

Słownik terminów

Słownik zawiera definicje pojęć i skrótów pojawiających się na liście kontrolnej procesu tworzenia wytycznych, które mogą pomóc w interpretacji zawartych w niej elementów. Powiązane ze sobą terminy na liście są pogrupowane w kategorie opisujące różne aspekty tworzenia wytycznych.

Termin	Definicja
<i>Grupy, osoby i organizacje zaangażowane w proces opracowywania wytycznych</i>	
Grupa opracowująca wytyczne	Cała grupa składająca się z pracowników ochrony zdrowia i innych specjalistów, przedstawicieli zainteresowanych podmiotów, pacjentów i opiekunów, pracowników badawczych i technicznych, którzy opracowują wytyczne. Grupa opracowująca wytyczne może składać się z kilku podgrup lub komitetów odpowiedzialnych za realizację określonego zadania, takich jak komitet nadzorujący, panel ds. wytycznych, konsultanci reprezentujący zainteresowane podmioty i konsumentów oraz grupy robocze. Niektóre osoby mogą być członkami więcej niż jednej podgrupy lub komitetu (np. naukowiec kliniczny jako członek grupy roboczej i panelu ds. wytycznych). ^{1,2}
Komitet nadzorujący	Organ nadzorujący proces opracowywania wytycznych, do którego zadań należy ustalanie priorytetów, wybór potencjalnych wytycznych do opracowywania spośród proponowanych tematów, rekrutacja i mianowanie członków do panelu ds. wytycznych oraz zatwierdzenie ostatecznej wersji wytycznych do publikacji i rozpowszechniania. Może również być nazywany komitetem zarządzającym lub radą ds. wytycznych. ²
Panel ds. wytycznych	Decyduje o tematach, które należy uwzględnić w wytycznych, formułuje pytania, formułuje i zatwierdza zalecenia zawarte w wytycznych, wykorzystując podsumowania dowodów przygotowane przez grupę roboczą oraz zatwierdza ostateczny dokument wytycznych i przekazuje go do akceptacji przez komitet nadzorujący. Członkowie panelu ds. wytycznych często są nazywani „panelistami”. ²
Przewodniczący (panelu ds. wytycznych)	Członek panelu ds. wytycznych, który przewodniczy pracom. Osoba ta jest neutralna i ma doświadczenie w koordynowaniu grup pracowników ochrony zdrowia, pacjentów i opiekunów. Ktoś, kto posiada kwalifikacje i doświadczenie w zakresie strategii i facylitacji optymalnych procesów grupowych, zapewniając wszystkim członkom panelu równe szanse uczestniczenia i swobodnego wyrażania opinii bez poczucia onieśmienia. Ta osoba nie musi być ekspertem w którejkolwiek dziedzinie klinicznej. ^{3,4}
Zastępca przewodniczącego (panelu ekspertów)	Powinien zostać wyznaczony, gdy panel ds. wytycznych jest szczególnie liczny lub zadanie jest szczególnie złożone. Zastępcy przewodniczącego powinni również mieć doświadczenie w prowadzeniu grup, jednak powinni reprezentować inną dyscyplinę (kliniczną lub metodologiczną) niż przewodniczący panelu. ^{3,4}

Grupa robocza	Grupa osób, której zadaniem jest przygotowanie i aspekty techniczne opracowywania wytycznych, takie jak wsparcie panelu w formułowaniu pytań PICO, przeprowadzanie przeglądów systematycznych, ocena jakości dowodów naukowych, przygotowywanie podsumowań dowodów oraz podstawowych dokumentów do omówienia przez panel, pisanie wytycznych i przegląd komentarzy od zainteresowanych podmiotów oraz konsultacji publicznych. Ścisłe współpracuje z panelem ds. wytycznych, aby zapewnić zakończenie prac prowadzących do osiągnięcia celów i zadań wytycznych.
Sekretariat	Grupa osób, której zadaniem jest wspieranie grupy opracowującej wytyczne w przygotowaniu do opracowania oraz pisaniu wytycznych. Sekretariat zapewnia wsparcie techniczne, a także wsparcie administracyjne (np. planowanie spotkań i telekonferencji, dystrybucja dokumentów). ²
Zainteresowany podmiot	Osoba fizyczna, grupa lub organizacja, która jest zainteresowana organizacją i zapewnianiem opieki zdrowotnej, i będzie zainteresowana treścią lub rezultatem wytycznych. Mogą to być pracownicy ochrony zdrowia, stowarzyszenia zawodowe i uczelnie, eksperci specjalizujący się w danej chorobie lub schorzeniu, instytucje badawcze i decydenci. ^{1,2}
Konsumenci opieki zdrowotnej	Do konsumentów opieki zdrowotnej należą: (a) indywidualni pacjenci, (b) opiekunowie, w tym rodzina i przyjaciele pacjentów, (c) społeczeństwo (zarówno jako potencjalni pacjenci, jak i podmioty finansujące opiekę zdrowotną poprzez opodatkowanie, ubezpieczenie lub opłaty bezpośrednie), (d) organizacje wolontariuszy i wspólnotowe reprezentujące interesy pacjentów, opiekunów i społeczeństwa, (e) rzecznicy reprezentujący interesy pacjentów, opiekunów i innych grup zainteresowanych. Są oni zbiorczo określanii jako „konsumenci” (bez sugerowania konsumpcyjnych założeń dotyczących usług zdrowotnych) i różnią się od innych użytkowników wytycznych, takich jak pracownicy ochrony zdrowia, zlecniodawcy czy dostawcy usług. ⁵
Opiekun/opiekunka	Zapewnia nierefundowaną opiekę lub wsparcie pacjentom (np. członkowie rodziny, przyjaciele) i posiada wiedzę na temat zagadnień ważnych dla pacjentów i opiekunów. Może być również nazywany osobą sprawującą opiekę.
Rzecznik	Ktoś, kto występuje w imieniu pacjenta lub grupy pacjentów, aby pomóc im wyrazić ich życzenia. ⁶
Organizacja sponsorująca	Organizacja, która finansuje opracowanie wytycznych i zatwierdza je do publikacji i rozpowszechniania.
Stowarzyszenia zawodowe	Organizacje non-profit, których członkami są specjaliści ochrony zdrowia pracujący w określonej dziedzinie lub specjalności i których praca koncentruje się na określonej dziedzinie lub zagadnieniu ochrony zdrowia (np. American College of Chest Physicians, European Society of Cardiology). Stowarzyszenia zawodowe są często zaangażowane w opracowywanie wytycznych dla swoich członków oraz zajmują stanowiska w kwestiach medycznych i promocji zdrowia. Mogą być również nazywane organizacjami zawodowymi lub stowarzyszeniami medycznymi.
Organizacje trzecie	Organizacje lub grupy, które chcą przyjąć lub dostosować wytyczne, w których opracowanie nie były bezpośrednio zaangażowane. Ta grupa często obejmuje departamenty rządowe lub ministerstwa zdrowia, które

	nie mają wystarczających zasobów, aby opracować wytyczne <i>de novo</i> , lub których populacje i organizacja opieki zdrowotnej są podobne do tych ujętych w istniejących wytycznych.
Wytyczne i tematy	
Wytyczne	Dokument, który koncentruje się na schorzeniu lub stanie zdrowia i zawiera zalecenia dotyczące właściwego postępowania z pacjentami z daną chorobą lub stanem zdrowia. Wytyczne powinny opierać się na najlepszych dostępnych dowodach naukowych i powinny pomagać świadczeniodawcom poprzez uzupełnianie ich wiedzy i umiejętności. Wytyczne mogą być dostosowane, między innymi, do potrzeb klinicznych, polityki zdrowotnej, systemów opieki zdrowotnej lub organizacji publicznej opieki zdrowotnej. ²
Docelowi odbiorcy	Określona grupa lub kategoria podmiotów świadczących opiekę zdrowotną, dla których przeznaczone są wytyczne praktyki klinicznej. Docelowi odbiorcy będą mieli wpływ na obszerność i szczegółowość treści wytycznych. ⁷ Głównymi odbiorcami są określani użytkownicy dla których wytyczne pierwotnie były one dedykowane. Na przykład, jeśli wytyczne są adresowane dla podstawowej opieki zdrowotnej to, docelowymi odbiorcami są lekarze i pielęgniarki pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej. Dodatkowymi odbiorcami mogą być inne grupy, których treść wytycznych może pośrednio dotyczyć np. zarządzający opieką zdrowotną, administratorzy szpitali i decydenci. ⁸
Temat wytycznych	Temat wytycznych określa chorobę, stan lub ogólny obszar, który będzie objęty wytycznymi (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc). Twórcy wytycznych muszą rozważyć priorytetowe potraktowanie tematów wytycznych o największym potencjale poprawy opieki zdrowotnej i wyników zdrowotnych. ⁹
Tematy w ramach wytycznych	Tematy w ramach wytycznych obejmują treści, które zostaną ujęte w wytycznych. Na przykład, czy wytyczne obejmą diagnostykę albo leczenie danego schorzenia czy też oba etapy postępowania, czy też skupią się na tematach, w których występuje najwięcej niepewności lub zmienności w postępowaniu. Panele ds. wytycznych muszą rozważyć wiele kwestii istotnych dla docelowych odbiorców, które można uwzględnić w wytycznych. Tematy mogą być określane jako zakres wytycznych i będą powiązane z pytaniami PICO omówionymi w wytycznych. ⁹
Kroki i procesy w opracowaniu wytycznych	
Ustalanie priorytetów (priorytetyzacja)	Ustalanie priorytetów to identyfikacja, ocena ważności i klasyfikacja tematów jako priorytetowe przez zainteresowane podmioty. Zapewnia, że zasoby i uwaga będą poświęcone tym ogólnym obszarom (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, choroby układu krążenia, rak, profilaktyka), w których zalecenia przyniosą największe korzyści populacji, obszarowi lub krajowi. Podejście ustalające priorytety powinno być przydatne dla przyszłych planów i jednocześnie odpowiadać na aktualne, potencjalnie trudne okoliczności. ¹⁰
Ocena wzajemna	Proces poddawania prac naukowych, badań lub pomysłów ocenie innych specjalistów. Ocena wytycznych i zaleceń przeprowadzana przez osoby o podobnych zainteresowaniach i wiedzy do ich twórców ma na celu zapewnienie, że wytyczne są trafne i aktualne. Ocena wzajemna może być wewnętrzna, przeprowadzona przez współpracowników z tej samej organizacji, którzy nie są bezpośrednio zaangażowani w tworzenie wytycznych lub zewnętrzna – prowadzona przez osoby całkowicie niezależne i niezwiązane z opracowywaniem

	wytycznych. ^{2,6}
Rozpowszechnianie	Aktywny proces dystrybucji informacji, takich jak wytyczne, do użytkowników końcowych, by zapewnić ich maksymalny kontakt z nimi, przyswojenie i wdrożenie. Można stosować różne metody i formy rozpowszechniania, np. drukowana wersja pełnych wytycznych, internetowa wersja wytycznych, krótki przewodnik, format wytycznych umożliwiający odtwarzanie na aplikacjach mobilnych, włączenie zaleceń do systemów wspomagania decyzji klinicznych, wersja wytycznych dla pacjenta, materiały edukacyjne wyszczególniające zalecenia, konferencje z udziałem docelowych użytkowników itd. Pozostałe produkty, inne niż główny dokument wytycznych, są zwykle określane jako produkty pochodne . ¹¹
Wdrożenie	Przyjmowanie i wdrażanie zaleceń z wytycznych przez użytkowników końcowych. Plan wdrożenia powinien zawierać identyfikację potencjalnych barier, kryteria i wskaźniki sukcesu, dane wyjściowe dla wskaźników, wymagane zasoby, potrzeby szkoleniowe i edukacyjne, identyfikację istniejących mechanizmów lub sieci, metody monitorowania procesu wdrażania, raportowania i mechanizmów zwrotnych oraz kamienie milowe z ramami czasowymi. ^{2,11}
Adaptacja wytycznych	Systematyczne podejście do wykorzystywania i dostosowywania istniejących wytycznych stworzonych w odniesieniu do określonych warunków, by umożliwić ich stosowanie w nowych warunkach o innym kontekście kulturowym lub organizacyjnym. Proces dostosowywania wytycznych i zaleceń w nich zawartych musi zapewniać, że dostosowane wytyczne odnoszą się do konkretnych pytań klinicznych istotnych dla kontekstu użytkownika i są dostosowane do potrzeb, priorytetów, prawodawstwa, polityk i zasobów w nowym docelowym otoczeniu. ¹²
Proces grupowy	Procesy grupowe obejmują interakcje członków grupy. Przykładem jest interakcja członków panelu ekspertów podczas spotkania dotyczącego konsensusu odnośnie do sformułowania zaleceń. ³
Metody konsensusu	Techniki stosowane w procesie decyzyjnym w celu osiągnięcia porozumienia w danej sprawie. Konsensus może być nieformalny lub formalny, przykład formalnych metod konsensusu: technika Delphi i grupy nominalnej. ¹
Kworum	Najmniejsza liczba członków grupy, którzy muszą być obecni, aby uznać spotkanie, głosowanie lub proces konsensusu za ważne. ¹
Kamienie-milowe	Ukończenie ważnych etapów podczas procesu opracowywania wytycznych. Przykłady obejmują zakończenie przeglądu systematycznego, opracowanie zaleceń i opublikowanie raportu z wytycznymi. ³
<i>Czynniki uwzględniane w tworzeniu wytycznych</i>	
Deklaracja interesu (lub ujawnienie interesu)	Deklaracja interesu to ujawnienie wszystkich potencjalnych lub aktualnych konfliktów interesu, w tym finansowych, zawodowych, intelektualnych i innych interesów istotnych dla tematu pracy lub spotkania mające na celu określenie możliwych konfliktów interesów. Deklaracja interesu musi także zawierać wszystkie istotne informacje o związkach innych, którzy mogą nienależycie wpływać na opinię eksperta, jak np. najbliżsi członkowie rodziny, pracodawcy, bliscy współpracownicy albo inne osoby, które mają znaczące powiązania osobiste, finansowe lub zawodowe. ²

Konflikt interesu	Rozbieżność pomiędzy prywatnym interesem danej osoby a jej zobowiązaniami zawodowymi, w przypadku której niezależny obserwator mógłby mieć uzasadnione wątpliwości, czy działania lub decyzje zawodowe danej osoby są motywowane osobistym zyskiem, np. finansowym, awansem akademickim, źródłami finansowania badań lub pozycją społeczną. Ta definicja obejmuje związki finansowe i intelektualne, które mogą wpływać na zdolność organizacji lub jednostki do bezstronnego podejścia do zagadnienia naukowego. ¹³
Finansowanie komercyjne	Może dotyczyć osób prywatnych jak i organizacji, włącznie z finansowaniem tworzenia wytycznych. Szczególnie istotna jest możliwość, że twórcy wytycznych będą czuli się lub będą postrzegani jako zobowiązani albo będący pod presją, żeby zalecenia były korzystne dla interesów komercyjnego sponsora. Finansowanie komercyjne może przybierać formę badań sponsorowanych przez przemysł, usług klinicznych, z których członek komitetu może czerpać znaczącą część swoich dochodów, konsultacji, członkostwa w komitecie, za które otrzymywane jest jakiegokolwiek wynagrodzenie. ¹⁴
Bariery utrudniające zmianę	Powinny być zidentyfikowane i rozpatrzone przed opracowaniem wytycznych, w których zalecenia sugerują zmiany w działaniu opieki zdrowotnej. Bariery utrudniające zmianę mogą pojawiać się na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej i obejmować bariery strukturalne (np. niedobór zasobów, ograniczenia finansowe), bariery organizacyjne (np. nieodpowiedni zestaw umiejętności, brak pomieszczeń albo sprzętu), bariery związane z grupą zawodową (np. lokalne standardy opieki są niezgodne z pożądaną praktyką), bariery w interakcji pacjent–lekarz (np. problemy w komunikacji i przekazywaniu informacji) oraz konkurencję priorytetów. Są różne metody identyfikowania barier, które różnią się stopniem sformalizowania. Bariery mogą być różne dla konkretnych zasobów, warunków organizacyjnych i dla różnych wytycznych. ¹⁴
Równość (w opiece zdrowotnej)	Równość w opiece zdrowotnej jest miarą stopnia, w jakim polityka zdrowotna zapewnia równą dystrybucję dobrostanu. Oznacza to brak systemowych lub potencjalnie możliwych do wyrównania różnic w statusie zdrowotnym, dostępie do opieki zdrowotnej i do ośrodków zapewniających poprawę zdrowia oraz do leczenia jednego lub większej liczby problemów zdrowotnych w całej populacji albo grupach społecznych zdefiniowanych w kontekście socjalnym, ekonomicznym, demograficznym lub geograficznym. Nierówność w opiece zdrowotnej wynika z różnicy w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy różnymi klasami społecznymi, grupami etnicznymi i populacjami w różnych obszarach geograficznych. Panele ds. wytycznych muszą wziąć pod uwagę, czy i w jakim zakresie zalecenia będą miały wpływ na równość w opiece zdrowotnej. Może ona być również nazywana nierównością w opiece zdrowotnej. ^{1,10,15}
Wartości, preferencje i użyteczność	Obejmują one wiedzę, postawy, oczekiwania, wartości moralne i etyczne oraz przekonania pacjenta i opiekuna; cele pacjenta dotyczące życia i zdrowia; wcześniejsze doświadczenia ze schorzeniem i leczeniem; doświadczenie w radzeniu sobie z objawami (na przykład zadyszka, ból, duszność, utrata wagi); preferencje dotyczące oraz znaczenie pożądanym i niepożądanym wynikiem leczenia; przewidywany wpływ schorzenia i interwencji na

	jakość życia, samopoczucie lub satysfakcję, a także powiązania pomiędzy pracą związaną z wdrożeniem interwencji, samą interwencją i innymi okolicznościami, których pacjent może doświadczać; preferencje dotyczące alternatywnych sposobów postępowania; preferencje odnoszące się do przekazywanych treści oraz stylów komunikacji, informacji i zaangażowania w proces decyzyjny oraz opiekę. Może to być powiązane z czymś, co w literaturze ekonomicznej nazywane jest użytecznością. Interwencja sama w sobie może zostać uznana za konsekwencję zalecenia (np. obciążenie związane z przyjmowaniem leków lub poddaniem się operacji) i związane są z tym znaczenie i wartości. Wartości i preferencje osób, na które wpływają zalecenia, powinny zostać uwzględnione w procesie opracowywania wytycznych. ⁵
Przejrzystość	Przejrzystość obejmuje klarowne dokumentowanie i prezentowanie szczegółów wszystkich metod i procesów, które zostały wykorzystane do opracowania wytycznych, wliczając w to zaangażowanych uczestników, omówione dowody i informacje, rozstrzygnięcia podjęte w procesie podejmowania decyzji, w szczególności formułowania zaleceń. Przejrzystość powinna pozwolić innym powtórzyć proces i uzyskać takie same wytyczne, jeśli zostałyby powtórzone ten sam proces opracowywania wytycznych.
Wiarygodność wytycznych	Stopień, w jakim można zaufać wnioskowi i zaleceniom z wytycznych. Określana jest poprzez wykorzystywane metody i sposoby, wliczając w to czas i niezależność edytorską zgodnie z informacją opisaną w narzędziu AGREE II, raporcie Institute of Medicine dotyczącym wytycznych i w Guideline International Network. Może również być nazywana jakością wytycznych. ^{4,16,17}
<i>Przegląd dowodów naukowych oraz uwzględnienie dodatkowych informacji</i>	
Protokół	Dokument przedstawiający plan lub zestaw kroków, które określają w jaki sposób opracowane zostaną wytyczne oraz wykorzystaną w tym celu metodologię. Zanim rozpoczęte zostanie opracowywanie wytycznych protokół określi, na przykład na jakie pytania należy udzielić odpowiedzi, jak zostaną zebrane i przeanalizowane informacje oraz struktury i metody konsensusu, które zostaną wykorzystane w celu sformułowania zaleceń.
Pytanie w formie PICO	Populacja/Pacjent–Interwencja–Komparator–Wynik; mnemotechnika używana podczas formułowania konkretnych pytań klinicznych, na które odpowiedzieć mają wytyczne. Pytanie wygenerowane przy pomocy struktury PICO wskaże, które dowody należy przejrzeć i ma na celu uzyskanie informacji o pacjentach i ich stanie, istotnych interwencjach, które zastosowano lub należy zastosować, porównaniach pomiędzy aktualną interwencją a możliwymi interwencjami alternatywnymi oraz wynikach, które są pożądane lub mają być osiągnięte. ²
Populacja	Grupa ludzi posiadających cechę wspólną, taką jak to samo schorzenie lub ten sam teren zamieszkania albo podobne cechy charakterystyczne. Populacja określona w wytycznych oznacza wszystkich ludzi, do których mają zastosowanie zalecenia (np. dorośli pacjenci z cukrzycą). ¹⁸
Choroba	Choroba lub stan występujący u pacjenta dodatkowo do badanej lub leczonej choroby podstawowej (np.

współistniejąca	przewlekła obturacyjna choroba płuc i cukrzyca). Choroby współistniejące mogą wpływać na objawy kliniczne i przebieg naturalny choroby. Bywają również nazywane stanami towarzyszącymi. ^{6,19}
Ścieżka kliniczna (lub ścieżka opieki)	Kolejność metod postępowania, procedur, badań, interwencji i metod leczenia, która powinna zostać zastosowana w celu zapewnienia opieki pacjentom w określonym stanie klinicznym. ⁶
Punkty końcowe	Wpływ, jaki badanie, leczenie, polityka zdrowotna, program lub inne interwencje mają na osobę, grupę lub populację. Punkty końcowe z interwencji mających poprawić zdrowie społeczeństwa mogą obejmować zmianę zdrowotności, jakości życia lub stanu zdrowia. W ujęciu klinicznym, punkty końcowe mogą obejmować liczbę pacjentów, którzy osiągają całkowite wyzdrowienie albo liczbę hospitalizacji, poprawę lub pogorszenie zdrowia, możliwości funkcjonowania, objawy lub sytuację. ⁶
Punkty końcowe istotne dla pacjenta	Punkty końcowe zdefiniowane jako odpowiedź „tak” na następujące pytanie: „Jeśli wiadomym byłoby, że wyłącznie ten punkt końcowy zmieniłby się w wyniku leczenia, czy pacjent zdecydowałby się na to leczenie nawet jeśli wiązałoby się ono ze skutkami niepożądanymi, niedogodnościami lub kosztami?”. Tego rodzaju punkty końcowe obejmują umieralność, chorobowość oraz wyniki zgłaszane przez pacjentów. ^{20,21}
Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia	Połączenie fizycznego, psychicznego i socjalnego dobrostanu osoby; nie tylko nieobecność choroby. Przykład punktu końcowego istotnego dla pacjenta. ¹
Zastępcze punkty końcowe	Punkty końcowe, które nie są istotnymi wynikami zdrowotnymi, ale mogą być skorelowane z wynikami zdrowotnymi istotnymi dla pacjentów (np. gęstość kości jako surogat złamań, punktu końcowego istotnego dla pacjenta). Mogą być też nazywane zastępczymi lub pośrednimi punktami końcowymi. ²¹
Znaczenie wyników	Uzeregowanie względnego znaczenia wyników pożądaných (np. zmniejszona umieralność, poprawa jakości życia powiązanej ze zdrowiem) i niepożądanych (np. efekty uboczne, koszty) badanej interwencji pozwala zespołowi opracowującemu wytyczne określić, jak duży wpływ na formułowane zalecenia będą miały poszczególne wyniki i rezultaty/oszacowania efektu dla tych wyników. Względne znaczenie wyników może się różnić w zależności od różnych wartości i preferencji lub w zależności od rozważania ich z perspektywy pacjentów, klinicystów albo decydentów. W metodologii GRADE wyniki są uznawane za kluczowe dla podejmowanych decyzji, ważne, ale nie kluczowe do podjęcia decyzji, lub o niskim znaczeniu dla podejmowanych decyzji. ²¹
Wielkość efektu	Miara różnicy lub relatywnego wpływu interwencji na punkt końcowy w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną. Nazywana także rozmiarem efektu. ⁶
Przegląd systematyczny	Wyczerpujący przegląd opublikowanej literatury, który skupia się na temacie dotyczącym opieki zdrowotnej i odpowiada na określone pytanie. Przeprowadza się obszerne przeszukiwanie literatury w oparciu o strategię wyszukiwania aby wyszukać wszystkie badania. Badania zostają przejrzane, ich jakość oceniona, a wyniki

	podsumowane zgodnie z pytaniem, na które miał odpowiedzieć przegląd. ²
Pozyskiwanie dowodów	W kontekście przeglądów systematycznych, proces systematycznego przeszukiwania wszystkich badań naukowych dotyczących danego pytania oraz pozyskiwanie ich do przeglądu. Proces obejmuje także pozyskiwanie dowodów naukowych z innych źródeł, które mogą być także nieopublikowane. ²
Kryteria selekcji	Kryteria wykorzystywane w celu podjęcia decyzji odnośnie do tego, które badania lub rodzaje badań należy włączyć lub wykluczyć z rozpatrzenia jako potencjalne źródła dowodów naukowych podczas ich pozyskiwania w celu opracowania zaleceń. Są też nazywane kryteriami włączenia i wyłączenia. ⁶
Opinia ekspercka	Interpretacja dowodów. Czasem w oparciu o wysokiej jakości dowody naukowe, np. pochodzące z kontrolowanych badań z randomizacją albo dobrze przeprowadzonych badań obserwacyjnych, czasem na podstawie informacji zebranych w sposób niesystematyczny, najlepiej podsumowana w formie pisemnej. Opinia ekspercka często jest mylona z brakiem dowodów pochodzących z przeglądu systematycznego lub z brakiem ich systematycznego podsumowania. Często wykorzystywana jest także jako wytłumaczenie nieprzeprowadzenia systematycznego zebrania dowodów.
Ocena ekonomiczna	Zestaw formalnych, ilościowych metod wykorzystywanych w celu oceny jednej lub większej liczby interwencji, programów lub strategii z uwzględnieniem wykorzystania zasobów i oczekiwanych efektów. Ocena ekonomiczna może uwzględniać różne rodzaje badań, tj. analizę efektywności kosztowej, analizę kosztów i korzyści oraz modele ekonomiczne. ²
Jakość dowodów naukowych	Opisuje poziom zaufania lub pewności w stosunku do oszacowań wpływu interwencji na określony punkt końcowy w określonej populacji. Nazywana także siłą dowodów, zaufaniem do oszacowań, pewnością co do dowodów, poziomami siły dowodów. ²²
Tabele lub zestawienia dowodów naukowych lub tabele podsumowujące	Tabela podsumowująca wyniki/oszacowania efektu z badań dla każdego z rozpatrywanych punktów końcowych i powiązaną z nimi jakość dowodów naukowych. Tabela stanowi zwarte podsumowanie kluczowych informacji niezbędnych do podjęcia decyzji, a w kontekście wytycznych jest źródłem zwięzłego podsumowania kluczowych informacji stanowiących podstawę zalecenia. ^{6,23}
Zalecenia i formułowanie zaleceń	
Ramy analityczne	Ramy opisujące kryteria wykorzystywane przez panel ds. wytycznych w celu oceny dowodów naukowych i analizy istotnych informacji do sformułowania zaleceń. Analiza może skupiać się na równowadze pomiędzy pożądanymi i niepożądanymi konsekwencjami w oparciu o jakość dowodów, wielkości różnicy pomiędzy korzyściami a szkodami, pewności albo zmienności wartości i preferencji, wykorzystaniu zasobów, równości i innych czynnikach (np. GRADE/DECIDE Evidence-to-Recommendation framework). ²⁴

Zalecenie	Postępowanie zalecane przez wytyczne w odpowiedzi na pytania kliniczne, wyszukane dowody naukowe i inne informacje uwzględnione w ramach analitycznych. Zalecenia w wytycznych mogą odnosić się do interwencji klinicznych, działań na rzecz zdrowia publicznego czy polityki rządu. ²
Zalecenie warunkowe	Zalecenie, w stosunku do którego panel miał więcej wątpliwości, czy implementacja zalecanych działań przyniesie więcej efektów pożądaných niż niepożądanych. Konieczne może być opisanie określonych warunków zastosowania zalecenia. W metodologii GRADE określane jako słabe zalecenie. ²⁵
Zalecenie dalszych badań	Zalecenie wynikające z procesu opracowania wytycznych wyłącznie do zastosowania w ramach badań. Panel ds. wytycznych powinien rozważyć sformułowanie zaleceń dalszych badań, gdy występuje istotna niepewność co do pożądaných i niepożądanych efektów interwencji, dalsze badania mogą zmniejszyć tę niepewność, a potencjalne korzyści i oszczędności wynikające ze zmniejszenia tej niepewności przewyższają potencjalne szkody płynące z niesformułowania zalecenia dotyczącego dalszych badań. Sposób sformułowania zalecenia dodatkowych badań powinien być tak precyzyjny i określony, jak tylko to możliwe. Jednoznaczne opisanie populacji, interwencji, komparatora i punktów końcowych (PICO) może zwiększyć użyteczność zalecenia. ^{24,26}
Siła zalecenia	Siła zalecenia obrazuje stopień pewności twórców wytycznych, że pożądanе efekty zastosowania zalecenia przewyższają efekty niepożądane.
Wskaźniki funkcjonowania	Wskaźniki funkcjonowania są kryteriami, które można zmierzyć w celu oceny jakości opieki (np. lekarz przestrzegający określonego sposobu postępowania). Sposoby postępowania powiązane z silnymi rekomendacjami są szczególnie dobrze nadają się do opracowania kryteriów jakości. ²⁴
Skróty wykorzystane w narzędziu	
AGREE II	Narzędzie oceny jakości wytycznych AGREE II (<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>); Zwalidowane narzędzie opracowane przez międzynarodowy zespół w celu oceniania procesu opracowywania wytycznych i opisywania ich jakości. ¹⁶
GRADE	Metodologia <i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> . Opracowana w ramach współpracy międzynarodowej grupy roboczej GRADE stanowi system opisujący transparentne podejście do oceny jakości dowodów i siły zaleceń, który wykorzystywany jest przez wiele organizacji międzynarodowych. Ułatwia on rozwiązanie wielu merytorycznych i praktycznych kwestii związanych z przeglądem systematycznym oraz opracowaniem i rozpowszechnieniem zaleceń. ²⁷
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i> ; Organizacja rządowa zajmująca się opracowywaniem zaleceń dotyczących świadczeń profilaktycznych, takich jak badania przesiewowe, doradztwo czy profilaktyczne przyjmowanie leków. Organizacja opracowała własne ramy oceny jakości dowodów i określania siły zalecenia. ²⁸

PIŚMIENICTWO

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>. Data wejścia: 21.07.2013.
2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Data wejścia: 22.04.2013.
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. Data wejścia: 22.04.2013.
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>. Data wejścia: 21.07.2013.
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>. Data wejścia: 22.04.2013.
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. Data wejścia: 26.07.2013.
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>. Data wejścia: 05.07.2013.
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>. Data wejścia: 21.07.2013.
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>. Data wejścia: 21.07.2013.
28. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and Processes. 2013; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>. Data wejścia: 21.07.2013.