

رویکرد نظام سلامت مبتنی بر تمدن ایرانی-اسلامی: مطالعه‌ای کیفی

الهام قازانچایی^{۱*}، علی اکبر ولایتی^۲، بهشته جبلی^۳، محمد ورهرام^۴، اسماعیل ایدنی^۵، فاطمه کیوانی راد^۶،
علی عبدالهی نیا^۷، فاطمه حقیقی^۸

چکیده

زمینه و هدف: پرداختن به اصول پزشکی بدون در نظر گرفتن بسترهای فرهنگی جوامع با چالش‌های متعددی مواجه خواهد بود. اینکه اساسنامه نظام سلامت یک کشور تا چه حد منطبق بر فرهنگ و تمدن آن کشور است نیاز به بررسی و مطالعه جامعی دارد. لذا هدف از این مطالعه تحلیل رویکرد نظام سلامت مبتنی بر تمدن فرهنگ ایرانی-اسلامی با توجه به نیازهای جوامع انسانی است. **روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه کیفی است که با استفاده از رویکرد (گرانهایم و لاندمن، ۲۰۰۸) به تحلیل محتوی اسناد بالادستی در حوزه سلامت در راستای آموزش، سلامت و فرهنگ و تمدن ایرانی-اسلامی پرداخته است. در این روش، داده‌ها به‌طور مستقیم جمع‌آوری و سپس کدها، زیر طبقات و طبقات استخراج و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۱۱۱ کد اولیه در قالب ۱۱ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی استخراج شد. طبقات اصلی شامل بازمهندسی ساختار فرهنگی در نظام سلامت، تمدن سازی نظام سلامت، تحکیم و ترویج نظام آموزشی علوم پزشکی مبتنی بر آداب پزشکی ایرانی-اسلامی احصا گردید. از مهمترین زیر طبقات استخراج شده از تحلیل محتوای اسناد بالادستی می‌توان به عدالت محوری، رویکرد بیمار محور به جای سلامت محور، تلفیق علم و حکمت و تعهد به حقوق بیمار و برخورداری از اخلاق دینی-اسلامی اشاره کرد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تمدن ایرانی-اسلامی با تأکید بر مفاهیمی مانند عدالت، اخلاق و معنویت می‌تواند

چارچوبی برای غلبه بر بحران‌های نظام سلامت ارائه دهد.

کلمات کلیدی: تحلیل محتوی قراردادی، فرهنگ ایرانی-اسلامی، نظام سلامت.

۱. * نویسنده مسئول. استادیار، سلامت در بلایا و فوریت‌ها، واحد تحقیقات مدیریت بیمارستانی و سیاست‌گذاری سلامت در بیماری‌های تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
El_gh2008@yahoo.com
۲. استاد ممتاز، مرکز تحقیقات مایکوباکتریولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی
۳. کارشناسی ارشد، بهداشت، ایمنی و محیط‌زیست، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استاد، سلولی مولکولی، مرکز تحقیقات مایکوباکتریولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. استاد، گروه داخلی ریه، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۶. کارشناسی ارشد، شیمی کاربردی، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۷. استادیار، طب ایرانی، مرکز تحقیقات بیماری‌های نای، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۸. کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

تعامل میان فرهنگ و سلامت در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. منظور از سلامت نبود بیماری نیست؛ بلکه مقصود، سلامت همه‌جانبه و دربرگیرنده ابعاد چهارگانه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و این سلامت در گستره فرهنگ قابل‌تعریف است (۱). ارتقای کیفیت زندگی مردم و حرکت به سوی سلامت بهتر، فلسفه وجودی نظام سلامت است. نظام‌های سلامت در جهان دارای سه هدف اصلی می‌باشند که شامل ارتقای سطح سلامت، پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی مردم و مشارکت عادلانه مالی است (۲، ۳). علیرغم این که نظام سلامت نقش مهمی در بهبود و افزایش امید به زندگی دارد، ولی شکاف بزرگی بین توان بالقوه نظام سلامت و عملکرد کنونی آن وجود دارد (۴). برخی مطالعات نشان داده‌اند که اقدامات کاهنده در شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت شامل عوامل فرهنگی، ارتباطات، ساختاری، روش اجرا، مدیریتی، پشتیبانی، نیروی انسانی و جامعه می‌باشند (۵). لذا ضرورت کاهش فاصله فرهنگی دانشگاه از فرهنگ عمومی و فرهنگ و معارف اسلامی (گسل فرهنگی-معنوی) و جدائی نسبی از جامعه از چالش‌های کلی در آموزش عالی نظام سلامت است (۶).

پارادایم یا به اصطلاح الگو واره ایرانی و اسلامی دیدگاه جامعی را نسبت به نظام سلامت دارد. با ظهور حکیمان و طبیبان بزرگ اسلامی، این رشته از استحکام، غنا، نظم و ترتیبی شایسته برخوردار شد. گفتمان غالب در نظام‌های سلامت در فرهنگ و تمدن اسلامی با تأکید بر عقلانیت و اجماع مبانی دینی و عقلی، دیدگاه کل‌نگرایانه بوده و استفاده از ابزار ابتدایی، قابل استفاده بودن در محدودترین امکانات، اخلاق محوری، استفاده از مفاهیم ساده و قابلیت آموزش و جمع‌گرایی از خصوصیات آن است (۷). در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سلامت شامل برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و باکیفیت، توأم با طول

عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی و حق همگانی شمرده می‌شود که تولیت آن بر عهده دولت‌ها است (۸). بسیاری از احکام قانون اساسی ایران به نحوی ناظر و تأثیرگذار بر ساز و کارهای حوزه سلامت است و چهاراصل از آن صراحتاً به بخش سلامت ارتباط دارد. بند ۱۲ اصل سوم در خصوص پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه، اصل ۲۹ در خصوص برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، بی‌سرپرستی و...، بند ۱ اصل چهل و سوم در خصوص استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کنی فقر و اصل ۴۴ در خصوص استقرار نظام سلامت ایران بر پایه دولتی، تعاونی و خصوصی (۹).

با توجه به پیشینه غنی گفتمان فرهنگ ایرانی اسلامی فرصت مطلوبی جهت رفع شکاف‌های ایجادشده وجود دارد (۱۰). شکاف‌هایی همچون توجه محدود به نقش مردم در تولید سلامت خوب، ناتوانی در مدیریت تعارض منافع در میان خط مشی‌گذاران سلامت و ذینفعان و فقدان تفاهم برای خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی (۴). لذا لزوم تحلیل رویکرد نظام سلامت با توجه به نیازهای جوامع انسانی و میزان انطباق آن با فرهنگ و تمدن ایرانی-اسلامی حائز اهمیت بوده و می‌تواند راهکارهای مؤثری در جهت رفع چالش‌های موجود ارائه دهد. از این‌رو هدف از این مطالعه تحلیل رویکرد نظام سلامت مبتنی بر تمدن فرهنگ ایرانی-اسلامی با توجه به نیازهای جوامع انسانی است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی (CCA)^۱ است. رویکرد تحلیل محتوای کیفی فرآیند نظام‌مند شناسایی، طبقه‌بندی، تبیین، تفسیر، استنباط و استخراج پیام‌ها، نمادها، آثار و مفاهیم پیدا و قراردادی در متن بر اساس استراتژی‌های کیفی انجام گرفت. رویکرد تحلیل محتوای کیفی با استفاده از یک استراتژی نظام‌مند به محققان اجازه می‌دهد اصالت معانی و مفاهیم درون‌متنی را به حقیقت

1. Conventional content analysis

از این کار این بود که درک عمیق مفاهیم انجام گیرد و کدگذاری سطحی نباشد.

با ادغام کدهای مشابه و تکراری بر اساس پشتوانه ادبیات پژوهش و با استفاده از رویکرد (گرانهایم و لاندمن، ۲۰۰۸)^۱ مراحل تحلیل محتوا بر اساس گام‌های زیر اجرا گردید:

گام نخست: آمادگی و سازمان دهی منابع

محققان در راستای موضوع پژوهش کتاب‌های نظام سلامت از سال ۱۳۵۸ تا ۱۴۰۳ را مطالعه نمودند. در این راستا، مطالعه مکرر اسناد مندرج در جدول شماره ۱ که مرتبط با سلامت، پزشکی، آموزش، فرهنگ و تمدن می‌باشند با هدف اشراف کامل به منابع صورت گرفت.

داده علمی تفسیر نموده و تجلی مفاهیم را به صورت کدهای اولیه، زیر طبقه و طبقات و در قالب یک مدل به نمایش گذارد (۱۱). در این روش، داده‌ها به طور مستقیم و بدون فرضیه قبلی توسط ۳ پژوهشگر جمع‌آوری شدند. مستندات خط به خط برای شناسایی واحدهای معنایی meaning units و (units meaning condense) ادامه یافت. در نهایت فرآیند تحلیل با خلاصه کردن واحدهای معنایی به کدها، زیرطبقات اولیه و طبقات اصلی خاتمه یافت. بر اساس اصل شباهت، کدهایی که به یکدیگر مشابه بودند کنار یکدیگر قرار گرفتند و سپس زیرطبقاتی که به هم شباهت داشتند، ذیل طبقات مشخص قرار گرفتند. فرآیند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور همزمان انجام شد. کدگذاری و طبقه‌بندی مفاهیم به صورت دستی با کاغذ و مداد انجام گرفت. هدف گروه تحقیق

جدول ۱. اسناد مورد بررسی مرتبط با سلامت، پزشکی، آموزش، فرهنگ و تمدن

شماره	عنوان سند
۱	نقشه جامع علمی ایران در حوزه سلامت
۲	سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در بخش سلامت
۳	نقشه جامع علمی کشور (نقشه تحول سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی)
۴	سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه
۵	دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران
۶	بررسی روند و تحلیل اسنادی اقدامات کشور در جهت رفع محرومیت و برقراری عدالت در سال‌های پس از انقلاب
۷	درسنامه ارزیابی سلامت مبتنی بر جامعه (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
۸	برنامه آموزش و ارتقا سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع بر اساس برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور
۹	گزارش اهم اقدامات وزارت بهداشت در ۴۰ سال پس از پیروزی انقلاب
۱۰	سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن، راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه
۱۱	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی
۱۲	اهداف کلی و کمی بخش سلامت کشور
۱۳	برنامه آموزش عالی حوزه سلامت
۱۴	بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی
۱۵	بیانات مقام معظم رهبری در خصوص کمیته فرهنگ و تمدن
۱۶	چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی
۱۷	شناسایی سیاست‌های بالادستی و همسوسازی با سیاست‌های اصلی بیمارستان
۱۸	مدل پیشنهادی برای رتبه بندی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (طرح راد)
۱۹	مصوبه اصلاح وظایف کمیته فرهنگ و تمدن اسلام و ایران
۲۰	تحلیل و بررسی چالش‌های نظام سلامت کشور

گام دوم: انتخاب شیوه تحلیل محتوا و واحدهای تجزیه و تحلیل

محققان بر اساس هدف پژوهش اقدام به گزینش رویکرد کدگذاری تحلیل محتوای قراردادی نموده‌اند. جهت انتخاب واحدهای معنایی کدهایی مورد پذیرش قرار گرفتند که با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی در حوزه آموزش، فرهنگ ایرانی-اسلامی و سلامت مرتبط بوده‌اند.

گام سوم: پردازش نتایج و اعتبار یافته‌ها

کدهای اولیه از نظر تشابه، تکرار و تفاوت با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر به‌عنوان زیر طبقات دسته‌بندی گردیدند. در نهایت با مقایسه زیرطبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها محتوای نهفته درون متون تحت عنوان طبقات اصلی شناسایی گردیدند. جهت قابلیت اعتماد^۱ و استحکام مطالعه از چهار معیار پیشنهادی (گوبا و لینکلن، ۱۹۸۲)^۲؛ اعتبار، قابلیت، انتقال‌پذیری و قابلیت اطمینان‌پذیری طبق جدول شماره ۲ استفاده شد (۱۲).

جدول ۲. استراتژی‌های دستیابی به قابلیت اطمینان در مطالعه اکتشاف رویکرد نظام سلامت مبتنی بر تمدن ایرانی-اسلامی

شرح	معیارهای قابلیت اطمینان
<p>- غرق شدن در داده‌ها و همچنین یافته‌های مشاهدات</p> <p>- اختصاص دادن زمان کافی بیش از ۱۱ ماه برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌های مطالعه</p> <p>- استفاده نمودن از روش بازبینی توسط سایر اعضای تیم تحقیق (Peer Check) با تعامل همکاران و پرسش و پاسخ به سوالات و نظرات آنان</p> <p>- استفاده نمودن از ۲ فرد Expert خارج از تیم تحقیق جهت بررسی سوالات و تایید آن (Expert Check).</p>	<p>اعتبار (Credibility)</p>
<p>- نداشتن تعصب و بی‌طرفی در مورد موضوعات مختلف در فرایند تحقیق، نوشتن Memo و ارائه گزارش جملات نقل و قول عیناً در مطالعه</p> <p>- موجود بودن تمام مستندات پژوهش از جمله دست‌نویس‌ها</p>	<p>قابلیت تایید (Confirmability)</p>
<p>- ارائه اطلاعات کافی در مورد محقق و زمینه تحقیق، فرایندهای کار</p> <p>- توصیف غنی: ارائه توضیحات دقیق از بافت فرهنگی، اجتماعی و سیاسی ایران در حوزه سلامت تا خوانندگان بتوانند میزان شباهت یا تفاوت آن با فرهنگ‌های دیگر را بسنجند.</p> <p>- شفاف‌سازی معیارهای انتخاب اسناد: ذکر دقیق اینکه چه اسنادی وارد تحلیل شدند (نوع، نهاد تولید‌کننده، بازه زمانی) تا دیگر پژوهشگران بتوانند فرایند انتخاب داده‌ها را بازسازی کنند.</p> <p>- محدودسازی دامنه تعمیم: توضیح اینکه یافته‌ها بیشترین اعتبار را در بافت فرهنگی اسلامی ایران دارند و برای کاربرد در سایر کشورها نیازمند تعدیل و مطالعات تطبیقی هستند.</p>	<p>انتقال‌پذیری (Transferability)</p>
<p>- ارائه اطلاعات دقیق از کل فرایند مطالعه به سایر محققان</p> <p>- استفاده دقیق از تمام مستندات</p>	<p>قابلیت اطمینان‌پذیری (Dependability)</p>

یافته‌ها

ساختار فرهنگی در نظام سلامت، تمدن‌سازی نظام سلامت، تحکیم و ترویج نظام آموزشی علوم پزشکی مبتنی بر آداب پزشکی ایرانی و اسلامی احصا گردید.

در نتایج به‌دست‌آمده ۱۱۱ کد به دست آمد که در قالب جدول شماره ۳ نمایش داده شده است. از ۱۱۱ کد استخراج‌شده ۱۱ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی شامل؛ بازمهندسی

2. trustworthiness
 3. Guba & Lincoln

جدول ۳. درون‌مایه استخراج‌شده از تحلیل اسناد بالادستی در خصوص رویکرد نظام سلامت ایران در راستای فرهنگ و تمدن ایرانی اسلامی

طبقات	زیر طبقات	کدها
الف) تلفیق طب فرهنگ گرا با طب فن‌آوری گرا		خودداری از پدرسالاری پزشکی
		تمایز در مبانی اخلاق اسلامی و سکولار
		جایگزینی نگاه حکیمانه و جامع‌نگر به نگاه بخشی
		تلفیق طبابت با دیانت
		هم‌پوشانی سلامت جسم و معنویت
		توسعه و نهادینه نمودن طب ایرانی
		خودباوری و به‌کارگیری پزشکان متعهد
		نگرش مثبت و دیدگاه سلامت‌محور در بین سیاست‌گذاران
		پاسدداشت از میراث پزشکی ایرانی اسلامی
		استقرار فرهنگ آموزش مبتنی بر صلاحیت و توانمندی نیروهای بومی با هدف ارتقا کیفیت
		قرارگیری آموزه‌های عرفانی در دروس پزشکی
		ترویج فرهنگ پژوهش
		اشاعه اخلاق و معنویت و قداست اسلامی
ب) عدالت محوری		تدوین سیاست‌های عمومی مبتنی بر ارتقای سلامت متناسب با فرهنگ بومی و اسلامی
		ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامتی
		اتکال به فطرت حق‌طلبانه
		کاهش پرداخت از جیب بیمار
		بسترسازی ظرفیت‌های فرهنگی
		عدالت در رفتار
		انتقادپذیری در رفتار
		سلوک با بیماران
		تقویت و حمایت آموزش پزشکی در مناطق محروم و مرزی
		ایجاد فرصت‌های برابر آموزشی
		ترویج شاخص‌های عدالت در سلامت
		بهره‌گیری از فرصت‌های بالقوه محیط
		تشویق به فعالیت در محیط‌های محروم و کم‌برخوردار
پ) تجمیع سلامت معنوی و جسمانی		حفظ شرافت و کرامت انسانی
		توزیع عادلانه خدمات در نظام سلامت
		همکاری و همدلی خدانگراانه در طبابت
		آلام بخش دردمندان و تکریم خاضعانه
		تفکر نقادانه و پزشکی مبتنی بر شواهد
		خالق‌گرایی عاشقانه
		اعتقاد دینی باطنی
		دوری از منفعت‌طلبی
		وظیفه‌گرایی
		همراهی اخلاقیات و معنویات
		توسعه‌یافتگی متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی مبتنی بر اصول اخلاقی و
		ارزش‌های اسلامی
		تمایز پزشک و طبیب حکیم
پیوند معنویت و سلامت		

(۱) بازمهندسی ساختار
فرهنگی در نظام
سلامت

(ب) عدالت محوری

(پ) تجمیع سلامت
معنوی و جسمانی

طبقات	زیر طبقات	کدها
الف) جابه‌جایی رویکرد درمان محور به سلامت محور	تغییر نگرش طبابت از درمان صرف به ارتقادهنده سلامت	
	شناسایی چالش‌های نهفته در جامعه توسط اطبا	
	لزوم تغییر نقش پزشک از درمانگر به پیشگیری	
	تخصیص بهینه منابع سلامت به پیشگیری	
	جابجایی از نظام درمانگر به نظام مراقبت‌نگری	
	جامعه‌نگر شدن برنامه‌های آموزش پزشکی	
	گزینش منفعت‌عامه در طبابت به جای فردگرایی	
	تقدم پیشگیری، تدابیر حفظ‌الصحه و اصلاح سبک زندگی	
	توانمندسازی آحاد جامعه در کنترل سلامت خود	
	آموزش طبابت بر اساس رابطه استادشاگردی	
ب) توجه به سرمایه انسانی و تربیت نیروی توانمند، فرهیخته و خودباور	تغییر رویکرد فرد‌نگری به جامع‌نگری در آموزش	
	شناسایی و جذب نخبگان بومی	
	حمایت از شناسایی و شناساندن دانشمندان مسلمان و میراث علمی، فنی و هنری به اقشار جامعه، اساتید و دانشجویان	
	توسعه هدفمند نیروی انسانی	
	گزینش مدیران و اساتید در محیط‌های علمی متناسب با ارزش‌های اسلامی و آداب حرفه‌ای	
	دارا بودن نگرش دینی در کارکنان نظام سلامت	
	پیش‌بینی نیازهای سلامت جامعه	
	پزشکی جامعه‌نگر و استقرار آموزش در جامعه	
	توسعه کمی و کیفی نظام آموزشی سلامت محور مبتنی بر نیازهای جامعه	
	پاسخ‌گویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت	
پ) نهادینه‌سازی رویکرد آموزشی پاسخگو در نظام سلامت	اجتماعی‌سازی نظام سلامت	
	مشارکت ذینفعان در نظام سلامت	
	آگاه‌سازی بیماران از حقوق خود	
	آموزش پزشکی در راستای پاسخگویی نیازهای جامعه	
	تحقق رویکرد سلامت محور همه‌جانبه و انسان‌سالم در همه قوانین	
	انطباق خدمات سلامت با موازین شرعی	
	اطمینان از تطابق فرهنگ اسلامی با فرهنگ مستقر در جامعه	
	استقرار قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با شرع مقدس	
	پیوستگی و یکپارچگی نظر و عمل	
	ایجاد هم‌افزایی بین منافع فردی و مصالح جمعی	
ت) تلفیق علم و حکمت	توجه به ارزش‌های معنوی در آموزش پزشکی	
	خودباوری و به‌کارگیری پزشکان متعهد و با انگیزه	
	پایبندی به سوگندنامه طب اسلامی و ایرانی	
	ارتقا سلامت جامعه با ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی	

۲) تمدن‌سازی نظام سلامت

پ) نهادینه‌سازی رویکرد آموزشی پاسخگو در نظام سلامت

ت) تلفیق علم و حکمت

طبقات	زیر طبقات	کدها
	الف) تحول و نوسازی در نظام آموزش علوم پزشکی	ایجاد اعتباربخشی فرهنگی در بیمارستان‌ها
		تحول در نظام پذیرش دانشجو مبتنی بر اصول اخلاقی علمی و بومی
		ارتقای مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله بر اساس ارزش‌های ایرانی - اسلامی
		تعالی دانشگاهی همگام با تعهد اجتماعی در جهت بهبود سلامت جامعه
		عدم انفکاک مهارت‌های بالینی از مهارت‌های ارتباطی
		اولویت‌بخشی به علم و فن‌آوری نوین جهت پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
		افزایش مراکز پژوهشی بر اساس نیازهای سلامت
		تکریم دریافت‌کننده خدمت در نظام سلامت
		مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی بیماران
		تأسیس مراکز تحقیقاتی سلامت محور
ب) دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت محور	ب) دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت محور	تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط بر جامعه
		توسعه مراکز و دهکده‌های سلامتی و توسعه گردشگری سلامت
		نظام اعتباربخشی مبتنی بر تقویت زیرساخت‌های ارزشی
		افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقا کیفیت و دستیابی به اهداف سند چشم‌انداز
		رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی در سه حیطه آموزشی، پژوهشی و امکانات
		تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد
		کاهش هزینه‌های جاری و افزایش کارایی در نظام سلامت
		هدفمند بودن آموزش با هدف جلوگیری از اتلاف منابع و سرمایه
		تجمع ریسک سلامت
		تحول در فرآیند تأمین نیازهای بومی و منطقه‌ای در عرصه سلامت
پ) بهره‌گیری از فناوری‌های بومی در سلامت	پ) بهره‌گیری از فناوری‌های بومی در سلامت	تقویت زیرساخت‌های موردنیاز برای تولید فراورده‌ها و مواد اولیه دارویی و...
		حمایت از توسعه مراکز رشد و پارک‌های علم و فن‌آوری سلامت
		بومی‌سازی علم و فن‌آوری سلامت
		گسترش همکاری‌های علمی و فن‌آوری با مراکز معتبر بین‌المللی
		توسعه دانش‌های نوین با تأکید بر حیطه‌های میان‌رشته‌ای
		تولید و بومی‌سازی شواهد معتبر علمی جهت ارتقای آموزش عالی سلامت
		نظام‌مند بودن در مان‌های طب ایرانی
		گسترش همکاری و ارتباطات در حوزه علوم و فنون سلامت با نقش محوری جهان اسلام
		احیا و اعتلای مکتب طب ایرانی
		ترویج نظریه‌پردازی و حمایت از اندیشمندان حوزه پزشکی
بهره‌مندی از ظرفیت دارویی بومی		
ت) تعهد و پابندی به حقوق بیمار و اخلاق دینی - اسلامی	ت) تعهد و پابندی به حقوق بیمار و اخلاق دینی - اسلامی	اطمینان از استقرار اصول اخلاق حرفه‌ای، بیمار محوری، رضایتمندی بیمار و رازداری
		اهتمام به رعایت اخلاق حرفه‌ای در سطوح مدیریتی و اجرایی در راستای تمدن ایرانی اسلامی
		رعایت منشور حقوق بیمار و حفظ کرامت انسانی
		تأکید بر صفات اخلاقی پزشک و ارتباطات او با بیمار
		منطبق بودن رفتار و عملکرد شاغلین پزشکی بر تعالیم اسلامی و ایرانی
		نهادینه‌سازی نگرش اسلامی به علم طب
		ارتقای امنیت پایدار اخلاقی در حرف سلامت

۱) بازمهندسی ساختار فرهنگی در نظام سلامت

اهداف اصلی اسناد مورد مطالعه در راستای پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت آحاد جامعه و ارتقا همه‌جانبه جایگاه علمی است. به‌منظور دستیابی به توسعه در نظام سلامت لازم است به‌صورت هوشمندانه با سیر تحولات در این حوزه هم‌زمان با حفظ ارزش‌های ایرانی و اسلامی و با بهره‌گیری از خرد جمعی گام برداشت.

الف) تلفیق طب فرهنگ گرا با فن‌آوری گرا

عصر پست‌مدرن^۱، دوره تعامل و تلفیق علوم مختلف به شمار می‌آید. هم‌گرایی میان فرهنگ و فن‌آوری منجر به تکامل چرخه علم در حوزه‌های گوناگون خواهد شد. در این راستا از دو رویکرد هنجاری و اکتشافی می‌توان بهره برد. رویکرد هنجاری جهت شناسایی و توصیف هنجارهای مورد پذیرش جامعه منطبق بر فرهنگ ایرانی اسلامی و رویکرد اکتشافی جهت ارتقا در مراتب علمی بکار بسته می‌شود. این مقوله به تغییر نگرش از دیدگاه صرف پزشکی مدرن و تغییر مفهوم جزءنگری به مفهوم کل‌نگری در پزشکی سنتی مربوط می‌شود. طب فرهنگ گرا مبتنی بر پارادایم تفسیری (برساختی) برآمده از ارزش‌ها، اعتقادات، آموزه‌های دینی، عرفانی و فن‌آوری نرم است. درحالی‌که طب فن‌آوری گرا، مبتنی بر پارادایم اثبات‌گرایانه و با نگاه صرفاً درمانی با استفاده از استراتژی استبدادی خیرخواهانه و تنها با استفاده از فن‌آوری سخت یعنی ابزار و فناوری بدون در نظر گرفتن ارزش‌های فرهنگی سعی در درمان بیماری‌ها دارد (۶). پزشکی مدرن با وجود همه موفقیت‌ها و پیشرفت‌های خیره‌کننده‌اش در سده‌ی اخیر، با بحرانی روبه‌روست؛ این پزشکی در کشف علل و چاره‌اندیشی برای درمان بسیاری از بیماری‌ها و ناخوشی‌ها موفق عمل کرده؛ اما در کاهش درد و رنج بیماران غالباً ناتوان است و

نمی‌تواند به تجربه بیمار از رنج بیماری بپردازد. علت این امر به ریشه‌های فرا طبیعی پزشکی مدرن برمی‌گردد (۱۳). هرچند که مسائلی همچون روانشناسی سلامت با رویکرد زیستی، روانی، اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی بین پزشک و بیمار و مسائل و مداخلات روان‌شناختی در بیماری‌ها، هم‌گرایی میان طب مدرن و طب برآمخته از فرهنگ را در بردارد (۱۴) لذا از آنجایی‌که دو رویکرد مکمل یکدیگر هستند؛ بهره‌گیری از دیدگاه سامانه‌ای و تلفیق دو رویکرد در توسعه پایدار و ارتقا جایگاه علمی مؤثر است.

ب) عدالت محوری

اصل بیست‌ونهم قانون اساسی، دولت را متولی اصلی ارائه خدمات عادلانه بهداشتی درمانی به‌عنوان حق همگانی برمی‌شمرد (۱۵، ۱۶). در این راستا مشارکت سازمان‌هایی همانند سازمان تأمین اجتماعی که نقش مؤثری در ثبات اجتماعی جامعه بر عهده‌دارند، ضروری است (۱۵). از جمله این موارد می‌توان به همگانی نمودن پوشش بیمه درمان و کاهش پرداخت از جیب اشاره نمود (۱۷، ۱۸). توسعه خدمات بهداشتی اولیه^۲ همراه با ارائه الگوی تجربه موفق مانند نیروهای آموزش‌دیده بومی، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، برنامه واکسیناسیون کشوری، افزایش امید به زندگی و ارائه مراقبت‌های درمانی به مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال در تحقق این زمینه گام برداشته است. این مقوله با ارزش‌های فرهنگ ایرانی-اسلامی، نظیر حفظ شرافت و کرامت انسانی، عدالت در رفتار، سلوک با بیماران و همکاری و همدلی خدانگراانه در طبابت هم‌راستا است. برخورداری از فرصت‌های برابر آموزشی در مناطق کم‌برخوردار فرصت به دسترسی به خدمات سلامت و برخورداری از اطباء آموزش‌دیده مطابق آموزه‌های فرهنگ ایرانی اسلامی را فراهم می‌نماید و منجر به

2. Primary health services

1. Postmodern

دستیابی اهداف توسعه پایدار خواهد شد (۱۸، ۱۹).

ج) تجمیع سلامت معنوی و جسمانی

سلامتی صرفاً به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه رفاه کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی را در برمی‌گیرد (۲۰). در طب ایرانی اسلامی سلامت معنوی و جسمانی به مثابه دو بال جهت شفای بیمار برشمرده شده است. علاوه بر آن خودمختاری، سودرسانی، عدم ضرر رسانی و عدالت را از حقوق معنوی ضروری بیمار به شمار می‌آورد (۲۱). ابعاد معنوی سلامت شامل؛ همراهی اخلاقیات و معنویات، دوری از منفعت‌طلبی، پیوند معنویت- سلامت و آلام بخشی درمندان و تکریم خاضعانه است. افراد دارای سلامت معنوی، دارای خود مراقبتی بیشتری می‌باشند. برخورداری از سلامت معنوی در دستیابی به سلامت جسمانی تأثیرگذار است (۲۲). در این استراتژی تحقق سلامتی در جامعه انسانی، دستیابی به اهداف توسعه پایدار، ارتقا کرامت و جایگاه انسانی را در پی خواهد داشت.

۲) تمدن سازی نظام سلامت

از آنجایی که پزشکان ارتباط مستقیم با افراد جامعه دارند، نسبت به منافع سلامتی عموم جامعه اشراف بیشتری داشته و در شناسایی چالش‌های سلامت بر اساس شواهد عمل می‌نمایند (۲۳).

الف) جابه‌جایی رویکرد درمان محور با سلامت محور

رویکرد سلامت محور در راستای بیمار محوری یکی از ارکان اصلی نظام سلامت است. مراقبت بیمار محور موجب بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است. در راستای پیاده‌سازی مراقبت بیمار محوری، افزایش رضایت بیمار، کاهش متوسط اقامت در بیمارستان، کاهش هزینه‌های بیمارستانی و

در مجموع بهبود وضعیت درمانی و پیامدهای سلامتی و افزایش کیفیت سلامتی جامعه را در پی دارد (۲۴).

ب) توجه به سرمایه انسانی و تربیت نیروی توانمند، فرهیخته و خودباور

این‌سینا اولین شرط طبابت را اشراف علمی و آگاهی از وضعیت بیمار و شناخت بیماری می‌داند که لازمه آن چیزی جز دانش و تخصص نیست (۲۵). ضرورت افزایش تربیت نیروی انسانی و توسعه علم پزشکی و گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی به تربیت خیل عظیم پزشکان با استفاده از رویکردهای آموزش یکسان و تعداد انبوه منجر گردید. در حالی فرآیند آموزش اطبا در گذشته بر اساس رابطه استادی- شاگردی و درس‌آموزی طولانی‌مدت از اساتید زبده زمان خود که علاوه بر طب، فلسفه، فقه و منطق را آموزش می‌دادند، بوده است (۲۲). از نظر زکریای رازی پزشک تنها پس از کسب بصیرت و شناخت کافی از ماهیت بیماری و تأثیرات و اقسام آن‌ها امکان درمان مناسب را دارد (۲۵). این رویکرد مبتنی بر اصول اخلاقی- اسلامی، با هدف ارتقاء مهارت‌های علمی در هر زمینه و تخصص، شناسایی و جذب نخبگان بومی، تغییر رویکرد فرد نگری به جامع‌نگری در آموزش، ایجاد خودباوری آموزش طبابت و دارا بودن نگرش دینی در کارکنان نظام سلامت هم‌راستا است (۲۶).

ج) نهادینه‌سازی رویکرد آموزشی پاسخگو در نظام سلامت

ویژگی یک نظام سلامت دسترس، پاسخ‌گویی و تأمین نیازهای ذینفعان داخلی و خارجی با حفظ کرامت انسانی و ارزش‌های بومی است. مطابق تعاریف سازمان بهداشت جهانی^۱، پاسخ‌گویی در نظام سلامت به مرتفع نمودن نیازهای منطقی افراد در موارد غیر بالینی مرتبط می‌شود (۲۷).

1. World Health Organization

پاسخ‌گویی آموزش در نظام سلامت در ابعاد مختلف، از جمله حفظ محرمانگی، واکنش به هنگام، استقلال، شفافیت ارتباطات، حق انتخاب، کیفیت، احترام به شأن افراد و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی مربوط می‌شود. پژوهش و ارزیابی مستمر پیش‌بینی نیازهای سلامت جامعه، پاسخ‌گویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت و تحقق رویکرد سلامت‌محور همه‌جانبه، منجر به ایجاد شبکه‌های همکاری بین سازمانی مستعد تبادل تجارب و افزایش کیفیت آموزش خواهد شد.

د) تلفیق علم و حکمت

در رویکرد طب ایرانی اسلامی طبیبان به علم و فلسفه زمان خود اشراف داشتند. "علم" (طب)، بیانگر فلسفه بدن و "فلسفه" نیز شامل طب روح است (۲۱). "علم" حاصل تلفیق رشته‌های گوناگون است و "حکمت" به نحوه‌ی برقراری این ارتباطات اشاره دارد. پل‌های ارتباطی بین علوم مختلف جهت پاسخ‌گویی به سؤالات مشترک دانشمندان در حوزه‌های مختلف ایجاد شده است. بر اساس آموزه‌های اسلامی، مشاهده الگوهای طبیعت بستر مناسبی جهت شناسایی این همگرایی است، چراکه تجلی قدرت الهی در طبیعت تبلور یافته است (۲۸).

۳) تحکیم و ترویج نظام آموزشی علوم پزشکی مبتنی بر

آداب پزشکی ایران و اسلام

نظام آموزشی علوم پزشکی ایران، با ایجاد چارچوبی به‌صورت نظام‌مند گفتمان علمی را به گفتمان مسلط بر جامعه تبدیل نموده تا نظام آموزش پزشکی مبتنی بر ترویج فرهنگ پژوهش، عدم انفکاک مهارت‌های بالینی از مهارت‌های ارتباطی، اعتباربخشی فرهنگی در بیمارستان‌ها، اخلاق حرفه‌ای و التزام اجتماعی را در بین فارغ‌التحصیلان نهادینه نماید (۲۹).

الف) تحول و نوسازی در نظام آموزش علوم پزشکی

امروزه آمیختگی امور و تأثیر تعامل حوزه‌های مختلف منجر به ایجاد طیفی از نیازمندی‌های آموزشی در سطوح مختلف پزشکی گردیده است. لذا تأثیر رشد فناوری‌ها، رشد اقتصادی، تحولات سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و تغییرات اپیدمیولوژیکی بر سیستم سلامت، آموزش پزشکی را با طیف گسترده‌ای از درخواست‌های متنوع در حیطه‌های مختلف در آینده مواجه می‌سازد (۳۰). عنصر اصلی توسعه انسان، نوآوری است. یکی از تحولات اساسی در این زمینه ارتباطات میان‌رشته‌ای در حوزه سلامت است. رقابتی شدن آموزش در جهان کنونی نیازمند تغییرات جهت پاسخگویی به انتظارات کنشگران اجتماعی است (۳۱). توجه به نیازهای فرهنگی بیماران به شکل‌گیری یک سیستم درمانی متعهد و کارآمد کمک می‌نماید که در نهایت به ارتقا کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و سلامت عمومی منجر می‌گردد (۲۹).

ب) دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت محور

توسعه پایدار به‌عنوان یکی از مفاهیم مهم حوزه توسعه در جوامع غربی متداول گشته است. این مفهوم به توسعه و تأمین نیازهای کنونی بدون آسیب زدن به منابع موردنیاز نسل‌های آینده در کلیه حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست‌محیطی اشاره می‌نماید (۳۲). این مفهوم در کتب دینی و طب ایرانی اسلامی در قالب مفاهیمی چون صرفه‌جویی، رعایت اعتدال، صدقه دادن و پس‌انداز نمودن توجه شده است. همچنین، توجه به عواملی همچون تحول در فرآیند تأمین نیازهای بومی و منطقه‌ای در عرصه سلامت، نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی و نیازهای خاص گروه‌های آسیب‌پذیر، تقویت زیرساخت‌های موردنیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی از حیاتی‌ترین موارد به شمار می‌آید (۳۳). در مجموع باید گفت که توسعه پایدار توسعه‌ای انسان‌محور

حقوق بیمار شامل مجموعه‌ای از بایدها و نبایدهاست که بر اساس مسئولیت‌های درون حرفه تبیین می‌گردد (۳۷، ۳۸). از سوی دیگر، رعایت عدالت در دسترسی به خدمات درمانی به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر و اقشار کم‌برخوردار، به‌عنوان یک اصل اساسی در رویکرد اخلاقی دینی، موجب تقویت انسجام اجتماعی و تأمین سلامت عمومی می‌شود (۳۸)؛ بنابراین، ادغام این اصول اخلاقی در فرآیندهای بالینی، نه تنها هم‌راستایی با ارزش‌های انسانی و دینی را تضمین می‌کند بلکه به شکل‌گیری یک نظام بهداشتی عادلانه و پایدار می‌انجامد که در آن حقوق بیماران به‌عنوان محور اساسی در تعاملات سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد.

بحث

در این پژوهش تلاش شده با بهره‌گیری از منابع غنی، در زمینه آموزش، فرهنگ و تمدن ایرانی-اسلامی، مؤلفه‌های جامعی در حوزه سلامت شناسایی نماید. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که اسناد بالادستی نظام سلامت ایران ظرفیت بالقوه‌ای برای بسط الگویی هماهنگ با ارزش‌ها و مؤلفه‌های تمدن ایرانی-اسلامی دارند. از این منظر، سه محور کلان "باز مهندسی فرهنگی"، "تمدن سازی سلامت‌محور"، "تحکیم آموزش پزشکی ایرانی-اسلامی" به‌عنوان ارکان اصلی تحول نظام سلامت قابل‌شناسایی هستند.

باز مهندسی ساختار فرهنگی

تقابل سنتی میان طب فن‌آوری گرا و فرهنگ گرا نیازمند بازتعریف در قالب تعامل میان رویکردی است. پزشکی مدرن، هرچند در مدیریت بیماری‌های جسمی موفق عمل کرده است، اما در پاسخگویی به رنج معنوی بیماران، به‌ویژه در بسترهای فرهنگی شرقی، کاستی‌هایی را دارد. یافته‌های این پژوهش با رویکردهایی همچون پزشکی اگریستانسیال

است و به‌مثابه یکی از مهم‌ترین قالب‌های فکری توسعه در قرن ۲۱، تمامی عرصه‌های زندگی آدمی نظیر اقتصاد، سیاست، فرهنگ، محیط‌زیست، امنیت، آموزش، بهداشت، اخلاق و غیره را در کنار هم با محوریت انسان و جامعه مورد توجه قرار می‌دهد (۳۲).

ج) بهره‌گیری از فناوری‌های بومی در سلامت

سرعت رشد فناوری در سال‌های اخیر فرصت مطلوبی را جهت توسعه در کلیه بخش‌ها خصوصاً بخش سلامت ایجاد نموده است. در این زمینه بهره‌گیری از فناوری‌های بومی در حوزه سلامت، به‌عنوان یک رویکرد استراتژیک تنها با حمایت و توسعه مراکز رشد و پارک‌های علم و فن‌آوری سلامت، گسترش همکاری‌های علمی و فن‌آوری با مراکز معتبر بین‌المللی و تقویت زیرساخت‌های بومی مورد نیاز جهت تولید فرآورده‌ها نقشی کلیدی در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌نماید (۳۴). جهت تحقق اهداف فوق، ضروری است که زیرساخت‌های لازم، از جمله حمایت از توسعه مراکز رشد و پارک‌های علم و فن‌آوری سلامت و بهره‌مندی از ظرفیت دارویی بومی فراهم گردد تا به عملی شدن این نوآوری‌ها در سطح وسیع کمک نماید (۳۵). درنهایت، استفاده از فناوری‌های بومی در سلامت نه تنها به بهبود کیفیت خدمات بلکه به ترویج عدالت اجتماعی و تأمین سلامت پایدار نیز منتهی خواهد شد.

د) تعهد و پایبندی به حقوق بیمار و اخلاق دینی - اسلامی

انسان از نظر روحی و روانی اشرف مخلوقات و امین روح الهی دمیده شده در اوست (۲۱). رعایت حقوق بیماران به‌عنوان یک مؤلفه محوری در نظام سلامت به شمار می‌آید که مبتنی بر اطمینان از استقرار اصول اخلاق حرفه‌ای، بیمار محوری، رضایتمندی بیمار، رازداری و تأکید بر ارتباط پسندیده اخلاقی بین پزشک و بیمار است (۳۶). اخلاق حرفه‌ای و

و مدل‌های تلفیقی مانند زیستی-روانی-معنوی هم‌راستا است. این مسئله در مطالعاتی مانند پژوهش دادخدا خدایار که در سال ۲۰۱۴ توصیف‌شده است با مطالعه ما همخوانی داشته است (۳۹) (۴۰). یافته‌ها حاکی از آن است که تلفیق طب فرهنگ‌گرا (با محوریت ارزش‌های ایرانی-اسلامی مانند اخلاق‌مداری، عدالت و معنویت) و طب فن‌آوری‌گرا (با تمرکز بر ابزارهای مدرن) نه تنها یک ضرورت استراتژیک، بلکه راهکاری برای کاهش شکاف پارادایمی در پزشکی معاصر است.

تحلیل اسناد نشان داد که یکی از چالش‌های کلیدی نظام سلامت، فاصله و گسست میان ارزش‌های فرهنگی و الگوهای جاری مراقبت پزشکی است. رویکرد فرهنگ‌گرای نظام سلامت با تأکید بر اخلاق حرفه‌ای، معنویت، کرامت انسانی و نگرش جامع‌نگر به انسان، در تقابل با رویکرد تکنوکراتیک مدرن قرار دارد که بیشتر بر فناوری‌های درمانی و مدیریت بیماری تمرکز دارد.

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که درک سلامت در تمدن ایرانی-اسلامی فراتر از ابعاد مادی است و بر پیوند ناگسستنی جسم و روح تأکید دارد. این نگاه با تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) از سلامت به‌عنوان "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی" همسواست، اما با افزودن بُعد معنویت، غنای مفهومی بیشتری می‌یابد (۴۱). علاوه بر این، سلامت در تمدن ایرانی-اسلامی به‌صورت یک کل یکپارچه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف‌شده که با تعریف سازمانی جهانی بهداشت هم‌راستا است ولی غنی‌تر است. این نگاه می‌تواند جایگزین نگاهی شود که سلامت را صرفاً به معنای (نبود بیماری) تعریف می‌کند. در این راستا، بازتعریف سیاست‌های سلامت در راستای (درمان حکیمانه) به جای (درمان فناورانه صرف) ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین عدالت محوری به‌عنوان ستون تمدنی نظام سلامت است. عدالت، مفهومی بنیادین در اسناد بالادستی

و آموزه‌های اسلامی است. اصل بیست و نهم قانون اساسی، سلامت را حقی همگانی و دولت را متولی آن معرفی کرده است. یافته‌های مطالعه نشان داد که ارزش‌های عدالت محور نظیر کاهش پرداخت از جیب، توزیع عادلانه خدمات، حمایت از مناطق محروم و حفظ کرامت انسانی نه تنها در اسناد رسمی مطرح‌اند، بلکه در سنت پزشکی اسلامی نیز ریشه‌دار هستند. عدالت در این الگو صرفاً مفهومی اقتصادی یا فیزیکی نیست، بلکه شامل عدالت در فرصت، در رفتار، در توزیع منابع آموزشی و نیز در سلوک حرفه‌ای پزشک با بیمار است. این مفاهیم از آموزه‌های دینی چون رعایت حق الناس، وظیفه‌گرایی و خدمت خالصانه به خلق ناشی می‌شود که نقش مهمی در بازیابی اعتماد عمومی به نظام سلامت دارند.

تمدن سازی نظام سلامت: از درمان محوری تا سلامت محوری از طریق آموزش و سرمایه انسانی

یافته‌ها نشان می‌دهد که گذار از نظام درمان محور به سلامت محور مستلزم بازتعریف نقش پزشکان از «درمانگر» به «پیش‌گیرنده و ارتقادهنده سلامت» است. در تمدن اسلامی، طبابت یک مسئولیت حکیمانه و اجتماعی محسوب می‌شد و فرایند تربیت طبیب از مسیر طولانی شاگردی و تهذیب نفس می‌گذشت. این رویکرد امروز می‌تواند الهام‌بخش بازطراحی نظام آموزشی علوم پزشکی باشد که در حال حاضر بیش از حد کمی‌گرا، انبوه‌گرا و کمتر توجه‌گر به شایستگی‌های ارتباطی، اخلاقی و معنوی دانش‌آموختگان است.

توجه به سرمایه انسانی و تربیت نیروی توانمند، فرهیخته و خودباور، احیای رابطه استاد-شاگردی در آموزش پزشکی را نه تنها به بازتولید تجربه تاریخی طبابت در تمدن اسلامی (مانند روش ابن‌سینا و رازی)، بلکه برای پاسخگویی به نقدهای وارد بر سیستم آموزش انبوه‌گرای کنونی وامی‌دارد (۲۶).

دارد. همچنین اگرچه اسناد بالادستی دارای بیانیه‌های ارزشی پررنگی هستند، اما در عمل با موانع متعددی مواجه‌اند. از جمله این موانع می‌توان به ضعف زیرساخت‌های اجرایی، نهادهای میان‌رشته‌ای ضعیف و شکاف میان سطوح سیاست‌گذاری و اجرا اشاره کرد؛ بنابراین بازطراحی ساختارهای حاکمیتی با رویکرد عدالت توزیعی و معنوی محور یکی از اولویت‌های اجرایی در عملیاتی کردن این مدل تمدنی است (۴۳).

اهداف توسعه پایدار، پیوند جدایی‌ناپذیری میان ریشه‌کنی فقر و بی‌عدالتی و ایجاد رشد اقتصادی فراگیر را تأیید می‌نماید. نه تنها ارتباط آن‌ها با یکدیگر بلکه ارتباط آن‌ها با سلامت جامعه و روابط پویا و متقابل هر یک از این عناصر را نیز تعیین می‌نماید. سلامت به‌عنوان یکی از عوامل اصلی و ذی‌نفع سیاست‌های توسعه پایدار در نظر گرفته می‌شود (۴۴). در پژوهش یوسفی نژادی در سال ۲۰۱۸ نشان می‌دهد که بخش‌های عمده‌ای از اهداف توسعه پایدار در ایران، در قالب سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشور و اسناد بالادستی مانند سیاست‌های کلی سلامت و منشور حقوق شهروندی مورد تأکید قرار گرفته است. وجود نظام‌های معتبر ثبت اطلاعات سلامت و نقش پژوهش‌ها در حوزه سلامت نیز در دستیابی به اهداف توسعه پایدار می‌توانند در سنجش وضعیت، ارزیابی پیشرفت به‌سوی اهداف، سنجش اثربخشی و سایر زمینه‌ها به وزارت بهداشت کمک کنند (۴۵).

تمرکز شدید بر مدل‌های وارداتی در فناوری سلامت، بدون انطباق با زمینه‌های فرهنگی منجر به ناکارآمدی مداخلات و مقاومت فرهنگی در برخی جوامع محلی شده است. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده یکی از مؤثرترین روش‌ها برای کاهش هزینه‌های نظام سلامت در دنیا بهره‌گیری از ظرفیت‌های طب سنتی است (۴۶).

تعهد حرفه‌ای پزشکی پایه‌ای برای قرارداد حرفه پزشکی با جامعه است که مبنای آن، منافع بیماران برتر از منافع خود

نهاده‌سازی آموزش پاسخگو، تقویت ارتباط نظام آموزشی با نیازهای جامعه، مشارکت بیماران و ذینفعان در فرایند سیاست‌گذاری آموزشی و تربیت نیروی انسانی متعهد، همه از مؤلفه‌هایی هستند که می‌توانند در بستر این الگوی تمدنی، نظام سلامت را از یک سامانه فنی-اداری صرف، به یک نهاد فرهنگی-اجتماعی انسان‌محور تبدیل کنند. (۶).

تأکید بر سوگندنامه طب اسلامی-ایرانی و رعایت منشور حقوق بیمار نشان می‌دهد که اخلاق پزشکی در الگوی تلفیقی علم و حکمت، صرفاً یک مجموعه قواعد انتزاعی نیست، بلکه ریشه در حکمت عملی تمدن اسلامی دارد. به‌طوری‌که اجرای سوگندنامه با نهاده‌سازی طب سنتی-مدرن بازمهندسی فرهنگی را انجام می‌دهد، از طریق تقدم پیشگیری بر درمان و اخلاق محوری بر تمدن‌سازی تأکید دارد و با ارتقای تصمیم‌گیری مبتنی بر ارزش‌ها باعث تحکیم آموزش می‌شود.

تحکیم آموزش پزشکی ایرانی-اسلامی: چالش‌های پیش‌رو

اگرچه اسناد بالادستی (مانند سند چشم‌انداز ۱۴۰۴) بر تحول آموزش پزشکی تأکید دارند، اما موانع ساختاری قابل‌توجهی وجود دارد: توسعه فناوری‌های سلامت منطبق بر فرهنگ بومی نیازمند سرمایه‌گذاری در پژوهش‌های میان‌رشته‌ای است. این در حالی است که مطالعاتی مانند حق‌دوست و همکاران نشان می‌دهند که نظام سلامت ایران هنوز در حوزه فناوری‌های نوین (مانند هوش مصنوعی) به الگوهای وارداتی وابسته است (۴۲). این نتایج با یافته‌های مطالعه مربوط به تحول و نوسازی در نظام آموزش پزشکی در ایران همخوانی دارد.

تمرکززدایی از نظام سلامت (مطابق اصل ۴۴ قانون اساسی) و حضور بخش خصوصی ممکن است با شاخص‌های عدالت (مانند دسترسی عادلانه به خدمات) در تعارض قرار گیرد. این مسئله در پژوهش جباری در سال ۲۰۰۶ همخوانی

است. بسیاری از صاحب‌نظران، به رعایت حقوق بیماران به‌عنوان وظیفه اصلی همه گروه‌های سلامت تأکید کرده‌اند. ارتقای حقوق بیماران برای تعیین استانداردهای خدمات بالینی در هر کشوری ضروری است. از این رو وجود قوانین حامی حقوق بیمار منطبق با زمینه فرهنگی و اجتماعی شرط اولیه و اساسی برای تضمین رعایت و ارتقای حقوق بیماران است (۴۷).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که از نظر انطباق نظری، اسناد بالادستی (مانند قانون اساسی، سیاست‌های کلی سلامت و سند چشم‌انداز ۱۴۰۴) به‌طور صریح بر ارزش‌های ایرانی-اسلامی (عدالت‌محوری، تلفیق جسم و معنویت، اخلاق‌مداری و جامعه‌نگری) تأکید دارند. علیرغم این ظرفیت، شکاف عمیقی بین اسناد و عملکرد نظام سلامت وجود دارد. در حال حاضر در محور انطباق فرهنگی تحلیل اسناد نشان داد که یکی از چالش‌های کلیدی نظام سلامت، فاصله و گسست میان ارزش‌های فرهنگی و الگوهای جاری مراقبت پزشکی است. در حوزه تمدن‌سازی سلامت‌محور بازتعریف سیاست‌های سلامت در راستای (درمان حکیمانه) به‌جای (درمان فناورانه صرف) در نظام سلامت کنونی ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت در محور تحکیم آموزش پزشکی ایرانی-اسلامی توسعه فناوری‌های سلامت منطبق بر فرهنگ بومی نیازمند سرمایه‌گذاری در پژوهش‌های میان‌رشته‌ای است. با این حال تحقق عملی این الگو نیازمند مجموعه‌ای از اقدامات راهبردی است (از جمله: ۱) تدوین نقشه راه تلفیق طب سنتی و مدرن (۲) بازآرایی ساختار آموزش پزشکی بر مبنای اخلاق و جامعه‌نگری (۳) طراحی شاخص‌های پایش عدالت در توزیع منابع (۴) ایجاد مراکز تحقیقاتی میان‌رشته‌ای با محوریت سلامت معنوی و طب حکمت بنیان (۵) نهادینه‌سازی مشارکت فعال بیماران در

تصمیم‌گیری درمان.

در نهایت برای تحقق الگوی نظری نظام سلامت ایران مبتنی بر تمدن ایرانی-اسلامی تحول در چهار حوزه پیشنهاد می‌شود: ۱- ساختار حکمرانی (تمرکززدایی و مشارکت مردمی). ۲- نظام آموزشی (اخلاق‌محوری و جامعه‌نگری). ۳- فناوری (بومی‌سازی و کاهش وابستگی خارجی). ۴- عدالت (پوشش همگانی و توزیع منابع).

این تحول باید با پایش مستمر شاخص‌های تمدن ایرانی-اسلامی همراه گردد.

محدودیت‌های پژوهش

ماهیت کیفی و تفسیرمحور تحلیل محتوا: تحلیل محتوای کیفی به‌طور ذاتی وابسته به تفسیر پژوهشگران از داده‌ها است. هر چند تلاش شد با استفاده از بازبینی تیمی و تأیید خبرگان دقت افزایش یابد.

پویایی اسناد و تغییرات سیاسی: بسیاری از اسناد مورد تحلیل در دوره‌های زمانی مختلف و در بسترهای سیاسی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت تولید شده‌اند. لذا هم‌سنجی و استخراج الگوی واحد از آن‌ها ممکن است دچار تعارض‌های درونی یا عدم انسجام زمانی شده باشد. مثلاً در دوره پس از انقلاب در سال ۱۳۵۸ اسنادی مانند «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» بر محور عدالت اجتماعی و خدمات رایگان سلامت تأکید داشتند، اما در دهه ۷۰ شمسی با تغییر سیاست‌های اقتصادی، اسنادی مانند «برنامه توسعه سوم» به سمت مشارکت بخش خصوصی و بیمه‌های درمانی حرکت کردند (۴۸).

دوره دولت‌های اصلاحات ۱۳۷۶-۱۳۸۴ اسنادی مانند «برنامه آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم» با محوریت جامعه مدنی و مشارکت مردمی تدوین شدند، اما در دوره‌های بعدی (مانند دولت نهم و دهم) اسناد به سمت

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر مسیح دانشوری به دلیل حمایت‌های معنوی به‌عمل آمده، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

«خودتکایی در دارو و تجهیزات پزشکی» و کاهش وابستگی به خارج تغییر جهت دادند (۴۹).

تشکر و قدردانی

از سازمان‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی،



References

- Naghizadeh Z, Shahvali R, Ravaee F, Mahdavi H, Morovvati H, Mansoori S. A Meta-Analysis of Iranian Academic Studies on Spiritual Health. Islamic lifestyle with a focus on health. 2024;8(1):1-25.
- Shahri S, Tabibi SJ, Nasiripour AA, Ghaffari F. Effect functions on goals of health system in Iran. Payavard salamat. 2017;11(3):247-58.
- Ghasemyani S, Raofi S, Hamidi H, Zarnaq RK. Iran's Health Transformation Plan; Main Issues and Opportunities for Improvement: A Systematic Review Iran J Public Health. 2022;51(9):1977-89.
- Soleimani H, Hosseinpour D, SeyedNaghavi M. Formulation of the Local Model of Governance for Iran's Health System with a Network Approach. Governance and Development Journal. 2023;3(2):147-76.
- Abolhasani M, Ziaadini M, Bakhsh MN. Identifying and prioritizing measures to reduce the failure of the implementation of health system policies based on the technique of analyzing failure states and their effects and fuzzy TOPSIS. Occupational Medicine Quarterly Journal. 2024;16(1):11-30.
- Pourabbasi A, Heshmat R, Rajabi F, Heidarzadeh A, Ghomian Z, Kheiry Z, et al. comprehensive health higher education plan, a model for policy making in health higher education in ministry of health in Iran. Iranian Journal of Medical Education. 2015;15:61-3.
- Nateghpour M, Kazemian A, Isazadeh N. An Introduction to the Stand of Medicine among Muslims in the Past. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2017;10(0):34-43.
- Azimi M. Investigating the Potential for Amending the Healthcare System in the Constitution of the Islamic Republic of Iran. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2020;3(4):393-8.
- Marandi SA. The History and Evolution of the Integration of Medical Education into the Field of Healthcare Services (Healthcare Network) of the Islamic Republic of Iran. Strides in Development of Medical Education. 2024;21(Supplement (Integration of Medical Education in the Health System)):51-6.
- Asar ME, Khosravi MR. The Necessity of Paradigm Shift in Iran's Health System to Achieve Comprehensive Health in Iranian Society. Journal of Community Health Research. 2022;11(2):59-60.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-112.
- Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. Ectj. 1982;30(4):233-52.
- Miri Kermanshahi S, Azadi Badrbani M. Existential Medicine. Encyclopedia of Islamic Medical Ethics. 2023;1(1):1-13.
- Davoudi SM. Studying the effectiveness of psychological literacy on physicians' performance in treating patients. The Fourth International Conference on Modern Studies in the Humanities, Educational Sciences, Law and Social Studies: <https://civilica.com/doc/1917919>; 2023.
- Abbasi A, Parvin K, Saraji M. Examining the protections of the insured by the Social Security Organization with emphasis on Article 29 of the Constitution. Political Sociology of Iran. 2020;3(3):3472-89.
- Vesali S, Safari Shali R, Moayyeri M. An Examination of the Act of the Structure of the Comprehensive Welfare and Social Security System: Reviewing the Existing Issues and Problems in codification, Enactment and Implementation. Journal of Social Work Research. 2015;2(3):1-37.
- Farshad A-A, Mirkazemi R, Rostamigooran N, Ayazi SMH, Motalebi M. A conceptual framework for socializing the Iranian health system. Eastern Mediterranean Health Journal. 2021;27(6):629-37.
- Hasanzadeh A. Theoretical Foundations of Justice in Health, Justice Justice in Iran. Social Security Journal. 2007;9(1):11-43.
- Domeij D, Johannesson M. Consumption and health. Contributions in Macroeconomics. 2006;6(1):1-30.
- Yazdi-Fezabadi V, Seyfaddini R, Ghandi M, Mehroliassani M. The World Health Organization's definition of health: a short review of critiques and necessity of a shifting paradigm. 2018.

21. Alamolhoda SMH. Health and medical services from the perspective of Shia clerics. *Scientific Journal of Islamic studies in the field of health*. 2018;2(4):15-22.
22. Sohrabi H, Afroghi S, Askari Tayibi F. The Role of Hope Therapy in Healing Physical and Mental Diseases Based on Islamic Verses and Traditions. *Journal of Religions & Health*. 2023;3(1):13-20.
23. Bagheri A. Lifestyle in Traditional Medicine: the Place of Hygiene in the Works of Doctors of Islamic Civilization. *Journal of Islamic Life Style Volume*. 2022;6(3).
24. Ghane G, Esmacili M. Status of patient-centered care in Health System of Iran. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2019;4(3):1-5.
25. Rezaei M. Medical examination and license in Islamic civilization; Process, causes and necessities. *The History of Islamic Culture and Civilization A Quarterly Research Journal*. 2024;15(54):7-26.
26. Tabatabai S. The Necessity of Futures Studies in Medical Education and health System in Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2015;12(2):433-5.
27. Khomrenianejad M, Gafarineghad G, Barfar E, Karimi A. Evaluating the responsiveness of the health system in Iran: A meta-analysis. *Monitoring*. 2024;23(5):715-26.
28. Moosavi-Movahedi AA. Biomimetics: Integrative Science and Wisdom *Journal of Enculturation and Policy Making of Science, Innovation and Technology*. 2014;4(1):6-9.
29. Sharifi P, Manzari Tavakoli A, Kamyabi M, Zeinaddiny Meymand Z. Developing Accreditation Standards for Undergraduate Fields of Medical Sciences in Iran. *Strides Dev Med Educ*. 2022;19(1):66-74.
30. Tabatabai S, Ziaee SAM. Trends in postgraduate medical education in Iran. *BMC Health Services Research*. 2014;14(Suppl 2):P124.
31. Said NAM, Bujang SM, Buang NA, Besar MNA. Development of Critical Thinking Transfer Practice Construct and Sub-Constructs: A 9-steps Approach. *Education in Medicine Journal*. 2021;13(4).
32. Hedayati Aa, Zeynali S. Health: The axis of sustainable development [letter to Editor]. <http://payeshjournal.ir/article-1-638-fa.html>; 2009 [93-5].
33. Safavi SY, Noorbala A, Mohagheghi MA. The Role of Health in National Security and Sustainable Development Section 6: Psychological Health and Its Relationship with Sustainable National Security. *Journal of Combat Medicine*. 2022;5(1):178-84.
34. Pourkhayat M, Shahmohammadi A, Tavakoli quchani H. Identifying the Potentials, Challenges, and Barriers to the Application of New Communication Technologies in the Field of Health with a Focus on Rare Patients: A Qualitative Study. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2023;14(4):1-14.
35. Nouri Horzvili N, Suzanchi K, Haghighat Bin M. Proposing a conceptual model for health landscape based on perceptual/evolutionary mechanisms. *Naqshejahan-Basic studies and New Technologies of Architecture and Planning*. 2023;13(3):51-65.
36. KARIMI P, MOLLAZADEH F, HABIBZADEH H, JASEMI M. Predictive Power of Adherence to Nurses' Care Behaviors from Patients' Perspectives by Nurses' Professional Commitment. *Occupational Hygiene and Health Promotion*. 2022.
37. Matar N. *The United States Through Arab Eyes: An Anthology of Writings (1876-1914)*. 1st ed. Edinburgh University: Edinburgh University Press; October 12, 2018.
38. Nazari Tavakoli S, Karachian Sani F. From Religious Science to Religious Medical Moral; Conceptions and Principles. *Research Quarterly in Islamic Ethics*. 2017;9(34):121-40.
39. Khodayar D, Ghaemirad M, Fallah E. Obstacles of life improvement in family from the perspective of Islam. *Quarterly Journal of Bioethics*. 2014;4(11):57-91.
40. Haghdooost A, Dehnavieh R, Poursheikhali A, Hosseini Golkar M, Masoud A. Pathology of the Research Sector in Iran's Health System with a Focus on Future. *Management Strategies in Health System*. 2024;8(4):397-410.
41. Beyrami HJ, Bakhshiyani F. Decentralization in the function of healthcare system governance in different countries and providing a model for Iran. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2006;29(1):8-7.
42. Organization WH. *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals: World Health Organization; 2025*.
43. Yousefinezhadi T, Soori H, Mohamadi E. Assessment of Health-Related Sustainable Development oals (SDG) in

- Iran : Eastern Mediterranean Region, and he World in 2017. Iranian Journal of Epidemiology 2018;14(3):206-15.
44. Hasani R, Naseri M. Explaining the capabilities of Iranian medicine in the health system with the aim of saving and reducing costs. Quarterly Journal of Defense Readiness and Technology. 2024;7(4):253-73.
45. Joolai S, Hajibabai F. Patient Right. 1 ed: Encyclopedia of Islamic Medical Ethics; 2023. 1-18 p.
46. abdollahtabar H, Sajjadi H, Aram ES, TajMazinani A. The Institutional Context of the Health System and its Developments in Iran. Social Welfare Quarterly. 2021;21(81):87-127.

The Iranian Health System's Approach in Line with Iranian-Islamic Culture and Civilization: A Qualitative Study

Elham Ghazanchaei^{1*}, Aliakbar Velayati², Beheshteh Jebelli³, Mohammad Varahram⁴, Esmail Idani⁵, Fatemeh Keyvani Rad⁶, Ali Abdollahiniya⁷, Fatemeh Haghighi⁸

Abstract

Background and Objective: Addressing medical principles without considering the cultural contexts of societies will face numerous challenges. The extent to which a country's health system statutes are consistent with its culture and civilization requires a comprehensive study and investigation. Therefore, the purpose of this study is to analyze the approach of the health system based on the civilization of Iranian-Islamic culture with regard to the needs of human societies.

Methods and Materials: This research is a qualitative study that uses the approach (Granheim and Landman, 2008) to analyze the content of upstream documents in the field of health in the field of education, health, and Iranian-Islamic culture and civilization. In this method, data were collected directly and then codes, subcategories, and categories were extracted and analyzed.

Results: 111 initial codes were extracted in the form of 11 subcategories and 3 main categories. The main categories included reengineering the cultural structure in the health system, civilizing the health system, and consolidating and promoting the medical education system based on Iranian-Islamic medical ethics. The most important subcategories extracted from the content analysis of upstream documents include justice-centeredness, a patient-centered approach instead of a health-centered one, combining science and wisdom, and commitment to patient rights, and enjoying religious-Islamic ethics.

Conclusion: This study shows that Iranian-Islamic civilization, with its emphasis on concepts such as justice, ethics, and spirituality, can provide a framework for overcoming health system crises.

Keywords: Conventional Content Analysis, Health System, Iranian-Islamic Culture

- 1.* Assistant Prof. Health in disaster and emergency, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. el_gh2008@yahoo.com
2. Prof. Mycobacteriology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. MSc. HSE (Health, Safety, Environment) management, Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Prof. Molecular cell, Mycobacteriology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Prof. Specialist in lung diseases, Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. MSc. Applied Chemistry, Clinical Tuberculosis and Epidemiology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
7. Assistant Prof. Iranian medicine, Tracheal Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
8. MSc. Healthcare Services Management, Student Clinical Tuberculosis and Epidemiology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.