

อภิธานศัพท์

(Glossary of Terms)

อภิธานศัพท์ประกอบด้วยคำจำกัดความของคำศัพท์และอักษรย่อที่ปรากฏในรายการตรวจสอบการพัฒนานาแนวปฏิบัติ เพื่อช่วยในการตีความหมายของ รายการนั้น ๆ คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องในรายการจะได้รับการจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ที่อธิบายในแง่มุมที่หลากหลายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

คำศัพท์ (Term)	คำนิยาม/ความหมาย (Definition)
<p>กลุ่มบุคคล บุคคล และองค์กร ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Groups, individuals, and organizations involved in the guideline development process)</p>	
<p>กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline development group)</p>	<p>กลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพและด้านอื่น ๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ป่วยและผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ด้านการวิจัยและเจ้าหน้าที่ทางเทคนิค ที่พัฒนาแนวปฏิบัติ กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติอาจประกอบด้วยกลุ่มย่อยหรือคณะกรรมการเฉพาะกิจต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการกำกับดูแล คณะกรรมการแนวปฏิบัติ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและที่ปรึกษาของผู้ให้บริการ และกลุ่มคณะทำงานบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจเป็นสมาชิกของกลุ่มย่อยหรือเป็นคณะกรรมการได้มากกว่าหนึ่งกลุ่ม (เช่น นักวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิกเป็นสมาชิกของทั้งคณะทำงานและคณะกรรมการแนวปฏิบัติ)^{1,2}</p>
<p>คณะกรรมการกำกับดูแล (Oversight committee)</p>	<p>หน่วยงานที่กำกับดูแลกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งมีหน้าที่ในการจัดลำดับความสำคัญ และการคัดเลือกหัวข้อที่เสนอไว้ที่มีความเป็นไปได้สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ การสรรหาและแต่งตั้งสมาชิกสำหรับคณะกรรมการแนวปฏิบัติ และการอนุมัติแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ อาจจะเรียกว่าเป็นคณะกรรมการอำนวยการ หรือคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านแนวปฏิบัติ²</p>
<p>คณะกรรมการแนวปฏิบัติ (Guideline committee)</p>	<p>ตัดสินใจในหัวข้อที่จะบรรจุไว้ในแนวปฏิบัติ กำหนดคำถาม</p>

panel)	พัฒนาและให้ความเห็นชอบต่อข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติโดยใช้ข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการจัดเตรียมไว้ให้โดยคณะทำงาน และให้การรับรองเอกสารแนวปฏิบัติฉบับล่าสุดเพื่อส่งเข้ารับการอนุมัติจากคณะกรรมการกำกับดูแล สมาชิกของคณะกรรมการแนวปฏิบัติมักจะถูกเรียกว่าเป็น “คณะกรรมการตัดสิน” ²
ประธาน (ของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ) (Chair (of the guideline panel))	ประธานของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ บุคคลนี้เป็นกลางและมีความเชี่ยวชาญในการประสานงานภายในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติและมีประสบการณ์ในด้านกลยุทธ์และการอำนวยความสะดวกในกระบวนการกลุ่มให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้มั่นใจว่าสมาชิกทุกคนของกลุ่มมีโอกาสเท่าเทียมกันในการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระโดยปราศจากความรู้สึกของกา รถูกคุกคาม บุคคลนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านคลินิกใด ๆ โดยเฉพาะ ^{3,4}
ประธานร่วม (ของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ) (Co-chair (of the guideline panel))	ควรได้รับการแต่งตั้งเมื่อกลุ่มคณะกรรมการแนวปฏิบัติมีขนาดใหญ่มาก หรือมีภาระงานที่ซับซ้อนเป็นพิเศษ ประธานร่วมควรมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม แต่ควรเป็นตัวแทนของวิชาชีพที่แตกต่างจากประธาน (ทางด้านคลินิกหรือด้านระเบียบวิธี) ^{3,4}
คณะทำงาน (Working group)	กลุ่มบุคคลที่ได้รับมอบหมายในการเตรียมการและในด้านเทคนิคของการพัฒนาแนวปฏิบัติ เช่น การช่วยเหลือคณะกรรมการแนวปฏิบัติในการกำหนดคำถามตามหลักของ PICO ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การจัดอันดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดเตรียมข้อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์และเอกสารอ้างอิงสำหรับการอภิปรายของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ การเขียนแนวปฏิบัติ และการทบทวนความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการรับข้อเสนอแนะจากสาธารณะ มีการทำงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการแนวปฏิบัติเพื่อยืนยันให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ
เลขานุการ (Secretariat)	กลุ่มบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้สนับสนุนกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติในการเตรียมการสำหรับการพัฒนาและการเขียนแนวปฏิบัติ เลขานุการให้การสนับสนุนทั้งทางเทคนิคและการสนับสนุนด้านการบริหาร (เช่น การจัดตารางการประชุม และการประชุมทางไกล การจัดส่งเอกสารต่าง ๆ) ²

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)	บุคคล กลุ่มคณะ หรือองค์กร ที่มีความสนใจในองค์กรและการให้บริการการดูแลสุขภาพ และอาจมีความสนใจในเนื้อหาหรือผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ซึ่งอาจรวมถึงผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ สมาคมและสถาบันการศึกษาด้านวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญโรคหรือความเจ็บป่วย สถาบันการวิจัย และผู้กำหนดนโยบาย. ^{1,2}
ผู้ใช้บริการ (Consumer)	ผู้ใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ (ก) ผู้ป่วยแต่ละราย (ข) ผู้ดูแล รวมถึงครอบครัวและเพื่อนของผู้ป่วย (ค) สมาชิกของสาธารณะ (ทั้งผู้ที่จะเป็นผู้ป่วย และผู้ให้ทุนด้านการดูแลสุขภาพผ่านการเสียภาษี การชำระเบี้ยประกัน หรือการชำระโดยตรง) (ง) องค์กรอาสาสมัครและชุมชนที่เป็นตัวแทนผลประโยชน์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสาธารณะ (จ) ผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่เป็นตัวแทนผลประโยชน์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และกลุ่มผู้ใช้บริการอื่น ๆ ผู้ใช้บริการ ถูกเรียกในภาพรวมว่าเป็น "ผู้บริโภค" (ปราศจากการบ่งบอกถึงเงื่อนไขของการเป็นผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพ) และแตกต่างจากผู้ให้บริการ ของแนวปฏิบัติ อื่น ๆ เช่น กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ คณะกรรมการ และผู้ให้บริการ ⁵
ผู้ดูแล (Carer)	ให้การดูแล และ/หรือ การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน) และมีความรู้ในประเด็นที่สำคัญต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจจะถูกเรียกว่าเป็นผู้ให้การดูแลได้ด้วย
ตัวแทน (Advocate)	ผู้ที่พูดในนามของผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วยที่จะช่วยให้ความปรารถนา/ความต้องการของผู้ป่วยเป็นที่รับรู้ ⁶
องค์กรที่ให้การสนับสนุน (Sponsoring organization)	องค์กรที่ให้เงินทุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และจะให้การรับรองแนวปฏิบัติสำหรับการตีพิมพ์และการเผยแพร่

<p>สมาคมวิชาชีพ (Professional societies)</p>	<p>องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่มีสมาชิกประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ทำงานในสาขาเฉพาะหรือความชำนาญพิเศษ และองค์กรที่งานมุ่งเน้นไปที่สาขาเฉพาะหรือประเด็นในการดูแลสุขภาพ (เช่น วิทยาลัยแพทย์ทรวงอกแห่งอเมริกา สมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป)</p> <p>สมาคมวิชาชีพมักจะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับสมาชิกของสมาคม และมักจะแสดงจุดยืนเชิงนโยบายต่อประเด็นทางการแพทย์และการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>อาจถูกเรียกว่าเป็นองค์กรวิชาชีพหรือสมาคมการแพทย์หรือสมาคม</p>
<p>องค์กรที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ (Third party organizations)</p>	<p>องค์กรหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ หรือนำไปปรับก่อนใช้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งอาจรวมถึงหน่วยงานของรัฐหรือกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นมาใหม่ หรือเป็นกลุ่มที่ประชากรและบริบทของการบริการทางสุขภาพมีความคล้ายคลึงกับที่ได้กล่าวถึงในแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น</p>
<p>แนวปฏิบัติและหัวข้อ (Guidelines and topics)</p>	
<p>แนวปฏิบัติ (Guideline)</p>	<p>เอกสารที่มุ่งเน้นที่โรคหรือความเจ็บป่วย และรวมถึงข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นๆ</p> <p>แนวปฏิบัติควรอยู่บนฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด และควรช่วยเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ</p> <p>แนวปฏิบัตินอกเหนือจากอย่างอื่น สามารถปรับให้เหมาะกับคลินิก นโยบายสุขภาพ รวมถึงระบบสุขภาพหรือสถานบริการสาธารณสุข²</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย (Target audience)</p>	<p>กลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มของผู้ที่ให้การดูแลด้านสุขภาพที่แนวปฏิบัติทางคลินิกต้องการให้ข้อมูล/ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ</p> <p>กลุ่มเป้าหมายจะมีอิทธิพลต่อความกว้างและความลึกของเนื้อหาในแนวปฏิบัติ⁷ กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่</p> <p>ผู้ใช้งานที่เป็นจุดมุ่งหมายของแนวปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น หากแนวปฏิบัติใช้สำหรับการดูแลปฐมภูมิ ดังนั้น</p> <p>กลุ่มเป้าหมายจะประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลปฐมภูมิ กลุ่มเป้าหมายรองอาจรวมถึงกลุ่มอื่นๆ</p> <p>ที่เนื้อหาของแนวปฏิบัติจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ เช่น ผู้จัดการการดูแลสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้กำหนดนโยบาย⁸</p>

หัวข้อแนวปฏิบัติ (Guideline topic)	หัวข้อแนวปฏิบัติที่ระบุโรค ความเจ็บป่วย หรือขอบเขตโดยรวมที่แนวปฏิบัติครอบคลุมถึง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติต้องพิจารณาลำดับความสำคัญของหัวข้อแนวปฏิบัติที่มีศักยภาพสูงสุดในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ⁹
หัวข้อภายในแนวปฏิบัติ (Topics within guidelines)	หัวข้อจะสื่อถึงเนื้อหาที่แนวปฏิบัติจะครอบคลุมถึง ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยความเจ็บป่วย การรักษาความเจ็บป่วย หรืออาจทั้งสองอย่าง หรืออาจจะมุ่งเน้นที่หัวข้อของความไม่แน่นอนหรือความหลากหลายในการปฏิบัติ คณะกรรมการแนวปฏิบัติจะต้องพิจารณาและตัดสินใจในประเด็นต่าง ๆ ที่อาจจะระบุไว้ในแนวปฏิบัติ ซึ่งจะมีความสำคัญต่อกลุ่มเป้าหมาย อาจถูกเรียกว่าเป็นขอบเขตของแนวปฏิบัติ และจะสอดคล้องกับคำถามตามหลักของ PICO ที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ. ⁹
กระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Steps and processes in guideline development)	
การกำหนดลำดับความสำคัญ (Priority setting)	การจัดลำดับความสำคัญ คือการระบุ การหาความสมดุล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยผู้มีส่วนได้เสีย การจัดลำดับจะขึ้นถึงการใช้ทรัพยากรและความสนใจที่ได้ทุ่มเทให้กับประเด็นนั้นอย่างเต็มที่ (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง การป้องกัน) ซึ่งข้อเสนอแนะด้านการดูแลสุขภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากร การออกกฎหมายข้อบังคับ หรือต่อประเทศ วิธีการจัดลำดับความสำคัญมีความจำเป็นต่อการนำไปสู่แผนการในอนาคต เพื่อรับมือกับสถานการณ์ยุ่งยากที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มศักยภาพ ¹⁰
การทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review)	เป็นกระบวนการพิจารณาผลงานทางวิชาการ งานวิจัย หรือแนวคิดของบุคคลอื่น การพิจารณาแนวปฏิบัติและข้อเสนอแนะจากผู้ที่มีความสนใจและความเชี่ยวชาญที่คล้ายคลึงกับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ มีจุดประสงค์เพื่อให้แน่ใจว่าแนวปฏิบัตินั้นถูกต้องและเชื่อถือได้ การพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอาจดำเนินการภายในซึ่งดำเนินการโดยผู้ร่วมงานในองค์กรเดียวกันแต่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือจากองค์กรภายนอกซึ่งดำเนินการโดยบุคคลที่เป็นอิสระอย่างเต็มที่และไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติเลย ^{2,6}
การเผยแพร่ (Dissemination)	กระบวนการเชิงรุกของการเผยแพร่ข้อมูล เช่น แนวปฏิบัติ ไปยังผู้ใช้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้แน่ใจถึงผลสูงสุดของการได้รับข้อมูล ความเข้าใจ

	<p>และการนำไปใช้ การเผยแพร่ที่อาจนำมาใช้ได้มีหลากหลาย วิธีการ เช่น การตีพิมพ์แนวปฏิบัติฉบับเต็ม แนวปฏิบัติฉบับออนไลน์ แนวปฏิบัติเพื่ออ้างอิงฉบับย่อ แอปพลิเคชันของแนวปฏิบัติทางโทรศัพท์มือถือ</p> <p>การผสมผสานข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติเข้าไปในระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก แนวปฏิบัติฉบับสำหรับผู้บริโภค</p> <p>สื่อการเรียนรู้ที่ให้รายละเอียดของข้อเสนอแนะ การประชุมทางวิชาการร่วมกับผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯลฯ</p> <p>ผลิตภัณฑ์ที่นอกเหนือจากเอกสารแนวปฏิบัติหลักที่พัฒนาขึ้นมักจะถูกเรียกว่าเป็น ผลิตภัณฑ์อนุพันธ์ ของแนวปฏิบัติ¹¹</p>
<p>การนำไปปฏิบัติ (Implementation)</p>	<p>ความเข้าใจและการบูรณาการข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติโดยผู้ใช้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสุดท้าย แผนการนำไปใช้ควรประกอบด้วย การระบุถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เกณฑ์และตัวชี้วัดความสำเร็จ ข้อมูลพื้นฐานสำหรับตัวชี้วัด ทรัพยากรที่จำเป็น</p> <p>การฝึกอบรมและการศึกษาที่จำเป็น การระบุถึงกลไกหรือเครือข่ายที่มีอยู่แล้ว วิธีการในการติดตามประเมินกระบวนการนำไปปฏิบัติ</p> <p>การรายงานผลและกลไกการให้ข้อมูลย้อนกลับ และแผนการปฏิบัติตามกิจกรรม และช่วงเวลาในการปฏิบัติงานนั้น ๆ^{2,11}</p>
<p>การปรับปรุงแนวปฏิบัติ (Guideline Adaptation)</p>	<p>วิธีการอย่างเป็นระบบในการใช้และปรับแนวปฏิบัติที่มีอยู่ที่ได้รับการพัฒนาในหน่วยงานหนึ่ง</p> <p>เพื่อนำมาใช้ในหน่วยงานใหม่ที่มีความแตกต่างของบริบททางวัฒนธรรมและบริบทในองค์กร</p> <p>กระบวนการปรับปรุงแนวปฏิบัติและข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติจำเป็นต้องแน่ใจว่าแนวปฏิบัติที่ได้รับการปรับปรุงนั้นตอบคำถามด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของการนำไปใช้ และเหมาะสมกับความต้องการ ลำดับความสำคัญ กฎระเบียบ นโยบาย</p> <p>และทรัพยากรในหน่วยงานเป้าหมายใหม่¹²</p>
<p>กระบวนการกลุ่ม (Group processes)</p>	<p>กระบวนการกลุ่มเป็นตัวกำหนด วิธีการและ เวลาเมื่อสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน ตัวอย่างเช่น</p> <p>ปฏิสัมพันธ์ของคณะกรรมการแนวปฏิบัติในระหว่างการประชุมฉันทามติเพื่อกำหนดข้อเสนอแนะ³</p>
<p>วิธีการหาฉันทามติ (Consensus methods)</p>	<p>เทคนิคที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อบรรลุข้อตกลงในประเด็นเฉพาะ ฉันทามติอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ</p> <p>ตัวอย่างของวิธีการฉันทามติอย่างเป็นทางการ ได้แก่ เทคนิคเดลไฟ (Delphi technique) และเทคนิคการเสนอจากกลุ่มโดยใช้กระบวนการกลุ่ม</p>

	(nominal group technique) ¹
องค์ประชุม (Quorum)	จำนวนสมาชิกกลุ่มที่น้อยที่สุดที่ต้องมาเข้าประชุมเพื่อทำให้การประชุม การลงคะแนนเสียง หรือกระบวนการฉันทามติมีความน่าเชื่อถือ ¹
หลักไมล์ (Milestones)	ช่วงเวลาที่ขั้นตอนที่สำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติต้องสำเร็จ ตัวอย่างได้แก่ ช่วงของการทบทวนอย่างเป็นระบบ ช่วงเวลาที่ใช้ในการพัฒนาข้อเสนอแนะ และช่วงของการตีพิมพ์รายงานแนวปฏิบัติ เป็นต้น ³
ข้อควรพิจารณาในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (<i>Considerations in the development of a guideline</i>)	
การประกาศผลประโยชน์ (หรือการเปิดเผยผลประโยชน์) (Declaration of interest (or disclosure of interest))	การประกาศผลประโยชน์เป็นการเปิดเผยถึงผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหรือที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งรวมถึงผลประโยชน์ทางการเงิน ผลประโยชน์ทางวิชาชีพ ผลประโยชน์ทางปัญญา หรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานหรือการประชุมที่อาจมีความเป็นไปได้ในการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน การประกาศผลประโยชน์ต้องรวมถึงผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องใด ๆ ของผู้อื่นที่อาจหรืออาจถูกมองว่ามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เหมาะสม เช่น สมาชิกในครอบครัว นายจ้าง สมาคมวิชาชีพที่ใกล้ชิด หรือบุคคลอื่นใดที่ผู้เชี่ยวชาญมี ผลประโยชน์ส่วนบุคคล การเงิน หรือวิชาชีพ ร่วมด้วยอย่างเป็นที่น่าสังเกต ²
ความขัดแย้งของผลประโยชน์ (Conflict of interest)	ความแตกต่างระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวของแต่ละบุคคลและภาระหน้าที่ด้านวิชาชีพของบุคคลนั้น ที่ทำให้ผู้สังเกตการณ์อิสระอาจตั้งคำถามว่าการกระทำหรือการตัดสินใจทางวิชาชีพของบุคคลนั้นได้รับแรงจูงใจจากผลประโยชน์ส่วนตัว เช่น การเงิน ความก้าวหน้าทางวิชาการ รายได้ทางคลินิก หรือสถานภาพในชุมชน คำจำกัดความนี้รวมถึงความสัมพันธ์ทางการเงินหรือทางปัญญาที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถขององค์กรหรือบุคคลในการเข้าถึงคำถามทางวิทยาศาสตร์ด้วยใจที่เปิดกว้าง ¹³
การสนับสนุนเชิงพาณิชย์ (Commercial sponsorship)	อาจรวมถึงบุคคลหรือองค์กร ที่ให้เงินทุนสนับสนุนสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ ข้อกังวลเฉพาะเจาะจงคือความเป็นไปได้ที่ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติจะรู้สึกหรือถูกรับรู้ว่า เป็นหนี้บุญคุณหรือถูกกดดันจากผู้สนับสนุนเชิงพาณิชย์เพื่อทำข้อเสนอแนะที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้สนับสนุน

	<p>การสนับสนุนเชิงพาณิชย์อาจอยู่ในรูปแบบของการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคอุตสาหกรรม</p> <p>การให้บริการทางคลินิกซึ่งสมาชิกคณะกรรมการได้รับมาจากสัดส่วนรายได้ การให้การปรึกษา</p> <p>การเป็นสมาชิกในคณะกรรมการอำนาจการที่ได้รับค่าตอบแทนทุกประเภท¹⁴</p>
<p>อุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง (Barriers to change)</p>	<p>ควรได้มีการระบุและพิจารณาก่อนที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติ</p> <p>เนื่องจากข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัตินั้นเป็นการแนะนำการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ</p> <p>อุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นในหลายระดับของระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้รวมทั้งอุปสรรคเชิงโครงสร้าง (เช่น การขาดทรัพยากร ขาดแรงจูงใจด้านการเงิน) อุปสรรคด้านองค์กร (เช่น การผสมผสานทักษะความชำนาญงานที่ไม่เหมาะสม</p> <p>การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกหรืออุปกรณ์) อุปสรรคด้านเพื่อนร่วมงาน (เช่น มาตรฐานในหน่วยงานไม่เป็นไปตามสิ่งที่ต้องการปฏิบัติ)</p> <p>อุปสรรคด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรวิชาชีพและผู้ป่วย (เช่น ประเด็นด้านการสื่อสารและกระบวนการให้ข้อมูล)</p> <p>และการแข่งขันด้านลำดับความสำคัญ มีวิธีการที่หลากหลายในการระบุอุปสรรคซึ่งแตกต่างกันในแต่ละรูปแบบ</p> <p>อุปสรรคอาจแตกต่างกันในด้านการจัดสรรทรัพยากร หน่วยงานที่ต่างกัน และในแนวปฏิบัติที่ต่างกัน¹¹</p>
<p>ความเสมอภาค (ด้านสุขภาพ) (Equity (in health))</p>	<p>ความเสมอภาคด้านสุขภาพ (health equity)</p> <p>เป็นการประเมินระดับความสามารถด้านนโยบายทางสุขภาพว่าสามารถกระจายภาวะสุขภาพได้อย่างเป็นธรรมเพียงใด</p> <p>นั่นคือไม่มี ความแตกต่างของภาวะสุขภาพที่เกิดจากการไม่ได้รับการรักษาที่ควรจะได้รับ</p> <p>การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เสริมสร้างสุขภาพ และการรักษาในหนึ่งหรือหลายโรคทางสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร</p> <p>หรือกลุ่มประชากรตามการให้ความหมายทางสังคม เศรษฐกิจ ข้อมูลประชากร หรือ ตามภูมิศาสตร์</p> <p>ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพเป็นผลมาจากช่องว่าง หรือความต่างในภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพระหว่างชนชั้นทางสังคม</p> <p>กลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างกัน และระหว่างประชากรในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน</p> <p>คณะกรรมการแนวปฏิบัติต้องพิจารณาว่าข้อเสนอแนะจะมีผลกระทบต่อความเสมอภาคด้านสุขภาพหรือไม่</p>

	<p>อาจเรียกว่าเป็นความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพได้^{1,10,15}</p>
<p>คุณค่า ความชอบ/ความพึงพอใจ และความเป็นประโยชน์ (Values, preferences and utilities)</p>	<p>สิ่งเหล่านี้ ได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทศนคติ ความคาดหวัง คุณค่าและความเชื่อทางคุณธรรมและจริยธรรม เป้าหมายของผู้ป่วยที่มีต่อชีวิตและสุขภาพ ประสบการณ์ในอดีตต่อการจัดกระทำ/การช่วยเหลือและความเจ็บป่วย ประสบการณ์ทางด้านอาการ (เช่น การหายใจติดขัด อาการปวด อาการหายใจลำบาก น้ำหนักลด) ความชอบ/ความพึงพอใจ และการให้ความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ การรับรู้ผลกระทบของความเจ็บป่วยหรือการกระทำต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพดีหรือความพึงพอใจ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการดำเนินการปฏิบัติของการจัดกระทำนั้น ๆ</p> <p>ตัวการจัดกระทำและบริบทอื่นที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ ความชอบ/ความพึงพอใจต่อรูปแบบอื่นของการกระทำ และความชอบ/ความพึงพอใจต่อเนื้อหาและรูปแบบในการสื่อสาร ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแล สิ่งนี้รวมถึง สิ่งทีววรรณกรรมทางเศรษฐศาสตร์ถือว่าเป็นสาธารณูปโภค ด้วยตัวของการจัดกระทำเองอาจถือได้ว่าเป็นผลที่มาจากข้อเสนอแนะ (เช่น ภาวะในการรับประทานยาหรือการได้รับการผ่าตัด) และระดับของการให้ความสำคัญหรือการให้คุณค่ากับประเด็นดังกล่าว</p> <p>คุณค่าและความชอบ/ความพึงพอใจของผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากข้อเสนอแนะจึงควรนำเข้ามาบูรณาการในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ⁵</p>
<p>ความโปร่งใส (Transparency)</p>	<p>ความโปร่งใสประกอบด้วยความชัดเจนด้านการบันทึกและการนำเสนอรายละเอียดทั้งหมดของวิธีการและกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลที่ทำกรการทบทวน และการพิจารณาตัดสินใจในระหว่างขั้นตอนการตัดสินใจ โดยเฉพาะในช่วงการกำหนดข้อเสนอแนะ</p> <p>ความโปร่งใสจะช่วยให้บุคคลอื่นสามารถทำตามและได้มาซึ่งแนวปฏิบัติที่เหมือนกันในกรณีที่มีการดำเนินการของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติซ้ำ</p>
<p>ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ (Credibility of guidelines)</p>	<p>ระดับความน่าเชื่อถือของข้อสรุปและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถประเมินได้จากวิธีการและแนวทางที่ใช้ รวมทั้ง ช่วงเวลา และความเชื่อมั่นต่อทีมบรรณาธิการที่อธิบายไว้ในเครื่องมือ AGREE II การรายงานแนวปฏิบัติของสถาบันทางการแพทย์ และ</p>

	เครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติ ทั้งนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) หรือ คุณภาพของแนวปฏิบัติ. ^{4,16,17}
การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และการพิจารณาข้อมูลเพิ่มเติม (Evidence review and consideration of additional information)	
โครงร่าง (Protocol)	เอกสารที่วางโครงร่างของแผน หรือขั้นตอนว่าจะพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างไร และระเบียบวิธีที่จะนำมาใช้เป็นอย่างใด ยกตัวอย่างเช่น ก่อนการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ โครงร่างจะกำหนดว่าคำถามใดที่ต้องการหาคำตอบ ข้อมูลจะได้รับการรวบรวมและวิเคราะห์อย่างไร และกรอบแนวคิดและวิธีการค้นหาที่ที่ใช้ในการกำหนดข้อเสนอแนะเป็นอย่างใด
คำถามตามหลัก PICO (PICO question)	ประชากร/ผู้ป่วย (Population) -การกระทำ (Intervention) -การเปรียบเทียบ (Comparison) -ผลลัพธ์(Outcome) PICO เป็นตัวย่อที่ใช้ในการพัฒนาคำถามการดูแลทางสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่จะต้องตอบในแนวปฏิบัติ คำถามที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบของ PICO จะเป็นแนวทางในการกำหนดว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ชนิดใดที่ควรได้รับการทบทวน และหลักฐานใดที่ควรถูกดึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อมูลทางสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของเขา การกระทำที่สนใจที่ได้ดำเนินการไปแล้ว หรือที่ควรจะดำเนินการ การเปรียบเทียบระหว่างการกระทำและทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้ และผลลัพธ์ที่ปรารถนาหรือที่ต้องการให้สำเร็จ ²
ประชากร (Population)	กลุ่มของบุคคลที่มีบางอย่างเหมือนกัน เช่น โรคประจำตัวเหมือนกัน หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน หรือมีคุณลักษณะเหมือนกัน ประชากรที่ถูกระบุในแนวปฏิบัติ คือ ประชาชนทุกคนที่สามารถนำข้อเสนอแนะไปใช้ได้ (เช่น ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน) ¹⁸
โรคร่วม (Comorbidity)	โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนอกเหนือจากโรคหลักที่สนใจที่จะนำมาศึกษาหรือได้รับการรักษา (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน) โรคร่วมอาจมีอิทธิพลต่อลักษณะอาการทางคลินิก และธรรมชาติของโรค อาจถูกเรียกว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ดำเนินร่วมกัน ^{6,19}
แผนการทางคลินิก (หรือ แผนการดูแล) (Clinical pathway (or care pathway))	ลำดับของการปฏิบัติ ขั้นตอน การทดสอบ การกระทำและการรักษาที่ควรนำมาใช้ในการให้การดูแลเฉพาะแก่ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางคลินิกในเรื่องนั้น ๆ ⁶

<p>ผลลัพธ์ (Outcomes)</p>	<p>ผลกระทบที่การทดสอบ การรักษา นโยบาย โปรแกรมหรือการจัดกระทำอื่น ๆ มีต่อบุคคล กลุ่ม หรือ ประชากร ผลลัพธ์จากการจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชาชนอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและสภาวะที่ดีหรือภาวะสุขภาพของประชาชน ในทางคลินิก ผลลัพธ์อาจรวมถึงจำนวนของผู้ป่วยที่หายจากความเจ็บป่วยหรือจำนวนของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดีขึ้นหรือแย่งลงของภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ อากาหรือสถานการณ์⁶</p>
<p>ผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วย (Patient-important outcomes)</p>	<p>ผลลัพธ์ที่ถูกกำหนดจากการตอบว่า “ใช่” ในคำถามต่อไปนี้: “ถ้าบุคคลทราบว่าคุณผลลัพธ์นี้เป็นสิ่งที่เกิดจากการรักษาเท่านั้น ผู้ป่วยจะพิจารณาเข้ารับการรักษาหรือไม่ แม้ว่าการรักษานี้จะเกี่ยวข้องกับผลข้างเคียง ความไม่สะดวก หรือมีค่าใช้จ่าย” ผลลัพธ์ดังกล่าวรวมถึงอัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย/ความพิการ และผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วยเอง^{20,21}</p>
<p>คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life)</p>	<p>สภาวะโดยรวมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ไม่ใช่เพียงแต่การหายจากโรคเท่านั้น ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งของผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วย¹</p>
<p>ผลลัพธ์ที่เป็นตัวแทน (Surrogate outcomes)</p>	<p>ผลลัพธ์ที่โดยตัวของมันเองแล้วไม่ใช่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ แต่อาจมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญต่อผู้ป่วย (เช่น ความหนาแน่นของมวลกระดูก ถือเป็นผลลัพธ์ที่เป็นตัวแทนของการหักของกระดูกซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วย) อาจจะถูกเรียกว่าเป็นผลลัพธ์ทดแทนหรือผลลัพธ์ทางอ้อมได้²¹</p>
<p>ความสำคัญของผลลัพธ์ (Importance of outcomes)</p>	<p>การจัดลำดับความสำคัญของผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (เช่น การลดอัตราการตาย การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ) และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น ผลข้างเคียง ค่าใช้จ่าย) ของการจัดกระทำ ซึ่งประเด็นคำถามจะช่วยให้คณะกรรมการแนวปฏิบัติได้ประเมินอิทธิพลของผลลัพธ์ และผลการศึกษา/ค่าประมาณการของอิทธิพลของผลลัพธ์นั้นในการกำหนดข้อเสนอแนะ ความสำคัญของผลลัพธ์จะแตกต่างกันออกไปหากพิจารณาตามการให้คุณค่าและความชอบที่แตกต่างกันจากมุมมองของผู้ป่วย แพทย์หรือผู้กำหนดนโยบาย ในกรอบแนวคิดของ GRADE ผลลัพธ์จะถูกจัดลำดับดังนี้ วิกฤตต่อการตัดสินใจ สำคัญแต่ไม่วิกฤตต่อการตัดสินใจ</p>

	หรือสำคัญน้อยสำหรับการตัดสินใจ ²¹
ขนาดของผล (Magnitude of effect)	การวัดความแตกต่างหรือผลสัมพัทธ์ของการจัดกระทำต่อผลลัพธ์ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อาจเรียกว่าเป็นค่าขนาดอิทธิพล ⁶
การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)	การทบทวนอย่างครอบคลุมในวรรณกรรมที่ได้รับการตีพิมพ์ที่มุ่งเน้นไปที่หัวข้อการดูแลสุขภาพและตอบคำถามเฉพาะในเรื่องนั้น ๆ การสืบค้นวรรณกรรมอย่างครอบคลุมจะดำเนินการตามกลยุทธ์การสืบค้นเพื่อค้นหาการศึกษาที่ระบุทั้งหมดโดยศึกษานั้นจะได้รับการทบทวน ได้รับการประเมินคุณภาพ และผลการศึกษาจะได้รับการสรุปให้สอดคล้องกับคำถามการทบทวน ²
การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence retrieval)	ในบริบทของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อหางานวิจัยทั้งหมดที่มีความสอดคล้องกับคำถามเฉพาะในเรื่องนั้น ๆ และการรวบรวมงานวิจัยนั้นเพื่อนำมาทบทวน กระบวนการนี้จะรวมถึงการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจไม่ได้ตีพิมพ์ด้วย ²
เกณฑ์การคัดเลือก (Selection criteria)	เกณฑ์ที่ใช้เพื่อตัดสินว่าการศึกษาไหน และประเภทใด ที่ควรคัดเข้าหรือคัดออกในการพิจารณาถึงแหล่งข้อมูลที่มีความเป็นไปได้ในช่วงที่รวบรวมข้อมูลในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ อาจถูกเรียกว่าเป็น เกณฑ์การคัดเข้าหรือเกณฑ์การคัดออกได้เช่นกัน ⁶
ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion)	การแปลผลของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งบางครั้งมาจากหลักฐานที่มีคุณภาพสูง เช่น การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม หรือ การศึกษาเชิงสังเกตที่ดำเนินการวิจัยอย่างดีเยี่ยม และบางครั้งมาจากข้อมูลที่รวบรวมมาอย่างไม่เป็นระบบ และได้รับการสรุปไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมักจะสับสนกับแนวคิดที่ว่ามันคือหลักฐานเชิงประจักษ์ในกรณีที่ไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือไม่ได้สรุปอย่างเป็นระบบ จึงมักจะถูกใช้เป็นข้ออ้างเพื่อจะได้ไม่ต้องรวบรวมหลักฐานอย่างเป็นระบบ

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic evaluation)	วิธีการเชิงปริมาณ ที่ใช้เพื่อประเมินการจัดกระทำ โปรแกรม หรือ กลยุทธ์ตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป ในด้านการใช้ทรัพยากร และผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมินทางเศรษฐศาสตร์อาจรวบรวมการศึกษาจากหลายประเภทที่ต่างกัน เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลตอบแทน และแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ ²
คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Quality of evidence)	เป็นการอธิบายระดับความเชื่อมั่นหรือความแน่นอนในผลสุทธิต่อผลผลิตในประชากรที่ศึกษา หรือ เรียกอีกอย่างว่าเป็น ความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ความเชื่อมั่นในผลสุทธิ ความแน่นอนในหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ²²
ตารางหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือตารางสรุปข้อค้นพบ (Evidence table or profile or summary of findings table)	ตารางสรุปผลการศึกษาหรือการประมาณค่าผลกระทบ(ผลสุทธิ)จากการศึกษาในแต่ละผลลัพธ์ที่สนใจ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น ๆ ตารางจะแสดงผลสรุปของข้อมูลที่สำคัญอย่างกระชับแต่จำเป็นต่อการตัดสินใจและในบริบทของแนวปฏิบัติ เป็นการให้ข้อมูลที่สำคัญที่เป็นพื้นฐานของข้อเสนอแนะโดยสรุป ^{6,23}
ข้อเสนอแนะและการกำหนดข้อเสนอแนะ (<i>Recommendations and formulation of recommendations</i>)	
กรอบการวิเคราะห์ (Analytic framework)	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการกำหนดเกณฑ์ที่พัฒนาแนวปฏิบัติใช้ในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะ การวิเคราะห์อาจมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ซึ่งได้รับข้อมูลมาจากคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ขนาดของความแตกต่างระหว่างประโยชน์และอันตราย ความมั่นใจหรือความแปรปรวนในเชิงการให้คุณค่าและความชอบ การใช้ทรัพยากร ความเสมอภาคและปัจจัยอื่นๆ (เช่น กรอบแนวคิดของ GRADE/DECIDE Evidence-to-Recommendation) ²⁴
ข้อเสนอแนะ (Recommendation)	แนวทางการปฏิบัติที่เสนอแนะโดยแนวปฏิบัติซึ่งมีพื้นฐานมาจากคำถามทางคลินิก การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพิจารณาจากข้อมูลอื่น ๆ ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติอาจเกี่ยวข้องกับการจัดกระทำทางคลินิก กิจกรรมทางสาธารณสุข หรือนโยบายของรัฐบาล ²

ข้อเสนอแนะภายใต้เงื่อนไข (Conditional recommendation)	ข้อเสนอแนะที่ที่พัฒนาแนวปฏิบัติมีความไม่แน่ใจว่าหากปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่เสนอแนะไว้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์มากกว่าผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงอาจต้องอธิบายกำกับในการใช้ข้อเสนอแนะนั้น ๆ อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็น ข้อเสนอแนะที่อ่อน (weak recommendation) ตามกรอบแนวคิดของ GRADE ²⁵
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย (Research recommendation)	ข้อเสนอแนะที่เป็นผลจากกระบวนการแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในบริบทของการวิจัยเท่านั้น ที่ทำการสร้างแนวปฏิบัติควรพิจารณาการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยเมื่อพบว่ามีความไม่แน่นอนที่สำคัญเกี่ยวกับผลที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของการจัดกระทำ เมื่อการวิจัยในอนาคตสามารถลดความไม่แน่นอนนั้น และเมื่อประโยชน์และความประหยัดที่จะเกิดขึ้นจากการลดความไม่แน่นอนมีมากกว่าอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย การกำหนดข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยเพิ่มเติมควรชัดเจนและเฉพาะเจาะจงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การระบุประชากร การจัดกระทำ กลุ่มเปรียบเทียบ และผลลัพธ์ (PICO) อย่างชัดเจนจะช่วยทำให้ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยมีประโยชน์มากขึ้น ^{24,26}
ความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ (Strength of recommendation)	ความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะสะท้อนถึงระดับความมั่นใจที่ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติมีต่อการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะนั้นว่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์มากกว่าผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ^{24,25}
การวัดผลการดำเนินการ (Performance measures)	การวัดผลการดำเนินการเป็นเกณฑ์ที่สามารถวัดได้เพื่อประเมินคุณภาพการดูแล (เช่น แพทย์ที่ปฏิบัติตามทางเลือกในการจัดการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง) ทางเลือกในการจัดการที่มีความสัมพันธ์กับข้อเสนอแนะที่เข้มแข็ง (strong recommendation) ถือว่าเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดสำหรับเกณฑ์คุณภาพ
ตัวย่อที่ใช้ในรายการตรวจสอบ (Acronyms used in the checklist)	
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ที่พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือในระดับนานาชาติเพื่อประเมินกระบวนการของการพัฒนาแนวปฏิบัติและคุณภาพของรายงาน ¹⁶

GRADE	<p>แนวทางของ Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)</p> <p>พัฒนาขึ้นโดยคณะทำงานในระดับนานาชาติที่ร่วมมือกัน GRADE</p> <p>เป็นระบบที่ให้แนวทางที่โปร่งใสในการจัดลำดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ</p> <p>และถูกนำไปใช้โดยองค์กรนานาชาติเป็นจำนวนมาก GRADE</p> <p>ได้กล่าวถึงประเด็นปัญหาด้านระเบียบวิธีและปัญหาในทางปฏิบัติของการทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาข้อเสนอแนะและการเผยแพร่²⁷</p>
USPSTF	<p>United States Preventive Services Task Force (USPSTF)</p> <p>องค์กรรัฐบาลของอเมริกาที่พัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริการด้านการป้องกันทางคลินิก เช่น การคัดกรอง การให้การปรึกษา</p> <p>การใช้ยาเพื่อการป้องกัน องค์กรนี้ได้พัฒนารอบแนวคิดขึ้นมาเองเพื่อจัดระดับคุณภาพของหลักฐานและการจัดลำดับของข้อเสนอแนะ²⁸</p>

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/2-glossary>. Accessed July 21, 2013.
2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; 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. 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. 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.