

راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکته‌ی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی  
سکته‌ی مغزی

راهنمای پیاده‌سازی  
نقشه‌ی راه

Authors: Lindsay MP, Norving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group

# فهرست مطالب

۳	مقدمه و بررسی اجمالی
۱۶	توسعه‌ی سیستم سکت‌های مغزی
۲۴	مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و اورژانسی
۳۳	مراقبت از سکت‌های مغزی حاد بستری
۴۳	پیشگیری ثانویه از سکت‌های مغزی
۵۲	بازتوانی سکت‌های مغزی
۶۰	حضور مجدد در جامعه و بهبودی طولانی‌مدت
۶۷	ضمیمه ۱
۷۴	ضمیمه ۲

راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکتته‌ی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکتته‌ی مغزی

مقدمه و بررسی اجمالی

Authors: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group

## هدف

نقشه‌ی راه WSO به منظور ارائه‌ی مراقبت کیفی سکتهدی مغزی، یک منبع پیاده‌سازی برای همگامی با راهنما و برنامه‌ی عملیاتی خدمات جهانی سکتهدی مغزی این سازمان می‌باشد. این نقشه‌ی راه چارچوب پیاده‌سازی، پایش و ارزشیابی خدمات سکتهدی مغزی را به طور جهانی فراهم می‌آورد.

**استانداردسازی و پیوستگی** برای انتخاب توصیه‌های **مبتنی بر شواهد**، روش‌های پیاده‌سازی در بالین و **محاسبه‌ی معیارهای اجرا** برای ایجاد محیط ارتقای پیوسته‌ی کیفی، از جمله مواردی است که این نقشه‌ی راه برای آن‌ها برنامه دارد.

## مخاطب هدف

این نقشه‌ی راه با هدف ایجاد سیستم‌های مراقبتی سکتهدی مغزی و پیاده‌سازی حداکثر مؤلفه‌های تعریف‌شده‌ی ممکن از طریق سلسله‌ی مراقبت‌های سکتهدی مغزی برای متخصصان رسمی بهداشتی بومی و گروه‌های بالینی مراقبت از سکتهدی مغزی طراحی شده است. تمرکز این نقشه‌ی راه بر فرآیندهای مراقبتی و آثار آن بر روند بهبود بیمار می‌باشد. ما از این قضیه غافل نیستیم که تمام مناطق قادر به تأمین کلیه‌ی عناصر مراقبت کیفی از سکتهدی مغزی نیستند؛ بنابراین دستورالعمل‌ها و شاخص‌های اجرایی موارد ممکن را در سه سطح از دسترسی به خدمات در نظر گرفته‌اند.

مراجع بهداشتی **بومی، منطقه‌ای و کشوری و تأمین‌کنندگان خدمات** می‌توانند از این نقشه‌ی راه به عنوان اساس چارچوب ارزیابی خود برای سکتهدی مغزی بهره ببرند.

**دولت‌ها و سرمایه‌گذاران** بایستی از این دستورالعمل‌ها و برنامه‌ی عملیاتی برای بازبینی خدمات موجود و شناسایی شکاف‌های موجود در آن‌ها استفاده کنند. گروه‌های مذکور سپس می‌توانند شکاف‌های موجود را اولویت‌بندی کرده و با هدف بهبود دسترسی به خدمات، به راه‌حل‌ها فکر کنند.

**متخصصان بالین و سایر کارکنان حوزه‌ی سلامت** بایستی به منظور بررسی دقیق ارائه‌ی مراقبت‌های بومی، دسترسی به مراقبت و حمایت مداوم برای دستیابی به اهداف بهبودی، از این راهنما و نقشه‌ی راه استفاده نمایند.

همچنین این نقشه‌ی راه، راهنمای باارزشی برای برنامه‌های در حال توسعه‌ی سکتهدی مغزی محسوب می‌شود، تا کمک نماید این برنامه‌ها تمامی عناصر کلیدی تعریف‌شده را از همان آغاز توسعه در نظر گرفته باشند.

## قلب

نقشه‌ی راه با سازماندهی سلسله‌ی مراقبت‌ها از بروز یک رخداد سکتهدی مغزی با فاز حاد (بخش اورژانس و مراقبت بستری)، بازتوانی سکتهدی مغزی و پیشگیری از سکتهدی مغزی مجدد، و با حضور مجدد در جامعه و بهبودی دراز مدت خاتمه می‌یابد. هر بخش، نماینده‌ی یک قسمت از سیر بیماری بوده و کاربران را قادر می‌سازد تا موارد اساسی و خدمات در دسترس را برای مراقبت از سکتهدی مغزی بازبینی و ارزیابی نمایند؛ همچنین ارزشمندترین توصیه‌های محوری مبتنی بر شواهد، در ارتباط با فرآیندهای مراقبتی که باید عملی شوند، مطرح شده و یک لیست از شاخص‌های کیفی کلیدی برای پایش سطوح مراقبتی فراهم گردیده و تأثیر روی بیمار و پیامدهای اقتصادی مورد بحث قرار گرفته است.

## نحوه‌ی استفاده

کاربران نقشه‌ی راه بایستی:

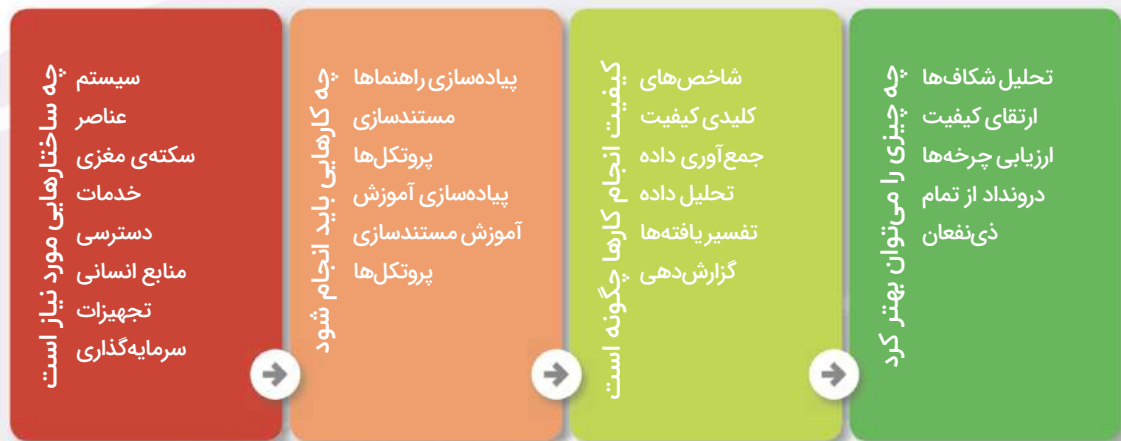
۱. بخش‌های مربوط به فاز خود را در خدمات مراقبتی پس از سکتهدی مغزی **مغزی مرور** کنند؛
۲. ارزیابی خدمات و منابع کنونی، توصیه‌های موجود و روش‌های جمع‌آوری و دسترسی به داده‌های مورد استفاده را تکمیل کنند؛ سپس
۳. **یک برنامه‌ی پیاده‌سازی توسعه دهند** تا اطمینان حاصل کنند که این نکات اساسی، که به منظور خدمات مراقبتی پس از سکتهدی مغزی به آن‌ها اضافه می‌گردد، بهینه و جدید هستند.

## پیاده‌سازی

۱. منابع چاپی
۲. **اپلیکیشن/منبع تعاملی الکترونیکی** که کاربران بتوانند عناصر موجود را از یک فهرست بازبینی اصلی انتخاب کنند تا برنامه وضعیت کنونی بیمار را ارزیابی کرده، و توصیه‌ها و اقدامات اجرایی را اعلام نماید.

# بخش اول: مقدمه و بررسی اجمالی

سکته مغزی یکی از عوامل اصلی مرگ و معلولیت در سراسر جهان است. سیستم‌های مراقبتی سکته مغزی، برخورد‌های یکپارچه به ارائه‌ی مراقبت از سکته مغزی، و در دسترس بودن منابع مورد نیاز، واضحاً در مناطق جغرافیایی مختلف تفاوت داشته و سبب ایجاد خطری برای مراقبت زیر سطح بهینه می‌شود. سازمان جهانی بهداشت متعهد به اقداماتی شده تا عوامل خطر و مرگ‌ومیر بیماری‌های غیر واگیر را تا سال ۲۰۲۵ به طور جدی کاهش دهد. عوارض و مرگ‌ومیر سکته‌ی مغزی را می‌توان از طریق مراقبت سازمان‌یافته، شامل پیاده‌سازی راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد و تطبیق دادن با فلسفه و برنامه‌های مستمر ارتقای کیفیت، به طور قابل توجهی کاهش داد.



در سال ۲۰۱۴، سازمان جهانی سکته مغزی (WSO) اولین راهنما و **برنامه‌ی عملیاتی جهانی خدمات سکته‌ی مغزی** را برای پشتیبانی از تمامی اقدامات و پیشرفت‌ها در همه‌ی مناطق به منظور ارتقای مراقبت از بیماران نجات یافته از سکته‌ی مغزی و پیامدهای پیش روی آن‌ها منتشر کرد. یکی از اهداف این نقشه‌ی راه این است که همه‌ی مناطق از آن، به عنوان فرصتی برای خودارزیابی فعالیت‌های کنونی خود در زمینه‌ی سکته‌ی مغزی استفاده کنند. سپس یافته‌ها را برای کمک به آگاهی در اتخاذ تصمیمات و طرفداری از توسعه‌ی بیشتر خدمات سکته‌ی مغزی، به منظور دستیابی به بهترین خدمات ممکن در محدوده‌ی جغرافیایی و با در نظر گرفتن محدودیت منابع، به کار بندند. چندین مؤلفه در **برنامه‌ی عملیاتی جهانی خدمات سکته‌ی مغزی** برای تسهیل و حمایت از اقدامات بهبودی این بیماری گنجانده شده است. در قدم اول، مدلی برای دسته‌بندی دسترسی جهانی به خدمات سکته‌ی مغزی در سه سطح توسعه داده شده است: دسترسی به **حداقل** خدمات بهداشتی، دسترسی به خدمات **اساسی** سکته‌ی مغزی و دسترسی به خدمات **پیشرفته‌ی** سکته‌ی مغزی (شکل ۱). برنامه‌ی عملیاتی، همچنین چارچوبی برای خدمات سکته‌ی مغزی دارد که سلسله مراقبت‌های سکته‌ی مغزی موجود در برنامه و عناصر محوری هر فاز را تعریف کرده است. سپس برای هر عنصر محوری، بهترین توصیه‌های عملکردی مختص سکته‌ی مغزی فراهم گردیده؛ و هر جا که درخور و مرتبط باشد، شاخص‌های کلیدی کیفیت نیز گنجانده شده است.

## هدف برنامه‌ی عملیاتی و نقشه‌ی راه دستورالعمل‌های جهانی سکتهدی مغزی

این نقشه‌ی راه چارچوب پیاده‌سازی، پایش و ارزیابی خدمات سکتهدی مغزی را به طور جهانی فراهم می‌آورد. استانداردسازی و پیوستگی برای انتخاب توصیه‌های مبتنی بر شواهد، روش‌های پیاده‌سازی در بالین و محاسبه‌ی معیارهای اجرایی برای ایجاد محیط ارتقای پیوسته‌ی کیفی، از جمله مواردی است که این نقشه‌ی راه برای آن‌ها برنامه دارد. نقشه‌ی راه با سازماندهی سلسله مراقبت‌ها از بروز یک رخداد سکتهدی مغزی با فاز حاد (بخش اورژانس و مراقبت بستری)، بازتوانی سکتهدی مغزی و پیشگیری از سکتهدی مغزی مجدد و با بازگشت بیمار به جامعه و بهبودی دراز مدت خاتمه می‌یابد. این فازهای مراقبتی از یکدیگر جدا نبوده و ممکن است بسیاری از فعالیت‌های هر یک همزمان با سایر اقدامات انجام گیرند؛ مانند شروع پیشگیری، همزمان با بازتوانی.



شکل ۱. سطوح ظرفیت خدمات بهداشتی برای مراقبت از سکتهدی مغزی

**مخاطب هدف:** تمرکز این نقشه‌ی راه بر فرآیندهای مراقبتی و تأثیرات روی پیامدهای بیمار می‌باشد. مراجع بهداشتی بومی، منطقه‌ای و کشوری و تأمین‌کنندگان خدمات می‌توانند از این نقشه‌ی راه به عنوان اساسی برای چارچوب ارزیابی خود برای سکتهدی مغزی بهره ببرند. دولت‌ها و تأمین‌کنندگان مالی بایستی از این راهنماها و برنامه‌ی عملیاتی برای بازبینی خدمات موجود و شناسایی شکاف‌های موجود در آن‌ها استفاده کنند. گروه‌های مذکور سپس می‌توانند شکاف‌های موجود را اولویت‌بندی کرده و با هدف بهبود دسترسی به خدمات، به راه‌حل‌ها فکر کنند. متخصصان بالین و سایر کارکنان حوزه‌ی سلامت، بایستی به منظور بررسی دقیق ارائه‌ی مراقبت‌های بومی، دسترسی به مراقبت و حمایت مداوم برای دستیابی به اهداف بهبودی، از این دستورالعمل‌ها و نقشه‌ی راه استفاده نمایند. همچنین این نقشه‌ی راه، راهنمای باارزشی برای برنامه‌های در حال توسعه‌ی سکتهدی مغزی محسوب می‌شود تا کمک نماید این برنامه‌ها تمامی عناصر کلیدی تعریف‌شده را از همان آغاز توسعه در نظر گرفته باشند.

لینک منابع کشورهای جهان در ضمیمه و لیست منابع آورده شده است. مزیت آگاهی و استفاده از این ابزارهای موجود برای تمامی گروه‌هایی که روی ارتقای خدمات سکتهدی مغزی کار می‌کنند، صرف وقت بیشتر در بهبود سیستم، و اتلاف کمتر زمان بر روی دوباره‌کاری‌ها می‌باشد؛ زیرا ممکن است منابع آموزشی معتبر و مطابق با نیازهای بومی از پیش توسعه داده شده باشند.



## چارچوب جهانی خدمات‌رسانی برای عناصر اساسی مراقبت از سکته‌ی مغزی در سیر مراقبتی

چارچوب جهانی خدمات سکته‌ی مغزی WSO نقشه‌ی راهی فراهم آورده که با هدف ایجاد سیستم‌های مراقبتی سکته مغزی و پیاده‌سازی حداکثر مؤلفه‌های تعریف‌شده‌ی ممکن از طریق سلسله مراقبت‌های سکته‌ی مغزی برای متخصصان رسمی بهداشتی بومی و گروه‌های بالینی مراقبت از سکته مغزی طراحی شده است. این چارچوب در شکل ۲ نمایش داده شده است.

تمرکز چارچوب خدمات جهانی سکته‌ی مغزی WSO بر روی پیوستگی مراقبت‌ها، از بروز علائم و نشانه‌های سکته مغزی تا بازتوانی و حضور مجدد در جامعه می‌باشد. ابعاد کلی مدیریت سکته‌ی مغزی شناسایی، ارزیابی، تشخیص، مداخله، پیشگیری، آموزش، تکنولوژی و سنجش می‌باشد. این مراحل در سلسله مراقبت‌های سکته‌ی مغزی شامل شناسایی آن، مراقبت و پیشگیری فوری از عوارض، بازتوانی، پیشگیری از سکته‌ی مغزی مجدد، حضور مجدد در جامعه و بهبودی طولانی‌مدت، اعمال می‌شود.

در بطن هر کدام از این مراحل مراقبت و بهبودی، چندین مبحث کلیدی شناسایی شده که بیشتر از بقیه در زمینه‌ی بهینه‌سازی جهانی مدیریت سکته‌ی مغزی مهم شمرده می‌شوند. با وجود این که می‌دانیم پیشگیری اولیه از ریسک فاکتورهای عروقی، جزء عناصر حیاتی خدمات مراقب بهداشتی است، اما تمرکز اصلی ما در چارچوب این برنامه‌ی عملیاتی روی آن نمی‌باشد. با این حال محوریت این چارچوب و برنامه‌ی عملیاتی خدمات پیشگیری ثانویه است، که همان مفاهیم پیشگیرانه را عنوان می‌کند (مثل سبک زندگی، پرفشاری خون، فیبریلاسیون دهلیزی و دیس‌لیپیدمی).

## تطبيق راهنمای بالینی جهانی سکته‌ی مغزی WSO با برنامه‌ی عملیاتی برای استفاده‌ی بومی

ممیزی‌های سکته‌ی مغزی از سراسر جهان به کرات نشان داده که یک خلأ دنباله‌دار بین آنچه که شواهد به عنوان بهترین شیوه‌های مراقبت از سکته‌ی مغزی معرفی کرده‌اند، و چیزی که در عمل هست، وجود دارد. اهداف راهنماهای بالینی جهانی مراقبت از سکته‌ی مغزی شامل تسهیل پیاده‌سازی شواهد در عمل، پشتیبانی از اتخاذ تصمیم بالینی، تبیین روش‌های درمانی سودمند و تأثیر سیاست‌گذاری عمومی می‌باشد (Kastner et al 2011).

راهنمای بالینی جهانی مراقبت از سکته‌ی مغزی WSO شامل یک دسته‌ی محوری از توصیه‌های مراقبتی و شاخص‌های کیفی کلیدی می‌باشد که از طریق یک بازبینی بسیار دقیق و فرآیند بومی‌سازی ایجاد شده است (Lindsay et al; IJS 2014):

- **عناصر اصلی منابع سیستم** که برای ارائه‌ی مراقبت از سکته‌ی مغزی و پیاده‌سازی پیشنهادها مورد نیاز هستند.
- **بهترین توصیه‌های عملی مبتنی بر شواهد برای مراقبت از سکته‌ی مغزی**<sup>۲</sup> که همسو با سلسله مراقبت‌های سکته‌ی مغزی قابل اجرا می‌باشند. برای هر پیشنهاد یک اندیکاسیون سطح ظرفیت خدمات وجود دارد که پیشنهادها مذکور شاید در آن سطوح به طور واقع‌بینانه‌ای عملی شوند.
- **شاخص‌های کلیدی کیفیت** (معیارهای محوری اجرا) که به تعیین مراقبتی که گستره‌ی پیاده‌سازی را فراهم آورده، و کیفیت مراقبت کمک می‌کند. این شاخص‌ها را می‌توان به عنوان اساس اقدامات مداوم ارتقای کیفیت در نظر گرفت.
- **شاخص‌های پایش کیفیت در سطح سیستم** نیز برای کمک به حمایت از تغییر سیستم‌ها و کوشش‌های مداوم ارتقایی به وجود آمده‌اند.

For recommendations that are considered applicable where a minimum level of healthcare services exist, such as in remote and rural locations without organized stroke services (category 1), it is anticipated that local healthcare workers would be able to adapt these recommendations and provide some level of understanding and training to families of stroke survivors to enable them to better care for the person who experienced a stroke

## بروز سکته مغزی و مراجعه یا ارجاع به سیستم خدمات بهداشتی درمانی

شناسایی سریع نشانه‌های سکته‌ی مغزی  
FAST (صورت، بازو، گفتار، زمان)



شکل ۲. چارچوب جهانی خدمات سکته‌ی مغزی



**راهنمای بالینی جهانی مراقبت از سکتی مغزی WSO.** مراقبت ایده‌آل از بیماران سکتی مغزی را در عرض این سلسله تعریف کرده است. این راهنما مباحثی را پررنگ کرده که بالاترین سطح شواهد را از نظر اثربخشی دارند یا محرک‌های کلیدی سیستم در نظر گرفته می‌شوند. ما تصدیق می‌کنیم که کاربران راهنما و برنامه‌ی عملیاتی مراقبت از سکتی مغزی WSO در یک زمان، تنها قادر به پیاده‌سازی برخی از دستورالعمل‌ها بوده، و/یا بر روی تعدادی از فازهای سلسله مراقبت‌های سکتی مغزی (بر اساس تعریفی که در چارچوب بالا صورت گرفت) کار می‌کنند.

در شکل ۳ مراحل که هر گروه بومی، منطقه‌ای و ملی باید به منظور اتخاذ و/یا تطبیق راهنمای مراقبت از سکتی مغزی WSO جهت بومی‌سازی بگذراند توضیح داده شده و سپس برای هر مرحله، جزئیات بیشتری آورده شده است. هر جا که امکان بوده، نکات اجرایی قابل توجهی برای هر مرحله در نظر گرفته شده است. این بخش همچنین لینک‌های منابع مفید را برای اطلاعاتی با جزئیات بیشتر مورد نیاز در خود دارد. در مناطقی با منابع محدود، برخی از مراحل مستعد تغییر یا ادغام هستند. آنچه اهمیت دارد، سبک سنگین کردن فواید و خطرات انجام آن است. برای مثال، در ایجاد کار گروه، شاید نظر به کوچک کردن آن باشد؛ اگرچه، همچنان باید متخصصان چندین رشته را شامل شود.

این راهنما بایستی توسط گروهی، متشکل از طیف وسیعی از افراد با تخصص‌هایی که در این راهنما مورد بحث قرار گرفته، بومی‌سازی شود. شیوه‌ی کاری گروه با یکدیگر اثر مهمی روی پیامد این فرآیند خواهد داشت. برای مراقبت از سکتی مغزی، متخصصان مراقبت از سلامت، از رشته‌های ذیل باید برای توسعه‌ی این راهنمای بالینی شرکت داشته باشند: پزشکی (نورولوژی، داخلی، طب اورژانس، مراقبت اولیه و پزشکی بازتوانی)، پرستاری، بازتوانی (دستیاران توانبخشی و متخصص کاردرمانی (افراد کمکی)، آسیب‌شناس گفتار-زبان، فیزیوتراپیست)، مددکار اجتماعی، روانشناس و داروشناس. رشته‌های دیگر یا رهبران سیستم‌ها نیز شاید با این حیطه مرتبط باشند، که به فاز(های) مشمول راهنما بستگی دارد. **دخالت دادن بیماران نجات یافته از سکتی مغزی، اعضای خانواده و مراقبان**

**غیررسمی نیز حائز اهمیت است.**

<b>تشکیل کار گروه</b>	حصول اطمینان از آگاهی سایر متصدیان جستجوی متخصصان سایر حوزه‌های مؤثر
<b>تبیین محدوده و سرفصل‌ها</b>	شناسایی مراحل قابل اجرا از سلسله مراقبت‌های سکتی مغزی انتخاب سرفصل‌های اصلی جهت عنوان کردن در راهنمای بومی
<b>یافتن بهترین شواهد</b>	مرور و انتخاب راهنماهای بالینی مناسب از کشورهای همکار راهنمای مراقبت از سکتی مغزی WSO به عنوان اساس توسعه‌ی بومی استفاده از مرور شواهد در دسترس راهنماهای جهانی موجود جستجوی شواهد به‌روز اضافی
<b>برآورد و گردآوری شواهد</b>	پیروی از فرآیند سیستمیک برای برآورد کیفیت و قابلیت شواهد جدید
<b>انتخاب دستورالعمل‌ها و اعمال تغییر مورد نیاز مطابق با زمینه‌ی بومی</b>	بالاترین حد شفافیت و اختصار ممکن اضافه نمودن محتوای انتقادی برای پوشش محدوده‌ی عمل (ضمیمه‌ی اول) ارتباط دادن شواهد با توصیه‌ها
<b>رایزنی و بازبینی خارجی</b>	تبادل افکار با کاربران نهایی، رهبران سیستم و سرمایه‌گذاران بازبینی خارجی توسط متخصصانی که در کار توسعه و بومی‌سازی اصلی دخیل نباشند.
<b>انتشار و پیاده‌سازی</b>	تأمین ابزارهای لازم برای پیاده‌سازی تأمین آموزش و تمرین مهارت برای تمام افراد دخیل در ارائه‌ی مراقبت
<b>راهبرد ارزیابی</b>	شناسایی شاخص‌های کلیدی کیفیت به منظور ارزیابی پیاده‌سازی و پیامدها روی بیمار مکانیسم جمع‌آوری داده از طریق فرآیند ثبت‌نام یا بازرسی معمولی

**شکل ۳.** مراحل بومی‌سازی راهنمای بالینی و برنامه‌ی عملیاتی جهانی مراقبت از سکتی مغزی WSO به منظور استفاده‌ی بومی. برای جزئیات بیشتر درباره‌ی هر مرحله از فرآیند بومی‌سازی این راهنما به ضمیمه‌ی ۱ مراجعه کنید.

# بخش دوم: بررسی اجمالی چارچوب ارائه‌ی خدمات سکتهدی مغزی WSO

راهنمای بالینی و برنامه‌ی عملیاتی جهانی سکتهدی مغزی در این نقشه‌ی راه در یک مدل ارتقای کیفیت نمایش داده شده است. هر بخش نماینده‌ی یک قسمت از سلسله‌ی مراقبت‌ها بوده و کاربران را قادر می‌سازد تا عناصر ساختاری و خدمات قابل دسترسی را برای مراقبت از سکتهدی مغزی مورد بازبینی و ارزیابی قرار دهند. بهترین توصیه‌های مبتنی بر شواهد مربوط به فرآیندهای مراقبتی که باید بر اساس سطح خدمات قابل دسترسی اجرایی شوند؛ و یک لیست از شاخص‌های کلیدی کیفیت با هدف پایش سطوح مراقبتی به همراه تأثیری که روی بیمار و پیامدهای اقتصادی می‌گذارند، از جمله ویژگی‌های این راهنما هستند. اطلاعات بیشتر درباره‌ی عناصر نقشه‌ی راه در ذیل آمده است.

کاربران این نقشه‌ی راه بایستی بخش‌های مربوط به فازهای خود را در خدمات سکتهدی مغزی مرور کنند (در سطح سیستم، فوق‌حاد، بستری حاد، پیشگیری از عود سکتهدی مغزی، بازتوانی سکتهدی مغزی، حضور مجدد در جامعه)؛ ارزیابی خدمات و منابع موجود، پیشنهادهای فعالیت در محل، روش‌های جمع‌آوری و دسترسی به داده را تکمیل کرده؛ سپس یک برنامه‌ی پیاده‌سازی به منظور حصول اطمینان از بهینه بودن عناصر اصلی و کمک عناصر الحاقی به ارتقای سطح خدمات فعلی تهیه نمایند.

ذکر این نکته خالی از لطف نیست که توصیه‌ها و شاخص‌های ارائه شده در این جا، نمایانگر عناصر اساسی به منظور ارائه‌ی بهینه‌ی مراقبت از سکتهدی مغزی می‌باشند. سطوح اساسی و پیشرفته‌ی خدمات سکتهدی مغزی بر روی تمامی عناصر فهرست‌شده‌ی خدمات سطح زیرین بنا شده و تنها خدمات جدید به آن اضافه می‌گردد. تا جایی که منابع و تخصص‌ها اجازه دهند، سیستم‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات برای سکتهدی مغزی باید کار خود را تا حدی گسترش دهند که شامل توصیه‌ها بیشتری در منطقه‌ی آن‌ها گردد، تا بدین ترتیب جامعیت مراقبت و نظارت مبتنی بر شواهد از سکتهدی مغزی را هر چه بیشتر، افزایش دهند. توصیه‌های الحاقی برای هر بخش از این سلسله مراقبت‌ها، توصیه‌ها و شاخص‌های کیفی ژرف‌تر در راهنماهای منتشر شده در سراسر جهان در دسترس هستند. لیستی از راهنماهای با کیفیت بالا که طی توسعه‌ی راهنماهای بالینی و برنامه‌ی عملیاتی جهانی سکتهدی مغزی WSO مورد بازبینی قرار گرفته‌اند، در فهرست منابع موجود است.

## مؤلفه‌ی اول: شناسایی سطوح و قابلیت ارائه‌ی خدمات فعلی (خود ارزیابی)



مدل‌های ارائه‌ی خدمات برای سکتهدی مغزی به طور قابل توجهی از منطقه‌ای به منطقه‌ی دیگر متفاوت می‌باشند و به در دسترس بودن منابع، از جمله منابع انسانی، دسترسی به مراکز درمانی، خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی، داروها و حمل و نقل بستگی دارد.

دسترسی به منابع، تأثیر چشمگیری بر روی گسترده‌ی مراقبت جامع از سکتهدی مغزی دارد که می‌تواند از مدیریت حاد آن آغاز شده، با بازتوانی، پیشگیری از سکتهدی مغزی مجدد، حضور مجدد در جامعه ادامه یافته و در بهبودی دراز مدت خاتمه یابد. پس اولین مؤلفه، منابع محوری معقول را در هر سطح از حداقل به اساسی و پیشرفته فهرست می‌کند. این فهرست در یک چک‌لیست آمده که هر گروه توسعه‌دهنده‌ی خدمات سکتهدی مغزی باید از آن برای ارزیابی منابع و ظرفیت خود، و شناسایی عناصر الحاقی بالقوه استفاده کنند.

این سه سطح از دسترسی به خدمات سکتهدی مغزی به عنوان یک بخش کلیدی از چارچوب، با هدف توسعه‌ی برنامه‌ی عملیاتی خدمات سکتهدی مغزی WSO و اجزای تشکیل‌دهنده‌ی آن ایجاد شده است. هر گروه با تکمیل خودارزیابی، به محل قرارگیری خود در این دسته‌بندی واقف خواهد شد. این کار باعث به وجود آمدن فرصتی به منظور توسعه‌ی اهداف و برنامه‌ها برای نیل به سطوح بالاتر خدمات در حد توانایی منابع موجود می‌گردد.



با این که همه‌ی مؤلفه‌های محوری خدمات سکتهدی مغزی احتمالاً در یک مکان وجود ندارد، ولی تمام مناطق به استفاده از این برنامه‌ی عملیاتی برای تعریف اهداف ارائه‌ی مراقبت‌های سکتهدی مغزی، و سپس توسعه‌ی راهبردی به منظور دستیابی به آن اهداف با گذشت زمان تشویق شده‌اند. تحقیقات حاکی از آن است که در کشورهای با درآمد کم و متوسط، دسترسی وسیعی به بعضی از خدمات پایه‌ای بهداشتی وجود دارد. این مدل‌ها طیفی از ویزیت‌های دوره‌ای در جوامع کوچک‌تر/روستایی، خدمات سازماندهی‌شده‌ی پایه‌ای در جوامع بزرگ‌تر و دسترسی به خدمات جامع‌تر در شهرها را شامل می‌شوند.

## مؤلفه‌ی دوم: توصیه‌های محوری برای مراقبت‌های سکتهدی مغزی

بهترین راهنماهای اجرایی توصیه‌های عملی یا سیاست‌گذاری‌هایی هستند که با شواهد باکیفیت کافی پشتیبانی شده باشند. این شواهد اثربخش‌ترین مهارت‌های مراقبتی، مداخلات و فرآیندهای تبیین شده به واسطه‌ی تحقیقات و در برخی موارد، نظر متخصص و اجماع آن‌ها را تشریح می‌کند. بهترین راهنماها می‌تواند به شکل راهنماهای بالینی/ بهترین توصیه‌های کاربردی یا دستورالعمل‌های سیاست‌گذاری باشند.

هسته‌ای از توصیه‌های مراقبتی از طریق فرآیند multi-round Delphi شناسایی شده که پیاده‌سازی آن‌ها در سطوح حداقل، اساسی و پیشرفته‌ی مدل‌های خدمات سکتهدی مغزی، معقول به نظر می‌رسد. بر روی این واقعیت تأکید شده که حتی در مناطقی با حداقل منابع نیز می‌توان کارهایی برای ارتقای پیامدهای مراقبتی سکتهدی مغزی برای این بیماران انجام داد. این توصیه‌ها در یک مدل گام‌به‌گام ایجاد شده است؛ یعنی در سطح حداقلی خدمات، یک دسته از توصیه‌های محوری قابلیت پیاده‌سازی دارند. سپس در سطح اساسی، تمام توصیه‌های سطح حداقل به علاوه‌ی پیشنهادها الحاقی که برای این سطح معقول به نظر می‌آیند، باید به مرحله‌ی عملیاتی برسند. به همین شیوه، برای اجرای خدمات پیشرفته‌ی سکتهدی مغزی، تمام توصیه‌های فهرست شده در سطح حداقلی و اساسی بایستی به علاوه‌ی توصیه‌های مختص این سطح پیاده‌سازی شوند.

## سطوح شواهد:

تمام توصیه‌های موجود در این راهنمای بالینی به همراه سطوح شواهدی ارائه شده که قدرت تحقیقات قابل دسترس را برای پشتیبانی از آن پیشنهادها تا تاریخ اکتبر ۲۰۱۵ نشان می‌دهد. این توصیه‌ها و سطوح شواهد هر ساله مورد بازبینی قرار گرفته و مطابق با نیاز برای یافته‌های تحقیقاتی جدید تنظیم خواهد شد. سطوح شواهد بر اساس یافته‌های مطالعات ویژه‌ای است؛ بنابراین، این توصیه‌ها مخصوص جمعیت‌های مورد مطالعه بوده و شاید قابل تعمیم به تمامی مناطق یا سیستم‌های بومی نباشد، و این تأمین‌کنندگان بومی خدمات سکتهدی مغزی هستند که ارتباط آن‌ها را با جمعیت خود تعیین می‌کنند.

توصیه‌ها بر اساس شواهد قوی منتج از مرورهای نظام‌مند، متا-آنالیزها و/یا کارآزمایی‌های کنترلی تصادفی‌سازی شده با یافته‌های سازگار ارائه می‌شود؛

سطح شواهد

A

توصیه‌ها بر اساس شواهد متوسط منتج از کارآزمایی‌های کنترلی تصادفی‌سازی شده‌ی واحد، کارآزمایی‌های متعدد با یافته‌های ناسازگار، مطالعات مشاهده‌ای بزرگ و/یا مطالعات موردی-شاهدی بزرگ ارائه می‌شود؛

سطح شواهد

B

توصیه‌ها بر اساس شواهد ضعیف منتج از مطالعات مشاهده‌ای یا موردی-شاهدی کوچک یا بر اساس نظر یک متخصص یا اجماع گروهی ارائه می‌شود. این توصیه‌های ضعیف‌تر وقتی تأیید می‌گردند که عناصر کلیدی مراقبت سکتهدی مغزی در نظر گرفته شوند؛ مثل CT اسکن برای تأیید تشخیص.

سطح شواهد

C

## مؤلفه‌ی سوم: شاخص‌های کیفی کلیدی سکتهدی مغزی

ارزیابی ارائه‌ی مراقبت‌های سکتهدی مغزی مؤلفه‌ی الزامی هر سیستم مراقبتی سازماندهی شده از سکتهدی مغزی، بدون توجه به بزرگی یا کوچکی آن، می‌باشد. ملاحظات ارزیابی بایستی از همان ابتدای فرآیند برنامه‌ریزی در نظر گرفته شوند، تا مکانیسم‌های جمع‌آوری داده بتواند به عنوان بخشی از برنامه‌ی پیاده‌سازی و راهنمای بالینی خدمات انجام گیرد.

طبقه‌بندی بین‌المللی کدهای بیماری‌ها به عنوان جزوی از راهنما و برنامه‌ی عملیاتی جهانی مراقبت از سکتهدی مغزی WSO، به منظور شناسایی موارد مناسب سکتهدی مغزی در راهبرد سنجش آن مورد استفاده قرار گرفته است. جزئیات این طبقه‌بندی به عنوان ضمیمه‌ی ۲ در انتهای این راهنما آمده است.

سپس یک دسته معیارهای اجرایی محوری پشت سر این فرآیند برای انتخاب بهترین توصیه‌های عملی شناسایی گردید. این شاخص‌های کیفی کلیدی سکتهدی مغزی با هدف افزایش تمرکز، سازگاری و استانداردسازی معیارهای مراقبتی سکتهدی مغزی در مراجع ذی‌نفع در این زمینه، در نقشه‌ی راه گنجانده شده است. در زمان مناسب و نه خیلی دیر، امید می‌رود این اطلاعات برای توسعه‌ی معیارهای جهانی ارائه‌ی خدمات سکتهدی مغزی در سطوح حداقلی، اساسی و پیشرفته به کار گرفته شده و محرک کوشش‌ها، جهت ارتقای جهانی مراقبت از سکتهدی مغزی به واسطه‌ی اتخاذ تصمیم و برنامه‌ریزی برای سیستم باشد.

## تعاریف کیفی

**استانداردهای مراقبتی:** اساس مقایسه در سنجش یا قضاوت ظرفیت، کیفیت، محتوا یا گستره‌ی یک هدف یا فعالیت خاص هستند. در صورتی که شواهدی موجود نبود، می‌توان از نظرات متخصصان کمک گرفت. استانداردها را به عنوان نیازمندی‌های اساسی یک حرفه‌ی مراقبت از سلامت در نظر گرفته و معمولاً به شکل خطوط مشی، روش‌ها (پروسیجرها) و استاندارد مستندات در نظر می‌گیرند. استانداردهای مراقبت مشخصات حداقل قابل‌پذیرش از چیزی را تبیین می‌کند که مراقبت کیفی را تشکیل می‌دهد. این استانداردها مدیریت شایسته را بر اساس شواهد علمی قوی و همکاری بین متخصصان مراقبت سلامت، دخیل در درمان یک عارضه، تعیین می‌کنند. استانداردهای مراقبت سطحی را که در آن یک تأمین‌کننده‌ی متوسط محتاط در یک جامعه باید کار کند و چگونگی مدیریت مراقبت از بیمار را در شرایط مشابه توسط متخصصان تأیید شده تعریف می‌نماید.

**شاخص کیفیت:** یک معیار عینی از کیفیت خدمات درمانی که برای پشتیبانی از خود-ارزیابی و ارتقای کیفیت در سطح تأمین‌کننده، بیمارستان یا سیستم‌ها توسعه داده می‌شود (نیروی اجرایی اندازه‌گیری عملکرد ACC/AHA).

**معیار (بنچمارک):** سطحی از عملکرد که به عنوان استاندارد عالی برای یک فرآیند مراقبتی یا پیامد در نظر گرفته شده و برای مقایسه‌ی گروه‌ها استفاده می‌شود. بنچمارک‌ها مقادیر استاندارد را فراهم می‌کنند که به وسیله‌ی آن‌ها می‌توان چیزی را اندازه‌گیری، مقایسه یا قضاوت کرد. برای شناسایی بنچمارک‌ها تکنیک‌های متفاوتی وجود دارد، از جمله: تحقیق تأیید اعتبار و روش‌های آماری؛ شناسایی مجریان برتر؛ و عملکرد پیشین خود سازمان.

**هدف:** سطحی از عملکرد است که هدف یک سازمان، نائل شدن به آن در یک دوره‌ی زمانی خاص می‌باشد. مقداری بین سطح عملکرد واقعی فعلی و بنچمارک است، ولی امکان دارد که با بنچمارک برابری کرده یا حتی از آن بالاتر برود. مقادیر هدف با توجه به استانداردهای مراقبتی، منابع و محدودیت‌ها را وارد محاسبه می‌کنند.

**آستانه:** حداقل سطح قابل‌قبول از عملکرد است. میزان عملکردی زیر سطح آستانه ضعیف در نظر گرفته شده و باید تصحیح گردد.

\*\*میزان عملکرد خارج از آستانه - بالا یا پایین‌تر از چیزی که توسط اندازه‌گیری ویژه تعریف شده، عملکرد ضعیف در نظر گرفته می‌شوند.

به منظور توسعه‌ی شاخص‌های کیفی راهبردی برای سنجش مراقبت‌های اثربخش بومی از سکنه‌ی مغزی، چندین مؤلفه باید مورد اشاره قرار گیرد:

← تبیین تعاریف مورد (کیس) سکنه‌ی مغزی

← تعریف معیارهای (کرایتریای) شمول و خروج برای جمعیت بیماران هدف مورد نظر (نوع سکنه‌ی مغزی، سن، جنسیت، موقعیت، فاز مراقبتی و غیره)

← شناسایی شاخص‌های کیفی کلیدی از لیست WSO در پایین، و اضافه کردن شاخص‌های دیگر برای پوشش دادن حوزه‌ی خدمات و جوابگویی

← شناسایی عناصر و متد مورد نیاز اطلاعات برای کسب اطمینان از گردآوری تمام عناصر مورد نیاز با هدف محاسبه‌ی شاخص‌های کیفی تعیین‌شده

← توسعه‌ی مخزن و متدولوژی جمع‌آوری داده (چه کسی داده‌ها را، چه موقع، کجا، چگونه و از کدام بیماران جمع‌آوری خواهد کرد)

← تعیین چارچوب زمانی برای جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده

← تعیین ساختار و قالب گزارش (هر کجا که ممکن بود، کارت‌های گزارش پیشخوان‌های آنلاین باید در نظر گرفته شود)

← ایجاد برنامه برای برقراری ارتباط و انتشار نتایج تحلیل داده به همه‌ی تصمیم‌گیران، بیماران و تأمین‌کنندگان در تمامی سطوح

## سپاسگزاری:

---

### WSO Global Stroke Guidelines and Quality Committee:

Dr. Patrice Lindsay, Chair (Canada)  
Dr. Karen Furie (United States)  
Dr. Bo Norrving (Sweden)  
Dr. Stephen Davis (Australia, President, WSO)  
Dr. Erin Lalor (Australia)  
Dr. Anthony Rudd (England)  
Dr. Jose Ferro (Portugal)  
Dr. Man Mohan Mehndiratta (India)  
Dr. James Jowi (Kenya)  
Prof. Shinichiro Uchiyama (Japan)  
Dr. Geoffrey Donnan (Australia), Ex-Officio member.

---

### Global Stroke Guidelines Working Group:

Dr. Karen Furie, Chair (United States)  
Mr. Kelvin Hill (Australia)  
Dr. Anthony Rudd (United Kingdom)  
Dr. Peter Langhorne (Scotland)  
Dr. Gord Gubitz (Canada)  
Dr. Alan Barber (New Zealand)  
Dr. Disya Ratanakorn (Thailand)  
Dr. Sheila Martins (Brazil)  
Dr. Pamela Duncan (United States)  
Dr. Foad Abd-Allah (Africa)  
Dr. Patrice Lindsay (Canada).

---

### Global Quality Working Group:

Dr. Bo Norrving, Chair (Sweden)  
Ms. Alex Hoffman (England)  
Dr. Peter Heuschmann (Germany)  
Dr. Michael Hill (Canada)  
Dr. Matthew Reeves (United States)  
Dr. Dominique Cadillac (Australia)  
Dr. Liping Liu (China)  
Dr. Kameshwar Prasad (India)  
Dr. Valery Feigin (New Zealand)  
Dr. Sheila Martins (Brazil)  
Dr. Patrice Lindsay (Canada)

---

We also gratefully acknowledge all members of the World Stroke Organization Board of Directors for their review and feedback of the Action Plan throughout each stage of development.

### Conflict of Interest Declarations:

MP Lindsay: None; K. Furie: None; S. Davis: None; G. Donnan: None; B. Norrving: None.



نقشه‌ی راه پیاده‌سازی راهنماهای بالینی و برنامه‌ی عملیاتی جهانی سکت‌های مغزی WSO از چندین واحد تشکیل شده که به همراه یکدیگر، کل سلسله مراقبت‌های سکت‌های مغزی را پوشش می‌دهند. واحدهایی که در ادامه می‌آیند برای استفاده در برنامه‌ریزی، خود-ارزیابی و پیاده‌سازی خدمات سکت‌های مغزی هستند. هر کدام از واحدهای این نقشه‌ی راه چک‌لیست خدمات و منابع مربوطه، بهترین توصیه‌های عملکردی قابل اجرا برای سکت‌های مغزی و شاخص‌های کلیدی و مهم کیفیت را شامل می‌شوند. بعضی از این واحدها عناصر اضافی یا اطلاعات گسترده‌تری نسبت به چیزی که در راهنماهای بالینی و برنامه‌ی عملیاتی جهانی مراقبت از سکت‌های مغزی WSO منتشر شده دارند تا استفاده‌ی عملکردی بیشتری برای تمامی مکان‌ها داشته باشد.

توصیه می‌شود کاربران این ابزارها تمامی واحدهای این نقشه‌ی راه را مورد بازبینی قرار دهند.

## واحدهای ذیل به عنوان بخشی از نقشه‌ی راه مراقبت کیفی از سکت‌های مغزی WSO در دسترس می‌باشد:



### مقدمه و بررسی اجمالی

۱. توسعه‌ی سیستم سکت‌های مغزی

۲. مراقبت پیش-بیمارستانی و اورژانسی

۳. مراقبت حاد از سکت‌های مغزی بستری

۴. پیشگیری ثانویه از سکت‌های مغزی

۵. بازتوانی سکت‌های مغزی

۶. حضور مجدد در جامعه و بهبودی طولانی‌مدت

راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکت‌هی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکت‌هی مغزی

توسعه‌ی سیستم سکت‌هی مغزی

Authors: Lindsay MP, Norving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quali-  
Working Group

## توسعه و نظارت بر نظام سلامت

این بخش شامل بازشناسی عمومی سکتهدی مغزی و همچنین توسعه‌ی سیستم می‌باشد. این بخش با تمامی فازها و موقعیت‌های مراقبت سکتهدی مغزی تلاقی دارد.

### چک‌لیست ظرفیت خدمات سلامت سکتهدی مغزی

لطفاً به منظور بازشناسی شفاف خدمات در حال توسعه یا ارزیابی سکتهدی مغزی خود، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.



منطقه	سازمان تکمیل‌کننده‌ی چک‌لیست	شخص مسئول اصلی
محدوده‌ی خدمات		اهداف این ارزیابی/نظرات (توسط گروه بومی تکمیل گردد)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ارزیابی استانی/ایالتی/ملی</li> <li><input type="radio"/> ارزیابی منطقه‌ای/محلی</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان بزرگ شهری با خدمات سکتهدی مغزی پیشرفته (خدمات جامع سکتهدی مغزی)</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان‌های جامعه با دسترسی به بعضی از خدمات سکتهدی مغزی</li> <li><input type="radio"/> کلینیک‌های سلامت به عنوان تنها خدمات سلامتی در دسترس</li> <li><input type="radio"/> جامعه‌ی روستایی با کارکنان بهداشتی سیار</li> </ul>		

## الف. دسترسی به منابع و خدمات سکتی مغزی



لطفاً هر کدام از این فهرست‌ها را خوانده و در مقابل همه‌ی خدمات و منابعی که هم‌اکنون برای مراقبت سکتی مغزی در اختیار دارید، تیک بزنید. با اتمام کار، پاسخ‌های خود را برای تعیین جایگاه‌تان در دسته‌بندی خدمات سکتی مغزی بازبینی کنید.

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتی مغزی)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی بدون هماهنگی با مناطق جغرافیایی تعریف‌شده</li> <li>○ بدون هیچگونه دسترسی به خدمات تشخیصی یا مراقبت بیمارستانی درمان فوق‌حادث سکتی مغزی</li> <li>○ دسترسی بسیار محدود به پزشکان                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی</li> <li>• آموزش پایه‌ای درمورد غربالگری بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی در مراقبت سکتی مغزی</li> <li>○ برنامه‌های آموزشی سکتی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</li> <li>○ دسترسی به خدمات تشخیصی پایه‌ای</li> <li>○ دسترسی محدود به خدمات اورژانس پزشکی</li> <li>○ دسترسی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش سکتی مغزی</li> <li>○ دسترسی به پزشکیانی با تخصص سکتی مغزی (حتی اگر متخصص سکتی مغزی نباشند)</li> <li>○ دسترسی به ترومبولیز حاد با tPA داخل‌وریدی</li> <li>○ دسترسی به اعضای کلیدی تیم بین‌رشته‌ای مراقبت از سکتی مغزی (MD, RN, PT, OT)</li> <li>○ دسترسی به خدمات تشخیصی پایه‌ای                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• تست آزمایشگاهی خون (CBC)،</li> <li>الکترولیت‌ها، اوره، گلوکز، PT، INR)</li> <li>• الکتروکاردیوگرام ۱۲ لیدی</li> <li>• CT اسکن مغز و عروق</li> <li>• انجام CT آنژیوگرافی (CTA)</li> <li>• اکوکاردیوگرافی</li> <li>• سونوگرافی داپلر</li> <li>• هولتر مانیتور</li> </ul> </li> <li>○ دسترسی محدود به خدمات اورژانس پزشکی                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش شناسایی علائم سکتی مغزی با سرواژه‌ی FAST (علائم مربوط به صورت، بازو، گفتار، زمان) به خدمه‌ی آمبولانس</li> <li>• کار با سیستم‌های آمبولانسی برای به رسمیت شناختن سکتی مغزی به عنوان یک اولویت بالا برای انتقال، علاوه بر تروما و کریزهای زایمان</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی کامل بین مناطق جغرافیایی جدا از هم                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی برای مراکز کوچک‌تر در حد معقول</li> <li>• مسیرهایی که انتقال بیماران سکتی مغزی را به سطوح بالاتر با پایین‌ترین در صورت نیاز فراهم کند</li> <li>• سیستم ارجاع هماهنگ</li> <li>• تأمین مشاوره‌های مجازی در مورد سکتی مغزی برای مراکز کوچک‌تر و دور از شهر</li> <li>• موافقت‌های گذر مخصوص آمبولانس در محل</li> <li>• موافقت‌نامه‌ی بازگردانی بیمار به محل زندگی</li> <li>• منابع آموزشی چاپی که باید در اختیار بیمار قرار بگیرد</li> </ul> </li> <li>○ برنامه‌های آموزشی سکتی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</li> <li>○ راهبرد و مکانیسم‌های جمع‌آوری داده                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• ثبت‌نام بیماران بستری سکتی مغزی حاد</li> <li>• پایگاه داده بیماران بستری سکتی مغزی حاد (محلی یا منطقه‌ای)</li> <li>• ثبت‌نام پیشگیری از سکتی مغزی</li> <li>• پایگاه داده پیشگیری از سکتی مغزی</li> <li>• ثبت‌نام بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• پایگاه داده بازتوانی سکتی مغزی (محلی یا منطقه‌ای)</li> </ul> </li> <li>○ دسترسی به خدمات پیشرفته‌ی تشخیصی                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)</li> <li>• ظرفیت انجام MR آنژیوگرافی</li> <li>• اسکن‌های CT پرفوزیون</li> <li>• دستگاه‌های ثبت درازمدت ECG</li> </ul> </li> </ul>

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتی مغزی)
	<p><b>دسترس‌ی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراقبت اولیه</li> <li>• مراقبت حاد</li> <li>• پرستاران با عملکرد پیشرفته</li> <li>• پرستار</li> </ul> <p><b>دسترس‌ی به پزشکانی با تخصص سکتی مغزی (حتی اگر متخصص سکتی مغزی نباشند)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پزشک عمومی/خانواده</li> <li>• نورولوژیست</li> <li>• جراح مغز و اعصاب</li> <li>• متخصص داخلی</li> <li>• متخصص قلب</li> <li>• متخصص سالمندان</li> <li>• طب اورژانس</li> <li>• متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>• دسترس‌ی مجازی به متخصص سکتی مغزی (telestroke)</li> </ul> <p><b>دسترس‌ی به ترومبولیز حاد با tPA داخل‌وریدی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tPA داخل‌وریدی (آتپلاز)</li> </ul> <p><b>اعضای تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پزشکان متخصص سکتی مغزی</li> <li>• پرستاران سکتی مغزی</li> <li>• کمک پرستاران</li> <li>• داروشناس</li> <li>• مددکار اجتماعی</li> <li>• تیم مراقبت تسکینی</li> <li>• فیزیوتراپیست</li> <li>• کاردرمان</li> <li>• آسیب‌شناس زبان-گفتار</li> </ul> <p><b>پروتکل‌هایی برای ارزیابی و تشخیص سریع بیماران سکتی مغزی</b></p> <p><b>آموزش بیمار و خانواده، آموزش مهارت و ایفای نقش در برنامه‌ریزی مراقبت</b></p> <p><b>برنامه‌ریزی ترخیص</b></p> <p><b>تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</b></p> <p><b>برنامه‌های آموزشی سکتی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</b></p>	<p><b>دسترس‌ی به پزشکان متخصص سکتی مغزی حاد، پیشگیری یا بازتوانی سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نورولوژیست</li> <li>• متخصص مغز و اعصاب</li> <li>• متخصص داخلی</li> <li>• نورورادیولوژیست/مداخله‌گر</li> <li>• متخصص سالمندان</li> <li>• متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>• متخصص قلب</li> <li>• متخصص طب اورژانس</li> <li>• پزشک عمومی/خانواده</li> <li>• برنامه‌ی توسعه و تثبیت صلاحیت‌های مرکزی در مراقبت سکتی مغزی</li> </ul> <p><b>دسترس‌ی به اعضای دیگر تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پرستاران</li> <li>• کمک‌پرستاران</li> <li>• داروشناس</li> <li>• تیم مراقبت تسکینی</li> </ul> <p><b>دسترس‌ی به مداخلات پیشرفته:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tPA داخل‌وریدی</li> <li>• ترومبکتومی داخل‌عروقی</li> <li>• جراحی مغزی و اعصاب برای سکتی مغزی هموراژیک</li> <li>• همی‌کرانیکتومی برای سکتی مغزی ایسکمیک</li> <li>• واحدهای بستری سکتی مغزی حاد</li> <li>• فرآورده‌های بازگردانی کوآگولوپاتی</li> </ul>

## ب. پیشنهادهای محوری مراقبت سکتی مغزی



برای هر یک از توصیه‌ها، با یک تیک مشخص کنید که کدامیک از وضعیت‌های روتین، در حال توسعه برای پیاده‌سازی، عدم پیاده‌سازی، به این معنا که خدمت/منابع شاید قابل دسترس باشند ولی فعلاً جزو کارهایی نیست که در مرکز شما برای مراقبت از سکتی مغزی انجام می‌شود؛ یا عدم دسترسی به خدمت/منابع/تجهیزات در مرکز و عدم امکان پیاده‌سازی وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
الف. سیستم‌های شناسایی و پاسخ به سکتی مغزی					
۱. تمام اعضای جامعه باید قادر به شناسایی علائم و نشانه‌های سکتی مغزی باشند (FAST)	✓	✓	✓	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۲. تمام پرسنل نظام سلامت باید برای شناسایی علائم و نشانه‌های سکتی مغزی آموزش ببینند.	✓	✓	✓	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. تمامی مناطق جغرافیایی باید شماره تماس اورژانس محلی مثل ۱۱۵ باشند		✓	✓	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۴. پروتکل‌هایی در مراکز اورژانس وجود داشته باشد که نیروها را برای پاسخ به یک تماس فوری سکتی مغزی بسیج نماید		✓	✓	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

کدامیک از پیشنهادها بالاترین اولویت پیاده‌سازی را برای شما دارد؟

گام‌های بعدی شما برای توسعه و پیاده‌سازی این پیشنهادها چیست؟



## ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکتی مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ یا داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
پایش نظام سلامت			
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تعداد کل جمعیت بر اساس سرشماری در یک زمان مشخص	تعداد کل موارد سکتی مغزی در جمعیت (با طبقه‌بندی نوع سکتی مغزی)	۱. میزان بروز سکتی مغزی با تعدیل سن و جنسیت در جمعیت
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تعداد کل جمعیت بر اساس سرشماری در یک زمان مشخص	تعداد کل افراد جمعیت که گزارش یا ثبت شده یک یا چند ریسک فاکتور سکتی مغزی دارند (فشار خون بالا، کلسترول بالا، دیابت، فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه خانوادگی، سبک زندگی غیرفعال، چاقی یا اضافه وزن و غیره) (با طبقه‌بندی نوع سکتی مغزی و ریسک فاکتور)	۲. شیوع ریسک فاکتورهای سکتی مغزی در جمعیت
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تعداد کل جمعیت بر اساس سرشماری در یک زمان مشخص	تعداد کل افراد جمعیت که گزارش یا ثبت شده یک یا چند ریسک فاکتور عروقی دارند (فشار خون بالا، کلسترول بالا، دیابت، فیبریلاسیون دهلیزی و غیره) (با طبقه‌بندی نوع سکتی مغزی و ریسک فاکتور)	۲. شیوع ریسک فاکتورهای عروقی در جمعیت
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تعداد کل جمعیت بر اساس سرشماری در یک زمان مشخص که ارزیابی خطر عروقی انجام داده‌اند	تعداد افرادی از جمعیت که وجود یک یا چند ریسک فاکتور عروقی پس از ارزیابی خطر در آن‌ها ثابت شده است	۲. درصدی از افرادی که خودارزیابی خطر عروقی انجام داده و ریسک فاکتورهای سکتی مغزی را داشته‌اند.
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تعداد کل موارد سکتی مغزی	تعداد افراد مبتلا به سکتی مغزی یا TIA که در عرض ۷ روز، ۳۰ روز و یک سال پس از بروز نشانه مرگ و میر داخل بیمارستان داشته‌اند	۳. میزان مرگ و میر بیماران سکتی مغزی با ذکر نوع سکتی همراه با تعدیل سن، جنسیت، هم‌ابتلائی و شدت سکتی مغزی. اندازه‌گیری‌ها در کل باید ۷ روز، ۳۰ روز و یک سال بعد از وقوع سکتی مغزی در بیمارستان انجام گیرند.
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تمامی بیماران سکتی مغزی یا TIA که پس از ثبت بیماری زنده ترخیص شده‌اند	تعداد بیماران سکتی مغزی که به خاطر سکتی مغزی یا TIA جدید در عرض ۹۰ روز پس از ثبت نشانه‌های سکتی مغزی به بیمارستان مراجعه می‌کنند	۴. میزان عود سکتی مغزی ۳ ماه و یک سال پس از سکتی یا حمله‌ی ایسکمیک گذرای مغزی.
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	تمامی بیماران سکتی مغزی یا TIA که به یک بیمارستان بستری مراقبت‌های حاد مراجعه و زنده ترخیص شده‌اند	توزیع تناوب امتیازدهی Rankin برای هر بیمار در زمان ترخیص از مراقبت حاد و ۹۰ روز پس از بروز سکتی مغزی. [اما بعداً از داده‌ها برای طبقه‌بندی MRS، ۲۰۰ MRS، ۵۰۰ MRS یا ۶۰۰ MRS استفاده خواهیم کرد].	۵. سنجش عملکرد حرکتی با استفاده از با استفاده از سیستم امتیازدهی modified Rankin ۳ ماه ایسکمیک گذرای مغزی که تسلیم یک بیمارستان مراقبت حاد گردد

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی	فهرست توصیفی مراکز ارائه دهنده درمان های ترومولیتیک حاد برای بیماران سکتی مغزی در یک منطقه.	۶. کشور/منطقه داروهای ترومولیتیک قابل دستیابی و دسترسی برای استفاده در بیماران سکتی مغزی را داراست	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	فهرست توصیفی مناطق دارای سیستم های مراقبت سکتی مغزی برای این بیماران (نیاز به شناسایی و توصیف عناصر محوری سیستم های سکتی مغزی دارد - مرحله اول چک لیست خدمات سکتی مغزی WSO را ببینید).	۷. کشور/منطقه سیستم هماهنگ آماده به کاری دارد که بیماران را سکتی مغزی را با خدمات تشخیصی اساسی و متخصصان آشنا می کند	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	فهرست توصیفی تمام بیمارستان های ارائه دهنده مراقبت های سکتی مغزی در منطقه و بررسی دسترسی آن ها به راهنماهای بالینی و پیاده سازی رسمی آن بر روی بیماران سکتی مغزی با استفاده از یک روش نظام مند.	۸. کشور/منطقه/مرکز راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد را به منظور مراقبت سکتی مغزی پیاده سازی کرده است	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	فهرست توصیفی مناطق گردآوری کننده اطلاعات بیماران سکتی مغزی با یک روش نظام مند با استفاده از متدولوژی ICD ۹ یا ۱۰ شامل اطلاعات در مورد درصد مراکز و بیماران آن ها که به صورت روتین داده های آن ها گردآوری می شود.	۹. کشور/منطقه/مرکز داده ها را با استفاده از سیستم کدهای ۹ یا ۱۰ طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD) جمع آوری می کند.	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	فهرست توصیفی تمامی مراکز ارائه دهنده مراقبت های سکتی مغزی در منطقه و بررسی گردآوری روتین و استاندارد داده های بیماران سکتی مغزی و TIA با استفاده از یک روش نظام مند.	۱۰. کشور/منطقه در رجیستری کیفیت یا بازرسی های روتین و استاندارد سازی شده ی پیش مراقبت سکتی مغزی شرکت می کند.	
<b>سیستم های شناسایی و پاسخ به سکتی مغزی</b>			
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	شمار توصیفی و داده های نرخ سرانه خدمات سلامت در دسترس کنونی بر اساس چک لیست مرحله اول	۱. دسترس پذیری خدمات پایه ای سلامت در یک منطقه	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	شمار توصیفی و داده های نرخ سرانه خدمات تصویربرداری تشخیصی فعلی بر اساس چک لیست مرحله اول	۲. دسترس پذیری آزمایشگاه ها و تصویربرداری های تشخیصی در منطقه	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	جمعیت کل منطقه ی مورد مطالعه	۳. دسترس پذیری مراکز بستری بیمارستانی در منطقه عمومی و خصوصی - اضافه کردن تعداد و سپس محاسبه ی سرانه	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	تمامی کارکنان مراقبت سلامت که با یک جمعیت خاص مبتلا به سکتی مغزی کار می کنند	۴. دسترس پذیری و سطح آموزشی کارکنان و متخصصان مراقبت سلامت در منطقه تعداد - با طبقه بندی تعداد افراد تحت آموزش و نوع آموزش	
<input type="checkbox"/> گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده ها	فهرستی شامل روش های درمانی موجود بر اساس چک لیست خدمات سکتی مغزی ساخته سپس تناوب دسترسی به آن درمان را محاسبه کنید	۵. دسترس پذیری دارودرمانی مرتبط سکتی مغزی در منطقه	

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

نحوه‌ی جمع‌آوری داده چگونه است؟ (الکترونیکی، کاغذی و غیره)

تحلیل داده‌ها چگونه، چه موقع و با چه تناوبی انجام خواهد شد؟

چه کسی نتایج را دریافت می‌کند؟

راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکته‌ی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکته‌ی مغزی

مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و  
اورژانسی

Authors: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group

# مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و اورژانسی

تمرکز این بخش بر روی اولین ساعات پس از وقوع سکته‌ی مغزی است. ارزیابی اولیه‌ی سکته‌ی مغزی، تشخیص و مدیریت از اولین زمان بروز نشانه‌های سکته‌ی مغزی در طول ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول با پایداری وضعیت بیماری می‌باشد. هدف از مراقبت در این فاز، تشخیص نوع سکته‌ی مغزی (ایسکمیک یا هموراژیک) و شروع درمان‌های حساس به زمان به منظور به حداقل رساندن تأثیر بیماری و پیشگیری از آسیب‌های بیش از آن است. مراقبت فوق‌حاد سکته‌ی مغزی باید با دخالت کارکنان متخصص در این امر و در یک کلینیک یا بخش اورژانس صورت پذیرد؛ با این حال بسته به منابع و امکانات مراکز، در مکان‌های دیگری نیز می‌تواند آغاز گردد.

## چک‌لیست‌های ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته‌ی مغزی

لطفاً به منظور بازشناسی شفاف خدمات در حال توسعه یا ارزیابی سکته‌ی مغزی خود، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.



منطقه	سازمان تکمیل‌کننده‌ی چک‌لیست	شخص مسئول اصلی
محدوده‌ی خدمات		اهداف این ارزیابی/نظرات (توسط گروه بومی تکمیل گردد)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ارزیابی استانی/ایالتی/ملی</li> <li><input type="checkbox"/> ارزیابی منطقه‌ای/محلی</li> <li><input type="checkbox"/> بیمارستان بزرگ شهری با خدمات سکته‌ی مغزی پیشرفته (خدمات جامع سکته‌ی مغزی)</li> <li><input type="checkbox"/> بیمارستان‌های جامعه با دسترسی به بعضی از خدمات سکته‌ی مغزی</li> <li><input type="checkbox"/> کلینیک‌های سلامت به عنوان تنها خدمات سلامتی در دسترس</li> <li><input type="checkbox"/> جامعه‌ی روستایی با کارکنان بهداشتی سیار</li> </ul>		

## الف. دسترسی به منابع و خدمات سکته‌ی مغزی



لطفاً هر کدام از این فهرست‌ها را خوانده و در مقابل همه‌ی خدمات و منابعی که هم‌اکنون برای مراقبت سکته‌ی مغزی در اختیار دارید، تیک بزنید. با اتمام کار، پاسخ‌های خود را برای تعیین جایگاه‌تان در دسته‌بندی خدمات سکته‌ی مغزی بازبینی کنید.

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکته‌ی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکته‌ی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکته‌ی مغزی)
<ul style="list-style-type: none"> <li>تأمین مراقبت‌های بومی بدون هماهنگی با مناطق جغرافیایی تعریف‌شده</li> <li>بدون هیچگونه دسترسی به خدمات تشخیصی یا مراقبت بیمارستانی درمان فوق حد سکته‌ی مغزی</li> <li>دسترسی بسیار محدود به پزشکان</li> <li>تأمین مهارت‌های ارزیابی</li> <li>آموزش پایه‌ای در مورد غربالگری بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به خدمات تشخیصی پایه‌ای</li> <li>تست آزمایشگاهی خون (CBC، الکترولیت‌ها، اوره، گلوکز، PT، INR)</li> <li>الکتروکاردیوگرام ۱۲ لیدی</li> <li>اسکن مقطع‌نگاری رایانه‌ای (CT) مغز و عروق</li> <li>ظرفیت انجام CT آنژیوگرافی (CTA)</li> <li>اکوکاردیوگرافی</li> <li>سونوگرافی داپلر</li> <li>هولتر مانیتور</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به خدمات پیشرفته‌ی تشخیصی</li> <li>تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)</li> <li>ظرفیت انجام MR آنژیوگرافی</li> <li>اسکن‌های CT پرفوزیون</li> <li>دستگاه‌های ثبت درازمدت ECG</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی ناپایدار به کارکنان حوزه‌ی سلامت</li> <li>تمرینات پایه‌ای در غربالگری بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی محدود به خدمات اورژانس پزشکی</li> <li>آموزش شناسایی علائم سکته‌ی مغزی با سرواژه‌ی FAST به خدمه‌ی آمبولانس</li> <li>کار با سیستم‌های آمبولانسی برای به رسمیت شناختن سکته‌ی مغزی به عنوان یک اولویت بالا برای حمل، علاوه بر تروما و کریزهای زایمان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نورولوژیست</li> <li>متخصص مغز و اعصاب</li> <li>متخصص داخلی</li> <li>نورورادیولوژیست/مداخله‌گر</li> <li>متخصص سالمندان</li> <li>متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>متخصص قلب</li> <li>متخصص طب اورژانس</li> <li>پزشک عمومی/خانواده</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش سکته‌ی مغزی</li> <li>مراقبت اولیه</li> <li>مراقبت حاد</li> <li>پرستاران با عملکرد پیشرفته</li> <li>پرستار</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>برنامه‌ی توسعه و تثبیت صلاحیت‌های مرکزی در مراقبت سکته‌ی مغزی</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به پزشکانی با تخصص سکته‌ی مغزی (حتی اگر متخصص سکته‌ی مغزی نباشند)</li> <li>پزشک عمومی/خانواده</li> <li>نورولوژیست</li> <li>جراح مغز و اعصاب</li> <li>متخصص داخلی</li> <li>متخصص قلب</li> <li>متخصص سالمندان</li> <li>طب اورژانس</li> <li>متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>دسترسی مجازی به متخصص سکته‌ی مغزی (telestroke)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به اعضای دیگر تیم بین‌رشته‌ای سکته‌ی مغزی</li> <li>پرستاران</li> <li>کمک‌پرستاران</li> <li>داروشناس</li> <li>تیم مراقبت تسکینی</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به ترومبولیز حاد با tPA داخل‌وریدی</li> <li>tPA داخل‌وریدی (آتپلاز)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به مداخلات پیشرفته:</li> <li>tPA داخل‌وریدی</li> <li>ترومبکتومی داخل‌عروقی</li> <li>جراحی مغزی و اعصاب برای سکته‌ی مغزی هموراژیک</li> <li>همی‌کرانیکتومی برای سکته‌ی مغزی ایسکمیک</li> <li>واحدهای بستری سکته‌ی مغزی حاد</li> <li>فرآورده‌های بازگردانی کوآگولوپاتی</li> </ul>



خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکته‌ی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکته‌ی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکته‌ی مغزی)
	<p>اعضای تیم بین‌رشته‌ای سکته‌ی مغزی</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پزشکان متخصص سکته‌ی مغزی</li> <li>پرستاران سکته‌ی مغزی</li> <li>کمک پرستاران</li> <li>داروشناس</li> <li>مددکار اجتماعی</li> <li>تیم مراقبت تسکینی</li> <li>فیزیوتراپیست</li> <li>کاردرمان</li> <li>آسیب‌شناس زبان-گفتار</li> </ul> <p>پروتکل‌هایی برای ارزیابی و تشخیص سریع بیماران سکته‌ی مغزی</p> <p>آموزش بیمار و خانواده، آموزش مهارت و ایفای نقش در برنامه‌ریزی مراقبت</p> <p>برنامه‌ریزی ترخیص</p> <p>تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</p> <p>برنامه‌های آموزشی سکته‌ی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</p>	<p>تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی کامل بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>خدمات پیشرفته‌ی سکته‌ی مغزی برای مراکز کوچک‌تر در حد معقول</li> <li>مسیرهایی که انتقال بیماران سکته‌ی مغزی را به سطوح بالاتر با پایین در صورت نیاز فراهم کند</li> <li>سیستم ارجاع هماهنگ</li> <li>تأمین مشاوره‌های مجازی در مورد سکته‌ی مغزی برای مراکز کوچک‌تر و دور از شهر</li> <li>موافقت‌های گذر مخصوص آمبولانس در محل</li> <li>موافقت‌نامه‌ی بازگردانی بیمار به محل زندگی</li> <li>منابع آموزشی چاپی که باید در اختیار بیمار قرار بگیرد</li> </ul> <p>برنامه‌های آموزشی سکته‌ی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</p> <p>راهبرد و مکانیسم‌های جمع‌آوری داده</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ثبت‌نام بیماران بستری سکته‌ی مغزی حاد</li> <li>پایگاه داده بیماران بستری سکته‌ی مغزی حاد (محلی یا منطقه‌ای)</li> <li>ثبت‌نام پیشگیری از سکته‌ی مغزی</li> <li>پایگاه داده پیشگیری از سکته‌ی مغزی</li> <li>ثبت‌نام بازتوانی سکته‌ی مغزی</li> <li>پایگاه داده بازتوانی سکته‌ی مغزی (محلی یا منطقه‌ای)</li> </ul>

## ب. پیشنهادهای محوری مراقبت سکته‌ی مغزی



برای هر یک از توصیه‌ها، با یک تیک مشخص کنید که کدامیک از وضعیت‌های روتین، در حال توسعه برای پیاده‌سازی، عدم پیاده‌سازی، به این معنا که خدمت/منابع شاید قابل دسترس باشند ولی فعلاً جزو کارهایی نیست که در مرکز شما برای مراقبت از سکته‌ی مغزی انجام می‌شود؛ یا عدم دسترسی به خدمت/منابع/تجهیزات در مرکز و عدم امکان پیاده‌سازی وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکته‌ی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته‌ی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
۱. بروز نشانه‌های سکته‌ی مغزی باید توسط پرسنل نظام سلامت به دست آمده، ثبت شده و در اختیار بقیه قرار بگیرد	☑	☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۲. تمامی بیماران با نشانه‌های سکته‌ی مغزی باید به یک بیمارستان با قابلیت ارائه‌ی خدمات سکته‌ی مغزی منتقل شوند		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. تمامی بیماران با نشانه‌های عصبی فوکال/سکته‌ی مغزی باید بدون تأخیر تحت تصویربرداری مغزی (CT اسکن یا MRI) قرار بگیرند		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۴. آزمایش‌های اولیه‌ی خون باید صورت پذیرد	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۵. الکتروکاردیوگرام برای همه‌ی بیماران ضروری است؛ مخصوصاً در جایی که بیمار سابقه‌ی بیماری قلبی یا ریوی داشته باشد		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۶. تمامی بیماران قبل از شروع به خوردن غذا، مایعات یا داروهای خوراکی، باید از نظر بلع و دیس‌فاژی غربالگری و ارزیابی شوند	☑	☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۷. تمام بیماران سکته‌ی مغزی ایسکمیک حاد که می‌توانند در ۴/۵ ساعت پس از بروز نشانه‌ها تحت درمان قرار گیرند، باید بدون تأخیر توسط پزشک متخصص سکته‌ی مغزی (در محل یا به صورت مجازی) مورد ارزیابی قرار گیرند تا مشمولیت درمان آن‌ها با فعال‌کننده‌ی پلاسمینوژن بافتی (tPA) تعیین گردد		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

### ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکتی مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ یا داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حدافلی	اساسی	پیشرفته		
<p>۸. تمامی بیماران با انسداد در عروق بزرگ و سکتی مغزی حاد باید از نظر امکان ترومبکتومی اندووسکولار ارزیابی شوند؛ البته اگر این مداخلات در دسترس باشد (چه در محل و چه با انتقال از یک مرکز دیگر).</p> <p>ترومبکتومی اندووسکولار هم‌اکنون مراقبت استاندارد بیماران با سکتی مغزی ایسکمیک حاد و انسداد عروق بزرگ تا ۶ ساعت پس از بروز حادثه است.</p>			✔	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
<p>۹. تمامی بیماران سکتی مغزی ایسکمیک حادی که هم‌اکنون عامل ضدپلاکت مصرف نمی‌کنند یا آلتپلاز دریافت نکرده‌اند، در صورت رد شدن احتمال هموراژ داخل‌جمجمه‌ای، باید فوراً استیل‌سالیسیلیک اسید با دوز یک بار تجویز (۳۰۰-۳۲۵) میلی‌گرم و پس از آن ۷۵-۱۵۰ میلی‌گرم روزانه دریافت کنند.</p>		✔	✔	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
<p>۱۰. هموراژ داخل‌مغزی باید فوراً تشخیص داده شده و بیماران بایستی بلافاصله توسط یک متخصص مدیریت سکتی مغزی فوق‌حاد مورد ارزیابی قرار بگیرند</p>		✔	✔	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
<p>۱۱. بیماران سکتی مغزی حاد باید در بیمارستان پذیرش شوند</p>		✔	✔	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
<p>۱۲. بیماران سکتی مغزی حقیف یا حمله‌ی گذرای ایسکمیک باید بدون معطلی ارزیابی شده و مدیریت پیشگیری صورت گیرد، چه در بیمارستان و چه در یک کلینیک مجهز سرپایی</p>		✔	✔	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

## ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکته‌ی مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
مراقبت سکته‌ی مغزی حاد (اولین ساعات پس از سکته‌ی مغزی)			
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	شمار کلی وقایع سکته‌ی مغزی یا TIA در جمعیت. یا شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند.	میان‌ه‌ی دقیقه/ساعت از آخرین حالت نرمال تا رسیدن به بخش اورژانس برای تمامی بیماران سکته‌ی مغزی یا TIA	۱. فاصله‌ی زمانی بین بروز نشانه‌های سکته‌ی مغزی و ارزیابی پزشکی (به دقیقه/ساعت)
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	شمار کلی وقایع سکته‌ی مغزی یا TIA در جمعیت. یا شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند.	a CT.KQ1۲ اسکن در عرض ۱ ساعت پس از رسیدن به بیمارستان انجام شده (بله/خیر) b CT.KQ۲ اسکن در عرض ۲۴ ساعت پس از رسیدن به بیمارستان انجام شده (بله/خیر)	۲. نسبت بیمارانی که در عرض ۱ و ۲۴ ساعت پس از رسیدن به بیمارستان CT اسکن می‌شوند.
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	شمار کلی وقایع سکته‌ی مغزی یا TIA در جمعیت. یا شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند.	تعداد موارد سکته‌ی مغزی/TIA با مستندات تکمیل غربالگری بلع (بدون قضاوت نیاز، قابلیت اجرا یا مشمولیت بیمار)	۳. نسبت بیمارانی که از نظر نقایص بلع غربالگری یا ارزیابی شده‌اند
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	۱. شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند. ۲. شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش و زیر ۴/۵ ساعت پس از بروز نشانه‌های سکته‌ی مغزی آورده شده‌اند	تعداد کل بیماران سکته‌ی مغزی ایسکمیک که با tPA (آلتپلاز) درمان شده‌اند.	۴. نسبت بیمارانی که با tPA درمان شده‌اند.
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند  شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند	میان‌ه‌ی فاصله‌ی زمانی (به دقیقه) از لحظه‌ی رسیدن بیمار به بخش اورژانس تا تزریق tPA برای تمامی بیماران که این دارو را دریافت می‌کنند  تعداد کل بیماران سکته‌ی مغزی ایسکمیک که تحت عمل ترومبکتومی اندووسکولار قرار می‌گیرند	۵. فاصله‌ی زمانی بین پذیرش و تزریق tPA (دقیقه) برای بیمارانی که سکته‌ی مغزی ایسکمیک

سنجش عملکرد	صورت کسر	مخرج کسر	خود ارزیابی
مراقبت سکته‌ی مغزی حاد (اولین ساعات پس از سکته‌ی مغزی)			
۶. نسبت کل بیماران سکته‌ی مغزی ایسکمیک که درمان اندووسکولار دریافت می‌کنند.	میانه‌ی فاصله‌ی زمانی (به دقیقه) از لحظه‌ی رسیدن به بخش اورژانس تا دسترسی به شریان (مثلاً، پانکچر کشاله‌ی ران) برای تمام بیماران سکته‌ی مغزی ایسکمیک که درمان اندووسکولار دریافت می‌کنند.	شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند	<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها
۷. میان‌ه‌ی فاصله‌ی زمانی از لحظه‌ی رسیدن به بخش اورژانس تا دسترسی به شریان (مثلاً، پانکچر کشاله‌ی ران) برای بیمارانی که تحت درمان اندووسکولار قرار می‌گیرند (دقیقه)	نسبت بیماران سکته‌ی مغزی یا TIA که در عرض ۴۸ ساعت پس از بروز نشانه‌ها آسپرین دریافت می‌کنند.	شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند	<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها
۸. نسبت بیماران سکته‌ی مغزی ایسکمیک یا TIA که در عرض ۴۸ ساعت آسپرین دریافت می‌کنند	نسبت کل مراکز درمانی عمومی/خصوصی در یک منطقه که درمان فعال‌کننده‌ی پلاسمینوژن بافتی داخل‌وریدی (یا داخل‌شریانی) و/یا درمان اندووسکولار ارائه می‌دهند.	شمار کلی موارد سکته‌ی مغزی ایسکمیک که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند	<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها
۹. شاخص سیستم - دسترس‌پذیری دارودرمانی tPA و خدمات اندووسکولار در منطقه	B. تعداد متخصصین در یک سازمان/ منطقه که برای درمان ترومبولیز آموزش دیده‌اند	تعداد مراکز درمانی در منطقه (از پیش تعریف شده)  تعداد متخصص مشمول در هر سازمان/منطقه	<input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

نحوه‌ی جمع‌آوری داده چگونه است؟ (الکترونیکی، کاغذی و غیره)

تحلیل داده‌ها چگونه، چه موقع و با چه تناوبی انجام خواهد شد؟

چه کسی نتایج را دریافت می‌کند؟



راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکته‌ی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکته‌ی مغزی

مراقبت از سکته‌ی مغزی حاد  
بستری

Authors: Lindsay MP, Norving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group

## مراقبت از سکته‌ی مغزی حاد بستری

تمرکز این بخش روی دوره‌ی مراقبت حاد بستری پس از تکمیل مرحله‌ی فوق‌حاد می‌باشد. این فاز مراقبتی معمولاً ۲۴ ساعت پس از بروز سکته‌ی مغزی در ۵ تا ۷ روز اول آغاز می‌شود. در این فاز بیمار از لحاظ پزشکی پایدار شده و اهداف مراقبتی به طرف ارزیابی مداوم سکته‌ی مغزی، تعیین اتیولوژی، مدیریت نشانه‌های پایدار، شروع بهبودی، بازتوانی اولیه و پیشگیری از عوارض حاد شیفت پیدا می‌کنند. مراقبت حاد سکته‌ی مغزی به طور ایده‌آل، با دخالت کارکنان مراقبت سلامت دارای تخصص در زمینه‌ی مراقبت سکته‌ی مغزی و در کلینیک یا بخش سکته‌ی مغزی بیمارستان صورت می‌گیرد؛ با این حال، بسته به امکانات در دسترس، می‌تواند در خانه یا مکان‌های دیگر نیز انجام شود.

### چک‌لیست‌های ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته‌ی مغزی

لطفاً به منظور بازشناسی شفاف خدمات در حال توسعه یا ارزیابی سکته‌ی مغزی خود، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.



منطقه	سازمان تکمیل‌کننده‌ی چک‌لیست	شخص مسئول اصلی
محدوده‌ی خدمات		اهداف این ارزیابی/نظرات (توسط گروه بومی تکمیل گردد)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ارزیابی استانی/ایالتی/ملی</li> <li><input type="radio"/> ارزیابی منطقه‌ای/محلی</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان بزرگ شهری یا خدمات سکته‌ی مغزی پیشرفته (خدمات جامع سکته‌ی مغزی)</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان‌های جامعه با دسترسی به بعضی از خدمات سکته‌ی مغزی</li> <li><input type="radio"/> کلینیک‌های سلامت به عنوان تنها خدمات سلامتی در دسترس</li> <li><input type="radio"/> جامعه‌ی روستایی با کارکنان بهداشتی سیار</li> </ul>		

## الف. دسترسی به منابع و خدمات سکتی مغزی



لطفاً هر کدام از این فهرست‌ها را خوانده و در مقابل همه‌ی خدمات و منابعی که هم‌اکنون برای مراقبت سکتی مغزی در اختیار دارید، تیک بزنید. با اتمام کار، پاسخ‌های خود را برای تعیین جایگاه‌تان در دسته‌بندی خدمات سکتی مغزی بازبینی کنید.

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتی مغزی)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی بدون هماهنگی با مناطق جغرافیایی تعریف‌شده</li> <li>○ دسترسی بسیار محدود به پزشکان برای مهارت‌های ارزیابی</li> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکتی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>• آموزش مهارت‌های پایه‌ای در مدیریت عوامل خطر، دارودرمانی و سبک زندگی</li> <li>• آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>• آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به خدمات تشخیصی پایه‌ای</li> <li>• تست آزمایشگاهی خون (CBC، الکترولیت‌ها، اوره، گلوکز، PT، INR)</li> <li>• الکتروکاردیوگرام ۱۲ لیدی</li> <li>• CT اسکن مغز و عروق</li> <li>• انجام CT آنژیوگرافی (CTA)</li> <li>• اکوکاردیوگرافی</li> <li>• سونوگرافی داپلر</li> <li>• هولتر مانیتور</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به خدمات پیشرفته‌ی تشخیصی</li> <li>• تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)</li> <li>• ظرفیت انجام MR آنژیوگرافی</li> <li>• اسکن‌های CT پرفوزیون</li> <li>• دستگاه‌های ثبت درازمدت ECG</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی متفاوت به کارکنان مراقبت سلامت (پرستاران و مددکاران)</li> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکتی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>• آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>• آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش سکتی مغزی</li> <li>• مراقبت حاد</li> <li>• پرستاران با عملکرد پیشرفته</li> <li>• پرستار</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به پزشکان متخصص سکتی مغزی (حتی اگر متخصص سکتی مغزی نباشند)</li> <li>• پزشک عمومی/خانواده</li> <li>• نورولوژیست</li> <li>• جراح مغز و اعصاب</li> <li>• متخصص داخلی</li> <li>• متخصص قلب</li> <li>• متخصص سالمندان</li> <li>• طب اورژانس</li> <li>• متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>• دسترسی مجازی به متخصص سکتی مغزی (telestroke) و رادیولوژی</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ بدون دسترسی به خدمات تشخیصی یا مراقبت‌های بیمارستانی</li> <li>○ دسترسی محدود به پایه‌ای‌ترین توصیه‌های پیشگیرانه در مورد سبک زندگی</li> <li>○ دسترسی به اینترنت</li> <li>• دسترسی به آموزش‌های موبایلی سکتی مغزی (مثل WSA)</li> <li>• دسترسی به ابزارهای موبایلی مثل Stroke Riskometer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به مراقبت سکتی مغزی حاد بستری در جاهایی که بیمارستان بستری شده‌اند:</li> <li>• بخش سکتی مغزی</li> <li>• مدل خوشه‌ای در همان بخش</li> <li>• بخش‌شده در بیمارستان</li> <li>○ دسترسی به مراقبت‌های بخش سکتی مغزی (مقیاس WSA):</li> <li>• واحد جغرافیایی معین که وقف مراقبت از بیمارستان سکتی مغزی شده است</li> <li>• یا، مدل خوشه‌بندی بیمارستان سکتی مغزی</li> <li>• اعضای تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی</li> <li>• پزشکان متخصص سکتی مغزی</li> <li>• پرستاران سکتی مغزی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به اعضای تیم دیگر تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی</li> <li>• پرستاران</li> <li>• کمک‌پرستاران</li> <li>• داروشناس</li> <li>• مددکار اجتماعی</li> <li>• تیم مراقبت تسکینی</li> <li>• (برای کارکنان توانبخشی پایین را ببینید)</li> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی یا هماهنگی کامل بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</li> <li>• خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی برای مراکز کوچک‌تر در حد معقول</li> <li>• مسیریایی که انتقال بیمارستان سکتی مغزی را به سطوح بالاتر با پایین در صورت نیاز فراهم کند</li> </ul>

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتته مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتته مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتته مغزی)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- کمک پرستاران</li> <li>- داروشناس</li> <li>- مددکار اجتماعی</li> <li>- تیم مراقبت تسکینی</li> <li>- فیزیوتراپیست</li> <li>- کاردرمان</li> <li>- آسیب‌شناس زبان-گفتار</li> <li>• پروتکل‌هایی برای ارزیابی و تشخیص سریع</li> <li>بیماران سکتته مغزی</li> <li>• پروتکل‌هایی برای راهنمایی مراقبت سکتته مغزی حاد بر اساس بهترین شواهد موجود</li> <li>- ارزیابی‌های پزشکی و پرستاری</li> <li>- سابقه‌ی گذشته</li> <li>- اسکرین بلع</li> <li>- تغذیه، هیدراتاسیون</li> <li>- وضعیت عملکردی، حرکتی و خطر DVT</li> <li>- سطح وابستگی</li> <li>- یکپارچگی پوستی</li> <li>- اختیار دفع مدفوع و ادرار</li> <li>- دما</li> <li>• ملاقات‌های هفتگی بین‌رشته‌ای برای بحث راجع به پیشرفت بیمار در مقابل اهداف درمان؛ به‌روزرسانی برنامه‌های مدیریتی</li> <li>• دسترسی زودهنگام به درمان‌های توانبخشی؛ شامل آموزش متقاطع به پرستاران، کمک‌پرستاران و اعضای خانواده</li> <li>• آموزش، تمرین مهارت و دخیل کردن خانواده در طرح‌ریزی مراقبت</li> <li>• برنامه‌ریزی برای ترخیص</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سیستم ارجاع هماهنگ</li> <li>تأمین مشاوره‌های مجازی در مورد سکتته مغزی برای مراکز کوچک‌تر و دور از شهر</li> <li>• موافقت‌های گذر مخصوص آمبولانس در محل</li> <li>• موافقت‌نامه‌ی بازگردانی بیمار به محل زندگی</li> <li>• منابع آموزشی چاپی که باید در اختیار بیمار قرار بگیرد</li> <li>• دسترسی عموم به پروتکل‌های مراقبتی بیماران سکتته مغزی: ارزیابی بلع، غذا و مایعات؛ حفظ حالت بدنی؛ حرکت؛ خویش‌ن‌داری؛ مشکلات (تب، ترومبوز ورید عمقی، اختلالات پوستی)</li> <li>• برنامه‌های آموزشی سکتته مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</li> <li>• راهبرد و مکانیسم‌های جمع‌آوری داده</li> <li>• ثبت‌نام بیماران بستری سکتته مغزی حاد</li> <li>• پایگاه داده بیماران بستری سکتته مغزی حاد (محلی یا منطقه‌ای)</li> <li>• ثبت‌نام پیشگیری از سکتته مغزی</li> <li>• پایگاه داده پیشگیری از سکتته مغزی</li> <li>• ثبت‌نام بازتوانی سکتته مغزی</li> <li>• پایگاه داده بازتوانی سکتته مغزی (محلی یا منطقه‌ای)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• دسترسی به خدمات بازتوانی سکتته مغزی</li> <li>• ارزیابی‌های عملکردی زودهنگام، تعیین اهداف و برنامه‌های بازتوانی شخصی‌سازی‌شده</li> <li>• دسترسی به روش‌های پیشگیری سکتته مغزی مثل آسپرین، تغییرات سبک زندگی، مدیریت سکتته مغزی</li> <li>• تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</li> <li>• برنامه‌های آموزشی سکتته مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</li> </ul>	

## ب. پیشنهادهای محوری مراقبت سکتی مغزی



برای هر یک از توصیه‌ها، با یک تیک مشخص کنید که کدامیک از وضعیت‌های روتین، در حال توسعه برای پیاده‌سازی، عدم پیاده‌سازی، به این معنا که خدمت/منابع شاید قابل دسترس باشند ولی فعلاً جزو کارهایی نیست که در مرکز شما برای مراقبت از سکتی مغزی انجام می‌شود؛ یا عدم دسترسی به خدمت/منابع/تجهیزات در مرکز و عدم امکان پیاده‌سازی وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
مراقبت حاد بستری (اولین روزها پس از سکتی مغزی)					
۱. الف بیماران سکتی مغزی حاد باید در بیمارستان پذیرش شوند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱. ب بیماران سکتی مغزی حقیف یا حمله‌ی گذرای ایسکمیک باید بدون معطلی ارزیابی شده و مدیریت پیشگیری صورت گیرد (در عرض ۴۸ ساعت پس از بروز نشانه‌ها)، چه در بیمارستان و چه در یک کلینیک مجهز سرپایی	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۲. بیماران سکتی مغزی حاد یا حمله‌ی ایسکمیک گذرا که در بیمارستان پذیرش شده‌اند باید توسط یک تیم بین‌رشته‌ای، متشکل از حداقل یک پزشک آموزش دیده در زمینه‌ی مراقبت سکتی مغزی، یک پرستار، متخصص توانبخشی (مثل فیزیوتراپیست، متخصص کاردرمانی، آسیب‌شناس زبان-گفتار) درمان شوند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. بیماران سکتی مغزی حاد یا حمله‌ی ایسکمیک گذرا که در بیمارستان پذیرش شده‌اند، باید در بخش بستری سکتی مغزی درمان شوند که محیطی جدا مختص مدیریت.	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۴. راهبردهای مدیریت باید به منظور پیشگیری از عوارض (مثل، تب، عفونت، پنومونی، هیپوگلیسمی، ترومبوز ورید عمقی، زخم‌ها پوستی و عود سکتی مغزی) برای تمام بیماران سکتی مغزی پیاده‌سازی گردد.	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتته مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتته مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
مراقبت حاد بستری (اولین روزها پس از سکتته مغزی)					
۵. در سکتته‌های مغزی فاجعه‌بار و هر جا که درمان پزشکی ناکام در نظر گرفته شود، مراقبت‌های تسکینی و انتهای زندگی باید فراهم گردد.	✔	✔	✔	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۶. بیماران مشکوک به سکتته مغزی آمبولیک یا فقدان مکانیسم سکتته مغزی (برای مثال، تصاویر عادی، بدون انسداد عروق بزرگ) باید تحت پایش گسترده‌ی قلبی قرار بگیرند.		✔	✔	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۷. الف تمامی بیماران سکتته مغزی باید از نظر خطر ترومبوآمبولیسم وریدی ارزیابی گردند		✔	✔	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۷. ب برای بیماران با خطر بالای ترومبوآمبولیسم وریدی باید فوراً پروفیلاکسی آغاز شود؛ البته اگر کنتراندیکه نباشد.		✔	✔	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۸. الف فعالیت متناوب خارج از تخت در نزدیک‌ترین چارچوب زمانی (در عرض ۲۴ ساعت پس از بروز سکتته مغزی) توصیه نمی‌شود.	✔	✔	✔	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
حرکت شاید برای برخی از بیماران سکتته مغزی حاد در اولین چارچوب زمانی سودمند باشد؛ بنابراین قضاوت بالینی لازم است.				سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۸. ب تمامی بیماران که با سکتته مغزی حاد در بیمارستان پذیرش می‌شوند باید حرکت را هر چه زودتر (بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از بروز نشانه) آغاز کنند؛ البته اگر کنتراندیکه نباشد.	✔	✔	✔	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
(کنتراندیکاسیون تحرک زودهنگام بیمار شامل پانکچر شریانی، شرایط ناپایدار پزشکی، اشباع اکسیژن پایین و آسیب یا شکستگی اندام تحتانی می‌باشد ولی محدود به این‌ها هم نیست.)					



توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
الف. سیستم‌های شناسایی و پاسخ به سکتی مغزی					
۸. ج اعضای خانواده باید برای شروع تحرک به بیمار کمک کنند.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۹. الف پایش دمای بدن بایستی آغاز شده و مراقبت کاهش تب، مثل داروهای تب‌بر و حمام ولرم در صورت افزایش دما انجام گردد.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۹. ب برای دماهای بالاتر از ۳۷٫۵ درجه‌ی سانتی‌گراد، تناوب پایش را افزایش داده، عفونت احتمالی مثل پنومونی و عفونت مجاری ادراری را بررسی کرده و در صورت نیاز از داروهای تب‌بر و آنتی‌میکروبیال استفاده کنید.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۰. از استفاده از کاتترهای ثابت، به علت احتمال عفونت مجاری ادراری، باید پرهیز کرد.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۱. تمامی بیماران سکتی مغزی باید از نظر بی‌اختیاری دفع ادرار و احتباس (با یا بدون سرریز)، بی‌اختیاری دفع مدفوع و یبوست غربالگری شوند.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۲. وضعیت بلع، تغذیه و هیدراتاسیون بیمار سکتی مغزی باید در اولین فرصت ممکن غربالگری شود (در صورت امکان از ابزارهای معتبر غربالگری استفاده کنید).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۳. تکنیک‌های غذا دادن به بیماران سکتی مغزی دچار دشواری‌های بلع بایستی به خانواده‌ی بیمار آموزش داده شود.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتهدی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتهدی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
مراقبت حاد بستری (اولین روزها پس از سکتهدی مغزی)					
۱۴. نتایج غیرعادی در غربالگری‌های آغازین یا مداوم بلع باید فوراً به منظور ارزیابی‌های جزئی‌تر به آسیب‌شناس زبان-گفتار، متخصص کاردرمانی، و/یا متخصص تغذیه ارجاع داده شود	✓	✓		سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۵. پس از پذیرش بیمار در هر کدام از فازهای مراقبتی (مثل، بخش اورژانس، مراقبت‌های بستری حاد، بازتوانی، مراقبت‌های مداوم پیچیده، مراقبت‌های خانگی) در اولین فرصت ممکن باید برنامه‌ی ترخیص آماده شود	✓	✓	✓	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

کدامیک از پیشنهادها بالاترین اولویت پیاده‌سازی را برای شما دارد؟

گام‌های بعدی شما برای توسعه و پیاده‌سازی این پیشنهادها چیست؟

## ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکتی مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
مراقبت حاد بیشتری (اولین روزهای پس از سکتی مغزی)			
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد کل مراجعات به مراکز درمانی به علت سکتی مغزی یا TIA	تعداد مراجعات به مرکز درمانی که در بخش بستری شده‌اند.	۱. نسبت بیماران سکتی مغزی که در بیمارستان بستری حاد پذیرش شده‌اند
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد کل مراجعات به مراکز درمانی به علت TIA	تعداد کل مراجعات به مراکز درمانی که در عرض ۴۸ ساعت پس از بروز نشانه‌های سکتی مغزی مورد ارزیابی سریع TIA قرار گرفته‌اند	۲. نسبت بیماران TIA با دسترسی به خدمات ارزیابی سریع
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکتی مغزی یا TIA که در یک مرکز درمانی حاد بستری پذیرش شده‌اند	تعداد بیماران سکتی مغزی یا TIA که در بیمارستان پذیرش شده و در هر زمانی از حضور خود در آن، در بخش سکتی مغزی حاد بستری شده‌اند	۳. نسبت بیماران سکتی مغزی یا TIA که در بخش سکتی مغزی حاد بستری شده‌اند
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمام بیماران سکتی مغزی یا TIA که در یک مرکز مراقبت‌های حاد بستری پذیرش شده‌اند	ساعت‌ها/روزها پس از بروز نشانه‌های سکتی مغزی تا اولین تحرکات پس از رسیدن به بیمارستان	۴. فاصله‌ی زمانی بین بروز نشانه‌ها و اولین علائم تحرک
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمام بیماران سکتی مغزی یا TIA که در یک مرکز مراقبت‌های حاد بستری پذیرش شده و قید حیات ترخیص شده‌اند	تعداد بیماران سکتی مغزی که برای رفتن به خانه یا سکونتگاه، بازتوانی بستری، مراقبت‌های طولانی‌مدت، یا سایر مکان‌ها پس از پذیرش بستری به علت سکتی مغزی ترخیص می‌شوند	۵. فاصله‌ی زمانی بین پذیرش و ترخیص tPA (دقیقه) برای بیماران سکتی مغزی ایسکمیک
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکتی مغزی و TIA که در بخش مراقبت‌های حاد بستری شده‌اند	تعداد بیماران سکتی مغزی پذیرش شده در بیمارستان که مستندات تکمیل غربالگری بلع را دارند	۶. درصد بیماران بستری سکتی مغزی که غربالگری بلع در مورد آن‌ها تکمیل شده است

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

نحوه‌ی جمع‌آوری داده چگونه است؟ (الکترونیکی، کاغذی و غیره)

تحلیل داده‌ها چگونه، چه موقع و با چه تناوبی انجام خواهد شد؟

چه کسی نتایج را دریافت می‌کند؟

راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکت‌های مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکت‌های مغزی

پیشگیری ثانویه از سکت‌های مغزی

Authors: Lindsay MP, Norving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group

## پیشگیری از عود سکته مغزی

تمرکز این بخش بر روی ارزیابی و مدیریت ریسک فاکتورهای سکته مغزی و مسائل جسمی، شناختی و عاطفی مداومی است که گریبانگیر نجات‌یافتگان از این حادثه، شامل بیماران مبتلا به سکته مغزی و TIA می‌شود. پیشگیری اولیه از سکته مغزی به طور مستقیم جزو مباحث این بخش نیست. خدمات و فعالیت‌های پیشگیری از سکته مغزی در فاز تحت‌حادث ارائه می‌شود. مراقبت پیشگیرانه از سکته مغزی به طور ایده‌آل با دخالت کارکنان مراقبت سلامت دارای تخصص در زمینه مراقبت سکته مغزی و در هر موقعیتی برای بیماران مبتلا به هر نوع سکته مغزی با هر شدتی صورت می‌گیرد. از جمله این موقعیت‌ها می‌توان به کلینیک‌های پیشگیری، برنامه‌های کاهش خطر عروقی، برنامه‌های مدیریت بیماری‌های مزمن، بیمارستان‌های مراقبت حاد، بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های اولیه و سایر مراکز مستقر در جامعه، و در خانه، بر اساس امکانات موجود، اشاره کرد. در صورت امکان، ابزارهای مورد تأیید آموزشی و پیشگیرانه‌ی گوشی‌های موبایل (مثل، آپ ال ۲۰۱۵ Stroke Riskometer app; Feigin et al) بایستی توسط کارکنان حرفه‌ای و آماتور حوزه‌ی سلامت به کار گرفته شوند.

### چک‌لیست‌های ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته مغزی

لطفاً به منظور بازشناسی شفاف خدمات در حال توسعه یا ارزیابی سکته مغزی خود، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.



منطقه	سازمان تکمیل‌کننده چک‌لیست	شخص مسئول اصلی
محدوده خدمات		اهداف این ارزیابی/نظرات (توسط گروه بومی تکمیل گردد)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ارزیابی استانی/ایالتی/ملی</li> <li><input type="radio"/> ارزیابی منطقه‌ای/محلی</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان بزرگ شهری با خدمات سکته مغزی پیشرفته (خدمات جامع سکته مغزی)</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان‌های جامعه با دسترسی به بعضی از خدمات سکته مغزی</li> <li><input type="radio"/> کلینیک‌های سلامت به عنوان تنها خدمات سلامتی در دسترس</li> <li><input type="radio"/> جامعه‌ی روستایی با کارکنان بهداشتی سیار</li> </ul>		

## الف. دسترسی به منابع و خدمات سکتی مغزی



لطفاً هر کدام از این فهرست‌ها را خوانده و در مقابل همه‌ی خدمات و منابعی که هم‌اکنون برای مراقبت سکتی مغزی در اختیار دارید، تیک بزنید. با اتمام کار، پاسخ‌های خود را برای تعیین جایگاه‌تان در دسته‌بندی خدمات سکتی مغزی بازبینی کنید.

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتی مغزی)
<p><b>تأمین مراقبت‌های بومی بدون هماهنگی با مناطق جغرافیایی تعریف‌شده</b></p> <p><b>دسترسی بسیار محدود به پزشکان برای مهارت‌های ارزیابی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکتی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>آموزش مهارت‌های پایه‌ای در مدیریت عوامل خطر، دارودرمانی و سبک زندگی</li> <li>آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul> <p><b>دسترسی متفاوت به کارکنان مراقبت سلامت (پرستاران و مددکاران)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکتی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul> <p><b>بدون دسترسی به خدمات تشخیصی یا مراقبت‌های بیمارستانی</b></p> <p><b>دسترسی محدود به پایه‌ای‌ترین توصیه‌های پیشگیرانه در مورد سبک زندگی</b></p> <p><b>دسترسی به اینترنت</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>دسترسی به آموزش‌های موبایلی سکتی مغزی (مثل WSA)</li> <li>دسترسی به ابزارهای موبایلی مثل Stroke Riskometer</li> </ul>	<p><b>دسترسی به خدمات تشخیصی پایه‌ای</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تست آزمایشگاهی خون (CBC، الکترولیت‌ها، اوره، گلوکز، PT، INR)</li> <li>الکتروکاردیوگرام ۱۲ لیدی</li> <li>CT اسکن مغز و عروق</li> <li>انجام CT آنژیوگرافی (CTA)</li> <li>اکوکاردیوگرافی</li> <li>سونوگرافی داپلر</li> <li>هولتر مانیتور</li> </ul> <p><b>دسترسی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>مراقبت اولیه</li> <li>مراقبت حاد</li> <li>پرستاران با عملکرد پیشرفته</li> <li>پرستار</li> </ul> <p><b>دسترسی به پزشکانی با تخصص سکتی مغزی (حتی اگر متخصص سکتی مغزی نباشند)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پزشک عمومی/خانواده</li> <li>نورولوژیست</li> <li>جراح مغز و اعصاب</li> <li>متخصص داخلی</li> <li>متخصص قلب</li> <li>متخصص سالمندان</li> <li>طب اورژانس</li> <li>متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>دسترسی مجازی به متخصص سکتی مغزی (telestroke) و رادیولوژی</li> </ul> <p><b>دسترسی به مراقبت سکتی مغزی حاد بستری در جاهایی که بیماران بستری شده‌اند:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پزشکان متخصص سکتی مغزی</li> <li>پرستاران سکتی مغزی</li> <li>کمک پرستاران</li> <li>داروشناس</li> <li>مددکار اجتماعی</li> <li>تیم مراقبت تسکینی</li> <li>فیزیوتراپیست</li> <li>کاردرمان</li> <li>آسیب‌شناس زبان-گفتار</li> </ul>	<p><b>دسترسی به خدمات پیشرفته‌ی تشخیصی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)</li> <li>ظرفیت انجام MR آنژیوگرافی</li> <li>اسکن‌های CT پرفورژون</li> <li>دستگاه‌های ثبت درازمدت ECG</li> </ul> <p><b>دسترسی به پزشکان متخصص سکتی مغزی حاد، پیشگیری یا بازتوانی سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>نورولوژیست</li> <li>متخصص مغز و اعصاب</li> <li>متخصص داخلی</li> <li>نورورادیولوژیست/مداخله‌گر</li> <li>متخصص سالمندان</li> <li>متخصص مراقبت‌های ویژه</li> <li>متخصص قلب</li> <li>متخصص طب اورژانس</li> <li>پزشک عمومی/خانواده</li> <li>برنامه‌ی توسعه و تثبیت صلاحیت‌های مرکزی در مراقبت سکتی مغزی</li> </ul> <p><b>دسترسی به اعضای دیگر تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پرستاران</li> <li>کمک‌پرستاران</li> <li>داروشناس</li> <li>مددکار اجتماعی</li> <li>تیم مراقبت تسکینی</li> <li>(برای کارکنان توانبخشی پایین را ببینید)</li> </ul> <p><b>دسترسی به اعضای دیگر تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی حاد</b></p> <p><b>تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی کامل بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</b></p> <p><b>برنامه‌های آموزش پیشگیری و مدیریت سکتی مغزی برای تمامی سطوح کارکنان مراقبت سلامت</b></p>



خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکته مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکته مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکته مغزی)
	<p><b>دسترسی به خدمات پیشگیری ثانویه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کلینیک‌ها یا متخصصان پیشگیری سازماندهی‌شده</li> <li>• ارزیابی‌های عوامل خطر</li> <li>• مدیریت فشار خون</li> <li>• داروهای ضدپلاکت و ضدلخته</li> <li>• آموزش، تمرین مهارت و دخیل کردن بیمار و خانواده در برنامه‌ریزی مراقبت</li> <li>• بازتوانی مداوم</li> <li>• ارزیابی و مدیریت شناختی</li> <li>• ارزیابی و مدیریت افسردگی</li> </ul> <p><b>تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</b></p> <p><b>برنامه‌های آموزشی سکته مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</b></p>	<p><b>راهبرد و مکانیسم‌های جمع‌آوری داده</b></p> <p><b>تأمین مشاوره‌های مجازی در مورد سکته مغزی برای مراکز کوچک‌تر و دور از شهر</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ثبت‌نام بیماران بستری سکته مغزی حاد</li> <li>• پایگاه داده بیماران بستری سکته مغزی حاد (محلی یا منطقه‌ای)</li> <li>• ثبت‌نام پیشگیری از سکته مغزی</li> <li>• پایگاه داده پیشگیری از سکته مغزی</li> <li>• ثبت‌نام بازتوانی سکته مغزی</li> <li>• پایگاه داده بازتوانی سکته مغزی (محلی یا منطقه‌ای)</li> </ul>

## ب. پیشنهادهای محوری مراقبت سکتی مغزی



برای هر یک از توصیه‌ها، با یک تیک مشخص کنید که کدامیک از وضعیت‌های روتین، در حال توسعه برای پیاده‌سازی، عدم پیاده‌سازی، به این معنا که خدمت/منابع شاید قابل دسترس باشند ولی فعلاً جزو کارهایی نیست که در مرکز شما برای مراقبت از سکتی مغزی انجام می‌شود؛ یا عدم دسترسی به خدمت/منابع/تجهیزات در مرکز و عدم امکان پیاده‌سازی وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
۱. الف بیماران سکتی مغزی حاد باید در بیمارستان پذیرش شوند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱. ب بیماران سکتی مغزی و TIA را از نظر ریسک فاکتورهای بیماری‌های عروقی ارزیابی کنید: پرفشاری خون، دیابت، فیبریلاسیون دهلیزی و هیپرکلسترمی		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱. ج بیماران سکتی مغزی و TIA را از نظر ریسک فاکتورهای بیماری‌های عروقی ارزیابی کنید: بیماری کاروتید، بیماری قلبی		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۲. تأمین اطلاعات و مشاوره درباره‌ی راهبردهای تغییر سبک زندگی برای کاهش خطر عروقی (دخانیات، وزن، تغذیه، دریافت نمک، ورزش، استرس و مصرف الکل)	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. ارجاعات به متخصصین مناسب برای فراهم کردن ارزیابی‌های جامع‌تر و برنامه‌های ساختارمند به منظور مدیریت ریسک فاکتورهای خاص عروقی		☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۴. تمامی بیماران سکتی مغزی یا حمله‌ی گذرای ایسکمیک باید تحت درمان آنتی‌پلاکت برای پیشگیری ثانویه از عود سکتی مغزی قرار گیرند، مگر این که اندیکاسیون درمان آنتی‌کوآگولان وجود داشته باشد (با انجام CT و تشخیص اتیولوژی ایسکمیک)		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۵. تمام بیماران سکتی مغزی یا حمله‌ی گذرای ایسکمیک باید به طور منظم از نظر فشار خون پایش شوند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکته مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
دارودرمانی ضد فشار خون برای تمامی بیماران سکته مغزی برای رساندن فشار خون به اهداف تعیین شده، باید پیش از ترخیص شروع شود.					
۶. یک داروی استاتین باید برای بیشتر بیماران سکته مغزی ایسکمیک یا حمله‌ی گذرای ایسکمیک به منظور پیشگیری ثانویه تجویز گردد.		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۷. سطوح گلیسمیک باید در بیماران دیابتی مبتلا به سکته مغزی یا حمله‌ی گذرای ایسکمیک پایش شود.		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۸. بیماران دیابتی با سکته مغزی یا حمله‌ی ایسکمیک گذرا باید تا رسیدن به هدف گلیسمیک شخصی درمان شوند. در بیشتر موارد، بیماران تا رسیدن به هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) کمتر از ۷٫۵ درصد درمان می‌شوند.		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۹. بیمارانی با فیبریلاسیون یا فلوتر دهلیزی (حمله‌ای، مداوم یا دائمی) باید آنتی‌کوآگولان خوراکی دریافت کنند. آنتی‌کوآگولان‌های مستقیم در AF غیر-عروقی بر وارفارین ترجیح داده شده است.		☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۰. بیماران حمله‌ی ایسکمیک گذرا یا سکته مغزی بدون معلولیت و استنوز ۵۵ تا ۹۹ درصدی یک‌طرفه در کاروتید داخلی باید توسط متخصص سکته مغزی مورد ارزیابی قرار گیرند.		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۱. بیماران انتخاب شده با استنوز ۵۵ تا ۹۹ درصدی یک‌طرفه‌ی کاروتید داخلی باید در اولین فرصت ممکن برای بازسازی مجدد کاروتید ارجاع داده شوند؛ هدف، باز کردن تنگی در هفت تا چهل روز آینده است.			☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

کدامیک از پیشنهادها بالاترین اولویت پیاده‌سازی را برای شما دارد؟

گام‌های بعدی شما برای توسعه و پیاده‌سازی این پیشنهادها چیست؟

## ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکته مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA در یک جمعیت و شرایط تعریف شده (بر اساس مکان، چارچوب زمانی و غیره)	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA که با درمان ضدپلاکت از بخش اورژانس یا بستری ترخیص شده‌اند	۱. نسبت بیماران سکته مغزی ایسکمیک و TIA که داروی ضدپلاکت برای آن‌ها تجویز شده است
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA در یک جمعیت و شرایط تعریف شده (بر اساس مکان، چارچوب زمانی و غیره)	تعداد بیماران سکته مغزی یا TIA در شرایط چارچوب زمانی معین، که داروی کاهنده‌ی چربی برای آن‌ها تجویز شده است	۲. نسبت بیماران سکته مغزی ایسکمیک و TIA که داروی استاتین برای آن‌ها تجویز شده است (شاخص سیستم: دسترس‌پذیری دارودرمانی استاتین در منطقه)
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA در یک جمعیت و شرایط تعریف شده (بر اساس مکان، چارچوب زمانی و غیره)	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA با فیبریلاسیون دهلیزی بدون کنتراندیکاسیون درمان آنتی‌کوآگولان که در شرایط و چارچوب زمانی معین داروی آنتی‌کوآگولان دریافت کرده‌اند	۳. نسبت بیماران سکته مغزی ایسکمیک و TIA که داروی تجویز شده است
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد بیماران تشخیصی داده شده با سکته مغزی و استنوز متوسط تا شدید (۹۹-۵۰٪) در یک جمعیت و شرایط تعریف شده (بر اساس موقعیت، قالب زمانی، و ...)	تعداد بیماران سکته مغزی با استنوز متوسط تا شدید کاروتید که مورد مداخله‌ی کاروتید قرار می‌گیرند	۴. نسبت بیماران سکته مغزی ایسکمیک و TIA با بیماری نواحی کاروتید که تحت عمل بازسازی مجدد کاروتید قرار گرفته‌اند.
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تعداد کلی موارد سکته مغزی ایسکمیک و TIA مبتلا به بیماری‌های نواحی کاروتید که در بخش اورژانس یا بیمارستان پذیرش شده‌اند	میانه‌ی فاصله‌ی زمانی (به روز) از بروز سکته مغزی تا بازسازی مجدد کاروتید برای بیماران سکته مغزی حاد و TIA مبتلا به بیماری‌های نواحی کاروتید (IQR)	۵. فاصله‌ی زمانی از بروز سکته مغزی تا بازسازی مجدد کاروتید

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

نحوه‌ی جمع‌آوری داده چگونه است؟ (الکترونیکی، کاغذی و غیره)

تحلیل داده‌ها چگونه، چه موقع و با چه تناوبی انجام خواهد شد؟

چه کسی نتایج را دریافت می‌کند؟

راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکت‌هی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکت‌هی مغزی

بازتوانی سکت‌هی مغزی

Authors: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group



## بازتوانی سکته مغزی

تمرکز این بخش بر روی تنظیم هدف، ارزیابی، درمان‌ها و سایر مداخلات بازتوانی به منظور ارتقای بهبودی مداوم جسمی، شناختی و عاطفی برای کسانی است که از سکته مغزی نجات یافته‌اند. اهداف بازتوانی سکته مغزی کمک به این بیماران برای بازیابی حداکثر استقلال عملکرد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. بازتوانی سکته مغزی جداً می‌تواند پیامدها را برای این بیماران بهتر کند و باید هدف-محور باشد. خدمات و فعالیت‌های بازتوانی سکته مغزی در فاز تحت‌حادثه ارائه شده، معمولاً مدت کمی بعد از وقوع حادثه با پایدار شدن وضعیت بیمار شروع شده و اثرات آن را می‌توان هفته‌ها، ماه و حتی سال‌ها پس از سکته مغزی مشاهده کرد. بازتوانی سکته مغزی به طور ایده‌آل با دخالت کارکنان مراقبت سلامت دارای تخصص در این زمینه و در بسیاری از موقعیت‌ها، شامل واحدهای توانبخشی بستری، برنامه‌های بازتوانی جامعه-محور، بیمارستان‌های مراقبت حاد، برنامه‌های روزهای خاص و در خانه، بر اساس امکانات موجود انجام می‌گردد.

### چک‌لیست‌های ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته مغزی

لطفاً به منظور بازشناسی شفاف خدمات در حال توسعه یا ارزیابی سکته مغزی خود، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.



منطقه	سازمان تکمیل‌کننده‌ی چک‌لیست	شخص مسئول اصلی
محدوده‌ی خدمات		اهداف این ارزیابی/نظرات (توسط گروه بومی تکمیل گردد)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ارزیابی استانی/ایالتی/ملی</li> <li><input type="radio"/> ارزیابی منطقه‌ای/محلی</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان بزرگ شهری با خدمات سکته مغزی پیشرفته (خدمات جامع سکته مغزی)</li> <li><input type="radio"/> بیمارستان‌های جامعه با دسترسی به بعضی از خدمات سکته مغزی</li> <li><input type="radio"/> کلینیک‌های سلامت به عنوان تنها خدمات سلامتی در دسترس</li> <li><input type="radio"/> جامعه‌ی روستایی با کارکنان بهداشتی سیار</li> </ul>		

## الف. دسترسی به منابع و خدمات سکتی مغزی



لطفاً هر کدام از این فهرست‌ها را خوانده و در مقابل همه‌ی خدمات و منابعی که هم‌اکنون برای مراقبت سکتی مغزی در اختیار دارید، تیک بزنید. با اتمام کار، پاسخ‌های خود را برای تعیین جایگاه‌تان در دسته‌بندی خدمات سکتی مغزی بازبینی کنید.

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتی مغزی)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی بدون هماهنگی با مناطق جغرافیایی تعریف‌شده</li> <li>○ دسترسی بسیار محدود به پزشکان برای مهارت‌های ارزیابی</li> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکتی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>• آموزش مهارت‌های پایه‌ای در مدیریت عوامل خطر، دارودرمانی و سبک زندگی</li> <li>• آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>• آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> <li>○ دسترسی متفاوت به کارکنان مراقبت سلامت (پرستاران و مددکاران)</li> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکتی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>• آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>• آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> <li>○ دسترسی به اینترنت</li> <li>• دسترسی به آموزش‌های موبایلی سکتی مغزی (مثل WSA)</li> <li>• دسترسی به ابزارهای موبایلی مثل Stroke Riskometer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به پزشکیان با تخصص سکتی مغزی (حتی اگر متخصص سکتی مغزی نباشند)</li> <li>• فیزیوتراپی و توانبخشی</li> <li>• پزشک عمومی/خانواده</li> <li>• نورولوژیست</li> <li>• دسترسی مجازی به متخصص سکتی مغزی (telestroke)</li> <li>○ دسترسی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• پرستاران با عملکرد پیشرفته</li> <li>• پرستار</li> <li>○ دسترسی زود هنگام به درمان‌های توانبخشی؛ شامل آموزش متقاطع به پرستاران، کمک‌پرستاران و اعضای خانواده</li> <li>○ دسترسی به خدمات بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• ارزیابی‌های عملکردی زود هنگام، تعیین اهداف و برنامه‌های بازتوانی شخصی‌سازی‌شده</li> <li>• تخت‌های بستری بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• برنامه‌های آموزشی تکنیک‌های ساده‌ی بازتوانی و خود-مدیریتی به بیمار و خانواده</li> <li>• خدمات بازتوانی در خانه برای بیماران سکتی مغزی</li> <li>• خدمات سازماندهی‌شده‌ی مراقبت سکتی مغزی سرپایی</li> <li>• برنامه‌های بومی/خصوصی بازتوانی سکتی مغزی در جامعه</li> <li>• گروه‌های حمایتی بیمار و خانواده</li> <li>○ دسترسی به مراقبت‌های بخش سکتی مغزی (مقیاس WSA):</li> <li>• واحد جغرافیایی معین که وقف مراقبت از بیماران سکتی مغزی شده است</li> <li>- یا مدل خوشه‌بندی بیماران سکتی مغزی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به پزشکان متخصص سکتی مغزی حاد، پیشگیری یا بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• فیزیوتراپی و توانبخشی</li> <li>• نورولوژیست</li> <li>• پزشک عمومی/خانواده</li> <li>• برنامه‌ی توسعه و تثبیت صلاحیت‌ها در زمینه‌ی مراقبت سکتی مغزی</li> <li>○ دسترسی به اعضای تیم بین‌رشته‌ای بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• فیزیوتراپیست</li> <li>• متخصص کاردرمانی</li> <li>• آسیب‌شناس زبان-گفتار</li> <li>• متخصص تفریح‌درمانی</li> <li>• خدمات عصبی-روانی</li> <li>• مددکار اجتماعی</li> <li>• متخصص شغل‌درمانی</li> <li>• دستیاران توانبخشی</li> <li>• پرستاران</li> <li>• کمک‌پرستاران</li> <li>• داروشناس</li> <li>• بقیه _____</li> <li>○ تأمین مشاوره‌های از راه دور برای مراکز کوچک‌تر و روستایی</li> <li>○ منابع چاپی آموزش بیمار سکتی مغزی</li> <li>○ برنامه‌های آموزش پیشگیری و مدیریت سکتی مغزی برای تمامی سطوح کارکنان مراقبت سلامت</li> <li>○ راهبرد و مکانیسم‌های جمع‌آوری داده</li> <li>• ثبت‌نام بازتوانی سکتی مغزی</li> <li>• پایگاه داده بازتوانی سکتی مغزی (محلی یا منطقه‌ای)</li> </ul>

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکتی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکتی مغزی)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اعضای تیم بین‌رشته‌ای سکتی مغزی</li> <li>- پزشکان متخصص سکتی مغزی</li> <li>- پرستاران سکتی مغزی</li> <li>- کمک پرستاران</li> <li>- داروشناس</li> <li>- مددکار اجتماعی</li> <li>- تیم مراقبت تسکینی</li> <li>- فیزیوتراپیست</li> <li>- کاردرمان</li> <li>- آسیب‌شناس زبان-گفتار</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● پروتکل‌هایی برای ارزیابی و تشخیص سریع بیماران سکتی مغزی</li> <li>● پروتکل‌هایی برای راهنمایی مراقبت سکتی مغزی حاد بر اساس بهترین شواهد موجود</li> <li>- ارزیابی‌های پزشکی و پرستاری:</li> <li>- اسکرین بلع</li> <li>- تغذیه، هیدراتاسیون</li> <li>- وضعیت عملکردی، حرکتی و خطر DVT</li> <li>- سطح وابستگی</li> <li>- عملکرد اندام فوقانی و تحتانی، گیت و تعادل</li> <li>- مسائل ارتباطی</li> <li>- نقایص بینایی و ادراکی</li> <li>- عملکرد شناختی</li> <li>- غربالگری و مدیریت خلق و افسردگی</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ملاقات‌های هفتگی بین‌رشته‌ای برای بحث راجع به پیشرفت بیمار در مقابل اهداف درمان؛</li> <li>به‌روزرسانی برنامه‌های مدیریتی</li> <li>● آموزش، تمرین مهارت و دخیل کردن خانواده در طرح‌ریزی مراقبت</li> <li>● برنامه‌ریزی برای ترخیص</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● برنامه‌های آموزشی سکتی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</li> </ul>	

## ب. پیشنهادهای محوری مراقبت سکتی مغزی



برای هر یک از توصیه‌ها، با یک تیک مشخص کنید که کدامیک از وضعیت‌های روتین، در حال توسعه برای پیاده‌سازی، عدم پیاده‌سازی، به این معنا که خدمت/منابع شاید قابل دسترس باشند ولی فعلاً جزو کارهایی نیست که در مرکز شما برای مراقبت از سکتی مغزی انجام می‌شود؛ یا عدم دسترسی به خدمت/منابع/تجهیزات در مرکز و عدم امکان پیاده‌سازی وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
۱. تمامی بیماران سکتی مغزی حاد بایستی برای تعیین نیازهای بازتوانی و دریافت یک برنامه‌ی توانبخشی شخصی ارزیابی عملکردی اولیه را ببینند.		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۲. تمامی بیمارانی که به دنبال سکتی مغزی در بخش توانبخشی بستری شده‌اند باید در یک بخش ویژه برای بازتوانی سکتی مغزی درمان شوند.		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. درمان شامل استفاده‌ی مکرر و فشرده از مهارت‌هایی است که بیمار را برای کسب مهارت‌های فعالیت‌ی مورد نیاز به چالش می‌کشد.	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۴. بیماران باید برای بهبود کارایی در مهارت‌های عملکردی ویژه آموزش انطباقی ببینند (مثل، استفاده از دستگاه‌های مخصوص)	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۵. می‌توان با ورزش‌های طیف حرکت و/یا کششی و موقعیت‌یابی الگوی ضداسپاسم از اسپاستیسیتیه و گرفتگی‌ها پیشگیری و یا آن‌ها را درمان کرد. استفاده‌ی روتین از اسپلینت توصیه نمی‌شود.	☑	☑	☑	سطح شواهد: B سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۶. محافظت و حمایت از دست فلج در هنگام حرکت و محافظت در استفاده از ویلچر یا hemi-tray یا arm trough باید به خانواده و کارکنان سلامت آموزش داده شود.	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۷. بیماران باید از خطر سقوط خود آگاه بوده و موارد احتیاطی را برای جلوگیری از آن دریافت نمایند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۸. بیماران باید از نظر درد پس از سکتی مغزی، از جمله درد مرکزی مداوم و درد شانه و درد سمت متأثر، مورد ارزیابی قرار بگیرند.		☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
۹. بیماران باید از نظر نقایص ارتباطی مورد ارزیابی قرار بگیرند.	✓	✓	✓	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۰. مداخلات جهت ارتقای ارتباط عملکردی برای بیماران مبتلا به آفازی (مثل آموزش خانواده در مورد نیاز به محاوره‌ی مداوم، استفاده از راهبردهای غیرکلامی) بایستی پیاده‌سازی شود.	✓	✓	✓	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۱. بیماران آفازی باید برای درمان شخصی جهت ارتقای توانایی ارتباطی به یک آسیب‌شناس زبان-گفتار ارجاع داده شوند.		✓	✓	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

کدامیک از پیشنهادها بالاترین اولویت پیاده‌سازی را برای شما دارد؟

گام‌های بعدی شما برای توسعه و پیاده‌سازی این پیشنهادها چیست؟

## ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکته مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران پذیرش شده در بخش بستری مراقبت‌های حاد که در قید حیات ترخیص شده‌اند	تناوب توزیع مقیاس modified Rankin برای هر بیمار هنگام ترخیص از مراقبت‌های حاد و ۳ ماه پس از بروز سکته مغزی (ما بعداً از این اطلاعات برای دسته‌بندی MRS ۲۰۰، MRS ۵۰ و MRS ۶۰ استفاده خواهیم کرد)	۱. توزیع امتیازدهی به جمعیت سکته مغزی با مقیاس modified Rankin هنگام ترخیص و ۳ ماه پس از سکته مغزی
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته مغزی و TIA که در بیمارستان توانبخشی بستری شده‌اند	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA که در طی زمان بستری خود در بیمارستان در یک بخش ویژه‌ی توانبخشی درمان شده‌اند	۲. نسبت بیماران سکته مغزی در بازتوانی بستری که در یک بخش توانبخشی بستری درمان شده‌اند.
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته مغزی و TIA که در بیمارستان توانبخشی بستری شده‌اند	میانه‌ی زمان (دقیقه) دریافت درمان مستقیم برای هر بیمار بستری توانبخشی (ابتدا مقدار کل را محاسبه کرده و سپس بر اساس انواع تری‌پ‌ها (مثل PT،OT،SLP) تقسیم کنید.	۳. میانگین میزان دریافت درمان مستقیم از هر رشته‌ی بازتوانی در هر روز (به دقیقه)
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته مغزی و TIA بستری در مرکز بیمارستانی (یا تقسیم‌بندی حاد و بازتوانی)	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA بستری (حاد یا بازتوانی) که در طی اقامت خود حداقل یک بار تجربه‌ی سقوط داشته‌اند	۴. نسبت بیماران سکته مغزی در بیمارستان یا بیمارستان توانبخشی که پس از سکته مغزی یا TIA سابقه‌ی سقوط داشته‌اند.
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته مغزی و TIA بستری (با تقسیم‌بندی حاد و بازتوانی) که حداقل یک بار سابقه‌ی سقوط داشته‌اند	تعداد بیماران سکته مغزی و TIA بستری (حاد یا بازتوانی) که در طی اقامت خود حداقل یک بار تجربه‌ی سقوط داشته و نیاز به مداوا پیدا کرده‌اند	۵. نسبت بیماران سکته مغزی دارای سابقه‌ی سقوط که نیاز به مداوا پیدا کرده‌اند.

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

نحوه‌ی جمع‌آوری داده چگونه است؟ (الکترونیکی، کاغذی و غیره)

تحلیل داده‌ها چگونه، چه موقع و با چه تناوبی انجام خواهد شد؟

چه کسی نتایج را دریافت می‌کند؟



راهنما و برنامه‌ی  
عملیاتی جهانی سکتته‌ی مغزی:  
نقشه‌ی راه مراقبت کیفی سکتته‌ی مغزی

حضور مجدد در جامعه و بهبودی  
طولانی‌مدت

Authors: Lindsay MP, Norving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S  
On Behalf of the Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,  
the Global Stroke Guidelines Working Group, and the Global Stroke Quality  
Working Group

## حضور مجدد در جامعه و بهبودی طولانی مدت

تمرکز این بخش بر روی نجات‌یافتگان سکتی مغزی در فاز تحت‌حاد مراقبت با پایان یافتن مراقبت‌های بستری (حاد و/یا بازتوانی) و بازگشت به جامعه می‌باشد؛ حال چه فرد به محل سکونت خود قبل از وقوع سکتی مغزی برگردد یا به مکانی برود که امکانات بهتری برای مراقبت‌های سلامتی دارد. اهداف حضور مجدد در جامعه تقویت بازگشت فرد به یک سبک زندگی قابل قبول، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و خانگی، بازیابی حداکثر استقلال عملکرد و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد. موفقیت در این فاز برای داشتن پیامدهای بهتر بسیار مهم است؛ بنابراین باید به صورت هدف-محور دنبال گردد. خدمات و فعالیت‌های حضور مجدد در جامعه و مدیریت سکتی مغزی از همان آغاز مراحل ترخیص از بخش بستری شروع شده و دسته‌ای از فعالیت‌های مراقبتی مداوم می‌باشد که سال‌ها پس از بروز سکتی مغزی ادامه خواهد داشت. حضور مجدد در جامعه به طور ایده‌آل با دخالت کارکنان مراقبت سلامت دارای تخصص در زمینه‌ی ریکاوری سکتی مغزی، حمایت اجتماعی و خانوادگی، بازتوانی، فعالیت‌های فراغتی و کیفیت زندگی انجام می‌پذیرد. می‌توان در بسیاری از موقعیت‌ها، شامل برنامه‌های بازتوانی جامعه-محور، برنامه‌های روزهای خاص، برنامه‌های تفریحی، محیط‌های آموزشی، محل کار و در خانه، بر اساس امکانات موجود، شرایط این فاز را فراهم کرد.

### چک‌لیست‌های ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی

لطفاً به منظور بازشناسی شفاف خدمات در حال توسعه یا ارزیابی سکتی مغزی خود، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.



منطقه	سازمان تکمیل‌کننده‌ی چک‌لیست	شخص مسئول اصلی
محدوده‌ی خدمات		اهداف این ارزیابی/نظرات (توسط گروه بومی تکمیل گردد)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ارزیابی استانی/ایالتی/ملی</li> <li>○ ارزیابی منطقه‌ای/محلی</li> <li>○ بیمارستان بزرگ شهری با خدمات سکتی مغزی پیشرفته (خدمات جامع سکتی مغزی)</li> <li>○ بیمارستان‌های جامعه با دسترسی به بعضی از خدمات سکتی مغزی</li> <li>○ کلینیک‌های سلامت به عنوان تنها خدمات سلامتی در دسترس</li> <li>○ جامعه‌ی روستایی با کارکنان بهداشتی سیار</li> </ul>		

## الف. دسترسی به منابع و خدمات سکته‌ی مغزی



لطفاً هر کدام از این فهرست‌ها را خوانده و در مقابل همه‌ی خدمات و منابعی که هم‌اکنون برای مراقبت سکته‌ی مغزی در اختیار دارید، تیک بزنید. با اتمام کار، پاسخ‌های خود را برای تعیین جایگاه‌تان در دسته‌بندی خدمات سکته‌ی مغزی بازبینی کنید.

خدمات بهداشتی حداقل	خدمات اساسی سکته‌ی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل)	خدمات پیشرفته‌ی سکته‌ی مغزی (به‌علاوه‌ی خدمات بهداشتی حداقل و خدمات اساسی سکته‌ی مغزی)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی بدون هماهنگی با مناطق جغرافیایی تعریف‌شده</li> <li>○ دسترسی بسیار محدود به پزشکان برای مهارت‌های ارزیابی                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• تأمین توسعه‌ی مهارت ارزیابی</li> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکته‌ی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>• آموزش مهارت‌های پایه‌ای در مدیریت عوامل خطر، دارودرمانی و سبک زندگی</li> <li>• آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>• آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul> </li> <li>○ دسترسی متفاوت به کارکنان مراقبت سلامت (پرستاران و مددکاران)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• تأمین مهارت‌های ارزیابی عوامل خطر سکته‌ی مغزی: فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی (بررسی نبض)، ورزش، الکل، رژیم غذایی (با توجه به شرایط)</li> <li>• آموزش تکنیک‌های پایه‌ای بازتوانی، حرکت و موقعیت‌یابی که می‌توان به خانواده محول کرد</li> <li>• آموزش پایه‌ای در زمینه‌ی اسکرین بلع و مدیریت دیسفاژی و درجه حرارت بدن</li> </ul> </li> <li>○ بدون دسترسی به خدمات تشخیصی یا مراقبت‌های بیمارستانی</li> <li>○ دسترسی محدود به پایه‌ای‌ترین توصیه‌های پیشگیرانه در مورد سبک زندگی</li> <li>○ دسترسی به اینترنت                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• دسترسی به آموزش‌های موبایلی سکته‌ی مغزی (مثل WSA)</li> <li>• دسترسی به ابزارهای موبایلی مثل Stroke Riskometer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به پرستار و ارزیابی پرستاری با آموزش بازتوانی سکته‌ی مغزی                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• شرایط مراقبت‌های اولیه</li> <li>• پرستاران با عملکرد پیشرفته</li> <li>• پرستار</li> </ul> </li> <li>○ توانایی دسترسی دوباره به پزشکانی با تخصص در زمینه‌ی سکته‌ی مغزی (با این که امکان دارد متخصص سکته‌ی مغزی نباشند)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• پزشک عمومی/خانواده</li> <li>• نورولوژیست</li> <li>• جراح مغز و اعصاب</li> <li>• متخصص داخلی</li> <li>• متخصص قلب</li> <li>• متخصص سالمندان</li> <li>• طب اورژانس</li> <li>• فیزیوتراپی و توانبخشی</li> <li>• دسترسی مجازی به متخصص سکته‌ی مغزی (telestroke)</li> <li>• پروتکل‌هایی برای راهنمایی مراقبت سکته‌ی مغزی حاد بر اساس بهترین شواهد موجود</li> <li>- ارزیابی‌های پزشکی و پرستاری:</li> <li>- سابقه‌ی گذشته</li> <li>- اسکرین بلع</li> <li>- تغذیه، هیدراتاسیون</li> <li>- وضعیت عملکردی، حرکتی و خطر DVT</li> <li>- سطح وابستگی</li> <li>- یکپارچگی پوستی</li> <li>- اختیار دفع مدفوع و ادرار</li> <li>• آموزش، تمرین مهارت و دخیل کردن خانواده در طرح‌ریزی مراقبت</li> <li>• برنامه‌ریزی برای ترخیص</li> </ul> </li> <li>○ دسترسی به روش‌های پیشگیری سکته‌ی مغزی مثل آسپرین، تغییرات سبک زندگی، مدیریت سکته‌ی مغزی</li> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی محدود بین مناطق جغرافیایی جدا از هم</li> <li>○ برنامه‌های آموزشی سکته‌ی مغزی برای کارکنان نظام سلامت در تمام سطوح</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ دسترسی به برنامه‌های داخل جامعه برای بهبودی سکته‌ی مغزی                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• تخت‌های بستری بازتوانی سکته‌ی مغزی</li> <li>• برنامه‌های ترخیص زودهنگام</li> <li>• خدمات مراقبتی داخل خانه برای بیماران سکته‌ی مغزی</li> <li>• خدمات سازماندهی‌شده‌ی مراقبت‌های سرپایی سکته‌ی مغزی</li> <li>• برنامه‌های بومی/خصوصی توانبخشی برای بیماران سکته‌ی مغزی داخل جامعه</li> <li>• گروه‌های حمایتی بیمار و خانواده</li> <li>• کلینیک‌های پیشگیری از سکته‌ی مغزی</li> <li>• بازتوانی شغلی</li> </ul> </li> <li>○ تأمین مراقبت‌های بومی با هماهنگی کامل بین مناطق جغرافیایی جدا از هم                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پیشرفته‌ی سکته‌ی مغزی برای مراکز کوچک‌تر در حد معقول</li> <li>• مسیریایی که انتقال بیماران سکته‌ی مغزی را به سطوح بالاتر با پایین در صورت نیاز فراهم کند</li> <li>• سیستم ارجاع هماهنگ</li> <li>• تأمین مشاوره‌های مجازی در مورد سکته‌ی مغزی برای مراکز کوچک‌تر و دور از شهر</li> <li>• موافقت‌های گذر مخصوص آمبولانس در محل</li> <li>• موافقت‌نامه‌ی بازگردانی بیمار به محل زندگی</li> <li>• منابع آموزشی چایی که باید در اختیار بیمار قرار بگیرد</li> <li>○ برنامه‌های آموزش پیشگیری و مدیریت سکته‌ی مغزی برای تمامی سطوح کارکنان مراقبت سلامت</li> <li>○ راهبرد و مکانیسم‌های جمع‌آوری داده                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ثبت‌نام بیماران بستری سکته‌ی مغزی حاد</li> <li>• پایگاه داده بیماران بستری سکته‌ی مغزی حاد (محلی یا منطقه‌ای)</li> <li>• ثبت‌نام پیشگیری از سکته‌ی مغزی</li> <li>• پایگاه داده پیشگیری از سکته‌ی مغزی</li> <li>• ثبت‌نام بازتوانی سکته‌ی مغزی</li> <li>• پایگاه داده بازتوانی سکته‌ی مغزی (محلی یا منطقه‌ای)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## ب. پیشنهادهای محوری مراقبت سکتی مغزی



برای هر یک از توصیه‌ها، با یک تیک مشخص کنید که کدامیک از وضعیت‌های روتین، در حال توسعه برای پیاده‌سازی، عدم پیاده‌سازی، به این معنا که خدمت/منابع شاید قابل دسترس باشند ولی فعلاً جزو کارهایی نیست که در مرکز شما برای مراقبت از سکتی مغزی انجام می‌شود؛ یا عدم دسترسی به خدمت/منابع/تجهیزات در مرکز و عدم امکان پیاده‌سازی وجود دارد.

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکتی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکتی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
۱. تمامی افرادی که تجربه‌ی سکتی مغزی دارند، باید از نظر نشانه‌های افسردگی غربالگری شوند (به طور ایده‌آل، با یک ابزار اعتبارسنجی شده)		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۲. افرادی که به دنبال ارزیابی رسمی با اختلال افسردگی تشخیص داده می‌شوند، با برای مداخلات درمانی - دارودرمانی، مشاوره یا ترکیبی از این دو - در نظر گرفته شوند.		☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. الف بیماران سکتی مغزی باید از نظر وضعیت شناختی غربالگری شوند.		☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۳. ب افراد مبتلا به اختلال شناختی باید بازتوانی شناختی مختص نقایص خود را دریافت کنند.		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۴. بیماران نجات‌یافته از سکتی مغزی، خانواده و مددکاران غیررسمی آن‌ها، باید برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته با تیم درمانی همکاری داشته باشند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۵. بیماران، خانواده‌ها و مددکاران غیررسمی باید متناسب با فاز گذاری که در آن هستند، اطلاعات، آموزش‌ها، تمرینات و حمایت‌های لازم را دریافت نمایند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: A	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۶. بیماران، خانواده‌ها و مددکاران غیررسمی با در تعیین اهداف شرکت داشته باشند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۷. افرادی با سکتی مغزی که در جامعه زندگی می‌کنند، باید برای پیشگیری از بدتر شدن عارضه، ارزیابی بازتوانی، به حداکثر رساندن پیامدهای عملکردی و روانی و ارتقای کیفیت زندگی، به طور منظم، پیش مداوم و فالوآپ را داشته باشند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای نظام سلامت و شناسایی سکته‌ی مغزی	سطح قابل اجرای ظرفیت خدمات سلامت برای مراقبت سکته‌ی مغزی			شواهد پشتیبان	خود ارزیابی
	حداقلی	اساسی	پیشرفته		
۸. بیماران سکته‌ی مغزی پس‌ساحد که شاهد تغییر/کاهش در وضعیت عملکردی خود هستند، باید دوباره مورد ارزیابی قرار بگیرند؛ حتی اگر چند ماه بیشتر از سکته‌ی مغزی نگذشته باشد.		☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۹. بیماران سکته‌ی مغزی پس از بازگشت به جامعه و در نقاط گذار، در طی ویزیت‌های خود باید از نظر خستگی پس از سکته‌ی مغزی ارزیابی گردند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: C	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی
۱۰. بیماران، خانواده و مددکاران غیررسمی که خستگی پس از سکته‌ی مغزی را تجربه می‌کنند، باید راهبردهای حفظ انرژی و مدیریت خستگی را یاد بگیرند.	☑	☑	☑	سطح شواهد: B	<input type="checkbox"/> آماده به کار <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم پیاده‌سازی <input type="checkbox"/> عدم دسترسی

کدامیک از پیشنهادها بالاترین اولویت پیاده‌سازی را برای شما دارد؟

گام‌های بعدی شما برای توسعه و پیاده‌سازی این پیشنهادها چیست؟

## ج. شاخص‌های کلیدی کیفیت در مراقبت سکته‌ی مغزی



برای هر شاخص کیفی، مشخص کنید که جمع‌آوری منظم و فعال داده‌ها انجام می‌شود؛ یا فرآیندهای جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها در حال توسعه می‌باشد؛ یا داده‌ها در دسترس بوده ولی در حال حاضر جمع‌آوری نمی‌شود؛ داده‌های شاخص مورد نظر در کل قابل گردآوری و گزارش نیستند. لطفاً مناسب‌ترین گزینه را برای هر شاخص انتخاب کنید.

خود ارزیابی	مخرج کسر	صورت کسر	سنجش عملکرد
ب. بهبودی طولانی مدت از سکته‌ی مغزی			
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته‌ی مغزی و TIA که در قید حیات ترخیص شده و به جامعه بازگشته‌اند	تعداد بیماران با مستندات ارزیابی‌های فالوآپ توسط کارکنان مراقبت سلامت	۱. نسبت بیماران با مستندات فالوآپ و بررسی‌ها جامع (مثل، چک‌لیست پسا سکته‌ی مغزی)
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته‌ی مغزی و TIA که در قید حیات ترخیص شده و به جامعه بازگشته‌اند	تعداد بیماران با تشخیص افسردگی که پس از ۶ ماه یا ۱ سال از وقوع سکته‌ی مغزی ثبت شده‌اند	۲. درصد بیماران سکته‌ی مغزی با تشخیص افسردگی پس از ۶ ماه و ۱ سال از وقوع سکته‌ی مغزی
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته‌ی مغزی و TIA که در قید حیات ترخیص شده و به جامعه بازگشته‌اند	تعداد بیماران با ارزیابی شناختی که پس از ۶ ماه یا ۱ سال از وقوع سکته‌ی مغزی ثبت شده‌اند	۳. درصد بیماران سکته‌ی مغزی با تشخیص اختلال شناختی جدید پس از ۶ ماه و ۱ سال از وقوع سکته‌ی مغزی
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته‌ی مغزی و TIA که در قید حیات ترخیص شده و به جامعه بازگشته‌اند	تعداد بیماران با عدم موفقیت مقابله با عوارض بیماری که پس از ۶ ماه یا ۱ سال از وقوع سکته‌ی مغزی ثبت شده‌اند	۴. درصد بیماران و خانواده‌های سکته‌ی مغزی که پس از ۶ ماه و ۱ سال از وقوع سکته‌ی مغزی تاب مقابله با آن را نیاورده‌اند
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته‌ی مغزی و TIA که در قید حیات ترخیص شده و به جامعه بازگشته‌اند	تعداد بیماران با ویریت فالوآپ برای سکته‌ی مغزی یا TIA که ۶ ماه پس از ترخیص از بیمارستان مراقبتی حد ثبت شده‌اند	۵. شواهد مستند ملاقات‌های فالوآپ با یکی از اعضای تیم مراقبت سکته‌ی مغزی، تقریباً ۶ هفته پس از ترخیص
<input type="checkbox"/> گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> در حال توسعه <input type="checkbox"/> عدم گردآوری داده‌ها <input type="checkbox"/> عدم دستیابی به داده‌ها	تمامی بیماران سکته‌ی مغزی و TIA که در قید حیات ترخیص شده و به جامعه بازگشته‌اند	تعداد بیمارانی که در عرض ۶ ماه یا ۱ سال پس از ثبت سکته‌ی مغزی یا TIA، در یک مرکز مراقبت‌های طولانی مدت پذیرش شده‌اند	۶. درصد بیماران سکته‌ی مغزی که به جامعه بازگشته و در عرض ۶ ماه یا ۱ سال نیاز به مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت پیدا کرده‌اند (توجه: شاید روزهای سکونت در جامعه قبل از بازگشت نیز محاسبه شود).

کدام شاخص‌ها برای شما اولویت دارند؟

مسئول جمع‌آوری داده کیست؟

نحوه‌ی جمع‌آوری داده چگونه است؟ (الکترونیکی، کاغذی و غیره)

تحلیل داده‌ها چگونه، چه موقع و با چه تناوبی انجام خواهد شد؟

چه کسی نتایج را دریافت می‌کند؟



# ضمیمه ۱

## مراحل تطبیق راهنمای جهانی مراقبت سکته مغزی WSO برای استفاده بومی

### تطبیق راهنمای جهانی مراقبت سکته مغزی WSO برای استفاده بومی

راهنمای جهانی مراقبت سکته مغزی WSO مراقبت ایده‌آل از سکته مغزی را در یک سلسله تعریف می‌کند. این راهنما سرفصل‌هایی را که شواهد سطح بالا، از اثربخشی آن‌ها دفاع می‌کنند یا محرک‌های کلیدی سیستم در نظر گرفته می‌شوند، برجسته کرده است. تجربه‌ی ما می‌گوید که کاربران راهنما و برنامه‌ی عملیاتی مراقبت سکته مغزی WSO می‌توانند تنها بخشی از توصیه‌ها را پیاده‌سازی کنند، و/یا در یک زمان مشخص توانایی کار بر روی برخی از بخش‌های سلسله مراقبت‌های سکته مغزی (همانطور که در چارچوب بالا تعریف شده است) را دارند.

راهنماهای بالینی برای توانمندسازی اعمال شواهد در کار بالین تولید می‌شوند. بررسی‌های سکته مغزی در سراسر جهان به کرات نشان داده که خلأ گسترده‌ای از کشورها بین چیزی که شواهد بهترین عملکرد در برابر سکته مغزی نشان می‌دهند، و چیزی که در واقع اتفاق می‌افتد وجود دارد. بخشی از اهداف راهنماهای مراقبت سکته مغزی WSO تسهیل و پیاده‌سازی شواهد در عمل، حمایت از اتخاذ تصمیمات بالینی، تبیین روش‌های درمانی سودمند و تأثیرگذاری بر سیاسی‌گذاری عمومی می‌باشد (Kastner et al 2011). درک و پیاده‌سازی دستورالعمل‌های مراقبت سکته مغزی باید از یک فرآیند اعتبارسنجی شده و بسیاری دقیق‌ی پیروی کند. راهنمای جهانی سکته مغزی و کمیته‌ی کیفیت WSO چارچوبی را برای یاری رساندن به گروه‌ها در پیاده‌سازی دستورالعمل‌ها توسعه داده‌اند. این چارچوب بر اساس مدل‌های موجودی مثل مدل ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009) و ابزار ارزیابی راهنماهای (AGREE Trust, 2010) تعریف شده است.

نمودار جریان زیر مراحل را که هر گروه بومی، منطقه‌ای یا ملی باید برای استفاده‌ی خود از راهنمای مراقبت سکته مغزی WSO طی بکند، توصیف کرده است. سپس جزئیات هر مرحله را از نظر خواهیم گذراند. این بخش همچنین لینک منابع مفید را در صورت نیاز به اطلاعات جزئی‌تر در اختیار شما قرار می‌دهد.

در نواحی با محدودیت منابع، بعضی از مراحل شاید نادیده گرفته شده و یا برخی از آن‌ها با هم ادغام شوند. سبک سنگین کردن منافع و خطرات انجام آن‌هاست که اهمیت دارد. برای مثال، در تأسیس کار گروه، شاید تصمیم بر کوچک بودن آن باشد؛ اگرچه، همچنان باید از رشته‌های تخصصی مختلف نماینده‌ای در آن حضور داشته باشد.

## راحل بومی‌سازی راهنمای جهانی مراقبت سکتهدی مغزی WSO و برنامه‌ی عملیاتی برای استفاده‌ی بومی

تشکیل کار گروه	حصول اطمینان از آگاهی سایر متصدیان جستجوی متخصصان سایر حوزه‌های مؤثر
تبیین محدوده و سرفصل‌ها	شناسایی مراحل مناسب سلسله مراقبت‌های سکتهدی مغزی انتخاب سرفصل‌های اصلی مورد بحث در راهنمای بومی
یافتن بهترین شواهد	مرور و انتخاب راهنماهای بالینی مناسب از کشورهای همکار راهنمای مراقبت از سکتهدی مغزی WSO به عنوان اساس توسعه‌ی بومی استفاده از مرور شواهد در دسترس راهنماهای جهانی موجود جستجوی شواهد به‌روز اضافی
برآورد و گردآوری شواهد	پیروی از فرآیند سیستمیک برای برآورد کیفیت و قابلیت شواهد جدید
انتخاب دستورالعمل‌ها و اعمال تغییر مورد نیاز مطابق با زمینه‌ی بومی	بالاترین حد شفافیت و اختصار ممکن اضافه نمودن محتوای انتقادی برای پوشش محدوده‌ی عمل (ضمیمه‌ی اول) ارتباط دادن شواهد با توصیه‌ها
رایزنی و بازبینی خارجی	تبادل افکار با کاربران نهایی، رهبران سیستم و سرمایه‌گذاران بازبینی خارجی توسط متخصصانی که در کار توسعه و بومی‌سازی اصلی دخیل نباشند.
انتشار و پیاده‌سازی	تأمین ابزارهای لازم برای پیاده‌سازی تأمین آموزش و تمرین مهارت برای تمام افراد دخیل در ارائه‌ی مراقبت
راهبرد ارزیابی	شناسایی شاخص‌های کلیدی کیفیت به منظور ارزیابی پیاده‌سازی و پیامدها روی بیمار مکانیسم جمع‌آوری داده از طریق فرآیند ثبت‌نام یا بازرسی معمولی

## مراحل درک و پیاده‌سازی راهنما و برنامه‌ی عملیاتی جهانی سکتی مغزی WSO همراه با جزئیات

### ۱/۰ تشکیل کار گروه

راهنماها بایستی توسط گروهی از افراد با تخصص‌های گسترده‌ی مربوط به سرفصل‌های آن توسعه داده شوند. افرادی که باید مد نظر قرار بگیرند در دستنامه‌های توسعه‌ی راهنماها (به لینک‌های موجود در انتهای این مجموعه مراجعه کنید) پیدا می‌شوند. نحوه‌ی تعامل افراد گروه با یکدیگر می‌تواند اثر به‌خصوصی روی پیامدهای فرآیند داشته باشد.

به منظور مراقبت سکتی مغزی، کارکنان مراقبت سلامت رشته‌های ذیل بایستی برای شرکت در توسعه‌ی راهنما در نظر گرفته شوند: پزشکی (نورولوژی، داخلی، اورژانس، مراقبت‌های اولیه، روانپزشکی)، پرستاری، توانبخشی (فیزیوتراپیست، متخصص کاردرمانی، آسیب‌شناس زبان-گفتار، کمک‌توانبخش)، مددکار اجتماعی، روانشناسی و داروشناسی. سایر رشته‌ها و رهبران سیستم‌ها نیز بسته به فاز(های) این سلسله ممکن است در راهنما دخیل شوند. شامل کردن نجات‌یافتگان سکتی مغزی و کسانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند نیز حائز اهمیت است.

### نکات کاربردی:

- با سازمان‌های حرفه‌ای تماس برقرار کرده و دستورالعمل‌های نماینده‌ی آن حرفه را با تخصص در زمینه‌ی سکتی مغزی درخواست نمایید
- اطمینان حاصل کنید که درباره‌ی تمامی متصدیان مراقبت سکتی مغزی فکر کرده‌اید؛ مثل پزشک مراقبت‌های اولیه، مدیریت بیمارستان و غیره
- تا حد ممکن گروه‌های توسعه را باید با اندازه‌ی قابل مدیریت تشکیل داد (۶-۱۰ نفر)
- متخصصان امور توسعه‌ی راهنمای سکتی مغزی در سایر حوزه‌ها نیز حضور دارند. در صورت نیاز به متخصصان اضافی در گروه، شاید نیاز شود تا با کمیته‌ی مدیریت راهنماهای جهانی سکتی مغزی تماس بگیرید تا شما را به متخصصان راهنمای سکتی مغزی در کشور یا منطقه ارجاع دهند

### ۲/۰ تعریف محدوده و سرفصل‌ها

معمولاً با تشکیل گروه، ایده‌های خوبی برای تعریف سرفصل‌های راهنما پیشنهاد داده می‌شود. توافق دقیق روی سؤالات/سرفصل‌هایی که باید به آن‌ها پرداخته شود بسیار اهمیت دارد؛ چون این تصمیم به جستجو و نقد شما جهت خواهد داد.

مراقبت سکتی مغزی سلسله مراقبت‌های کامل را از پیشگیری اولیه تا بهبودی طولانی‌مدت و حضور مجدد در جامعه دربرمی‌گیرد. محدوده‌ی هر مجموعه‌ی راهنمایی می‌تواند بخش‌هایی از این سلسله را در بر گرفته یا جامع‌تر باشد.

### نکات کاربردی:

- راهنماهای موجود برای سکتی مغزی را مورد بازبینی قرار داده و نزدیک‌ترین آن‌ها را به سرفصل‌های خودتان شناسایی کنید. با این راهنماها شروع کرده و آن‌ها را با نیازهای خود تطابق دهید
- هرچقدر تعداد سرفصل‌ها بالاتر باشد، توسعه‌ی راهنما کار بیشتری می‌طلبد
- از تفهیم منابع و چارچوب زمانی به اعضای گروه و توافق آن‌ها روی شمول سرفصل‌های کلیدی مطمئن شوید
- برای دسترسی به سرفصل‌های معمول، به راهنماهای موجود مراجعه کنید تا قادر به استخراج خلاصه‌ی شواهد باشید (به لیست سرفصل‌های حیاتی ضمیمه‌ی ۲ که باید در هر بخش از سلسله به آن‌ها پرداخته شود، مراجعه کنید).
- درباره‌ی وسعت و عمق محتوای هر کدام از سرفصل‌ها (سطح ریزگی و میزان جزئیات هر دستورالعمل) تصمیم‌گیری کنید
- لیست راهنماهای موجود سکتی مغزی در ضمیمه‌ی یک وجود دارد

## ۳/۰ بهترین شواهد را بیابید

به مانند بیشتر پژوهش‌ها، کیفیت و قابلیت اعتمادپذیری یک راهنما بر اساس روش‌های کاهش سوگیری آن تعیین می‌شود. یافتن و نقد به‌روزترین شواهد، احتمالاً مهم‌ترین بخش توسعه‌ی یک راهنماست و نیازمند روشی نظام‌مند است. طی جستجوی شواهد، قویاً پیشنهاد می‌شود که فرآیند جستجوی به کمک فردی متخصص در زمینه‌ی جستجوی متون انجام شود. به منظور تکمیل این مرحله، گروه کاری بایستی سؤالاتی را که قصد پاسخگویی به آن‌ها را دارند، طرح نموده و سرفصل‌های مدنظر خود را به وضوح بیان کنند. سؤالات معمولاً بر روی اثرات یک مداخله‌ی خاص متمرکز شده و به سه قسمت تقسیم می‌شوند: مداخله، جمعیت و پیامد. برای مثال "تأثیر داروهای ضدصرع در کاهش تشنج افراد مبتلا به تشنج‌های پس از سکتهدی مغزی چیست؟" در این نمونه، درمان ضدصرع همان مداخله، کاهش تشنج‌های پس از سکتهدی مغزی پیامد بوده، و جمعیت، افراد مبتلا به تشنج‌های پس از سکتهدی مغزی می‌باشد.

هر چه سؤالات و عبارات خاص باشند، شناسایی مطالعات مربوطه برای متخصص اطلاعات سهل‌تر خواهد بود. جستجوی مطالعات باید شامل: الف) پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیک (برای مثال، Cochrane, MEDLINE, CINAHL و EMBASE) صفحه‌ی ۱۴ دستنامه‌ی انجمن پزشکی کانادا (ب) با متخصصان بین‌المللی در زمینه و حوزه‌های مختص سرفصل‌های مورد توجه تماس بگیرید (ج) جستجوی دستی در ژورنال‌های کلیدی و فهرست‌های منابع و مقالات و سایر راهنماهای مربوط به سکتهدی مغزی جستجو به انبوه مقالات تحقیقی خواهد انجامید؛ مخصوصاً برای سرفصل‌هایی مثل هیپرتانسیون. معیارهای دیگری باید برای باریک کردن بازه‌ی مقالاتی که قرار است به طور جزئی مورد نقد قرار بگیرند، تعیین شود.

## استفاده از جستجوهای موجود به عنوان نقطه‌ی آغاز

راهی جایگزین و ساده‌تر برای یافتن بهترین شواهد، مخصوصاً در زمان کمبود منابع، بهره بردن از جستجوهای است که توسط یک راهنمای موجود انجام شده است. خلاصه‌ی شواهد معمولاً توسط گروه‌های توسعه‌ی راهنما تولید می‌شود. گروه توسعه‌ی راهنمای شما می‌تواند با گروه دیگری تماس برقرار کرده و جداول جستجو یا شواهد را درخواست نمایند. به عنوان جایگزین، شاید تصمیم مبنی بر استفاده از این خلاصه‌ها باشد، ولی با جستجوهای بعدی از مطالعاتی که جدیداً منتشر شده، تکمیل گردد. این روش به صورت قابل ملاحظه‌ای زمان، تلاش و منابع را بدون پایین آوردن کیفیت کاهش می‌دهد.

وقتی تصمیم بر آن شد تا از به‌روزرسانی جستجوهای انجام شده در راهنماهای قبلی استفاده شود، مهم است که این جستجوهای قوی بوده باشند. ابزار AGREE معیار است که به شما اجازه می‌دهد تا کیفیت فرآیند مورد استفاده را در توسعه‌ی یک راهنمای موجود شناسایی کنید.<sup>۱</sup> اگر چندین راهنما برای استفاده وجود دارند، می‌توانید با استفاده از ابزار AGREE بهترین آن‌ها را که از نظام‌مندترین فرآیند توسعه بهره برده است، انتخاب نمایید (برای راهنماهای سکتهدی مغزی موجود ضمیمه ۳ را ببینید). این فرآیند همچنین می‌تواند به شناسایی راهنماهای دیگری کمک نماید که شباهت بیشتری به جمعیت یا منابع در دسترس شما دارند تا تطابق و پرورش آن‌ها را درخورتر سازد.

## نکات کاربردی:



- اگر جستجوی خودتان را خواهید داشت، از یک متخصص اطلاعات مجرب در این زمینه کمک بگیرید.
- از راهنماهای موجود با کیفیت خوب در صورت امکان شناسایی شواهد کلیدی برای یک سرفصل خاص استفاده کنید. برای اطلاعات بیشتر و اشتراک منابع ممکن با توسعه‌دهندگان پیشین تماس برقرار کنید.
- اگر از یک راهنمای موجود استفاده شود، هم می‌توان جستجوی مطالعات منتشر شده بعد از آن را انجام داد و هم می‌تواند به جستجوی همان راهنما اکتفا کرد.
- بدون توجه به روش، باید تحقیقات در حال پیدایش که شاید جداً محتوا و جهت دستورالعمل‌ها را تغییر دهند، مورد شناسایی قرار گیرند. این کار خطر عقب ماندگی منسوخ‌شدگی راهنماها را حتی قبل از نهایی و پیاده‌سازی آن‌ها کاهش می‌دهد.
- همواره هدف‌تان پیدا کردن و استفاده از بالاترین سطح شواهد (مرورهای نظام‌مند) باشد. جایی که این تحقیقات موجود باشد، دیگر نیازی به شواهد بیشتر نیست.
- یک لیست از پیش آمده شده از معیارهای شمول داشته باشید تا نتایج جستجوها را در موضع هدف و قابل‌مدیریت نگه دارید.

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010. Dec 2010; 182:E839- 842. doi:10.1503/090449

## ۴/۰ گردآوری و نقد شواهد

با شناسایی متون کلیدی، گروه کاری بایستی شواهد حاصل از جستجوی اولیه‌ی متون را مورد بازبینی قرار داده و یافته‌های هر سرفصل را خلاصه کند. پس از شناسایی شواهد، قویاً پیشنهاد می‌شود که روشی سیستمیک برای نقد شواهد در پیش گرفته شود. گروه کاری باید از همان ابتدا بر روی روش مورد استفاده در راهنمایی درجه‌بندی شواهد و شکل دادن به دستورالعمل‌ها توافق کنند. اعضای گروه باید با سیستم درجه‌بندی انتخابی آشنایی داشته باشند. بیشتر توسعه‌دهندگان راهنمای سکتی مغزی از فرآیند مشابهی استفاده می‌کنند که توسط شبکه‌ی راهنماهای بین‌دانشگاهی اسکاتلند (SIGN) تعیین شده است - لینک دستنامه‌ی راهنمای SIGN را در بخش منابع ببینید.

چندین پایگاه اطلاعاتی همچنین خلاصه‌ی شواهد را درمورد سرفصل‌های انتخابی فراهم کرده‌اند. مثل:

[www.effectivestrokecare.org](http://www.effectivestrokecare.org)

[www.strokingengine.org](http://www.strokingengine.org)

[www.ebrsr.com](http://www.ebrsr.com)

## نکات کاربردی:



- خلاصه‌ی شواهد از راهنما/های موجود می‌تواند برای تسهیل جمع‌آوری شواهد سرفصل‌های خاص استفاده شود.
- هر جا که ممکن بود از نقد شواهد موجود و منابع خلاصه استفاده کنید.
- سطوح شواهد شاید در راهنماهای مختلف، به طرز متفاوتی ثبت شده باشند. روش ترجیحی خود را انتخاب کرده و آن را به طور پیوسته به همه‌ی شواهد اعمال کنید.

## ۵/۰ انتخاب دستورالعمل‌ها و تغییر آن‌ها مطابق با نیازهای بومی

با شناسایی و خلاصه کردن شواهد، گروه کاری باید دستورالعمل‌های هر سرفصل را استخراج نماید. شفافیت و رابطه‌ی بین دستورالعمل‌ها و شواهد باید حفظ گردد. درجه‌بندی قدرت دستورالعمل‌ها نیز مفید بوده و سیستم‌های متنوعی در سراسر دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد (دستنامه‌های مختلف را برای جزئیات بیشتر ببینید).

تحقیقات پیشنهاد می‌کنند که یک فرآیند رسمی برای شکل دادن به نتیجه‌گیری‌ها/دستورالعمل‌ها بهتر از یک فرآیند اجماع غیررسمی است (برای مثال، این کار سوگیری بالقوه را برای پیشنهادها قوی از طرف یک یا دو نفر از اعضای گروه به حداقل می‌رساند). دو روش اجماع رسمی تکنیک گروه اسمی و رویکرد دلفی هستند. اطلاعات بیشتر درمورد این اپروچ‌ها را می‌تواند در منابع توسعه‌ی راهنما پیدا کرد.

اگر برای شناسایی و جمع‌بندی شواهد از راهنماهای موجود استفاده می‌کنید، روش ADAPTE پیشنهاد می‌کند<sup>۲</sup> که:

- کل یک راهنما و دستورالعمل‌های آن را بپذیرید؛
- تنها جمع‌بندی شواهد را پذیرفته و دستورالعمل‌ها را خودتان بنویسید؛
- تنها بعضی از دستورالعمل‌ها را بپذیرید؛
- دستورالعمل‌های ویژه را تغییر دهید.

ارجاع دادن به منابع و فرآیندهای به کار رفته حائز اهمیت است. در صورت تطابق دادن یک راهنمای موجود، برقراری تماس با گروه توسعه‌ی دهنده‌ی اصلی با هدف کسب اجازه‌ی استفاده از راهنما، بحث بر روی هر گونه تغییرات لازم (برای حصول اطمینان از مناسب بودن شواهد با شرایط بومی)، بهره بردن از پیشنهادها سودمند و درس‌هایی که در طی توسعه‌ی راهنما یاد گرفته‌اند، بسیار ضروری است.

ADAPTE: manual for guideline adaptation. ADAPTE Group; 2007. <http://www.adapte.org> .2

## نکات کاربردی:



- تمامی بیانات دستورالعمل‌ها باید شفاف، دقیق و تنها بر سر یک مبحث، عملکرد یا مداخله باشد.
- از ابهام دوری کنید.
- دستورالعمل کارهایی را که نباید صورت گیرد، نیز اضافه کنید (برای مثال، فلان روش پیشنهاد نمی‌شود)
- اضافه کردن یک جمع‌بندی مختصر از شواهد برای هر سرفصل مثل دستورالعمل/ها سودمند است.
- مخصوصاً دستورالعمل‌ها را به شواهد مرتبط کنید (هر جا ممکن بود به سطح قدرت شواهد و دستورالعمل‌ها اشاره کنید)
- هر جا ممکن و مناسب بود، جمله‌بندی دستورالعمل‌های خود را با سایر دستورالعمل‌های مربوط به سکتهدی مغزی که توسط گروه‌های دیگری در حوزه‌ی شما تولید شده، یکی کنید (مثل گروه دیابت، پرفشاری خون و راهنماهای بومی مرتبط با پیشگیری اولیه)
- اضافه کردن شاخص‌های عملکردی نیز می‌تواند پایگاه‌ها را به پیش پیروی از راهنماها تشویق کند.
- گزارش واضح کارهایی که انجام شده شفافیت و اعتماد را در راهنما افزایش می‌دهد.
- تمام دستورالعمل‌ها را با مستندات مربوطه، مثل اساس کار، دلالت‌های سیستم، معیارهای عملکردی و جمع‌بندی شواهد، ارائه دهید.

## ۶/۰ مشاوره و بازبینی خارجی

گرفتن بازخورد از تمام کسانی که از راهنما استفاده خواهند کرد (کارکنان بالین، مدیران، مجموعه‌های حرفه‌ای) پیش از انتشار عمومی یک راهنما حائز اهمیت است. این فرآیند می‌تواند جمله‌بندی دستورالعمل‌ها را بهتر، بقیه را سهیم کرده و با نهایی‌سازی کار درک آن را تسهیل می‌نماید. این کار همچنین به وجهه و محتوا اعتبار بخشیده و فرصتی را برای شناساندن زمینه‌های بالقوه‌ی مورد بحث، پیش از انتشار فراهم می‌سازد؛ بدین ترتیب گروه توسعه‌ی راهنما می‌تواند برای پاسخ دادن به این مسائل بالقوه آماده گردد. مرور نظام‌مند تمامی بازخوردها و جمع‌بندی تغییرات نهایی نیز مهم است. با تکمیل همه‌ی مشاوره و به‌روزرسانی‌ها، سند نهایی را می‌توان برای تأیید مراجع مربوطه و مجموعه‌های حرفه‌ای تسلیم کرد. تجربه نشان داده که این تأیید، پذیرش و درک کار را ارتقا می‌بخشد.

## نکات کاربردی:



- تا می‌توانید مشاوره بگیرید. این کار باعث می‌شود بقیه از کار توسعه‌ی راهنما باخبر شوند. همچنین باعث می‌شود افراد حرفه‌ای در زمینه‌ی مربوطه فراموش نشوند.
- شفافیت در فرآیند بازبینی خارجی همچنین اعتبار فرآیند توسعه‌ی راهنما را بالا می‌برد.
- از کسانی مشاوره بخواهید که مستقیماً در کار توسعه دخیل نبوده‌اند، حتی اگر سایر اعضای گروه آن‌ها به طور رسمی در فرآیند دخیل باشند.
- برقراری تماس در اولین فرصت ممکن، با مراجع مربوطه و مجموعه‌های حرفه‌ای در تمام طول مدت فرآیند سودمند است. شاید این مراجع متذکر نکاتی شوند که باید طی فرآیند توسعه رعایت گردد.
- قدردانی به طور عمومی، مثل ظهورنویسی‌ها و اضافه کردن آن‌ها به مستندات راهنما می‌تواند پذیرش و درک آن را افزایش دهد.

## ۷/۰ انتشار و پیاده‌سازی

پس از تکمیل کار، راهنما باید به صورت گسترده در دسترس قرار گیرد. در اولین فرصت ممکن پس از در دسترس قرار گرفتن راهنما، راهبردی باید برای انتشار آن اتخاذ کرد. فهرستی از متصدیان آماده کرده و راهنما را در اختیار آن‌ها قرار دهید.

اغلب سازمان‌ها یک بسته‌ی انتشار تهیه می‌کنند که علاوه بر سند اصلی، جمع‌بندی و خلاصه‌ی آن را هم به همراه دارد. رونوشت‌های الکترونیکی هر منبعی باید در اختیار سازمان‌ها و شبکه‌های بهداشتی مربوطه قرار گیرد. انتشار خلاصه‌ای از راهنما در یک ژورنال نیز انتخاب دیگری برای شماس است.

توسعه‌ی یک راهنمای کیفی به طور خودکار معادل استفاده‌ی بیشتر نیست و بیشتر راهبردها برای پیاده‌سازی این راهنماها، در بهترین حالت خود، تنها تأثیرات متوسطی را به وجود می‌آورند. همزمان با توسعه‌ی محتوای راهنما، باید به فکر برنامه‌ی پیاده‌سازی آن نیز بود. راهنماها باید همراه با سایر راهبردها برای تشویق به فهم آن‌ها پیاده‌سازی شوند؛ راهبردهایی مثل آموزش حرفه‌ای، بازرسی و بازخورد و اگر ممکن بود، اعتبارسنجی. چالشی که وجود دارد استفاده از اپروچ سیستم‌هایی است که راهنماها را با جمع‌آوری داده‌ی کیفی، پیاده‌سازی چندجانبه‌ی تأثیربخش و مکانیسمی برای ارزیابی ارتباط دهد. فرصت‌های زیادی برای یاد گرفتن از کشورهای وجود دارد که به صورت روتین راهنماها را توسعه داده و از آن‌ها استفاده می‌کنند. راهبردهای ارتقای جذب راهنماها در بسیاری از دستنامه‌ی راهنماهای موجود (مثلاً، صفحه‌ی ۴۵ راهنمای SIGN را ببینید) و بخش منابع این دستنامه بحث شده است.

### نکات کاربردی:



- از ارتباطات و شبکه‌های گروه کاری خود برای انتشار و ارتقای راهنما استفاده کنید.
- در نظر گرفتن زود هنگام پیاده‌سازی در این فرآیند می‌تواند به چگونگی نگارش دستورالعمل‌ها و ارتقای جذب آن‌ها کمک نماید.

### ۸/۰ ارزیابی

ارزیابی ارائه‌ی مراقبت سکتی مغزی مؤلفه‌ی اساسی برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی می‌باشد. جمع‌آوری اطلاعات کلیدی درباره‌ی مراقبت سکتی مغزی و پیامدهای بیمار با روشی نظام‌مند توان ارتقای مداوم را در ارائه‌ی مراقبت به شما داده و اطلاعات لازم برای توسعه‌ی هر چه بیشتر خدمات و منابع سکتی مغزی فراهم می‌آورد. هدف اطلاعاتی که ارائه شد، افزایش پیوستگی و استانداردسازی اندازه‌گیری عملکرد مراقبتی برای سکتی مغزی، و فراهم آوردن فرصت‌های مقایسه‌ی بین گروهی و توسعه‌ی معیارهای معتبر برای گروه‌های درخورد می‌باشد.

### نکات کاربردی:



- به منظور توسعه‌ی فرآیندهای مناسب بازرسی و بازخورد، با تحلیلگران داده و متخصصان ارزیابی همکاری کنید. این کار می‌تواند بسیار پایه‌ای و پیچیده باشد.

## ضمیمه ۲

تعاریف محوری مورد (کیس) حاد سکته مغزی



## تعاریف کیفی

**استانداردهای مراقبتی:** اساس مقایسه در سنجش یا قضاوت ظرفیت، کیفیت، محتوا یا گستره‌ی یک هدف یا فعالیت خاص هستند. در صورتی که شواهدی موجود نبود، می‌توان از نظرات متخصصان کمک گرفت. استانداردها را به عنوان نیازمندی‌های اساسی یک حرفه‌ی مراقبت از سلامت در نظر گرفته و معمولاً به شکل خطوط مشی، روش‌ها (پروسیجرها) و استاندارد مستندات در نظر می‌گیرند. استانداردهای مراقبت مشخصات حداقل قابل‌پذیرش از چیزی را تبیین می‌کند که مراقبت کیفی را تشکیل می‌دهد.

این استانداردها مدیریت شایسته را بر اساس شواهد علمی قوی و همکاری بین متخصصان مراقبت سلامت، دخیل در درمان یک عارضه، تعیین می‌کنند. استانداردهای مراقبت سطحی را که در آن یک تأمین‌کننده‌ی متوسط محتاط در یک جامعه باید کار کند و چگونگی مدیریت مراقبت از بیمار را در شرایط مشابه توسط متخصصان تأیید شده تعریف می‌نماید.

**شاخص کیفیت:** یک معیار عینی از کیفیت خدمات درمانی که برای پشتیبانی از خود-ارزیابی و ارتقای کیفیت در سطح تأمین‌کننده، بیمارستان یا سیستم‌ها توسعه داده می‌شود (نیروی اجرایی اندازه‌گیری عملکرد ACC/AHA)

**معیار (بنچمارک):** سطحی از عملکرد که به عنوان استاندارد عالی برای یک فرآیند مراقبتی یا پیامد در نظر گرفته شده و برای مقایسه‌ی گروه‌ها استفاده می‌شود. بنچمارک‌ها مقادیر استاندارد را فراهم می‌کنند که به وسیله‌ی آن‌ها می‌توان چیزی را اندازه‌گیری، مقایسه یا قضاوت کرد. برای شناسایی بنچمارک‌ها تکنیک‌های متفاوتی وجود دارد، از جمله: تحقیق تأیید اعتبار و روش‌های آماری؛ شناسایی مجریان برتر؛ و عملکرد پیشین خود سازمان.

**هدف:** سطحی از عملکرد است که هدف یک سازمان، نائل شدن به آن در یک دوره‌ی زمانی خاص می‌باشد. مقداری بین سطح عملکرد واقعی فعلی و بنچمارک است، ولی امکان دارد که با بنچمارک برابری کرده یا حتی از آن بالاتر برود. مقادیر هدف با توجه به استانداردهای مراقبتی، منابع و محدودیت‌ها را وارد محاسبه می‌کنند.

**آستانه:** حداقل سطح قابل قبول از عملکرد است. میزان عملکردی زیر سطح آستانه ضعیف در نظر گرفته شده و باید تصحیح گردد.

\*\*میزان عملکرد خارج از آستانه - بالا یا پایین‌تر چیزی که توسط اندازه‌گیری ویژه تعریف شده، عملکرد ضعیف در نظر گرفته می‌شوند.

• ارزیابی ارائه‌ی مراقبت سکتی مغزی جزء تشکیل‌دهنده‌ی اساسی هر سیستم مراقبتی سازماندهی شده‌ای است؛ فرقی ندارد اندازه‌ی آن بزرگ باشد یا کوچک. موارد قابل توجه برای ارزیابی بایستی زود هنگام، در فرآیند برنامه‌ریزی تعیین شوند تا مکانیسم‌های جمع‌آوری داده جزوی از خدمات سکتی مغزی و برنامه‌ی پیاده‌سازی راهنما باشد.

• به عنوان بخشی از راهنما و برنامه‌ی عملیاتی جهانی مراقبت سکتی مغزی WSO، کدهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها برای شناسایی موارد مناسب سکتی مغزی به منظور شامل کردن آن‌ها در راهبرد سنجش عملکرد در سکتی مغزی انتخاب شده‌اند (جدول زیر را ببینید). یک دسته‌ی مرکزی از معیارهای عملکردی پشت سر فرآیند برای انتخاب بهترین توصیه‌ها شناسایی می‌شود. این شاخص‌های کلیدی کیفیت سکتی مغزی در این نقشه‌ی راه برای افزایش تمرکز، ثبات و استانداردسازی سنجش مراقبت سکتی مغزی در بین حوزه‌های متفاوت فراهم شده است. امید می‌رود حداقل این اطلاعات برای توسعه‌ی معیارها (بنچمارک‌های) جهانی ارائه‌ی خدمات سکتی مغزی در سطوح حداقلی، اساسی و پیشرفته، و کمک به تحریک ارتقای تلاش‌های جهانی از طریق اتخاذ تصمیم آگاهانه و برنامه‌ریزی سیستم مورد استفاده قرار گیرد.

• برای توسعه‌ی شاخص‌های کیفی راهبرد سنجش مراقبت بومی مؤثر از سکتی مغزی، چندین مؤلفه را باید در نظر داشت:

• تعاریف مورد مبتلا به سکتی مغزی را مشخص کنید  
• معیارهای شمول و خروج را برای جمعیت بیمار هدف (نوع سکتی مغزی، سن، جنسیت، شرایط، فاز مراقبتی و غیره) تعیین کنید

• شاخص‌های کیفی کلیدی را از لیست WSO در زیر پیدا کرده و شاخص‌های دیگری را برای کفایت پوشش محدوده‌ی خدمات ارائه شده و مسئولیت‌پذیری اضافه کنید

• مؤلفه‌ها و روش‌های مورد نیاز اطلاعاتی را شناسایی کنید تا مطمئن شوید که همه‌ی مؤلفه‌های مورد نیاز برای محاسبه‌ی شاخص‌های کلیدی جمع‌آوری می‌شوند

• مخزن و روش شناسی گردآوری داده را مشخص کنید (چه کسی، چه زمانی، چگونه و در کدام بیماراران اطلاعات را ثبت خواهد کرد)  
• برای گردآوری، تحلیل و گزارش اطلاعات چارچوب زمانی تعیین کنید

• ساختار و قالب گزارش را تعیین کنید (در صورت امکان، کارت‌های گزارشی پیشخوان آنلان باید در نظر گرفته شوند)

• برنامه‌ی انتشار و مکاتبه‌ی نتایج تحلیل داده‌ها را به تمامی سطوح تأمین‌کنندگان، تصمیم‌گیران و جمعیت بیمار ایجاد کنید  
• در سطح بومی، تأمین‌کنندگان و/یا تیم‌های مراقبت سکتی مغزی باید با کارکنان بومی جمع‌آوری و گزارش اطلاعات سلامت درباره‌ی چگونگی ثبت تمامی موارد سکتی مغزی به توافق برسند تا کیفیت، تمامیت و دقت بهینه‌ی داده‌ها تضمین گردد.

## کدهای شناسایی مورد سکتی مغزی حاد، آپدیت ۲۰۱۶\*

گروه	طبقه‌بندی اصلی سکتی مغزی حاد	ICD-9	کدهای ICD-10 (v2015)
<b>"سکتی مغزی حاد" - تعاریف به‌روزشده‌ی انتخاب‌شده‌ی مورد، آگوست ۲۰۱۶</b> تمام طبقه‌بندی‌های سکتی مغزی که در زیر با عنوان "معقولانه‌ترین تشخیص" در DAD یا به عنوان مشکل اصلی در NACRS برای شمول در کوهورت‌های سکتی مغزی حاد به منظور محاسبه‌ی شاخص‌های کلیدی کیفیت مراقبت سکتی مغزی HSF فهرست شده‌اند، اعتبار دارند؛ مگر این که اندیکاسیون دیگری باشد			
a	هموراژ زیرعنکبوتیه	430	160 (شامل تمام زیرکدها)
b	هموراژ داخل مغزی	431	161 (شامل تمام زیرکدها)
c	آنفارکتوس مغزی (سکتی مغزی ایسکمیک)	433	163 (شامل تمام زیرکدها)
d	سکتی مغزی، بدون اختصاص هموراژ یا آنفارکتوس	434	164 <sup>iii</sup>
e	انسداد شریان رتینال مرکزی (سکتی مغزی ایسکمیک)	436	H34.1
f	حملات ایسکمیک گذرای مغزی و سندرم‌های مربوطه (سکتی مغزی ایسکمیک)	435	G45 iv (بدون زیر کد G45.4)
g	انسدادهای گذرای شریان رتینال مرکزی (سکتی مغزی ایسکمیک)		H.34.0
کدهای زیر برای اتیولوژی ترومبوز وریدی مغز، بسته به هدف و جمعیت مورد توجه آنالیز می‌تواند در انتخاب کیس سکتی مغزی شامل یا خارج گردد.			
i	آنفارکتوس مغزی به دلیل ترومبوز وریدی مغز، غیرعفونی		163.6
j	ترومبوز غیرعفونی سیستم وریدی داخل مغزی	437.6	167.6
k	فلبیت و ترومبوفلبیت داخل مغزی	325	G08
Z-code های زیر (DAD) می‌توانند به عنوان معقولانه‌ترین تشخیص (MRDx, DAD) اختصاص یافته و هنگام همراهی یک کد تشخیصی سکتی مغزی حاد به عنوان "سایر تشخیص‌ها" با تشخیص نوع 1، نوع 2، نوع 3 یا نوع X، Y، W بایستی اضافه گردند			
l	مراقبت‌های مربوط به روش‌های بازتوانی	-	Z50 Z50.2، Z50.3 (بدون زیرکدهای Z50.4)
m	سایر مراقبت‌های پزشکی: مراقبت تسکینی	-	Z51.5 <sup>vi, vii</sup>
n	نقاهت پس از سایر درمان‌ها	-	Z54.8
o	نقاهت پس از درمان غیرویژه	-	Z54.9

## نکات قابل توجه در ارتباط با انتخاب کد سکته‌ی مغزی حاد

i	برای بیشتر معیارهای عملکردی، <b>تمرکز اولیه</b> بر روی بیمارانی است که سکته‌ی مغزی هموراژیک یا ایسکمیک یا TIA را در جامعه تجربه کرده و در نتیجه‌ی آن به بیمارستان آورده می‌شوند. برخی اوقات اتفاق می‌افتد که بیمار بستری در بیمارستان به علت دیگر سکته‌ی مغزی کند. شمول یا خروج موارد سکته‌ی مغزی داخل بیمارستان به هدف معیار یا جمعیت هدف بستگی دارد.
ii	عوارض طبقه‌بندی ۱۶۲ به غیر از هموراژ داخل مغزی غیرتروماتیک سکته‌ی مغزی حاد در نظر گرفته نمی‌شوند و بنابراین نباید آن‌ها را در هیچ کدام از تعاریف موارد، کوهورت‌های شناسایی یا تحلیل داده‌ی سکته‌ی مغزی حاد وارد کرد.
iii	<b>۱۶۴</b> نباید به صورت روتین برای کد کردن موارد سکته‌ی مغزی مورد استفاده قرار گیرد. ۱۶۴ تنها برای زمانی است که: <ul style="list-style-type: none"> <li>• تصویربرداری تشخیصی هنوز انجام نشده باشد (بیمار فوت کرده یا منتقل شود)</li> <li>• تصویربرداری تشخیصی به نتیجه‌ای نرسد</li> <li>• بیمار منتقل شده و اطلاعات انتقال نوع سکته‌ی مغزی را نشان ندهد</li> </ul> متخصصان بالین باید تمام تلاش خود برای تعیین نوع هموراژیک یا ایسکمیک سکته‌ی مغزی به عمل آورند. ثبت‌کنندگان اطلاعات سلامتی بایستی خلاصه‌ی ترخیص، گزارش‌ها و نتیجه‌گیری تصویربرداری‌های تشخیصی مربوطه را به منظور تعیین نوع سکته‌ی مغزی به دقت بررسی کنند.
iv	هنگام محاسبه‌ی <b>نرخ مرگ و میر</b> سکته‌ی مغزی، TIA را نباید حساب کرد یا باید آن را با دسته‌بندی جداگانه و نه در ترکیب با کدهای سکته‌ی مغزی حاد در نظر گرفت.
v	<b>موارد خاص - بازتوانی:</b> وقتی بیماری برای سکته‌ی مغزی حاد درمان می‌شود، از جمله مراقبت بازتوانی، شرایطی وجود دارد که کد ICD10 Z برای مراقبت بازتوانی می‌تواند بسته به کدبندی‌های بومی، با تعریف مسئولانه‌ترین تشخیص برابری کند. این موارد هر کجا که ممکن بود باید مشمول بخشی از کوهورت سکته‌ی مغزی حاد شوند. تیم‌های مراقبت سکته‌ی مغزی باید با کارکنان بومی جمع‌آوری و گزارش اطلاعات سلامت درباره‌ی چگونگی ثبت تمامی موارد سکته‌ی مغزی به توافق برسند تا کیفیت، تمامیت و دقت بهینه‌ی داده‌ها تضمین گردد.
vi	<b>موارد خاص - مراقبت تسکینی:</b> هر جا که بیماران سکته‌ی مغزی حاد مراقبت‌های تسکینی را در طول اپیزود مراقبتی و در همان مرکز به علت شدت سکته‌ی مغزی و/یا سایر مشخصه‌های بالینی دریافت کنند، کد ICD10 مربوط به مراقبت‌های تسکینی، Z51/5، باید ثبت گردد. این موارد هر کجا که ممکن بود باید مشمول بخشی از کوهورت سکته‌ی مغزی حاد شوند.
vii	<b>نرخ مرگ و میر</b> برای بیمارانی که خدمات تسکینی دریافت می‌کنند، بالاتر از میزان مرگ و میر کلی موارد غیر تسکینی سکته‌ی مغزی است. بنابراین: <p>هنگام محاسبه‌ی نرخ کلی مرگ و میر سکته‌ی مغزی، هر جا که کد Z51/5 مراقبت تسکینی به عنوان MRDx ثبت شده و سکته‌ی مغزی تشخیص ثانویه باشد، مشمول شدن این موارد به محدوده و هدف تحلیل بستگی دارد.</p> <p>هنگام محاسبه‌ی نرخ مرگ و میر سکته‌ی مغزی برای بیمارانی که فرآیندهای فعال مراقبت سکته‌ی مغزی را به عنوان معیار اثربخشی ارائه‌ی مراقبت دریافت کرده‌اند، مواردی که مراقبت تسکینی Z51/5 به عنوان MRDx ثبت شده و سکته‌ی مغزی با کد الحاقی ثبت شود و مراقبت یا درمان فعال سکته‌ی مغزی حاد در کار نباشد، این موارد باید کنار گذاشته شوند (مثل بیماران سکته‌ی مغزی با حال وخیم که مستقیماً و بدون درمان حاد فعال به بخش مراقبت‌های تسکینی مراجعه می‌کنند).</p>

منابع:

Heart and Stroke Foundation of Canada Quality of Stroke Care in Canada Stroke Key Quality Indicator and Case Definitions Manual 2016 ([www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca)); and, Valery Feigin et al Global Burden of Disease stroke case definitions (Lancet 2015;385(9963):117-171. Online supplement page 280

## کدهای بررسی‌های مربوط به سکته‌ی مغزی را انتخاب کنید\*

بررسی‌های سکته‌ی مغزی	کدهای مداخله برای ICD9	کد مداخله (برای ICD10)
اسکن CT	۸۷/۰۳	3AN20 Brain 3ER20 Head
MRI	۸۸/۹۱	3AN40 Brain 3ER40 Head
رادیوگرافی قفسه سینه (CXR)	۸۷/۴۹، ۸۷/۴۴، ۸۷/۳۹	3GY10
ECG ۱۲ لیدی	۸۹/۵۲	2HZ24.JA-KE
پایش قلبی مداوم (با لوپ رکورد یا مانیتور قابل کاشت قلبی)	-	HZ.24.GP-XJ.2 (کاتتریزاسیون قلبی) HZ.24.HA-XJ.2 (زیرجلدی)
هولتر مونیتر		HZ.24.JA-KH.2
داپلر کاروتید	۸۸/۷۱	3JE30
داپلر پا	۸۸/۷۷	3KG30
اکوکاردیوگرام (۲D) اکوکاردیوگرام (TEE)	۸۸/۷۲	3IP30
تجویز tPA	۹۹/۱۰	1ZZ35HAC1 (IV) 1JW35HAC1 (IA)
پروسیجر جراحی اندآرتکتومی کاروتید	۵۰/۱۲	JE.57.LA.1

بررسی‌ها یا پروسیجرهای مربوط به سکته مغزی	توصیف عنوان کد مداخله	کد مداخله (ICD10 برای tPA)
تجویز آلتپلاز (tPA)		
تجویز آلتپلاز (tPA) - داخل‌وریدی	دارودرمانی، کل بدن، اپروچ پوستی [داخل‌عضلانی، داخل‌وریدی، زیرجلدی، داخل پوستی] با استفاده از عامل ترومبولیتیک	ZZ.35.HA.1C.1
تجویز آلتپلاز (tPA) - شریانی	دارودرمانی (موضعی)، تزریق جلدی به عروق داخل‌مغزی با استفاده از عامل ترومبولیتیک	JW.35.HA.1C.1
<p>زیرمجموعه‌ی بررسی‌ها و پروسیجرهای ذیل باید به طور مداوم در بیماران سکته مغزی حاد که پروسیجرهای داخل‌عروقی حاد برای انسدادهای عروق بزرگ روی آن‌ها انجام می‌شود، به کار برده شود. تفاوت‌های کدهای مهمی برای این پروسیجر نسبتاً نوین پیدا شده است. اگر سازمان شما تأمین‌کننده‌ی پروسیجرهای داخل‌عروقی حاد برای انسدادهای عروق بزرگ است، شما باید یک خط‌مشی یا پروتکل برای کدهای به تمامی این پروسیجرها با استفاده از مناسب‌ترین کد از بین کدهای زیر توسعه دهید.*</p>		
ترومبکتومی اندووسکولار مغزی (بازآوری لخته)*	استخراج، شریان کاروتید با استفاده از اپروچ ترانس‌لومینال جلدی. شامل ترومبکتومی مکانیکال	^^-JE.57-GQ.1
	استخراج، عروق داخل‌جمجمه‌ای، با استفاده از اپروچ ترانس‌لومینال جلدی و دستگاه NEC شامل ترومبکتومی مکانیکال	JW.57.GP-GX.1
	استخراج، سایر عروق سر، گردن و نخاع NEC، با استفاده از اپروچ ترانس‌لومینال جلدی و دستگاه NEC	JX. 57.GP-GX.1
اتساع اندووسکولار مغزی	اتساع، عروق داخل‌جمجمه‌ای با استفاده از اپروچ ترانس‌لومینال و دستگاه NEC. به جز: آن‌هایی که با استخراجند (JW.57.GP-GX.1 را ببینید)	^^-JW.50.GP.1
	اتساع، سایر عروق سر، گردن و نخاع NEC با استفاده از اپروچ ترانس‌لومینال جلدی به جز: آن‌هایی که با استخراجند (JX.57.GP-GX.1 را ببینید)	^^-JX.50.GP.1
	اتساع، شریان کاروتید با استفاده از اپروچ شریانی ترانس‌لومینال. به جز: آن‌هایی که با استخراجند (مثلاً اندآرتکتومی) (^^-JE.57.GQ.1 را ببینید)	^^-JE.50.GQ.1
اتساع و استنت‌گذاری اندووسکولار کاروتید	اتساع، شریان کاروتید با استفاده از اپروچ ترانس‌لومینال جلدی بالون دیلاتور با (تعبیبه) استنت (اندووسکولار)	JE.50.GQ-OA.1

منابع:

Heart and Stroke Foundation of Canada Quality of Stroke Care in Canada Stroke Key Quality Indicator and Case Definitions Manual 2016 ([www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca))

# درباره‌ی سازمان جهانی سکته‌ی مغزی

رویای ما، جهانی بدون سکته‌ی مغزی است.

## مأموریت ما:

مأموریت سازمان جهانی سکته‌ی مغزی، کاهش اثرات جهانی سکته‌ی مغزی از طریق پیشگیری، درمان و مراقبت بلند مدت است. ما تلاش می‌کنیم تا اثرات سکته‌ی مغزی بر روی افراد، خانواده و جامعه‌شان را کاهش دهیم. اعضای ما، با اقدامات مشترک سعی در افزایش آگاهی از خطرات سکته‌ی مغزی و بهبود درمان و مراقبت از آن را دارند. ما معتقدیم، کاهش بار جهانی سکته‌ی مغزی، جهان را به مکانی سالم‌تر برای تمامی افراد تبدیل می‌کند.

## شرکای تجاری

کمپین سازمان جهانی سکته‌ی مغزی از طریق حمایت‌های مالی سخاوتمندانه‌ی شرکای تجاری‌اش محقق شده است.

PLATINUM PLUS SPONSOR PARTNER

Medtronic

PLATINUM SPONSOR PARTNER



GOLDEN SPONSOR PARTNERS



BRONZE SPONSOR PARTNERS



Maria Grupper  
Executive Officer  
World Stroke Organization  
rue Francois Vernonnex ,7  
PO Box 6053  
CH 1211 Geneva 6, Switzerland Email:  
mgrupper@kenes.com



بازگردانی گایدلاین به فارسی:  
VirtualDr Scientific Society  
www.VirtualDr.ir

[www.world-stroke.org](http://www.world-stroke.org)