نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۵۹ تا ۶۶

اصیل

تبیین ظرفیت‌های طب ایرانی در اقتصاد مقاومتی از منظر مقاوم‌سازی نظام سلامت

رسول حسنی[۱]، اسدالله مهرآرا[۲*]، محسن ناصری[۳]

۱. کارشناس ارشد مدیریت کسب و کار، دانشگاه آزاد واحد قائم‌شهر، قائم‌شهر، ایران
۲. *نویسنده مسئول: استادیار گروه مدیریت، واحد قائم‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم‌شهر، ایران
۳. استاد تمام گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: نظام سلامت به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین ارکان توسعه جوامع شناخته می‌شود؛ ازاین‌رو مصون‌سازی آن نسبت به تحریم‌ها در چارچوب سیاست‌های اقتصاد مقاومتی مبتنی بر ظرفیت‌های طب ایرانی برای کشور از اهمیت بالایی برخوردار است؛ لذا در این پژوهش به تبیین ظرفیت‌های طب ایرانی در تحقق اقتصاد مقاومتی از طریق مقاوم‌سازی نظام سلامت پرداخته شده است.

روش: تحقیق حاضر از حیث روش کیفی و از نظر هدف، کاربردی است. برای گردآوری داده‌ها از ابزار مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته استفاده شده است. جامعه آماری متشکل از ۱۲ نفر از خبرگان حوزه سلامت است. روش نمونه‌گیری هدفمند و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو روش تحلیل محتوای کیفی و تحلیل مضمون استفاده شده است.

یافته‌ها: تحلیل محتوای کیفی نشان می‌دهد مقاوم‌سازی نظام سلامت از طریق سه محور: امنیتِ غذا و دارو، کاهش وابستگی به واردات کالاهای سلامت و اصلاح الگوی مصرف محقق می‌شود. مبتنی بر نتایج تحلیل مضمون نیز: به‌کارگیری از منابع دانش و زنجیره تولید داروی بومی، طراحی الگوی تغذیه بومی مبتنی بر مواد اولیه و محصولات تولید داخل، اصول جامع پیشگیرانه، درمان‌های ساده و خانگی به‌عنوان ظرفیت‌های طب ایرانی در مقاوم‌سازی نظام سلامت احصاء شد.

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری و توسعه علمی طب ایرانی می‌تواند نقش کلیدی و مؤثری را نسبت به کاهش آسیب‌پذیری نظام سلامت و مقاوم‌سازی آن در چارچوب سیاست‌های اقتصاد مقاومتی ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، اقتصاد، پزشکی سنتی ایرانی

مقدمه

با افزایش تحریم‌های ایالات متحده آمریکا، نظام سلامت کشور با چالش‌های جدی از جمله اخلال و محدودیت در روند ارسال دارو و تجهیزات پزشکی و درمانی و افزایش هزینه‌های این اقلام مواجه شد(۴). و از سویی با کاهش واردات دارو از ایالات متحده و اتحادیه اروپا، ایران خرید دارو و تجهیزات پزشکی خود را از چین و هند به ترتیب2 و 5 برابر افزایش داده است. که داروهای جایگزین معمولاً از کیفیت پایین‌تر و اثربخشی محدودتری نسبت به معادل اروپا و آمریکایی برخوردارند(۱). با توجه به عوامل تهدیدزای خارجی در حوزه سلامت، لزوم مقاوم‌سازی نظام سلامت با اتکا به ظرفیت‌های داخلی بیش از پیش احساس می‌شود. آمارها نشان می‌دهد در دهه اخیر میزان استفاده از طب سنتی در کشورها به سرعت در حال گسترش است. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد، طب سنتی در موارد تأیید شده از جهت کیفیت، ایمنی و اثر بخشی، برای دستیابی به شعار و هدف دسترسی همه مردم به مراقبت‌های بهداشتی کمک‌کننده است. این شیوه مراقبت برای آنها در دسترس و مقرون به صرفه است(۲). با توجه به تهدیدات تحریم‌های اقتصادی و تبعات ناشی از آن در حوزه سلامت و همچنین جایگاه تاریخی و ظرفیت‌های کم‌نظیر طب ایرانی، در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال می‌باشیم که، ظرفیت‌های طب ایرانی در مقاوم‌سازی نظام سلامت در چارچوب سیاست‌های اقتصاد مقاومتی چیست؟

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]

مبانی نظری

اقتصاد مقاومتی الگوی مقاوم‌ساز

با افزایش فشار، تحریم‌های اقتصادی در سال‌های اخیر پرداختن به مقوله اقتصاد مقاومتی، امری مهم و ضروری است(۳). اقتصاد مقاومتی یعنی کاهش وابستگی‌ها و تأکید بر مزیت‌های تولید داخل و تلاش برای خوداتکایی است(۴). اقتصاد مقاومتی نهضتی خردمندانه است که با شناسایی ظرفیت‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی و بسیج امکانات به سوی مقاوم‌سازی کشور جریان می‌یابد(۵). اقتصاد مقاومتی راهکار اقتصادی یک کشور در شرایط خاص است که به تولید و توزیع کالاهای خاص و سرمایه‌گذاری برای کاهش وابستگی به کشورهای دیگر به‌خصوص کشورهای متخاصم در شرایط بحرانی می‌پردازد به گونه‌ای که اگر نتوانست محصولات اساسی زندگی مردم و کالاهای اساسی آنها را در بازار مبادله از کشورهای دیگر تهیه کند بتواند با اتکا به ظرفیت‌های داخلی تأمین کند(۶).

مروری بر آسیب تحریم‌ها در نظام سلامت

تحریم‌ها علاوه بر تحت تاثیر قرار دادن مؤلفه‌های کلان اقتصادی، اجتماعی، کارکرد بخش‌های کلیدی دیگر مانند نظام سلامت را نیز با چالش مواجه کرده است. همانگونه که می‌دانیم حق سلامت به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری به معنای بهره‌مندی از حد اعلای سلامت جسمی و روانی مطرح می‌باشد، که شامل مواردی همچون حق برخورداری از آب آشامیدنی سالم و غذای کافی، حق بهره‌بندی از بهداشت عمومی و خدمات درمانی اولیه و حق دسترسی به دارو و تجهیزات پزشک پزشکی می‌شود(۷).

در حوزه دارویی مطالعات نشان می‌دهد، دسترسی بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مانند سرطان، پارکینسون، آسم، تالاسمی، هموفیلی، بیماری‌های مزمن، اختلالات خونی، مولتیپل اسکلروزیس و ایدز به داروهای آنها محدود شده است(۸). گزارش‌های متعدد اندیشکده‌ها و رسانه‌های بین‌المللی آمریکایی نیز نقش تحریم‌های ایالات متحده آمریکا در ایجاد اخلال و محدودیت در روند ارسال دارو و تجهیزات پزشکی و درمانی به ایران را تأیید کرده‌اند. نتایج اکثر این رسانه‌ها مؤید این موضوع است که، بانک‌ها و شرکت‌های بین‌المللی تولید دارو از ترس تحریم‌ها با مشکل معامله و محدودیت در پرداخت هزینه دارو و تجهیزات و نیز مشکلات حمل و نقل کالا به ایران مواجه هستند. موضوعی که باعث نوعی تروریسم دارویی از سوی آمریکا علیه ایران شده و دسترسی تهران به اقلام حیاتی مورد نیاز شهروندان و بیماران خود را از طریق خارج از مرزها، بسیار سخت و یا عملاً ناممکن کرده است. بحران دارو و درمان متأثر از تحریم‌ها در نهایت منجر به افزایش هزینه‌های درمان، افزایش طول درمان، افزایش آسیب‌ها و مرگ و میر بیماران، افزایش فشار بر خانواده بیماران و به خطر افتادن سلامت جسمی و روانی آنان می‌شود(۹). به دنبال تحریم‌ها شرکت‌های تولید دارو در ایران، دچار مشکلاتی در تأمین مواد اولیه و محصولات نهایی شدند(۸). به فرض درست بودن تولید ۹۷ درصد داروها در داخل کشور؛ اما تا ۶۰ درصد مواد اولیه داروهای تولیدی از خارج وارد می‌شود(۱۰) که با توجه به افزایش نرخ ارز ناشی از تحریم‌ها و محدودیت درخرید دارو و مواد اولیه دارویی، قیمت داروها افزایش می‌یابد که این موضوعات از یک طرف قدرت تقاضای شهروندان را کاهش و از طرف دیگر بار هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر و نظام سلامت را افزایش می‌دهد(۷). به دلیل چالش‌های ناشی از تحریم‌ها در حوزه دارو، درمان و تجهیزات در نظام سلامت ایجاد امنیت غذایی و دارویی یکی از اهداف اصلی سیاست‌های توسعه است. به منظور قرار نگرفتن کشور در زمره کشورهای جهان سوم، باید صنعت و تولید آن گسترش یافته تا در سطح بین‌المللی در شرایط بحرانی مانند جنگ، تحریم‌های اقتصادی، بیماری‌های همه‌گیر ازنظر تولید غنی باشد تا وابسته به کمک سایر کشورها نباشد؛ لذا، دولت باید با اتخاذ سیاست‌های مناسب، تدابیر حمایتی و نظارت دقیق بر اجرای قوانین، مسیر افزایش تولید را هموار کند(۱۱).

اشاعه طب سنتی و مکمل در نظام سلامت کشورها

امروزه طب سنتی و مکمل به طور گسترده‌ای در بسیاری از کشورها استفاده می‌شود و به‌کارگیری آن در کشورهای دیگر نیز به سرعت در حال افزایش و علاقه‌مندی به طب سنتی و مکمل بین جامعه پزشکان گسترش یافته است(۱۲) و نقش استثنایی در مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان ایفا می‌کند(۱۳). در بسیاری از کشورهای آسیایی، طب سنتی به میزان وسیعی، حتی وقتی که درمان‌های جدید به آسانی در دسترس هستند استفاده می‌شود. در ژاپن ۶۰ تا ۷۰ درصد پزشکان جدید درمان‌های کامپو (نوعی طب سنتی رایج در ژاپن) را برای بیمارانشان تجویز می‌کنند. در مالزی، انواع طب سنتی مالایی، چینی و هندی به طور وسیعی استفاده می‌شود. در هند خدمات اولیه مبتنی بر طب سنتی ۷۰ درصد رواج داد و در چین، در حدود ۴۰ درصد از خدمات مراقبت سلامت را طب سنتی به خود اختصاص داده است و تقریباً برای درمان ۲۰۰ میلیون بیمار در سال به کار برده می‌شود. در اوگاندا و اتیوپی نقش طب سنتی در خدمات بهداشتی اولیه به ترتیب ۷۰ و ۹۰ درصد است(۱۴). در بسیاری از کشورهای توسعه یافته نیز درمان‌های شناخته شده طب مکمل خیلی رایج است. ۴۸ درصد در استرالیا، ۷۵ درصد در فرانسه و ۷۰ درصد در کانادا ،۴۲ درصد مردم آمریکا، ۳۸درصد بلژیکی‌ها و در انگلستان، تقریباً ۴۰ درصد همه اطبای جدید بعضی از اشکال طب مکمل را ارائه می‌دهند یا ارجاع می‌کنند(۱۵). در آمریکا تعداد مراجعان به طب سنتی و مکمل از سال ۱۹۹۰ تا سال ۱۹۹۷ از ۴۲۷ به ۶۲۹ میلیون رسیده، درحالیکه تعداد مراجعه به پزشکان عمومی در سال (۱۹۹۷) ۳۸۶ میلیون بوده است(۱۶). بودجه در نظر گرفته شده برای طب سنتی و مکمل در آمریکا ۲۱/۲

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]

میلیارد دلار، استرالیا ۸۰ میلیون دلار، در کانادا ۲/۴ میلیارد دلار، در انگلیس ۲/۳ میلیارد دلار بوده است(۱۷).

دلایل به‌کارگیری طب سنتی و مکمل

از نظر اجرایی دلایل قانع‌کننده‌ای برای توسعه و ترویج بنیادی طب سنتی از جمله روش‌های قابل قبول، امن و دارای توجیه اقتصادی وجود دارد(۱۸). طب سنتی در کشورهای در حال توسعه قابل دسترس و معمولاً تنها خدمات درمانی در دسترس بیماران بسیار فقیر است، از دیگر دلایل ترویج طب سنتی می‌توان به آمیختگی زیاد با عقاید و اعتقادات برخی از مناطق، نگرانی مردم به جهت عوارض داروهای شیمیایی اشاره کرد. طی تحقیقی در شمال تانزانیا (آفریقای شمالی) ارائه مراقبت‌های بهداشتی زیست پزشکی، اعتبار شیوه‌های سنتی، هویت فرهنگی قوی، وضعیت سلامت فردی و درک بیماری به عنوان پنج عامل اصلی استفاده از طب سنتی شناخته شده است(۱۹). غفاری و همکاران از دلایل لزوم به‌کارگیری طب سنتی ایران به مواردی از جمله جنبه اقتصادی، کاهش مصرف داروهای شیمیایی، دسترسی آسان و ارزان بودن، تأکید بر جنبه‌های اخلاقی اشاره می‌کنند(۲۰).

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی است. با توجه به عنوان تحقیق جنس داده‌ها و روش تحقیق کیفی و رویکرد اتخاذ شده استقرایی می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش ۱۲ نفر از خبرگان حوزه سلامت می‌باشند. روش نمونه‌گیری هدفمند با رویکرد گلوله برفی است. مبتنی بر سؤالات تحقیق، در مرحله اول برای پاسخ به سؤال فرعی اول «مؤلفه‌های مقاوم‌سازی در نظام سلامت با هدف تحقق اقتصاد مقاومتی کدامند؟» با استفاده از روش مطالعات کتابخانه‌ای داده‌ها احصاء و از طریق روش تحلیل محتوای کیفی محورهای مصاحبه نیمه ساختار یافته مشخص شد، سپس با انجام مصاحبه از خبرگان با هدف پاسخ به سؤال فرعی دوم «ظرفیت‌های طب ایرانی در مقاوم‌سازی نظام سلامت با هدف تحقق اقتصاد مقاومتی کدامند؟» داده‌های بدست آمده با روش تحلیل مضمون، تحلیل شد و مضامین پایه، سازمان دهنده و فراگیر شناسایی شد. در ادامه به تشریح فرآیند انجام کار می‌پردازیم.

روش تحلیل محتوای کیفی، کاربرد گسترده‌ای در پژوهش‌های کیفی دارد(۲۱). برای گردآوری داده‌ها در این مرحله ابتدا اسناد، مدارک مکتوب، مقالات، پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی نورمگز، ایران‌داکت، جهاد دانشگاهی، مگ‌ایران، کتابخانه ملی مورد مطالعه و بررسی و مطالب مرتبط و مناسب فیش‌برداری شد. فرآیند کدگذاری در تحلیل محتوای کیفی در قالب کدگذاری باز و محوری انجام شد.

در ادامه فرآیند تکمیل تحقیق کیفی اطلاعات به‌دست آمده از مرحله قبل محورهای مصاحبه نیمه ساختار یافته در خصوص پاسخ به سؤال فرعی دوم را شکل دادند. انتخاب مصاحبه نیمه ساختار یافته به این دلیل بود که در این روش علاوه بر امکان تبادل نظر، می‌توان بحث درباره موضوع را در راستای دستیابی به اهداف پژوهش هدایت نمود(۲۲). برای انجام مصاحبه در ابتدا هدف پژوهش توسط محقق بیان و تأکید شد که از مصاحبه‌ها فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. مصاحبه‌ها تا اشباع نظری پیش رفت به گونه‌ای که از نفر نهم به بعد اشباع نظری اتفاق افتاد و به جهت اطمینان تا نفر دوازدهم مصاحبه‌ها ادامه یافت؛ به‌طورکلی، با توجه به زمان و منابع قابل دسترس، تعداد ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای انجام مصاحبه کافی است(۲۳).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شد. تحلیل مضمون فرایندی برای تحلیل اطلاعات کیفی است که در اکثر روش‌های کیفی به کار می رود(۲۴). روش تحلیل مضمون یک راهبرد تقلیل تحلیل داده‌ها است که توسط آن داده‌های کیفی تقسیم‌بندی، طبقه‌بندی، تلخیص و بازسازی می‌شوند(۲۵).

کینگ و هاروکز در سال ۲۰۱۰ با بررسی و جمع‌بندی تلاش‌های دیگر پژوهشگران، فرایندی سه مرحله‌ای را برای تحلیل مضمون ارائه داده‌اند، که در این تحقیق نیز از این فرآیند استفاده می‌شود. این فرایند شامل سه مرحله کدگذاری توصیفی، کدگذاری تفسیری و یکپارچه‌سازی است. در کدگذاری توصیفی تلاش برای «توصیف» چیزهایی که در گفته‌های مشارکت کننده حائز اهمیت است و نه تفسیر معنای آنها تأکید می‌شود. گام اول کدگذاری توصیفی خواندن کامل متنی که قصد تحلیل آن را داریم حداقل برای یک بار بدون تلاش برای کدگذاری آن است تا با فضای کلی متن آشنا شویم. در مرحله بعد در کدگذاری تفسیری تلاش می‌شود تا فراتر از توصیف گزاره‌های متن عمل کرده و بر تفسیر معانی آنها تمرکز شود. این کار بیشتر با ترکیب کدهای توصیفی‌ای که به نظر می‌رسد یک معنای واحد را در خود دارند انجام می‌شود. در مرحله سوم یعنی کدگذاری یکپارچه، تعدادی مضامین فراگیر شناسایی می‌شوند که مفاهیم کلیدی تحقیق را بیان می‌کنند این مضامین باید بر پایه مضامین تفسیری بیان شوند ولی در سطح تجرید بالاتری از آنها قرار دارند(۲۶).

در روش‌های کیفی دقت در مراحل اجرایی به افزایش پایایی کمک می‌کند(۲۳). برای دستیابی به روایی و اعتمادپذیری از مشارکت خبرگان در فرآیند اجرای پژوهش استفاده شد. برای دستیابی به پایایی در مرحله تحلیل محتوای کیفی سعی شد تمامی اسناد، مقالات و کتاب‌های مرتبط با موضوع احصاء و مطالعه شود. سپس موارد مناسب دسته‌بندی و مطالب مرتبط و مناسب که در راستای پاسخ به سؤال فرعی اول کمک کننده بود به طور دقیق و چندین باره بررسی شد و در نهایت مقوله‌های اصلی و فرعی بدست آمد. در مرحله تحلیل مضمون در این پژوهش محقق برای انجام مصاحبه شخصاً به خبرگان مراجعه کرد. در ابتدا هدف پژوهش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.22034/9.1.7]

توسط محقق برای مصاحبه شوندگان بیان و تأکید شد که از مصاحبه‌ها فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. مصاحبه‌ها ضبط و به طور دقیق پیاده‌سازی شد و با مطالعه و بررسی چندین باره و رفت و برگشتی مضامین پایه، سازمان دهنده و فراگیر احصاء شد.

یافته‌ها

به منظور پاسخ به سؤال اصلی و سؤالات فرعی ابتدا به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه آماری و سپس به تجزیه و تحلیل داده‌ها به شرح ذیل پرداخته می‌شود.

معیار انتخاب افراد در این پژوهش بر اساس دانش و تجربه افراد در زمینه مدیریت در رده‌های عالی و میانی نظام سلامت (وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، مراکز درمانی و تحقیقاتی) از اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و سابقه فعالیت‌های علمی و پژوهشی و سابقه بالا در امر طبابت است.

مبتنی بر سؤال پژوهش در نخستین گام برای پاسخ به سؤال فرعی اول مبنی بر «محورهای مقاوم‌سازی نظام سلامت از منظر اقتصاد مقاومتی کدامند؟» از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. بدین صورت که پس از مطالعه و بررسی دقیق مبانی نظری داده‌های مناسب جمع‌آوری شدند، محتوای مطالب پالایش و اطلاعات زائد و نامرتبط حذف و بخش‌هایی معناداری که می‌توانست محقق را یاری رسانند، جداسازی و طبقه‌بندی شدند. سپس با استفاده از کدگذاری باز کدهای مفهومی مشترک استخراج شدند و با پالایش و حذف موارد تکراری با بهره‌گیری از مبانی نظری و تطبیق، برخی از کدهای مفهومی (مفاهیم) شناسایی و مشخص شدند. با انجام پالایش و عمل کاهش این مفاهیم در قالب مقوله‌های فرعی سازماندهی شدند. در مرحله بعد با بررسی مستمر مقوله‌ها و مفاهیم آنها و در کنار هم قرار گرفتن مقوله‌های فرعی هم‌خانواده، مقوله‌های اصلی بدست آمدند و کدگذاری محوری انجام شد که درقالب جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان داد که مقاوم‌سازی نظام سلامت در چارچوب سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در قالب ۳ مقوله اصلی و ۱۱ مقوله فرعی به شرح ذیل صورت می‌پذیرد و می‌تواند منجر به تحقق اقتصاد مقاومتی شود.

جدول ۱. جامعه‌شناختی جامعه نمونه

تعداد مصاحبه‌شوندگان	ترکیب شرکت‌کنندگان در مصاحبه	رتبه علمی (مدرک تحصیلی)
۱۲ نفر	۱ نفر از معاون توسعه دفتر کل طب ایرانی	دکتری
	۱ نفر معاون تعالی دفتر کل طب ایرانی	
	۱ نفر معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
	۱ نفر مسئول مرکز تحقیقات بالینی طب ایرانی دانشگاه شاهد	
	۱ نفر رئیس دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
	۱ نفر معاون پژوهش دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی تهران	
	۱ نفر مدیر گروه آموزشی دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
	۱ نفر مدیر گروه آموزشی دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شاهد	
	۱۲ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	۴ نفر استاد تمام ۴ نفر دانشیار ۴ نفر استادیار
	۸ نفر پزشک متخصص طب ایرانی	دکتری

جدول ۲. مقوله‌های فرعی شناسایی شده مربوط به مقوله اصلی (تحقق اقتصاد مقاومتی از منظر مقاوم‌سازی نظام سلامت)

مقوله اصلی	مقوله فرعی	دلیل انتخاب
مدیریت بر تقاضای القایی	- مدیریت بر فرآیند ارجاعات بیمار - مدیریت بر میزان مصرف دارو - نهادینه کردن نظام پیشگیری - استفاده از مراقبت‌های اولیه در صورت امکان و کاهش مراجعات - تشخیص مبتنی بر روش‌های کلینیکال	مصرف به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های ارزیابی سبک زندگی و از مؤلفه‌های کلیدی در اقتصاد است و نقش بسزایی در توسعه دارد. اعتدال و میانه‌روی مدیریت امور اقتصادی و اصلاح الگوی مصرف از ضروریات مصادیق سلامت است. با اصلاح الگوی مصرف و نهادینه کردن روش صحیح استفاده از منابع و همچنین منطقی کردن روندهای تجویز و مصرف در تعاملات سلامت، منطقی کردن تجویز داروها و درخواست آزمایش‌ها و نظایر آنها، براساس دستورالعمل‌های استاندارد و راهنماهای بالینی می‌توان این شاخص را بهبود داد (۲۶).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]

ادامه جدول ۲. مقوله‌های فرعی شناسایی شده مربوط به مقوله اصلی (تحقق اقتصاد مقاومتی از منظر مقاوم‌سازی نظام سلامت)

مقوله اصلی	مقوله فرعی	دلیل انتخاب
تأمین امنیت غذا و دارو	- تحریم و اخلال در تأمین دارو - اخلال در تأمین مواد غذایی - محدودیت در دسترسی به دارو و مواد غذایی استاندارد و باکیفیت	گزارش‌های متعدد اندیشکده‌ها و رسانه‌های بین‌المللی آمریکایی نیز نقش تحریم‌های ایالات متحده آمریکا در ایجاد اخلال و محدودیت در روند ارسال دارو و تجهیزات پزشکی و درمانیو مواد غذایی به ایران را تأیید کرده‌اند دلایل قاطعی وجود دارد که تحریم‌های آمریکا بر حق دسترسی شهروندان به دارو، درمان و تجهیزات پزشکی تأثیرات آشکار منفی داشته است(۹). از سویی با کاهش واردات دارو از ایالات متحده و اتحادیه اروپا، ایران خرید دارو و تجهیزات پزشکی خود را از چین و هند به ترتیب ۲ و ۵ برابر افزایش داد. که داروهای جایگزین معمولاً از کفیت پایین‌تر و اثربخشی محدودتری نسبت به معادل اروپا و آمریکایی برخوردارند(۱)
کاهش وابستگی به واردات کالاهای سلامت	- افزایش تولید کالاهای سلامت - تأمین کالاهای سلامت از داخل کشور - ایجاد تعادل بین عرضه و تقاضا در کالاهای سلامت	به دلیل چالش‌های ناشی از تحریم‌ها در حوزه دارو، درمان و تجهیزات در نظام سلامت ایجاد امنیت غذایی و دارویی یکی از اهداف اصلی سیاست‌های توسعه است. به منظور قرار نگرفتن کشور در زمره کشورهای جهان سوم، باید صنعت و تولید آن گسترش یافته تا در سطح بین‌المللی در شرایط بحرانی مانند جنگ، تحریم‌های اقتصادی، بیماری‌های همه‌گیر ازنظر تولید غنی باشد تا وابسته به کمک سایر کشورها نباشد؛ لذا دولت باید با اتخاذ سیاست‌های مناسب، تدابیر حمایتی و نظارت دقیق بر اجرای قوانین، مسیر افزایش تولید را هموار کند(۱۱).

- مقوله اصلی اول موضوع تأمین امنیت غذا و دارو و مقولات فرعی آن شامل: تحریم و اخلال در تأمین دارو، تجهیزات پزشکی و مواد غذایی، محدودیت در دسترسی به دارو و مواد غذایی استاندارد و باکیفیت می‌باشند.
- مقوله اصلی دوم کاهش وابستگی به واردات کالاهای سلامت موضوع و مقولات فرعی آن شامل: افزایش تولید کالاهای سلامت، تأمین کالاهای سلامت از داخل کشور، ایجاد تعادل بین عرضه و تقاضا در کالاهای سلامت می‌باشند.
- مقوله اصلی سوم موضوع مدیریت بر تقاضای القایی و مقولات فرعی آن شامل: مدیریت بر میزان استفاده از دارو، نهادینه کردن نظام پیشگیری، استفاده از مراقبت‌های اولیه و کاهش مراجعات، تشخیص مبتنی بر روش‌های کلینیکال، مدیریت بر فرآیند ارجاعات بیمار می‌باشند.

سپس در مرحله بعد به جهت پاسخ به سؤال فرعی دوم «طب ایرانی چگونه می‌تواند منجر به مقاوم‌سازی نظام سلامت در چارچوب سیاست‌های اقتصاد مقاومتی شود؟» با استفاده از موارد احصاء شده در مرحله قبل محورهای مصاحبه به شرح زیر آماده و مصاحبه با خبرگان انجام شد.

۱. طب ایرانی چگونه می‌تواند در تأمین امنیت غذا و دارو نقش داشته باشد؟
۲. طب ایرانی چگونه می‌تواند در کاهش وابستگی به واردات کالاهای سلامت نقش داشته باشد؟
۳. طب ایرانی چگونه می‌تواند در اصلاح الگوی مصرف (کاهش تقاضای القایی) نقش داشته باشد؟

در این مرحله برای تحلیل داده با استفاده از روش تحلیل مضمون طی سه مرحله شامل کدگذاری توصیفی، کدگذاری تفسیری و کدگذاری یکپارچه‌ساز و همچنین سه دسته مضمون پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر به دست آمد. ابتدا با رعایت اصول اخلاقی پژوهش‌های کیفی و رضایت کامل مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ها ضبط شد. سپس مصاحبه‌ها به طور دقیق به صورت پاراگراف به پاراگراف به متن برگردانده و نکات کلیدی مصاحبه‌ها شناسایی و کدگذاری توصیفی انجام ۱۶ مضمون پایه احصاء شد.

جدول ۳. نمونه احصاء کدهای اولیه از مصاحبه‌ها

کد اولیه	محورهای مصاحبه
سلامت محور بودن	۸۰ درصد طب ایرانی بر پیشگیری بنا نهاده شده که ارزان است. با تدابیر پیشگیری کننده و آموزش و اجرای دستورات روش زندگی سالم بر پایه طب ایرانی، نه تنها کیفیت سلامتی جامعه بهبود می‌یابد بلکه تعداد بیماران و مصرف دارو کاهش می‌یابد.
طب ایرانی روش‌های جایگزین مناسبی برای برخی جراحی‌ها دارد.	در موضوع جراحی هم همینطور است طب ایرانی می‌تواند به کاهش برخی از اعمال جراحی کمک کند.
دسترسی به طب ایرانی در همه جای کشور برای مردم امکان‌پذیر است.	علاوه بر این امکانات طب ایرانی عموماً در جای جای کشور در اختیار همه است ولی شما ممکن است یک متخصص خوب گوارش را نتوانید به روستاهای دور افتاده ببرید ولی معمولاً گروه‌های طب ایرانی وجود دارند.
به دلیل داخلی بودن دانش، مواد اولیه و بحث‌های دارویی نیاز به واردات دارو کاهش پیدا می‌کند.	روش‌های طب ایرانی اولاً در باور مردم هستند و ثانیاً در داخل کشور ریشه دارند یعنی بسیاری از آنها در داخل کشور تولید می‌شوند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]

جدول ۴. نتایج احصای مضامین پایه و مضامین سازمان دهنده از کدهای اولیه

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
مقاوم‌سازی نظام سلامت	مدیریت تقاضای القایی	سلامت محور
		به‌کارگیری از درمان‌های ساده و اولیه
		به‌کارگیری از روش‌های غیردارویی
		کمک به کاهش اعمال جراحی
		کمک به درمان بیماری‌های مزمن و کاهش مصرف دارو
		اصلاح الگوی تغذیه‌ای و متعادل سازی الگوی مصرف
	تأمین امنیت غذا و دارو	دانش بومی
		مواد اولیه داخلی
		فرآیند تولید داخلی
		بومی‌سازی الگوی تغذیه‌ای
		طراحی الگوی غذایی بومی سلامت محور
	کاهش وابستگی به واردات کالای سلامت	سلامت محور
		درمان‌های غیردارویی
		درمان‌های ساده و خانگی
		دسترسی آسان
		روش‌های تشخیصی بالینی
		تأکید بر درمان‌های غیر جراحی
		بومی بودن استفاده از ظرفیت‌های درمانی و دارویی داخلی

پس از اجرای فرآیند کدگذاری توصیفی کدگذاری تفسیری انجام شد. در این مطالعه ۳ مضمون سازمان دهنده از مجموع ۱۶ مضمون پایه شناسایی شدند. (جدول ۴)

در مرحله بعد کدکذاری یکپارچه‌ساز و مضامین فراگیر احصاء شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی به طور مشخص به احصاء مواردی که از طریق مقاوم‌سازی نظام سلامت می‌توان اقتصاد مقاومتی را محقق کرد پرداخته شده است. درخصوص ظرفیت‌های طب ایرانی در مقاوم‌سازی نظام سلامت پژوهشی انجام نشده بود که با استفاده از روش تحلیل مضمون ظرفیت‌ها در قالب ۱۹ مضمون پایه احصاء شد.

مبتنی بر نتایج تحقیق در راستای پاسخ به سؤال فرعی اول می‌توان نتیجه گرفت، مقاوم‌سازی نظام سلامت با هدف تحقق اقتصاد مقاومتی از طریق «تأمین امنیت غذا و دارو، کاهش وابستگی به واردات کالاهای سلامت و اصلاح الگوی مصرف» می‌تواند محقق شود؛ همچنین با استفاده از ظرفیت‌های طب ایرانی در حوزه پیشگیری، درمان‌های ساده، در دسترس و خانگی می‌توان میزان مراجعات و استفاده از دارو و تجهیزات پزشکی را کاهش و تقاضای غیرضروری را مدیریت کرد از سویی دیگر تأکید طب ایرانی بر تشخیص‌های کلینیکال می‌باشد که این موضوع باعث می‌شود استفاده از تجهیزات تشخیصی کاهش یابد. در حوزه تأمین امنیت غذا و دارو به دلیل بومی بودن طب ایرانی از حیث دانشی و محصولات، با به‌کارگیری اصولی و منطقی آن می‌توان وابستگی کشور به واردات دارویی را کاهش داد که این موضوع به طور قابل توجهی اثر تحریم‌ها و چالش‌های مربوط به آن از دسترسی سخت و هزینه‌های خارج از عرف و همچنین مشکلات مربوط به کیفیت پایین اقلام غذایی و دارویی برای تأمین نیاز داخل از بین می‌رود. موضوع بعدی قابلیت‌های طب ایرانی در طراحی و ارائه الگوی غذایی متناسب با محصولات کشاورزی بومی هر منطقه است که علاوه بر اصلاح تغذیه نیاز به واردات غذایی را نیز کاهش می‌دهد و چالش‌های تحریمی، وارداتی، هزینه‌ای و کیفی این بخش را به طور قابل توجه کاهش می‌دهد. همانگونه که نتایج نشان داد با استفاده از تدابیر جامع پیشگیرانه طب ایرانی می‌توان میزان ابتلا به بیماری‌ها را کاهش داد و از این طریق نیاز به واردات دارو و تجهیزات پزشکی و هزینه‌ها را نیز کاهش داد که این موضع با نتایج مطالعات روحانی و همکاران با عنوان «آموزش اصول حفظ و سلامتی طب سنتی ایرانی به بهورزان و بررسی تأثیر آن در کیفیت زندگی زنان روستایی» مبنی بر اینکه علاوه بر افزایش کیفیت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]

سلامتی با تدابیر پیشگیرانه طب ایرانی مصرف دارو نیز کاهش می یابد همچنین هداوند و همکاران در پژوهشی با عنوان «بررسی اثر آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی ایرانی بر هزینه‌های درمان بیمه‌شدگان بیمه سلامت» نشان داد که هزینه‌های گروه مداخله شامل هزینه‌های آزمایشگاه، دارو، رادیولوژی و تعداد ویزیت دارای کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل (حدود ۳۶ درصد) دارد(۲۷). ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود با به‌کارگیری و توسعه علمی طب ایرانی می‌توان آسیب‌پذیری نظام سلامت را کاهش داد و به مقاوم‌سازی نظام در چارچوب سیاست‌های اقتصاد مقاومتی کمک کرد.

تقدیر و تشکر

تیم پژوهشی از تمامی استادان و خبرگان وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی، دفتر کل طب سنتی، اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، بهشتی، شاهد، بابل، البرز و همچنین اعضای فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که با راهنمایی‌های ارزشمند خود به غنای این پژوهش کمک کردند کمال سپاسگزاری را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچگونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع

1. Abbasi M, Azimi H. Right to Health and US Sanctions under Trump against Islamic Republic of Iran (Sanctions on Drugs and Medical Equipment). International Studies Journal (ISJ) 2022; 18(4): 277-308. [In Persian]
2. Rezaeizadeh H, Taherpana T. Strategic Approach to Traditional Medicine. Tehran: Al-Ma'i Publishing; 2014. [in Persian]
3. Baqeri A, Mousavi M. Conceptualization of Resistance Economy and Explanation of Its Role and Position in the Post-Sanctions Era. Quarterly Journal of Financial and Economic Policies 2018; 6(24): 147-11. [in Persian]
4. Nabavi SM, Seydi M, Erfani S, Karamzadeh E. Strategic model of Islamic Republic of Iran's economic power in the framework of general policies of resistance economy. National Security 2018; 8(28): 41-70. [In Persian]
5. Aram M, Mohammadpour F, Kashani H, Gheibi A. The Role of the Tourism Industry in the Growth and Development of Resistance Economy with a Focus on Revenue Generation, Infrastructure Development, Job Creation, and Poverty Alleviation. National Conference on Examining and Explaining Resistance Economy. Rasht, University of Guilan. [in Persian]
6. Mohtadian M. Wise Resistance Economy. Quarterly Journal of Agricultural Engineering and Natural Resources 2014; 12(44). [in Persian]
7. Aleemran R, Abhari B, Aghajan H. The effect of sanctions on Iran's health system using provincial data and spatial panel methods from 2009 to 2016. J Health Adm 2022; 23(1): 58-73. [in Persian]
8. Delfan M. Examining the Impacts of Economic Shocks (Including Economic Sanctions) on the Sustainability of Health System Resources. National Institute for Health Research, Final Report of the Research Project. [in Persian]
9. Montazaran J, Mousavizadeh R. Human Rights Violations in the Drug Restrictions Resulting from Washington's Sanctions Against Iran: How It Is Represented in U.S. Media. International Media Studies Journal 2021; 6(7): 27-1. [in Persian]
10. Abdollahi A, Shirazi H. The direct of sanctions on health, physical and mental health. Razi J Med Sci 2021; 28(3): 229-45. [in Persian]
11. Yousefi N, Ghasemi Z, Peyrovian F, Rahim MR. Evaluation of Iran's Pharmaceutical Policies in Drug Imports and Determining the Nature of Imported Drugs Using the ABC-VED Method. Strategies of Management in Health System 2021; 6(2): 145-157. [in Persian]
12. Velayati A, Asareh M, Taheripanah T, et al. World Health Organization Traditional Medicine Strategy 2014-2023: Summary of the World Health Organization Traditional Medicine Strategy (2002-2005). Tehran: Almai; 2015. [in Persian]
13. Youn BY, Moon S, Mok K, Cheon C, Ko Y, Park S, Jang BH, Shin YC, Ko SG. Use of traditional, complementary and alternative medicine in nine countries: A cross-sectional multinational survey. Complement Ther Med 2022; 71: 102889.
14. World Health Organization. The promotion and development of traditional medicine: Report of a WHO Meeting. Geneva: WHO; 1978. p. 8-13, 36-9.
15. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Expanding horizons of health care: five year strategic plan 2002-2005. Bethesda: NIH; 2002. p. 7-8.
16. White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy. Final Report. Washington: WHCCAMP; 2002. Chapter 5: 69.
17. Katzung BG. Basic and Clinical Pharmacology. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1088-9.
18. Youn BY, Moon S, Mok K, Cheon C, Ko Y, Park S, et al. Use of traditional, complementary and alternative medicine in nine countries: A cross-sectional multinational survey. Complement Ther Med. 2022.
19. Stanifer JW, Patel UD, Karia F, Thielman N, Maro V, Shimbi D, Kilaweh H, Lazaro M, Matemu O, Omolo J, Boyd D; Comprehensive Kidney Disease Assessment for Risk Factors, Epidemiology, Knowledge, and Attitudes (CKD AFRIKA) Study. The determinants of traditional medicine use in Northern Tanzania: a mixed-methods study. PLoS One 2015; 10(4): e0122638.
20. Ghaffari F, Naseri M, Khodadoust M. Iranian Traditional Medicine and the Reasons for Its Revival and Development. Medicine and Purification 2010; 1(19). [in Persian]
21. Alidoosti S, Nabi M, Sheidaei M. Conceptual Framework of Strategic Information Technology Topics (Analysis of National and Global Strategic Documents). Quarterly Journal of the Iranian Research Institute for Information Science and Technology 2019; 34(3): 949-992. [in Persian]
22. Narimani AR, Vaezi R. Identify factors to the commercialization of research in Knowledge of public administration. Journal of Public Administration 2017; 9(2): 235-262. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]

23. Mohammadi M, Karimi A. Identifying the Components of Spirituality Influencing Resilience in Entrepreneurs," Management in Islamic University 2017; 6(2). [in Persian]
24. Nemamian F, Elyasi R, Izadi HR. Methodology and Research Methods: Quantitative, Qualitative, and Mixed. Tehran, Mehraban Publishing Institute; 2017. [in Persian]
25. Yavari V. Designing a Conceptual Model of Organizational Performance Management for the Endowment and Charity Affairs Organization. Ph.D. Dissertation, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, 2012. [in Persian]
26. KhanMohammadi H. A Model of Citizen Participation in Public Administration Based on the Teachings of Nahj al-Balagha. Ph.D. D issertation, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, 2014. [in Persian]
27. Naseri M. Clinical Guide of Iranian Traditional Medicine. Tehran: Iran Traditional Medicine Publications; 2021. Persian. [in Persian]

Original

Explaining the Capacities of Iranian Medicine in the Resistance Economy from the Perspective of Health System Empowerment

Rasoul Hasani[1], Asadullah Mehrara[2*], Mohsen Naseri[3]

1. Master of Business Administration (MBA), Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran
2. ⁎**Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Management, Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran
3. Professor, Department of Traditional Medicine, Shahed University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: The health system is recognized as one of the most fundamental pillars of societal development. Therefore, ensuring its resilience against sanctions, within the framework of resistance economy policies based on the capacities of Iranian medicine, is of great importance for the country. Hence, this study aims to explain the potential of Iranian medicine in achieving a resistance economy by strengthening and empowering the health system.

Methods: This study is qualitative in approach and applied in purpose. Data were collected using library studies and semi-structured interviews. The statistical population consists of 12 experts in the field of health. The sampling method is purposive sampling. Two methods have been used for data analysis: qualitative content analysis and thematic analysis

Results: The qualitative content analysis revealed that ensuring the resilience of the health system occurs through three main axes: food and drug security, reducing dependency on imports of health-related goods, and modifying consumption patterns. Furthermore, thematic analysis identified the following as key capacities of Iranian medicine in strengthening the health system: utilization of indigenous medical knowledge and local pharmaceutical production chains, designing a native nutrition model based on domestic raw materials and products, and implementing comprehensive preventive principles and simple, home-based treatments.

Conclusion: The application and scientific development of Iranian medicine can play a key and effective role in reducing the vulnerability of the health system and enhancing its resilience within the framework of resistance economy policies.

Keywords: Delivery of Health Care, Economics, Iranian Traditional Medicine

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.7]