

تحلیل مفهوم ادغام

دکتر ابوالفتح لامعی^۱

چکیده

ادغام به عنوان یک مفهوم ممکن است برای بسیاری از کسانی که از آن استفاده می کنند گنگ و مبهم باشد. تحلیل مفهوم ادغام موجب می شود ابعاد، ویژگی ها، کاربرد ها، عوامل مؤثر بر آن و پیامدهای آن روشن گردد. به عبارت دیگر مفهوم، کاربردی شود. بنابراین با تحلیل مفهوم ادغام و ارائه یک تعریف روشن از آن، اول اینکه زبان مشترک به وجود می آید و دوم اینکه با روشن شدن ابعاد آن، می توان میزان تحقق ادغام را سنجید. و بالاخره با تعیین این که کجا هستیم می توان برنامه هایی را برای حرکت به سمت جلو و دستیابی به ادغام بیشتر طراحی و اجرا کرد. مطالعه حاضر شامل تحلیل مفهوم ادغام به روش تعدیل شده Walker & Avant می باشد. این مطالعه نشان می دهد که ادغام دارای چهار ویژگی توصیف گر می باشد: فرایند، ترکیب، تعامل و یکپارچگی. به زبان ساده، ادغام عبارت است از فرایند ترکیب تعدادی عناصر که در تعامل با هم کل یکپارچه را به وجود می آورند. علاوه بر ویژگی های توصیف گر، عوامل مؤثر بر ادغام، پیامدهای آن، واژه های جایگزین یا مفاهیم مرتبط مشخص شده اند.

کلید واژه: ادغام، تحلیل ادغام، نظام آموزشی، نظام عرضه خدمات

مقدمه

شرایط و کاربرد ها ممکن است تعریف یک مفهوم را بکلی دگرگون سازد. به همین دلیل، ممکن است یک مفهوم در یک زمینه خاص بارها استفاده شود ولی استفاده کنندگان از آن، درک درستی از مفهوم مورد نظر نداشته باشند. تحلیل مفهوم به تعریف دقیق و تعیین مرز های آن با سایر مفاهیم منجر می شود.

مفهوم ادغام نیز ممکن است برای بسیاری از کسانی که از آن استفاده می کنند گنگ و مبهم باشد. به عبارت دیگر ممکن است در یک سازمان یا یک رشته علمی یک واژه به

ادغام یک مفهوم است. مفهوم یک واژه، یک عبارت کوتاه یا یک برچسب است که یک پدیده یا گروهی از پدیده ها را توصیف می کند. برخی، مفاهیم را تصاویر ذهنی از پدیده های بیرونی تلقی کرده اند؛ بعضی آنها را ابزار زبان می دانند؛ گروهی معتقد هستند می توان بدون واقعیت های بیرونی، مفاهیم را در ذهن ایجاد کرد؛ دیگران معتقد اند مفاهیم ریشه در واقعیت های بیرونی دارند. در هر حال تعریف هر مفهوم وابسته به زمینه ای است که در آن به وجود آمده است. گذر زمان و تغییر

* این مطالعه به هزینه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گرفته است.

۱ - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ارومیه

هفتصد مقاله کامل و بیش از هزار خلاصه مقاله بدست آمد. همه مقالات و خلاصه مقالات یک بار مطالعه شدند. از بین آنها تعداد ۲۱ مقاله برای مطالعه انتخاب شدند. تعدادی دیگری از مقالات کلیدی دیگر که به نوعی مرتبط بودند ولی عنوان های جایگزین ادغام یا محتوای مرتبط داشتند نیز انتخاب شدند. مقالات منتخب شامل زمینه های مختلف از جمله مراقبتهای بهداشتی، روانشناسی، علوم اجتماعی، آموزش پزشکی و پرستاری بودند.

جمع آوری و تحلیل داده ها

بر اساس رویکرد تحلیل مفهوم Walker & Avant عباراتی که با یکی از دسته های زیر سازگار بودند مشخص شدند: تعریف یا ویژگی هایی که حاکی از تعریف ادغام بودند، واژه های جایگزین ادغام، مفاهیم مرتبط با ادغام، پیش زمینه ها یا علل مؤثر بر ادغام و پیامدهای ادغام. سپس دسته بندی بین آنها به عمل آمد.

یافته ها

۱- تعریف ادغام توسط فرهنگ لغات

فرهنگ Macquarie^{۲۱} ادغام را ترکیب اجزا و تشکیل یک کل یا ترکیب سیستم های جدا از هم و ایجاد یک سیستم یکپارچه، تعریف می کند. فرهنگ Webster^{۲۲} ادغام را تشکیل، هماهنگی یا ترکیب [اجزا] به صورت یک کل یکپارچه یا یک کل کاری تعریف کرده است و بالاخره فرهنگ لغات^{۲۰} Oxford Advanced Learners ادغام را عمل یا فرایند ترکیب دو یا چند چیز تعریف می کند به طوری که این ها با هم کار کنند. اگرچه تعریفی که از یک مفهوم در فرهنگ لغات ارائه می شود ممکن است با کاربرد های روزمره یا علمی آن مفهوم متفاوت باشد، ولی تعریف ارائه شده توسط فرهنگ لغات ما را با ریشه مفهوم آشنا می سازد که در برخی موارد بسیار سودمند می باشد. در تعاریفی که توسط سه فرهنگ لغات نامبرده شده در بالا ارائه شده اند

طور روزمره استفاده شود ولی استفاده کنندگان مختلف معانی مختلفی را از آن درک کنند. بدیهی است که فقدان زبان و درک مشترک از یک مفهوم مانع کاربرد درست آن می شود. اکنون سؤال جدی این است که آیا در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همه افراد درک یکسانی از ادغام دارند؟ برای پاسخ به این سؤال ابتدا باید دید دیگران ادغام را به چه معنی استفاده کرده اند و ویژگی های توصیف گر آن کدام هستند. ارائه تعریفی روشن از مفهوم ادغام و ایجاد زبان مشترک بر اساس این تعریف زمینه را برای کار کردن بر روی همه موضوعات مرتبط با ادغام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فراهم می سازد. در واقع زمانی که از ادغام یک تعریف روشن و قابل قبول همگان ارائه شود، می توان بر مبنای آن تعریف، ادغام را سنجید. در این صورت می توان مشخص کرد که چه مقدار ادغام اتفاق افتاده است، تأثیر ادغام بر آموزش پزشکی و عرضه خدمات چه بوده است و برای بهبود وضعیت موجود چه باید کرد.

هدف اصلی این مطالعه مشخص کردن تعریف ادغام، تعیین ویژگی های اصلی آن، پیش زمینه ها و عوامل تأثیرگذار بر ادغام و پیامدهای آن، بر اساس تحلیل مفهوم به روش تعدیل شده^{۲۰} Walker & Avant می باشد.

روش

در این مطالعه از روش تحلیل مفهوم Walker & Avant که توسط نویسنده تعدیل شده است، استفاده شد تا تعریف روشنی از ادغام ارائه شود. رشته هایی که بیشترین موارد از واژه ادغام استفاده کرده اند، عبارت هستند از آموزش (شامل آموزش پزشکی)، پرستاری، مراقبتهای بهداشتی، روانشناسی، و علوم اجتماعی. از پایگاه های داده ای Science Direct, Proquest, Blackwell, و Ovid مقالاتی که در زمینه های یاد شده، در عنوان یا واژه های کلیدی آنها واژه integration وجود داشت جستجو شدند. بیش از

تحلیل مفهوم ادغام

بعضی ویژگی‌هایی به چشم می‌خورد که حائز اهمیت می‌باشند. «ترکیب دو یا چند چیز و تشکیل یک کل یکپارچه» دو ویژگی مهم و ثابت مفهوم ادغام، یعنی ترکیب و تشکیل یک کل یکپارچه یا واحد، را شامل می‌شود که هر سه فرهنگ لغات به آن دو اشاره کرده‌اند. البته بازنگری متون علمی و بررسی کاربردهای مختلف مفهوم ادغام، سایر ویژگی‌های مفهوم را به روشنی آشکار خواهد کرد.

۲- ادغام در متون علمی

تلاش‌های اندکی برای بررسی دقیق یا مشخص کردن ابعاد مفاهیم اجتماعی پیچیده و چند بُعدی به عمل آمده است.^۳ با وجود این که ادغام واژه‌ای است که در حال حاضر بر زبان‌ها جاری است^{۲۲} و توجه زیادی را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است^{۴۱} ولی، عموماً معنی آن به عنوان یک مفهوم اجتماعی تأثیرگذار کمتر مطالعه شده است.^{۱۱،۳} ادغام به چه معنی است و چگونه باید تعریف شود؟ محتوای واژه و حدود و ثغور آن کدام است؟ ابعاد این واژه چند بُعدی چیست؟ آیا عوامل سازمانی یا رفتاری بر ادغام تأثیر می‌گذارند؟ در مراقبت‌های بهداشتی ادغام برای افراد مختلف، معانی مختلف دارد: اضافه کردن خدمات به خدمات موجود، افزایش همکاری بین برنامه‌های عمودی موجود، ادغام جامع مسئولیت‌ها برای اجرا^{۲۰}. تعریف ادغام و درک نحوه اجرای آن اغلب براساس دیدگاه برنامه‌ها و نقش افراد در نظام سلامت، بسیار متفاوت بوده است.^{۲۹} در موارد دیگر، ادغام در مراقبت‌های بهداشتی به معنی هماهنگی، پیوند و همکاری بین خدمات یا مدیریت چند رشته‌ای استفاده می‌شود.

نکته قابل توجه دیگر این که در بسیاری از موارد، توصیف ادغام در خدمات بهداشتی‌پا را فرا تر از نوعی دسته‌بندی خدمات نگذاشته است^{۳۸،۱۹،۳}. بدین معنی که هر یک از ادغام‌های عمودی و افقی خدمات، مستلزم قرار گرفتن نوع خاصی از خدمات در کنار هم می‌باشد. در

ادغام افقی، خدمات هم سطح و در ادغام عمودی، خدمات سطوح متفاوت با هم ترکیب می‌شوند. اگر چه افراد مختلف برداشت‌های متفاوتی از ادغام مراقبت‌های بهداشتی دارند. ولی هر جا که تعریف واضحی از ادغام ارائه شده است، آن تعریف دربرگیرنده یک جهت‌گیری عملکردی یا فرایندی است. به عبارت دیگر ادغام به عنوان یک فرایند در نظر گرفته شده است. برای مثال، احساس یکپارچگی، کارکردن با هم با یک هدف واحد؛ در کنار هم قرار دادن وظایف شایع در درون یک سازمان یا بین سازمانها برای حل مشکلات شایع؛ ایجاد تعهد به یک دورنما و اهداف مشترک و استفاده از فناوریها و منابع برای دستیابی به این اهداف^{۱۱}؛ ادغام یک فرایند سازمانی است برای هماهنگی که بر اساس نیاز بیمار و یک دیدگاه جامع درباره او، در جستجوی دستیابی به مراقبت بی‌وقفه و مستمر می‌باشد^{۲۹،۱۱}. در آموزش پزشکی ادغام عمودی چنین تعریف شده است: روابط و فعالیت‌های هماهنگ، هدف دار و برنامه ریزی شده برای ارائه آموزش به فراگیران در مراحل مختلف آموزش پزشکی [از علوم پایه تا بالینی]^۴. بنابراین با وجود ابهامات و برداشت‌های مختلف از ادغام، اساساً ادغام به فعالیتها و سازوکارهایی گفته می‌شود که برای دستیابی به وحدت تلاش‌ها بین زمینه‌های تخصصی مختلف استفاده می‌شود^{۳۲}. در پرستاری و در سطح انتزاعی ادغام ترکیب دو یا چند عنصر و تشکیل یک شیء جدید تعریف شده است. در سطح عینی تر، ادغام تعامل بین انسان با محیط تعریف شده است که در آن تجارب جدید زندگی مثل بیماری با هویت و نقش‌های گذشته و حال تلفیق می‌شود^{۴۱}. از درون کاربرد‌های بالا می‌توان به ویژگی‌های اصلی ادغام پی برد که در زیر به آنها اشاره خواهد شد.

۳- ویژگی‌های ادغام

بررسی دقیق متون علمی نشان می‌دهد که ادغام چهار ویژگی اساسی دارد. چهار واژه زیر این چهار ویژگی را

هدف گذاری در رابطه با آن و سنجش مقدار تحقق آن امکان پذیر باشد. بنابراین اگر به تعاریف نظری ادغام بسنده شود، در این صورت قادر نخواهیم بود نشان دهیم که کجا بودیم و اکنون چه مقدار از آنچه ادغام نامیده می شود تحقق یافته است^{۲۴،۲۱}. پنجم این که ادغام به عنوان یک فرایند سازمان شمول اگر چه همه را درگیر می کند ولی مدیران و رهبران در هدایت تلاشها و بسیج دایمی همه آحاد و منابع سازمانی برای تحقق اهداف ادغام، نقش ویژه و برجسته ای دارند. همه چیز بدواً به تصمیم، اراده، تعهد و قدرت رهبری آنان بستگی دارد^{۱۹}. بالاخره، اگرچه ساختار سازمانی (منابع، مقررات، تشویق و تنبیه ها) ویژگی اصلی ادغام نمی باشد ولی استفاده درست از آن، برای حمایت از ادغام ضروری است^۲.

ب) ترکیب: ترکیب عناصر یکی از ویژگی های محوری ادغام را تشکیل می دهد^{۲۰،۲۲،۴۳}. نزدیکی حاصل از این ترکیب عناصر بر فرایند ادغام تأثیر می گذارد. بدین معنی که ارتباط بین افراد حرفه ای ادغام را بهبود می بخشد. نزدیکی آنان باعث می شود که اطلاعات بیشتری را بین هم مبادله کنند و از نُرْم ها و مقررات برقرار شده بهتر تبعیت کنند. Cott بیان می کند که نزدیکی فیزیکی، یعنی کار بر روی یک وظیفه، کار کردن در یک واحد سازمانی، امکان برقراری تماس های اجتماعی و پیشینه حرفه ای مشابه موجب ارتباط بهتر می شود^{۴۲}. ارتباط بهتر یعنی تعامل بهتر که در زیر به آن اشاره خواهد شد. بدیهی است که ترکیب به تنهایی کافی نیست. در بسیاری از سازمانها فقط ساختارها با هم ادغام یافته اند ولی فرایندها و افراد حرفه ای همسویی و هماهنگی بهتری ندارند. به نظر می رسد که ساختارهای ادغام یافته نمی توانند رفتار افراد حرفه ای و نحوه همکاری آنان را به طور اساسی تغییر دهند. از طرف دیگر در بسیاری از کشورها نمونه های موفق مراقبتهای ادغام یافته وجود دارد که در آنها افراد حرفه ای هنوز هم در سازمانهای مجزا کار می کنند^{۴۲}.

نشان می دهند: فرایند، ترکیب، تعامل و یکپارچه. به عبارت دیگر، مفهوم ادغام شامل فرایند ترکیب یک یا چند عنصر و تشکیل یک کل جدید می باشد. تعامل بین عناصر این کل موجب یکپارچگی آن می شود. در ذیل درباره هر یک از این ویژگی ها به طور مختصر توضیح داده می شود.

الف) فرایند: Batterham و همکاران پس از بحث طولانی و بسیار جالب درباره Activity Systems و نحوه عملکرد آنها و این که هر یک از سازمان های مراقبتهای بهداشتی یک Activity System می باشند ادغام پزشکان عمومی در نظام عرضه خدمات را اصولاً یک فرایند تلقی کرده اند^۲. در سایر مقالات نیز این ویژگی ادغام با ذکر عبارات آشکاری چون «ادغام یک فرایند است» یا بیان ضمنی آن در قالب یک سری فعالیت ها برای دستیابی به ادغام، مورد توجه قرار گرفته است^{۲۹،۱۱،۹،۳}. تلقی ما از ادغام به عنوان یک فرایند پیام های زیادی دارد. اول این که، ادغام یک موضوع پویا است، همواره می توان گامی به جلو یا احیاناً گامی به عقب برداشت. دستیابی به ادغام کامل اگر چه به طور نظری امکان پذیر است ولی تحقق آن عملی نیست. بنابراین در رابطه با ادغام، همیشه باید به ارتقای مستمر اندیشید^{۴۰،۳}. دوم این که، ادغام در مقیاس سیستم ها، برای مثال نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات، می تواند کل Activity System ها را تحت تأثیر قرار دهد. برای تحقق ادغام و یا حرکت رو به جلو، باید در هر سطحی از سطوح نظام های آموزشی و عرضه خدمات، صاحبان فرایند ادغام شناسایی شوند و آمادگی و توانمندی لازم برای درگیر شدن در فرایند ادغام در آنان ایجاد شود. بنا براین تمرکز بر تغییر رفتار عناصر انسانی مقدم بر کار دیگری است^{۴۲،۱۱}. سوم این که، تحقق ادغام بدون برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی آن امکان پذیر نیست. زیرا ادغام به عنوان یک فرایند، مثل هر فرایند دیگر، اگر رها شود وضعیت به وجود آمده ممکن است بسیار بد تر از زمانی باشد که ادغام وجود نداشته است^۴. چهارم این که ادغام باید تعریف کاربردی شود تا

تحلیل مفهوم ادغام

برای حفظ یکپارچگی نظام ادغام یافته امری ضروری است. بنابراین رها کردن نظام ادغام یافته موجب متلاشی شدن آن و دور شدن از اهداف خواهد شد^{۲۴،۲۳}.

مفاهیم جایگزین و مرتبط با ادغام

واژه های جایگزین واژه هایی هستند که به جای مفهوم مورد نظر و برای توصیف استفاده می شوند. ولی مفاهیم مرتبط، رابطه ای با مفهوم مورد نظر دارند اما فاقد همه ویژگی های آن می باشند. متاسفانه در متون علمی مرتبط با ادغام نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات، بین مفاهیم جایگزین و مفاهیم مرتبط تمایزی وجود ندارد. آنچه مهم است این است که هر مفهوم با شبکه ای از مفاهیم در ارتباط است. بیشتر نویسندگان، در درون یک شبکه از مفاهیم ممکن است بین مفاهیم مختلف افتراق قائل نشوند کما این که بین ادغام (Integration) و واژه ها و مفاهیم زیر افتراق قائل نشده اند مفاهیم Interaction ، Collaboration ، Partnership ، Cooperation ، Acting together ، Synergy ، به جای مفهوم ادغام استفاده شده اند، اگرچه در متون پرستاری این واژه ها و مفاهیم معانی متفاوت دارند^{۲۸،۲۴،۲۳،۱۹،۱۳،۱}. مرور این مفاهیم و مفهوم ادغام نشان می دهد که ادغام صرفاً یک تغییر اسم یا ترکیب عناصر مختلف، از دست دادن هویت و کسب هویت جدید، یا غلبه یک عنصر بر سایر عناصر نیست. بلکه در نتیجه ادغام، تعامل بین همه عناصر و تغییر نهایی در همه آن ها به وجود می آید و موجود جدیدی متولد می شود که از هویت کاملاً یکپارچه برخوردار است^۴.

شرایط لازم برای ادغام (Antecedents)

اگر چه تجربه ای در مقیاس ادغام دو نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات در دنیا وجود ندارد، ولی تجربیات نسبتاً غنی در رابطه با ادغام خدمات در درون نظام های عرضه خدمات، وجود دارد. از طرف دیگر ادغام به عنوان یک تغییر بزرگ از اصول کلی تغییر در سازمانها تبعیت

(ج) تعامل: ترکیب برای تحقق ادغام به تنهایی کافی نیست. زمانی که درباره ادغام بحث می کنیم، باید تعامل بین عناصر ترکیب شده را مد نظر قرار دهیم^{۲۷،۲۶}. این جنبه از ادغام با واژه هایی چون تعامل، ارتباط، هماهنگی و مشارکت توصیف شده بود. توجه به این نکته ضروری است که تعامل یک طرفه نیست، بلکه همه عناصر ترکیب شده در درون فرایند ادغام تعامل داشته و به درجاتی تغییر می کنند. اساساً تعریف کاربردی ادغام از درون سه ویژگی بالا و با تأکید بر ویژگی تعامل، قابل استخراج است. برای مثال، یک حادثه ادغام در نظام ادغام یافته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را می توان چنین تعریف کرد: یک فقره تبادل اطلاعات بین نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات که در راستای برآوردن اهداف مشترک هر دو سیستم باشد را یک حادثه ادغام می نامند. با توجه به این تعریف از یک حادثه ادغام، می توان در سطوح و شرایط مختلف مصداق های ادغام عینی را فهرست کرد. و با کاربردی کردن ادغام می توان شاخص یا شاخص هایی را برای سنجش آن ایجاد کرد. با در دست داشتن شاخص سنجش می توان عملکرد نظام ادغام یافته را سنجید و برای ارتقای آن برنامه ریزی کرد.

(د) یکپارچگی: ترکیب و تعامل میان عناصر به درجاتی موجب یکپارچگی می شود. به نظر می رسد یافتن هویت یگانه به معنی از بین رفتن هویت قبلی نمی باشد، بلکه عنصر ترکیب شده ضمن حفظ برخی هویت اصلی خود، هویت یکپارچه جدید را نیز می پذیرد^۴. از طرف دیگر، یکپارچگی با توجه به ویژگی مهم ادغام که یک فرایند است، هر گز به صورت کامل تحقق نمی یابد. نکته دیگری که قابل ذکر است این است که در ادغام دو سیستم، برای مثال نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات، با یکپارچگی به وجود آمده، تضاد و تزاخم بین دو سیستم از بین نمی رود، بلکه وجود تضاد و تزاخم باعث تغییر و تحول در نظام یکپارچه می شود. تشخیص تضاد و تزاخم و برنامه ریزی

تحقق تدریجی عدالت، کیفیت، دسترسی و هزینه اثربخشی خدمات می باشد. این پیامدها حاصل رفتارهایی است که در نظام ادغام یافته باید قابل مشاهده باشند. به اهم این رفتارها در ذیل اشاره می شود.

- سیاستگذاری و برنامه ریزی های مشترک^{۲۱}
- مشارکت فعال طرفین در تعیین اولویتها و نیازها و انتظارات جامعه^{۱۸۸،۶۵}
- بازنگری برنامه های آموزشی با تأکید بر عوامل مهم تأثیر گذار بر سلامت افراد و جوامع^{۲۲،۲۸،۲۷،۲۶}
- تغییر در الگوهای آموزشی و خروج از مرزهای آموزش سنتی^{۱۷، ۱۵-۱۲}
- درگیر شدن نظام آموزشی در موضوعاتی چون کیفیت و هزینه مراقبتها، دسترسی آسان به خدمات، کار تیمی، تخصیص منابع، رهبری نظام عرضه خدمات و تحول در آن^{۳۱}
- مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرضه خدمات، ارائه نوآوریها در طراحی و ارائه خدمات و پیش بینی تحولات آتی نظام عرضه خدمات^{۲۴،۱۵}
- حضور نظام آموزشی در کلیه سطوح و عرصه های نظام عرضه خدمات به منظور آموزش و ارائه خدمت^{۱۷، ۱۵-۱۲}
- خروج پژوهش از چهار دیواری آزمایشگاه های دانشکده های پزشکی و ورود به عرصه های گسترده نظام عرضه خدمات و جامعه^{۲۵،۸}
- موارد بالا نشان می دهد که در پرتو ادغام، عملاً مرز های سنتی نظام آموزشی با جامعه و نظام عرضه خدمات برداشته می شود. مهمتر از آن، نظام آموزشی «قرارداد اجتماعی» به فراموشی سپرده شده خود با جامعه را احیا می کند و همه نبوغ و منابع خود را برای عمل به مسئولیت اجتماعی و پاسخگویی به نیازهای جامعه بکار می گیرد. در شرایط ادغام، نظام آموزشی نه از طریق نظام عرضه خدمات و نه در کنار نظام عرضه خدمات به رسالت خود عمل می کند، بلکه پیشاپیش نظام عرضه خدمات و با

می کند. با این توضیح اهم شرایط لازم برای تحقق ادغام به قرار زیر است^{۳۸،۲۲،۱۹،۱۱،۷،۱}:

- آگاهی از نیاز به تغییر و فراهم کردن الزامات سیاسی و قانونی برای ادغام
- اراده و تصمیم سیاسی برای ادغام
- رهبری، پشتیبانی و دفاع از ادغام
- مدافعین و حامیان ادغام در سطوح سیاستگذاری و اجرایی
- استقرار فلسفه یک سیستم، یک مسئولیت
- ایجاد نگرش و ارزشهای حمایتی و استقرار فرهنگ ادغام
- تدارک سیاستها، راهبرد ها و اهداف روشن و مشخص برای ادغام
- تبیین اصول تعامل و ارتباط بین دو سیستم و بین افراد حرفه ای
- معیار های ادغام برای انتخاب وظایف و ارزیابی عملکرد سیستم ها و افراد
- تخصیص منابع
- دانش مشترک و مهارت وانگیزه در افراد درگیر ادغام
- تمرکز بر فرایندها و افراد حرفه ای برای ایجاد تغییر
- جوعتماد و احترام به یکدیگر
- ابزار مدیریت اطلاعات کارآمد

پیامدهای ادغام (Consequences)

اگر بخواهیم اصلی ترین پیامد ادغام را برای نظام آموزشی نام ببریم، آن عبارت است از این که آموزش، پاسخگوی نیازهای جامعه خواهد شد^{۲۳،۶۵}. این امر، در ابعاد کمی و کیفی تربیت نیروی انسانی، ایجاد تعادل بین ترکیب انواع نیروی انسانی مورد نیاز جامعه، تربیت نیروی انسانی در نزدیک ترین مکان به صحنه زندگی مردم، توجه به همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعه، نوآوری در کاربرد روشهای آموزشی و درگیر شدن نظام آموزشی در معماری نظام عرضه خدمات با همه پیچیدگیها و دشواریهایی که دارد. پیامد مهم ادغام برای نظام عرضه خدمات

تحلیل مفهوم ادغام

مطالعات دیگری است. بنابراین با برداشتن گام اول، یعنی تعریف ادغام، راه برای مطالعات بیشتر و مداخلات برای ارتقای وضع موجود، هموار شده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از جناب آقای دکتر عقلمند که در جستجوی منابع علمی کمک شایان توجهی کرده اند تشکر می کنم. از معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همکاران ایشان و نیز از سرپرست و کارکنان کتابخانه و مرکز اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که شرایط را برای جستجوی منابع فراهم آوردند کمال تشکر را دارم.

رهبری تحولات مربوط به سلامت جامعه، شرایط را برای تحقق رسالت خود و رسالت نظام عرضه خدمات فراهم می سازد.

نتیجه گیری

تحلیل ادغام به روشن شدن ابعاد آن منجر شد. ادغام فرایند ترکیب اجزا و عناصر جدا از هم برای ایجاد یک کل یکپارچه می باشد. در این تعریف چهار ویژگی مهم ادغام، یعنی فرایند، ترکیب، تعامل و کل یکپارچه، به وضوح، به طور منطقی و قابل درک گنجانده شده اند. با روشن شدن معنی مفهوم ادغام، می توان شاخص(هایی) را برای ارزیابی وضعیت موجود ایجاد نمود که خود مستلزم

References :

1. Ajlouni K. Partnership: health services and medical education. *Medical Education* 1995; 29(supplement 1): 61-62.
2. Al-Refai AM. Exploring models of cooperation. *Medical Education* 1995; 29(supplement 1): 53-55.
3. Batterham R, Southern D, Appleby N, Elsworth G, Fabris S, Dunt D, Young D. Construction of a GP integration model. *Social Science & Medicine*, 2002; 54: 1225-1241.
4. Berer M. Integration of Sexual and Reproductive Health Services: a health sector Priority *Reproductive Health Matters* 2003; 11: 6-15.
5. Boelen C. Adapting Health Care Institutions and Medical Schools to Societies' Needs. *Acad. Med.* 1999; 74(supplement): S11- S20.
6. Boelen C. Prospects for Change in Medical Education in the Twenty- first Century. *Acad. Med.* 1995; 70(supplement): S21-S28.
7. Burke LM. The process of integration of schools of nursing into higher education. *Nurse Education Today* 2006; 26: 63- 70.
8. Cappon P, Watson D. Improving the social Responsiveness of Medical Schools: Lessons from the Canadian Experience. *Acad. Med.* 1999; 74(supplement): S81- S90.
9. Dick MLB, King DB, Mitchell GK, Kelly GD, et al. Vertical Integration in Teaching and Learning (VITAL): an approach to medical education in general practice. *MJA* 2007; 187: 133-135.
10. Duncan C, Cloutier JD, Bailey PH. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 58: 293-300.
11. Dunt D, Elsworth G, Southern D, Harris C, potiriadis M, Young D. Individual and area factors associated with general practitioner integration in Australia: A multilevel analysis. *Social*

- Science & Medicine, 2006; 63: 680-690.
12. Editorial. A curriculum should meet future demands. *Medical Teacher* 1999; 21: 127-129.
 13. Editorial. Integration of medical education and the health care system. *Medical Education* 1996; 30: 1-2.
 14. Editorial. Outcomes in medical education must be wide, long and deep. *Medical Teacher* 1999; 21: 125-126.
 15. Editorial. The need for more efficacy and relevance in medical education. *Medical Education* 1996; 30: 235- 238.
 16. Evanoff R. Integration in intercultural ethics. *International Journal of Intercultural Relations*. 2006; 30: 421-437.
 17. Friedman CP. The marvelous medical education machine or how medical education can be "unstuck" in time. *Medical Teacher* 2000; 22: 496- 502.
 18. Garcia-Barbero M. Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. *Medical Education* 1995; 29: 3- 12.
 19. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science & Medicine*, 2005; 61: 1785-1794.
 20. Harden A. Reproductive Health Care in the Netherlands: would Integration Improve It? *Reproductive Health Matters* 2003; 11: 59-73.
 21. Iglehart J. Forum on the Future of Academic Medicine: Session III- Getting from Here to There. *Acad. Med.* 1998; 73: 146-151.
 22. Jong ID, Jackson C. An evaluation for a new paradigm-health care integration. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2001; 7: 71-79.
 23. Ledingham IM, Harron D, Walton H. Towards Partnership: Health Care Delivery and Medical Education: A Blueprint for Change. *Medical Education* 1995; 29(supplement 1): 1-2.
 24. Ledingham IM, Lanpher JH. Role of the medical school. *Medical Education* 1995; 29(supplement 1): 31-36.
 25. LewKonia R. The functional relationships of medical schools and health services. *Medical Education* 2002; 36: 289-298.
 26. Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, Simpson JC. Educating Future Physicians for Ontario. *Acad. Med.* 1998; 73: 1133- 1148.
 27. Nichol D. The managerial revolution: medicine as a business. *Medical Education* 1995; 29(supplement 1): 41- 43.
 28. O'Keefe M, White D, Spurrier N, Fox N. An inter- university community child health clinical placement programme for medical students. *Medical Education* 2001; 35: 384- 390.
 29. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Health Services in a reforming health Sector: The Case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003; 11: 37-48.
 30. Oxford ADVANCED LEARNER'S Dictionary. Oxford University Press. 2005.
 31. Rabkin MR. A Paradigm Shift in Academic Medicine. *Acad. Med.* 1998; 73: 127- 131.
 32. Rundall TG, Shortell SM, Alexander JA. A Theory of Physician-Hospital Integration: Contending Institutional and Market Logics in the health Care Field. *Journal of Health and Social Behavior*, 2004; 45: 102-117.
 33. Seifer SA. Service- Learning: Community- Campus Partnerships for Health Professions Education. *Acad. Med.* 1998; 73: 273- 277.
 34. Southern DM, Young D, Dunt D, Appleby NJ, Batterham RW. Integration of primary health care services: Perceptions of Australian general practitioners, non- general practitioner health service providers and consumers at the general practice- primary care interface. *Evaluation and Program Planning* 2002; 25: 47- 59.
 35. Sylla L, et.al. Integration and co-location of HIV/AIDS, Tuberculosis, and drug treatment services. *International Journal of*

تحلیل مفهوم ادغام

Drug Policy, 2007(in press).

36. Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing (4th Ed.). Upper Saddle, New Jersey, Pearson Education, Inc.,2005.

37. Wallace A. Educating Tomorrow's Doctors: The Thing That Really Matters Is That We Care. Acad. Med. 1997; 72: 253-258.

38. Walowitz PA, Jellen BC, Hanold K, Lee GF, Ropp AL, Lucas VA. Desperately Seeking Synergy: The Journey to Systems Integration of Women's health Services. WOMEN HEALTH ISSUES 2000; 10(4): 161-177.

39. Wear D, Castellani B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. Acad. Med. 2000; 75: 602- 611.

40. Westra BL, Rodgers BL. Integration: A concept for evaluating outcomes of nursing care. Journal of Professional Nursing, 1991; 7: 277- 282.

41. Whittemore R. Analysis of Integration in Nursing science and Practice. JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 2005; 37: 261-267.

42. Wijngaarden HDH van, Bont AA de, Huijsman R. Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care. Health Policy 2006; 79: 203-213.

Archive of SID