

تحلیل وضعیت موجود و ترسیم وضعیت مطلوب نظام ارائه خدمات سلامت کشور بر اساس اصول و ارزش‌های اسلامی

نویسندگان

محمود عباسی^۱، فروزان اکرمی^۲

چکیده

زمینه و هدف: تحلیل سند سیاست‌های کلی سلامت و ضابطه‌مندی در آن، سبب ایجاد زبان مشترک برای ذی‌نفعان، ایجاد شدن بستر مناسب برای سازوکار اجرایی مداخلات لازم برای ارتقای شاخص‌های سلامت می‌شود. این مطالعه با هدف ترسیم وضعیت مطلوب نظام ارائه خدمات سلامت کشور بر اساس اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی، به تبیین و تحلیل سیاست اول از سیاست‌های ۱۴ گانه سلامت با عنوان «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه» می‌پردازد.

روش‌ها: در این پژوهش کیفی از ترکیبی از روش‌ها شامل مطالعه منابع و متون، اسناد ملی بالادستی و وبگاه‌های مجازی، تحلیل وضعیت موجود، جلسه بحث با صاحب‌نظران برای تحلیل سیاست اول سلامت، استفاده شد.

نتایج: اجرایی شدن سیاست اول در گروهی تحقق سه شاخص اصلی ارتقای سطح سواد سلامت مردم؛ سطح سلامت معنوی جامعه؛ پاسخگویی نظام سلامت و اجرای مداخلات مرتبط با تمرکز بر اصول و ارزش‌های انسانی، و اتخاذ راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت جامعه است. مخاطبین این سند عبارت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امور سلامت کشور و معاونت‌های وابسته شامل معاونت‌های برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی، توسعه و مدیریت منابع، اجتماعی، آموزشی، پژوهشی، بهداشت و درمان؛ شورای عالی اخلاق پزشکی؛ سازمان نظام پزشکی؛ معاونت حقوق بشر وزارت دادگستری؛ و سازمان صدا و سیما است.

نتیجه‌گیری: دستیابی به شاخص‌های مورد اشاره در گروهی تدوین برنامه عملیاتی برای اجرایی نمودن مداخلات مربوط به هر شاخص و رصدکلان شاخص‌ها توسط دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول با همکاری سایر بخش‌ها و نیز مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و جامعه است.

کلیدواژه‌ها: اخلاق، دسترس‌پذیری خدمات بهداشتی درمانی، سیاست بهداشت، معنویت

مقدمه

منشأ اغلب این آسیب‌های اجتماعی، دو حیطة رفتار فردی و محیط پیرامون است؛ مستندات موجود نشان می‌دهد که علی‌رغم مداخلات انجام شده، سرمایه اجتماعی کاهش و آسیب‌های اجتماعی

امروزه انسان‌ها در اکثر جوامع در تمامی ابعاد دستخوش تغییرات سریع و شگرفی شده‌اند که بازتاب این تغییرات بر وضعیت سلامت جسم و روان آن‌ها بسیار محسوس است. سازمان بهداشتی کشور رشد آسیب‌های اجتماعی طی سال‌های اخیر را سالیانه ۱۵ درصد اعلام کرده است. از دیدگاه پزشکی اجتماعی رشد آسیب‌های اجتماعی سبب افزایش بار بیماری‌های جسمی و روانی شده است، کاهش کیفیت زندگی، آرامش و نشاط در جامعه، افزایش هزینه‌های انتظامی، قضایی و سلامت را به همراه دارد.

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و معاون حقوق بشر و امور بین‌الملل وزارت دادگستری جمهوری اسلامی ایران.

۲. ام‌پی‌اچ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دکتری پژوهشی اخلاق زیست پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (نویسنده مسئول)

سلامت محور در همه بخش‌ها طراحی، برنامه‌ریزی و اجرا شود. این رویکرد همچنین اثرات سیاست‌های موجود را ارزیابی می‌کند و هدف نهایی آن، کاهش و از میان برداشتن شکاف نابرابری در پیامدهای سلامت است [۲].

رهبر معظم انقلاب اسلامی در اجرای بند یک، اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی «سلامت» را در ۱۴ موضوع پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام، در سال ۱۳۹۳ به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ کردند. در این راستا فرهنگستان علوم پزشکی کشور تاکنون با تشکیل گروه‌های علمی مختلف سعی کرده است تا در جهت تقویت سلامت همه جانبه راهکارهای کارآمد را مبتنی بر شواهد ارائه کند و وضعیت سلامت کشور را رصد و ارزیابی کند. تحلیل این سند بالادستی و ضابطه‌مندسازی آن مطابق با اهداف برنامه ششم سلامت، سبب ایجاد زبان مشترک برای ذی‌نفعان، آماده شدن بستر مناسب برای عملیاتی شدن اسناد بالادستی، و اجرای مداخلات لازم برای ارتقای شاخص‌های سلامت کشور می‌شود. همچنین، می‌تواند ما را در تدوین برنامه‌های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی نظام سلامت و طراحی مداخلات چندگانه و چندسطحی در جهت دستیابی به هدف ارتقای سلامت جامعه و توسعه پایدار، و کسب مرجعیت علمی در منطقه مطابق با چشم‌انداز ۲۰ ساله نظام راهبری کند. از این رو، این مطالعه با هدف ترسیم وضعیت مطلوب نظام ارائه خدمات سلامت کشور براساس اصول و ارزش‌های اسلامی، به تبیین و تحلیل سیاست اول از سیاست‌های ۱۴ گانه سلامت با عنوان «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه» گرفته است.

مواد و روش‌ها

«تحلیل برای سیاست»^۱ نسبت به «تحلیل سیاست»^۲ یک فرایند آینده‌نگر است. اولی معمولاً به منظور آگاهی از ضابطه‌مندی یک سیاست یا چگونگی آن انجام می‌شود. اما دومی سبب تصمیم برای رها کردن یک روش ویژه عملی به دلیل امکان‌پذیری ضعیف آن از نظر سیاستی می‌شود. در این مطالعه

همچون اعتیاد، طلاق، انواع خشونت و رفتارهای آسیب‌رسان به محیط و جرم و جنایت افزایش یافته است. در دسته‌بندی‌ای تحلیلی علل اغلب آسیب‌های اجتماعی در احساس ظلم و بی‌عدالتی، ضعیف شدن روابط بین نسلی، کاهش هویت و تعلق خاطر ملی، تعارض سنت و مدرنیته، فقر و مسائل اقتصادی، مهاجرت، بیماری‌های روانی، کمبود معنویت، سواد و مهارت‌های زندگی، و کاهش سرمایه اجتماعی خلاصه شده است که بهبود وضعیت آن نیازمند تدبیر راهبردهای کلان، ذیل سیاست‌های کلی سلامت است (۱).

در دهه‌های اخیر، پیشرفت‌هایی در عرصه مراقبت اولیه سلامت، آموزش آکادمیک و پژوهش در ایران صورت گرفته است. با این حال، نظر به لزوم «تحول» در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای، مطابق با الگوی پیشرفت اسلامی - ایرانی، پیشرفت از وضعیت موجود به سوی وضعیت مطلوب، مستلزم تدوین نقشه راه شامل راهبردهای کلی برای سازمان‌ها و نهادهای مرتبط مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و منطبق با شرایط جامعه ایرانی می‌باشد.

سازمان جهانی بهداشت هر نوع اجماع و توافق بر روی موضوعات و اهداف سلامت که باید به آن‌ها رسیدگی و مسیرهای دستیابی به آن تعیین شود، را سیاستگذاری سلامت می‌داند. رویکرد سازمان جهانی بهداشت به سیاستگذاری در بخش بهداشت و درمان این است که باید شرایطی ایجاد شود که تمامی سازمان‌های مرتبط با موضوع در اجرای آن درگیر شوند. قبل از اجرا، برای تدوین برنامه‌های راهبردی نیاز است، ابتدا سیاست‌های کلان سلامت تحلیل و راهکارهای هر حوزه به تفکیک با رویکردهای پیشگیری و سلامت عمومی، درمان، مراقبت تسکینی و توانبخشی ارائه شود تا یکپارچه‌سازی و همسوسازی منابع موجود به سوی اهداف میانی و غایی صورت پذیرد. رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» اثرات سایر خط‌مشی‌ها و قوانین بر روی سلامت را از طریق تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظر می‌گیرد [۱]. تعیین‌کننده‌های سلامت می‌توانند به‌طور مستقیم از سیاست‌ها و مداخلات در بخش‌های مختلف متأثر شوند. این رویکرد وقتی تحقق می‌یابد که قوانین و سیاست‌های

که انسان عاقل قادر است خیر و شر را تشخیص دهد و در ستایش و نکوهش افعال انسان در جوامع مختلف بشری موفق باشد. این فلسفه اخلاقی، مهم‌ترین مسایل زندگی بشری نظیر بیماری، مرگ، باروری، حقوق انسانی و عدالت را در بر می‌گیرد. براین اساس سلامت، خوب‌زیستی و سعادت بشر تحت حاکمیت الهی است [۴].

۱ - ۳ - سلامت و خوب زیستی^۳: همان‌طور که سنت‌های فرهنگی و حرفه‌های شفاف‌بخش متفاوتی وجود دارد، تعابیر بسیاری از مفهوم سلامتی در منابع مختلف موجود است. می‌توان گفت سلامت منعکس‌کننده یک دغدغه اخلاقی همراه با مجموعه‌ای متنوع و غنی از ملاحظات ویژه سلامت عمومی و پزشکی بالینی شامل عوارض و مرگ زودرس قابل پیشگیری، سوء تغذیه، درد، عدم تحرک، سلامت روان، اصول زیست‌شناختی رفتار، عملکرد جنسی و باروری است. زیرا تمامی این‌ها در پایداری موجودیت انسان در تمام طول عمر، حیاتی است [۵]. متون علمی بر اهمیت بعد معنوی سلامت و پرداختن به آن، علاوه بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی مورد اشاره در تعریف اولیه سازمان بهداشت جهانی از سلامت، به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت تأکید نموده‌اند [۶].

نظام سلامت اسلام، نظامی فراگیر است که از بهداشت فردی در بعد جسمی و روانی آغاز می‌شود و آنگاه به ارتباط فرد با دیگران می‌پردازد. دین اسلام با توجه به ابعاد جسمی و معنوی انسان، دستورات خود برای سلامتی انسان را در ابعاد مختلف بهداشت روان، خانواده، جنسی، اقتصادی، اجتماعی، تغذیه، کار، محیط زیست، طهارت و پاکیزگی و ... ارائه نموده است. در نظام بهداشت و سلامت اسلامی، بهره‌مندی انسان از نعمت‌های الهی برای رسیدن به تکامل و خشنودی خداوند ضروری است و مواظبت و پیشگیری از آسیب‌ها و آلودگی‌ها واجب دانسته می‌شود؛ به گونه‌ای که برای رسیدن به این ضرورت در ابعاد جسمانی و معنوی؛ در سه حیطة شناختی، رفتاری و عاطفی، اصول و قواعدی برای حفظ سلامتی انسان و رستگاری او ارائه می‌دهد و برنامه زندگی‌اش را از آغاز شکل‌گیری تا رسیدن

«تحلیل برای سیاست» مدنظر است [۳]. در این پژوهش کیفی از ترکیبی از روش‌ها شامل مطالعه منابع و متون، اسناد ملی بالادستی و سایت‌های اینترنتی، تحلیل وضعیت موجود، و پانل بحث با خبرگان استفاده شد. مراحل مطالعه به شرح زیر است:

الف - جستجوی منابع و متون علمی به شیوه دستی و اینترنتی انجام گردیده و مفاهیم و تعریف واژه‌ها تعریف و تبیین شد. ب - تحلیل و تفسیر هر بند از سیاست با استفاده از مدل مفهومی انجام گرفت.

ج - براساس مطالعه متون خارجی و داخلی، تحلیل وضعیت موجود برای شناخت و جهت‌گیری انجام شد.

د - شاخص‌های کلان اولویت‌دار تدوین و در جلسه خبرگان و هیئت رییسه محترم فرهنگستان علوم پزشکی نهایی شد.

۱ - مبانی مطالعه

۱-۱ - کرامت انسانی و حقوق بشر: اولین سیاست از سیاست‌های ۱۴ گانه ابلاغی سلامت، ضمن دید جامع نسبت به خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت بر ارائه آن براساس اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و فرهنگ‌سازی علاوه بر کرامت ذاتی انسان، بلکه مطابق با کرامت متعالی انسان در اسلام تأکید دارد.

۱-۲ - اصول و ارزش‌های اسلامی: نظام اخلاقی اسلام برخلاف نظام اخلاقی سکولار (غیردینی) که تنها متکی بر عقل بشری است، مبتنی بر عقل و وحی است و از پشتوانه مستحکم ایمان و اعتقاد به خداوند برخوردار است که بزرگترین ضامن اجرایی اخلاقیات است. دین اسلام به عنوان یک نظام جامع اخلاقی - دینی، فضای حاکم بر جامعه را به حوزه‌های معنوی و مادی با قلمروهای حقوقی جداگانه تقسیم نمی‌کند، بلکه سعی در یکپارچه نمودن این دو حوزه دارد تا بتواند یک راهنمای کلی در رابطه با چگونگی زندگی افراد با یکدیگر در حوزه‌های فردی و اجتماعی فراهم آورد. اسلام به تمام جوانب جوامع بشری نظیر فرهنگ، دین و سیاست به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به هدف واحد تقرب الهی توجه دارد. اخلاقیات اسلامی، سعی دارد تا بنیانی از اصول و قوانینی را به وجود آورد که نتیجه آن، یک زندگی فضیلت‌گرایانه است. قضاوت‌ها در این چارچوب با ایجاد مبنایی برای تمایز ابتدایی اصول اخلاقی شکل می‌گیرند، بدین معنا

1. Analysis for policy
2. Analysis of policy
3. Health and well-being

گفت محیط علمی، محیطی است که در آن در نتیجه کنش متقابل این مجموعه عوامل، تبادل علم و یادگیری صورت می‌گیرد.

اخلاق کاربردی: علم اخلاق کاربردی^۳ برای تفسیر هنجارهای عمومی با هدف پاسخ‌گویی به مسایل خاص تلاش می‌کند و کاربردی نامیدن این حوزه از علم اخلاق از آن‌رو است که حوزه اخلاق کاربردی به استفاده از هنجارهای عمومی در جریان اندیشیدن به مسایل، مشکلات و سیاست‌ها در حرفه‌ها و نهادهای مختلف و نیز دولت‌ها اشاره می‌کند. اخلاق مشترک مجموعه‌ای از هنجارها است که توسط همه افرادی که اخلاقاً متعهد به حساب می‌آیند پذیرفته شده است و در همه زمان‌ها و مکان‌ها و همه افراد صادق است و ما می‌توانیم با استفاده از استانداردهای آن در مورد همه انسان‌ها و اعمال آن‌ها قضاوت کنیم. اخلاق مشترک به ما دو نوع استاندارد معرفی می‌کند یک نوع «استانداردهای مربوط به اعمال»^۴. یا همان «قواعد الزامی»^۵ مانند آسیب نرساندن به دیگران هستند. نوع دوم این استانداردها ویژگی‌های شخصیتی هستند که اصطلاحاً فضیلت اخلاقی^۶ نامیده می‌شوند مثل مهربانی، راستگویی، وفاداری و سپاسگزاری. یک فرد فضیلتمند اخلاقی کسی است که کارهای درست را به روش انسان‌هایی که در قوای نفسانی خود به تعادل رسیده‌اند (اخلاقاً متعادل هستند) انجام می‌دهد [۱۰].

اخلاق سلامت عمومی: حوزه‌ای به نسبت جدید از اخلاق کاربردی است، و با دلالت‌های اخلاقی محدوده وسیعی از فعالیت‌ها که هدف حفظ یا ارتقای سلامت را دنبال می‌کنند، مرتبط است. اخلاق سلامت عمومی حوزه‌ای است که هر دو نوع ملاحظات اخلاقی و واقعی در سیاست سلامت و علم سلامت را دربرمی‌گیرد [۱۱].

اخلاق پزشکی: اخلاق حرفه‌ای در پزشکی در واقع مصداق بخشیدن به هنجارهای اخلاقی کلی در زمینه فعالیت‌های پزشکی

به روز رستاخیز، در ابعاد مختلف فردی - اجتماعی، در قالب وظایفی مثل رعایت بهداشت، تغذیه، سلامتی جسمی، روحی و جنسی تنظیم می‌کند و در اختیار جامعه بشری قرار می‌دهد. [۷]

۲- تعریف واژه‌ها و مفاهیم بنیادی

سیاست اول از سند سیاست‌های ابلاغی سلامت بر «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه» با رعایت بندهای زیر دلالت دارد: ۱-۱. ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت استادان و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای. ۲-۱. آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

سیاست سلامت: سیاست سلامت عبارت از مجموعه تصمیماتی است که بر عملکرد سازمان‌ها و نهادهای عمومی و خصوصی نظام سلامت تأثیر می‌گذارد. سازمان بهداشت جهانی هر نوع اجماع و توافق روی موضوعات سلامت که باید به آن‌ها رسیدگی و مسیرهای دستیابی به آن تعیین گردد، را سیاست‌گذاری سلامت می‌داند [۳].

تحول: عبارت است از فرایند تغییر از یک شکل یا سطح به شکل یا سطحی بهتر یا بالاتر [۸]. در «الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت» استفاده از واژه «پیشرفت» به معنی فرآیند حرکت از وضعیت موجود به سوی وضعیت مطلوب، در عرصه‌های فکر، علم، زندگی و معنویت به جای «توسعه» مورد تأکید قرار گرفته است. براساس این الگوی نظری، تحلیل وضعیت موجود و تبیین وضعیت مطلوب، و حرکت از وضعیت موجود به وضعیت مطلوب می‌بایست از طریق راهبردهای مبتنی بر ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی ایران و اصول معرفت‌شناختی و هستی‌شناختی اسلام و در چارچوب حقوق و اخلاق اسلامی صورت پذیرد [۹].

محیط علمی: محیط مجموعه‌ای متشکل از شرایط، نیروها، عوامل، و مؤلفه‌ها است که با هم در کنش متقابل هستند. می‌توان

1. Health policy
2. Evolution
3. Piratical/ pplied Ethics
4. Standards of Actions
5. Rules of Obligation
6. Virtue
7. Public health ethics

است. اصول چهارگانه اخلاق پزشکی: خیررسانی، ضرر نرسانی، عدالت و احترام به خودمختاری یک چهارچوب تحلیلی برای موضوعات زیست پزشکی را فراهم می کنند.

اخلاق حرفه‌ای: اخلاق حرفه‌ای^۱ در بردارنده آیین‌های اخلاقی^۲ و استانداردهای عمل برای یک حرفه خاص است و در واقع نوعی اخلاق خاص گرا تلقی می شود مانند اخلاق و آداب حرفه‌ای پزشکان که در منابع ملی، به منش‌های اخلاقی و آداب متعددی مانند خداپرستی، خیرخواهی، عفت، متانت و تقوی برای پزشکان اشاره شده است.

معنویت^۳: دین یا مذهب به عنوان یک نظام عقیدتی، نظامی از باورها و اعمال سازماندهی شده است که به افراد کمک می کند تا به درک معنوی از خداوند، خود و دیگران برسند. معنویت در الهیات اسلامی زیر بنای عبادات و روابط اجتماعی است و در اعمال روزمره زندگی آدمی مؤثر است. در قرآن مجید و احادیث وارده از اهل بیت، تمام احکام شریعت و اعمال اخلاقی بر محور معرفت و جهان بینی الهی یعنی همان معنویت استوار است که در تمامی افعال و حالات انسان از جمله در دوران بیماری و شفا مؤثر است. براین اساس، با توجه به تفاوت مفهومی که در موضوع «سلامت معنوی» میان کشورهای غربی از جمله محتوی درسی دانشگاه‌های آمریکا، و کشور ما و سایر کشورهای اسلامی با اعتقادات مذهبی حاکم وجود دارد، دکتر سید علیرضا مرندی رییس محترم فرهنگستان علوم پزشکی، عبارت «سلامت معنوی اسلامی» را جایگزین «سلامت معنوی اسلامی» اعلام کردند [۱۲].

اصول انسانی

اصول انسانی و یا بشردوستانه شامل انسانیت، بی طرفی، عدالت و استقلال، کار کمیته بین‌المللی صلیب سرخ را هدایت می کند. محوریت این اصول در کار اداره هماهنگی امور بشردوستانه OCHA و سایر تشکل‌های انسانی رسمی در دو قطعنامه مجمع عمومی مندرج شده است. سه اصل اول (humanity, neutrality and impartiality) در قطعنامه عمومی مجمع (۱۸۲/۴۶) که در سال ۱۹۹۱ مصوب شد، تأیید شده است. اصل کلیدی چهارم (independence) در سال ۲۰۰۴ در قطعنامه عمومی مجمع (۱۱۴/۵۸) مصوب و به این اصول انسانی اضافه

شده و ترویج و احترام به این اصول به طور مستمر مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین، تعهد به این اصول در سطح نهادی توسط بسیاری از تشکل‌های انسانی بیان و به صورت کد رفتاری توسط سازمان بین‌المللی صلیب سرخ و تشکل‌های غیردولتی منعکس شده است. این کد/نظام نامه مجموعه‌ای از استانداردهای مشترک حداقلی در فعالیت‌های بشردوستانه شامل تعهد به اصول انسانی فراهم کرده است. بیش از ۴۹۲ سازمان این نظام‌نامه را پذیرفته و امضا کرده‌اند [۱۳].

۱. **انسانیت:** رنج انسان می‌بایست در همه جا مورد رسیدگی قرار گیرد. هدف از اقدام بشردوستانه حفاظت از زندگی و سلامت انسان و تضمین احترام برای نوع بشر است.
۲. **بی طرفی:** بازیگران اقدامات بشردوستانه نباید در خصومت‌ها جانب‌داری نموده و یا شرکت در مجادلات سیاسی، نژادی، مذهبی و ایدئولوژی شرکت کردند.
۳. **عدالت:** اقدامات بشردوستانه باید تنها براساس نیاز، اولویت‌دهی به موارد ضروری انجام گردیده و تمایز براساس ملیت، نژاد، جنسیت، اعتقادات مذهبی، کلاس و یا سیاسی قائل نشود.
۴. **استقلال:** اقدامات بشردوستانه باید مستقل از اهداف سیاسی، اقتصادی، نظامی و یا دیگر اهداف هر یک از نقش‌آفرینان صورت گیرد.

اصول انسانی - اسلامی

مرور ادبیات علمی بیانگر آن است که نظر به حداکثری بودن اصول و ارزش‌های اسلامی، لازم است تا اصول انسانی با اصول انسانی - اسلامی جایگزین و این اصول تبیین شوند. ارزش‌های اخلاقی، در حقیقت اصول انسانی بوده و ریشه در فطرت وی دارند. اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی علاوه بر کرامت ذاتی انسان، بر کرامت متعالی انسان که ارزشی اکتسابی است، تأکید دارد. از این رو، جمع‌آوری اصول و ارزش‌های اخلاقی مکاتب اسلامی برای اجرای اخلاقیات زیست پزشکی در جوامع مسلمان پس از واکاوی دقیق سنت و فرهنگ اسلامی، و فرمول‌بندی آن ضرورت دارد [۱۴]. با

1. Professional Morality
2. Moral Codes
3. Spirituality

هنجارهای اخلاقی با سایر آموزش‌های حوزه علوم پزشکی متفاوت است و نیاز به زیرساخت‌ها و روش‌های ویژه‌ای دارد.

آموزش پزشکی جزئی لاینفک از ارائه مراقبت است که گاهی در بالین با منافع بیماران در تضاد قرار می‌گیرد. زیرا در آموزش پزشکی گروه هدف دانشجویان علوم پزشکی هستند، درحالی‌که گروه هدف پژوهش‌های پزشکی را اغلب موضوعات انسانی تشکیل می‌دهند. اما در هردو از بیمار سوال می‌شود که آیا تمایل دارد تا در فرایندی که هدف آن سودرسانی عمومی است، مشارکت کند؟ [۱۵]

بنابراین در رویکرد ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی، ضمن رعایت همه اصول نامبرده، اصول تقدم مصلحت عمومی بر منافع فردی، به منظور برقراری تعادل بین منافع فردی و عمومی، و وحدت و تعاون از موضوعیت بیشتری برخوردارند.

آموزش عبارت است از فرایند تسهیل یادگیری یا فرایند کسب دانش، مهارت، ارزش‌ها، اعتقادات و عادات^۲. تعریف دیگری که از آموزش ارائه شده است عبارت است از بهره‌مندی از دانش، آموزش علمی و تربیت حرفه‌ای [۱۶]. بنابراین مفهوم ارائه خدمات آموزشی در سیاست اول را می‌توان به شرح زیر تبیین نمود:

خدمات آموزشی عبارتند از خدماتی که با هدف تسهیل یادگیری از طریق تعلیم علمی و تربیت حرفه‌ای صورت می‌گیرد. منظور از «ارائه خدمات آموزشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی»، عبارت از مفهوم جامع تعلیم و تربیت در نظام آموزش پزشکی شامل فعالیت‌های کسب دانش، مهارت، ارزش‌ها، اعتقادات و عادات، و فرایندهای مرتبط با آن شامل برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی، مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی نامبرده می‌باشد. می‌توان گفت آموزش در جهت یادگیری عملکرد درست (عمل اخلاقی) و تربیت حرفه‌ای در جهت پرورش منش درست (فضیلت اخلاقی) است که هر دو ویژگی، برای یک استاد به عنوان الگوی یادگیری ضرورت دارد.

پژوهش عبارت است از فرایند بررسی خلاق و نظام‌مند به منظور افزایش یا بازنگری دانش موجود^۳. بنابراین، مفهوم «ارائه

احیای تفکر عقلانی مبتنی بر وحی می‌توان نظامی فرافرهنگی و قابل گفتمان ایجاد کرد که در ارزیابی مسایل حوزه اخلاقیات زیست پزشکی^۱ ما را یاری دهد. علی‌رغم وجود توافق در زمینه اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی، با مراجعه به آیات قرآن کریم، احادیث و متون، اصل زیر به عنوان اصول انسانی - اسلامی استخراج شد:

۱. خدامحوری
۲. احترام به کرامت انسانی
۳. تکلیف و مسئولیت
۴. ارجحیت جلوگیری از ضرر برای ارتقای خیر
۵. احسان و خیرخواهی
۶. تقدم مصلحت عموم بر منافع فردی
۷. عدالت و انصاف
۸. وحدت و تعاون

اکنون پس از تعریف اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی به تبیین محتوی سیاست اول «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه» می‌پردازیم. علی‌رغم ماهیت اخلاقی خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی، نظر به تفاوت مأموریت، اهداف و گروه‌های هدف در نظام‌های ارائه خدمات آموزشی؛ خدمات پژوهشی؛ و خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی، ارائه مفهوم ارائه این خدمات مبتنی بر ارزش‌های انسانی - اسلامی، مستلزم تفکیک این مفاهیم است.

ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی

استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی، نقش برجسته‌ای در فرایند یادگیری و انتقال اصول اخلاقی به دانشجویان دارند. چرا که هر یک از این استادان به عنوان الگوی یادگیری حامل برنامه‌های درسی پنهان نیز می‌باشند و بنابراین می‌توانند تأثیر به‌سزایی بر دیدگاه‌ها، جهان‌بینی و منش و رفتار دانشجویان و نهادینه‌سازی اخلاق حرفه‌ای در جامعه پزشکی کشور داشته باشند. اصول اخلاق حرفه‌ای از دوران دانشجویی باید در ارائه‌دهندگان آینده خدمات سلامت جامعه نهادینه شود؛ ماهیت آموزش اصول و

1. Biomedical ethics

2. <http://www.duhaime.org/LegalDictionary/E/Education.aspx>

3. <http://www.businessdictionary.com/definition/research.html>

خدمات پژوهشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی»، دربرگیرنده پژوهش‌های پزشکی و نظام سلامت و فرایندهای مرتبط با آن شامل نیازسنجی، برنامه‌ریزی پژوهش مبتنی بر نیاز، اجرا، تولید دانش، انتشار به موقع و کاربردی‌سازی نتایج پژوهش، مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی نامبرده، هستند.

ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی

عبارت «ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی»، برخلاف ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی، بر ارائه خدمات مراقبتی به افراد جامعه اعم از سالم و بیمار مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و اخلاق حرفه‌ای دلالت دارد.

«خدمات سلامت عمومی» عبارت است از «علم و هنر پیشگیری از بیماری، افزایش طول عمر، و ارتقای سلامت از طریق تلاش‌های سازماندهی شده و انتخاب‌های آگاهانه توسط جامعه، سازمان‌ها، بخش‌های عمومی و خصوصی، و افراد» [۱۷]. بنابراین، مفهوم «ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی» بر ارائه خدمات سلامت عمومی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی نامبرده دلالت دارد. لازم به ذکر است که در ارائه هر یک از این خدمات از جمله «خدمات بهداشتی» در صورت رویکرد مردم محوری، اصول تقدم مصلحت عمومی بر منافع فردی، عدالت و انصاف، و وحدت و تعاون از موضوعیت بیشتری در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برخوردارند. اما در رویکرد بیمارمحوری مانند ارائه خدمات درمانی و توانبخشی به صورت فردی، اصل احترام به کرامت انسانی از مجموعه اصول نامبرده از موضوعیت بیشتری برخوردار است [۱۸].

حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی

حقوق قانونی دعوی هستند که به واسطه اصول قانونی توجیه و توسط قانونگذار به رسمیت شناخته شده‌اند، ولی حقوق اخلاقی، دعوی هستند که توسط اصول و قواعد اخلاقی توجیه شده‌اند. حق مثبت متضمن تعهد دیگری برای انجام کاری برای آن فرد

(تکلیف)؛ و حق منفی متضمن تعهد دیگری برای انجام ندادن کاری نسبت به آن فرد است. حق مثبت مانند حق بر مراقبت سلامت از طریق ارائه خدمات سلامت و حق منفی مانند احترام به استقلال و حریم شخصی افراد به واسطه عدم مداخله سایرین محقق می‌شود [۱۰]. حق بر سلامت یک حق اجتماعی و عبارت از یک دسترسی همگانی به مراقبت‌های سلامت پایه و منابع مرتبط با سلامت است. یکی از ۱۰ کارکرد اساسی سلامت عمومی، بسیج جامعه برای مشارکت در تشخیص و حل مشکلات سلامت است [۱۹] حس مسوولیت اجتماعی سبب مشارکت عموم برای دستیابی به سلامت عمومی به عنوان یک منفعت عمومی می‌شود.

۵ - تحلیل وضعیت موجود

اولین سیاست از سیاست‌های ۱۴ گانه ابلاغی سلامت، ضمن دید جامع نسبت به خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت بر ارائه این خدمات براساس اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی، مطابق با کرامت اکتسابی انسان در اسلام، علاوه بر کرامت ذاتی تأکید دارد. جامعیت و نیز مبتنی بودن این سیاست بر ارزش‌های اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه، به گونه‌ای است که بر سیاست‌های بعدی و اجرایی شدن آن‌ها سایه می‌اندازد. این سیاست بر دو نهاد دولت و جامعه متمرکز شده است. تبیین مبانی سیاسی - اخلاقی نظام سلامت کشور، براساس سند سیاست‌های کلی سلامت، بر تکلیف دولت بر تأمین حق بر سلامت به عنوان یک حق اجتماعی، ارائه خدمات سلامت براساس اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و عدالت توزیعی با تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم، به‌عنوان تئوری غالب در فلسفه سیاسی نظام مراقبت سلامت کشور دلالت دارد. همچنین، آگاه‌سازی مردم از حقوق و تکالیف خود، و افزایش دانش و توانمندسازی آنان بر نقش عاملیت فردی و مشارکت جامعه، علاوه بر نقش دولت در تحقق عدالت اجتماعی دلالت دارد [۲۰].

تطبيق اصول اخلاق سلامت عمومی و اصول اسلامی نشان‌دهنده آن است که دولت به‌واسطه مسئولیتی که برای پیشگیری از بیماری و مرگ ارتقای سلامت مردم برعهده دارد، از یک‌سو موظف به جلوگیری از ضرر برای ارتقای سود بوده و از سوی دیگر به عنوان متولی سلامت مردم و با استناد به مطلب

• ارتقای توان علمی و پاسخگویی به نیازهای واقعی علمی و تحقیقاتی کشور در نظام سلامت

• ارتقای نقش اساتید در الگوسازی و تربیت اسلامی

الف - بند اول از سیاست اول: «ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای».

همان‌طور که در بخش اول اشاره شد، در «الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت» استفاده از واژه «پیشرفت» به معنی فرآیند حرکت از وضعیت موجود به سوی وضعیت مطلوب، در عرصه‌های فکر، علم، زندگی و معنویت به جای «توسعه» مورد تأکید قرار گرفته است. براساس این الگوی نظری، تحلیل وضعیت موجود و تبیین وضعیت مطلوب، و حرکت از وضعیت موجود به وضعیت مطلوب می‌بایست از طریق راهبردهای مبتنی بر ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی ایران و اصول معرفت‌شناختی و هستی‌شناختی اسلام و در چارچوب اخلاق و حقوق اسلامی صورت پذیرد [۹].

مطالعات متعدد ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی حرفه‌مندان سلامت با کیفیت خدمات سلامت را نشان داده است. مهارت‌های فردی، توانایی ایجاد انگیزه در خود و مدیریت احساسات در شرایط دشوار به عنوان ویژگی‌های شخصیتی مطلوب برای دانشجویان پزشکی توسط کمیته پذیرش دانشکده پزشکی در نظر گرفته می‌شود [۲۳]. صداقت و اخلاق‌مداری، و تمایل و مهارت در کار گروهی نیز از عوامل موفقیت در امور پزشکی عنوان شده است [۲۴]. بررسی وضعیت موجود حاکی از نظام ارزشیابی نیمه متمرکز اعضای هیئت علمی با یک رویکرد ترکیبی مبتنی بر ملاک‌محوری و رسالت‌مداری است. با مروری گذرا بر مبانی و ویژگی‌های نظام‌های نوین ارزشیابی هیئت علمی به ویژه در حیطه علوم پزشکی، و مقایسه آن با وضعیت موجود ارزشیابی هیئت علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، لزوم شکل‌گیری یک نظام نوین و جایگزین‌گزینش و ارزشیابی، به وضوح احساس می‌شود. از جمله مهم‌ترین کاستی‌های نظام موجود، وجود فرآیندهای مختلف و پراکنده‌ای است که هر یک به منظور نظارت، ثبت و ارزشیابی یک یا چند حیطه از حیطه‌های متعدد فعالیت هیئت علمی، در تشکیلات مختلفی از

«محدودیت تسلط مالکانه»، حق دارد تا از سلامت عموم با حداقل ضرر قابل توجیه، محافظت نماید [۲۰، ۲۱].

بندهای این سیاست در حقیقت بیانگر آن است که پیامد «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه»، مستلزم تغییر دو دسته شاخص‌های رفتاری و محیطی است. برای تدوین برنامه‌های راهبردی نیاز است تا ابتدا سیاست‌های کلان سلامت تحلیل، و شاخص‌ها و مداخلات هر حوزه ارائه گردد تا یکپارچه‌سازی و همسوسازی منابع موجود به سوی اهداف میانی و غایی صورت پذیرد. این درحالی است که در سند برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۹۹ - ۱۳۹۵) هیچ راهبردی، ذیل سیاست اول از سیاست‌های کلی سلامت تعریف نشده است.

در مستند چارچوب استقرار سیاست‌های کلی سلامت (ویرایش هفتم) که توسط دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت تدوین گردیده است، سه هدف راهبردی افزایش معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، افزایش دانش مردم نسبت به حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و رعایت اصول و ارزشهای انسانی - اسلامی توسط اساتید، دانشجویان و مدیران و سیاست‌های اجرایی مرتبط، ذیل سیاست اول تعریف و اهداف عملیاتی برای دستیابی به شاخص‌های رضایت مردم از نظام سلامت، رتبه سلامت اجتماعی و معنوی در منطقه، سواد سلامت جامعه، و شاخص فساد - سلامت اداری به شرح زیر درج شده است [۲۲]:

افزایش کارایی و اثربخشی مدیران با انتخاب مدیران با معیارهایی مانند اعتقادات اسلامی، پایبندی به ارزش‌های اسلامی و ترویج آن‌ها، تجربه و مهارت مدیریتی، سابقه و برنامه فرهنگی، روحیه جهادی و خودکفایی علمی، سبک مدیریت مشارکتی و نیز توان یادگیری و مهارت افزایی

- افزایش تعاملات نظام سلامت با حوزه‌های علمیه
- افزایش کاربرد زبان پارسی در متون علمی و زدودن هر چه بیشتر واژه‌ها و اصطلاحات بیگانه
- ارتقای آموزش زنان در تأمین بهداشت روان و سلامت جسمانی اعضای خانواده

زیرمجموعه‌های مختلف یک دانشگاه علوم پزشکی و در برخی موارد نیز تشکیلات ستادی مرکزی در معاونت‌های وزارت مربوطه شکل گرفته است. به عبارت دیگر ویژگی بارز وضعیت موجود، نبود نظام واحد و یکپارچه ارزشیابی هیئت علمی در این دانشگاه‌ها است.

ب - بند دوم از سیاست اول: «آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه»، بر ارتقای سلامت معنوی از طریق استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت با رویکرد پیشگیری دلالت دارد.

حقوق بشر و کرامت انسانی، پایه و اساس بسیاری از حقوق، امتیازات و تکالیف انسانی را تشکیل می‌دهد و حفظ کرامت ذاتی انسان و رعایت حقوق او، اساس آزادی، امنیت و عدالت اجتماعی است. تغییرات دولت و جامعه در سایه تحولات اجتماعی، رابطه دولت و جامعه را دگرگون ساخته است. در دولت‌های مدرن این رابطه براساس مفهوم شهروندی و حقوق شهروندی تعریف شده است. شهروندی، از یک سو متضمن برخی حقوق و امتیازات و از سوی دیگر واجد برخی وظایف و تعهدات است. قانون اساسی کشورها کانون و مرجع تعریف و تکلیف این حقوق، وظایف و راهکارهای کلی تحقق آنها می‌باشد که خود، چارچوبی کلی برای اقدامات دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی را فراهم می‌آورد.

در مطالعه‌ای کیفی با هدف تبیین پدیدارشناسی رعایت حقوق بیماران بر اساس تجربیات بیمار/همراه، پرستار و پزشک در سال ۱۳۸۳، پنج درون‌مایه اصلی: مراقبت کل‌نگر، آگاهی از حقوق سلامت، کفایت منابع، پاسخگویی مسئولانه و منصفانه، و هم‌پوندی حقوق ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت استخراج و گزارش شده است [۲۵، ۲۶]. براساس مطالعه سنجش میزان سواد سلامت برای اولین بار در ایران (۱۳۹۳)، روی ۲۰۵۷۱ نفر از شهروندان ۳۱ استان کشور، حدود نیمی از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت محدود بوده و این کم‌سوادی اغلب در گروه‌های آسیب‌پذیر مشاهده شده است. حرکت به سوی عدالت در سلامت ایجاب می‌کند، ضمن شناسایی دقیق این گروه‌ها، اقدام لازم برای رفع این محدودیت و محرومیت به عمل آید [۲۷].

باین‌حال، بررسی متون سواد سلامت، آماری از وضعیت سواد حقوقی سلامت به دست نمی‌دهد، اگرچه پژوهش‌های پراکنده به

بررسی میزان آگاهی کارکنان درمانی و بیماران از منشور حقوق بیماران پرداخته‌اند. این در حالی است که بر ارتقای سواد حقوقی افراد جامعه در بسیاری از اسناد بین‌المللی به عنوان عاملی برای کاهش تبعیض ناروا و سلامت و خوب‌زیستی تأکید شده است.

از جمله راهکارهای تحقق حقوق شهروندی تقویت نهادهای مدنی است. به‌طورکلی جامعه مدنی و سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد واجد نقشی تعیین‌کننده در حوزه حقوق شهروندی هستند. سه ویژگی بارز جامعه مدنی غیرانتفاعی بودن، داوطلبانه بودن و غیرسیاسی بودن آن است. این ویژگی‌ها موجب می‌شود فعالیت‌های سازمان‌های مردم نهاد در زمینه حقوق شهروندی، به ارتقای فرهنگ و اخلاق شهروندی در سطح جامعه کمک نماید. به‌علاوه، نهادها و سازمان‌های مردم نهاد به سبب ویژگی مردمی و غیرانتفاعی خود، می‌توانند واسطه‌ای میان نهادهای دولتی و جامعه بوده و مشارکت مردمی را به عنوان یکی از اصول سلامت عمومی و خوب‌زیستی در فرایند تحقق حقوق شهروندی را تسهیل و فراتر از آن تضمین نمایند. مشارکت مردمی در فرایند نهادینه سازی حقوق شهروندی در کاهش آسیب‌های اجتماعی و پیشگیری از ارتکاب جرایم نیز منشأ اثر خواهد بود و مردم در نتیجه افزایش آگاهی‌های عمومی، خود را در رعایت هنجارهای اجتماعی ذی‌نفع و حتی مسئول می‌پندارند. برآیند این مشارکت مردمی راهکار دوم برای تحقق حقوق شهروندی را امکان‌پذیر می‌نماید که همانا کارکرد نظارتی جامعه مدنی است. سازمان‌های مردم نهاد از آن جهت که هم برآمده از افکار عمومی و هم منعکس‌کننده آن هستند، پیوسته فعالیت‌های بخش دولتی را رصد نموده و با افشای موارد نقض حقوق شهروندی در این بخش، دولت را در مقابل ملت به پاسخگویی وا می‌دارند. همین بعد نظارتی است که به ارتقای شفافیت و پاسخگویی می‌انجامد.

۶ - تبیین و تحلیل سیاست اول و بندهای مربوطه

در این بخش براساس شواهد علمی و تحلیل وضعیت موجود، سیاست اول و بندهای آن به‌صورت اجمالی تحلیل می‌شود. سیاست اول، ضمن خیررسانی و دید جامع نسبت به خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت بر ارائه آن براساس اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه‌سازی

رعایت اخلاق حرفه ای ثبت و مورد ارزشیابی قرار گیرد. برای تسهیل فرایند ادغام یافته گزینش، جذب و ارزشیابی جامع و مستمر، ایجاد نظام شبکه‌ای متوالی (Web-based) با ساختاری متشکل از استانداردها، فعالیت‌ها و سیستم گزارش‌گیری شامل فعالیت‌های عضو و ثبت روند رعایت اخلاق حرفه‌ای از زمان دانشجویی پیشنهاد می‌گردد.

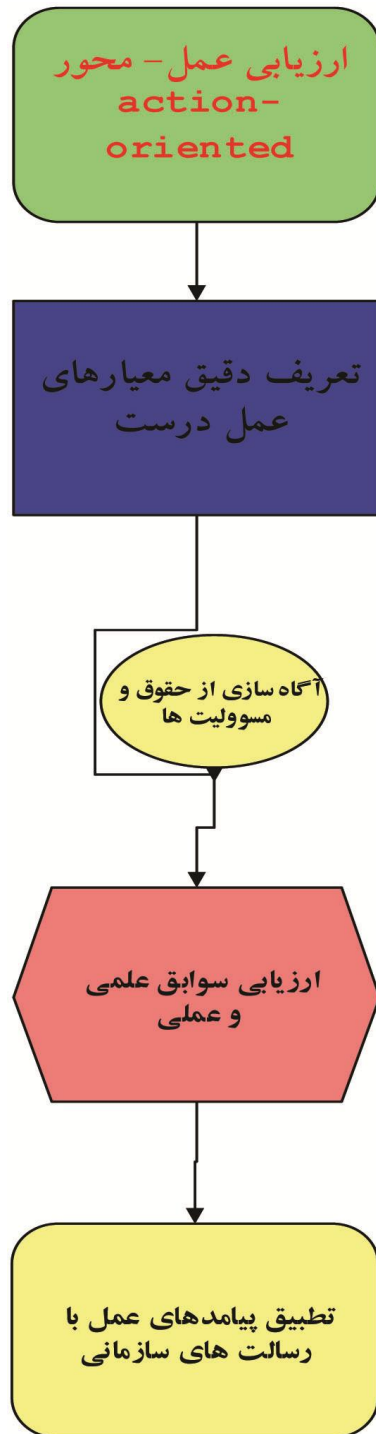
خاطر نشان می‌سازد که بنیان تربیت اساتید فضیلت‌مند اخلاقی را یک نظام گزینش دانشجویی صحیح براساس ویژگی‌های غیرشناختی و پایش و ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای (شامل عملکرد و آداب حرفه‌ای) تشکیل می‌دهد. یک نظام تعلیم و تربیت عادلانه و پاسخگو مستلزم مدنظر قرار دادن موارد زیر است:

پذیرش دانشجویان براساس ویژگی‌های غیرشناختی، آموزش جامعه‌نگر به دانشجویان براساس محتوی آموزشی استاندارد تهیه شده با همکاری دفاتر و ادارات متولی سلامت گروه‌های مختلف سنی، و مدیریت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر به گونه‌ای که پس از فراغت از تحصیل، آماده ارائه خدمات سلامت مردم محور (پوشش سلامت جمعیت و خانوارها) باشند، راه اندازی دوره‌های تحصیلات تکمیلی اولویت دار با رویکرد مراقبت کل‌نگر و جامعه‌نگر (نظیر اخلاق و سلامت معنوی، متخصص مراقب و مشاوره مدارس، جذب استاد و دانشجو به شیوه‌های عادلانه و چندگانه متناسب با نظام سطح‌بندی خدمات به گونه‌ای که دسترسی به خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی و توانبخشی با بالاترین سطح استانداردهای آموزشی - درمانی در سراسر کشور فراهم شود، نظارت مستمر اعضای هیئت علمی بالینی بر آداب و عملکرد دانشجویان، شبکه‌سازی محیط‌های آموزشی - مراقبتی، بهره‌برداری از فناوری‌های نوین آموزش سلامت، به‌کارگیری فارغ‌التحصیلان مقاطع کاربردی نظیر MPH در دبیرخانه‌های مرتبط در سطح وزارت متبوع و دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته برای ارائه خدمت و آموزش مبتنی بر عمل، به‌کارگیری شاخص رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای در اعتباربخشی مراکز مراقبتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی، طراحی و استقرار نظام دیده‌بانی اخلاق حرفه‌ای و اتصال آن به ثبت خطاهای حرفه‌ای است. تصویر شماره یک مدل مفهومی تدوین نظام جامع و ادغام‌یافته پایش و ارزشیابی رسالت محور از دوره دانشجویی را نشان می‌دهد.

آن در جامعه تأکید دارد که با مبحث عدالت اجتماعی پیوند می‌خورد. هر گاه که افراد در مقام خیررسانی یا تحمیل هزینه باشند به معیارهای عدالت نیاز دارند [۱۰].

بند اول این سیاست ناظر به یک نظام تعلیم و تربیت ارزش‌مدار و عادلانه است. اگرچه در دهه‌های اخیر، پیشرفت در پژوهش‌های زیست‌پزشکی با اقداماتی در قانون‌گذاری، آموزش و پژوهش در عرصه اخلاق زیستی همراه بوده است [۲۸]. باین‌حال، رشد انتظارات و توجه مردم نسبت به کیفیت و عدالت، نظام سلامتی را به‌سوی پاسخگویی بیشتر سوق می‌دهد. به گونه‌ای که یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران، تحول در نظام سلامت به منظور برقراری عدالت در سلامت است. بخش اول از بند اول «ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران» بر بهبود شاخص‌های رفتاری مبتنی بر اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای و بخش دوم از بند اول «تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی»، بر بهبود شاخص‌های محیطی دلالت دارد. بنابراین، در تدوین شاخص‌های پیامد برای یک نظام تعلیم و تربیت عادلانه و پاسخگو بایستی ارتقای هر دو دسته شاخص‌های رفتاری و محیطی را مدنظر قرار گیرد.

بند اول از این سیاست خاطر نشان‌کننده «تحول» در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی و اخلاق حرفه‌ای است که بر لزوم تحول نظام سلامت با محوریت ارزش‌های انسانی - اسلامی و نیز اخلاق و آداب حرفه‌ای اسلامی از شروع فرایند گزینش دانشجو تا انتخاب و ارزشیابی مدیران و اساتید دلالت دارد. با توجه به ادغام آموزش و پژوهش در نظام ارائه خدمات سلامت کشور، یک نظام ادغام یافته گزینش، جذب و ارزشیابی، اخلاق محور، و پیامد محور همسو با رسالت و اهداف سازمانی مورد نیاز است، به نحوی که خود ارتقایی اعضا و نیز ارتقای سازمان را به دنبال داشته باشد. یک نظام جامع ارزشیابی مستلزم ارزشیابی جامع و منصفانه، ضمن به حداقل رساندن منابع از جمله زمان صرف شده برای ارزشیابی با استفاده از فناوری‌های به‌روز است. در نظام پیشنهادی یکپارچه و جامع گزینش، جذب و ارزشیابی هیئت علمی، تمامی فعالیت‌های یک عضو هیئت علمی، علاوه بر ۵ حوزه اصلی شامل آموزش، پژوهش، درمان، مدیریت، و فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌بایست در زمینه



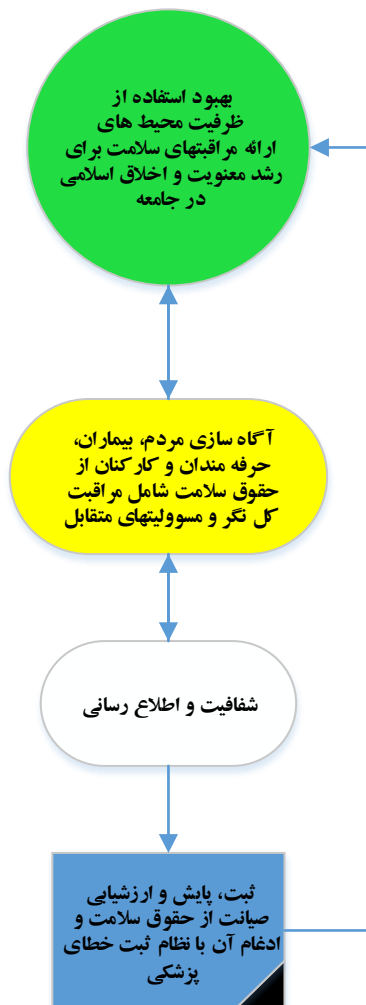
تصویر ۱ - مدل مفهومی تدوین نظام جامع و ادغام یافته پایش و ارزشیابی رسالت محور از دوره دانشجویی

بیماران و همچنین ارائه دهندگان خدمات سلامت، قوانین ملی و محلی و نیز حقوق مرتبطشان را می آموزد و این دانش آن ها را

همه افراد جامعه حق دارند در امور و تصمیماتی که بر سلامت و خوب زیستی آن ها اثر می گذارد، مشارکت داشته باشند. بنابراین، همه تا درجه ای، برای ایجاد تغییر و ارتقای سلامت جامعه مسئول هستند [۲۹]. مسئولیت اجتماعی برای سلامت خوب زیستی به عنوان جنبه ای ذاتی از اخلاق زیستی معرفی گردیده است. ولی علی رغم این که افراد مسئولین عقلانی هستند به دلیل تأثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر بیماری های مزمن مرتبط با سبک زندگی، دیدگاه اجتماعی تری برای تصمیم گیری های اخلاقی در سلامت پیشنهاد شده است [۳۰]. تفاوت در انتخاب ها و سبک زندگی می تواند ناشی از شرایط و نابرابری های اجتماعی باشد [۳۱]. ویژگی هایی که در بخت های زیستی^۱ و اجتماعی^۲ به انسان ها تعلق گرفته و انسان ها شانس منصفانه برای کسب یا تغییر آن ها را ندارند، نمی توانند اساس اخلاقی قابل قبولی برای تبعیض بین انسان ها در تخصیص منابع باشند. براین اساس افرادی که معلول و فاقد برخی از توانایی ها هستند، باید سطحی بالاتر از مراقبت های سلامت را دریافت کنند تا شانس منصفانه ای برای زندگی داشته باشند. اگر آن ها در معلولیت خود مسئولیت داشته باشند، ممکن است مستحق خدمات مراقبت سلامت نباشند. اما اگر آن ها مسئول آن معلولیت یا عارضه نباشند، قانون فرصت منصفانه اقتضا می کند که خدماتی را دریافت کنند که به آن ها کمک کند تا تاثیرات منفی بخت زندگی را جبران کنند [۱۰].

از آنچه گفته شد، چنین استنباط می شود که آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت های اجتماعی خود در گروهی افزایش سواد سلامت مردم است. نظر به اختلافاتی که در تعاریف ارائه شده برای سواد سلامت و ابزارهای سنجش آن وجود دارد، در یک مطالعه نظام مند برای تحلیل تعاریف سواد سلامت، به چند بعد از جمله «ظرفیت و توانایی دسترسی»؛ «فهم و درک»؛ «پردازش و ارزیابی»؛ و «تصمیم گیری و رفتار» در خصوص اطلاعات و خدمات مربوط به سلامت اشاره شده است که مفهوم سواد سلامت را به عنوان نوعی توانایی، از دانش سلامت متمایز می سازد [۳۲]. سواد حقوقی عبارت از داشتن دانش حقوقی ابتدایی و توانمندی استفاده از آن برای حمایت از خود است [۳۳]. برنامه های سوادآموزی حقوقی به افراد جامعه،

1. Natural lottery
2. social lottery



تصویر ۲ - الگوی مفهومی بهبود استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه

معنوی در خدمات سلامت برای برای ارتقای ابعاد دیگر سلامت و نیز نهادینه نمودن معنویت و اصول و ارزش های انسانی - اسلامی در جامعه ضرورت دارد. تصویر شماره ۲، مدل مفهومی بهبود استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه را تبیین می کند.

۷ - شاخص های کلان

در نهایت پس از بحث و هم اندیشی صاحب نظران، شاخص های اصلی اولویت دار در جلسات متعدد با مشارکت اعضای هیئت رییسه فرهنگستان به شرح زیر نهایی شد. براساس تبیین مفاهیم سیاست اول، تحلیل وضعیت موجود و نظرات

قادر به سازماندهی این حقوق و حمایت طلبی برای نیازهای خاص سلامت می سازد [۳۴]. افزایش سطح آگاهی و ظرفیت سازی؛ آموزش مربیان؛ آموزش و توانمندسازی جامعه؛ درگیر نمودن دانشجویان حقوق به کار عدالت اجتماعی و تقویت همبستگی اجتماعی، مهم ترین هنجارهای اخلاقی را در سلامت عمومی و سیاست گذاری سلامت در برمی گیرند [۳۵]. به این ترتیب، بهبود سواد حقوقی جامعه نیز، بخشی از برنامه های ارتقای سواد سلامت را تشکیل می دهد و می تواند از طریق فعالیت هایی نظیر کمپین های افزایش آگاهی، آموزش جامعه، هم طرازان یا همسالان، و پیام های مخابراتی صورت پذیرد [۳۲].

ساختارهای اجتماعی سالم تأثیر مثبت بر زندگی افراد و جوامع می گذارند. این ساختارهای اجتماعی، رفتارها و عادات افراد را می سازند و به آن شکل می دهند [۳۶]. در ادیان الهی بزرگی نظیر مسیح و اسلام مراقبت سلامت بر اساس معنویت و بنیان های اخلاقی بوده است، به طوری که اقدامات پزشکی و مراقبت سلامت در معابد و صومعه ها انجام می شد [۳۷، ۳۸]. این رویکرد کل نگر به انسان قدمتی دیرینه در طب سنتی و رویه حکمای ایرانی مانند نظام اخلاقی سلامت محور رازی دارد [۳۹]. بنابراین، ساختارهای اجتماعی (سیاست، قانون و مقررات، محیط و ...) و محیط های ارائه مراقبت سلامت می بایست به گونه ای عمل کنند که رفتارهای سالم را درونی و عادت می سازند.

یکی از عرصه های تحول مورد اشاره در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، عرصه معنویت است که در بند دوم این سیاست نیز به طور آشکار به آن اشاره شده است. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت شناخته شده است و سازمان جهانی بهداشت از کشورهای عضو خواسته است که برای تأمین، حفظ و ارتقای این بعد از سلامت تلاش نمایند [۴۰]. نظر به تحول با رویکرد سلامت همه جانبه و کل نگر، اندیشمندان بر تمرکز روی سلامت معنوی برای ارتقای ابعاد دیگر سلامت یعنی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأکید کردند و مراقبت معنوی را در سطوح مختلف پیشگیری و خدمات سلامت از جمله اوایل کودکی، دوران نوجوانی و جوانی، غربالگری عوامل خطر، درمان و توانبخشی تبیین کرده اند [۴۱، ۴۲]. بنابراین، ادغام مراقبت

خبرگان، شاخص‌های کلان برای دستیابی به وضعیت مطلوب را می‌توان در قالب سه شاخص کلی زیر مطرح نمود:

۱. سطح سواد سلامت مردم
۲. سطح سلامت معنوی جامعه
۳. میزان پاسخگویی نظام سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه در برنامه ششم سلامت، راهبردی ذیل سیاست اول تعریف نشده است، اما در مستند چارچوب استقرار سیاست‌های کلی سلامت (ویرایش هفتم) که توسط دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت تدوین شده است، سه هدف راهبردی: افزایش معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، افزایش دانش مردم نسبت به حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و رعایت اصول و ارزشهای انسانی - اسلامی توسط استادان، دانشجویان و مدیران، و سیاست‌های اجرایی مرتبط، ذیل سیاست اول تعریف و اهداف عملیاتی برای دستیابی به شاخص‌های رضایت مردم از نظام سلامت، رتبه سلامت اجتماعی و معنوی در منطقه، سواد سلامت جامعه، و شاخص فساد - سلامت اداری درج گردیده است. اما با این حال به نظر می‌رسد برخی از این اهداف عملیاتی دستیابی به شاخص‌های تعریف شده ذیل سیاست اول را تضمین نمی‌کنند. درحالی‌که در مطالعه حاضر، ابتدا مفاهیم اصلی از جمله اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی، البته نه به‌عنوان هدفی راهبردی، بلکه به‌عنوان اصول محوری که در شاخص‌ها و مداخلات طراحی شده ذیل تمامی سیاست‌های کلی سلامت، می‌بایست مدنظر قرار گیرد، تدوین شد. همچنین، طرح شاخص کلی میزان پاسخگویی نظام سلامت به جای شاخص میزان فساد - سلامت اداری، از دیگر نقاط قوت این مطالعه به‌شمار می‌رود. زیرا این شاخص به نحوه نهادینه‌سازی رویکرد آموزش و پژوهش پاسخگو با رویکرد پیشگیری و نیز پیش و ارزشیابی رعایت اخلاق حرفه‌ای و حقوق مددجویان نظام سلامت به‌صورت عینی‌تر (نه رضایت‌سنجی صرف) می‌پردازد.

مطالعه مؤلفه‌های مورد بررسی در مطالعه کشوری سواد سلامت در سال ۹۳ [۲۷]، نشان‌دهنده آن است که این مؤلفه‌ها می‌بایست به‌گونه‌ای بازبینی شوند که دربرگیرنده تعیین درک افراد جامعه از مسئولیت‌ها و تکالیف اجتماعی و نیز توانمندی آنان در حمایت از حقوق سلامت خود باشد. همچنین نظر به وضعیت حمایتی بعد سلامت معنوی نسبت به سایر ابعاد سلامت

و نیز بافتار ایرانی - اسلامی، می‌توان وضعیت سلامت اجتماعی را از نظر ساختاری و ارزشی، در قالب حیطه ارتباط با دیگران در بعد سلامت معنوی مورد مطالعه و ذیل شاخص کلی سطح سلامت معنوی جامعه مورد سنجش قرار داد.

طراحی زیرشاخص‌ها و مداخلات مربوطه ذیل سه شاخص اصلی پیشنهادی در این مطالعه با هم‌اندیشی دستگاه‌ها و معاونت‌های ذی‌ربط و اجرایی‌سازی این مداخلات می‌تواند دستیابی به وضعیت مطلوب براساس اصول و ارزش‌های حاکم بر نظام سلامت را تسهیل کند.

براساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت کشورها حداکثر می‌توانند ۲۵ درصد سلامت مردم را مدیریت کنند؛ زیرا قریب ۷۵ درصد از موضوعات مربوط به سلامت، خارج از حیطه مسئولیتی مدیریتی نظام سلامت قرار دارند. این مفهوم به این معناست که بدون همکاری سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دیگر که عملکرد آن‌ها به نوعی با سلامت و خوب‌زیستی مردم مرتبط است، حل مشکلات نظام سلامت، به شکل مطلوب، میسر و ممکن نخواهد بود [۴۳]. سلامت یک محصول اجتماعی است که مستلزم ساختارهای اجتماعی سالم است [۴۴]. محیط‌های ارائه مراقبت سالم بخشی از این ساختارهای اجتماعی هستند که با رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه می‌توانند، سطح سایر ابعاد سلامت را ارتقا دهند. این ظرفیت‌های محیطی می‌توانند با ترویج هنجارها و رفتارهای سالم و انتقال ارزش‌های مذهبی سبب ارتقای سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن از جمله احساس امنیت، تعلق خاطر، خودباوری، بخشش و ایثار، امید و آرامش و رضایتمندی گردیده، و به‌طور متقابل به تعالی جنبه‌های شناختی و ساختاری سرمایه اجتماعی کمک کنند.

مشارکت مردم شامل حرفه‌مندان و کارکنان سلامت و بیماران، مستلزم آگاهی آنان از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود است. بدیهی است که سازمان صدا و سیما در ارتقای سواد سلامت مردم دارای نقش کلیدی است. علاوه بر این، احیای حقوق سلامت مردم مستلزم ایجاد نظام گزارش، پایش و ارزشیابی، و یکپارچه نمودن آن با نظام ثبت خطای پزشکی به منظور ضمانت اجرای آن است.

بررسی وضعیت موجود بیانگر نقش کلیدی معاونت اجتماعی،

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب با حمایت مالی فرهنگستان جمهوری اسلامی ایران است. بدین وسیله مجریان طرح مراتب تشکر و قدردانی خود را از حمایت‌ها و راهنمایی‌های ارزشمند هیئت ریسه محترم فرهنگستان جمهوری اسلامی ایران به‌ویژه اساتید بزرگوار آقایان دکتر علیرضا مرندي، دکتر فریدون عزیزي، دکتر سیدجمال‌الدین سجادی، دکتر محمدعلی محققى، و ناظر ارجمند جناب آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و سایر دست‌اندرکاران، و نظرات ارزنده مشارکت‌کنندگان در این تحقیق اعلام می‌دارند.

تعارض منافع وجود ندارد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اجرایی شدن بند دوم از سیاست اول مبتنی بر «آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه» با همکاری سایر بخش‌ها از جمله معاونت حقوق بشر دادگستری و سازمان‌های صدا و سیما و نظام پزشکی و نیز مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و جامعه به عنوان شرکا و سازمان‌های ذی‌نفع خارجی است. بدیهی است که اجرایی شدن این بند مستلزم ائتلاف معاونت اجتماعی، معاونت برنامه‌ریزی راهبردی و شورای عالی اخلاق پزشکی وزارت متبوع؛ معاونت حقوق بشر دادگستری؛ سازمان صدا و سیما؛ و سازمان نظام پزشکی است.

Assessment of the Current Status and Presentation of the Ideal Status by which to Render Healthcare Services Based on Islamic Principles and Values

Mahmood Abbasi, Foroozan Akrami*.

* Corresponding author: Master of public Health (SDH), Ph.D. in Medical Ethics, Medical, Research Center for Ethics and Medical Rights, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Department of Health of Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Aim: Assessment and enforcement of the current healthcare status can help attain a common goal namely to benefit those in need and to provide an appropriate infrastructure for rendering optimal Healthcare Services and improving health indices. This study aimed to assess the provision for National Healthcare based on Islamic values as well as to address the first policy of the 14-section health policy plan by which healthcare, education, welfare, research, treatment and rehabilitation are rendered. This healthcare policy plan is based on Islamic values and principles inherent to the Iranian society.

Methods: In this qualitative study, reference books, texts and national documentation from internet websites were used to evaluate and assess the status of the primary healthcare policy currently implemented in our society.

Results: Instigation of the first policy of healthcare is based on the implementation of three main parameters seeking to improve the level of healthcare education, the level of spiritual health in the society, the response to health services providing interventions focusing on Islamic principles and human values, and the use of interdepartmental cooperation in the society. The stakeholders are the Ministry of Health and Medical Education which is mainly responsible for the country's Healthcare affairs as well as other related ministries of the country namely the Ministry of Planning and Development, the Ministry of Industry and Management, the Department of Education and Research, the High Council for settling medical disputes, the Medical Council of Iran, and the Deputy Ministry of Human Rights or the High Court of Justice.

Conclusion: Attaining the goals of the aforementioned parameters is based on compilation and implementation of functional programs and execution of interventional parameters via responsible organizations in sync with the cooperation of other healthcare sectors and NGOs of the society.

Keywords: Health Policy, Ethics, Spirituality, Health Services Accessibility

1. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in All Policies in the European Union and its member states; 2006. Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf.
2. Maruzzi M. Environment and health: perspectives from the intersectoral experience in Europe. Health in All Policies: Prospects and Potentials. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
3. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan 1994; 9(4): 353-70.
4. Islamic Biomedical Ethics Principles and Application. Sachedina Abdulaziz, editor. 1 ed. Tehran: Hoghooghi Publication; 2011.
5. Powers M, Faden RR. Social justice: the moral foundations of public health and health policy. 1st ed. USA: Oxford University Press; 2006.
6. Marandi SA, Azizi F. Position, Definition and Difficulties of Establishing the Concept of Spiritual Health in the Iranian-Islamic Society. Med Ethics J 2010; 4(14): 11-21.
7. Hussein GR. The hygiene and health system in Islam. The journal of Quran and Science [Internet]. 2010. Available at: http://www.quran-journal.com/science/index.php?option=com_content&view=article&id=91&lang=fa
8. popular terms: evolution [Internet]. Available at: <http://www.businessdictionary.com/definition/evolution.html>.
9. Khamenei A. Islamic Iranian pattern of progress. Tehran: Inghelab Islami publication; 2013.
10. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7 ed. USA: Oxford University Press; 2013.
11. A. D. public health ethics. 1 ed. USA: Cambridge University Press; 2011.
12. Marandi A. Islamic spiritual health instead of spiritual health. Iranian Academy of Medical Sciences ; 2017.
13. Ocha U. OCHA on Message: Humanitarian Principles. New York: UN OCHA; 2012.
14. Adaryani MR, Javadi M, Tavakkoli SN, Kiani M, Abbasi M. Conceptualization of Idle (Laghv) and its Relation to Medical Futility. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2016; 9(1).
15. Jagsi R, Lehmann LS. The ethics of medical education. BMJ 2004; 329(7461): 332-4.
16. Dewey J. Democracy and education. New York: Free Press. 1916: 1-4.
17. Winslow C-EA. The Untilled Field of Public Health. Mod Med 1920; 2: 183-91.
18. Akrami F, Abbasi M. Exploring the Prominence of Ethical Principles and Moral Norms in the Areas of Clinical Practice and Public Health. Annals of Medical and Health Sciences Research 2018; 8: 11-5.
19. APHA. 10 Essential Public Health Services; 2014 . Available at: <http://www.apha.org/about-apha/centers-and-programs/quality-improvement-initiatives/national-public-health-performance-standards-program/10-essential-public-health-services>.
20. Akrami F. Study of the ethical criterion for Iran's public health policy; practical framework and assessing its efficiency [PhD Thesis in designing Bioethics]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2017.
21. Akrami F, Karimi A, Abbasi M, Shahrivari A. Adapting the principles of Biomedical ethics to Islamic Principles and values in the context of public health policy. Journal for the Study of Religions and Ideologies 2018; 17(49): 46-59.
22. Secretariat of Health Policy. Stablishment framework of Irans general health policies Tehran: MOHME; 2015.
23. Carrothers RM, Gregory Jr SW, Gallagher TJ. Measuring emotional intelligence of medical school applicants. Acad Med 2000; 75(5): 456-63.
24. Koenig TW, Parrish SK, Terregino CA, Williams JP, Dunleavy DM, Volsch JM. Core personal competencies important to entering students' success in medical school: what are they and how could they be assessed early in the admission process? Acad Med 2013; 88(5): 603-13.
25. Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Iranian Nurses, Physicians and Patients' Lived Experiences Regarding Patient's Rights Practice. Iran Journal of Nursing 2009; 22(60): 28-41.
26. Jolae S, Nikbakht Nasrabadi AR, Parsa Yekta Z. The view of patients and patients' companions regarding patients' rights: a phenomenological research. Hayat 2005; 10(4): 5-20.
27. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh 2016; 15(1): 95-102.
28. Larjani B, Zahedi F. Health promotion, Islamic ethics and law in Iran. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2006; (Suppl. 1): 7-9.
29. Ten Have M. Prevention of obesity: weighing ethical arguments: Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam; 2011.
30. Ahola-Launonen J. The evolving idea of social responsibility in bioethics: a welcome trend. Camb Q Health Ethics 2015; 24(2): 204-13.
31. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. J Health Soc Behav 2005; 46(1): 51-67.
32. Tavousi M, Ebadi M, Azin A, Shakerinejad G, Hashemi A, Fattahi E, et al. Definitions of health literacy: a review of the literature; 2014.
33. Daneshfar G. What is the definition of literacy? [cited 2014]. Available at: <http://www.saele-savad.lxb.ir/post/27>.
34. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva: UNAIDS; 2012.
35. Den Exter A. International health law: solidarity and justice in health care. Netherlands: Maklu Pub; 2008.
36. Rozier MD. Structures of Virtue as a Framework for Public Health Ethics. Public Health Ethics 2016; 9(1): 37-45.
37. Ratanakul P. Buddhism, health and disease. Eubios Journal of Asian and International Bioethics 2004; 15: 162-4.
38. Syed IB. Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times. JISHIM 2002; 2: 2-9.
39. Razi MZ. Tebe alroohani. Tehran: ahleghalam; 2002.
40. Azizi F. Spiritual health and medical care. Med History J 2015; 6(21): 7-14.
41. Azizi F. Explanation of the spiritual health care at different levels of prevention. Med History J 2017; 8(29): 165-83.
42. Azizi F. The development of Spirituality and religion in children. Med History J 2015; 6(21): 131-48.
43. Ayazi M. Development in the field of social affairs of the Ministry of Health 2016. Available at: <http://www.hamshahronline.ir/details/332470/Lifeskills/heathsubpage>.
44. Academy of Medical Sciences Islamic Republic of Iran. Collection of observation reports of health macro indicators of Islamic Republic of Iran. Iran: Tehran: Academy of Medical Sciences Islamic Republic of Iran; 2015.