



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

یکپارچه سازی ارزیابی عملکرد، حفظ شایستگی و توسعه تخصصی مداوم

داروسازان جامعه

واژه های کلیدی: ارزیابی عملکرد، شایستگی، توسعه مداوم حرفه ای

مقدمه

حرفه های بهداشتی خود تنظیم کننده در کانادا موظفند اطمینان حاصل نمایند که پزشکان دارای مجوز، مراقبت ایمن و موثر را فراهم می نمایند. برای انجام این تعهد، مقامات نظارتی در درون ایالات با هماهنگی سیاست ها در سطح ملی ایجاد شده اند. برای حرفه داروسازی، سازمان های ایالتی به عنوان کالج های داروسازان شناخته شده اند در حالی که سازمان ملی، انجمن ملی مقامات مجاز تنظیم مقررات داروسازی (NAPRA) است. این وضعیت در کانادا مشابه با بسیاری از کشورهای غربی، از جمله ایالات متحده است که در آن هیئت های دولتی داروسازی و انجمن ملی هیئت های داروسازی وجود دارند. کشورهای دیگر نیز دارای مقامات نظارتی متمرکز مانند جامعه سلطنتی دارویی بریتانیای کبیر هستند.

از لحاظ تاریخی، مقامات نظارتی حرفه های بهداشتی روی برآورده سازی وظایف حفاظت عمومی خود متمرکز بوده اند تا اطمینان حاصل شود که متخصصان مراقبت های بهداشتی در زمان ورود به کار، شایسته بوده اند. برای داروسازان کانادایی، الزامات مورد نیاز برای اخذ مجوز شامل نیاز به کاندیدهای فارغ التحصیل شده از یک برنامه داروخانه معتبر توسط شورای کانادایی برای اعتباربخشی برنامه های داروسازی (CCAPP)، ۱ می شود که در آزمون های احراز شرایط هیئت بررسی داروسازی (PEBC) کانادا ۲ و آزمون حقوقی قبول می شوند و دوره انترنی ساختاریافته NAPRA را کامل می نمایند. 3 برای حصول اطمینان از اینکه این الزامات جاری و موثر باقی می مانند، همچنان تلاش و منابع قابل توجهی باید اختصاص داده شود. این منجر به اصلاحات در معیارهای اعتبارسنجی رسمی

CCAPP می شود که شامل نتایج آموزشی مبتنی بر مراقبت های دارویی و استراتژی های آموزشی می باشد که مشوق یادگیری مادام العمر هستند، ۱ در حالی که PEBC فراتر از ارزیابی های کتبی گسترش یافته است و شامل آزمون های ساختار یافته بالینی هدف مبتنی بر شایستگی می شود (OSCE). ۲

به موازات این پیشرفت ها در الزامات ورود به عمل، مقامات نظارتی نیز سیستم ها را برای اطمینان از ارائه مداوم مراقبت ایمن و موثر توسط پزشکان توسعه دادند. در ابتدا، این برنامه ها به بررسی و مدیریت شکایات بیمار در برابر اعضا محدود شده بود. با این حال، زمانی که اکتشاف اطلاعات مربوط به سلامت رشد یافت، روش های جدید نیاز شد تا اطمینان حاصل شود که دانش پزشکان 'به طور مداوم به روز می شود و با عمل تلفیق می شود. آموزش مداوم (CE) برای رفع این نیاز با طیف وسیعی از حرفه ها در کشورهای متعدد معرفی شد که CE اجباری را به عنوان یک نیاز برای حفظ پروانه یا گواهینامه معرفی نمودند. 4-6 هدف از CE اجباری، اطمینان عموم از کیفیت مداوم مراقبت های ارائه شده توسط پزشکان بود. 7 با این حال، زمانی که تجربه از CE اجباری به دست آمد، شواهد پژوهشی مستندسازی نمودند که CE اجباری بر عملکرد کاری موثر نیست. 8، 9 این مورد منجر به سوالات مطرح شده از طرف حرفه هایی مانند داروسازی شد: "آیا سیستم بهتری امکانپذیر است؟ آیا یک مدل متفاوت می تواند نتایج مطلوب و یا بهتر را تولید نماید؟ چگونه و توسط چه کسی، می توان از شایستگی حرفه اطمینان حاصل نمود؟" 10 (P6) هدف از این مقاله، ارائه یک مدل جدید برای اطمینان از شایستگی مداوم داروسازان و توصیف تحقیقات مورد نیاز برای اعتبارسنجی این مدل است.

یکی از رویکردهایی که به عنوان یک روش بهتر برای اطمینان از حفظ شایستگی نسبت به CE اجباری پیشنهاد می شود، توسعه مداوم حرفه ای (CPD) است. 10، 11 بسیاری از سازمان های داروسازی بین المللی، ملی و ایالتی، از جمله چند کالج داروسازی کانادا، برای این منظور از برنامه های CPD حمایت کرده اند. 12-15 Rouse ۱۶ (p2069)، برای داروسازان، CPD را به عنوان "حوزه نتایج ساختاریافته، خود جهت یافته، مداوم و متمرکز بر بهبود یادگیری و شخصی تعریف می نماید." فدراسیون بین المللی داروسازی (P2) 13 (FIP) که برای حفظ شایستگی به طور مستقیم به CPD مرتبط است، در بیانیه خود در سال ۲۰۰۲ اظهار می نماید CPD "مسئولیت داروسازان فردی

برای حفظ نظام مند، توسعه و گسترش دانش، مهارت ها و نگرش ها، برای اطمینان از شایستگی مداوم به عنوان یک حرفه ای، در طول حرفه آنهاست. " یکی از جنبه های اساسی CPD اینست که خود هدایت شده، با ۲ مرحله در چرخه CPD سنتی است که شامل خودارزیابی و توسعه برنامه های یادگیری خودهدایت شده برای جبران نیازهای یادگیری می شود. بسیاری از نویسندگان به چالش های پیش روی پزشکان در این وظایف خود هدایت شده اذعان نموده اند. Rouse16 مشخص نموده است که داروسازان برای خودارزیابی و یادگیری خودهدایت شده در چرخه CPD به کمک شخص ثالث نیاز دارند. سازمان های ملی و ایالتی داروسازی توسط توسعه برنامه های خودارزیابی که داروسازان می توانند برای شناسایی نیازهای یادگیری برای CPD استفاده نمایند، به این نیاز پاسخ داده اند. 14 15 با این حال، منتقدان CPD، به افزایش شواهدی اشاره نموده اند که پزشکان همچنان دارای توانایی محدود در شناسایی و پاسخ دقیق به این نیاز هستند. Norman 17-19 ، 18 در نوشته خود در مورد برنامه های شایستگی مداوم بر اساس CPD- در پزشکی در کانادا، نیز بر عدم وجود شواهد کافی تاکید می کند که CPD خودهدایت شده در اطمینان از حفظ شایستگی و بهبود عملکرد عملی، موثر است. نتیجه گیری او این است که، تا زمانی که چنین شواهدی وجود داشته باشند، حفظ برنامه های شایستگی باید شامل بخشی از ارزیابی قضاوت خارجی باشد. ائتلاف حمایت از شهروندان 4، در گزارش خود در مورد حفظ و بهبود شایستگی سلامت حرفه ای، به نتیجه گیری های مشابه رسیده اند. آنها اظهار نظر نمودند که اگر چه خودارزیابی به احتمال زیاد در برنامه مهارت مداوم در حال تولد غالب است، هدف آن، حرکت به ارزیابی مستقل شخص ثالث در طی یک دوره از زمان است. گزارش موسسه آمریکایی پزشکی در مورد آموزش متخصصان بهداشت دارای پیشنهادات قوی تری است که خواستار مشروعیت تمام هیئت های حرفه ای بهداشتی است که نیاز به این دارند که اعضای آنها به صورت دوره ای شایستگی مداوم خود را نشان دهند و توصیه نموده است که این هیئت ها به سمت نیاز به آزمایش دقیق برای این منظور حرکت می نمایند. 20

در کانادا، چنین تغییرات قانونی در اوایل سال ۱۹۹۱ آغاز شد، زمانی که قانون جدید مشاغل بهداشتی در ایالات انتریو، مقامات نظارتی برای همه رشته های حرفه ای بهداشت را ملزم نمود تا برنامه های حصول اطمینان از کیفیت

عمل اعضای خود و ارتقاء شایستگی مداوم را توسعه دهند. 21 کالج داروسازان انتاریو ۱۴، با توسعه یک برنامه توسعه حرفه ای مداوم مبتنی بر بررسی دقیق پاسخ دادند که شامل یک ارزیابی اجباری شخص ثالث از دانش و شایستگی عمل می شود. در اوایل سال ۱۹۷۷، کالج داروسازان British Columbia نیز یک ارزیابی شخص ثالث را در برنامه ارزیابی شایستگی اصلی خود گنجاند. 5 این برنامه در حال حاضر در دانشکده داروسازان British Columbia ۱۵ و برنامه داروسازان در ایالات آلبرتا ۲۲ همچنان به ارزیابی های شخص ثالث اعم از امتحانات کتبی تا ارزیابی ها در محل ادامه می دهد. در سال ۱۹۹۹، چارچوب مدل برنامه شایستگی مداوم NAPRA برای داروسازان کانادا، نیاز به ارزیابی های شخص ثالث را نیز گنجاند است. 23 دو مورد از اصول این برنامه ملی در راستای تحقق تعهد حفاظت عمومی از دانشکده های داروسازان ایالات بود. این برنامه شایستگی مداوم باید:

(۱) شامل یک جزء ارزیابی باشد که قضاوت می کند که آیا داروسازان فردی، شایستگی خود را برای کار حفظ کرده اند، و؛

(۲) تمام داروسازان کاری را به طور منظم و به صورت دوره ای ارزیابی نماید

مدل NAPRA، نیز تعدادی از فرمت های ارزیابی را شناسایی نمود که می تواند در یک برنامه ارزیابی شایستگی مداوم استفاده شود، اما اذعان نمود که برای تعیین مناسب ترین فرمت های ساختار و ارزیابی، تحقیقات مورد نیاز است.

توصیه های NAPRA، مشخص نموده است که در داروخانه ها، و سایر حرفه های بهداشتی، طراحی ارزیابی های شخص ثالث در مورد متخصصان در حال کار چالش برانگیز است و تلاش های پیاده سازی با مقاومت قابل توجهی توسط پزشکان روبرو شده است. 24-27 بخشی از این مقاومت به این دلیل است که ارزیابی های خارجی مورد استفاده برای کار متخصصان اغلب روی شایستگی پزشک تمرکز می کند نه به جای عملکرد آن. 27، 28 یک تفاوت مهم بین این 2 مفهوم وجود دارد: شایستگی به عنوان چیزی تعریف می شود که متخصصان بهداشت قادر به انجام آن در شرایط آزمایشی مصنوعی هستند؛ عملکرد به عنوان چیزی تعریف می شود که متخصصان بهداشت در عمل روزانه انجام می دهند. 29-32

این تفاوت ها برای توسعه برنامه ارزیابی در متخصصان کاری، به 2 دلیل مهم است. اول، هدف اولیه ارزیابی از متخصصان در حال کار، اطمینان از کیفیت مداوم عمل آنها است. بنابراین، این ارزیابی ها باید 'به جای شایستگی مربوط به آنها، بر عملکرد روزانه پزشکان تمرکز نماید. 32، 33 این از وضعیت ورود به عمل که در آن ارزیابی عملکرد روزانه یک فرد نمونه امکان پذیر نمی باشد تفاوت دارد. به این دلیل است که، قبل از اخذ مجوز، داوطلبان نمی توانند مسئولیت های خود را به صورت مستقل بر مبنای روز به روز انجام دهند. تنها پس از اخذ مجوز اولیه، آنها می توانند عمل مستقل را شروع نمایند و فعالیت های روزانه خود را انجام دهند. بنابراین، ارزیابی های ورود به عمل، نیاز به استفاده از روش های ارزیابی شایستگی در محیط های آزمایش دارد که به عنوان اقدامات جایگزین و پیش بینی کننده های عملکرد در عمل "زندگی واقعی" عمل می نمایند. این اقدامات جایگزین شامل ارزیابی های کتبی از دانش داوطلبان و یا توانایی استفاده از دانش خود، توانایی آنها برای نشان دادن مهارت در محیط شبیه سازی شده، و مهارت آنها در ارائه خدمات یکپارچه به بیماران استاندارد شده می شود (از جمله از طریق OSCEs). 41-34 این وضعیت از چیزی که به طور سنتی ارزیابی شایستگی مداوم نامیده می شود متفاوت است که در آن تمرکز روی ارزیابی متخصصان در حال کار در مراقبت های بهداشتی است. با وجود این عبارت، تمرکز ارزیابی شایستگی مداوم، شایستگی نیست بلکه عملکرد است. در این وضعیت، ارزیابی عملکرد روزانه امکانپذیر است و به تکیه بر ارزیابی های جایگزین مبتنی بر شایستگی نیاز ندارد. این ارزیابی های مبتنی بر عملکرد به طور سنتی شامل ممیزی های عمل، ارزیابی ها در محل، ارزیابی از برخوردهای ضبط شده بیمار و معرفی بیماران شبیه سازی شده در تنظیمات عمل می شود. اگر پزشکان به طور دوره ای مورد ارزیابی قرار گیرند، آنگاه چنین فرمت های ارزیابی های مبتنی بر عملکرد به آنها اجازه می دهد تا توانایی آنها برای قرار دادن دانش در عمل مورد ارزیابی قرار گیرد و به طور قابل قبول تر توسط پزشکان درک شوند. 42

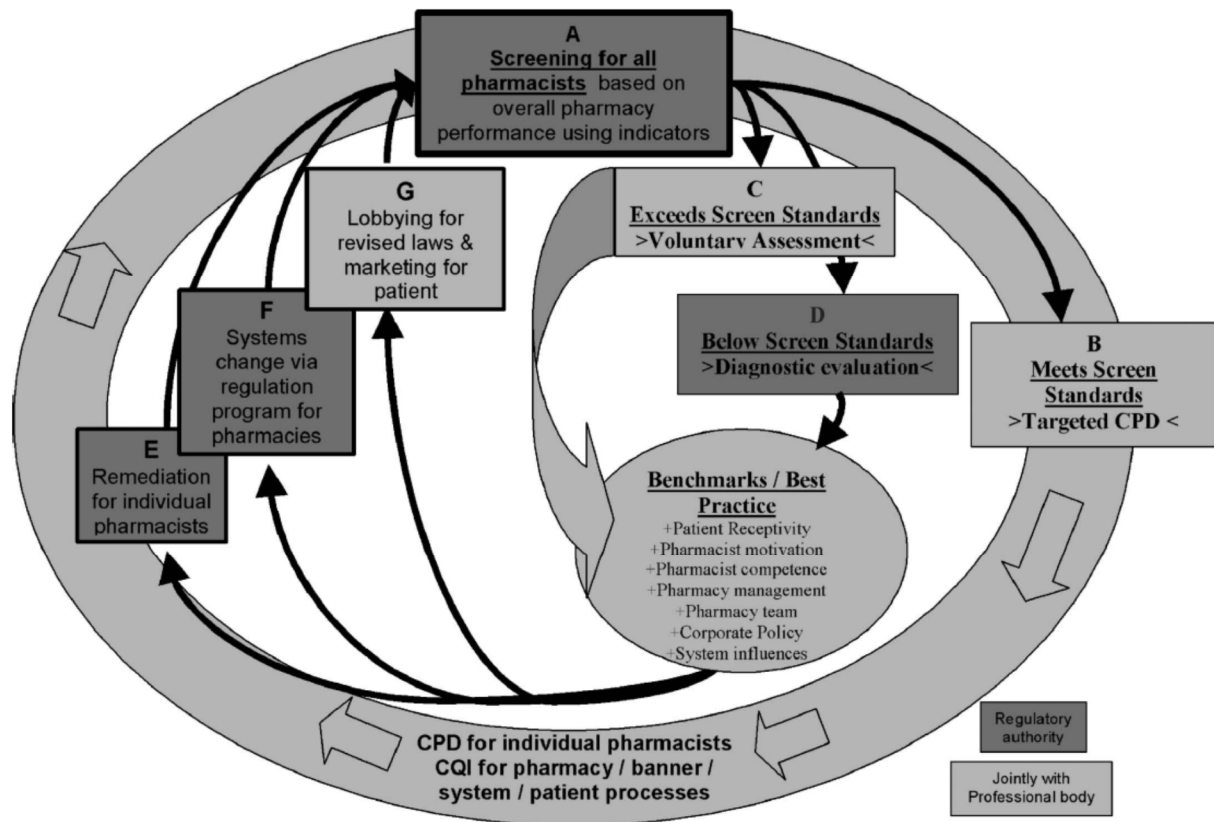
به طور متوازن با این اولویت به سمت ارزیابی عملکرد به جای ارزیابی شایستگی، یک مسئله دوم وجود دارد که این مفاهیم را متفاوت می سازد: شناختن این مورد که عملکرد عملی از چیزی بیشتر از شایستگی متخصصان سلامت تحت تاثیر قرار می گیرد. هر چند قبلاً ادعان شده است که شایستگی یک پیش نیاز برای عملکرد خوب است، نوشته

های اخیر، عوامل تعیین کننده دیگری را برای عملکرد متخصصان بهداشت مستندسازی نموده اند. 29-44 مسائلی چون امکانات و دسترسی به تجهیزات، سازماندهی عمل، برنامه ها و طرح های دولت، انتظارات بیمار، و سیاست های توسعه یافته توسط مرکز عمل کرده اند همه و همه به عنوان عوامل تعیین کننده کیفیت عملکرد پزشکان خانواده شناسایی شده اند. 30، 45-47 بنابراین، اگر چه هدف از ارزیابی های شخص ثالث در مورد عملکرد متخصصین مراقبت های بهداشتی باید ارزیابی عملکرد روزانه پزشکان باشد، این برنامه های ارزیابی نیز باید در میان عوامل تعیین کننده عملکرد عملی تمایز قائل شوند. Farmer44، این اصول را در مدل نظری ارزیابی عملکرد خود برای پزشکان در حال کار اعمال می نماید و مشخص می کند که عملکرد ضعیف ممکن است از ۳ حوزه بوجود آید: متخصص مراقبت های بهداشتی؛ تیم / عمل که در آن متخصص مراقبت های بهداشتی کار می کند؛ و یا سیستم مراقبت سلامت کلی که در آن متخصص مراقبت های بهداشتی کار می کند. Farmer 44 فقط بیانیه های کلی را در مورد انواع ارزیابی های مبتنی بر عملکرد فراهم نموده است که می تواند برای تمایز قائل شدن میان عوامل تعیین کننده عمل مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین، چالش اولیه، شناسایی ارزیابی های مبتنی بر عملکرد که برای ارزیابی عمل متخصصین مراقبت های بهداشتی به صورت منظم عملی است و می تواند به یک برنامه ارزیابی ساختاریابی شود که تاثیرات خارجی را برای عملکرد داروسازان شناسایی می نماید که عوامل تعیین کننده مهم کیفیت عمل می باشند.

چالش دوم، ادغام این ارزیابی های مبتنی بر عملکرد در یک چارچوب CPD است، یک وظیفه که در برنامه های شرح داده شده توسط NAPRA، 23 Rethans، 30 و یا Farmer 44 انجام نشده است. در چارچوب CDP، نتایج ارزیابی های مبتنی بر عملکرد، شخص ثالث می تواند به عنوان نقطه شروع معتبر برای بازتاب عمل فرد به کار گرفته شود که با شناسایی نیازهای یادگیری خاص دنبال می شود. مدل زیر با ادغام تکنیک های ارزیابی عملکرد قرن 21م با توسعه مداوم حرفه ای برای داروسازان جامعه به این 2 چالش می پردازد.

چارچوبی برای ارزیابی عملکرد حرفه ای

شکل ۱، اصول ارزیابی مبتنی بر عملکرد، کاربرد برای تمام داروسازان در حال کار به طور منظم، تمایز شایستگی و عملکرد، و اذعان به ماهیت مراقبت مبتنی بر تیم است که همه در یک چارچوب مبتنی بر CPD یکپارچه شده اند. برنامه ارزیابی مدل با ممیزی شخص ثالث و ارزیابی مراقبت و خدمات ارائه شده در داروخانه های جامعه آغاز می شود. داده های به دست آمده از این ممیزی، داروخانه ها را با سطوح استاندارد بالا، قابل قبول، و پایین در عملکرد (شکل ۱، A) مشخص نمود. کارکنان در داروخانه ها با عملکرد بالا و قابل قبول، تا زمانی که چرخه ارزیابی بعدی آغاز شود، نیاز به هیچ ارزیابی بیشتر اجباری مبتنی بر عملکرد توسط شخص ثالث نداشتند. داروسازان شاغل در این داروخانه ها وارد یک چرخه CPD (شکل ۱، B و C) شدند. بازخورد مبتنی بر عملکرد برای این داروسازان فراموش شد تا از ارتقای بیشتر عملکرد آنها حمایت نماید و یا زمینه های عملکرد زیر متوسط را دوباره همتراز نماید. از کارکنان در داروخانه ها با عملکرد بالاتر نیز درخواست شد که تحت ارزیابی های در محل قرار گیرند تا عوامل تعیین کننده عملکرد کیفیت و معیارها برای این عوامل ایجاد شود. این معیارها از ارزیابی های تشخیصی مورد نیاز در داروخانه ها با کمتر از عملکرد قابل قبول اطلاع رسانی می نمایند (شکل ۱، D). این ارزیابی های تشخیصی تعیین می کند که آیا سطح عملکرد اندازه گیری شده به شایستگی داروسازان مربوط می شود یا عوامل خارجی. این به نوبه خود، توسعه استراتژی های خاص برای حل و فصل مشکلات عملکرد را میسر می سازد. این شامل استراتژی ها با هدف چاره یابی برای داروسازان هدف (شکل ۱، E) می شود که به عوامل داروخانه های خاص مانند سیستم های مدیریت و تخصیص منابع نامناسب (شکل ۱، F) و عوامل متمرکز بر موانع جهانی مانند محدودیت در دامنه عمل، روش بازپرداخت، و یا مقاومت بیمار در برابر ارائه خدمات خاص از طرف داروسازان می پردازد (شکل ۱، G). 48-50 این چرخه زمانی کامل خواهد بود که پیامد این استراتژی های ارزیابی شود زمانی داروسازان دوباره وارد مرحله غربالگری در برنامه ارزیابی می شوند.



شکل ۱. چارچوبی برای ارزیابی عملکرد حرفه ای.

غربالگری بر اساس عملکرد: تمامی داروسازان در حال کار مبتنی بر جامعه

یک ارزیابی مبتنی بر عملکرد توسط شخص ثالث در مورد مراقبت ها و خدمات ارائه شده توسط تمام داروسازان و کارکنان شاغل در داروخانه های جامعه، آغاز این فرآند ارزیابی (شکل ۱، A) است. ارزیابی های عملکرد سنتی مانند ارزیابی ها در محل در این مرحله غربالگری توصیه نمی شوند، زیرا آنها برای بررسی منظم تعداد زیاد پزشکان، بیش از حد وابسته به منابع هستند. در عوض، ارزیابی غربالگری از اطلاعات مبتنی بر عملکرد موجود در طیف وسیعی از پایگاه های داده های اداری در دسترس در بسیاری از ایالات ها، دولت ها و / یا کشورها استفاده می نماید. 51 این پایگاه های داده اغلب به عنوان یک محصول جانبی از بازپرداخت خدمات بهداشتی و درمانی و داروخانه ها تولید می شوند. به عنوان مثال، در ایالات Quebec در کانادا، طرح بیمه درمانی دولت، از پایگاه داده ضبط کننده پرداخت ها برای همه پزشکان و ویزیت ها اتاق اضطراری، از جمله بیمار شناسه های منحصر به فرد و پزشکان و دلیل ویزیت

نگهداری می نماید. یک پایگاه داده دوم، با تمام داروهای تجویزی توزیع شده در داروخانه های جامعه برای بیماران تحت پوشش دولت حفظ می شود. باز هم این پایگاه داده شامل شناسه های بیمار منحصر به فرد، داروخانه ها و داروساز و تاریخ و کمیت هر دارو می شود. در ایالات کانادایی British Columbia، پایگاه داده Pharmanet همچنین شامل اطلاعات در مورد تمام داروهای تجویزی دریافت شده توسط بیماران از طریق داروخانه های جامعه و اورژانس ها می شود. در ایالات متحده، پایگاه های داده خصوصی مانند RxHub و پایگاه های داده عمومی مانند Medicare شامل ثبت های مشابه می شود. هر یک از پایگاه های داده جداگانه حاوی اطلاعات قابل توجهی مربوط به خدمات و مراقبت از بیمار می شود. با این حال، به منظور کیفیت ارزیابی مراقبت، ارزش بیشتری زمانی ایجاد می شود که این پایگاه های داده در هم ادغام شوند. Tamblin و همکاران 52، 53، مفید بودن پایگاه های داده یکپارچه را به عنوان یک منبع اطلاعات برای اندازه گیری کیفیت مراقبت های ارائه شده توسط پزشکان مبتنی بر جامعه بررسی نمودند. در محیط پژوهش Tamblin، اطلاعات مربوط به تشخیص، روش های پزشکی، ویزیت های اورژانس و تجویز داروها، اندازه گیری شاخص های عملکرد پزشک مانند نرخ های غربالگری ماموگرافی، استمرار مراقبت، میزان تجویز خاص بیماری، و میزان تجویز برای منع مصرف را میسر نموده است.

برای داروخانه، شاخص هایی برای شناسایی بیماران در معرض خطر مرگ و یا مرگ و میر مرتبط با مواد مخدر توسعه یافته اند. 54-57 The Quebec Order of Pharmacists، 58 از شاخص های عملکرد در طول بازرسی خود در محل از کیفیت مراقبت های ارائه شده توسط داروخانه های جامعه استفاده می نماید. با این حال، استفاده از پایگاه های داده برای دسترسی و اندازه گیری شاخص های کیفیت مراقبت داروساز گزارش نشده است. کار جاری با پایگاه های داده استفاده شده توسط Tamblin و همکاران، ارزیابی امکان سنجی و اعتبار اندازه گیری شاخص های کیفیت عمل داروساز است. 52، 53 شاخص های در نظر گرفته شده برای اندازه گیری بر اساس یک داروخانه به عنوان مثال عبارتند از:

(۱) نسبت بیماران در مورد مهار کننده های HMG-Co ردوکتاز که غیر سازگار با درمان آنها به نظر می رسد

(۲) نسبت بیماران به آنتی بیوتیک هایی که با یک دستورالعمل برچسب نامناسب از نظر دفعات دوزها توزیع شدند.

(۳) نسبت بیماری‌رانی که تاریخ داروی آنها، استفاده بیش از حد از آگونیست های B2 را نشان می دهد.

هنگامی که عملکرد ارائه شده در مورد این شاخص ها اندازه گیری شود، می تواند در میان داروخانه ها با ویژگی های مشابه مقایسه شوند. اگر چه هیچ نتیجه گیری در مورد عملکرد داروسازان نباید تنها بر اساس این شاخص ها گرفته شود، عملکرد سازگار می تواند برای شناسایی داروخانه های نیازمند به ارزیابی بیشتر مورد استفاده قرار گیرد. از آنجا که داده های مورد نیاز برای اندازه گیری این شاخص های مبتنی بر عملکرد به طور معمول جمع آوری می شوند، این داده ها می تواند به طور معمول برای نمایش کیفیت عملکرد تمام داروسازان جامعه بدون مشارکت اجباری در برنامه ارزیابی های ساختار یافته مورد استفاده قرار گیرند. 59 با این حال، اعتبار استفاده از این شاخص ها به عنوان اندازه گیری های کیفیت عمل داروخانه ها، باید مورد بررسی قرار گیرد، همانطور که اعتبار استفاده از اندازه گیری های مبتنی بر داروخانه برای منعکس نمودن عملکرد داروسازان فردی شاغل در این داروخانه ها است. اگر چه این اصل که عملکرد داروساز با کیفیت بالا، یک پیش شرط لازم برای ارائه مراقبت کیفی در داروخانه های جامعه است، یک اصل بی عیب است، این اصل باید از طریق تحقیقات تجربی بیشتر تایید شود.

عملکرد عملی، استانداردهای مورد نیاز را برآورده می سازد: CPD هدفمند

فرضیه استفاده از یک ارزیابی غربالگری مبتنی بر عملکرد اینست که اکثر داروسازان در داروخانه هایی به کار گرفته می شوند که در آن کیفیت عملکرد مطابق با استانداردهای تعیین شده توسط سازمان ایالتی یا ملی است. 23 بر اساس شواهد از غربالگری مبتنی بر عملکرد توسط شخص ثالث، این داروسازها می توانند "دوباره اعتبارسنجی شوند. 29" از دیدگاه قانونی، این داروسازان به هیچ ارزیابی بیشتر برای مدت زمان چرخه نیاز دارند، بلکه می توانند دوباره به صورت منظم غربالگری شوند. با این حال، از دیدگاه حرفه ای، در این نقطه است که برنامه های CPD می توانند فرصت های ارزشمند برای داروسازان را به منظور ادامه بهبود عملکرد عملی خود فراتر از حداقل استاندارد مورد نیاز برای ارائه خدمات ایمن و موثر (شکل ۱، B) ارائه دهند. بازخورد مبتنی بر عملکرد، فرصتی برای داروسازان فردی را به منظور توسعه CPD هدفمند فراهم می کند. این امر به طور خاص می تواند برای آن دسته از داروسازانی بسیار مفید باشد که عملکرد آنها به طور کلی به صورت رضایت بخش شناسایی شده است، اما با کمبودها در مورد

شاخص های فردی. به عنوان مثال، استفاده از شاخص های نمونه پایگاه داده که قبلا شرح داده شد، عملکرد کلی می تواند به عنوان عملکردی کافی، با عملکرد بالاتر از استاندارد در مورد شاخص های مربوط به فراوانی های آنتی بیوتیک و تطابق با درمان استاتین در نظر گرفته شود در حالی که عملکرد در مورد شاخص در ارتباط با استفاده بیش از حد از آگونیست های B2 ممکن است خط مرزی باشد. اگر این بازخورد به داروسازان ارائه شود، می تواند به عنوان محرک برای انعکاس در چرخه CPD به کار گرفته شود که منجر به یادگیری نسبت به مدیریت آسم و یا مهندسی مجدد سیستم هایی می شود که از ارائه داروسازان مراقبت برای بیماران مبتلا به آسم حمایت می نمایند.

عملکرد عملی، استانداردهای مورد نیاز را برآورده می سازد: تنظیم محک

قبل از اینکه علل ریشه ای مشکلات عملکرد در داروخانه ها با عملکرد ضعیف بتوانند شناسایی شوند، عوامل تعیین کننده عمل کیفی باید شناسایی شود و معیار ها برای این عوامل باید ایجاد شوند. 43 ، 47 برای انجام این کار، داروسازان در داروخانه ها با عملکرد بالاتر، برای انجام ارزیابی های دقیق تشخیصی (شکل ۱، C) درخواست خواهند شد. این مرحله در این چارچوب، تفاوت ها بین شایستگی و عملکرد را شناسایی می کند و تاثیر بر عملکرد داروساز را در مورد عوامل تعیین کننده فراتر از شایستگی اندازه گیری می نماید.

اگر چه تعدادی از مطالعات، عوامل تعیین کننده عملکرد داروسازان ا بررسی کرده اند، هیچ یک، سهم این عوامل را با توجه به منبع و ماهیت آن نروده اند. 60-63 عوامل موثر بر عملکرد داروسازان به آسانی می توانند به مقوله هایی مانند مقوله های تعریف شده توسط توسط de Hombergh Van، 45، 46 Ram، 47 و Rethans، 30 و یا مقوله های مورد استفاده برای توصیف موانع و تسهیل کننده ها برای ترجمه دانش گروه بندی شوند. 48-50 ، 64 ، Grimshaw و Eccles، 49 ، 4 سطح از مداخلات مربوط به کیفیت مراقبت های بهداشتی را تعریف نموده اند. 47 اینها سطح حرفه ای از سلامت فردی هستند؛ گروه بهداشت و درمان و یا تیم. سازمان ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی. و سیستم بهداشت و درمان بزرگتر و یا محیطی که در آن سازمان های فردی تعبیه شده اند. با استفاده از این سطوح پایه، همراه با 65 عوامل زمینه ساز Green، تواناکننده یا دسته های تقویت کننده، مصاحبه های کیفی با سهامداران داروخانه، عوامل تعیین کننده نظری کیفیت عمل داروسازان را تعیین نمودند (شکل ۲). با توجه به

اصول مدل Green's PRECEDE، ۶۵ عوامل تعیین کننده طبقه بندی شده به عنوان عوامل انگیزه دهنده مانند ادراک یک داروساز از پذیرش بیمار برای خدمات گسترش یافته و یا درک از سهولت بازپرداخت برای این خدمات، اغلب به ادراک مرتبط می شوند. 63 عوامل فعال کننده و یا تقویت کننده، به عنوان مثال، به پذیرش واقعی بیمار برای این خدمات و سهولت واقعی بازپرداخت مرتبط می شوند. هر یک از این عوامل می تواند از اینکه آیا یک داروساز خدمات و کیفیت خدمات ارائه شده را فراهم می کند حمایت نماید یا آن را تضعیف نماید که هر دوی آنها به کیفیت مراقبت های ارائه شده توسط داروساز کمک می کند. به عنوان مثال، یک بیمار که پذیرای تنظیم دوز وارفارین توسط یک داروساز نیست، می تواند داروساز را از ارائه این خدمات به بیمار دلسرد نماید و کیفیت خدمات را با ارائه اطلاعات ناقص به داروخانه تحت تاثیر قرار دهد.

توضیح مداوم عوامل تعیین کننده در عمل داروخانه کیفی توسط توسعه ابزارهای ارزیابی برای اندازه گیری میزان تاثیر این عوامل بر عملکرد داروسازان دنبال خواهد شد. این ابزارها اعم از بررسی های بیمار تا ارزیابی مدیریت عملکرد داروخانه می باشد. 33، 45، 66 بر اساس نوشته های فعلی در درجه اول از حرفه پزشکی، شکل ۲ نیز پیشنهادات گسترده ای برای ابزارهای ارزیابی اولیه را فراهم می کند که می تواند برای هر یک از عوامل استفاده شود. 67، 68 اگر چه تعدادی از این ابزارها برای استفاده در داروخانه 69، 70 و یا حرفه های دیگر توسعه یافته اند، تحقیقات قابل توجهی برای اصلاح و اعتبارسنجی این ابزارها برای استفاده در برنامه های ارزیابی عملکرد عملی داروسازان ضروری است.

عوامل موثر بر عملکرد عملی داروسازان			
عوامل تقویت کننده	عوامل فعال کننده	عوامل انگیزه دهنده	
بازخورد بیمار یا تمایل به پرداخت	تمایل بیمار برای فراهم نمودن زمان و اطلاعات	ادراک پذیرش بیمار برای خدمات داروسازان	بیمار
پاداش داروساز برای خدمات (مثلاً، پرداخت/ حمایت برای آموزش)	شایستگی داروساز	انگیزش داروساز برای فراهم نمودن خدمات	داروساز فردی
جایزه کارکنان داروسازی/داروشناسی	حمایت از سیستم مدیریت/تیم برای ارائه	ادراک حمایت تیم/مالک برای تدارک خدمات	تیم/داروسازی تکنیسین های داروسازی

مالکین داروسازی	داروسازی	خدمات توسط داروساز (مثلاً برای حمایت از کارکنان، توصیفات غلی، جریان کاری، زمینه فیزیکی، تعلیم)	برای تدارک خدمات داروسازی
سازماندهی زنجیره (خط مشی های شرکت)	ادراک مدیریت شرکت از داروسازان فراهم کننده خدمات	حمایت مدیریت شرکت از داروسازان فراهم کننده خدمات (مثلاً بینش، ماموریت، تبلیغات، استخدام)	پاداش زنجیره برای تدارک خدمات داروسازی (مثلاً سود/کاربری فزاینده)
سیستم مراقبت سلامتی حرفه داروسازی دیگر فراهم کنندگان مراقبت از سلامتی قانونگذاران سیاستگذاران	درک از حرفه و حمایت سیستم مراقبت سلامتی تدارکات داروسازی	حمایت سیستم مراقبت از سلامتی برای داروسازان (مثلاً، قوانین، مقررات، بازپرداخت، دسترسی به اطلاعاتی مانند نمایش درمانی برای داروهای تجویز شده)	پاداش سیستم مراقبت از سلامتی (مثلاً هزینه های کمتر، نتایج بهبود یافته برای بیمار، زمان پزشکی زیاد برای تدارک مراقبت)
<p>سایه ها نشان دهنده ابزارهای ارزیابی مختلف است که می تواند برای ارزیابی هر یک از این عوامل به شرح زیر استفاده شود:</p> <p>پرسشنامه ها</p> <p>ارزیابی دانش، استدلال و مهارت های بالینی</p> <p>تجزیه و تحلیل زمان و حرکت (ارزیابی در محل)</p> <p>ارزیابی مدیریت عمل</p>			

شکل ۲. مدلی برای تجزیه و تحلیل و ارزیابی عوامل موثر بر عملکرد عملی داروسازان.

هنگامی که این ابزارهای ارزیابی اعتبارسنجی شود، می توانند به منظور توسعه محک های عمل کیفی و استانداردها برای حداقل عمل برای هر یک از عوامل تعیین کننده خاص از عملکرد داروسازان مورد استفاده قرار گیرند. این محک ها می توانند برای CPD استفاده شوند، در حالی که استانداردها برای حداقل عمل در ارزیابی تشخیص داروسازان شاغل در داروخانه های جامعه با مشکلات عملکرد قابل اندازه گیری استفاده می شود.

عملکرد عملی، استانداردهای مورد نیاز را برآورده نمی سازد: ارزیابی تشخیصی

نقطه D در شکل ۱ نشان دهنده نقطه ای است که در آن داروسازان شاغل در داروخانه های جامعه با مشکلات عملکرد قابل اندازه گیری نیاز به ارزیابی های تشخیصی دارند. 30 هدف از این ارزیابی، تعیین علت ریشه (ها) از مشکلات کارایی است و از حداقل استانداردها و ابزارها از فرآیند محک زنی استفاده می شود. 32 شناخت تاثیر عوامل تعیین کننده خارجی از این فرض اجتناب می نماید که مشکلات عملکرد تنها به خاطر بی کفایتی داروساز ایجاد می شود. استفاده بهینه از منابع درمانی نیز نیاز به این دارد که ماهیت مشکل عملکرد باید پس از تعیین استراتژی های موثر برای غلبه بر مشکلات خاص مشخص شود.

تغییر سیستم های داروسازی و درمان

Apha، اهمیت تمایز میان سهم شایستگی داروسازان و عوامل خارجی را در عملکرد کلی با این استدلال شناسایی نموده است که آنها متقاعد نمی شوند که خطا لزوماً به دلیل بی کفایتی پزشکان است. Maine نشان می دهد که " علاوه بر ادامه گفت و گو در مورد ارزیابی شایستگی پزشک، ما نیاز به تفکر جدی در مورد کفایت بازرسی و مقررات عملی در محل داریم. 71 "این یک فرصت کلیدی را در حرفه داروسازی مشخص می نماید که از محدود فرصت های کلیدی است، حرفه ای که پزشکان و سایت های عمل را تنظیم می کند. نقاط E و F در شکل ۱ بر این فرصت مهم تاکید می نمایند. در حال حاضر، بازرسان داروخانه ها، بخش قابل قبول از اقدامات داروخانه های جامعه هستند. اگر عمل انتقادی یا عوامل تعیین کننده عملکرد مبتنی بر مدیریت قابل شناسایی باشند، آنگاه نقش این بازرسان داروخانه می توان به ارزیابی عملکرد کلی و تأثیرات نسبی این عوامل گسترش یابد. مقامات نظارتی می توانند از طریق اصلاح داروسازان فردی، و ایجاد و اجرای مقررات بیشتر برای داروخانه ها، روی تغییر در عملکرد داروسازان را تحت تاثیر قرار دهند.

تغییر سیستم های خارجی

علاوه بر داروخانه و عوامل خاص تعیین کننده داروسازی، شکل ۱ و ۲ نیز تأثیرات مربوط به بیماران و سیستم بهداشت و درمان را مشخص می نماید. راه حل غلبه بر موانع از این منابع شامل اقدامات و سازمان هایی فراتر از

مقامات نظارتی می شود (شکل ۱، G). بازاریابی توسط زنجیره داروخانه ها و یا سازمان های حرفه ای می تواند به بهبود پذیرش بیمار نسبت به ارائه خدمات توسط داروسازان، مانند نظارت بر وضعیت بیماری و یا مراقبت های اولیه کمک نماید. به شیوه ای مشابه، پذیرش پزشکان، دامنه مقررات عمل، و سیاست های بازپرداخت را می توان با تلاش های مشترک مقامات نظارتی و سازمان های حرفه ای اصلاح نمود. چرخه ارزیابی زمانی کامل خواهد بود که زمانی که داروسازان دوباره وارد مرحله غربالگری مبتنی بر عملکرد برای برنامه ارزیابی مبتنی بر عملکرد خود می شوند، تاثیر استراتژی های انتخاب شده را بتوان مورد ارزیابی قرار داد و نتایج برنامه ارزیابی مستندسازی شود.

خلاصه

اگر چه تعدادی از مقامات نظارتی در حال توسعه برنامه های در نظر گرفته شده برای حصول اطمینان از تداوم عملکرد متخصصان بهداشت به شیوه ای بی خطر و موثر هستند، طراحی و پیاده سازی این برنامه ها چالش برانگیز بوده است. برای حرفه داروسازی، یک چارچوب جدید پیشنهاد شده است که بر اساس عملکرد است، برای تمام داروسازان اعمال می شود، نفوذ قدرتمند عوامل خارجی را روی توانمندی داروساز برای انجام کار در بالاترین سطح از توانایی خود را شناسایی می نماید، و می تواند به طور موثر با CPD یکپارچه شود. این چارچوب بر اساس بهترین شیوه های کنونی در ارزیابی متخصصان سلامت گسترش یافته است و در انجام این کار، تعدادی از سوالات پژوهش را شناسایی می نماید. اول، استفاده از پایگاه داده ها به عنوان یک منبع داده های عملکرد، در مرکز چارچوب پیشنهادی قرار دارد و اعتبار استفاده از این شاخص ها به عنوان اندازه گیری کیفیت عمل داروخانه باید ارزیابی شود، همانطور که اعتبار استفاده از اندازه گیری های مبتنی بر داروخانه برای منعکس کردن عملکرد داروسازان فردی شاغل در این داروخانه می باشد. دوم، تحقیقات بیشتری برای به دست آوردن درک بهتر از منبع های متنوع و ماهیت عوامل تعیین کننده عملی کیفیت داروخانه های جامعه مورد نیاز است. سوم، ابزارها و فرمت های ارزیابی تاثیر این عوامل تعیین کننده در عمل روزانه داروسازان باید توسعه یابد و یا اصلاح شود. چهارم، موثرترین استراتژی ها برای غلبه بر موانع خاص مستندسازی برای تاثیر کیفیت عمل داروخانه های جامعه نیاز به ارزیابی دارند. در

نهایت، همانند هر برنامه ارزیابی، بهره‌وری و نتایج این برنامه باید به منظور تعیین تاثیر بر کیفیت و ایمنی عمل داروسازان جامعه ارزیابی شود.

REFERENCES

1. Accreditation standards and guidelines for the Baccalaureate Degree Program in Pharmacy. Revised 2006. Canadian Council for the Accreditation of Pharmacy Programs. Available at: http://www.ccapp-accredit.ca/common/pdfs/standards/standards_2006.pdf. Accessed May 23, 2006.
2. The qualifying examination. The Pharmacy Examining Board of Canada. Available at: <http://www.pebc.ca/EnglishPages/QEX/QEXIntroduction.html>. Accessed May 23, 2006.
3. National model licensing program. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Available at: <http://www.napra.org/docs/0/94/107.asp>. Accessed May 23, 2006.
4. Maintaining and improving health professional competence: the Citizen Advocacy Center road map to continuing competency assurance. Citizen Advocacy Centre. April, 2004. Available at: <http://www.cacenter.org/FinalRoadmapCAC0304.pdf>. Accessed October 15, 2005.
5. Yung DK. Continuing pharmacy education in Canada. *J Clin Pharm Ther.* 1990;15:399-403.
6. Friesen AJD, Zinyk DE, Mah G. Mandatory continuing pharmacy education in Alberta, Canada: the response to live programs and correspondence courses. *Am J Pharm Educ.* 1985;49:156-9.
7. Young LJ, Willie R. Effectiveness of continuing education for health professionals: a literature review. *J Allied Health.* 1984;13:112-23.
8. Davis D, Freemantel N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? *JAMA.* 1999;282:867-74.
9. Vaughn HT, Rogers JL, Freeman JK. Does requiring continuing education units for professional licensing renewal assure quality patient care? *Health Care Manage.* 2006;25:78-84.
10. Continuing professional development in pharmacy. The Council on Credentialing in Pharmacy Resource Document. April 2004. Available at: <http://www.pharmacycredentialing.org/ccp/cpdprimer.pdf>. Accessed October 15, 2005.
11. Parboosingh JT, Gondocz ST. The maintenance of competence program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *JAMA.* 1993;270:1093.
12. Policy Paper: continuing professional development for pharmacists. American Pharmacists Association. November, 2004. Available at: <http://www.google.ca/search?hl=en&q=Policy+Paper%3A+continuing+professional+development+for+pharmacists&meta=>. Accessed October 15, 2005.
13. Statement of Professional Standards on Continuing Professional Development. International Pharmaceutical Federation. Nice, 2002. Available at: http://www.fip.org/www2/uploads/database_file.php?id=221&table_id= Accessed October 15, 2005.
14. Austin Z, Crouteau D, Marini A, Violato C. Continuous professional development: the Ontario experience in professional self-regulation through quality assurance and peer review. *Am J Pharm Educ.* 2003;67(2):Article 56.
15. Professional Development and Assessment Program. British Columbia College of Pharmacists. Available at: http://www.bcpharmacists.org/professionaldevelopment/prodevassessment/pdf/PDAP_handbk.pdf. Accessed May 23, 2006.
16. Rouse MJ. Continuing professional development in pharmacy. *Am J Health-Syst Pharm.* 2004;61:2069-76.
17. Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professions: A reformulation and research agenda. *Acad Med.* 2005;80(Suppl):S46-54.
18. Norman GR. The adult learner: a mythical species. *Acad Med.* 1999;74:886-9.
19. Schmidt H. Assumptions underlying self-directed learning may be false. *Med Educ.* 2000;34:243-5.
20. Greiner AC, Knebel E. Health professions education: A bridge to quality. Institute of Medicine. National Academy of the Sciences: Washington DC, 2001. Available at: <http://www.nap.edu/books/0309087236/html/> Accessed Oct 15, 2005.
21. Regulated Health Professions Act. Ontario Ministry of Health, 1991. Available at: http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/91r18_e.htm. Accessed May 23, 2006.
22. Practice Review Program. Alberta College of Pharmacists. Available at: http://www.altapharm.org/document_library/acp_broch.pdf. Accessed May 23, 2006.
23. A Model Continuing Competence Program Framework for Canadian Pharmacists – First Revision. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities' National Continuing Competence Program Core Steering Committee. May 2003 Available at: <http://www.napra.org/docs/0/96/191.asp>. Accessed October 25, 2005.
24. Demonstrating continuing professional competence: a national summit to develop strategies for assuring that health care professionals remain competent throughout their careers. Citizen Advocacy Centre. July 2003. Available at: www.cacenter.org/ContCompFullFinal.pdf. Accessed October 15, 2005.
25. McManus IC, Winder BC, Gordon D. UK doctor's attitudes to the General Medical Council's Performance Procedures 1997-99. *Med Educ.* 2001;35(Suppl):S60-9.
26. AMA directed to examine recertification. *AMA News.* 2001;44. Available at: <http://www.ama-assn.org/amednews/2001/ind01.htm#07>. Accessed October 25, 2005.
27. Consultation Project Report. College of Pharmacists of British Columbia. 2002. Available at: <http://www.bcpharmacists.org/resources/projects/pdf/>. Accessed October 25, 2005.
28. Greene, J. Endurance test: quest for quality leads to a never-ending road to board recertification. *AMA News.* 2002;45. Available at: <http://www.ama-assn.org/amednews/2002/ind02.htm#03>. Accessed October 25, 2005.
29. Rethans JJ, Van Leeuwen Y, Drop R, Van der Vleuten C, Starmans F. Competence and performance: two different concepts in the assessment of quality medical care. *Fam Pract.* 1990;7:168-74.
30. Rethans JJ, Norcini JJ, Baron-Maldonado M, et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ.* 2002;36:901-9.
31. Norcini J. Current perspectives in assessment: the assessment of performance at work. *Med Educ.* 2005;39:880-9.
32. Schuwirth L, Southgate L, Page G, Paget N, Lescop J, Lew S. When enough is enough: a conceptual basis for fair and defensible practice performance assessment. *Med Educ.* 2002;36:925-30.
33. Van der Vleuten CPM, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ.* 2005;39:309-17.
34. Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ.* 1996;1:41-67.
35. Van der Vleuten CPM, Newble D, Case S, Holsgrove G, McCann B, McRae C, Saunders B. Methods of assessment in certification. In: Newble D, Jolly B, Wakeford R, eds. *The Certification and*

Recertification of Doctors: issues in the assessment of clinical competence. Cambridge, UK: University Press; 1994:105-25.

36. Van der Vleuten CPM, Verwijnen M. A system for candidate assessment. In: Van der Vleuten C, Verwijnen M, eds. *Problem-based learning: Perspectives from the Maastricht Approach.* Amsterdam, The Netherlands: Thesis-Publisher, 1990:27-48.

37. Page G, Bordage G. The Medical Council of Canada's key features project: a more valid written examination of clinical decision-making skills. *Acad Med.* 1995;70:104-10.

38. Page G, Bordage G, Allen T. Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills. *Acad Med.* 1995;70:194-201.

39. Reznick RK, Blackmore D, Cohen R, et al. An objective structured clinical examination for the licentiate of the Medical Council of Canada: from research to reality. *Acad Med.* 1993;68(Suppl):S4-6.

40. Reznick RK, Blackmore D, Dauphinee WD, Rothman AI, Smee S. Large-scale high-stakes testing with an OSCE: report from the Medical Council of Canada. *Acad Med.* 1996;71(Suppl):S19-21.

41. Van Dalen J. Skillslab – a centre for training of skills. In: Van der Vleuten CPM, Verwijnen M, eds. *Problem-based learning: Perspectives from the Maastricht Approach.* Amsterdam, The Netherlands: Thesis-Publisher, 1990:17-26.

42. Hays R, Davis W, Dawson-Saunders B, et al. Methods of assessment in recertification. In: Newble D, Jolly B, Wakeford R, eds. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence.* Cambridge, Great Britain: University Press; 1994:187-200.

43. Grol R. Changing physicians' competence and performance: finding the balance between the individual and the organization. *J Contin Educ Health Prof.* 2002;22:244-51.

44. Farmer IA, Beard JD, Dauphinee WD, LaDuca T, Mann KV. Assessing the performance of doctors in teams and systems. *Med Educ.* 2002;36:94-08.

45. Van de Homborgh P, Grol R, Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract.* 1998;48:1743-50.

46. Van den Homborgh P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visitatie Van huisartspraktijken: naar toetsing van de praktijkvoering [A practice visit to assess the practitioner of the general practitioner]. *Huisarts We.* 1995;38(4):169-74.

47. Ram P, Grol R, Homborgh P, Van den Rethans JJ, Van der Vleuten C, Aretz K. Structure and process: the relationship between practice management and actual clinical performance in general practice. *Fam Pract.* 1998;15:354-62.

48. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust.* 2004;180(Suppl):S57-60.

49. Grimshaw JM, Eccles MP. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *Med J Aust.* 2004;180(Suppl):S50-1.

50. Sansor-Fisher R, Grimshaw JM, Eccles MP. The science of changing providers' behaviours: the missing link in evidence-based practice. *Med J Aust.* 2004;180:205-6.

51. Lescop J, Kaigas T, Waymouth V, Smith S. Proceedings of the Federation of Medical Licensing Authorities of Canada Aylmer Workshops on Monitoring and Enhancing Physician Performance. February 1994, February 1995, February 1996. Ottawa, Ontario: FMLAC; 2000.

52. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, et al. Association between licensure examination scores and practice in primary care. *JAMA.* 2002;288:3019-26.

53. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *Br Med J.* 2005;331:1002-9. doi:10.1136/hmj.38636.582546.7C.

54. MacKinnon NJ, Hepler CD. Preventable drug-related morbidity in older adults. Part 1. Indicator development. *J Manage Care Pharm.* 2002;8:365-71.

55. MacKinnon NJ, Hepler CD. Indicators of preventable drug-related morbidity in older adults. Part 2. Use within a managed care organization. *J Manag Care Pharm.* 2003;9:134-41.

56. Morris CJ, Cantrill JA. Preventing drug-related morbidity: the development of quality indicators. *J Clin Pharm Ther.* 2002;28:295-305.

57. Morris CJ, Rodgers S, Hammersley VS, Avery AJ, Cantrill JA. Indicators for preventable drug-related morbidity: application to primary care. *Quality Safety Health Care.* 2004;13:181-5.

58. Morin J. Mise à jour des indicateurs de l'évaluation de l'exécution des ordonnances dans pharmacie communautaire. Québec Ordre des Pharmaciens Professional Information Bulletin Number 135, February 2003. Available at: http://www.opq.org/fr/normes_guides/pdf/Francais/135.pdf. Accessed Oct 25, 2005.

59. Elwyn G. Safety in Numbers: identifying drug related morbidity from electronic health records in primary care. *Quality Safety Health Care.* 2004;13:170-2.

60. Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Changing pharmacists' practice patterns: pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. *J Soc Adm Pharm.* 1996;13:74-88.

61. Westerlund T, Almarsdottir AB, Melander A. Factors influencing the detection rate of drug-related problems in community pharmacy. *Pharm World Sci.* 1999;21:245-50.

62. Westein MPD, Herings RMC, Leufkens HGM. Determinants of pharmacists' interventions linked to prescription processing. *Pharm World Sci.* 2001;23:98-101.

63. Amsler MR, Murray MD, Tierney WM, et al. Pharmaceutical care in chain pharmacies; beliefs and attitudes of pharmacists and patients. *J Am Pharm Assoc.* 2001;41:850-5.

64. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Q.* 2001;79:281-315.

65. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning, an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, Calif: Mayfield Publishing Company; 1999.

66. Frohna G, Cox M, Kalet A, et al. Assessing residents' competency in care management: report of a consensus conference. *Teach Learn Med.* 2004;16:77-84.

67. Winslade N. A System to Assess the Achievement of Doctor of Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ.* 2001;65:363-92.

68. Winslade N. Designing a Continuing Competency Assessment Program: A Supporting Document for the National Continuing Competence Program Core Steering Committee of the National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. August, 1992.

69. Assa-Eley M, Kimerlin CL. Using interpersonal perception to characterize pharmacists' and patients' perceptions of the benefits of pharmaceutical care. *Health Commun.* 2005;17:41-56.

70. Farris KB, Schopflocher DP. Between intention and behaviour: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. *Soc Sci Med.* 1999;49(1):55-66.

71. LeBuhn RA, Swankin D. Measuring continuing competence of health care practitioners: where are we now – where are we headed? Proceedings of a Citizen Advocacy Centre Conference, June 2000, Washington, DC. Available at: <http://www.cacenter.org/pronet401.html>. Accessed October 25, 2005.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی