

Examination of continuing education regulations

Alireza Moshirahmadi :Ph.D. student of Criminology, Faculty of Law and Political Science, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Abstract: With the passage of the law on Continuing Medical Education, the education of those covered by this law became official. Increasing the level of knowledge and professional skills of medical staff and improving the conditions of service provision is the most important goal of such education. Therefore, continuing education in the medical community today is considered a fundamental principle, which is the mission of the Ministry of Health and Medical Education. It should be noted, however, that the positive and negative effects of any law become apparent only after its implementation. Obviously, the positive consequences must be strengthened while the negative ones have to be eliminated or corrected. Otherwise, the law will be rendered ineffective. In this study, Persian and English articles were searched and extracted from Google Scholar, SID, and Magiran websites using the keywords “continuing education rules and regulations”. Out of the 48 articles found, 27 relevant articles were included in the study. Regardless of the benefits of continuing education regulations, there are a number of problems and challenges in these regulations including: lack of allocation of promotional points to educational-research activities, restrictions on receiving promotional points from virtual programs, restrictions on issuing final certificates, lack of adequate training in some disciplines, and allocating equal promotional points to all lecturers. All of these need to be dealt with and corrected.

Keywords: Continuing Medical Education, Training, Continuing education regulations.

***Corresponding author:** Ph.D. student of Criminology, Faculty of Law and Political Science, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Email: moshir.alireza@yahoo.com

مقدمه

دارد تا به فراخور مباحث آتی، اصلاحاتی در مقررات صورت پذیرد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تبیین ایرادات قانون آموزش مداوم و تعیین راه‌کاری در راستای بهبود شرایط موجود به انجام رسیده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی، کیفی ارزشیابی است. با توجه به موضوع پژوهش، در پایگاه‌های علمی SID، Google Scholar، magiran و هم‌چنین رجوع به تارنمای مجلس شورای اسلامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کلیدواژه‌های آموزش مداوم، قوانین و مقررات آموزشی، ضوابط آموزش مداوم، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های آموزش مداوم در میان محتواهای فارسی و انگلیسی جستجو شد. با تدقیق در منابع به دست آمده قوانین و مقررات حاکم بر آموزش جامعه پزشکی و پیراپزشکی استخراج و طبقه‌بندی شد. در نهایت از میان ۴۸ مورد یافت شده تعداد ۲۷ مقاله مرتبط با موضوع این پژوهش، وارد مطالعه شدند. سپس کوشش شد تا ارزیابی میان وضعیت موجود و وضعیت مطلوب صورت پذیرد.

یافته‌ها

وضع و تصویب هر قانون، آیین‌نامه، بخش‌نامه و به‌طور کلی هر مقرراتی، با هدفی خاص صورت می‌پذیرد. به واقع مقررات وضع، و به اجرا در می‌آیند تا مخاطبان‌شان را تحت پوشش قرار داده و بر اعمال و فعالیت‌های آنان نظارت داشته باشد. بنابراین هر قانون دربردارنده اوامر و نواهی خاصی است. قانون آموزش مداوم نیز از حیث مستثنی نیست.

هدف از آموزش صاحبان حرفه‌های پزشکی، پروراندن نیروی‌هایی باکفایت و توانمند است که مهارت، دانش و سودمندی لازم را در راستای صیانت یا ارتقای سلامت جامعه داشته باشند (کورن و فلیت، 2005) و (معصومی و همکاران 1390). در واقع می‌توان گفت هدف نهایی ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار از طریق آموزش حرفه‌ای

شاغلین حرفه‌های پزشکی خود را متعهد می‌دانند تا در راستای منافع بیماران‌شان عمل کنند، از همین‌رو دانش آنان باید به‌روز بوده و از مهارت عملی لازم نیز برخوردار باشند. چنین موضوعی تداوم در فراگیری آموزش را می‌طلبد (بامیرو 2015). سازمان جهانی بهداشت نیز، آموزش مداوم را موضوعی مهم تلقی کرده و در گردهمایی جهانی آموزش پزشکی سال 1993 در ادینبورگ، بر اهمیت آن به عنوان یک فعالیت ضروری برای حفظ مهارت‌های حرفه‌ای دانش‌آموختگان تأکید نموده است (Chakhava & Kandelaki 2013). از همین‌رو آموزش مستمر جامعه پزشکی (continuing medical education: CME) در بسیاری از کشورها برای پزشکان و پیراپزشکان حالت اجباری پیدا کرده است. در کشور ما نیز قانون آموزش مداوم به‌منظور ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای و آگاهی‌های علمی و عملی اعضای جامعه پزشکی و به روز نگاه داشتن اطلاعات شاغلین حرفه‌های پزشکی، تصویب و به اجرا گذاشته شد. اداره کل آموزش مداوم به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌کوشد تا با وضع مصوبات، آیین‌نامه‌ها و مقررات لازم به تحکیم آموخته‌ها و روزآمد نگاه داشتن علم جامعه پزشکی کمک کند. از آن‌جاکه اندوخته‌های پیشین به مرور زمان تقلیل یافته و اطلاعات نوینی نیز به صورت لحظه‌ای در دنیای علم تولید می‌گردد، لذا در جهان امروز آموزش مداوم به‌عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر مطرح است. اینک مسئله حائز اهمیت پس از اجرایی شدن قانون آموزش مداوم، میزان کیفیت و اثربخشی آن در راستای نائل آمدن به اهدافی است که از پیش برای آن تبیین شده است. سؤال اساسی این جاست که آیا وضعیت حاضر بی‌کم‌وکاست است یا با مذاقه در وضعیت موجود، ایرادات و آسیب‌هایی به چشم می‌خورد که نیازمند بازنگری و اصلاحند؟ به نظر می‌رسد مقررات حاضر مصون از ایراد نیست؛ در واقع میان وضعیت حاضر و وضعیت مطلوب فاصله وجود دارد. لذا ضرورت

بحث

آموزش مداوم به طراحی دوره‌های آموزشی در راستای افزایش دانش، مهارت و ارتقای عملکرد حرفه‌ای صاحبان حرفه‌های پزشکی که پس از زمان فارغ‌التحصیلی در دسترس فراگیران است، اطلاق می‌شود (عبادی و همکاران 1386). این برنامه‌ها با هدف ارائه مطلوب‌تر خدمات به دریافت‌کنندگان آن و انجام کاراتر مسئولیت‌های حرفه‌ای به اجرا در می‌آیند. آموزش مداوم در ایران در ابتدا تحت عنوان قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی کشور در اواخر سال ۱۳۶۹ برای اجرای یک دوره آزمایشی پنج‌ساله به تصویب رسید. تبصره 1 از ماده 1 این قانون کلیه مشمولین موضوع ماده 1 این قانون را موظف به شرکت در دوره‌های تئوری و عملی بازآموزی و نوآموزی علوم پزشکی که از سوی دانشگاه یا دانشکده‌های علوم پزشکی استان مربوطه برگزار می‌شود، کرد. قانون مذکور در تاریخ ۷۵/۲/۱۲ با تغییر نام به آموزش مداوم جامعه پزشکی به تصویب نهایی رسید (آبات و محیا 1369). بر پایه این قانون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقای سطح دانش و مهارت‌های جامعه پزشکی موظف به برگزاری ارزشیابی دوره‌های آموزشی گردید. قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی، بخش‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های آن علی‌رغم مزیت‌ها و امتیازاتی که دارد با کاستی‌ها و آسیب‌هایی نیز روبه‌رو است که در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌شود.

الف - حذف امکان دریافت امتیاز از فعالیت‌های آموزشی - پژوهشی

تخمین و ارزیابی سطح دانش به پدیدآوری و خلق آثار علمی و دسترسی سهل و سریع به آن متکی است. انجام فعالیت‌های پژوهشی توسعه و ترقی کشورها در سطح ملی و بین‌المللی به دنبال خواهد داشت (فاکس و بنت 1998). بنابراین می‌توان گفت در عصر کنونی دانش و آگاهی محوری‌ترین معیار پیشرفت و بالندگی جوامع به

است (وندی 2010). نائل آمدن به چنین هدفی بدون در دسترس بودن و برگزاری مستمر دوره‌های آموزشی میسر نخواهد بود (امیرنیا و همکاران 1391). اگرچه تداوم خدمت به تدریج منتهی به کسب تجربه و مهارت خواهد شد، اما پیش آمدهای روزانه و تحولات علمی و اجتماعی سبب شده که صرف بسنده کردن به مهارت‌ها اثربخش نباشد. به دیگر سخن، اتکا به تجارب پیشین و عدم احساس نیاز به روزآمدی سبب ایجاد فاصله خواهد شد. فاصله‌ای میان وضعیت موجود و وضعیت مطلوب. درک چنین فاصله‌ای موجب می‌شود تا کارکنان بهداشتی و درمانی احساس ضمن اشراف نسبت به کمبودها، انگیزه بالاتری نیز برای فراگیری دانش داشته باشند (عطایی، صفاریان همدانی و ضامنی، 1398). بدین ترتیب بهبود عملکرد حرفه‌ای و پیشرفت شغلی نیازمند فراگیری دانش و شرکت در دوره‌های آموزشی خواهد بود (کورن و دیگران 2007). بنابراین ارتقای سطح دانش و مهارت‌های شغلی، بهینه‌سازی خدمات بهداشتی - درمانی و دستیابی به استانداردهای کارآمد و مطلوب خدمات پزشکی و حرفه‌های وابسته منطبق با نیازهای جامعه اهدافی کلی است که قانون آموزش مداوم و بخش‌نامه‌های مرتبط با آن درصدد نائل آمدن به آنند.

نائل آمدن به اهداف از پیش تعیین شده آموزش مداوم شیوه‌های مختلف امکان‌پذیر است. مهمترین این روش‌ها عبارتند از: افزایش سطح آگاهی‌های علمی، دانش فنی و مهارت‌های حرفه‌ای مشمولان قانون، به هنگام کردن دانش پزشکی مشمولان قانون به منظور آشنایی با تازه‌های علمی و عملی حرفه مربوط و انطباق آنها با نیازهای جامعه، آشنا کردن جامعه پزشکی با سیاستها، جهت گیریها و اولویت‌های بهداشتی - درمانی کشور و جلب مشارکت آنها، تقویت و تحکیم آموخته‌های درست قبلی، آشنایی جامعه پزشکی با استانداردهای کارآمد و مطلوب خدمات پزشکی و حرفه‌های وابسته.

مشارکت یا عدم مشارکت عضو هیئت علمی همراه باشد. از همین رو شمول چنین محدودیتی نباید جنبه عام داشته باشد. بلکه می‌توان این محدودیت را صرفاً نسبت به اعضای هیئت علمی اعمال کرد، چرا که عدم اختصاص امتیاز از این طریق ضمن کاهش انگیزه در شرکت‌کنندگان غیر هیئت علمی می‌تواند منتهی به کاهش فعالیت‌های پژوهشی گردد. دوم آن که مطابق بند سوم از مصوبه سی و چهارمین شورای عالی آموزش مداوم، کسب امتیاز با ارائه مقاله در برنامه‌های حضوری آموزش مداوم امکان‌پذیر است. این در حالی است که مقالات چاپ شده در مجلات معتبر قابلیت کسب امتیاز را نخواهد داشت. در واقع در این جا دوگانگی به چشم می‌خورد. بدیهی است که فرایند پذیرش مقالات در مجلات داخلی و خارجی بسیار دقیق‌تر از یک برنامه آموزشی است. ضمن آن که اعتبار مجلات دارای مجوز نیز به مراتب نسبت به برنامه‌های حضوری بسیار بالاتر است. اینک چگونه کسب امتیاز از مقالات همایشی امکان‌پذیر بوده اما از مقالات مجلات علمی خیر؟ سوم، باید توجه داشت هدف از آموزش مداوم، روزآمدی فراگیران است و در این بین تفاوتی ندارد که افزایش دانش برخاسته از شرکت در برنامه‌ای حضوری باشد یا شرکت در فعالیتی پژوهشی همچون چاپ کتاب یا مقاله؛ آنچه مهم تلقی می‌شود ارتقای کیفیت در ارائه خدمت است (گریبنو و دیگران 2017). لذا شایسته است اعمال چنین محدودیتی در صورت توجه بر اجرای آن، صرفاً شامل حال اعضای هیئت علمی شده و امکان دریافت امتیاز از این طریق برای سایر مشمولان قانون میسر باشد. بدیهی است پذیرش رویکرد مذکور، تغییر در آیین‌نامه پیشین مربوط به چگونگی محاسبه و اختصاص امتیاز به انواع فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی را نیز ضروری می‌نماید.

ب- محدودیت دریافت امتیاز به شیوه غیر حضوری

شرایط جامعه مدرن به طور مستمر در حال تغییر بوده و از همین رو مطالبات حرفه‌ای متخصصان در همه سطوح در حال افزایش است. در چنین وضعیتی تولید برنامه‌های

حساب می‌آید. به‌طور کلی فعالیت‌های پژوهشی تلاشی در راستای کشف بهترین راه حل‌ها به منظور رفع دغدغه‌ها و مشکلات موجود در زمینه‌های گوناگون است. از همین رو فزونی فعالیت‌های پژوهشی و اهمیت دادن به امر تحقیقات سبب تعالی و توسعه هر کشور خواهد بود (گارسیا-باربرو 1995). بدین ترتیب ارزش پژوهش و پرداختن به فعالیت‌های پژوهشی بر کسی پوشیده نیست.

تا پیش از نهمین مصوبه کمیسیون آموزش مداوم جامعه پزشکی، یکی از راه‌های دریافت امتیازات آموزش مداوم کسب امتیاز از طریق فعالیت‌های پژوهشی بود. یعنی تألیف/ترجمه کتاب یا درج مقاله در مجلات علمی معتبر داخلی یا خارجی که ضمن روزآمدی دانش مشارکت‌کنندگان، سهم بسزایی در ارتقای سطح علمی جامعه داشت. اما بنابر مصوبه مذکور و با عنایت به مصوبه سی و چهارمین شورای عالی آموزش مداوم، شیوه‌های دریافت امتیاز به شرکت مشمول در برنامه‌های آموزش مداوم، سخنرانی در برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی، ارائه مقالات و پوسترهای آموزشی در برنامه‌های آموزش مداوم و شرکت مشمول در برنامه‌های مورد تأیید آموزش مداوم خارج از کشور، محدود شد (بخشنامه 504/597/د مورخ 98/11/30). تصمیم‌گیرندگان بر این عقیده بودند که با توجه به سایر مزیت‌های انتشار مقاله و انجام پژوهش در ارتقای مرتبه اعضای هیئت علمی، پیش‌بینی دریافت امتیاز به این شیوه دیگر ضرورت ندارد. اگرچه عدم اختصاص امتیاز به اعضای هیئت علمی با عنایت به امکان کسب امتیاز از سایر راه‌ها و امکان بهره‌مندی از مزیت انتشار مقالات و کتب در دیگر زمینه‌ها به نوعی قابل قبول می‌نماید، اما عدم اختصاص امتیاز از این شیوه به وسیله سایر مشمولان قانون و اعضای غیرهیئت علمی قابل دفاع نیست.

به‌طور کلی نسبت به مصوبه مذکور از سه جهت می‌توان ایراد وارد کرد. نخست آن که مشارکت در فعالیت‌های پژوهشی منحصر به اقدامات اعضای هیئت علمی نیست. به دیگر سخن، همکاری در تهیه مقالات یا کتب می‌تواند با

می‌نماید. بررسی‌ها و تحقیقات صورت گرفته در زمینه برگزاری آموزش‌های غیرحضورى نیز مبین آن است که اثربخشی این دوره‌ها به موازات و هم‌سان با برنامه‌های حضورى بوده و افزایش دانش برای فراگیران در هر دو شیوه به یک میزان تخمین زده شده است (مختاری نوری و همکاران 1389؛ مایکل و دیگران 2019). بنابراین آموزش مداوم، چیزی بیش از برگزاری کنفرانس‌ها و دوره‌های حضورى آموزشى است. لازم به ذکر است در نقشه آموزش مداوم جامعه پزشکی در افق 1404 نیز حذف محدودیت امتیازی کسب امتیاز یا لااقل افزایش میزان درصد آن تا 80٪ امتیازات موظفی مورد توجه قرار گرفته است (بند 3-1-2 راهبردها و اقدامات نقشه آموزش مداوم جامعه پزشکی در افق 1404) موضوعی که می‌تواند نویدبخش توسعه برنامه‌های غیر حضورى و الکترونیکی باشد.

پ- محدود شدن صدور گواهی نهایی به بازه زمانی پنج‌ساله

کشورهای مختلف در خصوص آموزش جامعه پزشکی دو رویکرد کلی را مدنظر قرار داده‌اند. یعنی رویکرد اختیار و اجبار. با این توضیح که در بعضی کشورها شرکت در دوره‌های آموزش مداوم جنبه اختیاری دارد. (به‌عنوان مثال کشورهای استرالیا و نیوزلند) لذا با توجه به عدم وجود قانون مشخص در این رابطه کوشش می‌شود تا به واسطه تمهیداتی هم‌چون قرارداد پاداش مالی، اعمال جریمه، انتشار اسامی فعالان در برنامه‌های آموزشى و ... صاحبان حرفه‌های پزشکی را به حضور در این دوره‌ها ترغیب نماید. اما در بعضی دیگر از کشورها شرکت در دوره‌های آموزش مداوم حالت اجبارى برای مشمولان قانون دارد. (به مانند کشورهای ایران، امریکا، کانادا و برخی از کشورهای اتحادیه اروپا) در این دسته صدور یا تمدید پروانه فعالیت منوط به حضور در دوره‌ها و رعایت قوانین مدون آموزشى است. (دانن 1998) (استراس و هارلان 1978) بدین ترتیب برنامه‌های آموزش مداوم، در قالب فعالیت‌هایی علمى و تخصصی که پزشکان و

جدید آموزشى، به کارگیری فناوری‌های نوین یادگیری و برگزاری دوره‌های آموزشى به شیوه‌های مختلف برای صاحبان حرفه‌های پزشکی به یک ضرورت بدل شده است (مارگاریتا، شفر و پالانژ 2019). گسترش دانش، تقاضا برای صرفه‌جویی در زمان و توقع دسترسی به منابع بیشتر ایجاب می‌نماید تا دوره‌های آموزشى که پیش‌تر فقط به شیوه حضورى ارائه می‌شدند، با شیوه‌های نوین تکامل یابند (حکاک، حرنی، مروتی و اخلاقی، 1397). لذا با توجه به توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات، بهره‌گیری از اینترنت و ارائه آموزش الکترونیکی و غیرحضورى که فراگیر محور است به شیوه‌ای غیرقابل انکار در آموزش بدل شده است (هررا و دیگران 2012؛ هاردن 2005) با این حال مقررات حاکم بر آموزش مداوم محدودیتی در سقف کسب امتیاز از طریق غیرحضورى قائل شده است.

تبصره 3 از بند دوم دستورالعمل صدور گواهی نهایی آموزش مداوم جامعه پزشکی (504/366/د) کسب حداکثر 50 امتیاز از 125 امتیاز (40٪ امتیاز 5 ساله) را از طریق برنامه‌های غیرحضورى مجاز دانسته است. این در حالی است که مهم‌ترین هدف از برگزاری دوره‌های آموزش مداوم ارتقای سطح دانش و مهارت‌های شغلی جامعه پزشکی و پیراپزشکی است. بدین ترتیب دوره‌های مصوب می‌بایست به پیشرفت علمى و عملی کارکنان بهداشتی و درمانی انجامد. نائل آمدن به چنین هدفی محدود به دوره‌های حضورى نبوده بلکه از طریق شیوه‌های مجازى یا غیرحضورى نیز میسر است. بنابراین به نظر می‌رسد اعمال محدودیت در کسب امتیاز قابل قبول نباشد. فقدان محدودیت زمانى و مکانى، قابلیت خودارزیابى و تکرارپذیرى، صرفه‌جویی در وقت و هزینه و تنوع دسترسی به محتوای مهم مزیت‌های مرتبط با توسعه آموزش مجازى یا الکترونیکی است (حسینی مهر، انتصارفومنی، حجازى و اسدزاده دهراى، 1398). هم‌چنین سهولت دسترسی و افزایش شمار پزشکان و پیراپزشکان شاغل در مناطق روستایى ضرورت عدم تمرکز خدمات آموزش مداوم به دوره‌های حضورى را ایجاب

غیر منطقی خواهد بود. لذا از آن جایی که تداوم در کسب امتیاز یکی از اهداف آموزش مداوم است پیشنهاد می‌شود صدور گواهی نهایی و تمدید پروانه مشمولان قانون با رعایت امتیاز مربوط به هر سال و متناسب با امتیاز کسب شده‌شان باشد. به عنوان مثال اگر مشمولی 25 امتیاز کسب کرده قادر به تمدید پروانه یک‌ساله باشد. یا در صورتی که مجموع امتیاز 75 است تمدید پروانه به مدت 3 سال انجام پذیرد.

ت- عدم ارائه آموزش کافی برای برخی رشته‌ها

امروزه آموزش مداوم جامعه پزشکی به عنوان اصلی بایسته و لازم مورد توجه است. از همین رو ساز و کاری پیش‌بینی شد تا شاغلان حوزه بهداشتی-درمانی به صورت مستمر در دوره‌های آموزشی حضور یافته و امتیازات لازم را کسب نمایند (روحانی و رشیدی، 1397)، بنابراین برنامه‌های آموزش مداوم به گونه‌ای طراحی و ارائه می‌شوند تا پزشکان و پیراپزشکان با جدیدترین موضوعات آشنا شده و نسبت به پیشرفت‌های نوین در زمینه پزشکی آگاهی یابند (صالحی و همکاران 1395). بدیهی است که فقدان یا عدم ارائه آموزش کافی، کارایی صاحبان حرف پزشکی و پیراپزشکی را در محیط‌های بالینی و درمانی با اشکال روبه‌رو خواهد کرد (سملوا و سلزنوا 2017). تعداد فارغ‌التحصیلان در برخی از رشته‌های تخصصی محدود است. برنامه‌های آموزشی که با گروه هدف این رشته‌ها منطبق باشد نیز به صورت محدود برگزار می‌شود. به واقع اندک بودن این فارغ‌التحصیلان سبب شده تا آنان را در زمره گروه هدف‌های مغفول برنامه‌های آموزشی قرار گیرند. صدور بخشنامه راهنمای تعیین گروه‌های هدف برنامه‌های آموزش مداوم ابلاغی از سوی مدیرکل آموزش مداوم جامعه پزشکی (504/31/د مورخ 95/2/21) نیز بر این مشکل افزوده است. با این توضیح که بر اساس بخشنامه مذکور گروه‌های هدف یک برنامه نهایتاً در 4 رتبه جای می‌گیرند. امتیاز قابل کسب از مجموع حداکثر امتیاز تخصیص داده به هر برنامه به ترتیب اولویت رتبه‌ها 100٪، 70٪، 50٪ و 30٪ امتیاز برنامه خواهد بود. از

پیراپزشکان را تحت پوشش قرار می‌دهند (پک 2000) به اجرا در می‌آیند تا مشولان قانون قادر به ادامه فعالیت حرفه باشند.

در ایران مشمولان قانون آموزش مداوم موظف شده‌اند تا 125 امتیاز از برنامه‌های آموزشی را در هر دوره پنج‌ساله کسب نمایند. تا پیش از بخشنامه 504/1017 مورخ 1390/1/7 پزشکان صرفاً تکلیف داشتند تا در فواصل زمانی 5 ساله امتیاز خود را به حد نصاب برسانند. یعنی محدودیتی برای دریافت امتیاز در هر سال وجود نداشت. اما بنابر بخشنامه مذکور مشمولان موظف شدند تا از سال 1391 به بعد امتیاز هر سال را صرفاً در همان سال کسب کنند؛ یعنی صرفاً مجاز به کسب 25 امتیاز در هر سال شدند. پیش‌بینی چنین محدودیتی را باید همگام با ماهیت قانون آموزش مداوم دانست. چرا که یکی از اهداف این قانون روزآمدی و کارآمدی کارکنان درمانی و بهداشتی است. بدیهی است که به روز بود مشمولان در گرو شرکت مستمر و مداوم در برنامه‌های آموزشی است. لذا شایسته نبود تا یک مشمول تمامی یا بخش اعظمی از امتیاز خود را در طی یک الی دو سال کامل کرده و در مابقی مدت دوره 5 ساله خود را از شرکت در دوره‌ها بی‌نیاز ببیند.

از آن جایی که کسب 25 امتیاز برای اعضای جامعه پزشکی در همه موارد میسر نبود، بخشنامه 504/664 مورخ 90/8/21 آستانه چشم‌پوشی (telorance) 10 امتیازی را پیش‌بینی کرد. بنابراین مشمولان مجاز به کسب حداقل 15 و حداکثر 35 امتیاز در یک سال شدند. هرچند بعدها سقف حداکثری امتیازی اکتسابی در یکسال حذف شد، اما رعایت حداقل امتیاز در سال به قوت خود باقی ماند. بنابراین دریافت حداقل امتیاز در هر سال کماکان به قوت خود باقی بوده که امری پسندیده است. باین وجود به نظر می‌رسد محدود شدن صدور پروانه‌ها در دوره‌های 5 ساله محدودیتی ناب‌جاست. چه‌بسا مشمولی تمایل به فعالیت حرفه‌ای در عرض یک یا دو سال داشته باشد از این رو الزام وی به تکمیل امتیازت 5 ساله تکلیفی

ث- یکسان مفروض دانستن امتیاز سخنرانی در

تمامی برنامه‌ها

انتقال مفاهیم آموزشی در برنامه‌های حضوری آموزش مداوم استادمحور است. از همین رو سخنرانان در چنین برنامه‌هایی می‌کوشند تا ضمن آماده‌سازی محتوای آموزشی مناسب با گروه‌های هدف، دانش، بینش، نگرش و کارایی فراگیران را نیز فزونی بخشند (صلحی و همکاران، 1390). بنابراین شیوه و روش‌های ارائه مطالب، نقشی اساسی در تثبیت اطلاعات و میزان دریافت دانش از سوی فراگیران دارد (ووتو، بورن و بالاس 2004؛ تیان و دیگران 2010) و گزینش محتوا و شیوه آموزشی صحیح، و اجرای مطلوب برنامه‌ها عاملی اساسی در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران خواهد داشت.

در ایران برنامه‌های آموزش مداوم در قالب‌های مختلف به اجرا در می‌آید. با رجوع به آیین‌نامه و مقررات حاکم بر آموزش مداوم به طور کلی برنامه‌ها در 9 حالت قابلیت اجرا خواهند داشت که عبارتند از:

الف- سمینار: گردهمایی علمی است که در آن تازه‌های علمی بیان می‌شود و مبادله تجربیات در جهت چاره‌جویی و حل مشکلات حرفه‌ای شرکت‌کنندگان انجام می‌شود. معمولاً سمینار به صورت ارائه سخنرانی، میزگرد و پرسش و پاسخ اجرا می‌شود و مدت آن حداقل دو روز است. ب- کنگره: گردهمایی علمی رسمی با حضور متخصصین و صاحب‌نظران باتجربه است که در کنار ارائه سخنرانی‌های علمی، نتایج آخرین تحقیقات انجام شده به صورت مقاله، سخنرانی و پوستر ارائه می‌شود. مدت زمان برگزاری کنگره‌ها معمولاً 2 روز یا بیشتر است.

پ- کارگاه آموزشی: برنامه‌ای که حداقل 40٪ ساعت فعال آموزشی آن به کارگروهی یا مهارت علمی اختصاص دارد و سقف ظرفیت شرکت‌کنندگان 30 نفر است.

ت- کنفرانس: نشست‌های یک‌روزه علمی است که در آن صاحب‌نظران نقطه نظرات خود را از طریق سخنرانی، پرسش و پاسخ، میزگرد و یا گزارش موارد جالب مطرح می‌نمایند.

آنجا که حداکثر تعداد گروه هدف‌های مجاز در هر رتبه 5 گروه است و فزونی از سقف 5 گروه سبب کسر امتیاز کلی برنامه خواهد شد، دبیران علمی برنامه ترجیح می‌دهند تا گروه‌های هدفی در برنامه قرار گیرند که از جامعه آماری بالاتری برخوردارند.

بدین ترتیب اعضای جامعه پزشکی فارغ‌التحصیل در این رشته‌ها مانند طب سنتی، طب کار، پزشکی ورزشی، پزشکی اجتماعی و... در کسب امتیاز لازم از برنامه‌های حضوری با مشکلاتی مواجهند. لذا در بسیاری از موارد امکان شرکت در برنامه برای ایشان میسر نمی‌شود. به منظور برون‌رفت از این مشکل دو راه کار را می‌توان مدنظر قرار داد. نخست، در صورتی که حداقل 30٪ محتوای علمی برنامه با گروه‌های هدف‌های این‌چنینی مرتبط باشد، پیشنهاد اضافه شدن این گروه‌ها از طریق کمیته تخصیص امتیاز آموزش مداوم به دبیر علمی برنامه ارائه گردد. در پیش‌گیری چنین رویکردی موجب خواهد شد تا رشته‌های دارای فارغ‌التحصیلان معدود نیز رفته‌رفته مورد توجه قرار گیرند. دوم در صورتی که ارتباط 30٪ محتوای برنامه با گروه‌های هدف این‌چنینی برقرار نبوده یا سقف گروه‌های هر رتبه تکمیل شده باشد، شاید بتوان کسب امتیاز از برنامه‌های رشته‌های مشابه را مدنظر قرار داد. به عنوان مثال گروه‌های پزشکی اجتماعی یا طب کار مجاز باشند تا به موازات کسب امتیاز از رشته اصلی خود از برنامه‌های مرتبط با رشته پزشکی عمومی نیز استفاده نمایند. در پیش‌گرفتن چنین شیوه‌ای را برای برخی گروه‌های فوق‌تخصصی نیز می‌توان اجرا کرد. یعنی این گروه‌ها مجاز به شرکت و دریافت امتیاز از برنامه‌های یک مقطع پایین‌تر یعنی گروه‌های تخصصی مرتبط با رشته‌شان باشند. بدیهی است اجرایی شدن چنین راه‌کاری در وهله اول منوط به احصاء دقیق رشته‌هایی که فارغ‌التحصیلان اندک دارند بوده و در وهله دوم شناسایی رشته‌های مرتبط با مقطع و رشته تحصیلی فعلی و پیشین مشمولان است.

آموزشی و ارائه آن نمایند. اگرچه همپوشانی در خصوص تهیه محتوی برخی از وجود دارد، با این حال وجوه افتراقی نیز در این بین قابل مشاهده است. به عنوان نمونه برگزاری کارگاه که نیازمند ارائه محتوی به صورت علمی است با سخنرانی در دوره‌های کنفرانس یا سمینار متفاوت است. چنین تفکیکی میان دوره‌های حضوری و غیرحضوری نیز قابل ذکر است. هم‌چنین ارائه محتوی علمی در برنامه‌های کنفرانس ادواری با دیگر برنامه‌های قابل قیاس نیست. از همین رو به نظر می‌رسد اختصاص امتیاز یکسان در تمامی برنامه‌ها قابل دفاع نباشد. لذا پیشنهاد می‌شود تا امتیاز سخنرانی دوره‌های مختلف بنابر هدف هر دوره تعیین گردد. بدیهی است در چنین رویکردی برنامه‌هایی که دارای مشابهت محتوایی می‌باشند قابلیت دریافت امتیاز سخنرانی یکسان خواهند داشت.

نتیجه‌گیری

واضعان قوانین و مقررات می‌کوشند تا با پیش‌بینی شرایط موجود قوانینی بی‌کم‌وکاست و عاری از اشکال را وضع نمایند. با این وجود کارایی و اثربخشی مقررات در عمل و اجراست که روشن می‌گردد. قانون آموزش مداوم و مقررات مرتبط با آن علی‌رغم مزایایی هم‌چون روزآمدن نگاه دانش مخاطبان قانون، ارتقای سلامت جامعه، افزایش سطح آگاهی‌های علمی و مهارت‌های حرفه‌ای مشمولان قانون و نمایاندن اولویت‌ها و سیاست‌های بهداشتی و درمانی کشور، از آسیب‌ها و معایبی نیز برخوردار است. نادیده گرفتن امکان دریافت امتیاز از فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی، محدودیت در دریافت امتیاز از طریق برنامه‌های غیرحضوری، محدودیت در صدور گواهی نهایی صرفاً به فواصل زمانی پنج‌ساله، عدم ارائه آموزش کافی برای برخی رشته‌های مشمول قانون و مفروض دانستن اختصاص یکسان امتیاز به سخنرانان برنامه‌های آموزش مداوم اهم ایراداتی است که در مقررات موجود به چشم خورده که نیاز به اصلاح آن احساس می‌شود. با توجه به مغفول ماندن موضوع بررسی مقررات حاکم بر آموزش جامعه

ث-کنفرانس ادواری: اگر این نشست‌های کنفرانسی حول محور یک موضوع واحد علمی به صورت جلسات حداکثر یک‌روزه به صورت مستمر در فواصل حداقل یک‌هفته‌ای تشکیل گردد، کنفرانس ادواری گفته می‌شود.

ج-سمپوزیوم: به منظور بحث تخصصی یا فوق تخصصی در مورد یک موضوع خاص افراد صاحب‌نظر به صورت سخنرانی، کارگروهی و یا ارائه مقاله از جنبه‌های متفاوت موضوع را بررسی می‌نمایند. مخاطبین سمپوزیوم نیز افراد متخصص و صاحب‌نظر هستند و طول مدت سمپوزیوم معمولاً یک‌روز است.

چ-برنامه‌های مدون: برنامه‌ای آموزشی است که سرفصل‌ها و موضوعات آن از سوی اداره کل آموزش مداوم تدوین شده و در قالب استاندارد از پیش تعیین شده به اجرا در می‌آید. سقف تعداد شرکت‌کنندگان در برنامه‌های مدون 150 نفر است.

ح-برنامه‌های آموزشی مهارتی حرفه‌ای: دوره‌ای است که طی آن مهارتی در زمینه علوم پزشکی آموزش داده می‌شود. طول این دوره‌ها حداقل دو هفته و حداکثر 6 ماه می‌باشد که با گذراندن دوره، گواهی پیدا کردن صلاحیت حرفه‌ای خاص به شرکت‌کننده اعطا می‌شود. در حال حاضر این دوره‌ها در مراکز آموزشی مهارتی حرفه‌ای دانشگاهی مدیریت و اجرا می‌شوند.

خ-برنامه‌های غیرحضوری: به تمامی برنامه‌های آموزش مداوم گفته می‌شود که ارائه آن‌ها به حضور فیزیکی مشمولین در محل آموزش نیازی نیست. برنامه‌های آموزش در قالب سامانه اینترنتی (online)، لوح فشرده، وبینار و یادگیری همراه به کمک تلفن همراه مثال‌هایی از این نوع آموزش هستند. باید توجه داشت برنامه‌های تله کنفرانس که نیاز به حضور فیزیکی شرکت‌کنندگان (هرچند در محلی دیگر) دارد به عنوان برنامه‌های آموزش مداوم حضوری تلقی می‌شوند.

با توجه به آن‌که اجرای هر برنامه دارای هدف مشخص و از پیش تعیین شده است، لازم می‌آید تا دبیران علمی و سخنرانان برنامه بر پایه ماهیت دوره اقدام به تهیه محتوی

Curran, V. et al., 2007. A survey of rural medical education strategies throughout the medical education continuum in Canada. *Cah Sociol Demogr Med*, 47(4), pp. 445-468.

Donen, n. 1998. No to mandatory continuing medical education, Yes to mandatory practice auditing and professional educational development. *Canadian Medical Association*, 158(8), pp 1044-1046.

Ebadi, A., Vanaki, Z., Nahrir, B. & Davoud, H., 2008. Pathology of Continuing Educational Programs in Iran Medical Society. *Strides in Development of Medical Education*, 4(2), pp. 140-145. [in Persian]

Fox, R. & Bennett, N., 1998. Learning and change: implications for continuing medical Education. *British Medical Journal*, Volume 316, pp. 466-468..

Garcia-Barbero, M., 1995. Medical education in the light of the World Health Organization Health for all strategy and the European Union. *Med Educ*, 74(12), pp. 3-12.

Griebenow, R. et al., 2017. Roles and Responsibilities in the Provision of Accredited Continuing Medical Education/ Continuing Professional Development. *Journal of European CME*, Volume 6, pp. 1-7.

Guenova, M., Schäfer, . R. & Palange, p., 2019. Independent Continuing Medical Education (CME)/ Continuing Professional Development (CPD) Must Deliver Unbiased Information. *JOURNAL OF EUROPEAN CME*, Volume 8, pp. 1-3.

Hakkak, M., Hozni, S., Morovati, H. & Akhlaghi, T., 2018. Research Diagnosis in Postgraduate Students of Guilan University of Medical Sciences. *RME*, 10(2), pp. 46-57. [in Persian]

پزشکی و پیراپزشکی پیشنهاد می‌شود تا این مبحث مورد پژوهش‌های بیشتر قرار گرفته تا بر غنی‌مطلب افزوده گردد.

References

Bamiro, A., 2015. Effects of guided discovery and thinkpairshare strategies on secondary school students' achievement in chemistry. *SAGE Open*, 5(1), pp. 1-7.

Chakhava, G. & Kandelaki, N., 2013. Overview of legal aspects of Continuing Medical Education/Continuing Professional Development in Georgia. *Journal of European CME*, 2(1), pp. 19-23.

Curran, v. & Fleet, . L., 2005. A review of evaluation outcomes of web-based continuing medical education. *Med Educ*, 39(6), pp. 561-567.

Masoumy, M., Ebadi, A., Daneshmandi, M. & Raisifar, . A., 2011. Concept mapping; modern teaching strategy in nursing education. *Iranian Quarterly of Education Strategies*, 4(1), pp. 47-51. [in Persian]

Wendy, J., 2010. Teaching for clinical reasoning: helping students make the conceptual links. *Med Teach*, 32(10), pp. 436-442.

abat, f. & Majia, A., 1991. *Continuous training of health staff and workshop workshop guide*. tehran: ferdows. [in Persian]

Amirnia, M. et al., 2010. General Practitioners' Views toward Quality of Continuing Medical Education Programs in Tabriz. *JMUI*, 12(4), pp. 231-239.

Ataei, M., Safaryan Hamadani, S. & zamani, f., 2020. A Review of Current and Effective Educational Methods in Continuing Medical Education. *CEJ*, 3(9), pp. 12-22. [in Persian]

- Rouhani, s. & rashidi, z., 2018. Analyzing the lived experience of faculty members from the scientific promotion process; Phenomenological study. *ihcj*, 10(1), pp. 133-157. [in Persian]
- Salehi, M. et al., 2016. The Research barriers at University from students' point of view in Golestan University of Medical Sciences. *JSMJ*, 7(1), pp. 84-93. [in Persian]
- Semeleva, e. & Selezneva, N., 2017. CONTINUING MEDICAL EDUCATION: THE NEED FOR CHANGE. *INTERNATIONAL RESEARCH JOURNAL*, 58(4), pp. 177-180.
- Solhi, h., Cyrus, a., Noroozi, a. & Sedighi, i., 2011. Continuing Medical Education: Traditional or Electronic. *RMEJ*, 3(1), pp. 11-16. [in Persian]
- stross, j k & harlan, w. 1978. The Impact of Mandatory Continuing Medical Education. *JAMA*, 239(25), pp 2663-2666.
- Tian, J., Atkinson, N., Portnoy, B. & Lowitt, N., 2010. The development of a theory-based instrument to evaluate the effectiveness of continuing medical education. *Acad Med*, 85(9), pp. 18-25.
- Wutoh, R., Boren, S. & Balas, E., 2004. E-learning: a review of Internet-based continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof*, 24(1), pp. 20-30.
- Harden, R., 2005. A new vision for distance learning and continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof*, 5(1), pp. 43-51.
- Herrera, c. et al., 2012. Evaluation of the educational environment in medical specialty programs. *Revista medica de Chile*, 140(12), pp. 1554-1561.
- Hosseinimehr, H., Entesar Fomani, G., Hejazi, M. & Asadzadeh Dahraei, H., 2019. Comparison the Effectiveness of Direct and Indirect Instruction on Learners Creativity. *RMEJ*, 11(1), pp. 50-61. [in Persian]
- Michael, w., CullenMDaJeffrey, b., GeskeMDaNandan, s. & at, e., 2019. Reinvigorating Continuing Medical Education: Meeting the Challenges of the Digital Age. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(12), pp. 2501-2509.
- Mokhtari Nouri, J., Ebadi, A., Alhani, F. & Rejeh, N., 2011. Importance of role-model teaching in nursing students' education. *Education Strategies in Medical Sciences*, 3(4), pp. 149-154. [in Persian]
- Peck, c., McCall, m., McLaren, b. & Rotem, t., 2000. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *Bmj*, 320(7232), pp. 432-435.

مجله‌ی توسعه‌ی آموزش جندی‌شاپور
فصلنامه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی
سال دوازدهم، شماره 1، بهار 1400

آسیب شناسی مقررات آموزش مداوم

علیرضا مشیراحمدی: دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

چکیده: با تصویب قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی، تعلیم مضمولان این قانون جنبه رسمی یافت. ارتقای سطح دانش و مهارت‌های حرفه‌ای صاحبان حرفه‌های پزشکی و بهبود شرایط خدمات‌رسانی مهم‌ترین اهداف برخواسته از چنین آموزشی است. لذا امروزه آموزش مداوم جامعه پزشکی به‌عنوان اصلی بایسته، مورد توجه است. رسالتی که اجرای آن بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. باید توجه داشت که آثار مثبت و منفی هر قانونی پس از اجرا مشهود می‌شود. بدیهی است پیامدهای مثبت باید تقویت و پیامدهای منفی حذف یا اصلاح شوند، در غیر این صورت قانون ناکارآمد تلقی خواهد شد. در پژوهش حاضر از طریق کلیدواژه‌های قوانین و مقررات آموزش مداوم، مقالات فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های اینترنتی Google Scholar، SID، Magiran جستجو و استخراج شدند. در نهایت از میان 48 مورد یافت شده، تعداد 27 مقاله مرتبط با موضوع این پژوهش، وارد مطالعه شدند. نتایج نشان داد فارغ از مزایای مقررات آموزش مداوم، ایرادات و آسیب‌هایی از جمله عدم امکان دریافت امتیاز از فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی، محدودیت دریافت امتیاز از برنامه‌های غیرحضوری، محدودیت در صدور گواهی نهایی، عدم ارائه آموزش کافی برای برخی رشته‌ها و اختصاص یکسان امتیاز به سخنرانان در مقررات جاری قابل مشاهده است که نیاز به اصلاح آن احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش مداوم پزشکی، آسیب‌شناسی، آموزش، قانون آموزش مداوم.

***نویسنده مسؤول:** دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.

Email: moshir.alireza@yahoo.com