مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ زمستان ۱۳۹۷، دوره ۱٤، ویژه نامه (بهره‌وری و عدالت در زیرساخت‌های نظام سلامت (با تاکید برحوزه آموزش و پژوهش علوم پزشکی))، صفحات: ۲٦-۱۲.

مقاله پژوهشی

پیامدهای اجرای طرح ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران: یک مرور نظام‌مند و فراترکیب

سمیه نوری حکمت[۱]، علی اکبر حقدوست[۲]، رضا دهنویه[۳]، راحیل قربانی‌نیا[٤]

[۱] استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی درسلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[۲] استاد اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[۳] دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[۴] دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: راحیل قربانی نیا، نشانی: کرمان، ابتدای جاده هفت باغ علوی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت ، تماس: ۰۳۴۳۱۳۲۵۴۰۲،

پست الکترونیک: r.ghorbani6790@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۷/۱؛ پذیرش: ۹۷/۹/۰۳

مقدمه و اهداف: سیاست ادغام در سال ۱۳۶۴ و با هدف افزایش تعامل و پاسخگویی دوجانبه نظام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت کشور طراحی، اجرا و منجر به تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شد. مطالعه حاضر با ترکیب نتایج مطالعاتی که به بررسی پیامدهای اجرای سیاست ادغام پرداخته‌اند، توصیفی اجمالی از دانش موجود در این زمینه را ارائه می‌نماید.

روش‌کار: در این مطالعه مرور نظام مند و متاسنتز بر روی مقالات منتشر شده در مورد اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی در نظام سلامت ایران انجام شد. به همین منظور طی جستجو در بانکهای اطلاعاتی ScienceDirect، PubMed، EMBASE، ISI، ScholarGoogle، Scopus، SID،Magiran و Irandoc تعداد ۱۸۷ مقاله یافت شد و در ادامه ۲۴ مقاله مرتبط انتخاب و وارد مطالعه شدند. محتوای مطالعات وارد شده تحلیل و سپس با تکنیک والش و داون با هم ترکیب شدند.

یافته‌ها: حاصل بررسی مطالعات مرتبط، ۵ مفهوم اصلی شامل اهداف و دلایل اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی، دستاوردها، چالش‌ها، موانع دستیابی به اهداف ادغام و آینده ادغام بود. بر اساس یافته این مطالعات، بیشترین توفیق طرح ادغام در عرضه خدمات بهداشتی-درمانی گزارش شده است و آموزش و پژوهش‌های علوم پزشکی کمتر از تاثیرات مثبت ادغام، بهره مند شده‌اند.

نتیجه‌گیری: مرور مستندات موجود نشان می‌دهد که هنوز ابعاد مختلف ادغام به خوبی واکاوی نشده و اثرات اقتصادی، اجتماعی، توسعه‌ای و علمی آن بررسی نشده است. مطالعات محدود موجود عمدتا به صورت نظرخواهی و بررسی کلی وضعیت انجام شده بود و کمتر از مدل‌سازی‌ها و تحلیل‌های اقتصادی استفاده شده است. لذا با استفاده از مطالعات در دسترس، نمی‌توان بصورت دقیق تاثیرات ادغام را تحلیل نمود.

واژگان کلیدی: ادغام آموزش علوم پزشکی، نظام خدمات سلامت، مرور نظام مند، متاسنتز

مقدمه

در طی سالهای پس از انقلاب اسلامی، آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی ایران با تحولاتی شگرف رو به رو شد. ستاد بازنگری برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی در اولین سال‌های تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی شکل گرفت و وضعیت آموزش علوم پزشکی را از نظر کمی و کیفی مورد بررسی قرار داد و در گزارش نهایی خود به مشکلات موجود اشاره نمود. ناهمگونی بسیار برنامه‌های آموزشی در دانشکده‌های مختلف، اشتغال عمده متخصصان علوم پزشکی در مؤسسات مربوط به وزارت بهداری یا در بخش خصوصی و عدم مشارکت در آموزش علوم پزشکی کشور، کمبود چشمگیر نیروی انسانی سلامت در اکثر نقاط کشور، فقدان جنبه‌های جامعه‌نگری در آموزش علوم پزشکی و ظرفیت بسیار پایین آموزش علوم پایه پزشکی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترا (تنها ۳ دانشگاه و با ظرفیت محدود)، بخشی از مسائلی بودند که در این گزارش مطرح شدند.

در نتیجه انتشار گزارش تحقیقات فوق، با تصویب مجلس شورای اسلامی، در سال ۱۳۶۴ کلیه اختیارات، وظایف و مسئولیت‌های وزارت فرهنگ و آموزش عالی در آموزش پزشکی به وزارتخانه جدید انتقال یافت و با جدا شدن آموزش علوم پزشکی از

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

وزارت فرهنگ و آموزش عالی و ادغام آن در وزارت بهداری و بهزیستی وقت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. ادغام آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی با نظام ارائه خدمات سلامت، بعنوان انقلابی‌ترین حرکت سازمانی، نظام آموزش پزشکی را با شرایط ویژه‌ای مواجه ساخت و در طی سالهای پس از ادغام، فرآیندهای تصمیم‌گیری، مدیریتی، وظیفه‌ای و عملیاتی این دو سازمان نیز به تدریج متناسب با شرایط جدید دستخوش تغییر گردید (۱).

آنچه که به عنوان هدف اولیه این طرح به شمار می رفت تربیت نیروی انسانی متخصص بهداشتی و درمانی بیشتر، بود (۲). جدا از افزایش دانشجو، دستیابی به اهداف دیگری همچون افزایش و گسترش دانشکده و دانشگاه‌ها، قرار گرفتن امکانات بالینی و آموزشی بیشتر در اختیار نظام آموزش نیروی متخصص بهداشتی-درمانی، مشارکت و درگیری آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه و اتحاد مدیریت بین بخش پرورش نیروی انسانی (عرضه کننده) و مصرف کننده (تقاضا کننده)، نیز از این طرح انتظار می رفت (۳).

با وجود تغییرات مثبت ناشی از ادغام آموزش در ارائه خدمات، برخی از مشکلات و چالشهای این طرح همچنان حل نشده باقی مانده‌اند. هنوز یکپارچگی کامل و در تمام سطوح آموزشی، مراقبت سلامت و مدیریتی، اتفاق نیفتاده است. با وجود اینکه سطوح معاونتی در دو حوزه آموزش و ارائه خدمات با یکدیگر ادغام شده‌اند ولی سطوح محیطی همچنان بصورت جداگانه عمل می‌نمایند و بسیاری از فرآیندها در این دو حوزه، بی‌توجه به نیازهای یکدیگر تدوین و اجرا می‌شوند. تاکنون موضوع ادغام وزارت بهداری و دانشگاه های علوم پزشکی بسیار مورد توجه قرار گرفته است و چندین مطالعه به بررسی دستاوردهای این طرح پرداخته‌اند. قضاوت در مورد طرح ادغام، به مرزهای کشور محدود نشده و نظر مجامع معتبر و مهم آموزش پزشکی جهان از جمله فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی و سازمان بهداشت جهانی را نیز به خود معطوف ساخته است (۷-۴). چنانچه سازمان بهداشت جهانی منطقه شرق مدیترانه، نظام ملی سلامت ایران را به عنوان الگویی بی‌نظیر برای وزارتخانه‌های بهداشت در منطقه معرفی نمود و در بعضی از کشورهای منطقه نظیر عربستان سعودی با الگوبرداری از ایران، دانشکده های وابسته به وزارت بهداشت شکل گرفت (۷).

باوجود اینکه تاکنون چندین مطالعه به بررسی و گزارش پیامدهای اجرای طرح ادغام در ایران پرداخته‌اند، توافق جامعی در مورد دستاوردهای این طرح وجود ندارد. مطالعه حاضر با هدف جمع‌آوری و ترکیب یافته‌های کلیه مطالعاتی که به بررسی پیامدهای طرح ادغام پرداخته اند، انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مرور نظام‌مند و متاسنتز می‌باشد که در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. از آنجائی‌که تجربه ایران در زمینه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در سطح ملی یک تجربه منحصر به فرد است، امکان مقایسه تجارب ملی سایر کشورها وجود ندارد؛ لذا در این بخش مطالعات فارسی و انگلیسی انجام شده که به بررسی نتایج و پیامدهای ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران پرداخته‌اند، بصورت نظام مند جستجو شده و با استفاده از تکنیک متاسنتز که یک تفکر آگاهانه در مورد نتایج پژوهش‌های انجام شده است که تفکر کلید اصلی آن محسوب می شود، تحلیل محتوا و ترکیب شدند. برای تحلیل و ترکیب محتوای تحقیقات کیفی مقالات وارد شده از روش متا اتنوگرافی والش و دان که یک روش کیفی است که به محقق کمک می‌کند احساسات، افکار و نظرات گروه مورد پژوهش را به طور عمیق از دیدگاه خود بررسی کند، با عنوان استفاده شد (۸).

جستجوی مطالعات

استراتژی جستجوی مطالعات فارسی

جستجوی فارسی در سایت‌هایی که مقالات چاپ شده در مجلات داخلی را ایندکس می‌کنند شامل SID و Magiran و Irandoc با کلید واژه‌های فارسی صورت گرفت. همچنین سایت مجلات مرتبط با آموزش علوم پزشکی شامل مجله آموزش پزشکی، مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، مجله پژوهشی حکیم، فصلنامه پایش، مجله مدیریت سلامت و طب و تزکیه، نیز مورد جستجوی اختصاصی قرار گرفتند. علاوه بر جستجوی این پایگاه‌ها، جستجوی مطالب مرتبط در کتابخانه‌های تخصصی مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کرمان و شهید بهشتی، کتابچه خلاصه مقالات کنگره‌های آموزش پزشکی ایران، کتابهای منتشر شده، گزارشات ملی و بین‌المللی مرتبط با نظام آموزش علوم پزشکی ایران و برنامه‌های توسعه دوم، سوم، چهارم و پنجم به روش جستجوی دستی مورد جستجو قرارگرفتند.

جستجوی گذشته نگر و آینده نگر نیز انجام گرفت که طی آن

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

لیست منابع مقالات انتخابی برای دستیابی به مقالات مرتبط بیشتر، بررسی شدند. همچنین موارد ارجاعات به هر یک از مقالات وارد شده به مطالعه، در سال‌های پس از انتشار آن، مرور شدند. همچنین با خبرگان و صاحبنظران حوزه ادغام و آموزش علوم پزشکی تماس گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد چنانچه از انجام مطالعه‌ای در زمینه طرح ادغام توسط سایر خبرگان اطلاع دارند، مشخصات آن مطالعه را در اختیار تیم پژوهش قرار دهند. دو مطالعه‌ای که توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان WFME انجام شده بود تنها از این طریق قابل شناسایی بود.

از آنجائیکه موضوع ادغام تنها در کشور ایران اتفاق افتاده است و در دنیا و حتی در خود کشور مطالعات بسیار محدودی در زمینه آن منتشر شده‌است، برای دستیابی به تعداد بیشتر عناوین مرتبط، استراتژی جستجو با حساسیت پایین تدوین گردید (۹). کلمات کلیدی که ترکیبی از آن‌ها در این سایت‌ها جستجو شدند، عبارت بودند از: ادغام- آموزش پزشکی- ارائه خدمات- خدمات سلامت- مراقبت سلامت- نظام سلامت- پاسخگویی– آموزش پاسخگو- جامعه نگر .

استراتژی جستجوی مقالات انگلیسی

با توجه به دستورالعمل خان و همکاران (۱۰) جستجوی در بانک‌های اطلاعاتی PubMed، ISI، Web of Science، Scopus، ScienceDirect و EMBASE انجام گرفت. از گوگل اسکولار برای لکه‌گیری هر دو استراتژی فارسی و انگلیسی استفاده شد. کلید واژه های مورد استفاده در این پایگاه‌ها عبارت بود از:

(Medical education OR Medical University or Teaching Hospital) and (Integration OR corporation OR coordination) and (Health care OR Health service OR Hospital OR Health system)

در شکل ۷ فلوچارت مراحل گزینش مطالعات برای شرکت در متاسنتز نشان داده شده‌است.

انتخاب مطالعات واجد شرایط برای ورود به متاسنتز

در این مرحله معیارهای ورود و خروج از مطالعه تعیین گردید که معیارهای ورود تنها عبارت بود از مطالعاتی که به بررسی پیامدهای طرح ادغام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمت در ایران پرداخته‌اند و نیز مطالعاتی که به یکی از دو زبان فارسی یا انگلیسی منتشر شده‌اند. از معیارهای خروج می‌توان به بررسی عناوین مقالات و سپس چکیده و سپس کل متن مطالعات دارای عناوین مرتبط، مرور شدند.

باروسو و پاول کوپ[۱] معتقد هستند که نباید محدودیتی برای انتخاب نوع مطالعه اعم از مقاله منتشر شده یا گزارش، قائل شد تا بتوان از همه منابع موجود استفاده کرد و از خطر از دست دادن داده‌های ارزشمند بر حذر ماند و انواع مطالعات کیفی را می‌توان در متاسنتز شرکت داد (۱۱). تورن و سندلووسکی[۲] عقیده دارد که کیفیت مطالعات را نباید به عنوان یکی از معیارهای ورود مطالعات به متاستز قلمداد کرد و از آنجائیکه در تحلیل مطالعات کیفی با استفاده از روش متاسنتز، آنالیز و ترکیب نتایج مطالعات بدون وزن‌دهی به آنها انجام می‌گیرد، تفاوت کیفیت مطالعات انجام شده، تاثیری بر نتایج تحلیل متاسنتز ندارد (۱۳, ۱۲). لذا از آنجایی‌که تعداد مطالعات انجام گرفته در زمینه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت کشور ایران محدود می‌باشد، کلیه مطالعات انجام گرفته که در نتیجه مرور نظام مند بدست آمده‌اند، مورد بررسی و تحلیل قرارگرفتند.

تحلیل محتوای مطالعات

تحلیل محتوایی و کد دهی به محتوای مطالعات انتخاب شده در نرم افزار MaxQDA 10.1 انجام گرفت. در این مرحله با استخراج مفاهیم کلیدی (کدهای) هر یک از مطالعات و کنار هم گذاشتن آنها با استفاده روش توصیه شده پترسون و کانام[۳]، ارتباط بین مفاهیم و کدها تعیین شد. در این روش تجزیه و تحلیل از یک مطالعه شروع شده و به تدریج سنتز در بین مطالعات دیگر به پیش می‌رود و با افزوده شدن هر مطالعه لیست کدها کامل‌تر می‌گردد (۱۴).

یافته‌ها

در این بخش خروجی متاسنتز یافته‌های مطالعات وارد شده به مرور نظام مند ارائه شده است. از میان ۱۸۷ مطالعه‌ای که بصورت اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی شناسایی شدند، ۲۴ مطالعه ارتباط کامل با موضوع پژوهش داشته و وارد مرورنظام‌مند شدند (جدول شماره ۱). از میان ۲۴ مطالعه، ۱۵ مطالعه به زبان انگلیسی و ۹ مطالعه به زبان فارسی منتشر شده بودند. اغلب مطالعات مروری بودند که طی آنها نویسندگان بعنوان صاحب نظر حوزه آموزش

[۱] Barroso, J. & Powell-Cope, G. M.
[۲] Torne & Sandelowski
[۳] Paterson, B. L. & Canam, C.

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

علوم پزشکی و یا نظام ارائه خدمات سلامت به ارائه دیدگاه خود در مورد طرح ادغام پرداخته بودند (۱۱ مورد)، ۳ مطالعه به ارائه آمارهای رشد شاخص‌های توسعه آموزش علوم پزشکی و مقایسه روند قبل و بعد از ادغام، پرداخته بودند، ۴ مطالعه بصورت پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته انجام شده بودند، ۵ مطالعه بصورت کیفی و با استفاده از ابزار مصاحبه با خبرگان و صاحبنظران انجام شده بودند، یک مطالعه به ارائه استانداردهای ادغام پرداخته و یک مطالعه با استفاده از ابزار دلفی، میزان اجماع صاحبنظران کشور درمورد پیامدها و دستاوردهای ادغام را سنجیده بود.

لیست مفاهیم و کدهای استخراج شده از مرور مطالعات در جدول شماره ۲ ارائه شده است که ۸ مطالعه بصورت گزارش و ۱۶ مطالعه به صورت مقاله منتشر شده بودند.

اهداف و دلایل ادغام

در بررسی مقالات، اهداف و دلایلی برای طرح ادغام بیان شده بود که می‌توان در جدول شماره ۲ مشاهده نمود. در گزارش جهانی به توزیع عادلانه نیروی انسانی متخصص سلامت واجد شرایط برای ارائه خدمات ضروری و مورد نیاز سلامت، ادغام در حوزه پژوهش و توسعه فرهنگ پژوهش و نوآوری در بدنه وزارت بهداشت، استفاده از تخت‌ها و تسهیلات بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی برای اهداف آموزشی، تقدم مناطق روستایی بر مناطق شهری، تقویت نظام ارجاع، افزایش ظرفیت دانشگاه‌ها برای آموزش نیروی انسانی مورد نیاز و استفاده از امکانات بالینی و آموزشی و وابستگی متقابل این دو عرصه، اشاره شده است (۱).

دستاوردهای مثبت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی

در بررسی مقالات یافت شده، دستاوردهای متنوعی برای طرح ادغام شمرده شده بود که می‌توان آنها را به سه حوزه، طبقه‌بندی نمود.

دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی

- افزایش ظرفیت عرضه نیروی انسانی سلامت

در ۸ مقاله به دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی اشاره شده بود. این دستاوردها را می‌توان به صورت افزایش قابل ملاحظه ظرفیت آموزش و پاسخگوتر شدن آموزش‌ها نسبت به نیازهای جامعه دسته‌بندی نمود. عزیزی معتقد است ادغام، دلیل اصلی رشد قابل توجه در تعداد پذیرش دانشجویان در سال ۱۳۶۵ بوده است و افزایش سریع تعداد مراکز آموزشی همراه با رشد شدید پذیرش دانشجو باعث افزایش ناگهانی نسبت دانشجو به استاد گردید (۱۶, ۱۵). این دستاورد در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز مورد تاکید قرار گرفته است (۱۷). خجسته افزایش پذیرش دانشجویان را در نتیجه تغییر ساختار، نظام آموزشی و ارائه خدمات سلامت در ایران می‌داند و معتقد است همین تغییر ساختار باعث افزایش تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی، ایجاد عرضه‌های گسترده تر برای آموزش و توزیع مناسب آنها در سراسر کشور و در نهایت جهش کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی شده است (۱۸). افزایش پذیرش دانشجویان، خصوصاً در دوره‌های تخصصی باعث افزایش دسترسی به خدمات تخصصی در مناطق محروم و دور افتاده و نیز سه برابر شدن نسبت اعضای هیات علمی علوم پزشکی به دانشجویان (در سال انجام مطالعه)، شده است (۲۰, ۱۹) و در مطالعات مختلف آمارهایی از افزایش ظرفیت و زیرساخت های آموزش دانشجویان علوم پزشکی ارائه شده است (۲۲-۱۵).

- آموزش پاسخگو

در ۱۴ مقاله از مقالات مورد بررسی به موضوع آموزش پاسخگو اشاره شده است و در اغلب مطالعات بیان شده است که طرح ادغام نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات منجر به نزدیکی بیشتر اعضای هیات علمی دانشگاه و مدیران نظام ارائه خدمات سلامت گردیده است. آموزش پزشکی پاسخگو را می‌توان به عنوان آموزش پزشکی مناسبی تعریف کرد که در تمام حیطه‌های عملیاتی خود اولویت مشکلات بهداشتی کشورش را در نظر می‌گیرد و هدف آن تربیت پزشکانی است که می‌خواهند و می‌توانند به جامعه خود خدمت نمایند و به نحو موثری با مشکلات بهداشتی در سطوح اول، دوم و سوم نظام ارائه خدمات مواجهه شوند (۲۷-۲۳, ۱۹, ۱۷, ۱) دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های پزشکی با فلسفه وجودی پاسخگویی به نیازها و انتظارت جامعه پا به عرصه وجود گذاشتند. در اغلب مقالات تاکید شده است که آموزش پزشکی باید به جامعه و نیازهای واقعی برگردد و به بیشترین و مهم‌ترین نیازهای بهداشتی جامعه بپردازد (۲۷, ۲۲, ۲۱, ۱۸).

پیروی در مطالعه خود بیان نموده است که افراد تحت بررسی معتقد بودند ادغام در انتقال آموزش پزشکی به جامعه موفق نبوده‌است. همچنین برنامه ادغام در ارتقاء کیفی آموزش پزشکی

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

موثر نبوده است (۲۲). یزدانی معتقد است که ادغام بر آموزش دانشجویان تاثیر گذاشته و موجب شده که آنها یک دیدگاه واقعی در خصوص خدمات بهداشتی در سطوح مختلف پیدا نمایند. ادغام باعث بهبود برنامه ریزی نیروی انسانی بهداشتی شده و در واقع باعث توسعه نیروی انسانی در بخش PHC گردیده است. همچنین افزایش مشارکت اعضای هیات علمی در کمیته های علمی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی را در پی داشته است (۱). گزارش سازمان جهانی بهداشت ادغام را گامی موثر برای هم راستا شدن آموزش علوم پزشکی با روندهای جهانی نظیر انتظارات اعلامیه آلماآتا و ادینبورگ و العین،که همگی بر جامعه نگر شدن آموزش تاکید داشته‌اند، دانسته است (۱۷). مرندی نیز درگیر شدن و مشارکت اعضای هیات علمی در حل مشکلات سلامت جامعه و مدیریت دانشگاه را بیان داشته و معتقد است همچنان ضروریست اصلاحات برای تغییر در برنامه های آموزشی و جامعه نگر شدن آنها ادامه یابد (۲۱).

- **دستاوردهای ادغام در حوزه پژوهش علوم پزشکی**

۱۱ مطالعه به دستاوردهای اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی در حوزه پژوهش اشاره داشتند. مشارکت دانشکده های پزشکی در پژوهش‌های مرتبط با نظام ارائه خدمات، اساس سیاست گذاری و برنامه‌ریزی کلان در هر دو نظام آموزش و ارائه خدمات سلامت را به وجود می‌آورد (۲۲ ،۵-۲). نگارش مقالات حوزه علوم پزشکی توسط پژوهشگران ایرانی در طی سال‌های اخیر روند چشمگیری را طی نموده است و برخی از محققان، این رشد را به پیاده سازی استراتژی ادغام نسبت می‌دهند (۲۸, ۲۵, ۲۴, ۱۹, ۲).

مطالعه نجات بر جذب پژوهشگر در مناطق دور دست، ارتباط بیشتر پژوهشگران با نظام ارائه خدمات و ایجاد محیط تعاملی بین پژوهشگر و تصمیم گیرنده در نتیجه پیاده‌سازی ادغام اشاره دارد (۲۹). در مطالعه عزیزی نیز به شکستن حصار دانشکده‌های گروه پزشکی و انجام آموزش و پژوهش در جامعه، اشاره شده است (۱۵). عباسی مقدم به این نکته اذعان کرده است که پژوهش‌های میدانی و کاربردی در نتیجه اجرای ادغام آموزش پزشکی محقق شده است (۲۵). مجدزاده در برشماری نکات مثبت ادغام، با اشاره به این نکته که توسعه نیروی انسانی منجر به پژوهش و تولید اسناد علمی شده است و با تاکید ارتباط بیشتر سیاست‌گذار و پژوهشگر که منجر به درک نیازهای جامعه و ارتباط علم و صنعت گشته، نیز به دستاوردهای پژوهشی تاکید نموده است (۱۹). مجدزاده در مطالعه‌ای دیگر همکاری در تحقیق را منجر به ارتباط نزدیکتر پژوهشگر و سیاست گذار، انتخاب بهتر موضوع تا اجرا، ضمانت اجرایی نتایج مطالعه، دسترسی به اطلاعات، درگیری سیاست‌گذار در جریان مطالعه، پذیرش نظر خبرگان توسط سیاست‌گذار، افزایش رضایتمندی پژوهشگران، آشنایی بیشتر پژوهشگر با محیط اجرایی، اطلاع پیدا کردن سیاست‌گذار از عملکرد خود و تقویت مهارت پژوهشی سیاست‌گذار می‌داند (۲۸). پزشکیان نیز از نقاط قوت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی به توسعه فعالیت های پژوهشی اذعان داشته است (۲۰). میرمقتدایی معتقد است که از دستاوردهای طرح ادغام ایجاد جامعه مبتنی بر نوآوری و پژوهش است (۳۰). ابراهیم نیا نیز در بین نقاط قوت تمرکز ساختاری طرح ادغام به تصمیمگیری موثر در خصوص نیازهای آموزشی و پژوهشی اشاره دارد (۳۱). عزیزی در این خصوص به توسعه امکانات و تسهیلات پژوهشی و پژوهش در بالین اذعان می‌نماید (۲۰).

چالش استقلال مالی پژوهش‌های علوم پزشکی در چندین مطالعه مورد توجه قرارگرفته است. نجات در مطالعه خود بر لزوم تفکیک ارائه خدمت از آموزش و پژوهش در دانشگاه‌های بزرگ در جهت تخصیص بودجه و تقویت بهره‌وری از دانش تاکید کرده است (۲۹). مطالعه عزیزی نیز به ضرورت تفکیک بودجه آموزشی و پژوهشی اشاره کرده است (۱۶). به زعم مجدزاده جهت دستیابی به مزایای ادغام لازم است حمایت بودجه‌ای برای انجام تحقیقات بین بخشی، تخصیص منابع مالی به دانشکده‌ها برای تحقیقات درخواستی از نظام سلامت و ایجاد اعتماد بین پژوهشگر و سیاست‌گذار جهت تقویت کار تیمی صورت گیرد (۱۹). اینگونه به نظر می‌رسد که بتوان با انجام اصلاحات در ساختار پژوهشی موجود و توجه به ضعف‌ها در قسمت پژوهش و برقراری ارتباط مناسب بین پژوهشگران و سیاست گذاران، از انحراف از رسالت پژوهشی دانشگاه‌ها جلوگیری کرد و بر اساس نیازهای واقعی جامعه اولویت‌های پژوهشی را مشخص نمود. همچنین با افزایش تولید اسناد و دانش و جمع‌آوری دانش اجرایی می‌توان ارتباط علم و صنعت را ارتقا داد.

- **دستاوردهای در حوزه ارائه خدمات سلامت**

گزارش سازمان جهانی به این موضوع اشاره نموده است که با اجرای طرح ادغام، ایجاد و تقویت نظام شبکه‌های بهداشت و مواجهه موفقیت‌آمیز با نیازهای خدمات سلامت در زمان جنگ اتفاق افتاده است. همچنین کنترل جمعیت، افزایش دسترسی عمومی به خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی، کاهش مرگ و میر

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

نوزادان، افزایش دسترسی به نمک یددار در تمام مناطق کشور و افزایش واکسیناسیون از دستاوردهای اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی است (۱۷). پزشکیان به بهبود شاخص های مراقبت شامل موفقیت در کنترل جمعیت، کاهش مرگ و میر مادران، کاهش مرگ کودکان زیر ۱ سال، افزایش پوشش واکسیناسیون، کاهش تولد کودکان مبتلا به تالاسمی اشاره نموده است. همچنین شاخص‌های درمان شامل مراقبت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی ارتقا یافته که این امر از طریق نظارت های مستمر معاونت درمان دانشگاه‌ها، فراهم کردن تجهیزات مدرن و ایجاد آموزش پزشکی مداوم محقق شده است. همچنین بیان شده است سیستم ارجاع، هم زمان با طرح ادغام، اجرا شده است و نتایج موفقیت آمیزی به دنبال داشته است (۲۰). میر مقتدایی اذعان داشته است که اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی مانع چندگانگی مدیریت در نظام سلامت شده است (۳۰).

در مطالعه مرندی اشاره شده که برنامه سیستماتیک پزشکی پیشگیری و سلامت عمومی از ضرورت‌های اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی است. تقویت شبکه‌های بهداشت و درمان شامل گسترش آب آشامیدنی سالم، نظام جمع‌آوری آمار شاخص‌های بهداشتی، گسترش واکسیناسیون، کاهش شدید در مرگ‌ومیر نوزادان، مادران و کودکان زیر ۵ سال، کاهش سرعت رشد جمعیت و افزایش امید زندگی از دستاوردهای حوزه سلامت در اجرای ادغام بوده است (۲۱). یزدانی در مطالعه خود در خصوص دستاوردهای سلامت طرح ادغام چنین بیان داشت که در سیستم قدیمی، تمرکز بیمارستان‌های آموزشی بر امر آموزش دانشجویان بود و در سیستم جدید پس از ادغام توجه آنها بیشتر معطوف به مراقبت از بیماران شده است (۱).

در پژوهش کریمی اینگونه بیان شده است که همکاری ذی‌النفعان (دانشکده‌های پزشکی) در شکل دادن به نظام سلامت در جهت ایجاد تعادل بین عدالت، کیفیت، تناسب و هزینه اثربخشی خدمات سلامت در قالب اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی ضرورت داشت (۱۵). عباسی مقدم اینگونه بیان نموده است که فلسفه ادغام، پاسخگویی دانشگاه به مسائل سلامت جامعه است و اکثریت افراد موفقیت‌های ادغام را در زمینه خدمات بهداشتی اولیه دانسته‌اند (۲۵).

امیر اسماعیلی نیز در مطالعه خود اذعان داشته است که در پی اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی مسئولیت سلامت و ارائه مراقبت‌های یک ناحیه یا جمعیت تحت پوشش بر عهده دانشکده پزشکی قرار گرفت و تا حدی میزان پاسخگویی به نیاز جامعه بهبود یافته است (۲۶). در مطالعه لامعی به این نکته اشاره شده است که در عین حال که اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی موجب تقویت ارتباط شبکه‌های بهداشت و درمان با نظام تربیت نیروی انسانی و بهبود شاخص‌های بهداشتی و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی شده، موجب آسیب به نظام سلامت نیز گردیده است (۳۲).

چالش های اجرای طرح ادغام

با وجود دستاوردهای مثبتی که برای اجرای طرح ادغام در کشور مطرح می شود، برخی از محققان و صاحبنظران معتقدند پیاده سازی این طرح نظام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت را با چالش‌هایی نیز مواجه نموده است (۳۳, ۲۹, ۱۹). مفاهیمی نظیر افزایش دامنه مسئولیت‌های دانشگاه‌ها، الزام دانشگاه‌ها به پاسخگویی به اموری خارج از کنترل (۳۱, ۲۵)، افزایش هزینه‌های نظام سلامت (۳۳, ۲۶) و نگرانی در خصوص ایمنی و نارضایتی بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی (۳۳, ۳۰, ۲۶) از جمله این چالش ها هستند.

- **افزایش دامنه مسئولیت های دانشگاه ها**

شکیبایی در مطالعه خود اینگونه بیان داشت که برخی معتقدند ضعف‌های آموزشی متاثر از افزایش دامنه مسئولیت‌های دانشگاه‌ها است که منجر به انحراف آن از رسالت آموزشی و پژوهشی شده است (۳۳). مجدزاده و نجات نیز در مطالعه خود این نکته را مورد تایید قرار داده و بیان کرده‌اند که ادغام با افزودن ارائه خدمت به سایر فعالیت‌های دانشگاه‌ها، باعث افزایش وظایف دانشگاه و انحراف از رسالت آموزش و پژوهش شده است (۲۹, ۱۹).

- **الزام دانشگاه‌ها جهت پاسخگویی به امور خارج از کنترل**

ابراهیمی نیا در مطالعه خود اینگونه اشاره نموده است که واگذاری پاسخگویی در اموری که تحت کنترل مسوولین دانشگاه‌های علوم پزشکی نبوده در کنار عدم پیش‌بینی الزامات ساختار ادغامی، از اشکالات طرح ادغام در وزارت بهداشت می‌باشند (۳۱). همچنین عباسی نیز در مطالعه خود به این نکته اذعان داشته است که واگذاری مسئولیت بدون اختیارات از اشکالات طرح ادغام است (۲۵).

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

- **افزایش هزینه های نظام سلامت**

در مطالعه امیراسماعیلی اینگونه بیان شده است مواردی نظیر مهارت کم دانشجویان در درمان بیماران و یا به کارگیری تجهیزات بیمارستان، استفاده نامناسب از کالاهای مصرفی، هزینه‌های پاویون، هزینه خرید و تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی، هزینه‌ای جاری بیمارستان‌های آموزشی را افزایش داده است (۲۶). در مطالعه شکیبایی اشاره شده است علی رغم افزایش هزینه نظام سلامت، کارایی بیمارستان‌های آموزشی کاهش داشته است (۳۳). در مطالعه تورانی نیز بر افزایش هزینه‌های نظام سلامت تاکید شده است (۳۴).

- **نگرانی در خصوص ایمنی و رضایت بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی**

شکیبایی در مطالعه خود به این نکته اشاره نموده است که از نکات منفی اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی نارضایتی مردم است (۳۳). مطالعه میر مقتدایی نیز در این مورد اینگونه بیان نمود که از تهدیدهای اجرای طرح ادغام، نارضایتی مردم از خدمات بیمارستانی است (۳۰). مطالعه امیر اسماعیلی نارضایتی بیمار را به عنوان یکی از پیامدهای منفی ادغام آموزش و درمان دانسته است. همچنین به دلیل سلسله مراتب درمان که موجب کاهش سرعت انجام فرآیند درمانی است نارضایتی بیماران به وجود آمده است (۲۶).

موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی

در ۱۱ مقاله مورد بررسی به موانع اجرای موفق ادغام پزشکی اشاره شده است. این موانع را می توان در عدم برنامه‌ریزی برای ادغام عملکردی، اشکال در ارتباط دانشگاهیان با جامعه و حوزه اجرایی و درک ناقص از ادغام و ارتباط ضعیف دانشگاه و صنعت خلاصه نمود.

پزشکیان در مطالعه خود در مورد چالش های برنامه ریزی اینگونه بیان داشت که تقریباً تمامی تصمیمات مربوط به قوانین آموزشی و سیستم مراقبت‌ها به صورت متمرکز در تهران اتخاذ می‌گردد (۲۰). لامعی در مطالعه خود اشاره داشت که ادغام واقعی صورت نگرفته است و دلایل آن شامل فقدان راهبرد برای ادغام ساختاری، فقدان باور در مدیران ارشد، عدم استفاده از پتانسیل‌های موجود و عدم چاره‌اندیشی برای نقاط ضعف، بوده است (۳۲).

میرمقتدایی درگیر نشدن جدی گروه‌های بالینی در طرح ادغام، کمبود بودجه و تردید مجریان ادغام در ضرورت آن را بعنوان مهمترین موانع اجرای موفق برشمرده است (۳۰). مطالعه تورانی عدم کفایت مطالعات اولیه برای طراحی سیاست ادغام، عدم شفافیت در مفهوم ادغام و فقدان نظام ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها در پیاده سازی سیاست ادغام را مهم ترین موانع ادغام عملکردی معرفی کرده است (۳۴). در نهایت، مرندی که طراح و مجری سیاست ادغام بوده است در مطالعه خود اشاره کرده است که ادغام هنوز کاملا عملکردی نشده است. وی ارتباط ناقص و اندک جامعه و شبکه‌های بهداشتی- درمانی، ارتباط ضعیف برنامه و محتوای آموزشی دانشجویان با نیاز جامعه، درگیری زیاد اعضای هیات علمی در ارائه خدمات خصوصی، بی نظمی و ضعف در نظام ارجاع، مشارکت بسیار کم دانشگاه در مدیریت سلامت جامعه و ضعف هماهنگی های بین بخشی، پایین بودن کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی و نابرابری در دسترسی به خدمات را از موانع موفقیت اجرای طرح ادغام پزشکی دانسته است (۳۵).

آینده طرح ادغام

تورانی معتقد است از آنجائی که ادغام، ظرفیت‌های بسیار خوبی برای تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت ایجاد نموده‌است، حفظ و اصلاح آن به مراتب مفیدتر از تلاش در جهت انتزاع آموزش از نظام ارائه خدمت بوده و بهتر است از مکانیزم‌هایی برای تقویت وظیفه آموزش و تولید علم در دانشگاه و محافظت از آن در برابر فشارهای سایر بخش‌های دانشگاه، استفاده گردد. در این راستا پیشنهاداتی از قبیل تقسیم‌بندی دانشگاه‌ها براساس رسالت تولید علم، تولید نیروی انسانی و یا ارائه خدمات سلامت، ادغام دانشگاه های علوم پزشکی با دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم به صورت نمونه در چند شهر بزرگ و تشکیل قطب‌های علمی در رشته‌های خاص مبتنی بر مزیت‌های نسبی دانشگاه‌ها، توسط مصاحبه‌شوندگان ارائه گردید (۳۴).

در اغلب مطالعات مورد بررسی به ضرورت طراحی راهبردهایی برای بهبود پیامدهای طرح ادغام اشاره شده بود. مهمترین راهبردهای مورد اشاره در مطالعات عبارت بودند از ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام، حرکت به سمت ادغام عملکردی و ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی.

- **ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام**

لامعی در مطالعات خود با اشاره به ایجاد درک مشترک از ادغام اینگونه مشخص کرده است که رهبران وزارت بهداشت، درمان و

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

آموزش پزشکی و دیگران باید تلاش کنند تا به یک درک مشترک از مفهوم ادغام برسند، همه افراد در همه سطوح، بخصوص اعضای هیات علمی را درگیر موضوع ادغام نمایند و تلاش کنند ادغام را محور تصمیم گیری های خود و سایر مدیران و کارکنان قرار دهند. همچنین تحلیل مفهوم ادغام برای دستیابی به درک عمیق تری از ابعاد، ویژگی ها، کاربردها، عوامل موثر بر آنها و پیامدهای آن باید صورت گیرد (۳۲, ۳۶). عباسی در مطالعه خود بسترسازی فرهنگی جهت پذیرش ادغام واقعی توسط دانشگاهیان و بخش اجرایی را در جهت ایجاد درک مشترک از ادغام مطرح نموده است (۲۵).

- **حرکت به سمت ادغام عملکردی**

در مطالعه مجدزاده تمامی گروه‌های علوم پزشکی معتقد بودند که ادغام به صورت کامل انجام نشده است و سه دلیل آن که به مدیریت باز می‌گشتند شامل عدم نفوذ ادغام در ملاک‌های ارزیابی اعضای هیات علمی، ارتباط ضعیف بین دانشکده ها و ساختارهای ارائه دهنده خدمات و حرکت یکسوی صاحب نظران از دانشکده ها به نظام مدیریت و سیاست گذاری سلامت. می باشند. مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت در سطح وزارت بهداشت توسط کسانی انجام می شود که سابقه اشتغال دانشگاهی دارند اما امکان حرکت معکوس (ارائه درس، واحد و یا مسئولیت دانشگاهی) از سمت خبرگان نظام ارائه خدمت و وزارت بهداشت به دانشکده ها وجود ندارد و دانشگاه ها به همان صورت سنتی موروثی باقی مانده و هیچ تغییری در دانشگاه روی نداده است (۱۹). مطالعه پیروی نشان داد ۴۷٪ مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند برنامه ادغام بدون برنامه ریزی دقیق اولیه انجام شده است و تنها ۸/۷ ٪ معتقد بودند ساختار سازمانی دانشگاه ها برای برنامه ادغام مناسب است (۲۱).

در مطالعه شکیبایی، پزشکیان، میرمقتدایی و ابراهیم نیا بیان شده است که ۴ سطح برای ادغام در نظر گرفته شده است که به اذعان ایشان ایران در مرحله سوم قرار دارد و هنوز با ادغام عملکردی فاصله دارد (۳۳, ۳۱, ۳۰, ۲۰). در پژوهش لامعی ضرورت ادغام عملکردی مورد تاکید بوده است و اینگونه بیان شده که با وجود تداوم مشکلات، ادغام در مسیر بهبودی قرار داشته است (۳۲). یزدانی در مطالعه خود به سه اقدامی که باید در راستای دستیابی به ادغام عملکردی صورت بگیرد اشاره کرده است که عبارتند از شناسایی فرآیندهای فراسازمانی و فراحوزه‌ای، شناسایی ساز و کارهای یکپارچگی مراحل مختلف فرآیندهای مرتبط با ادغام در دانشگاه های علوم پزشکی و ترجمه‌ساز وکارهای یکپارچه فرآیندها به استانداردهای ادغام عملکردی (۱).

نوری حکمت در مطالعه خود الگویی برای ارتباط و تعامل دانشکده‌های علوم پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت ارائه نموده است. در این الگو، ارتباط و تعامل دانشکده‌ها و نظام سلامت در پنج سطح در نظر گرفته شده است که عبارتند از خودمختاری، ارتباط، وابستگی متقابل، همکاری و تعهد. سطح تعهد بالاترین سطح تعامل بین دانشکده‌ها و گروه های آموزشی و پژوهشی با نظام سلامت و سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی- درمانی است؛ در حالیکه در سطح خودمختاری هیچ تعاملی بین این دو نظام وجود ندارد. به دلیل تفاوت های موجود بین اهداف، فرآیندها و نتایج مورد انتظار بخش های مختلف در هر دو نظام آموزش و ارائه خدمات سلامت، سطوح تعاملی در بخش‌ها و واحدهای مختلف می‌توانند متفاوت باشند. در این الگو هر قدر سطح تعامل بالاتر می‌رود، با افزایش همپوشانی، استقلال عمل دو طرف کمتر شود. به همین دلیل ادغام بین دو سازمان تاجایی می‌تواند ادامه پیدا کند که به ساختار اصلی، رسالت و فلسفه وجودی نظام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت لطمه وارد نکند و تعادل نسبی دوطرف را به هم نزند (۳).

ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی

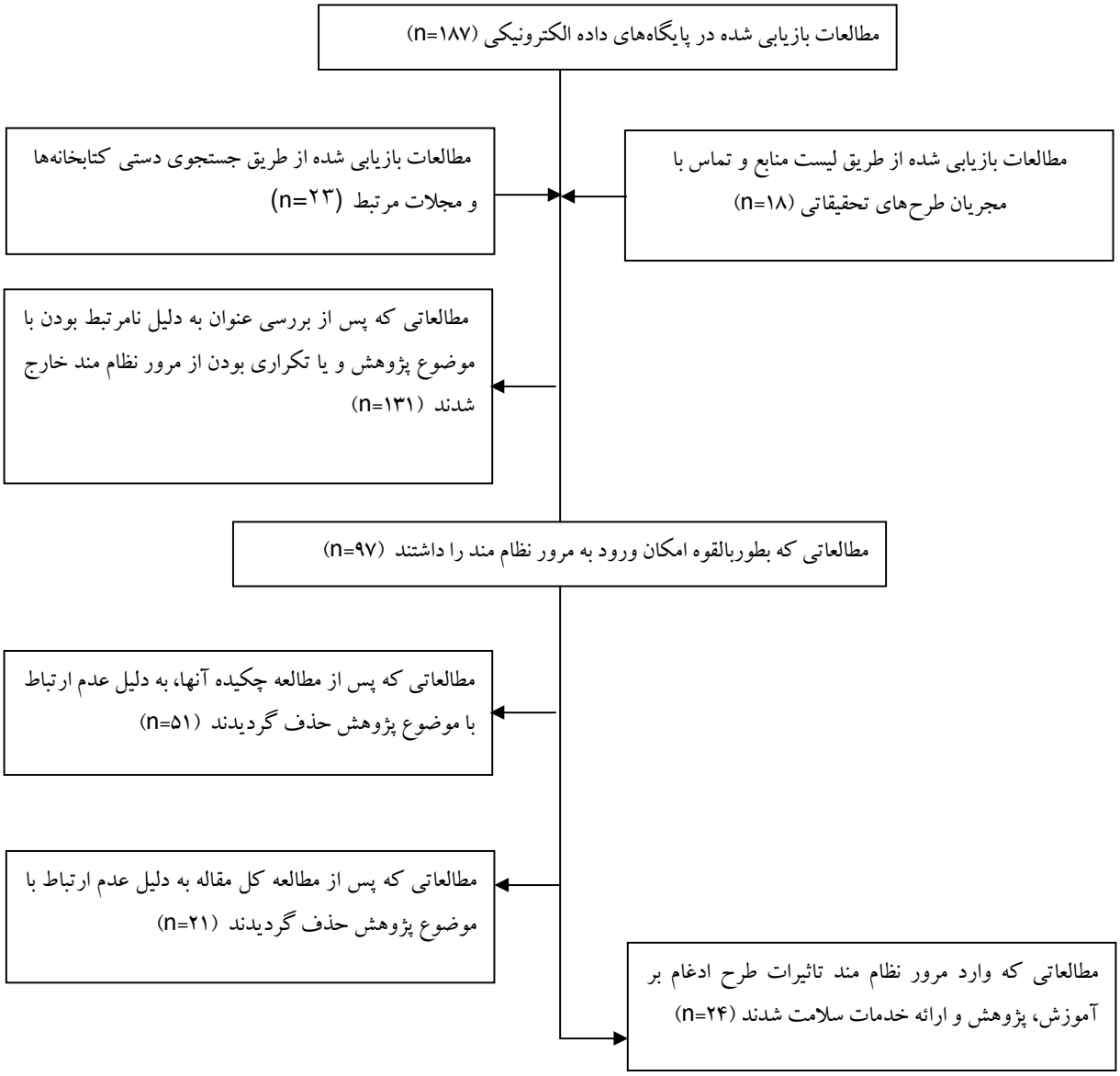
تقریبا در تمامی مطالعات مورد بررسی به تاثیر ادغام بر کیفیت آموزش علوم پزشکی اشاره شده است ولی نکته جالب آن است که در برخی از مطالعات این تاثیر کاملا مثبت و سازنده ارزیابی شده است (۲۶, ۲۴, ۲۲-۲۰) و در برخی دیگر، ادغام بعنوان عاملی موثر در کاهش کیفیت آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی معرفی شده است (۳۶, ۳۲, ۳۰, ۲۵).

در مطالعه عزیزی بر برنامه ریزی ارتقا کیفیت آموزش جهت کاهش چالش‌های آموزش پزشکی تاکیده شده است (۱۵). مرندی در مطالعه خود در خصوص الزامات اجرای طرح ادغام به ارتقای کیفیت آموزش اذعان داشته است (۳۵). پزشکیان در مطالعه خود بیان داشته است ارتقا کیفیت آموزش پزشکی و تبدیل آن به یک سیستم آموزشی پاسخگوی جامعه مهمترین گام در دستیابی به پیامدهای مورد انتظار از ادغام است (۲۰). عزیزی معتقد است اگر فرآیند اعتبارسنجی برای تمام دانشکده‌های پزشکی کشور اجرا گردد، ارتقای کیفیت طرح ادغام آموزش پزشکی اتفاق می‌افتد (۱۵).

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

در این راستا، بهبود بودجه آموزش، تعدیل ظرفیت‌های دانشجویی مطابق با نیازهای منطقه‌ای و با در نظر گرفتن بهره‌وری اقتصادی، کاهش تعداد دانشگاه‌های دولتی و خصوصی کشور مطابق با نیاز کشور، بازنگری در سیاست‌هایی نظیر خودگردانی بیمارستان‌ها، نظام‌های گزینش دانشجو و استاد و تلاش در مستقل نمودن دانشگاه‌ها می‌توانند راه حل‌های مفیدی باشند (۲۵).

شکل شماره ۷- فلوچارت انتخاب مطالعات برای مرور نظام مند



[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

جدول شماره ۱– معرفی مطالعات وارد شده به مرورنظام مند

	عنوان مطالعه	پژوهشگر/ سال	عنوان نشریه/ زبان
۱	آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران: سه دهه موفقیت	فریدون عزیزی/ ۲۰۰۹	Iranian J Publ Health /انگلیسی
۲	معنی، علل، پیامدها و آینده ادغام از دیدگاه موافقین و مخالفین	ابوالفتح لامعی/ ۱۳۸۸	مجله پژوهشی حکیم /فارسی
۳	ادغام نظام آموزشی و خدمات	خجسته/ ۲۰۰۹	Iranian J Publ Health / انگلیسی
۴	بررسی نظرات اساتید دانشگاه های علوم پزشکی نسبت به طرح ادغام آموزش پزشکی در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران/ ۱۳۸۱	گزارش منتشر شده از طرح تحقیقاتی
۵	موانع موجود بر سر راه مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی در پرستاری؛ یک مطالعه کیفی	فاطمه حشمتی نبوی/۱۳۸۹	پژوهش پرستاری /فارسی
۶	نگرش صاحب نظران دانشگاهی نسبت به نتایج ادغام آموزش پزشکی با عرصه های بهداشتی و درمانی سال ۱۳۸۱	محمد علی عباسی مقدم/ ۱۳۸۳	مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران/ فارسی
۷	آموزش پزشکی در ایران، همکاری WFME در فرآیند اصلاحات	هانس کارل/ ۲۰۰۴	گزارش WFME / انگلیسی
۸	بررسی مدارک مربوط به ادغام آموزش پزشکی و نظام خدمات در جمهوری اسلامی ایران	شهرام یزدانی/ ۱۳۸۶	گزارش WHO/ انگلیسی
۹	آموزش بالینی در جمهوری اسلامی ایران	کن کاکس/ ۱۹۹۹	گزارش به WFME / انگلیسی
۱۰	بررسی میزان دستیابی به اهداف نظام ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	داریوش شکیبایی/ ۱۳۹۰	مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ فارسی
۱۱	گزارش مشاوره سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مرور اجمالی سیستم بهداشتی ایران	مشاوره سازمان جهانی بهداشت/ ۲۰۰۴	گزارشی انگلیسی
۱۲	تحلیل مفهوم ادغام	ابوالفتح لامعی/ ۱۳۸۹	گزارش فارسی
۱۳	گزارش نهایی طرح تحقیقاتی ارزیابی انحلال سازمانهای منطقه ای بهداشت و انتقال آنها به دانشگاه های علوم پزشکی	ندیم / ۱۳۷۸	گزارش / فارسی
۱۴	مسئولان بهداشتی ایران در خصوص ادغام نظام آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی چه دیدگاهی دارند	حبیب ا... پیروی /۱۳۸۱	Journal of Medical Education/ انگلیسی
۱۵	ایجاد ارتباط بین تحقیقات و عمل در ایران: دو دهه پس از ادغام وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی	سید رضا مجدزاده/۲۰۱۰	Public Health / انگلیسی
۱۶	ادغام آموزش پزشکی و خدمات سلامت: تجربه ایران	مسعود پزشکیان/ ۱۳۸۲	Journal of medical education/ انگلیسی
۱۷	شناخت ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران: یک مطالعه کیفی	مهدی ابراهیم نیا / ۲۰۱۷	Health Research Journal/ انگلیسی
۱۸	ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران: مرور تاریخی	علیرضا مرندی / ۲۰۰۱	Journal of medical education/ انگلیسی
۱۹	سازماندهی ارتباط بین پزشکی و سازمان های سلامت	شهرام یزدانی/ ۲۰۰۳	گزارش تحلیل مستندات ادغام/ انجمن علمی آموزش پزشکی/ فارسی
۲۰	چالش ها و آینده آموزش علوم پزشکی ایران	فریدون عزیزی/ ۲۰۱۵	Research in Medicine/ انگلیسی
۲۱	نقد و بررسی موضوع ادغام آموزش علوم پزشکی با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	عبدالله کریمی/ ۱۳۸۱	طب و تزکیه/ فارسی
۲۲	ادغام آموزش پزشکی و نظام مراقبت های سلامت در ایران و پیامدهای مرتبط با سلامت آن	علیرضا مرندی ۲۰۰۹	Iranian Journal of Public Health/ انگلیسی

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

	عنوان مطالعه	پژوهشگر/ سال	عنوان نشریه/ زبان
۲۳	زمینه ها، پیامدها و آینده ادغام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت	سوگند تورانی ۲۰۱۱	HealthMed انگلیسی
۲۴	پیامدهای مثبت و منفی ادغام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت: دلفی	نوری حکت ۲۰۱۴	Journal of Medical Sciences/انگلیسی

جدول شماره ۲- مفاهیم اصلی و کدهای حاصل از متاسنتز مطالعات وارد شده

مفاهیم اصلی	کدها
اهداف و دلایل طرح ادغام آموزش پزشکی	پاسخگویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت خودکفایی در عرضه نیروی انسانی بخش سلامت بهبود کیفیت آموزش علوم پزشکی ارتقای پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی
دستاوردهای مثبت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی	دستاوردها در حوزه آموزش علوم پزشکی دستاوردها در حوزه پژوهش علوم پزشکی دستاوردها در حوزه خدمات سلامت
چالش های اجرای طرح ادغام	افزایش دامنه مسئولیت های دانشگاه ها الزام دانشگاه ها به پاسخگویی به اموری خارج از کنترل افزایش هزینه های نظام سلامت نگرانی در خصوص ایمنی و نارضایتی بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی
موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی	عدم برنامه ریزی برای دستیابی به ادغام عملکردی اشکال در ارتباط دانشگاهیان با جامعه و حوزه اجرایی درک ناقص از ادغام ارتباط ضعیف دانشگاه و صنعت
آینده طرح ادغام آموزش پزشکی	حرکت به سمت ادغام عملکردی ارتقای کیفیت آموزش علوم پزشکی ایجاد درک مشترک از ادغام

نتیجه‌گیری

شواهد در سیاست‌گذاری با تصمیم‌گیری‌های بالینی تفاوت بنیادی دارند و معمولاً این شواهد در بازه زمانی کوتاه به دست نمی‌آیند، بر اساس "مطالعات کنترل شده " نیستند و بسیاری از شرایط نتیجه آن‌ها را مخدوش می‌کنند. لذا در مورد موضوعی نظیر ادغام انتظار نمی‌رفت که بتوان اثر ادغام را بر اساس یک مطالعه مقایسه‌ای به دست آورد؛ علاوه بر آنکه، داده‌های مورد نیاز برای انجام چنین مقایسه‌ای اساساً در دسترس نمی‌باشد. در مطالعه حاضر سعی شد با مرور نظام‌مند مطالعاتی که به بررسی پیامدهای اجرای سیاست ادغام پرداخته‌اند و ترکیب نتایج آنها، خلاصه‌ای از دانش موجود در مورد پیامدهای اجرای سیاست ادغام ارائه نماید.

در اغلب مطالعات مورد بررسی، بیشترین توفیق طرح ادغام در عرصه ارائه خدمات بهداشتی- درمانی گزارش شده است و آموزش و پژوهش‌های علوم پزشکی، کمتر از تاثیرات مثبت ادغام بهره مند شده‌اند؛ اگرچه توافق همه جانبه در مورد تأثیر ادغام در بهبود عملکرد نظام سلامت وجود ندارد (۱, ۳, ۱۵-۲۳, ۲۶, ۲۸, ۳۲-۳۶). در اغلب مطالعات اشاره شده بود ادغام از طریق تربیت منابع انسانی کافی و تاحدودی متناسب با نیاز و توزیع آن در سراسر کشور، امکان پرداختن به نیازهای سلامتی مردم حتی در نقاط دور دست را فراهم آورده است (۱-۳, ۱۵-۲۵, ۲۸, ۳۱, ۳۲, ۳۴-۳۶).

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

در حیطه نظام پژوهش سلامت، فاصله بین سیاست گذاران و پژوهشگران، مهم ترین چالش است که البته این چالش در خارج از بخش سلامت نیز وجود دارد. مشکلات اصلی پژوهش کشور خاص ادغام و دانشگاه های علوم پزشکی نبوده و جنبه های عام تری وجود دارد که تغییر درسیاست ادغام نسبت به آن ها ثانویه تلقی می شود؛ لذا پیش از هر گونه تصمیم گیری در خصوص تغییر ساختار های موجود، بایستی نظام کلان نوآوری کشور تعریف شود (۳۷).

سایه انداختن هدف ارائه خدمات بر رسالت آموزشی و پژوهشی مطرح شده که به ویژه در دانشگاه‌های بزرگ، تمرکز نیروی انسانی متخصص را از تولید دانش منحرف کرده‌است، شاید مهم ترین چالش ادغام باشد که در تعداد قابل توجهی از مطالعات به آن اشاره شده بود (۳, ۱۹, ۲۰, ۲۶, ۲۸, ۲۹, ۳۴). همچنین تغییر نگرش نسبت به آموزش علوم پزشکی که نقش مهمی در شکل گیری اولیه طرح ادغام داشته، از کمترین میزان موفقیت برخوردار بوده است. طرح ادغام با این تفکر که آموزش علوم پزشکی نمی تواند در فضای بسته و محصور انجام شود، بلکه باید با بدنه اجتماع ارتباط داشته باشد، پایه‌گذاری شد (۱, ۳, ۱۷-۲۰, ۲۷, ۳۰, ۳۴, ۳۸)؛ اما به دلیل واگذاری مسئولیت سنگین ارائه خدمات بهداشتی- درمانی، دانشگاه ها به ناچار از اعضای هیئت علمی متخصص برای ارائه خدمات درمانی استفاده می‌نمایند. درگیری بیش از حد اعضای هیئت علمی با ارائه خدمات درمانی منجر به تمایل آنها برای ارائه آموزش های تخصصی به دانشجویان در بیمارستان های آموزشی و بی‌توجهی آن ها به ارائه آموزش های جامعه نگر گردید و در واقع این طرح در دستیابی به یکی از عمده ترین اهداف خود، ناکام ماند. به نظر می‌رسد بیشتر مشکلات موجود در نظام‌های آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت ناشی از ادغام نیستند و انتزاع باعث حل آنها نمی‌شود؛ چه آنکه بخشی از دستاوردها هم ممکن است ناشی از مداخلات دیگر مانند طرح شبکه های بهداشت و درمان، طرح‌های ارتقای مستمر کیفیت خدمات، نظام هیات امنایی دانشگاه های علوم پزشکی و بیمارستان ها و نظایر آن، باشند و ارتباطی با ادغام نداشته باشند. از طرفی بررسی چالش های دانشگاه های غیر پزشکی نشان می‌دهد که آنها نیز در حوزه‌های آموزش و پژوهش با مشکلاتی مشابه مشکلات دانشگاههای علوم پزشکی، مواجهند.

سه مسأله، بازبینی در دانشگاه‌های بزرگ کشور را تقویت می‌کند. نخست این که توافق نسبی وجود دارد که تأثیر ادغام در دانشگاه‌های محیط بهتر بوده است (۴۲-۳۹, ۳۷). دوم، رسالت دانشگاه‌های بزرگ در تولید علم و توسعه مرزهای دانش است (۴۳, ۴۰, ۳۷) و بالاخره پذیرفتن اصل استقلال دانشگاه (۴۴, ۴۳, ۲۴)، که لازمه رشد آن است. در مورد این تغییر ساختار، بدیهی است که تنها یک روی سکه را نظام آموزش و پژوهش تشکیل می‌دهد و بایستی به سمت دیگر که کیفیت ارائه خدمات در مناطق تحت پوشش این دانشگاه‌ها است توجه کرد. در حال حاضر، محافظه کارانه‌ترین اقدام استفاده از نقاط قوت و فرصت‌های ایجاد شده به واسطه ادغام و تعریف فرآیندهای تقویت کننده ارتباط و تعامل دانشکده‌های علوم پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت است.

نهایتاً در پاسخ به این پرسش که آیا طرح ادغام قابل توصیه به سایر جوامع و کشورها است یا خیر نیز می‌توان گفت موقعیت جوامع مختلف با یکدیگر متفاوت است و طرحی که در یک جامعه موفق بوده یا توفیقات نسبی داشته است ممکن است لزوماً در جوامع دیگر موفق نباشد. از سوی دیگر انجام موفق تغییراتی با این وسعت و بطور هم زمان در دو نظام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت مستلزم پیش نیازهای ساختاری و فرهنگی فراوان است که کمتر جوامعی چنین پیش نیازهایی را دارا می‌باشند؛ لذا به نظر می‌رسد درس‌گیری از تجربه ادغام می‌تواند سایر جوامع را به ابزارها و مکانیزم هایی رهنمود کند که بتوانند با انجام اصلاحاتی در نظام‌های خود به یکپارچگی بیشتر دست یابند.

مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به محدودیت محتوای مطالعات وارد شده به مرورنظام مند و متاسنتز می‌باشد. بررسی محتوای مطالعات انجام شده در زمینه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ایران حاکی از آن است که اغلب مطالعات موجود بصورت مطالعات مروری، نقد و بیان دیدگاه، پیمایش نظرات ذینفعان شامل اعضای هیات علمی و یا مصاحبه با خبرگان و صاحب نظران حوزه‌های آموزش علوم پزشکی و مدیریت و سیاست‌گذاری نظام سلامت، انجام شده اند و تاکنون هیچ مطالعه‌ای با استفاده از ابزارهای ارزشیابی اقتصادی، مدل سازی‌های کمی و یا تحلیل پیامدهای اجرای سیاست، انجام نشده است. بنابر همین محدودیت، هنوز شواهد کافی برای قضاوت دقیق درمورد دستاوردها، پیامدها، چالش‌ها و موانع طرح ادغام وجود ندارد و لازم است مطالعاتی مبتنی بر روش‌های پژوهش ترکیبی، با استفاده از ابزارهای معتبر برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مرتبط با پیامدهای ادغام طراحی شده و مبنایی برای ارزش گذاری عینی طرح ادغام فراهم نمایند.

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

منابع

1. Scientific association of medical education. analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and care system.1st ed. Tehran: 3rd millennium culture 2003; 13: 152-3.
2. Nadim A, Shadpour K, Holakouei K, Naghavi M, Nikpour B, Alai M. Opinion survey on joining of health care organization with university of medical sciences. Hakim Research J. 1999; 2: 67-74.
3. Noori Hekmat S, Tourani S, Haghdoost A-A, Ebrahimipour H, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R. Beneficial and Adverse Effects of the Integration of Medical Education and Health Service in IR. Iran; A Delphi Exercise. Journal of Medical Sciences. 2014; 14: 21.
4. Colin. T. Intersectoral collaboration in the IR Iran. WHO Consultant, August 2005.
5. Collins. C. Rapid organizational review of the Iranian health system. WHO Consultant, August 2005.
6. Hands. K, et al. Report of a WFME mission to evaluate medical education in IR Iran. 2003.
7. Rifkin. S. Review of the process of findings of health care utilization study for developing a model for community participation in the Iranian context. WHO Consultant, November 2005.
8. Walsh D, Downe S. Meta synthesis method for qualitative research: a literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005; 50: 204-11.
9. Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadeh kermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review. Arch Iran Med 2008; 11: 444-52.
10. Sadeghirad. B, al E. Epidemiology of Major Depressive Disorder in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Int J Prev Med 2010. 2010; 1: 81-92.
11. Barroso J, Powell-Cope GM. Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection. Qualitative Health Research. 2000; 10: 340.
12. Beck CT. Caring within nursing education: A metasynthesis. The Journal of nursing education. 2001; 40: 101.
13. Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. Qualitative Health Research. 2004; 14: 1342.
14. Paterson BL, Canam C. Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Sage Publications, Inc; 2001.
15. Azizi F. Medical Education in the Islamic Republic of Iran: Three Decades of Success. Iranian Journal of Public Health. 2009; 38: 7.
16. Azizi M-H. The historical backgrounds of the Ministry of Health foundation in Iran. Arch Iran Med. 2007; 10: 119-23.
17. World Health Organisation. Evaluating the integration of medical education and health system in Iran. Tehran: World health organisation, 2004.
18. Khojasteh A, Momtazmanesh N, Entezari A, Einollahi B. Integration of medical education and healthcare service. Iran J Public Health. 2009; 38(suppl 1): 29-31.
19. Majdzadeh R, Nedjat S, Denis J, 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; 124: 404-11.
20. 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.
21. Marandi SA. The integration of medical education and health care system in the islamic republic of iran: a historical overview. Journal of Medical Education. 2001; 1: 3.
22. Peirovi H, Niyati J, Niroomanesh S, Azargashb E. hat Iranian health authorities think about the integration of medical education and health services. Journal of Medical Education. 2001; 1: 8.
23. Azizi F. Challenges and perspectives of medical education in Iran. Research in Medicine. 2015; 39: 1-3
24. Karimi A. Assessing the integration of medical education and health system in Iran. Tebo Tazkieh. 2000; 11: 10.
25. Abbasi Moghaddam M A, Razavi S M, Nooraei S M. Academic experts Attitude, to medical integration with healthcare. Tehran Univ Med J. 2005; 62: 80-88
26. Amiresmaili MR, Negahdari S, Khosravirad Z, Tohidi M, Khosravi S. Management of Teaching Hospitals; Opportunities and Threats. Strides in Development of Medical Education. 2016; 13: 337-48.
27. Dehghani M, Azizi F, Haghdoost A, Nakhaee N, Khazaeli P, Ravangard Z. Situation Analysis of Social Accountability Medical Education in University of Medical Sciences and Innovative Point of View of Clinical Faculty Members towards its Promotion Using Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis Model. Strides Dev Med Educ. 2014; 10: 403-412
28. Majdzadeh R, Nedjat S, Gholami J, Nedjat S, Maleki K, Qorbani M, M Shokoohi, Ashoorkhani M. Research collaboration in Tehran University of Medical Sciences: two decades after integration. Health Research Policy and Systems.2009; 7: 1-8.
29. Nejat S, YazdiZadeh B, Gholami J, AShourkhany M, Nejat S, Maleki K. Effect of the ministry of health structure on application of medical sciences research. Hakim. 2008;11: 1-10.
30. Mir Moghtadaei Z, Rokh Afrooz D, Salarian Zadeh M. Review of the challenges of the integration of Medical Education and Health Care Services in Iran from Human Resource perspective. Journal of healthcare management. 2015; 6: 7-15.
31. Ebrahimnia M, Farzaneh A, Ahmadizadeh M.J, Ebadi A, Amerion A, Tofighi Sh, Ayoubian A. Diagnosis of Medical Education System Integration with Higher Staff in a Health Organization: A Qualitative Study. Health Research Journal. Winter 2017; 2: 133-42.
32. Lameei A, Labaf Ghasemi A. The meaning, causative factors, consequences, and future of the integration form the perspectives of the supports and opponents of it. Hakim Health Sys Res . 2009; 12: 1-10
33. Shakibaei D, Karami Matin Behzad , Amolaee Kh, Rezaie M, Abdolmalek P, Reshadat S, Ashraf Godini A. 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.
34. Turani S, Haghdoost A-A, Maleki M-R, Ravaghi H, Tijang RD, Noori Hekmat S. The Backgrounds, consequences, and future of the integration of Medical Education and Health Service Delivery System. HealthMed. 2011; 5: 1847-56.
35. Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. Iranian Journal of Public Health. 2009; 38(Suppl.1):8.
36. Lameei A. Analysis of the concept of integration. Teb va Tazkiyeh. 2007; 16: 22-30.

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

37. Majdzadeh R, et al. Linking research to action' in Iran: Two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. public health 2010; 124: 404-11.
38. Taghavinia M, Sohrabi Z. The Concept of Quality in Education System. Strides Dev Med Educ. 2015; 12: 561-3.
39. Safizadeh H. Increase in Medical School: Threat or opportunity? Strides in Development of Medical Education. 2011; 8: 1-3.
40. Inquiry Cf. Review of the views of the professors of medical universities about the plan to integrate medical education in the Ministry of Science, Research and Technology. Tehran: Center for Inquiry, 1381.
41. WHO Experts Team. Integration of Medical Education and Delivery of Health Services in IR Iran. Tehran: WHO; 2004.
42. Experts W. Impressions of Medical Education in IR Iran; WFME Contributions to the Reform Process. Tehran: WFME; 2003.
43. Peirovi H. What Iranian health authorities think about the integration of medical education and health services. Journal of Medical Education. 2001; 1: 12-9.
44. Pezeshkian M, Karimi A, Akbari ME, Eynelahi B, Hosseini J, Hosseini F. integration of medical education and health care : the experience of iran. Journal of Medical Education 2003; 1: 51-5.

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]

Iranian Journal of Epidemiology 2018; 14, Special Issue (Productivity and Equity in Health System Infrastructures (A Focus on Education and Research´Areas in Health Sciences)): 12-26 .

Original Article

The Consequences of Integration of the Medical Education and the Health Services System of Iran: A Systematic Review and Meta Synthesis of Literature

Noori Hekmat S[1], Haghdoost AA[2], Dehnavieh R[3], Ghorbani Nia R [4]

1- Assistant Professor of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Professor of Epidemiology and Biostatistics, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Associate Professor of Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- PhD Condidate, Health Services Management, Research Center for Health Services Management, Future Studies Research Center in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Ghorbani R, r.ghorbani6790@gmail.com

(Received 23 September 2018; **Accepted** 25 October 2018)

Background and Objectives: In 1995, a huge revolution occurred in Iran's health system when the entire medical-related educa-tion program was integrated into the Ministry of Health. This paper was conducted to provide a review of all studies investigating this integration and to synthesize their results.

Methods: This study was a systematic review and qualitative meta-synthesis of the papers on integration using the Walsh and Downe process. An extensive search of the databases of ScienceDirect, PubMed, EMBASE, ISI, Google Scholar, Scopus, SID, Magiran, and Irandoc revealed 187 articles of which 25 were selected. The content of the studies was analyzed and combined using the Walsh and Downe technique.

Results: The results showed 5 main concepts, including the goals and reasons of the medical education integration, integration achievements, challenges, and barriers to achieving the goals of integration, and the future of integration. The greatest success of the integration program was related to health services, while the least positive effects were related to medical education and research.

Conclusion: A review of available documents shows that not all dimensions of integration have been well analyzed and their economic, social, developmental and scientific effects have not been studied. The majority of the limited studies in this regard were surveys and overview studies and few studies used economic analysis and modeling. Therefore, the effects of the integration cannot be evaluated using the available studies.

Keywords: Integration of medical education, Health services system, Systematic review, Meta-synthesis

[Downloaded from irje.tums.ac.ir on 2023-03-01]