، ساعی و همکاران بر کفایت دیالیز (۵۸)، صادقی و همکاران بر کیفیت خواب (۶۱)، عزیززاده و همکاران بر خواب آلودگی (۶۲)، رحیمی و همکاران بر فشار خون و کنترل وزن (۶۸)، سطوح آزمایشات خونی (۶۹)، عزت نفس (۷۰)، استرس، اضطراب و افسردگی (۷۱)، کیفیت زندگی (۷۲)، افسردگی (۷۳)، کیفیت زندگی درک شده همسران بیماران همودیالیزی (۸۹)، افسردگی، اضطراب و استرس (۳۹)، برجی و همکاران بر کیفیت زندگی و فشار خون (۸۲)، پورغلامی و همکاران بر کیفیت زندگی (۸۳)، رئیس‌فر و همکاران بر کیفیت زندگی (۸۴)، صالحی و همکاران بر افسردگی، اضطراب و استرس (۸۷) بیماران کلیوی انجام شده است (جدول-۱).

بیماران قلبی: در خصوص بیماری قلبی، دسته بندی‌های متفاوتی صورت گرفته بود اما در مطالعه حاضر تمام بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، تحت عمل پیوند عروق کرونر، انفارکتوس قلبی، آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی زیر مجموعه بیماری قلبی دسته بندی شدند.

سمنان (۱)، مجله پزشکی ارومیه (۱)، Biomedical & (۱)، ARYA Atheroscler (1)، Pharmacology (2)، Iranian Bioscience biotechnology research Asia (1)، vascular Journal of، Journal of Kidney Diseases (1)، Eastern، Rehabilitation nursing (1)، nursing (1)، Nephrology nursing، Mediterranean health journal (1)، International journal of medical research، Journal (1)، Bali medical journal (1)، & health sciences (1)، International journal of community based nursing and Iranian journal of nursing and (1) و midwifery (1)، midwifery research (1).

از حیث پرسشنامه‌های مورد استفاده، در بسیاری از موارد پرسشنامه‌های اختصاصی مبتنی بر نوع بیماری استفاده شده بود که امکان ارزیابی شرایط بیمار را واقعی‌تر و شفاف‌تر مهیا می‌نمود. از جمله این پرسشنامه‌ها می‌توان به پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت، استرس، اضطراب و افسردگی ۲۱ سئوالی، کیفیت زندگی بیماران دیالیزی، افسردگی بک، کیفیت زندگی SF-36، کیفیت زندگی بیماران دیابتی، کیفیت زندگی مک‌نیو، سبک زندگی واکر و پندر، کیفیت زندگی بیماران دیالیزی فرانس و پاور، کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه، کیفیت زندگی درک شده همسران بیماران همودیالیزی، سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، کیفیت خواب پیئتس‌برگ، اضطراب اشیپیل‌برگر، رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی، سنجش وسوسه مصرف مواد مخدر، لغزش و اشتیاق به مواد مخدر، بار مراقبتی نواک و گست، کیفیت زندگی باروری، کیفیت زندگی مینه‌سوتا، خودکارآمدی بیماران مزمن، رعایت رژیم غذایی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، میزان خواب آلودگی ایپورت، کیفیت زندگی هاینریچ و کیفیت زندگی بیماران ریوی اشاره نمود (جدول-۱).

از حیث جامعه مورد پژوهش، مدل مراقبت پیگیر در جامعه بیماران بزرگسال و خردسال به کاررفته است؛ اگرچه در جامعه خردسال بر والدین خردسالان بیمار متمرکز بوده است و به بررسی دانش، نگرش و عملکرد آنها و تاثیر آن بر میزان بستری مجدد و عود مجدد بیماری متمرکز بوده است (۵۰، ۶۵، ۹۲).

از حیث نوع بیماری، مدل مراقبت پیگیر بر بیماری‌های دیابت (۴۳، ۴۶، ۵۶، ۵۹، ۷۸، ۷۹، ۹۱)، نارسایی قلبی (۴۴، ۵۱، ۶۷، ۹۰)، معتادین (۴۵)، درک مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر (۴۷)، بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر (۴۸، ۵۵، ۸۰، ۸۵)، زنان نابارور (۴۹)، بیماران همودیالیزی (۵۲، ۵۴، ۵۸، ۶۱، ۶۲، ۶۸، ۸۲، ۸۳، ۸۸، ۳۹)، بیماران انفارکتوس قلبی (۵۳، ۷۷، ۸۱)، بیماران مولتیپل اسکلروزیس (۵۷)، بیماران آنژیوپلاستی عروق کرونر (۶۰)، مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشپولیت مزمن (۶۳، ۶۶)، بیماران اسکیزوفرنیک (۶۴)، بیماران با پرفشاری خون (۸۹)، بیماران مراحل انتهایی نارسایی کلیه (۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵)، افراد سالمند (۷۶)، بیماران پیوند کلیه شده (۸۴، ۸۷)، همسران بیماران پیوند کلیه شده (۸۸)، بیماران

بقیه مطالعات (۴۰ مطالعه) نمره کمتر از ۶ گرفتند. بالاترین نمره مقیاس نیوکاسل-أتاوا ۸ بوده، ۳۴ مطالعه نمره ۸، ۱۴ مطالعه نمره ۷ و بقیه مطالعات (۳ مطالعه) نمره کمتر از ۷ گرفتند.

مقیاس میزان خطر تورش کوکران: این مقیاس در پنج حیطه به بررسی تورش مطالعات در سه سطح تورش پایین، بالا و نامشخص به صورت کیفی می‌پردازد. در حیطه تولید توالی تصادفی از تورش انتخاب، ۴۶ مطالعه خطر بالای تورش داشتند و ۵ مطالعه تولید توالی تصادفی را به صورت نامشخص گزارش نموده بودند. در حیطه پنهان سازی تصادفی از تورش انتخاب، ۱۲ مطالعه خطر بالای تورش داشتند و ۳۹ مطالعه پنهان سازی تصادفی را به صورت نامشخص گزارش نموده بودند. کور سازی شرکت کنندگان و محققان از بعد تورش عملکرد و کور سازی پیامد از همین بعد در تمامی ۵۱ مطالعه به صورت نامشخص گزارش شده بود. تورش گزارش در تمامی مطالعات نهایی شده با خطر بالای تورش همراه بود. ۱۳ مطالعه از ۵۱ مطالعه تورش ریزش را به صورت نامشخص گزارش کرده بودند و گزارش تمامی مطالعات به سایر انواع تورش به صورت نامشخص بود (جدول-۳).

مقیاس نیوکاسل-أتاوا: نمرات سه بعد مقیاس نیوکاسل-أتاوا در حداقل قبولی بود. بعد انتخاب با چهار زیرمقیاس در وضعیت خوب قرار داشت (۳). بعد مقایسه پذیری با دو زیر مقیاس ۸۸/۲ درصد در وضعیت متوسط (≥ 1) و ۱۱/۸ درصد در وضعیت ضعیف (صفر) بود. لازم به ذکر است که عامل ۱۱/۸ درصد ضعیف بودن نمرات در این بعد مربوط به سؤال دوم بعد مقیاس پذیری است. بعد پیامد با سه زیر مقیاس ۹۸ درصد در وضعیت خوب (≥ 2) و ۲ درصد در وضعیت ضعیف (صفر) بود که عامل ۲ درصد ضعیف بودن نمرات در این بعد مربوط به زیرمقیاس سوم بعد پیامد است (جدول-۱ و جدول-۴).

توصیف نمرات میانگین سه مقیاس جَداد، کانسورت و نیوکاسل-أتاوا: میانگین و انحراف نمرات مقیاس جَداد $0.765 \pm 1/88$ با کمینه صفر و بیشینه سه، کانسورت $1.025 \pm 4/90$ با کمینه دو و بیشینه هفت و نیوکاسل-أتاوا $0.60 \pm 7/61$ با کمینه شش و بیشینه هشت بدست آمد.

ارتباط نمرات سه مقیاس جَداد، کانسورت و نیوکاسل-أتاوا: ضریب همبستگی اسپیرمن بین نمره مقیاس جَداد با کانسورت ($r=0.305$, $P=0.30$) ارتباط معنی داری را نشان نداد اما همین آزمون بین نمره مقیاس جَداد با نیوکاسل-أتاوا ($r=0.845$, $P<0.0001$) ارتباط معنی داری را نشان داد. همین آزمون همبستگی بین نمره مقیاس کانسورت و نیوکاسل-أتاوا ارتباط معنی داری را نشان داد ($r=0.801$, $P=0.036$).

مطالعات مرادی و همکاران بر مدیریت خودمراقبتی نارسایی قلبی (۴۴)، نصرآبادی و همکاران بر وضعیت سلامت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر (۴۷)، ناصریان و همکاران بر تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماری عروق کرونری (۴۸)، بقایی و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی (۵۱)، اکبری و همکاران بر خودکارآمدی بیماران در کنترل عوارض مرتبط با بیماری انفارکتوس قلبی (۵۳)، حقدوست و همکاران بر کیفیت زندگی و پیشگیری از عوارض بعد از عمل پیوند عروق کرونر (۵۵)، دایی و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی (۶۰)، صادقی و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی (۶۷)، احمدی و همکاران بر چگونگی درد قفسه سینه و بستری شدن مجدد در بیمارستان بیماران انفارکتوس قلبی (۷۷)، صادقی و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر (۸۰)، ملازم و همکاران بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی (۸۱)، رزمجو و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر (۸۵) و رحمانی و همکاران بر رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۹۰) انجام شده بود (جدول-۱).

بیماران دیابتی: در خصوص بیماری دیابت مطالعات مختلفی بر ابعاد متفاوت مسایل مراقبتی درمانی این بیماران انجام شده بود. مطالعات الله یاری و همکاران بر رفتارهای خودمراقبتی (۴۳)، اسماعیل زاده و همکاران بر خودپایشی قندخون (۴۶)، گل افروز و همکاران بر کیفیت خواب (۵۹)، قوامی و همکاران بر کنترل وزن و شاخص توده بدنی (۷۴)، کنترل فشار خون (۷۵)، میزان قند و هموگلوبین گلیکوزیله (۷۸)، کیفیت زندگی (۷۹) و خسروان و همکاران بر کیفیت خواب (۹۱) بیماران دیابتی انجام شده است (جدول-۱).

ارزیابی کیفیت مقالات: اطلاعات به دست آمده از بررسی کیفیت مقالات با استفاده از چهار مقیاس ذکر شده وارد نرم افزار Microsoft Excel 2007 شد و با توجه به نوع اطلاعات ارائه شده در مقالات دسته بندی، مقایسه و خلاصه گردید (جدول-۳ و جدول-۴). با توجه به کیفیت مقالات ارزیابی شده و متغیرهای پیامد مختلفی که در هر مطالعه بررسی و گزارش شده بود، امکان انجام متآنالیز مهیا نبود و صرفاً نتایج به صورت دسته بندی پیامدهای انجام شده معرفی شد. سایر دلایل به غیر از کیفیت مطالعات عبارت بودند از: ابزارهای به کاررفته متنوع، گروه های غیرهمسان گزارش شده در مطالعات و نتایج ناقص که ادغام و تجمیع آنها امکان پذیر نبود.

توصیف نمرات سه مقیاس جَداد، کانسورت و نیوکاسل-أتاوا: بالاترین نمره مقیاس جَداد ۵ بوده، تنها ۱۳ مطالعه توانستند نمره ۳ را بگیرند و بقیه مطالعات (۳۸ مطالعه) نمره کمتر از ۳ گرفتند. بالاترین نمره مقیاس کانسورت ۷ بوده، ۵ مطالعه نمره ۷، ۶ مطالعه نمره ۶ و

جدول-۳. ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از دو مقیاس Jadad و Cochrane Risk of Bias Tool

سایر انواع تورش	تورش ریزش	مقیاس Cochrane Risk of Bias Tool (انواع تورش)						مقیاس JADAD					نویسندگان (سال)
		تورش گزارش	تورش عملکرد		تورش انتخاب		خروج از مطالعه نمره کل	کورسازی		تصادفی سازی			
			کورسازی پیامد	کورسازی نمونه	پنهان سازی تصادفی	تولید توالی تصادفی		روش کورسازی	کورسازی	تخصیص روش تصادفی-سازی	تصادفی سازی		
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	۰	۰	۰	۰	۱	الله یاری و همکاران (۱۳۹۶) (۴۳)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	مرادی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۴)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	نمازپور و همکاران (۱۳۹۶) (۴۵)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	۰	۰	۰	۰	۱	اسماعیل زاده و همکاران (۱۳۹۵) (۴۶)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	۱	۱	۰	۰	۰	۰	نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۷)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	ناصریان و همکاران (۱۳۹۵) (۴۸)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	۰	۰	۰	۰	۰	۰	فدایی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۹)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۲	۰	۰	۰	۱	۱	حکیم و همکاران (۱۳۹۵) (۵۰)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	بقایی و همکاران (۱۳۹۴) (۵۱)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	حجت و همکاران (۱۳۹۴) (۵۲)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	اکبری و همکاران (۱۳۹۳) (۵۳)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	هاشمی و همکاران (۱۳۹۴) (۵۴)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	حق دوست و همکاران (۱۳۹۳) (۵۵)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	۰	۰	۰	۰	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۶)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	خداویسی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۷)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	پایین	بالا	۲	۱	۰	۰	۱	۰	ساعی و همکاران (۱۳۹۱) (۵۸)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	گل افروز و همکاران (۱۳۹۳) (۵۹)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	۰	۰	۱	۱	دایی و همکاران (۱۳۹۳) (۶۰)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	۱	۱	۰	۰	۰	۰	صادقی و همکاران (۱۳۸۹) (۶۱)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	۱	۱	۰	۰	۰	۰	عزیززاده و همکاران (۱۳۹۱) (۶۲)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	۰	۰	۰	۰	۱	مهدی زاده و همکاران (۱۳۸۹) (۶۳)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	خانکه و همکاران (۱۳۸۸) (۶۴)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	ارزانی و همکاران (۱۳۸۸) (۶۵)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	سالاری و همکاران (۱۳۸۸) (۶۶)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	صادقی و همکاران (۱۳۸۸) (۶۷)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) (۶۸)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	۰	۰	۰	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) (۶۹)

نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) (۳۰)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) (۳۱)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) (۳۲)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) (۳۳)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۵) (۳۴)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۵) (۳۵)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	سالار و همکاران (۱۳۸۲) (۳۶)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	احمدی و همکاران (۱۳۸۴) (۳۷)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۴) (۳۸)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۴) (۳۹)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	۱	۱	.	.	.	.	صادقی و همکاران (۱۳۸۸) (۴۰)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	.	.	۱	۱	ملازم و همکاران (۱۳۹۲) (۴۱)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	برجی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۲)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	پورغلامی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۳)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رئیسفر و همکاران (۱۳۹۳) (۴۴)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	.	.	۱	۱	رزمنجو و همکاران (۱۳۹۶) (۴۵)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	صاحب‌زمانی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۶)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	صالحی و همکاران (۱۳۹۴) (۴۷)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) (۴۸)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) (۴۹)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	.	.	۱	۱	شهرانی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۹)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۲	۱	.	.	.	۱	رحمانی و همکاران (۱۳۹۶) (۹۰)
نامشخص	بالا	بالا	نامشخص	نامشخص	بالا	بالا	۳	۱	.	.	۱	۱	خسروان و همکاران (۱۳۹۴) (۹۱)
نامشخص	نامشخص	بالا	نامشخص	نامشخص	نامشخص	بالا	۱	.	.	.	.	۱	اخوت و همکاران (۱۳۹۶) (۹۲)

جدول-۴. ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از مقیاس Newcastle-Ottawa و زیرمقیاس CONSORT 2010

نویسندگان (سال)	مقیاس Newcastle-Ottawa								زیرمقیاس CONSORT 2010								
	انتخاب			مقایسه پذیری			پیامد		نمره کل	1a	4a	4b	5	6a	17a	23	نمره کل
	گروه شاهد	تایید مداخله	اثر مداخله	طراحی	تحلیل	ارزیابی مداخله	مدت پیگیری	ریزش									
الله‌یاری و همکاران (۱۳۹۶) (۴۳)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۶	---	*	*	*	*	*	---	۵	
مرادی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۴)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۸	*	*	*	*	*	*	*	۷	
نمازیور و همکاران (۱۳۹۶) (۴۵)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*	۶	
اسماعیل‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) (۴۶)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۷	۰	۱	۱	۱	۱	۱	*	۶	
نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۷)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
ناصریان و همکاران (۱۳۹۵) (۴۸)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
فدایی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۹)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۶	۰	۱	۱	۱	۱	۱	*	۶	
حکیم و همکاران (۱۳۹۵) (۵۰)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۷	۰	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
بقایی و همکاران (۱۳۹۴) (۵۱)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
حجت و همکاران (۱۳۹۴) (۵۲)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*	۷	
اکبری و همکاران (۱۳۹۳) (۵۳)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
هاشمی و همکاران (۱۳۹۴) (۵۴)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	*	۱	---	۴	
حقدوست و همکاران (۱۳۹۳) (۵۵)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
رحیمی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۶)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۶	۰	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
خداویسی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۷)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*	۷	
ساعی و همکاران (۱۳۹۱) (۵۸)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
گل‌افروز و همکاران (۱۳۹۳) (۵۹)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*	۶	
دایی و همکاران (۱۳۹۳) (۶۰)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
صادقی و همکاران (۱۳۸۹) (۶۱)	۱	۱	۱	۱	۱	---	---	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۴	
عزیززاده و همکاران (۱۳۹۱) (۶۲)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
مهدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) (۶۳)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۷	۰	۱	۱	۱	۱	۱	---	۵	
خانکه و همکاران (۱۳۸۸) (۶۴)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۴	
ارزانی و همکاران (۱۳۸۸) (۶۵)	۱	۱	۱	۱	۱	---	---	۸	۱	۱	۱	۱	*	۱	---	۲	
سالاری و همکاران (۱۳۸۸) (۶۶)	۱	۱	۱	۱	۱	---	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۴	
صادقی و همکاران (۱۳۸۸) (۶۷)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۸	۱	۱	۱	۱	*	۱	---	۴	
رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) (۶۸)	۱	۱	۱	۱	۱	*	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۴	
رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) (۶۹)	۱	۱	۱	۱	۱	*	---	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	---	۴	

۴	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) (۲۰)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) (۲۱)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) (۲۲)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) (۲۳)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۵) (۲۴)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۵) (۲۵)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	سالار و همکاران (۱۳۸۲) (۲۶)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	احمدی و همکاران (۱۳۸۴) (۲۷)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۴) (۲۸)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	قوامی و همکاران (۱۳۸۴) (۲۹)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۷	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	صادقی و همکاران (۱۳۸۸) (۳۰)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	ملازم و همکاران (۱۳۹۲) (۳۱)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	برجی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۲)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	پورغلامی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۳)
۶	---	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رئیس‌فر و همکاران (۱۳۹۳) (۳۴)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رزمجو و همکاران (۱۳۹۶) (۳۵)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	صاحب‌زمانی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۶)
۵	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	صالحی و همکاران (۱۳۹۴) (۳۷)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) (۳۸)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) (۳۹)
۶	---	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	شهرانی و همکاران (۱۳۹۵) (۴۰)
۷	*	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	رحمانی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۰)
۷	*	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	خسروان و همکاران (۱۳۹۴) (۴۱)
۴	---	*	*	*	*	*	---	۷	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	اخوت و همکاران (۱۳۹۶) (۴۲)

معنی‌دار در جهت مثبت در میانگین نمرات دو مقیاس جَداد (P=0.022) و کانسورت (P<0.0001) شده اما این تفاوت در مورد مقیاس نیوکاسل-أتاوا (P=0.990) معنی‌دار نبود.

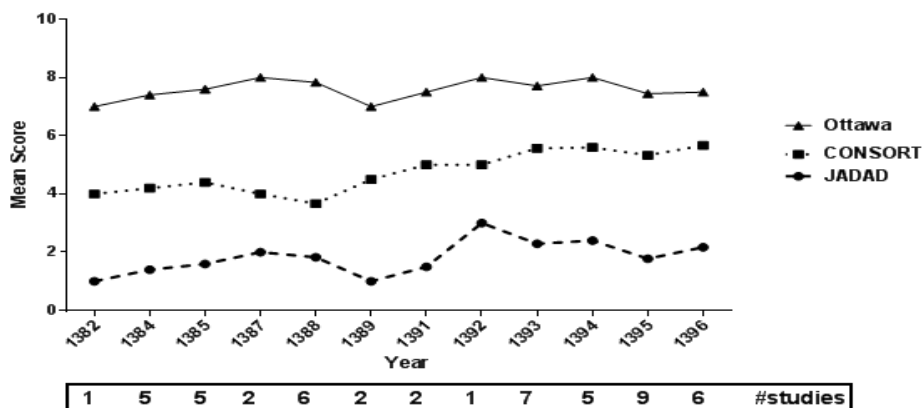
نمرات سه مقیاس ذکر شده با توجه به همکاری بین فردی (۱) تا ۳ محقق، ۴ محقق و بیشتر از ۴ محقق) مقایسه شد. نتایج آزمون کراسکال والیس نشان داد که تفاوت معنی‌داری از این حیث بین نمرات مقیاس‌های جَداد (P=0.210)، کانسورت (P=0.289) و نیوکاسل-أتاوا (P=0.456) وجود ندارد؛ همچنین نمرات این سه مقیاس با توجه به همکاری بین دانشگاهی (۱) دانشگاه، ۲ دانشگاه و ۳ دانشگاه) مقایسه شد. نتایج آزمون کراسکال والیس نشان داد که تفاوت معنی‌داری از این حیث بین نمرات مقیاس‌های جَداد (P=0.071) و نیوکاسل-أتاوا (P=0.710) وجود ندارد اما این تفاوت در مورد نمرات مقیاس کانسورت معنی‌دار (P=0.002) است. آزمون آماری یو من ویتنی نشان داد که تفاوت معنی‌دار مربوط به گروه یک و دو دانشگاه (P=0.001) و دو و سه دانشگاه (P=0.048) است؛ همچنین آزمون آماری یو من ویتنی نشان داد که تفاوت نزدیک به سطح معنی‌داری نمرات مقیاس جَداد مربوط به گروه یک و دو دانشگاه (P=0.026) است.

از لحاظ شهری که نوید سنده مسئول در آن اقامت داشته و الگو در آن عملیاتی و اجرا شده است، ۱۹ شهر تاکنون مدل مراقبت پیگیر در آن اجرایی شده است که از بین آنها، شهر تهران بیشترین سهم را از آن خود کرده است (۲۱ مورد با ۴۱/۲ درصد). سهم سایر شهرها عبارت است از: اهواز (۱ مورد با ۲ درصد)، اراک (۱ مورد با ۲ درصد)، بابل (۱ مورد با ۲ درصد)، بیرجند (۱ مورد با ۲ درصد)، اصفهان (۳ مورد با ۵/۹ درصد)، قزوین (۱ مورد با ۲ درصد)، گناباد (۲ مورد با ۳/۹ درصد)، همدان (۱ مورد با ۲ درصد)، ایلام (۱ مورد با ۲ درصد)، جهرم (۲ مورد با ۳/۹ درصد)، کاشان (۱ مورد با ۲ درصد)، کرمان (۲ مورد با ۳/۹ درصد)، ارومیه (۶ مورد با ۱۱/۸ درصد)، شیراز (۱ مورد با ۲ درصد)، یزد (۱ مورد با ۲ درصد)، زابل (۱ مورد با ۲ درصد)، زاهدان (۱ مورد با ۲ درصد) و زنجان (۳ مورد با ۵/۹ درصد). آزمون آماری کراسکال والیس نشان داد که نوع شهر در نمرات سه مقیاس جَداد (P=0.433)، کانسورت (P=0.171) و نیوکاسل-أتاوا (P=0.353) تفاوت معنی‌داری ایجاد نکرده است.

مقایسه زیرگروهی میانگین نمرات سه مقیاس جَداد، کانسورت و نیوکاسل-أتاوا؛ میانگین نمرات سه مقیاس ذکر شده

با توجه به سال تحلیل شد. سال چاپ مقالات به ترتیب به پنج دسته ۸۵ ≤، ۹۰-۸۶، ۹۱-۹۲، ۹۳-۹۴ و ۹۵-۹۶ تقسیم شد. آزمون آماری کراسکال والیس تفاوت معنی‌داری از این حیث بین نمرات مقیاس جَداد (P=0.066) و کانسورت (P<0.0001) نشان داد اما این تفاوت در مورد میانگین نمرات نیوکاسل-أتاوا (P=0.307) معنی‌دار نبود. در مورد نمره مقیاس جَداد آزمون آماری یو من ویتنی نشان داد که این تفاوت مربوط به دسته‌های سال اول و چهارم (P=0.007) و دوم و چهارم (P=0.023) بوده است. در مورد نمره مقیاس کانسورت، همین آزمون نشان داد که این تفاوت مربوط به دسته‌های سال اول و سوم (P=0.040)، اول و چهارم (P=0.001)، اول و پنجم (P=0.001)، دوم و سوم (P=0.014)، دوم و چهارم (P<0.001) و دوم و پنجم (P<0.001) بوده است. به طور کلی می‌توان روند میانگین نمرات مطالعات را با افزایش سال به صورت صعودی توصیف کرد اگرچه در مقاطعی این روند افت و خیزهایی داشته است (نمودار-۲). نمودار-۲ نشان می‌دهد که تعداد مطالعات در سال ۱۳۹۵ به بیشترین حد خود رسیده است. در یک نگاه کلی، بالاترین میانگین نمره مربوط به مقیاس نیوکاسل-أتاوا، کانسورت و جَداد به ترتیب می‌باشد. میانگین نمره مقیاس جَداد از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۷ سیر صعودی داشته و سپس در سال ۱۳۸۹ دچار افت شده و سپس روند صعودی خود را دوباره از سر گرفته است. بطوری که در سال ۱۳۹۲ به بالاترین حد خود رسیده و سپس بعد از مقداری افت، سیر نسبتاً ثابتی را در پیش گرفته است. میانگین نمره مقیاس کانسورت از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۵ تقریباً یک سیر ثابت صعودی داشته و سپس در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ دچار افت شده و سپس روند افزایشی را در پیش گرفته است. میانگین نمره مقیاس نیوکاسل-أتاوا از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۸ سیر صعودی ثابتی داشته و سپس در سال ۱۳۸۹ دچار افت شده است اما از سال ۱۳۸۹ به بعد تقریباً یک سیر صعودی ثابتی را تجربه می‌کند.

میانگین نمرات سه مقیاس ذکر شده با توجه به حضور طراح الگو در تیم تحقیق بررسی شد. نتایج آزمون آماری یو من ویتنی حاکی از آن بود که حضور طراح الگو در تیم تحقیق سبب تفاوت



نمودار-۲. روند تغییرات سالیانه میانگین نمره کیفیت متدولوژیک مقالات بر اساس مقیاس اندازه گیری

بحث

در دهه‌های اخیر تعداد مجلات و مقالات چاپ شده در حوزه علوم پزشکی به‌طور چشمگیری افزایش یافته و در مدت کوتاهی چندین برابر شده است (۱۰۱، ۱۰۲). با گسترش علوم پزشکی و افزایش روز افزون مجلات پژوهشی، ساختار مقالات منتشرشده در مجلات علوم پزشکی و انطباق آنها با استانداردهای گزارش-دهی و روش پژوهش نیز بیش از گذشته موردتوجه قرار گرفته است اما همواره این سؤال مطرح بوده است که آیا رشد کمی پژوهش‌ها با رشد کیفی آنها همراه بوده است؟ روشن است که با ارتقاء کیفیت پژوهش‌ها، کاربرد نتایج آنها نیز در پیشبرد علم مؤثر خواهد بود زیرا کیفیت پایین پژوهش‌ها می‌تواند تبعات منفی داشته و به نتیجه‌گیری‌های نادرست منجر شود (۱۰۳، ۱۰۴)؛ مسلماً جهت بهبود کیفیت مقالات منتشرشده توسط پژوهشگران داخلی، رعایت استانداردهای روش پژوهش و گزارش‌دهی ضروری هست.

کارآزمایی بالینی تصادفی شده یکی از انواع مطالعاتی است که در آن شرکت‌کنندگان در مطالعه به یکی از هر گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی برای مقایسه پیامدهای مورد نظر تقسیم می‌شوند (۱۰۵، ۱۰۶). این مطالعات یکی از پرارزش‌ترین روش‌ها برای ارزیابی کارایی درمان‌ها هستند بدون توجه به این که آیا نتایج مقایسه به سطح معنی‌دار آماری می‌رسند یا خیر؛ بنابراین مهم است که این مطالعات با سطح کیفیت بالایی انجام و گزارش شود (۱۰۱).

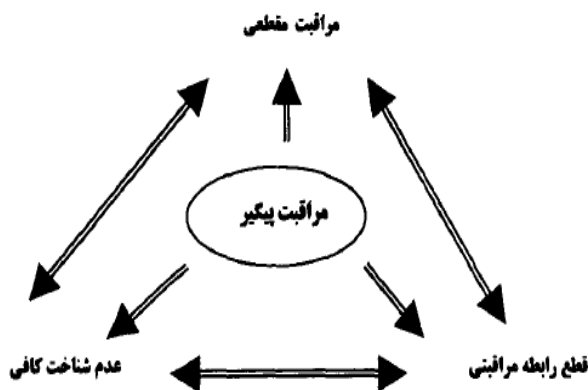
مطالعه حاضر اولین مطالعه مروری در طول ۱۷ سال کاربرد مدل بومی مراقبت پیگیر است که با دو هدف ۱. تعیین تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن و ۲. توصیف و ارزیابی چگونگی کیفیت روش‌شناسی مقالات چاپ شده انجام شده است. در جستجوی اولیه متون، ۳۰۷۴ مقاله بازیابی شد که با توجه به راهنمای غربال PRISMA، این تعداد مقاله بازیابی شده به ۵۱ مورد مطالعه مداخله‌ای کاهش یافت (نمودار-۱).

پیامدهای مورد مطالعه در جوامع بیماری‌های حاد و مزمن: همانگونه که در جدول-۱ مشاهده می‌شود، مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای مختلف بیماران حاد و مزمن اجرا شده و نتایج مثبت و معنی‌داری داشته است. این معنی‌داری بر پیامدهای مختلف بیماری‌های متفاوت حاد و مزمن می‌تواند نشان دهنده نقطه عطف و به عبارتی حلقه مفقود شده در این بیماری‌ها بوده باشد که توسط عوامل مختلف فردی، بین‌فردی، فرافردی و درون فردی به بیمار و خانواده

وی القاء شده باشد. هنر مدل مراقبت پیگیر اتصال و به عبارتی ترمیم و پوشش این حلقه مغفول شده بود، "عدم مراعات کافی مراقبتی و اقدام مقطعی"، "عدم رابطه مراقبتی مستمر مؤثر" و "عدم درک آگاهی از ماهیت بیماری" از عناصر مهم این حلقه مغفول شده هستند که مدل مراقبت پیگیر به عنوان نقطه مرکزی

این سه ضلع، متصل کننده آنها و برطرف کننده آنها بوده است (شکل-۲) (۱۰۷).

می‌توان بیان نمود که صرف نظر از نوع بیماری مدنظر و پیامد مرتبط با آن، اجرای مدل مراقبت پیگیر با عملیاتی شدن چهار مرحله آن می‌تواند تاثیر مثبت و معنی‌داری داشته باشد؛ زیرا در این رویکرد بیمار، خانواده، تیم درمانی مراقبتی و تمامی افراد و اعضای دخیل و درگیر در امر درمان و مراقبت بیمار در فرآیند درمانی مراقبتی بیمار دخیل خواهند شد و با این شرایط، مسلماً بسیاری از مسایل و مشکلات بیمار مرتفع خواهد شد؛ زیرا مشکل این بیماران در نوع کمیت و کیفیت درمان و مراقبت نیست؛ بلکه بهترین درمان‌ها و مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. مشکل این بیماران در تداوم، استمرار و مستمر بودن اجرای درمان‌ها و مراقبت‌های آنها است. بنابراین "مفهوم اساسی و سرنوشت‌ساز پیگیری و استمرار مراقبتی می‌تواند به عنوان یک مبنای تئوریک و علمی مؤثر در فرآیند مراقبت پویا و متعامل بین پرستار، بیمار و خانواده او در کنترل بیماری و کاهش عوارض در این بیماران در نظر و به کار گرفته شود. آژانس مراقبت‌های تحقیقاتی بهداشتی، مشاوره و حمایت بیماران را به عنوان عاملی اساسی در بهبود و پیشگیری از عوارض احتمالی بیماری می‌داند و تاکید می‌کند تمام بیماران چه حاد و چه مزمن باید در جریان بیماری خود قرار گرفته و اطلاعات کافی در خصوص ماهیت بیماری، علایم و نشانه‌های خطر آفرین بیماری و پیش‌آگاهی عوارض بیماری را کسب نمایند. مناسب‌ترین فردی که در تیم درمانی مراقبتی قادر به ایفاء این نقش می‌باشد، پرستار است (۱۰۸)؛ همچنین در این راستا بیان شده است که مداخله پرستار به عنوان فرد مؤثر و موفق می‌تواند در جهت حفظ سلامتی، پیشگیری از عوارض بیماری، کاهش مرگ و میر و افزایش پیامدهای بیماری تاثیر چشمگیری داشته باشد (۱۰۹).



شکل-۲. متغیرهای اصلی و زیر ساخت مدل مراقبت پیگیر (اقتباس از مطالعه احمدی و همکاران سال ۱۳۸۰) (۱۰۷)

مقیاس‌های ارزیابی کیفیت مقالات: ارزیابی کیفیت گزارش کارآزمایی‌های کنترل‌دار تصادفی شده به طور نسبی یک حیطة مهم و روبه رشد است؛ چک لیست‌ها، مولفه‌ها و مقیاس‌ها سه ابزار

نسبتاً خوبی برخوردار است اما سبک و کیفیت گزارش‌دهی آنها نامناسب است (جدول ۳- و جدول ۴-). بنابراین اگرچه مطالعات مرور شده جزء دسته مطالعات کارآزمایی بالینی هستند اما به منظور بررسی کیفیت گزارش آنها از مقیاس نیوکاسل-آتاوا در کنار سه مقیاس جَداد، کانسورت و میزان خطر تورش کوکران استفاده شد؛ زیرا مطالعات کارآزمایی بالینی شباهت‌های زیادی به مطالعات کوهورت مداخله‌ای دارند؛ این شباهت‌ها همان آیت‌های مقیاس نیوکاسل-آتاوا هستند (۹۹).

لازم به ذکر است که کیفیت پایین گزارش مطالعات مداخله‌ای فارسی یا انگلیسی موضوع جدیدی نیست زیرا در تحقیقی Moher و همکاران گزارش نمودند که کیفیت گزارش‌دهی کارآزمایی بالینی انگلیسی زبان مشابه با گزارش‌های غیرانگلیسی زبان هستند (۱۱۴). سایر محققین هم به نتایج مشابهی در این زمینه رسیدند که در زیر به چند مورد اشاره می‌شود.

Berwanger و همکاران کیفیت چکیده‌های کارآزمایی‌های بالینی تصادفی کنترل‌شده در ۴ مجله مهم پزشکی منتشر شده در سال ۲۰۰۶ با چک لیست کانسورت را بررسی کردند. پژوهشگران انتظار نتایج بهتری نسبت به نتیجه به دست آمده داشتند و امیدوار هستند در سال‌های آینده گزارش چکیده مقالات بهبود یابد (۱۱۵). Burns و همکاران به ارزیابی چکیده کارآزمایی‌های بالینی تصادفی کنترل‌شده در زمینه صدمات حاد ربوی در ۵ پایگاه مهم اطلاعاتی پرداختند. محققین چنین گزارش نمودند که آشنا کردن نویسندگان و داوران مقالات با چک لیست کانسورت بسیار کمک کننده بوده و سبب ارتقاء کیفیت گزارش چکیده مطالعات خواهد شد (۱۱۶). Schulz و همکاران گزارش دادند که مقالات کارآزمایی بالینی صورت گرفته در حیطه زنان و مامایی از کیفیت گزارش مناسبی برخوردار نیستند. همچنین محققین گزارش نمودند که با بررسی ۲۰۶ کارآزمایی تصادفی شده تنها در ۳۲ درصد روش تصادفی‌سازی به طور دقیق بیان شده بود (۱۱۷). پوکاک و همکاران با بررسی ۴۵ کارآزمایی منتشر شده در ۳ مجله معتبر پزشکی گزارش نمودند که تنها در ۱۱/۱ درصد از کارآزمایی‌ها به مسئله تعیین حجم نمونه اشاره شده است (۱۱۸). Mosteller با بررسی ۱۴۷ کارآزمایی مرتبط با سرطان گزارش نمود که تنها در ۲۵ درصد از موارد به روش‌های آماری استفاده شده در این کارآزمایی‌ها اشاره شده است (۱۱۹). زاهدپاشا و همکاران در مطالعه‌ای به منظور بررسی رعایت میزان اخلاق پزشکی در پایان نامه‌ها و کارآزمایی‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی بابل نشان دادند که تنها در ۴۰ درصد از موارد موافقت بیمار برای شرکت در مطالعه کسب شده بود (۱۲۰). موهر و همکاران در سال ۲۰۰۲ کارآزمایی‌های طب مکمل که در جامعه اطفال انجام شده بود را بررسی کردند و گزارش نمودند که این مطالعات تقریباً ۴۰ درصد از حداکثر نمره مقیاس جَداد را کسب کرده بودند (۱۰۱). Altman و همکاران ۸۰ کارآزمایی بالینی منتشر شده طی سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۸۸ را بررسی کردند و دریافتند که تنها

ارزیابی کیفیت کارآزمایی‌ها هستند. مولفه‌ها فقط در برخی از جنبه‌های کارآزمایی تکیه دارند اما چک لیست‌ها و مقیاس‌ها لیستی از آیت‌ها را در ارزیابی مورد توجه قرار می‌دهند. مقیاس‌ها در ارزیابی، یک نمره عددی از کیفیت گزارش کارآزمایی‌ها ارائه داده که می‌تواند در مطالعات مروری مورد استفاده قرار گیرد (۱۱۰، ۱۱۱).

در این مطالعه به منظور بررسی کیفیت گزارش مطالعات از چهار مقیاس جَداد، کانسورت، نیوکاسل-آتاوا و میزان خطر تورش کوکران استفاده شد؛ زیرا یک گزارش خوب به خوانندگان کمک می‌کند که به این قضاوت برسند که اعتبار داخلی این مطالعه بالا و بدون تورش است. البته باید توجه نمود که بین کیفیت انجام یک کارآزمایی بالینی و کیفیت گزارش آن تفاوت وجود دارد. کیفیت یک کارآزمایی بالینی به عنوان اطمینان از اینکه یک کارآزمایی بالینی برای مقایسه درمان‌ها با کمترین خطا طراحی، انجام و آنالیز شده است و کیفیت گزارش یک کارآزمایی بالینی می‌تواند به عنوان گزارش اطلاعاتی در مورد طراحی، انجام و آنالیز مطالعه تعریف شود. بنابراین یک کارآزمایی دارای خطا می‌تواند به خوبی گزارش شود و نمره بالایی از کیفیت گزارش را دریافت کند؛ برعکس یک مطالعه که خوب طراحی شده است اما گزارش ضعیفی داشته است نمره پایینی از کیفیت گزارش خواهد داشت (۱۱۲، ۱۱۳).

ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین دو مقیاس جَداد و کانسورت با مقیاس نیوکاسل-آتاوا وجود دارد. بنابراین می‌توان بیان نمود که هر دو مقیاس جَداد و کانسورت به منظور افزایش استحکام بررسی کیفیت مقاله باید همزمان استفاده شوند و یا مقیاس نیوکاسل-آتاوا به تنهایی استفاده شود.

معنی‌داری سال انجام مطالعه و روند نسبتاً صعودی نمرات سه مقیاس جَداد، کانسورت و نیوکاسل-آتاوا نشان دهنده این موضوع است که با افزایش سال از زمان تولد مدل مراقبت پیگیر، دانش اجرا و عملیاتی نمودن مدل مراقبت پیگیر افزایش یافته است و این افزایش سبب سیر صعودی نمرات سه مقیاس ارزیابی کیفیت مقالات شده است.

همکاری بین دانشگاهی از عوامل دیگری بود که در تحلیل زیرگروهی معنی‌دار شد؛ زیرا همفکری و مشورت در اجرای پروژه‌های تحقیقاتی سبب افزایش سنرژیسیم در بهبود و کیفیت مقالات داشته، کمیت و کیفیت مقالات را افزایش می‌دهد. این نکته‌ای است شاید تأییدی مجدد بر حضور طراح مدل در تیم تحقیق باشد. نتایج آزمون آماری مود این نکته بود که حضور طراح مدل در تیم تحقیق سبب معنی‌داری نمرات مقیاس جَداد و کانسورت در بررسی کیفیت مقالات شده است که بسیاری از این مقالات، جزء مقالاتی است که همکاری بین دانشگاهی در بین مولفین آن صورت گرفته است.

همانطور که از جدول ۲- مشخص می‌شود؛ اگرچه کیفیت اجرای مطالعات مداخله‌ای اجرای مدل مراقبت پیگیر از کیفیت

سیاست‌های ملی بهداشت عمومی تا درمان یک بیمار گمراه کنند.

پیشنهادات: مدل مراقبت پیگیر بر پیامدهای مختلف جامعه

بیماران حاد و مزمن انجام شده است؛ با این وجود، این مدل علی-رغم اثبات موثر، کار، مفید و آسان بودن هنوز در جامعه بیماران بخش مراقبت ویژه انجام نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این مدل بر بیماران جامعه بخش مراقبت ویژه انجام شود. همچنین، نتایج حاصل از ارزیابی مقیاس‌های کیفیت نحوه گزارش مطالعات اگرچه در حد متوسط تا قابل قبولی بودند اما کافی نبوده، پیشنهاد می‌شود که همراه و همگام با ابعاد چهارگانه مدل مراقبت پیگیر که شامل آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی است، مقیاس-های ارزیابی کیفیت نحوه انجام و گزارش مقالات لحاظ شود؛ زیرا در تمامی ۵۱ مطالعه مرور شده، اجزاء چهارگانه مدل بطور کامل اجرایی شده بود که نتایج بعد اول مقیاس نیوکاسل-آتاوا هم موید این نکته است اما نحوه گزارش‌دهی مطالعات از کیفیت مطلوبی برخوردار نبود؛ لذا اگر مقیاس‌های اجرا و ارزیابی مطالعه همگام و در راستای اجرای مدل قرار بگیرد، کیفیت نحوه اجرا و گزارش مطالعات بسیار بهبود و ارتقاء خواهد یافت.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله پژوهشگران از پروفیسور فضل-

الله احمدی که طراح مدل مراقبت پیگیر هستند و در سراسر مطالعه کمک‌های شایانی از حیث محتوایی و روش‌شناسی نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر کنند. همچنین لازم است تا از ایشان به جهت در اختیار گذاشتن اطلاعات کامل مدل مراقبت پیگیر صمیمانه تقدیر و تشکر شود.

تضاد منافع: بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند

که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

- Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajiesmaieili M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Open heart*. 2016;3(1):e000349.
- Vahedian-azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaieili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education*. 2015;4(1):8-22.
- Vahedian Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, Sorouri Zanjani R, Hasani D, Salehmoghaddam A, et al. The relationship between perceived stress and the top five heart disease characteristics in patients with myocardial infarction. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2012;20(78):100-12.
- Vahedian Azimi A, Payami Bousari M, Kashshafi M. The effect of progressive muscle relaxation on perceived stress of patients with myocardial infarction. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2012;20(81):18-27.
- Rahimi Bashar F, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hosseini Zijoud SM. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on the Outcomes of Myocardial Infarction: Review Study. *Journal of Military Medicine*. 2017;19(4):326-35.
- Khan A, Ramsey K, Ballard C, Armstrong E, Burchill LJ, Menashe V, et al. Limited Accuracy of Administrative Data for the Identification and Classification of Adult Congenital Heart Disease. *Journal of the American Heart Association*. 2018; 7(2).

۴۰ درصد از مقالات به نوع روش تصادفی‌سازی اشاره کردند (۱۲۱). Dickinson و همکاران با بررسی تمام ۲۰۸ کارآزمایی مرتبط با صدمات مغزی که تا قبل از سال ۱۹۹۹ صورت گرفته بود نشان دادند که تنها ۴ درصد از کارآزمایی‌ها از حجم نمونه مناسب برخوردار بودند (۱۲۲).

نتیجه‌گیری

با توجه به مرور مطالعات انجام شده با مدل مراقبت پیگیر و موثر بودن تمامی آنها بر پیامدهای مختلف مورد مطالعه، می‌توان با قاطعیت بیان نمود که این مدل بومی همخوان با فرهنگ و بافت کشور ایران مدلی موثر، ساده، کارا و قابل اعتماد بوده و توانایی کاربرد در ارتقاء و بهبود ابعاد مختلف بیماری‌های حاد و مزمن را دارد. نکته مغفول مانده در گزارش ۵۱ مطالعه اجرای مدل مراقبت پیگیر، کیفیت گزارش مطالعات بوده، امروزه کوشش‌های بسیاری به منظور بهبود کیفیت گزارش کارآزمایی‌های بالینی صورت گرفته است؛ زیرا کارآزمایی‌های بالینی تصادفی سازی شده می‌توانند بیش از هر روش دیگری بر درمان بیماران تأثیرگذار باشند؛ بنابراین طراحی مناسب و گزارش دقیق آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در گزارش مناسب یک کارآزمایی بالینی لازم است تا اطلاعات جامعی درباره طرح، اجرا، تحلیل و تفسیر آن بیان گردد؛ زیرا داوران و خوانندگان یک کارآزمایی بالینی برای آن که بتوانند قابلیت‌ها و محدودیت‌های آن را شناسایی نمایند باید از موضوعاتی مانند علت و چگونگی انجام کارآزمایی و روش تحلیل آن آگاه گردند. کارآزمایی‌هایی که از متدولوژی ضعیفی برخوردار بوده و با سوگیری همراه باشند، می‌توانند هم پزشکان را در تصمیم‌گیری-های بالینی گمراه کنند و هم تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران را در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری گمراه کنند. گزارش نادرست نتایج بالینی می‌توانند مراقبت‌های بهداشتی را در تمام سطوح از تدوین

7. Bisson A, Bodin A, Clementy N, Babuty D, Lip GYH, Fauchier L. Prediction of Incident Atrial Fibrillation According to Gender in Patients With Ischemic Stroke From a Nationwide Cohort. *The American journal of cardiology* 2017.
8. George MG, Tong X, Bowman BA. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors and Strokes in Younger Adults. *JAMA neurology*. 2017;74(6):695-703.
9. Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Amirsavadkouhi A, Jamaati H, Izadi M, Madani SJ, et al. Effect of the Cardio First Angel™ device on CPR indices: A randomized controlled clinical trial. *Crit Care*. 2016;20(1).
10. Hashemian SMR, Farzanegan B, Fathi M, Ardehali SH, Vahedian-Azimi A, Asghari-Jafarabadi M, et al. Stress among Iranian nurses in critical wards. *Iran Red Crescent MedJ*. 2015;17(6).
11. Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Fornés-Vives J, Hunsucker RL, Rahimibashar F, et al. Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of intensive care medicine*. 2017: 0885066617696853.
12. Odunaiya NA, Louw QA, Grimmer KA. Are lifestyle cardiovascular disease risk factors associated with pre-hypertension in 15-18 years rural Nigerian youth? A cross sectional study. *BMC cardiovascular disorders*. 2015;15:144.
13. Nse O, Quinette L, Okechukwu O. A systematic review and appraisal of methods of developing and validating lifestyle cardiovascular disease risk factors questionnaires. *African health sciences*. 2015;15 (3):931-40.
14. Group LAR. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N engl J med*. 2013;2013(369):145-54.
15. Haskell WL. Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions: effectiveness and efficacy. *Journal of cardiovascular nursing*. 2003;18 (4):245-55.
16. Hemmati mm, merghati sz, didarloo a. Effectiveness of an educational intervention (based on basnef model) on lifestyle of patients with heart failure. 2017.
17. Heisler M. Helping your patients with chronic disease: Effective physician approaches to support self-management. *Hospital Physician*. 2005;41 (8):45.
18. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical diabetes*. 2004; 22 (3):123-7.
19. Colagiuri R. Integrating psycho-social issues into national diabetes programmes. *Diabetes Voice*. 2004;49:31-3.
20. Rodgers J. Developing motivation and empowerment in diabetes care. *British journal of community nursing*. 2005;10(2).
21. Pourghaznein T, Azimi AV, Jafarabadi MA. The effect of injection duration and injection site on pain and bruising of subcutaneous injection of heparin. *J Clin Nurs*. 2014;23(7-8):1105-13.
22. Fotoukian Z, Shahboulaghi FM, Khoshknab MF, Mohammadi E. Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. *Asian Nursing Research*. 2014;8(2):118-27.
23. Jerofke TA. Concept analysis of empowerment from survivor and nurse perspectives within the context of cancer survivorship. *Research and theory for nursing practice*. 2013;27(3):157-72.
24. Calvillo J, Román I, Roa LM. How technology is empowering patients? A literature review. *Health Expectations*. 2015;18(5):643-52
25. Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. [Empowerment in diabetes mellitus: theory and practice]. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*. 2003;153(21-22):459-63.
26. Mok E, Martinson I, Wong TK. Individual empowerment among Chinese cancer patients in Hong Kong. *Western journal of nursing research*. 2004;26(1):59-75; discussion 6-84.
27. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care--an interview study. *Intensive & critical care nursing*. 2006 Dec;22(6):370-7.
28. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing*. 1995;21(6):1201-10.
29. Roberts KJ. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*. 1999;2(2):82-92.
30. Chavasse JM. New dimensions of empowerment in nursing—and challenges. *Journal of advanced nursing*. 1992;17(1):1-2.
31. Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Jafarabadi MA, Saadat S, Ahmadi F. Effect of massage therapy on vital signs and GCS scores of ICU patients: A randomized controlled clinical trial. *Trauma Monthly*. 2014;19(3):19-25.
32. Shiu AT, Wong RY, Thompson DR. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabetes care*. 2003;26(10):2817-21.
33. Ratanachadawan Y. A response to T. Koch, P. Jenkin & D. Kralik (2004) Chronic illness self-management: locating the 'self'. *Journal of advanced nursing*. 2005;52(5):571-2.
34. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient education and counseling*. 2005;57(2):153-7.
35. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, et al. Spiritual Health and Outcomes in Muslim ICU Patients: A Nationwide Cross-Sectional Study. *J Relig Health*. 2018:1-17.
36. Nyatanga L, Dann KL. Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing philosophy*. 2002;3(3):234-9.
37. Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain : 1987))*. 2004;18(22):33-7.
38. Ahmadi. F. The effect of continuous care on quality of life of coronary artery disease. Tehran: Tarbait Modares University; 2001.
39. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. The effects of Continuous Care Model on depression, anxiety, and

- stress in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2008;35(1):39-43.
40. Hage AM, Lorensen M. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education- programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*. 2005;6(4):235-46.
41. Kralik D, Visentin K, Van Loon A. Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing*. 2006;55(3):320-9.
42. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*. 2015;4(1):1.
43. Allahyari JAS, Nasser Mansouri, Ali Sargolzaei, Mohammad SadeghSadegh. Effect of Continuous Care Model on Self-care Behaviors in Patients with Diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2017;5(4):305-13.
44. Moradi Y, Rahmani A, Aghakarimi K, Sheikhy N. Effect Of Applying Follow-Up Care Model On Self-Care Management In Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2017;15(3):208-17.
45. Namazpoor J, Radfar M, Gavami H, Sheikhi N. The Effectiveness Of Applying Continuous Care Model On Lapse And Craving Of Patients That Are Treated With Methadone Maintenance Therapy. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2017;15(2):127-38.
46. Esmaeilzade javad, mohammadpour ali, moosa s. The effect of educational intervention based on continuous care model on self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetics. *Journal of birjand university of medical sciences* 2017; 23(4): 277-85.
47. NasrAbadi T, Sharafi S, FallahTafti B, Vaezi A, Heidari M. Investigating the effect of continuous care model on social health status of family caregivers in hospitalized patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2016;24(6):513-23.
48. Naserian javad, babaei rouchee gholamreza, ahmadi fazlollah, farideh y. Assessment factors affecting the quality of life of patients with coronary artery disease by using fuzzy regression. *Journal of health promotion management (JHPM)* 2016;5(20):31-7.
49. Fadaee M, Rahimi Kian F, Damghanian M, Shahrokhnezhad Tehrani A, Mehran A. Effect of continuous care model on emotional health and social connection aspects of quality of life of infertile women. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(2):52-63.
50. Hakim A, Valavi E, Madhushimazraei S, Latefi M, Dashtbozorge B. The effect of continuous care model on parents' knowledge and controlling symptoms and recurrence in children with nephrotic syndrome. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(2):29-39.
51. Baghaei R, mashallahi a, khalkhali H. The Effect Of Applying Continuous Care Model On The Quality Of Life In Heart Failure Patients. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2015;13(8):666-75.
52. Hojat M, Karimyar Jahromi M, Karami Z. Effect of continuous care model on sleep quality and dialysis adequacy of hemodialysis Patients: a clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2015;4(1):38-1.
53. Akbari O, Vagharseyyedin SA, Saadatjoo SA, Kazemi T. Effect of Continuous Care Model on the Self-Efficacy of Patients with Myocardial Infarction in Controlling Disease Complications. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2015;3(4):194-85.
54. Hashemi S, Rahimi A, Einollahi B, Tayebi A. Examining the effect of continuous care model on adherence to dietary regimen among patients receiving hemodialysis. *Journal of Critical Care Nursing*. 2016;7(4):e6960.
55. Z H, K N, MA H. Effect of Application of Continuous Care Model on Quality of Life and Prevention of Complications in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Rehabilitation research in nursing*. 2014;1(2):1-9.
56. Rahimi Gharibvand M, salehi Sh, Nasr Isfahani M. Families about continuous care at hospitals affiliated to Isfahan University of medical sciences in 2014. *Journal of diabetes nursing* 2014;2(3):38-48.
57. Khodaveisi M, Ashtarani F, Mohammadi N, Beikmoradi A, Mahjub H, Mazdeh. M. The effect of continuous care on quality of life in multiple sclerosis patients. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2014;22(2):64-73.
58. Azam S, Marjan M, Ali T, Abas E. The effect of continuous care model on dialysis adequacy in hemodialysis patients of selected Iranian army hospitals. *Police medicine* 2012;1(2):105-12.
59. Golafruz M, Sadeghi H, Mousavi SQ, Tabaraee Y. The effect of using Continuous Care Model On sleep quality in people with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2014;21(4):655-66.
60. Daei MM, Zeighami R, Arjeini Z, Heidary MA. The effect of continuous care model on quality of life of patients after coronary angioplasty in Bou Ali Sina hospital. *Evidence-based Care Journal*. 2014; 4(10):61-70.
61. H S, M AF, A HA, S. MA. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. *Journal of Critical Care Nursing*. 2010;3(1):13-8.
62. Azizzadeh Forouzi M, Sadeghi H, Haghdoost A, Mohammad Alizadeh S. Effect of Applying Continuous Care Model on Sleepiness in Patient Undergoing Hemodialysis in Shahinshahr Hemodialysis Center in 2009. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2013; 20(5): 537-46.
63. Mehdizadeh S, Salaree M, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Jafari Varjoshani N. Effect of Using Continuous Care Model on Sleep Quality of Chemical Warfare Victims with Bronchiolitis Obliterans. *Hayat*. 2010;16(2):5-14.

64. H.R K, V A, Elah Af, Masoud Fk, Mahdi R, Maryam R. Evaluating The Effectiveness Of Continuous Care Model On Quality Of Life In Discharged Schizophrenic Patients From Sina Educational And Medical Center, Hamedan, 2007 Iranian Journal Of Nursing Research 2010;4(15): 60-70
65. Arzani A, Kermanshahi S, Zahedpasha Y, Saleh Mohamadzadeh E. The role of predischarge mothers' education on follow-up examination of visual, hearing and brain problems in Preterm neonates. Hormozgan Medical Journal. 2009;13(2): 115-22.
66. M.m s, s m, a e, j a, z n. Effect of applying continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. Kowsar medical journal 2009;14(2):109-14.
67. M ss, f az, elah af, a kz, h bd, abas e, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients journal of behavioral sciences (JBS) 2009;3(1):9-13.
68. Rahimi A, Ahmadi F, Ghalyaf M. Effects of Applying Continuous Care Model on Blood Pressure & Weight Control in Hemodialysed Patients. Archives of Rehabilitation. 2006;6(4):34-41.
69. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on blood tests in hemodialysis patients. Tehran Uni Med J. 2008;66(1):43-51.
70. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effect of continuous care model on the self-esteem of hemodialysis patients. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2005; 13 (5): 16-21.
71. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model (CCM) on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients. Pejouhesh dar Pezeshki (Research in Medicine). 2006;30(4):361-9
72. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. Razi Journal of Medical Sciences. 2006;13(52):123-34.
73. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effect of continuous care model on the depression of hemodialysis patients. Pejouhandeh (Shahid Beheshti University of Medical Sciences). 2006;11(52):227-34.
74. Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H, Faghih Zadeh S. Effectiveness of applying continuous care model on diabetic patients' body mass index and weight. Quarterly of Horizon of Medical Sciences. 2006;12(2):10-6.
75. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. The Effect of Continuous Care Model on Diabetic Patients' Blood Pressure. Iranian Journal of Medical Education. 2006;6(2):87-95.
76. AR S, F A, S FZ. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2003;5(4): 44-49.
77. Ahmadi F, Ghofranipour F, Abedi H, Arefi S, Faghih-zadeh S. The effect of continuous consultation care model on rehospitalization and chest pain in patients with coronary artery disease. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2005;9(2):99-103.
78. Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H. Effects of applying continuous care model on fasting blood glucose & HgbA1c levels in diabetic patients. Koomesh Journal. 2005;6(3): 179-86.
79. H G, F A, H E, R M. Effectiveness of applying continuous care model on quality of life level in diabetic patients. The journal of Urmia University of medical sciences. 2005;16(1):22-7.
80. MSh S, N R, A E, SM N, ML A, P B. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. Journal of Critical Care Nursing. 2009;2(1):9-14.
81. Molazem Z, Rezaei S, Mohebbi Z, Ostovan M-A, Keshavarzi S. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. Arya Atheroscler. 2013;9(3):186.
82. Borji M, Tavan H, Azami M, Otaghi M. The effect of continuous care model on blood pressure and quality of life in patients on hemodialysis. Biomed Pharmacol J. 2016;9(2):689-95.
83. Poorgholami F, Jahromi MK, Kalani N, Parniyan R. The influence of educational interventions based on the continuous care model on the quality of life of hemodialysis patients. Biosci Biotechnol Res Asia. 2016;13(1):441-8.
84. Raiesifar A, Tayebi A, Mehrii SN, Ebadi A, Einollahi B, Tabibi H, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life among kidney transplant patients: A randomized clinical trial. Iran J Kidney Dis. 2014;8(2):139-44.
85. Razmjooe N, Ebadi A, Asadi-Lari M, Hosseini M. Does a "continuous care model" affect the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting? J Vasc Nurs. 2017;35(1):21-6.
86. Saheb-zamani M, Farahani H, Tabatabaee Jamarani M, Faezi ST, Moradi K, Paragomi P. Effects of a Continuous Care Model on Patients' Knowledge and Health-Related Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus. Rehabil Nurs. 2016.
87. Salehi Z, Taghadosi M, Afazel MR. An investigation on the effect of continuous care model on depression, anxiety and stress among renal transplant patients. Biomed Pharmacol J. 2015;8: 131-7.
88. Rahim A, Alhani F, Ahmadi F, Gholyaf M, Akhoond MR. Effects of a continuous care model on perceived quality of life of spouses of haemodialysis patients. East Mediterr Health J. 2009;15(4):944-50.
89. Shahrani A, Daryabeigi R, Shahriari M, Khosravi A. Effect of Continuous Care model on lifestyle modification in patients with hypertension: Randomized clinical trial study. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(7):231-9.
90. Rahmani A, Moradi Y, Aghakarimi K, Hossain-Gholipour K. Effect of continuous care model on self-care behaviors in heart failure patients: a randomized controlled trial (Continuous care model for self-care behaviors promotion). Bali Medical Journal. 2017;6(3):557-61.

91. Khosravan S, Alami A, Golchin Rahni S. Effects of continuous care model based non-pharmacological intervention on sleep quality in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled clinical trial. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2015;3(2): 96-104.
92. Okhovat F, Abdeyazdan Z, Namnabati M. Effect of Implementation of Continuous Care Model on Mothers' Anxiety of the Children Discharged from the Pediatric Surgical Unit. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017;22(1):37-40.
93. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled clinical trials*. 1996; 17(1):1-12.
94. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, et al. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Annals of internal medicine*. 2001;134(8):663-94.
95. Likis FE, Andrews JC, Fonnesebeck CJ, Hartmann KE, Jerome RN, Potter SA, et al. Smoking cessation interventions in pregnancy and postpartum care. 2014.
96. Higgins JP, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*: John Wiley & Sons; 2011.
97. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. The Ottawa Hospital Research Institute. www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Published 2014. Accessed January 12, 2018.
98. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: the CONSORT statement. *Jama*. 1996;276(8):637-9.
99. Friedman GD, Steinberg B. *Primer of epidemiology*. 1994.
100. Martínez-Mesa J, González-Chica DA, Duquia RP, Bonamigo RR, Bastos JL. Sampling: how to select participants in my research study? *Anais brasileiros de dermatologia*. 2016;91(3):326-30.
101. Moher D, Sampson M, Campbell K, Beckner W, Lepage L, Gaboury I, et al. Assessing the quality of reports of randomized trials in pediatric complementary and alternative medicine. *BMC pediatrics*. 2002;2(1):2.
102. Miller AC, Ferrada PA, Kadri SS, Nataraj-Bhandari K, Vahedian-Azimi A, Quraishi SA. High-Frequency Ventilation Modalities as Salvage Therapy for Smoke Inhalation-Associated Acute Lung Injury: A Systematic Review. *Journal of intensive care medicine*. 2017;0885066617714770.
103. Chung W, Lee KW, Hwang IH, Lee DH, Kim SY. Quality assessment of randomized controlled trials in the Journal of the Korean Academy of Family Medicine. *Korean Journal of Family Medicine*. 2009;30(8):626-31.
104. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Salehi M, Farzanegan B, Shojaei S, et al. Post-ICU psychological morbidity in very long ICU stay patients with ARDS and delirium. *J Crit Care*. 2018;43:88-94.
105. Bashar FR, Khoshraftar E, Tahmasebi R, Hajiesmaeili MR, Seifi S, Sedaghat A, et al. Comparing the effects of acupuncture and pharmacologic therapies on delayed gastric emptying: A prospective, block-randomized, single-blinded, parallel clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2017;19(2).
106. Dastdadeh R, Ebadi A, Vahedian-Azimi A. Comparison of the effect of open and closed endotracheal suctioning methods on pain and agitation in medical ICU patients: A clinical trial. *Anesth Pain Med*. 2016;6(5).
107. Ahmadi F, Ghofranpour F, Abedi HA, Arefi H, Fahghizadeh S. Desinging Continuous care model on the control of coronary artery disorder. *Modares Medical Journal*. 2001; 4(2): 97-103.
108. Cline C, Israelsson B, Willenheimer R, Broms K, Erhardt L. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart*. 1998;80(5):442-6.
109. Connolly K. New directions in heart failure management. *The Nurse Practitioner*. 2000;25(72): 23-42.
110. Salehi M, Maghari A, Mohammadi E, Yekaninejad MS, Ghanbari A. Quality Assessment of Published Randomized Controlled Trials in the Journal of Military Medicine during 1999-2015. *Journal of Military Medicine*. 2017;19(2):106-25.
111. Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Ahmadi F. Intelligence care: A nursing care strategy in respiratory intensive care unit. *Iran Red Crescent MedJ*. 2015;17(11).
112. Moher D, Jadad AR, Nichol G, Penman M, Tugwell P, Walsh S. Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists. *Controlled clinical trials*. 1995;16(1):62-73.
113. Azimi AV, Ebadi A, Ahmadi F, Saadat S. Delirium in prolonged hospitalized patients in the intensive care unit. *Trauma Monthly*. 2015;20(2):40-6.
114. Moher D, Fortin P, Jadad AR, Jüni P, Klassen T, Le Lorier J, et al. Completeness of reporting of trials published in languages other than English: implications for conduct and reporting of systematic reviews. *The Lancet*. 1996;347(8998):363-6.
115. Berwanger O, Ribeiro RA, Finkelsztejn A, Watanabe M, Suzumura EA, Duncan BB, et al. The quality of reporting of trial abstracts is suboptimal: survey of major general medical journals. *Journal of clinical epidemiology*. 2009;62(4):387-92.
116. Burns KE, Adhikari NK, Kho M, Meade MO, Patel RV, Sinuff T, et al. Abstract reporting in randomized clinical trials of acute lung injury: an audit and assessment of a quality of reporting score. *Critical care medicine*. 2005; 33(9): 1937-45.
117. Schulz KF, Chalmers I, Grimes DA, Altman DG. Assessing the quality of randomization from reports of controlled trials published in obstetrics and gynecology journals. *Jama*. 1994;272(2):125-8.

118. Pocock SJ, Hughes MD, Lee RJ. Statistical problems in the reporting of clinical trials. *New England journal of medicine*. 1987;317(7):426-32.

119. Mosteller F, Gilbert JP, McPeck B. Reporting standards and research strategies for controlled trials: agenda for the editor. *Controlled Clinical Trials*. 1980;1(1):37-58.

120. Zahed Py, Hassanjani Rm, Riahi H. *Medical Ethics In Theses And Clinical Trials In Babol University Of Medical Sciences* (2001). 2003.

121. Altman DG, Schulz KF, Moher D. Turning a blind eye: testing the success of blinding and the CONSORT statement. *BMJ: British Medical Journal*. 2004;328(7448):1135.

122. Dickinson K, Bunn F, Wentz R, Edwards P, Roberts I. Size and quality of randomised controlled trials in head injury: review of published studies. *BMJ*. 2000;320(7245):1308-11.