

مقاله پژوهشی:

آینده ملی نظام سلامت مبتنی بر رویکرد تحلیل لایه‌ای علت‌ها با تأکید بر تمدن نوین اسلامی

[20.1001.1.74672588.1400.5.19.4.0](https://doi.org/10.21861/2020.1.74672588.1400.5.19.4.0)

عبدالکریم اسمعیلی^۱، مرتضی ایزدی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۰

چکیده

آینده نظام سلامت در هر کشوری چیزی جدای از تمدن‌سازی آن نیست و آنچه تمدن‌ها را به‌طور حقیقی از هم جدا می‌کند، جهان‌بینی و سبک زندگی حاکم بر آن کشورهاست، بنابراین لحاظ کردن جهان‌بینی در سیاست‌گذاری عرصه سلامت امری اجتناب‌ناپذیر است. رویکرد تحلیل لایه‌ای علت‌ها به‌عنوان رویکردی تفسیری در آینده‌پژوهی و به‌عنوان رویکردی که نقش جهان‌بینی را در ساخت آینده دارد، می‌توان از طریق آن به ارتقای فهم کنشگران کلیدی نظام سلامت در ساخت آینده مرجع این نظام و درک چالش‌های واقعی امروز کمک کرد. هدف این تحقیق ارائه راهکار عملیاتی برای تحول در ساختار نظام سلامت کشور در مسیر تمدن‌سازی نوین اسلامی است. در این تحقیق با استفاده از رویکرد مکتب لاپروسپکتیو و فرایند حاکم بر نرم‌افزار مکتور به تحلیل اهداف آینده‌ساز نظام سلامت و کنش بازیگران از طریق مصاحبه عمیق با ۲۵ نفر از خبرگان نظام سلامت کشور پرداخته است. در حال حاضر در میان اهداف چهارگانه، گفتمان دانشگاه و سازمان حکمت بنیان تنها هدفی است که از آن می‌توان به‌عنوان بستری برای تحقق سایر اهداف استفاده کرد. از این رو می‌طلبد وزارت بهداشت به دلیل دارا بودن وظیفه تولید نظام سلامت با تکیه بر رویکرد سلامت‌محوری به جای بیماری‌محوری و با گفتمان سازمان و دانشگاه حکمت بنیان، نظام سلامت کشور را در مسیر تمدن‌سازی نوین اسلامی قرار دهد.

کلید واژه‌ها: نظام سلامت، رویکرد تحلیل لایه‌ای علت‌ها، تمدن نوین اسلامی

۱. دانشجوی دکتری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله - مرکز جامع ژنتیک نور، نویسنده مسئول، رایانامه:

socialization2050@gmail.com

۲. هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

عرصه بهداشت و طب عرصه‌ای از عرصه‌های تمدنی و عضوی از پیکر یک تمدن است. بنابراین، به وضوح می‌بینیم که سبک‌ها و الگوهای بهداشت و طب در هر تمدنی متفاوت از تمدن دیگر بوده و هماهنگ با جهان‌بینی پدید آورنده آن تمدن است. برای مثال، طب و بهداشت چینی و ایرانی و غربی حقیقتاً سه الگوی طب و بهداشت هستند که اختلافات مبنایی کاملاً واضحی با یکدیگر دارند؛ البته هر سه نیز در جای خود، دستاوردهایی دارند. سخن درباره درست یا نادرست بودن یا میزان کارآمدی این الگوها نیست، بلکه صحبت آن است که هر کدام از اینها، تکیه بر یک جهان‌بینی خاص دارند و نمود یک تمدن خاص هستند. بنابراین، تبعیت از هر کدام از این الگوها، به مرور ما را در دامن تمدن و جهان‌بینی پدید آورنده آن الگوی خواهد انداخت (ایمانی، ۱۳۹۱: ۲۲). جهان‌بینی در سلامت از آنجا اهمیت می‌یابد که به‌عنوان مبنایی برای تعیین سبک زندگی بکار می‌رود. «رابطه مستقیمی بین جهان‌بینی و سلامت وجود دارد. با ارتقاء و بهبود بعضی سبک‌های خاص زندگی و خلق محیطی که در آن این سبک‌های زندگی تقویت شوند، جهان‌بینی‌ها قادر به تعیین وضعیت سلامت افراد و جوامع هستند. اما همچنین جهان‌بینی‌ها ماتریسی را شکل می‌دهند که تلاش‌هایی جهت یافتن درمان بیماری‌ها و بهبود سلامتی در آن دیده می‌شود. در نتیجه پزشکی و طب فرزند بلاواسطه جهان‌بینی است (سردار، ۲۰۰۳: ۳۰۱). پزشکی یک استاندارد مطلق نیست بلکه روش انجام کارهای پزشکی در یک جهان‌بینی است» (Ibid: 304).

در عرصه سلامت، علوم مربوط به سلامت فردی مورد توجه قرار گرفته و توجه کمتری به علوم اجتماعی و حاکمیتی و همچنین گفتمان علوم شده است. بنابراین این عرصه نیازمند تغییر اساسی در ساختار، گفتمان و لایه‌های معنایی است. بنابراین، بعضی از مراکز مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی، مرکز الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت، باید به لایه‌های داخلی به‌ویژه لایه گفتمانی در ایجاد یک انقلاب فرهنگی زمینه سلامت و ایجاد یک

ساختار متناسب با گفتمان انقلاب اسلامی توجه بیشتری کنند. علاوه بر اینها باید بر علوم مرتبط با این لایه‌ها نیز تأکید ورزید (پورحسینی، ۲۰۰۷: ۷).

در کشور ما انعکاس جهان‌بینی اسلامی که خود متأثر از استعاره‌ها و مفاهیم کلیدی است را در لایه‌های نظام‌مند عرصه‌های سلامت می‌توان درک و سپس آن را تبدیل به یک رویکرد گفتمانی در نظام سلامت کشور کرد. این گفتمان به مرور رویکرد فعلی سلامت کشور را که بر گرفته از نظام فناورانه و بازار محور نئولیبرالی است، کمرنگ کرده و در عوض رویکرد اجتماعی با پیامد عدالت در ارائه خدمات سلامت و توجه به همه مولفه‌های جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی را جایگزین آن می‌کند. با توجه به مطالب ارائه‌شده، مسئله اصلی اینجاست که از یک‌سو با توجه به ابهام و پیچیدگی حرکت آینده‌نگر نظام سلامت و از سوی دیگر با توجه به مدیریت پروژه‌ای و تفکر خطی حاکم بر این حوزه، چگونه می‌توانیم با نگاه تمدنی، ساختار مطلوبی برای نظام سلامت داشته باشیم؛ به گونه‌ای که علاوه بر فهم نظامی و همه جانبه از نظام سلامت بتوانیم به صورت نظام‌مند به حل مسائل کلیدی و تدبیر این نظام پردازیم به نحوی که در کنار ارائه عادلانه مراقبت‌های سلامت شهروندان بتوانند به آسودگی جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی دست پیدا کنند؟ هدف از این تحقیق، کمک به تحول در ساختار نظام سلامت کشور از طریق ارتقای فهم سیاست‌گذاران به وسیله رویکرد تحلیل لایه‌های علت‌ها و در جهت تقویت کردن بسیج منابع مادی و انسانی برای نیل به آینده مطلوب این نظام است.

مبانی نظری و پیشینه‌شناسی تحقیق

روش تحلیل لایه‌های علت‌ها

روش تحلیل لایه‌های علت‌ها به عنوان یک نظریه به دنبال ترکیب و یکپارچه‌سازی دیدگاه‌های تجربی، تعبیری انتقادی و یادگیری حین عمل است و کاربرد آن به عنوان یک روش به معنای پیش‌بینی آینده نیست بلکه به معنای خلق فضاهای متحول ساز برای خلق آینده‌های بدیل است و احتمالاً در توسعه یک سیاست مؤثرتر عمیق‌تر و جامع‌تر و

بلندمدت مفید است. تحلیل لایه‌ای علت‌ها شامل ۴ سطح لیتانی، علل اجتماعی، گفتمان/ جهان‌بینی، اسطوره/ استعاره است (عنایت‌الله، ۲۰۰۷: ۹). تحلیل لایه‌ای علت‌ها نگاه عمیقی به آینده دارد. لیتانی آینده (پیش‌نگری‌ها، بیرونی‌ترین سطح آینده) با اکتشاف این امر که چگونه پیش‌نگری‌ها به ابعاد دیگر مثال اجتماعی، سیاسی، فرهنگی - سطح نظام‌مند وابسته است مورد پرسش قرار می‌گیرد. این دیدگاه نظام‌مند در جهان‌بینی‌ها قرار دارد. آنها پارادایم‌های عمیق‌تر نحوه‌ی نگرستن تمدن‌ها به خود، دیگران، آینده، زمان و فضا هستند. سرانجام اینکه جهان‌بینی مبتنی بر یک داستان، اسطوره یا استعاره است. تحلیل لایه‌ای علت‌ها به اکتشاف این سطوح چندگانه آینده می‌پردازد و اطمینان می‌دهد که باید در گام نخست آینده را به صورت لایه‌ای دید. در گام دوم باید آینده را پیچیده دید و در گام سوم اینکه می‌توان از طریق فضاهای مختلف وارد آینده شد و چهارم اینکه آینده از سطوح مختلف تشکیل شده است. تحلیل لایه‌ای علت‌ها لیتانی یک آینده خاص را با قرار دادن آن در نظام‌ها، جهان‌بینی‌ها و اسطوره‌ها متحول می‌سازد. در نتیجه می‌توان آینده‌ای را که ساختار شکنی شده با حرکت به سمت یک نظام، جهان‌بینی یا اسطوره‌ی بدیل، بازسازی کرد. از منظر آموزشی این امر مفید است زیرا افراد دارای تمایل و گرایش به سمت سطوح خاص هستند. این روش تحلیل به آنها کمک می‌کند که نه تنها سطح خود بلکه همچنین ارتباط نحوه نگرستن به آینده با دورنماهای دیگر را ببینند. همچنین به خارج شدن از فضای خاص ذهنی خود از آینده یعنی لیتانی، نظام، جهان‌بینی یا اسطوره کمک می‌کند (عنایت‌الله، ۲۰۰۷: ۵۰).

گلن به نقل از عنایت‌الله می‌گوید: در بررسی نظام سلامت کنونی، تلاش‌هایی برای یافتن ناکارآمدی آن صورت گرفته است (دومین سطح در چارچوب تحلیل لایه‌ای علت‌ها)، اما به مسئله عمیق‌تر رابطه طولی میان پزشک و بیمار که اصل موضوع کیفیت و سلامت است، بسیار کمتر پرداخته می‌شود. در این معنا، تحلیل لایه‌ای علت‌ها خواهان رویکرد طولی است که در آن لایه‌های عمیق‌تر می‌توانند لایه‌ی لیتانی را مورد اعتراض قرار دهند، بگشایند و به چالش بکشند. (گلن، ۲۰۰۳: ۹۹ و ۱۰۰)

نظام سلامت

سازمان بهداشت جهانی همه سازمان‌ها، افراد و فعالیت‌هایی که قصد اولیه آن حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت است را نظام سلامت می‌گوید (دبلیو.اچ.او، ۲۰۰۹: ۳۰). اهداف نظام سلامت عبارتند از: تامین سلامت، افزایش رضایت و ایجاد عدالت و چهار کارکرد اصلی آن شامل: تولید، تامین منابع مالی، تولید منابع و ارائه خدمات است (پورشیروانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳). عنایت‌الله و همکاران (۲۰۱۵) جهت‌گیری حاکم بر آینده نظام سلامت را در پروژه‌ای تحت عنوان «آینده‌نگری مراقبت سلامت - شناسایی ابر روندها» در قالب روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها به شرح زیر آورده است:

۱. جابه‌جایی از رویکرد بیماری محوری به سوی سنجش آسودگی و سلامت محوری
۲. جابه‌جایی از نظام درمان‌نگری به نظام مراقبت‌نگری
۳. تغییر عمیق ناشی از ایدئولوژی در فرهنگ نظام سلامت
۴. تغییر عمیق در استعاره و داستان مراقبت از سلامت (عنایت‌الله و همکاران، ۲۰۱۵: ۴).

۱. رویکرد سلامت محوری به عنوان واقعیت و لیتانی حاکم بر نظام سلامت آینده

در عصر امروزی دو رویکرد بر نظام سلامت حاکم است: ۱- رویکرد بیماری محوری که در آن علت سلامتی از بیرون و نبود عامل پاتوژن، جهت دانش پزشکی را در بستر **بیومدیکال** و مهم‌ترین سیاست را در پیشگیری جستجو می‌کند. ۲- رویکرد سلامت محوری که در آن علت سلامتی از درون و بودن عوامل **سالوتوژنیک**، جهت دانش پزشکی در بستر انسانی و مهم‌ترین سیاست در ارتقای سلامت پیگیری می‌شود (بولین، ۲۰۱۵: ۱۶). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که در کشور جمهوری اسلامی ایران نیز به دلیل خیل عظیم سالمندان در آینده، اتخاذ جهت‌گیری سلامت و تندرستی محوری به جای جهت‌گیری بیماری محوری ضرورت انکارناپذیری دارد.

طبق نتایج یک رساله در سال ۱۳۹۵ نشان داد که نظام فعلی مراقبت‌های سالمندان پاسخگوی نیازهای سالمندان و خیل عظیم سالمندان در آینده نیست و برای اینکه بتواند پاسخگوی نیازهای اختصاصی سالمندان آینده باشد نیازمند یک بازطراحی و با سازمان‌دهی با در نظر گرفتن تمامی ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذاری است که تاکنون مدنظر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نبوده است. از این رو بایستی کلان‌روندهای حوزه علم و فناوری و نیز تغییرات پارادایمی دانش پزشکی را رصد کرده و با تدوین راهبردهای کنش‌پذیر، بنیان‌برافکن و مرزشکن با پذیرش انقلاب دیجیتال^۱ و اطلاعاتی مسیر لازم برای تبدیل شدن نظام سلامت از بیماری محور به تندرستی (سلامت) محور را مهیا کرد (گوهری نژاد، ۱۳۹۵). ماحصل سلامت محوری زندگی طولانی سالم و با کیفیت است.

۲. گفتمان سازمان و دانشگاه حکمت‌بنیان به عنوان گفتمان ایدئولوژیک حاکم بر

نظام سلامت آینده

طب شاخه‌ای از معرفت است که در حالات تندرستی و بیماری در تن آدمی نظر می‌کند و با استفاده از وسایل شایسته سلامتی (حالت تعادلی که تندرستی نامیده می‌شود) را نگاه می‌دارد و چنانچه زایل شده باشد آن را باز می‌گرداند. اصل موضوع، حیات است. از مشکلات پیچیده برقراری رابطه منطقی با این حیطه‌ها، نظیر روح ذهن و نفس و جسم فیزیکی انسان است (رضایی، ۱۳۹۷: ۱۲۷). در جهان‌بینی اسلامی این رابطه در بستر حکمت اسلامی به بهترین نحو ترسیم می‌شود. «حکمت اسلامی مبتنی بر نظامی عقلانی است که بر مسیر توحید طی طریق می‌کند. نظم حکمی اسلامی از یک سو باید به واقعیت جامعه اسلامی نگاه کند و از سوی دیگر به دنبال اعتباریابی خود از سطوح جهان‌بینی باشد. در تطابق با سنت الهی، هم عقلانیت انسانی به رسمیت شناخته می‌شود و هم عقلانیت مبتنی بر اراده جمعی. در این سنت خلاقیت به نفع عقلانیت، یا بالعکس، عقلانیت به نفع خلاقیت کنار زده نمی‌شود. انسان موجودی مختار است که این اختیار خود را باید در چارچوب نظامی اجتماعی که قیاس عقلانی به آن رسمیت می‌بخشد در آورد. بدین ترتیب، نه عقلانیت افراطی (همچون مدرنیست‌ها) و نه خلاقیت افراطی (شبهه پست مدرنیست‌ها) در این الگو

جایگاهی ندارند. عدل در اینجا به معنای حرکت بر مسیری است که اختیار انسان در کنار عقلانیت جمعی به رسمیت شناخته می‌شود. این حرکت مبتنی بر سنت غیرقابل تغییر الهی در نظام خلقت است» (ایمان، ۱۳۹۴: ۳۰۶).

به‌طور کلی می‌توان نقش حکمت را در عرصه سازمانی و دانشگاهی نظام سلامت در سه فرایند تربیت و آموزش - پژوهش، نوآوری و کارآفرینی - پذیرش و انجام مسئولیت‌های اجتماعی خلاصه کرد. در همین زمینه نجاران طوسی در رساله خود در سال ۱۳۹۶ الگوی پیشرفت حکمت‌بنیان دانشگاه‌ها را در سه فرایند زیر اینگونه آورده است: ۱- فرایند تربیت و آموزش: همراه کردن و تلفیق علم و حکمت به‌منظور ایجاد وحدت باطن و ظاهر ۲- فرایند پژوهش، نوآوری و کارآفرینی: ایجاد پیوستگی و یکپارچه کردن نظر و عمل (تکمیل چرخه ایده تا محصول و کسب ثروت) ۳- فرایند پذیرش و انجام مسئولیت‌های اجتماعی: ایجاد هم‌افزایی بین منافع فردی و مصالح جمعی با ترجیح جمع بر فرد (نجاران طوسی، ۱۳۹۶: ۴۱۲).

۳. نظام اجتماعی سلامت به‌عنوان نظام جامع و مراقبت‌نگر آینده

سلامت یک پدیده پیچیده است و می‌توان از زوایای بسیاری به آن نزدیک شد. در دهه‌های اخیر، برنامه‌های بین‌المللی سلامت تمایل به نوسان بین دو نظام دارد: ۱- نظام مبتنی بر مداخلات به‌شدت محدودشده سلامت و پزشکی به فناوری (این رهیافت کاملاً درمان‌نگر است) ۲- یک نظام از سلامت به‌عنوان یک پدیده اجتماعی، که نیاز به اشکال پیچیده اقدامات بین‌المللی دارد و گاهی اوقات با عدالت اجتماعی گسترده ارتباط دارد (سولار و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۰). در این نظام حاکمیت، سیاست‌های کلان اقتصادی، اجتماعی، عمومی و فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی به‌عنوان ورودی نظام، پدیده‌های اجتماعی مثل تغذیه، محیط زیست، تحصیلات و... به‌عنوان فرایند نظام و در نهایت عدالت و آسودگی به‌عنوان پیامدهای این نظام مطرح می‌باشند (Ibid: 6). در همین زمینه ضرورت پرداختن نظام سلامت کشور به سیاست‌های اجتماعی به‌عنوان نیاز آینده این نظام در رساله دکتری آقای کوهساری خامنه (۱۳۹۶) مورد تأکید قرار گرفته است. ایشان در نتیجه رساله

خود چنین می‌گوید: ضرورت پرداختن به سیاست‌های اجتماعی به‌جای مراقبت‌های درمانی اکنون پیش از هر زمان دیگر به‌چشم می‌خورد. پیچیدگی پیرامونی نظام سلامت و تأثیرگذاری پیامدهای آن بر روی زندگی مردم، ضرورت دور شدن از اقدامات و رویکردهای درمانی و پرهزینه به سمت سیاست‌ها و اقدامات اجتماعی با همکاری همه بخش‌ها را نشان می‌دهد (کوهساری، ۱۳۹۶: ۲).

۴. آسودگی به‌عنوان استعاره و مفهوم کلیدی

آسودگی در تحقیقات علمی به‌عنوان یک استعاره کلیدی در تعریف سلامت با تأکید بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و با جهت‌گیری مطالعات بین‌پارادایمی به‌کاررفته است (تانکوانچی، ۲۰۱۸: ۲۲). خود‌اظهاری مردم در موضوع آسودگی در حال تبدیل شدن به یک بحث داغ در سیاست‌های عمومی و اقتصاد است و آسودگی مردم به‌عنوان یک موضوع بسیار جدی و به‌مثابه نفس برای جامعه در حال ظهور است (استپتو و همکاران، ۲۰۱۵: ۱ و ۲). آسودگی مشخص‌ترین مفهوم در تعریف سلامت از سوی سازمان بهداشت جهانی است. «سلامت یک حالت کامل از آسودگی جسمی، روانی و اجتماعی است نه صرفاً فقدان بیماری» (تانکوانچی، ۲۰۱۸: ۲۲). آسودگی به‌عنوان کلیدی‌ترین مفهوم (و استعاره) در تعریف سلامت از طریق یک نگاه جامع به همه ابعاد آن میسر می‌شود. جالب‌توجه است که حکیم نظامی گنجوی هم در کتاب نفیس پنج‌گنج خود، سلامت را حول همین محور تعریف کرده است و صراحتاً می‌گوید: سلامت به اقلیم آسودگی است (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۰۰). آسودگی یک مفهوم ارزشی و اصلی در سلامت بهینه است (چنگ، ۲۰۰۲: ۴۹۰).

تمدن نوین اسلامی

قاسمی به نقل از ذوعلم (۱۳۸۷) نقل می‌کند که تمدن نوین اسلامی یکی از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین گفتمان‌هایی است که توسط رهبر اندیشمند انقلاب اسلامی، به‌عنوان بلندترین

1. Tankwanchi
2. Steptoe, et al,
3. Chang

آرمان امت اسلام ارائه شده است؛ آرمانی که ملت ایران با انقلاب اسلامی سنگ بنای آن را نهاد (قاسمی، ۱۳۹۴: ۸۲). همچنین رهبر فرزانه انقلاب اسلامی در دیدار جوانان خراسان شمالی در تاریخ ۱۳/۷/۱۳۹۱ پیشرفت همه‌جانبه را به معنای تمدن - سازی نوین اسلامی دانسته و هدف ملت ایران و انقلاب اسلامی را ایجاد تمدن نوین اسلامی می‌داند. معظم‌له در همین دیدار می‌فرمایند، تمدن نوین اسلامی دو بخش دارد: یک بخش ابزاری که می‌توان آن را بخش سخت‌افزاری دانست؛ از قبیل: علم، اختراع، صنعت، سیاست، اقتصاد، اقتدار سیاسی و نظامی، اعتبار بین‌المللی، تبلیغ و ابزارهای تبلیغ که همه وسیله‌اند. دیگری بخش حقیقی، نرم‌افزاری و اصلی تمدن است که همان سبک زندگی، متن زندگی، عقل معاش و فرهنگ زندگی است (قاسمی، ۱۳۹۴: ۸۲). ضرورت آینده‌پژوهی در عرصه‌های تمدنی اسلاتر هدف نهایی آینده‌پژوهی را ساخت بنیان‌های جدید تمدنی می‌داند (اسلاتر، ۲۰۰۲: ۳۴۹). همچنین ایشان تأکید دارد که آینده‌پژوهی **کاتالیزور** تمدن‌سازی است (Ibid, 363). عنایت‌الله مفهوم آینده‌پژوهی تمدنی را در مرکز رویکرد تعبیری و انتقادی قرار می‌دهد و معتقد است پژوهش‌های تمدنی دسته‌بندی‌های فعلی را به چالش می‌کشد؛ زیرا آنها اغلب مبتنی بر تمدن غالب هستند (به خصوص تمدن غرب در ۵۰۰ سال اخیر) و ما را آگاه می‌سازد که در پشت سر سطح واقعیت تجربی، واقعیت فرهنگی و پشت سر آن جهان‌بینی وجود دارد (عنایت‌الله، ۲۰۰۷: ۱۸). همچنین ایشان به نقل از پورتر (۱۹۸۰) می‌گوید: «هدف نهایی آینده‌پژوهی گشودن فضاهاى ذهنی مولد، پیشگامان نوآوری‌های اجتماعی عمیق، در کنار یکدیگر و خلق بنیان‌های مراحل پیشرفته‌تر زندگی متمدن است» (عنایت‌الله، ۲۰۰۷: ۱۸).

رهیافت تمدنی حاکم بر سازمان‌ها و دانشگاه‌های عرصه سلامت

سازمان بهداشت جهانی با توجه به رویکرد تمدنی دو رهیافت بر طب حاکم می‌داند، یکی رهیافت فرهنگ‌گرا تحت عنوان طب سنتی و دیگری رهیافت فناوری‌گرا تحت عنوان طب مدرن و در نهایت این سازمان تلفیق دو رهیافت را به شرط انجام تحقیقات برای ارائه شواهد کافی جهت ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی ممکن دانسته و برای ارزیابی نقش

طب سنتی در حفظ سلامت، توسعه سیاستگذاری در حوزه طب سنتی و با رویکرد علمی را لازم می‌داند (دبلیو.اچ.او، ۲۰۰۰: ۴).

از آنجایی که جهان‌بینی، محوری‌ترین عنصر ساخت تمدن است، می‌توان ساخت آینده نظام سلامت کشورها را با تأکید بر تمدن‌سازی با رویکرد جهان‌بینی مورد مذاقه قرار داد. جدول شماره ۱ گویای مطلب مذکور است:

جدول شماره ۱: هدف از مطالعه آینده نظام سلامت کشورها با تأکید بر جهان‌بینی

کشور	جهان‌بینی	هدف از مطالعه آینده نظام سلامت	منبع
آمریکا	لیبرالیستی	برابری در ارائه خدمات سلامت با تأکید بر پدیده‌های اجتماعی	Robert Wood Jonson Foundation, 2014
بنگلادش	سوسیالیستی	بالا بردن هزینه عدم مراقبت فرد از خودش و پایین آوردن هزینه مراقبت از سوی مراکز ارائه خدمات سلامت	Inayatullah, 2011
نروژ	مختلط	توسعه رویکرد مراقبت‌نگری به جای درمان‌نگری و گفتن خانه امن‌ترین مکان برای پیران و افراد با کاهش توانایی است.	Dutch National Institute for Public Health, 2018

روش‌شناسی تحقیق

در این تحقیق از جهت‌گیری پس‌نگری^۱ در مطالعه آینده نظام سلامت استفاده شده است. «پس‌نگری از آینده آغاز می‌شود اما درنهایت ما را به زمان حال بازمی‌گرداند. از منظر حضور در آینده، گذشته مملو از روندها و رویدادها است. پس‌نگری در آینده حضور می‌یابد و سپس از روندها و رویدادها جهت توسعه راهبرد و یادگیری حین عمل استفاده می‌کند. آینده مطلوب که ممکن است به نظر دست‌نیافتنی برسد، ناگهان ممکن است باورپذیر بشود» (عنایت‌الله، ۲۰۰۷: ۵۱). برای حرکت در مسیر آینده سلامت کشور با تأکید بر عرصه تمدنی ابتدا با رویکرد تحلیل لایه‌ای علت‌ها آینده مرجح نظام سلامت کشور در قالب اهداف علی از طریق منابع دست اول همچون رساله‌ها در قسمت مبانی تحقیق تبیین

شدند. سپس با استفاده از رویکرد لاپراسپکتیو و الگوی حاکم بر نرم‌افزار آن چالش‌های فعلی نظام سلامت از طریق ارتباطی که بین کنشگران این نظام و اهداف مذکور وجود دارد، مشخص شده‌اند. در چارچوب رویکرد لاپراسپکتیو که مجموعه‌ای از روش‌های مختلف آینده‌پژوهی است، یکی از روش‌های جامع تحلیل بازیگران ارائه شده است. این روش «مکتور» نام دارد و آینده‌پژوه فرانسوی مایکل گوده و فرانسیس بورس (۱۹۸۹-۱۹۹۰) آن را معرفی کرده‌اند. در این روش دو هدف اصلی دنبال می‌شود. نخست، طبقه‌بندی بازیگران بر مبنای تاثیرگذاری و تاثیرپذیری نسبی آن‌ها از یکدیگر که داده‌های مربوط به آن به کمک ماتریس اثرات مستقیم بازیگران بر یکدیگر فراهم می‌شود. هدف دوم شناسایی موضع‌گیری هر یک از بازیگران نسبت به هدف/اهداف، اولویت‌ها یا مسائل کلیدی است و برای رسیدن به این هدف از ماتریس دویخشی استفاده می‌شود (طالبیان، ۱۳۹۵: ۵).

در مورد انتخاب نمونه «گاهی اوقات نوع تحقیق ایجاب می‌کند که به‌جای به‌دست‌آوردن اطلاعات از نمونه‌های در دسترس، از افراد یا گروه‌های خاص استفاده کرد. این بدان دلیل است که گاهی اطلاعات به‌گونه‌ای است که فقط در اختیار این افراد است و یا اینکه ماهیت پژوهش ایجاب می‌کند که نمونه با نظر محقق انتخاب شود» (کردلویی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۰۱). در این تحقیق به‌جای به‌دست‌آوردن اطلاعات از نمونه‌های در دسترس، اطلاعات را از افرادی که قادر هستند اطلاعات مطلوب را ارائه کنند استفاده شده است و دارای شاخص‌هایی همچون داشتن حداقل مدرک دکتری عمومی، دارا بودن تجربه عملی در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت، داشتن تجربه پژوهش و تحقیق و برخوردار از تجربه مدیریت مراکز علمی و تحقیقاتی، داشتن نگاه راهبردی و دیدگاه آینده‌نگری و در نهایت تمایل جهت همکاری در پژوهش بوده‌اند.

در مورد تعداد خبرگان در زمانی که محقق به شیوه هدفمند نمونه را انتخاب می‌کند در منابع عدد خاصی ذکر نشده است، اما رهبر به نقل از بازرگان (۲۰۱۰) آورده است: در صورتی که هدف از مصاحبه اکتشاف و توصیف عقاید و نگرش‌های مصاحبه‌شوندگان با توجه به زمان و منابع قابل دسترس، تعداد نمونه (11 ± 15) برای انجام مصاحبه کافی خواهد بود (رهبر، ۱۳۹۷: ۱۲). بنابراین، طبق این دیدگاه حداکثر مصاحبه‌شوندگان ۲۶ نفر کافی

خواهد بود. همچنین گلن برای بدست آوردن اطلاعات خبرگی در روش کمی آینده‌پژوهانه ۱۰ تا ۲۰ نفر را کافی می‌داند (گلن، ۲۰۰۳: ۴۳۴). در این تحقیق بعد از تعریف سازمان و دانشگاه حکمت‌بنیان و شناسایی کنشگران کلیدی نظام سلامت طبق فرایند حاکم بر نرم افزار مکتور ۲۵ نفر در پر کردن ماتریس‌ها شرکت کردند.

نوع این تحقیق بر مبنای هدف، کاربردی- توسعه‌ای است؛ چرا که هدف از این تحقیق، ایجاد یک معرف جامعی از نتایج تحقیقات انجام یافته و گسترش دامنه مطالعات آنهاست؛ از این رو توسعه‌ای می‌باشد. از سوی دیگر نتیجه این تحقیق به تحقق اجتماعی‌سازی نظام سلامت کمک می‌کند و برای سازمان‌های ذینفع مهم و قابل بهره‌برداری است؛ بنابراین، کاربردی هم تعریف می‌شود.

برای تحلیل و بررسی میزان اهمیت اهداف مرجح نظام سلامت کشور و کنشگران و همچنین ارتباط بین این دو از فرایند حاکم بر نرم‌افزار مکتور استفاده شده است. تحلیل کنشگران در چند گام صورت می‌گیرد که عبارتند از:

الف: ورود کنشگران و اهداف شناسایی شده از قسمت دیدبانی به ماتریس کنشگر-کنشگر و کنشگر-اهداف/هدف

ب: در ماتریس کنشگر-کنشگر و کنشگر-اهداف/هدف از خبرگان خواسته می‌شود رابطه بین کنشگران را با توجه به حالت‌های زیر ارزیابی کنند:

۱- در ماتریس کنشگر-کنشگر

(۰): دو کنشگر اثری بر هم ندارند یا نفوذ یکی بر دیگری بسیار ناچیز است.

(۱): یک کنشگر ممکن است در برنامه‌ها یا اهداف عملیاتی کنشگر دوم تداخل ایجاد کند.

(۲): یک کنشگر ممکن است سیاست‌های کنشگر دوم را تهدید کند و یا به خطر بیندازد.

(۳): یک کنشگر ممکن است کل ماموریت یا راهبردهای دیگری را تهدید کند.

(۴): یک کنشگر ممکن است هستی یک کنشگر دیگر را تهدید کند.

۲- در ماتریس کنشگر- اهداف

- ۴+ اثرگذاری بسیار قوی مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به چشم‌انداز) / ۴-
 اثرگذاری بسیار قوی منفی (از تبدیل شدن این هدف به چشم‌انداز جلوگیری خواهد کرد)
 ۳+ اثرگذاری قوی مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به ماموریت) / ۳-
 اثرگذاری قوی منفی (از تبدیل شدن این هدف به ماموریت جلوگیری خواهد کرد)
 ۲+ اثرگذاری متوسط مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به برنامه‌ریزی عملیاتی) / ۲- اثرگذاری متوسط منفی (از تبدیل شدن این هدف به برنامه‌ریزی عملیاتی جلوگیری خواهد کرد)
 ۱+ اثرگذاری معمولی مثبت (از تبدیل شدن این هدف به برنامه روزمره حمایت می‌کند) / ۱- اثرگذاری معمولی منفی (از تبدیل شدن این هدف به برنامه روزمره جلوگیری می‌کند)

• کنشگران نسبت به اهداف نظر ممتنع دارند

ج: میانگین نمرات داده شده از سوی خبرگان وارد ماتریس کنشگر- کنشگر و کنشگر- اهداف می‌شود: (جدول شماره ۲ و ۳)

جدول شماره ۲: میانگین نمرات داده شده از سوی خبرگان در ماتریس کنشگر- کنشگر

کنشگر	دولت	سازمان برنامه و بودجه	شورای عالی بیمه	وزارت بهداشت	وزارت رفاه	سازمان نظام پزشکی	مجلس	پزشک خانواده	تشکلات مردم‌نهاد
دولت	۰	۲	۲	۲	۲	۱	۱	۱	۱
سازمان برنامه و بودجه	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱
شورای عالی بیمه	۱	۱	۰	۲	۲	۲	۱	۲	۱
وزارت بهداشت	۲	۱	۲	۰	۱	۱	۱	۳	۱
وزارت رفاه	۱	۱	۲	۲	۰	۱	۱	۲	۱
سازمان نظام پزشکی	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۲	۱
مجلس	۳	۳	۲	۲	۲	۲	۰	۲	۲
پزشک خانواده	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۰	۱
تشکلات مردم‌نهاد	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰

جدول شماره ۳: میانگین نمرات داده شده از سوی خبرگان در ماتریس کنشگر- هدف

کنشگر	اهداف	زندگی طولانی سالم همراه با کیفیت	اجتماعی سازی نظام سلامت	دانشگاه و سازمان‌های حکمت بنیان	آسودگی
دولت		۱	۱	۰	۱
سازمان برنامه و بودجه		۱	۱	۰	۰
شورای عالی بیمه		۰	۰	۰	۰
وزارت بهداشت		۲	۱	۱	۲
وزارت رفاه		۱	۱	۰	۱
سازمان نظام پزشکی		۱	۰	۱	۰
مجلس		۱	۱	۰	۱
پزشک خانواده		۱	۱	۱	۱
تشکلات مردم‌نهاد		۲	۱	۱	۱

یافته‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها

الف: یافته‌های تحقیق

یافته‌ها در چهار بخش، ویژگی دموگرافیک خبرگان، هدف، کنشگران و در نهایت ارتباط بین هدف و کنشگران آورده می‌شود.

۱. ویژگی دموگرافیک خبرگان

در این قسمت فراوانی و درصد ویژگی دموگرافیک خبرگان در جدول شماره ۴ آورده

می‌شود:

جدول شماره ۴: فراوانی و درصد ویژگی دموگرافیک خبرگان

ابعاد	مولفه‌ها	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	دکتری عمومی	۱۰	۴۰
	دکتری تخصصی	۸	۳۲
	دکتری فوق تخصصی	۷	۲۸
مرتبه علمی	ام پی اچ	۵	۲۰
	دانشجوی پی اچ دی	۲	۸
	پی اچ دی	۴	۱۶
	استاد یار	۵	۲۰
	استاد	۹	۳۶

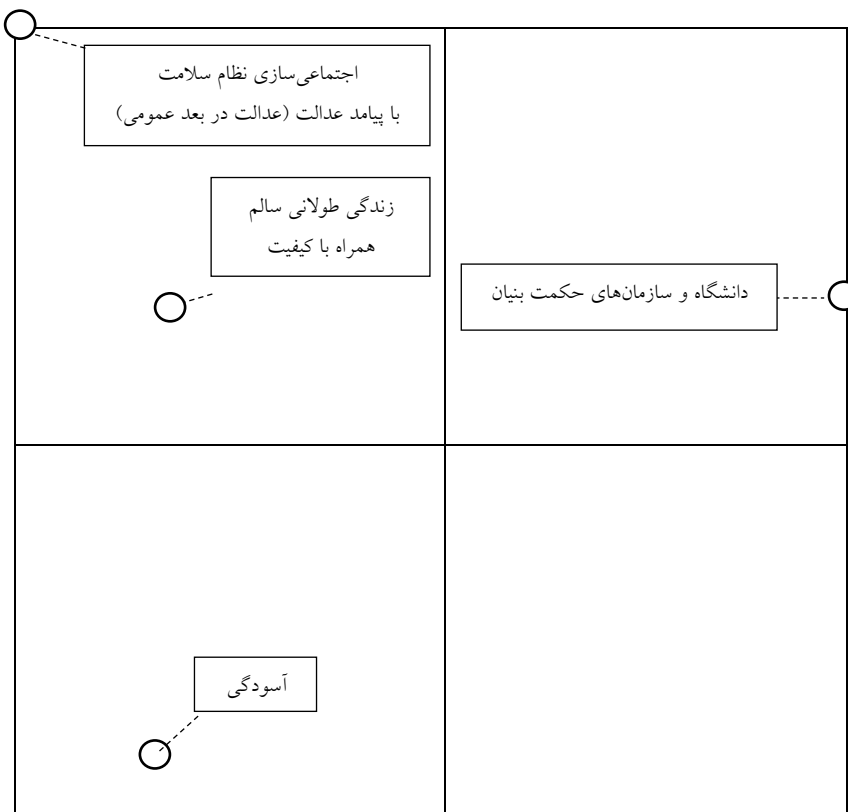
درصد	فراوانی	مولفه‌ها	ابعاد
۱۲	۳	۵ تا ۱۰ سال	سابقه مدیریت در عرصه سلامت
۳۶	۹	۱۱ تا ۱۵ سال	
۲۰	۵	۱۶ تا ۲۰ سال	
۱۶	۴	۲۱ تا ۲۵ سال	
۱۵	۴	۲۶ تا ۳۰ سال	
۳۲	۸	مدیر در سطح دانشگاه	سطح مدیریت در عرصه سلامت
۲۸	۷	معاون دانشگاه	
۱۲	۳	رئیس دانشگاه	
۲۰	۵	مدیر در سطح وزارتخانه	
۸	۲	معاون وزیر	
۳۶	۹	۱ تا ۵ سال	سابقه مدیریت در حوزه تحقیقات راهبردی سلامت
۲۰	۵	۶ تا ۱۰ سال	
۲۴	۶	۱۱ تا ۱۵ سال	
۱۲	۳	۱۶ تا ۲۰ سال	
۴	۱	۲۱ تا ۲۵ سال	
۴	۱	۲۶ تا ۳۰ سال	

۲. یافته‌ها و تحلیل اهداف مرجح نظام سلامت

یافته‌های اهداف در قالب نقشه فاصله خالص بین اهداف و به‌طور خودکار توسط نرم-افزار مکتور ارائه شده‌است.

الف. نقشه فاصله خالص بین اهداف

این نقشه برای شناسایی اهدافی به‌کار می‌رود که کنشگران نسبت به آن دیدگاه یکسانی دارند (موافق یا مخالف)؛ از این رو می‌توان تعدادی از اهداف را در جایی که همگرایی (هنگامی که اهداف به هم نزدیک هستند) یا واگرایی شدید (هنگامی که اهداف از هم فاصله دارند) وجود دارد، جدا کرد.



نمودار شماره ۱: نقشه فاصله خالص بین اهداف

ب. تحلیل نقشه فاصله خالص بین اهداف

در این نقشه، اجتماعی سازی نظام سلامت با پیامد (عدالت در بعد جمعی و عمومی) در **منتهی علیه** تاثیرگذاری بدون تاثیرپذیری است. این موضوع نشان‌دهنده اینست که در وضع موجود سیاست‌های اجتماعی نظام سلامت رویکردی کاملاً دولتی و نگاه بالا به پایین دارد. با وجود اینکه اکثر مسئولین و مجربان عرصه سلامت، رویکرد و جهت کلی این مفهوم اساسی را می‌پذیرند، اما در مورد نقشه عینی و اجرای آن به دلیل پیچیدگی، اختلاف سلیقه جدی با هم دارند. طبق اعلان خبرگزاری همشهری (۱۳۹۷) معاونت اجتماعی وزارت بهداشت در فروردین ماه ۹۵ با انحلال معاونت طب سنتی در این وزارتخانه ایجاد شد.^۱ اما

1. <https://www.hamshahrionline.ir/news/432153/>

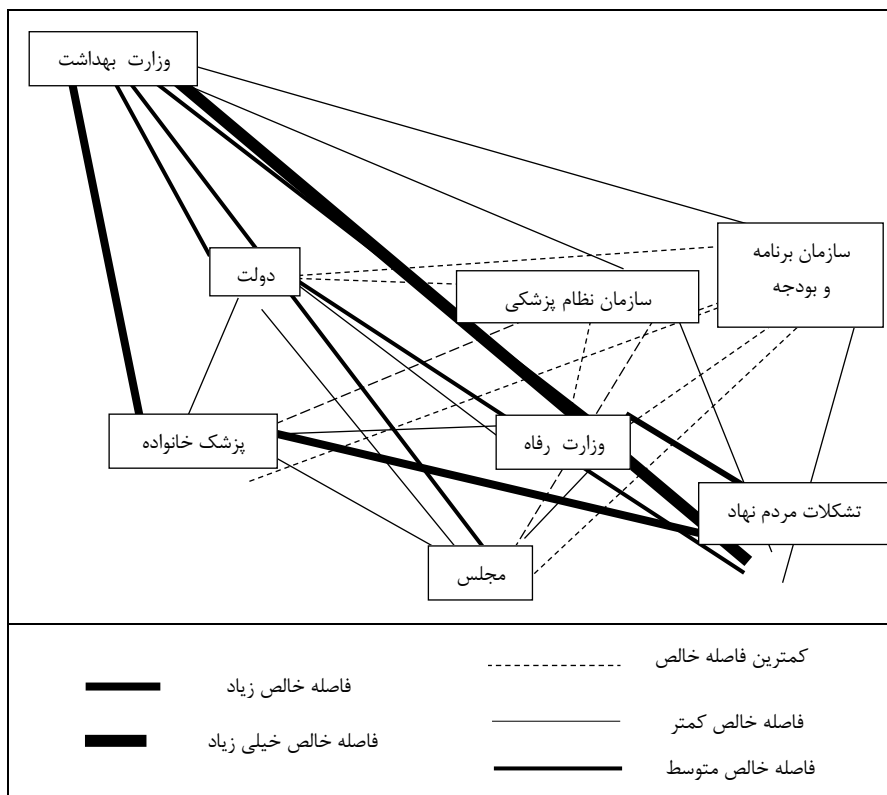
با تغییر وزیر، معاونت اجتماعی منحل شد. طبق گزارش ایسنا (۱۳۹۷) و بنا بر اعلام وبدا، در متن نامه دکتر سعید دهنمکی در پاسخ به استعفای دکتر ایازی معاون اجتماعی وزارت بهداشت در زمان وزارت دکتر قاضی‌زاده هاشمی آمده است: اینجانب مصمم هستم تا اجتماعی شدن را به تغییر نگاه و آن هم نه به شکل جزیره‌ای منفک بلکه در همه اجزای وزارت بهداشت و نهایتاً بدنه دولت منتقل کنم.^۱ همان‌طور که ملاحظه می‌شود سیاست‌های اجتماعی در زمان یک وزیر با صرف هزینه مالی و انسانی در قالب معاونت اجتماعی شکل می‌گیرد، لیکن در دوره وزیر بعدی همین معاونت منحل می‌شود.

هدف گفتمان سازمان و دانشگاه حکمت‌بنیان که در واقع یک هدف ایدئولوژیک است، باعث ایجاد تعادل بین هدف آسودگی (که بعد فردی و خصوصی مراقبت سلامت را در مولفه‌های جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی دنبال می‌کند) و هدف عدالت (که بعد جمعی و عمومی مراقبت سلامت را دنبال می‌کند) می‌شود. این گفتمان در جایگاه کمکی از تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مناسبی برخوردار است. این گفتمان با رویکرد اسلامی معتقد است که پرداختن به عدالت نباید مانعی برای انتخاب آزاد افراد در گرفتن خدمات مراقبت سلامت، ایجاد کند. همچنین هدف زندگی طولانی سالم و با کیفیت در جایگاه غالب با تاثیرگذاری بالا قرار گرفته که نشان‌دهنده اینست که کنشگران تحقق این هدف را تنها دولتی می‌پندارند.

۳. یافته‌ها و تحلیل کنشگران نظام سلامت

الف. یافته‌های کنشگران نظام سلامت

برای تحلیل کنشگران کلیدی از نقشه شکاف خالص بین کنشگران استفاده می‌شود. این نقشه برای تشخیص اتحادهای احتمالی ضمن در نظر گرفتن واگرایی و همگرایی بین کنشگران از استفاده می‌شود.



نمودار شماره ۲: نقشه فاصله خالص بین کنشگران

ب. تحلیل کنشگران نظام سلامت

در نقشه فاصله خالص بین کنشگران، بیشترین شکاف بین وزارت بهداشت، تشکلات مردم نهاد و پزشک خانواده دیده می شود. این در حالیست که طبق نتیجه مطالعات آینده نگرانه ای که توسط سهیل عنایت الله برای آینده سلامت استرالیا و کوئینزلند انجام گرفت، نشان داد که پزشکان عمومی در قالب پزشکان خانواده به عنوان دروازه بانان و ناوبران دانش نقش بسیار پررنگی در گسترش تعاملات درون و برون بخشی دارند، مشروط به اینکه به جای نگاه بخشی با نگاه حکیمانه و جامع نگر از یک سو و از سوی دیگر با تعاملات اجتماعی و با نگاه جامعه نگر به مسائل سلامت برخورد کنند (عنایت الله، ۲۰۰۰). بنابراین پزشک خانواده به عنوان کنشگر اصلی سیاست اجتماعی نظام سلامت به عنوان پلی

بین رویکرد نظام عمومی و نظام سازمانی سلامت می‌تواند نقش اساسی را در مشارکت بین بخشی و درون بخشی ایفاء کند.

نتایج یک مطالعه نشان داد اغلب کسانی که در استقرار و اجرای برنامه پزشک خانواده نقش آفرین بودند، عملکردشان در راستای بهبود برنامه نبوده است. از چالش‌های مهم دیگری که در ابعاد محتوا، زمینه و فرآیند دیده شد، می‌توان نبود اهداف اولویت‌بندی شده، تغییرات مکرر مسئولین تصمیم‌ساز وزارت بهداشت در حوزه پزشک خانواده، شتاب‌زدگی در اجرا بدون برنامه‌ریزی دقیق، تعدد صندوق‌های بیمه و عدم کمیت و کیفیت مناسب بازخورد را برشمرد (مهر پور و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۱). همچنین در مورد تشکلات مردم‌نهاد می‌توان گفت اینها یک نقش کلیدی در استقرار عدالت در سلامت و مشارکت و همکاری بین بخشی دارند.

سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن)، نظام پنهان ارتقای سلامت جامعه هستند. این سازمان‌های داوطلبانه، مستقل از دولت بوده و در عین غیرانتفاعی بودن، در خدمت مردم هستند و به همین دلیل، صدای مردم نامیده می‌شوند. سمن‌ها، نماد و واسط مشارکت مردم هستند و مشارکت مردم نیز یکی از بازوهای اصلی ارتقای سلامت، کاهش فقر و بی‌عدالتی در سلامت جوامع است. در کشور ما از مجموع ۱۰۰۰۰ سمن ثبت‌شده نزدیک به ۱۰۰۰ سمن مربوط به حوزه سلامت و بیماری است (دماری، ۱۳۹۱: ۵۴۱).

به‌طور کلی می‌توان گفت در وضعیت موجود بین کنشگران کلیدی یعنی وزارت بهداشت، تشکلات مردم‌نهاد و پزشکان خانواده شکاف فاصله جدی وجود دارد. طبق نمودار شماره این شکاف‌ها به دلیل نوع نگاهی است که کنشگران نظام سلامت به مقوله عدالت دارند. از دیدگاه این کنشگران اجرای عدالت در عرصه سلامت تنها یک وظیفه دولتی بوده و باید با ساختارهای عمودی و نگاه بالا به پایین اجرا کرد. بنابراین، با نادیده‌گرفتن حق تصمیم‌گیری کنشگران کلیدی همچون پزشکان خانواده و تشکلات مردم‌نهاد وضع موجود نظام سلامت کشور را رقم زده‌اند و در این وضعیت همان‌طور که نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد هدف آسودگی در سلامت به‌عنوان یک مفهوم کلیدی که

نشانگر حق انتخاب افراد در گرفتن خدمات مراقبت سلامت است، در وضعیت فاجعه قرار گرفته است.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

آینده نظام سلامت در هر کشوری چیزی جدای از تمدن‌سازی آن نیست و آنچه تمدن‌ها را به‌طور حقیقی از هم جدا می‌کند، جهان‌بینی و سبک زندگی حاکم بر آن کشورهاست؛ بنابراین لحاظ کردن جهان‌بینی در سیاست‌گذاری عرصه سلامت امری اجتناب‌ناپذیر است. در غیر این صورت آینده نظام سلامت کشور به‌طور تدریجی یا در مسیر جهان‌بینی لیبرالیستی یا در مسیر جهان‌بینی سوسیالیستی ساخته می‌شود. در جهان‌بینی لیبرالیستی با یک نگاه افراطی به آزادی فردی، راهبردهای پاسخگو آن‌هم تنها در بعد درمان، تدوین و اجرا می‌شود. پیامد این جهت‌گیری تبعیض در ارائه خدمات سلامت است. در طیف جهان‌بینی سوسیالیستی با نگاه افراطی به مساوات اجتماعی و سرکوب آزادی‌های معقول و مشروع فردی، راهبردهای پابرجا، تدوین و اجرا می‌شود. پیامد این رویکرد از دست رفتن کرامت انسانی در ارائه خدمات سلامت و نادیده گرفتن حق انتخاب از سوی گیرندگان خدمت است. رفتار سازمانی و دانشگاهی نظام سلامت در جهان‌بینی‌های لیبرالیستی و سوسیالیستی متأثر از جهت‌گیری بیماری محوری است.

گفتمان سازمان و دانشگاه حکمت بنیان با رویکرد جهان‌بینی اسلامی با یک نگاه آرمانی و توجه همزمان به واقعیت موجود حاکم بر عرصه سلامت کشور، گفتمانی دانش محور در مسیر تمدن‌سازی نوین اسلامی است. جهت‌گیری حاکم بر نظام سلامت در این گفتمان بر خلاف گفتمان متأثر از جهان‌بینی‌های لیبرالیستی و سوسیالیستی جهت‌گیری سلامت‌محوری است. پیامد این جهت‌گیری حفظ و ارتقاء سلامت همراه با خدمت‌کرمانه است.

وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت می‌تواند ذیل هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان، گفتمان سلامت‌محوری را به‌گونه‌ای سیاست‌گذاری کند که به‌عنوان یک اولویت راهبردی، همه‌کنشگران نظام سلامت به‌خصوص کنشگران کلیدی را در بر گیرد. این گفتگوها باعث توافق جدید بین همه‌کنشگران عرصه سلامت و در نهایت موجب

ایجاد معماری‌های جدید سازمانی می‌شود. اما مهم‌ترین موضوعاتی که ذیل این گفتمان می‌تواند مطرح شود، چهارنوع دوگانگی حاکم بر نظام سلامت است: ۱- آزادی‌های مشروع فردی در برابر منافع جمعی در سازمان‌های عرصه سلامت؛ این مورد، تبعیض پرداختی‌ها و تمرکزگرایی قدرت و ثروت را به چالش منتقدانه می‌کشد و در نهایت از طریق نهادهای شدن این گفتگوها اصول حاکم بر توزیع ثروت و قدرت از یک‌سو در بین پرسنل خدمات سلامت، و از سوی دیگر بین بخش خصوصی و دولتی تبیین و برای اجرا منطقی می‌شود. ۲- آسودگی فردی در برابر عدالت جمعی سلامت در جامعه؛ این گفتمان که بین تشکلات مردم‌نهاد به‌عنوان صدای مردم و وزارت بهداشت صورت می‌گیرد از یک سو انتظارات نابجای جامعه را از دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشت و درمان را منطقی می‌کند و از سوی دیگر نیازهای واقعی سلامت جامعه به درستی اولویت‌گذاری و در نهایت خدمات سلامت عادلانه توزیع می‌شود. ۳- راهبردهای پاسخگو در برابر راهبردهای پابرجای نظام سلامت؛ این گفتمان بین وزارت بهداشت و مجموعه تابعه با سایر سازمان‌ها انجام می‌گیرد. این گفتمان از یک‌سو نگرش تخصصی وزارت بهداشت و در نهایت راهبردهای پاسخگو را تعدیل و از سوی دیگر استقلال‌طلبی بعضی از سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی را در عرصه بیمه‌ای سلامت منطقی می‌کند. یکپارچگی بیمه‌ها پیامد این نوع گفتمان خواهد بود. ۴- نظام فناورانه در برابر نظام اجتماعی نظام سلامت؛ این گفتمان بین اساتید و دانشجویان علوم پزشکی با علوم انسانی و اجتماعی انجام می‌گیرد. این گفتمان باعث توسعه مطالعات میان‌رشته‌ای و فهم همه‌جانبه از سلامت و در نهایت باعث هم‌افزایی در ساخت نظام سلامت کشور با رهیافت اجتماعی می‌شود.

در این اثنا دانش فرارشته‌ای آینده‌پژوهی به‌خصوص با رویکرد پس‌نگری می‌تواند دانش پزشکی را برای ساخت آینده مرجح و ارتقاء فهم بهتر نسبت به چالش‌های واقعی امروز نظام سلامت یاری کند.

فهرست منابع و مآخذ

الف. منابع فارسی

- ایمانی، احد (۱۳۹۱)، امکان تاسیس اخلاق پزشکی بر مبنای حکمت متعالیه، *فصلنامه اخلاق پزشکی*، سال دوم، شماره سوم
- ایمان، محمد تقی (۱۳۹۴)، *فلسفه روش تحقیق در علوم انسانی*، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
- پور شیروانی، داود نصرالله و موعودی، سیمین (۱۳۹۲)، *سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران*، بابل: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.
- حاتمی، حسین. رضوی، سید منصور. افتخار اردبیلی، حسن و مجلسی، فرشته، (۱۳۹۲)، *کتاب جامع بهداشت عمومی*، تهران: انتشارات ارجمند.
- رضایی، مصطفی؛ بهشتی، سید احمد؛ تابعی، سید ضیاء‌الدین (۱۳۹۷)، *نظریه طب متعالیه، نشریه علمی، پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی*، سال دوم، شماره اول
- رهبر، فرهاد؛ اصل، سیف‌الدین؛ شاه حسینی، محمد علی؛ نیازی، عیسی (۱۳۹۷)، *طراحی الگویی برای سناریونگاری بر اساس شناسایی عوامل کلیدی و تجزیه و تحلیل فعل و انفعالات بازیگران کلیدی، پژوهش‌های مدیریت عمومی*، سال نهم، شماره یازدهم
- دماری، بهزاد. حیدرنیا، محمد علی و رهبری بناب، مریم، (۱۳۹۳)، *نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه، فصلنامه پایش*، سال سیزدهم، شماره ۵
- طالبیان، حامد؛ مولایی، محمد مهدی؛ ارشدی، محمد (۱۳۹۵)، *تحلیل بازیگران کلیدی مسئله بحران منابع زیر زمینی آب در سال ۱۳۹۵ (کاربرد روش مکتور بر اساس یافته‌های آینده‌پژوهی ایران)*، *کنفرانس ملی دیده‌بانی آینده زمین با محوریت آب و هوا، کشاورزی و محیط‌زیست*، قابل دسترسی در WWW.SID.IR
- عنایت‌الله، سهیل (۲۰۰۷)، *تحلیل لایه‌ای علت‌ها*، ترجمه: مسعود منزوی (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات مرکز آینده پژوهی علوم و فناوری دفاعی - مؤسسه آموزشی و تحقیقاتی صنایع دفاع.
- قاسمی، فرامرز و عصاریان‌نژاد، حسین (۱۳۹۴)، *علم نافع و تدین اخلاقی دو بال تکوین تمدن نوین اسلامی، فصلنامه مطالعات بین رشته‌ای دانش راهبردی*، سال پنجم، شماره ۱۹، ص ۷۵-۹۴۵
- کردلویی، حمیدرضا؛ میرآبی، وحید رضا؛ رحمتی غفرانی، یلدا؛ طاهرپورکلانتری، هادی؛ مهدوی‌راد، حمید (۱۳۹۴)، *روش تحقیق در مدیریت و حسابداری*، تهران: انتشارات شهرآشوب

- کوهساری خامنه، عباس (۱۳۹۶)، ارائه الگوی آینده‌پژوهی برای نظام سلامت ایران، *رساله دکتری*، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت
- گلن، جروم سی؛ جی گوردون، تئودور (۲۰۰۳)، *دانشنامه بزرگ روش‌های آینده‌پژوهی*، ترجمه: مرضیه کیقبادی، فرخنده ملکی‌فر (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات تیسرا.
- گوهری‌نژاد، سلیمه (۱۳۹۵)، *آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی با تکنیک سناریو، رساله دکتری*، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی
- مهترپور، مجتبی؛ تاجور، مریم (۱۳۹۷)، *تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست، فصلنامه علمی پژوهش‌های سلامت محور* – سال چهارم / شماره ۱، قابل دسترسی در: hbrj.kmu.ac.ir at 22:39 +0430
- نجاران طوسی، حامد (۱۳۹۶)، *طراحی الگوی دانشگاه تراز انقلاب اسلامی مبتنی بر اندیشه‌های امامین انقلاب اسلامی، رساله دکتری*، دانشگاه جامع امام حسین (ع)

ب. منابع انگلیسی

- Alexandria, VA, (, 2014). *Using Public Health 2030: A Scenario Exploration*, Institute for Alternative Futures, Available at: www.altfutures.org/pubs/PH2030/IAF-PublicHealth2030Scenarios.pdf
- Bolin, m, (2015). *The importance of organizational characteristics for psychosocial working conditions and health*, available at: <https://www.researchgate.net/publication/268374885>
- Chang, W-C (2002). the meaning and goals of equity in health, *J Epidemiol community health*, 56: 488-491, available at: <https://jech.bmj.com/content/jech/>
- Inayatullah, S, (2000). *Health futures for Queensland*, Australia 2000, available at: www.metafuture.org.
- Inayatullah, sohail, Shah, Ali, (2011). *E-Health scenarios and visions for Bangladesh*, available at: www.Metafuture.org.
- Inayatullah, sohail, laan, luke van der, (2015). *Health Care Foresight Identifying megatrends*, available at: <https://www2.deloitte.com>.
- Netherlands Ministry of health welfare and sport, (2018). *Methodology for Trend Scenario for Dutch Public Health Foresight Report (VTV)2018, National Institute for Public Health and the Environment P.O. Box 1 |3720 BA Bilthoven the Netherlands*, available at: www.rivm.nl/en
- Samira Sadat Pourhosseini, Mozhgan Emami, Reza Dehnavieh, Tahmineh Barfeh, Mohammad Hossein Mehroliassani, (2007). *Foresight in health sciences using Causal Layered Analysis method*, *Med J Islam Repub Iran*. 2017 (14 Dec); 31:84. available at: <http://mjiri.iums.ac.ir>
- Sardar, Z, Islam, (2003). *Postmodernism and Other Futures*, Pluto Press available at: www.plutobooks.com

- Slaughter, R, (2003). *Futures studies as a civilizational catalyst*
www.elsevier.com/locate/futures
- Steptoe, Andrew, Angus, Deaton, A. Stone, Arthur, (2015). *Psychological wellbeing, health and ageing*, available at:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article>
- Solar O, Irwin A, (2010). *a conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2* (Policy and practice) WHO, available at:
<https://www.who.int/sdhconference/resource/>
- Tankwanchi, Akhenaten Benjamin Siankam, (2018). *Oppression, liberation, wellbeing, and ecology: organizing metaphors for understanding health workforce migration and other social determinants of health*, Tankwanchi Globalization and Health, 14:81, <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0397-y>
- *UNIDO, Foresight Methodologies*, (2004). available at: <http://www.unido.org>.
- WHO, *Traditional and Modern medicine harmonizing the two approaches world health organization Western Pacific Region*, (2000). A Report of the Consultation Meeting on Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches, 22-26 November 1999, Beijing, China, 2000, available at:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207162>
- WHO, *system thinking for Health Systems Strengthening*, (2009). available at:
<http://www.who.int/alliance-hpsr>
- WHO, *monitoring the building blocks of health systems a handbook of indicators and their measurement strategies*, 2010
https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactionSDH_eng.pdf