

واکاوی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای طرح ادغام آموزش پزشکی با ارایه خدمات

بهداشتی - درمانی ایران با استفاده از رویکرد SWOT

زهره باقری‌نژاد^۱، رویا ملک‌زاده^{۲*}، قاسم عابدی^۳

۱. دکتری تخصصی کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

● دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۱ آخرین اصلاح مقاله: ۱۴۰۳/۶/۲۶ ● پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۷/۷

زمینه و هدف: سیاست ادغام با هدف افزایش تعامل و پاسخگویی دو جانبه نظام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت کشور طراحی و اجرا و منجر به تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گردید. پژوهش حاضر با هدف واکاوی طرح ادغام آموزش پزشکی با ارایه خدمات بهداشتی - درمانی به وسیله رویکرد Strength, Weakness, Opportunities, Threats (SWOT) انجام شد.

روش کار: این مطالعه به روش کیفی در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت. شرکت‌کنندگان را ۲۲ نفر از سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت کشور که دارای سابقه مدیریتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی منطقه یک کشور بودند، تشکیل داد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته و به روش هدفمند و سپس گلوله برفی جمع‌آوری گردید و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. سؤالات در مورد تجربه ادغام، قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای برنامه بود. سپس رونویسی مصاحبه‌ها، تعیین واحدهای مبتنی بر معنا، کدگذاری، طبقه‌بندی و شناسایی مضامین انجام شد. در نهایت، اطلاعات با استفاده از روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل تجربیات، ۱۴ درون‌مایه اصلی و ۴۲ درون‌مایه فرعی استخراج گردید. درون‌مایه‌های اصلی شامل «خودکفایی در نیروی انسانی سلامت، گسترش عرصه‌های آموزشی، ارتقای پاسخگویی اجتماعی، رشد شاخص‌های آموزشی و بهداشتی، بهبود ارتباط آموزش و خدمات، توسعه پژوهش‌های کاربردی (نقاط قوت)، تضعیف همگرایی علوم، انحراف از رسالت آموزشی و پژوهشی، تعارض منافع (نقاط ضعف)، حمایت قوانین و مقررات از ادغام، گسترش تعاملات بین‌المللی (فرصت)، درک ناقص از ادغام، ظهور رویکردهای نوین آموزشی، فشارهای سیاسی و اجتماعی (تهدید)» بود.

نتیجه‌گیری: ادغام نظام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت فرایند پیچیده‌ای می‌باشد. این طرح در تأمین نیروی انسانی متخصص، بهبود شاخص‌های خدمات و گسترش عرصه‌های آموزش علوم پزشکی کشور موفق عمل نکرده است. انتخاب راهکارهای مناسب جهت استفاده حداکثری از قوت‌ها و فرصت‌های برنامه و به حداقل رساندن ضعف‌ها و تهدیدها پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: آموزش پزشکی، ادغام، ارایه خدمات بهداشتی - درمانی، نظام سلامت

نویسنده مسؤول: گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

● تلفن: ۰۱۱-۳۳۰۴۴۲۹۳ ● نمابر: ۰۱۱-۳۳۰۴۴۲۹۳

مقدمه

نظام سلامت در کشورهای مختلف با چالش‌های متعددی مواجه است که از آن جمله می‌توان به تأمین نیروی انسانی متخصص، استفاده کارآمد از منابع سلامت و تسهیل دسترسی مردم به خدمات سلامت اشاره کرد (۱). تأمین منابع انسانی مورد نیاز بخش سلامت به عنوان یکی از وظایف نظام سلامت در کنار سه وظیفه تأمین مالی، حکمرانی و ارایه خدمات از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت می‌باشد (۲). آموزش نیروی متخصص بهداشتی- درمانی ایران با تحولات شگرف روبه‌رو شد. در پی گزارش مشکلات کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی کشور توسط ستاد انقلاب فرهنگی که رسالت بازبینی و تدوین برنامه‌های دانشگاهی را بر عهده داشت (۳)، قانون ادغام آموزش و پژوهش در وزارت بهداشت سابق ایران در سال ۱۳۶۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأسیس گردید. به موجب این قانون، کلیه اختیارات وزیر بهداشتی و بهزیستی و بخشی از وظایف و اختیارات وزیر فرهنگ و آموزش عالی مرتبط با امور بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی، به وزیر این وزارتخانه محول شد (۴) و ساختار یکپارچه‌ای تحت عنوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به وجود آمد که مسئولیت خدمت‌رسانی در حوزه‌های بهداشت، درمان و آموزش و پژوهش در زمینه علوم پزشکی را بر عهده داشت (۵).

از جمله دلایل اصلی تصویب طرح ادغام آموزش پزشکی با خدمات بهداشتی- درمانی و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌توان به کمبود نیروی پزشک نسبت به جمعیت، در معرض خطر بودن سلامتی افراد به ویژه در نقاط محروم و کمبود امکانات آموزشی وزارت آموزش عالی جهت تربیت نیروی پزشک مورد نیاز اشاره کرد (۶). افزایش تربیت نیروی انسانی متخصص بهداشتی و درمانی (۷)، استفاده مطلوب از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین بهداشت و درمان، آموزش و پژوهش پزشکی، گسترش دانشگاه‌ها، استفاده نظام آموزش پزشکی از امکانات بالینی و آموزشی بیشتر، مشارکت

آموزش پزشکی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه، اتحاد مدیریت بین بخش آموزش و ارایه دهنده خدمت، از جمله اهداف این طرح می‌باشد (۸، ۹).

بر سر موفقیت این طرح اختلاف نظر و اجرای آن موافقان و مخالفانی وجود دارد (۱۰). آموزش در وزارت بهداشت به جهت اهمیت موضوع خدمات سلامت و عجن شدن آموزش دهندگان با ارایه دهندگان خدمت در مراکز ارایه خدمات، متفاوت است. از سویی حضور استادان در مراکز ارایه خدمات بهداشتی، سبب آشنایی آنان با مسایل این مراکز و آموزش کاربردی‌تر دانشجویان می‌گردد و منفک‌سازی آموزش و پژوهش علوم پزشکی از وزارت بهداشت، این فرصت را از نظام سلامت سلب می‌سازد (۱۱). از طرف دیگر، درگیری بیش از حد اعضای هیأت علمی در فرایند درمان و غفلت از آموزش پزشکی و متأثر شدن برنامه‌های آموزشی از سیاست‌گذاری در بخش درمان (۱۲)، موجب تعامل ضعیف نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات در دوره‌های کارآموزی دانشجویان می‌شود (۱۳).

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان از فاصله تحقق عملی با اهداف در نظر گرفته شده طرح دارد (۱۰). هنوز یکپارچگی کاملی در تمام سطوح آموزشی، مراقبت سلامت و مدیریتی اتفاق نیفتاده است و با وجود ادغام دو حوزه آموزش و ارایه خدمت در سطح معاونت، بسیاری از فرایندهای این دو حوزه بدون توجه به نیازهای یکدیگر تدوین و اجرا می‌شود (۷). از سوی دیگر، برخی مطالعات مزایای زیاد طرح ادغام را برشمرده‌اند. موافقان طرح معتقد هستند که این طرح موجب انجام تحقیقات بیشتر در حوزه سلامت عمومی و آموزش پزشکی جامعه‌محور، بهبود وضعیت بهداشتی کشور به ویژه در روستاها، مناطق دورافتاده و استان‌های کمتر توسعه یافته (۱۴)، افزایش تعداد پذیرش در تمامی رشته‌های پزشکی، بهبود نسبت پزشک به جمعیت (۱۵)، استفاده از نیروی هیأت علمی متخصص در درمان و آموزش و در نتیجه، توزیع عادلانه‌تر نیروی انسانی و تجهیزات پزشکی در سراسر کشور می‌گردد (۱۲).

با توجه به منحصر به فرد بودن این تجربه در دنیا، تاکنون

استفاده گردید. در مرحله بعد، به منظور تعیین روایی و اطمینان از معنی‌دار بودن سؤالات از نظر پاسخ دهندگان، با چند تن از کارشناسان خبره مصاحبه شد و بر حسب دیدگاه آن‌ها و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص انجام گرفت. سؤالات در مورد تجربه ادغام، قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدات این قانون بود. در مصاحبه‌ها به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد آزادانه به واکاوی طرح ادغام آموزش علوم پزشکی بپردازند. از آنان پرسیده شد که «در خصوص نقاط قوت و ضعف طرح ادغام آموزش پزشکی چیزی به ذهنتان می‌آید؟، چه مفاهیمی (مصادیقی) می‌تواند به افزایش فرصت‌های طرح ادغام آموزش پزشکی کمک نماید؟، تهدیدات طرح ادغام در آموزش پزشکی را بیان کنید. تجربیاتتان را از طرح ادغام آموزش پزشکی بازگو کنید؟» حین مصاحبه تمرکز به مواردی بود که مشارکت‌کننده را به سمت واکاوی طرح ادغام آموزش پزشکی سوق دهد. زمانی که در زمینه خاصی نیاز به روشن‌سازی اطلاعات بود، از سؤالاتی ویژه‌تری استفاده گردید. سؤالات پیگیری‌کننده و اکتشافی بر اساس داده‌های ارایه شده توسط شرکت‌کننده جهت روشن‌تر شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه مطرح شد.

زمان جلسات مصاحبه‌ها از قبل پیش‌بینی و با افراد مورد نظر به صورت تلفنی و یا حضوری هماهنگ گردید و ضمن ارایه توضیحات در مورد هدف مصاحبه‌ها، به افراد اطمینان داده شد که داده‌ها و سخنان آنان به طور کامل و محرمانه حفظ خواهد شد و در عین حال، مجاز هستند با وجود موافقت اولیه، در هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند. در مرحله بعدی، برای تمام افرادی که به طور کاملاً آگاهانه و داوطلبانه حاضر به همکاری بودند، فرم رضایت‌نامه کتبی ارسال شد. به منظور افزایش مسایل مربوط به صحت، دقت و حفظ محرمانه بودن محتوای مصاحبه‌ها، سعی گردید مکانی آرام و دور از هیاهوی محیط کار افراد برای انجام مصاحبه پیش‌بینی شود. ضمن این که مدت زمان هر مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه با انحراف معیار ۱۰ دقیقه در نظر گرفته شد.

پژوهش‌های محدودی به بررسی و گزارش پیامدهای اجرای طرح ادغام در ایران پرداخته‌اند و ابعاد مختلف ادغام به خوبی واکاوی نشده است (۱۷، ۱۶، ۷). از طرف دیگر، در تحلیل هر طرح و برنامه‌ای باید به تمامی جنبه‌های آن در درون و بیرون سازمان توجه نمود. یکی از مدل‌هایی که بر اساس آن می‌توان اجرا و عملکرد این طرح را مورد ارزشیابی قرار داد، رویکرد Strength, Weakness, Opportunities, Threats (SWOT) می‌باشد. بر این اساس، یک استراتژی مناسب، قوت‌ها و فرصت‌های یک برنامه را به حداکثر و ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل می‌رساند (۱۸). از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف واکاوی ادغام آموزش پزشکی با ارایه خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از رویکرد SWOT انجام شد. امید است نتایج تحقیق حاضر اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور به منظور اصلاح ساختار حاکمیت نظام سلامت ایران قرار دهد.

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا انجام شد. جامعه مطالعه متشکل از سیاست‌گذاران و مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان منطقه یک کشور در سال ۱۴۰۲ بود. معیارهای ورود به تحقیق شامل سیاست‌گذاران و مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی منطقه یک کشور که حداقل پنج سال سابقه مدیریتی و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، بود. بدین منظور، با توجه به هدف مطالعه و به منظور جمع‌آوری دیدگاه‌ها، افراد کلیدی به روش هدفمند شناسایی شدند و سپس به روش گلوله برفی اقدام گردید؛ به طوری که بر اساس نظر و معرفی افراد اولیه‌ای که دارای معیارهای ورود به تحقیق بودند و به صورت هدفمند انتخاب شدند، سایر افراد صاحب‌نظر نیز شناسایی شدند. در مجموع، مصاحبه‌ها تا زمانی که داده‌ها به اشباع برسد، ادامه یافت.

به منظور جمع‌آوری دیدگاه‌های صاحب‌نظران به روش نیمه ساختار یافته، مصاحبه عمیق صورت گرفت. جهت انجام مصاحبه‌ها، فرم راهنما تهیه شد. در طراحی این فرم، علاوه بر مرور متون، از تجارب چند نفر از کارشناسان خبره در این حوزه

درون‌مایه «خودکفایی در نیروی انسانی سلامت، گسترش عرصه‌های آموزشی، ارتقای پاسخگویی اجتماعی، رشد شاخص‌های آموزشی و بهداشتی، بهبود ارتباط آموزش و خدمات و توسعه پژوهش‌های کاربردی» به عنوان قوت، سه درون‌مایه «تضعیف همگرایی علوم، انحراف از رسالت آموزشی و پژوهشی و تعارض منافع» به عنوان نقاط ضعف، سه درون‌مایه «حمایت قوانین و مقررات از ادغام، نگاه مثبت به ادغام و گسترش تعاملات بین‌المللی» به عنوان فرصت و سه درون‌مایه «درک ناقص از ادغام، ظهور رویکردهای نوین آموزشی و فشارهای سیاسی و اجتماعی» به عنوان تهدید شناسایی شد. (جدول ۲).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در واکاوی ادغام آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت

مؤلفه	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد (۷۷/۰) ۱۷
	زن (۲۳/۰) ۵
تحصیلات	دکتری (۹۱/۰) ۲۰
	کارشناسی ارشد (۹/۰) ۲
	کارشناسی (۰) ۰
سن (سال)	بیشتر از ۵۰ (۸۱/۸) ۱۸
	۴۰-۵۰ (۱۳/۷) ۳
	۳۰-۴۰ (۴/۵) ۱
	۲۰-۳۰ (۰) ۰
سابقه کار (سال)	بالای ۲۵ (۵۴/۵) ۱۲
	۲۵-۲۰ (۲۷/۳) ۶
	۲۰-۱۵ (۱۳/۷) ۳
	۱۵-۱۰ (۴/۵) ۱
	کمتر از ۱۰ (۰) ۰

همچنین، مجموع درون‌مایه‌های شناسایی شده جهت درک بهتر موضوع در قالب نمودار SWOT ترسیم گردید (شکل ۱).

داده‌ها بلافاصله پس از هر مصاحبه (خلاصه‌ها شامل برداشت مصاحبه‌گر از مهم‌ترین ایده‌های مطرح شده در مصاحبه بود) خلاصه‌نویسی گردید. سپس به نوار گوش داده شد و محتوای آن دست‌نویسی شد. در پایان، دست‌نوشته‌ها با محتوای نوار چک گردید. جهت تحلیل محتوا از رویکرد کیفی Graneheim و Lundman (۱۹) استفاده شد.

پایایی و روایی داده‌ها: جهت صحت و استحکام مطالعه، از معیارهای پیشنهادی Guba و Lincoln (۲۰) استفاده گردید. پژوهشگر با شرکت طولانی‌مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان، تلاش بر افزودن اعتبار تحقیق نمود. تکرار گام به گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط استاد راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر نیز جهت افزایش اعتماد داده‌ها صورت گرفت. به منظور افزایش معیار تأییدپذیری داده‌ها، از تأیید استادان هیأت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. قابلیت انتقال داده‌ها با تلاش جهت ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق و همچنین، نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شده، بررسی گردید.

یافته‌ها

در بخش کیفی، از نظرات ۲۲ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و افراد خبره نظام سلامت کشور دارای سابقه مدیریتی در وزارت بهداشت و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی منطقه یک کشور استفاده گردید. ۷۷ درصد از مشارکت‌کنندگان مرد و ۲۳ درصد آنان زن بودند. بیشتر مشارکت‌کنندگان (۹۱ درصد) مدرک دکتری و بقیه (۹ درصد) مدرک کارشناسی ارشد داشتند (جدول ۱).

از توصیف غنی و عمیق مشارکت‌کنندگان، ۳۲۰ کد اولیه استخراج شد. با تحلیل تجربیات مشارکت‌کنندگان نیز ۱۴ درون‌مایه اصلی و ۴۲ درون‌مایه فرعی استخراج گردید. شش

جدول ۲: استخراج درون‌مایه‌های اصلی و فرعی ادغام آموزش پزشکی و ارایه خدمات با رویکرد Strength, Weakness, Opportunities, Threats (SWOT)

محو‌رهای SWOT	درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی
نقاط قوت	خودکفایی در نیروی انسانی سلامت	افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی
		بی‌نیازی از نیروهای خارجی
		تأمین نیروی مورد نیاز مناطق محروم
	گسترش عرصه‌های آموزشی	ایجاد فیلد آموزشی در شبکه‌های بهداشتی کشور
		افزایش بیمارستان و تخت آموزشی
		امکان استفاده از عرصه‌های پاراکلینیک بیشتر
	ارتقای پاسخگویی اجتماعی	شکستن حصار دانشکده‌های علوم پزشکی
		پاسخگویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت
		امکان حضور دانشجو در تمام سطوح ارایه خدمات
	رشد شاخص‌های آموزشی و بهداشتی	افزایش رشته مقاطع آموزش علوم پزشکی
		افزایش تعداد مؤسسات و مراکز آموزشی - درمانی
		توسعه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه
	بهبود ارتباط آموزش و خدمات	استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی برای اهداف آموزشی
		استفاده از ظرفیت دانشکده‌ها جهت تأمین نیروی مورد نیاز سلامت
		نزدیکی و ارتباط اعضای هیأت علمی دانشگاه و مدیران سلامت
نقاط ضعف	توسعه پژوهش‌های کاربردی	دسترسی آسان‌تر به اطلاعات نظام سلامت
		ایجاد محیط تعاملی بین محقق و مدیران اجرایی
		انتخاب موضوعات کاربردی نظام سلامت
	تضعیف همگرایی علوم	ضعف در همگرایی علوم درون وزارت بهداشت
		ضعف در هم‌گرایی علوم بین دو وزارتخانه
		ارتباط ضعیف دانشگاه و صنعت
	انحراف از رسالت آموزشی و پژوهشی	افزایش دامنه مسئولیت دانشگاه
		درگیری تیم مدیریت دانشگاه‌ها در امور اجرایی
		درگیری زیاد اعضای هیأت علمی در ارایه خدمات
	تعارض منافع	کمرنگ بودن تحقیقات بین‌رشته‌ای
		تعارض منافع در اعتباربخشی مؤسسات آموزشی درمانی
		تعارض منافع در توسعه متوازن آموزش علوم پزشکی
فرصت	حمایت قوانین و مقررات از ادغام	تعارض منافع مدیریتی (وضع قوانین و مقررات)
		تصویب طرح ادغام در شورای عالی انقلاب فرهنگی
		تصویب طرح ادغام در مجلس شورای اسلامی
	گسترش تعاملات بین‌المللی	تصویب طرح ادغام در اسناد علمی کشور
		گسترش توریسم سلامت و جذب بیمار خارجی
		توسعه جذب دانشجوی خارجی
		توسعه پژوهش‌های بین‌المللی

عدم توجه به ادغام عملکردی	درک ناقص از ادغام	تهدید
عدم بودجه‌ریزی منطبق بر اهداف ادغام		
عدم همسویی قوانین و مقررات منطبق بر اهداف ادغام		
توسعه هوش مصنوعی	ظهور رویکردهای نوین آموزشی	
توسعه آموزش مجازی		
افزایش بی‌رویه ظرفیت دانشجو با وجود نبود زیرساخت	فشارهای سیاسی و اجتماعی	
افزایش بی‌رویه دانشکده‌های علوم پزشکی مستقل		
درگیری دانشگاه به چالش‌های خارج از کنترل دانشگاه		

SWOT: Strength, Weakness, Opportunities, Threats



شکل ۱: درون‌مایه‌های اصلی شناسایی شده ادغام آموزش پزشکی و آرایه خدمات با رویکرد SWOT

نقاط قوت

خودکفایی در نیروی انسانی سلامت: بیشتر

مشارکت‌کنندگان، مسئولیت و تولید وزارت بهداشت در آموزش و تربیت نیروی انسانی علوم پزشکی را موجب درک واقعی از کمبودهای نیروی انسانی حوزه بهداشت و درمان دانستند. خودکفایی در نیروی انسانی سلامت، یکی از درون‌مایه به دست آمده و شامل سه طبقه «افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی، بی‌نیازی از نیروهای خارجی و تأمین نیروی مورد نیاز مناطق محروم» بود.

افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی: تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان به افزایش تعداد دانش‌آموختگان علوم پزشکی به عنوان نقاط قوت برنامه ادغام آموزش علوم پزشکی و آرایه خدمت اشاره نمودند. از دیدگاه مشارکت‌کننده‌ای، «پس از ادغام،

تعداد پذیرش دانشجویان رشد قابل توجهی داشت و به دنبال افزایش تعداد دانشجویان، مراکز آموزشی هم برای آموزش پزشکی، به سرعت رشد پیدا کرد و زمینه را برای افزایش رشته مقاطع مختلف فراهم کرد و کشور در نیروی انسانی سلامت خودکفا شد» (شرکت‌کننده ۱۴). مشارکت‌کننده دیگری گفت: «چون وزارت بهداشت خودش متولی آرایه خدمت و آموزش هست، شاهد یک تلاش درون‌بخشی خوب برای استفاده از همه امکانات و مراکز به منظور افزایش تربیت دانشجویان پزشکی و پرستاری بودیم» (شرکت‌کننده ۶).

بی‌نیازی از نیروهای خارجی: اغلب مشارکت‌کنندگان بی‌نیازی از نیروهای خارجی را از جمله نقاط قوت برنامه ادغام برشمردند. یکی از آنان چنین بیان کرد: «این افزایش کمی نیرو و رشته‌های علوم پزشکی، ما را از پزشکان خارجی بی‌نیاز کرد»

(شرکت‌کننده ۱۸). مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت: «شاید نسل جدید یادش نباشد، ولی در سال‌های نه‌چندان دور، یادمه که کلی پزشک پاکستانی، هندی و بنگلادشی در کشور داشتیم، ولی خوشبختانه الآن بی‌نیازیم». (شرکت‌کننده ۱۴).

تأمین نیروی مورد نیاز مناطق محروم: بیشتر مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که در حال حاضر یکی از افتخارات نظام سلامت، وجود کارشناسان بهداشتی، پزشک، پرستار، ماما و... در اقصی نقاط کشور است. مشارکت‌کننده‌ای چنین عنوان کرد: «تا سه چهار دهه قبل، پزشکان فقط در شهرهای بزرگ و مراکز استان‌ها بودند و مردم برای درمان و معالجه خودشان یا عزیزانشون باید کلی وقت، هزینه و مشکلات سفر را تحمل می‌کردند» (شرکت‌کننده ۷). مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت: «در تمامی شهرها حتی دورترین نقطه، ما نیروی متخصص داریم و این برکت بزرگی هست» (شرکت‌کننده ۱).

گسترش و مالکیت عرصه‌های آموزشی: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که پس از ادغام نظام آموزشی و ارایه خدمات سلامت، نظام آموزشی بالقوه مالک عرصه‌های آموزشی به تعداد عرصه‌های بهداشتی و درمانی کشور شد. گسترش و مالکیت عرصه‌های آموزشی، یکی دیگر از درون‌مایه‌های به دست آمده بود و شامل سه طبقه «ایجاد فیلد آموزشی در شبکه‌های بهداشتی کشور، افزایش بیمارستان و تخت آموزشی و امکان استفاده از عرصه‌های پاراکلینیک بیشتر» بود.

ایجاد فیلد آموزشی در شبکه‌های بهداشتی کشور: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که قانون ادغام، موجب افزایش بستر آموزش علوم پزشکی کشور شد؛ به طوری که با افزایش این بستر، زنجیره‌ای از رشد پذیرش دانشجو و تنوع موارد آموزشی تجربه گردید. مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: «ادغام زمینه‌ای را فراهم کرد که مراکز بهداشتی چه در سطح روستایی و چه در سطح شهری و حتی خانه‌های بهداشت، به صورت فیلدهای آموزشی محسوب شوند» (شرکت‌کننده ۸). مشارکت‌کننده دیگری اظهار نمود: «چه بسا که اگر ادغام نبود، این فرصت طلایی پیش نمی‌آمد» (شرکت‌کننده ۵).

افزایش بیمارستان و تخت آموزشی: مشارکت‌کنندگان عنوان کردند: «پس از ادغام، ما کلی بیمارستان درمانی خوب داشتیم که بالقوه قابلیت تبدیل شدن به یک مرکز آموزشی را داشتند و تحت مالکیت نظام واحدی بودند که در صورت نیاز از اون‌ها می‌تونست استفاده کنه» (شرکت‌کننده ۱۰). «امکان حضور دانشجویان پزشکی در تعداد بیشتری از مراکز آموزشی، امکان بهره‌مندی اون‌ها از کیس‌های بیشتری را فراهم می‌کنه و این خود موجب ارتقای کیفیت آموزش بالینی می‌شه» (شرکت‌کننده ۲).

امکان استفاده از عرصه‌های پاراکلینیک بیشتر: اغلب مشارکت‌کنندگان گسترش عرصه‌های پاراکلینیکی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری در سطح شبکه‌ها، بیمارستان‌ها را از نقطه عطف قانون ادغام برشمردند. به عنوان مثال، یکی از آنان اظهار داشت: «شاید اونچه که خیلی مهمه، تأمین عرصه برای سایر دانشجویان علوم پزشکی نظیر دانشجویان علوم مختلف بهداشتی هست که عرصه‌های خاص خودشان در سطح شبکه‌های بهداشت و درمان را می‌طلبند و ادغام کمک کند که گستره عرصه آموزش به گستره نظام سلامت و اون هم به گستره کل کشور باشه» (شرکت‌کننده ۱۲).

توسعه دامنه پاسخگویی اجتماعی: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که قانون ادغام، پاسخگویی اجتماعی را در آموزش حرفه‌ای پزشکی گنجانده و آن‌ها را نسبت به بیماران مسئولیت‌پذیرتر کرد. توسعه دامنه پاسخگویی اجتماعی، یکی دیگر از درون‌مایه به دست آمده و شامل سه طبقه «شکستن حصار دانشکده‌های علوم پزشکی، پاسخگویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت و امکان حضور دانشجو در تمام سطوح ارایه خدمات» بود.

شکستن حصار دانشکده‌های علوم پزشکی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، «وقتی آموزش با ارایه خدمات سلامت ادغام شد، دیگه دانشکده پزشکی فقط مسئول آموزش نبود، بلکه خودشان با اعضای هیأت علمی‌شون در مراکز آموزشی خدمت هم ارایه می‌دادند؛ در واقع دانشکده پزشکی دیگه جدا از جامعه نبود» (شرکت‌کننده ۱۴). «زمانی که دانشکده خود را در نظام

سلامت متولی بداند، احساس مسئولیت بیشتری نسبت به بیماران دارد و این حس به دیگر بخش‌ها هم انتقال می‌یابد» (شرکت‌کننده ۱۷).

پاسخگویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت: بسیاری از مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که «دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور توزیع جغرافیایی مناسبی پیدا کردند و هر کدام از آن‌ها در جهت رفع مشکلات آن منطقه تلاش می‌کند» (شرکت‌کننده ۱۷). در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان نمود: «با توجه به این که حالا در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی داریم که مسئولیت امور سلامت مردم به عهده اون‌هاست، قطعاً تمام پژوهش و آموزش هم در راستای پاسخگویی به نیاز جامعه می‌شه» (شرکت‌کننده ۲۲).

امکان حضور دانشجویان در تمام سطوح ارائه خدمات: بیشتر مشارکت‌کنندگان گستردگی عرصه آموزشی و برنامه‌ریزی برای حضورشون در سطح مختلف را مهم تلقی کردند. آن‌ها بیان نمودند: «ادغام، امکان حضور دانشجویان در تمام سطوح ارائه خدمت اعم از سطح یک، دو و سه را به جای صرفاً بیمارستان فراهم کرد و این به ایجاد بینش پاسخگویی در اون‌ها کمک می‌کنه» (شرکت‌کننده ۳). «این که دانشجو تو خانه بهداشت یا مراکز بهداشتی حضور پیدا می‌کنه، از نزدیک با گسترده‌ترین و اولین سطح شبکه سلامت کشور که بعداً هم قراره اونجا کار کنه، آشنا می‌شه» (شرکت‌کننده ۱۹).

رشد شاخص‌های آموزشی و بهداشتی: یکی از یافته‌های به دست آمده از تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، رشد شاخص‌های آموزشی و بهداشتی بود. این درون‌مایه شامل سه طبقه «افزایش رشته مقاطع آموزش علوم پزشکی، افزایش تعداد مؤسسات و مراکز آموزشی درمانی و توسعه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه» بود.

افزایش رشته مقاطع آموزش علوم پزشکی: بنا به اظهارات مشارکت‌کنندگان، «پس از ادغام، ما شاهد رشد خوبی در تعداد رشته‌ها و مقاطع دانشگاهی بودیم» (شرکت‌کننده ۱). «یادم هست زمانی که ما داشتیم درس می‌خوندیم، رشته‌های تخصصی یا

رشته‌های PhD را فقط چند دانشگاه تو کشور داشتند» (شرکت‌کننده ۷). «الآن چون هر استانی حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی باید داشته باشه، این دانشگاه‌ها حداقل در رشته‌های اصلی نظام سلامت نظیر پزشکی، پرستار، ماما، کارشناسان بهداشتی را تربیت می‌کنه و این خودش یعنی افزایش تعداد رشته‌ها در کشور...» (شرکت‌کننده ۵).

افزایش تعداد مؤسسات و مراکز آموزشی درمانی: مشارکت‌کنندگان بیان نمودند: «یکی از دستاوردهای قابل توجه قانون ادغام را می‌توان گسترش زیرساخت‌ها و امکانات آموزشی نظیر مراکز آموزشی و تخت‌های آموزشی نام برد» (شرکت‌کننده ۲۲). «در حالی که قبل از ادغام تعداد معدودی دانشکده (تنها ۹ دانشکده پزشکی، ۴ دانشکده دندانپزشکی و ۳ دانشکده داروسازی) در کشور وجود داشت، ادغام باعث شد در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی و در اغلب استان‌های کشور، چندین دانشگاه علوم پزشکی تأسیس شود» (شرکت‌کننده ۱۴).

توسعه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه: یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: «قانون ادغام با تربیت نیروی انسانی، موجب توسعه شبکه بهداشتی- درمانی کشور شد» (شرکت‌کننده ۵). مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «ادغام باعث بهبود برنامه‌ریزی نیروی انسانی بهداشتی شد؛ به طوری که با افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان با تقاضای نظام سلامت، موجب توسعه نیروی انسانی در بخش PHC شد و همین امر موجب توسعه خدمات بهداشتی نظیر واکسیناسیون، کنترل مرگ و میر، کنترل بیماری‌های واگیردار و... در کشور شد» (شرکت‌کننده ۱۵).

بهبود ارتباط آموزش و خدمات: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که ادغام موجب شکل‌گیری ارتباط تنگاتنگی بین بخش ارائه خدمات و آموزش پزشکی شد. بهبود ارتباط آموزش و خدمات یکی دیگر از درون‌مایه‌های به دست آمده و شامل سه طبقه «استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی برای اهداف آموزشی، استفاده از ظرفیت دانشکده‌ها جهت تأمین نیروی مورد نیاز سلامت، نزدیکی و ارتباط اعضای هیأت علمی دانشگاه و مدیران سلامت» بود.

استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی برای اهداف آموزشی: مشارکت‌کنندگان بیان داشتند: «ادغام و یکپارچگی نظام آموزشی و نظام ارایه خدمت باعث شد تا دو مجموعه جدا از هم به صورت یک کل واحد دربیایند و موجبات رشد همدیگر را فراهم کنند» (شرکت‌کننده ۱۶). بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند: «ادغام، این فرصت را فراهم کرد تا آموزش از امکانات بهداشتی و درمانی نظام ارایه خدمت سود ببرد و از تخت‌ها، تجهیزات، فضای فیزیکی و حتی پرسنل آن در جهت اهداف آموزشی استفاده کند» (شرکت‌کننده ۱).

استفاده از ظرفیت دانشکده‌ها جهت تأمین نیروی مورد نیاز سلامت: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که «ارتباط بین آموزش و ارایه خدمت دو طرفه بود؛ همان اندازه که آموزش از این ادغام سود برد، ارایه خدمت هم سود برد؛ به طوری که حضور استادان و دانشجویان در مراکز درمانی یک پویایی و نشاطی به وجود آورد و موجب شد تا دانش کارکنان مراکز درمانی همواره به‌روز شود» (شرکت‌کننده ۱۱). مشارکت‌کننده دیگری اظهار نمود: «وقتی در کشور با کمبود نیروی متخصص پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی مواجه بودیم، نظام آموزشی تمام تلاش خودش را کرد تا نیاز بخش سلامت را با افزایش پذیرش و آموزش دانشجویان برطرف کند» (شرکت‌کننده ۲۱).

نزدیکی و ارتباط اعضای هیأت علمی دانشگاه و مدیران سلامت: یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «رئیس دانشگاه و برخی از معاونان دانشگاه از اعضای هیأت علمی همان دانشگاه هستند و در جلسات مختلف، مجموعه‌ای از مدیران آموزشی و مدیران ارایه خدمات سلامت کنار هم می‌نشینند و تصمیم‌گیری می‌کنند و تصمیمی که می‌گیرند، بیشترین سود را برای دو بخش و کمترین چالش و تعارض را خواهد داشت» (شرکت‌کننده ۱). مشارکت‌کننده دیگری هم اشاره نمود: «ادغام فرصت و امکان تفکر جمعی دو نظام آموزش و ارایه خدمت و تصمیم‌گیری مشترک برای هدف مشترک که همان سلامتی جامعه هست را فراهم کرد» (شرکت‌کننده ۱۳).

توسعه پژوهش‌های کاربردی: یکی از یافته‌های به دست آمده از تحلیل داده‌ها، توسعه پژوهش‌های کاربردی و شامل سه طبقه «دسترسی آسان‌تر به اطلاعات نظام سلامت، ایجاد محیط تعاملی بین محقق و مدیران اجرایی و افزایش انتخاب موضوعات کاربردی نظام سلامت» بود.

دسترسی آسان‌تر به اطلاعات نظام سلامت: نمونه‌ها معتقد بودند که «مهم‌ترین دستاورد این حوزه، دسترسی ساده محققان و دانشجویان به داده‌های عظیم نظام بهداشتی و درمانی کشور بود» (شرکت‌کننده ۱۱). اکنون پژوهشگران با یک هماهنگی ساده بین‌بخشی، قادر هستند به اطلاعات پایگاه‌های مختلف بیمارستانی، دانشگاهی، بهداشتی دانشگاه مربوطه خودشان و حتی در سطح کشور دسترسی پیدا کنند» (شرکت‌کننده ۱). مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت: «محققان خودشان جزئی از این سیستم هستند و این خود، آگاهی از چند و چون اطلاعات و منبع دستیابی به آن و مهم‌تر از همه، هماهنگی‌ها جهت دستیابی به آن را تسهیل می‌کند» (شرکت‌کننده ۲۱).

ایجاد محیط تعاملی بین محقق و مدیران اجرایی: مشارکت‌کننده‌ای اعتقاد داشت: «ادغام موجب شد تا مدیران اجرایی دانشگاه‌ها، مشکلات خود را به همکارانشان در مراکز تحقیقاتی جهت انجام مطالعات بیشتر توصیه کنند» (شرکت‌کننده ۸). مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «کمیت پژوهش در معاونت‌های مختلف دانشگاه شکل گرفت که مدیران معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقاتی مربوطه عضو کمیته هستند، لذا تعامل خوبی بینشان شکل گرفت» (شرکت‌کننده ۱۱).

انتخاب موضوعات کاربردی نظام سلامت: مشارکت‌کننده‌ای عنوان کرد: «ارتباط بین این دو بخش، منجر به درک و شناخت بهتری از نیازهای جامعه شد و در نتیجه این همکاری، پژوهش‌ها تناسب بیشتری با نیازهای جامعه دارد» (شرکت‌کننده ۸). مشارکت‌کننده دیگری گفت: «پژوهش‌های پزشکی از صرفاً بررسی‌های تئوری و غیر عملی به سمت مسایل و مشکلات سلامت تغییر جهت داد و پژوهشگران در هر منطقه با همکاری نظام ارایه خدمات، پژوهش‌های کاربردی و میدانی زیادی را

انجام دادند و نمونه بارز آن را در کووید ۱۹ و طرح تحول نظام سلامت، آموزش و... شاهدیم» (شرکت‌کننده ۲۱).

نقاط ضعف

تضعیف همگرایی علوم: اغلب مشارکت‌کنندگان، همگرایی بین علوم مختلف را جهت تقویت مفاهیمی همچون اجتماعی شدن و پاسخگویی اجتماعی علوم پزشکی لازم برشمردند. استعاره‌هایی مانند وحدت علوم، بازانديشي ارتباط بين علوم پزشکی و علوم اجتماعی، هوش مصنوعی و ورود علوم پایه ریاضی در علوم پزشکی، حاکی از اهمیت همگرایی علوم می‌باشد. تضعیف همگرایی علوم، یکی از درون‌مایه‌های به دست آمده و شامل سه طبقه «ضعف در همگرایی علوم درون وزارت بهداشت، ضعف در همگرایی علوم بین وزارتخانه‌ها (بهداشت و علوم) و ارتباط ضعیف دانشگاه و صنعت» بود.

ضعف در همگرایی علوم درون وزارت بهداشت: مشارکت‌کنندگان بیان داشتند: «هنوز پژوهش‌ها در علوم پزشکی در درون گروه‌های آموزشی انجام می‌شود؛ اگرچه در این سال‌ها تلاش‌های خوبی برای همگرایی بین علوم در درون وزارت بهداشت شکل گرفته، ولی تا اجرایی شدن آن فاصله زیادی داریم» (شرکت‌کننده ۱۶). بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند: «هنوز حصار جدی بین گروه‌های بالینی و علوم پایه در درون وزارت بهداشت وجود دارد. نمونه آن را می‌توان در راندهای بالینی، ژورنال کلاب‌ها و پژوهش‌ها دید» (شرکت‌کننده ۱).

ضعف در همگرایی علوم بین دو وزارتخانه (بهداشت و علوم): مشارکت‌کننده‌ای بر این باور بود که «در حال حاضر تعامل کمی بین وزارت علوم و وزارت بهداشت وجود دارد، حال آنکه بسیاری از علوم وزارت بهداشت نیازمند تعامل جدی با گروه‌های وزارت علوم می‌باشد؛ نظیر رشته‌های مرتبط با دانشکده فن‌آوری‌های نوین، رشته‌های مرتبط با دانشکده توان‌بخشی، رشته‌های مختلف بهداشت و علوم پایه پزشکی و...» (شرکت‌کننده ۸). مشارکت‌کننده دیگری اظهار کرد: «الآن که هوش مصنوعی اومده و هر روز بحث‌های جدی در خصوص

استفاده از اون در علوم پزشکی مطرح می‌شه، وزارت بهداشت باید با رشته‌های وزارت علوم نظیر مهندسی کامپیوتر و گرایش‌های مرتبط با آن ارتباط و تعامل سازنده‌ای داشته باشه» (شرکت‌کننده ۲۱).

ارتباط ضعیف دانشگاه و صنعت: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که «معضل ضعف ارتباط صنعت و دانشگاه از آن‌جا شروع شد که صنعت بدون توجه به دانش موجود کشور، فن‌آوری وارد کرد و خود را بی‌نیاز از دانشگاه دید و از طرفی، دانشگاه پول اداره خود را از دولت گرفت و از صنعت روی برگرداند» (شرکت‌کننده ۱۱). «متأسفانه پیوند میان دو بخش دانشگاه و صنعت در کشور ضعیف و ناپایدار است و کمتر محصول تولیدی را در کشور می‌توانیم پیدا کنیم که از فرایند تحقیق و توسعه به دست آمده باشد» (شرکت‌کننده ۱).

انحراف از رسالت آموزشی و پژوهشی: یکی از یافته‌های به دست آمده از تحلیل داده‌ها، انحراف از رسالت آموزش بود. این درون‌مایه از چهار طبقه «افزایش دامنه مسئولیت دانشگاه، درگیری تیم مدیریت دانشگاه‌ها در امور اجرایی و ارایه خدمات، درگیری زیاد اعضای هیأت علمی در ارایه خدمات و کمرنگ بودن تحقیقات بین‌رشته‌ای» تشکیل شد.

افزایش دامنه مسئولیت دانشگاه: مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که «وقتی وظایف دانشگاه از حوزه آموزش و پژوهش به سمت ارایه خدمات هم می‌رود، در واقع مسئولیت یک دانشگاه را صرفاً دو برابر نمی‌کنیم، بلکه چند برابر می‌کنیم» (شرکت‌کننده ۱۶). بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که «حوزه‌های درمان، بهداشت، غذا و دارو به عنوان بخش‌های خدماتی وزارت بهداشت، آن‌قدر تنوع و گستردگی دارند که در کنار پژوهش و آموزش، مسئولیت دانشگاه‌های علوم پزشکی را به اندازه چند وزارتخانه سنگین و حجیم کردند» (شرکت‌کننده ۱).

درگیری تیم مدیریت دانشگاه‌ها در امور اجرایی و ارایه خدمات: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که «حوزه درمان به جهت ماهیتش، آنقدر چالش اجرایی دارد که تمام وقت و تمرکز یک رئیس دانشگاه را صرف مسایل خودش می‌کند»

(شرکت‌کننده ۱۱). «چون درمان و مشکلات ناشی از اون مثل کمبود دارو یا تجهیزات پزشکی یا تخت و... آنقدر در معرض دید هستند، ناخودآگاه منجر به انحراف آن از رسالت آموزشی و پژوهشی می‌شود» (شرکت‌کننده ۱).

درگیری زیاد اعضای هیأت علمی در ارایه خدمات: مشارکت‌کنندگان عنوان کردند: «قانون ادغام اگرچه فرصت طلایی استفاده از پزشکان توانمند را در قالب اعضای هیأت علمی دانشگاه فراهم کرد، ولی شاهد درگیری آن‌ها در فرایند درمانی هستیم که شاید این لبه تیغ باشد و اگر دانشگاهی نتواند مدیریت کند، چه بسا که آسیب برساند» (شرکت‌کننده ۱۶).

کمرنگ بودن تحقیقات بین‌رشته‌ای: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که «ماهیت همگرایی علوم و ضرورت همکاری‌های بین رشته‌ای نه صرفاً در آموزش، بلکه در پژوهش بیشتر تجلی پیدا می‌کند» (شرکت‌کننده ۱۴). مشارکت‌کننده دیگری اظهار نمود: «تحقیقات بین‌رشته‌ای در حال حاضر کمرنگ هست» (شرکت‌کننده ۲۱). شرکت‌کننده‌ای بیان کرد: «با ورود تکنولوژی‌های نوین و تجهیزات پیشرفته، نیازمند تحقیقات جدی علوم در حوزه‌های علوم پایه ریاضی، انسانی با علوم تجربی هستیم» (شرکت‌کننده ۱).

تعارض منافع: تعارض منافع یکی از یافته‌های به دست آمده از تحلیل داده‌ها و شامل سه طبقه «تعارض منافع در اعتباربخشی مؤسسات و مراکز آموزشی درمانی، تعارض منافع در توسعه متوازن آموزش علوم پزشکی و تعارض منافع مدیریتی (وضع قوانین و مقررات)» بود.

تعارض منافع در اعتباربخشی مؤسسات و مراکز آموزشی درمانی: مشارکت‌کنندگان بیان کردند: «تا زمانی که خود وزارت بهداشت با تیم علمی و اجرایی خودش اعتباربخشی را تدوین و خودش هم اعتباربخشی کند، نمی‌توان شاهد ارتقای کیفیت آن بود» (شرکت‌کننده ۱۶). «وقتی مؤسسه ارایه دهنده یک خدمت یا مؤسسه اعتباربخش و یا ارزشیابی‌کننده آن خدمت یکی باشد، به جهت گره خوردن نتایج اعتباربخشی با درآمد آن بیمارستان، خیلی نمی‌توانیم شاهد بی‌طرفی باشیم و همین امر، ارتقای

کیفیت آموزش و ارایه خدمت را دچار چالش می‌کند» (شرکت‌کننده ۱۱).

تعارض منافع در توسعه متوازن آموزش علوم پزشکی: مشارکت‌کنندگان عنوان نمودند: «زمانی که خود وزارت بهداشت هم نیرو تربیت می‌کند و هم خودش نیاز به هر تخصص را در کشور جهت ارایه خدمت تعیین می‌کند، ممکن است سیاست‌های تعیین تعداد پذیرش در هر رشته مقطع، تحت تأثیر قدرت بوردهای علمی و تخصصی رشته‌ها قرار بگیرد» (شرکت‌کننده ۱۱). مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت: «در برخی از رشته‌ها شاهد مقاومت وزارت بهداشت جهت افزایش ظرفیتیم» (شرکت‌کننده ۲۱).

تعارض منافع مدیریتی (وضع قوانین و مقررات): مشارکت‌کنندگان اظهار نمودند که «حوزه اجرا و قاعده‌گذاری باید از یکدیگر تفکیک شوند؛ به گونه‌ای که ایجاد انحصار به حداقل برسد» (شرکت‌کننده ۶). «به عنوان مثال، تعیین تعرفه توسط وزارت بهداشت، منجر به تعارض منافع می‌شود که باید از آن منفک شود و یک قاعده‌گذار بی‌طرف آن را انجام دهد» (شرکت‌کننده ۹). «صدور مجوز ارایه خدمت به پزشکان جدید تنها در دست ارایه‌کنندگان فعلی خدمات سلامت قرار دارد که می‌تواند باعث ایجاد تعارض منافع در صدور مجوز شود» (شرکت‌کننده ۲۲).

فرصت

حمایت قوانین و مقررات از ادغام: این درون‌مایه شامل سه طبقه «تصویب طرح ادغام در شورای عالی انقلاب فرهنگی، تصویب طرح ادغام در مجلس شورای اسلامی و تصویب طرح ادغام در اسناد علمی کشور» بود.

تصویب طرح ادغام در شورای عالی انقلاب فرهنگی: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند: «ستاد انقلاب فرهنگی مسئولیت بازبینی برنامه‌های دانشگاهی را بر عهده گرفت و طی بررسی‌های چند ساله، طرح انتزاع آموزش پزشکی از وزارت علوم و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را پیشنهاد نمود» (شرکت‌کننده ۸).

کند. پس می‌توان از ظرفیت ادغام برای توسعه عرصه‌های بالینی استفاده کرد» (شرکت‌کننده ۱۸).

توسعه پژوهش‌های بین‌المللی: مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: «فعالیت بین‌المللی در عرصه پژوهش راحت‌تر از بقیه موارد است؛ چرا که زیرساخت کمتری می‌خواهد» (شرکت‌کننده ۶). مشارکت‌کننده دیگری عنوان کرد: «موفقیت در عرصه پژوهش‌های بین‌المللی تا حدود زیادی به وجود استادان توانمند و علاقمند بستگی دارد. موفقیت در این عرصه و سرآمدی در آن، می‌تواند به موفقیت دو عرصه ارایه خدمت و آموزش کمک کند» (شرکت‌کننده ۲).

تهدید

درک ناقص از ادغام: این درون‌مایه شامل سه طبقه «عدم توجه به ادغام عملکردی، عدم بودجه‌ریزی منطبق بر اهداف ادغام و عدم همسویی قوانین و مقررات منطبق بر اهداف ادغام» بود. عدم توجه به ادغام عملکردی: برخی از مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که «توجه به این که آیا ادغام به اهداف و انتظاراتی که از اون داشتند، دست یافت یا نه قابل تأمل است» (شرکت‌کننده ۲). «اگرچه ادغام در قالب ساختار انجام شد و ما الآن یک وزارت متمرکز بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داریم، اما سؤال اینجاست که آیا در عملکرد این بخش‌ها ادغام اتفاق افتاده؟» (شرکت‌کننده ۳). «اونقدری که طرح ادغام پیش‌بینی کرده بود، ادغام عملکردی در حوزه ارایه خدمت و آموزش اتفاق نیفتاده...» (شرکت‌کننده ۲۰).

عدم بودجه‌ریزی منطبق بر اهداف ادغام: مشارکت‌کنندگان اظهار نمودند که «وقتی می‌گوییم ادغام، فقط نباید منظور ما ادغام شکلی باشد، بلکه رفتار ما، سیاست‌های ما، بودجه‌ای که تصویب می‌کنیم با نگاه ادغام باشد» (شرکت‌کننده ۱۷). «الآن ما در بودجه، دو فصل مجزای بودجه بخش آموزش و بودجه بخش سلامت را داریم و این یعنی انتزاع نه ادغام...» (شرکت‌کننده ۳).

عدم همسویی قوانین و مقررات منطبق بر اهداف ادغام: مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: «الآن درکی که از ادغام وجود دارد، همه جانبه نیست... ما از لحاظ شکلی به ادغام رسیدیم، ولی

تصویب طرح ادغام در مجلس شورای اسلامی: مشارکت‌کنندگان بیان کردند: «یکی از پشتوانه‌های اصلی قانون ادغام آموزش علوم پزشکی، تصویب این قانون در مجلس شورای اسلامی سال ۱۳۶۴ است» (شرکت‌کننده ۶). «با توجه به مشکلات عظیم حوزه سلامت و بعد از کش و قوس در مجلس تصویب شد تا ضمانت اجرایی پیدا کند» (شرکت‌کننده ۹).

تصویب طرح ادغام در اسناد علمی کشور: مشارکت‌کنندگان عنوان نمودند که «یکی از پشتوانه‌های این قانون، تأکید به آن در اسناد بالادستی مانند سیاست‌های ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری است که تأکید شده آموزش پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت و در نظام سلامت صورت گیرد» (شرکت‌کننده ۱۱).

گسترش تعاملات بین‌المللی: یکی از یافته‌های به دست آمده از تحلیل داده‌ها، گسترش تعاملات بین‌المللی و شامل سه طبقه «گسترش توریسم سلامت، توسعه جذب دانشجوی خارجی و توسعه پژوهش‌های بین‌المللی» بود.

گسترش توریسم سلامت: مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که «رویکرد دولت به توسعه روابط بین‌الملل، می‌تواند افق‌های جدیدی را پیش‌روی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهد و به تقویت دو ساختار آموزش و ارایه خدمت توأمان بینجامد» (شرکت‌کننده ۱). «جذب بیماران خارجی نیازمند داشتن امکانات به‌روز و تکنولوژی‌های مناسب، پزشکانی متبحر و به‌روز است و آموزشی بودن نظام سلامت، فرصت شکوفایی و به‌روز بودن را بیشتر فراهم می‌کند؛ چرا که ذات آموزش پویایی است» (شرکت‌کننده ۱۲).

توسعه جذب دانشجوی خارجی: اغلب مشارکت‌کنندگان فرصت ایجاد شده جهت جذب دانشجوی خارجی به منظور توسعه و تقویت برنامه ادغام را مهم برشمردند. یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بیان کرد: «امکان جذب دانشجوی خارجی با ظرفیت‌های بالینی محدود کشور امکان‌پذیر نیست؛ چرا که دانشجوی خارجی امکانات بالینی مناسب می‌خواهد و با توجه به شلوغی عرصه‌های بالینی، ممکن است ایجاد نارضایتی

زیرساخت آماده نیست و ممکنه موجب افت کیفیت آموزش بشه و مردم هم در بیمارستان ناراضی باشن. این یعنی ضرر دو طرف...» (شرکت کننده ۱۹).

افزایش بی‌رویه دانشکده‌های علوم پزشکی مستقل:
مشارکت‌کنندگان افزایش بی‌رویه دانشگاه/دانشکده‌های مستقل علوم پزشکی را یک تهدید برشمردند و بیان داشتند: «بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های مستقل علوم پزشکی که ایجاد شدند، تحت تأثیر فشارهای سیاسی و اجتماعی هستند. در منطق کارشناسی نیاز به این همه توسعه نداریم» (شرکت کننده ۱۸). «در فلسفه ادغام، تولید بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در هر استان به یک دانشگاه علوم پزشکی سپرده شد، ولی الآن شاهدیم که در برخی استان‌ها دو و یا حتی سه دانشگاه و دانشکده مستقل علوم پزشکی وجود داره» (شرکت کننده ۱).

درگیری دانشگاه به چالش‌های خارج از حیطه مسئولیت:
مشارکت‌کنندگان اظهار نمودند: «ادغام باعث شد تا رؤسای دانشگاه و حتی دانشکده‌ها با چالش‌های غیر علمی و بیشتر اجرایی روبه‌رو شوند» (شرکت کننده ۱۴). «وقتی کرونا به وجود اومد، بیشتر از این که رؤسای دانشگاه‌ها و یا حتی وزارت بهداشت به فکر آموزش باشن، به فکر درمان و واکسن مردم بودند؛ البته این رویکرد طبیعی هست... منظورم اینه که از ادغام هر دو نفع نبردند و در اینجا آموزش ضربه دید» (شرکت کننده ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، نقاط قوت طرح ادغام از دید جامعه مورد بررسی شامل «خودکفایی در نیروی انسانی سلامت، گسترش عرصه‌های آموزشی، ارتقای پاسخگویی اجتماعی، رشد شاخص‌های آموزشی و بهداشتی، بهبود ارتباط آموزش و خدمات و توسعه پژوهش‌های کاربردی» می‌باشد. ابراهیم‌نیا و همکاران کوچک شدن ساختار اداری و افزایش کارایی را از جمله نقاط قوت طرح ادغام برشمردند (۲۱). مطالعات متعددی بر خودکفایی در تربیت نیروی انسانی متخصص در حوزه سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین نقاط قوت طرح ادغام تأکید

قوانین ما منطبق بر ادغام نیست» (شرکت کننده ۴). مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت: «قوانین ترفیع و ارتقای اعضای هیأت علمی مانند وزارت علوم هست... روح ادغام در ترفیع و ارتقا مشاهده نمی‌شود» (شرکت کننده ۲).

ظهور رویکردهای نوین آموزشی: این درون‌مایه شامل دو طبقه «توسعه هوش مصنوعی و توسعه آموزش مجازی» بود. توسعه هوش مصنوعی: در صحبت بیشتر مشارکت‌کنندگان، تغییر در تکنولوژی جهانی به عنوان یک تهدید برای آینده ادغام محسوب می‌شد. آن‌ها بیان داشتند که «وقتی با هوش مصنوعی بشه کیفیت آموزش بالینی را بهبود بخشید، شاید فلسفه ادغام که استفاده از عرصه‌های بالینی درمان بود، دیگه بی‌معنی بشه» (شرکت کننده ۱۱). «هوش مصنوعی بار دیگه مفهوم وحدت علوم را مطرح می‌کنه و یک تعامل بین علوم به ویژه علوم پایه ریاضی، تجربی و حتی انسانی را می‌طلبه» (شرکت کننده ۲).

توسعه آموزش مجازی: مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: «روش‌های آموزشی بعد از کرونا تغییر کرد... کرونا اگرچه در حوزه بالینی با احتیاط بیشتری آموزش را به عرصه مجازی کشاند، ولی به ناچار بخشی از دروس به صورت مجازی برگزار شد» (شرکت کننده ۱۲). مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «حتی می‌تونیم از روش‌هایی مانند واقعیت افزوده یا سایر روش‌های مجازی مثل شبیه‌سازها، تله‌مدیسین و... استفاده کنیم» (شرکت کننده ۲۱).

فشارهای سیاسی و اجتماعی: این درون‌مایه شامل سه طبقه «افزایش بی‌رویه ظرفیت دانشجو با وجود نبود زیرساخت، افزایش بی‌رویه دانشکده‌های علوم پزشکی مستقل و درگیری دانشگاه به چالش‌های خارج از حیطه مسئولیت» بود.

افزایش بی‌رویه ظرفیت دانشجو با وجود نبود زیرساخت:
مشارکت‌کنندگان بیان کردند: «قرار بود زیرساخت‌ها تو ادغام توسعه پیدا کنه و بستر برای افزایش تعداد دانشجو مهیا بشه؛ اگرچه نسبت به شروع قانون زیادتر شد، ولی زیرساخت‌ها هنوز هم با استاندارد فاصله داره» (شرکت کننده ۲). «حالا تعداد دانشجو به اجبار مجلس و فشار محیطی زیاد شده، ولی واقعاً

داشته‌اند (۲۳، ۲۲، ۱۰، ۹) که با نتایج تحقیق حاضر همسو بود. مجدزاده و همکاران این امر را نتیجه افزایش ظرفیت پذیرش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور دانستند (۲۲)، این در حالی است که برخی پژوهش‌ها دلایل این خودکفایی را افزایش تعداد پذیرش در تمامی رشته‌های پزشکی، بهبود نسبت پزشک به جمعیت، برنامه‌های آموزشی تکمیلی و فوق تخصصی (۱۵)، استفاده از نیروی هیأت علمی متخصص در درمان و آموزش و در نتیجه، توزیع عادلانه‌تر نیروی انسانی (۱۲) و ایجاد کارایی در تعداد نیروی انسانی (۲۱) بیان نمودند.

از معضلات آموزش علوم پزشکی دنیا، عدم توانایی در پاسخگویی اجتماعی است (۲۴)؛ در حالی که فلسفه وجودی دانشگاه‌های علوم پزشکی، پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه است (۷). ارتقای پاسخگویی اجتماعی به عنوان عنصر وجودی دانشگاه‌های علوم پزشکی، از نقاط قوت طرح ادغام به شمار می‌رود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که طرح ادغام از رویکردهای مؤثر در برطرف‌سازی نیازهای واقعی و مهم جامعه می‌باشد (۲۷-۲۵، ۹)؛ چرا که با در کنار هم قرار دادن نظام آموزشی و نظام ارایه خدمت، بستر مناسبی برای پاسخگویی فراهم می‌گردد و نظام آموزشی زمینه‌ساز این پاسخگویی است (۲۸). بهبود شاخص‌های خدمات نیز به عنوان نقطه قوت و تأثیر مثبت ادغام در سایر تحقیقات مطرح شده است (۲۹، ۲۳). از نظر جامعه مورد بررسی پژوهش شکیبایی و همکاران، بالاترین میزان موفقیت این طرح در بخش خدمات و شاخص‌های بهداشتی، ارتقای سطح پوشش خدمات بهداشتی، درصد پوشش واکسیناسیون، سهولت دسترسی مردم به مراکز ارایه خدمات بهداشتی و بیمارستان‌ها و بهبود شاخص‌های مرگ و میر بوده است (۱۰). این مهم با افزایش نیروی انسانی متخصص و تجهیزات پزشکی در سراسر کشور به ویژه نقاط کمتر برخوردار رخ داده است.

رشد شاخص‌های آموزشی، بهبود ارتباط آموزش و خدمات و گسترش عرصه‌های آموزشی، از دیگر نقاط قوت طرح ادغام در مطالعه حاضر گزارش شد. در تحقیق رهنورد، بعد یادگیری

بهترین جایگاه را در بین ابعاد عملکرد ادغام داشت (۳۰) و این رشد و توسعه در شاخص‌های آموزشی (۱۰)، افزایش و رشد تعداد پذیرش در تمامی رشته‌های پزشکی و برنامه‌های آموزشی تحصیلات تکمیلی و فوق تخصص در سایر پژوهش‌ها نیز مشاهده شده است (۱۵). برخی مطالعات افزایش چشمگیر تحقیقات منتشر شده پژوهشگران کشور طی سال‌های اخیر را مرتبط با اجرای طرح ادغام دانسته‌اند (۳۲، ۴، ۲۲). دلیل این امر را می‌توان ایجاد پیوند بین پژوهش و خدمت و توسعه پژوهش‌های کاربردی با توجه الزام ارایه خدمت بر مبنای شواهد و نتایج مطالعات در حوزه پزشکی و تعامل محققان و تصمیم‌گیرندگان دانست.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تضعیف همگرایی علوم، انحراف از رسالت آموزشی و پژوهشی و تعارض منافع از جمله نقاط ضعف طرح ادغام بود. ابراهیم‌نیا و همکاران در مطالعه خود، عدم توانایی در اثربخشی و تداخل ستاد و صف را به عنوان نقطه ضعف طرح ادغام بیان نمودند (۲۱). به مواردی همچون عدم همگرایی و ایجاد گفت‌وگو میان رشته‌ای در درون دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت علوم در تحقیقات دیگر نیز اشاره شده است (۴) تضعیف حوزه آموزش و افت کیفیت آموزشی در پژوهش‌های متعدد به عنوان نقطه ضعف طرح ادغام مطرح گردید (۲۹، ۲۱، ۴) و دلیل این افت عواملی همچون افزایش تعداد دانشگاه‌ها، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی، کاهش بودجه آموزش پزشکی، خودگردانی بیمارستان‌های آموزشی و نقص قوانین گزینش معلمان و دانشجویان بیان شد. انحراف از رسالت پژوهش، از نقاط ضعفی است که در مطالعه مجدزاده و همکاران به آن اشاره شده و تمرکز بر ارایه خدمت، دلیل این انحراف و عدم توجه به تولید علم دانسته شده است (۲۲). در تحقیق آن‌ها به تضعیف همگرایی علوم و پیوند میان پژوهش و عمل نیز اشاره گردید و آن را جزء موانع منتج از ضعف مدیریتی دانستند که حتی زمانی که این پیوند صورت می‌گیرد، موردی می‌باشد و نظامند و سیستمی نیست. همچنین، در مدیریت روندها ارتباط دانشگاهیان با

از تحلیل تجربیات مشارکت‌کنندگان، ۱۴ درون‌مایه اصلی و ۴۲ درون‌مایه فرعی در قالب نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید استخراج گردید. ادغام نظام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت فرایند پیچیده‌ای است و در خصوص موفقیت این طرح در تأمین نیروی انسانی متخصص، بهبود پاسخگویی اجتماعی، بهبود شاخص‌های خدمات و گسترش عرصه‌های آموزش علوم پزشکی کشور، اجماع وجود دارد. انتخاب راهکارهای مناسب جهت استفاده حداکثری از قوت‌ها و فرصت‌های برنامه در جهت به حداقل رساندن ضعف‌ها و تهدیدات و تدوین راه‌حل‌های احتمالی ضروری به نظر می‌رسد. انجام مطالعات آینده‌پژوهی و طراحی سناریوهای مختلف و تدوین مدل‌ها، ساختارها و فرایندهای مکمل و جایگزین و نیز پژوهش‌های ارزیابی اقتصادی آن پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مشارکت‌کنندگانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

پشتوانه و حمایت مالی

هیچ منبع مالی وجود ندارد.

مصوبه اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.18463 در دانشگاه علوم پزشکی مازندران تصویب گردید.

حوزه‌های اجرایی تعریف نشده است (۲۲). رهنورد در پژوهش خود بر اهمیت تعارض و مدیریت اختلافات در ادغام موفق تأکید ورزیده است (۳۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. توسعه ارتباط میان‌رشته‌ای در درون وزارت بهداشت با فرهنگ‌سازی و تغییر ساختار فکری، از جمله راهکارهای برون‌رفت می‌باشد.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، فرصت‌های طرح ادغام شامل حمایت قوانین و مقررات از ادغام، نگاه مثبت به ادغام آموزش و ارایه خدمات و گسترش تعاملات بین‌المللی است. با تصویب طرح ادغام در شورای عالی انقلاب فرهنگی و مجلس شورای اسلامی و تعیین نمایندگان وزارت بهداشت در شورای انقلاب فرهنگی، حمایت قانونی از این طرح اتفاق افتاده است. از سوی دیگر، در برنامه‌های پنج ساله به این طرح توجه ویژه‌ای نشده است و قوانین ارتقای هیأت علمی و مدل بودجه‌ریزی با این طرح منطبق نیست (۳۲).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درک ناقص از ادغام، ظهور رویکردهای نوین آموزشی و فشارهای سیاسی و اجتماعی از تهدیدات طرح ادغام به شمار می‌رود. درک ناقص از ادغام به عنوان مانع اجرای موفق ادغام در مطالعات مختلف (۱۳، ۳۲) ذکر شده است و این در حالی است که تحلیل مفهوم ادغام موجب شفاف‌سازی ابعاد، ویژگی‌ها، کاربردها، عوامل مؤثر، پیامدها و کاربردی شدن مفهوم آن می‌گردد (۳۳). تمرکز اعضای هیأت علمی بر مسئولیت‌های درمانی و صرف زمان کمتر در بخش آموزش و پژوهش، افت کیفیت آموزش، کاهش طیف بیماری‌ها در مراکز آموزشی، تضعیف اخلاق پزشکی در نتیجه مادی‌گرایی استادان و الگوگیری دانشجویان از آن‌ها و محدود شدن فضای آموزشی نیز از جمله ابعاد منفی و تهدیدهای ادغام آموزش پزشکی بیان گردید (۳۲).

نتیجه‌گیری:

References:

1. Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M. Health System Governance: A Conceptual Review. Hakim. 2021; 24(1): 35-54. [In Persian]
2. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health systems performance assessment a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022.

3. Azizi F, Marandi S A. Achievements In health and medical education now 40 years after the Islamic Revolution: Strategies for integrating medical education into the health system. *Iran J Cult Health Promot*. 2018; 2 (4) :449-61. [In Persian]
4. Abbasi Moghaddam MA, Razavi SM, Nooraei SM. Attitude of key academic persons about integration of medical education into health services. *Tehran Univ Med J*. 2004; 62(1): 80-8. [In Persian]
5. Haqdoost AA, Nouri Hekmat S, Malek Pourafshar R. Report on the analysis of the indigenous model of medical science education in line with scientific supremacy. Kerman: Research Institute Future Studies in Health; 2022. [In Persian]
6. Scientific association of medical education. Fields of integration in the international community and the integration history in Iran. Analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and care system. Tehran: Ministry of Health and Medical education; 2003. [In Persian]
7. Noori Hekmat S, Haghdoost A, Dehnavieh R, Ghorbaninia R. The Consequences of Integration of the Medical Education and the Health Services System of Iran: A Systematic Review and Meta-Synthesis of Literature. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019;14:12-26. [In Persian]
8. Noori Hekmat S, Tourani S, Haghdoost AA, Ebrahimipour H, Mehrolhassani M, Dehnavieh R. Beneficial and adverse effects of the integration of medical education and health service in IR. Iran; a Delphi exercise. *J Med Sci*. 2014;14(1):21-8. doi: 10.3923/jms.2014.21.28.
9. Bagheri Lankarani K, Kalateh Sadati A, Razavinasab A, Khayamzadeh M. Integration of Medical Education and Research in Healthcare System in Iran; A Qualitative Study on the Positive Consequences of the Formation of the Ministry of Health and Medical Education. *Iran J Cult Health Promot* 2023; 6(4):603-10. [In Persian]
10. Shackebaei D, Karami Matin B, Amolae K, Rezaie M, Abdolmaleki P, Reshadat S, et al. Achieving the goals of integration of medical education and health service delivery systems from the viewpoint of the faculty members of Kermanshah University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2011;16(1):81-91. [In Persian]
11. Haghdoost AA, Noori Hekmat S. Strategies for the Development of Interdisciplinary Interaction and Convergence of Science. *Hakim Research Journal*. 2020;23(2):152-9. [In Persian]
12. Razmara Farzaghi H, Razmara Farzaghi M, Javadinia SA. Health system transformation plan and medical education; The need to provide an educational attachment. *Strides Dev Med Educ*. 2016;12(5):789-90. [In Persian]
13. Lameli A, Islamlou F, Aghlmand S. Near zero interaction of educational components and service delivery system in an integrated system: a qualitative study. *Medicine and Spiritual cultivation*. 2017;21(1):42-8. [In Persian]
14. Marandi S. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. *Iran J Public Health*. 1; 38 (Supple 1): 4-12.
15. Khojasteh A, Momtazmanesh N, Entezari A, EYN EB. Integration of medical education and healthcare service. *Iranian J Publ Health*. 2009; 38(Suppl 1): 29-31.
16. Mirmoghtadaie Z, Rokhafrooz D, Salarianzadeh M. Overview of the Challenges in Integration of Medical Education with Health Services Based on Human Capital. *Journal of Healthcare Management*. 2015; 6(216): 7-15.
17. Yamani N, Shater Jalali M. Curriculum Integration, with Emphasis on Integration in Medical Education. *Iran J Med Educ*. 2012; 11(9):1202-13. [In Persian]
18. Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari K, et al. SWOT analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017; 27(155): 79-93.
19. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2): 105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
20. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
21. Ebrahim Nia M, Farzaneh A, Ahmadizadeh MJ, Ebadi A, Ameriooon A, Tofighi S, et al. Diagnosis of medical education system integration with higher staff in a health organization; a qualitative study. *Health Research Journal*. 2017;2(2):133-42. doi: 10.18869/acadpub.hrjbaq.2.2.133.
22. Majdzadeh R, Nedjat S, Denis JL, Yazdizadeh B, Gholami J. 'Linking research to action' in Iran: Two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. *Public Health*. 2010 Jul; 124(7): 404-11. doi: 10.1016/j.puhe.2010.03.026. [PMID: 20537362]
23. Gilavand A, Mehralizadeh Y, Hosseinpour M, Torabipour A. A Review on Pathology of the Integration of Medical Education System with Health Services at Iran's Ministry of Health and Medical Education. *Future of Medical Education Journal*. 2018; 8(3): 47-56. doi: 10.22038/fmej.2018.33896.1218.

24. Lameli A. Education and healthcare systems two sides of one coin. *Medicine and Spiritual cultivation*. 2007;15(4):13-20. [In Persian]
25. Lameli A. Clinical teaching beyound the conventional methods. *Studies in Medical Sciences*. 2006;17(1):9-15. [In Persian]
26. Amiresmaili MR, Negahdari S, Khosravirad Z, Tohidi M, Khosravi S. Management of Teaching Hospitals; Opportunities and Threats. *Strides Dev Med Educ*. 2016;13(4):337-48. [In Persian]
27. Pezeshkian M, Karimi A, Akbari M, Einollahi B, Hosseini J, Hosseini F. Integration of medical education and health care: The experience of Iran. *Journal of Medical Education*. 2003;3(1): 51-5. doi: 10.22037/jme.v3i1.874.
28. Bahrini S. [dissertation]. Study of the diversity and equity of access of candidates at the admission level of French-Québécoise faculties of medicine according to various scenarios of weighting of evaluation tools. Montreal, Canada: University de Montreal; 2022.
29. Razavi SM, Nooraei SM, Hatami H, Sadeghiopoor HR. Integration of Medical Education in Medical Services: A Cross Sectional Study. *Acta Med Iran*. 1;47(3):203-7.
30. Rahnavard F. Factors Influencing Merger of Iranian Public Sector Organizations. *Journal of Public Administration*. 2018;9(4): 569-90.
31. Majdzadeh R, Nedjat S, Gholami J, Nedjat S, Maleki K, Qorbani M, et al. Research collaboration in Tehran University of Medical Sciences: two decades after integration. *Health Research Policy and Systems*. 2009;7(1): 1-8. doi:10.1186/1478-4505-7-8.
32. Haghdoost AA, Noori Hekmat S, Malek Pourafshar R. Analysis of the native model of medical science education in Iran in order to achieve scientific sovereignty. Tehran: Farhangestan Olom Pezeshki Keshvar Pub; 2022: 66. [In Persian]
33. Lameei A. Aanalysis the concept integration. *Medicine and Spiritual cultivation*. 2008;16(3-4): 22-30. [In Persian]