

بایسته‌های شناختی نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی

مجتبی هادی زاده^{۱*}، سید احمد بابایی چگینی^۲

چکیده

نظام سلامت از خرده نظام‌های مهم در نظام کلان اجتماعی بشمار می‌رود که وظیفه ساماندهی وضعیت سلامت انسان‌ها را بر عهده دارد. نواقص و مشکلات فراوان نظام سلامت رایج در جهان، مجامع علمی را به یافتن یک نظام سلامت نوین واداشته است. در این بین تمدن نوین اسلامی با نظام سلامت مختص خود می‌تواند یکی از ارائه‌دهندگان نظام سلامت نوین باشد. نظام سلامت در تمدن‌های بشری از نظر شناخت‌شناسی به دو نوع مبتنی بر اصالت تجربه و اصالت عقل تقسیم‌بندی می‌شوند. ویژگی‌های مطلوب نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه شامل نظم و سلسله مراتب مبتنی بر اجماع، انعطاف‌پذیری و تجاری بودن است و آسیب‌های این نظام شامل نفی مفاهیم کلی و عقلی، ایجاد محرومیت فزاینده، تبدیل شدن به عامل بیماری و مرگ، انتقال فرهنگ مادی‌گرایی و غرب‌زدگی، دارو محوری، شیوع بی‌رویه جراحی، وابستگی به فناوری، وابستگی به نظام سرمایه‌داری و سلطه غرب است. ویژگی‌های مطلوب نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل نیز شامل سازگاری با مبانی دینی و عقلی، نفوذ بیشتر و نگاه کل‌نگر، عدم وابستگی به ابزار و قابل استفاده در محدودترین امکانات، اخلاق محوری، استفاده از مفاهیم ساده و قابلیت آموزش آسان است. آسیب‌های این نظام نیز شامل عدم سازمان‌دهی، دور ماندن از فناوری، عقل‌گرایی محض و داروگرایی است. نظام سلامت مطلوب در تمدن نوین اسلامی، نظامی بر پایه شناخت‌شناسی اسلامی است. این نظام با استفاده از فلسفه، فقه، میراث اسلامی، استفاده از فناوری و یافته‌های نظام سلامت موجود و ایجاد اسناد تجربی بر اساس گزاره‌های عقلی و تعبدی شکل می‌گیرد و نظام سلامت نوین اسلامی نام دارد.

واژگان کلیدی: شناخت‌شناسی نظام سلامت، تمدن اسلامی، نظام سلامت نوین اسلامی

۱. مقدمه

بشریت همواره دنبال یک تمدن کامل بوده است تا بتواند در سایه خدمات آن، به اهداف متعالی خود برسد. تمدن اسلامی یکی از تمدن‌های بزرگ بشری بود که در قرن‌های دوم تا یازدهم هجری قمری شکل گرفت و تاریخ‌شناسان به علت دستاوردهای چشم‌گیر، از آن با عنوان دوران طلایی تمدن اسلامی یاد می‌کنند. جمهوری اسلامی ایران با هدف دستیابی مجدد به چنین تمدن شکوهمندی ایجاد شد. امام خمینی «ره» این تمدن را فوق تمدن‌ها می‌دانستند. (خمینی، ۱۳۸۹، ج ۱، ص ۳۷۳) و مقام معظم رهبری دستیابی به این تمدن را هدف اصلی جریان انقلاب اسلامی می‌دانند. (خامنه‌ای، ۱۳۶۸/۱۲/۳) در این راستا پس از تدوین قانون اساسی بر اساس مبانی دینی، ایجاد نظام اجتماعی مبتنی بر دین، باورپذیر شد. با مطرح شدن مردم‌سالاری دینی به عنوان چهارچوب نظام سیاسی حاکم بر جمهوری اسلامی ایران، نقش دین در حاکمیت این نظام اجتماعی ظهور پیدا کرد و در پی آن نگرش علم دینی در نظام حاکمیتی مورد توجه قرار گرفت. در این میان عده‌ای از دانشمندان دست‌یابی به علم دینی را در حذف قسمت‌های معارض علوم با دین اسلام منحصر می‌دانند و عده‌ای نقش این نگرش در تولید علم را به گونه‌ای مبنایی

۱ کارشناس بیهوشی، پژوهشگر حوزه فلسفه سلامت، طلبه حوزه علمیه قم

ایمیل: M_Hadizadeh@Aol.Com

۲ کارشناسی ارشد کلام اسلامی، مدرس حوزه علمیه قم، پژوهشگر فلسفه و کلام اسلامی

ایمیل: Jabarut313@Yahoo.Com

هشتمین کنگرس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

مؤثر می‌دانند. سال‌هاست که مطالعات گسترده‌ای درباره خرده نظام‌های اجتماعی از جمله نظام سیاسی و اقتصادی اسلامی انجام می‌شود. در راستای این مطالعات، پرداختن به نظام سلامت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین خرده نظام‌های اجتماعی، امری مهم است. امروزه مشکلات و معضلاتی که نظام سلامت حاکم بر جهان ایجاد نموده، موجب شده است که مجامع علمی بین‌المللی در جستجوی ایجاد یک نظام سلامت نوین و جایگزین باشند. در جمهوری اسلامی ایران نیز سیاست‌گذاران حوزه سلامت تلاش نموده‌اند تا با تبیین ویژگی‌های مطلوب نظام سلامت اسلامی در اسناد بالادستی در این جهت حرکت نمایند. در این جستار به جریان‌شناسی نظام سلامت کلان در تمدن‌های بشری از نظر شناخت‌شناسی می‌پردازیم؛ نقاط ضعف و قوت آن‌ها را بیان می‌کنیم. پس از آن به تلاش‌های انجام شده برای ایجاد نظام سلامت مطلوب در تمدن نوین اسلامی خواهیم پرداخت و راهکارهایی برای رسیدن به آن بر خواهیم شمرد.

۲. مفهوم شناسی

به دلیل گریز از اشتراکات لفظی و تبیین نظام فکری موجود در این مقاله، به ارائه تعریف اصطلاحات کلیدی این نگاشته می‌پردازیم.

۱،۲ نظام (سیستم)

نظام در لغت از ریشه "نظم" به معنای تألیف و ضمیمه کردن چیزی به چیز دیگر است. همچنین نظام که جمع آن انظمه است، به معنای راه و روش، طریقه و عادت است (فیروزآبادی، ۱۴۱۵، ق، ج ۴، ص ۱۵۵) در اصطلاح جامعه‌شناسی، نظام به مفهوم کلان آن بدین صورت است که در سطح خرد دو عنصر «فرد» و «تعامل» با یکدیگر ترکیب می‌شوند و عنصر «ما» (جامعه خرد) به وجود می‌آید و همین‌طور «ماهای» دیگر تا اینکه جامعه کلان یا جامعه کل تشکیل می‌شود و نظم فراگیر ایجاد می‌کند و در سطح خرد با وجود گروه‌های کوچک یا خرد یا «ماهای» متعدد، نظم یا نظام عام یا کلان تشکیل می‌شود که در بردارنده نظم‌های متعدد در سطح خرد است. (اردکانی، ۱۳۹۱، ش) نظام سلامت از جمله خرده نظام‌های اجتماعی محسوب می‌شود.

۲،۲ اسلام

"اسلام" در لغت به معنای تسلیم امر خدای متعال شدن و مقید بودن به انجام اوامر او است. (فراهیدی، ۱۴۰۹، ق، ج ۷، ص ۲۶۶) همچنین به معنای دخول در صلح و خیر است. (راغب اصفهانی، ۱۳۷۴، ش، ج ۲، ص ۲۵۰) اسلام در اصطلاح به دو معنا است یکی به معنای عام که خالی از ایمان و همان اقرار به زبان است و دیگری در اصطلاح خاص، که عبارت است از اعتراف زبانی همراه با اعتقاد به قلب و دل و وفای به عمل و طاعت و فرمان‌برداری برای خدای تعالی در آنچه حکم و تقدیر نموده است. (راغب اصفهانی، ۱۳۷۴، ش، ج ۲، ص ۲۵۱) در قرآن کریم پیامبرانی همچون ابراهیم و یوسف (علیهم‌السلام) مسلمان معرفی شده‌اند. (آل عمران ۶۷)؛ (یوسف ۱۰۱) و اسلام، تنها دین برای زندگی بشریت تعریف شده است. (آل عمران، ۸۵) (آل عمران، ۱۹) و این دین به وسیله پیامبر خاتم حضرت محمد (صل الله علیه و آله وسلم) تمام شده است. (مائده، ۳)

۳،۲ سلامت

"سلامت" در لغت به معنای برائت از عیب و آفتِ هلاک‌کننده است. (فیروزآبادی، ۱۴۱۵، ق، ج ۴، ص ۸۵) سلامت معمولاً بجای واژه صحت مورد استفاده قرار می‌گیرد که به معنای رهایی یافتن از مرض و بیماری است اما سلامت در

هشتمین کنگرس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

واقع عام تر از صحت و در مقابل هلاکت است. (عسکری، ۱۴۰۰ ق، ص ۱۰۳) و در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامت عبارت است از: «حالتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و تأکید می‌شود که سلامتی فقط به منزله نداشتن بیماری و ناتوانی جسمانی نیست». (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵م) سلامت از دیدگاه طراحان سند جامع سلامت کشور نداشتن بیماری نیست بلکه بر خورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. (لنکرانی و همکاران، ۱۳۸۹ ش، ص ۱۵)

۴،۲ علم دینی

در عرصه رابطه علم و دین علم به معنای علوم تجربی اعم از طبیعی و انسانی در نظر گرفته می‌شود. از نظر هنری مارگنو^۲ (فیزیکدان فیلسوف) «علم به دین نیاز دارد تا منشأ و توفیقات آن را توجیه کند» و به قول آرتور شالو^۳ (فیزیکدان برنده جایزه نوبل) «زمینه دین یک زمینه بزرگ کار علمی است» (خسروپناه، ۱۳۹۳ ش، ج ۳، ص ۲۶۸) از نظر استاد مطهری «جامعیت و خاتمیت اسلام اقتضا می‌کند که هر علم مفید و نفعی را که برای جامعه اسلامی لازم و ضروری است، علم دینی بخوانیم.» (خسروپناه، ۱۳۹۳ ش، ج ۳، ص ۳۱۵) نقیب العطاس متفکر مالزیایی معتقد است؛ علم دینی از راه تطهیر آن از شناخت‌شناسی غرب و جایگزینی آن با شناخت‌شناسی اسلامی صورت می‌گیرد. (العطاس، ۱۳۷۴ ش، ص ۱۵۳) طبق این نگرش، علم دینی در مقابل علم سکولار قرار دارد. بر این اساس ماهیت علم وابسته به اینکه بر چه مبنای متافیزیکی، معرفت‌شناختی، انسان‌شناختی استوار باشد، مشخص می‌گردد. علمی که مبتنی بر جهان‌شناسی و انسان‌شناسی دینی و الهی و برآمده از آن باشد علمی دینی است. در علم دینی قضایای تشکیل دهنده علم بر اساس منطق علمی که از نظر دین معتبر است شکل می‌گیرد و روشی که در تولید علم یا حل مسائل آن استفاده می‌شود، مورد تأیید دین هستند. (رشاد، ۱۳۹۳ ش) از نگاهی دیگر علم دینی علمی است که در خدمت حق قرار گرفته باشد؛ و در مقابل، علم غیردینی علمی است که در خدمت باطل قرار دارد. (میرباقری، ۱۳۸۶ ش) در نگاه برخی دانشمندان علم به‌طور محض دینی است زیرا پرده از فعل خداوند برمی‌دارد و چون تفسیر و تبیین علم خداست پس دینی است؛ اما مشکل به وجود آمده این است که علوم تخصصی شده‌اند و مباحث معرفت‌شناسی از آن حذف شده است؛ بنابراین مبدأ و غایت در علوم مشخص نیست و راه‌حل این مشکل در بازگشت طبیعیات به دامن الهیات شناخته می‌شود. (جوادی آملی، ۱۳۸۶ ش، ص ۷۰-۸۱) نگاه دیگر این است که علمی دینی است که دست‌کم در مبانی هستی‌شناختی خود با مبانی هستی‌شناختی دین تعارض نداشته باشد. در علومی که موضوع و مسائل‌شان به‌گونه‌ای است که در حیطه اهداف و اظهار نظرهای دینی می‌گنجد و در عین حال قابل بررسی و اثبات از راه‌های دیگر هم هست، فرض علم دینی (اسلامی) و غیردینی (غیر اسلامی) امکان‌پذیر است. اگر در حل مسائل چنین علمی به روش تجربی، شهودی، یا عقلی بسنده شود و امکان استفاده از منابع دینی نفی گردد، محصول آن علمی غیردینی خواهد بود، ولی اگر منابع دینی نیز در نظر گرفته شده، با استفاده از روش تعبدی نیز به حل مسائل آن اقدام شود، نتیجه تحقیقات آن را می‌توان «علم دینی» نامید. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۳ ش، ص ۲۰۸) با این حال می‌توان کامل‌ترین تعریف از علم دینی را علمی مبتنی بر فلسفه اسلامی دانست که با بهره‌گیری از فلسفه مطلق و فلسفه مضاف اسلامی و بر اساس نظام انسان‌شناسی، ارزشی، مکتبی و روش‌شناسی اسلامی به توصیف انسان تحقق یافته و انسان شایسته و توصیه انسان بایسته با رویکرد اسلامی می‌پردازد. (خسروپناه، ۱۳۹۰ ش)

1 World Health Organization
2. Henry Margenau
3. Arthur Leonard Schawlow

۵,۲ نوین

"نوین" در لغت به معنای نو و جدید و خوب‌ترین از هر چیزی است. (دهخدا، ۱۳۷۳، ج ۱۴، ص ۲۰۲۲۲) نوین در اصطلاح با عنوان نوگرایی یا مدرنیسم یاد می‌شود و به معنای ستیز و چالش با کهنگی، کهنه‌پرستی، رکود، عقب‌افتادگی، توسعه‌نیافتگی و نیز در ستیز با هرگونه قدمت و سنت معنا می‌شود (معینی، ۱۳۷۹، ش) از نگاه دانشمندان اسلامی تجدد و نوگرایی حقیقی و باز کردن میدان‌های تازه زندگی است و در مقابل سلفی‌گری و تحجر قرار دارد. (خامنه‌ای، ۱۳۹۰/۱۱/۱۴) و با حفظ اصول و متعبد ماندن به شرع همراه است. (خامنه‌ای، ۱۳۸۴/۳/۱۰)

۶,۲ شناخت

شناخت معادل فارسی واژه عربی «معرفة» است که به معنای ادراک شیء به‌وسیله تفکر و تدبّر در آثار آن است و اخص از علم است. (زبیدی، ۱۴۱۴، ق، ج ۱۲، ص ۳۷۴) در اصطلاح فلسفی شناخت را به معنای مطلق آگاهی و علم در نظر می‌گیرند و در تعریف دانشمندان مسلمان «حضور خود شیء یا صورت جزئی یا مفهوم کلی آن نزد موجود مجرد» است. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۴، ش، ج ۱، ص ۱۵۱) بر این اساس شناخت‌شناسی علمی است که درباره شناخت‌های انسان و ارزش‌یابی انواع و تعیین ملاک صحت و خطای آن‌ها بحث می‌کند. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۴، ش، ج ۱، ص ۱۵۱) در فلسفه غرب نخستین پژوهش‌های سیستماتیک در این‌باره به‌وسیله لایبنیتز^۱ و جان لاک^۲ انجام گرفته است و سپس کانت^۳ که تحت تأثیر افکار هیوم^۴ واقع شده بود، وظیفه فلسفه را ارزش‌یابی شناخت دانست. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۴، ش، ج ۱، ص ۱۵۱) شناخت‌های انسانی را از یک دیدگاه می‌توان به چهار قسم تقسیم کرد: ا. شناخت تجربی و علمی (به‌اصطلاح خاص): این‌گونه شناخت با کمک اندام‌های حسی به دست می‌آید هرچند عقل نیز در تجرید و تعمیم ادراکات حسی نقش دارد.

ب. شناخت عقلی: این‌گونه شناخت به‌وسیله مفاهیم انتزاعی (معقولات ثانیه) شکل می‌گیرد و عقل نقش اساسی در به دست آوردن آن ایفاء می‌کند.

ج. شناخت تعبدی: این‌گونه شناخت جنبه ثانوی دارد و بر اساس شناخت قبلی «منبع قابل‌اعتماد» (اتوریته) و از راه خبر دادن «مخبر صادق» حاصل می‌شود.

د. شناخت شهودی: این‌گونه شناخت بدون وساطت صورت و مفهوم ذهنی به ذات عینی معلوم تعلق می‌گیرد و به‌هیچ وجه جای خطا و اشتباه ندارد. (مصباح‌یزدی، ۱۳۸۴، ش، ص ۳۶)

بر این اساس بحث درباره شناخت مبتنی بر اصالت تجربه یا عقل، یکی از محورهای اساسی مسائل فلسفه غربی را تشکیل می‌دهد. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۴، ش، ج ۱، ص ۱۵۱) که در ادامه به بیان آن‌ها می‌پردازیم.

۱,۶,۲ اصالت عقل

مکتبی فلسفی است که در آن منشأ اصول عقلی را فطرت و ذهن بشر می‌دانند و نه تجربه صرف، بر همین اساس بر کلیت و ضرورت آن معتقدند و با قبول مقدم بودن اصول عقلی و کلیت و ضرورت آن‌ها وصول به یقین را ممکن

1. Gottfried Wilhelm Leibniz
2. John Locke
3. Immanuel Kant
4. David Hume

هشتمین کنگره‌س الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

می‌دانند لذا قدر و اعتبار اصول نزد آنان مطلق است نه نسبی. از فیلسوفان این مکتب می‌توان به افلاطون، ارسطو، سن‌آگوستین^۱، اسپینوزا^۲ و مالبران^۳ اشاره کرد. (ندائی، ۱۳۸۶ ش)

۲،۶ اصلت تجربه

مکتبی فلسفی است که به معنای اخص انکار فطری بودن اصول عقلی و تجربی (استقرائی) دانستن آنها است و در قرون جدید با فرانسیس بیکن^۴ و سپس جان لاک شروع شده است. جان لاک سرچشمه شناسایی را احساس و تفکر می‌داند و معتقد است که ذهن مانند یک کاغذ سفید است که تجربه (داخلی و خارجی) تمام مفاهیم ما را روی آن نقش می‌کند. (شاله، ۱۳۴۶ ش، ص ۱۰۸) نظریه اصلت تجربه شامل دو قسمت اصلی زیر است:

أ. عدم وجود بدیهی اولی: تمام قضایایی که پنداشته می‌شود بدیهی اولی‌اند یک سلسله قضایای تجربی هستند که در طول زندگی پیدا می‌شوند

ب. اساس فعالیت ذهن سیر از احکام جزئی به احکام کلیه است. (طباطبایی، مطهری، ۱۳۶۴ ش، ج ۲، ص ۱۰۰) طرفداران این مکتب معتقدند که فقط علوم کسب شده به وسیله تجربه اعتبار دارند و نه غیر آن، و از طرفی چون تجربه که ملاک و معیار اصلی علم است یقین آور نیست بنابراین یقین علمی وجود ندارد. (ندائی، ۱۳۸۶ ش) این روش معرفتی انواع مختلفی دارد که از جمله می‌توان به تجربه علمی، تجربه عرفانی، تجربه مهارتی، تجربه هنری، تجربه دینی و غیره اشاره نمود. (خسروپناه، ۱۳۹۳ ش، ج ۱، ص ۱۹۵) استاد مطهری معتقد است که اگر مقدمات قیاسی به استدلال اضافه نشوند ذهن قادر نیست فقط با استقراء جزئیات به کشف قانون کلی نائل بیاید و حتماً برای این امر نیازمند برخی اصول عقلانی و غیر تجربی مانند قانون علت و معلولی است. (طباطبایی، مطهری، ۱۳۶۴ ش، ج ۳، ص ۲۱۵)

۲،۶،۳ شناخت‌شناسی مطلوب

برخلاف نوسانات و بحران‌هایی که برای فلسفه غربی در زمینه شناخت‌شناسی پیش آمده است فلسفه اسلامی همواره از موضع نیرومند و استواری برخوردار بوده و هیچ‌گاه دست‌خوش تزلزل و اضطراب و بحران نگردیده است و با اینکه کمابیش گرایش‌های مخالفی در کنار آن به وجود آمده و گه‌گاه فلسفه اسلامی را درگیر کرده، ولی پیوسته موضع قاطع ایشان مبنی بر اصلت عقل در مسائل متافیزیکی کاملاً محفوظ بوده و بدون اینکه از ارج تجارب حسی بکاهند و اهمیت به کارگیری روش تجربی را در علوم طبیعی انکار کنند، بر استفاده از روش تعقلی در حل مسائل فلسفی تأکید داشته‌اند. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۴ ش، ج ۱، ص ۱۴۹) دانش سلامت علاوه بر اینکه به تجربه برای بررسی بدن انسان به منظور یافتن عوامل صحت و بیماری نیازمند است، دارای مبانی فلسفی نیز هست که باید به وسیله عقل مورد بررسی قرار گیرد. (ناظم، ۱۳۸۷ ش، ص ۷۴)؛ بنابراین شناخت‌شناسی مطلوب مورد استفاده در نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی باید مبتنی بر شناختی جامع مبتنی بر شناخت عقلی و تجربی باشد. بر این اساس شناخت‌شناسی مطلوب در این نظام شناخت‌شناسی اسلامی است که توسط دانشمندان مسلمان همچون ملاصدرا به تفصیل بیان شده است. (اراکي، ۱۳۹۳ ش، ص ۱۹۳-۱۹۹)

1. Saint Augustine
2. Spinoza
3. Malebranche
4. Francis Bacon

۳. جریان شناسی نظام سلامت در تمدن‌های بشری

از نظر متدینین اولین نظام سلامت در تاریخ بر پایه شناخت شهودی شکل گرفته است. (ابن جوزی، ۲۰۱۰ م، ص ۶۷) اما تعلیم و گسترش آن‌ها بر پایه شناخت عقلی و تجربی بوده است. پس از آن بزرگ‌ترین نظام‌های سلامت بر پایه شناخت شناسی مبتنی بر اصالت عقل و اصالت تجربه شکل گرفته‌اند. (ابن ابی‌اصیبعه، ۱۳۸۶ ش، ص ۷۵) اگرچه نظریاتی در مورد ایجاد نظام سلامت بر پایه شناخت تعبدی نیز وجود دارد ولی نظام سلامت کلانی بر اساس آن ایجاد نشده است. (سیوطی، ۱۳۸۷ ش، ص ۲۴) در این فصل به بررسی انواع نظام سلامت کلان پرداخته و ویژگی‌های آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۱،۳ نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه

نظام سلامت مبتنی بر تجربه در حال حاضر نظام حاکم بر سلامت مردم جهان محسوب می‌شود. در این بخش به تاریخچه شکل‌گیری این نوع از نظام سلامت و ویژگی‌های مطلوب و آسیب‌های آن خواهیم پرداخت.

۱،۱،۳ تاریخچه نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه

برخی پیشینه تاریخی شکل‌گیری این نظام سلامت را مربوط به تمدن یونان می‌دانند (ابن ابی‌اصیبعه، ۱۳۸۶ ش، ص ۷۴) و برخی رد پای آن را در مصر باستان یافته‌اند. (عکاوی، ۲۰۰۰ م، ص ۵) اما عده‌ای شکل‌گیری نظام سلامت بر این مبنا را نتیجه تقابل تعصب‌آمیز مسیحیت اروپا با اسلام به‌خصوص پس از جنگ‌های صلیبی می‌دانند. مسیحیان که در دوران طلایی تمدن اسلامی علوم مختلف را ترجمه کرده بودند و در دانشگاه‌های خود تدریس می‌کردند به علت این تعصبات، منابع اصیل یونانی را جایگزین منابع اسلامی نمودند اما عملاً در تدریس این منابع نیز ناگزیر بودند به منابع دانشمندان مسلمان مانند ابن‌سینا و رازی مراجعه کنند. این اصلاحات از قرن شانزدهم میلادی با ظهور فردی به نام پاراسلس^۱ به اوج خود رسید و او با پی‌ریزی یک نظام سلامت بر مبنای علم شیمی موجب تغییر مبنای نظام سلامت در غرب گردید. (مصطفوی کاشانی، ۱۳۶۷ ش، ص ۱۹-۱۵۶) دیدگاه دیگری که وجود دارد این است که حاکمیت مسیحی در شکل‌گیری این نوع نظام سلامت دخالت مستقیم داشته است زیرا متولی مباحث عقلی و معنوی را کلیسا می‌دانسته و از هرگونه دخالت نظام سلامت در این موضوعات ممانعت نموده است؛ بنابراین نگاه نظام سلامت به بدن انسان نگاه یک مکانیک به یک ماشین بوده است که وظیفه دارد هنگامی که این ماشین خراب شد آن را تعمیر نماید. به تدریج که این نظام پیشرفت نمود و به فناوری‌های پیشرفته مجهز شد با وجود اینکه مانعی برای ورود نظام سلامت به مبادی عقلی و معنوی وجود نداشت اما این حوزه به فراموشی سپرده شد و نظام سلامت متعصبانه بر جریان پیشین خود حرکت نمود. (انگِل، ۱۹۷۷ م) در طی سال‌های ۱۹۷۷ تا ۱۹۹۹ میلادی در خصوص خلأ مفاهیمی همچون معنویت در نظام سلامت نظرات زیادی مطرح شد. اولین بار جورج انگل با ارائه مقاله‌ای با عنوان «نیاز به یک مدل جدید پزشکی» با اشاره به نادیده گرفته شدن تأثیر مفاهیم کلی مانند معنویت بر جسم، بیان داشته است که جسم، روان و رفتار انسان، بر یکدیگر تأثیر مستقیم دارند و با ارائه مدل «زیستی-روانی-اجتماعی»^۲ نگرش جدیدی نسبت به سلامت انسان به این نظام اضافه نمود. (انگِل، ۱۹۷۷ م) در ادامه این تغییرات در سال ۱۹۹۹ م، پنجاه و دومین مجمع سازمان بهداشت جهانی اضافه شدن بُعد معنوی به تعریف سلامت را تصویب کرد و بر این اساس تعریف جدیدی از سلامت ارائه گردید. در این تعریف «سلامت یک وضعیت

1. Paracelsus

2. Biopsychosocial Model

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

پویا از رفاه جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی است و فقط به‌منزله نداشتن بیماری یا ناتوانی جسمی نیست» اما با این وجود این سازمان از انتشار این تعریف به‌عنوان تعریف رسمی از سلامت خودداری نمود زیرا لغت معنوی معنای گسترده‌ای داشت و بنابراین نیازمند تحقیقات بیشتری بود. (ساد و همکاران، ۲۰۱۷) واژه معنوی^۱ از تفکر مثبت تا تجربه‌های عمیق معنوی را شامل می‌شود. هرچند امروزه از توجه به بعد معنوی در تحقیقات متعدد به‌عنوان یک روش مکمل درمان کمک گرفته شده است اما به‌طور رسمی در نظام سلامت بین‌المللی به دلیل عدم شناخت کامل علمی، این روش هنوز مورد تأیید قرار نگرفته است. توجه به این بُعد نگاه سلامت را طی این سال‌ها متحول ساخته است. (ساد و همکاران، ۲۰۱۷)

۲,۱,۳ ویژگی‌های مطلوب نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه

بدون شک عامل استقرار یک نظام سلامت در تمدن بشری ویژگی‌های مطلوب آن است. در این بخش به بررسی ویژگی‌های نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه و عوامل موفقیت آن خواهیم پرداخت.

أ. نظم و سلسله مراتب مبتنی بر اجماع: نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه با ارائه دستورالعمل‌ها و شیوه‌های منظم و حساب شده که به پشتوانه اجماع نظرات علمی دانشمندان بین‌المللی تهیه می‌شود، توانسته است نظم علمی زیبایی را در بدنه خود اعمال نماید. (واگونر و همکاران، ۲۰۱۶ م) هرچند ابطال نظریه‌های مختلف و جایگزینی آن‌ها با نظریات جدید هیچ‌گاه جایی برای اعتماد به این نظم باقی نمی‌گذارد؛ (مصطفوی کاشانی، ۱۳۸۲ ش، ج ۱، ص ۸۳-۸۵) اما این نظام با ارائه دستورالعمل‌هایی مانند «طب مبتنی بر شواهد» توانسته است نیروی انسانی خویش را به‌روز نگاه دارد و در عرصه آموزش با ایجاد سازمان‌ها و دانشگاه‌های بین‌المللی به یک اتحاد علمی کاربردی دست پیدا کند. (کریمیان و همکاران، ۱۳۹۴ ش)

ب. انعطاف‌پذیری: اکنون در تمامی جهان هر مکتبی که در مورد سلامت انسان حرفی برای گفتن دارد این فرصت را دارد که با ارائه مستندات خویش جایگاهی برای خود تعریف کرده و تحت نظارت این نظام سلامت و به شیوه مورد تأیید آن فعالیت نماید. اعتقاد به تجدد و نوگرایی و از طرفی نقش فراوان ابزارها در بخش‌های مختلف این نظام موجب می‌شود که عرصه عظیمی برای تحقیقات فن‌آورانه در علوم مختلف از جمله علوم فنی - مهندسی فراهم گردد. همین انعطاف‌پذیری موجب شده که این نظام در هر کشوری با هر دین و اعتقادی بتواند جایگاه خویش را پیدا نماید. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴ م)

ج. تجاری بودن: این نظام موجب ایجاد بستری از درآمدزایی برای نیروی انسانی، بیمه‌ها، شرکت‌های داروسازی، شرکت‌های تولیدکننده فناوری‌های طبی، مراجع علمی و غیره به شکل مستقیم و غیرمستقیم شده است. در برخی کشورها درآمد ناشی از فروش تولیدات علمی و فناوری سلامت چندین برابر بودجه سالیانه آن‌هاست و موجب رونق اقتصادی و ایجاد اشتغال در این کشورها شده است. (وزارت بهداشت ایالات متحده آمریکا، ۲۰۰۷ م، ص ۹)

۳,۱,۳ آسیب‌های نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه

این نوع از نظام سلامت در کنار ویژگی‌های مطلوب خود با آسیب‌ها و چالش‌های زیادی روبرو بوده است. برطرف کردن این آسیب‌ها امروزه از دغدغه‌های اصلی مجامع علمی بشمار می‌رود. در ادامه بخشی از این آسیب‌ها و چالش‌ها را مرور می‌کنیم.

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

أ. نفی مفاهیم کلی و عقلی: شناخت‌شناسی مستقر در این نظام همواره تمامی مباحثی که با مبانی عقلی مطرح می‌شود را تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را به شکلی از تجربه ترجمه می‌کند؛ این عمل باعث محروم شدن این نظام از علوم مبتنی بر مفاهیم عقلی-که بخش مهمی از دانش سلامت است- می‌شود. حتی مفاهیمی همچون مفهوم تجربه معنوی از نگاه تجربه‌گرایان بررسی می‌شود و هیچ خللی به مبانی فلسفی اصالت تجربه وارد نمی‌سازد زیرا تمامی این مباحث در چهارچوب تجربه مورد بحث قرار می‌گیرد. هرچند که در ترجمانی که از این مؤلفه توسط محققان فارسی زبان صورت گرفته است به اشتباه معنویت را نوعی نگاه دین محور قلمداد کرده‌اند که می‌تواند آن را یک نوع ترجمان بومی از این مؤلفه تلقی نمود. (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش)

ب. ایجاد محرومیت فزاینده: همان‌گونه که در ویژگی‌های نظام سلامت مبتنی بر تجربه بیان شد این نظام بر بستر تجارت و اقتصاد قرار دارد. همین امر موجب شده است که کشورهای فقیر نتوانند به‌خوبی از امکانات این نظام بهره‌مند شوند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۸ میلادی در گزارشی از بررسی وضعیت سلامت در جهان اعلام کرد که نیمی از جمعیت جهان از پوشش کامل سلامت برخوردار نیستند. در این گزارش مهم‌ترین علت ضعف سلامت در کشورها فقر بیان شده است و یکی از راهکارهای تقویت نظام سلامت را توسعه بیمه عمومی و خدمات رایگان می‌دانند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸ م، ص ۸) در حالی که کشورهایی مانند کشورهای واقع در صحرای آفریقا نه تنها دارای مردم فقیری هستند بلکه دولت‌های فقیری دارند و توانایی توسعه نظام سلامت مدرن متکی به فناوری روز را ندارند. این امر منجر به محروم ماندن این کشورها از نظام سلامت و خدمات آن شده است. (گرگسون، ۲۰۱۷ م)

ج. تبدیل شدن به عامل بیماری و مرگ: طی سال‌های اخیر نظام سلامت به مشکلات پیچیده‌ای دچار شده است. در تحقیقاتی که توسط دانشگاه جان هاپکینز در ایالات متحده منتشر شده است نشان داده شده که طی ۱۰ سال گذشته در ایالات متحده آمریکا، نظام سلامت به‌طور مستقیم مسئول مرگ بیش از دو میلیون نفر بوده است. در حالی که آمار کشته‌های جنگ‌های کل تاریخ این کشور حدود یک میلیون نفر بوده است. در این تحقیق آمده است که نظام سلامت در این کشور سومین عامل مرگ و میر محسوب می‌شود. اشتباه پزشکی، عوارض دارویی و عفونت‌های بیمارستانی از جمله مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در این نظام است. (ماکاری و دانیل، ۲۰۱۶ م)

د. انتقال فرهنگ‌های مادی‌گرایی و غرب‌زدگی: در پشت صحنه آزمایش‌ها و تحقیقات تجربی، پیش‌فرض‌ها و آکسیوم‌هایی (معلومات متافیزیکی) وجود دارد که بر تحقیقات و فرضیه‌های علمی و انگیزه‌های عالمان تأثیر می‌گذارد. (خسروپناه، ۱۳۹۳ ش، ج ۳، ص ۱۰۷) این پیش‌فرض‌ها خواسته یا ناخواسته به‌وسیله منابع آموزشی آن‌ها به کشورهای دیگر منتقل می‌گردد. الگوگیری شخصیتی دانشمندان کشورهای مختلف از سبک زندگی دانشمندان غربی موجب جریان غرب‌زدگی و مادی‌گرایی در دانشگاه‌ها و به تبع آن در جامعه می‌شود. (آل احمد، ۱۳۸۵ ش، ص ۱۵۰-۱۶۲)

ه. دارو محوری: امروزه در نظام سلامت مبتنی بر تجربه معضل تجویز بی‌رویه داروهای مختلف فجایع زیادی به بار آورده است. پیدایش گونه‌های میکروبی مقاوم به درمان و عوارض دارویی، بخصوص عوارض مؤثر در نسل بشریت از جمله مباحث روز کرسی‌های علمی است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱ م)

و. شیوع بی‌رویه جراحی: سزارین و جراحی در بیماری‌هایی که می‌توان آن‌ها را با دارو و سایر روش‌ها درمان کرد از جمله جراحی‌های بی‌رویه هستند. در تحقیقی که در سال ۱۹۷۶ توسط انجمن پزشکی آمریکا صورت گرفت مشخص شد که ۱۲ هزار نفر بر اثر جراحی‌های غیر ضروری به وادی مرگ می‌افتند و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این روند تا عصر حاضر متوقف نشده است. (استاهل، ۲۰۱۶ م)

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیت و دووم و بیت و سوم خردادماه ۱۳۹۸

ز. وابستگی به فناوری: وابستگی به فناوری در این نظام موجب شده است که دسترسی به خدمات سلامت با سختی همراه باشد. وابسته شدن تشخیص به آزمایش‌های طبی و ابزارهای تشخیصی و وابسته شدن درمان به داروهای شیمیایی و مداخلات پیشرفته، موجب کاهش توانمندی و مهارت نیروی انسانی در ایجاد سلامت فراگیر در شرایط کمبود امکانات شده است به گونه‌ای که تشخیص و درمان بدون ابزارها و داروهای پیشرفته غیرممکن شده است. (کمپبل و همکاران، ۲۰۰۷ م)

ح. وابستگی به نظام سرمایه‌داری و سلطه غرب: وابستگی این نظام سلامت به نظام سرمایه‌داری غرب منجر به ایجاد دوگانگی در یافته‌ها و عملکرد این نظام شده است. به عنوان مثال تحقیقات این نظام بر روی برخی مواد غذایی از جمله نوشابه‌های گازدار خطر آن‌ها را برای سلامتی تأیید نموده است. (میان، ۲۰۰۶ م) اما به دلیل سرمایه‌نگفتی که در اختیار تولیدکنندگان این مواد غذایی قرار دارد مجوز برای تولید آن‌ها صادر می‌شود. از طرفی سلطه غرب با استفاده از تسلط خویش بر نظام سلامت از تحریم‌های سلامت علیه کشورهای مخالف خود استفاده می‌کند که این تحریم‌ها فجایع بشری زیادی ایجاد کرده است. (بورگر و کمالی‌دهقان، ۲۰۱۳ م)

۲,۳ نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل

نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل سال‌ها نظام سلامت برتر و غالب در جهان بوده است. در این بخش به تاریخچه شکل‌گیری این نوع از نظام سلامت و ویژگی‌های مطلوب و آسیب‌های آن خواهیم پرداخت.

۱,۲,۳ تاریخچه نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل

برخی منشأ این نوع از نظام سلامت را حضرت آدم و ادریس (علیهم‌السلام) می‌دانند (ابن جلجل، ۱۳۴۹ ش، ص ۵۵) و برخی دیگر منشأ پیدایش این نظام را بقراط حکیم در تمدن یونان باستان می‌دانند. (ابن ابی اصیبعه، ۱۳۸۶ ش، ص ۷۷) نظام سلامت مبتنی بر عقل بیش از ۱۰ قرن نظام سلامت غالب بر جهان بود و خدمات ارزنده‌ای به سلامت بشریت کرده است که ذکر آن در این مقاله نمی‌گنجد. (ولایتی، ۱۳۸۹ ش، ص ۳۰) مبانی علمی نظام سلامت در این دوران بر اساس مبانی دانشمندان یونانی بود اما چیزی که آن را متمایز می‌ساخت نوع شناخت‌شناسی انسان و جهان بینی خاص دانشمندان آن بوده است. به عنوان مثال منشأ حالات روانی مانند ترس، شادی و اندوه از نظر نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه فعل و انفعالاتی است که در سلول‌های عصبی مغز رخ می‌دهد. اما از نظر دانشمندان تمدن اسلامی منشأ این افعال یک معقوله فرا مادی به نام «نفس» است که تغییرات خویش را به واسطه اعضای عصبی اعمال می‌نماید. (ابن سینا، ۱۳۸۳ ش، ص ۱۴۵) برخی شکوفایی علم تجربی و انقلاب علمی در قرن شانزدهم میلادی و گرایش به تجربه‌گرایی و ستیز با مفاهیم عقلی را عامل فروپاشی این نظام سلامت در جهان دانسته‌اند. (مصطفوی کاشانی، ۱۳۶۷ ش، ص ۱۹-۱۵۶) و برخی علت انحطاط این نظام را متشکل از عوامل درونی شامل عقل ستیزی و دور شدن از اسلام راستین و عوامل بیرونی شامل جنگ‌های صلیبی و ظهور مغولان می‌دانند. (ولایتی، ۱۳۸۹ ش، ص ۸۸)

۲,۲,۳ ویژگی‌های مطلوب نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل

آنچه نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل را قرن‌ها نظام سلامت غالب بر جهان نموده است ویژگی‌های مطلوب آن بوده است. در این بخش به بررسی ویژگی‌های نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل و عوامل موفقیت آن خواهیم پرداخت.

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

ا. سازگاری با مبانی دینی و عقلی: با توجه به استواری مبانی دینی و اسلامی بر مفاهیم عقلی، این نظام نسبت به نظام سلامت مبتنی بر تجربه با دین سازگاری بیشتری دارد. (خسروپناه، ۱۳۹۳ ش، ج ۳، ص ۱۰۷) مفاهیمی متفاوتی مانند روح^۱ که در نظام سلامت مبتنی بر تجربه در حد تجربه معنوی^۲ تنزل داده شده است بدون هیچ دغدغه‌ای بر بستر این نظام قابل بحث و بررسی است زیرا یک امر عقلی است و از طرق مختلف به وسیله برهان‌های عقلی قابل اثبات است. (ابن سینا، ۱۳۸۴ ش، ص ۵)

ب. نفوذ بیشتر و نگاه کل نگر: نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل با استفاده از براهین عقلی شامل همه ساحت‌های یقینی شامل اولیات، مشاهدات، تجربیات، متواترات، حدسیات و فطریات (مظفر، ۱۴۳۶ ق، ص ۳۱۹) به بررسی عوامل صحت و بیماری و روش شکل‌گیری آنها می‌پردازد. لذا می‌تواند تمامی علل مرتبط را با هم پیوند دهد و به یک نظر جامع در این خصوص دست پیدا کند. برخلاف نظام مبتنی بر تجربه که محدود به مشاهدات و تجربیات است و باعث می‌شود گستردگی نفوذ فکر محدود، جزئی و خاص گردد. (طباطبایی، مطهری، ۱۳۶۴ ش، ج ۲، ص ۱۰۰)

ج. عدم وابستگی به ابزار و قابل استفاده در محدودترین امکانات: نظام سلامت مبتنی بر عقل برخلاف نظام سلامت مبتنی بر تجربه می‌تواند بدون هیچ امکاناتی وظایف خود را در سطوح پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی به انجام برساند. وسعت روش‌ها در این نظام بسیار بیشتر است و می‌تواند با استفاده از امکانات و منابع بومی در هر منطقه اقدام به ساماندهی سلامت نماید. این موضوع بخصوص در مناطق محروم که توانایی تهیه ابزارهای تشخیص طبی و داروها را ندارند بسیار کارآمد است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳ م)

د. اخلاق محوری: نظام سلامت مبتنی بر عقل همواره در منابع خود بر اصول اخلاقی استوار بوده است. هرچند که نظام سلامت مبتنی بر تجربه نیز در بخش اخلاق پزشکی مطالبی برای گفتن دارد اما اغلب این موارد را از منابع نظام سلامت مبتنی بر عقل استخراج و استفاده می‌نماید. به عنوان مثال بقراط، یک پزشک عقل‌گراست که قسم‌نامه او در هنگام فارغ‌التحصیلی دانشجویان سلامت در دانشگاه‌ها خوانده می‌شود. (نجم‌آبادی، ۱۳۷۹ ش، ج ۱، ص ۳۲)

ه. استفاده از مفاهیم ساده و قابلیت آموزش آسان: مفاهیم نظام سلامت مبتنی بر عقل طوری نوشته شده است که همه اقشار جامعه با هر سطح سوادی آنها را درک کرده و فهم می‌کنند. بیان بیماری‌ها با مفاهیم ساده‌ای مانند سردی، گرمی، خشکی و تری باعث می‌شود فهم آن راحت‌تر و آموزش آن برای دانش‌پژوهان در هر سنی آسان باشد. (ارزانی، ۱۳۸۰ ش، ص ۱)

۳،۲،۳ آسیب‌های نظام سلامت مبتنی بر اصالت عقل

این نظام سلامت در دوران پس از افول تمدن اسلامی دچار آسیب‌های فراوانی شد. این آسیب‌ها را می‌توان یکی از عوامل جایگزین شدن نظام سلامت مبتنی بر اصالت تجربه در جهان برشمرد. در این بخش به بررسی برخی از این آسیب‌ها خواهیم پرداخت.

ا. عدم سازمان‌دهی: دور ماندن طولانی مدت و متروک ماندن این نظام از حضور رسمی در نظام حکومتی موجب از هم گسیختگی و از بین رفتن ساختارهای تشکیلاتی آن گردیده است. این امر موجب بی‌نظمی علمی، حرفه‌ای و مهارتی شده است. تشکیلات آموزشی و درمانی این نظام در حکومت بسیار محدود و در سایه تشکیلات نظام سلامت مبتنی بر تجربه شکل گرفته است. هرچند که برخی کشورها بخصوص کشورهای شرقی سهم قابل توجهی از تشکیلات

1 Soul

2 Spiritual Experience

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

نظام سلامت خویش را بر پایه نظام سلامت مبتنی بر عقل بنا نهاده‌اند و توانسته‌اند تشکیلات و نظام منسجمی بر پایه این نظام پایه‌ریزی نمایند. (رضایی زاده، ۱۳۹۳ ش، ص ۱۰۷)

ب. دور ماندن از فناوری: منحصر کردن استفاده از فناوری برای نظام سلامت مبتنی بر تجربه و محدود کردن نظام سلامت مبتنی بر عقل بر روش‌های سنتی در ساحت‌های مختلف موجب شده است که نام این نظام با عنوان‌های سنتی، کهن و قدیمی مورد استفاده قرار بگیرد. این در حالی است که نظام سلامت مبتنی بر عقل ستیزی با فناوری ندارد و می‌تواند آن را برای تشخیص‌های خود به خدمت بگیرد و تبدیل به یک نظام سلامت مدرن و نوین گردد. (ژیوون وو، ۲۰۱۲ م)

ج. عقل‌گرایی محض: همان‌گونه که یکی از آسیب‌های نظام سلامت مبتنی بر تجربه، تجربه‌گرایی محض بود، در برهه‌هایی از تاریخ، در مواجهه با سلامت مبتنی بر تجربه، این نظام با عقل‌گرایی محض، تجربه را ذبح نموده و تمامی دستاوردهای آن را باطل شمرده است. (ابن ابی‌اصیبعه، ۱۳۸۶ ش، ص ۷۴)

د. داروگرایی: این عنوان نوعی آسیب مشترک در همه نظام‌های سلامت محسوب می‌شود. به دلیل سودی که در تجارت داروهای گیاهی وجود دارد فعالان در نظام سلامت مبتنی بر عقل به راحتی به سوی تجارت و داروگرایی کشیده می‌شوند این در حالی است که همانند نظام سلامت مبتنی بر تجربه دانشمندان عقل‌گرا نیز از دارو محوری و داروگرایی نهی کرده‌اند. (عقیلی، ۱۳۸۵ ش، ج ۱، ص ۲۲)

۴. نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی

پس از جریان‌شناسی دو نظام سلامت کلان که بشریت آن‌ها را تجربه نموده است اکنون به بررسی کیفیت نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی بر اساس لازمه‌های مفهومی آن و نوع شناخت‌شناسی مطلوب و نظریه برگزیده علم دینی می‌پردازیم.

۱،۴ بخش اول پیشینه

نظام سلامت مبتنی بر عقل در طول قرن دوم تا یازدهم هجری قمری توسط دانشمندان مسلمان مورد توجه قرار گرفت. در این دوران دانشمندان مسلمان آثار دانشمندانی همچون بقراط و جالینوس را به عربی ترجمه نمودند و مطالب آن را گسترش دادند و سپس به تألیفات مستقل و تخصصی در زمینه سلامت پرداختند؛ (ولایتی، ۱۳۸۶ ش، ص ۱۲۵-۱۴۵) این روند تا جایی ادامه پیدا کرد که نظام سلامت اسلامی از آنچه در منابع یونانی وجود داشت بسیار گسترده‌تر شد و مطالبی که در منابع علمی این نظام یافت می‌شد بی‌سابقه و بدیع بود و دانشمندان در سراسر جهان برای مطالعه طب ناگزیر بودند تألیفات دانشمندان اسلامی را مطالعه نمایند. (ولایتی، ۱۳۸۶ ش، ص ۱۲۵-۱۴۵) از طرفی مبانی این نظام هیچ تعارضی با اعتقادات دینی ندارد و حتی مؤید آن‌ها نیز هست و برای اسلامی کردن آن نیازی به ایجاد ترجمان‌های مختلف از مبانی آن نیست. در احادیثی که از پیامبر اسلام (صلی الله علیه و آله وسلم) رسیده است مفاهیمی مانند حجامت، طبایع و غیره بیان شده است که از مفاهیم اساسی در نظام سلامت مبتنی بر عقل هستند. (ابن‌بابویه، ۱۴۱۳ ق، ج ۱، ص ۱۲۶)

از تلاش‌های مهم دیگر برای اسلامی ساختن نظام سلامت، در رابطه با نظام سلامت مبتنی بر تجربه در سال ۱۳۸۹ ش به‌وسیله نویسندگان سند جامع علمی کشور در ایران صورت گرفت. آن‌ها بر اساس مصوبه سال ۱۹۹۹ م سازمان بهداشت جهانی، تعریف سلامت را با اضافه کردن "بعد معنوی" به آن به‌عنوان تعریف رسمی وزارت بهداشت از سلامت برگزیدند و واژه "Spiritual" را به بعد «روحی و ملکوتی انسان» ترجمه نمودند و آن را به مدل «زیستی-

بشتمین کنگرۀ الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

روانی-اجتماعی» اضافه نموده‌اند.^۱ (لنکرانی و همکاران، ۱۳۸۹، ش، ص ۲۴) این در حالی است که واژه "Spiritual" به معنای معنوی است و در چهارچوب تجربه معنا می‌گردد؛ اما بعد روحی و ملکوتی انسان در چهارچوب تجربه نمی‌گنجد. (رک عنوان ۳، ۱، ۳) نویسندگان این سند، دانش سلامت را ابزاری برای مطالعه در تکوین می‌دانند که تشریح ساختار فلسفه و چهارچوب رفتار سلامت را مشخص می‌کند؛ و شفا را منتسب به پروردگار می‌دانند (لنکرانی و همکاران، ۱۳۸۹، ش، ص ۲۳) از این نظر آنها این علم را نوعی علم دینی تلقی می‌کنند. آنها اسلامی ساختن نظام سلامت را به واسطه تطهیر اطلاعات نظام سلامت در ساختار اندیشه رفتار اسلامی در نظر می‌گیرند که شامل حذف محرّمات، رعایت اصول عمده‌ای مانند برقراری اخلاق اسلامی، اصل کرامت انسان، ضمان طیب و کارکنان خدمات سلامت و در نظر گرفتن نظارت الهی می‌شود. (لنکرانی و همکاران، ۱۳۸۹، ش، ص ۲۵)

۲،۴ ابزارهای ایجاد نظام سلامت نوین اسلامی

در اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران رسیدن به دانش بومی در حوزه سلامت مورد تأکید بوده است. (مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، ص ۹) لذا پس از بررسی شناختی نظام‌های سلامت بشری و آسیب‌شناسی آنها به ابزارهایی برای ایجاد نظام سلامت اسلامی مبتنی بر شناخت‌شناسی اسلامی نیاز داریم. (رک، عنوان ۲، ۳، ۶، ۲ و ۴، ۲) در ادامه به بیان این ابزارها بر اساس بایسته‌های مفهومی می‌پردازیم.

أ. فلسفه اسلامی: دانشمندان، قبل از آغاز کردن تلاش‌های علمی خودشان، بر این باورند که هر پدیده‌ای علتی دارد و بررسی این قانون عقلی در خور هیچ علمی به جز فلسفه نیست. (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۴، ش، ج ۱، ص ۱۲۱) نقش فلسفه تبیین مبادی تصدیقی عام و مبادی نخستین خاص علوم است. فلسفه اسلامی به‌ویژه حکمت متعالیه به سبب غنائی که دارد، بسیاری از مباحث هستی‌شناختی، انسان‌شناختی، معرفت‌شناختی و غیره را در بردارد. (خسروپناه، ۱۳۹۰، ش) با توجه به اینکه نظام سلامت مطلوب در تمدن نوین اسلامی بر پایه شناخت‌شناسی اسلامی خواهد بود بنابراین دارای مبانی و قواعد کلی فلسفی است که باید پس از گردآوری از منابع نظام‌های سلامت پیشین، تبیین گردند. از جمله مبانی فلسفی می‌توان به تعریف جسم طبیعی و عوارض آن، برهان فصل و وصل، برهان قوه و فعل، اقسام هیولی، صورت نوعیه، تناهی ابعاد، نفس و رابطه آن با بدن اشاره نمود و از جمله قواعد کلی فلسفی می‌توان به؛ الإزدیاد فی العظم یوجب الإشتداد فی کیف، البسیط لا یمكن أن یكون فاعلاً و قابلاً، بین کلّ حرکتین مختلفتین لا بدّ من سکون و تشکیل جهان از هیولای امکان و صورت ترکیب اشاره نمود. این قواعد دارای ظرفیت عظیمی برای فعالیت‌های علمی است. (ناظم، ۱۳۸۷، ش، ص ۷۴) همچنین باید از ورود مبانی فلسفی بیگانه از جمله فلسفه ماتریالیستی و مبانی معرفتی سکولار به این فرایند پرهیز شود. (خسروپناه، ۱۳۹۰، ش)

ب. فقه اسلامی: فقه اسلامی دارای ابزارهای قدرتمندی در عرصه مبانی عقلی است و می‌تواند بر پایه شناخت‌شناسی اسلامی با استفاده از تعالیم خود در تبیین، بهبود و گسترش نظام سلامت ورود نماید. این ابزارها شامل موارد زیر است:

۱- اجتهاد در نصوص اسلامی و بررسی نظام سلامت موجود و نظام‌های سلامت پیشین برای بیان حکم استحباب، کراهت، وجوب، حرمت و اباحه ناظر بر روش‌های پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی و تحقیقات سلامت در نظام سلامت اسلامی مطلوب و بررسی قواعد فقهی مانند قاعده لا ضرر و لا ضرار و الاضرار، طهارت، اصالت الحلیه، نفی عسر و حرج و غیره بر محور سلامت. (اسم حسینی، ۱۳۸۸، ش)

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

۲- اجتهاد حقوقی شامل وضع قوانین در حوزه سلامت و تبیین نقش‌های مختلف در نظام سلامت مطلوب.

۳- اجتهاد اخلاقی شامل چگونگی حفظ منزلت و کرامت انسان در نظام سلامت اسلامی.

در حال حاضر اقداماتی در این راستا انجام شده است که از جمله آن‌ها تأسیس رشته فقه پزشکی در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در سال ۱۳۹۱ ش است. این سند در پنج حوزه تخصصی فقهی برای تطهیر این نظام استفاده نموده است که شامل: بیان حکم استحباب، کراهت، وجوب، حرمت و اباحه روش‌های مختلف مرسوم در پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی و تحقیقات سلامت است. (وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۹۱ ش)

ج. میراث اسلامی: از دوران تمدن اسلامی میراث عظیمی بجا مانده است که نتیجه تلاش علمای مسلمان طی صدها سال در ایجاد یک نظام سلامت جامع است. استفاده از این میراث قطعاً در پیشبرد سریع‌تر اهداف نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی مؤثر خواهد بود. این میراث شامل کتب دانشمندان مسلمان در زمینه بهداشت و سلامت شامل مبانئ، پیشگیری، تشخیص، درمان، ارتقاء سلامت در جامعه، داروسازی، بیمارستان‌سازی و سازمان‌دهی نظام سلامت و احادیث طبی هم‌اکنون در کتابخانه‌های سراسر جهان وجود دارد و جمع‌آوری آن‌ها برای دستیابی محققین به آن‌ها لازم به نظر می‌رسد.

د. ایجاد اسناد تجربی بر اساس گزاره‌های عقلی و تعبدی: ایجاد سندهای علمی (تجربی) بر اساس گزاره‌های یقینی عقلی و تعبدی می‌تواند دروازه‌های جدیدی از دانش سلامت را به روی بشریت بگشاید. برخی گزاره‌های یقینی عقلی و تعبدی دارای آثاری است که می‌توان آن‌ها را در محیط آزمایشگاهی زیر نظر گرفت و ثبت نمود. بدین شکل یک سلسله از اسناد تجربی بر پایه گزاره‌های عقلی و تعبدی شکل می‌گیرد که در نوع خود بی‌نظیر است و به این نظام قابلیت شرکت در چالش‌های علمی روز دنیا را می‌دهد. همچنین می‌توان از یافته‌های نظام سلامت موجود پس از تطابق آن‌ها با مبانی عقلی استفاده نمود. برای این امر تولید اسناد عقلی که در آن یافته‌های تجربی با مبانی عقلی و فقهی موردسنجش قرار می‌گیرند و در بخش فلسفه و فقه اسلامی مورد بررسی قرار می‌گیرد الزامی است.

ه. استفاده از فناوری و یافته‌های نظام سلامت موجود: ایجاد فناوری نرم‌افزاری و سخت‌افزاری در حوزه‌های تخصصی پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی و تحقیقات سلامت همچنین سازمان‌دهی نظام سلامت بر اساس سندهای علمی تولیدشده در این نظام امری ضروری است. با تولید دستگاه‌های تشخیص طبی و ایجاد الگوریتم‌های تشخیصی جدید برای شناسایی عوامل بیماری‌زای تعریف‌شده و تولید دستگاه‌های آزمایشگاهی بر اساس این الگوریتم‌ها و تولید فراورده‌های دارویی نوین می‌توان نظام سلامتی پویا و مدرن ایجاد کرد. همچنین لازم است از یافته‌های نظام سلامت موجود در علوم پایه همچون بیوشیمی، فیزیولوژی و ... استفاده شود و این یافته‌ها در نظام سلامت نوین در گزاره‌های عقلی ادغام شده و نگرش جدیدی در رابطه با این علوم به جامعه علمی ارائه گردد.

۵. نتیجه‌گیری

نظام‌های سلامت شکل گرفته همواره متأثر از نوع معرفت‌شناسی و شناخت‌شناسی پدیدآورندگان آن بوده است. در کنار الگوهایی که در جهت ایجاد نظام سلامت نوین جهانی ارائه می‌شود، الگوی نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی می‌تواند حرف‌های زیادی برای گفتن داشته باشد. این نظام با مطالعه در نظام‌های سلامت گذشته، خود را از آسیب‌های آن‌ها دور نگاه می‌دارد و با ایجاد نوآوری در تولیدات فناورانه، یافته‌های به‌روز علوم تجربی و برهان‌های استنباطی، کامل‌ترین نظام سلامت به وجود آمده در طول تاریخ بشریت خواهد بود. چالش‌هایی که می‌تواند سبب کند شدن مسیر رسیدن به این نظام متعالی گردند آسیب‌هایی است که در نظام‌های سلامت بشری تاکنون رخ داده

هشتمین کنگرس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

است. (رک، عنوان ۳، ۲، ۳ و ۳، ۱، ۳) و پیشرانهای این نظام نیز پرهیز از این آسیبها و گرایش به ویژگیهای مطلوب نظامهای سلامت بشری است. (رک، عنوان ۲، ۳، ۲ و ۲، ۱، ۳) آنچه به عنوان نظام سلامت اسلامی تاکنون توسط سیاستگذاران نظام سلامت تعریف شده است با بایستههای شناخت‌شناسی نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی فاصله دارد و برجسته کردن ویژگیهای مطلوب، از آسیبهای ناشی از خلأهای شناختی این نظام نمی‌کاهد. آنچه موجب تمایز نظام سلامت در تمدن نوین اسلامی می‌شود، استفاده از نوآوری‌های حاصل از ابزارهای منحصربه‌فرد این نظام همچون فلسفه اسلامی، فقه اسلامی، میراث اسلامی، ایجاد اسناد تجربی بر اساس گزاره‌های عقلی و تعبیدی و استفاده از فناوری و یافته‌های نظام سلامت موجود است. (رک، عنوان ۲، ۴) بر اساس این ویژگی‌ها سزاوار است که این نظام را «نظام سلامت نوین اسلامی» بنامیم.

۶. پیشنهاد

با توجه به اینکه مطالب ارائه‌شده در مورد نظام سلامت مطلوب در تمدن نوین اسلامی هست و تا رسیدن به این نظام کامل و جامع راه زیادی باید طی کرد پیشنهادهایی در این نوشتار در مورد رسیدن به این نظام سلامت متعالی و همچنین بهبود وضعیت موجود نظام سلامت ارائه می‌گردد:

أ. اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران (مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، ۱۳۹۷، ص ۹) هرچند به بایدهای نظام سلامت مطلوب اشاره می‌کنند اما در آنها الزامی بر جستجوی الگویی نوین برای نظام سلامت اسلامی از نظر علمی وجود ندارد؛ پیشنهاد می‌شود همراه با جوامع بین‌المللی که به دنبال نظام سلامت مطلوب هستند (رک، عنوان ۱، ۱، ۳) در اسناد بالادستی عبارتی مانند «ایجاد زیرساخت‌های علمی برای رسیدن به نظام سلامت نوین اسلامی» ذکر گردد.

ب. بستر مطالعات علمی و پژوهش محور به منظور نقد و بررسی نظام‌های سلامت برای شناسایی هر چه دقیق‌تر آسیب‌ها و ویژگی‌های مطلوب آنها و چگونگی استفاده از این یافته‌ها در نظام سلامت مطلوب ایجاد شود.

ج. از پژوهشگران عرصه سلامت دعوت می‌شود تا با پیش‌فرض قرار دادن شناخت‌شناسی اسلامی (رک، عنوان ۳، ۶، ۲) به بررسی چهارچوب‌های عملی برای رسیدن به نظام سلامت نوین اسلامی بپردازند.

۷. تشکر و قدردانی:

گروه نویسندگی بر خود لازم می‌داند از آیت‌الله جوادی آملی، آیت‌الله اراکی، آیت‌الله مصباح‌یزدی و حجج‌اسلام دکتر عبدالحسین خسروپناه، حمید ملکی، دکتر عباس‌علی واشیان، دکتر آقارفعی، سید یاسر صادقی که از نقطه نظرات ایشان در این مقاله بهره برده است کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

منابع:

۱. قرآن کریم.
۲. ابن ابی اصیبعه، احمد بن قاسم. (۱۳۸۶ ش). عیون الأنباء فی طبقات الأطباء. ترجمه سید جعفر غضبان. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۳. ابن جلجل، سلیمان بن حسان. (۱۳۴۹ ش). طبقات الأطباء و الحكماء. ترجمه امام سید محمد کاظم. تهران. دانشگاه تهران.
۴. ابن جوزی، عبدالرحمن بن علی. (۲۰۱۰ م). لفظ المنافع فی علم الطب. قاهره. دار الکتب و الوثائق القومیة مرکز تحقیق التراث.
۵. ابن بابویه، محمد علی. (۱۴۱۳ ق). من لا یحضره الفقیه. قم. موسسه نشر اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

هشتمین کنگره‌س الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

۶. ابن سینا، عبدالله. (۱۳۸۳ ش). طبیعیات دانشنامه علایی. همدان. دانشگاه بوعلی سینا.
۷. ابن سینا، عبدالله. (۱۳۸۴ ش). رساله نفس. همدان. دانشگاه بوعلی سینا.
۸. اراکی، محسن. (۱۳۹۳ ش). نظریه شناخت. قم. نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها، دفتر نشر معارف.
۹. ارزانی، محمداکبر. (۱۳۸۰ ش). میزان الطب. قم. موسسه فرهنگی سماء.
۱۰. آل احمد، جلال. (۱۳۸۵ ش). غرب‌زدگی. قم. نشر خرم.
۱۱. جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۹ ش). منزلت عقل در هندسه معرفت دینی. قم. اسراء.
۱۲. خسرو پناه، عبدالحسین. (۱۳۹۳ ش). مسائل جدید کلامی و فلسفه دین. قم. مرکز بین‌المللی ترجمه و نشر المصطفی (ص).
۱۳. راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۳۷۴ ش). ترجمه و تحقیق مفردات الفاظ قرآن. تهران. مرتضوی.
۱۴. سیوطی، عبدالرحمن بن ابی بکر. (۱۳۸۷ ش). المنهل السوی و المنهل الروی فی الطب النبوی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۵. شاله، فیلیسین. (۱۳۴۶ ش). شناخت روش علوم یا فلسفه علمی. ترجمه یحیی مهدوی. تهران. انتشارات دانشگاه تهران.
۱۶. عسکری، حسن بن عبدالله. (۱۴۰۰ ق). الفروق فی اللغة. بیروت. دارالآفاق الجدیدة.
۱۷. العطاس، محمد نقیب. (۱۳۷۴ ش). اسلام و دنیوی گری (سکولاریسم). ترجمه احمد آرام. تهران. انتشارات موسسه مطالعات اسلامی دانشگاه تهران و موسسه اندیشه و تمدن اسلامی کوالامپور.
۱۸. عقیلی، سید محمدحسین. (۱۳۸۵ ش). خلاصه الحکمه. قم. اسماعیلیان.
۱۹. عکاوی، رحاب خضر. (۲۰۰۰ م). الموجز فی تاریخ الطب عند العرب. بیروت. دارالمناهل.
۲۰. علی بن الحسین علیه‌السلام. (۱۳۷۶ ش). صحیفه سجادیه. قم. دفتر نشر الهادی.
۲۱. فراهیدی، خلیل بن احمد. (۱۴۰۹ ق). کتاب العین. قم. نشر هجرت.
۲۲. فیروزآبادی، محمد بن یعقوب. (۱۴۱۵ ق). القاموس المحیط. بیروت. دارالکتب العالمیه.
۲۳. کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۴۰۷ ق). الکافی. تهران. دارالکتب الاسلامیه.
۲۴. مصباح یزدی، محمدتقی. (۱۳۸۶ ش). آموزش عقاید. تهران. چاپ و نشر بین الملل.
۲۵. مصباح یزدی، محمدتقی. (۱۳۹۳ ش). رابطه علم و دین. قم. انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
۲۶. مصباح یزدی، محمدتقی. (۱۳۹۴ ش). آموزش فلسفه. قم. انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (قدس سره).
۲۷. مصطفوی کاشانی، سید جلال. (۱۳۶۷ ش). دارو، مسئله پزشکی قرن. تهران. موسسه کیهان.
۲۸. مصطفوی کاشانی، سیدجلال. (۱۳۸۲ ش). مجموعه آثار. تهران. موسسه نشر شهر.
۲۹. مظفر، محمدرضا. (۱۴۳۶ ق). المنطق. قم. انتشارات مرکز مدیریت حوزه علمیه.
۳۰. موسوی، خمینی روح‌الله. (۱۳۸۶ ش). صحیفه امام. تهران. مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (س).
۳۱. ناظم، اسماعیل. (۱۳۸۷ ش). طب و فلسفه علوم طبیعی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۳۲. نجم‌آبادی، محمود. (۱۳۷۹ ش). تاریخ طب در ایران. تهران. دانشگاه تهران.
۳۳. ولایتی، علی‌اکبر. (۱۳۸۶ ش). فرهنگ و تمدن اسلامی. قم. دفتر نشر معارف.
۳۴. جهانگیر معینی. (۱۳۷۹ ش). مدخلی بر مدرنیته و مدرنیسم. کتاب ماه علوم اجتماعی. شماره ۳۴ و ۳۵: ص ۱۶-۱۷.
۳۵. رشاد، علی‌اکبر. (۱۳۹۳ ش). نظریه علم دینی. قیسات. شماره ۷۴: ص ۵-۲۰.

- ششمین کنگره‌س الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیت و دوم و سوم و سوم خردادماه ۱۳۹۸
۳۶. زهرا کریمیان، جواد کجوری، محمدمهدی ثاقب. (۱۳۹۴ ش). تحلیلی بر قلمروی پزشکی مبتنی بر شواهد بر اساس دو عامل ماهیت علم و شرایط تصمیم‌گیری. دوره ششم، شماره دوم: ص ۶۹-۷۵.
۳۷. سید حسین میرمعزی، (۱۳۷۹ ش)، روش کشف نظام اقتصادی اسلام (رابطه فقه و نظام)، فصلنامه پژوهشی دانشگاه امام صادق علیه‌السلام. شماره ۱۱ و ۱۲: ص ۸۷-۱۱۲.
۳۸. عبدالحسین خسروپناه. (۱۳۹۰ ش). الگوی حکمی اجتهادی علوم انسانی. جاویدان خرد. دوره جدید، شماره ۱۹: ص ۲۹-۶۶.
۳۹. محسن ملک افضل‌ی اردکانی، محمد حسن حائری، محمد تقی فخلعی، محمد جواد ارسطاطا. (۱۳۹۱ ش). مفهوم نظام و کاربرد آن در فقه و اصول. نشریه مطالعات اسلامی: فقه و اصول. سال چهل و چهارم، شماره پیاپی ۸۸/۱: ص ۱۲۵-۱۵۰.
۴۰. میرباقری، سید محمدمهدی. (۱۳۸۶ ش). تعارض فرهنگ تعالی با توسعه. بازتاب اندیشه. شماره ۸۷: ص ۱۴-۱۸.
۴۱. خامنه‌ای، سید علی. (۳/۱۲/۱۳۶۸ ش). بیانات در دیدار جمعی از ائمه جمعه کشورهای نامیبیا، موزامبیک، آفریقای جنوبی و لسوتو، پایگاه اطلاع‌رسانی مقام معظم رهبری، به آدرس: www.leader.ir
۴۲. خامنه‌ای، سید علی. (۱۰/۳/۱۳۸۴ ش). بیانات در دیدار اعضای ستاد برگزاری مراسم سالگرد ارتحال امام خمینی (ره). پایگاه اطلاع‌رسانی مقام معظم رهبری به آدرس: www.leader.ir
۴۳. خامنه‌ای، سید علی. (۱۴/۱۱/۱۳۹۰ ش). خطبه‌های نماز جمعه تهران، به همراه ترجمه خطبه عربی. پایگاه اطلاع‌رسانی مقام معظم رهبری به آدرس: www.leader.ir
۴۴. رضایی زاده، حسین، (۱۳۹۳ ش). وضعیت طب سنتی در برخی کشورهای شرقی. تهران. مستند مکتوب دومین جشنواره گیاهان دارویی، فرآورده‌های طبیعی و طب سنتی ایران. قابل دسترس در پایگاه اطلاع‌رسانی این جشنواره به آدرس: <http://medplant.ir/19128/وضعیت-طب-سنتی-در-برخی-کشورهای-شرقی>
۴۵. کامران باقری لنکرانی، باقر لاریجانی و غیره. (۱۳۸۹ ش). نقشه جامع علمی سلامت. پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آدرس: <http://www.behdasht.gov.ir>
۴۶. مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت (۱۳۹۷ ش). سند الگوی پایه اسلامی ایرانی پیشرفت. قابل دسترس در پایگاه اطلاع‌رسانی این مرکز به آدرس: http://olgou.ir/images/the_Islamic-Iranian_Model_of_Progress.pdf
۴۷. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. (۱۳۹۱ ش). برنامه درسی مقطع دکترای رشته فقه پزشکی. قابل دسترس در پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت علوم به آدرس: http://hes.msrt.ir/uploads/t_education/1466316062_0.pdf
48. Campbell EM, Sittig DF, Guappone KP, Dykstra RH, Ash JS. (2007). Overdependence on technology: an unintended adverse consequence of computerized provider order entry. Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium: 94-8
49. George L. Engel. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. Volume 196(4286): 139-136
50. Marcelo Saad, Roberta de Medeiros, Amanda Cristina Mosini. (2017). Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". Medicines Journal. Volume 4(4): 79
51. Philip F. Stahel, Todd F. VanderHeiden, Fernando J. Kim. (2016). Why do surgeons continue to perform unnecessary surgery. Journal of Patient Safety. Volume 9: 122-8
52. Susan T. Mayne Harvey A. Risch Robert Dubrow and etc. (2006). Carbonated Soft Drink Consumption and Risk of Esophageal Adenocarcinoma. Journal of the National Cancer Institute, Volume 98, (1, 4): 72-75

53. Waggone, Jane Carline, Jan D. Durning, Steven J. (2016). Is There a Consensus on Consensus Methodology? Descriptions and Recommendations for Future Consensus Research. *Academic Medicine*, Volume 91(5): 663–668
54. Jonathan Gregson. (2017). Poorest Countries in the World. *Global Finance Magazine*. Available from: <https://www.gfmag.com/global-data/economic-data/the-poorest-countries-in-the-world>
55. Julian borger, saeed kamali dehghan. (2013). Iran unable to get lifesaving drugs due to international sanctions. *The guardian magazine*. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2013/jan/13/iran-lifesaving-drugs-international-sanctions>
56. Makary Martin A, Daniel Michael.(2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
57. U.S. Department of Health & Human Services. (2007). The Effect of Health Care Cost Growth on the U.S. Economy. Available from: <https://aspe.hhs.gov/pdf-report/effect-health-care-cost-growth-us-economy>
58. World Health Organization. (2003). Traditional Medicine. Fifty-Sixth World Health Assembly. A56/18, Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha56/ea5618.pdf
59. World Health Organization. (2011). Combat Antimicrobial Resistance. World Health Day, Available From: http://www.who.int/world-health-day/2011/whd201_fs_en.pdf?ua=1
60. World Health Organization. (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Available From: http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/
61. World Health Organization.(2014). Constitution of The World Health Organization. Basic Documents. 48th ed: 1. Available From: <http://apps.who.int/gb/bd>
62. World Health Organization.(2018). Monitoring health for the SDGs. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
63. Xiuwen Wu, Yannan An, Ming Yuan and Rufeng Wang. (2012). On the Modernization of Traditional Chinese Medicine. *Med Aromat Plants*. Volume 1. Issue 1: Available From: <https://www.omicsonline.org/open-access/on-the-modernization-of-traditional-chinese-medicine-2167-0412.1000e105.php?aid=4078>