

## مفهوم‌شناسی مهندسی فرهنگی نظام سلامت کشور

نویسنده: حسن هنرور<sup>۱</sup>

فصلنامه (علمی-تخصصی) مطهر، سال پانزدهم، شماره ۴۴، بهار ۱۳۹۷

### چکیده

طراحی، مهندسی و تعیین کارکردها و روابط بین سیستم‌های مختلف اجتماعی، بر اساس نحوه‌ای از تفکر، شکل می‌گیرد و به مرور، هویتی ملموس و مشهود پیدا می‌کند. ترسیم هندسه نظام سلامت با محوریت تعالی انسان، بر اساس اسلام، به گونه‌ای که قابلیت تعمیم را دارا باشد، از جمله اهداف این مقاله است. نظام سلامت، به عنوان سیستمی پویا و انسان تعالی جو، به عنوان عنصر محوری این سیستم است. انسان‌ها در طول زندگی، گزینه‌هایی را انتخاب می‌کنند که هرچه این گزینه‌ها، درست‌تر باشد، سلامت جامعه هم بیشتر خواهد بود. لذا باید مشخص شود چه کسی، چه کاری را، در چه محیطی و چگونه، باید در بازسازی کارکرد و ساختار این نظام، انجام دهد تا به کارآمدی نظام سلامت همه جانبه (جسمی، معنوی، فرهنگی و اجتماعی) کشور که مطالبه مقام معظم رهبری است، بیانجامد. نوع تحقیق، بنیادی است و منجر به کشف و ترسیم روابط جدید در سیستم سلامت خواهد شد. در این مقاله، ضمن تعریف مفاهیم بنیادی، متغیرهای فرهنگ مطلوب سلامت و پیامدهای آن، با تبیین وضع موجود این نظام، به مهندسی فرهنگی آن، با بهره‌گیری از رویکرد طب اسلامی، برای رسیدن به انسان سالم و جامعه متعادل پرداخته خواهد شد. بنابراین، باید گفت نظام سلامت ما، خواسته و ناخواسته در حوزه خاص در حال فعالیت است و به دلیل عدم چینش درست و عدم رعایت اندازه‌های دقیق، در رویکردها و نگاه تک بُعدی و تک ساحتی به انسان، در نظام سلامت فعلی، دچار بحران و التهاب در عملکرد شده ایم و لزوم اصلاح آن، ضروری به نظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** مهندسی، مهندسی فرهنگی، سلامت، نظام سلامت، بهداشت، به زیست.

۱. دانشجوی دکتری مهندسی سیستم‌های فرهنگی، دانشگاه جامع امام حسین 7. Email: sh\_honarvar@yahoo.com

طب، همواره با فلسفه، همنشین بوده است، تا آنجا که پزشک را در قدیم، حکیم می‌نامیدند. طب، انسانی‌ترین علم تجربی و تجربی‌ترین هنرها و علمی‌ترین علوم انسانی است (پلگرینو، ۱۹۷۹: ۱۷). سلامت نداشتن، بیماری نیست، بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی اجتماعی و معنوی است. سلامتی، موهبتی است الهی و تحقق انسان سالم برای نیل به کمال انسانی، به عنوان خلیفه‌الله می‌باشد و سلامت، سرمایه‌آرزشمندی است که حفظ و ارتقای آن، باید جزء مهمترین تلاش‌ها در زندگی انسان باشد.

جهان هستی، بدون حکمت، خلق نشده است و خداوند متعال، انسان را که به عنوان دردانه این نظام و بهانه کل کائنات خلق کرده و تمام شرایط لازم و کافی برای رسیدن به سعادت و کمال وی لحاظ کرده است. اصل و اساس خلقت بشر رسیدن به کمال بندگی و گذر از سه مرحله معرفت، محبت و اطاعت است و راهی جز بهره‌گیری از مسیر سلامت و تزکیه نفس ندارد. احیای شرایطی که انسان استعدادهای بالقوه خویش را که خداوند در او به ودیعه نهاده است، در چهار بُعد فکری، جسمی، روحی و اجتماعی، پرورش داده و به فعلیت رساند، سلامت‌ورزی گفته می‌شود. پایه این سلامت نیز بر اداره کردن خود با فهم درست از روابط چهارگانه انسان با محیط و عمل کردن طبق احکام الهی است. روابط صحیحی که انسان با خود، خدا، طبیعت و هم‌نوع ترسیم می‌کند، او را به اعلی درجه سعادت، نائل می‌کند.

## ۲. کارکردهای انسان سالم در جامعه

### ۱-۲. مسئولیت در برابر انسان‌ها

انسان، موجودی اجتماعی است. افراد به تنهایی قادر نیستند نیازهای خویش را تأمین کنند و همه باید برای رسیدن به وضعیت مطلوب با یکدیگر همکاری داشته باشند. چنان که شهید مطهری می‌فرماید: «زندگی باید به صورت یک شرکت درآید که همه در وظایف و بهره‌ها سهیم باشند و یک نوع تقسیم کار میان افراد، برقرار شود» (مطهری، ۱۳۵۹: ۳۷). بنابراین، هر فردی آنچه را برای خویش دوست می‌دارد، باید برای دیگران هم دوست بدارد و آنچه را که برای خویش نمی‌پسندد باید برای دیگران هم نپسندد؛ او خود را در برابر اجتماع، متعهد و مسئول می‌داند از آنجایی که فرد، خود را در رسیدن جامعه به اهداف و آرمان‌هایش، سهیم می‌داند، تلاش می‌کند تا با پذیرفتن مسئولیتی، وظیفه خویش را از روی میل درونی به درستی انجام دهد.

### ۲-۲. مسئولیت در برابر منابع طبیعی

نظام ارزشی و اخلاقی اسلام، انسان را در برابر منابع طبیعی مسئول می‌داند، و هم او

با عمل به آیات و روایات و با الگوپذیری از سیره اولیای الهی به خودسازی و تربیت خویش پرداخته و به معنویت اخلاقی دست می‌یابد و از نعمت‌ها و داده‌های الهی، آن گونه که بایسته و شایسته است، در حد نیاز استفاده کرده و فراتر از آن را برای نسل‌های آینده، حفظ می‌کند؛ زیرا بر این باور است که در سرای دیگر، در برابر نعمت‌های الهی پاسخگو می‌باشد. چنین روحیه و باوری در کلیه افراد سازمانی، تأثیر به‌سزایی خواهد داشت و زمینه را برای استفاده بهینه از منابع و بهره‌وری در سطح بالایی، فراهم می‌آورد.

فرد مسلمان، با توجه به اصل پرهیز از اسراف، سعی می‌کند که در ساختن کالا حداقل ضایعات وجود داشته باشد و از امکانات، بهره کافی ببرد. وجدان وی، همیشه به او گوشزد می‌کند که به هدر دادن امکانات، اسراف تلقی شده و به عنوان یک گناه، مذموم به شمار می‌آید. بهترین راه برای ایجاد وجدان کاری، توجه به مسائل ارزشی و قرار دادن اصل «آخرت‌گرایی» در فعالیت‌های روزمره و تلاش‌های سازمانی به جای «رفاه‌طلبی و دنیاگرایی» به عنوان «فرهنگ سازمانی» است، تا به موفقیت‌های چشم‌گیری دست یابند (رضائیان، ۱۳۷۲: ۳۱۱).

### ۲-۳. تأکید بر مسائل انگیزشی

انگیزه‌ها<sup>۱</sup>، چراهای رفتار هستند. آن‌ها موجب آغاز و ادامه فعالیت می‌شوند و جهت کلی رفتار هر فرد را معین می‌سازند (رضائیان، ۱۳۷۲: ۲۸۱). برای تهییج افراد به سوی وجدان کاری، یکی از ابزارهای قوی، استفاده از انگیزش است. توجه به انگیزش، افراد را به کار وادار می‌دارد و به مرور زمان، آنان با کار، خو گرفته و انجام کار با کیفیت بالا، به عنوان یک عادت شکل می‌گیرد (رابینز، ۱۹۹۳: ۳۲۷).

یکی از نیازهای روانی انسان، یافتن الگوی مناسب در زندگی است. از آنجایی که نگرش‌ها و انگیزش‌ها در رابطه با هم هستند؛ یکی از منابع نگرش‌ها را می‌توان، افراد مورد احترام و مقبول جامعه برشمرد (رابینز، ۱۹۹۱: ۱۲۲).

ما مسلمانان، با داشتن دین کامل و بی‌بدیل خود، از نعمت رهبرانی برخورداریم که تجسم کمال‌اند. پیشوایان ما، نه تنها از کار، ابایی نداشتند، بلکه آن را وسیله تقرب به خدا و شعار مؤمن می‌دانستند<sup>۲</sup>. توجه دادن به الگوپذیری از امامان معصوم، کار را از دریچه صرف مادی خارج کرده و به آن جلوه معنوی می‌دهد و جامعه، به جهت پیروی از رهبران دینی، به طور خودجوش درصدد انجام بهینه کار بر می‌آیند.

1. Motive

۲. حضرت علی ۷ فرمود: «بالعمل يحصل الثواب» کار کردن موجب ثواب است. و فرمود: «العمل شعار المؤمن» کار شعار مؤمن است. (غررالحکم).

### ۳. ساحت‌های انسان

در نگاه غربی، آنچه که به عنوان اصل انکارناپذیر و غیر قابل تغییر و خطوط قرمز مدرنیسم، قرار گرفته است، اصل بودن اقتصاد و طفیلی بودن دیگر ساحت‌های بشر است. در این روی آورد، فیزیک و فیزیکیسم، حرف اول و آخر را می‌زند که بر مبنای آن، همه چیزهای موجود در جهان ما، فیزیکی هستند و «هیچ چیزی ورای و بیش از امور فیزیکی وجود ندارد» (داول، ۲۰۰۶ الف: ۱). اموری صرف مادی با قواعدی که در حوزه معرفت‌شناسی، فقط با محدود کردن توان عقل در حوزه مفهوم‌سازی، به شناخت، نائل می‌آید. اموری که توصیف و تبیین و تشریح آن، به واسطه دستگاه مفهومی زبانی صورت پذیرد که مبتنی بر مشاهدات بین‌الذهانی باشد (فیگل، ۱۹۶۹: ۵۴).

از نگاه یک انسان دین‌دار؛ انسان یک موجود صرف مادی یا معنایی نیست. او معجونی است که یک پایش در این عالم و حقیقت دیگرش، وابسته به عالم دیگر است. انسان، از خداست و باید به خدا بازگردد. او خلق شده است برای آنکه به عبادت حق بپردازد؛ خلق شده است تا با مقدمه عبادت به مقدم یقین دست یابد و به مقام محمود و جایگاه انسان کامل برسد. انسان آمد تا کل عالم بر او سجده کنند و خادمش باشند و او نیز در جواب این همه لطف حق، شاکر و مطیع او باشد و خالصانه به اوامر او گوش فرا دهد. انسان آمده تا به کمال و سعادت برسد. و همه این‌ها فقط در سایه تقوای الهی و عمل صالح و سلامت امکان‌پذیر است. در این نگاه، خدای حقیقی، خدای خالق جسم و روح است. خدایی که ضمن خلق بندگان خویش، راه و رسم به کمال رسیدن را نیز در کتب جاویدان، بیان داشته است.

بنابراین، با دیدبانی پیامدهای سلامت همه‌جانبه، در ساحت روحی و جسمی انسان، افقی برای باز مهندسی نظام سلامت با رویکرد فرهنگی (فکر، علم، معنویت و زندگی در قالب شاخص‌های قابل اندازه‌گیری) را پیش رو گذاشته که این فرآیند، مشتمل بر مراحل تبیین اصول، ارزش‌ها، خدمات تحلیل روندها (اجتماعی، اقتصادی، اسلامی، سیاسی و محیطی)، فرصت‌ها و تهدیدهای ناشی از آن‌ها، مشخص کردن نقاط قوت و ضعف موجود و سپس پیدا کردن مناسب‌ترین گزینه‌ها برای دستیابی به اهداف انسانی و ارزشی است که منجر به معماری نظام سلامت در چارچوب پیشگیری و حفظ سلامت با تأکید بر طب فارابی، به صورتی هدفمند، همگرا، و منسجم خواهد بود.

### ۴. مهندسی

در کلام فارسی، هندسه به معنای اندازه، مقدار، اندازه‌گیری و معماری است. این واژه نزد قدما، یکی از شعب ریاضی است که موضوع آن معرفت مقادیر، احکام و لواحق آن

است.<sup>۱</sup> امروزه نیز به علمی که در آن فضا و بُعدها و شکل‌ها بحث می‌شود، مهندسی اطلاق می‌شود (معین، ۱۳۷۱: ج ۴، ص ۴۴۷۵). هندسه در علوم ریاضی، یعنی قرار گرفتن عدد در مکان و معادل لاتین آن، عبارتست از Geometry (هلزی هال، ۱۳۶۸: ۴۳) که به مطالعه ابعاد فضایی، اشکال و خصوصیات آن‌ها می‌پردازد. این واژه از زبان یونانی اخذ شده و از دو زیر واژه «جئو» به معنای زمین و «متری» به معنای اندازه‌گیری تشکیل شده است؛ بنابراین، هندسه اندازه‌گیری زمین است. مصریان، کسانی بودند که اصول هندسه را کشف کردند. افلاطون از دانشجویان خود می‌خواست، قبل از شروع کار در آکادمی، به فرا گرفتن هندسه بپردازند.

مهندسی در اموری مطرح است که هندسه‌پذیر هستند، یعنی می‌توان به آن‌ها شکل و فرم دلخواه داد. برای مثال مهندس ساختمان ترکیب مصالح را به گونه‌ای طراحی می‌کند که ساختمانی با شکل، استقامت و کاربری دلخواه ایجاد شود. مهندسی ژنتیک تلاش دارد، با ترکیب جدید ژن‌ها، به مواد حیاتی جدید دست پیدا کند. در مهندسی پزشکی و سایر گرایش‌های مهندسی نیز چنین است (پیروزمند، ۱۳۸۱: ۱۸).

ویژگی‌های عام مهندسی، به قرار زیر است:

- کل‌نگری یا نگاه سیستمی به موضوع داشتن.
- نگاه پویا به موضوع داشتن.
- توجه به شرایط محیطی و عوامل تأثیرگذار بیرونی در طراحی.
- تلاش برای بهبود وضع.

بنابراین، هندسه و مهندسی را نزدیک کردن مفاهیم کیفی با قالب کمیت مانند اشکال و اعداد را گویند، به گونه‌ای که توازن آن در یک فرمول یا مثال یا مدل، جلوه‌نمایی کند.

## ۵. مهندسی فرهنگی

مهندسی فرهنگی در هر کشوری، با توجه به قوانین حاکم و شرایط خاص آن کشور، بر عهده گروه‌ها، سازمان‌ها یا افراد خاصی قرار داده می‌شود. در کشور ایران، این امر مهم از سوی مقام معظم رهبری، بر عهده شورای عالی انقلاب فرهنگی، قرار گرفته است. ایشان می‌فرمایند: شورای عالی انقلاب فرهنگی را در واقع، باید اطاق فرمان فرهنگی کشور یا ستاد عالی فرهنگی و علمی دستگاه‌های کشور، اعم از دستگاه‌های فرهنگی و سایر دستگاه‌ها و مرکز مهندسی فرهنگی کشور به حساب آورد. ایشان، همچنین می‌فرمایند: مهندسی فرهنگی کشور، منحصرأً توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی، امکان‌پذیر است (حسینی خامنه‌ای، ۱۳۸۱).

ممکن است گمان شود که آیا با توجه به دستگاه‌های عریض و طویلی مانند مجلس

۱. علم مقادیر و عدد، به سه دسته تقسیم می‌شود: عدد در زمان (موسیقی)، عدد در فضا (ریاضی) و عدد در مکان (هندسه).

شورای اسلامی، دولت یا مجمع تشخیص مصلحت، آیا باز هم باید مهندسی فرهنگی کشور را از شورای عالی انقلاب فرهنگی، توقع داشت؟ مقام معظم رهبری، در این زمینه می‌فرمایند: «این مجموعه (شورای عالی انقلاب فرهنگی) در کشور، بی‌بدیل است، در مدیریت راهبردی فرهنگی، ما به غیر از این مجموعه، هیچ مرکزی را در کشور نداریم. بخش‌های مختلف، چه دولت، چه مجلس، چه حتی مجمع تشخیص مصلحت، وظایفی دارند؛ اما هیچ کدام، وظیفه‌ای را که این شورا بر عهده دارد، بر عهده ندارند» (حسینی خامنه‌ای، ۱۳۸۱).

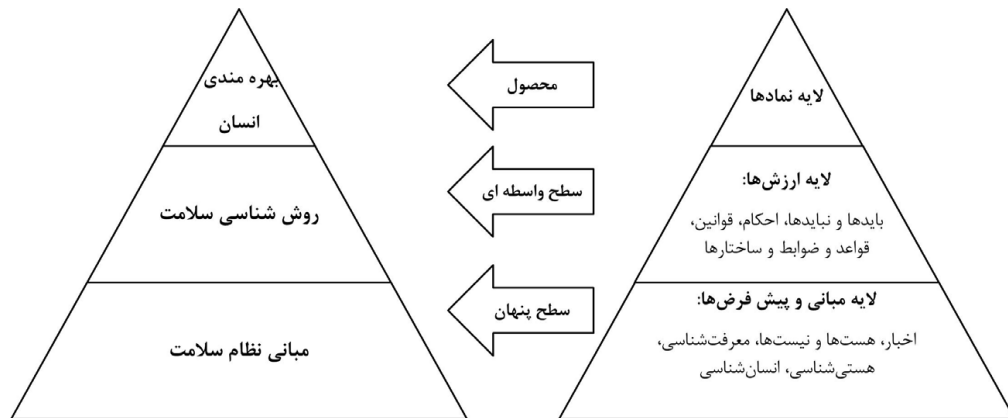
در کنار بحث از مهندسی، ما با مفهوم «مدیریت»، روبرو هستیم. اما تفاوت این دو، عبارت است از اینکه مدیریت سیستم‌ها، با تدبیر و اداره امور سیستم، سروکار دارد و مدیریت در بهترین شکل خود، محدود و منوط به سازوکارها و بسترهایی است که فعالیت‌های سیستم در آن انجام می‌پذیرد، در حالی که مهندسی، به اصلاح و نوسازی سیستم‌ها می‌پردازد و فضای فعالیت مدیریتی را بهبود و ارتقاء می‌بخشد. گاهی فعالیت مهندسی از فعالیت مدیریتی، به طور کلی قابل تفکیک و شناسایی است و گاهی بین این دو، نقش توأمان وجود دارد.

مهندسی نظام‌ها، با رویکرد فرهنگی انجام می‌پذیرد. با عنایت به ویژگی‌هایی که برای فرهنگ برشمرده می‌شود سیستمی وجود ندارد که بر اساس فرهنگ خاصی طراحی و مهندسی نشده باشد و حامل بار فرهنگی خاصی نباشد. همه نظام‌ها، مهندسی فرهنگی شده‌اند، اما فرهنگ حاکم بر آن‌ها متفاوت است. فرهنگ حاکم بر آن‌ها، فرهنگ مهندسی و طراحی آن‌هاست.

در مهندسی فرهنگی نظام سلامت باید به تأثیر و تأثر فرهنگ اسلام در این سه سطح توجه کرد:

- مهندسی فرهنگی مبانی نظام سلامت.
- مهندسی فرهنگی روش نظام سلامت.
- مهندسی فرهنگی نظریه‌های نظام سلامت.

«مهندسی فرهنگی مبانی، روش‌ها و نظریه‌ها» روشنگر این معناست که چه باور، ارزش و رفتاری به واسطه محیط علمی و (عملی‌ای که مورد استفاده قرار می‌گیرند) پدید می‌آید؟ نظام طبقه‌بندی مبانی چیست؟ منظومه نظریه‌ها چگونه قابل ترسیم است؟ (مهرابی بهار، ۱۳۸۹: ۴۲)



شکل ۱- سطوح و لایه‌های علوم مختلف (برگرفته از مدل شاین)

## ۶. سلامت<sup>۱</sup>

سلامت، نداشتن بیماری نیست؛ بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. سلامتی، موهبتی است الهی و تحقق انسان سالم، برای نیل به کمال انسانی، به عنوان خلیفه‌الله می‌باشد. از سوی دیگر، سلامت، سرمایه‌آرزشمندی است که حفظ و ارتقای آن، باید جزء مهمترین تلاش‌ها در زندگی انسان باشد.

## ۷. نظام سلامت

نظام سلامت، شامل افراد، مؤسسه‌ها و منابع که در پیوند با یکدیگر، و در انطباق با سیاست‌های جاری، برای ارتقای سلامت جامعه‌ای که از آن‌ها خدمت می‌گیرد، سازمان می‌یابند و برای پاسخگویی به انتظاراتی مشروع مردم، تلاش می‌کنند و از طریق انواع فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن‌ها ارتقای سلامت است، آنان را در برابر هزینه‌های ناشی از بیماری محفوظ می‌دارند و یا به سلسله‌ای از اجزا و رابطه‌ی میان آن‌ها در مجموعه‌ای پیچیده و کامل که برای برآوردن نیازهای مردم در زمینه سلامت، طراحی شده است را نظام سلامت می‌نامیم.

نظام‌های سلامت چهار وظیفه عمده دارند: اعمال حاکمیت، تولید منابع، تولید مالی و ارائه مراقبت‌های سلامت. این وظیفه‌ها برای رسیدن به سه هدف نهایی است: تأمین سلامت، پاسخگویی به انتظاراتی غیر پزشکی مردم و عادلانه کردن سهم مالی مردم در برخورداری از خدمات سلامت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰). مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخگویی به نیازهای مردم و جامعه است که این نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، پیوسته تغییر می‌کنند. همچنین عوامل مخاطره‌آمیز در نظام سلامت، دائماً در حال تغییر و تحول سریع می‌باشند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰).



## ۷-۱. نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

برای عمل کردن به وظیفه‌ای که قانون اساسی، از نظر ضرورت تأمین سلامت یک یک افراد جامعه، بر عهده گذارده است، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سرمایه‌های مالی گسترش شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی را تماماً خود بر عهده دارد؛ ولی برای مراقبت‌های سطح دوم و سوم، بخشی از تأمین مالی از راه بیمه‌های اجباری کارگران و خانواده‌های آنان، توسط سازمان تأمین اجتماعی کارمندان دولت، خویش‌فرمایان و خانواده‌های آنان و خانواده‌های روستایی و سایرین (مانند دانشجویان، طلبه‌ها و...) توسط سازمان بیمه خدمات درمانی و نیروهای مسلح و خانواده‌های آنان توسط بیمه مربوط، صورت می‌گیرد. کمیته امداد امام خمینی نیز قشرهای محروم جامعه را در پوشش خود دارد. بیمه‌های خصوصی، به‌طور عمده، نقش تکمیلی برای بیمه‌شدگان سازمان‌های یاد شده دارند. وزارت بهداشت، مسئولیت تنظیم امور ارائه خدمات بهداشت و درمان را برای بخش‌های دولتی و غیر آن، بر عهده دارد.

برای ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، شبکه‌های بهداشت و درمان کشور راه‌اندازی شده است. خانه‌های بهداشت، به سبب گستردگی درخور توجه در مناطق روستایی، برای نظام سلامت، نقش زیربنایی دارند و نخستین قانون مراجعه روستائینان به نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. هر کدام از ۱۶۳۴۱ خانه بهداشت، دست کم یک بهورز زن و یک بهورز مرد دارد. بهورز مرد، علاوه بر کار در درون خانه بهداشت، به‌طور عمده، وظایف خارج از خانه بهداشت مانند بهداشت محیط و پرداختن به روستاهای قمر را بر عهده دارد. بهورز زن، خدمات مادر و کودک، تنظیم خانواده و نظایر آن را ارائه می‌کند (مرکز آمار وزارت بهداشت، ۱۳۸۳).

## ۸. مهندسی نظام سلامت

مهندسی نظام سلامت، یعنی طراحی الگوی نظام سلامت متناسب با شاخص‌های جامعه اسلامی. در طراحی الگوی نظام سلامت لازم است به نقش هر یک از متغیرها و دستگاه‌های مرتبط در جامعه، توجه شود. هیچ دستگاه و سازمانی، اعم از عمومی و اختصاصی، خنثی فرض نمی‌شود و حتماً با رفع نیاز مؤثر و مشخص فرد یا جامعه پیوند داشته باشد. برای این منظور، باید ساختار و کارکرد آنان احصاء گردد.

بامهندسی نظام سلامت، آینده تعامل دستگاه‌ها با یکدیگر روشن می‌شود. در مهندسی ساختمان، تأثیر آهن افقی و بر عمودی، تأثیر سقف بر ستون، تأثیر وزن ساختمان بر پی و ... قابل محاسبه است. در مهندسی نظام سلامت نیز تأثیر روح بر جسم و سهم علوم اسلامی و علوم تجربی محاسبه می‌شود. توجه به نظام تأثیرگذاری و تأثیرپذیری در انسان،



این امکان را فراهم می‌آورد که در بازنگری نظام گذشته و آفرینش نظام جدید، برنامه حرکت واقع‌بینانه‌تر تنظیم شود؛ چراکه تغییر در سلامت، منوط به تغییر همه جانبه است. از آنجایی که سلامت، محور همه چیز، حتی عروج انسان است و هر انسانی، حتی اگر در عرصه معنویت بخواهد رشد کند، باید فرد سالمی باشد (حسینی خامنه‌ای، ۱۳۹۱)، لذا برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت توأم با طول عمر قابل قبول، حقی است همگانی که مسئولیت و تولیت آن، بر عهده دولت‌ها و سازمان‌هاست و پیش شرط تحقق آن، ایجاد نظام کارآمد سلامت می‌باشد. ضروری است دستگاه‌های مرتبط از آمادگی، انعطاف‌پذیری و کارآمدی کافی برای تحقق این مهم، برخوردار باشند؛ بنابراین، برای نیل به این اهداف، اصلاح نظام سلامت، در جهت پاسخگویی به نیازهای واقعی انسان‌های جامعه، به عنوان اقدامی مؤثر و ضروری، اجتناب‌ناپذیر است. در این راستا، نظام سلامت از نظر ساختاری، به مجموعه ساختارهایی در کشور گفته می‌شود که عملکرد آن، به طور مستقیم و یا غیر مستقیم، در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و پاسخگویی به نیازها، به صورت عادلانه باشد.

با نگاهی جامع در پاسخ به سؤال چیستی، چرایی و چگونگی (روش و ابزار)، می‌توان به یک وحدت معنایی در ترسیم مهندسی نظام سلامت، دست یافت. این خصوصیت نشان می‌دهد که مطالعه این حوزه، به روش متعارف در نظام سلامت، امکان‌پذیر است.

## ۹. رویکردهای حاکم بر نظام سلامت موجود

### ۹-۱. مهندسی و ساختار سازمان‌های سلامت

اصل حاکم بر مهندسی و ساختار این سازمان‌های مختلف، چه اداری و چه آموزشی و خدماتی، بر پایه تقسیم کار و سلسله مراتب وظایف وبری<sup>۱</sup> است. رویکرد سازمانی که انسان در این سازماندهی، در ساختارها، به عنوان یک جزء هم سطح با یک منابع، مانند تجهیزات، دیده شده است. انسان در این سازمان‌ها، بدون هویت، ساختار و جایگاه است که به او شخصیت می‌دهد. ارزش‌ها باید بیرون از سازمان رها شده و هر آنچه است فرهنگ سازمانی حاکم، باید اصل قرار گیرد. اصالت سود و نفع هرچه بیشتر، انسان‌ها را مهضوم در ساختار کرده است. انگیزه‌ها نیز بر اساس ماده و اهداف مادی، شکل می‌گیرد. اما در رویکرد نهادی، انسان باید دارای هویت بوده و به عنوان یک منبع راهبردی و حتی رشد و سلامت و رساندن او به کمال و سعادت، به عنوان هدف غایی یک نهاد عمل نماید و مدیران و کارکردشان، نقشی را ایفا می‌کنند که زمینه‌ساز رشد و تعالی انسان‌ها هستند.

1. Max Weber

## ۹-۲. مبانی متافیزیکی سلامت

مقصود از مبانی متافیزیکی، گزاره‌هایی کلی است که نقش محوری و مبنایی در نظام پزشکی مدرن ایفا می‌کنند. با وجود اینکه ادعای پوشش دادن کامل موضوع را نداریم، اما می‌توان یک دسته‌بندی کلی از این مبانی ارائه داد. یعنی مبانی شناخت‌شناسانه، انسان‌شناسانه و ارزش‌شناسانه را تفکیک کرد. ابعاد متافیزیکی سلامت، شامل مبانی «هستی-شناسانه»، «شناخت‌شناسی» و «ارزش‌شناسی» است که به نوعی با پزشکی مرتبط‌اند، همه این مباحث، حاوی رویکرد فرهنگی به سلامت هستند. اینکه طب، هنر ایجاد سلامتی و نگهداری آن علم است، و همچنین چیستی سلامت و بیماری و آیا در عالم خارج، چیزی به نام بیماری وجود دارد، نمونه‌ای از مباحث «هستی‌شناسانه» در طب است. سؤالات معرفت‌شناختی در حوزه طب، اشاره بر این دارد که شناخت بیماری، عینی است یا ذهنی؟ کدام تعریف از بیماری، بر دیگری، برتری دارد؟ ملاک‌های برتری یک تعریف بر تعریف دیگر چیست؟ چگونه می‌توان صدق این ملاک‌ها را اثبات کرد؟ مباحث ارزش‌شناسی و مباحث فرهنگی نیز به ویژه در اخلاق پزشکی، مورد استفاده هستند. اینکه پزشک، نقش درمان‌گر را دارد یا واسطه‌ای است که بتواند سلامتی از دست‌رفته را به فرد بازگرداند، رویکرد فرهنگی ما نسبت به پزشکی را نشان می‌دهد و اینکه آیا اساساً بیماری، غیر از درد و رنج برای فرد، فایده و سود دیگری نیز دارد نیز در حوزه مباحث فرهنگی، قابل بررسی و پاسخ‌دادن است.

## ۹-۳. رویکرد اسلام در سلامت

اسلام، جامع همه احکام فردی و اجتماعی است و هیچ از نیازهای انسان، فروگذار نکرده است. چیزی نیست که نیازمندی فرد یا جامعه باشد و دین، در رفع آن، نکوشیده باشد: «وَنَزَّلْنَا عَلَيْكَ الْكِتَابَ تَبْيَانًا لِّكُلِّ شَيْءٍ» (نحل، ۸۹)؛ و ما نازل کردیم بر تو کتاب را که بیان‌کننده همه چیز است؛ «مَّا فَرَّطْنَا فِي الْكِتَابِ مِنْ شَيْءٍ» (انعام، ۳۸)؛ ما در قرآن، هیچ چیزی را فروگذار نکردیم و بیان هر چیزی در قرآن، به این معناست که این کتاب آسمانی، اصول کلی نیازهای مادی و معنوی و نیز چارچوب اصلی برای تأمین آن‌ها را با بهره‌گیری از قوه تعقل ارائه کرده است. بنابراین، کمال و جاودانگی اسلام، اقتضا دارد که تمام نیازهای انسان را پاسخ گوید. تعالیم و احکام اسلام، محدود به چند حکم فقهی و اخلاقی نیست و در تأمین نیازهای انسان، به حکمی خارج از خود نیاز ندارد و تبیان بودن قرآن، به همین معناست.

نهضت فرهنگی سلامت، راهبرد و گفتمان جهانی نبوی است، به طوری که اسلام، بر ایجاد و حفظ سلامت، معنویت و سلامت‌ورزی دینی در حوزه فرد و اجتماع، توجه ویژه

داشته است، چرا که اساساً مفهوم اسلام، همان سلامت است. در بحث مهندسی نظام سلامت، از حیث ایجابی، در واقع، همان نهضت جهانی سلامت معنوی است و از حیث سلبی، نهضت جهانی بر علیه ابلیس است.

از نگاهی عمیق، اسلام با داشتن نظام جهان‌بینی و متافیزیکی فراگیر و نوع نگاه خاص به جهان و انسان، یک نظام فرهنگی و متافیزیکی درهم تنیده را تشکیل می‌دهد. مسأله، این است که: آیا نظام فرهنگی و متافیزیکی اسلام، و نوع نگاه آن به جهان و انسان و تعاملات آن‌ها، می‌تواند بر علم طب، تأثیرگذار باشد؟ آیا می‌توان برای علم طب، مبانی متافیزیکی جایگزینی از اسلام، استخراج کرد، به طوری که وارد کردن این مبانی جدید، به نوع جدیدی از علم یا فناوری پزشکی، منجر شود؟

بنابراین، دغدغه اصلی این مقاله، مسأله پارادایم‌های مختلف طب است که در سطح نظام سلامت کشور با کارکردهای نه‌چندان مؤثر، در حال اجراست و تبیین این پارادایم‌ها، با تأکید بر طب اسلامی، مسأله این نوشتار می‌باشد (مهرابی بهار، ۱۳۸۹: ۴۸).

|                    |             |              |
|--------------------|-------------|--------------|
| طب اسلامی          | سلامت نگر   | عدالت محور   |
| طب جالینوسی (رایج) | بیمار نگر   | درمان محور   |
| طب فارابی          | بهداشت نگر  | پیشگیری محور |
| طب تجاری (رایج)    | تکنوفیزیکال | اقتصاد محور  |

#### ۱۰. نظام ساختاری<sup>۱</sup> سلامت

باتوجه به سهم ۷۵ درصد سازمان‌های مرتبط در تأمین سلامت، از مسائلی که در سازمان‌های سلامت محور باید به آن توجه شود، ساختار مناسب است. تعیین یک ساختار کارا، بدون در نظر گرفتن نوع فعالیت و شرایط محیطی و فرهنگی، کاری بی‌نتیجه است، اما این بدان معنا نیست که مدیران، نتوانند ساختار متناسب سازمان خود را بیابند.

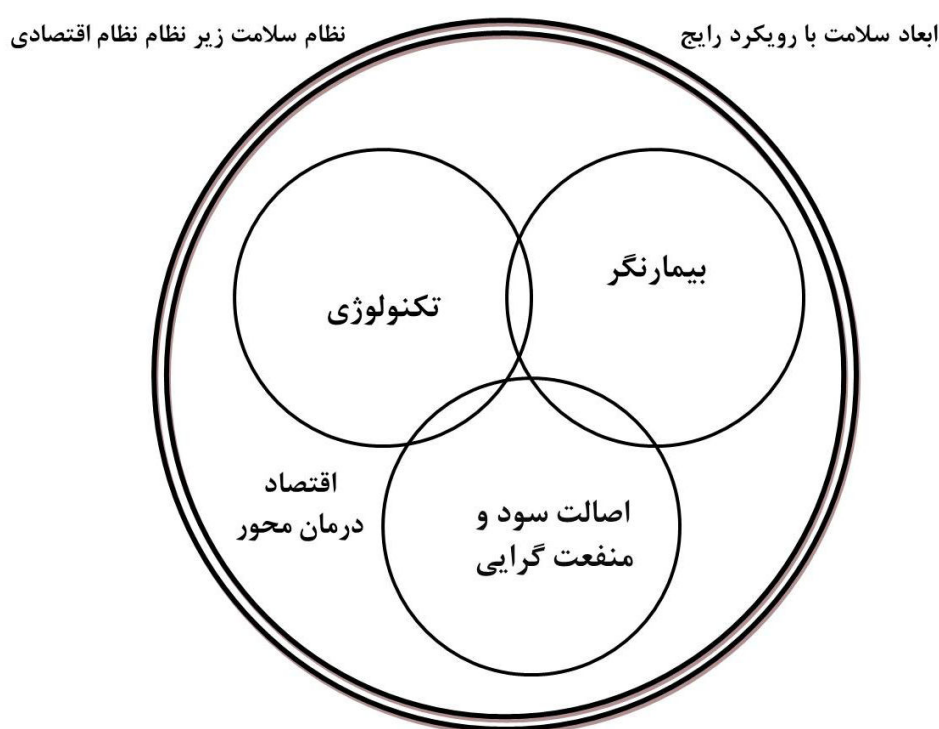
بخش مهمی از ساختار، ارائه‌دهنده تصویری از محدوده و مرزهای مسئولیت و اختیار افراد است. به نظر می‌رسد در واقع، تا جایی که ممکن است باید ساختار سازمان، بر اساس نوع وظیفه باشد، تا افراد، احساس مسئولیت کرده و با اختیار تفویض شده، به طور خودآگاه، به انجام وظایف پردازند.

ساختار سلامت، از شکل سنتی و مرسوم و حتی اشکال جدید خود، فاصله گرفته و مرزهای سازمانی تعریف شده گذشته، وجود ندارد و تمام سطوح سازمان‌های سلامت به نسبت اثرپذیری از متغیرها با یکدیگر در ارتباط‌اند. این نوع تطابق ساختاری با محیط را

1. Structure

می‌توان به آب شدن یخ تثبیت شده ساختارها در اثر گرمای محیط (متغیرها) و تثبیت مجدد ساختار در شرایط جدید، تشبیه کرد. لازم به ذکر است که این فرآیند، به صورت مستمر و مداوم و چرخه‌ای، میل به نهادی شدن در ساختارها داشته باشد. می‌توان به‌طور خلاصه گفت که ساختار سازمان‌های سلامت‌محور، باید پویا، چابک، چالاک، گروهی، شبکه‌ای، کوچک و اثربخش و انعطاف‌پذیر باشد.

در نمودار ذیل، شاهدیم که یکی دیگر از ابعاد سلامت، با رویکرد رایج که مبتنی بر فرهنگ غربی، بیمار نگر و درمان-محور و با استفاده از تکنولوژی و اصالت سود است و تأکید بر آن دارد که چطور و چگونه، بیمار را درمان نماییم که در این مدل، نظام سلامت، زیر مجموعه نظام اقتصادی است.



## ۱۱. رویکردهای مطلوب برای نظام سلامت کارآمد

### ۱-۱۱. سلامت همه‌جانبه

سلامت، شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. سلامت، موهبتی الهی است. تحقق انسان سالم، برای نیل به کمال انسانی، به عنوان خلیفه‌الله می‌باشد. از سویی، سلامت، ابعاد و تعیین‌کننده‌های متعدد و پیچیده‌ای دارد. در نتیجه، تأمین آن به صورت تک بعدی و یک‌سویه، میسر نمی‌شود و نیازمند اتخاذ نگاهی همه‌جانبه و کل‌نگر، در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، ملی و جهانی است، نگاهی متوازن به کلیه

سطوح پیشگیری و مداخله در تعیین-کننده‌ها و تهدید کننده‌های سلامت (که خود در لایه‌ها و سطوح مختلف اجتماع پراکنده‌اند)، پرداختن به سلامت را وظیفه‌ای مهم، فرا بخشی و فرا ملی تلقی می‌کند.

#### ۱۱-۲. عدالت در سلامت

عدالت، اساس ارزش‌های اجتماعی است و از آنجا که پیش‌نیازی برای کرامت انسانی، آزادی و حقوق است، ارزشی ذاتی دارد. بی‌عدالتی در سلامت، دلالت بر تفاوت‌های غیر منصفانه و قابل اجتناب در وضعیت سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت دارد. مفهوم عدالت در سلامت، از دو جنبه خاص باید مورد توجه اکید قرار گیرد. عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت که باید بر اساس نیاز فرد باشد و عدالت در تأمین مالی سلامت که باید بر اساس توان پرداخت فرد باشد.

#### ۱۱-۳. نهادینه‌سازی ارزش‌های اخلاقی

احترام به ارزش‌های اخلاقی اسلامی ایرانی، رعایت حقوق فردی و اجتماعی از جمله آزادی‌های فردی در چارچوب قانون، رعایت کدهای اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت، رعایت حقوق مالکیت فکری، تکریم گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت.

#### ۱۱-۴. پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری

تعهد در برابر چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران و نقشه جامع علمی، در افق ۱۴۰۴، آینده‌نگری و برنامه‌ریزی با توجه به نیازهای حال و آینده، پاسخگویی در قبال مسئولیت‌های اجتماعی و مطالبات گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات و شفافیت عملکرد.

#### ۱۱-۵. بهره‌مندی عادلانه سلامت

پوشش فراگیر و بهره‌مندی آحاد جامعه، از بسته جامع خدمات پایه سلامت، متناسب با نیازها و فرهنگ جامعه استقرار ساختار مبتنی بر سطح‌بندی، ارجاع و پزشک خانواده، تأمین منابع مالی پایدار، توجه خاص به اقشار آسیب‌پذیر و سایر گروه‌های در معرض خطر ساکنین روستاها و حاشیه شهرها، دسترسی عادلانه به سایر خدمات و اطلاعات سلامت.

#### ۱۱-۶. ارتقای سلامت و پیشگیری

اجرای مداخلات به منظور جلوگیری از وقوع زیان‌های فردی و جمعی، بهره‌مندی از محیط زیست مطلوب، اولویت‌پذیری بر درمان، ارزش‌گذاری به مسئولیت‌دهی به مردم، برای افزایش سطح سلامت و کاهش سطح خطرات فردی و اجتماعی.

#### ۱۱-۷. مشارکت مردم

افزایش سواد سلامت مردم و مشارکت ایشان در مدیریت، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی

و اجرای برنامه‌های سلامت در راستای ارتقای سلامت و توانمندسازی جامعه.

### ۸-۱۱. همکاری بین بخشی

همکاری همه بخش‌ها، پذیرش مسئولیت همگانی در ارتقای سلامت و پاسخگویی کلیه سازمان‌ها، نهادها در مورد تأثیر سیاست‌ها و اقداماتشان بر سلامت، با هدف تحقق سلامت در همه سیاست‌ها.

### ۹-۱۱. تولیت یکپارچه

ادغام علم و عمل، قانون‌مداری و نظارت بر حسن اجرای قوانین، هم‌راستایی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع سلامت، استفاده از شواهد معتبر در سیاست‌گذاری، ادغام نظام آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت در راستای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت.

### ۱۰-۱۱. ارتقای سرمایه انسانی

مدیریت مؤثر، آموزش، تربیت و نگهداشت سرمایه انسانی مؤمن، متخصص، خلاق، با انگیزه و با بهره‌وری بالا متناسب با نیازهای حال و آینده در نظام ادغام یافته خدمات سلامت، آموزش و پژوهش.

### ۱۱-۱۱. تعالی و توازن

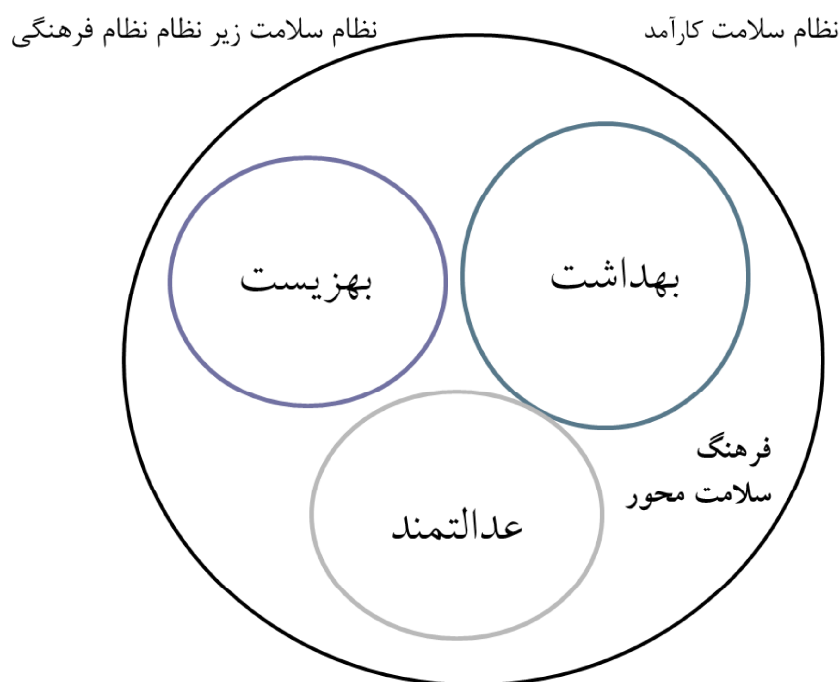
کیفیت محوری، مبتنی بر دانش و نوآوری، فرهنگ سازمانی پویا، حفظ آمادگی و توانایی برای مواجهه با نیازهای در حال تغییر و تغییرات محیطی اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، علم و فناوری، محیط زیست، حرکت در جهت استقلال و خودباوری، پیشرفت و عدالت همزمان، ایجاد ارتباطات مؤثر و تبادل دانش و فناوری در سطح بین‌المللی.

### ۱۲. مهندسی فرهنگی نظام سلامت

طرح موضوع سلامت همه جانبه جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی توسط مقام معظم رهبری، خیزشی فکری را سامان می‌دهد تا همگان، تصویری فراتر از سلامت جسمی را رصد کنند که در واقع، باید برای تحوّل و تعالی در جامعه، نیازمند محملی فعال و اثرگذار باشیم تا در سایه آن، بتوانیم فرهنگ جامعه را دگرگون سازیم که این محمل تحوّل آفرین، به مثابه گفتمان تحوّل معنوی یک جامعه، نقش آفرینی نماید؛ به طوری که این محمل، قابلیت فرو بردن مردم را در خود داشته و مسأله و دغدغه آنان باشد، به گونه‌ای که مردم بتوانند به آسانی با آن، ارتباط برقرار کنند. به نظر می‌رسد تنها محملی که از چنین قابلیت فرا شمول، برخوردار است، «نظام سلامت» است؛ چرا که زبان سلامت، زبان فطری و متفاهم جامعه بشری است که می‌تواند زندگی سالم و پاک را برای جامعه، به ارمغان آورد. مهندسی فرهنگی نظام سلامت، مهندسی نظام سلامت از بُعد فرهنگی و اسلامی است.

نظام سلامت، می‌تواند از زاویه اقتصادی نیز مهندسی شود (عملکرد فعلی نظام سلامت، با این نوع نگاه است). در مهندسی اقتصادی نظام سلامت، تأثیر نظام سلامت بر اقتصاد و همچنین تأثیر اقتصاد بر نظام سلامت، محاسبه می‌شود. مهندسی سیاسی نظام سلامت نیز امکان‌پذیر و بلکه لازم است. در این نوع مهندسی، تأثیر نظام سلامت بر سیاست و بالعکس مورد توجه خواهد بود.

در نمودار ذیل، شاهدیم که نظام سلامت، زیر مجموعه نظام فرهنگی در نظر گرفته شده و معطوف به فرهنگ سلامت بوده که در واقع، یکی از ابعاد سلامت با رویکرد فرهنگ اسلام و مبتنی بر سه شاخصه عدالت، بهداشت، بهزیستی و سلامت محور است و تأکید بر آن دارد که چه کار کنیم تا بیمار نشویم و در نهایت، هدف آن، دستیابی به نظام سلامت پویا و کارآمد است تا بتواند پاسخگوی نیازهای جامعه اسلامی باشد.



### ۱۳. پیامدهای مهندسی نظام سلامت

مهندسی نظام سلامت، دارای چنان اهمیتی است که پرداختن به این موضوع را به عنوان یک ضرورت، مطرح می‌کند. یکی از مباحثی که امروز در جامعه نظام سلامت کشور ما مطرح است، بحث سیاست‌های ابلاغی نظام سلامت کشور، توسط مقام عظمای ولایت امام خامنه‌ای است. به نظر می‌رسد هرگونه اقدام در جهت اجرای سیاست‌های ابلاغی نظام سلامت جمهوری اسلامی از یک سو، مستلزم بازگشت به مبانی اسلامی در طب و از سوی دیگر، حفظ و ارتقای سلامت مبتنی بر طب فارابی است.



چالش‌های عمده در کارکرد نظام سلامت فعلی، این است که به فرهنگ، نگاه جزئی داشته و سلامت را تنها از بُعد جسمی و درمان بیمار نگر با طب جالینوسی، در نظر قرار داده و سایر ابعاد و متغیرهای مؤثر بر این نظام، نادیده انگاشته شده است. همچنین وزارت بهداشت را که تنها ۲۵٪ از سهم سلامت را بر عهده دارد، به عنوان متولی اصلی این مهم، توجه داشته و این در حالی است که ۷۵٪ از سهم سلامت کشور، بر عهده سایر دستگاه‌های مرتبط است که از کارکردهای آن‌ها، غفلت شده است.

ضرورت پرداختن به این موضوع، با توجه به نکاتی که مطرح نمودیم، عبارت خواهد بود از: نگاه اسلامی به نظام سلامت در مبانی، اصول و روش.

عدم نگاه یک بعدی، تجربی، جسمی و بیمار نگر به سلامت.

نگاه اقتصاد محور در نظام سلامت.

طراحی نظام سلامت با رویکرد اسلامی و طب فارابی، مقدمه لازم و ضروری برای رسیدن به انسان متعادل.

دلایل اصلی برای ضرورت مهندسی فرهنگی نظام سلامت را چنین می‌توان عنوان نمود:

از مهندسی فرهنگی نظام سلامت، باید اجرای دستورات اسلام در آید.

مهندسی فرهنگی نظام سلامت و فرآیند تعیین اندازه‌های آن، باید بر مبنای دستورات اسلام باشد.

مهندسی فرهنگی نظام سلامت، موجب می‌شود تا الگوی خود مراقبتی، به صورت فرهنگ ملی در آید.

در مهندسی فرهنگی نظام سلامت، تولید محوری آن، مشخص و سهم وزارت بهداشت از ۲۵٪ افزایش می‌یابد.

مهندسی نظام سلامت، می‌تواند کیفیت ارائه خدمات عادلانه را در سطح کشور، ارتقا دهد.

مهندسی فرهنگی نظام سلامت، می‌تواند امید به زندگی را در سطح کشور افزایش دهد.

مهندسی فرهنگی نظام سلامت، برای طرح‌های کلان توسعه کشور، پیوست سلامت همه جانبه ارائه نماید.

پیامدهای پرداختن به مهندسی نظام سلامت، مبتنی بر ارزش‌های اسلامی در فضای کنونی می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

همچنان کارکرد اصلی نظام سلامت، بیمار نگر و تنها به جنبه درمان، محدود خواهد بود.

سایر دستگاه‌های نظام سلامت، پاسخگوی کارکردهای خود در خصوص سلامت اجتماع نخواهند بود.

فرهنگ مد در نظام سلامت، به دلیل فقر سواد سلامت، همانند جراحی‌های لوکس،

نهادینه شده و مردم در این فرهنگ، در رقابت نا سالم با یکدیگر، قرار می‌گیرند.

فرهنگ مطلوب نظام سلامت، اقتصاد محور و اصالت سود، خواهد بود. بیماری‌های سبک زندگی نادرست و بیماری‌های اجتماعی و التهابی، همچنان بیماری اول جامعه می‌شوند.

عوامل مخاطره‌آمیز نظام سلامت، مانند بحران‌های اجتماعی و زیست محیطی، افزایش خواهد یافت.

آینده نظام سلامت بر مبنای نظام اقتصادی، محکم‌تر می‌شود. عدم توازن در اولویت‌دهی به فعالیت‌های نظام سلامت کشور. رشد بیش از حد نظام سلامت در یک بُعد و ضعف و سستی در ابعاد دیگر.

#### ۱۴. روش تحقیق

در این مقاله، روش تحقیق برای قابل فهم ساختن مفاهیم انتزاعی، شاخص‌سازی پیشنهاد شده است. «شاخص نشانه‌های عینی، قابل شناسایی و قابل اندازه‌گیری ابعاد مفهوم هستند» (کیوی و کامپنهود، ۱۳۸۵: ۱۲۲) شاخص‌سازی و یا مفهوم‌سازی<sup>۱</sup> پالایش و مشخص کردن مفاهیم مجرد (انتزاعی) است (ببی، ۱۳۸۴: ج ۱، ص ۲۹۲). از این‌رو، شاخص‌سازی، فرآیندی است که طی آن، مفاهیم عام و کلی به مفاهیم قابل فهم‌تر و خاص‌تر، تجزیه می‌شود و این فرایند تا مشاهده‌پذیر و بین‌الذهانی ساختن مفهوم، ادامه می‌یابد. در «روش تحقیق کیفی»<sup>۲</sup>، به تکنیک‌ها و رویه‌های پژوهشی‌ای اشاره دارد که سعی می‌کنند پیچیدگی‌های مفهومی در ذهن و چگونگی پرداختن به افکار و معانی ساخته شده در زندگی ما را فهم کند (F. Borgatta, 1990: 2287).

مقاله حاضر، بر اساس رویکرد استنباطی و با بهره‌گیری از روش کیفی مبتنی بر استقراء<sup>۳</sup>، به جای آزمون تئوری‌ها و برای رسیدن به طرح اولیه، از روش تحلیل اسنادی<sup>۴</sup> و در راستای احصای کارکرد دستگاه‌ها و سازمان‌های مرتبط با نظام سلامت و کشف روابط بین آن‌ها، از تست خبرگی<sup>۵</sup> استفاده شده است.

#### ۱۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

سلامت در جمهوری اسلامی ایران، باید مبتنی بر تعادل و ارزش‌های اسلامی و اخلاقی باشد. با این حال، هنوز برای ارائه هدف‌گذاری شفاف، شاخص‌مند و قابل سنجش، به خصوص برای سلامت، بایستی مفاهیم گسترده‌تر در نظر گرفته شود و یا سلامت با مفهوم

۱. «شاخص‌سازی» و «مفهوم‌سازی»، دو طیف یک پیوستار است. بازخوانی مصادیق در قالب مفاهیم بزرگ‌تر، مفهوم‌سازی و تجزیه مفاهیم کلی به عناوین جزئی‌تر شاخص‌سازی، نامیده می‌شود.

2. Qualitative method.

3. Inductive-Base.

4. Content Analysis Method.

5. Delphi-Testing.

گسترده که مشتمل بر سلامت معنوی و اجتماعی، علاوه بر رفاه جسمی و اجتماعی می گردد را مد نظر داشت. از این گذشته، نکته مهم آن است که از مهمترین ارزش پایدار مطرح در تحول نظام سلامت کشور، عدالت می باشد. به همین منظور، علاوه بر اهدافی که در این مقاله عنوان شده اند، عدالت و نگاه تعادلی، افزایش امید به زندگی و بهبود شاخص توسعه انسانی و ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همه جانبه، اهدافی هستند که جهت گیری کلی نظام سلامت و عملکردهای اصلی نظام سلامت را ترسیم خواهند کرد. نگاه تعادلی و توازنی در روح و جسم، نسبت به پارادایم تک ساحتی انسان، ارائه مدل کاربردی از مهندسی نظام سلامت و تقسیم بندی نوین از نظام سلامت، طبق مبانی دینی نظام سلامت، از ویژگی های مهندسی نظام سلامت خواهد بود.

با توجه به ویژگی های ذکر شده، ضرورت دارد که چارچوبی برای مطالعات بیشتر، در نظر گرفته شود که هم به چیرستی نظام سلامت توجه داشته و هم ظرفیت ارائه راهبرد عملی و کاربردی برای ساماندهی نظام سلامت را در اختیار قرار دهد. نکته پایانی که باید در طراحی نظام سلامت در نظام جامع سلامت کشور، مورد توجه قرار گیرد، تعیین جایگاه هر یک از دستگاه های دور و نزدیک در مجموعه مورد نظر و تبیین روابط منطقی مجموعه با یکدیگر به صورت نظام منسجم و هماهنگ است، به طوری که تحول در ساختارها و کارکردهای نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت.

## فهرست منابع:

### الف) منابع فارسی

۱. قرآن کریم، ترجمه فولادوند.
۲. استورم دیوس (۱۳۷۳)، رفتار انسانی در کار، ترجمه دکتر طوسی؛ تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی.
۳. اشتراوس، لئو (۱۳۷۳)؛ فلسفه سیاسی چیست؟، ترجمه دکتر فرهنگ رجایی؛ تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
۴. ایران زاد، سلیمان (۱۳۷۷)، مدیریت فرهنگی سازمان؛ تبریز: مدیریت دولتی.
۵. بیبی، ارل (۱۳۸۴)، روش های تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه رضا فاضل، چاپ دوم؛ تهران: سمت.
۶. پیروزمند، علیرضا (۱۳۸۱)؛ تعیین الگو و طبقه بندی موضوعات فرهنگی در مهندسی فرهنگی کشور؛ تهران: دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی.
۷. جمعی از نویسندگان (۱۳۷۴)، بهره وری نیروی انسانی نیروی انسانی؛ تهران: انتشارات بنیاد مستضعفان.

۸. رایبیز، آنتونی (۱۹۹۳)، *مبانی رفتار سازمانی*، ترجمه رضا فاضل؛ تهران: سازمان مدیریت صنعتی.
۹. رضائیان، علی (۱۳۸۳)، *اصول مدیریت*؛ تهران: انتشارات سمت.
۱۰. \_\_\_\_\_ (۱۳۷۲)، *مدیریت رفتار سازمانی*؛ تهران: دانشکده علوم اداری.
۱۱. \_\_\_\_\_ (۱۳۸۷)، *مفاهیم متافیزیکی و علوم تجربی، کنگره علوم انسانی* پژوهشگاه علوم انسانی.
۱۲. رضایی نژاد، عبدالرضا (۱۳۷۵)، *دستنامه مدیران*؛ تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
۱۳. ساروخانی، باقر (۱۳۸۷)، *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی*، چاپ چهاردهم؛ تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۱۴. فروم، اریش (۱۳۷۱)، *جامعه سالم*، ترجمه دکتر بهزاد برکت؛ تهران: انتشارات مروارید.
۱۵. کیوی، ریمون و لوک وان کامپنهود (۱۳۸۵)، *روش تحقیق در علوم اجتماعی*، ترجمه عبدالحسین نیک گهر؛ تهران: توتیا.
۱۶. مطهری شهید مرتضی (۱۳۵۹)، *انسان و ایمان*؛ انتشارات صدرا.
۱۷. مقیمی، محمد (۱۳۷۷)، *سازمان و مدیریت*، رویکردی پژوهشی؛ تهران: انتشارات ترمه.
۱۸. معین، محمد (۱۳۷۱)، *فرهنگ فارسی*، چاپ هشتم؛ تهران: امیرکبیر.
۱۹. منطقی، محسن (۱۳۷۴)، *«مدیریت ایمان به کار»*؛ قم: مجله معرفت.
۲۰. موسوی خمینی، سید روح‌الله (۱۳۶۱)، *صحیفه نور (جلد ۱ و ۵)*؛ تهران: مرکز مدارک فرهنگی انقلاب اسلامی.
۲۱. مهرابی بهار، علی (۱۳۸۹)، *دکترین ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۱۴*، اندیشکده یقین.
۲۲. ناظمی اردکانی، مهدی (۱۳۸۵)، *مبانی مهندسی فرهنگی*؛ نشر تهران.
۲۳. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۷۶)، *فرهنگ و تهاجم فرهنگی از دیدگاه مقام معظم رهبری*.
۲۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۰)، *نقشه جامع نظام سلامت*.
۲۵. \_\_\_\_\_ (۱۳۹۰)، *نقشه تحول نظام سلامت*.
۲۶. هلزی هال، لوئیس ویلیام (۱۳۶۸)، *تاریخ و فلسفه علم*، ترجمه عبدالحسین آذرنگ؛ تهران: انتشارات سروش.

#### (ب) منابع انگلیسی:

1. Dowell, J.L (2006 a), *“Formulating the Thesis of Physicalism: An Introduction”*, Philosophical Studies, Vol. 131.
2. Feigl, H. (1969), *The “Mental” and the “Physical”*: The Essay and a PostScript, Minneapolis: University of Minnesota Press.
3. Hayees, J & Alinson, C.W (1998), *“Cognitive Style & the Theory*

4. Leon C. Megginson Donald C. Mosley Paul H. etri (1989), ***Management, University of Minnesota Press.***
5. Stephen .P. Robbins (1991), ***Organizational Behavior***, New York: McGraw Hill.
6. Pellegrino, E. (1979), ***Humanism and the Physician***, Knoxville: University of Tennessee Press.