

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ترجمه فارسی واژه نامه ارزیابی فناوری سلامت شبکه بین المللی موسسات
ارزیابی فناوری سلامت

مترجمان: کوروش رجب خواه، گل اندام رضایی، محبوبه رحمانی، فاطمه عربی باشریک

ویراستاران: دکتر علیرضا اولیایی منش، پریسا ابویی، محمدرضا مبینی زاده، مینا نجاتی

زیر نظر: دکتر علیرضا اولیایی منش

تشکر و قدردانی: مترجمان و ویراستاران از حمایت‌های ارزشمند جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی، معاون
محترم درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و جناب آقای دکتر سیدرضا مجدزاده، رئیس موسسه ملی
تحقیقات سلامت و جناب آقای دکتر محمد حسن احرام پوش، رئیس محترم دانشکده بهداشت یزد، کمال تشکر را
می نمایند.

تابستان ۱۳۹۳ شمسی

۲۰۱۴ میلادی

مقدمه

در اجلاس سالانه شبکه سازمان های ارزیابی فناوری سلامت^۱ در سال ۲۰۰۲، اعضاء در خصوص نیاز به وجود یک فهرست از تعاریف استاندارد در خصوص واژه های بکار رفته در ارزیابی فناوری سلامت به بحث و تبادل نظر پرداختند. هدف از این فرایند، ارائه یک واژه نامه عمومی به جامعه ارزیابی فناوری سلامت (هم تولیدکنندگان و هم استفاده کنندگان از اطلاعات ارزیابی) برای کار در این حوزه می باشد. دکتر کارن فیسی^۲ بطور داوطلبانه قبول کردند که این فهرست را تحت رهبری دکتر فین برلم کریستیانسن^۳ و گروه آموزش تکمیل نمایند. اواخر سال ۲۰۰۲ از سازمان های ارزیابی فناوری سلامت درخواست گردید که واژه نامه هایشان را برای مرور و تکمیل ارسال نمایند. این موارد ارسالی، اساس پیش نویس واژه نامه را تشکیل دادند. در مارچ ۲۰۰۴، پیش نویس بین تمام اعضای شبکه سازمان های ارزیابی فناوری سلامت و دیگر همکاران با دعوت به منظور مرور فهرست و فراهم آوردن پیشنهادات برای تغییرات و واژه های اضافی توزیع گردید. بسیاری از واژه ها و اصلاحات اضافی ارسال گردیده و نهایتاً وارد واژه نامه گردیدند. اما یک واژه نامه، در حقیقت هرگز یک محصول تمام شده محسوب نمی گردد، اضافات و اصلاحات همراه با رشد و تکمیل ارزیابی فناوری سلامت نیاز خواهند بود. چالش بعدی ترجمه واژه نامه به دیگر زبان ها و دسترسی آن توسط دیگران از طریق سایت شبکه سازمان های ارزیابی فناوری سلامت می باشد.

ما قدردانی خود را از کارن فیسی برای انجام و اجرای این کار اعلام می داریم. ویرایش اول واژه نامه ارزیابی فناوری سلامت شبکه سازمان های ارزیابی فناوری سلامت یک مرجع مشترک را برای واژه های کلیدی ارزیابی فناوری سلامت ارائه می دهد. بعلاوه، این موضوع به ما کمک می نماید که بطور اثربخشی اطلاعات ارزیابی فناوری سلامت را با دیگران به اشتراک بگذاریم. هرگونه پیشنهاد برای اضافات، تغییرات یا حذف نمودن برخی موارد در واژه نامه بایستی مستقیماً زیر نظر ریاست گروه آموزش شبکه سازمان های ارزیابی فناوری سلامت صورت پذیرد.

دان جزویشین^۴

ریاست گروه کاری آموزش

۵ جولای ۲۰۰۶

^۱ (INAHTA)

^۲ Dr Karen Facey

^۳ Dr Finn Børlum Kristensen

^۴ Don Juzwishin

تقدیر و تشکر

بسیاری از تعاریف موجود در این واژه نامه با اجازه دکتر کلیفورگودمن⁵ از کتاب ایشان با نام "ارزیابی فناوری سلامت ۱۰۱: مقدمه ای بر ارزیابی فناوری سلامت" بازنشر گردیده است. همچنین ایشان پیش نویس واژه نامه را بررسی و توصیه هایی را ارائه نمودند. ما از دکتر گودمن به خاطر مشارکت سخاوتمندانه شان در این واژه نامه تشکر می نماییم.

دیگر اقلام موجود در این واژه نامه از طریق انتخاب واژگان از دیگر واژه نامه های موجود و منابع پیشنهادی بوسیله بسیاری از افراد دست اندرکار ارزیابی فناوری سلامت تولید گشته اند. قدردانی مخصوص به بسیاری از کارشناسان سازمان های ذیل که فهرست واژگان را فراهم نموده و نظرات خود را در خصوص نسخه اول این واژه نامه فراهم آوردند، ابراز می گردد:

- آژانس تحقیقات مراقبت سلامت و کیفیت

Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ)

- بنیاد آلبرتا هریتیج در خصوص تحقیقات پزشکی

Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR)

- دپارتمان دولتی سلامت و سالمندی استرالیا

Australian Government. Department of Health & Ageing

- دفتر همکاری ارزیابی فناوری سلامت کانادا

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA)

- مرکز اقتصاد سلامت و تحلیل سیاست

Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA)

- سازمان همکاری کاکرین

Cochrane Collaboration

- کمیته ارزیابی و انتشار فناوری های نوین

Comité d'Evaluation de Diffusion des Innovations Technologiques (CEDIT)

- مرکز سنجش و ارزیابی فناوری سلامت دانمارک

Danish Centre for Evaluation & Health Technology Assessment (DACEHTA)

- شرکت پژوهش های نوین

⁵ Dr.Clifford Goodman

Innovus Research Inc.

- مرکز علوم کاربردی سلامت، دانشگاه آبردین

Institute of Applied Health Sciences (IAHS), University of Aberdeen

- سیستم ملی سلامت بهبود کیفیت اسکاتلند

NHS Quality Improvement Scotland (QIS)

- شورای ارزیابی تکنولوژی مراقبت سلامت سوئد

Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU)

- مرکز مرور و انتشارات انگلستان

UK Centre for Reviews & Dissemination (CRD)

- مرکز ملی همکاری ارزیابی فناوری سلامت انگلستان

UK National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)

- برنامه ارزیابی فناوری VA

VA Technology Assessment Program (VATAP)

منابع

منابع مورد استفاده برای تکمیل این واژه نامه شامل موارد ذیل می گردد:

1. *EBM glossary*. Oxford, UK: Bandolier; April 2004. Available: www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/glossary.html (accessed 2006 March 31)
2. *Evidence-based medicine glossary*. Oxford, UK: Centre for Evidence-Based Medicine; 2004. Available: www.cebm.net/glossary.asp (accessed 2006 March 31)
3. *Glossary / methodology terms*. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group; 2004. Available: www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=glossary (accessed 2006 March 31)
4. *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration*. [Denmark: The Nordic Cochrane Centre]; 2000. Available: www.cochrane.org/resources/glossary.htm (accessed 2006 March 31)
5. *Glossary of qualitative research*. Adelaide, Australia: Audience Dialogue; 2004. Available: www.audiencedialogue.org/gloss-qual.html (accessed 2006 March 31)
6. *Glossary of qualitative research terms [draft]*. Liverpool, UK: The Qualitative Research and Health Working Group, Liverpool School of Tropical Medicine; 2003. Available: www.liv.ac.uk/lstm/download/glossary.pdf (accessed 2006 March 31)
7. *Glossary of Technology Assessment Terms*. Boston, MA: Department of Veteran Affairs, Technology Assessment Program; 2004. Available: www.va.gov/vatap/glossary.htm (accessed 2006 March 31)
8. *Glossary of terms*. New York, NY: New York Academy of Medicine; [n.d.] Available: www.ebem.org/definitions.html (accessed 2006 March 31)
9. Goodman, C.S. *HTA 101: introduction to health care technology assessment*. Bethesda, MD: National Library of Medicine. National Information Center on Health Services Research & Health Care Technology; 2004. Available: www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta101_c1.html (accessed 2006 March 31)
10. Greenhalgh, T. How to read a paper: papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *BMJ* 1997;315(7109):672-675. Available: <http://bmj.bmjournals.com/archive/7109/7109ed2.htm> (accessed 2006 March 31)
11. *PharmacoEconomics*. Auckland, NZ: Adis International Ltd.
12. *Research methods glossary*. In: Project GOLD: Guidance Online for those Learning at a Distance. Bath, UK: University of Bath; 2000. Available: www.bath.ac.uk/elearning/gold/glossary.html#glossary (accessed 2006 March 31)
13. Wojtczak A. *Glossary of medical education terms*. White Plains, NY: Institute for International Medical Education; 2002. Available: www.iime.org/glossary.htm (accessed 2006 March 31)

منابع اضافی برای اطلاعات بیشتر

1. Berger, M.L., Binglefors, K., Hedblom, E.C., et al., editors. *Health care cost, quality, and outcomes: ISPOR book of terms*. Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR); 2003.
2. Dodge, Y., editor. *The Oxford dictionary of statistical terms*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003.
3. Glossary for evaluation and results based management (presentation). Paris: OECD, Development Assistance Committee Working Party on Aid Evaluation; 2002. Available: www.oecd.org/dataoecd/29/21/2754804.pdf (accessed 2006 March 31)
4. Last, J.M., Spasoff, R.A., Harris, S.S., et al., editors. *A dictionary of epidemiology*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
5. *Glossary*. Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies; 2005. Available: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage (accessed 2006 March 31)

واژه نامه ارزیابی فناوری سلامت شبکه بین المللی آژانس های ارزیابی فناوری سلامت

کاهش خطر مطلق (Absolute Risk Reduction)	سنجه ای برای اندازه گیری تأثیر درمان، که احتمال (یا میانگین) رخداد یک نوع پیامد را در دو گروه کنترل و درمان مورد مقایسه قرار می دهد. برای نمونه اگر طبق نتایج کارآزمایی، احتمال مرگ در گروه کنترل ۲۵٪ و احتمال مرگ در گروه درمان ۱۰٪ باشد کاهش خطر مطلق ۱۵٪ (۲۵-٪۱۵) محاسبه می گردد.
دسترسی (Access)	درجه ای که نظام مراقبت سلامت افراد یا گروه ها را در دریافت خدمات لازم یاری می رساند یا به دلیل محدودیت های مالی و غیر مالی از دریافت آن ها ممانعت به عمل می آورد.
صحت (Accuracy)	میزان صحت و درستی یک اندازه گیری (مثل تخمین اثر درمان). یک تخمین میتواند درست باشد در عین حال دقیق نباشد، حتی اگر بر پایه یک روش غیرتوروش دار (غیر جهت دار) انجام شده باشد نتیجه آن مشاهدات، متفاوت خواهد بود (یعنی برای هر کسی دامنه بسته نیست). (دقت را نیز نگاه کنید).
هزینه دستیابی (Acquisition Cost)	هزینه خرید یک دارو برای یک سازمان، اداره یا شخص.
تحقیقات کاربردی یا تحقیقات مشارکتی کاربردی (Action Research or Participatory Action Research)	مشکلی تشخیص داده می شود، رسیدگی و ایجاد تغییرات نیز شروع می شوند، سپس دوباره مورد بررسی قرار می گیرد و تغییرات اضافی نیز اعمال می گردند تا مشکل به طور قابل قبولی حل شود.
مدل تجمعی (Additive Model)	یک مدل که ترکیب اثر چند فاکتور، جمع اثرات تولید شده به وسیله هر کدام از فاکتورهاست. برای مثال اگر یک فاکتور خطر افزایشی a داشته باشد و فاکتور دیگر خطر دومی به نام b داشته باشد، اثر توأم آن دو فاکتور $a+b$ است. (مدل هم افزایی را نیز نگاه کنید)
اثر نامطلوب (ناخواسته) (Adverse Effect)	اثر نامطلوب یا ناخواسته یک مداخله (اتفاق نامطلوب و اثر جانبی را نیز نگاه کنید).
واکنش ناسازگار (Adverse Reaction)	هر پیامد نامطلوب یا ناخواسته در پیشگیری، تشخیص، یا مراحل درمانی که در یک موقعیت بالینی استاندارد اتفاق می افتد.
رخداد ناسازگار (ناخواسته) (Adverse Event)	هرگونه تغییر ناخواسته، ناخوشایند یا پاتولوژیک که طبق علائم بالینی یا تغییرات آزمایشگاهی در عملکرد آناتومی، فیزیکی و یا متابولیک و در هر فاز از مطالعه بالینی رخ دهد. نظیر تشدید شرایط پیشین، بیماری تداخلی، حوادث، تداخلات دارویی یا وخامت چشمگیر بیماری.
کارایی تخصیصی (Allocative Efficiency)	تخصیصی از ترکیب منابع مختلف برای حداکثر سازی سود (به معنی عدم تغییر در مخارج ضروری به نحوی که موجب بهبود سطح رفاه گردد).

<p>احتمال خطای نوع اول (مثبت کاذب) : در آزمون فرضیه، سطح α آستانه ای برای تعیین معناداری آماری است. برای مثال تنظیم درجه α در سطح ۰.۰۵ ، اشاره می کند که محقق ۵٪ شانس خطا را در صحت تشخیص مداخله غیر موثر پذیرفته است. سطح α به طور معمول بین ۰.۰۱ یا ۰.۰۵ یا ۰.۱ در نظر گرفته می شود. (آزمون فرضیه را نیز نگاه کنید).</p>	<p>خطای آلفا (Alpha (α))</p>
<p>متوسط تبدیل هزینه های سرمایه ای به یک نمودار سالیانه بر پایه طول عمر تجهیزات، هزینه اولیه، ارزش پایان عمر و میزان سود مالی در نظر گرفته شده است.</p>	<p>میزان سالانه (Annualisation)</p>
<p>امکان تعمیم نتایج یک مشاهده، مطالعه یا بازبینی در موقیت های دیگر (اعتبار بیرونی و تعمیم پذیری را نیز نگاه کنید).</p>	<p>قابلیت کاربرد (Applicability)</p>
<p>رویکرد انتخاب شده برای تحلیل (مثل اجتماع، دولت، سیستم مراقبت سلامت، پرداخت کننده)</p>	<p>دیدگاه تحلیلی (Analytic Perspective)</p>
<p>میانگین را ببینید.</p>	<p>میانگین حسابی (Arithmetic Mean)</p>
<p>فرآیند علمی بررسی و گزارش ویژگی های فناوری های سلامت که شامل ایمنی، اثر بخشی، قابلیت به کارگیری، موارد مصرف، هزینه و هزینه اثر بخشی، همین طور پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و اخلاقی می باشد.</p>	<p>ارزیابی (Assessment)</p>
<p>اختلافات نظام مند بین گروههای مقایسه که به دلیل حذف یا خارج شدن شرکت کنندگان از مطالعه رخ می دهد. برای مثال، بیماران ممکن است از مطالعه به خاطر واکنشهای نامطلوب مداخله انصراف دهند. بدون در نظر گرفتن این بیماران در تحلیل نتایج می تواند بیش از اندازه مداخله را مؤثر نشان دهد.</p>	<p>تورش فرسایش (ریزش) (Attrition Bias)</p>
<p>روند تنظیم و راه اندازی استانداردها و سنجش عملکرد بر مبنای آن ها</p>	<p>ممیزی (Audit)</p>
<p>حق بیمار در تعیین سرنوشت خود در خصوص مراقبت پزشکی که دریافت می کند و ممکن است موارد گوناگونی از جمله آزادی عمل، سنجش اثربخشی و صحت مراقبت را شامل گردد. این اصل حامی اصول اخلاقی و قانونی نظیر احترام به افراد و اخذ رضایت آگاهانه آن هاست. به عبارتی تصمیم گیری برای یک نفر بر اساس ارزشهای شخصی و اعتقادات.</p>	<p>استقلال، خود مختاری (Autonomy)</p>
<p>کل هزینه های درمان یا برنامه، تقسیم بر مجموع واحدهای درمانی ارائه شده.</p>	<p>هزینه متوسط (Average Cost)</p>

<p>رویکرد آماری که می تواند در مطالعات منفرد یا متاآنالیز استفاده شود و صراحتاً یک توزیع احتمال پیشین را بر پایه نظریه ذهنی و شواهد عینی ترکیب می کند مانند نتایج مطالعات گذشته. تجزیه و تحلیل بیز از قضیه بیز برای به روز رسانی توزیع قبلی با توجه به نتایج موجود یک مطالعه، و تولید توزیع بعدی استفاده می کند. استنتاج های آماری (برآورد نقطه ای، فاصله اطمینان و) احتمالاً بر پایه این توزیع بعدی هستند. توزیع پسین همچنین به عنوان توزیع قبلی برای مطالعه بعدی عمل می کند. این رویکرد ترکیبات (اشکال) جذاب زیادی دارد، اما بحث برانگیز است، زیرا متکی به دیدگاه هایی است که اغلب متفاوتند. با این حال استفاده از آن در ارزیابی اقتصادی به دلیل ایجاد مدل های ترکیبی با استفاده از شواهد متفاوت و بی ثبات، رایج گردیده است.</p>	<p>آنالیز بیزی (Bayesian Analysis)</p>
<p>یک نوع طراحی مطالعه که یک گروه قبل و بعد از مداخله مطالعه می شوند. تفسیر نتایج به دلیل دشواری تفکیک تاثیر مداخله از تاثیر سایر عوامل مخدوشگر چندان آسان نیست.</p>	<p>مطالعه قبل و بعد (Before-and-After Study (Pre- test /Post- Test Study))</p>
<p>فرآیند تضمین کیفیت که براساس آن یک سازمان اهداف و شاخص های سنجش عملکرد خود را در مقایسه با سازمان هایی که محصولات، خدمات و فعالیت هایش به عنوان راهنما انتخاب شده است را پایه گذاری می نماید.</p>	<p>محک زنی (Benchmarking)</p>
<p>احتمال خطای نوع II (منفی کاذب): در آزمون فرضیه، β احتمال نتیجه ای است که نشان می دهد مداخله موثر به اشتباه اثربخش شناخته شود ($1-\beta$) توان مطالعه می باشد که اثر یک مداخله را به درستی تشخیص می دهد (آزمون فرضیه را نیز نگاه کنید).</p>	<p>خطای بتا (Beta (β))</p>
<p>بطور کلی، هر فاکتوری که ماهیت واقعی یک رخداد یا مشاهده را تحریف کند، موجب تورش می گردد. در بررسی های بالینی، یک تورش هر نوع فاکتور سیستماتیک و خارج از مداخله مورد نظر است که می تواند تاثیر مهمی بر مشاهده های متفاوت در دو گروه درمان و کنترل داشته باشد. تورش، صحت مشاهدات را (که الزاماً دقیق نیستند) کاهش می دهد. تصادفی کردن یک تکنیک مورد استفاده برای کاهش این شکل از تورش است. تورش همچنین به پیش داوری یا دیدگاه نسبی که می تواند بر تفسیر اشخاص از مسئله مورد نظر اثر بگذارد، اشاره می کند. دو سو کورکردن نیز راهی برای کاهش این نوع تورش است. (تورش فرسایش، تورش شناسایی، تورش عملکرد، انتشار، انتخاب و تورش معاینه را نیز نگاه کنید).</p>	<p>تورش (Bias)</p>
<p>یک راهنمای کامپیوتری یا منبع چاپی از اسناد مقالات مجله و دیگر گزارشات در مطبوعات. اسناد کتاب شناسی به طور معمول شامل نویسنده، عنوان، منبع، چکیده و یا اطلاعات مربوطه (شامل متن کامل در بعضی موارد) است. نمونه ها MEDLINE و EMBASE هستند.</p>	<p>کتابشناسی پایگاه داده ای (Bibliographic Database)</p>
<p>مشاهدات با دو حالت ممکن مثل مرگ/ زندگی، سیگاری/ غیر سیگاری، حاضر/ غایب.</p>	<p>داده های دو حالت (دوگانه) (Binary Data (dichotomous data))</p>

<p>که همچنین "مخفی کردن" نیز نامیده می شود. به این معنا که بیماران و یا محققین در مورد این موضوع که آیا در یک کارآزمایی بالینی بیماران مداخلات مورد بررسی را دریافت کرده اند یا مداخلات کنترل را، آگاهی ندارند.</p> <p>کور کردن برای محدود کردن احتمال آگاهی فرد از دریافت نوع مداخله لازم است چراکه می تواند بر پیامد یا رفتار مداخله گر اثرگذار باشد. کور کردن معمولاً عملی نیست. (مثلاً وقتی درمان جراحی با دارو مقایسه می شود)، اما باید در صورت امکان و هماهنگ با مناسب ترین مراقبت بیمار اعمال گردد (واژه های تخصیص پنهان، یک سوکور، دو سوکور و سه سوکور را نیز نگاه کنید).</p>	<p>کور سازی (Blinding (masking))</p>
<p>اثر مالی ناشی از ترویج فناوری یا خدمات روی بودجه های سرمایه ای یا عملکردی دولت یا اداره.</p>	<p>تجزیه و تحلیل اثر بودجه (Budget Impact Analysis)</p>
<p>هزینه غیر تکراری سرمایه گذاری در مواردی که با وجود تحمیل هزینه، بیش از یک دوره مورد استفاده قرار می گیرد (مفید باقی می ماند).</p>	<p>هزینه های سرمایه ای (Capital Costs)</p>
<p>یک شخص در گروه مطالعه که بیماری یا ویژگی مورد توجهی دارد.</p>	<p>مورد (Case)</p>
<p>مطالعه مشاهده ای گذشته نگر که برای تعیین ارتباط بین یک پیامد خاص (مثل بیماری یا شرایط معین) و یک دلیل احتمالی (مثل یک مداخله، ریسک فاکتور یا مواجهه) طراحی می شود. محققین یک گروه از بیماران را با یک پیامد خاص (مورد) و یک گروه از بیماران بدون پیامد خاص (کنترل) شناسایی می کنند. سپس محققین تاریخچه موارد و کنترل ها را برای تعیین میزان برخورداری گروه های مطالعه از علت های بالقوه، مقایسه می کنند. همچنین، طرح این مطالعه به منظور سوز دادن پیامد (بیماری یا شرایط) به علت (مداخله، ریسک فاکتور یا مواجهه) می باشد.</p>	<p>مطالعه مورد-شاهدی (Case – Control Study)</p>
<p>شکل خاصی از جمعیت مطالعه که ممکن است پیامد یا انتخاب درمان لازم را تحت تاثیر قرار دهد. (مثل شدت بیماری و شرایط همراه آن)؛ چنین ویژگیهایی باید هنگام ارزیابی پیامدهای درمان لحاظ گردند.</p>	<p>مورد – مختلط (Case – Mix)</p>
<p>مطالعه مشاهده ای غیرکنترلی (گذشته نگر یا آینده نگر) که شامل یک مداخله و پیامد در یک بیمار به تنهایی است. (همچنین گزارش یا حکایت فردی نیز نامیده می شود).</p>	<p>گزارش موردی (مطالعه موردی) (Case Report (Case Study))</p>
<p>یک مطالعه غیر کنترلی (گذشته نگر یا آینده نگر) از یک سری (متوالی) از بیماران پیوسته که یک مداخله خاص را دریافت کرده اند و برای مشاهده پیامدهای مورد نظر مورد پیگیری قرار می گیرند. (همچنین موارد متوالی یا سری بالینی یا مجموعه ای از موارد بالینی نامیده می شود).</p>	<p>توالی موردها (Case Series)</p>
<p>داده هایی که در بیشتر از دو طبقه، طبقه بندی شده اند جایی که ضرورتاً دستوری برای طبقه بندی وجود ندارد. برای مثال مراکز درمان (داده های رتبه ای را نیز نگاه کنید).</p>	<p>داده های طبقه ای (قطعی) (Categorical Data)</p>

<p>همچنین به عنوان "چهارچوب تحلیلی" نیز شناخته میشود و یک شرح (یعنی در یک طرح کلی) از رابطه مستقیم یا غیر مستقیم بین مداخله و پیامد است. برای یک مشکل بالینی، یک مسیر علیتی به طور معمول شامل جمعیت هدف، یک یا چند مداخله جایگزین (یعنی غربالگری، تشخیص و یا درمان)، نتایج واسطه (یعنی مارکرهای بیولوژیکی)، و پیامدهای سلامت است. مسیرهای علیتی برای ارائه توضیحی شفاف و واضح به سؤالات مورد نظر در یک ارزیابی مطلوبند؛ آنها در شناسایی لینک های موثر برای فهم اینکه کدام شواهد ممکن است ناقص باشند، موثر هستند.</p>	<p>مسیر علیتی (Causal Pathway)</p>
<p>ارتباط بین علل و اثراتی که برجای می گذارند. معیارهای (برادفول هیل) برای روابط علیتی عبارتند از: ثبات؛ قدرت؛ ویژگی (دقت)؛ رابطه دوز- پاسخ به درمان؛ رابطه زمانی (معیار ضروری تقدم مواجهه بر پیامد است)؛ معقولیت بیولوژیکی؛ همخوانی و تجربه.</p>	<p>علیت (Causality)</p>
<p>پایگاه داده های الکترونیکی که متون پرستاری و منسوب به سلامت را پوشش می دهد. سالهای تحت پوشش از ۱۹۸۲ تاکنون است.</p>	<p>شاخص تجمعی برای پرستاری و مرتبط با متون سلامت (CINAHL(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)</p>
<p>سندی از یک مقاله، کتاب یا گزارش دیگر در پایگاه داده های کتابشناسی که شامل چکیده ای از اطلاعات توصیفی؛ یعنی مؤلفان، عنوان، چکیده، منبع و فهرست پایانی است.</p>	<p>استناد (Citation)</p>
<p>میزان تطابق تاثیر یک مداخله خاص، روش درمانی، رژیم غذایی، یا خدمت انجام شده با آنچه در شرایط عادی مورد نظر بوده است. یا بطور خاص تر در یک موقعیت بالینی استاندارد که سنجه های پیامدی را در مسائل مهم بیماران (نظیر توانایی انجام فعالیت های روزانه، طول عمر،) در نظر می گیرد، سود یک مداخله درمقابل خطر آن بررسی گردد.</p>	<p>اثر بخشی بالینی (Clinical Effectiveness (effectiveness))</p>
<p>گزارش علمی نظام مند که به تصمیم گیری پزشکی و بیمار در خصوص مراقبت سلامت در یک یا چند مورد از شرایط بالینی خاص کمک می کند. توسعه راهنمایی های طبابت بالینی می تواند به عنوان نوع خاصی از ارزیابی فناوری سلامت مورد توجه قرار گیرد؛ یا می تواند به عنوان نوعی سیاست گذاری که توسط گزارش ارزیابی فناوری سلامت مورد حمایت و اطلاع رسانی باشد تلقی گردد.</p>	<p>راهنمای طبابت بالینی (Clinical (Practice) Guideline)</p>
<p>یک پیامد مهم از نظر بالینی که بر اساس بیماری مورد مطالعه شرح داده می شود. (شکستگی در استئوپروزیس، میزان بهبودی و عود در زخم گوارشی)</p>	<p>پیامد بالینی (Clinical Outcome)</p>
<p>مجموعه چند رشته ای شامل تجویزهای روزانه و اهداف پیامدی که مراقبت همه جانبه را از گروه خاصی از بیماران در بر داشته باشد، به طور مثال، از بدو ورود تا پس از ترخیص بیمارانی که مراقبت بستری را دریافت می کنند. مسیرهای بالینی اغلب برای بهبود کیفیت یا ادامه مراقبت برنامه ریزی می شوند و هزینه را برای بیماران در گروههای وابسته به تشخیص کاهش می دهند.</p>	<p>مسیر بالینی (Clinical Pathway)</p>

<p>قوانین پیش بینی بالینی یک وسیله برای کمک به تصمیم گیری بالینی است، که شامل متغیرهای بدست آمده از تاریخچه بیمار، آزمایش پزشکی، یا تستی است که احتمال یک پیامد را نشان می دهد و تشخیص یا جریان عملکرد درمانی را پیشنهاد می کند.</p>	<p>پیش بینی بالینی (Clinical Prediction)</p>
<p>به این معنا که مداخله زمانی اثر دارد که برای بیماران و ارائه دهندگان مراقبت سلامت عملی باشد. حتی اگر مداخله از لحاظ آماری اثر معنادار داشته باشد، می تواند از لحاظ بالینی نتایج معناداری نداشته باشد. در یک کارآزمایی با تعداد زیادی از بیماران، یک اختلاف کوچک بین گروههای درمان و کنترل ممکن است از نظر آماری معنی دار باشد اما از نظر بالینی مهم نباشد. در یک کارآزمایی با بیماران کم، یک اختلاف بالینی مهم ممکن است مشاهده شود که به معنی داری آماری دست نمی یابد. (یک کارآزمایی بزرگ ممکن است نیاز به تأیید داشته باشد که یک اختلاف معنی دار آماری وجود دارد).</p>	<p>معنی داری بالینی (Clinical Significance)</p>
<p>نوعی مطالعه تحقیقاتی که به دقت کنترل و پایش شده و جهت بررسی موضوعات انسانی یا ارزیابی بیماران در خصوص یک یا چند مداخله سلامتی (شامل روشهای تشخیص و مداخلات پیشگیرانه) طراحی می گردد. هر کارآزمایی برای جواب به سؤالات علمی خاصی طراحی می شود.</p>	<p>کارآزمایی بالینی (Clinical Trial)</p>
<p>یک پایگاه داده از مطالعات کارآزمایی کنترل شده در مراقبت سلامت که از مطالب ثبت شده تخصصی در گروههای کارکن و سایر ارگانها مانند medline و Embase تالیف شده است.</p>	<p>مرکز ثبت کارکن برای کارآزمایی های کنترل شده (Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central))</p>
<p>CMDR شامل دو قسمت است: مطالعات متدولوژی کارکن (بررسی های سیستماتیک کامل از مطالعات متدولوژیکال) و پروتکل هایی برای بررسی که در حال حاضر در حال پیشرفت هستند.</p>	<p>بازبینی های متدولوژی از پایگاه داده های کارکن (Cochrane Database of Methodology Reviews) (CDMR)</p>
<p>یک پایگاه داده ها از مقالات و کتابها در مورد روشهایی برای هدایت مطالعات نظام مند از اثرات مداخلات مراقبت سلامتی. که در کتابخانه آن منتشر شده است.</p>	<p>مرکز ثبت متدولوژی کارکن (Cochrane Methodology Register) (CMR)</p>
<p>این پایگاه داده ها شامل متن کاملی از همه مطالعات نظام مند مرکز همکاری های کارکن و همچنین پروتکل های موجود برای مطالعات در دست اقدام می باشد.</p>	<p>پایگاه داده کارکن برای مطالعات مرور نظام مند (Cochrane Database of Systematic Reviews) (CDSR)</p>
<p>یک مجموعه از پایگاه داده های منتشر شده روی CD-Rom و اینترنت که هر سه ماه یکبار به روز شده و برای فراهم کردن اطلاعات و مدارک جهت حمایت از تصمیم گیری در حوزه سلامت طراحی شده است. پایگاه های داده ها به شرح زیر می باشند: پایگاه داده مطالعات نظام مند کارکن، پایگاه داده های مطالعات متدولوژی کارکن، مرکز ثبت کارآزمایی های کنترل شده کارکن، پایگاه داده های چکیده های مطالعات مؤثر، ثبت متدولوژی کوکران، پایگاه داده های ارزیابی فن آوری سلامت و NHS پایگاه داده های ارزشیابی اقتصادی.</p>	<p>کتابخانه کارکن (The Cochrane Library)</p>
<p>یک مرجع شناسی از نشریات که روشهایی بکاررفته در روند کارآزمایی های کنترل شده را گزارش می کند و در کتابخانه کوکران منتشر می گردد.</p>	<p>مرکز ثبت متدولوژی کارکن (Cochrane Methodology Register) (CMR)</p>

<p>یک مطالعه مشاهده ای که پیامدها را در یک گروه از بیماران که مداخله دریافت کرده اند با پیامد در گروه مشابه (از لحاظ تاریخچه بیماری و همزمانی) که مداخله دریافت نکرده اند، مقایسه می کند. در یک مطالعه کوهورت تطبیق یافته محققین گروهی را شناسایی می کنند که حتی الامکان مشابه گروهی باشد که مداخله دریافت کرده اند (یا از لحاظ آماری ویژگی های گروه را تعدیل می کنند).</p>	<p>مطالعه کوهورت (Cohort Study)</p>
<p>در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، به کارگیری روشهای تشخیصی یا درمانی اضافی برای اعضای هر یک از گروههای کنترل، شاهد و یا هر دو.</p>	<p>هم مداخله (Cointervention)</p>
<p>وجود بیماریهای اضافی یا به وجود آمده هنگام شروع مطالعه.</p>	<p>هم ابتلایی (بیماریهای جنبی) (Comorbidity)</p>
<p>فناوری که با مداخله مورد نظر مقایسه می شود.</p>	<p>فناوری مقایسه ای (Comparator)</p>
<p>سنجه ای که میزان تمایل بیماران را در خصوص درمان یا رژیم خاصی نشان می دهد، مثلاً پذیرفتن خوردن دارو، تحمل یک روش یا جراحی، انجام یک رژیم ورزشی یا منع مصرف سیگار.</p>	<p>پذیرش (Compliance)</p>
<p>فرآیند تعیین بیماران برای قرار گرفتن در گروههای جایگزین در مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی به صورتی که مدیر مطالعه یا بیماران از این انتصاب اطلاع نداشته باشند. تعداد ثبت های پزشکی، شماره شناسایی شخصی، یا روزهای تولد برای تخصیص پنهان مناسب نیستند. برنامه های تصادفی متمرکز معین، شماره گذاری های متوالی، پاکت های مبهم از مناسب ترین روش ها برای تخصیص پنهان می باشند. (کور کردن را نیز نگاه کنید).</p>	<p>تخصیص پنهان (Concealment of Allocation)</p>
<p>گروه کنترلی که محققان همزمان به عنوان گروه درمان در نظر می گیرند، اما قرار گرفتن بیماران در گروههای کنترل و درمان به صورت تصادفی تعیین نمی گردد. در شکل گیری گروههای کنترل و درمان نیز ممکن است اختلافاتی حاصل گردد.</p>	<p>کنترل متقاطع (همزمان) (Concurrent Control)</p>

<p>یک نوع از متا آنالیز بر پایه آماره های بیز برای ترکیب نتایج چند مطالعه با طرحهای متنوع (مثل کارآزمایی بالینی تصادفی ، مطالعات مشاهده ای و) که مطالعات جداگانه قبل از اینکه نتایج آنها با یک توزیع احتمالی از پارامترهای مورد نظر ترکیب شود باتوجه به تورشهای روش شناختی مربوطه، منطبق می شوند.</p>	<p>روش نمایش اطمینان (Confidence Profile Method)</p>
<p>توصیف مقدار عدم قطعیت در خصوص برآورد اثر درمان. که از اختلاف بین پیامدهای مشاهده شده در گروه کنترل و گروه درمان و اندازه نمونه مورد مطالعه محاسبه می شود. فاصله اطمینان برآورد مقدار حد بالا و حد پایین است که احتمالاً شامل ارزش واقعی اثر درمان است. در استفاده از فاصله اطمینان فرض می شود که یک مطالعه اگر چندین بار تکرار شود، یک نمونه از مشاهدات را از بین نمونه های احتمالی ارائه می دهد. محققین به طور معمول از CI_{۰.۹۰} ، ۹۵٪ و یا ۹۹٪ استفاده می کنند. برای نمونه، یک CI=۹۵٪ اشاره می کند که یک احتمال ۹۵ درصدی وجود دارد که CI محاسبه شده از یک مطالعه خاص شامل ارزش واقعی اثر درمان باشد. اگر فاصله اطمینان نشان دهنده یک اثر درمان پوچ باشد (معمولاً صفر یا اگر اثر درمان از طریق خطر نسبی و نسبت شانس محاسبه شده باشد عدد یک)، فرضیه صفر مبنی برعدم تاثیر واقعی درمان نمی تواند رد گردد.</p>	<p>فاصله اطمینان (Confidence Interval (CI))</p>
<p>سوگند مشتری- محوری که اطلاعات بدون رضایت آشکار نشود</p>	<p>رازداری (Confidentiality)</p>
<p>موقعیتی که طی آن منافع شخصی در ارزیابی یا فرآیند ارزشیابی تاثیر می گذارند. (مثل مصاحبه گر، درجه بندی کننده، نمره گذار و ارزیابی کننده) که می توانند بر کیفیت فعالیتها ارزیابی(منفی یا مثبت)، صحت داده ها یا نتایج ارزشیابی اثر بگذارند.</p>	<p>تضاد منافع (Conflict of Interest)</p>
<p>بیانیه یک فرد دخیل در تهیه گزارش و یا بررسی منافع مالی یا غیر مالی شخصی که می تواند یافته ها یا تفسیر نتایج را تحت تاثیر قرار دهند.</p>	<p>اعلام تضاد منافع (ثبت منافع) (Conflict of Interest Declaration(Register of Interest))</p>
<p>یک فاکتور که معمولاً با درمان (مواجهه) و پیامدهای مورد مطالعه ارتباط دارد. برای مثال، اگر شیوع سرطان بین افراد الکلی و آنهايي که انواع مواد مست کننده را استفاده می کنند مقایسه شود، سیگار کشیدن یک عامل مخدش کننده است. (بیشتر مصرف کنندگان قهار الکلی سیگاریند و سیگار با سرطان ارتباط دارد) و بنابراین سیگار کشیدن باید به دقت مشخص و تعیین شود و در تجزیه و تحلیل ارزیابی گردد.</p>	<p>فاکتور مخدوش کننده (Confounding Factor)</p>
<p>شکلهای مختلفی از قضاوت گروهی که یک گروه (یا هیئت) کارشناسان در ارزیابی یک مداخله و تنظیم یافته ها به وسیله رأی گیری و سایر فرآیندهای دستیابی به توافق عمومی تعامل دارند. این فرآیندها ممکن است رسمی یا غیر رسمی باشند، که شامل تکنیکهای گروهی اسمی و تکنیکهای دلفی است.</p>	<p>پیشبرد توافقی (Consensus Development)</p>
<p>بیانیه یا اقدامی که بر پایه توافق همه یا اکثریت افراد گروه شکل گیرد.</p>	<p>گزارش توافقی (Consensus Report)</p>

عواقب بیماری و یا مداخله (مثل سکته، مرگ، عوارض جانبی و اجتناب از مرگ)	عواقب (Consequence (s))
شخصی که از خدمات سلامت استفاده می کند، از آن ها متأثر می شود، حق بهره گیری از خدمات سلامت را دارد و یا به اجبار از آن ها منتفع می گردد.	مصرف کننده (بیماران، کاربران) (Consumer (Patient, User))
مشتری کسی است که به طور فعال با دیگر مشتریان در ارتباط است و قادر به بیان دیدگاه ها و نگرانی های گروه بزرگ تری است که عضو آن می باشد.	مشتری مداری (معرف بیمار) (Consumer Advocate (Patient Representative))
در کارآزمایی بالینی، کاربرد ناخواسته (غیر عمدی) مداخله ی مورد ارزیابی، برای افراد گروه شاهد یا کوتاهی غیرعمدی برای به کارگیری مداخله برای افراد گروه مداخله.	آلودگی، آلاینش (Contamination)
شرایط و موقعیتهایی که به کاربرد مداخله مرتبط هستند، برای مثال یک موقعیت (در بیمارستان، در خانه، در هوا)، یک زمان (کار روزانه، تعطیلات، شب هنگام)، نوع عملکرد (اولیه، ثانویه، مراقبت ثالث، عملکرد شخصی، عملکرد بیمه ، نیکوکاری)، خواه جاری باشند یا فوری.	زمینه (Context)
تأثیر شرایط مطالعه بر تفسیر نتایج آزمون، برای مثال در گروههای با شیوع بالای بیماری، احتمال تفسیر نتایج به طور غیر طبیعی توسط خوانندگان بیشتر است.	تورش موقعیت (Context Bias)
یک روش برای ارزیابی منفعت یا ارزش خصوصیات درمان که روشهای ارزیابی (بررسی) برای اثبات تمایل به پرداخت استفاده می شوند.	ارزش احتمالی (محتمل) (Contingent Valuation)
یک جدول طبقه بندی متقابل از داده ها که زیر مجموعه هایی از یک خصوصیت در جهت افقی هستند (در ردیفها) و زیر مجموعه هایی از دیگر خصوصیات در جهت عمودی هستند (در ستون). در آزمونهای ارزیابی بین خصوصیات، این جدول می تواند به راحتی کاربرد داشته باشد. ساده ترین جدول توافقی چهار در چهار است یا ۲×۲، که در کارآزمایی بالینی برای مقایسه نتایج دو گانه، مثل مرگ، برای یک گروه مداخله و کنترل یا دو گروه مداخله ای استفاده می شود.	جدول توافقی (Contingency Table)
داده هایی با تعداد نامحدودی از ارزشهای احتمالی در طول یک پیوستار. قد و وزن، فشار خون نمونه هایی از متغیرهای پیوسته هستند.	داده های پیوسته (Continuous Data)
یک نشانه یا رویداد بالینی که نشان می دهد کاربرد مداخله پیشنهادی نامناسب است (نباید استفاده شود).	منع مصرف (Contraindication)

<p>۱. در کارآزمایی بالینی هنگام مقایسه دو یا چند مداخله، شاهد کسی است که در گروه مقایسه دارو نما را دریافت می کند، مداخله و مراقبت استاندارد را دریافت نمی کند.</p> <p>۲. در مطالعات مورد- شاهدی یک شاهد کسی است که در گروه مقایسه بدون بیماری یا پیامد مورد نظر است.</p> <p>۳. در آمار شاهد به معنی توانایی انطباق دادن و یا پیدا کردن تأثیرات یا مشاهدات فرعی است.</p> <p>۴. زمانی که برنامه ای برای بیماری واگیر دار استفاده شود، کنترل می تواند همچنین به معنی برنامه هایی که هدف آنها کاهش یا حذف بیماری است باشد.</p>	<p>شاهد / کنترل (Control)</p>
<p>گروهی از بیماران که مبنای مقایسه قرار می گیرند و در راستای ارزیابی اثرات مداخله مورد نظر برای بیماران گروه درمان بکار می رود. بر اساس شرایط کارآزمایی، به گروه کنترل است که ممکن است درمان، یک درمان استاندارد یا معمول، یا دارونما دریافت نکنند. برای داشتن یک مقایسه معتبر، ترکیب گروه کنترل باید شبیه گروه درمان یا احتمالاً نزدیک به آن باشد. (شاهد های تاریخی را نیز نگاه کنید).</p>	<p>گروه کنترل (Control Group)</p>
<p>یک تجربه آینده نگر که پژوهشگران پیامدهای یک گروه از بیماران که مداخله دریافت کرده اند را با یک گروه از بیماران مشابه که مداخله را دریافت نکرده اند مقایسه می کنند. همه کارآزمایی های بالینی، ارزیابی شاهد دار تصادفی شده نیستند، هر چند همه ارزیابی شاهد دار تصادفی شده کارآزمایی بالینی اند.</p>	<p>کارآزمایی بالینی کنترل شده (Controlled Clinical Trial) (CCT)</p>
<p>یک سیستم از اصطلاحات، که شامل مثلاً تعاریف، ساختار طبقه بندی و فرایند ارجاع است که برای شاخص بندی و فهرست بندی و بازیابی از بدنه نوشته ها در کتابشناسی، مبتنی بر واقعیت، یا دیگر پایگاه داده ها استفاده می شود. MeSH یک نمونه کنترل لغات است که در MEDLINE و دیگر پایگاه داده های MEDLARS در NLM وجود دارد.</p>	<p>واژه های کنترلی (Controlled Vocabulary)</p>
<p>یک مقدار عددی بین ۱- تا ۱ است که بیان کننده قدرت مشاهده در ارتباط خطی بین دو متغیر است؛ تفسیری از $r=0$، نشان دهنده ارتباط خطی کم یا احتمال ارتباط غیر خطی بین دو متغیر است.</p>	<p>ضریب همبستگی (Correlation Coefficient)</p>
<p>یک مقایسه از مداخلات جایگزین که هزینه ها و پیامدها در واحدهای پولی رایج اندازه گیری می شوند.</p>	<p>تجزیه و تحلیل هزینه - منفعت Cost- Benefit Analysis (CBA)</p>
<p>یک شکل از تحلیل هزینه- اثربخشی که مؤلفه های هزینه های افزایشی (درمان ها، کاخ داری و...) و عواقب (پیامدهای سلامتی، اثرات نامطلوب و ...) از مداخلات یا برنامه های جایگزین با یکدیگر مقایسه و نشان داده می شوند، بدون اینکه نتایج جمع آوری شوند (مثلاً در نسبت هزینه- اثربخشی).</p>	<p>تحلیل هزینه - عواقب (Cost- Consequence Analysis(CCA))</p>
<p>نموداری از احتمال هزینه- اثربخشی بودن یک مداخله، به عنوان تابعی از ارزش یک QALY (سالهای عمر تعدیل یافته بر حسب کیفیت) بیشتر.</p>	<p>منحنی قابل قبول هزینه - اثربخشی (Cost- Effectiveness Acceptability curve(CEAC))</p>

مقایسه مداخلات جایگزین که در آن هزینه ها براساس واحدهای پولی و پیامدها براساس واحدهای غیر پولی سنجیده می شوند. مانند کاهش نرخ شیوع و مرگ و میر. (هزینه هر سال عمر تطبیق یافته با کیفیت بیشتر را نگاه کنید).	تحلیل هزینه- اثربخشی (Cost-Effectiveness Analysis(CEA))
تعیین کم هزینه ترین مداخله از بین مداخلاتی که پیامدهای یکسان پذیرفته شده ای دارند.	تحلیل کمینه سازی- هزینه (Cost-Minimization Analysis (CMA))
تعیین تأثیر اقتصادی یک بیماری یا شرایط سلامتی، شامل هزینه های درمان؛ این شکل مطالعه به پیامدها/ منافع نمی پردازد.	تحلیل هزینه بیماری (Cost of illness Analysis)
هزینه زمان از دست رفته کاری و کاهش بهره وری ناشی از بیماری، ناتوانی یا مرگ. ارزش زمان معمولاً بر پایه متوسط دستمزد/ میزان درآمد سنجیده می شود.	هزینه زمان از دست رفته (Cost of Lost Time)
این اندازه گیری در آنالیز هزینه منفعت برای کمک به مقایسه بین برنامه ها استفاده می شود؛ که بیان کننده هزینه پولی هر واحد پیامد است.	هزینه هر سال عمر تطبیق یافته با کیفیت (Cost per QALY)
یک شکل از تجزیه و تحلیل هزینه- اثربخشی از مداخلات متفاوت که هزینه ها در واحدهای پولی و پیامدها از نظر فایده شان اندازه گیری می شوند، معمولاً برای بیماران، اندازه گیری می شود، مانند استفاده از QALY _s .	تحلیل هزینه فایده (Cost-Utility Analysis(CUA))
مراحل ارزیابی و تفسیر شواهد با در نظر گرفتن نظام مند اعتبار، نتایج و ارتباط.	ارزیابی انتقادی (Critical Appraisal)
مطالعه مشاهده ای (آینده نگر یا گذشته نگر) که در آن گروه از بین جمعیت بزرگ مشخصی انتخاب می شود (گاهی اوقات بصورت تصادفی ساده)، و مواجهه آن ها با مداخله و پیامدهای مورد نظر تعیین می شوند.	مطالعات مقطعی (مطالعه شیوع) (Cross- Sectional Study (Prevalence Study))
هنگامی که در یک مطالعه بالینی برخی بیماران که اختصاص به گروه درمان داشته، مداخله را دریافت نمی کنند و یا مداخله دیگری دریافت می کنند، یا وقتی برخی بیماران در گروه کنترل مداخله را دریافت می کنند (خروج از کارآزمایی) اتفاق می افتد. اگر بیماران متقاطع با گروههای عادی تجزیه و تحلیل شود این نوع تورش می تواند اثر درمان مشاهده شده را تضعیف (کاهش) نماید..	تورش متقاطع (Crossover Bias)
یک طرح کارآزمایی بالینی که بیماران ، به ترتیب، درمان (یا کنترل)را دریافت می کنند و سپس بعد از مدت خاصی، به گروه کنترل (یا درمان) تغییر وضعیت می دهند. در این طرح، بیماران به عنوان کنترل خودشان به کار می روند و تصادفی سازی ممکن است برای تعیین اینکه کدام بیمار ابتدا درمان و یا کنترل را دریافت کند به کار رود.	طرح متقاطع (Crossover Design)

<p>یک کارآزمایی که بیماران به ترتیب، درمان (یا کنترل) دریافت می کنند و سپس، بعد از یک مدت مشخص، به کنترل (یا درمان) تغییر وضع می دهند. در این طرح، بیماران به عنوان کنترل خودشان به کار می روند، و تصادفی سازی ممکن است برای تعیین اینکه کدام بیمار ابتدا درمان و یا کنترل را دریافت نماید به کار رود. یک مشکل در این طرح اثرات درمان اولیه است که ممکن است به دوره بعد منتقل شود هنگامی که مداخله دوم داده می شود. بنابراین دوره پاکسازی بین دوره ها اغلب استفاده می شود.</p>	<p>کارآزمایی متقاطع (Crossover Trial (Study))</p>
<p>در متاآنالیز تجمعی، در یک زمان به ترتیب خاصی مطالعات افزوده می شوند (مثلاً مطابق با کیفیت و تاریخ انتشار) و نتایج در یک مطالعه جدید اضافه شده خلاصه می شوند. در یک نمودار از متاآنالیز تجمعی هر خط افقی نشانه خلاصه ای از نتایج هر مطالعه اضافه شده می باشد نه نتایج یک مطالعه. اگر چه، این تجزیه و تحلیل ها موضوعی برای تورش هستند مگر آنکه تست چند جانبه به اندازه کافی توجیه کننده باشد. (کارآزمایی ترتیبی را نیز نگاه کنید).</p>	<p>متا آنالیز تجمعی (Cumulative Meta- Analysis)</p>
<p>سالهای زندگی تعدیل شده بر حسب ناتوانی را ببینید.</p>	<p>دالی DALY</p>
<p>هر منبع گسترده از منابع (اغلب کامپیوتری شده) برای مشاهدات و اطلاعات مرتبط با یک گروه از بیماران (مردان جوانی که درکاتابورگ زندگی می کنند) یا یک بیماری (فشار خون) یا یک مداخله (داروی ضد فشار خون) یا دیگر وقایع یا ویژگیها. بسته به ملاک ورود به پایگاه داده ها، مشاهدات ممکن است کنترل شود. اگر چه می تواند مفید باشد، اما تنوع فاکتورهای مخدوش کننده (تصادفی نکردن، و احتمال تورش انتخاب در فرایندها که به وسیله بیماران یا اتفاقات گزارش می شود) روشهای ارتباطی ضعیفی برای تعیین رابطه علت و معلول بین مداخله و پیامد ایجاد می کند.</p>	<p>پایگاه داده ها (دفتر ثبت) (Database (or Register))</p>
<p>DARE یک پایگاه داده برای ارزیابی کیفیت بررسی های نظام مند از اثرات مداخلات مراقبت سلامت است. (کتابخانه کوکران را نیز نگاه کنید).</p>	<p>پایگاه داده خلاصه های مرتبط با مرور تأثیرات (Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE))</p>
<p>یک رویکرد برای تصمیم گیری در شرایط غیر قطعی که شامل مدل سازی زنجیره ها یا مسیرهای های چند راهبرد احتمالی (مثلاً تشخیص و درمان برای یک مشکل بالینی خاص) است تا تعیین نماید کدام یک مناسب تر است. براساس تخمین های موجود (که از کتب یا از متخصصین استخراج شده اند) احتمال رخداد رویدادها یا پیامدهای خاص را نشان می دهد و بیانگر ارزش برآمدهای حاصل از هر استراتژی خواهد بود. که پایه ای برای ارزیابی مناسب (استخراج شده از نوشته ها (کتب) یا از متخصصین) با احتمال اینکه وقایع حتمی و نتایج و پیامدها رخ خواهند داد و ارزش پیامدهایی که می توانند نتایج راهبردی داشته باشند است. یک درخت تصمیم گیری یک نمودار تصویری از مسیر های جایگزین است.</p>	<p>تحلیل تصمیم گیری (Decision Analysis)</p>
<p>یک چارچوب برای نمایش جایگزین ها جهت استفاده در تحلیل تصمیم گیری است.</p>	<p>درخت تصمیم گیری (Decision Tree)</p>

<p>درجه آزادی (Degrees of freedom)</p> <p>تعداد مقایسه های مستقل که می توان بین اعضای یک نمونه انجام داد. این به تعداد سهم های مستقل در یک توزیع نمونه گیری اشاره می کند (مثل توزیع کای اسکوئر). در یک جدول احتمالی ضرب تعداد سطرها منهای یک در تعداد ستونها منهای یک است. مثلا در جدول مقایسه ای ۲*۲، پیامدهای دو گانه دو گروه، مقایسه می کند مانند مرگ، دارای درجه آزادی یک است.</p>
<p>روش دلفی (Delphi technique)</p> <p>یک روش قضاوت گروهی چندباره که در آن یک منبع مرکزی، مطالعات و پرسشنامه ها را از طریق شرکت کنندگان به صورت جداگانه و بدون نام به جلو پیش می برد. سپس پاسخ ها برای اصلاح، نقد و تولید پاسخ نهایی گروه در چند مرحله بین شرکت کنندگان به گردش در می آید و خلاصه سازی می شود. (گاهی اوقات آماری). روش گروه اسمی را هم ببینید.</p>
<p>تورش تشخیص (Detection bias)</p> <p>اختلافهای منظم بین گروههای مقایسه در تحقیق، تشخیص یا بازبینی نتایج</p>
<p>تشخیص (Diagnosis)</p> <p>شناسایی یک بیماری یا ناخوشی بوسیله علامتها و نشانه های آن و نتایج تحقیقات که شامل رد بیماریهای دیگر و فاکتورهای علی از طریق تظاهرات بالینی است.</p>
<p>صحت تشخیص (Diagnostic accuracy)</p> <p>صحت را ببینید</p>
<p>تاثیر تشخیص (Diagnostic impact)</p> <p>یکی از ویژگی های کارایی تست تشخیصی است که اثر نتایج تست را در تشخیص شرح می دهد</p>
<p>کارایی تست تشخیصی (Diagnostic test Efficacy)</p> <p>تاثیر و فایده یک تست تشخیصی، ویژگیهای تکنیکی آن، صحت تشخیصی، تاثیر تشخیصی، درمان، پی آمد بیمار یا جامعه را بیان می کند</p>
<p>داده دو وضعیتی، دو گانه (Dichotomous data)</p> <p>داده دو تایی را ببینید</p>
<p>انتشار نوآوری (Diffusion of innovation)</p> <p>فرآیندی که در آن یک نوآوری از طریق کانالهای معلوم بین اعضای یک جامعه مورد تبادل قرار می گیرد. در مورد فناوری های پزشکی، این فاکتورها تحت تاثیر پذیرش فناوری های جدید در داخل سیستم مراقبت سلامت خواهد بود.</p>
<p>دوگانگی (Dilemma)</p> <p>انتخاب اجباری بین روش ها (معمولا دوگانه) که مقبولیت یکسانی ندارند.</p>
<p>هزینه های مستقیم (Direct costs)</p> <p>هزینه های ثابت و متغیر کلیه منابع (خدمات، کالاها) که در اجرای یک مداخله صرف شده است به همراه نتایج مداخله نظیر عوارض جانبی یا کالاها و خدماتی که به واسطه مداخله تحمیل شده اند. هزینه های مستقیم و غیر پزشکی شامل هزینه حمل و نقل یا مراقبت از کودک نیز می گردد.</p>
<p>هزینه های مستقیم پزشکی (Direct medical costs)</p> <p>هزینه های پزشکی که بطور مستقیم با ارائه مداخله سلامت تغییر می کنند. (مثل حقوق پزشک).</p>

هزینه غیر پزشکی با ارائه خدمات پزشکی ارتباط دارد (مانند انتقال بیمار به بیمارستان)	هزینه های مستقیم غیر پزشکی (Direct non medical costs)
یک واحد وضعیت سلامت که سالهای امید به زندگی سن خاص را به وسیله سالهای از دست رفته زندگی ناشی از ناتوانی یا بیماری یا جراحی، تعدیل می کند. دالی (DALY) معمولا برای اندازه گیری بار جهانی بیماری استفاده می شود	سالهای زندگی تطابق یافته با ناتوانی)Disability-adjusted life years (DALYs)
فرآیندی که در تجزیه و تحلیل هزینه استفاده می شود. به این منظور که ارزش هزینه های آینده و یا فواید یا پیامدها را از نظر محاسباتی کاهش دهد. تطابقها به این اشاره دارند که سطوح معلومی از هزینه ها و فواید در حال رخ دادن معمولا ارزش کمتری در حال حاضر، نسبت به همین سطوح از هزینه ها و فواید معین در آینده دارند.	تنزیل (Discounting)
نرخ مطلوب مورد استفاده در تنزیل یا محاسبه هزینه ها و فواید آینده به منظور دستیابی به ارزش آنها در حال حاضر، مانند ۳٪ یا ۵٪. که بعنوان هزینه فرصت سرمایه گذاری شناخته می شود. نرخ تنزیل معمولا براساس اوراق قرضه دولتی یا میزان سود بازار سرمایه گذاری هایی است که در دوره ای انجام می شوند که مداخله در آن دوره در حال ارزیابی است. برای مثال نرخ تنزیل استفاده شده دولت فدرال امریکا مبتنی بر وجوه قرضی بخش خزانه داری است و بسته به دوره تجزیه و تحلیل تغییر خواهد کرد.	نرخ تنزیل (Discount rate)
فرایند نظام مندی که طی آن مراقبت از بیمارانی که بیماری یا شرایط خاصی (بویژه شرایط مزمن) دارند از طریق طیفی از خدمات سرپایی و بستری یا کمکی صورت می گیرد. هدف مدیریت بیماری ممکن است شامل موارد ذیل باشد: کاهش وقایع حاد، کاهش بستری در بیمارستان، کاهش تغییر پذیری در مراقبت، پیشرفت نتایج سلامتی و کاهش هزینه ها. مدیریت بیماری ممکن است شامل بهبود مستمر کیفیت و یا سایر پارادایم های مدیریت باشد. همچنین ممکن است شامل یک فرایند ادواری پس از انجام یک پروتکل. اندازه گیری نتایج، ارائه بازخورد به پزشکان و یا اصلاح پروتکل باشد.	مدیریت بیماری (Disease management)
هر فرآیندی که توسط آن اطلاعات به گروههای هدف یا شنوندگان خاص منتقل می شود (دسترسی را ایجاد می کند).	انتشار (Dissemination)
یک عمل ریاضی که تغییرات یک متغیر را توصیف می کند.	توزیع (Distribution)
فرایند مقایسه هزینه و اثر بخشی گزینه های جایگزین که به شناسایی هزینه اثربخش ترین استراتژی کمک می کند. یک استراتژی با اثربخشی بالاتر و هزینه کمتر به سایر استراتژی ها برتری دارد.	غلبه (Dominance)

<p>هیچ یک از شرکت کنندگان و محققین (ارزیابی های پیامد) ندانند که شرکت کنندگان چه مداخله ای دریافت کرده اند. هدف کور کردن شرکت کنندگان (دریافت کننده ها و ارائه دهندگان مراقبت) این است که از ایجاد تورش عملکرد پیشگیری شود. هدف کور کردن محققین (ارزیاب کننده های نتایج که ممکن است ارائه دهندگان مراقبت باشند) این است که از تورش تشخیص پیشگیری گردد. (کور کردن، یک سو کور و سه سو کور را ببینید)</p>	<p>دو سو کور Double blind (double Masked)</p>
<p>واحدی ثابت با ارتباطات و منابع قابل اطمینان با هدف: شناسایی تکنولوژی های جدید که اثر بالقوه زیادی بر ایجاد خدمات سلامت دارند. فیلتر و اولویت بندی این تکنولوژی ها به منظور انتخاب تکنولوژی ای که به احتمال زیاد بیشترین تاثیر را دارد و ارزیابی تاثیرات احتمالی در حوزه های سلامت، خدمات و پیامدهای مالی</p>	<p>سیستم آگاهی اولیه (Early warning system)</p>
<p>تحلیل مقایسه ای هزینه ها و نتایج روش های جایگزین</p>	<p>ارزشیابی اقتصادی (Economic evaluation)</p>
<p>در مراقبت سلامت، مدلی ریاضی از سیر بیمار است که گزینه های حیاتی و نتایج مداخلات مورد مطالعه را توصیف می کند و می تواند پیامدها را بر حسب اهمیتی که برای بیماران دارد از میانی تا بلند مدت پیش بینی نماید.</p>	<p>مدل اقتصادی (Economic model)</p>
<p>۱- یک اصطلاح کلی برای تخمین اثری که در مطالعه تعیین شده است ۲- سنجه ای بدون ابعاد است تاثیر را بیان می کند و به نوعی برای داده های پیوسته استفاده می شود، زمانی که مقیاس ها ی مختلف (نظیر سنجه های درد) برای اندازه گیری یک پیامد مورد استفاده قرار می گیرند. معمولا از اختلاف میانگین گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم بر انحراف استاندارد گروه کنترل یا هر دو به دست می آید. یک نوعی از متآنالیز که متوسط اندازه اثر چندین مطالعه را شامل می گردد (اختلاف میانگین استاندارد شده و اثر درمان را هم ببینید)</p>	<p>اندازه اثر (Effect size)</p>
<p>اثر بخشی بالینی را هم ببینید. فایده استفاده از یک فناوری برای یک مشکل خاص، تحت شرایط کلی یا روزمره (مانند پیامدهای سلامت) برای مثال توسط یک پزشک در یک بیمارستان یا توسط یک بیمار در خانه به کار رود</p>	<p>اثر بخشی (Effectiveness)</p>
<p>فایده استفاده از یک فناوری برای یک مشکل خاص تحت شرایط ایده ال ، برای مثال، در یک مجموعه آزمایشگاهی، در پروتکل کارآزمایی بالینی تصادفی که به دقت مدیریت شده یا " در یک مرکز تعالی"</p>	<p>کارایی (Efficacy)</p>
<p>حداکثر فایده ممکن از منابع قابل دسترس (کارایی فنی و کارایی تخصیصی را هم ببینید)</p>	<p>کارآمدی (Efficiency)</p>
<p>جایگزین های مغلوب، نسبت های هزینه - اثر بخشی افزایشی و هزینه مطلوبیت در نمودار در طول حد (مرز) کارآمدی مشخص میشوند.</p>	<p>حد کارآمد (Efficient frontier)</p>

<p>پایگاه داده داروشناسی و پزشکی (برگزیده های پایگاه داده ای دارویی) پایگاه داده ، پوشش قوی از انتشارات اروپا را دارند. سالهای تحت پوشش شامل ۱۹۷۰ تا کنون</p>	<p>پایگاه دادهای (EMBASE)</p>
<p>فناوری که هنوز توسط سیستم سلامت پذیرفته نشده است. داروهایی که معمولا در فاز یک یا دو کارآزمایی بالینی، یا شاید قبل از اقدام هستند. تجهیزات پزشکی که هنوز بازاریابی نشده اند، یا ۶ ماه است بازاریابی شده اند و یا بازاریابی شده اند اما کمتر از ۱۰٪ توزیع شده اند و یا به صورت محلی مورد استفاده قرار گرفته اند.</p> <p>تغییر در موارد مصرف (اندیکاسیون ها) یا کاربرد فناوری های موجود می تواند در این دسته قرار گیرد.</p>	<p>فناوری نو پدید سلامت (Emerging health technology)</p>
<p>نتایج تجربی بیشتر بر پایه تجربه (یا مشاهده) هستند تا دلایل منطقی محض</p>	<p>تجربی (Empirical)</p>
<p>فرهنگ جامع واژه های کنترلی برای پایگاه داده EMBASE</p>	<p>امتری (EMTREE)</p>
<p>مطالعه توزیع و عوامل تعیین کننده موضوعات مربوط به سلامت یا حوادث در جمعیت های مشخص</p>	<p>همه گیری شناسی (Epidemiology)</p>
<p>سنجه یا شاخص تعیین اثر یک مداخله</p>	<p>نقطه پایان (Endpoint)</p>
<p>شرایط عدم قطعیت در خصوص اینکه آیا یک مداخله سلامت پیامدهای مطلوب تری را ارائه می دهد یا خیر. شامل تعادل بین فواید و مضرات. اگر عدم قطعیت قابل توجهی وجود داشته باشد، بنابر اصول تعادل، بیماران فقط باید در یک کارآزمایی بالینی تصادفی ثبت نام شوند. انتظار احتمال یکسان، در خصوص تعیین مداخله ای که برای بیمار مفید است، وجود خواهد داشت.</p>	<p>تعادل ، توازن (Equipoise)</p>
<p>عدالت در تخصیص منابع یا درمان اشخاص یا گروههای مختلف.</p>	<p>تساوی (Equity)</p>
<p>کارآزمایی با این هدف اولیه که نشان دهد پاسخ به دو یا چند مداخله به اندازه ای اختلاف دارند که از لحاظ بالینی دارای اهمیت نمی باشد. معمولا با نشان دادن تفاوت درمان صحیح اثبات می شود که احتمالا بین یک مرز تعادل پایین تر و بالاتر از حاشیه های قابل پذیرش بالینی قرار می گیرد.</p>	<p>کار آزمایی تعادل (Equivalence trial)</p>
<p>در مطالعات مربوط به اثرات سلامت ، ارتباط مشاهده شده بین یک مداخله و پیامد آن: برای مثال تعداد افراد مورد نیاز برای درمان، نسبت شانس ، اختلاف خطر ، خطر نسبی ، اختلاف میانگین استاندارد شده. اختلاف میانگین وزنی (اثر درمان را هم ببینید).</p>	<p>تخمین اثر (Estimate of effect)</p>
<p>یک اصطلاح عمومی برای آنچه که اغلب بعنوان علم اخلاق توصیف می شود.</p> <p>در فلسفه ، رفتاری اخلاقی است که خوب باشد. هدف تئوری اخلاق ، تعیین آنچه که هم برای اشخاص و هم برای جامعه بعنوان یک کل، خوب است.</p>	<p>اخلاقیات (Ethics)</p>

شبکه اطلاعات اروپایی، در خصوص فناوری های سلامت نوین و یا در حال تغییر. اعضای آن مراکز HTA هستند که در شناسایی و ارزیابی تکنولوژیهای نون و نو پدید سلامت دخیل هستند.	آزانی افق نگاری اروپا (EuroScan)
روشهای مختلف تحقیق که در ارزیابی یک برنامه، سیاست و غیره استفاده می شود. به خصوص در رابطه با عواملی همچون سازمان، فرآیند، نتایج و سودمندی	مطالعات ارزشیابی (Evaluation research)
نسبت شرکت کنندگان در گروه، که حادثه برای آنها رخ داده است. پس اگر در ۱۰۰ بیمار ۳۲ حادثه (مثل سکتة مغزی) مشاهده شود، میزان حادثه ۳۲/۱۰۰ است.	میزان حادثه (Event rate)
توجه به شواهد در فرایند تصمیم گیری مراقبت سلامت. همچنین بعنوان تصمیم گیری براساس شواهد آگاهانه نیز شناخته می شود.	تصمیم گیری مبتنی بر شواهد (Evidence-based decision Making)
توسعه کاربرد اصول مبتنی بر شواهد پزشکی در تمام مشاغل مراقبت سلامت حتی شامل خریداری و مدیریت	مراقبت سلامت مبتنی بر شواهد (Evidence-based health care)
استفاده از بهترین شواهد موجود استخراج شده از تحقیقات علمی و پزشکی به منظور تصمیم گیری برای مراقبت از بیمار. منظم کردن سوالات مرتبط با مراقبت از بیماران خاص، جستجوهای سیستماتیک مقالات علمی و پزشکی، شناسایی و ارزیابی نقادانه نتایج تحقیقات مرتبط، و استفاده از نتایج بر روی بیماران جزء این مورد هستند.	پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence-based medicine)
نمایش خلاصه ای از ویژگیهای انتخاب شده (از طراحی اصولی، بیماران، پی آمدها) از مطالعات در خصوص یک مداخله خاص یا مشکل سلامت	جدول شواهد (Evidence table)
کارآزمایی که اثرات مداخلات سلامت را تحت شرایط ایده آل اندازه گیری می کند. از افراد که بطور دقیق از نظر بالینی تعریف شده اند استفاده می کند. اغلب کارآیی را ارزیابی می کند.	کار آزمایی توضیحی (Explanatory trials)
حوزه ای که در آن یافته های بدست آمده از یک تحقیق، انجام شده در یک محیط خاص می تواند به شرایط محیطی دیگر تعمیم یابد. به میزان تفاوت شرایط محیطی یک تحقیق ویژه (مشخصات بیمار، روش ارائه یک درمان) با شرایط محیطی دیگر، ممکن است، اعتبار خارجی یافته های تحقیق مورد سوال قرار گیرد (قابلیت اجرا و قابلیت تعمیم را هم ببینید)	اعتبار خارجی (External validity)
اشاره به کاربرد نتایج در یک جمعیت وسیع تر دارد، بدین مفهوم نتایج را فراتر از آنچه که ثبت مشاهده یا تجربه شده است حدس می زند، پیش بینی می کند، گسترش می دهد یا طرح می نماید.	برون یابی (Extrapolation)

<p>جایی که یک مداخله با یک یا چند گزینه یا یک دارونما مقایسه می شود، بیشتر کارآزماییها فقط به یک فاکتور توجه دارند. در یک کارآزمایی استفاده از یک طرح فاکتوریل ۲*۲، شرکت کنندگان به یکی از چهار ترکیب ممکن تخصیص داده می شوند. برای مثال در یک فاکتوریل ۲*۲، در مطالعه کارآزمایی تصادفی شده از جایگزینی نیکوتین و مشاوره، شرکت کنندگان به: جایگزینی نیکوتین تنها، مشاوره به تنهایی، به هردو یا به هیچکدام اختصاص داده خواهند شد. در این روش می توان اثر مستقل هر مداخله بر روی توقف سیگار و یا ترکیب اثر دو مداخله را آزمایش کنیم.</p>	<p>طرح فاکتوریل (Factorial design)</p>
<p>یک رایانه راهنما یا منبع چاپی است که مرجع یا اطلاعات موثق را فراهم می کند. مانند گایدلاین های موجود برای تشخیص و درمان، نشانه های بیماران یا اثرات مضر فراهم می کند.</p>	<p>پایگاه داده واقعی (Factual database)</p>
<p>موقعی که تجزیه و تحلیل آماری از یک کارآزمایی، هیچ نوع اختلافی در پیامدهای بین گروه های درمان و مقایسه پیدا نمی کند. در صورتیکه در حقیقت اختلاف واقعی وجود دارد. این بعنوان خطای نوع دو شناخته شده است. احتمال ایجاد خطای نوع دو را بعنوان خطای بتا می شناسیم. (بتا را ببینید).</p>	<p>خطای منفی کاذب (False negative error)</p>
<p>زمانی که تجزیه و تحلیل آماری از یک کارآزمایی، یک اختلاف در پیامدهای بین گروه درمان و گروه مقایسه پیدا می کند. در صورتیکه در حقیقت هیچ نوع اختلافی وجود ندارد. این بعنوان خطای نوع یک شناخته می شود. احتمال خطای نوع یک بعنوان آلفا شناخته می شود (آلفا را ببینید).</p>	<p>خطای مثبت کاذب (False positive error)</p>
<p>یک مطالعه طراحی شده که بطور خاص داده های اولیه را پیرامون فناوری آینده جمع آوری می کند به این دلیل که فاقد شواهد مناسبی است.</p>	<p>محدوده ارزشیابی (Field evaluation)</p>
<p>یک مدل آماری است که تصریح می کند، واحدهای تحت تجزیه و تحلیل افراد مورد نظر هستند که جمعیت کاملی را تشکیل می دهند. واریانس درون مطالعه فقط برای تاثیر بر روی نتایج غیرقطعی (همانگونه که در فاصله اطمینان اشاره شد) متاآنالیزهایی که از مدل اثر ثابت استفاده می کنند گرفته می شود. واریانس بین تخمینهای اثر از هر مطالعه ای (ناهمگون) بر فاصله اطمینان در یک مدل اثر ثابت شده تاثیر نمی گذارد (مدل اثر ثابت تصادفی و روش پتو را ببینید)</p>	<p>مدل اثر ثابت (Fixed effect model)</p>
<p>بحث و عقاید درخصوص یک موضوع ویژه در یک گروه کوچک از مردم انجام می شود (تقریبا با ده شرکت کننده) و توسط یک مدیر رهبری می گردد.</p>	<p>بحث گروهی (Focus group)</p>

<p>تعیین نقطه پایانی، حوادث ، یا پیامدهای دیگر در بیماران ، در طول پیگیری یک مداخله یا در طی دوره طبیعی بیماری یا وضعیت ، در یک یا چند بازه زمانی مشخص بعد از شروع مداخله یا خط مبدا مشاهده دیگر. همچنین توانایی محققین در جمع آوری داده از تمامی افرادی که برای کل دوره مطالعه ثبت نام کرده اند یا شناسایی شده اند. برحسب وسعت داده های مربوط به پیامدهای بیمار که از دست رفته اند(مثلا بیمارانی که از مطالعه خارج شده اند یا به عبارتی حذف شده اند)، نتیجه ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد. مخصوصا اگر دلایل منظمی برای حذف نوع مشخصی از بیماران از پیگیری وجود داشته باشد. محققین باید تعداد و نوع بیمارانی را که نتوانستند ارزیابی شوند گزارش کنند و امکان تورش در نظر گرفته شود (مفهوم تجزیه و تحلیل در مان را ببینید)</p>	<p>پیگیری (Follow-up)</p>
<p>لیستی از داروهای قابل پرداخت تحت برنامه بیمه سلامت یا ارائه شده تحت یک برنامه مراقبتی مدیریت شده یا برگزیده شده در یک مجموعه بالینی خاص.</p>	<p>دستورالعمل فرمول های دارویی قابل تجویز (Formulary)</p>
<p>یک روش تخمین هزینه های تولیدی که با استفاده از محاسبه ارزش تولید از دست رفته در طول دوره سایش، به دست می آید. (مثلا بین زمان شروع غیبت از کار تا جایگزینی)</p>	<p>روش هزینه سایشی (Friction cost method)</p>
<p>نموداری است که برای نشان دادن حجم نمونه در مقابل اندازه اثر آن طراحی شده و می تواند برای بررسی تورش انتشار استفاده شود.</p>	<p>نمودار قیفی (Funnel plot)</p>
<p>هزینه های ناشی از مصرف منابع اضافی(از طریق طول عمر بیشتر) به منظور ارائه یک مداخله. سال مالی</p>	<p>هزینه های مراقبت سلامت آینده (Future health care costs) (FY)</p>
<p>قابلیت تعمیم، درجه ای است که در آن نتایج یک مطالعه یا مرور نظام مند می تواند به شرایط محیطی دیگر تعمیم داده شود، در موقعیتهای مراقبت سلامت معمولی یا خاص (قابلیت کاربرد و اعتبار خارجی را ببینید)</p>	<p>قابلیت تعمیم (Generalizability)</p>
<p>بهترین شیوه، رویه یا اندازه گیری در دسترس برای مقایسه مداخلات موجود که به طور گسترده ای پذیرفته شده است. در برابر مداخلات جدیدی که باید مقایسه شود. این بویژه در مطالعات صحت تستهای تشخیصی اهمیت دارد .</p>	<p>استاندارد طلایی (Gold standard)</p>
<p>گزارشات تحقیقی و سایر مقالاتی که به صورت چاپی یا الکترونیکی در انتشارات نشریه های رسمی یافت نشده است یا به عبارت دیگر توسط ناشرین تجاری کنترل نشده است. مثلاً مقالات سازمانهای دولتی، اقدامات سمپوزیوم و گزارشات صنعتی .</p>	<p>ادبیات خاکستری (Gray/grey literature)</p>
<p>زمانی که محققین سعی می کنند نگاه یک مشکل بدون تصور قبلی، تئوریهایشان را صرفا براساس شواهد جمع آوری شده ایجاد نمایند.</p>	<p>تئوری زمینه ای (Grounded theory)</p>

شواهدی که مسیر و توصیه هایی برای تصمیم گیری و یا اقدام ارائه می دهند. در بریتانیا اصطلاح راهنما ، برای توصیف دستورالعمل و ارزیابی های NICE ⁶ استفاده می شود.	راهنما (Guidance)
دستورالعمل بالینی را ببینید.	دستورالعمل (Guideline)
جستجوی برنامه ریزی شده صفحه به صفحه یک مجله ، شامل: سر مقاله ، نامه ها و غیره. برای شناسایی تمام مطالعات مرتبط. بطور نرمال یک شخص، جستجوی دستی سال جاری یک مجله را شروع خواهد کرد و به عقب بر می گردد تا نتیجه کارآزمایی کم اعتبار (بی اهمیت) شود و یا به volume1 (ارزش 1) برسد.	جستجوی دستی (Hand searching)
کاربرد اصول و قوانین اقتصادی در حوزه سلامت و مراقبت سلامت، شامل ارزشیابی سیاست سلامت و سیستم سلامت از جنبه اقتصادی، برنامه ریزی سیستم سلامت، تقاضا و عرضه مراقبت سلامت، ارزیابی اقتصادی از تکنولوژیها و روش های پزشکی، تعیین کننده های سلامت و ارزش آنها، تجزیه و تحلیل عملکرد سیستمهای مراقبت سلامت در اصطلاحات برابری و کارایی تخصیصی	اقتصاد سلامت (Health economics)
ارزیابی نیازهای سلامتی جامعه محلی و استفاده از این اطلاعات در استقرار اولویتها و برنامه ای برای ارائه مراقبت و خدمات سلامتی .	ارزیابی نیاز های سلامت (Health needs assessment)
نتایج یا تاثیرات وارد بر سلامت از هر نوع مداخله (یا کمبود) مانند یک روش بالینی ، سیاست یا برنامه بهداشت)	پیامدهای سلامت (Health outcomes)
پیامد بیمار که مسائلی فراتر از اندازه های مرگ و ابتلا را اندازه گیری می کند و شامل ابعادی مانند فیزیکی، عملکرد، فعالیت اجتماعی، ادراک ، احساس، خواب و استراحت، انرژی و زنده دلی، احساس سلامتی و رضایت عمومی زندگی (بعضی از اینها بعنوان وضعیت سلامتی ، وضعیت کاری یا اندازه های کیفیت زندگی شناخته شده اند)	کیفیت زندگی وابسته به سلامت (Health-related quality of life) (HRQL, HRQoL, QOL)
حوزه تحقیق مربوط به رشته های مختلف علمی که تاثیر سازمان، دارایی و مدیریت خدمات مراقبت بهداشتی در ارائه کیفیت ، هزینه، دستیابی به پیامدهای خدمات را مورد بررسی قرار می دهد.	تحقیقات خدمات سلامت (Health services research)
سطحی از بهداشت شخصی ، گروهی یا جمعی که بطور معقول توسط اشخاص یا سنجه های عینی ارزیابی می شود.	وضعیت سلامت (Health status)
هر مداخله ای که ممکن است برای ارتقاء سلامت، به منظور پیشگیری ، تشخیص یا درمان بیماری یا برای بازتوانی یا مراقبت طولانی مدت استفاده شود این شامل داروها، وسایل ، روشها و سیستم های سازمانی استفاده شده در مراقبت سلامت است .	فناوری سلامت (Health technology)

⁶National Institute for health and Clinical Excellence

<p>ارزیابی فناوری سلامت: ارزشیابی منظم ویژگیها، تاثیرات و یا اثرات فناوری مراقبت سلامت. و ممکن است نتایج مستقیم و مورد انتظار و همچنین نتایج غیر مستقیم و نا منتظره را نشان دهد. هدف اصلی این است که به سیاستگذار در رابطه با فناوری مرتبط با مراقبت سلامت آگاهی بدهد. ارزیابی فناوری سلامت توسط گروههای بین رشته ای هدایت می شود که از چهارچوب های روشن تحلیل که از روش های مختلف به دست آمده اند استفاده می کنند.</p>	<p>ارزیابی فناوری سلامت (Health Technology Assessment)(HTA)</p>
<p>یک سیستم عمومی ، جامع برای اندازه گیری وضعیت سلامت ، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ، تولید نمرات مطلوبیت</p>	<p>شاخص فایده های سلامت (Health Utilities Index) (HUI®)</p>
<p>تعداد سالهای فرضی صرف شده در سلامتی کامل است که می تواند معادل با تعداد سالهای واقعی گذرانده شده در حالت نقص سلامت در نظر گرفته شود</p>	<p>تعداد سالهای معادل (Healthy years equivalent) (HYE)</p>
<p>تفسیری از یک کل در ارتباط با بخشهای آن و بالعکس(در اصل یک شکل از تفسیر کتاب مقدس)</p>	<p>علم تفسیر (Hermeneutics)</p>
<p>در متآنالیز ، ناهمگونی به تغییرات یا اختلافاتی در تخمین اثرات بین مطالعات اشاره دارد. تشخیصی است که گاهی اوقات بین ناهمگونی آماری (اختلافات در اثرات گزارش شده) ناهمگونی روش شناسی (اختلافات در طراحی مطالعه) و ناهمگونی بالینی (اختلافات بین مطالعات در مشخصات کلیدی شرکت کنندگان، مداخلات یا اندازه گیری پیامدها) ایجاد می شود. تستهای آماری ناهمگونی برای ارزیابی استفاده می شود که آیا تغییرات مشاهده شده در نتایج مطالعه (اندازه اثر) بزرگتر از آن است که انتظار می رود با شانس اتفاق افتد. اگر چه این تستها قدرت آماری کمتری دارند.</p>	<p>ناهمگنی (Heterogeneity)</p>
<p>مطالعات اغلب بر اساس اعتبار و سطح تورش در سلسله مراتبی گروه بندی می شوند که تعیین می کند کدام مطالعات باید بیشترین وزن را در ارزشیابی داشته باشند. سلسله مراتب مختلفی وجود دارند که در ارزیابی فناوری سلامت استفاده می شوند.</p>	<p>سلسله مراتب شواهد (Hierarchy of evidence)</p>
<p>یک گروه کنترل ، از یک گروه بیماران که در گذشته مورد مشاهده قرار گرفته بودند انتخاب می شوند. استفاده از کنترلهای تاریخی ، اهمیت مقایسه های معتبر را بالا می برد. زیرا که آنها احتمالاً از گروه درمان در ترکیب، تشخیص، شدت بیماری، تعیین کننده های پیامدها و یا طرق دیگری که اثر درمان را مخدوش خواهند کرد، متفاوت هستند. جایی که پیامدهای درمان استاندارد (بدون درمان) به خوبی شناخته شده اند. در یک جمعیت معلوم بیمار ، کمی متفاوت هستند. امکان پذیراست که کنترلهای تاریخی را در نمونه های ویژه ای استفاده کنند.</p>	<p>کنترل تاریخی (Historical control)</p>
<p>همگونی در مرور نظام مند به سطحی بر می گردد که نتایجی مطالعات در یک بررسی مشابه هستند. همگونی بالینی به این معنی است که در کارآزمایی های وارد شده در یک بررسی، مشارکت کننده ها، مداخلات و اندازه های پیامد شبیه هم هستند یا قابل مقایسه اند. اگر نتایجشان ، اختلاف زیادی نسبت به اینکه انتظار می رفته است با شانس رخ دهد نداشته باشند. مطالعات به عنوان همگونی آماری در نظر گرفته می شوند.(ناهمگونی رابینینید)</p>	<p>همگنی (Homogeneity)</p>

شناسایی منظمی از فناوری های پیشرفته که می تواند اثرات مهمی بر مراقبت سلامت داشته باشد. و می تواند برای ارزیابی فناوری سلامت در نظر گرفته شود.	افق نگاری (Horizon scanning)
پایگاه داده اطلاعات کامل شده و در حال پیشرفت ارزیابی فناوری سلامت می باشد. که در مرکز بررسی ها و انتشار با همکاری دبیرخانه INAHTA ^V نگهداری شده است .	پایگاه داده ارزیابی فناوری سلامت (HTA database)
جامعه بین المللی ارزیابی فناوری سلامت: یک جامعه بین المللی که بطور ویژه بر ارزیابی فناوری سلامت متمرکز است که شامل موسسه آکادمیک سیستم های مراقبت سلامت، صنعت، تجارت، بخش خصوصی و دولت است.	آژانس بین المللی ارزیابی فناوری سلامت (HTAi)
روشی برای محاسبه هزینه غیر مستقیم بیماری میتنی بر ارزش اقتصادی عمر باقی مانده، در جامعه ای از افراد سالم با همان سن، که توسط درآمدهای بالقوه بازار، اندازه گیری می شود.	رویکرد سرمایه انسانی (Human Capital Approach)(HCA)
روشی برای طراحی و تجزیه تحلیل یک کارآزمایی بالینی که شامل تعیین این احتمال می شود که اگر یک فرضیه خاص درست باشد چقدر اثر درمان مشاهده شده می تواند تنها براساس شانس اتفاق بیافتد . یک فرضیه خاص ، فرضیه صفر است که قبل از کارآزمایی ایجاد می شود و بیان دارد که مداخله مورد نظر اثری ندارد. یا اینکه هیچ اختلاف اثری بین دو مداخله نیست. تست فرضیه در تعیین اینکه آیا فرضیه صفر می تواند یا نمی تواند رد بشود، به کار گرفته می شود.	تست فرضیه (Hypothesis testing)
ارزیابی اثرات یک گزارش ارزیابی فناوری سلامت ، برنامه یا خدمت سلامت	آنالیز اثر (Impact analysis)
شبکه بین المللی مراکز ارزیابی فناوری سلامت را ببینید	شبکه بین المللی ارزیابی فناوری سلامت (INAHTA)
میزان بروز نوع جدیدی از بیماری یا وضعیتی در یک جمعیت در معرض خطر در طول یک دوره معلوم زمانی، معمولاً یک سال	بروز (Incidence)
هزینه های اضافی که یک مداخله بر بقیه تحمیل می کند .	هزینه افزایشی (Incremental cost)
هزینه اضافی از مداخله گران تر در مقایسه با مداخله ارزان تر، تقسیم بر اختلاف اثر یا پیامد بیماری بین مداخله ها، مانند هزینه اضافی به ازای هر QALY (سالهای زندگی تطابق یافته با کیفیت)	نسبت هزینه اثربخشی افزایشی (Incremental cost effectiveness ratio)(ICER)
فهرستی از مرجع های مربوط به مقالات از مجله های پزشکی دنیا. Index Medicus شاخص چاپی مشابه با پایگاه داده مدلاین است	ایندکس مدیکوس (Index Medicus)
علامت بالینی، عامل خطر و شرایطی که استفاده از یک مداخله خاص برای آن مناسب باشد و به عنوان مثال براساس دستورالعمل بالینی،استاندارد مراقبت، بدنه نظارتی یا دیگر منابع معتبر تعیین و اختصاصی شده باشد.	نشان، اثر (Indication)

⁷ International Network of Agencies for Health Technology Assessment

<p>هزینه زمان از دست رفته کار (با فراغت) و تولید کاهش یافته به دلیل بیماری یا ناتوانی یا مرگ. در محاسبه هزینه ، به هزینه هایی که نمی تواند به یک فعالیت خاص نسبت داده شود اما در مقابل می تواند به فعالیت های مختلف اختصاص داده شود، بر می گردد. که ممکن است علیرغم شدت فعالیت ثابت باشد (مثل نگهداری ساختمان) یا براساس اهمیت فعالیت تغییر کند (مانند روشنایی و گرمای ساختمان)</p>	<p>هزینه های غیر مستقیم (Indirect costs)</p>
<p>در مطالعات نظام مند این اصطلاح به قابلیت در دسترس بودن ردیف داده برای مطالعه هر مشارکت کننده در هر کارآزمایی مربوط است، مخالف جمع آوری داده (خلاصه داده برای گروههای مقایسه در هر مطالعه) .</p>	<p>داده های شخصی بیمار (Individual patient data)</p>
<p>انتخابی که توسط یک شخص شایسته براساس اطلاعات جامع راجع به یک مداخله، روش یا خدمات بهداشتی قابل دسترس و با کیفیت صورت می گیرد.</p>	<p>انتخاب آگاهانه (Informed choice)</p>
<p>الزامات قانونی و اخلاقی که اجازه نمی دهد هیچ روش درمانی خاصی اجرا شود مگر اینکه بیمار از روش، خطرات، جایگزین ها و همچنین پیش بینی بیماری در صورت اجرا نشدن مداخله اطلاع داشته باشد بیمار باید آزادانه و با اختیار با روش انجام ، موافقت داشته باشد.</p>	<p>موافقت آگاهانه (Informed consent)</p>
<p>هزینه هایی مانند درد و رنج ناشی از بیماری، شرایط یا مداخله که نمی تواند کمی شود.</p>	<p>هزینه های ناملموس (Intangible costs)</p>
<p>مطالعه ای که داده های اولیه را تولید نکرده است اما شامل ترکیبی از یافته های کمی و کیفی چندین مطالعه اولیه می شود. مقالات مروری، متاآنالیز، تحلیل تصمیم گیری، مثال های آن هستند (مطالعه اولیه را هم ببینید)</p>	<p>مطالعه جامع (Integrative study)</p>
<p>یک آنا لیز که در آن تمام مشارکت کنندگان در یک کارآزمایی، مطابق با مداخله ای که در آن ، افراد تصادفی انتخاب شده اند، تحلیل می شوند که آیا مداخله دریافت کرده اند یا خیر، آیا در کل مطالعه شرکت داشته اند ، آیا با پروتکل مطالعه موافقت داشته اند، آیا به گروه دیگری وارد شده اند. تحلیل مفهوم درمان برای ارزیابی اثربخشی مطلوب است زیرا به محاسبه تغییرات درمان و یا عدم قبول درمان که ممکن است در طول اعمال مداخله به دلیل وجود تورش ریزش در نتیجه خروج شرکت کنندگان از مداخله اتفاق بیافتد، کمک می کند. اگرچه برای کارآزمایی های معادل، تجزیه و تحلیل هر پروتکل به تجزیه و تحلیل ITT ترجیح داده می شود. زیرا ممکن است اثرات درمان را کم رنگ نماید. بنابراین(در نتیجه) تورش به سمت تعادل گرایش دارد. (در پروتکل را ببینید)</p>	<p>تجزیه و تحلیل مفهوم درمان (Intention-to-treat (ITT) Analysis)</p>
<p>درجه ای از ثبات ارائه شده ، زمانی که یک اندازه گیری تحت شرایط برابر توسط ارزیابی کننده های متفاوت تکرار می شود. قابلیت اعتبار مربوط به درجه ای می شود که در آن نتایج بدست آمده توسط یک روش اندازه گیری می تواند تکرار شود. فقدان قابلیت اطمینان بین ارزیابی کننده ممکن است ناشی از اختلاف بین ناظران و یا بی ثباتی نسبت های اندازه گیری باشد (قابلیت تکرار ارزیاب را هم ببینید)</p>	<p>قابلیت اطمینان بین ارزیابی کننده (Inter-rater reliability)</p>

<p>در خارج از یک کارآزمایی ، اندازه نمونه مورد نیاز تعیین شده است. تحلیل های آماری استاندارد، زمانی که تمام بیماران، درمانشان کامل شده است اجرا می گردند. در بعضی موقعیتها ممکن است نیاز به تحلیل های موقتی باشد تا در جهت پیشرفت کارآزمایی اجرا شود. اجرای این تحلیل ، تکنیک های آماری ویژه ای را برای تحلیل های موقتی و پایانی نیاز دارد.</p>	<p>تحلیل های موقتی (Interim analyses)</p>
<p>نقطه پایانی جانشین را هم ببینید.</p>	<p>پیامد میانی (Intermediate outcome)</p>
<p>تا چه حد یافته های یک مطالعه بطور صحیح ارتباط علی بین یک مداخله و پیامد آن را در شرایط ویژه ای از آن مطالعه، ارائه می دهد. اعتبار درونی یک کارآزمایی زمانی مورد تردید قرار می گیرد که انواع تورش ها در طراحی و هدایت یک مطالعه پیامدها را تحت تاثیر قرار دهد، در نتیجه جهت صحیح، اهمیت یا اطمینان از اثر در مانی را مخدوش کند.</p>	<p>اعتبار درونی (Internal validity)</p>
<p>یک همکاری غیرانتفاعی ، مراکز رزیابی فناوری سلامت که در حال حاضر بالغ بر ۴۰ مرکز جهان را معرفی می کند.</p>	<p>شبکه بین المللی مراکز ارزیابی فن آوری سلامت (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) (INAHTA)</p>
<p>اولین انجمن بین المللی از افرادی که درگیر ارزیابی فناوری سلامت هستند. حدود ۲۰ سال قبل دایر شد تا اینکه منحل گردید (تقریباً سال ۲۰۰۲). یک انجمن جدید ارزیابی فناوری سلامت HTAi هم اکنون در حال فعالیت است .</p>	<p>انجمن بین المللی ارزیابی فناوری در مراقبت سلامت (International Society of Technology Assessment in Health Care) (ISTAHC)</p>
<p>اثر درمان با مقایسه الگوی نمرات قبل از آزمون (چندین الگو) و نمرات پس از آزمون (چندین الگو) (بعداز معرفی فناوری) در یک گروه بیماران ارزیابی می شود. این طرح می تواند با یک گروه کنترل اضافی که در همین نقطه زمانی مورد مشاهده قرار می گیرد معتبرتر گردد، با این شرط که فناوری به این گروه معرفی نشود. همچنین می توان از چندین توالی زمانی با معرفی مبهمی از فناوری استفاده کرد.</p>	<p>توالی زمانی منقطع شده (Interrupted time series)</p>
<p>کارآزمایی بالینی را ببینید.</p>	<p>مطالعه مداخله ای (Intervention study)</p>
<p>درجه ای از نمایش پایداری. موقعی که یک اندازه گیری تحت شرایط برابر توسط همین ارزیابی کننده تکرار می شود. قابلیت اطمینان درجه ای است که در آن نتایج بدست آمده با یک روش اندازه گیری می تواند تکرار شود. فقدان قابلیت اطمینان داخلی ارزیابی کننده ممکن است ناشی از اختلاف بین وسایل اندازه گیری یا بی ثباتی نسبت های اندازه گیری باشد. (قابلیت اطمینان بین ارزیابی کننده را هم ببینید)</p>	<p>قابلیت اطمینان داخلی ارزیابی کننده (Intra-rater reliability)</p>
<p>یک مقوله قانونی و فرآیندی که طی آن اداره ی غذا و داروی امریکا، اجازه می دهد یک وسیله مراقبتی تأیید نشده، در مجموعه ای کنترل شده، به منظور جمع آوری داده های ایمنی و کارآیی / اثربخشی، مورد استفاده قرار گیرد. این اطلاعات ممکن است متعاقباً قبل از تأیید برنامه بازاریابی، استفاده شود.</p>	<p>دستگاههای تحقیقاتی (Investigational Device Exemption) (IDE)</p>

کاربرد ارائه شده به سازمان غذا و داروی ایالات متحده توسط یک مسئول یا ضامن، پیش از آنکه داروی تأیید نشده بر روی انسان آزمایش شود یا دارویی که قبلاً برای استفاده‌ی نامناسب تأیید شده است.	کاربرد تحقیقاتی داروی جدید (Investigational New Drug Application (IND))
انجمن بین المللی ارزیابی فناوری در مراقبت‌های سلامت را ببینید.	(ISTAHC)
اصلی (قانونی) که بیان می کند عدالت، به منظور درمان برابر، نیازمند برابری است.	عدالت (Justice)
مقیاس درجه‌ی تطبیق تست تشخیصی و سطح رسیدن به استاندارد که بیشتر و بالاتر از آنچه که تنها به واسطه‌ی شانس رخ داده باشد، می باشد.	آماره‌ی کاپا (Kappa statistic)
تبادل (brokering)، عملی از جنبه‌ی ایجاد ارتباط انتقال دانش است. یک نقش سوم ارتباط دهنده بین پژوهشگر و کاربران پژوهش است تا اطلاعات، خلاقیت و پشتیبانی به آسانی بین آن‌ها جریان یابد. (بنیاد پژوهش خدمات سلامت کانادا: www.fcrrs.ca/brokering/pdf/Montreal_Report_e.pdf)	مبادله دانش (Knowledge brokering)
شکلی از تورش (سوگیری) که ممکن است بر یافته‌های یک بررسی نظام مند یا دیگر روش‌های ترکیب متون تأثیر گذارد. زمانی مطرح می شود که گزارشات پژوهش به دلیل زبان انتشارشان شناسایی نشده یا حذف شده‌اند.	تورش زبان (Language bias)
کارآزمایی بالینی تصادفی شده‌ی آینده نگر که از تعداد زیادی بیمار با معیارهای وسیع ورود به مطالعه، مکان‌های مطالعاتی چندگانه، کمترین داده مورد نیاز و ثبت الکترونیکی استفاده می‌کند؛ اهداف آن شامل کشف اثرات کم و متوسط درمان، به دست آوردن اثربخشی داده‌ها و بهبود اعتبار خارجی است.	کار آزمایه‌ی‌های ساده‌ی بزرگ (Large simple trials)
سلسله مراتب شواهد را ببینید.	سطوح شواهد (Levels of evidence)
مجوز بازاریابی برای داروهایی که استانداردهای ایمنی، کیفیت و اثر بخشی را دارند.	پروانه (Licensing)
۱. مقایسه شانس مثبت یا منفی نتیجه تست در افرادی که بیماری دارند، با شانس افراد سالم. نسبت احتمال برای نتایج مثبت آزمون ، حساسیت (۱- ویژگی) و نسبت احتمال برای یک نتیجه‌ی منفی آزمون، ویژگی (۱- حساسیت) می باشد. ۲. یک شاخص آماری که کفایت دو مدل مرتبط به داده را مقایسه می‌کند، و امکان آزمون فرضیه را با داده‌های بیشتر فراهم می نماید.	نسبت احتمال (Likelihood ratio)
خلاصه و تفسیر یافته‌های گزارش شده‌ی پژوهش در یک مقاله. ممکن است هم شامل مرور کیفی غیر ساختاریافته انجام شده توسط یک محقق و یا روش‌های نظام مند کمی مختلف مانند متآنالیز باشد. (همچنین به عنوان بازنگری نیز شناخته می شود).	مرور متون (Literature review)

مدل آماري از ريسک شخصي به عنوان تابعي از عامل خطر يا مداخله. اين مدل ويژگي‌هاي آماري جالب دارد و به طور وسيع در يک مدل رگرسيون براي پيامدهاي دوحالتي استفاده مي شود. در متاآناليز(يا متارگرسيون) مدل لجستيک (استدلالي) را مي توان براي کشف ارتباط بين خصوصيات و نتايج مطالعه مورد استفاده قرار داد. اثر درمان توسط لگاريتم نسبت شانس محاسبه مي شود.	مدل لجستيک (استدلالي) (Logistic model)
لگاريتم نسبت شانس. در مرور نظام مند براي محاسبات آماري و در نمايش‌هاي نموداري نسبت شانس مورد استفاده قرار مي گيرد.	لگاريتم نسبت شانس (Log-odds ratio)
به مقداري (يا فاصله اي از مقدار صفر که نشان دهنده عدم تأثير درمان است) از خلاصه‌ي سنجه هاي (يا نقطه‌ي برآورد) تأثير درمان اشاره مي کند و شامل مقاديري است که فاصله‌ي اطمینان ۹۵٪ در بر مي گيرد.	بزرگي/اندازه‌ي اثر درمان (Magnitude of treatment Effect)
عمل حرفه‌اي منفي يا انجام نامناسب وظايف حرفه‌اي که استانداردهاي مراقبت با شکست مواجه مي شود که در نتيجه‌ي آن، يک شخص آسيب مي بيند.	عمل سوء (Malpractice)
يک تست کاي اسکوار خلاصه براي طبقه‌بندي کردن داده که در زمان جمع آوري براي کنترل مخدوش کنندگي استفاده شده است. در متاآناليز از آزمون منتل هنزل براي تجزيه و تحليل داده‌هاي طبقه بندي شده (گروه بندي) در مطالعه استفاده مي شود.	آزمون منتل – هنزل (Mantel-Haenszel test)
سود اضافي (براي مثال در واحدهاي پيامد سلامت) که با مصرف يک واحد اضافي منابع (مداخله-ي ديگر مراقبت سلامت) توليد مي شود.	سود نهايي (Marginal benefit)
هزينه‌ي اضافي مورد نياز براي توليد يک واحد اضافي سود (واحد پيامد سلامت)	هزينه‌ي نهايي (Marginal cost)
يک مدل مارکوف احتمال انتقال بين حالات مختلف را دربرمي گيرد. مي تواند با تجزيه و تحليل-هاي احتمالي که تکنیک مونت کارلو را براي آناليز تعاملات بين توزيعات احتمال ضميمه شده با هر متغير استفاده مي کند، ترکيب شود. و مي تواند اين عدم قطعيت را در مطالعه نشان دهد و به طور وسيع در آناليز بيز براي ساختن يا به روز کردن مدل‌هاي توزيع پيوسته متغيرها استفاده مي شود.	زنجيره مارکوف مونت کارلو (Markov chain Monte Carlo (MCMC))
نوعي از مدل سازي کمي که شامل مجموعه‌اي خاص از موقعيت‌هاي انحصاري و کامل دو طرفه (به عنوان مثال يک وضعيت سلامت مشخص) و همچنين موقعيت‌هاي که احتمال انتقال حرکت از يک وضعيت به حالت ديگر وجود دارد، مي شود (شامل اثر باقيمانده در همان حالت). نوعاً وضعيت‌ها، يک دوره زماني يکنواخت دارند و احتمال انتقال در طول زمان ثابت باقي مي ماند.	مدل مارکوف (Markov model)
کورسازي را ببينيد.	پوشاندن (Masking)
مقدار ميانگين، از طريق جمع تمام مشاهدات تقسيم بر تعداد مشاهدات محاسبه مي شود.	ميانگين (ميانگين حسابي) (Mean (arithmetic mean))

مقدار میانه در یک گروه مشاهدات رتبه بندی شده. این می تواند تخمین بهتری از مقدار میانه باشد. اگر تعداد زیادی از مقادیر پرت وجود داشته باشد، ممکن است میانگین حسابی منحرف شود.	میانه (Median)
پزشکی و سیستم‌های بازیابی که شامل ۴۰ پایگاه داده‌ای است که توسط NLM (کتابخانه‌ی ملی پزشکی) مدیریت می‌شود.	مدلار (MEDLARS)
یک پایگاه داده الکترونیکی ایجاد شده توسط کتابخانه ملی پزشکی ایالات متحده. در حال حاضر بیش از ۱۲ میلیون منبع از بیش‌تر از ۴۶۰۰ ژورنال پزشکی را شاخص بندی می کند. سال‌های تحت پوشش از ۱۹۶۶ تا کنون. (PubMed را نیز ببینید)	مدلاین (MEDLINE (MEDlars onLINE))
کتابخانه‌ی ملی ایالات متحده. MEDLAR (Medical Subject Headings) سرفصل‌های موضوع پزشکی، واژگان کنترلی دربار‌ی ۱۹۰۰۰ اصطلاح استفاده شده در MEDLINE و برخی دیگر از پایگاه های داده‌ی پزشکی	مش (MeSH)
روشی نظام مند که از روش‌های آماری برای ترکیب نتایج مطالعات مختلف استفاده می شود تا یک تخمین کمی از تأثیر فراگیر یک مداخله‌ی خاص یا تفاوت روی یک پیامد معین به دست آید. این ترکیب ممکن است نتایج قوی‌تری استنتاج کند نسبت به یک مطالعه‌ی تنها (همچنین به عنوان ترکیب داده یا بازنگری کمی نامیده می شود).	متاآنالیز (Meta-analysis)
تکنیک متاآنالیز چندگانه، مانند رگرسیون لجستیک ، که برای کشف ارتباط بین مشخصات مطالعه (پنهان بودن تخصیص، خطر خط مبنا ، زمان مداخله) و نتایج مطالعه (اندازه‌ی اثر مشاهده شده در هر مطالعه) در یک مرور نظام مند استفاده می‌شود.	متا رگرسیون (Meta-regression)
حوزه‌ای که در آن طرح و هدایت یک مطالعه احتمالاً از خطای نظام مند جلوگیری کرده است. تفاوت در کیفیت می تواند تفاوت در نتایج مطالعات وارد شده در یک مرور نظام مند را توضیح دهد. آزمایش‌های طراحی شده دقیقتر (کیفیت بیشتر) با احتمال بیشتری نتایجی را که به "حقیقت" نزدیک تر است ارائه می دهند. (اعتبار درونی و اعتبار را نیز ببینید)	کیفیت روش شناسی (Methodological quality)
یک روش تخصیص مداخله که برای ارائه گروه‌های مقایسه که از لحاظ چندین متغیر بسیار به هم شبیه هستند، استفاده می شود. که می تواند با یا بدون یک جزء تصادفی انجام شود. و بهتر است به صورت مرکزی با کمک یک برنامه‌ی کامپیوتری برای اطمینان از تخصیص پنهان انجام - شود.	کمینه سازی (Minimization)
یک طبقه‌بندی نادرست از یک شخص، مقدار، یا یک صفت در یک دسته نسبت به یک دسته دیگر که باید به آن اختصاص داده می‌شد.	طبقه‌بندی نادرست (Misclassification)

<p>روش مورد استفاده در شبیه‌سازی‌های کامپیوتری است که از نمونه‌سازی یک توالی تصادفی عدد برای شبیه‌سازی خصوصیات یا رویدادها یا پیامدها با مقادیر چندگانه‌ی ممکن استفاده می‌کند. برای مثال می‌تواند برای نشان دادن یا مدل کردن چندین بیمار منحصر به فرد در یک جمعیت با طیفی از مقادیر معین برای خصوصیات یا پیامدهای سلامت، استفاده شود. در برخی موارد، اجزای تصادفی با هدف اینکه اثرات نوسانات این متغیر را بر روی مقادیر متغیر خروجی تعیین کنند به مقدار متغیر ورودی شناخته شده اضافه می‌شود.</p>	<p>شبیه‌سازی مونت کارلو (Monte Carlo simulation)</p>
<p>نسبتی از یک جمعیت که در اثر یک علت خاص می‌میرد، معمولاً در یک فاصله‌ی زمانی یک ساله بیان می‌شود. (مانند میزان مرگ و میر)</p>	<p>میزان مرگ‌ومیر (Mortality rate)</p>
<p>اصطلاح استفاده شده برای توصیف یک تکنولوژی که خصوصیاتش به سرعت در حال تغییر است.</p>	<p>هدف در حال تغییر (Moving target)</p>
<p>تغییرات در مراقبت سلامت که می‌تواند قابلیت استناد به یافته‌های ارزیابی فناوری سلامت را، گاهی قبل از آنکه نتایج آن‌ها اجرا شود از بین ببرد. شامل تغییراتی در فناوری اصلی، در فناوری مکمل یا جایگزین. به عنوان مثال برای مدیریت یک مشکل بهداشتی معین، ظهور یک فناوری رقابتی جدید، و تغییر کاربری فناوری (برای جمعیت‌های متفاوت بیماران، مشکلات متفاوت سلامت) مطرح می‌شوند.</p>	<p>مسأله‌ی هدف در حال تغییر (Moving target problem)</p>
<p>تحلیل رگرسیون را ببینید.</p>	<p>رگرسیون چندگانه (Multiple regression)</p>
<p>آزمون‌های استاندارد آماری براساس اصول علمی مبنی بر اینکه یک فرضیه‌ی صفر منفرد یک بار در پایان مطالعه، زمانی که همه‌ی داده‌ها گردآوری شده اند مورد آزمایش قرار خواهد گرفت، طراحی می‌شوند. حجم نمونه، خطای آلفا و بتا مطابق این قانون تنظیم می‌شوند. اگر بیشتر از یک آزمون آماری استفاده شود، برای مثال مقایسه‌ی دو به دوی چندین مداخله، آزمون متغیرهای متفاوت، آزمون در نقاط متفاوت زمانی، اختلاف، پارامتری کردن یا زیرگروه‌ها، یک تورم از میزان خطای نوع ۱ (آلفا) طرح ریزی شده وجود خواهد داشت، برای مثال، زمانی که در حقیقت در جمعیت کل اثری وجود ندارد، آزمون به احتمال زیاد اثر معناداری در نمونه پیدا خواهد کرد. روش‌های آماری خاص در دسترس هستند تا آزمون‌های چندگانه‌ی چندین مداخله و آزمون داده را هنگامی که در مطالعه انباشته شده‌اند محاسبه کنند. (کارآزمایی متوالی را نیز ببینید)</p>	<p>آزمون چندگانه (Multiple testing)</p>
<p>یک مدل که در آن اثر پیوسته‌ی دو فاکتور یا بیشتر، محصول اثر آن‌ها است. برای مثال، اگر یک فاکتور خطر چندگانه a باشد و a یک فاکتور ثانویه b باشد، اثر ترکیب شده‌ی دو فاکتور برابر است با: $a \times b$. (مدل افزایشی را نیز ببینید)</p>	<p>مدل افزایشی (Multiplicative model)</p>
<p>یک کارآزمایی بالینی که در آن یک بیمار به‌تنهایی کل جمعیت برای کارآزمایی است. شامل یک مطالعه‌ی تک موردی می‌شود. تخصیص تصادفی ممکن است برای تعیین ترتیب ارائه مداخله تجربی و مداخله کنترلی به کار رود.</p>	<p>کارآزمایی n از ۱ (N of 1 trial)</p>
<p>مرور مطالعات اولیه که با روش نظام مند (استاندارد شده و هدفمند) شناسایی یا تحلیل نشده باشند.</p>	<p>مرور روایتی (Narrative review)</p>
<p>دوره‌ی یک بیماری از حمله (شروع) تا برطرف شدن بیماری. بسیاری از بیماری‌ها مراحل مانند شروع دوره‌ی پاتولوژیک (آسیب)، پیش‌نشانه‌ای و بیماری آشکار بالینی را به طور مشخص دارند.</p>	<p>تاریخ طبیعی (Natural history)</p>

<p>ویژگی‌های عملیاتی یک آزمون تشخیصی؛ ارزش اخباری منفی نسبت افراد با آزمون منفی است که واقعا بیماری ندارند و به این صورت تعیین می‌شود: {منفی‌های واقعی تقسیم بر (منفی‌های واقعی+منفی‌های کاذب)}. با شیوع بیماری در جمعیت مورد نظر تغییر می‌کند. (ارزش اخباری مثبت را نیز ببینید)</p>	<p>ارزش اخباری منفی (Negative predictive value)</p>
<p>اصطلاحی که اغلب برای مطالعه‌ای به کار می‌رود که نتایج "آماري معنی داری" (مثبت) مبنی بر سودمندی اثر مداخله نداشته باشد. این اصطلاح می‌تواند سردرگمی ایجاد کند زیرا به هر دوی نتایج آماری و جهت اثر بر می‌گردد. مطالعات اغلب پیامدهای چندگانه دارند، معیارها برای طبقه بندی مطالعات در قالب "منفی" همیشه واضح نیست و درمورد مطالعات خطر یا اثرات نامطلوب (ناخواسته)، مطالعاتی منفی اطلاق می‌شوند که اثرات زیان‌بار را نشان نمی‌دهند. (مطالعه‌ی مثبت را نیز ببینید)</p>	<p>مطالعه‌ی منفی (Negative study)</p>
<p>منفعت یا سود (در واحد پولی) منهای کل هزینه (در واحد پولی) که یک معیار اساسی تصمیم در CBA است.</p>	<p>سود خالص (Net benefit)</p>
<p>کاربردی که توسط یک حامی برای تصویب و ورود یک داروی جدید به بازار تجارت داخلی آمریکا برای استفاده انسان به FDA (سازمان غذا و دارو ایالات متحده) ارائه می‌شود.</p>	<p>کاربرد داروی جدید (New Drug Application (NDA))</p>
<p>یک روش دادرسی گروهی رو در رو که در آن شرکت کنندگان به صورت خاموش و ساکت، در قالب نوشتار به یک سوال/مسئله‌ی داده‌شده پاسخ می‌دهند؛ پاسخ‌های پاسخ دهندگان جمع آوری و برای همه ارسال می‌شود. اما نویسنده مشخص نمی‌باشد. پاسخ‌ها اغلب در قالب میزگرد و به صورت واضحی توضیح داده می‌شوند؛ و ممکن است چندین بار بازگو و تکرار شود؛ و مجموعه‌ای از پاسخ‌های نهایی براساس رای گیری و رتبه بندی نوشته می‌شوند. (روش دلفی را نیز ببینید)</p>	<p>روش گروه اسمی (Nominal group technique)</p>
<p>نوعی از مطالعه‌ی اپیدمیولوژی بر اساس شرایط موجود مواجهه بدون مداخله‌ی پژوهشگر؛ این نوع مطالعه عموماً استفاده می‌شود، اما شواهد ضعیفی از ارتباط بین مداخله و پیامد مورد نظر را فراهم می‌کند. (مطالعه مشاهده‌ای را نیز ببینید)</p>	<p>مطالعه‌ی غیر تجربی (Non-experimental study)</p>
<p>یک کارآزمایی بالینی کنترل شده که بیماران را به گروه کنترل و مداخله با کمک روشی غیر از تصادفی سازی اختصاص می‌دهد. برای مثال برای روش‌هایی نظیر اختصاص یک در میان افراد که راحتی پژوهشگران را به دنبال دارد.</p>	<p>کارآزمایی غیر تصادفی (Nonrandomized controlled Trial)</p>

<p>در آزمون فرضیه، فرضیه‌ای که یک مداخله، اثر ندارد. برای مثال اختلاف حقیقی در پیامد بین گروه مداخله و کنترل وجود ندارد. نوعاً اگر آزمون‌های آماری نشان دهند که p-value در یا بالای یک سطح خاص باشد (مثلاً ۰.۰۵ یا ۰.۰۱)، بنابراین هیچ اثر آماری معنی داری مشاهده نشده است و فرضیه‌ی صفر نمی‌تواند رد شود. اگر P-value کم‌تر از یک سطح خاص باشد، بنابراین اثر معالجه از لحاظ آماری معنی دار است و فرضیه‌ی صفر رد می‌شود. اگر یک فاصله اطمینان (مثلاً از ۰.۹۵ تا ۰.۹۹) شامل اثر درمان صفر باشد، بنابراین فرضیه‌ی صفر نمی‌تواند رد شود.</p>	<p>فرضیه‌ی صفر (Null hypothesis)</p>
<p>با مراجعه به اثر معکوس، تعداد مورد نیاز برای آسیب (یا به طور صحیح‌تر تعداد مورد نیاز برای درمان یک آسیب) برعکس اختلاف خطر مطلق است. این اصطلاح به عنوان یک نوع دیگری از تعداد مورد نیاز برای درمان ایجاد شد.</p>	<p>تعداد مورد نیاز برای آسیب (Number needed to harm (NNH))</p>
<p>یک مقیاس اثر درمان که تعداد بیمارانی که برای پیشگیری از رخداد یک پیامد نیاز به درمان دارند را فراهم می‌کند. برعکس کاهش خطر مطلق است. (۱ تقسیم بر کاهش خطر مطلق)؛ برای مثال $I \div (PC - Pt)$. برای نمونه اگر نتایج یک کارآزمایی به این صورت باشد که احتمال مرگ در یک گروه کنترل ۲۵٪ و احتمال مرگ در یک گروه درمان ۱۰٪ باشد، تعداد مورد نیاز برای درمان برابر خواهد بود با: $6.7 \text{ 1} / (0.25 - 0.10) = \text{بیمار}$</p> <p>(کاهش خطر نسبی، نسبت شانس، کاهش خطر مطلق را نیز ببینید)</p>	<p>تعداد مورد نیاز برای درمان (Number needed to treat (NNT))</p>
<p>یک مطالعه که در آن پژوهشگر مداخله‌ای را استفاده نمی‌کند یا ارائه نمی‌دهد. (برای مثال بیماران را به گروه مداخله و کنترل اختصاص نمی‌دهد)، اما تنها بیمارانی که با مداخله مواجهه داشته‌اند (و گاهی بیمارانی که به عنوان اساس مقایسه نیستند) را مشاهده می‌کند و پیامدها را تفسیر می‌کند. این مطالعات نسبت به مطالعات تجربی مانند کارآزمایی کنترل شده‌ی تصادفی، بیشتر در معرض تورش انتخاب هستند. (مطالعه‌ی غیر تجربی را نیز ببینید).</p>	<p>مطالعه‌ی مشاهده‌ای (Observational study)</p>
<p>شانس، نسبت تعداد افراد در گروه مورد مطالعه که رخداد را تجربه کرده‌اند، به افراد بدون رخداد می‌باشد.</p>	<p>شانس (Odds)</p>
<p>مقیاس اثر درمان که احتمال یک نوع پیامد در گروه درمان را با پیامد یک گروه کنترل مقایسه می‌کند. برای مثال $[Pt \div (1 - Pt)] [Pc \div (1 - Pc)]$. برای نمونه اگر نتایج یک کارآزمایی اینطور باشد که احتمال مرگ در یک گروه کنترل ۲۵٪، و احتمال مرگ در گروه درمان ۱۰٪ باشد، نسبت شانس بقا برابر خواهد بود با: $[0.10 \div (1.0 - 0.10)] [(0.25 \div (1.0 - 0.25))] = 0.33$ (کاهش خطر مطلق را نیز ببینید)</p>	<p>نسبت شانس (Odds ratio (OR))</p>

<p>یک کارآزمایی بالینی که پژوهشگر و شرکت کننده اطلاع دارند که هر مداخله برای کدام شرکت کننده انجام می شود (کورسازی انجام نشده است). در این کارآزماییها تخصیص تصادفی ممکن است استفاده شود یا نشود. کارآزماییهای آشکار همچنین هنگامی که تنها یک مداخله وجود دارد استفاده می شود، یا برای مطالعات کورسازی نشده ای که پیگیری طولانی مدت دارند، کاربرد دارد، یا در حالاتی که کورسازی، مشکل، غیر ممکن یا غیر اخلاقی مورد استفاده قرار می گیرد (برای مثال انجام عمل جراحی روی یک بیمار).</p>	<p>کارآزمایی بالینی آشکار (Open clinical trial)</p>
<p>مقدار (مبلغی) که اگر فناوری سلامت مورد بررسی به کار گرفته نشود، می توان صرف استراتژی-های جایگزین نمود.</p>	<p>هزینه فرصت (Opportunity cost)</p>
<p>داده هایی که در بیشتر از دو دسته طبقه بندی شده اند در جایی که یک شیوه طبیعی در طبقه بندی وجود دارد؛ برای مثال غیر سیگاریها، سیگاریهایی که ترک کرده اند، سیگاریهای خفیف و سیگاریهای قهار. داده های ترتیبی اغلب به دو طبقه کاهش می یابند تا تحلیل و ارائه ای آن آسان شود، که ممکن است منجر به از دست رفتن اطلاعات قابل توجهی شود یا اگر تعداد زیادی طبقه بندی وجود داشته باشد، داده ها ممکن است به عنوان پیوسته در نظر گرفته شوند و این نیز منجر به فرضیات توزیعی اشتباه می شود.</p>	<p>داده ی ترتیبی (داده ی طبقه بندی شده ی مرتب) (Ordinal data (ordered categorical data))</p>
<p>جزئیات بالینی بیمار و وضعیت عملکردی بعد از انجام یک مداخله</p>	<p>پیامدها (Outcomes)</p>
<p>ارزیابی اثر مراقبت سلامت روی پیامدهای سلامت بیماران و جمعیتها. همچنین ممکن است شامل ارزیابی اثرات اقتصادی مرتبط با پیامدهای سلامت، مانند هزینه اثربخشی و هزینه مطلوبیت شود. پژوهش پیامدها بر مشکلات سلامت - (یا بیماری-) با هدف ارزیابی مراقبت ارائه شده در وضعیت دنیای واقعی و عمومی؛ گروه های وابسته به چند رشته علمی؛ و یک طیف وسیعی از پیامدها، شامل مرگ و میر، ناخوشی، وضعیت های عملکردی، وضعیت ذهنی خوب و دیگر جنبه های سلامتی مرتبط با کیفیت سلامت تأکید می کند. ممکن است شامل هر ارزیابی در طیف روش های جمع آوری داده اولیه و ترکیب روش هایی که داده های مطالعات اولیه را ترکیب می کند شود.</p>	<p>پژوهش پیامدها (Outcomes research)</p>
<p>مشاهده ای که به طور گسترده ای با سایر داده ها تفاوت دارد و ممکن است باعث ایجاد این گمان می شود که خطای فاحشی رخ داده باشد.</p>	<p>داده های پرت (Outlier)</p>
<p>در آزمون فرضیه، احتمال تفاوت مشاهده شده بین گروه مداخله و کنترل که فقط به علت شانس رخ می دهد اگر فرضیه صفر درست باشد را مقدار p می گویند. اگر P کمتر از سطح آلفای (بین ۰.۰۱ تا ۰.۰۵) انتخاب شده قبل از مطالعه باشد بنابراین فرضیه صفر رد می شود.</p>	<p>مقدار P (p value)</p>
<p>یک مطالعه که در آن شرکت کنندگان یا گروه های شرکت کننده یکسان شده هستند، (برای مثال بر پایه ی فاکتورهای شناختی) و یک عضو از هر جفت به گروه مداخله و دیگری به گروه کنترل اختصاص داده می شود.</p>	<p>طرح جفتی (Paired design)</p>

<p>یک کارآزمایی که دو گروه از بیماران را همزمان مقایسه می کند که یکی درمان مورد نظر را دریافت می کند و دیگری گروه کنترل است. (برای مثال یک آزمایش کنترل شده تصادفی). (برخی آزمون‌های موازی بیشتر از یک گروه درمان دارند؛ دیگری دو گروه درمان را مقایسه می کند. هر فعالیتی به عنوان یک کنترل برای دیگری است).</p>	<p>کارآزمایی بالینی موازی (Parallel group trial)</p>
<p>اقدام پژوهشی را ببینید.</p>	<p>پژوهش کاربردی مشارکتی (Participatory action Research)</p>
<p>مصرف کننده را ببینید.</p>	<p>بیمار (Patient)</p>
<p>یک سند برای بیماران و عموم مردم، که به طور واضح حقایق کلیدی را درباره‌ی یک درمان یا رویه توصیف می کند. باید شامل توضیحات واضحی از هر اصطلاح فنی باشد.</p>	<p>بروشور اطلاعات بیمار (Patient information leaflet)</p>
<p>مسیر بالینی را ببینید.</p>	<p>مسیر بیمار (Patient pathway)</p>
<p>حامی بیمار را ببینید.</p>	<p>نماینده‌ی بیمار (Patient representative)</p>
<p>این تورش زمانی رخ می دهد که بیماران اختصاص یافته به گروه درمان با بیمارانی که به گروه کنترل اختصاص یافته اند در فاکتورهای تأثیرگذار بر پیامد مانند سن یا شدت بیماری متفاوت باشند. اگر دو گروه به صورت مجزا تشکیل شده باشند نسبت دادن اختلافات مشاهده شده در پیامدهایشان به مداخله تنها سخت می شود. تخصیص تصادفی بیماران به گروه‌های درمان و کنترل، احتمال این تورش را به حداقل می رساند.</p>	<p>سوگیری انتخاب بیمار (Patient selection bias)</p>
<p>فرایندی که در آن نسخه‌ی ارائه شده به مجلات سلامت، پزشکی و دیگر انتشارات توسط کارشناسان در زمینه‌های مناسب (معمولاً نویسندگان ناشناس) بررسی می شود برای تعیین اینکه آیا نسخه‌ها کیفیت مناسب برای انتشار دارند.</p>	<p>مرور هم‌تایان (Peer review)</p>
<p>تحلیل متغیرهای کارایی که طی آن بیمارانی که مطابق با رویه‌های پروتکل نیستند حذف می شوند. (برای مثال عدم سازگاری با رژیم مداخله، منع درمان‌های پیوسته). این تحلیل جمعیت بسیار کنترل شده ای را به وجود می آورد که تحت تأثیر عواملی که ممکن است هر اثر درمان را کم‌رنگ کنند قرار نمی گیرند. بنابراین احتمالاً یک تخمین بزرگتر از اثر درمان را ارائه می دهند. (هدف از آنالیز درمان را نیز ببینید)</p>	<p>در طول پروتکل (Per protocol)</p>
<p>تفاوت منظم در مراقبت ارائه شده ای که، جدای از مداخله‌ی ارزشیابی شده ارائه می گردد. برای مثال اگر بیماران بدانند که در گروه کنترل هستند ممکن است احتمال بیشتری داشته باشند که از دیگر شکل‌های مراقبت استفاده کنند، بیمارانی که می دانند در یک گروه مداخله هستند، ممکن است اثر دارو نما را تجربه کنند، و ارائه کنندگان مراقبت ممکن است بیمارانی را به طور متفاوتی مطابق با گروهی که در آن هستند درمان کنند. کورسازی شرکت کنندگان در مطالعه (هم شرکت کنندگان و هم ارائه دهندگان مراقبت) برای جلوگیری از تورش عملکرد انجام می شود.</p>	<p>تورش عملکرد (Performance bias)</p>
<p>یک راه ترکیب نسبت شانس‌ها که به طور گسترده در متاآنالیز استفاده می شود. محاسبات آسان و قابل فهم هستند اما در بعضی شرایط نسبت شانس پتو می تواند تفاوت اساسی با نسبت شانس کامل داشته باشد. یک مدل اثر ثابت است.</p>	<p>روش پتو (Peto method)</p>

<p>تحلیل‌های اقتصادی (مانند هزینه منفعت، هزینه اثربخشی، کمینه سازی هزینه یا هزینه مطلوبیت) که برای ارزیابی تفاوت‌های داروهای (یا درمان‌های بدون دارو) به کار رفته در درمان، مورد استفاده قرار می‌گیرند.</p>	<p>اقتصاد دارو (Pharmacoeconomic)</p>
<p>مراحل کارآزمایی بالینی فناوری جدید (معمولاً دارو) در فرایند توسعه و تصویب مورد نیاز آژانس-های تضمینی. فاز ۱ کارآزمایی‌ها معمولاً تقریباً ۲۰ تا ۸۰ داوطلب سالم را برای تعیین ایمنی یک دارو، گستره‌ی دز ایمن، جذب، فعالیت‌های متابولیکی، دفع و طول فعالیت درگیر می‌کند. فاز ۲ کارآزمایی‌ها، کارآزمایی‌های کنترل شده هستند که در تقریباً ۱۰۰ تا ۳۰۰ بیمار داوطلب (با بیماری) برای تعیین کارایی و واکنش معکوس داروها صورت می‌گیرند. (گاهی به فاز ۲ آ کارآزمایی آزمایشی و فاز ۲ ب کارآزمایی کنترل شده تقسیم می‌شود). فاز ۳ کارآزمایی‌ها، کارآزمایی‌های کنترل شده‌ی بزرگ‌تری هستند برای تعیین کارایی و پایش اثرات معکوس طی استفاده بلندمدت (گاهی به فاز ۳ آ کارآزمایی کنترل شده‌ی پیش از واگذاری/ و فاز ۳ ب کارآزمایی کنترل شده‌ی پس از واگذاری و قبل از تصویب تقسیم می‌شود). فاز ۴ کارآزمایی‌ها مطالعات بعد از بازاریابی برای پایش اثرات بلندمدت و فراهم کردن اطلاعات بیشتر در خصوص ایمنی و کارایی، برای گروه‌های بیماران با رژیم‌های متفاوت می‌باشد.</p>	<p>فاز ۱، ۲، ۳، و ۴ مطالعات (Phase I, II, III, and IV studies)</p>
<p>یک ماده‌ی یا درمان غیر فعال داده شده برای برآورده کردن انتظار بیمار برای درمان است. در بعضی کارآزمایی‌های کنترل شده (پژوهش‌های خاص درمان‌های دارویی) دارونماهایی ساخته شده‌اند تا برای بیماران (و در صورت امکان ارائه دهندگان) از مداخله اصلی که به گروه کنترل داده می‌شود به عنوان اساس مقایسه برای تعیین اثر درمان، غیر قابل تشخیص باشد.</p>	<p>دارونما (Placebo)</p>
<p>اثر روی پیامدهای بیمار (بهبودی یا بدتر شدن) که ممکن است ناشی از انتظار بیمار از اینکه یک مداخله خاص اثر دارد، ایجاد شده باشد. اثر دارونما (که اثر هائورن نیز نامیده می‌شود) مستقل از اثر درست یک مداخله خاص (دارویی، جراحی...) است. برای کنترل این، گروه کنترل در کارآزمایی ممکن است یک دارونما دریافت کند.</p>	<p>اثر دارونما (Placebo effect)</p>
<p>نتایج (مثلاً میانگین، اختلاف وزن‌دار، نسبت شانس، خطر نسبی یا اختلاف خطر) به دست آمده در یک نمونه (یک مطالعه یا یک متآنالیز) به عنوان بهترین تخمین از آنچه که برای جمعیت مربوط که نمونه از آن گرفته شده، صحیح است، استفاده می‌شود. فاصله‌ی اطمینان، یک مقیاس عدم اطمینان (به دلیل شانس) مرتبط با تخمین است (فاصله‌ی اطمینان را نیز ببینید).</p>	<p>تخمین نقطه‌ای (Point estimate)</p>
<p>ویژگی عملی یک آزمون تشخیصی؛ ارزش اخباری مثبت نسبت اشخاص با آزمون مثبت که واقعا بیمار بوده‌اند را نشان می‌دهد. که به صورت: {مثبت واقعی تقسیم بر (مثبت واقعی+مثبت کاذب)} تعیین می‌شود. و با شیوع بیماری در جمعیت مورد نظر تغییر می‌کند. (ارزش اخباری منفی را نیز ببینید)</p>	<p>ارزش اخباری مثبت (Positive predictive value)</p>

<p>مطالعه ای که به اثر سودمند مداخله مورد نظر اشاره داشته باشد مثبت نامیده می شود. اما کاربرد این اصطلاح می تواند موجب سردرگمی شود، به دلیل اینکه می تواند هم به معنی داری آماری و هم به جهت اثر دلالت داشته باشد. از طرفی مطالعات اغلب پیامدهای چندگانه دارند و معیارهای طبقه بندی مطالعات به صورت مثبت یا منفی همیشه واضح نیستند. درمورد مطالعات خطر یا بررسی اثرات نامطلوب، مطالعه "مثبت" مطالعه ای است که اثر زیان آور را نشان دهد. (مطالعه ای منفی را نیز ببینید)</p>	<p>مطالعه ای مثبت (Positive study)</p>
<p>احتمال تعیین اثر درمان، زمانی که اثر درمان حداقل مقدار صحیح را داشته باشد. در یک اثر درمان مشخص، توان احتمال اجتناب از خطای نوع دو است و عموماً بعنوان $1-\beta$ تعریف می شود</p>	<p>قدرت (Power)</p>
<p>کارآزمایی هایی که اثر مداخلات سلامت را در عملکرد بالینی روزمره اندازه گیری می کند. این کارآزمایی ها برای ارزشیابی اثربخشی استفاده می شوند.</p>	<p>کارآزمایی های عملگرا (Pragmatic trials)</p>
<p>۱- درجه ای که در آن، سنجه (مثلاً میانگین برآورد اثر یک درمان) حاصل از مجموعه ای از مطالعات، تغییرات کوچکی را دارا خواهد بود. (به معنی نزدیکی مقادیر به یکدیگر). یک فاصله اطمینان محدود نسبت به یک فاصله اطمینان عریض تر تخمین دقیق تری از اثر نشان می دهد. یک تخمین دقیق ضرورتاً صحیح نیست. ۲- اندازه گیری خطاهای تصادفی محتمل در نتایج یک مطالعه، یک متآنالیز یا هر اندازه گیری. فواصل اطمینان پیرامون برآورد اثر هر مطالعه و در متآنالیز وزن داده شده به نتایج هر مطالعه (به ویژه معکوس واریانس تخمین اثر) نیز مقیاسی از دقت هستند. (مانند درجه ای که براساس آن یک مطالعه بر روی تخمین کلی اثر در یک متآنالیز تاثیر می گذارد، به وسیله دقت تخمین آن مطالعه از اثر تعیین می گردد). ۳- نسبت ارجاعات مرتبط که از استراتژی جستجوی خاصی استفاده می کند، (مانند تعداد مطالعات مرتبط که معیارهای ورود جهت ثبت کارآزمایی را دارا می باشند تقسیم بر تعداد کل ارجاعات بدست آمده. (Accuracy (صحت) را نیز ببینید)</p>	<p>دقت (Precision)</p>
<p>یک اصطلاح عمومی و نیز مفهومی است که به شرایط مطلوب یک پیامد سلامت اشاره می کند. مطلوبیت و ارزش هر دو موارد خاصی از مفهوم عمومی اولویت هستند. (مطلوبیت و مقدار را نیز ببینید)</p>	<p>اولویت (Preference)</p>
<p>درخواست نوشته شده توسط ارائه دهنده یک فناوری سلامت برای سازمان غذا و دارو آمریکا به منظور دریافت موافقت ارائه آن در بازار تجارت داخلی آمریکا. درخواست شامل اطلاعات ایمنی کارایی و اثربخشی وسیله مورد نظر می باشد.</p>	<p>درخواست تاییدیه پیش از بازاریابی (PMA) (Premarketing Approval (PMA) Application)</p>
<p>مطالعه قبل و بعد از ببینید</p>	<p>مطالعه قبل و بعد از آزمون (Pre-test/post-test study)</p>

تعداد افراد در یک جمعیت با یک بیماری یا وضعیت خاص در یک زمان معین که معمولاً به صورت نسبت افراد تحت تأثیر قرار گرفته به کل جمعیت بیان می‌شود.	شیوع (Prevalence)
مطالعه مقطعی را ببینید.	مطالعه شیوع (Prevalence study)
۱- "پژوهش اصلی" که در ابتدا داده‌ها جمع‌آوری می‌شوند. اصطلاح پژوهش اولیه گاهی اوقات برای تمایز آن از "پژوهش ثانویه" (تحلیل دوباره‌ی داده‌ی جمع‌آوری شده‌ی گذشته)، متاآنالیز، و دیگر مطالعات ترکیبی (مانند تحلیل اقتصادی و تحلیل تصمیم‌گیری) استفاده می‌شود. اگرچه به دلیل اینکه مرور نظام‌مند نمی‌تواند پاسخ‌هایی از مطالعات فردی را فراهم کند، آن‌ها نیز می‌توانند بعنوان پژوهش اولیه در نظر گرفته شوند. ۲- یک بررسی که داده‌های (اولیه) اصلی را از بیماران جمع‌آوری می‌کند، برای مثال کارآزمایی کنترل شده تصادفی، مطالعات مشاهده‌ای، موارد متوالی و غیره (مطالعه منسجم را نیز ببینید).	مطالعه (پژوهش) اولیه (Primary (research) study)
ضوابط (واضح و آشکار یا ضمنی و تلویحی) استفاده شده در ارزیابی فناوری سلامت به منظور انتخاب تکنولوژی‌ها برای ارزیابی.	تعیین اولویت‌ها (Priority setting)
توصیف احتمال نسبی یک طیف از مقادیر درست اثر یک درمان است (یا هر پیامد یا نتیجه دیگر). این توصیف ممکن است از یک تابع خاص پیروی کند، برای مثال یک توزیع نرمال، کای اسکوار، دو جمله‌ای، یا پواسن. یک تخمین از محتمل‌ترین ارزش درست اثر درمان، ارزشی است که در بالاترین نقطه توزیع قرار دارد. ناحیه‌ی زیر منحنی، بین هر دو نقطه، در امتداد طیف، احتمالی را بیان می‌کند که ارزش درست اثر درمان بین آن دو نقطه قرار می‌گیرد. بنابراین، یک توزیع احتمال می‌تواند برای تعیین یک فاصله استفاده شده باشد که یک احتمال معین (مثلاً ۹۵٪) از مقدار حقیقی اثر درمان دارد.	توزیع احتمال (Probability distribution)
ارزیابی آینده مورد انتظار و پیامد بیماری یک شخص	پیش‌بینی (Prognosis)
یک مدل آماری در آنالیز بقا که اثر فاکتورهای مطالعه را ثابت می‌کند (مثلاً پژوهش مورد نظر) روی میزان مخاطره (خطر رخداد یک اتفاق، مانند مرگ، در یک نقطه از زمان) در جمعیت مطالعه، افزایشده است و در طول زمان تغییر نمی‌کند.	مدل مخاطرات تناسبی ((Cox's) Proportional hazards model)

<p>در ارزشیابی اثرات مداخلات مراقبت سلامت، یک مطالعه که در آن افراد به گروه‌های مواجهه یافته و مواجهه نیافته برای مداخله (مداخلات) مورد نظر تقسیم شده‌اند قبل از آنکه پیامدها رخ داده باشند. کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده همیشه مطالعاتی آینده نگر هستند و مطالعات مورد شاهدهی آینده نگر نیستند. مطالعات کوهورت غیرهمزمان مطالعاتی آینده‌نگر هستند، درحالی‌که مطالعات کوهورت تاریخی (مطالعه‌ی کوهورت را ببینید) نیستند، اگرچه در اپیدمیولوژی یک مطالعه‌ی آینده نگر، گاهی اوقات به عنوان یک مترادف برای مطالعه‌ی کوهورت استفاده شده‌است. مطالعه‌ی ای که در آن پژوهشگران مداخلات مورد نظر را در گروه‌های انتخاب شده‌ی بیماران برنامه‌ریزی و مدیریت می‌کنند. بدین لحاظ، پژوهشگران نمی‌دانند زمانی که مطالعه در حال انجام است چه پیامدهایی رخ خواهند داد.</p> <p>(مطالعه‌ی گذشته‌نگر را نیز ببینید)</p>	<p>مطالعه‌ی آینده‌نگر (Prospective study)</p>
<p>طرح یا مجموعه‌ی مراحل‌ی که در یک مطالعه باید در پیش گرفته شوند. یک پروتکل، برای مرور نظام مند باید منطقی برای مرور، هدف گذاری، روش‌های جستجو، انتخاب و ارزیابی منتقدانه مطالعات و همچنین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از مطالعات منتخب را داشته باشد.</p>	<p>پروتکل (Protocol)</p>
<p>تصادفی سازی و تخصیص درمان را ببینید.</p>	<p>تصادفی سازی کاذب (Pseudorandomization)</p>
<p>انتشار غیر رسمی گزارشات پژوهشی که برآمده از کیفیت علمی پژوهش نیست بلکه برخاسته از دیگر خصوصیات، مانند تمایل پژوهشگران به ثبت، و ناشران به پذیرش، گزارشات پژوهشی مثبت می‌باشد (برای مثال گزارشی که نتایج آن نشان دهنده اثر سودمند درمانی از طریق یک تکنولوژی جدید است). بنابراین، برای مثال، مرورهای نظام مندی که موفق نمی‌شوند مطالعات باکیفیت دیگری که منتشر نشده‌اند را وارد کنند، ممکن است اثر درست یک مداخله را بیش از اندازه تخمین بزنند. منابع بالقوه‌ی دیگر خطای انتشار شامل شهرت یا وابستگی نویسندگان و زبان انتشار مطالعه می‌باشد.</p>	<p>تورش انتشار (Publication bias)</p>
<p>یکی از خدمات کتابخانه‌ی ملی پزشکی که دربر دارنده بیش از ۱۴ میلیون ارجاع برای مقالات پزشکی از دهه ۱۹۵۰ است. این ارجاعات از مدلاین و دیگر ژورنال‌ها هستند. PubMed شامل لینک به سایت‌های زیادی است که مقالات با متن کامل و منابع دیگر مرتبط را نیز فراهم می‌کند. PubMed شامل پایگاه‌های داده‌ی بیشتر از مدلاین است. همچنین شامل OLDMEDLINE، ناشر تأمین‌کننده‌ی بایگانی و در فرایند ثبت، و به صورت رایگان از طریق اینترنت در دسترس می‌باشد.</p> <p>(سایت PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi) (MEDLINE را نیز ببینید)</p>	<p>پایگاه داده پابمد (PubMed)</p>
<p>ابعاد کیفیت شامل کیفیت مشتری، کیفیت مدیریت و کیفیت حرفه‌ای است (Ovretveit). TQM (مدیریت کیفیت جامع) بر اساس تعریف دمنینگ: کیفیت یعنی برآورده کردن یا افزایش نیازها و انتظارات استفاده‌کنندگان. در مراقبت سلامت اغلب مربوط به استانداردهای مراقبت سلامت میشوند که به منظور بهبود پیامدهای بیمار و ارائه مراقبت عادلانه برای همه تنظیم شده‌اند.</p>	<p>کیفیت (Quality)</p>

<p>کالی یک واحد پیامدهای مراقبت سلامت است که سالیانه از زندگی را که به دلیل یک مداخله سلامت به دست آمده یا از دست رفته اند به وسیله کیفیت زندگی در طول این سالها تعدیل می کند. کالی می تواند یک واحد رایج برای مقایسه هزینه مطلوبیت در طول مداخلات متفاوت و مشکلات سلامت ارائه دهد. واحدهای مشابه دیگر عبارتند از سالهای زندگی تطبیق یافته با ناتوانی (دالی) و سالهای زندگی با سلامت کامل (هالی).</p>	<p>زندگی تطبیق شده با کیفیت (Quality-adjusted life year (QALY))</p>
<p>اندازه گیری و نظارت بر تضمین کیفیت جهت تعیین اینکه مراقبت سلامت در مقایسه با استانداردهای کاربردی یا محدوده قابل پذیرش مراقبت، چگونه ارائه شده اند. (به تضمین کیفیت و کیفیت مراقبت نگاه کنید).</p>	<p>ارزیابی کیفیت (Quality assessment)</p>
<p>فعالیت هایی به منظور تضمین اینکه بهترین دانش موجود جهت به کارگیری مراقبت ها در راستای ارتقای پیامدهای سلامت، به طور کامل اجرا شده است که شامل اجرای استانداردهای مراقبت سلامت نظیر ارزیابی کیفیت، اقداماتی برای اصلاح و کاهش اختلاف مراقبت سلامت با استانداردها می گردد. (به ارزیابی کیفیت و کیفیت مراقبت نگاه کنید).</p>	<p>تضمین کیفیت (Quality assurance)</p>
<p>درجه ای از مراقبتهای سلامت که انتظار می رود احتمال پیامدهای مطلوب سلامت را افزایش دهد و با استانداردهای مراقبت سلامت تطابق داده می شود. (به ارزیابی کیفیت و تضمین کیفیت نگاه کنید).</p>	<p>کیفیت مراقبت (Quality of care)</p>
<p>میزان جلوگیری از تورش در طراحی و هدایت پژوهشی که شواهد از آن استخراج می گردند.</p>	<p>کیفیت شواهد (Quality of evidence)</p>
<p>به سلامت مرتبط با کیفیت زندگی نگاه کنید.</p>	<p>کیفیت زندگی (Quality of life (QOL))</p>
<p>به تخصیص درمان نگاه کنید.</p>	<p>تخصیص نیمه تصادفی (Quasi random allocation)</p>
<p>ارزش در نظر گرفته شده برای نشان دادن اعتبار هر کدام از مطالعات در یک حوزه خاص مثل اختصاص پنهان، یا به صورت کلی. رتبه کیفیت میتواند به شکل A- B- C یا شماره بیان شود.</p>	<p>رتبه بندی کیفیت (Quality score)</p>
<p>یک مدل آماری مورد استفاده در متاآنالیز که هردو نوع خطای اندازه گیری درون مطالعات (واریانس) و بین مطالعات در ارزیابی عدم قطعیت نتایج یک متاآنالیز را شامل میشود (فاصله اطمینان). اگر عدم تجانس معنی داری بین نتایج این مطالعات باشد مدل اثرات تصادفی فاصله اطمینان بیشتری را نسبت به مدل اثرات ثابت به ما خواهد داد. (به مدل اثرات ثابت نگاه کنید).</p>	<p>مدل اثرات تصادفی (Random effects model)</p>

<p>تمایل برای برآورد مقدار پارامتر(برای مثال براساس حد بالایی میانگین یک نمونه مشاهده شده از اثرات درمان) برای انحراف تصادفی از مقدار واقعی پارامتر. متغیر تصادفی مستقل از اثرات تورش های سیستماتیک است. بطور کلی میتوان گفت با حجم نمونه بالاتر، احتمال خطای تصادفی کاهش و دقت مطالعه افزایش می یابد.</p>	<p>خطای تصادفی (Random error)</p>
<p>روشی از تصادفی سازی که تضمین می کند که در هر نقطه از کارآزمایی، تعداد مساوی از شرکت کنندگان در گروه های مقایسه قرار گرفته اند. بلوک های تغییر یافته غالباً همراه با تصادفی سازی لایه بندی شده مورد استفاده قرار می گیرد.</p>	<p>بلوکهای تغییر یافته تصادفی (Random permuted blocks)</p>
<p>یک روش برای بدست آوردن یک گروه نماینده، بدون توروش از یک جمعیت بزرگتر است.</p>	<p>نمونه گیری تصادفی (Random sampling)</p>
<p>فرایندهای تخصیص تصادفی بیماران بین گروه مداخله و گروه کنترل در کارآزمایی بالینی با مکانیزم تصادفی حقیقی نظیر جدول تصادفی اعداد و یا تولید تصادفی اعداد با کامپیوتر تحت شرایط کورسازی است، تصادفی سازی مناسب بیماران بایاس بالقوه در تخصیص بیماران را کاهش میدهد زیرا تصادفی سازی تمایل به خنثی کردن فاکتورهای پیش آگهی دهنده شناخته شده یا نشده به وسیله انتشار آنها در میان گروههای مداخله و کنترل را دارد. تصادفی سازی برای استفاده معتبر از بسیاری از تست های آماری لازم است. روش های تصادفی سازی کاذب (یا تخصیص های نظام مند) براساس روزهای هفته، نام، روز تولد و غیره به تصادفی سازی گفته شده مرتبط نیستند و میتواند منجر به خطاهای جدی شود. (به کورسازی نگاه کنید).</p>	<p>تصادفی سازی (Randomization)</p>
<p>یک آزمایش با دو یا تعداد بیشتر مداخلات که در آن افرادی که واجد شرایط تخصیص برای یک مداخله به وسیله تصادفی سازی اند می باشد. با استفاده از تصادفی سازی مجوز معتبری برای استفاده از روشهای آماری مختلف برای مقایسه پیامدهای مداخلات را داریم. (به کارآزمایی تبیینی و کارآزمایی واقع بینی نگاه کنید).</p>	<p>کارآزمایی کنترل شده تصادفی (Randomized controlled trial)</p>
<p>به منحنی راک نگاه کنید.</p>	<p>ویژگی عملی گیرنده (Receiver operating characteristic)</p>
<p>هزینه های که هر ساله اتفاق می افتند. (به هزینه های سرمایه ای نگاه کنید).</p>	<p>هزینه های تکراری (Recurrent costs)</p>
<p>سیستمی که در آن اسناد با محتوا، روش شناسی یا نظرات کاربران برای بازنگری به ویراستارها یا شرکت کنندگان خارجی ارجاع داده میشوند. این افراد گاهی اوقات مرورگران خارجی یا داور نامیده می شوند. (به مرور دقیق نگاه کنید).</p>	<p>فرایند داوری (Referee process)</p>
<p>لیستی از آیتم های ذکر شده در یک قسمت از کار، معمولاً در آخر یک کار معلوم میشود و شامل مشخصات فرد نویسنده، عنوان، یا سال انتشار است.</p>	<p>لیست منابع (Reference list)</p>
<p>به پایگاه داده ها نگاه کنید.</p>	<p>ثبت کردن (Register)</p>

<p>سیستم ثبت مداوم برای جمع آوری اطلاعات مربوط به تمامی موارد یک بیماری خاص یا سایر شرایط مرتبط با سلامت یک جمعیت تعریف شده است. موارد ثبت شده می تواند مربوط به جمعیت پایه می باشد.</p>	<p>بایگانی (Registry)</p>
<p>رویکردی که در آن از بهترین مدل ریاضی (مثل لینر و لجستیک) برای توصیف و یا پیشگویی اثر متغیر مستقل X بر متغیر وابسته Y استفاده می شود، رگرسیون چندگانه شامل برآورد اثر چندین متغیر مستقل بر یک متغیر وابسته اند.</p>	<p>آنالیز رگرسیون (Regression analysis)</p>
<p>نسبت (آماری) خطر در گروه مداخله به خطر در گروه کنترل است. (خطر نسبی = 1) نشان دهنده عدم اختلاف بین گروههای مقایسه است. برای پیامدهای نامطلوب، خطر نسبی کمتر از یک نشان دهنده اینست که مداخله در کاهش خطر آن پیامد موثر است.</p>	<p>خطر نسبی نسبت شانس (Relative risk (RR) (risk ratio))</p>
<p>نوعی از اندازه گیری اثرات درمان که احتمال نوعی از پیامد نامطلوب را در گروه درمان و کنترل مقایسه می کند. یعنی: $PC / (PC - pt)$. برای مثال اگر نتایج آزمون نشان دهنده احتمال مرگ در گروه کنترل ۲۵٪ و احتمال مرگ در گروه درمان ۱۰٪ باشد نسبت کاهش خطر برابر با ۰.۶ است. (به کاهش خطر مطلق، تعدادی مورد نیاز برای درمان و نسبت شانس نگاه کنید).</p>	<p>کاهش خطر نسبی (Relative risk reduction)</p>
<p>دامنه ای که در آن مشاهده در یک جمعیت ثابت و مشابه تکرار شود و نتایج یکسانی به دست آید. همچنین توانایی یک مشاهدگر برای ثبات تشخیص در بین افراد جمعیت است.</p>	<p>قابلیت اطمینان (Reliability)</p>
<p>توانایی یک وسیله تصویر برداری برای تشخیص دو شی که در دو فاصله فیزیکی جدا از هم (تفکیک فضایی) یا در ترکیب (تباین تفکیک) می باشد.</p>	<p>جداسازی (Resolution)</p>
<p>یک مطالعه که محققان با انتخاب گروهی از بیماران که قبلا درمان شده اند و داده هایی از وقایعی که توسط بیماران تجربه شده است را آنالیز می کنند. مطالعات گذشته نگر تورش انتخاب دارند زیرا محققان می توانند گروههایی از بیماران با پیامدهای مشخص یا مواجهه دار یا آنهایی که گویای جمعیت نیستند را انتخاب کنند. مطالعات مورد شاهدهی اغلب گذشته نگر هستند، مطالعات همگروهی هم ممکن است گذشته نگر باشند ولی کارآزمایی بالینی هرگز این امکان را ندارند. (به مطالعات آینده نگر و تقابلی با مطالعات گذشته نگر نگاه کنید).</p>	<p>مطالعات گذشته نگر (Retrospective study)</p>
<p>ترجیحات به وسیله انتخاب هایی که افراد انجام می دهند آشکار می شود. انتخاب ممکن است به وسیله افراد در یک زمینه طبیعی اتفاق بیافتد و یا پاسخی باشد به سوالات مشاهده گر.</p>	<p>ترجیحات شناسایی شده (Revealed preference)</p>

<p>(۱) مرور نظام مند</p> <p>(۲) مرور مقالات در متون بالینی به معنای خلاصه سازی تعدادی از مطالعات مختلف و احتمالا استخراج نتایج در خصوص یک مداخله خاص میباشد. مقالات مروری اغلب نظام مند نیستند. مقالات مروری برخی اوقات بازنگری (مروری) هم نامیده شده اند. (به مرور دقیق نگاه کنید).</p>	<p>مرور (Review)</p>
<p>شخصی که مسئول آماده سازی، ودر خصوص کاکرین، مسئول به روز نگه داشتن مرور نظامند است. بازنگر گاهی اوقات اشاره به منتقد یا داور خارجی دارد.</p>	<p>بازنگر (Reviewer)</p>
<p>خطر، نسبتی از مردم با یک رویداد خاص در یک گروه به کل آن گروه است.</p>	<p>خطر (Risk)</p>
<p>یک تخمین کمی و کیفی از احتمال اثرات نامطلوبی که ممکن است ناشی از مواجهه با خطرات ویژه سلامت یا از عدم حضور تاثیرات مفید باشد.</p>	<p>ارزیابی خطر (Risk assessment)</p>
<p>جنبه ای از شرایط اشخاص، سبک زندگی یا محیطی که در آن احتمال افزایش رویداد بیماری وجود دارد. برای مثال سیگار عاملی برای سرطان سینه است.</p>	<p>عوامل خطر (Risk factor)</p>
<p>به خطر منتسب نگاه کنید.</p>	<p>نسبت خطر (Risk ratio)</p>
<p>نمایش گرافیکی ارتباط بین نسبت مثبت حقیقی (حساسیت) و نسبت مثبت کاذب (ویژگی-۱) بطوریکه تابع سطوح cut-off یک بیماری یا شرایط نشان داده شده باشد. یک منحنی راک در نشان دادن چگونگی افزایش یا کاهش نقطه cut-off برای تعریف نتایج مثبت آزمون بین کسانی که بعنوان بیمار (مثبت حقیقی) درست تشخیص داده شده و اشخاصی که به اشتباه برچسپ بیمار بودن را خورده اند (مثبت کاذب) بکار میرود. سطح زیر منحنی راک گویای این است که تشخیص بالقوه یک علامت مستقل از جمعیت است و می تواند برای مقایسه دو یا چند علامت به کار رود.</p>	<p>منحنی راک operating characteristic (ROC) curve (Receiver)</p>
<p>یک قضاوت از قابلیت پذیرش خطر (یک اندازه گیری از احتمال پیامد نامطلوب و شدت آن) مرتبط با استفاده از تکنولوژی در موقعیت مفروض است. برای مثال برای یک بیمار با مشکل خاص سلامت، توسط پزشک با آموزش معین، یا در تنظیم درمان ویژه.</p>	<p>ایمنی (Safety)</p>

<p>تعدادی از بیماران تحت مطالعه در آزمون شامل گروههای درمان و کنترل در جایی که امکان پذیر باشد. در کل یک حجم نمونه بزرگتر احتمال ارتکاب خطای نوع یک (مثبت کاذب) خطای α را کاهش داده و قدرت آزمون را بالا می برد، یعنی کاهش ارتکاب خطای نوع دوم (منفی کاذب) خطای β. حجم نمونه بزرگ اثر تغییرات تصادفی بر تخمین اثر درمان را کاهش می دهد. در طراحی مطالعه حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمولهای آماری براساس سطوحی از α و β مورد قبول می تواند محاسبه شود، اختلاف بین گروههای مداخله موردنظر با گروههای بالینی مرتبط ، و با واریانس در ارتباط است. (به α و β نگاه کنید).</p>	<p>حجم نمونه (Sample size)</p>
<p>خطای تصادفی را ببینید.</p>	<p>خطای نمونه گیری (Sampling error)</p>
<p>یک خدمت سلامت عمومی که طی آن اعضا یک جمعیت معین که لزوما درک و دریافتی از خطر بیماری یا عوارض آن ندارند، مورد سوال قرار می گیرند یا آزمون خاصی به آن ها پیشنهاد میشود تا افرادی که بیشتر احتمال دارد حمایت شوند نسبت به آن هایی که آزمون ها یا درمان های آینده ایشان را مورد آسیب قرار خواهد داد، شناسایی گردند.</p>	<p>غربالگری (Screening)</p>
<p>ترکیبی از منابع، شرایط و محدودیت های استفاده شده در جستجوی متون برای شناسایی اطلاعات مرورنظامند و ارزیابی فناوری سلامت است.</p>	<p>استراتژی جستجو (Search strategy)</p>
<p>تحقیقی که داده های اولیه تولید نمی کند اما شامل سنتز اطلاعات کمی و کیفی از مطالعات اولیه چندگانه است، برای مثال بررسی های متون، متاآنالیز، تحلیل تصمیم گیری و بیان توافق.</p>	<p>جستجو ثانویه (Secondary research)</p>
<p>۱) خطایی که به واسطه اختلاف نظام مندی در مشخصات بین کسانی که برای مطالعه انتخاب شده اند و کسانی که انتخاب نشده اند به وجود می آید، تورش انتخاب می تواند نتایج و تعمیم پذیری را که ممکن است از اینگونه مطالعات استخراج شود، نا معتبر کند. تخصیص تصادفی با پنهان سازی کافی تخصیص، در مقابل تورش انتخاب قرار دارد. ۲) تورش انتخاب گاهی اوقات برای توصیف خطای سیستماتیک در بررسی ها در انتخاب معیار ورود به مطالعه انتخاب شود، تورش انتشار نمونه ای از بایاس انتخاب است.</p>	<p>تورش انتخاب (Selection bias)</p>
<p>یک ویژگی عملیاتی تست های تشخیصی که حاکی از قدرت تست برای تشخیص بیماری (یا شرایط) می باشد. حساسیت تناسبی از تمام افراد بیمار است که نتیجه مثبت دارند و تشخیص داده شده اند، بطوریکه تعیین می شود: {مثبت حقیقی، (مثبت حقیقی+منفی کاذب)}. (به صحت، منحی راک و ویژگی نگاه کنید).</p>	<p>حساسیت (Sensitivity)</p>

<p>روشی برای تعیین قدرت یک مدل ریاضی یا تحلیل هایی نظیر هزینه اثربخشی یا آنالیز تصمیم گیری که دامنه قابل قبولی از برآورد متغیرهای مستقل کلیدی را می سنجد (مثل هزینه ها، پیامد ها، احتمالات وقایع) تا تعیین نماید که اینگونه اختلافات، تغییرات معناداری در نتایج تجزیه و تحلیل ایجاد می کنند یا خیر. آنالیز حساسیت همچنین میتواند برای انواع مطالعات استفاده شود برای مثال آنالیز آزمونهای کلینیکی (برای دیدن اینکه چنانچه معیارهای ورود و خروج داده معین تغییر کند نتایج را تغییر می دهد) و متآنالیز (برای دیدن اینکه چنانچه معیارهای ورود و خروج مطالعات معینی تغییر کند نتایج را تغییر می دهد).</p>	<p>آنالیز حساسیت (Sensitivity analysis)</p>
<p>یک کارآزمایی که در آن داده ها بعد از اینکه نتایج گروههای شرکت کننده در مطالعه در دسترس قرار گرفت آنالیز می شوند، نه با روش معمولی مورد انتظار که در آن تعداد افراد تعیین شده در حجم نمونه برای دریافت درمان کامل در نظر گرفته شده اند. زمانی که داده های جمع آوری می شوند، آنالیزها بر اساس قاعده توقف از پیش تعریف شده صورت می گیرند. قاعده توقف، تست های آماری چندگانه ای را روی داده ها انجام می دهد و تا زمانی که فواید روشن مشاهده شود در یکی از گروه های مقایسه ادامه خواهد داشت، یا به طور غیر محتمل هیچ اختلافی دیده نشود. مهمترین مزیت کارآزمایی متوالی این است که، زمانی که تفاوت بزرگی در اثربخشی مداخلات مورد مقایسه وجود داشته باشد، نسبت به کارآزمایی با زمان ثابت، کوتاهتر است. یا اگر مسائل ایمنی در کارآزمایی دیده شود، می تواند منجر به پایان زودهنگام کارآزمایی گردد. کارآزمایی متوالی به طور کلی نیاز به کورسازی در گروههای درمان نداشته قبل از اینکه مطالعه پایان یابد، فرایندهای مخصوصی برای کنترل آنالیز و انتشار نتایج موقت مورد نیاز است. (به متآنالیز نگاه کنید).</p>	<p>کارآزمایی متوالی (Sequential trial)</p>
<p>به مورد- سری نگاه کنید.</p>	<p>سری (Series)</p>
<p>به وقایع نامطلوب و واکنش نامطلوب نگاه کنید.</p>	<p>اثرات جانبی (Side effect)</p>
<p>معمولا به آنالیز یا ارزشیابی اشاره دارد درجایی که که گروهها یک تکنولوژی جدید را دریافت می کنند و برای مقایسه، تکنولوژی استاندارد (کنترل) از مطالعات مختلف استخراج می شود. گروهها ممکن است از ارزیابی های شاهددار تصادفی شده متفاوت باشند از این رو محتمل است که در پی یک پروتکل قوی جمع آوری شوند.</p>	<p>مطالعات تک رسته یا تک بازو (Single-arm studies)</p>
<p>محقق از گرفتن مداخله و درمان شرکت کنندگان، آگاه است. اما شرگت کنندگان مطلع نیستند. (به کورسازی، کورسازی دو طرفه و سه طرفه نگاه کنید).</p>	<p>کورسازی یک طرفه (Single blind (single masked))</p>
<p>فهم تعامل بین ساختار اجتماعی واقعی و درک، آگاهی و عملکرد است.</p>	<p>ساختارگرایی اجتماعی (Social constructivism (social constructionism))</p>
<p>یک ویژگی عملیاتی تست های تشخیصی برای اندازه گیری توانایی تست در تشخیص عدم حضور بیماری (یا شرایط) هنگامیکه در واقع حضور ندارد. ویژگی، نسبتی از اشخاص غیر بیمار است که نتیجه آزمونش منفی است (منفی واقعی تقسیم بر جمع منفی واقعی و مثبت کاذب). (به صحت، منحی راک و حساسیت نگاه کنید).</p>	<p>ویژگی (Specificity)</p>

<p>یک نمودار خلاصه راک ، حساسیت و (ویژگی-۱) را از مطالعات جداگانه ای که دارای آزمون مشابه هستند در فضای راک است. یک خط رگرسیون می تواند در میان این نقاط کشیده شود.</p>	<p>منحنی خلاصه راک (Summary receiver operating curve)</p>
<p>دسته بندی شدت بیماری در مراحل جداگانه بر اساس علائم ثابت و معیارهای نشانه بیماری است.</p>	<p>گام بندی (Staging)</p>
<p>روشی که به طور مستقیم مطلوبیت را اندازه گیری می کند. بطور مستقیم توسط انجمن فون نومن مورگان با اصل عمومی تئوری مطلوبیت مورد انتظار، بنیان نهاده شده است. نمره مطلوبیت با یافتن احتمالات در قمار برای اینکه کدامیک از پاسخ دهندگان بین جایگزین نامطمئن و جایگزین مطمئن تفاوتی قائل نیست، معلوم می شود.</p>	<p>قمار استاندارد (Standard gamble (SG))</p>
<p>تفاوت بین ۲ میانگین تقسیم شده به وسیله برآورد انحراف استاندارد در میان گروهها، هنگامی که یک پیامد(مثل درد) از راههای مختلفی در خلال مطالعات(استفاده از ۲ مقیاس متفاوت) اندازه گیری می شود، امکان ترکیب و مقایسه نتایج مطالعات به طور مستقیم در یک مرور نظامند وجود ندارد. برای بیان اثرات به عنوان ارزش استاندارد، نتایج زمانی می توانند ترکیب شوند که هیچ واحدی نداشته باشند. اختلاف میانگین استاندارد برخی اوقات اشاره دارد به d شاخص.</p>	<p>اختلاف میانگین استاندارد (Standardised mean difference (SMD))</p>
<p>به توان نگاه کنید.</p>	<p>توان آماری (Statistical power)</p>
<p>(به p-value نگاه کنید) معنی داری آماری: نتیجه ای که یک مداخله اثر درست دارد، بر این اساس که مشاهده گر از بالا(ناظر) تفاوت در پیامدهای بین گروه درمان و کنترل را که به قدر کافی بزرگ باشد را ببیند، بطوریکه این اختلاف ممکن نیست به واسطه شانس رخ دهد، همچنین به وسیله تست های آماری تعیین می شود . معنی داری آماری نشان دهنده احتمالی است که اختلاف مشاهده شده به واسطه شانس بود اگر فرضیه صفر پذیرفته می شد و آن اطلاعاتی در مورد دامنه اثرات درمان به ما نمیدهد. برای مثال یک P-value=5% با تفاوت خطر ۱۰٪ به این معنی است که کمتر از ۵٪ شانس اختلاف خطر در خطرات وجود دارد بطوریکه هیچ تفاوتی در خطرات نباشد. اختلاف خطر "معنی داری آماری" در P=۵٪ است. نوعی cut off برای معنی داری آماری P=۵٪ یا ۱٪ برای متآنالیز یا ۰.۱ برای ارزیابی مداخلات است، اگرچه این cut off اختیاری است و اهمیت ویژه ای ندارد(به P-value نگاه کنید).</p>	<p>معنی داری آماری (Statistical significance)</p>

<p>یک روش ریاضی (یا دستور العمل) که برای تعیین تفاوت در پیامد های گروه کنترل و درمان استفاده می شود و به اندازه کافی بزرگ هست که این اختلاف از لحاظ آماری معنادار شود. تست های آماری مقداری ارزشی را تولید می کنند که به یک p-value خاص وابسته می باشد. در میان انواعی از تست های آماری میتوان به f-Z-t و کای اسکور اشاره کرد. انتخاب یک تست به شرایط مطالعه بستگی دارد، برای مثال چه نوعی از متغیر پیامد استفاده شده، اینکه آیا بیماران بصورت تصادفی انتخاب شده اند از یک جمعیت بزرگتر، و اینکه آیا میتوان فرض کرد مقادیر پیامد در جمعیت، توزیع نرمال یا دیگر انواع توزیع را دارد.</p>	<p>آزمون آماری (Statistical test)</p>
<p>تصادفی کردن لایه ای برای اطمینان از اینکه تعداد برابر شرکت کنندگان با تفکر بهبودی یا پاسخ به مداخله، به منظور جلوگیری از مخدوش شدن، به طور مساوی به گروههای مداخله تخصیص داده شده اند، برای مثال در آزمون زنان مبتلا به سرطان پستان این مهم است که تعداد برابری از زنان قبل از یائسگی و یائسه در هر گروه مورد مقایسه قرار بگیرند، تصادفی کردن لایه ای می تواند برای تخصیص برابر زنان قبل یائسگی و بعد یائسگی در گروههای درمان استفاده شود. تصادفی کردن لایه ای برای هرکدام از این دو گروه به وسیله تصادفی کردن جداگانه ای انجام می گیرد (اغلب با استفاده از بلوک های تغییر یافته تصادفی) برای هر لایه، یا با استفاده از کمینه سازی.</p>	<p>تصادفی کردن لایه ای (Stratified randomization)</p>
<p>بزرگی، دقت و تکرارپذیری اثرات مداخله (شامل بزرگی اندازه اثر، اندازه فاصله اطمینان، p-value و خروج اثرات غیر بالینی که اهمیتی ندارند)، در مورد مطالعات غیر تصادفی شده بعلاوه فاکتورهایی مثل مقبولیت بیولوژیکی، گرادیان بیولوژی و رابطه زمانی ممکن است مد نظر باشد.</p>	<p>قدرت شواهد (Strength of evidence)</p>
<p>جمعیت مورد نظر مطالعه برای یک دوره زمانی خاص است.</p>	<p>پایه مطالعه (Study base)</p>
<p>درجه ای که در آن نتایج استخراج شده از مطالعه زمانی تضمین شده هستند که، مشخصات مطالعه از روش مطالعه، نمونه مورد مطالعه، طبیعت جمعیت مورد مطالعه گرفته شده باشد. (اعتبار داخلی و خارجی، مقبولیت و تعمیم پذیری).</p>	<p>اعتبار مطالعه (Study validity)</p>
<p>فرایند آنالیز داده ها از زیرگروههایی از جمعیت بیماران است. آنالیز زیرگروهها باید در ابتدای مطالعه طراحی شده باشد حتی اگر این نتایج فقط به عنوان اکتشافی در نظر گرفته شود. اثرات هر معناداری زیرگروهی باید در دیگر مطالعات تایید شود. (به آزمونهای چندگانه نگاه کنید).</p>	<p>آنالیز زیر گروهها (Subgroup analysis)</p>

<p>نتیجه ای که در آن تفاوت های مشاهده شده در پیامدهای گروه درمان و گروه کنترل به اندازه کافی مهم هستند، و براساس آنها مداخله اثر درست دارد و وقوع این تفاوتها براساس شانس نامحتمل است که به وسیله تست های آماری تعیین می گردد. همچنین به وسیله تست های آماری این معناداری تعیین شده اند. معنی داری آماری نشان می دهد که اگر فرضیه صفر درست باشد، احتمالاً تفاوت های مشاهده شده براساس شانس بوده اند. نوعی cut off برای معناداری آماری $P=0.05$ یا 1% برای متآنالیز یا 0.1 برای ارزیابی مداخلات است، اگرچه این cut off اختیاری است و اهمیت ویژه ای ندارد. (به p-value نگاه کنید).</p>	<p>پیامدهای میانی، پیامدهای جانشین endpoint outcomes: (Surrogate (intermediate surrogate outcomes))</p>
<p>به مطالعات تکراری نگاه کنید.</p>	<p>مطالعات ترکیبی (Synthetic study)</p>
<p>به تورش نگاه کنید.</p>	<p>خطای نظام مند (Systematic error)</p>
<p>شکلی از بررسی متون بصورت ساختارمند است که سوالاتی را دنبال می کند که باید از طریق تحلیل شواهد پاسخ داده شوند و شامل اهداف اصلی، جستجوی متون، معیارهای ورود و خروج، ارزیابی نقادانه متون مرتبط، استخراج و تحلیل و ترکیب داده های مبتنی بر شواهد برای فرموله کردن یافته ها می باشد. متدهای آماری (متآنالیزها) ممکن است برای آنالیز و خلاصه سازی نتایج مطالعات ورودی استفاده بشود یا نشود. (به مرور کاکرین نگاه کنید).</p>	<p>مرور نظام مند (Systematic review (systematic overview))</p>
<p>تولید بیشترین میزان یا باکیفیت ترین پیامدها، به ازای هر سطح معینی از منابع (رابطه بین منابع و پیامدهای بهداشتی).</p>	<p>کارایی فنی (Technical efficiency)</p>
<p>عبارت است از کاربرد دانش علمی یا سایر دانش های سازمان یافته شامل هر ابزار، تکنیک، محصول، فرایند، روش، سازمان یا سیستمی برای وظایف کاربردی. در مراقبت سلامت. تکنولوژی شامل داروها، تشخیص ها، شاخص ها، ابزار واکنشگر، تجهیزات و ملزومات، روشهای پزشکی، جراحی و سیستم های مدیریتی مورد استفاده در پیشگیری، غربالگری، تشخیص، درمان و بازتوانی است. (به تکنولوژی سلامت نگاه کنید).</p>	<p>فناوری (Technology)</p>
<p>به ارزیابی فناوری سلامت نگاه کنید.</p>	<p>ارزیابی فناوری (Technology assessment)</p>
<p>به انتشار نوآوری نگاه کنید.</p>	<p>توزیع و انتشار فناوری (Technology diffusion)</p>

<p>تمایل به استفاده از تکنولوژی ای که به طور بالقوه فوایدی دارد، حتی اگر این فواید بی اهمیت باشند یا با دلیل و مدرک اثبات نشده باشند، به این دلیل که تکنولوژی، جذابیت دارد، انتظار می رود تکنولوژی جدید بهتر باشد، و متخصصان اقتصادی سایر متخصصان به آن گرایش دارند.</p>	<p>ضرورت فناوری (Technological imperative)</p>
<p>ویژگیهای اثربخشی تست تشخیصی که اثر تست تشخیصی بر انتخاب درمانی را توصیف می کند.</p>	<p>اثر درمانی Therapeutic impact</p>
<p>به کارآزمایی بالینی نگاه کنید.</p>	<p>کار آزمایی درمانی (Therapeutic trial)</p>
<p>شکلی از توروش که ممکن است در شناسایی مطالعات موجود در یک مرور نظامند تاثیر بگذارد، و زمانی اتفاق می افتد که اتمام مطالعه تا انتشار آن به واسطه جهت (یافته های مثبت در مقابل منفی) و قدرت (معناداری آماری) نتایج آن تحت تاثیر قرار گیرد.</p>	<p>توروش تاخیر زمانی (Time lag bias)</p>
<p>یک مجموعه سنجش و اندازه گیری ها از متغیر های مشابه در طول زمان است. یک توالی زمانی ضربدردی وقتی ایجاد می شود که یک مجموعه از سنجش ها قبل از شروع مداخله، یا برخی تغییرات دیگر در سیستم، به وسیله یک مجموعه دیگر از سنجشها در زمان بعد از تغییرات پیگیری شود.</p>	<p>توالی های زمانی (Time series)</p>
<p>یک روش برای سنجش ترجیحات فرد، بین دو حالت سلامتی در طول زمان های مختلف، به منظور تخمین اینکه فرد، چه تعداد از سال های زندگی اش را حاضر است به منظور بهبود شرایط سلامتی اش، قربانی نماید. برای وضعیت های مزمن، زمان t که به مرگ منتهی می گردد، یا سلامت کامل برای یک دوره کوتاه زمانی که متعاقب آن به مرگ می انجامد، مطرح می باشد. این در حالی است که در وضعیت های موقت، زمان t که پیامد خاص (معمولاً سلامت) را به دنبال دارد یا وضعیت سلامت بدتر برای زمان کوتاهتری که به همان پیامدها می انجامد مطرح می باشد.</p>	<p>مبادله زمانی (Time trade-off (TTO))</p>
<p>احتمالی را که در آن سلامت بیماران از یک وضعیت به دیگر وضعیت سلامت در خلال یک دوره زمانی تغییر کند.</p>	<p>احتمال انتقال (Transition probability)</p>
<p>فرایند مورد استفاده برای جلوگیری از آگاهی داشتن از قبل گروه مورد نظر در کارآزمایی تصادفی شاهددار است، که باید از کورسازی متمایز گردد. در فرایند تخصیص باید از نفوذ تاثیر افرادی که تخصیص را انجام می دهند با استفاده از تصادفی سازی توسط افرادی که مسئول شرکت کنندگان نیستند، جلوگیری شود. استفاده از روشهایی مثل روز تولد و شماره موارد ثبت شده (تخصیص شبه تصادفی و یا تصادفی سازی کاذب نامیده می شود) برای دستکاری باز هستند. روشهای موثر برای پنهان کردن تخصیص عبارتند از: برنامه های تصادفی سازی متمرکز شده، برنامه های تصادفی سازی کنترل شده توسط داروساز، شماره یا کد ظروفي که کپسولها از روی آن شناخته می شوند، شماره بطری هایی که به ترتیب تعیین شده اند، یک محل سیستم کامپیوتری در جاییکه تخصیص ها در فایل غیر قابل خواندن قفل شده باشد، شماره گذاری مات متوالی و نامه های مهمور.</p>	<p>تخصیص درمان (Treatment allocation)</p>

اثر درمان (مداخله) بر پیامدها، برای مثال این اثر فقط قابل استناد به مداخله باشد. محققان برای تخمین اثر درست درمان از تفاوت بین پیامدهای مشاهده شده در گروه درمان و گروه کنترل استفاده می کنند. (به اندازه اثر نگاه کنید).	تأثیر درمان (Treatment effect)
پایگاه داده ی مربوط به فهرست کتابهای مرجع برای آزمون کلینیکی تصادفی شده و آزمون کلینیکی کنترل شده در کوکران است. شامل اطلاعاتی در مورد آزمونهای غیر منتشر شده و آزمونهای در حال انجام است.	ثبت آزمونها (Trials register)
عبارتی که برخی اوقات برای نشان دادن اینکه کدام یک از شرکت کنندگان در گروه مقایسه هستند از کسی که آنالیز آماری را انجام می دهد و نیز از شرکت کنندگان و محققان(ارزیابان پیامد) مخفی می ماند. به کورسازی، کورسازی دو طرفه و سه طرفه نگاه کنید).	کورسازی سه طرفه (Triple blind (triple masked))
به آلفا نگاه کنید.	خطای نوع یک (Type1 error)
به بتا نگاه کنید.	خطای نوع دو (Type 2error)
واحدی که به مداخلات جایگزینی که در یک آزمون بررسی می شوند، اختصاص داده می شود. معمولاً واحد یک شخص می باشد، اما در برخی کارآزمایی ها افراد به گروههایی برای یک مداخله یا سایر مداخلات تخصیص داده می شوند. این کار به منظور جلوگیری از ناخالصی و یا راحتی انجام می گیرد و واحد های تخصیص میتواند جوامع و یا بیمارستان ها باشند. در دیگر آزمونها قسمتهای متفاوت یک شخص (مثلاً چشم راست یا چپ) ممکن است بعنوان دریافت مداخلات متفاوت در نظر گرفته شود.	واحد تخصیص (Unit of allocation)
هزینه هایی که مختص مسیر درمان و پیامد های آن نیستند.	هزینه های غیر مرتبط (Unrelated costs)
به مشتری نگاه کنید.	کاربر (User)
بیماران یا متخصصان مراقبت سلامت یا سیاست گذاران برای اتخاذ تصمیم در خصوص مراقبت سلامت از مرور ها استفاده می کنند. همین شور محققانی که تحقیقات آینده را مدنظر قرار داده و هدایت می نمایند.	کاربر مرورها (User of reviews)
۱) در اقتصاد و تجزیه و تحلیل تصمیم، شرایط مطلوب سطوح سلامت یا پیامدهای سلامت است، معمولاً بین صفر تا یک در نظر گرفته می شود. (مرگ مطلوبیت صفر و سلامت کامل ارزش برابر با یک را دارد) اغلب با اولویت به جای یکدیگر استفاده می شوند. ۲) مطلوبیت نسبی یا اولویت (معمولاً از دیدگاه بیمار) برای یک پیامد سلامت خاص یا سطوح وضعیت سلامت است. (به اولویت و مقدار نگاه کنید).	مطلوبیت (Utility)

<p>درجه ای که نتایج (اندازه گیری یا نتایج) احتمالاً درست باشند و تورش نداشته باشند. همچنین میتوان گفت درجه ای که اندازه گیری یا پارامتر به دقت بیان و ارزیابی کننده یک مفهوم مورد نظر باشد. ابعاد مختلفی از اعتبار در مطالعات شناسایی شده اند. اعتبار داخلی اشاره دارد به ارتباط علت و معلولی مشاهده شده در یک مطالعه که برای شرایط و مردم به درستی تعیین شده باشد: اعتبار خارجی یا تعمیم پذیری اشاره دارد به اینکه چه اثرات مشاهده شده ای در مطالعه به درستی گویای مورد انتظار ما در جمعیت و شرایط تحت مطالعه است. (به اعتبار داخلی، اعتبار خارجی و کیفیت متدولوژیکی نگاه کنید).</p>	<p>اعتبار (Validity)</p>
<p>یک اندازه گیری اصلی از اولویت، یا شرایط مطلوب، یک سطح خاص از وضعیت سلامت یا پیامدهای خاص سلامت، که تحت شرایط معین سنجش شده است. (به مطلوبیت و اولویت نگاه کنید). برای توصیف همه جانبه متعادل سازی هزینه های مثبت و منفی در یک موقعیت استفاده می شود. (برای مثال ارزشی برای پول).</p>	<p>مقدار (Value)</p>
<p>هر کمیتی که تغییر کند. یک فاکتور که می تواند مقادیر متفاوتی داشته باشد.</p>	<p>متغیر (Variable)</p>
<p>اندازه ای از تغییراتی که در یک مجموعه داده ها مشاهده می شود، تعریف آن عبارت است از مجذور انحرافات از میانگین یک مجموعه از مشاهدات تقسیم بر درجه آزادی آنها.</p>	<p>واریانس (Variance)</p>
<p>به تورش معاینه نگاه کنید.</p>	<p>تورش ناپید (Verification bias)</p>
<p>یک تکنیک رگرسیون برای برآورد پارامترهای مدل رگرسیون چندگانه در جایی که سهم هر مطالعه ای برای جمع محصولات متغیرهای اندازه گیری شده (ویژگیهای مطالعه)، براساس دقت تخمین آن مطالعه از اثر، وزن داده می شود.</p>	<p>رگرسیون حداقل مربعات وزنی (Weighted least squares regression)</p>
<p>یک روش مورد استفاده متا آنالیز با ترکیب مداوم مقیاس ها (مثل وزن) در جایی که میانگین، انحراف معیار و اندازه نمونه در هر گروه مشخص هستند. وزنی که به هر مطالعه داده می شود، براساس دقت تخمین آن مطالعه از اثر تعیین می گردد. و در نرم افزارهای آماری RevMan و CDSR برابر با عکس واریانس است. این روش فرض می کند که تمام آزمونها در اندازه گیری پیامدشان از مقیاس مشابهی استفاده کرده اند. (به اختلاف میانگین استاندارد نگاه کنید).</p>	<p>اختلاف میانگین وزنی (Weighted mean difference (WMD))</p>
<p>حداکثر میزانی که شخص تمایل به پرداخت دارد: (۱) تا یک پیامد یا حالت مطلوبی از سلامت را به دست آورد یا احتمال رخداد آن را افزایش دهد، یا (۲) از پیامد نامناسب جلوگیری نموده و یا احتمال آن راکاهش دهد.</p>	<p>تمایل به پرداخت (Willingness to pay (WTP))</p>

تورش معاینه**(Workup bias)**

تورش تایید نیز نامیده می شود، معمولاً هنگامی اتفاق می افتد که نتایج آزمون تشخیصی مثبت یا منفی ترجیحاً برای دریافت تایید با روش استاندارد طلایی ارجاع داده می شود. این بایاس می تواند اساساً صحت گزارش شده از آزمون را تحریف کند. این تورش در صورتیکه تمام افرادی که بطور متوالی آزمون شده اند بوسیله آزمون استاندارد مرجع تایید گردد اجتناب پذیر است، یا افراد به وسیله نتایج استاندارد مرجع نمونه گیری شوند قبل از اینکه نتایج آزمون معلوم شود.