

## Glossary of Terms

## 术语表

本术语表包括了整份清单中的术语和缩略语的定义，以帮助解释清单中的条目。列表中的相关术语按照指南制定的不同方面进行了分类。

术语	定义
<b>指南制定过程中涉及的小组、个人和机构</b>	
指南制定小组	指南制定小组整个小组包括卫生保健和其他专业人员、利益相关者、患者和照护者、制定指南的研究和技术人员。指南制定小组可由多个具体工作小组或委员会组成，如监督委员会、指南专家组、利益相关者和用户顾问及工作组。有些人可能不止参与一个小组或委员会（例如，一名临床科研人员可能同时是工作组和指南专家组成员）。 <sup>1,2</sup>
监督委员会	一个负责监督指南制定过程的机构，其职责包括：设置优先领域，并从提出的主题中遴选用于指南制定的主题；招募并确定指南专家组成员；批准指南定稿的发表和传播。监督委员会也称作执行委员会或指南咨询委员会。 <sup>2</sup>
指南专家组	确定指南涵盖的主题，构建指南问题，根据工作组准备的证据总结形成推荐意见并达成一致，支持指南定稿文件得到监督委员会的批准。指南专家组成员通常被称为“专家”。 <sup>2</sup>
(指南专家组) 主席	主席是指南专家组的领导者。主席要保持中立，并且能够很好地协调卫生保健专业小组、患者和保健提供者的工作。主席要有优化工作过程策略的能力和经历，并起到很好的促进作用，保证专家组所有成员有平等的机会在不受影响的情况下贡献并自由表达自己的观点。主席不必是某个具体临床领域的专家。 <sup>3,4</sup>
(指南专家组) 联合主席	当指南小组规模庞大或小组任务特别复杂时，应该任命一名联合主席。联合主席也应该有领导小组的经验，但其学科专业（临床或方法学）要与主席不同。 <sup>3,4</sup>
工作组	该小组成员负责指南制定的准备和技术工作，如协助指南专家组形成 PICO 问题，制作系统评价，评价证据质量，准备证据总结和背景文件供指南专家组讨论，撰写指南，考虑利益相关者和公众的建议。该小组与指南专家组密切合作，以确保完成实现指南的目标和目的工作。

秘书处	该小组成员负责协助指南制定小组的准备工作并撰写指南。秘书处同时提供技术支持和管理支持（如安排面对面会议和远程会议，发放文件）。 <sup>2</sup>
利益相关者	对卫生保健组织和实施感兴趣，以及对指南内容或指南所产生的结果感兴趣的个人、小组或机构。可能包括卫生保健提供者、专业学会或院校、某种疾病或健康问题领域的专家、研究机构、政策制定者。 <sup>1,2</sup>
用户	卫生保健的用户包括：（a）单个患者，（b）照护者，包括患者的家属和朋友，（c）公众（可以是潜在患者，或通过纳税、保险或直接支付成为卫生保健资助者）（d）代表患者、照护者和公众利益的志愿或社区机构，（e）代表患者、照护者和其他用户小组的倡导者。他们都被称为“用户”（并非暗指卫生服务中严格意义上购买了服务的消费者），且不同于指南的其他用户，如卫生专业人员、委员及服务提供者。 <sup>5</sup>
照护者	为患者提供无偿照护和（或）支持（如患者的家属和朋友），并知道什么是对患者和照护者来说是重要问题的人。照护者也叫保健照料者。
倡导者	代表患者或患者团体，帮助他们表达意愿的个人。 <sup>6</sup>
资助机构	资助指南制定和支持指南发表和传播的机构。
专业学会	由特定领域或专业的卫生保健人员及主要从事卫生保健特定领域或主题的非营利机构（如美国胸科医师学会、欧洲心脏病学会）组成。专业学会常参与制定针对其成员的指南，也常对医疗问题和健康促进发表政策立场。专业学会也叫专家机构或医学协会或学会。
第三方机构	希望采用或改编自身没有直接参与制定的指南的机构或组织。可能常包括没有充足资源重新制定指南的政府部门或卫生部门，或者其关注的人群和卫生保健环境与现有指南中的相似的机构。
<b>指南与主题</b>	
指南	关注某疾病或健康问题，其包含了合理管理这类患者的推荐意见的文件。指南应该基于最佳可得证据，并向卫生保健提供者提供知识和技能帮助。指南可以针对临床、卫生政策、卫生系统或其他公共卫生环境。 <sup>2</sup>
目标用户	临床实践指南针对的特定群体或卫生保健提供者在卫生保健环境中应用指南来辅助工作。目标用户会影响指南内容的广度和深度。 <sup>7</sup> 主要用户由目标终端用户组成。例如，若

	指南针对初级保健，则目标用户包括初级保健医生和护士。次要目标用户可能包括指南适用的其他小组，如卫生保健管理者、医院管理者、政策制定者。 <sup>8</sup>
指南主题	指南主题要明确指南将涵盖的疾病、健康状况或整体领域（如慢性阻塞性肺疾病）。指南制定者必须考虑对指南主题优先性，即将那些可能更多改善卫生保健和健康结局的列为优先主题。 <sup>9</sup>
指南所包括的主题	指南所包括的主题围绕其将涵盖的内容展开。比如，指南是涵盖疾病诊断、治疗还是二者兼具，或者指南是否关注实践中最不确定或变化最大的主题。指南小组必须考虑并确定那些可在指南中解决且对目标用户重要的多个问题。指南所包括的主题也叫指南范围，它与指南要解决的 PICO 问题相关联。 <sup>9</sup>
<b>指南制定步骤和过程</b>	
设置优先领域	设置优先领域指的是利益相关者确定优先领域，并对其进行平衡和分级。它确保了将资源与精力投入到那些常见领域（例如，慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、心血管疾病、癌症、预防），卫生保健推荐意见将会在这些领域为人群、辖区或国家提供最大利益。设置优先领域的方法在应对现有可能的困难时，还需要有利于未来计划。 <sup>10</sup>
同行评审	提交学术工作、研究或提出意见供他人仔细评审的过程。由与指南制定者兴趣和专业相似的人来对指南和推荐意见进行同行评审，以确保指南是准确有效的。同行评审可以是内部的，由同一组织中没有直接参加指南制定的人员进行；也可以是外部的，由完全独立且没有参与指南制定的人员来进行。 <sup>2,6</sup>
传播	向目标终端用户传播信息（如指南）的主动过程，以确保最大程度地传播、采纳和实施推荐意见。目前有多种传播方法，如完整指南的印刷版、指南在线版、快速参考指南、指南的移动应用程序、将指南推荐意见整合到临床决策支持系统、指南的消费者版本、详细阐述推荐意见的教育材料、与目标终端用户的共同会议等等。除了主要指南文件，其他开发的指南产品通常被称为衍生产品。 <sup>11</sup>
实施	目标终端用户采纳指南推荐意见，并将其整合到实践当中。一个实施计划应该指出潜在的障碍、成功实施的标准和指标、指标的基线数据、所需资源、培训和教育需求，对现有机制或网络、监测实施过程的方法、报告和反馈机制，以及重要进度表的确定。 <sup>2,11</sup>
指南改编	调整并将当前指南应用到与其针对的环境存在文化或组织背景差异的新环境中的系统方

	法。改编指南及其推荐意见的过程必须确保改编的指南能够解决与应用背景相关的具体卫生问题，也要确保其适应新目标环境的需求、优先领域、法律、政策以及资源。 <sup>12</sup>
小组工作过程	小组工作过程包括小组成员如何以及何时讨论。比如，指南专家组成员在形成推荐意见的共识会议中的讨论。 <sup>3</sup>
共识方法	用于制定决策，并就具体问题达成一致的方法。共识方法可能是非正式或正式的，正式共识法包括德尔菲和名义群体法。 <sup>1</sup>
法定人数	能实现有效的会议、投票或共识的小组成员最小数量。 <sup>1</sup>
重要事件	何时完成指南制定过程的主要步骤。如完成系统评价、形成推荐意见、发表指南报告等。 <sup>3</sup>
<b>指南制定的注意事项</b>	
利益声明（或利益公开）	利益声明是指公开任何潜在的或实际的利益冲突，包括经济、专业、知识（产权），或与确定潜在利益冲突的工作或会议主题相关的其他利益。利益声明必须包括其他可能或被认为可能对专家决策产生不当影响的人的所有利益关系，如直系亲属、雇员、关系密切的专业同行，或任何与专家有重大个人关系、财务或专业利益的其他人。 <sup>2</sup>
利益冲突	个人利益关系与其专业职责的矛盾，这些矛盾会让独立的监督者合理地质疑：个人的专业行为或决策是否受到了利益驱动，如财务、学术进步、临床收入或社会地位。利益冲突的定义包括财务或知识（产权）关系，它们可能影响组织或个体不受影响地解决科学问题的能力。 <sup>13</sup>
商业资助	商业资助可能用于个人或组织，包括对指南制定的资助。特别值得注意的是，指南制定者可能或被认为要感激商业资助者或迫于其压力而制定利于资助者利益的推荐意见。商业资助可能以如下形式出现：药厂资助的研究，委员会成员在提供临床服务时获得可观收入、咨询、接受任何形式酬劳的董事会成员。 <sup>14</sup>
改变的障碍	改变的障碍应该在制定指南之前就被确定并考虑到，这些指南中的推荐可能会改变卫生保健实践。这些障碍存在于卫生保健系统的各个层面，包括结构障碍（如资源匮乏、财务抑制），组织障碍（如不合理的技能混合、机构或设备的短缺），同行小组障碍（如当地保健标准与预期实践不一致），以及冲突的优先顺序。确定障碍的方法有多种且形式不一。障碍也会因特定资源、环境及指南种类的不同而不同。 <sup>11</sup>

卫生的公平	卫生的公平（或称卫生公平性）衡量的是卫生政策能在多大程度上公平实施健康服务。不公平性主要体现在以下几个方面缺乏：卫生状况中的系统或潜在的可弥补差异，对卫生保健或健康促进环境的可及性，对社会、经济、人口统计学或地理不同的人群（组）健康的一个或多个方面的治疗。卫生不公平性由不同社会阶层、种族、地域人群的健康状况以及卫生服务可及性的差距引起。指南专家组必须考虑推荐意见是否能够影响卫生公平性及其影响程度如何。卫生公平性的问题也同样是卫生不公平性的问题。 <sup>1,10,15</sup>
价值观、偏好和效用	这些包括：患者和照护者的知识、态度、期望、道德与伦理价值观，以及信仰；患者的生活和健康目标；对干预和疾病的以往经验；症状经验（如气短、疼痛、呼吸困难、体重减轻）；对利弊结局的偏好及重视程度；病情或干预对生活质量、健康或满意度的影响，以及实施干预、干预本身和患者可能经历的其他环境间的相互作用；对备选方案的偏好；对沟通的内容与方式、信息以及决策与保健参与的偏好。这与经济学文献中提及的“效用”相关。干预本身可被认为是推荐意见的结果（如用药或进行手术治疗的负担）和与之相关的重要程度或价值。会受推荐意见影响的人的价值观和偏好应该被整合到指南制定过程中。 <sup>5</sup>
透明性	透明性包括清晰地记录与呈现指南制定整个方法与过程的细节，包括参与的患者、评价的证据与信息，以及所有决策制定（特别是形成推荐意见）的结果。透明性使得其他人在复制指南制定过程时能够参考（记录）并完成同样的指南产品。
指南可靠性	指的是指南结论与推荐意见的可信程度。可靠性取决于（指南制定）所用的方法与途径，包括时间安排和编辑独立性，如 AGREE II 工具、美国医学科学研究所指南报告和国际指南协作网所描述。指南可靠性也叫做指南的可信度或质量。 <sup>4,16,17</sup>
<b>其他信息的注意事项和证据评价</b>	
计划书	概括指南如何制定的计划或系列步骤，以及将要使用方法的文件。例如，在制定指南之前，该计划书会确定指南将要解决的问题，收集并分析信息的方法，以及用来形成推荐的模版与共识方法。
PICO 问题	人群或患者- 干预- 对照- 结局，是一种在制定指南将要解决的具体卫生保健问题中的一般格式(Population/Patient-Intervention-Comparison-Outcome)。应用 PICO 方法形成的问题可指导评价哪些证据，并获取以下信息：患者及其健康状况，已经实施或应

	该采用的目标干预措施，任何对现有干预与可能备选干预的比较，预期或将要实现的结局。 <sup>2</sup>
人群	一群有共同特征的人，如患同样的疾病、生活在同一区域或拥有共同特点。指南人群是指推荐意见计划应用的所有人（如成人糖尿病患者）。 <sup>18</sup>
共病	是指除了正在研究或治疗的主要疾病，患者所患的其他疾病（如慢性阻塞性肺疾病合并糖尿病）。共病可能会影响临床表现和疾病自然史。共病也被称为“伴随的健康状况”。 <sup>6,19</sup>
临床路径（或保健路径）	是指向有具体临床问题的人提供保健的系列实践、操作、检查、干预和治疗。 <sup>6</sup>
结局	是指检查、治疗、政策、项目或其他干预对个人、小组或人群的影响。旨在改善公众健康的干预的结局可以包括人的健康或健康状况变化。在临床术语中，结局可能包括疾病痊愈的患者数，再入院患者数，患者的健康、功能、症状或身体状况改善或恶化。 <sup>6</sup>
患者重要结局	是指对以下问题回答为“是”的结局：“若患者知道这是只有治疗才能改变的结局，那么就算该治疗会带来副作用、不便之处或成本花费，他们是否也会考虑接受此治疗？”此类结局包括病死率、发病率以及患者报告的结局。 <sup>20,21</sup>
健康相关的生活质量	由个人的身体、心理和社会健康共同组成；而不仅仅是指没有疾病。其也属于患者重要结局。 <sup>1</sup>
替代结局	本身不是重要的健康结局，但可能与患者重要健康结局相关（如骨密度可替代患者重要结局“骨折”）。替代结局也叫做代替或中间结局。 <sup>21</sup>
结局重要性	对问题干预的有利（如减少病死率和提高健康相关的生活质量）和不利（如副作用和成本）结局的相对重要性进行排序，可帮助指南专家组确定具体结局及其结果（或效应估计）会对推荐意见形成产生多大影响。结局的相对重要性可能会随不同的价值观和偏好，或因患者、临床医生或政策制定者的观点而变化。在 GRADE 方法中，结局按对决策的重要性分为关键、重要但非关键、不太重要。 <sup>21</sup>
效应量大小	是衡量干预组与对照组比较时，干预对结局的差异或相对效应。也叫作效应量。 <sup>6</sup>
系统评价	是对关注卫生保健主题或回答具体问题的已发表文献的综合评价。广泛的文献检索基于的是能够确定所有研究的检索策略。根据所关注的问题来评价研究及其质量，并总结结果。 <sup>2</sup>
证据检索	是指在系统评价中系统检索并获取用于评价的所有与具体问题相关的科学研究的过程。

	该过程还包括从其他来源获取可能未发表的证据。 <sup>2</sup>
筛选标准	在指南制定中检索证据时，用于确定从被认为可能的证据资源中纳入和排除哪些研究和研究类型的标准。筛选标准也叫做纳入排除标准。 <sup>6</sup>
专家意见	是对证据的解释。有时基于高质量证据，如来自随机对照试验或高质量的观察性研究；有时会基于未系统收集的信息，理想情况下会以书面形式总结。专家意见常与不能从系统评价中获取或未能系统总结的证据概念相混淆。专家意见也经常作为不系统收集证据的理由。
经济学评价	就所用资源和预期结局方面，用正式的定量方法评价一项或多项干预、项目或策略。经济学评价包含不同的研究类型，如成本效果分析、成本效益分析和经济学模型。 <sup>2</sup>
证据质量	描述用于特定人群的某项干预措施在对具体结局的效果估计上的信心或确定性水平。证据质量也被称为证据强度、估计的信心、证据的确定性、证据水平。 <sup>22</sup>
证据表或结果概要表	总结研究所关注的结局指标及相关证据质量的效应估计或结果的表格。该表提供决策者所需重要信息的简明总结，并在指南制定时提供有助于形成推荐意见的重要信息的总结。 <sup>6, 23</sup>
<b>推荐意见及其形成</b>	
分析模版	阐述指南专家组用于评价证据、分析相关信息、形成推荐意见的标准的模版。该分析基于证据质量、利弊差异大小、价值观和偏好的确定性或可变性、资源利用、公平性和其他因素（如 GRADE/DECIDE 从证据到推荐意见的方法），重点关注了利弊结果的平衡。 <sup>24</sup>
推荐意见	指南基于临床问题、证据检索，以及对分析模版中其他信息的考虑而推荐的行动方案。指南中的推荐意见可能与临床干预、公共卫生活动或政府政策相关。 <sup>2</sup>
有条件的推荐	指南专家组对实施该推荐方案是否会利大于弊存在较大的不确定性。可能需要描述具体情况。在 GRADE 方法中也被叫做弱推荐。 <sup>25</sup>
研究推荐	指南制定过程中形成的仅用于研究的推荐意见。当某项干预的利弊效果存在重大的不确定性，而进一步研究会降低这些不确定性，且这样做所带来的潜在获益和成本节约超过未做出研究推荐的潜在危害，指南专家组就应该考虑形成研究推荐。其他研究推荐的形成应尽可能精确和具体。明确定义人群、干预、对照和结局（PICO）可使研究推荐更为有用。 <sup>24, 26</sup>

推荐强度	推荐强度是指指南制定者在多大程度上能够确信遵守推荐意见利大于弊。 <sup>24,25</sup>
绩效测量	绩效测量是指用于评价保健质量的标准（如医生遵循具体的管理方案）。与强推荐相关的管理方案是质量标准的较好选择。 <sup>24</sup>
<b>清单中的缩略语</b>	
AGREE II	指南研究与评价工具（Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II），是由国际合作制定的用于评价实践指南制定过程及报告质量的有效工具。 <sup>16</sup>
GRADE	推荐分级的评估、制定与评价，由一个国际协作工作组制定。GRADE 系统提供了证据质量和推荐强度分级的透明方法，已被多个国际组织采用。用于处理系统评价及推荐意见制定和传播相关的方法学和实际问题。 <sup>27</sup>
USPSTF	美国预防服务工作组：一个制定有关临床预防服务（如筛查、咨询服务和预防用药）推荐意见的政府组织。该组织制定了一套自己的证据质量和推荐分级方法。 <sup>28</sup>



**REFERENCES**

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix L – Abbreviations and Glossary. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-appendix-l-abbreviations-and-glossary-pmg6d/l2-glossary>. Accessed July 21, 2013.
2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf). Accessed April 22, 2013.
3. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, et al. Guideline Group Composition and Group Processes: Article 3 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):229-233.
4. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. 2011; [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13058](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058). Accessed April 22, 2013.
5. Kelson M, Akl EA, Bastian H, et al. Integrating Values and Consumer Involvement in Guidelines with the Patient at the Center: Article 8 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):262-268.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Glossary. 2013; <http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp>. Accessed July 21, 2013.
7. National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. 2011; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp133-and-cp133a>. Accessed April 22, 2013.
8. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying Target Audiences: Who Are the Guidelines For?: Article 1 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):219-224.
9. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority Setting in Guideline Development: Article 2 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):225-228.

10. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. 2013; [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html). Accessed July 26, 2013.
11. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, et al. Disseminating and Implementing Guidelines: Article 13 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):298-303.
12. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009; <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Accessed July 5, 2013.
13. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, et al. An official American Thoracic Society Policy statement: managing conflict of interest in professional societies. *Am J Respir Crit Care Med*. Sep 15 2009;180(6):564-580.
14. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, et al. Guideline Funding and Conflicts of Interest: Article 4 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):234-242.
15. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):24.
16. AGREE Research Trust. The AGREE Enterprise Website. 2013; <http://www.agreetrust.org>. Accessed July 21, 2013.
17. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):525-531.
18. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, et al. Deciding What Type of Evidence and Outcomes to Include in Guidelines: Article 5 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):243-250.
19. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development: Article 10 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):274-281.

20. Guyatt G DP, Montori V, Schünemann HJ, Bhandari M. Putting the patient first: In our practice, and in our use of language. *ACP journal club*. Jan-Feb 2004;140(A11).
21. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):395-400.
22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):401-406.
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):383-394.
24. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, et al. Moving from Evidence to Developing Recommendations in Guidelines: Article 11 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):282-292.
25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-725.
26. Brown P BK, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, et al. How to formulate research recommendations. *BMJ*. Oct 14 2006;333(7572):804-806.
27. The GRADE working group. GRADE Working Group. 2013; <http://www.gradeworkinggroup.org>. Accessed July 21, 2013.
28. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and Processes. 2013; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>. Accessed July 21, 2013.