

รายการตรวจสอบการพัฒนาแนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติ-แมคมาสเตอร์

(GIN-McMaster Guideline Development Checklist (GDC))

ผู้แปล/Translators:

รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ (Patraporn Tungpunkom)

รองศาสตราจารย์ ดร. วันชัย เลิศรัตนวิลาส (Wanchai Lertwatthanawilat)

อ.ดร. นงลักษณ์ เฉลิมสุข (Nonglak Chaloumsuk)

รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต (Piyanut Xuto)

รองศาสตราจารย์ ดร. จุฑามาศ โชติบง (Jutamas Chotibang)

รองศาสตราจารย์ ดร. วณิชชา พึ่งชมภู (Wanicha Pungchompoo)

* ศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพแห่งประเทศไทย (The Thailand Centre for Evidence-based Health Care)

กดลิงค์ที่หัวข้อในรายการหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติข้างล่าง หรือที่ได้กำหนดไว้ใน Bookmark เพื่อดูหัวข้อเฉพาะที่ต้องการ

การกดลิงค์ในหัวข้อในรายการตรวจสอบจะนำท่านกลับมายังหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติที่อยู่ในหน้านี้ กล้องเข็มนาจะมีไว้ให้ทุกรายการเพื่อให้เห็นว่าแต่ละขั้นตอนได้ทำหรือยัง และมีช่องว่างให้เติมข้อความในช่องหมายเหตุเพื่อสามารถติดตามความก้าวหน้าของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติได้

สำหรับคำนิยาม ของหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติ คำจำกัดความของคำศัพท์และอักษรย่อที่ปรากฏในรายการตรวจสอบการพัฒนาแนวปฏิบัติ สามารถดาวน์โหลดได้จากอภิธานศัพท์ ([glossary](#)).

หัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. องค์กร งบประมาณ การวางแผน และการอบรม (Organization, Budget, Planning and Training)
2. การจัดลำดับความสำคัญ (Priority Setting)
3. สมาชิกกลุ่มแนวปฏิบัติ (Guideline Group Membership)
4. กำหนดแนวปฏิบัติของกระบวนการกลุ่ม (Establishing Guideline Group Processes)
5. ระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการเลือกหัวข้อ (Identifying Target Audience and Topic Selection)
6. การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Consumer and Stakeholder Involvement)
7. การพิจารณา ความขัดแย้งของผลประโยชน์ (Conflict of Interest Considerations)
8. การสร้างคำถามตามกรอบ PICO ((PICO) Question Generation)

9. การพิจารณา ความสำคัญของผลลัพธ์ และการจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ และความเป็นประโยชน์ (Considering Importance of Outcomes and Interventions, Values, Preferences and Utilities)
10. กำหนดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ และการสืบค้น (Deciding what Evidence to Include and Searching for Evidence)
11. การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพิจารณาข้อมูลอื่นที่สำคัญ (Summarizing Evidence and Considering Additional Information)
12. การตัดสินคุณภาพ ความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Judging Quality, Strength or Certainty of a Body of Evidence)
13. การพัฒนาข้อเสนอแนะ และการตัดสินความเข้มแข็ง ของข้อเสนอแนะ (Developing Recommendations and Determining their Strength)
14. การใช้คำในการเขียนข้อเสนอแนะ และการพิจารณาถึงการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ และความเสมอภาค
(Wording of Recommendations and of Considerations of Implementation, Feasibility and Equity)
15. การเขียนรายงานแนวปฏิบัติ และการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reporting and Peer Review)
16. การเผยแพร่ และการนำไปใช้ (Dissemination and Implementation)
17. การประเมินผล และการใช้ (Evaluation and Use)
18. การปรับปรุงให้ทันสมัย (Updating)

| ทำเสร็จแล้ว | ไม่เกี่ยวข้อง | ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ | แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--|---------------|---|------------------------------|----------|
| 1. องค์กร งบประมาณ การวางแผน และการอบรม (Organization, Budget, Planning and Training) | | | | |
| | | 1. จัดตั้งกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ และกำหนด บทบาท กิจกรรม และ ความสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่ม (เช่น คณะกรรมการอำนวยการ/มีหน้าที่ในการเลือกหัวข้อแนวปฏิบัติและสมาชิกกลุ่ม คณะทำงานต้องประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เลขานุการในการสนับสนุนการบริหารจัดการ คณะพัฒนาแนวปฏิบัติมีบทบาทในการพัฒนาข้อเสนอแนะ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ใช้บริการสำหรับปรึกษา (ดูหัวข้อ 3, 4, & 6) | 1-16 | |
| | | 2. ประเมินค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นและ ความเป็นไปได้ของคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น ทรัพยากรที่เอื้อต่อความสำเร็จของการทำโครงการ ความมุ่งมั่นของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ และบุคลากร เป็นต้น) | 2-8,11,15-22 | |
| | | 3. ขอความเห็นชอบ/อนุมัติ จากองค์กรในการดำเนินโครงการการพัฒนาแนวปฏิบัติ | 4-7,10,11,13, 16,18,20,21,23 | |
| | | 4. จัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ ร่างประมาณการค่าใช้จ่ายในแต่ละขั้นตอน (เช่น ค่าตอบแทนสำหรับคณะทำงาน และบุคลากร ค่าใช้จ่ายสำหรับองค์กรหรือกลุ่มบุคคลในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ทรัพยากรภายนอกองค์กร ค่าเดินทาง ค่าเผยแพร่ และตีพิมพ์ เป็นต้น) | 7,16,17,20,24,25 | |
| | | 5. ประเมินว่าต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือเป็นการทำงานแบบอาสาสมัครโดยไม่มีค่าตอบแทน | 3,10,19,24 | |
| | | 6. หาทุนสนับสนุนเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความขัดแย้งทางผลประโยชน์ด้วย (ดูหัวข้อที่ 7) | 3,4,6,7,9,16,21, 26,27 | |

| | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| | 7. ร่าง และขอรับการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น การหาเลขานุการสำหรับคณะทำงานเพื่อช่วยในการประสานงาน และการรวบรวมการประกาศผลประโยชน์จากคณะกรรมการ การจัดประชุมกลุ่ม เป็นต้น) | 2-9,16,20,22 | |
| | 8. วางแผนและเตรียมพร้อมสำหรับ การอบรมหรือการให้การสนับสนุน ที่จำเป็นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ด้านการศึกษา หรือการอบรมสำหรับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ การสอนสำหรับผู้วยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เป็นต้น) (ดูหัวข้อ 4 & 6) | 1,2,5-7,14,15, 23,24,28-30 | |
| | 9. กำหนดวันสำเร็จ และหลักไมล์ในการทำแต่ละขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ | 2,4-10,13,16-18, 20-22 | |
| | 10. พิจารณาว่าจะมีข้อกำหนดอะไรที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับยาที่แพง (ยาที่ใช้ในโรคที่พบได้น้อย)) | 4-7,20,21, 23,24,31,32 | |
| | 11. เตรียมโครงสร้างการพัฒนาแนวปฏิบัติตั้งแต่ต้นจนจบ เพื่อเป็นแนวทางให้กับคณะกรรมการ และคณะทำงานในการทำตามขั้นตอนที่ได้ระบุไว้ ได้แก่ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ ช่วงเวลาของการพัฒนา การมอบหมายงาน ขั้นตอนที่ต้องมีการบันทึกข้อมูลการตัดสินใจ และระเบียบวิธีในแต่ละขั้นตอน (ได้แก่ ขั้นตอนที่กำลังกล่าวถึงในรายการตรวจสอบนี้ ยกตัวอย่างเช่น วิธีการแต่งตั้งกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ การเลือกหัวข้อเนื้อหาในแนวปฏิบัติ วิธีการหาฉันทมติ วิธีการขอคำปรึกษา การค้นหาและการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ และ อื่นๆ เป็นต้น) | 3,5,7-11,13-16, 20,23,27,28, 33-35 | |
| 2. การจัดลำดับความสำคัญ (Priority Setting) | | | |
| | 1. ระบุขั้นตอนหรือ กระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อแนวปฏิบัติ ตลอดจนผู้รับผิดชอบในการดูแลกระบวนการการจัดลำดับ (เช่น ลำดับความสำคัญตามที่คณะกรรมการอำนวยการที่เกี่ยวข้องกับการให้ทุนสนับสนุนระบุไว้ ลำดับความสำคัญตามกระทรวงสาธารณสุข หรือ กลุ่มคนในวิชาชีพต่าง ๆ | 4-14,16,17, 19,20,25,36,37 | |
| | 2. ในการจัดลำดับความสำคัญ ต้องกระทำอย่างเป็นระบบและโปร่งใส โดยต้องระบุเกณฑ์ที่เฉพาะในการเลือกหัวข้อแนวปฏิบัติ (เช่น เป็นโรคที่มีความชุกสูง และเป็นภาวะโรค เป็นการหลีกเลี่ยงการตาย หรือความพิการ ค่าใช้จ่ายสูง เป็นโรคที่กำลังระบาด หรือ เป็นแนวทางการดูแลเร่งด่วน การปฏิบัติที่หลากหลาย การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของหลักฐานเชิงประจักษ์ และอื่น ๆ เป็นต้น) | 3-6,8-14,16, 17,19,20,25, 36,37 | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| | 3. การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญและการเลือกหัวข้อแนวปฏิบัติ (เช่น แพทย์ พยาบาล องค์กรวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้จ่ายค่ารักษา หรือ สาธารณะชน (ดูหัวข้อที่ 6) | 1,5-8,10,12-17,20,36 | |
| | 4. พิจารณาและระบุถึงวิธีการในการพิจารณาข้อคิดเห็นที่หลากหลายต่อความสำคัญและทรัพยากรที่จำเป็นในการนำข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติไปใช้ (เช่น ผู้ป่วย ผู้จ่ายค่ารักษา แพทย์/พยาบาล โปรแกรมหรือโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ) (ดูหัวข้อ 11) | 3,5,8,10,12,17,19-21,27,32,35,38 | |
| | 5. ค้นหาวามีแนวปฏิบัติในหัวข้อที่กำลังจะพัฒนาหรือยัง พร้อมทั้งประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัตินั้น (เช่น ใช้เครื่องมือประเมิน AGREE II) พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปรับแนวปฏิบัติที่มีอยู่มาใช้ หรือต้องมีการพัฒนาขึ้นใหม่ (ดูหัวข้อ 10) | 3-14,16,17,19,20,38,39 | |
| | 6. อภิปรายถึงความจำเป็นหรือโอกาสที่ต้องประสานกับองค์กรอื่นที่พัฒนาแนวปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการทำงานประสานกันในส่วนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือ บางส่วนของแนวปฏิบัติ | 7,8,13,16,20,24,25,40 | |
| | 7. ลองพิจารณาถึงการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จะพัฒนาขึ้นนี้ในกรณีหากนำไปใช้ และอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง (เช่น แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้จะปรับปรุงผลลัพธ์ให้ดีขึ้นอย่างไร ข้อเสนอแนะที่ให้มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือไม่ ทรัพยากรพร้อมหรือไม่ เป็นต้น | 3-9,11,13-15,17,19-21,24,27,32,35,41 | |
| | 8. เลือกหรือหาวิธีการที่จะได้มาซึ่งฉันทามติ ในการจัดลำดับความสำคัญ และการเลือกหัวข้อ (เช่น การโหวต การหาข้อสรุปโดยการใช้วิธีการเดลไฟ เป็นต้น) (ดูหัวข้อ 4) | 4-6,13,17,20,36 | |
| | 9. บันทึกกระบวนการการจัดลำดับความสำคัญ และการเลือกหัวข้อเพื่อยืนยันความโปร่งใส | 4-6,11,13,17,20,36 | |
| 3. สมาชิกกลุ่มแนวปฏิบัติ (Guideline Group Membership) | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>1. กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติต้องมาจากตัวแทน สหวิชาชีพ ได้แก่ สมาชิกที่มาจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล แพทย์/พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี และผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อจะได้ทำบทบาทที่จำเป็นได้สำเร็จ (เช่น คณะทำงาน คณะกรรมการแนวปฏิบัติ) (ดูหัวข้อ 6)</p> | <p>1,3-7,9-11, 13-16,19-25,27, 37,39,42,43</p> | |
| | <p>2. กำหนดวิธีการ สำหรับการรับสมัครสมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น การติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวน การนัดสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกจากผู้สนใจ เป็นต้น)</p> | <p>1,2,5,6,9-11,13, 16,20,24,25,43</p> | |
| | <p>3. คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติต้องประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนที่เหมาะสมและเพียงพอหัวข้อ (เช่น ผู้เชี่ยวชาญ และ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานกับประชากรเป้าหมาย สัดส่วนระหว่างเพศ และพื้นที่ภูมิภาคของสมาชิกคณะกรรมการแนวปฏิบัติ) ซึ่งอาจจะต้องมีการพิจารณาซ้ำในการเพิ่มจำนวนสมาชิก เมื่อกลุ่มเป้าหมาย และหัวข้อในแนวปฏิบัติมีการปรับแก้) (ดูหัวข้อ 5)</p> | <p>1-8,10,13-16,20, 24,25,27,37, 39,43</p> | |
| | <p>4. พิจารณานาขนาดจำนวนสมาชิกที่มีได้มากที่สุดสำหรับกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น หากกลุ่มมีจำนวนสมาน้อยเกินไปอาจทำให้ขาดประสบการณ์ ที่จำเป็น ความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหา และความครอบคลุมของตัวแทน แต่หากมีจำนวนมากเกินไปก็อาจส่งผลถึง ความเป็นปึกแผ่นและประสิทธิภาพของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม)</p> | <p>1,2,4-7,9,13-16, 20,23,24,37,43</p> | |
| | <p>5. ร่างบทบาทและงานที่ต้องรับผิดชอบสำหรับสมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น ทีมเขียน ทีมการบันทึกรายงานการประชุม และขั้นตอนการตัดสินใจที่เกิดขึ้น การให้การปรึกษาด้านระเบียบวิธี การทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ การให้ข้อคิดเห็นฝ่ายผู้ป่วย การให้ข้อคิดเห็นฝ่ายผู้ดูแลทางคลินิก เป็นต้น)</p> | <p>1,2,4-10,13-16, 20,22,24,37, 39,43</p> | |
| | <p>6. เลือกประธานกลุ่ม หรือหัวหน้า ที่มีประสบการณ์ในการนำกลุ่มหรือเอื้ออำนวยกลุ่ม สามารถรักษารายการที่สร้างสรรค์ จับประเด็นความขัดแย้งและจัดการกับความขัดแย้งได้ ความเป็นกลางและมีความเป็นเหตุเป็นผล มีความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและระเบียบวิธี</p> | <p>1,2,4-9,13-16,20, 23-25,37,39,43</p> | |
| | <p>7. บันทึกถึงขั้นตอน หรือกระบวนการการเลือกสมาชิกกลุ่ม และบทบาท เพื่อยืนยันความโปร่งใส</p> | <p>1,2,5-8,13,16, 20,21,23,27,43</p> | |

| 4. กำหนดแนวปฏิบัติของกระบวนการกลุ่ม (Establishing Guideline Group Processes) | | | |
|---|--|--|---|
| | | 1. กำหนด วิธีการและความถี่ในการสื่อสารระหว่างสมาชิกของกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ และกลุ่มอื่น ๆ ผู้ที่รับผิดชอบในการเชิญประชุมและให้การพิจารณาในกรณีที่จะปรับเปลี่ยนตามที่ได้กำหนดไว้ | 1,2,4-6,8,9, 13,15,16,20, 24,43 |
| | | 2. กำหนดความคาดหวัง และ การตระหนักถึงกระบวนการกลุ่มที่จะเกิดขึ้นในช่วง การแนะนำตัว ช่วงอบรม และการสนับสนุนสำหรับสมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น การตั้งค่าใช้จ่ายที่ถูกต้องตามหลักการในการอภิปรายกลุ่ม และการตัดสินใจ) | 1,2,4,6-9,14, 16,19,23,24, 37,44 |
| | | 3. ในการอบรมกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ ต้องเน้นย้ำให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการและวิธีการของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สมาชิกต้องดำเนินตามขั้นตอนที่กำหนด (เช่นวิธีการได้มาซึ่งฉันทมติที่อาจต้องใช้ การออกเสียง (โหวต) แบบเปิดเผยและไม่เปิดเผย การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ การอภิปรายกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ) | 1,2,4,6-9,14,15, 19,24,33,44 |
| | | 4. จัดเงื่อนไขที่เหมาะสมที่สุดที่เชื่อมต่อสมาชิกกลุ่มในโอกาสของการให้ข้อเสนอแนะอย่างเท่าเทียมเสมอภาคกัน และการที่ ข้อคิดเห็น และข้อโต้แย้ง ได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสม (เช่น ในระหว่างการอภิปรายกลุ่ม การตัดสินใจ และในช่วงของการพัฒนาข้อเสนอแนะ) | 1,2,6-9,13,16, 19,23,24,33, 37,44 |
| | | 5. กำหนดวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งหรือการพิพาทระหว่างสมาชิกในกลุ่มและการที่กระบวนการกลุ่มไม่สามารถดำเนินการต่อได้ | 2,7-9,13,15,16, 19,33,44 |
| | | 6. ให้โอกาสในการอภิปราย และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้นตลอดช่วงของการพัฒนาแนวปฏิบัติ | E*, 6 |
| | | 7. กำหนดวิธีการ และเวลา ในการแจกจ่ายเอกสารและการจัดเก็บเอกสารที่ใช้และที่ได้พัฒนาไปแล้วในการพัฒนาแนวปฏิบัติ | 2,5,8,9,14-16 |
| | | 8. กำหนดองค์ประชุม (เช่น อย่างน้อยร้อยละ 75 ของสมาชิกต้องเข้าร่วมประชุมในการพัฒนาข้อเสนอแนะ) แต่คาดหวังว่าสมาชิกทุกคนเข้าร่วมประชุมทุกครั้งได้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ | 4,5,8,13,20 |
| | | 9. กำหนดเวลาและสถานที่ประชุม (เป็นแบบทางไกลหรือ ประชุมด้วยตนเอง) พร้อมทั้งระบุขอบเขต และวาระการประชุมในแต่ละครั้งล่วงหน้า | 1,2,4,5,7,9, 13-16,19,20,43 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | 10. บันทึกรายงานการประชุมทุกครั้งและระบุว่าเผยแพร่สู่สาธารณะหรือสามารถเข้าถึงได้ในระดับนานาชาติหรือไม่ (เช่นรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม วาระการประชุม ผลการพิจารณา และขั้นตอนที่จะดำเนินการต่อไป) | 2,4,5,8,15,43 | |
| 5. ระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการเลือกหัวข้อ (Identifying Target Audience and Topic Selection) | | | |
| | 1. ระบุ นิยาม และ/หรือ ทบทวนกลุ่มเป้าหมายปฐมภูมิ (เช่น แพทย์ปฐมภูมิ ผู้จัดการโครงการดูแล) และกลุ่มเป้าหมายทุติยภูมิ (เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาล) สำหรับแนวปฏิบัติ และตัดสินใจจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถระบุได้ในแนวปฏิบัติ | 4,5,7,8,11,14-16, 19,20,23,27,35, 37,39,42,45 | |
| | 2. ปรีกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับระบุไว้ เพื่อยืนยันถึงความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายต่อหัวข้อแนวปฏิบัตินั้น และเพื่อไม่ให้กลุ่มเป้าหมายใดถูกละเลย (ดูหัวข้อที่ 6) | 4,14-16,42 | |
| | 3. สร้างวิธีการและเกณฑ์ในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อที่มีความเป็นไปได้ในแนวปฏิบัติ (เช่น เมื่อหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสับสนหรือขัดแย้งกันเอง เมื่อการปฏิบัติปัจจุบันไม่น่าเชื่อถือหรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษา เป็นต้น) | 3-10,12-16,19, 20,24,36,39, 45,46 | |
| | 4. ปรีกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันว่าหัวข้อที่กำหนดในแนวปฏิบัติสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ (ดูหัวข้อที่ 6) | 4-6,12-16,20,24, 36,47 | |
| | 5. เลือก หรือ ระบุวิธีการที่ใช้ในการได้มาซึ่งข้อสรุปหรือความเห็นพ้องกันต่อหัวข้อที่ระบุในแนวปฏิบัติ (เช่น ใช้วิธีการเดลฟาย การเสนอโดยตรงจากสมาชิกโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (NGT)) | 5,9,16,20,36 | |
| | 6. บันทึกขั้นตอนการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการเลือกหัวข้อแนวปฏิบัติเพื่อยืนยันถึงความโปร่งใส | 13-16,20,27, 35,36,42,45 | |
| 6. การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Consumer and Stakeholder Involvement) | | | |
| | 1. กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมและให้การปรึกษาในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อจะได้รับข้อคิดเห็นอย่างครอบคลุมในผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้แนวปฏิบัติ (เช่น กลุ่มวิชาชีพต่างๆ ผู้จัดการทางสุขภาพ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ตัวแทนฝ่ายอุตสาหกรรม) | 1,3,6,9,11,13-16, 19-21,23,24, 27,29,30,32,39 | |
| | 2. ระบุผู้ให้บริการที่เหมาะสมเพื่อเข้ามามีส่วนร่วม และให้การปรึกษาในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น ผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลคนไข้ บุคคลทั่วไปที่มีโอกาสเป็นผู้ป่วย และเป็นผู้สนับสนุนกองทุนการดูแลทางสุขภาพผ่านการจ่ายภาษี องค์กรชุมชนที่เป็นตัวแทนผู้รักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย และกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือในนามผู้รักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วย และผู้ดูแล) | 1,6,7,9,11,14-16, 21,23,24,27,29, 30,37,39,47 | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>3. สร้างวิธีการเพื่อให้ ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม และการลงทะเบียนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไว้ในแนวปฏิบัติ (เช่น การลงทะเบียนให้ผู้ใช้บริการ และสมาชิกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้มีส่วนร่วมโดยตรงในคณะกรรมการแนวปฏิบัติ การประกาศรับผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้มีส่วนร่วมในช่วงประชุมหรือเมื่อมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นครั้งๆไป การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเผยแพร่เอกสารและรับฟังข้อมูลย้อนกลับ การระบุระยะเวลาในการพิจารณาเอกสารและการให้ข้อมูลย้อนกลับ)</p> | <p>1,5,6,9,11,13-16, 19-21,23,24, 29,30,32,37, 39,43,47</p> | |
| | <p>4. ให้ข้อมูล (เช่น การอบรม กิจกรรมการนำเข้าสู่โครงการ) สำหรับผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในคณะกรรมการแนวปฏิบัติ เพื่อเป็นการทำความเข้าใจเรื่องบทบาท และเพิ่มการมีส่วนร่วมให้มากที่สุด (เช่น การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรม การหลีกเลี่ยงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของความสนใจหรือผลประโยชน์ส่วนตัว)</p> | <p>1,6,15,23,24,29,32 ,37,47</p> | |
| | <p>5. กำหนดบทบาท กิจกรรม และระยะเวลาในการปรึกษาจาก ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในคณะกรรมการแนวปฏิบัติ (เช่น ขั้นตอนที่สำคัญในช่วงที่พัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ การให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นในชั้นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือกหัวข้อสำหรับแนวปฏิบัติ การระดมกลุ่มประชากรเป้าหมาย การระบุผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วย การระบุหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ การชี้ประเด็นผลกระทบที่คณะกรรมการ ฯ ไม่ได้คำนึงถึง การพิจารณาร่างแนวปฏิบัติฉบับสุดท้าย เป็นต้น)</p> | <p>1,6,11,14-16,19, 21,24,29,32,37, 39,48</p> | |
| | <p>6. พัฒนา หรือ นำแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานมาใช้เป็นแนวทางสำหรับ ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แสดงความคิดเห็น ในช่วงที่ขอคำปรึกษา โดยมีข้อเสนอแนะที่ชัดเจน หรือ มีหลักสูตรอบรมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของข้อเสนอแนะที่จะได้มา</p> | <p>5,6,13,15,32</p> | |
| | <p>7. ให้ระยะเวลาที่เหมาะสม สำหรับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้ข้อเสนอแนะ หรือ ให้การปรึกษา</p> | <p>13,15,29,32</p> | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>8. กำหนดนโยบายและกระบวนการสำหรับการรับมือกับข้อเสนอนะ และความเห็นต่างของลูกค้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น การยืนยันว่าความเห็นที่หลากหลายจะได้รับการพิจารณาในการตัดสินใจ การให้เหตุผลการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนเพื่อแสดงถึงความโปร่งใส การใช้กระบวนการอุทธรณ์สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การตีพิมพ์ความคิดเห็นที่ได้จากที่ปรึกษาและคำตอบจากคณะกรรมการแนวปฏิบัติ)</p> | 5-7,13,29,32,48 | |
| | <p>9. บันทึกการลงทะเบียนและการเลือกผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการเข้ามาเป็นคณะกรรมการแนวปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม และการให้การปรึกษา ของผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายอื่นทั้งหมด เพื่อยืนยันความชัดเจนและความโปร่งใส</p> | 1,5,13,15,16,21,27,29,32 | |
| <p>7. การพิจารณา ความขัดแย้งของผลประโยชน์ (Conflict of Interest (COI) Considerations)</p> | | | |
| | <p>1. กำหนดนโยบายในการประกาศผลประโยชน์ของผู้มีส่วนร่วมรายบุคคลตั้งแต่เริ่มแรกก่อนร่วมโครงการ รวมถึง ผู้ที่มีศักยภาพในการเป็นคณะกรรมการแนวปฏิบัติก่อนที่จะเข้ามามีส่วนร่วม (เช่น ผลประโยชน์ใดควรประกาศ ด้านการเงิน ด้านสติปัญญา ด้านการศึกษา และด้านคลินิก การแข่งขันระหว่างสังคมวิชาชีพ)</p> | 4-7,9,11,13-16,18,20,21,23-26,37,39,43,45,49,50 | |
| | <p>2. กำหนดนโยบายเรื่องการตัดสินใจเรื่องความขัดแย้งของผลประโยชน์ ตลอดจนวิธีการในการรวบรวมข้อมูล และปรับการประกาศความขัดแย้งของผลประโยชน์ให้เป็นปัจจุบัน (เช่น รายได้เท่าไรที่ต้องทำการเปิดเผย ระยะเวลาในการประกาศครอบคลุมนานเท่าไร ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าเกิดความขัดแย้งในผลประโยชน์)</p> | 4-7,9,11,13-16,18,20,21,23-26,37,43,45,49,50 | |
| | <p>3. ให้ข้อแนะนำที่ชัดเจนและให้การอบรมสำหรับผู้ที่มีศักยภาพในการเป็นสมาชิกคณะกรรมการแนวปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับการประกาศความขัดแย้งของผลประโยชน์ รวมทั้ง รายชื่อผู้ที่ต้องทำการประกาศความขัดแย้งของผลประโยชน์ และลักษณะของผลประโยชน์ที่ต้องประกาศพร้อมยกตัวอย่างประกอบ</p> | 4-7,9,13-16,18,20,24,26,37,45,49,50 | |
| | <p>4. กำหนดนโยบายสำหรับการจัดการเรื่องความขัดแย้งของผลประโยชน์ (เช่น บุคคลที่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ไม่จำเป็นต้องออกจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่ต้องงดการออกเสียง ในช่วงของการพัฒนาข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่ขัดแย้งนี้ ปรระธานต้องไม่มีความขัดแย้งของผลประโยชน์ การเตรียมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องมาจากกลุ่มนักระเบียบวิธี ที่ไม่มีความขัดแย้งของผลประโยชน์)</p> | 4-7,9,11,13-16,18,20,21,23-26,37,43,45,49,50 | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | 5. กำหนดนโยบายการจัดการความขัดแย้งของผลประโยชน์ด้านงบประมาณสนับสนุนต่อกิจกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น การช่วยเหลือเพื่อกองทุนสาธารณะ การไม่รับทุนอุดหนุนเชิงพาณิชย์ การรับทุนอุดหนุนเชิงพาณิชย์จากองค์กร/นิติบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อแนวปฏิบัติ การรับการสนับสนุนเชิงพาณิชย์ต่อกิจกรรมทางอ้อมเช่น การแปล การไม่รับแหล่งสนับสนุนเพียงแหล่งเดียว) | 7,16,21,26,27, 30,49 | |
| | | 6. เปิดเผยและตีพิมพ์แหล่งทุน และอธิบายบทบาทของผู้ให้ทุนอุดหนุน และการสนับสนุนที่ให้การพัฒนาแนวปฏิบัติ | 3,4,7,9,16,21,23,2 4,26,27,30,35, 39,51 | |
| | | 7. เปิดเผยอย่างชัดเจนตีพิมพ์และอธิบายความขัดแย้งของผลประโยชน์ของสมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยเฉพาะหากความขัดแย้งนั้นมีผลจำเพาะต่อข้อเสนอแนะ | 3-7,9,11,14-16, 20,21,23,24,26, 27,35,37,43,50, 51 | |
| 8. การสร้างคำถามตามกรอบ PICO ((PICO) Question Generation) | | | | |
| | | 1. กำหนดวิธีการในการสร้างคำถามสำหรับแนวปฏิบัติ การลำดับความสำคัญของคำถาม และการเลือกและจัดระดับผลลัพธ์ | 3-7,9,11-16,19, 20,23,24,30,34, 39,43,45,46,52 | |
| | | 2. การสร้างและบันทึกคำถามสำคัญ (เช่นทางคลินิก ทางสุขภาพ ทางนโยบาย ต้นทุนประสิทธิผล) เพื่อนำไปตอบในแนวปฏิบัติโดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน (เช่น PICO) และกำหนดเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของคำถาม หากไม่สามารถตอบคำถามได้ทั้งหมด (เช่น สืบจากสมาชิกคณะกรรมการแนวปฏิบัติ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง) | 3-7,9-16,19,20, 23,24,27,30,34, 39,43,45,46,52 | |
| | | 3. อธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับประชากรเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ คำนึงถึงลักษณะเฉพาะของประชากร เช่น ความชุกของการเป็นโรคร่วมของประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และประเด็นความเสมอภาค (เช่น เหตุผลที่สามารถอธิบายได้ถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มที่ได้เปรียบและกลุ่มที่เสียเปรียบ) | 4-9,11,12,14-16, 19,20,23,24,27, 31,35,39,41,43, 53,54 | |
| | | 4. พิจารณาว่าต้องได้รับการรับรองด้าน กฎหมายก่อนหรือไม่ ในการพิจารณาการจัดกระทำ (เช่น ในแนวปฏิบัติระดับนานาชาติอาจไม่ต้องขอการรับรอง เนื่องจากการได้รับการรับรองด้านกฎหมายไม่ได้ระบุสำหรับทุกประเทศกลุ่มเป้าหมาย) | 4,5,7,8,14,21,24,3 1,32 | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | 5. อธิบายอย่างชัดเจนในตัวจัดกระทำ และตัวเปรียบเทียบที่ต้องพิจารณาในแนวปฏิบัติ โดยพัฒนากรอบแนวคิดวิเคราะห์เพื่อแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการจัดกระทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และระบุว่าต้องเพิ่มเติมการเปรียบเทียบ(ของการรักษา)หรือไม่ | 4-9,11-16,19-21, 23,24,34,35,43, 46,55 | |
| | 6. ระบุผลลัพธ์ที่สำคัญ (เช่น ผลลัพธ์ที่เกิดจากแนวทางคลินิก ความพิการ คุณภาพชีวิต การตาย) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (เช่น ประโยชน์ การลดภาวะ และการประหยัดค่าใช้จ่าย) และไม่พึงประสงค์ (เช่น อันตรายที่เกิดขึ้น ภาวะ ค่าใช้จ่าย และการลดความเป็นอิสระของผู้ป่วย) อย่างมองข้ามผลลัพธ์ที่สำคัญ ที่ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน | 4-9,11-16,19-21, 23,24,27,34,39, 43,46,52 | |
| | 7. พิจารณาถึงแหล่งที่ตั้ง (เช่น ประเทศ โรงพยาบาล) หรือ อาจรวมเข้าไปในช่วงที่พิจารณาถึงกลุ่มประชากร (นั่นคือประชากรที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) | 4-7,19,20, 24,34,45,52 | |
| | 8. เลือกผลลัพธ์สำคัญที่มีต่อผู้ป่วยมากกว่าผลลัพธ์ตัวแทนและ ผลลัพธ์ทางอ้อม พิจารณาถึงผลลัพธ์ตัวแทนที่เหมาะสมตามเหตุและผลหากผลลัพธ์สำคัญที่มีต่อผู้ป่วยมีข้อมูลไม่เพียงพอ | 4-6,14,16, 19,20,24,34,39, 43,46,52 | |
| | 9. จัดลำดับความสำคัญของผลลัพธ์ คำนึงถึงคุณค่า และความชอบของประชากรเป้าหมาย | 4,5,7,11-16,20, 24,34,43,52 | |
| | 10. กำหนดหรือพัฒนากระบวนการในการตัดสินล่วงหน้าต่อขนาดของผลกระทบ/ขนาดอิทธิพล ของผลลัพธ์ที่สำคัญต่อประชากรเป้าหมายแต่ละตัว | 34,43 | |
| | 11. เน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ และการปรึกษาจากผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อยืนยันถึงความครอบคลุมของการเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมาย ในการสร้างคำถาม และการเลือกและจัดระดับผลลัพธ์ที่สำคัญ | 1,4,5,7,14,20,24,3 2,52 | |
| | 12. บันทึกวิธีการได้มาซึ่งคำถาม และการจัดลำดับความสำคัญ การเลือก และจัดระดับผลลัพธ์ และการปรึกษาผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อแสดงความโปร่งใส | 4,5,7,13,34,45 | |
| | 13. ตรวจสอบว่าโครงร่างแนวปฏิบัติประกอบไปด้วยประชากรเป้าหมาย เจือปน (โรค/ความเจ็บป่วย) เป้าหมาย ผลลัพธ์ และคำถามสำคัญ เพื่อช่วยชี้นำไปยังหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ต้องทบทวน | 5,11,13,15,23, 27,34,35,43,45 | |
| 9. การพิจารณา ความสำคัญของผลลัพธ์และการจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ และความเป็นประโยชน์ (Considering Importance of Outcomes and Interventions, Values, Preferences and Utilities) | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | 1. ตัดสินใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับ การจัดกระทำ และผลลัพธ์ที่สำคัญ คุณค่า ความชอบ หรือความเป็นประโยชน์ของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น ผู้ป่วย และกลุ่มเป้าหมาย) ที่จะนำมาใช้ในการวางแผนและตัดสินใจในช่วงของการพัฒนาแนวปฏิบัตินั้นจะไดมาโดยทางตรงหรือทางอ้อม (เช่น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือ จากการปรึกษาผู้ให้บริการ) | 1,4,6,7,9,11,13, 15,16,20,21,23, 24,27,37,43,47, 48 | |
| | 2. สร้างวิธีการสำหรับการปรึกษากับผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่สำคัญและ การจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ หรือความเป็นประโยชน์ (เช่น การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในคณะกรรมการแนวปฏิบัติ การสำรวจหรือสัมภาษณ์รายกลุ่มกับตัวแทนผู้ให้บริการที่กว้างออกไป) | 6,15,16,24,37, 47,48 | |
| | 3. ตัดสินใจว่าต้องใช้วิธีการประเมินความเชื่อมั่นในข้อมูลที่รวบรวมได้ เกี่ยวกับ ระดับของความสำคัญ คุณค่า ความชอบ และความเป็นประโยชน์ (ได้แก่ คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้) | E, 48 | |
| | 4. กำหนดหากจะใช้รูปแบบหรือวิธีการผสมผสานผลลัพธ์ที่สำคัญและการจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ หรือความเป็นประโยชน์ พร้อมทั้งวางแผนว่าจะทำอย่างไร | E, 46,48 | |
| | 5. กำหนดว่าจะรวบรวมความคิดเห็นจากใครเมื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่สำคัญและการจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ หรือความเป็นประโยชน์ ในขั้นตอนของการพัฒนาข้อเสนอแนะ (เช่น ผู้ป่วย สาธารณะ สังคม ผู้ปฏิบัติ) | 4,20,37,47,48 | |
| | 6. พิจารณา และบันทึก วิธีการที่จะใช้ในการจัดการกับข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อพิจารณา ผลลัพธ์ที่สำคัญและการจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ หรือความเป็นประโยชน์ (เช่น ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยกับสาธารณะ) | 15,20,43,47,48 | |
| | 7. บันทึกวิธีการในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ที่สำคัญและการจัดกระทำ คุณค่า ความชอบ หรือความเป็นประโยชน์ เพื่อยืนยันถึงความชัดเจนและความโปร่งใส | 1,6,11,15,27,43,47, ,48 | |
| | 8. บันทึกหากต้องพิจารณาด้านจริยธรรม เช่น ข้อเสนอแนะนั้นควรมีการพิจารณาเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยจำเพาะ หรือ ที่มีเงื่อนไขจำเพาะหรือไม่ (เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ โรคที่พบน้อย หรือกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ) | 47 | |
| | 9. กำหนดวิธีการในการพิจารณาด้านจริยธรรมและคุณธรรมในการทำข้อเสนอแนะทางสุขภาพ (เช่น การคำนึงถึงหลักศาสนา สังคม หรือ ความเชื่อทางวัฒนธรรม) | 56 | |

| 10. กำหนดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ และการสืบค้น (Deciding what Evidence to Include and Searching for Evidence) | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | 1. ดำเนินการตามขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ไม่ว่าจะเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบอย่างสมบูรณ์ หรือ แบบเร่งด่วน ขึ้นอยู่กับหัวข้อ และ กรอบแนวคิดของแต่ละองค์กร) หรือให้เหตุผลประกอบหากไม่ได้ทำ | 3-16,19-25,27, 39,43,46,57,58 | |
| | | 2. พัฒนาโครงร่างเพื่อระบุแหล่งสืบค้น การเลือก และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (เช่น สืบค้นจากงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีอยู่แล้ว ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยเริ่มต้นใหม่ หรือการสืบค้นวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลที่ไม่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Grey Literature)) จากนั้น พิจารณาถึงชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น ฐานข้อมูลในการสืบค้น ประเภทของงานวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก การสืบค้นงานวิจัยที่จำเพาะเกี่ยวกับผลตรงข้าม (ที่เป็นโทษ) หรือตัดสินใจที่จะใช้ข้อมูลที่กล่าวถึงผลตรงข้าม (ที่เป็นโทษ) ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์) | 3-16,19-25,27, 34,35,39,43,46, 57 | |
| | | 3. กำหนดผู้รับผิดชอบในการกำหนดกลยุทธ์ ในการสืบค้น และดำเนินการสืบค้น ตลอดจนคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (เช่น คณะทำงานในคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ หน่วยงานจากองค์กรภายนอก สร้างสัมพันธภาพระหว่างคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ กับหน่วยงานภายนอก เพื่อดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกัน) | 2,4-11,13, 15,24,43,57 | |
| | | 4. ประเมินคุณภาพของงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีอยู่แล้ว ที่จะนำมาใช้ โดยใช้เครื่องมือประเมินความเที่ยงสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น AMSTAR) เพื่อยืนยันคุณภาพและความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในแนวปฏิบัติ | 4-7,9-12,14-16, 20,24,39,43,46, 57,58 | |
| | | 5. ในกรณีที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่ทันสมัยแล้ว หรือ ต้องมีการปรับให้ทันสมัย ให้มีการกำหนดว่า จะมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่เข้ามาปรับอย่างไร รวมทั้งวิธีการติดต่อผู้ทบทวนวรรณกรรมเจ้าของเดิมเพื่อหาแนวทางความเป็นไปได้ในการทำงาน ร่วมกัน ในการปรับให้ทันสมัยต่อไป | 3,7,20,58 | |
| | | 6. ในกรณีที่ ต้องมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขึ้นมาใหม่ ให้มีการดำเนินการประเมินว่า มีทรัพยากรที่เอื้อในการดำเนินการหรือไม่ (เช่น เวลาและงบประมาณ) หากว่าต้องดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เต็มรูปแบบ | 7,14,20,57 | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | 7. ในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด ให้มีการพิจารณาใช้วิธีการแบบรวบรัด และจะต้องมีการระบุอย่างชัดเจน ในขั้นตอนดำเนินการ ถึง ข้อจำกัดที่สำคัญ ความไม่แน่นอนที่เป็นผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและควรมีการระบุถึงความจำเป็นและความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เต็มรูปแบบต่อไป | 7,8,20,57 | |
| | | 8. กำหนดวิธีการในการ ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมหรือแหล่งข้อมูลที่ไม่ได้มีการตีพิมพ์ (เช่น ข้อเสนอแนะจาก สมาชิกของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ หรือ การขอคำปรึกษาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) | 5,8,11,13,16,19,34,57 | |
| | | 9. กำหนดนโยบาย ในการจัดการกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ (เช่น ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ) เนื่องจากไม่ได้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยตรง จึงควรระบุ และ นำมาสนับสนุนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือ จากการสังเกตที่เป็นไปทำนองเดียวกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และหากเป็นไปได้ควรทำอย่างเป็นระบบและมีความโปร่งใส เช่น อาจระบุในกรอบแนวคิด เป็นต้น) | 8,10,11,16,24,55 | |
| | | 10. บันทึกและตีพิมพ์ วิธีการสืบค้นและการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การพิจารณาคุณสมบัติในการคัดเข้า ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเข้า และกลยุทธ์ที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล เพื่อที่จะแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนและความโปร่งใส | 3-5,8,11,13,14,16,19-21,23,27,35,58 | |
| 11. การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพิจารณาข้อมูลอื่นที่สำคัญ (Summarizing Evidence and Considering Additional Information) | | | | |
| | | 1. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ของผลลัพธ์แต่ละตัว ให้ กระชับ ชัดเจน (เช่น การนำเสนอในรูปแบบของตาราง หรือการสรุปเป็นข้อมูลเฉพาะตัว) ได้แก่ ความแม่นยำในการวินิจฉัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ อันตรายที่เกิดขึ้น ทรัพยากรหรือค่าใช้จ่าย คุณภาพของหลักฐาน พร้อมทั้งสรุปค่าประสิทธิผลหรือค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้นในผลลัพธ์แต่ละตัว | 4-8,10-16,19-21,24,27,35,39,43,46,57,58 | |
| | | 2. สรุป ข้อมูลที่จำเป็นที่ต้องการเพิ่มเติมสำหรับการกำหนดข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ (เช่น ข้อสรุปเชิงพรรณนาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ หรือตารางหลักฐานเชิงประจักษ์) ได้แก่ คุณค่า หรือความชอบ บัจจัยที่อาจจะมีผลต่อผลลัพธ์ที่คาดหวัง ความจำเป็น (ความชุก ความเสี่ยงเบื้องต้น หรือ สถานะ) ผลกระทบต่อ ความเท่าเทียมกัน ความเป็นไปได้ และความพร้อมของทรัพยากร | 3-7,10,11,13-15,20,23,24,27,31,43,45-47,54,57,59-61 | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | 3. กำหนดวิธีการในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรที่ใช้ ค่าใช้จ่าย (เช่น การสืบค้นถึงผลลัพธ์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ การพัฒนารูปแบบในเชิงเศรษฐศาสตร์ หรือการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล) | 4,5,7,11,13-15, 19-21,23,24,27, 43,46,59,61 | |
| | | 4. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่าย ทรัพยากรที่ใช้ หรือหากเป็นไปได้ ต้นทุนประสิทธิผล และอธิบาย ลักษณะธรรมชาติของค่าใช้จ่าย (ผู้ป่วย ชุมชน สังคม) (เช่น ความเป็นไปได้ในการจ่าย การประมาณการทรัพยากรที่ต้องใช้ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับประโยชน์และโทษที่ได้จากการกระทำนั้นๆ) | 4,5,7,11,13-15, 19-21,23,24,27, 43,46,59,61 | |
| | | 5. บันทึกวิธีการที่ใช้สำหรับนำข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ มารวมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันความโปร่งใส (เช่น ข้อสรุปที่เป็นทางการเกี่ยวกับความชอบของผู้ป่วย ข้อสรุปเกี่ยวกับความเท่าเทียมกัน การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ที่ทำอย่างเป็นทางการ และการใช้ข้อมูลที่ได้จากการแยกส่วนวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ) | 4,5,7,10,11, 13-15,19-21, 24,31,35,43,46, 47,57,61 | |
| | | 6. จัดอบรมเกี่ยวกับ การใช้ตารางหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดโอกาสในการซักถาม อภิปราย เพื่อยืนยันว่าสมาชิกแต่ละคน ของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ มีความคุ้นเคยกับตาราง และมีการใช้ข้อมูลในตารางได้อย่างเหมาะสม | 2,15,28 | |
| | | 7. นอกเหนือจากตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบฉบับสมบูรณ์ และงานวิจัยที่นำเข้ามาใช้ในการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งอื่น สำหรับ คณะกรรมการแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการพิจารณา (เช่น อาจมีการพัฒนาเว็บไซต์ และหรือ เตรียมข้อมูลให้พร้อมเมื่อมีการประชุม และ ติดต่อสื่อสารผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์) | 15,57 | |
| 12. การประเมินคุณภาพ ความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Judging Quality, Strength or Certainty of a Body of Evidence) | | | | |
| | | 1. เลือก กรอบแนวคิด ที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา คุณภาพของหลักฐาน เชิงประจักษ์ (เช่น GRADE, USPSTF) หลีกเลี่ยงการดัดแปลง เครื่องมือดังกล่าว | 4-16,19-25, 43,46,58,62 | |
| | | 2. กำหนดผู้รับผิดชอบในการ ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (เช่น ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี ที่ไม่มีความขัดแย้งที่เป็นสมาชิกในคณะทำงาน) | 4,6,10,14-16,63 | |
| | | 3. ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ของผลลัพธ์ที่สำคัญรายตัว | 4,5,7,11-16,43, 46,58,62 | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | 4. ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ในภาพรวม (เช่น คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับต่ำสุดในผลลัพธ์ที่ถูกจัดลำดับว่าสำคัญหรือวิกฤติที่สุด หรือ คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสูงสุดเมื่อผลลัพธ์ ทุกตัว เป็นไปในทิศทางเดียวกัน) | 4,5,7-9,11-16, 19-21,43,46, 58,62 | |
| | | 5. รายงานคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมิน ในแต่ละผลลัพธ์ และ หลักฐานที่สนับสนุน | 4,7,8,12,14,15, 20,21,23,46,51, 63 | |
| | | 6. บันทึก วิธีการ หรือเหตุผลในการตัดสินใจ สำหรับการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อยืนยัน ความโปร่งใสและ ความชัดเจน | 4,5,7,8,11,13-16, 19-21,23,43, 58,62 | |
| 13. การพัฒนาข้อเสนอแนะ และระบุความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ (Developing Recommendations and Determining their Strength) | | | | |
| | | 1. นำ กรอบแนวคิด ที่ระบุถึงปัจจัย ที่ต้องนำมาพิจารณา ก่อนที่จะกำหนด ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ | 3,5-16,19-21, 24,27,35,39,43, 46,62,64 | |
| | | 2. วางแผนและ แลกเปลี่ยน ข้อมูล เกี่ยวกับ รายละเอียดของการประชุม เพื่อหาข้อสรุป ในการกำหนด ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การแจกเอกสารล่วงหน้า ก่อนการประชุม (เช่น ข้อสรุปของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตารางจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่อ้างอิงข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ) กำหนด วาระการประชุม และกำหนด วิธีการที่จะได้มาซึ่งความเห็นชอบของกลุ่ม (เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย เทคนิคการเสนอข้อสรุปโดยใช้กระบวนการกลุ่ม) | 7,9,10,16,19,43 | |
| | | 3. ทบทวน ปัจจัยในกรอบแนวคิด ที่อาจจะมีผลต่อ ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ทิศทาง หรือความเข้มแข็ง (เช่น ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการนำมาวิเคราะห์ ความสมดุลระหว่าง ผลลัพธ์ ที่ต้องการและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลลัพธ์จากคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ค่าความแตกต่างระหว่าง ประโยชน์ที่ได้รับกับอันตรายที่เกิดขึ้น หรือ ข้อมูลเกี่ยวกับ ระดับความเชื่อมั่น หรือความแปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นหากพิจารณาถึงคุณค่าและความชอบหรือความเข้ากันได้กับผู้ใช้ ทรัพยากรที่ต้องใช้ ความเสมอภาค และ ปัจจัยอื่น) | 3-8,11,12,14-16, 19,20,23,24,27, 35,39,43,46,54, 62,64 | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>4. หากเป็นไปได้ ควรจะมีการกำหนดวิธีการในการพัฒนาข้อเสนอแนะในกรณีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอ หรือ มีคุณภาพต่ำ (เช่น ข้อเสนอแนะที่มีเงื่อนไขหรือข้อบ่งชี้เพื่อใช้ในการตัดสินใจอย่างโป่งใส และไม่ควรมีการกำหนดข้อเสนอแนะ หากคณะ กรรมการแนวปฏิบัติ มีความรู้สึกที่มีความเสี่ยงที่ ข้อเสนอแนะดังกล่าวอาจไม่ถูกต้อง หรือ อาจแนะนำให้ปฏิบัติ เมื่อมีผลการวิจัยรองรับเพิ่มเติมอย่างชัดเจนมากขึ้น)</p> | <p>4,5,7,11,13-15, 20,46,64</p> | |
| | <p>5. ให้ข้อมูล เกี่ยวกับ ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม และตำแหน่งของข้อมูล (เช่น ระบุไว้ที่ภาคผนวกของแนวปฏิบัติ เกี่ยวกับ คำถามการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง ผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วยที่ต้องประเมินและ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องสำหรับความจำเป็นของงานวิจัย เพื่อลดความไม่มั่นใจ ในประโยชน์ และหรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการจัดกระทำ)</p> | <p>5-7,14,15, 46,64,65</p> | |
| | <p>6. พัฒนาข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ และสรุป เหตุผล ที่นำมาซึ่งข้อเสนอแนะแต่ละข้อ (เช่น ในรูปแบบของการพรรณนา หรือในรูปแบบของตาราง) รวมทั้งข้อมูลที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการพิจารณาตัดสินจากคณะทำงาน และความเชื่อมโยงระหว่าง ข้อเสนอแนะกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สนับสนุนข้อเสนอแนะดังกล่าว</p> | <p>4-7,11-13,15, 16,20,21,24,27, 35,39,46,51,63, 64</p> | |
| | <p>7. เลือกวิธีการจัด ระดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่จะนำข้อปฏิบัติไปใช้รับรู้ถึงความเชื่อมั่นของกลุ่มผู้พัฒนาหากทำตามแนวปฏิบัติดังกล่าว</p> | <p>4,6-9,12-16, 19-24,43,46, 62,64</p> | |
| | <p>8. เลือกวิธีการที่จะ หาข้อสรุป ในการ จัดระดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ (เช่น ใช้วิธี เดลฟาย หรือ เทคนิคการเสนอข้อสรุปโดยใช้กระบวนการกลุ่ม หรือ วิธีการโหวต)</p> | <p>2,4,6,7,15,16, 20,43</p> | |
| | <p>9. ให้ข้อเสนอแนะในการตัดสินว่า ข้อเสนอแนะนั้นเหมาะสมในการเป็น เกณฑ์ในการวัดพฤติกรรม หรือ เกณฑ์คุณภาพหรือไม่ (เช่น แนวทางการจัดการที่เป็นข้อเสนอแนะที่เข้มแข็งจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพในระดับสูงหรือปานกลางถือว่าเป็นตัวเลือกที่ดีในการใช้เป็นเกณฑ์วัดคุณภาพ แต่ หากเป็นข้อเสนอแนะที่ยังไม่มีน้ำหนักพอ (อ่อน) การพูดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยในกลยุทธ์การจัดการ และการบันทึกกิจกรรมดังกล่าวอาจใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพแทน)</p> | <p>4,9,13,16,24,41,64</p> | |
| | <p>10. บันทึกผลสรุปของการพิจารณา ในการกำหนดข้อเสนอแนะและการระบุถึงระดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะนั้น ๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความโป่งใสและความชัดเจน</p> | <p>3,4,6-8,11-13, 16,19-21,23,24, 27,35,43,51,64</p> | |

| 14. การใช้คำในการเขียนข้อเสนอแนะ และการพิจารณาถึงการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ และความเสมอภาค (Wording of Recommendations and of Considerations of Implementation, Feasibility and Equity) | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | 1. พิจารณาใช้คำที่เป็นมาตรฐานในการพัฒนาข้อเสนอแนะ เพื่อความชัดเจน และความสม่ำเสมอในการใช้ตลอดทั้ง ชุดของแนวปฏิบัติ โดยหลีกเลี่ยง การใช้คำที่ไม่ชัดเจนและไม่จำเพาะ | 4,5,7-9,13,14, 16,19-21,23, 24,27,43,46,64 | |
| | | 2. เขียนข้อเสนอแนะในรูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้เลย พร้อมข้อมูลที่เพียงพอ โดยผู้ที่ไม่จำเป็นต้อง ไปค้นข้อมูลประกอบเพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมอีก | 4,5,7-9,14,16, 20,21,23,24,27, 35,46,51,63 | |
| | | 3. กำหนดทิศทางที่ชัดเจน หรือ ช่วยตีความเพื่ออธิบายการประยุกต์ใช้ระดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะสำหรับ บุคลากรในทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล) ผู้ป่วย ผู้ที่กำหนดนโยบาย หรือกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง | 4,8,9,13,14,16, 19,20,35,46,64 | |
| | | 4. กำหนดหรือระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนว่าข้อเสนอแนะนั้นสำหรับกลุ่มใด การจัดการกระทำที่เสนอแนะ ตลอดจนวิธีการอื่นหรือทางเลือกอื่น | 4,5,8,9,13,16,20,3 5,46,63,64 | |
| | | 5. ระบุ หรือทำเครื่องหมายหมายเหตุให้เห็นชัดเจน เพื่อที่จะอธิบายถึง บริบท ความเป็นไปได้และการนำข้อเสนอแนะไปประยุกต์ใช้ และเน้นข้อพิจารณาที่สำคัญก่อนนำข้อเสนอแนะไปใช้ เช่น ความเสมอภาค และสถานการณ์จำเพาะ หากนำข้อเสนอแนะไปใช้ (เช่น ลักษณะ อย่งไรบ้าง ที่ควรจะนำข้อเสนอแนะไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ การจัดการกระทำหรือการรักษาที่จำเพาะ หรือคุณค่าหรือความชอบจำเพาะ หรือใช้เมื่อมีทรัพยากรที่กำหนดเพียงพอ และอื่น ๆ เป็นต้น) | 3-5,8,9,13,16, 20,24,31,35,43, 46,48,54,60,64 | |
| | | 6. รายงานนำเสนอคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และระดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะต่อท้ายข้อเสนอแนะแต่ละข้อ | 6-9,13,16,19-21, 24,35,46,51 | |
| | | 7. กำหนดวิธีการที่จะนำมาใช้ ในการ หาข้อสรุปร่วมกันของการใช้คำในประโยคของข้อเสนอแนะ (เช่น ทบทวนและให้ความเห็นชอบ หรือการหาข้อสรุปอย่างเป็นทางการ) | 4,7,9,16,21, 43,64 | |
| | | 8. เขียนข้อเสนอแนะ ที่ สามารถเข้าใจง่าย และเห็นชัด (เช่น ไม่ควรที่จะเขียนข้อเสนอแนะภายในย่อหน้าที่ยาวเกินไป หรือ สรุปข้อเสนอแนะไว้ด้วยกันในส่วนของบทสรุป) | 5,9,14-16,24,27, 46,63 | |
| 15. การเขียนรายงานแนวปฏิบัติ และการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reporting and Peer Review) | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | 1. พัฒนาหรือใช้รูปแบบที่เป็นมาตรฐาน ในการเขียนรายงาน แนวปฏิบัติ อันประกอบด้วย โครงสร้าง หัวข้อ และเนื้อหา | 5-7,9-11,14-16, 18,20-22,25,35, 39,43,51,63 | |
| | | 2. พิจารณา รูปแบบ ในการ เตรียมผลผลิตของแนวปฏิบัติ (เช่น แนวปฏิบัติฉบับเต็ม แนวปฏิบัติฉบับเต็มพร้อมกับแนบรายงานที่เป็นข้อมูลการพัฒนา แนวปฏิบัติฉบับย่อสำหรับผู้ปฏิบัติหรือผู้กำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติฉบับผู้ให้บริการสำหรับผู้ป่วย) ทั้งนี้ให้เป็นไปตามแผนของการเผยแพร่แนวปฏิบัติ (ดูหัวข้อ 16) | 3-12,14-16, 20-22,24,25,41, 51,63 | |
| | | 3. กำหนด ผู้ที่รับผิดชอบ ในการเขียนผลผลิตของแนวปฏิบัติ (เช่น คณะอนุกรรมการ ในกลุ่มแนวปฏิบัติ) และกำหนดความเป็นเจ้าของงานหรือผู้สนับสนุน (เป็นของคนใดคนหนึ่ง เป็นขององค์กรหรือเป็นของคณะทำงาน) (ดูหัวข้อ 1) | 3-5,7,8,11, 13-16,20,43,63 | |
| | | 4. ดำเนินการให้มีการพิจารณาร่างแนวปฏิบัติจากสมาชิกทุกคนในกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยให้เวลาและโอกาสอย่างเหมาะสมในการให้ข้อมูลย้อนกลับ การอภิปราย และการแก้ไข | 5-8,13,16,43, 63,65 | |
| | | 5. ขอรับความเห็นชอบจากสมาชิกทุกคนของคณะทำงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ต่อแนวปฏิบัติ ฉบับล่าสุด | 1,5,7-9,11,12, 16,21,24,43 | |
| | | 6. แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิระดับองค์กร (ภายในองค์กร) ในการตรวจสอบแนวปฏิบัติ ที่ได้พัฒนาขึ้น | 5-13,15,16, 20,25,41,43, 63,65 | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>7. กำหนดวิธีการที่จะให้มีการตรวจสอบแนวปฏิบัติฉบับล่าสุดจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ของเนื้อหา ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความชัดเจน รูปแบบของแนวปฏิบัติ และ ประโยชน์ของแนวปฏิบัติ ตลอดจนรับฟัง ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ในมุมมองอื่นที่นอกเหนือจากกลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ (เช่น จากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับเชิญมาวิพากษ์ การจัดประชาพิจารณ์ในฉบับที่ได้ทำการปรับจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่มพัฒนา แนวปฏิบัติครบทุกคนแล้ว การส่งเข้ารับการตีพิมพ์ในวารสาร ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา (peer-reviewed journal))</p> | <p>3,5-11,13-16,20-25,27,28,39,41,43,63,65</p> | |
| | <p>8. บันทึก กระบวนการตรวจสอบ แนวปฏิบัติ ทั้งจาก ผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก หากเป็นไปได้ เผยแพร่/ตีพิมพ์ข้อคิดเห็นที่ได้รับและการตอบกลับจากคณะทำงาน ที่พัฒนาแนวปฏิบัติ</p> | <p>5-10,13,16,21,23,25,35,41,63,65</p> | |
| <p>16. การเผยแพร่แนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Dissemination and Implementation)</p> | | | |
| | <p>1. มีการเตรียมการ ในการวางแผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติเชิงรุก โดยใช้วิธีการหลากหลาย เพื่อที่จะเพิ่มการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยคำนึงถึงประโยชน์การนำไปใช้และ ลิขสิทธิ์ (เช่น นำแนวปฏิบัติเผยแพร่ทางระบบออนไลน์ มีการสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ กับ หน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการที่เผยแพร่แนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อเพิ่มการยอมรับ จัดประชุมแถลงข่าวกับผู้สื่อข่าว ใช้กลยุทธ์ทางสังคมออนไลน์ การเผยแพร่ ข้อมูลผ่านทางการประชุมวิชาการ ของหน่วยงาน ของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่กลุ่มเป้าหมายอ่าน)</p> | <p>3-5,7,9-12,14-16,19-22,24,39,41,43,66,67</p> | |
| | <p>2. แนะนำวิธีการใช้ หรือวิธีการปรับแนวปฏิบัติไปใช้ หรือนำอนุพันธ์บางส่วน ไปใช้ในการปฏิบัติ (เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันในมือถือ การผสมผสานไปกับระบบที่ใช้ในการประกอบการตัดสินใจทางคลินิก การปรับแนวปฏิบัติให้เป็นเสมือนแหล่งการศึกษา/แหล่งข้อมูล สำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยใช้เป็นสื่อสำหรับการสอนนอกสถานที่)</p> | <p>4-8,11,12,15,16,20,21,24,25,27,35,41,43,60,63</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | 3. กำหนดข้อพิจารณา หากว่าต้องมีการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ โดยต้องระบุข้อแนะนำที่จำเพาะและชัดเจน ว่าจะมีการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติได้อย่างไรในบริบทอื่นเพื่อผู้ใช้ที่ต้องการนำไปใช้ในบริบทอื่นสามารถทำได้อย่างเป็นระบบและโปร่งใส (เช่น การปรับ แนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับแหล่งทรัพยากรและความเสี่ยงพื้นฐานของหน่วยงาน การนำไปใช้ที่แตกต่างออกไปจากข้อคิดเห็น หรือการตัดสินใจของคณะกรรมการแนวปฏิบัติ) | 7,15,16,19,21, 27,38,60 | |
| | | 4. กำหนดเป็นระเบียบและข้อบังคับ หากต้องมีการแปลแนวปฏิบัติเป็นภาษาอื่น (เช่น ให้อุคคลหรือองค์กรที่สาม สามารถแปลได้ตามด้วยการให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการแนวปฏิบัติ และต้องมีสมาชิกที่รับผิดชอบในเรื่องการแปลแนวปฏิบัติ ในคณะทำงานแนวปฏิบัติ เป็นต้น) | 7,16,25,38 | |
| 17. การประเมินผลและการ ใช้แนวปฏิบัติ (Evaluation and Use) | | | | |
| | | 1. การประเมินภายใน (ได้แก่ การทำรายงานการประเมินตัวเอง) ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ รวมถึง การประชุมกลุ่มคณะกรรมการแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะ โดยการถามข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกกลุ่ม | E, 65 | |
| | | 2. พิจารณาและกำหนด การศึกษานำร่อง ในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ กับกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ทดลองใช้กับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ) | 6,15,16,19,27, 35,65 | |
| | | 3. กำหนดเกณฑ์ และกำหนดเครื่องมือ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปใช้ในการตรวจสอบและติดตาม การนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เช่น กำหนดผลลัพธ์ ที่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และข้อแนะนำในวิธีการประเมิน หรือวิธีการวัดผลลัพธ์นั้น เป็นต้น) | 3-7,9,11,12, 14-16,19,21,24, 27,35,38,41,65 | |
| | | 4. ให้การสนับสนุน ตลอดจน มีเครื่องมือ สำหรับการติดตามประเมินผลถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เช่น การใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม การใช้การประเมินผลลัพธ์แบบวัดก่อนหลังอย่างรัดกุม เนื่องจากความไม่มั่นใจในผลลัพธ์หลังจากนำไปใช้) | 4,5,7,11,15,19, 21,65,66 | |
| | | 5. พิจารณาความเป็นไปได้ในการมีส่วนร่วมของผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ในการประเมินผลลัพธ์เมื่อมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (เช่น ร่วมกับหน่วยงานที่นำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อวางแผนศึกษาถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น) | 5,7,15,16,24,25,65 ,66 | |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| | | 6. วางแผนในการรวบรวมข้อมูลการประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ใช้ เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงวิธีการนำข้อเสนอแนะไปใช้ที่มีความเป็นไปได้จากมุมมองของผู้ใช้เอง ในแนวปฏิบัติฉบับต่อไป | 4-6,11,16, 19,24,38,65 | |
| 18. การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย (Updating) | | | | |
| | | 1. กำหนดนโยบาย วิธีการ ช่วงเวลา ที่จะต้องมีการติดตาม และประเมินว่าแนวปฏิบัติควรจะมีการปรับให้ทันสมัย เมื่อใด (เช่น มีการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบให้ทันสมัยทุก ๆ 3 ปี เพื่อตรวจสอบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่) | 3-9,11,12, 14-16,19-25,27, 35,38,41,43, 65,68 | |
| | | 2. กำหนดให้มีผู้ที่รับผิดชอบในการติดตามตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอหรือเป็นงานประจำว่ามีวรรณกรรมใหม่ที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นหรือไม่ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญหรือไม่ (เช่น อาจเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ เป็นระยะระยะ เพื่อประเมินแนวปฏิบัติเป็นต้น) | 3,5-9,14-16,20, 24,38,43,65 | |
| | | 3. กำหนด เงื่อนไขว่าเมื่อไหร่ ควรปรับปรุงแนวปฏิบัติ เพียงเล็กน้อย หรือเมื่อไหร่ต้องมีการปรับปรุงใหม่ทั้งหมด (เช่น เมื่อข้อเสนอแนะบางข้อต้องการการปรับให้ทันสมัย หรือเมื่อข้อเสนอแนะตลอดทั้งเล่มล้าสมัยทำให้แนวปฏิบัติทั้งหมดไม่น่าเชื่อถือ หรือเมื่อการรักษาแบบใหม่ที่เกิดขึ้นจำเป็นสำหรับข้อเสนอแนะ เป็นต้น) | 3-7,9,11,15, 16,20,22-24, 41,65,68 | |
| | | 4. กำหนด สมาชิกคณะแนวปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม หลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติเสร็จแล้ว (เช่น มีการหมุนเวียนสมาชิกของคณะทำงานทุก 1-2 ปี เลือกคณะทำงานใหม่เมื่อมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย การคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมจากประธานคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติเดิม เป็นต้น) | 5,9,13,20,25,38,65 | |
| | | 5. มีการกำหนดงบประมาณและแผนดำเนินการ ในการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย ในอนาคต (เช่น การกำหนดงบประมาณดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การคงไว้ซึ่งคณะกรรมการอำนวยการเพื่อกำกับกระบวนการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย) | 15,16,65 | |
| | | 6. มีการบันทึกถึงแผนและวิธีการ ที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับคณะทำงานในการดำเนินงานต่อไป | 3,15,16,27,35,68 | |

* หัวข้อที่ได้จากการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

REFERENCES

1. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):15.
2. 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.
3. 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.
4. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6>. Accessed April 22, 2013.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. 2011; <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>. Accessed April 22, 2013.
7. World Health Organization. WHO Handbook for Guideline Development. 2012; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
8. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Methodology Manual and Policies from the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. 2010; http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Development/Methodologies-and-Policies-from-the-ACCAHA-Task-Force-on-Practice-Guidelines_UCM_320470_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
9. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: A Quality-Driven Approach for Translating Evidence into Action. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2013;148(1 suppl):S1-S55.

10. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Handbook. 2012; <http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/pebc-products/>. Accessed April 22, 2013.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines and Recommendations: A CDC Primer*. Atlanta, Georgia: Office of the Associate Director for Science Centers for Disease Control and Prevention;2012.
12. Davino-Ramaya C, Krause LK, Robbins CW, et al. Transparency matters: Kaiser Permanente's National Guideline Program methodological processes. *The Permanente journal*. Winter 2012;16(1):55-62.
13. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Task Force on Preventive Health Care Procedure Manual. 2011; <http://canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual/>. Accessed April 22, 2013.
14. Gutiérrez GC, Bossert T, Espinosa JQ, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010; <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20METODOLOGICA%20PARA%20LA%20ELABORACION%20DE%20GU%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL.pdf>. Accessed April 22, 2013.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud: Manual metodológico. 2007; <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>. Accessed April 22, 2013.
16. German Association of the Scientific Medical Societies (AWMF) - Standing Guidelines Commission. AWMF Guidance Manual and Rules for Guideline Development, 1st Edition, English Version. 2012; <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-guidance.html>. Accessed May 2, 2014.
17. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):14.
18. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Manuscript Development Process. 2010; http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Policies-Development_UCM_316897_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
19. New Zealand Guidelines Group. *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington: New Zealand Guidelines Group;2001.

20. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual. 2008; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/methods/procmanual.htm>. Accessed April 22, 2013.
21. 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.
22. Ministerio de Salud. Norma técnica para la elaboración de guías de practica clinica. 2005; http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1176_DGSP196.pdf. Accessed April 22, 2013.
23. 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.
24. 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.
25. European Society of Cardiology. Recommendations for Guidelines Production. 2010; <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/about/Pages/rules-writing.aspx>. Accessed April 22, 2013.
26. 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.
27. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2010;182(18):E839-E842.
28. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):13.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence. How NICE clinical guidelines are developed: An overview for stakeholders, the public and the NHS. 5th Edition. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6f>. Accessed April 22, 2013.
30. Jacobs AK, Kushner FG, Ettinger SM, et al. ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(2):213-265.

31. 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.
32. Cluzeau F, Wedzicha JA, Kelson M, et al. Stakeholder Involvement: How to Do It Right: Article 9 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):269-273.
33. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):17.
34. 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.
35. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139(6):493-498.
36. 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.
37. Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P, Schunemann H, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012;7(1):60.
38. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, et al. Adaptation, Evaluation, and Updating of Guidelines: Article 14 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):304-310.
39. Esandi ME, Luca MD, Chapman E, Schapochnik N, Bernztein R, Otheguy L. Guía para la adaptación de Guías de Práctica Clínica. 2008; <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/GuiadeGuias.pdf>. Accessed April 22, 2013.

40. Schunemann HJ, Woodhead M, Anzueto A, et al. A guide to guidelines for professional societies and other developers of recommendations: Introduction to integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):215-218.
41. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw J, Schunemann H, Eccles M. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012;7(1):62.
42. 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.
43. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S, et al. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):53S-70S.
44. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix A – Agreements and advice for Guideline Development Group members. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6a>. Accessed April 22, 2013.
45. National Health and Medical Research Council. Guideline Development and Conflicts of Interest: Identifying and Managing Conflicts of Interest of Prospective Members and Members of NHMRC Committees and Working Groups Developing Guidelines. 2012; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-and-publications/information-guideline-developers/guideline-development-and-conflicts>. Accessed April 22, 2013.
46. Woolf S, Schunemann H, Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*. 2012;7(1):61.
47. 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.

48. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):22.
49. Boyd E, Bero L. Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):16.
50. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Conflict of Interest Policy. 2011; <http://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=7582&contextId=1377>. Accessed April 22, 2013.
51. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 14. Reporting guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):26.
52. Schunemann H, Oxman A, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):18.
53. 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.
54. National Institute for Health and Clinical Excellence. Positively Equal: A guide to addressing equality issues in developing clinical guidelines. 2012; <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/PositivelyEqual.jsp>. Accessed July 5, 2013.
55. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):19.
56. Hofmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. Summer 2005;21(3):312-318.
57. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):20.

58. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, et al. Synthesis, Grading, and Presentation of Evidence in Guidelines: Article 7 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):256-261.
59. Edejer T. Improving the use of research evidence in guideline development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):23.
60. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):25.
61. Hill SR, Olson LG, Falck-Ytter Y, et al. Incorporating Considerations of Cost-Effectiveness, Affordability, and Resource Implications in Guideline Development: Article 6 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):251-255.
62. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):21.
63. Wilson KC, Irwin RS, File TM, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF. Reporting and Publishing Guidelines: Article 12 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):293-297.
64. 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.
65. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):28.
66. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):27.

67. 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.
68. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Document Assessment and Review Protocol. 2012; http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/document_review/. Accessed April 22, 2013.