

A Proposed Systematic Model for Continuing Professional Development (CPD) of Iranian Nurses Based on Lessons Learned from the United States, the United Kingdom, and Australia: A Comparative Analysis

Atefeh Alizadeh risani¹, Mahdie Bahrami², Seyedehzahra Hosseinigolafshani^{3*}

1- PhD student in nursing, School of Nursing & Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. ORCID: 0009-0001-7957-3031.

2- PhD student in nursing, School of Nursing & Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. ORCID: 0000-0001-6842-6655.

3- Associate Professor of Critical Care Nursing, Qazvin, Iran. ORCID CODE: 0000-0001-9575-2181.

***Corresponding Author:** Seyedehzahra Hosseinigolafshani, Associate Professor of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: z.hosseinigolafshani@qums.ac.ir

Received: 3 Aug 2026

Revised: 17 Oct 2026

Accepted: 19 Oct 2026

Abstract

Introduction: Despite legal requirements for nurses' continuing professional development (CPD), the current continuing education system in Iran faces challenges in clinical effectiveness. The present study aimed to design a contextualized model of mandatory CPD for nurses in Iran based on lessons learned from the educational systems of the United States, the United Kingdom, and Australia.

Methods: This comparative study utilized Bereday's four-stage approach (description, interpretation, juxtaposition, and comparison) in 2025. Data were systematically retrieved from legal documents, policy reports, and scientific literature (2010–2024) via PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, SID, and Magiran. Countries were compared across structural, legislative, accreditation, and regulatory domains using eight operational indicators. Grounded in the synthesized lessons learned, the preliminary model's content validity and feasibility were appraised and confirmed by an expert panel of nurse educators, nursing executives, and CPD policymakers.

Results: The comparative lessons learned revealed that the continuing education system in the United States is decentralized and state-based, such that continuing nursing education for license renewal is mandatory in 38 states and voluntary in 12. In contrast, the United Kingdom and Australia emphasize reflective, participatory, and competency-based learning, whereas the Iranian system—despite its strong electronic infrastructure—is largely credit-oriented and faces weaknesses in clinical needs assessment and a lack of performance-based evaluations. Based on these lessons learned, the proposed contextualized model was designed around three central pillars: (1) redesigning the credit system (classified into basic, specialized, and reflective credits), (2) diversifying learning approaches (simulation and interprofessional education), and (3) an intelligent regulatory mechanism (random annual audit of 5% of nurses' reflective portfolios).

Conclusion: This study establishes an evidence-informed preliminary framework for shifting Iran's continuing professional development (CPD) in nursing toward a reflective, competency-oriented model. While an expert panel verified the construct validity and preliminary feasibility of the framework's core pillars, scalable national adoption will require broader national Delphi consensus and pragmatic pilot trials across regional healthcare clusters.

Keywords: Continuing Nursing Education; Professional Development; Comparative Analysis; Lessons Learned; Iran

How to cite this article: Alizadeh Risani A, Bahrami M, Hosseinigolafshani SZ. A Proposed Systematic Model for Continuing Professional Development (CPD) of Iranian Nurses Based on Lessons Learned from the United States, the United Kingdom, and Australia: A Comparative Analysis. Journal of Nursing Education (JNE). January 2026 .p 1- 16 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



الگوی پیشنهادی نظام‌مند توسعه حرفه‌ای مستمر پرستاران در ایران بر پایه درس‌آموخته‌های

ایالات متحده، انگلستان و استرالیا: یک مطالعه تطبیقی

عاطفه عزیززاده ریسنی^۱، مهدیه بهرامی^۲، سیده زهرا حسینی گل افشانی^{۳*}

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

ORCID: 0009-0001-7957-3031

۲- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

ORCID: 0000-0001-6842-655

۳- دانشیار پرستاری مراقبت‌های ویژه، قزوین، ایران.

ORCID CODE: 0000-0001-9575-2181

*نویسنده مسئول: سیده زهرا حسینی گل افشانی، دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران.

ایمیل: z.hoseinigolafshani@qums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۱۲

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۵/۷/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۷/۲۷

چکیده

مقدمه: با وجود الزامات قانونی جهت توسعه حرفه‌ای مستمر (CPD) پرستاران، نظام بازآموزی فعلی در ایران با چالش ناکارآمدی بالینی مواجه است. مطالعه حاضر با هدف پیشنهاد الگوی بومی توسعه حرفه‌ای مستمر اجباری برای پرستاران در ایران بر پایه درس‌آموخته‌های نظام‌های آموزشی ایالات متحده، انگلستان و استرالیا انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی است که با استفاده از مدل چهارمرحله‌ای بردی (توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه) در سال ۱۴۰۴ انجام شد. داده‌ها از طریق جست‌وجوی نظام‌مند اسناد قانونی، گزارش‌های رسمی و مقالات علمی (۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴) در پایگاه‌های PubMed، Scopus، Web of Science، CINAHL، SID و Magiran گردآوری شد. مقایسه کشورها در چهار حوزه کلی ساختاری، قانونی، اعتباربخشی و نظارتی و بر اساس هشت شاخص عملیاتی انجام شد. پس از استخراج درس‌آموخته‌های تطبیقی و تدوین پیش‌نویس اولیه الگو، روایی محتوایی و امکان‌سنجی مقدماتی الگوی پیشنهادی از طریق تشکیل یک پنل خبرگان تخصصی متشکل از صاحب‌نظران آموزش پرستاری، مدیریت خدمات پرستاری و سیاست‌گذاران آموزش مداوم مورد ارزیابی و تایید نهایی قرار گرفت.

یافته‌ها: درس‌آموخته‌های تطبیقی نشان داد که نظام بازآموزی ایالات متحده نامتمرکز و ایالتی است؛ به‌گونه‌ای که الزام آموزش مداوم جهت تمدید مجوز در ۳۸ ایالت اجباری و در ۱۲ ایالت داوطلبانه است. در مقابل، انگلستان و استرالیا بر یادگیری تأملی، مشارکتی و شایستگی‌محور تأکید دارند، حال آن‌که نظام ایران علیرغم برخورداری از زیرساخت‌های الکترونیکی قوی، عمدتاً امتیازمحور بوده و با ضعف در نیازسنجی بالینی و فقدان ارزیابی‌های عملکردی مواجه است. الگوی بومی پیشنهادی بر پایه این درس‌آموخته‌ها در سه رکن محوری: (۱) بازطراحی سیستم امتیازدهی (تقسیم به امتیازات پایه، تخصصی و تأملی)، (۲) تنوع‌بخشی به شیوه‌های یادگیری (شبیه‌سازی و بین‌حرفه‌ای) و (۳) سازوکار نظارتی هوشمند (حسابرسی تصادفی سالانه ۵٪ از پورتفولیوهای تأملی پرستاران با مشارکت نهادهای حرفه‌ای) طراحی شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه یک چارچوب مفهومی اولیه و مبتنی بر شواهد را برای گذار نظام آموزش مداوم پرستاری ایران به سوی رویکردی شایستگی‌محور و تأملی ارائه می‌دهد. اگرچه روایی ساختاری و امکان‌پذیری ارکان الگوی پیشنهادی در پنل خبرگان مورد تایید قرار گرفت، اما پیاده‌سازی و نهادینه‌سازی کشوری آن نیازمند اعتبارسنجی تکمیلی در سطح ملی (پیمایش دلفی گسترده) و اجرای کارآزمایی‌های پایلوت در مناطق مختلف آمایشی کشور خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: توسعه حرفه‌ای مستمر، آموزش مداوم پرستاری، مطالعه تطبیقی، درس‌آموخته‌ها، ایران

تعهدات سازمانی و دریافت گواهی‌های آموزشی در این برنامه‌ها مشارکت می‌کنند [۱۱ و ۱۲]؛ این برنامه‌ها، در صورت طراحی و اجرای مناسب، به بهبود عملکرد حرفه‌ای و افزایش آمادگی پرستاران برای مواجهه با تغییرات سریع در محیط مراقبت کمک می‌کنند [۱۳]. پرستاران نیز جهت ارائه مراقبت ایمن و مبتنی بر شواهد به مهارت‌های روزآمد نیاز دارند، به‌ویژه پرستاران تازه‌کار انتظار حمایت مدیران را در مسیر یادگیری و آموزش مداوم دارند [۱۴، ۱۵].

باین‌حال، اجرای مؤثر آموزش مداوم پرستاری با چالش‌های متعددی همراه است. محدودیت منابع جهت اجرای برنامه‌های آموزشی مستمر، مشارکت ناکافی پرستار به‌عنوان یادگیرنده فعال، کمبود امکانات آموزشی و کمبود نیروی انسانی متخصص از جمله موانع مهم اجرای بهینه برنامه‌های بازآموزی پرستاران گزارش شده است [۱۱]. همچنین، حمایت ناکافی مدیران پرستاری و همکاران، محدودیت زمانی، تجربه‌های نامطلوب از برنامه‌های پیشین و هزینه دوره‌ها می‌توانند مشارکت پرستاران در برنامه‌های آموزش مداوم را کاهش دهند [۱۱، ۱۲]. این عوامل احتمالاً بر پاسخ‌گویی حرفه‌ای پرستاران، آمادگی آنان برای تمديد پروانه فعالیت و دستیابی به پیامدهای مطلوب در بیماران تاثیر گذار باشد [۱۶]. افزون بر این، عملکرد پرستاران تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، سازمانی و محیطی؛ از جمله فقدان نظام رسمی ارزیابی عملکرد، قردانی ناکافی از عملکرد مطلوب، شرایط نامناسب کاری و فرصت‌های محدود مشارکت در برنامه‌های توسعه حرفه‌ای قرار می‌گیرد [۱۷].

جهت ارائه مراقبت جامع و مبتنی بر شواهد، پرستاران باید بتوانند شواهد علمی مناسب را شناسایی، ارزیابی و در عملکرد بالینی به کار گیرند. تحقق این هدف مستلزم استفاده از شیوه‌های متنوع یادگیری و فراهم کردن مسیرهای گوناگون برای کسب و انتقال دانش است [۱۸]. در این زمینه، حمایت سازمان‌ها از توسعه حرفه‌ای مستمر، از طریق تأمین زمان کافی، فراهم کردن مرخصی آموزشی با حقوق، دسترسی به منابع یادگیری و برنامه‌ریزی منعطف، می‌تواند مشارکت پرستاران و اثربخشی عملکرد آنان را افزایش دهد و به بهبود پیامدهای بیماران کمک کند. تعهد به CPD مسئولیتی مشترک میان پرستاران و سازمان‌هاست و باید به‌عنوان جزء جدایی‌ناپذیر حرفه پرستاری و نیز ابزاری برای جذب، نگهداشت و توانمندسازی نیروی انسانی پرستاری در نظر گرفته شود [۱۹]. همچنین، ایجاد محیط کاری مطلوب می‌تواند پرستاران را به مشارکت فعال‌تر در CPD و ارتقای تخصص و توانایی‌های بالینی ترغیب کند [۵].

در ایران، بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه آموزش مداوم پرستاران، ماهیتی کمی و توصیفی داشته‌اند؛ بر این اساس، بررسی جامع و تحلیلی این سیستم جهت شناسایی نقاط قوت، کاستی‌ها و عوامل مؤثر بر اثربخشی برنامه‌ها ضروری است [۳].

پرستاران از ارکان اصلی نظام ارائه خدمات سلامت و از مهم‌ترین گروه‌های حرفه‌ای در خط مقدم مراقبت از بیماران به شمار می‌روند؛ ازاین‌رو، حفظ و ارتقای مستمر دانش، مهارت و شایستگی‌های حرفه‌ای آنان برای تضمین کیفیت و ایمنی مراقبت ضرورت دارد [۱]. در بسیاری از کشورها، الزامات ثبت، تمديد پروانه و بازاعتبارسنجی حرفه‌ای، کارکنان سلامت را به حفظ به‌روز بودن عملکرد و مشارکت در برنامه‌های توسعه حرفه‌ای مستمر ملزم می‌کند. توسعه حرفه‌ای مستمر (Continuing Professional Development) (CPD) به فرایندی اطلاق می‌شود که طی آن کارکنان سلامت در سراسر زندگی حرفه‌ای خود، دانش، تخصص، مهارت و شایستگی‌های لازم برای عملکرد حرفه‌ای را حفظ، بهبود و گسترش می‌دهند [۲].

یادگیری مادام‌العمر، اصلی بنیادین در حرفه پرستاری است؛ زیرا هم دانش پرستاری و هم محیط ارائه مراقبت به‌طور مداوم در حال تغییرند و میان تحولات حرفه‌ای و محیط مراقبت رابطه‌ای متقابل وجود دارد. آموزش مداوم می‌تواند با به‌روزرسانی دانش، تقویت عملکرد حرفه‌ای و ارتقای توانایی پرستاران در پاسخ‌گویی به نیازهای بیماران به بهبود پیامدهای مراقبتی کمک کند؛ از این منظر، فرصت‌های توسعه حرفه‌ای مستمر، زمینه‌ای اساسی برای ارتقای مهارت‌ها، رشد حرفه‌ای و ارائه مراقبت باکیفیت محسوب می‌شوند [۳]. بنابراین، سرمایه‌گذاری سازمان‌ها در این زمینه اهمیت دارد، زیرا پرستاران دانش حرفه‌ای خود را در تعامل مستقیم با انسان و در موقعیت‌های پیچیده بالینی به‌کار می‌گیرند [۴، ۵]. این ضرورت با پیشرفت فناوری، گسترش دانش، افزایش آگاهی بیماران و توسعه علوم مراقبتی دوچندان شده است [۶]. نتایج گزارش تخصصی نشان می‌دهد، نیمه‌عمر دانش و مهارت در حرفه‌های سلامت به‌طور متوسط دو تا پنج سال است و در پرستاری، به دلیل شتاب تحولات علمی و فناوری، دانش حرفه‌ای با سرعت چشمگیری گسترش می‌یابد [۷].

از این‌رو، بازآموزی و آموزش مداوم می‌توانند به تکامل حرفه‌ای و ارتقای تخصص و مهارت‌های بالینی کارکنان سلامت کمک کنند، زیرا آموزش‌های دانشگاهی اولیه به‌تنهایی پاسخ‌گوی تمامی نیازهای متغیر بیماران و محیط‌های بالینی نمی‌باشد [۸]. برنامه‌های بازآموزی نیز با هدف تقویت شایستگی در حوزه‌های تخصصی، همگامی با پیشرفت‌های علمی و فناوری و سازگاری با تغییرات اجتماعی و نیازهای بیماران طراحی می‌شوند [۹]. بازآموزی اجباری به‌عنوان فرایند مستمر آموزش و توسعه حرفه‌ای کارکنان سلامت، از آموزش اولیه تا سراسر زندگی حرفه‌ای، با هدف حفظ شایستگی عملکردی و ارتقای مهارت و تخصص حرفه‌ای تعریف می‌شود [۱۰].

مطالعات نشان داده‌اند که پرستاران با انگیزه‌هایی همچون ارتقای دانش حرفه‌ای و مهارت‌های بالینی، به‌روزرسانی اطلاعات، ایفای

ایالات متحده آمریکا، انگلستان و استرالیا به عنوان نظام‌های مقایسه‌ای بررسی شدند. با توجه به ساختار فدرال ایالات متحده آمریکا، اطلاعات مربوط به این کشور با تأکید بر اسناد نهادهای ملی و هیئت‌های پرستاری ایالتی تفسیر شد و از تعمیم ویژگی‌های یک ایالت به کل کشور اجتناب گردید.

منابع داده‌ها و راهبرد گردآوری اطلاعات

داده‌های مورد نیاز از منابع فارسی و انگلیسی معتبر، رسمی و در دسترس عموم گردآوری شد. منابع مورد بررسی در سه دسته اصلی قرار گرفتند:

۱- اسناد قانونی و تنظیم‌گری: شامل قوانین، آیین‌نامه‌ها، استانداردها و الزامات ثبت‌نام و تمدید پروانه حرفه‌ای پرستاران. این اسناد از وبگاه‌ها و مستندات رسمی هیئت‌های پرستاری ایالتی در ایالات متحده آمریکا، شورای پرستاری و مامایی انگلستان، هیئت پرستاری و مامایی استرالیا، آژانس تنظیم مقررات حرفه‌ای سلامت استرالیا و کمیته ملی آموزش مداوم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، از جمله آیین‌نامه آموزش مداوم مصوب سال ۱۳۹۱، استخراج شدند.

۲- گزارش‌ها و اسناد رسمی - سیاستی: شامل گزارش‌ها، راهنماها و انتشارات نهادهای حرفه‌ای و سیاست‌گذار؛ از جمله شورای ملی هیئت‌های پرستاری آمریکا، کالج سلطنتی پرستاری انگلستان و بخشنامه‌ها و اسناد معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران.

۳ - متون علمی: شامل مقالات پژوهشی اصیل، مطالعات مروری، مرورهای نظام‌مند و متاآنالیزهای منتشرشده در فاصله سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴. جست‌وجوی متون علمی در پایگاه‌های PubMed، CINAHL، Scopus و Web of Science و همچنین پایگاه‌های فارسی SID و Magiran انجام شد. کلیدواژه‌های اصلی جست‌وجو عبارت بودند از: "آموزش مداوم پرستاری"، "توسعه حرفه‌ای مستمر"، "اعتبارسنجی مجدد"، "بازآموزی اجباری"، "mandatory CPD"، "nursing continuing education"، "comparative study". جهت افزایش حساسیت جست‌وجو، کلیدواژه‌ها با استفاده از عملگرهای منطقی AND و OR ترکیب شدند. فرایند جست‌وجو و انتخاب منابع بر اساس دستورالعمل PRISMA انجام شد. مراجع رسمی و سازمان‌های ناظر بر حرفه پرستاری در کشورهای هدف شامل شورای ملی هیئت‌های پرستاری ایالتی در ایالات متحده (NCSBN)، شورای پرستاری و مامایی انگلستان (NMC)، بورد پرستاری و مامایی استرالیا (NMBA)، و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به همراه سازمان نظام پرستاری در جمهوری اسلامی ایران به عنوان منابع محوری متون حاکمیتی مورد واکاوی قرار گرفتند. جزئیات پایگاه‌ها، استراتژی و کلیدواژه‌های جست‌وجو، و نیز معیارهای صریح ورود و خروج اسناد در جدول ۱ خلاصه شده است.

شواهد موجود نشان می‌دهد که میان ساختار فعلی بازآموزی اجباری پرستاران در ایران و مؤلفه‌های مورد انتظار از یک نظام اثربخش توسعه حرفه‌ای مستمر، از جمله نیازسنجی مبتنی بر عملکرد، یادگیری فعال و تأملی، ارزیابی شایستگی و حمایت سازمانی، شکاف وجود دارد. زمانی که توسعه حرفه‌ای مستمر بیش از آنکه برآمده از نیازهای واقعی بالینی باشد، با جمع‌آوری اجباری امتیازات هدایت شود، این برنامه‌ها اغلب در درگیر کردن معنادار پرستاران با چالش مواجه می‌شوند [۳، ۱۱، ۱۴]. این امر در کنار بار کاری سنگین و حمایت سازمانی محدود، موجب می‌شود برنامه‌های آموزشی جدا افتاده از واقعیت‌های روزمره بالین، به بهبود عملکردهای بالینی منجر نشوند [۹، ۱۲، ۱۶]. این شکاف روزافزون میان الزامات آموزشی روتین و چالش‌های واقعی حرفه‌ای، در نهایت انگیزه پرستاری را کاهش می‌دهد؛ وضعیتی که شایستگی‌های حیاتی را دست‌نخورده باقی گذاشته و آسیب‌پذیری در برابر خطاهای بالینی را افزایش می‌دهد، امری که مستقیماً پیامدهای مراقبتی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳، ۵، ۱].

در چنین شرایطی، مطالعه تطبیقی می‌تواند با بررسی نظام‌های متفاوت تنظیم‌گری و اجرای بازآموزی، عناصر مؤثر و قابل انتقال را شناسایی کند، تفاوت‌های ساختاری و زمینه‌ای کشورها را آشکار سازد و زمینه استخراج درس‌آموخته‌های متناسب با شرایط ایران را فراهم آورد. بر این اساس، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از الگوی چهارمرحله‌ای بردی، شامل توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه، به تحلیل تطبیقی نظام بازآموزی اجباری پرستاران در ایالات متحده آمریکا، انگلستان و استرالیا می‌پردازد. هدف این مطالعه، استخراج درس‌آموخته‌های قابل استفاده از این نظام‌ها و پیشنهاد یک چارچوب مفهومی بومی و زمینه‌محور جهت بازآفرینی نظام بازآموزی اجباری پرستاران در ایران است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی مبتنی بر تحلیل اسناد می‌باشد که با هدف بررسی نظام بازآموزی اجباری پرستاران در ایران، ایالات متحده آمریکا، انگلستان و استرالیا و استخراج درس‌آموخته‌های قابل استفاده جهت طراحی الگوی بومی انجام شده است. چارچوب تحلیل مطالعه، الگوی چهارمرحله‌ای جورج زد. اف. بردی (George Z. F. Bereday) شامل توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه بود [۲۰]. این الگو، به عنوان یکی از رویکردهای شناخته‌شده در مطالعات تطبیقی آموزشی و سیاست‌گذاری، امکان بررسی نظام‌مند شباهت‌ها و تفاوت‌های ساختاری، اجرایی و تنظیم‌گری نظام‌های مورد مطالعه و نیز شناسایی مؤلفه‌های قابل انتقال با توجه به زمینه بومی را فراهم می‌سازد.

کشورهای مورد مطالعه بر اساس برخورداری از سازوکارهای رسمی، الزام یا پیوند مشخص میان آموزش مداوم/توسعه حرفه‌ای مستمر و تمدید مجوز حرفه‌ای، تنوع در الگوهای اجرایی و ارزشیابی پایان دوره‌ها انتخاب شدند. در این میان، ایران به عنوان کشور هدف و

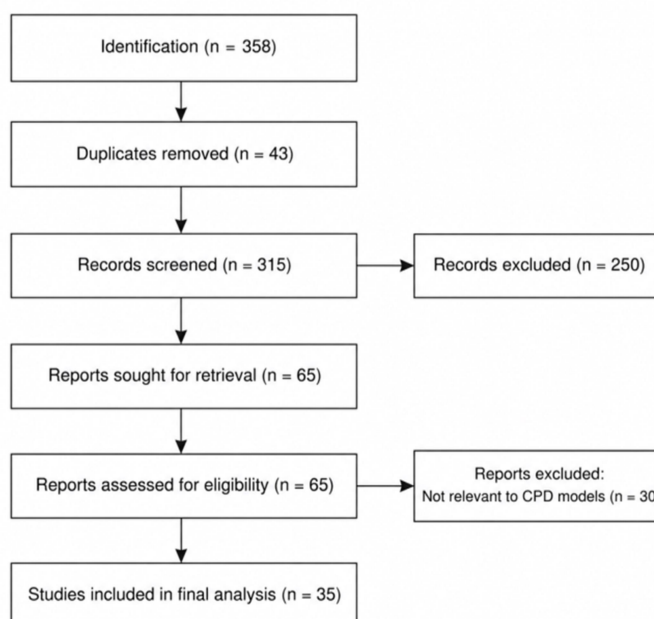
جدول ۱. استراتژی جست‌وجو و معیارهای گزینش اسناد و مقالات (۲۰۱۰-۲۰۲۴)

مؤلفه	شرح و جزئیات عملیاتی
پایگاه‌های اطلاعاتی	بین‌المللی: ERIC، CINAHL، Web of Science، Scopus، PubMed ملی: IranMedex، Magiran، SID
مراجع متون خاکستری و اسناد رسمی	پرتال‌ها و مصوبات نهادهای ناظر پرستاری. ایران: وزارت بهداشت (سامانه آموزش مداوم)، سازمان نظام پرستاری. انگلستان: شورای پرستاری و مامایی (NMC)، کالج سلطنتی (RCN). استرالیا: بورد پرستاری و مامایی (NMBA)، آژانس AHPRA. آمریکا: شورای ملی هیئت‌های پرستاری (NCSBN)، بوردهای ایالتی
بازه زمانی و زبان	۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ متون به زبان‌های فارسی و انگلیسی
استراتژی و کلیدواژه‌ها	ترکیب عبارات MeSH و آزاد با عملگرهای AND/OR حیطه آموزش: CPD، آموزش مداوم پرستاری، بازآموزی، بازاعتبارسنجی (Revalidation)، تمدید پروانه حیطه حاکمیت: خط‌مشی، استانداردها، قوانین رگولاتوری، ممیزی، پورتفولیو و یادگیری تأملی حیطه جامعه و بستر: پرستار / پرستاری؛ ایران، انگلستان، استرالیا، آمریکا
معیارهای ورود (Inclusion)	۱. مقالات پژوهشی و مروری مرتبط با مدل‌ها، چالش‌ها و اثربخشی CPD پرستاری. ۲. اسناد بالادستی، قوانین مصوب و دستورالعمل‌های رسمی تجدید صلاحیت حرفه‌ای. دربردارنده داده‌های حاکمیت، الزامات ساعتی، بازآموزی تأملی و مکانیسم ممیزی.
معیارهای خروج (Exclusion)	۱. آموزش‌های دانشگاهی پایه و تحصیلات تکمیلی رسمی (ارشد/دکتری) ۲. آموزش‌های ویژه سایر حرفه‌های پزشکی/پیراپزشکی بدون ارتباط با پرستاری. ۳. متون غیرمعتبر اینترنتی، وبلاگ‌ها و تبلیغات تجاری دوره‌ها. ۴. اسناد و سیاست‌های منسوخ‌شده قبل از سال ۲۰۱۰.
غربالگری و استخراج	غربالگری مستقل دو پژوهشگر، رفع مغایرت از طریق توافق یا داور سوم، و استخراج ساختاریافته داده‌ها منطبق بر الگوی ۴ مرحله‌ای تطبیقی بردی.

سلامت بدون ارائه داده‌های تفکیک‌شده ($n=12$ ؛ ۴۰٪)، ارائه گزارش‌های صرفاً توصیفی از دوره‌های آموزشی تک‌موردی بدون تحلیل ساختار حاکمیتی، اسناد بالادستی یا سازوکارهای رگولاتوری و امتیازدهی کلان ($n=9$ ؛ ۳۰٪)، محدود بودن قلمرو مداخله به آموزش‌های کوتاه‌مدت درون‌بیمارستانی (In-service training) به‌جای نظام رسمی بازآموزی و فرآیندهای تمدید پروانه حرفه‌ای ($n=6$ ؛ ۲۰٪)، و عدم امکان دسترسی به متن کامل یا گزارش‌های جامع سیاست‌گذاری به زبان‌های فارسی یا انگلیسی علیرغم مکاتبه با نویسندگان مسئول ($n=3$ ؛ ۱۰٪) می‌باشد. این فرایند به‌صورت شماتیک در (شکل ۱) فلوجارت PRISMA نمایش داده شده است.

در مرحله نخست، در مجموع ۳۵۸ رکورد از پایگاه‌های اطلاعاتی و منابع خاکستری شناسایی گردید. پس از حذف ۴۳ مورد تکراری، ۳۱۵ رکورد بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند. در این مرحله، ۲۵۰ رکورد به دلیل عدم ارتباط مستقیم با موضوع توسعه حرفه‌ای مستمر پرستاران یا عدم تمرکز بر الگوهای بومی، از مطالعه خارج شدند. در مرحله ارزیابی تمام‌متن، از مجموع ۶۵ منبع بازیابی‌شده که به‌صورت مستقل توسط دو پژوهشگر از منظر معیارهای ورود و خروج مورد بررسی نقادانه قرار گرفتند، در نهایت ۳۰ منبع به‌دلیل عدم انطباق با اهداف مطالعه کنار گذاشته شدند. دلایل تفکیکی حذف این متون عبارتند از: فقدان تمرکز اختصاصی بر سازوکارهای توسعه حرفه‌ای مستمر (CPD) پرستاری و پوشش عمومی سایر حرفه‌های نظام

شکل ۱. فلوجارت PRISMA فرایند شناسایی، غربالگری، ارزیابی شایستگی و ورود نهایی منابع در تحلیل تطبیقی الگوهای توسعه حرفه‌ای مستمر پرستاران ایرانی



استخراج و سازمان‌دهی داده‌ها

داده‌های استخراج‌شده از منابع منتخب در یک فرم ساختاریافته ثبت و سازمان‌دهی شدند. این فرم بر اساس هشت بُعد از پیش تعیین‌شده شامل: ساختار کلی نظام بازآموزی، مرجع تنظیم‌گر، میزان ساعات یا امتیازات اجباری، دوره تمدید پروانه، شیوه تعیین محتوای آموزشی، روش‌های مجاز ارائه آموزش، سازوکار راستی‌آزمایی مشارکت و سازوکار تضمین کیفیت و حسابرسی طراحی شد.

در مرحله نخست، اطلاعات هر کشور بدون تفسیر و قضاوت ارزشی ثبت شد. سپس، داده‌ها با استفاده از منابع رسمی و متون علمی مرتبط، بازبینی و تکمیل شدند. در مواردی که میان منابع اختلاف وجود داشت، اسناد قانونی و تنظیم‌گری رسمی به‌عنوان منبع اصلی تصمیم‌گیری در نظر گرفته شد و از متون علمی برای تبیین، تحلیل و تکمیل اطلاعات استفاده شد.

مراحل اجرای مطالعه بر اساس الگوی بردی

۱. مرحله توصیف

در این مرحله، اطلاعات خام مربوط به نظام بازآموزی اجباری و توسعه حرفه‌ای مستمر پرستاران در هر یک از چهار کشور استخراج و به‌صورت نظام‌مند توصیف شد. برای هر کشور، نمایه‌ای شامل ساختار قانونی و اجرایی نظام، نهاد یا نهادهای مسئول تنظیم‌گری، الزامات مربوط به ساعات یا امتیازات آموزشی، دوره تمدید پروانه، فعالیت‌های آموزشی پذیرفته‌شده، نقش ذی‌نفعان اصلی شامل پرستار، کارفرما و نهاد تنظیم‌گر و پیامدهای احتمالی عدم انطباق با الزامات تدوین شد. هدف این مرحله، ترسیم تصویری مستند و تا حد امکان عینی از وضعیت موجود در هر نظام بود.

۲. مرحله تفسیر

در مرحله تفسیر، یافته‌های توصیفی با توجه به زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، تاریخی، حرفه‌ای و سیاستی هر کشور تحلیل شدند. تحلیل اسناد توسط پژوهشگر اصلی انجام شد و نتایج حاصل در جلسات بازبینی و اجماع آکادمیک با سایر اعضای تیم پژوهش بررسی و نهایی شد. در این مرحله، عوامل مؤثر بر شکل‌گیری ویژگی‌های هر نظام، از جمله میزان استقلال حرفه‌ای پرستاری، فرهنگ پاسخ‌گویی و بازاعتمادسازی، نقش نهادهای تنظیم‌گر، ظرفیت سازمانی کارفرمایان و زیرساخت‌های فناوری اطلاعات بررسی شد. همچنین، تفاوت سازوکارهای نظارتی، از جمله حسابرسی نمونه‌ای در استرالیا و الزامات بازاعتمادسازی مبتنی بر بازتاب حرفه‌ای در انگلستان، در بستر نظام سلامت و مقررات حرفه‌ای هر کشور تفسیر شد.

۳. مرحله هم‌جواری

در مرحله هم‌جواری، داده‌های مربوط به چهار کشور بر اساس ابعاد از پیش تعیین‌شده در کنار یکدیگر قرار گرفتند تا امکان مشاهده هم‌زمان، مقایسه مستقیم و شناسایی الگوهای مشترک یا متمایز

فراهم شود. شاخص‌های هم‌جواری شامل مرجع تنظیم‌گر و حاکمیتی، میزان ساعات یا امتیازات اجباری، دوره تمدید پروانه، شیوه تعیین محتوای آموزشی، روش‌های ارائه، سازوکار راستی‌آزمایی مشارکت، پیوند آموزش مداوم با تمدید مجوز حرفه‌ای و سازوکارهای تضمین کیفیت و حسابرسی بود. برای این منظور، جداول تطبیقی طراحی شد که اطلاعات ایران، ایالات متحده آمریکا، انگلستان و استرالیا را در ابعاد مذکور نمایش می‌داد.

۴. مرحله مقایسه

در مرحله مقایسه، شباهت‌ها، تفاوت‌ها، نقاط قوت، محدودیت‌ها و عناصر قابل انتقال نظام‌های مورد بررسی بر اساس جداول هم‌جواری تحلیل شدند. در این مرحله، تأکید بر شناسایی مؤلفه‌هایی بود که با وجود تفاوت در ساختار نظام سلامت، مدل تنظیم‌گری و زمینه‌های فرهنگی کشورها، قابلیت اقتباس یا انطباق با شرایط ایران را دارند. یافته‌های این مرحله مبنای استخراج درس‌آموخته‌ها و تدوین مؤلفه‌های پیشنهادی الگوی بومی بازآموزی اجباری پرستاران در ایران قرار گرفت.

اعتباربخشی یافته‌ها

جهت افزایش اعتبار یافته‌ها، از چندجانبه‌نگری منابع استفاده شد؛ به این معنا که داده‌های هر کشور، تا حد امکان، از طریق تطبیق اسناد قانونی و تنظیم‌گری، گزارش‌های رسمی و متون علمی بررسی شدند. استخراج داده‌ها توسط دو پژوهشگر به‌صورت مستقل انجام شد. سپس، موارد اختلاف در جلسات بحث و اجماع بررسی و برطرف گردید. در صورت وجود ابهام یا ناهمخوانی میان منابع، اولویت با جدیدترین سند رسمی و معتبر نهاد تنظیم‌گر مربوطه بود.

در نهایت، بر پایه تحلیل تطبیقی نظام‌های مورد بررسی و درس‌آموخته‌های استخراج‌شده، چارچوب مفهومی پیشنهادی جهت توسعه حرفه‌ای مستمر اجباری پرستاران در ایران تدوین شد. در مرحله نهایی، ساختار و ارکان سه‌گانه الگوی پیشنهادی در قالب یک جلسه هم‌اندیشی تخصصی با حضور ۶ تن از متخصصان حوزه آموزش پرستاری، مدیریت خدمات پرستاری و سیاست‌گذاری آموزش مداوم به لحاظ روایی محتوایی، تناسب با ساختار نظام سلامت ایران و قابلیت کاربرد در بستر اجرایی کشور مورد ارزیابی قرار گرفت و نظرات اصلاحی در تدوین الگوی نهایی لحاظ شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش مبتنی بر تحلیل اسناد و منابع منتشرشده و در دسترس عموم بود و هیچ‌گونه مداخله، نمونه‌گیری یا گردآوری داده از انسان‌ها نداشت. از این‌رو، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان موضوعیت نداشت. با این حال، اصول اخلاق پژوهش، شامل امانت‌داری علمی، استناددهی دقیق، تحلیل بی‌طرفانه یافته‌ها، پرهیز از تحریف اطلاعات و رعایت حقوق مالکیت فکری منابع، در تمام مراحل مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل تطبیقی بر اساس الگوی چهارمرحله‌ای بردی (توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه) در چهار کشور مورد مطالعه به شرح زیر سازمان‌دهی شدند:

۱. مرحله توصیف: نمایه نظام‌های بازآموزی و توسعه حرفه‌ای مستمر در این مرحله، ویژگی‌های ساختاری، قانونی و اجرایی نظام بازآموزی و توسعه حرفه‌ای مستمر (CPD) در هر یک از کشورها به صورت مستقل، مستند و بدون سوگیری تفسیری گزارش شده است:

الف) ایران: نظام امتیازمحور تحت نظارت متمرکز دولتی

نظام آموزش مداوم در ایران با تصویب «قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور» در سال ۱۳۷۵ جنبه قانونی یافت و از سال ۱۳۸۰ برای رده‌های مختلف پرستاری اجباری شد. بر اساس آیین‌نامه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر پرستار موظف است در یک چرخه پنج‌ساله حداقل ۱۲۵ امتیاز بازآموزی کسب کند، به‌طوری‌که سقف سالانه قابل کسب حداکثر ۲۵ امتیاز است [۲۱]. مدیریت، نظارت و حاکمیت این نظام بر عهده اداره کل آموزش مداوم معاونت آموزشی وزارت بهداشت با همکاری سازمان نظام پرستاری است. فعالیت‌های آموزشی پذیرفته‌شده شامل برنامه‌های حضوری (سمینار، کنفرانس، کارگاه)، آموزش الکترونیکی غیرتعاملی از طریق سامانه جامع آموزش مداوم پزشکی (ircme.ir)، مطالعه مجلات علمی مصوب و فعالیت‌های پژوهشی نظیر چاپ مقاله و تألیف کتاب است [۲۱، ۲۲].

ب) ایالات متحده آمریکا: نظام نامتمرکز و ایالتی

در ایالات متحده، سیاست ملی یا قانون واحدی برای بازآموزی پرستاران وجود ندارد و تصمیم‌گیری بر عهده هیئت‌های پرستاری هر ایالت (State Boards of Nursing) است. در ۳۸ ایالت، کسب آموزش مداوم (CNE) جهت تمدید مجوز فعالیت اجباری است؛ در حالی که در ۱۲ ایالت (از جمله نیویورک، آریزونا، کلرادو، کنتیکت و مریلند) این فرایند داوطلبانه بوده یا از الگوهای متفاوتی پیروی می‌کند [۲۳]. چرخه تمدید مجوز در اکثر ایالت‌ها دوساله بوده و میزان ساعات آموزشی مورد نیاز بین ۵ تا ۳۰ ساعت متغیر است. همچنین، برخی ایالت‌ها آموزش در موضوعات خاص را اجباری کرده‌اند؛ نظیر الزام به آموزش مدیریت درد در فلوریدا و اخلاق و قوانین حرفه‌ای در تگزاس [۲۳، ۲۴]. برای نمونه، در ایالت واشنگتن، پرستاران ملزم به ثبت سالانه ۸ ساعت آموزش مداوم به همراه ۹۶ ساعت فعالیت عملی بالینی هستند [۲۴].

ج) انگلستان: نظام بازاعتبارسنجی تأملی و مشارکتی

بازآموزی پرستاران در انگلستان در قالب فرایند «اعتبارسنجی مجدد» (Revalidation) تعریف می‌شود که از آوریل ۲۰۱۶ توسط شورای پرستاری و مامایی (NMC) جایگزین نظام پیشین گردید (۲۵).

عاطفه علیزاده ریسنی و همکاران

پرستاران در یک دوره سه‌ساله موظف به تکمیل حداقل ۳۵ ساعت توسعه حرفه‌ای مستمر (CPD) هستند که حداقل ۲۰ ساعت آن باید به شیوه «یادگیری مشارکتی» (Collaborative Learning) انجام شود [۲۶، ۲۷]. یادگیری مشارکتی به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که مستلزم تعامل مستقیم یا مجازی با سایر متخصصان سلامت است. الزامات تکمیلی این نظام شامل نگارش ۵ حساب تأملی مکتوب (Reflective Accounts) درباره کدهای اخلاقی یا بازخوردهای عملکردی، انجام یک بحث تأملی (Reflective Discussion) با همتای ثبت‌نام‌شده و ثبت حداقل ۴۵۰ ساعت کار بالینی در دوره سه‌ساله است [۲۶].

یکی از چالش‌های بنیادین در ارزیابی شایستگی‌های بازتابی، خطر تنزل آن‌ها به فرآیندهای صوری و کاغذی (Tick-box exercise) است. نظام NMC جهت تفکیک مستندسازی واقعی از گزارش‌های فرمالیته، سازوکاری چندلایه را طراحی کرده است: نخست، الزام به انجام گفت‌وگوی تأملی با یک همتای ثبت‌نام‌شده در شورا (دارای PIN فعال) که در آن، همتا مسئولیت حرفه‌ای اصالت بازتاب‌ها را بر عهده می‌گیرد. دوم، تفکیک نقش همتای بحث تأملی از تأییدکننده نهایی (Confirmer) است که فرآیند ممیزی درونی شواهد پورتفولیو را بر اساس راهنماهای دقیق مستندسازی تکمیل می‌کند. سوم، الزام پیوند هر تجربه بالینی به کدهای اخلاقی (The Code) در قالب گزارش‌های تأملی، که پرستار را ملزم می‌سازد پیامد ملموس بازتاب خود را بر ارتقای ایمنی بیمار گزارش دهد [۲۶]. در نهایت، انجام ممیزی‌های تصادفی سالانه (Audit-Verification) توسط NMC برای نظارت بر صحت فرایند و راستی‌آزمایی مستندات، رویکرد بازتابی را از سطح مستندسازی انتزاعی به ابزاری پویا برای پاسخگویی حرفه‌ای بدل ساخته است. آمارهای رسمی منتشرشده توسط NMC نشان می‌دهد که با اجرای این الگو، بیش از ۹۵ درصد پرستاران واجد شرایط سالانه موفق به ثبت‌نام مجدد می‌شوند که این امر نشان‌دهنده انطباق‌پذیری بالای این فرایند با نیازهای حرفه‌ای است [۲۸].

د) استرالیا: نظام ملی مبتنی بر خودارزیابی و حسابرسی تصادفی

از ۱ ژوئیه ۲۰۱۰، هم‌زمان با آغاز طرح ملی ثبت‌نام و اعتبارسنجی استرالیا، رعایت آموزش مداوم به‌عنوان یکی از شروط تمدید ثبت‌نام پرستاران و مامایان تحت نظارت هیئت پرستاری و مامایی استرالیا (NMBA) الزامی شد [۲۹، ۳۰]. پرستاران موظف‌اند در دوره ثبت‌نام سالانه خود (از اول ژوئن تا ۳۱ مه) حداقل ۲۰ ساعت CPD مرتبط با حوزه تخصصی و عملکردی خود کسب نمایند. معیارهای NMBA برای پذیرش فعالیت‌ها منعطف بوده و شامل دوره‌های آکادمیک، کنفرانس‌ها، وبینارها، یادگیری الکترونیکی، آموزش‌های

حین خدمت، مطالعه خودراهبر مقالات و راهنماهای بالینی، بررسی همتا، تدریس، مربیگری و مشارکت در کمیته‌های تخصصی است. پرستاران ملزم به حفظ و نگهداری مستندات شامل تاریخ، عنوان، نام ارائه‌دهنده، تعداد ساعات، ارتباط دوره با حیطه عملکرد و یک نگاه تأملی کوتاه از آموخته‌ها هستند. آژانس تنظیم مقررات حرفه‌های سلامت استرالیا (AHPRA) سالانه اقدام به حسابرسی تصادفی (Random Audit) از مدارک ثبت‌شده می‌کند و افراد منتخب موظف‌اند ظرف ۳۰ روز مدارک مستند خود را ارائه دهند [۳۲، ۳۱].

۲. مرحله تفسیر: تحلیل زمینه‌ای یافته‌ها

در این مرحله، دلایل شکل‌گیری، چالش‌ها و زمینه‌های ساختاری و سیاستی هر کشور تحلیل شده است:

• ایران: متمرکز بودن حاکمیت آموزش مداوم در وزارت

بهداشت ریشه در سیاست‌های ادغام آموزش پزشکی در نظام درمان در دهه ۱۳۷۰ دارد. اگرچه این تمرکز ساختاری به پوشش حداکثری و ثبت الکترونیکی امتیازات منجر شده است، اما غلبه رویکرد کمی (امتیازمحور)، انعطاف‌پذیری برنامه‌ها را کاهش داده و مشارکت فعال و متناسب با نیازهای بالینی پرستاران را محدود ساخته است [۳۳]. این امر موجب شکل‌گیری شیوه‌های تدریس سنتی، از جمله سخنرانی‌های یک‌طرفه و غیرتعاملی شده است [۳].

• ایالات متحده آمریکا: ساختار فدرال حاکم بر قوانین

سلامت در آمریکا علت اصلی تنوع در قوانین آموزش مداوم ایالتی است. نبود سیستم ملی واحد، تطبیق قوانین و انتقال بین‌ایالتی مجوزهای پرستاری را تسهیل نکرده است.

در همین راستا، مطالعات نشان می‌دهند که پرستاران شاغل در مناطق محروم و روستایی با چالش‌های زیرساختی بیشتری برای دسترسی به دوره‌های معتبر مواجه هستند [۳۴].

• انگلستان: فاجعه بیمارستانی Mid Staffordshire در

سال ۲۰۱۳ و متعاقب آن انتشار گزارش فرانسيس، ضرورت بازنگری در صلاحیت مستمر پرستاران را آشکار ساخت [۳۵]. نظام Revalidation در سال ۲۰۱۶ با هدف جایگزینی بررسی‌های فرمالیته با فرهنگ خودارزیابی، بازتاب عملکردی و یادگیری مشارکتی طراحی شد [۳۶]. با این وجود، کاهش بودجه اختصاص‌یافته به CPD از ۲۰۵ میلیون پوند در سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۶ به ۸۳ میلیون پوند در سال‌های ۲۰۱۷-۲۰۱۸، چالش‌های اجرایی جدی برای سازمان‌ها در تامین منابع حمایتی ایجاد نموده است [۳۷].

• استرالیا: تشکیل یکپارچه نظام ثبت‌نام و اعتبارسنجی

ملی در سال ۲۰۱۰ حاصل توافق دولت فدرال و دولت‌های ایالتی برای حذف مرزهای مقرراتی درون‌کشوری بود. این مدل با واگذاری مسئولیت یادگیری به خود پرستار از طریق خودارزیابی سالانه و نگاه بازتابی، پویایی حرفه‌ای بالایی را ایجاد کرده که در ادبیات بین‌المللی به‌عنوان الگویی متوازن شناخته می‌شود [۳۰].

۳. مرحله هم‌جواری: نمایش هم‌زمان داده‌ها

به منظور مقایسه مستقیم، شاخص‌های ساختاری، اجرایی و کیفی هر چهار کشور در جداول ۲ و ۳ هم‌جوار شده‌اند.

جدول ۲. هم‌جواری ویژگی‌های ساختاری نظام‌های بازآموزی پرستاران

شاخص	ایران	آمریکا (ایالت‌های منتخب)	انگلستان	استرالیا
ساختار کلی نظام بازآموزی	اجباری	ترکیبی (۳۸ ایالت اجباری، ۱۲ ایالت داوطلبانه)	اجباری	اجباری
مرجع تنظیم‌گر	وزارت بهداشت (اداره کل آموزش مداوم)	غیرمتمرکز؛ ۵۰ بوردهای ایالتی مستقل پرستاری (State Boards of Nursing - BONs). تحت هدایت چارچوب و توصیه‌های ملی شورای هیئت‌های ایالتی (NCSBN).	شورای پرستاری و مامایی (NMC)	هیئت پرستاری و مامایی استرالیا (NMBA)
دوره تمدید پروانه	۵ ساله	الگوی صرفاً ساعت‌محور معمولاً ۲۰ تا ۳۰ در دوره دو ساله. الگوی دوگانه (ساعات آموزشی + حداقل ساعت کار بالینی). الگوی مبتنی بر شایستگی و پورتفولیو (به‌عنوان مثال در ایالت‌هایی نظیر کارولینای شمالی و تگزاس)	۳ ساله	سالانه (۱ ژوئن تا ۳۱ مه)
میزان ساعات / امتیازات اجباری	۱۲۵ امتیاز (حداکثر ۲۵ امتیاز سالانه)	۵ تا ۳۰ ساعت در هر چرخه (بسته به ایالت)	۳۵ ساعت (حداقل ۲۰ ساعت یادگیری مشارکتی)	۲۰ ساعت در سال

جدول ۳: هم‌جواری ابعاد اجرایی و کیفی

شاخص	ایران	آمریکا	انگلستان	استرالیا
شیوه تعیین محتوای آموزشی	عمدتاً متمرکز و بالا به پایین؛ وجود شکاف در نیازسنجی کاربردی (۹، ۱۱)	مبتنی بر نیازهای عمومی حرفه و الزامات ویژه اعلام شده از سوی ایالت‌ها	توسط خود پرستار بر اساس استانداردهای مهارت حرفه‌ای و نیازهای فردی (۲۶)	توسط خود پرستار بر اساس خودارزیابی سالانه صلاحیت و بازتاب نیازها (۳۱)
روش‌های مجاز ارائه	سخنرانی‌های سنتی، سمینارها و آموزش‌های الکترونیکی آفلاین (۲۲)	ترکیبی (آنلاین، حضوری، کنفرانس‌های تخصصی)	یادگیری مشارکتی فعال؛ کارگاه‌های تعاملی و یادگیری غیررسمی در بالین (۳۵)	یادگیری در محل کار، دوره‌های الکترونیکی پویا و برنامه‌های بین حرفه‌ای (۳۰)
سازوکار راستی‌آزمایی مشارکت	ثبت سیستمی و خودکار امتیازات در سامانه جامع	ارائه گواهی‌های دوره در صورت قرار گرفتن در فرآیند حسابرسی	بحث تأملی با همتا و اخذ تاییدیه کتبی از یک تاییدکننده معتبر (۲۶)	حسابرسی تصادفی سالانه توسط سیستم یکپارچه AHPRA (۳۱)
سازوکار تضمین کیفیت و حسابرسی	ارزشیابی منحصر به سطح واکنش و رضایت سنجی ذهنی (سطح یک کرک پاتریک) (۳۶)	مرکز اعتبارسنجی پرستاران آمریکا (ANCC) به عنوان مرجع ملی تضمین کیفیت دوره‌های آموزش مداوم مبتنی بر شواهد و پیامد بالینی.	نظارت بر صحت فرآیند NMC Revalidation و راهنماهای دقیق مستندسازی (۲۸)	تضمین کیفیت مبتنی بر خود هدایت گری و یادداشت‌های تامل بالینی (کاربرد عملی آموخته‌ها در ارتقای کیفیت مراقبت) (۳۰)
یادگیری بین حرفه‌ای و آموزش تیم‌محور	نادیده گرفته شده و جزیره‌ای؛ دوره‌ها عمدتاً تک‌رشته‌ای، انفرادی، سخنرانی‌محور و فاقد ارزیابی یا سناریوی عملکرد تیمی مشترک در بالین است (۲۲).	توصیه شده و ارائه‌دهنده محور؛ چارچوب ANCC بر آموزش مشترک تیمی (IPCE) تأکید دارد، اما الزامات در سطح بوردهای ایالتی ناهمگن است.	الزام رسمی و ساختار یافته؛ الزام حداقل ۲۰ ساعت یادگیری مشارکتی (Participatory) از ۳۵ ساعت، اخذ ۵ بازخورد بالینی از تیم چندتخصصی و نشست تأملی مشترک با همتا (۲۶، ۳۵).	محوری و تعبیه شده در شایستگی؛ استانداردها صراحتاً استمرار صلاحیت را در گرو همکاری بین‌رشته‌ای، تصمیم‌گیری مشترک بالینی و ارتقای ایمنی بیمار از مسیر کار تیمی می‌دانند (۳۰).

داده‌های مربوط به ایالات متحده در این جدول، تعمیم‌یافته یک قانون واحد فدرال نیست؛ بلکه منعکس‌کننده استانداردهای پیشنهادی شایستگی مستمر NCSBN و معیارهای اعتباربخشی ارائه‌دهندگان آموزش مداوم توسط ANCC در سطح ملی است که چگونگی اعمال آن در سطح ایالتی از طریق ۵۰ مورد مستقل پرستاری (BONs) بر اساس سه الگوی عمده (ساعت‌محور، بالینی‌محور و شایستگی‌محور) دسته‌بندی و تحلیل شده است.

۴. مرحله مقایسه: تحلیل تطبیقی نهایی

تحلیل نهایی جداول هم‌جواری نشان‌دهنده اشتراکات و تفاوت‌های بنیادین ذیل میان نظام‌های مورد مطالعه است:

الف) شباهت‌ها

۱. موانع اجرایی مشترک: در تمامی نظام‌های بررسی شده، عواملی چون بار کاری زیاد پرستاران، کمبود نیروی انسانی جایگزین، محدودیت‌های زمانی و چالش‌های مالی پروژه‌ها به عنوان مهم‌ترین موانع مشارکت در برنامه‌های CPD شناخته می‌شوند [۳۸]. در ایران، ۸۹٪ پرستاران حجم کاری بالا را مانع اصلی عنوان کرده‌اند [۹]؛ در استرالیا نیز ۴۶/۳٪ پرستاران کمبود نیرو را مانع دسترسی کامل به برنامه‌ها دانسته‌اند [۳۹].

۲. پذیرش لزوم توسعه حرفه‌ای: علیرغم موانع فوق، انگیزه درونی برای

حفظ صلاحیت بالینی در میان پرستاران هر چهار کشور بالاست. در ایران، تمایل به یادگیری خودراهبر برای ارتقای توانمندی بالینی گزارش شده است [۴۰]؛ در انگلستان، نتایج مطالعه Gould و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد پرستاران نظام CPD را جهت حفظ کیفیت عملکرد حرفه‌ای خود حیاتی می‌دانند [۴۱] و در استرالیا نیز جنبه قانونی CPD محرک انگیزشی قوی در تداوم آموزش قلمداد می‌شود [۷].

۳. تأثیرگذاری فرهنگ سازمانی: حمایت مدیران پرستاری و وجود جو سازمانی مشوق یادگیری، در هر چهار کشور قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده مشارکت اثربخش در برنامه‌ها گزارش شده است. این یافته به‌طور مکرر در مطالعات ایران [۴۲]، انگلستان [۴۱] و استرالیا [۳۹] تایید شده است.

ب) تفاوت‌های اساسی

۱. رویکرد کمی در برابر ارزش‌گذاری کیفی: تفاوت بنیادین ایران با سایر کشورهای مورد بررسی در اصالت دادن به انباشت امتیاز به جای سنجش فرآیند یادگیری تأملی است. نظام ایران به دلیل غلبه کمی‌گرایی، با پدیده کسب صوری امتیازات بدون تضمین تغییر رفتار بالینی مواجه است [۳]؛ در حالی که انگلستان با الزام به ثبت نگاشت‌های تأملی [۲۶] و استرالیا با مستندسازی اثر عملی یادگیری در بالین، بروندهای یادگیری را با عملکرد پیوند می‌دهند [۲۹].

۲. درجه انعطاف‌پذیری و یادگیرنده‌محوری: در انگلستان، دستورالعمل NMC صراحتاً تجویز نوع خاصی از CPD را رد کرده و انتخاب را به خود پرستار واگذار می‌کند [۲۶]. در استرالیا نیز تنوع منابع آموزشی امکان پاسخ‌دهی به نیازهای متنوع فردی را فراهم ساخته است [۳۰]. در نقطه مقابل، نظام ایران به صورت متمرکز و با الگوی برنامه‌ریزی بالا به پایین اداره شده و مطالعات داخلی حاکی از شکاف عمیق میان محتوای ارائه‌شده و نیازهای واقعی بالین است [۹، ۴۰].

۳. تضمین کیفیت و راستی‌آزمایی: انگلستان و استرالیا از سازوکارهای چندلایه برای تضمین کیفیت سود می‌برند؛ تاییدیه کتبی هم‌تا در انگلستان [۲۶] و ممیزی‌های سالانه نمونه‌ای در استرالیا [۳۲] ضامن اصالت مستندات است. در ایران، با وجود بستر الکترونیکی یکپارچه ثبت امتیازات، کیفیت اثربخشی برنامه‌ها و تغییرات رفتاری ناشی از آن مورد ارزشیابی دقیق قرار نمی‌گیرد و ارزیابی‌ها عمدتاً در سطح رضایت‌سنجی باقی می‌ماند [۴۰].

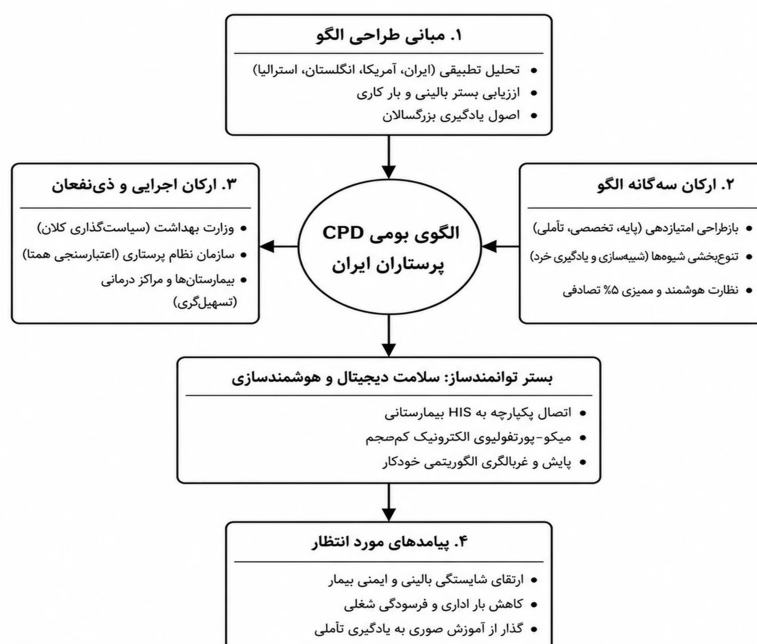
۴. نهادینه‌سازی یادگیری مشارکتی و بین‌حرفه‌ای: انگلستان با الزام به اختصاص حداقل ۲۰ ساعت از ۳۵ ساعت آموزش به برنامه‌های مشارکتی و گروهی، اخذ بازخورد از اعضای تیم سلامت و برگزاری

نشست‌های تأملی هم‌تا [۲۷] و استرالیا با تأکید بر شایستگی‌های یادگیری بین‌حرفه‌ای (IPL) و تصمیم‌گیری بالینی مشترک، تعاملات تیمی را به یکی از ستون‌های بازاعتبارسنجی بدل ساخته‌اند [۴۲]؛ در حالی که در ایران، ۳۵٪ پرستاران سطح تعامل و مشارکت فعال در برنامه‌ها را ضعیف ارزیابی کرده‌اند [۴۳] و نظام آموزش مداوم همچنان با رویکردی تک‌رشته‌ای، سخنرانی‌محور و منزوی از پویایی‌های تیمی بالین اداره می‌شود که این امر به تداوم شکاف‌های ارتباطی در تیم درمان دامن می‌زند.

۵. یکپارچگی سیاستی و حاکمیت مقرراتی: استرالیا از طریق نظام یکپارچه ملی ثبت و اعتبارسنجی [۳۰] و انگلستان با فرآیند ساختاریافته Revalidation [۲۶]، سیاست‌گذاری واحدی را در سطح ملی اعمال می‌کنند. آمریکا با چالش تنوع قوانین ایالتی مواجه است و ایران با وجود داشتن قانون ملی واحد، به دلیل شکاف‌های جدی میان نهادهای سیاست‌گذار و مجری، با چالش عدم اثربخشی بهینه و نارضایتی نسبی جامعه پرستاری روبروست [۱۱، ۳۳].

یافته‌های حاصل از مطالعه تطبیقی نشان می‌دهد که اگرچه نظام سلامت ایران از زیرساخت‌های قانونی و سامانه‌های الکترونیکی جهت آموزش پرستاران برخوردار است، اما عدم تمرکز بر نیازسنجی مبتنی بر عملکرد و غلبه روش‌های آموزش غیرفعال، کارآمدی نظام توسعه حرفه‌ای مستمر را با چالش‌های جدی مواجه کرده است. بر این اساس، با بهره‌گیری از درس‌آموخته‌های حاصل از تحلیل نظام‌های ایالات متحده، انگلستان و استرالیا و با رویکرد بومی‌سازی، «چارچوب پیشنهادی توسعه حرفه‌ای مستمر اجباری برای پرستاران در ایران» تدوین شد. این چارچوب مفهومی در شکل ۲ ترسیم شده است.

شکل ۲. چارچوب پیشنهادی توسعه حرفه‌ای مستمر اجباری پرستاران در ایران بر پایه درس‌آموخته‌های تطبیقی، شامل سه رکن اصلی: بازطراحی نظام امتیازدهی، تنوع‌بخشی به شیوه‌های یادگیری، و تقویت نظارت و تضمین کیفیت



هدف از این مطالعه تطبیقی، تحلیل نظام‌مند ابعاد هشت‌گانه توسعه حرفه‌ای مستمر (CPD) و بازآموزی اجباری پرستاران در کشورهای ایران، ایالات متحده آمریکا، انگلستان و استرالیا بر اساس الگوی چهارمرحله‌ای بردی، به منظور استخراج درس‌آموخته‌های قابل انتقال و طراحی یک چارچوب مفهومی انطباقی و بومی برای نظام سلامت ایران می‌باشد. یافته‌های حاصل از مقایسه ابعاد ساختاری و اجرایی نشان داد که علیرغم وجود الزامات قانونی همسو جهت ارتقای شایستگی در هر چهار کشور، یک شکاف ساختاری میان «الزام به مشارکت و کسب امتیاز» در ایران با «ارزشیابی پیام‌محور و یادگیری تأملی» در کشورهای آمریکا، انگلستان و استرالیا وجود دارد. این شکاف بازنگری در ابعاد ارزشیابی، شیوه‌های ارائه، نیازسنجی کاربردی و زیرساخت‌های سازمانی را به عنوان اولویت‌های سیاستی در ایران مطرح می‌سازد.

انتقال پارادایمی: از امتیازمحوری کمی به شایستگی‌محوری تأملی

یافته محوری این مطالعه، تفاوت بنیادی در فلسفه حاکم بر سنجش صلاحیت مستمر است. در نظام کنونی ایران، تمرکز اصلی بر انباشت کمی امتیازات بدون ارزیابی مستمر کیفیت یادگیری یا تغییر رفتار بالینی است [۲۱]. در مقابل، نظام Revalidation در انگلستان [۲۶] و استاندارد ثبت‌نام NMBA در استرالیا [۲۹]، توسعه حرفه‌ای را به صورت یک فرآیند فعال مبتنی بر بازتاب عملکردی (Reflective Practice) تعریف می‌کنند.

مطالعه زارعی و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که پرستاران ایرانی دارای انگیزه درونی بالایی برای یادگیری خودراهبر هستند، اما ساختار بوروکراتیک و سلب فعلی مانع از ثمربخشی این پتانسیل می‌شود [۴۰]. این یافته با نتایج فرزاد و همکاران (۲۰۲۰) که چالش‌هایی نظیر محتوای نامناسب و سطح پایین تعامل را به عنوان موانع اصلی پویایی بازآموزی مطرح کردند، هم‌خوانی دارد [۳].

شواهد حاصل از مرور نظام‌مند Anderson (2023) Main & مؤید آن است که برنامه‌های CPD زمانی به تغییر رفتار بالینی و ارتقای شایستگی منجر می‌شوند که تعاملی، متنوع و متمرکز بر نیازهای ملموس فراگیران باشند [۲]. همچنین King و همکاران (۲۰۲۱) بر نقش تلفیق تجارب عملی و بسترهای خودانگیزنده در اثربخشی آموزش تأکید کرده‌اند [۴۴]. بر این اساس، چارچوب بومی پیشنهادی تلاش می‌کند با ادغام «نگاشت تأملی مکتوب» در ساختار امتیازی موجود، پرستار را به تحلیل انتقادی آموخته‌های خود و کاربرد آن‌ها در مراقبت از بیمار سوق دهد. این رویکرد انطباقی با نظریه خودکارآمدی بندورا، به‌ویژه مؤلفه‌های تجارب تسلطیابی و خودتنظیمی رفتاری، همسو است [۴۵].

چالش‌های ساختاری: موانع مشترک و پاسخ‌های سیاستی متفاوت

تحلیل تطبیقی نشان داد که موانع ساختاری مشارکت در برنامه‌های بازآموزی، ماهیتی فراملی دارند. عواملی نظیر بار کاری بالا، کمبود زمان، هزینه‌های شخصی و عدم حمایت سازمانی در هر چهار کشور به عنوان موانع جدی شناسایی شدند. با این حال، پاسخ‌های سیاستی به این چالش‌ها تفاوت‌های چشمگیری را نشان می‌دهد.

در ایران، یافته‌های مطالعه فارسی (۲۰۱۰) و حمزه‌گردشی (۲۰۱۳) نشان داد که میانگین نمره موانع ساختاری و شخصی به طور معنی‌داری بالاتر از موانع بین‌فردی است که حاکی از وزن سنگین متغیرهایی چون شیفت‌های طولانی، اضافه‌کاری‌های اجباری و مشکلات جغرافیایی در کاهش مشارکت پرستاران است [۴۶، ۴۷].

حتی در نظام‌های پیشرفته‌تر مانند انگلستان نیز تخصیص منابع همواره یک چالش جدی بوده است؛ به‌طوری‌که کاهش بودجه توسعه حرفه‌ای از ۲۰۵ به ۸۳ میلیون پوند [۱۸]، منجر به بروز پدیده مطالعه پنهانی در میان برخی پرستاران به دلیل هراس از بازخوردهای منفی همکاران در محیط کار شده است [۱۸].

درس‌آموخته کلیدی برای سیاست‌گذاران ایران این است که ارتقای کیفی الزامات بازآموزی بدون اصلاح پیش‌نیازهای ساختاری غیرعملی خواهد بود. تجارب آمریکا، استرالیا و انگلستان نشان می‌دهد که پایداری مدل‌های توسعه حرفه‌ای مستلزم گنجانیدن شاخص‌های حمایتی در ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌ها و تعهد مدیران به تأمین نیروی جایگزین در زمان آموزش است.

پویایی محتوا و روش اجرا: گذار به یادگیری ترکیبی و مشارکتی

غلبه روش‌های سنتی سخنرانی یک‌طرفه با به حداقل رساندن تعاملات اثربخش مدرسان و فراگیران، اصلی‌ترین نقطه ضعف سیستم آموزش مداوم ایران می‌باشد [۳]. نتایج مطالعه فرمانی (۲۰۱۱) نشان داد، ۳۵٪ پرستاران مشارکت در برنامه‌های فعلی را ضعیف ارزیابی کرده‌اند [۴۳] و تنها ۴٪ ارتقای مهارت‌های عملی خود را ناشی از شرکت در این دوره‌ها گزارش نموده‌اند [۴۸].

در همین راستا، نتایج مطالعه Rouleau و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد یادگیری ترکیبی به دلیل ادغام انعطاف‌پذیری آموزش الکترونیکی و تعامل کارگاه‌های حضوری، اثربخشی به مراتب بالاتری نسبت به آموزش حضوری محض دارد [۴۹]. انتقال بخشی از برنامه‌های بازآموزی در ایران به سمت شبیه‌سازی‌های بالینی، یادگیری مشارکتی و آموزش‌های بین‌حرفه‌ای می‌تواند با شبیه‌سازی سناریوهای واقعی بالین، فرآیند انتقال دانش به عملکرد را تسهیل کند.

نیازسنجی مبتنی بر بالین و بافت حرفه‌ای

یافته‌ها نشان داد یکی از دلایل اصلی عدم اثربخشی دوره‌های آموزش مداوم در ایران، فقدان نیازسنجی مشارکتی است. کاووسی و همکاران (۲۰۱۳) و ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کردند که ۶۷٪ پرستاران معتقدند نیازهای واقعی آن‌ها پیش از تدوین دوره‌ها ارزیابی نمی‌شود و ۵۰٪ محتوای ارائه‌شده را غیرکاربردی می‌دانند [۹، ۱۱]. درون‌مایه «شکاف در محتوای دانشی» در مطالعه زارعی و همکاران (۲۰۲۲) نیز مؤید بی‌هدفی پرستاران در انتخاب دوره‌ها به دلیل نبود ساختار نیازسنجی هدفمند است [۴۰].

این چالش ساختاری با یافته‌های مطالعه گریستی و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد که معتقدند اثربخشی برنامه‌های CPD مشروط به همسویی کامل با نیازهای بالینی فراگیر و بافت کاری وی است [۵۰]. چارچوب پیشنهادی این مطالعه بر لزوم تفکیک نیازهای آموزشی بر اساس سطوح شایستگی (پرستار تازه‌کار در برابر تجربه) و ادغام شاخص‌های بالینی بخش‌ها در نیازسنجی سالانه تأکید دارد.

ارتقاء ابزارهای ارزشیابی دوره‌های آموزشی

ارزشیابی دوره‌های بازآموزی در ایران عمدتاً محدود به ارزیابی‌های سطحی واکنش و دانش (سطوح ۱ و ۲ مدل کرک‌پاتریک) است. نتایج مطالعه cant و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد جامعه پرستاری خواستار نظارت‌های مستمر بالینی و آزمون‌های سنجش مهارت عملی به جای آزمون‌های تئوریک محض می‌باشند [۵۱]. در مقابل، آمریکا، انگلستان و استرالیا با طراحی فرآیندهای بازاعتبارسنجی کیفی، ارزیابی را به فرآیند مستمر ارائه خدمت متصل کرده‌اند که اثربخشی آن به شدت تحت تأثیر حمایت‌های بین‌فردی در محیط کار قرار دارد. چارچوب انطباقی پیشنهادی با مطرح ساختن ارزشیابی‌های چندلایه (شامل خودارزیابی، گزارش تأملی و ارزیابی مستقیم در بالین)، به دنبال افزایش پایایی سنجش صلاحیت مستمر است [۲۶، ۲۸].

نقش زیرساختی فرهنگ سازمانی و رهبری پرستاری

تعهد مدیران و وجود فرهنگ یادگیری در محیط کار، قوی‌ترین تسهیل‌کننده بازآموزی اثربخش در هر چهار کشور است [۴۴، ۵۲]. در استرالیا، نگرش پرستاران به انطباق با استانداردهای نوین CPD به شدت تحت تأثیر آمادگی سازمان برای تغییر و درک حمایت از سوی سرپرستان است [۳۹]. نتایج مطالعه Govranos و همکاران (۲۰۱۴) نیز حمایت سازمانی را پیش‌شرط اصلی ایجاد محیط‌های حمایتی یادگیری بالینی دانسته‌اند [۵۳]. در انگلستان نیز نتایج مطالعه Hughes نشان داد حمایت مدیران و سبک رهبری آنان از عوامل مؤثر بر نگرش پرستاران به CPD است و فقدان حمایت مدیریتی می‌تواند مانعی برای مشارکت مؤثر در توسعه حرفه‌ای و تقویت شایستگی پرستاران باشد [۵۴].

بنابراین، ارتقای فرآیندهای بازآموزی در ایران مستلزم آن است که مدیران پرستاری صرفاً ناظر بر کارنامه‌های امتیازات نباشند، بلکه به عنوان تسهیل‌کنندگان و رهبران آموزشی (Educational Leaders) عمل نمایند.

الزامات اجرایی و راهکارهای غلبه بر موانع حسابرسی در بستر نظام سلامت ایران

اجرای سازوکار حسابرسی تصادفی سالانه ۵ درصد از پورتفولیوهای تأملی، ممکن است در نگاه نخست با چالش محدودیت نیروی انسانی ناظر و تراکم کاری مفرط پرستاران در بستر نظام سلامت ایران مواجه باشد. با این حال، غلبه بر این مانع ساختاری می‌تواند از طریق دو راهبرد عملیاتی قابل دستیابی باشد: نخست، بهره‌گیری از زیرساخت مستقر سامانه یکپارچه آموزش مداوم کشور و هوشمندسازی آن به نحوی که غربالگری اولیه پورتفولیوها (نظیر کنترل حداقل ساعات و تأییدیه‌های پایه) به صورت خودکار انجام شده و تنها گزارش‌های تأملی جهت ارزیابی کیفی فیلتر شوند. دوم، بهره‌گیری از ظرفیت نهادی سازمان نظام پرستاری از طریق تفویض اختیار داورى به کارگروه‌های ارزیابی بالینی در هیئت‌مدیره‌های استانی و نظام پرستاری کشور قابل اجرا می‌باشد. این مشارکت بین‌بخشی میان وزارت بهداشت (به عنوان مرجع بالادستی و سیاست‌گذار) و سازمان نظام پرستاری (به عنوان بدنه تخصصی و نظارتی)، هم مانع از تمرکز بار اجرایی در بدنه وزارتخانه می‌گردد و هم با ایجاد یک بستر ارزیابی هم‌تا (Peer Review)، انگیزه و پذیرش حرفه‌ای را ارتقا می‌دهد.

گذار از ساختار بوروکراتیک و همگام‌سازی این نظام با استانداردهای نوین سلامت، نیازمند توسعه یک اکوسیستم دیجیتال می‌باشد. در این راستا، پورتفولیوی الکترونیکی پیشنهادی باید از طریق استانداردهای تبادل داده سلامت، به سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی (HIS) متصل گردد تا داده‌های مربوط به شیفت‌ها، مراقبت‌های پرخطر و شاخص‌های کیفی مستقیماً و بدون نیاز به ورود دستی، به پرونده آموزشی پرستار پیوند بخورند. علاوه بر این، تلفیق ماژول‌های شبیه‌سازی دیجیتال و یادگیری سناریومحور در بستر کارپوشه، امکان ثبت و ارزیابی شایستگی‌های بالینی در محیطی ایمن را فراهم می‌سازد. همزمان، استقرار پایش خودکار هوشمند و الگوریتم‌های اعتبارسنجی در سامانه جامع، فرآیند راستی‌آزمایی مستندات و شناسایی زود هنگام شکاف‌های مهارتی را به صورت خودکار تسهیل خواهد کرد [۴۷].

نتیجه‌گیری

مطالعه تطبیقی حاضر نشان می‌دهد که نظام آموزش مداوم پرستاری در ایران، علیرغم بهره‌مندی از زیرساخت‌های قانونی مستقر و سامانه یکپارچه الکترونیکی (ircme.ir)، همچنان درگیر پارادایمی مبتنی بر انباشت کمی امتیازات بوده و از ارزیابی فرآیندهای تأملی و پیامدهای

پیش‌نیازهای کلیدی این گذار شامل ارتقای سامانه جامع آموزش مداوم (ircme.ir) جهت پشتیبانی از نگاشت‌های تأملی، تدوین "راهنمای ملی نگارش تأملی" متناسب با بافت حرفه‌ای ایران و بازنگری در آیین‌نامه‌های ارزیابی و تعرفه‌گذاری پرستاری در راستای حمایت از توسعه حرفه‌ای است.

ارزیابی اثربخشی این الگو باید بر شاخص‌هایی نظیر انطباق دوره‌ها با نیازسنجی‌ها، رضایت‌مندی پرستاران و نرخ موفقیت ممیزی‌ها استوار باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود اجرای مدل طی یک بازه ۱۹ ماهه در سه فاز عملیاتی شود: فاز اول (ماه‌های ۱ تا ۶) شامل تدوین دستورالعمل‌ها و بسترسازی نرم‌افزاری؛ فاز دوم (ماه‌های ۷ تا ۱۸) اجرای آزمایشی و بازخوردگیری؛ و فاز سوم (از ماه ۱۹ به بعد) اصلاح نهایی و توسعه تدریجی در سطح ملی. این رویکرد نظام‌مند، ضمن کاهش مقاومت‌های احتمالی، پایداری تغییر پارادایم در نظام آموزش مداوم پرستاری را تضمین می‌کند.

در راستای کاربست سیاستی یافته‌ها تحلیل تفاوت‌های ساختاری میان نظام نامتمرکز و فدرال ایالات متحده (مبتنی بر اختیارات مستقل بوردهای ایالتی) با الگوهای متمرکزتر و شبه‌متمرکز انگلستان (NMC)، استرالیا (NMBA) و ایران نشان می‌دهد که تفاوت در حاکمیت مانع از انتقال‌پذیری درس‌آموخته‌های تطبیقی نیست؛ از این رو پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با حفظ نقش نظارتی و رگولاتوری متمرکز خود (مشابه نقش هدایت‌گر نهادهای ملی در انگلستان و استرالیا)، از مدل انعطاف‌پذیر ایالت‌های پیشرو آمریکا در زمینه تفکیک شایستگی‌های عمومی از تخصصی، اولویت‌بخشی به ایمنی بیمار و اعتباربخشی مستقل مراکز آموزشی (الگوبرداری از مراجعی نظیر ANCC) بهره‌گیر و اجرای عملیاتی آن را از طریق تفویض اختیارات به دبیرخانه‌های کلان‌مناطق ده‌گانه آمایشی آموزش علوم پزشکی و دفاتر استانی سازمان نظام پرستاری پیاده‌سازی کند تا بدون نیاز به دگرگونی در ساختار حاکمیتی متمرکز کشور، انعطاف‌پذیری، پاسخگویی منطقه‌ای و شایستگی‌محوری در نظام بازآموزی پرستاری ایران نهادینه شود.

با توجه به چالش‌های جدی نظام پرستاری کشور، از جمله کمبود نیروی انسانی، شیفت‌های طولانی و فرسودگی شغلی که به عنوان موانع اصلی پذیرش الگوهای نوین آموزشی شناخته می‌شوند [۹، ۱۱، ۱۴]. توصیه اکید می‌شود که استقرار پورتفولیوی تأملی با پرهیز از بوروکراسی اداری، در قالب "میکرو-پورتفولیوی دیجیتال کم‌حجم" پیاده‌سازی گردد. برای تحقق این امر، بهره‌گیری از بسترهای دیجیتال همراه، یادگیری خرد (Micro-learning) و ابزارهای ثبت سریع داده‌ها (مانند تبدیل گفتار به متن در الگوهای ساختاریافته)، الزامی است تا فرآیند تأمل حرفه‌ای، بدون تحمیل بار زمانی مضاعف و تشدید فرسودگی شغلی، به جزئی تسهیل‌گر در روند مراقبت بالینی

بالینی غافل است. تجارب ایالات متحده آمریکا، انگلستان و استرالیا به وضوح نشان می‌دهد اثربخشی بازآموزی اجباری صرفاً در گرو گذار از بوروکراسی اداری به سمت "صلاحیت تأملی مستمر" و "نظارت تصادفی مبتنی بر عملکرد" تحقق می‌یابد. از این رو، چرخش پارادایمی در این حوزه، نه یک انتخاب اختیاری بلکه یک ضرورت ساختاری جهت ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری و ایمنی بیمار محسوب می‌شود.

بر مبنای مؤلفه‌های ساختاری الگوی مفهومی سنتز شده، نقش وزارت بهداشت در سطح سیاست‌گذاری کلان، معطوف به بازطراحی ساختار وزن‌دهی به امتیازات و ارتقای زیرساخت سامانه ملی به سمت یک پورتفولیوی الکترونیک یکپارچه (e-Portfolio) تبیین می‌گردد. این مدل نشان می‌دهد که گذار از آموزش‌های صرفاً نظری به یادگیری متوازن، مستلزم بازتنظیم سازوکارهای رگولاتوری و اعتباربخشی در این سطح سیاستی است. در سطح بستر بالینی، الگوی مفهومی استقرار فرایندهای غیرمتمرکز نیازسنجی مبتنی بر بخش و سازوکارهای حمایتی تعدیل بار کاری را به عنوان مؤلفه‌های کلیدی اثربخشی معرفی می‌نماید. افزون بر این، در چارچوب سنتز داده‌های تطبیقی، نهادینه‌سازی کمیته‌های بالینی و شبکه داوری همتا، زیرساخت عملیاتی لازم را جهت گذار از ارزیابی‌های صوری به ممیزی کیفی و نظارت هوشمند فراهم می‌سازد. همچنین مطابق با یافته‌های سنتز تطبیقی الگو، جایگاه سازمان نظام پرستاری نه به عنوان ناظر بوروکراتیک، بلکه در قامت مرجع تدوین راهنماهای استاندارد یادگیری تأملی و حامی فرایند اعتباربخشی حرفه‌ای ترسیم شده است؛ رویکردی که تضمین‌کننده صیانت از اصالت مستندسازی و استقلال حرفه‌ای پرستاران خواهد بود. در نهایت گذار از آموزش‌های تکرارشی به سمت کارگاه‌های شبیه‌سازی بین‌حرفه‌ای (پزشک-پرستار) و محاسبه امتیاز ویژه برای یادگیری مبتنی بر تیم بالینی، نیز می‌تواند در اولویت بازنگری آیین‌نامه‌های آموزش مداوم کشور قرار گیرد.

در نهایت، با وجود تأیید روایی محتوایی این چارچوب مفهومی در پنل خبرگان، به‌منظور وزن‌دهی دقیق به مؤلفه‌ها، تطبیق حداکثری با ویژگی‌های بومی نظام سلامت ایران و دستیابی به اجماع گسترده‌تر در سطح ملی، انجام مطالعه دلفی (Delphi Study) دو یا سه مرحله‌ای کشوری با مشارکت ذی‌نفعان کلیدی (سیاست‌گذاران، مدیران بالینی، پرستاران و صاحب‌نظران آموزش پرستاری) و متعاقب آن اجرای پایلوت (Pilot Implementation) در چند مرکز منتخب توصیه می‌شود.

توصیه‌های سیاستی

پیاده‌سازی چارچوب پیشنهادی فوق نیازمند همکاری چندسطحی میان وزارت بهداشت، سازمان نظام پرستاری و مجریان بالینی است.

بدل شده و ضامن مقبولیت و اثربخشی این نظام در محیط‌های پر فشار بالینی گردد.

محدودیت‌های پژوهش

تفسیر یافته‌های این مطالعه باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های زیر انجام شود:

۱. ماهیت اسنادی مطالعه: این پژوهش بر تحلیل اسناد قانونی، گزارش‌های رسمی و مقالات منتشرشده تا زمان جست‌وجو متکی است؛ بنابراین احتمال دارد تغییرات سیاستی بسیار جدید که هنوز به شکل اسناد رسمی یا مقالات علمی منتشر نشده‌اند، بازتاب نیافته باشد.

۲. پیچیدگی نظام‌های فدرال: به دلیل ساختار غیرمتمرکز و فدرال ایالات متحده آمریکا، تحلیل مقررات این کشور به کلیات و نمونه‌هایی از ایالت‌های پیشرو محدود شد و تعمیم آن به تمامی ۵۰ ایالت با محدودیت همراه است.

۳. محدودیت زبانی: فرآیند جست‌وجو صرفاً به منابع منتشرشده به زبان‌های فارسی و انگلیسی محدود بود که این امر ممکن است منجر به عدم دسترسی به تجارب ارزشمند سایر کشورها با زبان‌های غیرانگلیسی شده باشد.

۴. عدم اعتبارسنجی تجربی: چارچوب مفهومی پیشنهادی در این مطالعه حاصل تحلیل تطبیقی و استنتاج سیاستی است و تا کنون به 10.1016/j.nedt.2010.09.001.

7. Shacklock K, Brunetto Y. The intention to continue nursing: work variables affecting three nurse generations in Australia. *Journal Of Advanced Nursing*. 2012;68(1):36-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05709. x.
8. Bradley S, Drapeau M, DeStefano J. The relationship between continuing education and perceived competence, professional support, and professional value among clinical psychologists. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2012;32(1):31-38. doi: 10.1002/chp.21121.
9. Kavosi A, Memarian R, Vanaki Z, Parviniannasab A. Evaluation of retraining programs from the perspective of nurses in training hospitals of Gorgan, Iran. *Journal of Nursing Education*. 2013; 2 (3): 49- 57..URL: <http://jne.ir/article-1-220-en.html.in>. [In Persian].
10. Chong MC, Sellick K, Francis K, Abdullah KL. What influences Malaysian nurses to participate in continuing professional education activities? *Asian Nursing Research*. 2011;5(1):38-47. doi: 10.1016/S1976-1317(11)60012-4.
11. Ebrahimi H, Mohammadi Hosseini F, Amirnia M, Mehraee A, Jamali V, Hejazi SA. Factors influencing nurses' participation in continuing education programs in Tabriz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;12(7):518-526. [In Persian].
12. Ni C, Hua Y, Shao P, Wallen GR, Xu S, Li L. Continuing education among Chinese nurses: A

صورت تجربی و مداخله‌ای در بستر نظام سلامت ایران اعتبارسنجی شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش از نوع تحلیل اسنادی و مطالعه تطبیقی بوده و از داده‌ها و اسناد عمومی، گزارش‌های رسمی و منابع علمی منتشرشده استفاده کرده است. در این مطالعه هیچ‌گونه مداخله، تماس یا گردآوری داده از مشارکت‌کنندگان انسانی انجام نشده است؛ بنابراین، اخذ رضایت آگاهانه ضرورت نداشت. نویسندگان اصول امانت‌داری علمی، استناددهی دقیق، رعایت حقوق مالکیت فکری و پرهیز از تحریف یا سوءاستفاده از داده‌ها را رعایت کرده‌اند.

سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی افرادی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در انجام این پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌کنند. این پژوهش بدون دریافت هرگونه حمایت مالی، کمک‌هزینه پژوهشی یا پشتیبانی مادی از سوی سازمان‌ها، نهادهای دولتی یا خصوصی انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در ارتباط با انجام پژوهش حاضر، تفسیر یافته‌ها یا انتشار این مقاله، هیچ‌گونه تضاد منافع مالی، سازمانی، حرفه‌ای یا شخصی ندارند.

Reference

1. Osei SA, Boahemaa AF, Peprah WK, Marfo-Kusi AA, Pinamang BN, editors. Continuous professional development on job performance of registered nurses in Ghana. In: *Proceedings of the 11th International Scholars Conference*; 2019. 22-23; Cavite, Philippines. <https://doi.org/10.35974/isc.v7i1.920>.
2. Main PAE, Anderson S. Evidence for continuing professional development standards for regulated health practitioners in Australia: a systematic review. *Human Resources for Health*. 2023;21(1):23. doi:10.1186/s12960-023-00803-x.
3. Farzan N, Shams G, R M, Ghahramani M. Challenges of Nursing Continuing Education: A Phenomenological Study. *Education Strategies In Medical Sciences (ESMS)* 2020; 13 (4):382-391 URL: <http://edcbmj.ir/article-1-2546-en.html>.
4. Jasemi M, Whitehead B, Habibzadeh H, Zabihi RE, Rezaie SA. Challenges in the clinical education of the nursing profession in Iran: A qualitative study. *Nurse Education Today*. 2018; 67:21-26. doi: 10.1016/j.nedt.2018.04.010.
5. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid-to late-career nurses throughout their career span. *Administrative Sciences*. 2017;7(2):17. doi: 10.3390/admsci7020017.
6. Brestovacki B, Milutinovic D. Continuing education of paediatric nurses in Vojvodina, Serbia. *Nurse Education Today*. 2011;31(5):461-465. doi:

- general hospital-based study. *Nurse Education Today*. 2014;34(4):592-597. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.013.
13. Patelarou, E., Vardavas, C. I., Ntzilepi, P., Warren, C. W., Barbouni, A., Kremastinou, J., Connolly, G. N., & Behrakis, P. K. (2011). Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: A cross-sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece. *Tobacco Induced Diseases*, 9, Article 4. <https://doi.org/10.1186/1617-9625-9-4>.
14. Pool IA, Poell RF, Berings MG, Ten Cate O. Motives and activities for continuing professional development: An exploration of their relationships by integrating literature and interview data. *Nurse Education Today*. 2016; 38:22-28. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.032.
15. Fitzgerald C, Kantrowitz-Gordon I, Katz J, Hirsch A. Advanced practice nursing education: challenges and strategies. *Nursing Research and Practice*. 2012; 2012:854918. doi: 10.1155/2012/854918.
16. Coventry TH, Maslin-Prothero SE, Smith G. Organizational impact of nurse supply and workload on nurses' continuing professional development opportunities: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(12):2715-2727. doi: 10.1111/jan.12724.
17. Awases MH, Bezuidenhout MC, Roos JH. Factors affecting the performance of professional nurses in Namibia. *Curationis*. 2013;36(1):1-8. doi: 10.4102/curationis.v36i1.108.
18. Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*. 2021;20(1):62. doi: 10.1186/s12912-021-00579-2.
19. Gallagher L. Continuing education in nursing: a concept analysis. *Nurse Education Today*. 2007 Jul;27(5):466-73. doi: 10.1016/j.nedt.2006.08.007. Epub 2006 Nov 15. PMID: 17109998.
20. Wojniak J. George ZF Bereday (Zygmunt Fijałkowski) and his comparative method in educational research. *SHS Web of Conferences*. 2018; 48:01050. doi: 10.1051/shsconf/20184801050.
21. Islamic Consultative Assembly of Iran. Act of Continuous Education of the Medical Community of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament Research Center; 1996 [updated 2001; cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/92674>. [In Persian].
22. Mohammadi MA, Dadkhah B. Continuous medical education from the viewpoint of nursing personnel working in Ardabil hospitals. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2005;5(2):173-178. [In Persian].
23. Cassiani SHB, Lecorps K, Rojas Cañaveral LK, da Silva FAM, Fitzgerald J. Regulation of nursing practice in the Region of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública Logo*. 2020;44:e93. doi: 10.26633/RPSP.2020.93.
24. Washington State Board of Nursing. Continuing competency requirements FAQs. Washington State Department of Health; 2025 [cited 2026 Aug 2]. Available from: [https://www.doh.wa.gov/licenses-permits-and-certificates/nursing-](https://www.doh.wa.gov/licenses-permits-and-certificates/nursing-commission/continuing-competency)
- commission/continuing-competency.
25. Nursing and Midwifery Council (NMC). How to revalidate with the NMC: Requirements for renewing your registration [Internet]. London: NMC; 2019 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.nmc.org.uk/revalidation/>.
26. Nursing and Midwifery Council (NMC). Reflective discussion guidance sheet [Internet]. London: NMC; 2021 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/revalidation/reflective-discussion-guidance-sheet.pdf>.
27. Nursing and Midwifery Council (NMC). Confirmation guidance sheet [Internet]. London: NMC; 2021 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/revalidation/confirmation-guidance-sheet.pdf>.
28. Nursing and Midwifery Council (NMC). Verification: What you need to know [Internet]. London: NMC; 2021 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.nmc.org.uk/revalidation/verification/>.
29. Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA). Registration standard: Continuing professional development [Internet]. Melbourne: NMBA; 2016 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards/Continuing-professional-development.aspx>.
30. Ross K, Barr J, Stevens J. Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses? *BMC Nursing*. 2013; 12:9.
31. Nursing and Midwifery Board of Australia. Continuing professional development [Internet]. Melbourne: NMBA; [cited 2026 Aug 18]. Available from: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards/Continuing-professional-development>.
32. Nursing and Midwifery Board of Australia. Guidelines: continuing professional development [Internet]. Melbourne: NMBA; [cited 2026 Aug 18]. Available from: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Codes-Guidelines/Guidelines-cpd>.
33. Parviniannasab AM, Taheri NK. Effectiveness of nursing continuing education program in Iran: a narrative review. *Journal of Nursing Education*. 2022;11(4):1-12. <http://jne.ir/article-1-1326-fa.html>. In Persian.
34. National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). State continuing education requirements for nursing license renewal [Internet]. Chicago: NCSBN; 2024 [cited 2026 Oct 5]. Available from: <https://www.ncsbn.org>.
35. Nursing and Midwifery Council (NMC). NMC response to the Francis report [Internet]. London: NMC; 2013 [cited 2026 Aug 18]. Available from: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/francis-report/nmc-response-to-the-francis-report-18-july.pdf>.
36. Royal College of Nursing. Revalidation requirements: Continuing professional

- development. London: RCN; 2026 [cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/revalidation/revalidation-requirements-continuing-professional-development>.
37. Royal College of Nursing. Written evidence submitted by the Royal College of Nursing (RTR0092). Health and Social Care Committee. 2022. Available from: <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/42782/pdf/>.
38. Coventry TH, Maslin-Prothero SE, Smith G. Organizational impact of nurse supply and workload on nurses' continuing professional development opportunities: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(12):2715-2727. doi:10.1111/jan.12724.
39. Katsikitis M, McAllister M, Sharman R, Raith L, Faithfull-Byrne A, Priaux R. Continuing professional development in nursing in Australia: Current awareness, practice and future directions. *Contemporary Nurse*. 2013;45(1):33-45. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.33.
40. Zarei M, Mojarab S, Bazrafkan L, Shokrpour N. The role of continuing medical education programs in promoting Iranian nurses' competency toward non-communicable diseases, a qualitative content analysis study. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):731. doi: 10.1186/s12909-022-03804-x.
41. Gould D, Drey N, Berridge EJ. Nurses' experiences of continuing professional development. *Nurse Education Today*. 2007;27(6):602-9. doi: 10.1016/j.nedt.2006.08.021.
42. Gorji HA, Etemadi M, Hoseini F. Perceived organizational support and job involvement in the Iranian health care system: A case study of emergency room nurses in general hospitals. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014;3(1):58. doi: 10.4103/2277-9531.134801.
43. Farmani P, Zeighami Mohamadi S. Viewpoints of the nurses in social security hospital of Karaj and Shahriar on nursing continuing education. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;11(3):336-338. In Persian. URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1201-en.html>
44. King R, Taylor B, Talpur A, Jackson C, Manley K, Ashby N, et al. Factors that optimise the impact of continuing professional development in nursing: A rapid evidence review. *Nurse Education Today*. 2021; 98:104652. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104652.
45. Bandura A. Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. *Perspectives on Psychological Science*. 2018;13(2):130-136. doi: 10.1177/1745691617699280.
46. Farsi Z, Dehghan-Nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. Nursing profession in Iran: an overview of opportunities and challenges. *Japan Journal of Nursing Science*. 2010;7(1):9-18. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00137. [In Persian].
47. Hamzehgardeshi Z, Shahhosseini Z. A cross-sectional study of facilitators and barriers of Iranian nurses' participation in continuing education programs. *Global Journal of Health Science*. 2013;6(2):183-189. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p183. [In Persian].
48. Sajjadnia Z, Sadeghi A, Kavosi Z, Zamani M, Ravangard R. Factors affecting the nurses' motivation for participating in the in-service training courses: A case study. *Health Management and Information Science*. 2015;2(1):21-26.
49. Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA, et al. Effects of E-Learning in a Continuing education context on nursing care: Systematic review of systematic qualitative, quantitative, and mixed-methods reviews. *Journal of Medical Internet Research*. 2019;21(10): e15118. doi: 10.2196/15118.
50. Griscti O, Jacono J. Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(4):449-456. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03940.x.
51. Can't R, Levett-Jones T. Umbrella review: Impact of registered nurses' continuing professional education informed by contemporary reviews of literature. *Nurse Education in Practice*. 2021; 50:102945. doi: 10.1016/j.nepr.2021.102945.
52. Aleo G, Pagnucci N, Walsh N, Watson R, Lang D, Kearns T, White M, Fitzgerald C. The effectiveness of continuing professional development for the residential long-term care workforce: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2024; 137:106161. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106161.
53. Govranos M, Newton JM. Exploring ward nurses' perceptions of continuing education in clinical settings. *Nurse Education Today*. 2014;34(4):655-60. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.003.
54. Hughes E. Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*. 2005;19(43):41-49. doi: 10.7748/ns2005.07.19.43.41.c3904.