Iranian Journal of Breast Diseases. 2024; 17(3):33-54

Original Article

Development and validation of clinical practice guidelines to provide sexual and reproductive health services for breast cancer survivors in Iran

Solmaz Roshandel[1], Minoor Lamyian[2], Seyed Ali Azin[3], Eesa Mohammadi[4], Shahpar Haghighat[5]*

[1]Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2]Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[3]Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, ACECR, Tehran, Iran
[4]Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[5]Breast Cancer Research Center, Motamed Cancer Institute, ACECR, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Breast cancer survivors often encounter significant challenges in sexual and reproductive health, which necessitates specialized care. The present study aimed to develop and validate clinical practice guidelines for delivering tailored sexual and reproductive health services to breast cancer survivors in Iran.

Methods: The present work is part of a three-phase study conducted using sequential exploratory mixed methods. The first phase aimed to identify the sexual and reproductive health needs of breast cancer survivors and the ways in which they receive related services. The results of the qualitative research conducted in this phase were published earlier. In the subsequent steps, which have been mentioned in the current work, the authors first did a systematic review to find the clinical practice guidelines available in the world that deal with the sexual and reproductive health of breast cancer survivors. Then, the draft of the clinical practice guidelines was developed using the findings of the qualitative study, systematic review, and the opinions of the expert panel members. The validity of guidelines was determined using the AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) instrument.

Results: The developed clinical practice guidelines encompass 76 recommendations across six sections: general recommendations, sexual health, body image, early menopause, contraception, and reproductive health. The guidelines scored over 86% in all domains of the AGREE II instrument; all assessors recommended the guidelines for use, with or without minor modifications.

Conclusion: These clinical practice guidelines are not only tailored and validated but also provide a comprehensive framework for addressing the specific sexual and reproductive health needs of breast cancer survivors in Iran. These guidelines can serve as a valuable scientific and practical resource.

Keywords: Breast cancer, Sexual and reproductive health Services, Clinical practice guidelines

Received: 2024/05/04
Accepted: 2024/09/11

***Corresponding Author:**
haghighat@acecr.ac.ir

Ethics Approval:
IR.MODARES.Rec 1397.207

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

Copyright © 2024 Roshandel et al. Published by Breast Cancer Recearch Center, ACECR
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Introduction

Breast cancer survivors face many problems related to sexual and reproductive health. However, they often do not receive sufficient care, resulting in a gap between their needs and the response of the healthcare system [1]. Implementing evidence-based clinical practice guidelines is a crucial strategy to address this gap. These guidelines, obtained from systematic reviews of available evidence, provide recommendations for optimizing patient care by evaluating the benefits and harms of various treatment options [2]. The objective of this research was to develop and validate clinical practice guidelines tailored to the specific needs of breast cancer survivors in Iran, drawing upon both local context and international clinical guidelines.

Materials and Methods

This work presents findings from a part of a three-phase research project that was conducted using a sequential exploratory mixed method. The purpose of the first phase was to explain the sexual and reproductive health needs of breast cancer survivors and how to receive related services using the qualitative content analysis method. The results of this phase have been published before [3]. In the second phase, a systematic review was conducted to identify global clinical practice guidelines for providing sexual and reproductive health services to breast cancer survivors. In the third phase, the clinical practice guidelines are developed and validated based on the results of Phases I and II and the opinions of the expert panel. In the present study, the second and third stages of the main study were addressed.

In order to draft clinical practice guidelines, first, the clinical question was developed. The main clinical question was: what services (prevention, screening, diagnosis, and management) related to maintaining, monitoring, and promoting the sexual and reproductive health of breast cancer survivors are essential according to the local conditions of Iran? Then, clinical recommendations were derived from globally recognized clinical practice guidelines. Finally, consensus among experts was achieved using Delphi methods and a nominal group technique. To this end, the draft clinical practice guidelines and accompanying scientific documents were circulated among a group of experts, who were invited to provide their feedback. Subsequently, an expert panel was convened. During this meeting, a brief report outlining the development process, areas of consensus and disagreement, and expert suggestions were presented. In order to address any remaining discrepancies and generate additional ideas, a nominal group technique was employed to facilitate consensus building.

The AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) instrument, a 23-item tool assessing six quality domains (scope and purpose, stakeholder participation, rigor of development, clarity of presentation, applicability, and editorial independence), was used to validate the clinical practice guidelines. Each criterion is rated on a 7-point scale from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). Following the domain-level assessment, participants provided an overall evaluation of the guidelines and indicated whether they would recommend their use in their current form or with modifications [4].

The clinical practice guidelines were validated by expert panel members, experts outside the panel, and service providers. Expert panel members and non-expert panelists completed all items of the AGREE II instrument, while service providers focused on the clarity, practicality, and overall evaluation questions.

Results

First, the systematic review identified 1524 articles; a total of 1463 remained after duplicate removal, and among them, 1194 were excluded based on title screening. The remaining 269 articles were assessed by abstract and full-text, resulting in the identification of 60 clinical practice guidelines or articles related to sexual and reproductive health in breast cancer survivors. Finally, six

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

clinical practice guidelines were selected as references based on up-to-dateness, developer credibility, English availability, and a minimum score of 40% in Domain 3 of the AGREE II instrument.

The recommendations in the clinical practice guidelines were divided into six sections: general, sexual health, body image, premature menopause, contraception, and reproductive health. While all recommendations met the necessary quorum for acceptance during the internal review phase, the authors carefully considered all written comments and suggestions from expert panelists, categorizing them into two following groups:

1) Recommendations that had suggestions for minor amendments (27 items).

2) Recommendations that some participants disagreed with due to their expertise (13 items).

The research team incorporated the necessary revisions to the recommendations in the first group and categorized the disputed recommendations from the second group for presentation to the expert panel.

These recommendations were presented to the expert panel, where necessary modifications were made. Finally, the modified recommendations were put to a vote. Those that received more than 80% of the votes were included in the final clinical guidelines. During the validation phase, the score obtained by the panel of experts ranged from 81% to 94%, while the score from experts outside the panel ranged from 97% to 100%.

Service providers rated the presentation clarity at 83% and practicality at 75%, with an average overall quality evaluation score of 5.94. Moreover, 74% of participants recommended using the clinical guidelines without modifications, while 26% suggested changes.

Discussion

The present study aimed to develop and validate clinical practice guidelines for delivering sexual and reproductive health services to breast cancer survivors in Iran using a mixed-methods approach. The research team successfully selected relevant recommendations from global clinical practice guidelines, which were broadly consistent across various sources. The use of different clinical practice guidelines was intended solely to synergize and enhance the various aspects of our clinical practice guidelines. This finding may be attributed to the fact that the fundamental needs of sexual and reproductive health are instinctive and largely universal across all societies, regardless of cultural or social differences. The proposed interventions in the clinical guidelines address these fundamental human needs and can be applied across various contexts, including Iran. These clinical practice guidelines addressed the biological, psychological, and social aspects of sexual and reproductive health, as well as the comprehensiveness of services. The biopsychosocial model of human behavior was first applied to the field of sexuality by Rossi (1994), the basis of which is the interaction of three biological, psychological, and social factors in human sexual health [5]. The concept of comprehensive services refers to healthcare delivery across three levels: prevention, treatment, and health promotion [6]. Other researchers have also successfully employed mixed methods to develop clinical guidelines [7, 8]. This approach offers the dual benefits of resource efficiency and reduced rework while ensuring the highest quality of scientific evidence.

The most important limitation of the present study is the lack of experimental implementation. The findings of this research can be used in supportive and palliative centers, policy and service management, and training of students and service providers.

Conclusion

The developed clinical practice guidelines for providing sexual and reproductive health services to breast cancer survivors are tailored, comprehensive, validated, and relevant to the specific needs of this population in Iran. These guidelines can serve as a valuable scientific and practical resource.

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

References

1. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. Curr Opin Support Palliat Care. 2016;10(1):66-74.
2. Steinberg E, Greenfield S, Wolman DM, Mancher M, Graham R. Clinical practice guidelines we can trust: National Academies Press; 2011.
3. Roshandel S, Lamyian M, Azin SA, Haghighat S, Mohammadi E, akbari m. The Provision of Sexual Health Services to Breast Cancer Survivors in Iran: A Qualitative Study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2023;16(1):65-84.
4. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic version]. 2017. http://www.agreetrust.org. Accessed 10 Sep 2024.
5. Denman C. Sexuality: A biopsychosocial approach: Bloomsbury Publishing; 2017.
6. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine: Bhanot Publishers; 2017.
7. Salarvand S, Hemati S, Adibi P, Taleghani F, Saleki M. An Innovative Approach to Clinical Practice Guideline Adaptation in the Nursing Profession in a Developing Country. Cancer Manag Res. 2020;12: 2255-64.
8. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. J Clin Epidemiol. 2017; 81:101-10.

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۴۰۳؛۱۷(۳): ۳۳-۵۴

مقاله پژوهشی

طراحی و اعتباریابی راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری در بقایافتگان سرطان پستان در ایران

سولماز روشن‌دل[۱]، مینور لمیعیان[۲]، سید علی آذین[۳]، عیسی محمدی[۴]، شهپر حقیقت[۵*]

[۱]گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲]گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۳]گروه سلامت باروری، مرکز تحقیقات بیولوژی تولید مثل، پژوهشگاه ابن‌سینا، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
[۴]گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۵]مرکز تحقیقات سرطان پستان، پژوهشکده سرطان معتمد جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: بقایافتگان سرطان پستان مشکلات متعددی در رابطه با سلامت جنسی و باروری دارند که نیازمند ارائه خدمات مرتبط است. این مطالعه با هدف طراحی و اعتباریابی راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری در سرطان پستان در ایران، انجام پذیرفته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه ۳ مرحله‌ای است که به روش ترکیبی اکتشافی متوالی انجام شده است. هدف ما در مرحله اول تعیین نیازهای سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان و نحوه دریافت خدمات مربوطه بود. در این مرحله که نتایج آن پیشتر منتشر شده، ما یک تحقیق کیفی انجام دادیم. در مراحل بعدی که نتایج آن در مقاله کنونی منتشر می‌شود؛ ابتدا به‌منظور یافتن راهنماهای بالینی موجود در دنیا که به سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان پرداخته‌اند؛ یک مرور نظام‌مند انجام شد. سپس پیش‌نویس راهنمای بالینی با استفاده از یافته‌های مرحله کیفی، مرور سیستماتیک و نظرات اعضای پانل متخصصان تدوین و با استفاده از ابزار AGREE II اعتباریابی شد.

یافته‌ها: راهنمای بالینی طراحی شده شامل ۷۶ توصیه بالینی در ۶ بخش توصیه‌های عمومی، سلامت جنسی، تصویر بدنی، یائسگی زودرس، پیشگیری از بارداری و سلامت باروری است. امتیاز کسب شده در کلیه حیطه‌های ابزار AGREE II توسط ارزیابان بیش از ۸۶٪ بود. کلیه ارزیابان استفاده از آن را به‌طور کامل یا پس از تغییرات جزئی توصیه نمودند.

نتیجه‌گیری: راهنمای بالینی حاضر، اختصاصی، جامع، اعتباربخشی‌شده و متناسب با نیازهای جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان در ایران است و می‌تواند به‌عنوان یک چارچوب علمی و کاربردی در این زمینه به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، خدمات سلامت جنسی و باروری، راهنمای طبابت بالینی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۲/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۱

* **نویسنده مسئول:**
haghighat@acecr.ac.ir

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است [۱]. در گزارش مهدوی فر و همکاران (۲۰۱۶) میزان بروز سالیانه سرطان پستان در ایران ۳۳/۲ در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده است [۲]. این بیماری زنان ایرانی را حدوداً ۱۰ سال زودتر از میانگین جهانی مبتلا می‌کند [۳]. با تشخیص زودهنگام و بهبود روش‌های درمانی، تعداد بقایافتگان سرطان پستان رو به افزایش است. بقای ۵ ساله در ایران ۷۲٪ گزارش شده است [۳]. مشکلات مرتبط با سلامت جنسی و باروری یکی از مسائلی است که بقایافتگان سرطان پستان با آن مواجه می‌شوند [۴]. منظور از سلامت جنسی و باروری عبارت است از وضعیت سلامت جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی در رابطه با تمام جنبه‌های جنسی و تولید مثل و نه صرفاً عدم وجود بیماری، اختلال کارکرد یا ناتوانی [۵]. تحقیقات نشان‌دهنده وجود مشکلات گسترده در سلامت جنسی بقایافتگان سرطان پستان به‌ویژه در زنان جوان‌تر است. شیمی‌درمانی، مداخلات هورمونی، جراحی و پرتودرمانی همه بر سلامت و کارکرد جنسی زنان تأثیر می‌گذارد. مهم‌ترین مشکلات در سلامت جنسی، شامل اختلال کارکرد جنسی، تجربیات ذهنی منفی مانند تصویر ذهنی منفی از بدن، احساس از دست دادن زنانگی، ترس از آسیب به باروری، عدم جذابیت جنسی، افسردگی و اضطراب است. برخلاف سایر عوارض سرطان یا درمان آن، موضوعات مرتبط با سلامت جنسی مدت طولانی ادامه یافته و حتی به‌مرور زمان بدتر می‌شود [۶]. مطالعات در ایران نشان داده که مشکلات مرتبط با سلامت جنسی در بقایافتگان سرطان پستان بیش از جمعیت عادی است [۸،۷]. علی‌رغم مشکلات متعدد در رابطه با سلامت جنسی بسیاری از افراد مراقبت‌های کافی در این حوزه دریافت نکرده و فاصله زیادی بین نیازهای آن‌ها و پاسخ سیستم مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد [۹]. نتایج مطالعه‌ای در شیراز (۱۳۹۱) نشان داد متوسط زمانی که با زنان بقایافته از انواع سرطان درباره سلامت جنسی صحبت شده حدوداً ۵ دقیقه بوده است [۱۰]. نتایج مطالعه روی انکولوژیست‌های عضو انجمن مدیکال انکولوژی هلند (۲۰۲۰) نشان داد؛ اکثریت (۸۱/۵٪) آن‌ها با کمتر از نیمی از بیماران، راجع به کارکرد جنسی صحبت کرده بودند. در حالی که ۷۵/۸٪ از آن‌ها موافق بودند که ارزیابی سلامت جنسی بیماران وظیفه آن‌ها است [۱۱]. بسیاری از درمان‌های سرطان ممکن است باعث تخریب قدرت باروری شده یا منجر به یائسگی زودرس گردند. نازایی القا شده در اثر درمان‌ها می‌تواند پریشانی شدیدی به‌ویژه در زنان بدون فرزند به وجود آورد [۱۲]. حفظ باروری قبل از شروع درمان می‌تواند فرصت خوبی برای باروری فرد در آینده به وجود آورد. در حال حاضر، روش‌های مختلف حفظ باروری در دسترس هستند؛ ولی کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند [۱۳]. مطالعه‌ای در ایران (۲۰۱۹) نشان داد، فقط ۱۹/۶٪ از مبتلایان سرطان پستان اطلاعاتی در مورد خطرات آسیب به باروری کسب کرده بودند [۱۴]. ارائه‌دهندگان خدمت باید در مورد خطرات ناباروری مرتبط با درمان سرطان آگاه باشند و به تمام بیمارانی که ممکن است روزی تمایل به بچه‌دار شدن داشته باشند؛ مشاوره‌های لازم را ارائه نمایند. این مشاوره باید شامل موارد مرتبط، مانند روش‌های پیشگیری از بارداری ناخواسته و پیامدهای یائسگی زودرس هم باشد [۱۵].

بهترین رویکرد برای ارائه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد، تدوین و اجرای راهنماهای بالینی است. راهنماهای بالینی شامل توصیه‌هایی برای بهینه‌سازی مراقبت از بیمار است که با یک بررسی منظم از شواهد و ارزیابی مزایا و مضرات گزینه‌های مختلف مراقبت از بیمار شکل گرفته‌اند. این راهنماها برای کمک نظام‌مند به تصمیم‌گیری‌های پیچیده پزشکی، در نظر گرفته شده‌اند و هنگامی که با استفاده از یک فرآیند شفاف و ترکیبی از شواهد علمی، تجربیات پزشک و ارزش‌های بیمار طراحی شوند؛ این پتانسیل را دارند که بسیاری از تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی پزشکان و بیماران را بهبود بخشند و کیفیت و نتایج

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

درمان را ارتقا دهند [۱۶]. تدوین و نشر راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد به‌عنوان یکی از سیاست‌های برنامه تحول نظام سلامت در کشور ایران و یکی از محورهای بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی مورد توجه است. اسناد بالادستی و مستندات قانونی تدوین و به کارگیری راهنماهای بالینی در کشور را حمایت می‌کند. برای تدوین یک راهنمای بالینی اصیل، اولاً وجود افراد صاحب‌نظر با دانش روش‌شناختی و احاطه کامل به موضوع موردنظر ضروری است. ثانیاً، نیاز به مطالعات از نوع کارآزمایی‌های بالینی، مروری و متاآنالیزهایی است که از قبل در آن منطقه انجام شده باشد. لذا، در بسیاری از موارد تدوین راهنمای بالینی اصیل در کشورهای در حال توسعه مانند کشور ما عملاً غیرممکن یا بسیار سخت است [۱۷]. تطبیق[1] یا بومی‌سازی راهنماهای بالینی، راهی برای رفع این مشکل است. منظور از تطبیق یا بومی‌سازی یک راهنمای بالینی این است که راهنمایی که برای استفاده در یک فرهنگ و سازمان خاص تدوین شده است؛ با استفاده از یک رویکرد نظام‌مند برای استفاده در یک بستر دیگر اصلاح و آماده شود [۱۸]. در مورد سرطان پستان چند راهنمای بالینی در ایران وجود دارد. اما در این راهنماهای بالینی به مسائل مرتبط با سلامت جنسی و باروری پرداخته نشده است [۲۰،۱۹]. این مسئله کاملاً قابل درک و پیش‌بینی است. زیرا در کشورهای در حال توسعه با منابع محدود از جمله ایران، بیشتر منابع، صرف برآورده کردن نیازهایی می‌شود که جنبه حیاتی‌تر دارند؛ ولی به بخشی از نیازها که مغایر با حیات نبوده ولی منجر به کاهش قابل ملاحظه کیفیت زندگی می‌گردد؛ توجه کمتری می‌شود [۱۸]. پرداختن به عوارض دیررس و مشکلات بلندمدت بقایافتگان سرطان در دنیا هم قدمت چندانی ندارد. ولی در بعضی از راهنماهای بالینی که به عناوین مختلف برای مبتلایان سرطان به‌صورت عام یا مبتلایان سرطان پستان به‌طور خاص، تدوین گردیده؛ به این بعد از سلامت هم توجه شده است. به‌عنوان مثال، در سال‌های اخیر ۲ راهنمای بالینی در زمینه سلامت جنسی مبتلایان سرطان توسط دو مرجع معتبر علمی CCO[2] (۲۰۱۷) و ASCO[3] (۲۰۱۸) منتشر شده است [۲۲،۲۱]. در زمینه حفظ باروری، علائم ناشی از یائسگی زودرس و حتی پیشگیری از بارداری در مبتلایان سرطان، راهنماهای بالینی جداگانه‌ای در دنیا تدوین شده است [۲۶-۲۳].

با توجه به اینکه سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است و بسیاری از مبتلایان، جوان و در سن باروری هستند و از سوی دیگر، میزان بقا در این افراد بالا است؛ تدوین راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بسیار کمک کننده خواهد بود. هدف از پژوهش حاضر تدوین و اعتباریابی راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری در بقایافتگان سرطان پستان در ایران با توجه به شرایط بومی و با استفاده از راهنماهای بالینی موجود در دنیا بود. با به‌کارگیری این راهنما به سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان توجه شده و مداخلات لازم در زمان مناسب صورت خواهد گرفت. در نتیجه از مورد غفلت قرار گرفتن این نیازها پیشگیری شده و گام مؤثری برای ارتقا کیفیت زندگی آن‌ها برداشته خواهد شد.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

این مقاله بخشی از یک تحقیق ۳ مرحله‌ای است که به روش تحقیق ترکیبی اکتشافی متوالی از اسفند ۱۳۹۷ تا آبان ۱۴۰۰ انجام شده است. در این روش ابتدا تحقیق با استفاده از رویکرد کیفی آغاز می‌شود و در ادامه از رویکردهای کمی برای تکمیل فرایند تحقیق استفاده می‌شود. هدف از مرحله اول این مطالعه، تبیین نیازهای سلامت جنسی و باروری در بقایافتگان سرطان پستان و نحوه دریافت خدمات مربوطه با استفاده از روش تحلیل

[1] Adapt

[2] Cancer Care Ontario

[3] American Society of Clinical Oncology

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

محتوای کیفی بود که نتایج آن در مقاله جداگانه‌ای منتشر شده است [۲۷]. در مرحله دوم، یک مرور نظام‌مند راهنماهای بالینی، منابع و اسناد موجود درباره نحوه ارائه خدمات در زمینه سلامت جنسی و باروری به بقایافتگان سرطان پستان در جهان انجام شد و هدف آن دستیابی به توصیه‌های بالینی در این خصوص بود. در مرحله سوم راهنمای بالینی بر اساس نتایج مراحل ۱ و ۲ و تشکیل پانل متخصصان تدوین و اعتباریابی شده است. در مقاله حاضر به شرح کامل مرحله دوم (مرور سیستماتیک) و سوم (طراحی و اعتباریابی راهنمای بالینی) مطالعه اصلی پرداخته شده است.

این راهنمای بالینی در سطح دانشگاهی تدوین شده و جامعه هدف آن زنان ایرانی بقایافته از سرطان پستان است.

کاربران راهنما شامل تمام ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی هستند که در سطوح مختلف به بقایافتگان سرطان پستان خدمات ارائه می‌دهند (جراح، انکولوژیست، رادیوتراپیست، متخصص زنان زایمان و ناباروری، روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور، متخصص بهداشت باروری، پرستار و ماما)

در تدوین راهنمای بالینی علاوه بر هسته اصلی تدوین‌کننده راهنمای بالینی (نویسندگان مقاله حاضر)، کمیته علمی (۸ نفر از متخصصان و صاحب‌نظران شامل: جراح متبحر در سرطان پستان، انکولوژیست، متخصص زنان و فلوشیپ انکولوژی زنان، متخصص پزشکی اجتماعی، متخصص سلامت باروری، دکترای روان‌شناسی، دکترای پرستاری، ماما)، کمیته نظارت (۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها) و سایر ذی‌ربطان مشارکت داشتند. ذی‌ربطان شامل بقایافتگان سرطان پستان، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در سطوح مختلف و نمایندگان بیمه‌ها هستند. نام، وابستگی سازمانی و تعارض منافع هسته اصلی تدوین‌کننده راهنما، کمیته علمی و کمیته نظارت در نسخه نهایی راهنمای بالینی اعلام گردیده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر مصوب کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (IR.MODARES.Rec1397. 207) است. مجوزهای لازم برای ورود به مراکز بهداشتی درمانی قبل از انجام پژوهش اخذ گردید. به کلیه شرکت‌کنندگان اهداف و نکات اخلاقی مانند محرمانه بودن اطلاعات و عدم ذکر نام افراد در گزارش شرح داده شد.

مراحل پژوهش

مرحله مرور نظام‌مند: هدف از این مرحله، مرور راهنماهای بالینی موجود در زمینه ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری به زنان بقایافته از سرطان پستان در کشورهای دیگر و دستیابی به توصیه‌های بالینی مرتبط بود. اجزای اصلی مرور نظام‌مند راهنماهای بالینی شامل طرح سؤال بالینی دقیق، استراتژی جستجوی قابل تکرار به‌منظور شناسایی ادبیات مربوطه، معیارهای صریح ورود، ارزیابی ادبیات موجود و خلاصه‌ای از یافته‌های شفاف است. سؤال اصلی این بود که چه راهنماهای بالینی در زمینه ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری به زنان بقایافته از سرطان پستان در دنیا وجود دارد و توصیه‌های مرتبط در این خصوص چیست؟ برای بازیابی راهنماهای بالینی موجود از پایگاه‌ها و تارنماهای مختلف شامل؛ پایگاه‌های اطلاعات پزشکی[1] و راهنماهای بالینی[2]، تارنماهای وابسته به سرطان[3] و پایگاه‌های ملی اطلاعات پزشکی[4] مندرج در شکل ۱ استفاده شده است. استراتژی جستجو شامل ۳ طبقه اصلی راهنمای بالینی، سلامت جنسی و باروری و سرطان پستان و اصطلاحات مشابه هر یک بود. استراتژی جستجو در پایگاه PubMed به‌طور خلاصه در ضمیمه ۱ نشان داده شده است. از عمل‌گر OR در داخل طبقات و از عمل‌گر AND بین طبقات استفاده شد. جستجو در سایر پایگاه‌ها با توجه به شرایط و

[1] Medical Literature Databases
[2] Clinical Guideline Databases
[3] Cancer-related Websites
[4] National Medical Databases

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]
[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

ویژگی‌های هر یک از آن‌ها تعدیل شد. جستجو در پایگاه‌ها و تارنماهایی که امکان استفاده از استراتژی جستجو در آن‌ها وجود نداشت؛ به‌صورت دستی انجام پذیرفت.

لازم به ذکر است؛ استراتژی جستجو به‌گونه‌ای طراحی شده بود که علاوه بر راهنماهای بالینی مرتبط با سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان، کلیه مطالعات مداخله‌ای در زمینه ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری به این افراد هم، بازیابی گردد. هدف از انجام این کار این بود که چنانچه نیازی در مرحله اول مطالعه شناسایی گردد که توصیه‌ای متناسب با آن در راهنماهای بالینی موجود دنیا وجود نداشته باشد؛ بتوان با استفاده از این مطالعات، توصیه‌ای متناسب با آن نیاز تدوین نمود. جستجو برای یافتن مقالات و متونی که در بازه زمانی اول ژانویه سال ۲۰۰۰ تا اول ژانویه ۲۰۲۱ منتشر شده بودند؛ انجام شد.

به‌منظور انتخاب نهایی راهنماهای بالینی و مرجع قرار دادن آن‌ها، معیارهای زیر در نظر گرفته شد.

- به‌روز بودن؛
- معتبر بودن مرجع تدوین‌کننده راهنماهای بالینی (با نظر متخصصان)؛
- در دسترس بودن راهنمای بالینی؛
- انگلیسی زبان بودن متن راهنمای بالینی؛
- داشتن امتیاز ۴۰٪ یا بیشتر در حیطه ۳ ابزار AGREE II[1].

مرحله تدوین و اعتباریابی راهنمای بالینی آن

تدوین پیش‌نویس راهنمای بالینی

برای تدوین پیش‌نویس راهنمای بالینی مراحل زیر طی شد.

طراحی سؤال بالینی

سؤال اصلی این راهنمای بالینی این است که خدمات (پیشگیری، غربالگری، تشخیص و اداره) مرتبط با حفظ، پایش و ارتقا سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان با توجه به شرایط بومی ایران چه می‌تواند باشد؟ ابعاد مختلف این سؤال بر مبنای یافته‌های مرحله کیفی و مرور نظام‌مند شکل گرفته است.

تدوین توصیه‌های بالینی

برای یافتن بهترین توصیه‌های مبتنی بر شواهد، از توصیه‌های موجود در راهنماهای بالینی منتخب دنیا استفاده شد. در این راستا، توصیه‌هایی که بالاترین سطح شواهد علمی پشتیبان را داشته و با شرایط بومی و فرهنگی ایران و نیازها و مشکلات تعیین شده در بخش کیفی مطالعه، تناسب داشتند؛ انتخاب گردیدند. اگرچه راهنمای بالینی واحدی که به تمام این نیازها بپردازد، وجود نداشت؛ ولی این امکان وجود داشت که از راهنماهای بالینی مختلف توصیه متناسبی برای هر یک از این نیازها استخراج و با توجه به ملاحظات بومی از آن استفاده نمود.

اجماع[2] متخصصان

در تدوین راهنمای بالینی حاضر، برای رسیدن به اجماع متخصصان از تلفیق دو شیوه دلفی و فن گروه اسمی به شرح زیر استفاده شد:

۱- در گام نخست، نسخه پیش‌نویس راهنمای بالینی به همراه مستندات علمی به صاحب‌نظران و اساتید این حوزه (اعضای کمیته علمی)، نماینده بیماران و نماینده بیمه (به‌منظور اظهارنظر درباره هزینه‌ها و امکان اجرایی کردن راهنمای بالینی) ارسال گردید و از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را درباره توصیه‌های موجود در پیش‌نویس راهنمای بالینی، در ۲ جدولی که کنار هر توصیه بالینی قرار داده شده بود؛ مکتوب نمایند.

[1] The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II

[2] Consensus

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

در جدول اول میزان توافق مشارکت‌کنندگان با هر توصیه به‌صورت یک پاسخ لیکرتی ۹ بخشی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم ثبت می‌شد. پیش‌شرط ما برای مورد پذیرش قرار گرفتن هر توصیه بالینی به این صورت بود که توصیه‌ها با میانگین امتیاز ۷ یا بیشتر مورد پذیرش و توصیه‌ها با میانگین امتیاز ۳ یا کمتر حذف شوند. توصیه‌ها با امتیاز بیش از ۳ و کمتر از ۷ در پانل متخصصان بحث و تصمیم‌گیری شوند.جدول دوم مربوط به افرادی بود که مخالف یا خواستار اعمال تغییرات یا ارائه توضیحاتی درباره توصیه‌ها بودند که آن را با ذکر دلیل یا شواهد علمی در این جدول مکتوب می‌نمودند.

در انتهای راهنمای بالینی ارسالی، جدول دیگری قرار داده شده بود که از مشارکت‌کنندگان خواسته شده بود در صورتی که ایده و یا نظری غیر از آنچه در راهنمای بالینی ذکر شده مد نظرشان است؛ در این بخش ثبت نمایند. از کلیه شرکت‌کنندگان خواسته شده بود تا حد امکان به همه سؤالات پاسخ دهند. در صورتی که امکان پاسخ‌گویی برای هر یک از توصیه‌ها برایشان مقدور نبود، آن را با ذکر دلیل در بخش مربوطه مکتوب نمایند. (مثال: اظهارنظر درباره این توصیه خارج از تخصص من است.)

۲- در گام دوم هسته مرکزی تدوین‌کننده راهنمای بالینی نظرات فوق را جمع‌بندی کرده و موارد اختلاف‌نظر و پیشنهادها را مشخص نمودند.

۳- در گام سوم جلسه پانل متخصصان در دانشگاه تربیت مدرس با حضور اعضای تیم تحقیق و کمیته علمی تشکیل شد. در این جلسه، ابتدا گزارش کوتاهی از فرایند تدوین راهنمای بالینی، امتیازات کسب شده و نقاط اشتراک و اختلاف‌نظرها و همچنین پیشنهادها توسط هماهنگ‌کننده، به اطلاع حضار رسید. سپس برای رفع اختلافات و دریافت ایده‌ها و نظرات بیشتر و رسیدن به اجماع، از تکنیک گروه اسمی استفاده گردید. به این صورت که ابتدا به کلیه شرکت‌کنندگان به ترتیب حضور در جلسه، شماره‌ای اختصاص داده شد. سپس کلیه ایده‌ها بدون ذکر نام، توسط هماهنگ‌کننده مطرح و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به ترتیب شماره، نقطه نظرات خود را درباره ایده‌های مطرح شده، اعلام نمایند. در گام نهایی برای هر ایده رأی‌گیری صورت گرفت. ایده‌هایی که بیش از ۸۰ ٪ توافق درباره آن‌ها وجود داشت؛ وارد راهنمای بالینی گردیدند.

برای انتخاب اعضای پانل متخصصان از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در این راستا تلاش شد از متخصصان با تخصص‌های مختلف و تجربه و دانش کافی در این خصوص (در بالین و حوزه‌های ستادی و مدیریتی) استفاده شود. مشخصات اعضای پانل متخصصان (گروه اسمی) در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات پانل متخصصان (گروه اسمی)

ردیف	تحصیلات	سمت
۱	جراح عمومی (جراح پستان)	عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی
۲	متخصص زنان، فلوشیپ انکولوژی زنان	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی
۳	پزشک متخصص رادیوانکولوژی (انکولوژیست)	عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی
۴	دکترای روان‌شناسی سلامت جنسی	پژوهشگر و عضو تیم درمانی کلینیک سلامت جنسی ابن‌سینا
۵	پزشک متخصص پزشکی اجتماعی	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶	دکترای سلامت باروری	پژوهشگر مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت
۷	دکترای پرستاری	عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۸	کارشناس مامایی و کارشناس ارشد مشاوره خانواده	پژوهشگر پژوهش‌های بالینی مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

اعتباریابی راهنمای بالینی توسط متخصصان

یکی از پرکاربردترین ابزارها برای ارزیابی کیفیت راهنماهای بالینی، ابزار AGREE II است. منظور از کیفیت راهنماهای بالینی اطمینان از این امر است که از سوگیری‌های احتمالی در فرایند تدوین راهنما جلوگیری شده؛ روایی داخلی و خارجی توصیه‌ها تأمین گردیده و توصیه‌ها قابلیت اجرا در بالین را دارند. این ابزار شامل ۲۳ معیار کلیدی است که در ۶ حیطه طبقه‌بندی شده است. این حیطه‌ها عبارتند از: حوزه و هدف[۱]، مشارکت ذی‌ربطان[۲]، دقت طراحی[۳]، وضوح ارائه[۴]، قابلیت به‌کارگیری[۵] و استقلال طراحان علمی[۶]. هر معیار در مقیاس ۷ نمره‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات هر حیطه مستقل از هم هستند و نباید با هم جمع شوند. می‌توان از نمره بخش‌های مختلف برای مقایسه راهنماها با یکدیگر و اتخاذ تصمیم در مورد استفاده یا عدم استفاده از توصیه‌های راهنما استفاده کرد؛ ولی تعیین یک آستانه نمره جهت انتخاب راهنمای خوب یا بد امکان‌پذیر نیست. در انتهای این ابزار مشارکت‌کنندگان کلیت راهنمای بالینی را مورد بررسی قرار داده و به این سؤال کلی پاسخ می‌دهند که آیا به‌کارگیری این راهنمای بالینی را به شکل فعلی یا با اعمال تغییراتی توصیه می‌نمایند یا خیر؟ پیشنهاد شده است حداقل ۲ ارزیابی‌کننده و ترجیحاً ۴ ارزیابی‌کننده هر راهنما را بررسی کنند [۲۹،۲۸]. ابزار AGREE II توسط قنبری و همکاران در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است [۳۰] پژوهشگران پس از کسب اجازه و ذکر منبع، آن را در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار داده‌اند.

تعیین اعتبار راهنمای بالینی در ۳ گام صورت گرفت:

گام اول: به‌منظور تعیین اعتبار داخلی، راهنمای بالینی به اعضای پانل متخصصان (جدول ۱) ارسال و از آن‌ها خواسته شد با استفاده از ابزار AGREE II راهنمای بالینی را مورد ارزیابی قرار دهند (مرور داخلی[۷]).

گام دوم: به‌منظور مرور خارجی[۸] راهنمای بالینی به دو نفر از خبرگان خارج از پانل متخصصان که هم در زمینه تدوین راهنمای بالینی و هم در زمینه سلامت جنسی و باروری تجربه داشتند ارسال و از آن‌ها خواسته شد با استفاده از ابزار AGREE II آن را مورد ارزیابی قرار دهند.

گام سوم: این مرحله بخشی از مرور خارجی و هدف آن تعیین اعتبار راهنمای بالینی تدوین شده، توسط ارائه‌دهندگان خدمت بود. به این منظور، راهنمای بالینی به تعدادی از ارائه‌دهندگان خدمت که از ابتدای تشخیص تا انتهای دوره درمان و پیگیری، خدماتی را به مبتلایان سرطان پستان ارائه می‌دهند؛ ارسال و از آن‌ها خواسته شد اولاً، به سؤالات حیطه وضوح ارائه و کاربردی بودن ابزار AGREE II پاسخ دهند. ثانیاً، کیفیت راهنمای بالینی را به‌طورکلی مورد ارزیابی قرار داده و برای آن امتیازی از ۱ (پایین‌ترین کیفیت) تا ۷ (بالاترین کیفیت) در نظر بگیرند. ثالثاً، به سؤال پایانی ابزار AGREE II پاسخ دهند که آیا به‌کارگیری این راهنمای بالینی را به شکل فعلی یا با اعمال تغییراتی توصیه می‌کنند یا خیر؟ مشارکت‌کنندگان این مرحله ارائه‌دهندگان خدمت با تخصص‌های مختلف با حداقل ۲ سال سابقه کار بودند. برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از نمونه‌گیری در دسترس[۹] استفاده شد و سپس با نمونه‌گیری گلوله برفی[۱۰] ادامه یافت. به این منظور ابتدا فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمت در مراکزی که مطالعه کیفی در آن‌ها انجام شده بود؛ تهیه شد. پس از تماس تلفنی، توضیح اهداف پژوهش و کسب اجازه، از آن‌ها خواسته شد به سؤالات پرسش‌نامه راجع به

[1] Scope and purpose
[2] Stakeholder involvement
[3] Rigor of development
[4] Clarity of presentation
[5] Applicability
[6] Editorial independence

[7] Internal review
[8] External review
[9] Convenience Sampling
[10] Snow ball sampling

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]
[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

راهنمای بالینی پاسخ دهند. بعلاوه از اساتید و ارائه‌دهندگان خدمت خواسته شد اگر ارائه‌دهندگان خدمتی را می‌شناسند که در مراکز دیگر مشغول به کار هستند و در این خصوص دارای تجربیاتی هستند معرفی نموده تا در این مرحله از پژوهش شرکت نمایند. راهنمای بالینی به همراه پرسش‌نامه برای ۶۰ نفر ارائه‌دهنده خدمت با تخصص‌های مختلف ارسال شد. از این تعداد، ۳۵ نفر به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دادند (درصد پاسخ‌دهی ۵۸/۳۳٪). عنوان و تعداد مشارکت‌کنندگان این بخش در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول۲: مشخصات ارائه‌دهندگان خدمت که راهنمای بالینی را مورد ارزیابی قرار دادند.

ردیف	عنوان رشته تحصیلی	تعداد
۱	جراح پستان	۴
۲	پزشک متخصص رادیوانکولوژی	۳
۳	متخصص زنان	۳
۴	سایر تخصص‌ها	۴
۵	ماما	۸
۶	پرستار	۴
۷	بهداشت باروری	۳
۸	روان‌شناس با گرایش‌های مختلف	۶
۹	جمع	۳۵

یافته‌ها

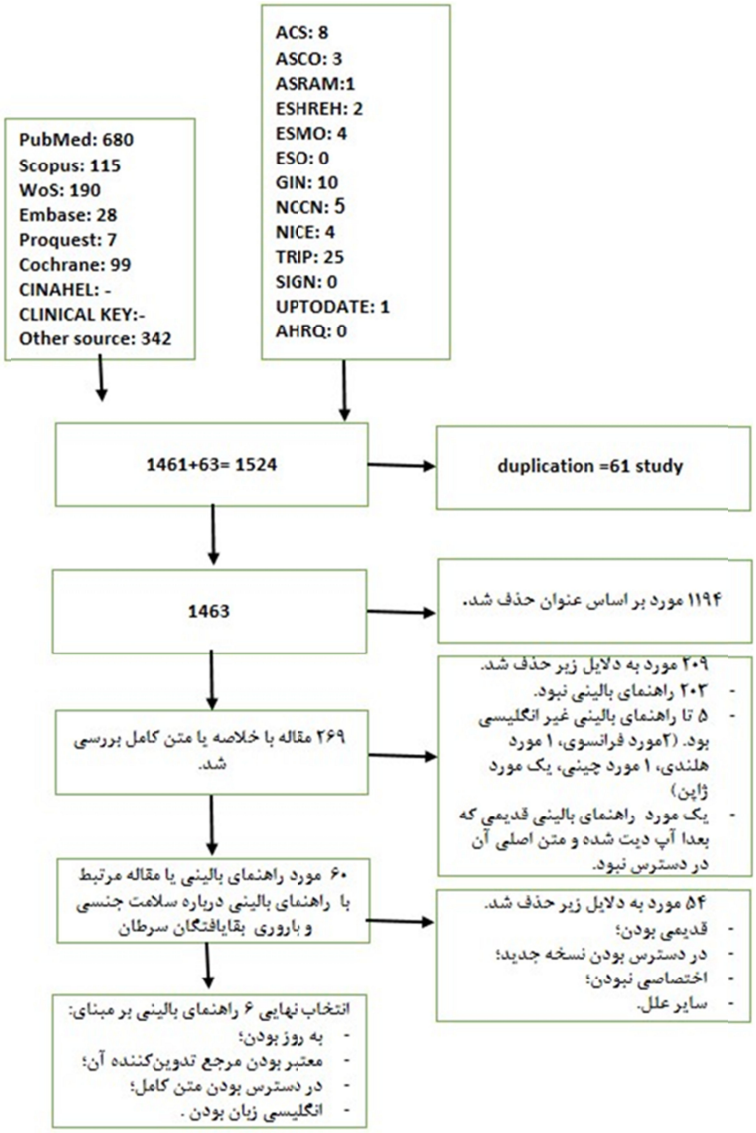
نتایج مرور نظام‌مند

فلوچارت نتایج حاصل از جستجو در پایگاه‌ها و تارنماها و انتخاب راهنماهای بالینی مرجع، در شکل ۱ نشان داده شده است.

نتایج جستجو منجر به شناسایی ۱۵۲۴ مقاله شد که پس از مشابهت‌یابی به ۱۴۶۳ مقاله تقلیل پیدا کرد. از این تعداد ۱۱۹۴ مورد با بررسی عنوان حذف گردید. ۲۶۹ مقاله باقیمانده با خلاصه و متن کامل مورد بررسی قرار گرفت. نهایتاً ۶۰ مورد راهنمای بالینی یا مقاله مرتبط با سلامت جنسی و باروری در بقایافتگان سرطان پستان شناسایی شد. که به آن‌ها کد ۱ اختصاص داده شد. به ۲۰۹ موردی که در این مرحله حذف شدند؛ دو کد اختصاص داده شد. کد ۲ مربوط به مقالاتی بود که راهنمای بالینی نبودند؛ ولی مقالات و متونی بودند که به ارائه خدمات و مداخلاتی در زمینه سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان پرداخته بودند. به مقالات کاملاً غیرمرتبط کد ۳ اختصاص داده شد. پیش‌فرض ما برای انجام چنین دسته‌بندی این بود که امکان داشت در مرحله اول پژوهش، نیازی در بقایافتگان سرطان پستان شناسایی شود که توصیه‌ای مرتبط با آن نیاز در راهنماهای بالینی موجود دنیا شناسایی نشود و ما مجبور به تولید توصیه‌های جدید با استفاده از نتایج این مطالعات شویم. ولی نتایج تحقیق نشان داد که برای کلیه نیازهای سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان، توصیه‌ای متناسب در راهنماهای بالینی موجود دنیا وجود دارد و می‌توان از میان آن‌ها توصیه‌ای که بیشترین شواهد علمی پشتیبان را داشته و با فرهنگ و شرایط بومی ایران تطابق دارد؛ انتخاب نمود.

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]



شکل ۱: فلوچارت نتایج جستجو و انتخاب راهنماهای بالینی مرجع

راهنماهای بالینی که کد ۱ دریافت کردند به چند گروه تقسیم شدند:

- تعدادی از راهنماهای بالینی به‌طور اختصاصی و با جزئیات به ملاحظات حفظ باروری در مبتلایان سرطان پرداخته بودند که در راستای اهداف این پژوهش نبود. ۲ مورد معروف این دسته برای تکمیل راهنمای بالینی حاضر استفاده گردید.

- تعدادی از راهنماهای بالینی اختصاصی نبودند؛ ولی در داخل متن آن‌ها مطالب جزئی درباره حفظ باروری یا سلامت جنسی بقایافتگان سرطان پستان وجود داشت.

- تعدادی از راهنماها مخصوص بیماران بودند و در راستای اهداف این پژوهش که هدف آن تدوین راهنمای بالینی برای ارائه‌دهندگان خدمت است؛ محسوب نمی‌شدند.

- تعدادی از راهنماهای بالینی نسخه‌های مختلف داشتند که آخرین نسخه مدنظر قرار گرفت.

- سایر راهنماهای بالینی به دلایل متفرقه دیگر مانند قدیمی بودن و غیره، مدنظر قرار نگرفتند.

- ۶ راهنما واجد شرایط مذکور بودند که به‌عنوان راهنمای بالینی مرجع انتخاب گردیدند [۲۱-۲۳، ۲۵، ۳۱، ۳۲]

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

در خصوص توصیه‌های بالینی مرتبط با سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان در راهنماهای بالینی منتخب، نتایج مطالعه نشان داد:

۱- راهنماهای بالینی که به‌طور انحصاری به سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان بپردازد؛ در کشورهای دیگر دنیا هم، وجود ندارد.

۲- راهنماهای بالینی منتخب همگون نیستند و هر یک به‌گونه‌ای به نیازهای سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان پرداخته‌اند. برخی اختصاصاً به مسائل جنسی و باروری مبتلایان انواع سرطان، از جمله سرطان پستان پرداخته، برخی جزئی از مراقبت‌های روتین سرطان پستان در زنان جوان و برخی جزئی از راهنماهای مربوط به کل نیازهای بقایافتگان سرطان پستان است.

۳- توصیه‌های موجود در زمینه سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان در راهنماهای مختلف با یکدیگر تفاوت و تضاد نداشته و در جهت هم‌افزایی است.

۴- شش محور عمده توصیه‌های مرتبط با سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان شامل توصیه‌های عمومی، سلامت جنسی، تصویر بدنی، یائسگی زودرس، پیشگیری از بارداری و سلامت باروری بود.

نتایج مرحله طراحی و اعتباریابی راهنمای بالینی

تدوین پیش‌نویس اولیه راهنمای بالینی

- به‌منظور تدوین توصیه‌های بالینی مرتبط با سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان سعی شد از توصیه‌هایی استفاده شود که اولاً، با نیازها و قابلیت‌های موجود در داخل کشور هم‌سو بوده و ثانیاً، بالاترین شواهد علمی پشتیبان از نظر تراز و رتبه هر توصیه را داشته باشند. در ارائه هر توصیه به هزینه‌ها توجه شد؛ ولی به دلیل محدویت مطالعات هزینه - اثربخشی در کشور و تنوع هزینه‌های درمان و سلامت این مسئله قابل اعمال نبود. ضمن اینکه در اکثر قریب به اتفاق موارد، امکان انتخاب وجود نداشت. لذا، نیازی به مطالعات هزینه- اثربخشی وجود نداشت. به‌منظور نگارش راهنمای بالینی از قالب پیشنهادی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی استفاده شد [۱۷].

توصیه‌های کلیدی این راهنمای بالینی در ۶ بخش به شرح زیر تدوین گردید.

۱- توصیه‌های عمومی (۱۱ مورد)؛

۲- توصیه‌های مرتبط با سلامت جنسی (۲۵ مورد)؛

۳- توصیه‌های مرتبط با تصویر بدنی (۶ مورد)؛

۴- توصیه‌های مرتبط با یائسگی زودرس (۱۲ مورد)؛

۵- توصیه‌های مرتبط با پیشگیری از بارداری (۲مورد)؛

۶- توصیه‌های مرتبط با سلامت باروری (۲۳ مورد).

اجماع متخصصان

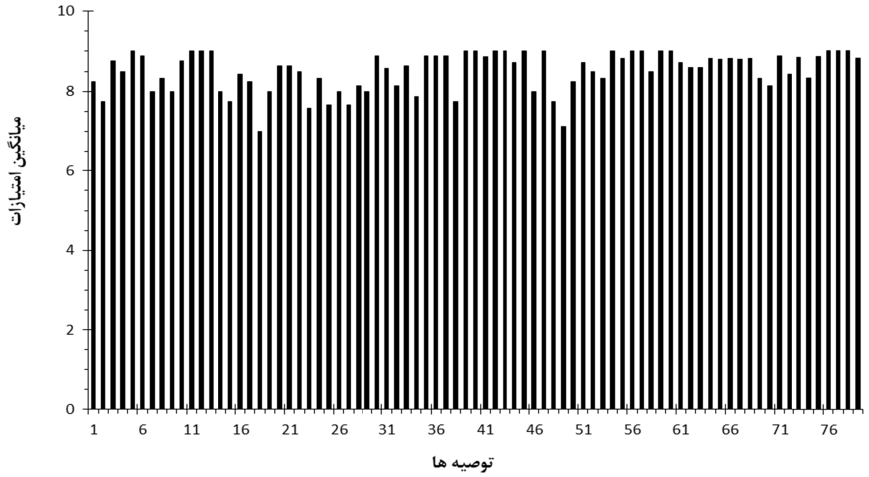
گام‌های رسیدن به اجماع متخصصان عبارت بودند از:

گام اول: توصیه‌های بالینی به همراه جداول مربوطه به اعضای پانل متخصصان (جدول ۱)، نماینده یکی از بیمه‌ها و دو نفر از بیماران ارسال شد.

گام دوم: برای هر توصیه بالینی میانگین امتیاز کسب شده محاسبه گردید. نظرات نماینده بیمه و بیماران بررسی شد؛ ولی در محاسبه میانگین امتیازات لحاظ نشد. نتایج این مرحله نشان داد که کلیه توصیه‌های راهنمای بالینی، میانگین امتیاز مساوی یا بالاتر از ۷ (دامنه۷ تا ۹) را کسب نمودند. (نمودار ۱)

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]



نمودار ۱: میانگین امتیازات پانل متخصصان به هر توصیه بالینی

اگرچه تمام توصیه‌ها به لحاظ کمی حدنصاب لازم (امتیاز بالاتر از ۷) برای پذیرش را کسب نموده بودند؛ ولی تیم تحقیق نگاه صرفاً کمی به این موضوع نداشت و کلیه نظرات و پیشنهادهای مکتوب اعضای پانل متخصصان بررسی و جمع‌بندی شد. مجموعاً ۴۰ پیشنهاد از اعضای پانل متخصصان دریافت شده بود که در ۲ گروه جای گرفتند.

۱- توصیه‌هایی که شرکت‌کنندگان با اصل و محتوای آن مخالف نبودند؛ ولی پیشنهادهایی جهت اصلاحات جزئی به لحاظ نوشتاری و مفهومی داشتند. (۲۷ مورد)

۲- توصیه‌هایی که یک یا چند شرکت‌کننده با توجه به تخصصشان، به دلایلی با آن توصیه بالینی مخالف بودند و یا آن توصیه پیشنهادهای متعدد در جهت اصلاح دریافت کرده بود (۱۳ مورد)

به‌منظور سامان‌دهی به پیشنهادها، جلسه‌ای با حضور اعضای محترم تیم تحقیق تشکیل گردید. در مورد پیشنهادهای گروه اول، اعضای تیم تحقیق اصلاحات لازم را اعمال نمودند. پیشنهادهای گروه دوم برای مطرح شدن در جلسه پانل متخصصان جمع‌بندی و آماده شد.

گام سوم: جلسه پانل متخصصان با شرکت اعضای پانل و تیم تحقیق تشکیل شد. در این جلسه ابتدا گزارش کوتاهی از نحوه تدوین راهنمای بالینی، پاسخ‌های شرکت‌کنندگان درباره توصیه‌های بالینی و تغییرات جزئی انجام شده و پیشنهادهای دریافتی، توسط هماهنگ‌کننده به اطلاع حضار رسید. سپس ۱۳ توصیه بالینی که مورد بحث و اختلاف‌نظر بود؛ به ترتیب در گروه مطرح و روشن‌سازی درباره آن‌ها صورت گرفت و اصلاحات لازم در آن‌ها ایجاد گردید. نهایتاً توصیه‌های اصلاح شده به رأی گذاشته شد. کلیه آراء توسط دستیار جمع‌آوری و شمارش گردید و توصیه‌هایی که آراء بیش از ۸۰٪ را کسب نمودند وارد راهنمای بالینی گردیدند. در این مرحله ۹ توصیه بالینی اصلاح، ۳ توصیه بالینی حذف و ۱ مورد بدون تغییر باقی ماند.

اعتباریابی راهنمای بالینی

نتایج اعتباریابی راهنمای بالینی تدوین شده، به تفکیک مراحل عبارت بود از:

مرحله اول: امتیاز استاندارد شده هر یک از حیطه‌ها توسط اعضای پانل متخصصان (جدول ۱) از کم‌ترین در حیطه قابلیت به کارگیری (۸۱٪) تا بیش‌ترین در حیطه حوزه و هدف (۹۴٪) متغیر بود. میانگین امتیازات کیفیت کلی راهنمای بالینی توسط اعضای پانل متخصصان ۶/۱۲ بود. ۵ نفر از شرکت‌کنندگان به کارگیری راهنمای بالینی را

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]
[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

بدون تغییر و ۳ نفر از آن‌ها به کارگیری راهنمای بالینی را پس از اعمال اصلاحات لازم بعد از اجرای آزمایشی پیشنهاد کرده بودند. هیچ یک از شرکت‌کنندگان مخالف به‌کارگیری این راهنمای بالینی نبودند. امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف ابزار AGREE II توسط پنل متخصصان در جدول ۳ خلاصه شده است.

مرحله دوم: امتیاز استاندارد شده هر یک از حیطه‌ها توسط خبرگان خارج از پنل متخصصان از ۹۱ تا ۱۰۰ درصد متغیر بود. میانگین امتیاز کیفیت کلی راهنمای بالینی توسط خبرگان خارج از پنل متخصصان ۶/۵ بود. هر دو نفر به‌کارگیری راهنمای بالینی را توصیه نمودند. امتیازات کسب شده در ابزار AGREE II توسط خبرگان خارج از پنل متخصصان در جدول ۳ خلاصه شده است.

جدول ۳: خلاصه امتیازات کسب شده با استفاده از ابزار AGREE II توسط پنل متخصصان و خبرگان خارج از پنل متخصصان

حیطه	امتیاز کسب شده توسط پانل متخصصان	امتیاز کسب شده توسط خبرگان خارج از پانل متخصصان
حوزه و هدف	٪۹۴	٪۱۰۰
مشارکت ذی‌ربطان	٪۹۰	٪۱۰۰
دقت طراحی	٪۹۲	٪۹۸/۹۵
وضوح ارائه	٪۸۷	٪۹۷/۲۲
قابلیت به کارگیری	٪۸۱	٪۹۱/۶۶
استقلال طراحان علمی	٪۸۶	٪۱۰۰

مرحله سوم: نتایج اعتبارسنجی راهنمای بالینی تدوین شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت (۳۵ نفر) به شرح زیر بود. امتیازات کسب شده در حیطه وضوح ارائه ۸۳٪ و در حیطه کاربردی بودن ۷۵٪ و میانگین امتیاز ارزیابی کیفیت کلی راهنما ۵/۹۴ بود. ۷۴٪ مشارکت‌کنندگان به‌کارگیری راهنمای بالینی را بدون تغییر و ۲۶٪ با اعمال تغییراتی پیشنهاد نمودند. هیچ یک از مشارکت‌کنندگان مخالف به‌کارگیری راهنمای بالینی نبودند.

بحث

هدف از این مطالعه، طراحی و اعتباریابی "راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری به زنان بقایافته از سرطان پستان" با استفاده از روش تحقیق ترکیبی بود. تیم تحقیق موفق شد برای کلیه نیازهای سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان که در مرحله کیفی مطالعه شناسایی کرده بود؛ توصیه متناسبی از راهنماهای بالینی انتخاب نماید. این توصیه‌ها در اکثریت قریب به اتفاق در راهنماهای بالینی موجود با یکدیگر هم‌خوانی داشتند. استفاده از راهنماهای بالینی مختلف صرفاً در جهت هم‌افزایی و تکمیل ابعاد مختلف راهنمای بالینی صورت گرفت. این یافته می‌تواند ناشی از این مسئله باشد که نیازهای پایه سلامت جنسی و باروری امری غریزی بوده و مستقل از بستر و فرهنگ در همه جوامع به‌طور کمابیش یکسان وجود دارد. مداخلات پیش‌بینی شده در راهنماهای بالینی در پاسخ به این نیازهای غریزی انسان شکل گرفته و می‌تواند در همه جوامع از جمله ایران، به شرط وجود زیرساخت‌های مناسب و تأمین منابع مادی و غیرمادی مورد استفاده قرار گیرد.

راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری در بقایافتگان سرطان پستان، اولین راهنمای بالینی است که در این خصوص در کشور ایران تدوین شده است. طبق شواهد موجود، راهنمای بالینی که انحصاراً به سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان بپردازد در کشورهای دیگر دنیا هم وجود ندارد ولی توصیه‌هایی در این خصوص در داخل راهنماهای بالینی دیگر وجود دارد که در تدوین راهنمای بالینی حاضر از آن‌ها استفاده شده

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

است. در تدوین راهنمای بالینی حاضر به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت جنسی و باروری در مبتلایان سرطان پستان و نیز جامعیت ارائه خدمات توجه شده است. در مدل زیستی– روانی - اجتماعی، انسان یک موجود پیچیده در نظر گرفته می‌شود که دارای ابعاد گوناگون است. در این مدل به تأثیر عوامل سه‌گانه فوق در چگونگی عملکرد انسان و نیز ایجاد زمینه در بروز بیماری‌ها پرداخته می‌شود [۳۳]. این رویکرد اولین بار توسط Rossi (۱۹۹۴) وارد حوزه جنسینگی شد. مبنای آن تعامل ۳ عامل زیستی، روانی و اجتماعی در خصوص سلامت جنسی انسان است [۳۴]. منظور از جامعیت خدمات، ارائه خدمات بهداشتی در سطح پیشگیری، درمانی و ارتقایی است [۳۵].

تلفیق تجربیات ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت با دانش روز دنیا منجر به تدوین راهنمای بالینی منطبق با شرایط بومی کشور شده و آن را کاربردی و مقبول می‌نماید. ارزیابی راهنمای تدوین شده با استفاده از ابزار AGREE II توسط پانل متخصصان، صاحب‌نظران خارج از پانل متخصصان و نیز کاربران اصلی و اعمال اصلاحات لازم بر اعتبار راهنمای بالینی نهایی می‌افزاید. استفاده از روش تحقیق ترکیبی و رویکردهای مختلف برای تدوین راهنمای بالینی، پروتکل، برنامه و بسته خدمتی، روشی است که محققین دیگر هم از آن استفاده نموده‌اند. Schünemann و همکاران (۲۰۱۷) با استفاده از تلفیق ۳ روش پذیرش[1]، تطابق[2] و تولید توصیه‌های جدید درصورت لزوم[3] راهنماهای بالینی جدیدی تولید نمودند؛ ولی این محققین از تحلیل محتوای کیفی استفاده نکردند [۳۶]. سالاروند و همکاران (۲۰۲۰) به‌منظور طراحی "راهنمای مراقبت از موکوزیت ناشی از درمان‌های سرطان" برای پی بردن به اولویت‌های بیماران از "تحلیل محتوای کیفی" استفاده کردند و نتایج آن را با ۳ رویکرد فوق (پذیرش، تطابق و تولید توصیه‌های جدید در صورت لزوم) ادغام نمودند. آن‌ها این روش را روشی کارآمد برای طراحی راهنماهای بالینی جامع و کاربردی در کشورهای در حال توسعه معرفی نمودند [۳۷]. این رویکرد ضمن فراهم کردن بهترین شواهد علمی، کمک قابل ملاحظه‌ای به صرفه‌جویی در منابع و پیشگیری از دوباره‌کاری می‌نماید. این مسئله در کشورهای در حال توسعه با منابع محدود از جمله ایران، حائز اهمیت فراوانی است.

بررسی کیفیت راهنماهای بالینی با استفاده از ابزار AGRRE II پیش از به‌کارگیری آن‌ها، این امکان را فراهم می‌نماید که از باکیفیت‌ترین راهنماهای بالینی موجود در دنیا استفاده گردد [۲۸]. ASCO به‌منظور تهیه راهنماهای بالینی معتبر، راهنماهای بالینی موجود در زمینه‌های موردنیاز خودشان را، با استفاده از ابزار AGRRE II مورد ارزیابی قرار داده و در صورتی که راهنما کیفیت مناسب داشته باشد؛ فرایند تطابق آن را انجام می‌دهند. آن‌ها از این رویکرد استفاده کرده و راهنمای بالینی CCO با عنوان "مداخلات در زمینه سلامت جنسی بقایافتگان سرطان" را بررسی نموده و آن را با تغییرات جزئی به کاربران زیادی که از سرتاسر دنیا از راهنماهای بالینی این سازمان استفاده می‌کنند؛ پیشنهاد کردند [۲۲]. در فرایند بومی‌سازی راهنماهای بالینی در کشور ایران هم بسیاری از محققان به‌منظور اطمینان از کیفیت راهنماهای بالینی موجود از ابزار AGREE استفاده نموده‌اند [۳۹،۳۸].

تشکیل پانل متخصصان با تخصص‌های مختلف و استفاده از نظرات آن‌ها در تدوین راهنماهای بالینی به‌ویژه در مواردی که شواهد علمی در مورد موضوع موردنظر ضعیف است؛ رویکردی مقبول در این خصوص محسوب می‌شود. به‌علاوه تا متخصصان درباره توصیه‌های بالینی توافق نظر نداشته باشند؛ راهنما ضمانت اجرایی نخواهد داشت. این رویکرد در تدوین راهنماهای بالینی دنیا [۲۱، ۲۲، ۲۵، ۳۱، ۳۲] و بومی‌سازی راهنماها در داخل کشور [۳۰، ۳۸-۴۲] مورد استفاده قرار گرفته است.

[1] Adopt
[2] Adapt
[3] De novo development of recommendations

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]
[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

خودارزیابی راهنماهای بالینی و مرور داخلی یکی از کاربردهای ابزار AGREE II است؛ ولی کمتر از این نظر مورد استفاده قرار گرفته است. بسیاری از مراجع تدوین‌کننده راهنماهای بالینی این کار را انجام نداده و تلویحاً آن را به کاربران خود واگذار کرده‌اند. هیچ یک از راهنماهای بالینی مرجع استفاده شده در این پژوهش، راهنمای بالینی خود را با ابزار AGREE یا ابزار دیگری مورد ارزیابی قرار نداده‌اند [۲۱، ۲۲، ۲۵، ۳۱، ۳۲]. شاه‌علی و همکاران (۱۳۹۳) برای تعیین اعتبار پروتکل "ارائه خدمات بهداشتی بالینی برای زنان قربانی خشونت جنسی" از این رویکرد استفاده نمودند [۴۳]. استفاده از این روش امکان مرور داخلی را برای محققان فراهم می‌نماید. کسب امتیاز بالا در حیطه‌های مختلف و هم‌خوانی آن با نتایج مرور خارجی این اطمینان را در محققان به وجود می‌آورد که راهنمای تدوین شده از کیفیت مناسب برخوردار است.

نتایج خودارزیابی راهنمای بالینی حاضر توسط پانل متخصصان در حیطه‌های مختلف نشان‌دهنده بیش‌ترین امتیاز در حیطه ۱ (حوزه و هدف) ۹۴٪ و کم‌ترین امتیاز در حیطه ۵ (قابلیت کاربرد) ۸۰٪ بود. این یافته با نتایج مرور خارجی هم‌خوانی دارد. خبرگان خارج از پانل متخصصان که راهنمای بالینی را مورد ارزیابی قراردادند؛ بالاترین امتیاز (۱۰۰٪) را به حیطه اول (حوزه و هدف) و کم‌ترین (۹۲٪) را به حیطه پنجم (قابلیت به‌کارگیری) دادند. این مقادیر نشان‌دهنده کیفیت بالای راهنمای بالینی حاضر، است. Johnston و همکاران کسب امتیاز ۷۰ ٪ یا بیشتر در حیطه ۳ ابزار AGREE II، یا مساوی و بیش از ۶۰٪ در حیطه ۱،۳،۶ ابزار AGREE II را نشان‌دهنده بالا بودن کیفیت راهنمای بالینی دانستند [۴۴].

میانگین امتیاز کیفیت کلی راهنمای بالینی توسط اعضای پانل متخصصان ۶/۱۴ از ۷ بود. این میزان توسط خبرگان خارج از پانل متخصصان ۶/۵ و توسط ارائه‌دهندگان خدمت، ۵/۹۴ بود. این نتایج با همدیگر همخوانی بسیاری دارد. ۱۰۰٪ اعضای پانل متخصصان، خبرگان خارج از آن و ارائه‌دهندگان خدمت، به‌کارگیری این راهنمای بالینی را به‌طور کامل یا پس از اصلاحات جزئی و اجرای آزمایشی توصیه نمودند. تشابه نتایج حاصل از مرور داخلی و خارجی، اعتبار راهنمای بالینی حاضر را افزایش می‌دهد.

مهم‌ترین دغدغه درباره این راهنمای بالینی، کاربردی شدن آن است. به نظر می‌آید در داخل کشور منابع بالقوه فنی، برای عملیاتی شدن این راهنمای بالینی وجود دارد. آنچه دستیابی به این راهنمای بالینی را محدود می‌سازد در درجه اول عدم آموزش و مهارت‌های لازم ارائه‌دهندگان خدمت در زمینه سلامت جنسی است. نکته بعدی که یافته‌های بخش کیفی آن را تائید می‌نماید؛ این است که حتی با وجود نیروهای آموزش‌دیده و متخصص، رسیدگی به سلامت جنسی بیماران در اولویت قرار ندارد [۲۷]. با برنامه‌ریزی صحیح، زمان‌بندی‌شده و تأمین منابع موردنیاز می‌توان آموزش‌های لازم را به ارائه‌دهندگان خدمت ارائه داده و به تدریج قابلیت‌های آن‌ها را افزایش داد تا زمینه برای استفاده از راهنمای بالینی در کشور فراهم گردد.

مسئله بعدی که دستیابی به بعضی از خدمات را محدود می‌سازد؛ هزینه‌های بالا و پوشش ناکافی بیمه‌ای است [۲۷]. این امید وجود دارد با به‌کارگیری راهنمای بالینی حاضر، زمینه لازم برای گسترش پوشش بیمه همگانی یا تکمیلی برای این خدمات فراهم شود. برای دستیابی به خدمات حفظ باروری، می‌توان به سیاست‌های جدید جمعیتی مبنی بر توسعه جمعیت در کشور [۴۵] استناد نمود و زمینه را برای دستیابی به پوشش گسترده‌تر بیمه‌ای و یا حمایت‌های دولتی در این خصوص فراهم آورد.

مهمترین محدویت مطالعه حاضر عدم اجرای آزمایشی آن است. به‌منظور ارزشیابی و بررسی تأثیر به‌کارگیری این راهنمای بالینی در ارتقا سلامت جنسی و باروری بقایافتگان سرطان پستان، پیشنهاد می‌شود این راهنمای بالینی به‌طور آزمایشی در یک یا چند نقطه از کشور اجرا شود و پس از رفع نواقص و کاستی‌ها، مقدمات به

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

کارگیری آن در کل کشور فراهم شود. نتایج این تحقیق می‌تواند در سیاست‌گذاری و مدیریت خدمات به بقایافتگان سرطان پستان، بالین، مراکز حمایتی و تسکینی و آموزش دانشجویان و ارائه‌دهندگان خدمت به کار گرفته شود. به‌علاوه نحوه تدوین این راهنمای بالینی می‌تواند به‌عنوان الگویی برای تدوین راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری در بقایافتگان انواع سرطان‌ها استفاده شود.

نتیجه‌گیری

راهنمای بالینی ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری به بقایافتگان سرطان پستان اختصاصی، جامع، اعتباربخشی شده و متناسب با نیازهای جنسی و باروری این افراد است و می‌تواند به‌عنوان یک چارچوب علمی و کاربردی در این خصوص در کشور به کار گرفته شود. اجرای آزمایشی این راهنمای بالینی میزان تأثیر آن در ارتقا سلامت جنسی و باروری بقا یافتگان سرطان پستان و نواقص و کاستی‌های آن را آشکار خواهد ساخت.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. International agency for research on cancer. Islamic Republic of Source: Globocan 2022. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/364-iran-islamic-republic-of-fact-sheets.pdf. Accessed 10 Jul 2024.
2. Mahdavifar N, Pakzad R, Ghoncheh M, Pakzad I, Moudi A, Salehiniya H. Spatial Analysis of Breast Cancer Incidence in Iran. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2016;17(S3):59-64.
3. Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojaee L, Shormeji Z, et al. Breast Cancer Status in Iran: Statistical Analysis of 3010 Cases between 1998 and 2014. Int J Breast Cancer. 2017;2017:2481021.
4. Wang Y, Chen L, Ruan JY, Cheung WY. Discussions about reproductive and sexual health among young adult survivors of cancer. Cancer medicine. 2016;5(6):1037-46.
5. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet (London, England). 2018;391(10140):2642-92.
6. Boswell EN, Dizon DS. Breast cancer and sexual function. Transl Androl Urol. 2015;4(2):160-8.
7. Harirchi I, Montazeri A, Zamani Bidokhti F, Mamishi N, Zendehdel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. J Exp Clin Cancer Res. 2012;31(1):20.
8. Shahid Sales S, Hasanzadeh M, Sania Saggade S, Al Davoud SA. Comparison of sexual dysfunction in women with breast cancer: case control study. Tehran Univ Med J. 2017;75(5):350-7.
9. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. Curr Opin Support Palliat Care. 2016;10(1):66-74.
10. Rahmanian, F. Investigating factors affecting the quality of sexual life of women with cancer in Shiraz, the fourth national congress of women's cancers in Iran, Tehran. 1391. [Persian].
11. Krouwel EM, Albers LF, Nicolai MPJ, Putter H, Osanto S, Pelger RCM, et al. Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges. Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education. 2020;35(6):1072-88.
12. Canada AL, Schover LR. The psychosocial impact of interrupted childbearing in long-term female cancer survivors. Psychooncology. 2012;21(2):134-43.
13. Christian N, Gemignani ML. Issues with Fertility in Young Women with Breast Cancer. Curr Oncol Rep. 2019;21(7):58.
14. Ameri A, Novin K, Sourati A, Rashidi P. Awareness of Female Cancer Patients About the Risk of Impaired Fertility.

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

Journal of adolescent and young adult oncology. 2019;8(3):342-8.
15. Benedict C, Thom B, Kelvin JF. Fertility preservation and cancer: challenges for adolescent and young adult patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2016;10(1):87-94.
16. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011
17. Olyaei Mensh A, Shirvani A, Salehi Zalani GH, Rabbanikhah F, Musa Qolizadeh R, Nejati M, et al. National guidelines for clinical medicine. Department of Standardization and Compilation of Health Guidlines, technology evaluation, standards development and health tariff office of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. 2012. [persian]
18. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009. http://www.g-i-n.net. Accessed 10 Sep 2020.
19. Deputy Minister of Medicine, Ministry of Health, Medical Education. Clinical guidelines for early diagnosis of breast cancer in Iran 1398. [Persian]
20. Deputy Minister of Medicine of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Clinical guidelines to diagnosis and treatment of breast cancer in Iran. 1400. [Persian]
21. Barbera L, Zwaal C, Elterman D, McPherson K, Wolfman W, Katz A, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. Curr Oncol. 2017;24(3):192-200.
22. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, Barton DL, Bolte S, Damast S, et al. Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. J Clin Oncol. 2018;36(5):492-511.
23. Lambertini M, Peccatori FA, Demeestere I, Amant F, Wyns C, Stukenborg JB, et al. Fertility preservation and post-treatment pregnancies in post-pubertal cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines(†). Ann Oncol. 2020;31(12):1664-78.
24. Marsden J, Marsh M, Rigg A; British Menopause Society. British Menopause Society consensus statement on the management of estrogen deficiency symptoms, arthralgia and menopause diagnosis in women treated for early breast cancer. Post Reprod Health. 2019 Mar;25(1):21-32.
25. Oktay K, Harvey BE, Partridge AH, Quinn GP, Reinecke J, Taylor HS, et al. Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018;36(19):1994-2001.
26. Patel A, Schwarz EB. Cancer and contraception. Release date May 2012. SFP Guideline #20121. Contraception. 2012;86(3):191-8.
27. Roshandel S, Lamyian M, Azin SA, Haghighat S, Mohammadi E, akbari m. The Provision of Sexual Health Services to Breast Cancer Survivors in Iran: A Qualitative Study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2023;16(1):65-84.
28. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic version]. 2017. http://www.agreetrust.org. Accessed 10 Sep 2020.
29. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Cmaj. 2010;182(18):E839-42.
30. Ghanbari A, Rahmatpour P, Jafaraghaee F, Kazemnejad E, Khalili M. Quality assessment of diabetic foot ulcer clinical practice guidelines. J Evid Based Med. 2018;11(3):200-7.
31. Day S, Bevers T, Palos G, Rodriguez M. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. Breast Diseases: A Year Book Quarterly. 2016;4(27):327-9.
32. Paluch-Shimon S, Cardoso F, Partridge AH, Abulkhair O, Azim HA Jr, Bianchi-Micheli G, Cardoso MJ, Curigliano G, Gelmon KA, Harbeck N, Merschdorf J, Poortmans P, Pruneri G, Senkus E, Spanic T, Stearns V, Wengström Y, Peccatori F, Pagani O. ESO-ESMO 4th International Consensus Guidelines for Breast Cancer in

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

Young Women (BCY4). Ann Oncol. 2020 Jun;31(6):674-696
33. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Annals of family medicine. 2004;2(6):576-82.
34. Denman C. Sexuality: A biopsychosocial approach: Bloomsbury Publishing; 2017.
35. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine: Bhanot Publishers; 2017.
36. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. J Clin Epidemiol. 2017;81:101-10.
37. Salarvand S, Hemati S, Adibi P, Taleghani F, Saleki M. An Innovative Approach to Clinical Practice Guideline Adaptation in the Nursing Profession in a Developing Country. Cancer Manag Res. 2020;12:2255-64.
38. Ghanbari A, Jafaraghaee F, Mehrdad M, Khalili M, Rahmatpour P. DESGIN AND VALIDATION OF EVIDENCE BASED ON NURSING CARE GUIDELINE AMONG THE PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ULCER. Nurs Midwifery J 2016;14(8):702-13.
39. Khanjari S, Talebi R, Haghdoost Oskouie SF. Development of Clinical Guideline of Blood Transfusion Process in Children with Thalassemia. Journal of Hayat. 2015;21(1):37-55.
40. Dabbagh A, Mirmiran B, Erfani N, Bikdeli B, Kermani S, Beyhaghi H, et al The Appropriate Approach for Adoption of Clinical Practice Guidelines in the National Health System, According to the Experienced Project in Iran National Health System. Hakim 2010; 13 (1) :49-57. [Persian]
41. Sadeghi A, Navabakhsh B, Shafiee G, Aalaa M, Larijani M B, Firooz A, et al . Hirsutism: A clinical practice guideline of diagnosis and treatment in Iran. jdc 2013; 4 (4) :167-187.
42. Mollarahimi-Maleki F, Nojomi M, Biglari M, Ezoji Kh. Adaptation of preventive guideline of cardiovascular disease. Razi Journal of Medical Sciences. 2017; 23(152): 46-53.
43. Shahali sh. Designing and evaluation of a protocol to provide health care and clinical services for female victims of sexual assault [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares UniversitY; 2015. [persian]
44. Johnston A, Kelly SE, Hsieh SC, Skidmore B, Wells GA. Systematic reviews of clinical practice guidelines: a methodological guide. J Clin Epidemiol. 2019;108:64-76.
45. Madihi A, Nakhi Z. Familiarity with the Law on Family and Youth Protection. Behvarz Quarterly, 1401; 33(112): 12-13. [Persian]

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]

ضمیمه ۱: استراتژی جستجو در پایگاه پاب مد

Category	Term
Guideline	Practice guidelines as topic"[28] "Guidelines as topic"[Mesh] Practice guideline Guidelin* Program Intervention
Sexual and reproductive health	"Sexual health"[Mesh] "Sexuality"[Mesh] "Reproductive health"[Mesh] "Reproductive health services"[Mesh] "Fertility"[Mesh] "Fertility preservation"[Mesh] "Contraception"[Mesh] "Infertility"[Mesh] "Reproduction"[Mesh] “Sexual health” Sexuality “Sexual function” “Sexual health services” “Sexual dysfunction” “Reproductive health” "Reproductive health services" Fertility “Fertility preservation”
Breast cancer	"Breast neoplasms"[Mesh] Cancer Neoplasm “Breast cancer” “Breast neoplasms” Survivor*

[Downloaded from irjbd.com on 2026-06-21]

[DOI: 10.61186/ijbd.17.3.33]