نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، زمستان ۱۴۰۱، شماره چهارم، صفحات ۶۰۳ تا ۶۱۰

پژوهشی

ادغام آموزش و پژوهش در نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت؛ مطالعه‌ای کیفی بر پیامدهای مثبت تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کامران باقری لنکرانی[۱]، احمد کلاته ساداتی[۲]، عسل‌السادات رضوی نسب[۳]، مریم خیام‌زاده[۴*]

۱. استاد ممتاز و فوق تخصص بیماری‌های گوارش، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران- عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
۲. دانشیارجامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران
۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران
۴. ***نویسنده مسئول:** استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران، khayamzadeh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: ادغام آموزش و پژوهش در نظام ارائه خدمات سلامت با تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، یکی از موضوعات مهم در تاریخ تحولات پزشکی ایران است. هدف تحقیق حاضر، ارزیابی پیامدهای این قانون و تأسیس وزارت ذکر شده است.

روش: در این مطالعه کیفی، ۱۳ نفر از سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران، و محققان آموزش پزشکی در ایران که به روش هدفمند انتخاب شده بودند، از طریق مصاحبه نیمه‌ساختارمند مشارکت نمودند. داده‌های حاصل از این مصاحبه‌ها، به روش تحلیل محتوای عرفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با وجود مشکلات قانون ادغام، این قانون در طول حدود ۴ دهه، نتایج و پیامدهای مثبتی به همراه داشته است. سه مقوله محوری برساخت شده در تحقیق عبارتند از: توسعه نیروی انسانی، رشد و ارتقای کیفیت خدمات، و ارتقای دانش پزشکی.

نتیجه‌گیری: شکل‌گیری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی قانون سال ۱۳۶۴، پیامدهای مثبتی برای وزارت مذکور و نظام اجتماعی به همراه داشته است. با وجود این، توجه به نقاط ضعف و چالش‌های قانون مذکور، یکی از ضرورت‌های مهم برای ارتقای نظام سلامت می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش پزشکی، ارائه مراقبت‌های بهداشتی یکپارچه، خدمات بهداشتی درمانی، سیاست بهداشت

مقدمه

نیمه دوم قرن بیستم، دربرگیرنده تحولات وسیعی در نظام‌های سلامت در دنیا و به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه بود. در سال ۱۳۵۷ هجری شمسی، راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care (PHC)) از طرف سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد و توسط کشور ایران پذیرفته شد. این راهبرد منجر به توسعه شبکه بهداشتی- درمانی در کشور گردید، به طوری که بسیاری از محققان بر موفقیت اجرای آن در کشور در آن دوره زمانی، تأکید داشتند. در پی آن، قانون ادغام آموزش و پژوهش در وزارت بهداری سابق در ایران در سال ۱۳۶۴ تصویب و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس شد(۱). به موجب این قانون، کلیه اختیارات وزیر بهداری 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 گردید. تشکیلات و وظایف این وزارتخانه در سال ۱۳۶۷ توسط مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید.

ادغام آموزش علوم پزشکی و پژوهش در عرصه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت که منجر به تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در همه استان‌ها گردید، از مهم‌ترین دستاوردهای جمهوری اسلامی ایران به شمار می‌رود. از منافع ناشی از این ادغام می‌توان به خودکفا شدن کشور در امر نیروی انسانی سلامت، ارتقای کیفیت و نیز جامعه‌نگر شدن آموزش پزشکی، پاسخگویی و عدالت در سلامت و ارتقای شاخص‌های سلامت در کشور اشاره نمود(۲).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

مهم‌ترین اهداف این قانون، گسترش دانشگاه‌ها و افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی، استفاده از امکانات بالینی و آموزشی بیشتر، مشارکت آموزش و پژوهش با نیازهای واقعی جامعه و اتحاد و همسویی پرورش نیروی انسانی با خدمات سلامت بوده است. در همین راستا، قانون ادغام موجب افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی، اعضای هیات علمی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و راه‌اندازی عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر گردید(۳).

بررسی اثرات ادغام وزارت بهداری با آموزش و پژوهش، مورد توجه بوده و تاکنون چندین مطالعه به ارزیابی دستاوردهای آن پرداخته‌اند. قانون ادغام حتی به مرزهای کشور محدود نشده و نظر مجامع معتبر آموزش پزشکی جهان مانند فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی و سازمان بهداشت جهانی را نیز به خود معطوف کرده، به طوری که دفتر سازمان بهداشت جهانی در شرق مدیترانه، نظام سلامت ایران را به عنوان الگویی برای وزارتخانه‌های بهداشت در منطقه معرفی نموده است. در بعضی از کشورهای منطقه مانند عربستان با الگوبرداری از ایران، دانشکده‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفت(۴).

نظریه‌های اجتماعی برای ادغام دو سازمان، بر لزوم مشارکت و ارتباط دو سازمان ادغام یافته تاکید می‌کنند. نظریه شبکه، وجود عنصر مشارکت و به دنبال آن تشکیل شبکه‌ای از تعاملات را برای ادغام سازمان‌های اجتماعی ضروری می‌داند. نظریه شبکه، به سه نوع شبکه از هم متمایز اشاره می‌کند.

شبکه زیرساختی که فضای فیزیکی، نیروی انسانی، اطلاعات، فناوری و منابع اولیه را شامل می‌شود.

شبکه سازمانی که افراد، گروه‌ها و موقعیت‌های کاری متفاوت را در سیستم سازمان‌ها به هم مرتبط می‌سازد.

شبکه‌های اجتماعی به ایده‌ها، انگیزه‌ها و تأثیرگذاری در بخش‌های مختلف اشاره دارد. به عبارتی شبکه‌های اجتماعی، به گروهی از افراد اشاره دارد که به صورت مداوم با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و در قالب ارتباطات غیررسمی سازمان با هم مرتبط هستند(۵).

مشارکت و ارتباط موثر، در موفقیت ادغام نقش کلیدی دارد. مشارکت از سطح مدیران دو سازمان شکل می‌گیرد و به بقیه بدنه سازمان‌ها انتقال می‌یابد. دو سازمان آموزش عالی و بهداری، زمانی می‌توانند موفق شوند که بتوانند این ارتباط را به نحو احسن شکل دهند و دستاوردهای آنان، نتیجه این رابطه بهبود یافته باشد. با توجه به اینکه این دو سازمان با هدف خدمت‌رسانی بهتر، ادغام شده‌اند، باید مزایای آنها در ارتباط با خدمت به مردم و آموزش صحیح پزشکی، مورد بررسی قرار گیرد.

دیدگاه‌ها در ایران نسبت به قانون ادغام، متفاوت است. این قانون مانند تمامی قوانین تصویب شده، مخالفان و موافقانی دارد که هرکدام دلایل قابل بررسی برای نظرات خود ارائه داده‌اند. موافقان قانون، ادعا دارند که با وجود محدودیت‌های موجود در سطح جامعه و سنگ‌اندازی‌های زیادی که مخالفان در طول این ۳۶ سال انجام داده‌اند، توانسته‌اند به اهداف مهم آن دست یابند. مخالفان نیز استدلال‌هایی چون کاهش کیفیت ارائه خدمات سلامت، افت کیفیت در آموزش و سایر موضوعات را رسانه‌ای می‌کنند. این پژوهش قصد دارد تا میزان موفقیت این قانون را مورد بررسی قرار دهد. هدف از این تحقیق، بررسی مزایای قانون ادغام است که مشخص می‌کند آیا این قانون در طول این سال‌ها توانسته است با اهداف خود پیش برود؟ و همچنین چه دستاوردهایی داشته است؟

روش

این پژوهش با رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوا صورت گرفته است. تحلیل محتوا یکی از روش‌های تجزیه و تحلیل مطالعات کیفی است که به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر می‌شوند و روش مناسبی برای تحلیل، تلخیص، طبقه‌بندی و استنباط خصوصیاتی خاص است(۶). در این تحقیق برای گردآوری داده‌ها، از نمونه‌گیری هدفمند و از میان انواع نمونه‌گیری هدفمند، از نمونه‌گیری همگون استفاده شد؛ این روش شامل انتخاب افراد در یک زیرفرهنگ یا افرادی است که خصوصیات مشترک زیادی دارند(۷). بنابراین، از افراد صاحبنظر که در سیستم ادغام تجربه داشته و در مقاطع زمانی مختلف در بخش‌های مختلف بهداشتی، درمانی و آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صاحب‌منصب بودند، مصاحبه به‌عمل آمد. مصاحبه‌ها، به صورت نیمه ساختاریافته با طرح سؤالات در مورد تجربه ادغام، فرصتها و مزایایی که این قانون در نظام سلامت به همراه داشته، استفاده از ظرفیت‌های نظام ادغام برای رفع مشکلات نظام سلامت و مخالفتها و چالشهای فراروی تعمیق ادغام، صورت گرفتند و تا دستیابی به غنای لازم و اشباع نظری ادامه یافتند.

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای عرفی استفاده شد. در این روش، به جای اینکه گردآوری داده‌ها با اتکا به فرضیات باشد، براساس سؤالات و اهداف پژوهش صورت می‌گیرد. ابتدا تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای شناخت درک کلی آغاز می‌شود. سپس متن به صورت کلمه به کلمه خوانده شده تا کدها استخراج شود. این فرآیند به طور پیوسته از استخراج کدها تا نامگذاری آن‌ها تداوم می‌یابد. پس از آن، کدها براساس تفاوت و شباهتهایشان دسته‌بندی و نامگذاری می‌شوند. در پایان کدگذاری و نامگذاری تمام داده‌ها، وجه اشتراک آنها تحت یک مقوله واحد استخراج می‌شوند(۶).

در این مطالعه، پس از واکاوی در داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده، مفاهیم اولیه استخراج شده و بعد از درک کلی مفاهیم، طبقه‌بندی شده‌اند. در مرحله بعد از طبقه‌بندی اولیه، مقوله‌ها طبق شباهت، مجددا دسته‌بندی و نام‌گذاری شدند و در پایان براساس کدهای به دست آمده، مقوله نهایی پژوهش یافت گردید.

برای اعتبار تحقیق، از روش‌های مرسوم در تحقیقات کیفی استفاده شد. انتخاب روش مناسب با اهداف پژوهش، انجام صحیح پژوهش و ارائه

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

گزارشهای صادقانه، از مهم‌ترین راهکارها در این زمینه بود. همچنین از روش تأیید نمونه نیز استفاده شد. مضامین و مقوله‌ها توسط محققان، مورد ارزیابی‌های چندگانه قرار گرفت تا میزان ارتباط آن‌ها با گزاره‌ها و مقوله‌های پیشین شناسایی شود. همچنین تلاش گردید مضامین، خصیصه انتقال‌پذیری داشته باشد به‌گونه‌ای که مفهومی واحد از هر کدام از آن‌ها ارائه گردد. به منظور اخلاق تحقیق، رعایت گمنامی مشارکت‌کنندگان، رضایت آن‌ها و صداقت محققان در مسیر تحقیق، مورد توجه بوده است.

یافته‌ها

تحقیق نشان داد که قانون ادغام همانند نظام توسعه شبکه مبتنی بر بیانیه آلماآتا، کمک زیادی به توسعه بهداشت و پزشکی در کشور کرده است. اگر چه مشکلاتی داشته و نقدهایی بر آن وارد است، اما دستاوردهای زیادی برای حوزه و نظام سلامت به همراه داشته است. توسعه نیروی انسانی آموزش دیده، ارتقای دانش پزشکی، افزایش دانش و مهارت در حوزه سلامت و ارتقای کیفیت و کمیت خدمات سلامت به جامعه از مهم‌ترین پیامدهای قانون ادغام می‌باشد. سه مضمون برساخت شده در تحقیق عبارتند از: توسعه نیروی انسانی، رشد کمی و کیفی خدمات، و ارتقای دانش پزشکی (جدول ۱).

توسعه نیروی انسانی

یکی از مهم‌ترین دستاوردهای ادغام آموزش و پژوهش و سیستم ارائه خدمات، افزایش نیروی انسانی در حوزه آموزش و پژوهش است. در دهه ۶۰ و پس از ادغام، تعداد پذیرش دانشجویان رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. به دنبال افزایش تعداد دانشجویان، مراکز آموزشی نیز برای آموزش پزشکی، به سرعت رشد یافت و این تحولات، زمینه را برای افزایش کمّی رشته‌ها فراهم کرد که به دنبال آن افراد در زمینه‌های متفاوت پزشکی به تحصیل پرداختند. این افزایش کمّی نیرو و رشته‌ها از یک طرف، ما را از پزشکان خارجی بی‌نیاز کرد و از طرف دیگر، موجبات رشد افراد در حوزه‌های تخصصی مثل پیراپزشکی و دندان‌پزشکی را فراهم نمود. پیش از این قانون، پزشکان خارجی در کشور ما خدمت می‌کردند که توسعه نیروی انسانی حاصل از قانون ادغام، کشور را از این امر بی‌نیاز کرد.

مشارکت‌کننده شماره ۱- اولین هدف ادغام، افزایش بستر آموزش بود. با افزایش بستر آموزش، زنجیره‌ای از رشد در تعداد پذیرش دانشجویان و تنوع نیروی انسانی را تجربه کرده ایم که این جهش قابل توجه، ما را از حضور پزشکان خارجی بی‌نیاز کرد.

جدول ۱- مقوله‌های برساخت شده از پیامدهای ادغام در نظام سلامت در ایران

مقوله سطح اول	مقوله سطح دوم	مقوله نهایی
افزایش تعداد پزشک، پیراپزشک و دندانپزشک	افزایش کمّی پزشک و متخصص در کشور	**توسعه نیروی انسانی**
توسعه نیروی انسانی داخلی و بی‌نیازی از پزشکان و متخصصان خارجی		
افزایش میزان پذیرش دانشجویان پزشکی		
افزایش تعداد دانشجویان		
تربیت نیروهای مناسب اورژانس	بهبود ارتباط آموزش و خدمات	
استفاده از ظرفیت‌های دانشگاهی در حوزه خدمات		
استفاده از نیروی در حال آموزش در حوزه درمان		
ارتقای منزلت کارکنان	ارتقای کیفیت نیروی انسانی	
علمی شدن گفتمان سلامت		
ارتقاء کیفی نیروهای متخصص و فوق تخصص		
افزایش تعداد بهورز، کادر درمان و... در مناطق روستایی	توسعه شبکه بهداشتی- درمانی و بیمارستان	**رشد کمی و کیفی خدمات**
توسعه بیمارستان		
ارتباط بهتر مردم با مراکز بهداشتی درمانی	بهبود روابط با گیرندگان خدمت	
افزایش حس مسئولیت پذیری نسبت به بیمار		
افزایش پوشش خدمات بهداشتی		
مدیریت صحیح در وضعیت کرونا	کنترل بحران	
کاهش سرعت مرگ‌ومیر		
تعداد زیاد بیمار برای آموزش بهتر	رشد آموزش بالینی	**ارتقای دانش پزشکی**
آموزش دانشجویان در بالین		
تمرکز آموزش و ادغام در یک نظام		
افزایش پژوهش در حوزه سلامت نسبت به وزارت علوم	توسعه پژوهش‌های پزشکی	
ادغام پژوهش و درمان		

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

زمانی که دو نهاد آموزشی و خدماتی با یکدیگر ادغام می‌شوند، انتظار می‌رود که مسئولیت پاسخگویی آنها نیز بیشتر شود. قانون ادغام با بهبود ارتباط بین بخش آموزش و خدمات این انتظار را برآورده کرده است.

مشارکت‌کننده شماره ۸: ادغام زمینه‌ای را فراهم کرد که آموزش پاسخگویی اجتماعی مطرح شود و به دنبال آن مراکز بهداشتی-درمانی چه در سطح روستایی چه در سطح شهری و حتی خانه‌های بهداشت، به صورت فیلدهای آموزشی درآیند. چه بسا که اگر ادغام نبود، این فرصت طلایی پیش نمی آمد.

بنابراین ارتباط تنگاتنگی بین بخش ارائه خدمات و آموزش پزشکی شکل گرفت؛ به این صورت که هم حوزه خدمات از ظرفیت‌های دانشگاهی، برخوردار شد و هم نیروهای در حال آموزش توانستند در روند ارائه خدمات شرکت کنند. با شکل‌گیری این ارتباط، نیروها با توجه به نیازهای درمانی آموزش می‌بینند. در بخش اورژانس، نیروهایی آموزش دیده‌اند که به بیماران در سریع‌ترین زمان رسیدگی کرده و به آسیبها و مشکلات روحی- روانی آنها آشنایی دارند. بنابراین، با قانون ادغام، سازمان‌های اورژانس از بدنه دانشگاه‌های علوم پزشکی بیرون آمده و افرادی در آنجا آموزش می‌بینند که به بیماران و آسیبهای آنها توجه‌ای ویژه دارند. با رشد کمّی نیروی انسانی در بخش آموزش و بهبود روابط آنها با خدمات بهداری، شاهد رشد کیفی آنها نیز هستیم به طوری که در طول روند ادغام بر تعداد افراد متخصص و فوق‌تخصص افزوده شده است.

مشارکت‌کننده شماره ۳: پزشکانی که قبلاً با بهداری همکاری می‌کردند، سطح علمی پایینی داشته‌اند. اما پس از ادغام آنها مجبور بودند دانشجویانی را برای آموزش در کنار خود داشته باشند، بنابراین سعی می کردند سطح اطلاعات خود را بالا برده و در حوزه‌های تخصصی رشد قابل ملاحظه‌ای داشته باشند.

رشد کمی و کیفی خدمات

دومین مقوله برساخت شده ناظر به پیامدهای مثبت ادغام، رشد کمّی و کیفی خدمات سلامت در کشور ایران است. اگرچه بخشی از این امر به توسعه شبکه بهداشتی- درمانی مربوط بود، اما قسمت اعظم آن مرتبط به قانون ادغام می‌باشد. مهم‌ترین وظیفه دستگاه‌های اجرایی، خدمت‌رسانی به مردم است. با عنایت به این وظیفه، مسئولان باید افزایش رضایتمندی مردم را در اولویت قرار دهند. عوامل رضایتمندی مردم، توسعه خدمت‌رسانی،کیفیت روابط و مدیریت بحران است. اساساً خدمت‌رسانی، عوامل مختلفی را شامل می‌شود و برای خدمت‌رسانی مطلوب، مولفه‌های زیادی باید ارتقا یابند. در قانون ادغام، پس از ادغام، مراکز خدمات درمانی و بیمارستان‌ها افزایش قابل توجهی داشته و روز به روز بر تعداد تخت‌های بیمارستان افزوده شده است. از طرفی، رشد و افزایش تربیت نیروی انسانی متخصص، مناطق روستایی را از محرومیت‌های گذشته نجات داده و آنها توانسته‌اند به پزشکان، دندانپزشکان، بهورزان و غیره دسترسی داشته باشند. یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد است که ازجمله ظرفیت‌ها و فرصت‌هایی که ادغام به نظام سلامت کشور اعطا کرد این بود که در اقصا نقاط روستاها و مناطق حاشیه شهر نیروهایی مانند کاردان، کارشناس و پزشک مستقر شدند و به مردم خدمت کردند. حال که خدمت‌رسانی به مردم افزایش یافت در کنار آن باید نحوه روابط مراکز ارائه خدمت با جامعه نیز مورد بررسی قرار گیرد. نتایج داده‌ها حاکی از این است که ادغام، رابطه بین مردم و شبکه بهداشتی-درمانی را بهبود بخشیده است.

مشارکت‌کننده شماره ۴: ارتباط مرکز درمان با مردم، حتی در ادغام ناقص و نوظهور، بزرگترین دستاورد ادغام است. در مرحله اولیه، دانشجویان به مناطق مختلف رفته و با فرهنگ مردم آشنا می‌شدند که این امر هم زمینه‌ای را برای دسترسی مردم به بهداشت فراهم کرد و هم فرصت برجسته و عالی برای آموزش دانشجویان بود.

زمانی که دانشگاه خود را در نظام سلامت متولی بداند، احساس مسئولیت بیشتری نسبت به بیماران دارد و این حس به دیگر بخش‌ها نیز انتقال می‌یابد. بنابراین قانون ادغام، پاسخگویی اجتماعی را در آموزش حرفه‌ای پزشکی گنجاند و آنها را نسبت به بیماران مسئولیت‌پذیر کرد.

مشارکت‌کننده شماره ۹: قرار گرفتن ظرفیت علمی و اجرایی دانشگاه‌ها در حوزه سلامت، تعهد و مسئولیت‌پذیری را بیشتر کرده و در نتیجه باعث افزایش توان علمی و قدرت اجرائی این حوزه شده است.

پس از این که ادغام، فرصت ارتباط بهتر و همچنین مسئولیت‌پذیری بیشتر را فراهم می‌کند، برای دستیابی به این اهداف لازم است پوشش خدمات بهداشتی افزایش یابد تا همگان بتوانند از این خدمات بهره‌مند شوند. قانون ادغام با دیدگاه اجتماع‌گرایانه و جامعه‌نگری توانست به توسعه شبکه بهداشتی-درمانی در تمامی نقاط کمک کند.

مشارکت‌کننده ۲: دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور توزیع جغرافیایی مناسبی دارند که شعار آنها دانشگاه پاسخگو است؛ یعنی هرکدام از آن‌ها در جهت رفع مشکلات حداقلی آن منطقه تلاش می‌کند.

با توجه به آنچه در مورد احساس مسئولیت و پاسخگویی دانشگاه و حوزه خدمات گفته شد باید ارزیابی شود آیا آنها درمواقع بحران توانسته‌اند وظایف خود را به نحو احسن انجام دهد؟ یکی از بزرگترین مشکلات حوزه پزشکی کشور در سالیان اخیر، شیوع ویروس کرونا بوده است. مصاحبه-شوندگان معتقدند که با وجود اینکه کشور ایران در معرض تحریم قرار داشته، توانسته است تا جای ممکن با انجام واکسیناسیون، تعداد مرگ‌ومیر را کاهش دهد.

مشارکت‌کننده شماره ۵: در کارزار کرونا در مقایسه با کشورهای هم‌سطح به لحاظ ارائه خدمات، ظرفیت‌های درمانی و منابع مالی به سطح قابل قبولی رسیده‌ایم. همچنین با برنامه‌های واکسیناسیون و مراقبت از مادر و کودک، در جهان از لحاظ پیشگیری از بیماری و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

کاهش مرگ‌ومیر در سطح قابل قبولی قرار داریم. بنابراین، قانون ادغام در بخش ارائه خدمات به اهداف خود نزدیک شده و می‌توان دستاورد آن را در این بخش موفقیت‌آمیز دانست.

ارتقای دانش پزشکی

سومین مقوله در تحقیق، ارتقای دانش پزشکی است. یکی از اهداف مهم ادغام که در ابتدا نیز به آن اشاره شد، استفاده برای آموزش پزشکی از امکانات بالینی و آموزشی بهتر است. این بدان معناست که پزشکی یک امر تئوری صرف برای دانشجویان نباشد بلکه با استفاده از ظرفیت‌های ادغام، بستری فراهم شود تا دانشجویان بتوانند در کنار مباحث تئوری، آموزش عملی را نیز تجربه کنند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۲: زمانی که تعداد و تنوع بیمار زیاد باشد فرصتی فراهم می‌شود که دانشجویان بتوانند آموزش بالینی ببینند و همچنین با مزایا و چالش‌های آن آشنا شوند تا در مواقع لزوم، توانایی ارائه راهکار برای برطرف نمودن چالش‌ها را داشته باشند.

به‌طورکلی ادغام به معنای یکپارچه شدن دو سازمان از دو شاخه متفاوت در یک سازمان واحد، است. بنابراین زمانی که یکپارچه‌سازی خدمات و آموزش در یک کل مشترک شکل بگیرد، تمرکز نظام برای انجام هر دو کار بهتر می‌شود.

مشارکت‌کننده شماره ۶: کشورهایی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سیستم آموزشی آن متمرکز نیست با چالش‌های زیادی مواجه‌اند، حال آنکه ادغام این فرصت را فراهم کرده که مالکیت به صورت یکجا درآید و موجب افزایش اختیارات دانشگاه در حوزه بالینی شود.

مشارکت‌کننده شماره ۱۰: بالاترین سطح ادغام در حوزه خدمات بالینی- بیمارستانی شامل پزشکی، پرستاری و رشته های توانبخشی می‌شود.

یکی دیگر از دستاوردهای ادغام، ارائه خدمات در حوزه آموزش پزشکی و توسعه پژوهش‌های پزشکی است. پژوهش‌های پزشکی قبل از ادغام به بررسی‌های تئوری و غیرعملی بسنده کرده بودند اما با همکاری دو نهاد آموزشی و خدماتی و روابط گسترده بین آنها، پژوهش‌ها در زمینه‌های مختلف، تجربی‌تر و پربارتر شدند. در نتیجه با گسترش شبکه‌های بهداشتی-درمانی در نقاط مختلف، پژوهشگران مقاله‌های خود را وابسته به زمینه کرده و هر منطقه، مقالات پژوهشی فراوانی در رابطه با آن محل تدوین شد.

مشارکت‌کننده شماره ۷: در رابطه با افزایش پژوهش‌های پزشکی می توان به دو نکته مهم اشاره کرد: ۱. ادغام بهترین فرصت را فراهم کرد که علوم کاربردی با علوم پایه همکاری کرده و این دو در جهت نیازهای جامعه همراه و سازگار شوند. ۲. در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، برخلاف کشورهایی که قانون ادغام ندارند، عرصه تحت اختیار دانشگاه فقط یک عرصه مشخص و یک جمعیت از پیش تعیین شده نیست بلکه عرصه پژوهش دانشگاه‌ها به اندازه کل *جغرافیای* تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی است.

مشارکت‌کننده شماره ۱: پژوهش‌ها پس از ادغام افزایش یافته‌اند و درحال حاضر، تعداد مقالات پژوهشی پزشکی (نسبت به تعداد اعضای هیئت علمی و دانشجویان دو وزارتخانه) از وزارت علوم بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که طبق نظر مشارکت‌کنندگان، میزان موفقیت قانون ادغام آموزش و پژوهش در نظام ارایه خدمات سلامت و تاسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تحقق اهداف از پیش تعیین شده در زمینه درمانی، به حد قابل قبول رسیده است. از نظر این استادان، قانون ادغام با تربیت نیروی انسانی، توسعه شبکه بهداشتی-درمانی و رشد آموزش پزشکی، امکان پرداختن به نیازهای تمامی مردم حتی در نقاط دورافتاده را فراهم کرده است. قانون ادغام با رشد قابل توجه در پذیرش دانشجویان در سال ۱۳۶۵، مهم‌ترین گام را برای رسیدن به اهداف خود برداشته است زیرا به دنبال آن، مراکز آموزشی برای تربیت دانشجویان پزشکی توسعه یافتند، به طوری که این موفقیت در سازمان جهانی بهداشت گزارش شد. تغییر ساختار نظام آموزشی-پزشکی و افزایش تعداد دانشگاه‌ها باعث شد که تمام استان‌ها در سراسر کشور از آموزش پزشکی بهره‌مند شوند. جهش و توزیع آموزش تنها در سطح کمّی باقی نماند بلکه با ادغام و بهبود ارتباط بین بخش آموزش و سیستم ارائه خدمت، افراد از هیچ تلاشی برای ارتقا سطح دانش خود برای خدمت‌رسانی فروگذار نکردند. بنابراین قانون ادغام تا حدودی توانست به هدف مهم خود یعنی استفاده از ظرفیت‌های دانشگاهی در حوزه خدمات جهت برطرف کردن نیازهای اساسی جامعه، دست یابد.

همچنین قانون ادغام با توسعه شبکه‌های بهداشت و خدمات، توانست در مواجهه با مشکلات، موفقیت‌آمیز عمل کند. پس از اجرای قانون ادغام و گسترش شبکه‌های بهداشتی- درمانی، مسئولیت سلامت و مراقبت نواحی تحت پوشش به دانشگاه‌های علوم پزشکی واگذار شد. به دنبال آن دانشگاه‌ها با پاسخگو کردن افراد در مقابل مسئولیت‌ها و تربیت نیرو در جهت ارتباط بهتر با جامعه، موفق شدند این نیاز جامعه را برطرف کنند. همچنین سیاست‌هایی مانند افزایش دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه، واکسیناسیون، آموزش پزشکی مداوم و نظارت دانشگاه‌ها، کنترل مرگ و میر، بحران، بیماری‌های واگیردار و ... ارتقا یافت.

از سوی دیگر، دانشگاه‌های علوم پزشکی برای ارائه مقاله‌های پژوهشی با بخش ارائه خدمات همکاری کردند که به موجب آن، رشد چشمگیری در تعداد مقالات صورت گرفت. همراه با گسترش شبکه‌های بهداشتی-درمانی، ارتباط تعاملی بین بخش‌های آموزشی و خدماتی شکل گرفت و باعث شد پژوهشگران در هر منطقه، با همکاری نظام ارائه خدمات،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

پژوهش‌های کاربردی و میدانی زیادی را انجام دهند. ارتباط بین این دو بخش به درک و شناخت بهتری از نیازهای جامعه منجر شد که در نتیجه این همکاری، پژوهش‌های صورت گرفته متناسب با نیازهای جامعه بود. با توجه به آنچه گفته شد نتیجه می‌گیریم که قانون ادغام با وجود محدودیت‌ها، تا حدودی توانسته به اهداف خود نزدیک شود.

از نظر شرکت‌کنندگان در این پژوهش، اگر محدودیت‌ها و چالش‌های پیش روی ادغام کمتر شده و به آن زمان بیشتری داده شود می‌تواند به موفقیت‌های بیشتری دست پیدا کند. قانون ادغام با افزایش نیروی انسانی و پوشش شبکه بهداشتی- درمانی، دسترسی افراد جامعه به خدمات سلامت را آسان‌تر کرده و دانشگاه‌ها با پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری در مقابل جامعه را به عنوان یک اصل مهم در نظر گرفته‌اند. در کنار این فعالیت‌های خدماتی و درمانی، همکاری‌های پژوهشی، آموزش و خدمات به ارتقای دانش پزشکی و ارتقاء کیفیت ارائه خدمت کمک خواهد کرد.

یافته‌های تحقیق، همسو با سایر تحقیقات است. در پژوهش نوری حکمت و همکاران(۴)، نتایج مطالعاتی که به بررسی پیامدهای قانون ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت پرداخته‌اند، ارزیابی و ۵ مفهوم اصلی شامل اهداف و دلایل اجرای قانون ادغام آموزش و پژوهش در نظام ارائه خدمات، دستاوردها، چالش‌ها، موانع دست‌یابی به اهداف و آینده ادغام استخراج شدند. بر اساس یافته‌های این مطالعات، بیشترین توفیق قانون ادغام در ارائه خدمات بهداشتی- درمانی بوده است و آموزش و پژوهش‌های علوم پزشکی،کمتر از تاثیرات مثبت ادغام، بهره‌مند شده‌اند.

هر چند تحقیق حاضر نشان می‌دهد که آموزش علوم پزشکی نیز بی‌بهره نبوده، اما روشن است که این حوزه با چالش‌های زیادی مواجه است. جاودانی(۸) گزارشی برپایه فرایند تاریخی جداسازی آموزش پزشکی از پیکره آموزش عالی در چهار بخش نگاشته است. در بخش نخست، دیرینه جداسازی آموزش پزشکی که به تغییر نام «وزارت بهداری و بهزیستی» به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» انجامید، بخش دوم کوشش نمایندگان مجلس شورای اسلامی برای جداسازی آموزش پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بازپیوست آن به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در آغاز دهه هشتاد، بخش سوم بازکوشش‌های دو وزارتخانه برای گسترش قلمرو تصدی‌گری بر نهادهای آموزش عالی بازکاوی شده و در بخش پایانی، سه رویکرد در این باره از یکدیگر بازشناخته شده‌اند. در نهایت نتیجه‌گیری می‌شود که راه‌حل گذر از مشکلات هم در سطح آموزش پزشکی هم آموزش عالی، بازنگری در بیان مسئله است زیرا تغییر در نهادهای دیوانسالاری که متولی این‌گونه آموزش‌ها انگاشته می‌شوند، امکانپذیر به نظر نمی‌رسد.

میرمقتدایی و همکاران(۹) چالش‌های قانون ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات در ایران را از منظر سرمایه انسانی بررسی کرده‌اند. این پژوهش، یک مطالعه توصیفی و در قالب یک مطالعه مروری است که ضمن اشاره به چالش‌های جهانی حوزه منابع انسانی، قانون ادغام را از این منظر بررسی کرده و در پایان به بررسی بقا یا فنای این قانون می‌پردازد. همچنین نشان می‌دهد که با گسترش تحولات جهانی و چالش‌های مدیریت نیروی انسانی لازم است این قانون در حوزه سلامت به تغییرات پایداری دست یابد تا دوام خود را بیمه سازد.

شکیبایی و همکاران(۳) میزان دستیابی به اهداف نظام ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه را مورد تجزیه‌وتحلیل قرار دادند. نتیجه تحقیق نشان داد که میزان موفقیت این قانون در زمینه‌های بهداشتی بیشتر از درمانی و آموزشی، و در زمینه‌های پژوهشی و اجتماعی (از جمله تغییر بینش فارغ‌التحصیلان و اعضای هیئت علمی به شکل جامعه‌نگر) به شکل معنی‌داری کمتر از سایر موارد ارزیابی شده است.

از منظر جامعه‌شناختی، تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت باید خصیصه جامع‌نگر داشته باشد. در نیم قرن اخیر در کشور ما، دو تحول بزرگ رخ داده است. توسعه نظام شبکه بر اساس بیانیه آلماآتا و قانون ادغام در قالب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجام گرفت. بدیهی است که این دو قانون توانستند موفقیت بسیار زیادی برای نظام سلامت در کشور به همراه داشته باشند. اما امروز می‌دانیم که در هر دو بخش، با چالش‌هایی مواجه هستیم. بخش بهداشت، نیازمند روزآمد کردن برنامه‌های جاری با توجه به تغییر در الگوی بیماری‌ها و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است.

چالش‌های پیش روی نظام سلامت و قانون ادغام در سطحی کلی‌تر، به سیاست‌گذاری اجتماعی در کشور ما به عنوان یک کشور در حال توسعه مربوط است که جزیره‌ای، کوتاه‌نگرانه، و فاقد رویکرد کل‌نگرانه است. همان‌طور که در کشورهای در حال توسعه، تصمیم‌گیری‌ها، عموماً سیاست‌زده و یا متأثر از عوامل سیاسی هستند (۱۰). لذا، سیاست‌گذاری اجتماعی اغلب نادیده گرفته می‌شود، که باید مورد توجه بیشتری باشد(۱۱). چالش‌های سیاست‌گذاری سلامت به‌عنوان بخشی از سیاست اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، شامل موضوعاتی چون تعیین اهداف دقیق‌تر و مشخص‌تر در موضوعات سلامت (۱۲)، کیفیت سیاست‌های سلامت (۱۳)، توجه به خدمات سلامت در روستاها (۱۴) و رویکرد مبتنی بر شواهد (۱۵) می‌باشد. این چالش‌ها در بخش‌های مختلف نظام سلامت ما نیز به اشکال مختلف، پدیدار شده است. به طور مثال، یکی از مهم‌ترین موضوعات در قانون ادغام، آموزش پزشکی در ایران است. این قانون، هرچند در ابتدا در بحث آموزش پزشکی، موفق عمل کرد، اما به نظر می‌رسد که آموزش پزشکی در کشور نیازمند اصلاحات جدی است. مطالعه کلاته ساداتی نشان می‌دهد که دانشجویان پزشکی بیش از پیش با آرمان‌های پزشکی احساس بیگانگی می‌کنند (۱۶). این مسئله هرچند به تغییرات اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های کلان در نظام اجتماعی مربوط

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

است، اما از پیامدهای اجرای ناقص و ناکافی قانون ادغام نیز می‌باشد. از سوی دیگر، ادغام در بسیاری از موارد متمرکز بر درمان و بیمارستان‌ها بوده و از ظرفیت ادغام در بخش بهداشت و پیشگیری به درستی استفاده نشده است. توجه به این وجه از ادغام میتواند برای نظام سلامت گره‌گشا باشد. در کل می‌توان گفت قانون ادغام نیازمند اصلاحات و روزآمدی و همزمان، بازاریابی اجتماعی و تبیین برای مردم و سیاست‌گذاران است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری بزرگوارانه استاد گرانقدر جناب آقای دکتر سید علیرضا مرندی و سایر استادان محترمی که در فراهمی این پژوهش یاری کردند و اسامی آنها به ترتیب حروف الفبا ذکر می‌گردد: جناب آقای دکتر پیمان ادیبی، جناب آقای دکتر محمداسماعیل اکبری، جناب آقای دکتر سیدحسن امامی رضوی، جناب آقای دکتر علی جعفریان، سرکار خانم دکتر طاهره چنگیز، جناب آقای دکتر علی‌اکبر حقدوست، جناب آقای دکتر حسن خدایی، جناب آقای دکتر علی رمضانخانی، جناب آقای دکتر محمدحسن لطفی، جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی، سرکار خانم دکتر الهه ملکان‌راد، سرکار خانم دکتر مرضیه نجومی، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. 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): 80-88. [In Persian]
2. Statement: Integration of Medical Education and Research in the Field of Health Care. Iran J Cult Health Promot 2021; 5(3): 413-417. [In Persian]
3. Shackebaei D, Karami Matin B, Amolaee 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]
4. Noori Hekmat S, Haghdoost A, Dehnavieh R, Ghorbani Nia 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]
5. Nasiri H, Ghanbari R. The integration of higher education institutions under the umbrella of open investment (explaining a theory). The second conference on governance and public policy. February 2nd -3rd 2019; Tehran: Sharif University of Technology; 2019. [In Persian]
6. Momeni Rad A. Qualitative content analysis in research tradition: nature, stages and validity of the results. Quarterly of Educational Measurement 2013; 4(14): 187-222. [In Persian]
7. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani MA, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. Annals of Military and Health Sciences Research 2012; 10(3): 238-250. [In Persian]
8. Javdani H. Disruption and rejoining of medical education to higher education or integration of medical education in the Ministry of Health? Tehran: Higher Education Research and Planning Institute; 2018. [In Persian]
9. Mirmoghtadaee Z, Rokhafrooz D, Salarainzadeh MH. An overview of the challenges of integrating medical education with the service delivery system in Iran from the perspective of human capital. Journal of Healthcare Management 2015; 6(2): 7-15.
10. Mares I, Carnes ME. Social policy in developing countries. Annu Rev Polit Sci 2009; 12: 93-113.
11. Mkandawire T. Transformative social policy and innovation in developing countries. Eur J Dev Res 2007: 19(1); 13-29.
12. Hammer JS, Berman P. Ends and means in public health policy in developing countries. Health Policy 1995; 32(1-3): 29-45.
13. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan 1994; 9(4): 353–70.
14. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural health care access and policy in developing countries. Annu Rev Public Health 2016; 37: 395-412.
15. Cartwright N, Hardie J. Evidence-based policy: A practical guide to doing it better. Oxford: Oxford University Press; 2012.
16. Kalatehsadati A. Medical student and the proletariat experience; A critical study in medicine education in Iran. Social Sciences 2022; 28(95): 107-139. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]

Original

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

Kamran Bagheri Lankarani[1], Ahmad Kalateh Sadati[2], Asalosadat Razavinasab[3], Maryam Khayamzadeh[*4]

1. Distinguished Professor of Gastroenterology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran- Permanent Member of Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran
3. MSc of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran
4. ***Corresponding Author:** Assisstant Professor, Community Medicine Specialist, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran, khayamzadeh@yahoo.com

Abstract

Background: The integration of medical education in healthcare system with the law establishing the Ministry of Health and Medical Education in 1985 is one of the important issues in the history of medical developments in Iran. The purpose of this study is to discover and analyze the consequences of this law and the establishment of the ministry.

Methods: In this qualitative study, 13 policymakers, legislators, and medical education researchers in Iran were selected to participate through semi-structured interviews. The data obtained were analyzed using conventional content analysis method.

Results: Despite the problems of the integration, this system had positive achievements during about 4 decades. The three main categories built in the research are: human resource development, growth and promotion of the quality of services, and promotion of medical knowledge.

Conclusion: The formation of the Ministry of Health and Medical Education under the law in 1985 had positive achievements for the ministry and the social system. Moreover, paying attention to the weaknesses and challenges of the Integration is one of the important necessities for correcting the mentioned obstacles and limitations.

Keywords: Health Policy, Health Services, Integrated Delivery of Health Care, Medical Education

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/6.4.3]