

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَصَلَّى اللَّهُ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِهِ الطَّاهِرِينَ

جغرافیای مشترک سلامت و علوم انسانی

سرپرست علمی:

دکتر کامران باقتری لنگرانی

به اهتمام:

حمید ایزدبخش، سعید نجیب، محمد آزادی، محمد سعید صفاری



انشارات
دانشگاه امام صادق علیه السلام

عنوان: جغرافیای مشترک سلامت و علوم انسانی
سرپرست علمی: دکتر کامران باقری لنکرانی
به اهتمام: حمید ایزدبخش، سعید نجبا، محمد آزادی، محمدسعید صفاری
ناشر: دانشگاه امام صادق علیه السلام
صفحه آرا و ویراستار ادبی: محمد روشنی
طراح جلد: مسعود شکری
نمایه ساز و ناظر نسخه پردازی و چاپ: رضا دیبا
چاپ و صحافی: چاپ سپیدان
چاپ اول: ۱۳۹۹
قیمت: ۶۰۰/۰۰۰ ریال
شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۱۴-۸۱۸-۶

فروشگاه مرکزی: تهران: خیابان انقلاب، بین خیابان فخررازی و خیابان دانشگاه، مجتمع پارسا، همکف، واحد ۳ و ۲
تلفن: ۶۶۹۷۳۲۱۲
فروشگاه کتاب صادق: تهران: بزرگراه شهید چمران، پل مدیریت، ضلع شمالی دانشگاه
صندوق پستی ۱۵۹-۱۴۶۵۵ • کد پستی: ۱۴۶۵۹۴۳۶۸۱ • تلفکس: ۸۸۳۷۰۱۴۲
فروشگاه اینترنتی: [E-mail: pub@isu.ac.ir](mailto:pub@isu.ac.ir) • www.ketabesadiq.ir

عنوان و نام پدیدآور: جغرافیای مشترک سلامت و علوم انسانی / سرپرست علمی
کامران باقری لنکرانی؛ به اهتمام حمید ایزدبخش ... [و دیگران].
مشخصات نشر: تهران: دانشگاه امام صادق (ع)، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری: ۳۵۷ص
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۱۴-۸۱۸-۶
یادداشت: به اهتمام حمید ایزدبخش، سعید نجبا، محمدآزادی، محمدسعید صفاری.
موضوع: سلامت پروری -- ایران -- برنامه ریزی -- سیاست دولت -- مقاله ها و خطابه ها
موضوع: سلامتی -- مقاله ها و خطابه ها
شناسه افزوده: باقری لنکرانی، کامران، ۱۳۴۴ -
شناسه افزوده: ایزدبخش، حمید، ۱۳۶۹-
شناسه افزوده: دانشگاه امام صادق (ع)
رده بندی کنگره: RA ۴۲۷/۸
رده بندی دیویی: ۶۱۳
شماره کتابشناسی ملی: ۷۲۷۸۰۱۲

تمام حقوق محفوظ است، هیچ بخشی از این کتاب بدون اجازه مکتوب ناشر قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا و انتقال در فضای مجازی نمی باشد.
این اثر تحت پوشش قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان ایران قرار دارد.

فهرست مطالب اجمالی

۱۹	..... سخن ناشر
۲۱	..... پیشگفتار
۲۵	..... درآمد
۲۷	..... فصل ۱: تراث دین در هندسه نظام سلامت حسین علی سعدی
۳۵	..... فصل ۲: جغرافیای مشترک؛ سلامت و علوم انسانی کامران باقری لنگرانی / حمید ایزدبخش
۵۹	..... بخش اول: مفهوم‌شناسی
۶۱	..... فصل ۳: مفهوم سلامت از دیدگاه فیلسوفان مسلمان با تأکید بر اندیشه ابن سینا و شارحان سینیوی حامد آرضایی
۷۷	..... فصل ۴: الگوی ارائه خدمت در حوزه سلامت با مرکزیت «رفق» به عنوان محور رابطه پزشک و بیمار محمدصادق صفاری / محمد آزادی احمدآبادی
۹۵	..... بخش دوم: عدالت در سلامت
۹۷	..... فصل ۵: رویکردهای دستیابی به عدالت در نظام‌های مراقبت سلامت: مرور دامنه‌ای حسن جولایی / سعید شهابی
۱۳۹	..... فصل ۶: تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران علیرضا اولیایی منش / عفت محمدی / امیرحسین تکیان / آیدین آرین خصال / طیبه مرادی / نگار یوسف‌زاده / محمدرضا مبینی‌زاده
۱۵۹	..... فصل ۷: تأملی بر معنا و شاخص‌های عدالت در بخش سلامت: ارائه یک شاخص ترکیبی برای جمهوری اسلامی ایران علی مصطفوی ثانی / حسین سرآبادانی تفرشی
۲۰۱	..... بخش سوم: مقاوم‌سازی نظام سلامت
۲۰۳	..... فصل ۸: مقدمه‌ای بر نقشه راه پژوهش در حوزه مقاوم‌سازی نظام سلامت یاسر سلیمانی
۲۲۹	..... فصل ۹: سنجش مقاومت نظام سلامت علی اصغر سعدآبادی / زهره رحیمی راد

۲۵۱.....	بخش چهارم: مقالات کاربردی.....
۲۵۳.....	فصل ۱۰: مصادیق فساد در نظام سلامت ایران..... کامران باقری لنگرانی / سعید شهابی / حسن جولایی
۲۹۹.....	فصل ۱۱: مدل‌سازی تعاملات ذی‌نفعان نظام سلامت با تأکید بر طرح تحول نظام سلامت..... حمید ایزدبخش
۳۲۳.....	فصل ۱۲: دریچه نو: استفاده از خط‌مشی‌گذاری رفتاری در عرصه سلامت و بهداشت عمومی؛ راهی نو در حل مسائل کلان کشور..... علیرضا چیت‌سازان / میکائیل نوروژی
۳۴۵.....	نمایه.....

فهرست مطالب

۱۹	..... سخن ناشر
۲۱	..... پیشگفتار
۲۵	..... درآمد
۲۷	..... فصل ۱: تراث دین در هندسه نظام سلامت حسین علی سعیدی
۳۲	..... منابع
۳۵	..... فصل ۲: جغرافیای مشترک؛ سلامت و علوم انسانی کامران باقری لنگرانی / حمید ایزدبخش
۳۶	..... ۱. مقدمه
۳۷	..... ۲. علوم اجتماعی و علوم سلامت در ایران
۳۹	..... ۳. علوم اجتماعی در طرح‌های اصلی نظام سلامت
۴۰	..... ۴. طرح‌ها و مطالعات مرتبط با مراقبت اولیه سلامت
۴۰	..... ۴-۱. طرح آذربایجان غربی
۴۲	..... ۴-۲. طرح راهی به سوی تندرستی
۴۳	..... ۴-۳. طرح رودسر
۴۴	..... ۴-۴. طرح کوار
۴۵	..... ۴-۵. طرح واحد سیار و کمک بهداشتی و اجتماعی فارس (عشایر)
۴۶	..... ۴-۶. سلسله (الشر)
۴۸	..... ۴-۷. طراحی اجرایی و پیاده‌سازی شبکه بهداشت و درمان
۵۰	..... ۴-۸. ادغام خدمات در دانشگاه‌ها
۵۲	..... ۴-۹. طرح ژنریک
۵۳	..... ۴-۱۰. طرح خودگردانی
۵۴	..... ۴-۱۱. پزشک خانواده
۵۵	..... ۴-۱۲. طرح تحول نظام سلامت
۵۵	..... ۴-۱۳. کووید ۱۹ و نظام سلامت
۵۶	..... ۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۵۷	..... منابع

بخش اول: مفهوم‌شناسی ۵۹

فصل ۳: مفهوم سلامت از دیدگاه فیلسوفان مسلمان با تأکید بر اندیشه ابن سینا و شارحان سینوی ۶۱

حامد آرضایی

۱. مقدمه ۶۲
۲. جایگاه مفهوم‌شناسی سلامت در آثار فلسفی تمدن اسلامی ۶۲
۳. تعریف سلامت و بیماری نزد ابن سینا ۶۴
۴. سه‌گانه جالینوسی یا دوگانه سینوی ۷۱
۵. سلامت عارض بر نفس یا بدن؟ ۷۲
۶. نتیجه‌گیری ۷۴
- منابع ۷۵

فصل ۴: الگوی ارائه خدمت در حوزه سلامت با مرکزیت «رفق» به عنوان محور رابطه پزشک و بیمار . ۷۷

محمدصادق صفاری / محمد آزادی احمدآبادی

۱. مقدمه ۷۸
- ۱-۱. بیان مسئله پژوهش ۷۸
- ۱-۲. ضرورت پژوهش ۸۰
۲. روش پژوهش ۸۲
۳. چارچوب نظری ۸۳
- ۳-۱. رفق پزشک در متون کهن ایرانی ۸۳
- ۳-۲. معنای لغوی رفق ۸۴
- ۳-۳. رفق در زمره جنود عقل ۸۵
- ۳-۴. رفق در روایات ۸۶
۴. تجزیه و تحلیل داده‌ها ۸۷
- ۴-۱. شکل‌گیری ارتباط اولیه ۸۷
- ۴-۲. تشخیص اولیه ۸۸
- ۴-۳. تجویز ۸۹
- ۴-۴. بیان منافع و عوارض تجویز ۹۰
- ۴-۵. ارتباطات پس از درمان و خاتمه رابطه ۹۱
۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها ۹۱
- منابع ۹۲

بخش دوم: عدالت در سلامت ۹۵

فصل ۵: رویکردهای دستیابی به عدالت در نظام‌های مراقبت سلامت: مرور دامنه‌ای ۹۷

حسن جولایی / سعید شهابی

۱. مقدمه ۹۸
۲. روش پژوهش ۱۰۰
- ۲-۱. پروتکل مطالعه ۱۰۰
- ۲-۲. راهبرد جستجو ۱۰۰
- ۲-۳. انتخاب مطالعه ۱۰۰
- ۲-۴. استخراج داده‌ها ۱۰۱

فهرست مطالب ■ ۹

۱۰۲.....	۲-۵. سنتز و تحلیل داده‌ها.....
۱۰۲.....	۳. نتایج.....
۱۰۲.....	۳-۱. قاره اروپا.....
۱۰۲.....	۳-۱-۱. آلمان.....
۱۰۳.....	۳-۱-۲. ایتالیا.....
۱۰۴.....	۳-۱-۳. بریتانیا.....
۱۰۵.....	۳-۱-۴. بلژیک.....
۱۰۶.....	۳-۱-۵. سوئیس.....
۱۰۷.....	۳-۱-۶. فرانسه.....
۱۰۷.....	۳-۱-۷. هلند.....
۱۰۸.....	۳-۱-۸. ترکیه.....
۱۰۹.....	۳-۲. قاره آسیا.....
۱۰۹.....	۳-۲-۱. امارات متحده عربی.....
۱۰۹.....	۳-۲-۲. ایران.....
۱۱۱.....	۳-۲-۳. چین.....
۱۱۱.....	۳-۲-۴. ژاپن.....
۱۱۲.....	۳-۲-۵. کره جنوبی.....
۱۱۳.....	۳-۳. قاره آفریقا.....
۱۱۳.....	۳-۳-۱. تونس.....
۱۱۳.....	۳-۳-۲. غنا.....
۱۱۴.....	۳-۳-۳. مصر.....
۱۱۵.....	۳-۴. قاره اقیانوسیه.....
۱۱۵.....	۳-۴-۱. استرالیا.....
۱۱۵.....	۳-۴-۲. نیوزیلند.....
۱۱۶.....	۳-۵. قاره آمریکای شمالی و جنوبی.....
۱۱۶.....	۳-۵-۱. آرژانتین.....
۱۱۷.....	۳-۵-۲. ایالات متحده آمریکا.....
۱۱۸.....	۳-۵-۳. برزیل.....
۱۱۹.....	۳-۵-۴. شیلی.....
۱۱۹.....	۳-۵-۵. کانادا.....
۱۲۰.....	۴. بحث.....
۱۲۰.....	۴-۱. سازماندهی.....
۱۲۱.....	۴-۲. تأمین مالی.....
۱۲۲.....	۴-۳. پرداخت.....
۱۲۲.....	۴-۴. قانون‌گذاری.....
۱۲۳.....	۴-۵. رفتار.....
۱۲۴.....	۵. نتیجه‌گیری.....
۱۲۴.....	منابع.....

فصل ۶: تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۰

علیرضا اولیایی / منش / عفت محمدی / امیرحسین تکیان / آیدین آرین خصال / طیبه مرادی / نگار یوسف‌زاده / محمدرضا مبینی‌زاده

۱۴۰	۱. مقدمه
۱۴۲	۲. روش پژوهش
۱۴۴	۳. یافته‌ها
۱۴۶	۴. بحث
۱۴۸	۵. نتیجه‌گیری
۱۴۸	منابع

فصل ۷: تأملی بر معنا و شاخص‌های عدالت در بخش سلامت: ارائه یک شاخص ترکیبی برای جمهوری

اسلامی ایران ۱۵۹

علی مصطفوی ثانی / حسین سرآبادانی تفرشی

۱۶۰	۱. مقدمه و بیان مسئله
۱۶۳	۲. پیشینه پژوهش
۱۶۸	۳. تأملی بر تعاریف عدالت در سلامت
۱۶۸	۳-۱. مقدمه و تحلیل فلسفی
۱۷۱	۳-۲. برابری یا عدالت در سلامت؟
۱۷۳	۳-۳. نگاه توزیعی به عدالت در سلامت
۱۷۴	۴. معیارهای عدالت در سلامت
۱۷۹	۵. ابعاد و شاخص‌های عدالت در سلامت
۱۷۹	۵-۱. تأمین مالی عادلانه در سلامت
۱۸۱	۵-۲. عدالت در خدمت‌رسانی سلامت
۱۸۱	۵-۳. عدالت در پیامدهای نظام سلامت
۱۸۲	۶. نظریه عدالت اجتماعی: مبنای فهم عدالت در بخش سلامت
۱۸۲	۶-۱. مقدمه
۱۸۵	۶-۲. نظریه اسلامی عدالت اجتماعی با رویکرد متفکران دینی معاصر
۱۹۱	۶-۳. کاربرد نظریه عدالت اجتماعی در بخش سلامت
۱۹۳	۷. شاخص ترکیبی «عدالت در بخش سلامت»
۱۹۳	۷-۱. مقدمه
۱۹۵	۷-۲. روش ساخت و سنجش شاخص ترکیبی
۱۹۶	۷-۳. شاخص ترکیبی و نتایج (۱۳۹۷-۱۳۸۵)
۱۹۷	۸. نتیجه‌گیری
۱۹۸	منابع

بخش سوم: مقاوم‌سازی نظام سلامت ۲۰۱

فصل ۸: مقدمه‌ای بر نقشه راه پژوهش در حوزه مقاوم‌سازی نظام سلامت ۲۰۳

یاسر سلیمانی

۲۰۳	۱. مقدمه
۲۰۵	۲. مدل مفهومی مقاوم‌سازی نظام سلامت
۲۰۷	۳. آراء و اندیشه مقام معظم رهبری: مقاوم‌سازی و نظام سلامت

۲۰۹.....	۴. مقاومت‌سازی نظام سلامت در دانش و تجربیات بشری.....
۲۱۰.....	۴-۱. تاب‌آوری و نظام سلامت.....
۲۱۲.....	۴-۲. آسیب‌پذیری و نظام سلامت.....
۲۱۴.....	۴-۳. شکنندگی و نظام سلامت.....
۲۱۵.....	۴-۴. توسعه پایدار و نظام سلامت.....
۲۱۶.....	۴-۵. همبستگی و نظام سلامت.....
۲۱۶.....	۴-۶. امنیت و سلامت.....
۲۱۸.....	۵. بررسی شرایط و اقتضانات زمانی جمهوری اسلامی ایران در حوزه سلامت.....
۲۱۸.....	۵-۱. موارد قوت بخش سلامت.....
۲۱۹.....	۵-۲. موارد ضعف بخش سلامت.....
۲۲۳.....	۶. نتیجه‌گیری و پیشنهادها.....
۲۲۵.....	۷. پیوست.....
۲۲۶.....	منابع.....
۲۲۹.....	فصل ۹: سنجش مقاومت نظام سلامت
	علی اصغر سعیدآبادی / زهره رحیمی راد
۲۲۹.....	۱. مقدمه.....
۲۳۱.....	۲. پیشینه پژوهش.....
۲۳۱.....	۳. ادبیات پژوهش.....
۲۳۲.....	۳-۱. تاب‌آوری.....
۲۳۴.....	۳-۲. تاب‌آوری نظام سلامت.....
۲۳۶.....	۳-۳. مدل تاب‌آوری نظام سلامت کمیسیون اروپا.....
۲۳۶.....	۳-۳-۱. مکانیسم‌های تأمین مالی پایدار.....
۲۳۷.....	۳-۳-۲. روش‌های تنظیم ریسک.....
۲۳۷.....	۳-۳-۳. حکمرانی خوب.....
۲۳۸.....	۳-۳-۴. جریان اطلاعات در سیستم.....
۲۳۸.....	۳-۳-۵. هزینه‌یابی کافی برای خدمات سلامت.....
۲۳۸.....	۳-۳-۶. نیروی انسانی با ظرفیت کافی و با مهارت‌های مناسب.....
۲۳۸.....	۳-۴. مدل عناصر اساسی یک سیستم بهداشت عمومی تاب‌آور.....
۲۴۱.....	۴. روش پژوهش.....
۲۴۳.....	۵. یافته‌های پژوهش.....
۲۴۷.....	۶. نتیجه‌گیری.....
۲۴۸.....	۷. ترجمان دانش.....
۲۴۸.....	منابع.....
۲۵۱.....	بخش چهارم: مقالات کاربردی
۲۵۳.....	فصل ۱۰: مصادیق فساد در نظام سلامت ایران
	کامران باقری لنگرانی / سعید شهابی / حسن جولایی
۲۵۳.....	۱. مقدمه.....
۲۵۶.....	۲. روش پژوهش.....

۳. انواع فساد در نظام‌های سلامت ۲۵۸
- ۳-۱. رشوه ۲۵۹
- ۳-۲. اخاذی ۲۶۰
- ۳-۳. کلاهبرداری و اختلاس ۲۶۰
- ۳-۴. حمایت‌های حاکمیتی از فرد (افراد) اجرایی ۲۶۲
- ۳-۵. پارتی بازی (به سود اقوام) ۲۶۲
- ۳-۶. پارتی بازی (به سود دوستان) ۲۶۲
- ۳-۷. تعارض منافع ۲۶۳
- ۳-۸. فساد در خرید و قراردادهای بلندمدت ۲۶۳
- ۳-۹. عدم حضور کارکنان ۲۶۳
- ۳-۱۰. رفتارهای متعصبانه ۲۶۴
- ۳-۱۱. فساد در تحقیقات سلامت ۲۶۵
۴. مصادیق فساد در نظام سلامت ایران ۲۶۶
- ۴-۱. ارائه خدمت ۲۶۷
- ۴-۱-۱. دو شغله یا چند شغله بودن ارائه‌دهندگان خدمت ۲۶۷
- ۴-۱-۲. حضور متخصصین بالینی در جایگاه‌های مدیریتی ۲۶۷
- ۴-۱-۳. حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی ۲۶۸
- ۴-۱-۴. توجه بیش از حد به ارائه خدمات درمانی ۲۶۸
- ۴-۱-۵. سوءاستفاده برخی از ارائه‌دهندگان از دیگر خصوصیت ذاتی نظام سلامت؛ عدم تقارن اطلاعاتی ۲۶۸
- ۴-۱-۶. ارائه خدمات سلامت از سوی نهادهای مختلف ۲۶۸
- ۴-۱-۷. وجود لیست‌های انتظار طولانی در برخی از مراکز درمانی ۲۶۹
- ۴-۱-۸. وجود خطرات بالقوه در نظام ارجاع ۲۶۹
- ۴-۱-۹. ساخت بیمارستان و یا امکانات بهداشتی و درمانی در مناطق دارای اولویت کمتر، به ویژه هنگامی که سرمایه‌گذار خارج از بخش سلامت است ۲۶۹
- ۴-۱-۱۰. عدم ارائه خدمات در قالب تیم درمان در بسیاری از مراکز درمانی ۲۶۹
- ۴-۲. منابع انسانی ۲۷۰
- ۴-۲-۱. بی‌عدالتی در نظام آموزشی ۲۷۰
- ۴-۲-۲. استخدام نیرو از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی برای ستاد وزارت بهداشت ۲۷۰
- ۴-۲-۳. استخدام نیروهای هیئت‌علمی از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس جایگاه سیاسی آن‌ها ۲۷۰
- ۴-۲-۴. ایجاد هوس مدرک‌گرایی در بین کارکنان (با توجه به شرایط پرداختی جدید) ۲۷۰
- ۴-۲-۵. ایجاد مقاطع تحصیلات تکمیلی بدون جایگاه شغلی در نظام سلامت ۲۷۱
- ۴-۲-۶. تبعیض در میزان پرداختی به نیروهای انسانی در مراکز درمانی ۲۷۱
- ۴-۲-۷. هزینه‌های گزاف در ارتباط با آموزش مدیران یا مأموریت‌های آموزشی بدون توجه ۲۷۱
- ۴-۳. تأمین مالی ۲۷۱
- ۴-۳-۱. عدم تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت ۲۷۱
- ۴-۳-۲. پراکنده بودن سازمان‌های تأمین‌کننده مالی ۲۷۲
- ۴-۳-۳. فقدان خرید راهبردی ۲۷۲
- ۴-۳-۴. نزولی بودن فرایند تأمین مالی ۲۷۲
- ۴-۳-۵. کاهش پرداخت از جیب مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های دولتی (به دنبال طرح تحول سلامت) ۲۷۳

۲۷۳	..... نظام پرداخت کارانه . ۴-۳-۶
۲۷۳	..... کسری در منابع مالی . ۴-۳-۷
۲۷۳	..... تأثیر منفی اقدامات تعدیل ساختار اقتصادی در دوره دولت سازندگی . ۴-۳-۸
۲۷۴	..... نظام‌های اطلاعات سلامت . ۴-۴
۲۷۴	..... عدم اجرای طرح پرونده الکترونیکی سلامت . ۴-۴-۱
۲۷۴	..... یکپارچه نبودن نظام‌های اطلاعات صندوق‌های بیمه . ۴-۴-۲
۲۷۴	..... عدم وجود نظام اطلاعاتی مناسب در حوزه تولید و مصرف دارو . ۴-۴-۳
۲۷۴	..... نبود نظام کنترل کیفیت جامع در سطوح کلان و خرد نظام سلامت . ۴-۴-۴
۲۷۴	..... فناوری‌های پزشکی . ۴-۵
۲۷۴	..... ناکارآمدی فرایند قرارگیری مداخلات جدید در بسته خدمتی (پایه و تکمیلی) . ۴-۵-۱
۲۷۵	..... استفاده بیش از حد از فناوری‌های نوین در کشور . ۴-۵-۲
۲۷۵	..... عدم نظارت در استفاده از خدمات فناوری‌های پزشکی (پت اسکن، ام آر آی و...) . ۴-۵-۳
۲۷۵	..... وجود رانت در اعطای مجوز به مراکز ارائه‌دهنده خدمات پزشکی نوین . ۴-۵-۴
۲۷۵	..... تولید (رهبری بین‌بخشی و حاکمیت درون‌بخشی) . ۴-۶
۲۷۵	..... تغییرات در تعرفه‌های پزشکی از سوی گروه‌های ذی‌نفع . ۴-۶-۱
۲۷۵	..... دخالت افراد و نهادهای صاحب قدرت در وظایف اجرایی وزارت بهداشت . ۴-۶-۲
۲۷۶	..... افزایش تصدی‌گری دولت و به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی . ۴-۶-۳
۲۷۶	..... هینت‌امناء شدن دانشگاه‌های علوم پزشکی . ۴-۶-۴
۲۷۶	..... حرکت به سمت بیمارستان‌های مستقل (خودگردان) . ۴-۶-۵
۲۷۶	..... وجود دستگاه‌های مختلف در تأمین مالی و ارائه خدمات بهداشت و درمان . ۴-۶-۶
۲۷۶	..... اجرای سریع طرح تحول سلامت . ۴-۶-۷
۲۷۷	..... گسترش ساختار . ۴-۶-۸
۲۷۷	..... تضاد منافع در نظام پرداخت . ۴-۶-۹
۲۷۷	..... ماده ۴۷ آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی . ۴-۶-۱۰
۲۷۷	..... راهبردهای مقابله با فساد . ۵
۲۸۰	..... تقویت نظارت بالا به پایین . ۵-۱
۲۸۱	..... تقویت مسئولیت‌پذیری پایین به بالا . ۵-۲
۲۸۲	..... تقویت اصول اخلاقی و انگیزه کارکنان . ۵-۳
۲۸۳	..... مقابله با فساد در برنامه‌های مربوط به اهداءکنندگان (خیرین، سیاسیون، سازمان‌های بین‌المللی و غیره) . ۵-۴
۲۸۳	..... گام‌هایی به سوی آینده . ۶
۲۸۳	..... پیوست . ۷
۲۸۳	..... پیوست شماره یک: رشته جستجو در پایگاه پابمد . ۷-۱
۲۸۴	..... پیوست شماره دو: چک‌لیست ارزیابی خطرات بروز فساد در نظام سلامت . ۷-۲
۲۸۴	..... بیمارستان‌ها . ۷-۲-۱
۲۸۴	..... حوزه مراقبت از بیمار . ۷-۲-۱-۱
۲۸۶	..... حوزه منابع انسانی . ۷-۲-۱-۲
۲۸۷	..... حوزه تدارکات و خرید . ۷-۲-۱-۳
۲۸۸	..... تأمین مالی . ۷-۲-۱-۴
۲۸۹	..... خدمات آزمایشگاهی و عکس‌برداری . ۷-۲-۲

۲۸۹.....	۷-۲-۳. خدمات دارویی
۲۹۰.....	۷-۲-۴. پیوند اعضا
۲۹۰.....	۷-۲-۵. تحقیقات پزشکی
۲۹۱.....	۷-۲-۶. صدور مجوز
۲۹۱.....	۷-۲-۶-۱. صدور مجوز برای انجام مطالعات بالینی
۲۹۱.....	۷-۲-۶-۲. تأیید داروها و تجهیزات پزشکی
۲۹۲.....	۷-۲-۶-۳. اعتباربخشی ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت
۲۹۲.....	۷-۲-۷. بازاریابی و توزیع اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی
۲۹۲.....	۷-۲-۷-۱. بازاریابی
۲۹۳.....	۷-۲-۷-۲. توزیع
۲۹۴.....	۷-۲-۸. آموزش حرفه‌ای
۲۹۴.....	۷-۲-۸-۱. دانشگاه‌های علوم پزشکی
۲۹۴.....	۷-۲-۹. نهادهای ناظر
۲۹۵.....	منابع

فصل ۱۱: مدل‌سازی تعاملات ذی‌نفعان نظام سلامت با تأکید بر طرح تحول نظام سلامت..... ۲۹۹

حمید ایزدبخش

۳۰۰.....	۱. بیان مسئله
۳۰۳.....	۲. جایگاه در علم خط‌مشی‌گذاری، مدیریت دولتی و تحلیل خط‌مشی
۳۰۴.....	۳. سابقه انجام پژوهش
۳۰۵.....	۴. روش‌شناسی پژوهش
۳۰۶.....	۵. مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده
۳۰۶.....	۵-۱. طراحی فرایند
۳۰۷.....	۵-۲. انتخاب و تعریف یک خط‌مشی
۳۰۸.....	۵-۲-۱. طرح تحول نظام سلامت
۳۰۸.....	۵-۲-۲. انتخاب خط‌مشی
۳۰۹.....	۵-۳. شناسایی ذی‌نفعان مهم
۳۰۹.....	۵-۳-۱. شناسایی
۳۱۰.....	۵-۳-۲. اولویت‌بندی
۳۱۰.....	۵-۴. انتخاب ابزارها
۳۱۲.....	۵-۵. گردآوری داده‌ها
۳۱۲.....	۵-۵-۱. سازماندهی و تحلیل داده
۳۱۳.....	۵-۶. مدل‌سازی ذی‌نفعان
۳۱۳.....	۵-۶-۱. سطوح دانش خط‌مشی
۳۱۳.....	۵-۶-۲. نقشه موضع ذی‌نفعان
۳۱۴.....	۵-۶-۳. تحلیل قدرت و رهبری
۳۱۵.....	۵-۶-۴. تحلیل قدرت و موضع
۳۱۶.....	۵-۶-۵. تحلیل قدرت و منفعت
۳۱۷.....	۵-۶-۶. تحلیل قدرت و همبستگی
۳۱۷.....	۶. بحث و نتیجه‌گیری

۳۱۹.....	۷. محدودیت‌ها
۳۲۰.....	منابع
فصل ۱۲: در پیچه نو: استفاده از خط‌مشی‌گذاری رفتاری در عرصه سلامت و بهداشت عمومی؛ راهی	
۳۲۳.....	نو در حل مسائل کلان کشور
علیرضا چیت‌سازان / میکائیل نوروزی	
۳۲۴.....	۱. خط‌مشی‌گذاری رفتاری؛ رویکردی نو در عرصه بهبود اجتماعی
۳۲۵.....	۲. حوزه‌های خط‌مشی‌گذاری رفتاری در عرصه سلامت
۳۲۶.....	۳. ارتقا و بهبود سلامت
۳۲۶.....	۳-۱. ارتقاء تغذیه سالم از طریق برجسته‌سازی و پاداش دادن
۳۲۷.....	۳-۲. استفاده از پاداش و جایزه‌دادن برای ترویج فعالیت‌های جسمانی
۳۲۹.....	۳-۳. تغییر در محیط جهت ارتقاء رفاه
۳۳۰.....	۴. پیشگیری
۳۳۰.....	۴-۱. پاداش‌های کوچک تقدی و معاینه ایدز
۳۳۱.....	۴-۲. بازنگری در موانع به عنوان یک ابزار مفید برای کاهش خودکشی
۳۳۲.....	۴-۳. استفاده از چک‌لیست‌ها برای کاهش عوارض در بیمارستان‌ها
۳۳۴.....	۴-۴. استفاده از پیش‌فرض‌ها برای افزایش نرخ واکسن زدن
۳۳۵.....	۴-۵. مقاصد اجرایی در قانع کردن برای واکسیناسیون
۳۳۶.....	۴-۶. افزایش انتخاب‌گری فعال، می‌تواند استفاده از فعالیت پیشگیری را افزایش دهد
۳۳۷.....	۵. درمان
۳۳۸.....	۵-۱. کاهش پیچیدگی و استفاده از محرک‌های یادآور
۳۳۸.....	۵-۲. استفاده از فناوری جهت افزایش پایبندی به درمان بیماری سل
۳۳۹.....	۵-۳. استفاده از قرعه‌کشی‌ها برای کاهش چاقی
۳۴۰.....	۶. کلام آخر
۳۴۱.....	منابع
۳۴۵.....	نمایه

فهرست اشکال

۷۹.....	شکل ۱: ارتباط بین کارکردها و اهداف نظام سلامت
۸۲.....	شکل ۲: مراحل انجام پژوهش
۸۷.....	شکل ۳: معنی اصلی، مؤلفه‌ها و نتایج رفق
۱۰۱.....	شکل ۴: فرایند انتخاب مطالعات
۱۰۲.....	شکل ۵: پنج اهرم کنترلی نظام سلامت
۱۴۳.....	شکل ۶: کاربرگ اطلاعاتی اسناد (نمونه فرم استخراج داده‌ها)
۱۶۸.....	شکل ۷: طبقه‌بندی نظریه‌های عدالت در سلامت
۱۸۴.....	شکل ۸: منطق کلی روش ساخت شاخص ترکیبی در پژوهش حاضر
۱۸۷.....	شکل ۹: روش‌های مورد استفاده در مراحل اصلی پژوهش
۱۸۷.....	شکل ۱۰: ابعاد مفهومی نظریه عدالت اجتماعی
۱۸۸.....	شکل ۱۱: روابط اقتصادی عادلانه با رویکرد قوام مال

شکل ۱۲: طبقه‌بندی از مطالعات پیشین در حوزه شاخص‌های عدالت اجتماعی.....	۱۹۴
شکل ۱۳: مدل مفهومی مقاوم‌سازی نظام سلامت.....	۲۰۶
شکل ۱۴: مدل مفهومی نظام سلامت تاب‌آور.....	۲۱۲
شکل ۱۵: مدل پویای آسیب‌پذیری چندگانه سلامت.....	۲۱۳
شکل ۱۶: ابرمفهومی مقاوم‌سازی امنیت سلامت و نظام سلامت.....	۲۱۷
شکل ۱۷: چرخه چهار مرحله‌ای تطبیق و تغییر سیستم.....	۲۳۴
شکل ۱۸: عوامل مؤثر در یک نظام سلامت تاب‌آور.....	۲۳۷
شکل ۱۹: الگوریتم اجرای روش دلفی فازی.....	۲۴۲
شکل ۲۰: مراحل انجام پژوهش.....	۲۴۳
شکل ۲۱: صورت‌بندی روابط متقابل مؤلفه‌های ناظر بر تاب‌آوری نظام سلامت.....	۲۴۴
شکل ۲۲: فلوجارت پرېسما.....	۲۵۸
شکل ۲۳: پیوند موجود میان بخش عمومی و خصوصی در بروز فساد.....	۲۶۵
شکل ۲۴: پنج بازیگر اصلی در نظام سلامت و جریان‌های بروز فساد.....	۲۶۶
شکل ۲۵: ذی‌نفعان در سطوح مختلف دانش خط‌مشی.....	۳۱۳
شکل ۲۶: نقشه موضع ذی‌نفعان.....	۳۱۴
شکل ۲۷: تحلیل قدرت و رهبری.....	۳۱۵
شکل ۲۸: نقشه ذی‌نفع در نسبت دو مشخصه قدرت و موضع.....	۳۱۶
شکل ۲۹: نقشه ذی‌نفع در دو مشخصه قدرت و منفعت.....	۳۱۶
شکل ۳۰: نقشه ذی‌نفع در نسبت دو مشخصه قدرت و همبستگی.....	۳۱۸

فهرست جداول

جدول ۱: ترکیبات بیان‌شده از مصدر «رفق» در کتاب التحقیق فی کلمات القرآن الکریم.....	۸۴
جدول ۲: خلاصه نتایج مداخلات مبتنی بر عدالت در سلامت و پیامدهای آن در کشورهای منتخب براساس مدل پنج اهرم کنترلی هاروارد.....	۱۳۲
جدول ۳: سیاست‌های عدالت در سلامت به تفکیک ارتباط با کارکردهای نظام سلامت، ابعاد عدالت و وضعیت اجرا.....	۱۴۵
جدول ۴: تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با عدالت در سلامت.....	۱۴۹
جدول ۵: سنجه‌های بخش سلامت در شاخص ترکیبی عدالت اجتماعی.....	۱۶۷
جدول ۶: معیارهای استنباطی پژوهشگران از عدالت در بخش سلامت.....	۱۶۸
جدول ۷: معیارهای عدالت در سلامت در ادبیات نظری.....	۱۷۸
جدول ۸: منتخب شاخص‌های عدالت در بخش سلامت.....	۱۸۲
جدول ۹: مفاهیم پایه، اصول و قواعد در بخش تبادل‌ات اقتصادی.....	۱۹۰
جدول ۱۰: «عدالت در سلامت» از منظر نظریه اسلامی عدالت.....	۱۹۲
جدول ۱۱: سنجه‌های عدالت در بخش سلامت.....	۱۹۶
جدول ۱۲: محورها و مفاهیم اصلی سیاست‌های کلی سلامت.....	۲۰۹
جدول ۱۳: کلیدواژه‌ها و مفاهیم مرتبط با مقاوم‌سازی نظام سلامت در ادبیات متعارف.....	۲۱۰
جدول ۱۴: دستور کار تحقیقاتی برای پژوهش در نظام سلامت در کشورهای شکننده و در حال درگیری.....	۲۱۴
جدول ۱۵: کدهای سیاست‌های کلی سلامت.....	۲۲۵
جدول ۱۶: توالی مفاهیم تاب‌آوری از تفسیر متن محدودتر به گسترده‌تر اجتماعی - اکولوژیکی.....	۲۳۳

فهرست مطالب ■ ۱۷

جدول ۱۷: عناصر اساسی یک سیستم بهداشت عمومی تاب‌آور.....	۲۳۹
جدول ۱۸: شاخص‌های پایش تاب‌آوری نظام سلامت	۲۴۰
جدول ۱۹: راهنمای تحلیل جدول صورت‌بندی مؤلفه‌ها	۲۴۴
جدول ۲۰: نتایج خوشه‌بندی مؤلفه‌های شناسایی شده خوشه‌بندی	۲۴۴
جدول ۲۱: نتایج دلفی فازی مؤلفه‌های ناظر بر تاب‌آوری نظام سلامت	۲۴۵
جدول ۲۲: شاخص‌های سنجش تاب‌آوری نظام سلامت	۲۴۵
جدول ۲۳: راهبردهای پیشنهادی بانک جهانی برای مبارزه با فساد در کشورهای در حال توسعه	۲۷۸
جدول ۲۴: انواع خط‌مشی	۳۰۱
جدول ۲۵: مؤلفه‌های مؤثر در تحلیل ذی‌نفع در این پژوهش	۳۰۷
جدول ۲۶: ذی‌نفعان اولویت‌بندی شده نهایی	۳۱۰

فهرست نمودارها

نمودار ۱: درصد خانوارهای بهره‌مند از بیمه رایگان به تفکیک دهک هزینه‌ای	۱۶۱
نمودار ۲: روند نمره کل شاخص ترکیبی عدالت در سلامت در ایران (۱۳۸۵-۱۳۹۷)	۱۹۷
نمودار ۳: نرخ عفونت‌های جریان خون	۳۳۳
نمودار ۴: استفاده از گزینه پیش‌فرض جهت افزایش نرخ واکسیناسیون	۳۳۵

سخن ناشر

رسالت و مأموریت دانشگاه امام صادق (علیه السلام) «تولید علوم انسانی اسلامی» و «تربیت نیروی درجه یک برای نظام» (که در راهبردهای ابلاغی مقام معظم رهبری مدظله تعیین شده) است. اثرپذیری علوم انسانی از مبانی معرفتی و نقش معارف اسلامی در تحول علوم انسانی، دانشگاه را بر آن داشت که به طراحی نو و بازمهندسی نظام آموزشی و پژوهشی جهت پاسخگویی به نیازهای نوظهور انقلاب، نظام اسلامی، و تربیت اسلامی به عنوان یک اصل محوری برای تحقق مأموریت خویش بپردازد و بر این باور است که علم توأم با تزکیه نفس می‌تواند هویت جامعه را متأثر در مسیر تعالی و رشد قرار دهد.

از این حیث «تربیت» را می‌توان مقوله‌ای محوری یاد نمود که وظایف و کارویژه‌های دانشگاه، در چارچوب آن معنا می‌یابد؛ زیرا که «علم» بدون «تزکیه» بیش از آنکه ابزاری در مسیر تعالی و اصلاح امور جامعه باشد، عاملی مشکل‌ساز خواهد بود که سازمان و هویت جامعه را متأثر و دگرگون می‌سازد.

از سوی دیگر «سیاست‌ها» تابع اصول و مبادی علمی هستند و نمی‌توان منکر این تجربه تاریخی شد که استواری و کارآمدی سیاست‌ها در گرو انجام پژوهش‌های علمی و بهره‌مندی از نتایج آن‌هاست. از این منظر پیشگامان عرصه علم و پژوهش، راهبران اصلی جریان‌های فکری و اجرایی به حساب می‌آیند و نمی‌توان آینده درخشانی را بدون توانایی‌های علمی - پژوهشی رقم زد و سخن از «مرجعیت علمی» در واقع پاسخگویی به این نیاز بنیادین است.

دانشگاه امام صادق (علیه السلام) در واقع یک الگوی عملی برای تحقق ایده دانشگاه اسلامی در شرایط جهان معاصر است. الگویی که هم‌اکنون ثمرات نیکوی آن در فضای ملی و بین‌المللی قابل مشاهده است. طبعاً آنچه حاصل آمده محصول نیت خالصانه و جهاد علمی مستمر مجموعه بنیان‌گذاران و

دانش‌آموختگان این نهاد است که امید می‌رود با اتکاء به تأییدات الهی و تلاش همه‌جانبه اساتید، دانشجویان و مدیران دانشگاه، بتواند به مرجعی تمام‌عیار در گستره جهانی تبدیل گردد.

معاونت پژوهشی دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام) با توجه به شرایط، امکانات و نیازمندی جامعه در مقطع کنونی با طرحی جامع نسبت به معرفی دستاوردهای پژوهشی دانشگاه، ارزیابی سازمانی - کارکردی آن‌ها و بالاخره تحلیل شرایط آتی اقدام نموده که نتایج این پژوهش‌ها در قالب کتاب، گزارش، نشریات علمی و... تقدیم علاقه‌مندان می‌گردد. هدف از این اقدام - ضمن قدردانی از تلاش خالصانه تمام کسانی که با آرمان و اندیشه‌ای بزرگ و ادعایی اندک در این راه گام نهادند - درک کاستی‌ها و اصلاح آنها است تا از این طریق زمینه پرورش نسل جوان و علاقمند به طی این طریق نیز فراهم گردد؛ هدفی بزرگ که در نهایت مرجعیت **مکتب علمی امام صادق (علیه‌السلام)** را در گستره بین‌المللی به همراه خواهد داشت. (ان‌شاءالله)

ولله الحمد

معاونت پژوهشی دانشگاه

پیشگفتار

هسته سلامت از سال ۱۳۹۶ فعالیت خود را ذیل مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه السلام) آغاز کرد. این هسته هدف اصلی خود را تربیت نیرو با مأموریت حل مسائل نظام سلامت می‌دید و از ابتدا تمرکز خود را بر علاقمندی و توان فرد افراد اعضاء گذاشت. در این مسیر مسئله خاصی به افراد تحمیل نشده، بلکه افراد علاقمند به عضویت با طی مسیر آشنایی با معضلات و مسائل نظام سلامت، ضمن تجهیز علمی خود، با ابزارهای مختلف شبکه‌سازی و همکاری‌های علمی، ذیل این هسته گرد هم آمده و به دنبال رسیدن به نقطه اثر خود می‌کوشند.

در بررسی‌ها و مشاهدات مختلف هسته سلامت در نظام سلامت، فقدان نگاه علوم انسانی یکی از معضلات این حوزه به نظر می‌رسید. از این‌رو یکی از رشته‌های فعالیت‌هایی که از ابتدا در دستور کار هسته قرار گرفت، تبیین و پیشبرد این نگاه در نظام سلامت بوده است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت، سلامت در سطح فردی و اجتماعی، عرصه‌ای گسترده و چندوجهی است و از جزئی‌ترین موضوعات مربوط به بدن انسان تا کلی‌ترین حیطه‌های مؤثر بر سلامت و رشد جوامع انسانی را در بر می‌گیرد. تعریف و حل مسائل این عرصه در گرو پرداختن هم‌زمان و متناسب به همه وجوه آن است. به جرئت می‌توان گفت که امروزه طبقه‌بندی و تخصص‌گرایی علوم به سمت و سوی پیش‌رفته که برای هر وجهی از این گستره، چندین و چند رشته تخصصی پدید آمده است. اما گاهی عملکرد جزیره‌ای و گاه کم‌توجهی برخی از رشته‌ها به کاربردی‌سازی معلومات خود در ساحت عمل، موجب بی‌ثمر ماندن توانمندی‌های سایر رشته‌ها و ناکام شدن جامعه از دستاوردهای خود آن‌ها می‌شود.

در کشور ما بخش عمده‌ای از انتظارات و مسئولیت‌های سنگین عرصه سلامت بر دوش رشته‌های گروه علوم پزشکی قرار دارد. رشته‌هایی که طبعاً اهتمام عمده آن‌ها معطوف به دور ماندن بدن انسان از گزند بیماری‌هاست. حال آنکه این بدن فقط بخشی از وجود انسان، و به تبع آن جوامع بشری را شکل می‌دهد. لذا به واقع پرداختن این گروه به همه ابعاد سلامت ناممکن می‌نماید و نتیجه‌ای جز فشار بیش

از حد به دانش‌آموختگان و فعالان آن‌ها و اتلاف وقت و توان دیگران در پی ندارد. سلامت و تعالی انسان - به معنا و مفهوم کامل خود - جغرافیایی است که شناخت حقیقت و پیگیری تحقق آن فقط با در نظر داشتن همه فراز و نشیب‌های وجودی انسان و اجتماع میسر است؛ بی‌تردید تا زمانی که این مهم عملی نشود نیازهای عرصه سلامت پاسخ مناسبی دریافت نخواهد کرد.

اثر پیش رو تحت عنوان «جغرافیای مشترک: سلامت و علوم انسانی» با هدف ایجاد دغدغه سلامت و زمینه‌سازی برای حرکت علمی و عملی دانشجویان، دانش‌آموختگان، اساتید و اندیشمندان علوم انسانی و اجتماعی برنامه‌ریزی و گردآوری شده است. مسلماً با وجود گستردگی مذکور، پرداختن به همه موضوعات مختلف در یک کتاب امکان‌پذیر نبوده و امید است این جریان ادامه داشته باشد. با توجه به گستردگی موضوعی و همچنین محدودیت‌های موجود، برای نسخه یکم، تنها توانستیم به برخی از موضوعات پردازیم. این موضوعات با استفاده از ظرفیت‌های بالفعل مانند «عدالت در سلامت» که تاحدی مطرح و مورد توجه است و یا بالقوه مانند «تاب‌آوری» که ادبیات نظری آن در حوزه‌های اقتصادی پرورنده شده و تنها نیاز به تطبیق دقیق‌تر در نظام سلامت بود، مطرح شده است. رویکرد کلی مورد نظر نیز، طرح و پیگیری بسترهایی برای تعامل میان اساتید و پژوهشگران علوم انسانی و علوم پزشکی بوده است. با این مینا، در انتخاب نویسندگان و داوران به جمع مشترکی از میان این عزیزان اقدام کردیم.

لازم به ذکر است که موضوعات در تعامل با نویسندگان و پژوهشگران دقیق شد، نه اینکه موضوعات معین و دقیقی در اختیار نویسندگان قرار گرفته و به صورت سفارشی مقالات نوشته شوند. اصل تعامل و رفت‌وبرگشت بین پژوهشگران در این کار موضوعیت داشته و با اغلب آن‌ها گفت‌وگو و تبادل نظر صورت گرفت. البته معین و دقیق نبودن موضوع مقالات به معنای ساده‌انگاری محتوایی نبوده، بلکه همه مقالات تحت نظر دکتر لنکرانی (دبیر علمی اثر) ارزیابی گشت و برخی از مقالات نیز کنار گذاشته شد.

امید می‌رود با تلاش‌های به عمل آمده گام مؤثری در این مسیر طی شده باشد و مقبول درگاه حق تعالی قرار گیرد و این مجموعه‌ای که ما آن را حرکتی رو به جلو هرچند ناچیز در جهت تزریق فکر و ایده نو در مسیر اصلاح و ارتقاء نظام سلامت می‌دانیم، با همکاری و تعامل عموم پژوهشگران و علاقه‌مندان علوم انسانی و علوم پزشکی و همچنین موسسات مرتبط تداوم یابد.

این کتاب شامل چهار بخش و ۱۲ مقاله است. بخش اول با عنوان «مفهوم‌شناسی»، با مقالاتی در زمینه مفهوم سلامت از دید فیلسوفان اسلامی و همچنین مفهوم «رفق»، نگاهی جدید به شناخت سلامت و ابعاد آن باز می‌کند. این مفاهیم هر کدام، در صورتی که بازتاب خود را در عرصه‌های مختلف نظام سلامت بیابند، می‌توانند نویدبخش نگاهی نو و اصیل در آن باشند؛ موضوعی که مقاله «الگوی ارائه خدمت در حوزه سلامت با مرکزیت رفق به عنوان محور رابطه پزشک و بیمار» تا حدی تبیین می‌کند.

در بخش «عدالت در سلامت» ابتدا رویکردهای مختلف کشورهای دنیا در دستیابی به عدالت با اتخاذ چارچوبی واحد بحث شده است. این تبیین می‌تواند هر چه بهتر در شناخت و اتخاذ رویکرد

عدالت‌محور یاری‌گر باشد. در مقاله «تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران»، سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت بررسی و تحلیل شده‌اند. سیاست‌ها همواره با رویکردی به عدالت نوشته می‌شوند، و در پس اجرا آثار قابل‌توجهی بر جامعه مخاطب خود خواهند گذاشت. آگاهی به این رویکردهای مختلف و همبستگی و یا تشتت میان سیاست‌ها گامی ابتدایی برای تدوین هرچه بهتر آن‌ها می‌باشد. اما مجموعه سیاست‌ها و اقدامات در نظام سلامت بایستی خود را در شاخص‌ها نمایان کنند؛ از میان شاخص‌ها نیز به سبب اهمیت عدالت در حوزه سلامت، در مقاله «تأملی بر معنا و شاخص‌های عدالت در بخش سلامت» شاخصی ترکیبی عدالت برای جمهوری اسلامی ایران ارائه شده است. این شاخص در ارائه شاخص خلاصه نشده، بلکه روند عدالت در سلامت را بین سال‌های ۹۷-۸۵ اندازه‌گیری می‌کند.

مقاوم‌سازی و یا تاب‌آوری نظام سلامت از موضوعات پرداخته‌شده در این کتاب است که با بروز پاندمی کرونا، ضرورت آن هرچه بیشتر نمایان گردید. در این بخش ابتدا طرح مفهومی کلی از نقشه راه پژوهش در مقاوم‌سازی نظام سلامت تبیین گشته است که خود می‌تواند شروعی برای مطالعات گسترده در این زمینه باشد. سپس پا را فراتر گذاشته و در مقاله «سنجش مقاومت نظام سلامت» چارچوبی جهت سنجش مقاومت و تاب‌آوری نظام سلامت، ارائه شده است.

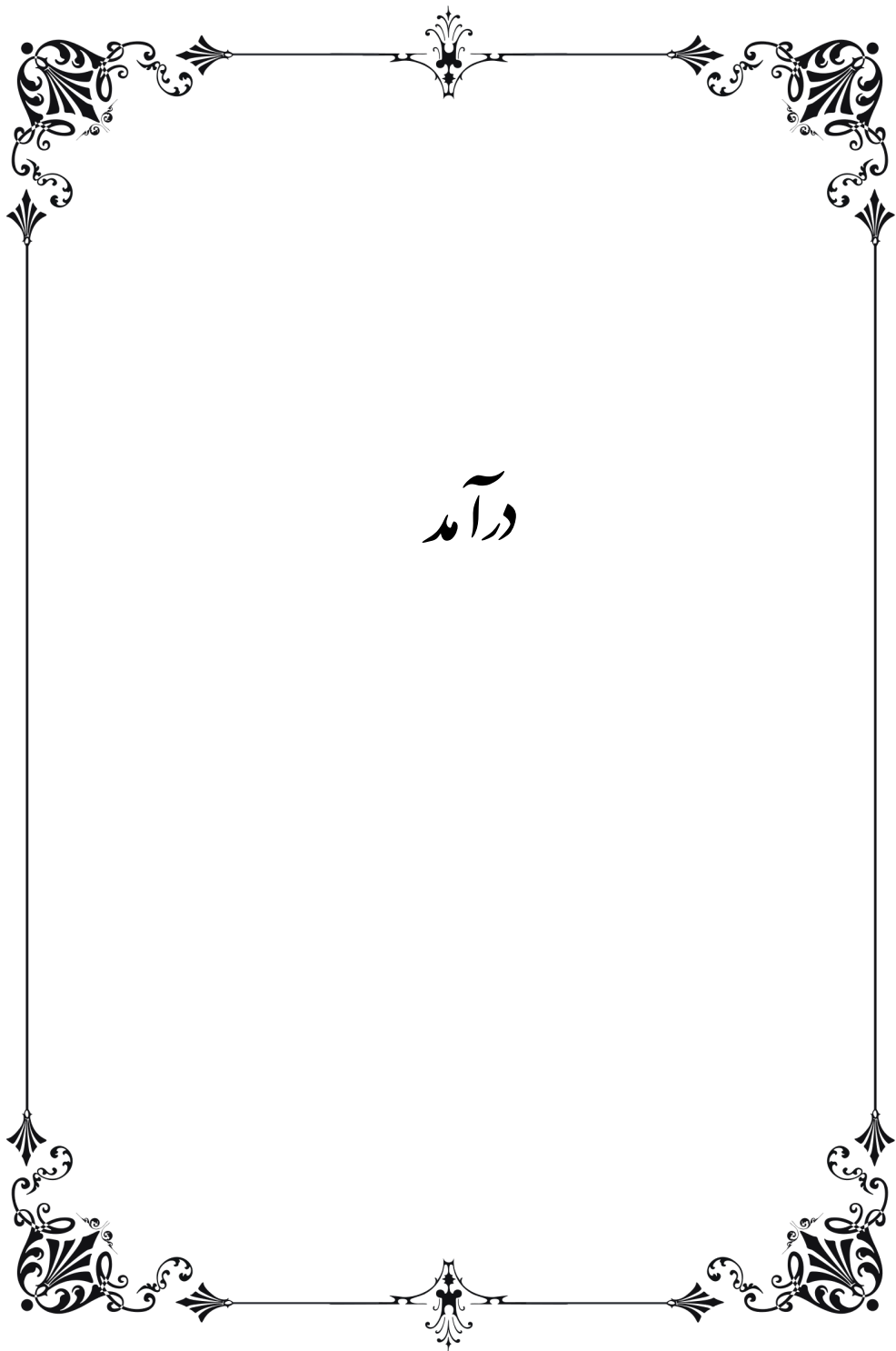
در بخش آخر کتاب نیز به برخی موضوعات کاربردی که شاید بیش از موارد قبلی بتوانند ظرفیت علوم انسانی را آشکار سازد، پرداخته شده است. مقاله مصادیق فساد در نظام سلامت به صورت معین انواع مصادیق را در کاربردها و عرصه‌های مختلف نظام سلامت، تبیین کرده و تجویزهایی در اصلاح آن ارائه داده است. در مقاله «مدل‌سازی تعاملات ذی‌نفعان نظام سلامت» با تمرکز بر طرح تحول نظام سلامت، مهم‌ترین ذی‌نفعان آن ترسیم گشته و کاربرد این مدل‌سازی را در مدیریت نظام سلامت تصویر می‌کند. مقاله انتهایی «دریچه نو»یی است که قصد دارد، با رویکردی خط‌مشی‌گذارانه دلالت‌های حوزه روان‌شناسی را در نظام سلامت تبیین کند. «دریچه نو» فراخوانی است برای همه اندیشمندان و پژوهشگران علوم انسانی که ایده‌ها و نگاه‌های خود را در حوزه سلامت صاحب اثر دیده و آن را به عنوان دریچه‌ای نو به نظام سلامت هدیه کنند.

در طول مدت پیاده‌سازی این ایده، افراد و گروه‌های مختلفی ما را همراهی نمودند که از همه آن‌ها به خصوص حجت‌الاسلام دکتر حسین‌علی سعدی، دکتر عادل پیغامی، دکتر اولیایی‌منش و از مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و مرکز تحقیقات عدالت در سلامت تشکر و قدردانی می‌نمایم. همچنین از همه علاقمندان و صاحبان اندیشه که با نقدها و پیشنهادهای خود ما را در ادامه مسیر راهنمایی می‌کنند، پیشاپیش سپاسگزاریم.

اردیبهشت ۱۳۹۹

هسته سلامت مرکز رشد

دانشگاه امام صادق (ع)



درآمد



تراث دین در هندسه نظام سلامت

حسین علی سعدی

طراحی نقشه «نظام سلامت» و تحول آن بسیار ضروری و در عین حال دشوار و پیچیده است. از این روی ضروری است که وجود «انسان سالم» رهین تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه است و دشوار و پیچیده است؛ از این روی که به جامعیتی نیازمند است که در ضمن مراقبت و اقدامات بهداشتی جسم و ارتقاء سلامت آن به ارتقاء «سلامت روانی» جامعه برای تحقق سلامت همه‌جانبه نیز می‌پردازد. فارغ از مباحث عمیق اثر سلامت روان بر سلامت جسم که در حکمت باستان مورد توجه بوده است، جامعیت نظام سلامت آنگاه محقق خواهد شد که طرحی برای سلامت روانی انسان نیز داشته باشد. تکیه و تأکید بر بخشی از حوزه سلامت غفلت از بخش دیگر چالش اصلی سیاست‌گذاری حوزه سلامت است که توجه جدی و جدید پزشکی مدرن به سلامت روانی به نوعی تدارک مافات و صد البته با تأخیر است.

سهم و نقش مبانی دینی در هندسه نظام سلامت بسیار مهم و اثرگذار است که استنتاج و بازخوانی آن کمک بی‌بدیلی برای این هدف خواهد بود، فقه حکومتی به معنای فقه در مقام حکمرانی جامعه که خاستگاه اصلی برای سیاست‌گذاری است با استفاده از معارف اسلامی ظرفیت عدالت‌محور کردن نظام سلامت و تبیین حقوق شهروندی و نیز مسئولیت‌های اجتماعی آن را دارد. و همچنین در ارتقاء سلامت روانی از مسیر طراحی و ترویج سبک زندگی اسلامی و برقراری امنیت غذایی و اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه می‌توان از این ظرفیت بالا استفاده کرد. و صد افسوس که تراث عظیم روایی و فقهی و حقوقی و اخلاقی که می‌توان از آن در طراحی و ارتقاء نقشه نظام سلامت استفاده کرد. امروزه گرفتار افراط و تفریط شده است.

بخش عظیم روایات که در کتب اطعمه و اشربه آمده و به مسئله تأمین امنیت غذایی و سید غذایی سالم پرداخته و همچنین تذکر و توجه و اولویت و تقدم پیشگیری بر درمان داده است که فرمودند «الحمیة رأس کل دواء» این معارف مورد بی‌مهری و بی‌توجهی و یا استفاده ناصحیح قرار گرفته است جایگاه این مسئله و مصلحت به‌گونه‌ای است که به عنوان یکی از مناظها و ملاک‌ها تجویز و تحریم ماکولات، تأمین سلامت انسان مطرح شده است صاحبان کتب اربعه از جمله مرحوم کلینی در باب علت تحریم برخی از غذاها روایاتی را نقل کرده‌اند که نشان می‌دهد شارع مقدس با تحریم و تجویز در واقع به اصلاح «سبک زندگی» در عرصه تغذیه به منظور حفظ و تأمین سلامت پرداخته است از جمله به این روایت می‌توان اشاره نمود: «لَکِنَّهُ خَلَقَ الْخَلْقَ وَ عَلِمَ عَزَّ وَ جَلَّ مَا تُقَوْمُ بِهِ أَبْدَانَهُمْ وَ مَا یُصَلِحُهُمْ فَأَحَلَّهُ لَهُمْ وَ أَبَا حَهُ تَفَضُّلاً مِنْهُ عَلَیْهِمْ بِهِ تَبَارَكَ وَ تَعَالَى لِمَصْلَحَتِهِمْ وَ عَلِمَ مَا یَضُرُّهُمْ فَتَهَاؤُهُمْ عَنْهُ وَ حَرَّمَهُ عَلَیْهِمْ» (کلینی، ۳۲۹ق، ج: ۶، ۲۴۲).

چالش دیگر غفلت از احکام جاری بر روابط طبیب و بیمار و بیان مسئولیت کیفری و حقوقی طبیب در قبال بیمار و قواعد اخلاقی حاکم بر این روابط می‌باشد که رهاورد آن عدم آگاهی از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی است و نیز غفلت جدی از نقش گسترده و مؤثر معارف اسلامی در ایجاد سلامت روانی جامعه و ارتقاء آن را می‌توان به عنوان گوشه‌ای از تقریباتها و بی‌مهری‌ها دانست از سوی دیگر در کنار این همه تقریبات، افراط‌هایی از قبیل نفی تجربه‌های بشری در حوزه تشخیص و تجویز و برخورد غیر روشمند با روایات این حوزه که به تشویه چهره معارفی انجامیده است به وضوح قابل مشاهده است. امروز توجه به طب‌های مکمل و بومی در جوامع اسلامی اقتضا می‌کند در کنار توجه به طب‌های سنتی برای تدوین نظام سلامت و تحقق سلامت همه‌جانبه و انسان سالم با رویکردی «اجتهادی» و روشمند به تراش عظیم معارفی نگریسته شود و از این ظرفیت بی‌بدیل استفاده شود. توجه به ظرفیت‌ها و فرصت‌ها و نیز چالش‌ها برای محققان این حوزه امری ضروری است که به اقتضای مقام و رعایت اختصار به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

کتب روایی فریقین^۱ در خصوص مسایل طبی، تغذیه و بهداشت روایات زیادی را نقل کرده و حتی کتب متعددی با عناوین طب النبوی و طب السجاده، طب الرضا و طب الانمه و... جزء این تراش معرفی می‌شوند. تحلیل جامع این حجم روایات و تعیین میزان اعتبار و رسالت آن‌ها و توجه به چالش‌ها و ظرفیت‌ها نیازمند یک نگاه نظام‌مند و روشمند است تا ضمن توجه به حوزه کلامی قلمرو شریعت و نگاه تحلیل محتوایی و دلالت روایات، به تنقیح و پیراستن آنچه به عنوان طب اسلامی مشهور شده پردازد. در حوزه کلام سنتی یکی از ادله‌ای که در حوزه ضرورت و فایده نبوت مطرح می‌شده نیاز بشر به طب بوده که انبیای الهی آن را می‌بایست بیان می‌کردند.

شیخ طوسی در الاقتصاد (طوسی، ۱۴۰۶ق: ۲۴۷) سید مرتضی در الذخیره، (۱۴۱۱ق، ۳۲۳) و سدیدالدین حمصی از متکلمین قرن هفتم در المنتقد من التقلید (۱۴۱۲ق، ۳۷۴) تشخیص و تمایز و افتراق بین سم و طعام را یکی از اغراض بعثت انبیاء می‌داند. شیخ صدوق و شیخ مفید ضمن آنکه طب را علمی صحیح دانسته علم به درد و معرفت به دواء را از طریق سمع از عالم به خفیات می‌دانند (مفید، ۱۴۱۳ق: ۱۴۴).

خواجه طوسی در تجرید الاعتقاد آنگاه که از فلسفه بعثت انبیاء صحبت می‌کند معرفت مواد مضر و مفید و تعلیم صنایع پوشیده بر انسان را نیز مطرح می‌کند (طوسی، ۱۴۰۷ق: ۲۱۱) علامه حلی در شرح سخن خواجه نیز در کتاب کشف المراد تعلیم و صنایع را به انبیاء نسبت می‌دهد (علامه حلی ۱۳۶۳ق: ۳۴۶). وی همچنین در مناهج الیقین معرفی نباتات مفید و مضر و تعلیم صنایع خفی را در حوزه تعالیم انبیاء مطرح می‌کند (علامه حلی، ۱۴۱۵ق: ۴۰۵).

در کلام اهل سنت نیز مشابه همین مباحث مشاهده می‌شود. غزالی در المنتقد من الضلال در حقیقت نبوت و ضرورت آن چنین استدلال می‌کند که معارفی چون طب و نجوم را که بشر به آن دسترسی ندارد از طریق الهام الهی انبیاء می‌توان دریافت نمود (غزالی، ۱۴۱۶ق: ۵۵۷).

این نگاه کلامی در وحیانی بودن منشأ طب در تفاسیر و روایات فریقین نیز منعکس و مطرح شده که معمولاً مفسران ذیل آیه کریمه «و علم آدم الاسماء» این روایات را آورده‌اند که بخشی از اسماء شامل اسماء الاولیاء و النبات می‌شده است. عیاشی در التفسیر (عیاشی، ۱۳۸۰: ۳۲) و طبرسی در مجمع البیان (طبرسی، ۱۴۰۸ق، ج: ۱: ۱۸۰) به این بحث پرداخته‌اند. روایات طبی ما نیز فارغ از بررسی سندی و صحّت استناد آن‌ها در کتب و منابع مختلف بیان شده است. و البته در برخی کتب مثل طب النبی مستغفری و رساله ذهبیه و طب الاثمه ابنی بسطام با محوریت به روایات طبی پرداخته‌اند.

در جوامع حدیثی نیز در کتب اطعمه و اشربه معمولاً بابتی به خواص اطعمه اختصاص یافته است. در کنار کتب اربعه، قرب الاسناد، خصال، علل الشرایع، جعفریات، الاحتجاج و... نیز حاوی چنین روایاتی است.

در جعفریات کتاب الطب و الماکول آمده در فقه نیز معمولاً فقها در کتب فقهی خود بابتی تحت عنوان اطعمه و اشربه دارند. ابن ادریس در سرائر هم کتاب الاطعمه و الاشربه و هم کتاب الطب دارد. وی در کتاب سرائر ضمن اینکه کتاب اطعمه و اشربه را آورده، کتاب مستقلی تحت عنوان کتاب الطب نیز دارد که در آن روایات طبی آورده و توصیه‌هایی هم دارد (ابن ادریس، ۱۴۱۰ق، ج: ۳: ۱۳۰). ابن براج در المهذب (۱۴۰۶ق، ج: ۲: ۴۴۴) نیز کتاب الطب دارد.

این‌ها گزارش توصیفی مختصری از تراث معارفی ماست که نیازمند تحلیل اجتهادی و پالایش جهت استفاده در طراحی نظام سلامت است. در این مسیر چالش‌هایی پیش روست که برخی را در ادامه تشریح می‌کنیم:

نخستین چالش پیش روی استفاده از نصوص حوزه سلامت، مشخص نبودن «روش تحقیق» و مطالعه است. اهمیت مسئله روش تحقیق به گونه‌ای است که برخی از اندیشمندان تمایز علوم را به تمایز روش‌ها و مناهج تحقیق می‌دانند، بسیاری از مطالعات انجام شده بر نصوص و نیز استنباطات فاقد روش تحقیق مناسب این حوزه می‌باشد. استنباط و استناد یک گزاره به حوزه شرع آنگاه موجه می‌باشد که از منهج مقبول برخاسته و مبتنی بر روش تحقیق باشد.

آیا می‌توان با کمک به قاعده تسامح در ادله سنن مسئله اسناد به معصوم (علیه السلام) را حل نموده و ضعف سندی بسیاری از روایات طبی را مرتفع و بر آن اساس طبی را براندازی و طبی را جایگزین کرد؟ آیا حجیت خیر واحد که در علوم اعتباری است را می‌توان در حوزه علوم حقیقی هم تسری داد؟ اولین و شاید بزرگ‌ترین چالش مطالعه در نصوص و متون حوزه طب خطای روش‌شناسی و چالش غیر روشمند بودن، می‌باشد. لذا این‌ها و سؤالات دیگری از این دست سؤالاتی جدی فرا روی محقق در بخش اسناد متون به شارع است.

در کنار این در حوزه دلالت روایات طبی نیز تفاوت اساسی با بقیه حوزه‌ها مشاهده می‌شود. فقه و آثار رسیده از ائمه ناظر به بعد مکلف بودن انسان‌ها است که نقطه اشتراک همگان است و از همین روی فقها قاعده اشتراک احکام در عامه مکلفین را به عنوان اصل و مبنا قرار داده و اختصاص را نیازمند دلیل می‌دانند در حالی که روایات طبی با فرض احراز صدور یک نص از معصوم شاهد یک تفاوت بنیادین با روایات احکام هستیم چون روایات طبی ناظر به بدن و جنبه شخصی انسان است و استفاده عمومیت از آن دلیل می‌خواهد دقیقاً بالعکس روایات ناظر به بعد مشترک انسان، این نکته بسیار مهمی است که خطای فاحشی در استنباطات غیر روشمند ایجاد کرده که با فرض صحت صدور به عنوان یک قاعده عام فرازمانی و فراگیر بلافاصله تجویزی مطرح می‌شود و شیخ صدوق به این نکته بسیار مهم توجه داده است.

ایشان در باب ۴۴ (اعتقادنا فی الاخبار الوارده فی الطب)، گونه‌شناسی بسیار دقیقی از روایات حوزه طبی انجام داده است.

«ماقیل علی هواء المکه و المدینه» منطقه‌ای بودن این روایات و اصل اختصاصی بودن را در مقابل قاعده اشتراک مطرح می‌سازد به گونه‌ای که ایشان بر این باور است که «لایجوز استعماله فی سائر الاهیة» توجه به این نکته دافع و رافع شبهه‌ای است که برخی مطرح کرده‌اند که روایات صادر شده در فضای عربستان را نمی‌توان در سبیری تجویز کرد.

نکته دیگر حائز اهمیت در شخصی بودن گزاره‌های طبی را شیخ صدوق این‌گونه توضیح می‌دهد که «و منها ما اخبر به الامام علی ما عرف من طبع المسائل فلم یتعد موضعه».

اصل شخصی بودن و منطقه‌ای بودن روایات طبی نکته بسیار مهمی است که در برابر قاعده اشتراک مکلفین و عام بودن گزاره‌های دینی مطرح می‌شود به نحوی که خطابات شرعی در حوزه احکام و اخلاق به گونه خطابات قانونیه می‌باشد.

مرحوم شیخ مفید در تصحیح الاعتقاد بر مباحث شیخ صدوق نکته‌ای را می‌افزاید که در تحلیل روایات حوزه درمان نقش اساسی دارد. ایشان تصریح می‌کند که دارویی برای مداوای مرض خاص در برخی منطقه‌ها مؤثر واقع می‌شود در حالی که همین دارو در منطقه دیگری اثر نخواهد داشت؛ ایشان در واقع غیر از مسئله موضوعیت وضعیت بیمار به اثربخشی متفاوت دارو در شرایط مختلف نیز اشاره دارد و در کنار احتمال منطقه‌ای بودن روایات درمان مسئله کرامت و اعجاز در مداوای امراض را نیز مطرح می‌کند و می‌نویسد: «حتی احتمال دارد که ائمه به بعضی اصحاب دوائی را توصیه نمایند که حسب متعارف مضر باشد ولی براساس خرق عادت شفا حاصل شود» (مفید، ۱۴۱۳ق: ۱۴۶) لذا نباید از تجویزها، تعمیم استفاده شود.

نکته دیگری که در روش تحقیق و مطالعه روایات حوزه درمان باید مورد توجه قرار گیرد این است که چون این روایات به عنوان گزاره‌های اعتباری از سوی شارع صادر نشده بلکه گزاره‌ای واقعی و حاکی از واقعیت خارجی است. لذا ضمن آنکه از شمول ادله اعتباربخشی اخبار آحاد خارج است با این سؤال جدی مواجه می‌شود که آیا می‌توان در خصوص موازنه و اعتبارسنجی آن از تجربه و علم تجربی بهره جست یا خیر؟ در حوزه امور تعبدی و اعتباری قطعاً پاسخ منفی است و در اموری که معتبر آن شارع است سنجه‌ای به عنوان تجربه یا علم تجربی و ... برای تشخیص صحت و سقم مطرح نمی‌شود ولی آیا با همین روش می‌توان در حوزه روایات ناظر به واقعیت‌های خارجی، تحقیق نمود؟ از باب نمونه اگر مفاد یک روایت حوزه درمان با قطعیات دانش پزشکی منافی بود چه باید کرد؟ آیا تعبد به مفاد روایت باید کرد و نفی تجربه قطعی و یا اینکه اعتماد به نتایج قطعی می‌تواند در استناد به روایت تزلزل ایجاد نماید؟ این‌ها سؤالات جدی حوزه روش تحقیق روایات در حوزه درمان است از باب نمونه شهید ثانی که مکانت فقهی و حریت فکری او شهره آفاق است در باب دیات شرح لمعه در نقد یک روایت ناظر به منفعت اعضاء بدن است که در دیه مؤثر است، می‌نویسد: «و خبره مرسل و قد انکره بعض اطباء» (شهید ثانی، ۱۴۱۰ق: ۹۵۶). ایشان انکار بعض اطباء را به عنوان یک شاخص در موازنه و ارزیابی یک نص در خصوص منافع عضو وارد می‌کند.

البته این روش آنگاه مطرح می‌شود که روایت در استناد نیز با مشکل مواجه است و به تعبیری گرفتار ارسال در سند شده است. چنانکه بسیاری از روایات حوزه درمان نیز با اشکال اعتبار سندی مواجه‌اند. به هر روی این‌ها نکات مهم و قابل توجه پیش روی محقق در حوزه روایات طبی است.

چالش دیگر مسئله وضع و تدلیس است که مطالعه در حوزه مخصوص سلامت را به چالش جدی مواجه ساخته جعل و وضع در این حوزه با انگیزه‌های مختلف و قوی‌تری صورت پذیرفته است از یک سو مخالفین برای تشویه و تقبیح صورت مذهب این حوزه را حوزه مناسب جعل دیده‌اند به تعبیر مرحوم شیخ صدوق (علیه السلام): «ما دلسه المخالفون لتقبیح صوره المذهب عند الناس». و از طرف دیگر بسیاری از کسانی که منافع مادی آن‌ها اقتضا می‌کرده در خواص خوراکی‌ها و ... و اهمیت شهرها به جعل حدیث دست زده‌اند این امر آن‌قدر شایع بوده که فقیهی چون آیت‌الله بروجردی معتقد بوده،

اصل اولی در روایات خواص خوراکی و فضیلت بلدان بر جعلی بودن است (آشتیانی، ۱۳۶۴: ۱۵؛ احمد عبدالله، ۱۴۲۴ق: ۸۱).

از طرف سوم بسیاری از کسانی که با ترجمه‌های متون طبی مأنوس بودند برای ترویج مطالب خود آن‌ها را به شرع نسبت می‌دادند. لذا گرچه که در همه حوزه‌های حدیث ما با چالش تدلیس و جعل مواجهیم ولی در خصوص روایات طب این مشکل جدی است، به‌گونه‌ای که قاعده و اصل بر جعلی بودن است.

چالش دیگری که در این حوزه جدی است تقطیع روایات و یا سهو و تصحیف است شیخ صدوق در ضمن احتمالی معتقد است العسل دواء من کل داء تقطیع شده و اصل روایت این بوده که شفاء من کل داء بارد (ابن بابویه، ۱۴۱۴ق: ۱۱۵).

این چالش‌ها بخشی از محدودیت‌های پژوهش در حوزه مبانی دین در حوزه سلامت است و البته در کنار این چالش‌ها ظرفیت عظیم و حجم قابل توجه روایات که انصافاً ذخیره گرانمایی برای ماست به‌گونه‌ای که نمی‌توان آسان از کنار آن گذر نمود. بر این اساس در نقش و سهم معارف و مبانی دینی در طراحی نقشه نظام سلامت توجه به امور ذیل لازم و ضروری است.

کشف نظام صحت از منهج و روش اجتهادی مقبولی باید تبعیت کند که بالمثال حجیت استناد آن به شارع تأمین شود. سیاست‌های حوزه سلامت برای تحقیق مدینه و «انسان سالم» و البته سلامت همه‌جانبه و پایدار در گرو توجه جدی به منابع و مبانی معارف اسلامی است؛ سلامت روانی جامعه را نمی‌توان با ترجمه نسخه سلامت جوامع دیگری تأمین نمود.

سلامت روان فرد و جامعه در گرو انطباق توصیه‌ها با مبانی معرفتی مقبول آن فرد و جامعه است و آنچه در این مختصر بر آن تکیه و تأکید می‌شود این است که میزان استفاده از این تراش عظیم در حوزه سیاست‌گذاری مورد غفلت واقع شده و توجه و تمرکز بر روی درمان و به خصوص تشخیص و تجویز، صورت پذیرفته که با این اشکالات جدی مواجه بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود محققان در حوزه «حکمرانی سلامت» که قطعاً در بخش‌های قابل توجه‌ای تولیدی خواهد بود و نه ترجمه‌ای، از این معارف بلند استفاده نمایند و نگذارند با خلاصه کردن این معارف به حوزه درمان و استنباط‌های ناصواب چهره معارف اسلامی مشوه شود.

منابع

- آشتیانی، سیدجلال‌الدین (۱۳۶۴)، کیهان اندیشه، سال اول، شماره ۱، صص ۱۲-۲۵.
- ابن ادریس، محمد بن احمد (۱۴۱۰ق)، کتاب السرائر، قم: مؤسسه النشر الإسلامی.
- ابن بابویه، محمد بن علی (۱۴۱۴ق)، اعتقادات الامامیه، قم: کنگره شیخ مفید.
- ابن براج، عبدالعزیز بن نحریر (۱۴۰۶ق)، المذهب، قم: مؤسسه النشر الإسلامی.
- احمد عبدالله، ابوزید (۱۴۲۴ق)، فقه اهل البيت (علیهم‌السلام)، سال هشتم، تابستان، شماره ۳۰، صص ۶۵-۹۶.
- حمصی رازی، محمود بن علی (۱۴۱۲ق)، المنقذ من التقليد، قم: مؤسسه النشر الإسلامی.

- شهيد ثانی، زين الدين بن علي (۱۴۱۰ق)، الروضة البهية في شرح اللمعة الدمشقية، قم: مكتب الإعلام الإسلامی.
- طبرسی، فضل بن حسن (۱۴۰۸ق)، مجمع البيان، بيروت: دارالمعرفة.
- طوسی، محمد بن حسن (۱۴۰۶ق)، الاقتصاد فيما يجب على العباد، بيروت: (بی نا).
- علامه حلی، حسن بن يوسف (۱۳۶۳)، كشف المراد في شرح تجريد الاعتقاد، تهران: (بی نا).
- علامه حلی، حسن بن يوسف (۱۴۱۵ق)، منظمة الاوقاف و الشؤون الخيرية، تهران: دار الأسوة للطباعة و النشر.
- علم الهدی، علی بن الحسين (۱۴۱۱ق)، الذخيرة في علم الكلام، قم: مؤسسة النشر الإسلامی.
- عیاشی، محمد بن مسعود (۱۳۸۰)، التفسیر، تهران: مكتبة العلمية الاسلامية.
- عیاشی، محمد بن مسعود (۱۳۸۰)، تفسیر عیاشی، تهران: (بی نا).
- غزالی، محمد بن محمد (۱۴۱۶ق)، المنقذ من الضلال در مجموعة رسائل الإمام الغزالی، بيروت: دار الفكر.
- کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷ق)، الكافي، تهران: الإسلامية.
- مفيد، محمد بن محمد (۱۴۱۳ق)، تصحيح إعتقادات الإمامية، قم: المؤتمر العالمي لألفية الشيخ المفيد.
- نصيرالدين طوسی، محمد بن محمد (۱۴۰۷ق)، تجريد العقائد، تهران: مكتب الإعلام الإسلامی، مركز النشر.



جغرافیای مشترک؛ سلامت و علوم انسانی

کامران باقری لنکرانی^۱

حمید ایزدبخش^۲

در طول تاریخ نظام سلامت ایران کمتر شاهد اثرگذاری جدی و قابل توجه علوم اجتماعی در سلامت بوده‌ایم. از پیش از انقلاب تا به امروز، همواره رشته‌های انسانی مرتبط با سلامت، یا نبودند یا در حاشیه بوده و نظام سلامت از تحلیل‌ها و اثرگذاری آن‌ها محروم بوده است. می‌توان گفت هرچه نظام سلامت ایران به میان‌سالی خود نزدیک می‌شود، بلوغ بیشتری یافته و احساس نیاز بیشتری به این مسائل پیدا می‌کند. این نوشتار مروری هرچند کوتاه بر تاریخچه تعامل حرکت‌ها و مطالعات میان علوم انسانی و سلامت کرده است؛ از تاریخچه شکل‌گیری رشته‌های غیرپزشکی در نظام سلامت گرفته تا اثرگذاری این رشته‌ها و گرایش‌ها در طرح‌ها و پروژهای مختلف این حوزه. به قطع بررسی این تعامل با یک مقاله میسر نخواهد بود، بلکه هر کدام از این طرح‌ها، نیازمند بررسی مفصل و موشکافانه است ولی در اینجا تنها به برخی از سرنخ‌ها و کلیات این ارتباط، اشاره خواهد شد. نظام سلامت از اولین روزهای پایه‌گذاری خود تا به امروز، همواره حداقلی از تعامل با علوم انسانی را تجربه کرده است. در برهه‌ها و زمان‌های مختلف این تعامل بیشتر و کمتر شده است اما هیچ‌گاه از میان نرفته است. سیر تاریخی نظام سلامت نشان می‌دهد، هر کجا این تعامل جدی‌تر گرفته شده، موفقیت‌های بیشتری نیز به دست آمده است اما هرچه به سمت انحصار و یکجانبه‌گرایی رفته‌ایم، طرح‌ها و برنامه‌ها آنگونه که باید اثربخش نبوده‌اند. البته تعامل و ارتباط با علوم انسانی، کلید همه مشکلات نخواهد بود و قطعاً گسترش این تعامل انتهای مسیر نه، بلکه ابتدای راهی است که تلاش‌های فراوانی را می‌طلبد.

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران.

۲. پژوهشگر هسته سلامت مرکز رشد و دانشجوی دکتری خط‌مشی‌گذاری عمومی دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام).