

Foresight of the health system at the national level based on the Islamic-Iranian lifestyle and by identifying the goals and actions of key actors

ABSTRACT

Background and Objective: Foresight of a new way of thinking that can challenge the originality of zero-one logic in the experimental sciences and modern medicine. This logic, by focusing on patient-health orientation and insisting on forecasting, leads health organizations and institutions to be passive in the face of future events. This study has been written with the aim of foresight with a backcasting approach and helping to build the future of the health system with a focus on health at the national level and based on the Islamic-Iranian lifestyle.

Materials and Methods: In this research, using the Laprospective school approach and using the process governing the software, the software analyzes the goals and actions of the actors as well as the relationship between the goals and the actors through in-depth interviews with 25 health system experts.

Results: Among the future goals of the country's health system, the goal of Organization and University Wisdom base as an infrastructure goal has the lowest net distance from other goals and among the actors of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, family physicians and non-governmental organizations has the highest Were important.

Conclusion: The current structure of the health system due to the patient-health-oriented approach is not responsible for dealing with the new generation of diseases due to lifestyle changes. Therefore, the Ministry of Health, Treatment and Medical Education needs to change the current paradigm governing the health system due to its duty to be the stewardship of the health system.

Keywords: Foresight, Health system, Islamic-Iranian lifestyle

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Esmaili A, Izadi M, Azad E, Sanaee Nasab H. Foresight of the health system at the national level based on the Islamic-Iranian lifestyle and by identifying the goals and actions of key actors. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2021*;8(4):378-389. [Persian]x

► **Citation (APA):** Esmaili A., Izadi M., Azad E., Sanaee Nasab H. Foresight of the health system at the national level based on the Islamic-Iranian lifestyle and by identifying the goals and actions of key actors. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 8(4),378-389. [Persian]

Abdolkarim Esmaili

* Physician and PhD Student in Futures Studies, Supreme University and Research Institute of National Defense and Strategic Research (Corresponding Author), socialization2050@gmail.com

Morteza Izadi

Infectious disease specialist, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Esfandiar Azad

Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Hormoz Sanaee Nasab

Health Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Health Education Department, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2020/07/31

Accepted: 2020/11/26

Doi: 10.29252/ijhehp.8.4.1

آینده‌نگری نظام سلامت در سطح ملی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی بر اساس شناسایی اهداف و کنش بازیگران کلیدی

چکیده

زمینه و هدف: آینده‌نگری شیوه‌ای جدید از تفکر که با آن می‌توان اصالت منطق صفر و یک در علوم تجربی و پزشکی مدرن را به چالش کشید. این منطق با تمرکز بر جهت‌گیری بیمار - سلامت‌گرا و اصرار بر پیش‌بینی، سازمان‌ها و نهادهای عرصه سلامت را به انفعال در برابر رویدادهای آینده می‌کشاند. این پژوهش با هدف آینده‌نگری با رویکرد پس‌نگری و کمک به ساخت آینده نظام سلامت با جهت‌گیری تندرستی محوری در سطح ملی و مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی نگاشته شده است.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق با استفاده از رویکرد مکتب لاپروسپکتیو و با استفاده از فرایند حاکم بر نرم‌افزار مکتور به تحلیل اهداف و کنش بازیگران، همچنین رابطه بین اهداف و کنشگران از طریق مصاحبه عمیق با ۲۵ نفر از خبرگان نظام سلامت پرداخته شده است.

یافته‌ها: در میان اهداف آینده نظام سلامت کشور هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان به عنوان هدف زیربنایی دارای کمترین فاصله خالص با سایر اهداف بوده و از میان کنشگران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشکان خانواده و تشکلات مردم نهاد دارای بیشترین میزان اهمیت بودند.

نتیجه‌گیری: ساختار فعلی حاکم بر نظام سلامت به دلیل رویکرد بیمار - سلامت‌گرا جوابگوی مقابله با نسل جدید بیماریها به دلیل تغییر سبک زندگی نیست. لذا می‌طلبد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دلیل دارا بودن وظیفه تولیت نظام سلامت به تغییر پارادایم فعلی حاکم بر نظام سلامت پردازد.

کلیدواژه: آینده‌نگری، نظام سلامت، سبک زندگی اسلامی - ایرانی

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

عبدالکریم اسمعیلی

* پزشک و دانشجوی دکتری آینده‌پژوهی، دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی (نویسنده مسئول)
socialization2050@gmail.com

مرتضی ایزدی

متخصص عفونی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

اسفندیار آزاد

مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

هرمز سنائی نسب

مرکز تحقیقات سلامت، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۰۶

◀ **استناد (ونکوور):** اسمعیلی، ع. ایزدی، م. آزاد، ا. سنائی نسب. ه. آینده‌نگری نظام سلامت در سطح ملی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی بر اساس شناسایی اهداف و کنش بازیگران کلیدی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۹؛ ۸(۴): ۳۷۸-۳۸۹.

◀ **استناد (APA):** اسمعیلی، عبدالکریم؛ ایزدی، مرتضی؛ آزاد، اسفندیار؛ سنائی نسب، هرمز. (زمستان ۱۳۹۹). آینده‌نگری نظام سلامت در سطح ملی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی بر اساس شناسایی اهداف و کنش بازیگران کلیدی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۸(۴): ۳۷۸-۳۸۹.

مقدمه

شکل‌گیری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با شکل‌گیری شبکه بهداشتی درمانی کشور در چندین دوره از قبل و بعد از انقلاب اسلامی ایران صورت گرفته وقتی در کنفرانس آلماتا تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰ برای موفق شدن برنامه برابری‌های اجتماعی و اقتصادی و سیاسی سلامت، بین کشورها مطرح شد. علی‌رغم پیشرفت‌های حاصله در زمینه سلامت مشخص شد که هدف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ به دلایل مختلف از جمله تغییرات جهانی و چالش‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مربوطه که بر روی نظام سلامت تاثیر می‌گذارند دست یافتنی نمی‌باشند. در این ارتباط، سازمان جهانی بهداشت با همکاری کشورهای عضو، راهبرد سلامت برای همه را برای قرن بعدی (بیست و یکم) تکرار کرد (۱). از سویی بخش سلامت و بهداشت در جامعه، حوزه وسیعی را در بر می‌گیرد که تأمین شرایط مناسب آن، عزم ملی می‌طلبد و تأمین آن از وظایف اصلی حکومت‌ها و قوانین هر کشور گویای جایگاه سلامت نزد حاکمیت آن کشور است. شعار "انسان سالم محور توسعه پایدار" در تدوین و تصویب قوانین، به موضوع سلامت اهمیت ویژه‌ای داده شده است. از سوی دیگر سند چشم‌انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی به عنوان "میثاق ملی" وجود دارد. در این سند ویژگی جامعه مطلوب تصور شده که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت باکیفیت، زندگی مطلوب و بهره‌مند از محیط زیست سالم است و ایران کشوری در جایگاه نخست اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه می‌باشد (۲). ادامه وضع موجود نه تنها تحقق چشم‌انداز نظام سلامت کشور را با دشواری مواجه می‌کند بلکه جوابگوی تقاضای در حال افزایش مراقبت سلامت در آینده هم نیست.

تغییرات شتابان در حوزه‌های مختلف اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فناوریانه و زیست محیطی، آینده نظام سلامت را با پیچیدگی و خطرپذیری مواجه می‌سازند. سیر تحولات در نظام سلامت و آموزش پزشکی به عنوان چالشی جهان شمول است؛ لذا آینده‌اندیشی و کسب آمادگی برای رویارویی با شرایط مخاطره‌آمیز، ضرورت نظام سلامت و آموزش پزشکی است (۳). در کشور ما تا کنون

تحقیقات آینده‌نگرانه نظام سلامت در بخش‌های مختلف و در قالب‌های گوناگونی مثل رساله‌ها انجام گرفته، لکن اکثر این تحقیقات در قالب تحقیقات اکتشافی و با جهت‌گیری بیمار- سلامت‌گرا بوده است. مرور مطالعات نشان می‌دهد در صورتی که این جهت‌گیری تغییر نکند، تدوین راهبردها به منظور اجرای کارهای آینده با شکست روبرو می‌شود.

در عصر امروزی دو جهت‌گیری در عرصه سلامت وجود دارد: ۱- جهت‌گیری بیمار- سلامت‌گرا که ارتباط تنگاتنگی با رویکرد فناوری و بازار محور نتولیرالی دارد (۴). در این جهت‌گیری بیمار محور فعالیت‌های دانش طب است ۲- جهت‌گیری سالم- سلامت‌گرا یا تندرستی محوری که در آن محور فعالیت‌های دانش طب، انسان سالم بوده که هم در کشور ما و هم برخی کشورها در حال مطالعه و رواج یافتن است. در همین زمینه نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد در کشور ایران باید رویکرد تندرستی محوری به جای بیماری محوری مورد توجه قرار گیرد (۵). در کشور تایلند با طرح الگوی به نام "مثلی که کوه‌ها را جابه‌جا می‌کند" به دنبال اصلاح نظام سلامت خود می‌باشد. اضلاع این مثلث شامل: ۱- درگیر کردن سیاست ۲- حرکت اجتماعی ۳- تولید دانش متناسب (دانش بومی) می‌باشد. برای اجرای این خواسته جهت‌گیری منفعل بیمار محوری باید به جهت‌گیری تندرستی محوری تغییر یابد (۶). سهیل عنایت‌الله آینده‌پژوه استرالیایی - پاکستانی رویکرد تندرستی محوری را در پروژه‌ای تحت عنوان "آینده‌نگری مراقبت سلامت - شناسایی ابر روندها" که در کشور استرالیا انجام گرفته در قالب روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها اینگونه آورده است: ۱- جابه‌جایی از رویکرد سنجش بیماری و ناخوشی محوری به سوی سنجش پیشگیری، رفاه و تندرستی محوری ۲- جابه‌جایی از رویکرد نظام سازمانی به مراقبت محوری. به عنوان مثال مراقبت بیمارستانی به سوی مراقبت در منزل تغییر می‌کند. ۳- تغییر عمیق ناشی از ایدئولوژی در فرهنگ نظام سلامت ۴- تغییر عمیق در استعاره و داستان مراقبت از سلامت؛ به عنوان مثال از استعاره پزشکان بهتر می‌دانند به استعاره من بهتر می‌فهمم

با در نظر گرفتن جهت‌گیری تندرستی محوری که مبتنی بر جهان‌بینی و سبک زندگی اسلامی - ایرانی در نظام سلامت کشور باشد اولاً لازم است اهداف نظام سلامت را به گونه‌ای در نظر گرفت که علاوه بر آرمان‌گرایی، واقعیت‌های میدانی را نیز لحاظ کرد. ثانیاً لازم است نسبت کنشگران کلیدی این نظام به این اهداف به منظور فهم بهتر وضعیت حال نظام سلامت را درک کرد. بنابراین ما در این تحقیق با در نظر گرفتن اهداف نظام سلامت کار را از آینده شروع می‌کنیم و در نهایت با سنجش نسبت کنشگران کلیدی به این اهداف به زمان حال باز می‌گردیم. این شیوه در آینده‌پژوهی به شیوه پس‌نگری شناخته می‌شود. "پس‌نگری از آینده آغاز می‌شود اما در نهایت ما را به زمان حال بازمی‌گرداند. در این چرخه، کار طراحی به‌جای شروع از وضعیت کنونی، از وضعیت آینده آغاز می‌شود، یعنی ابتدا تصویر مطلوب (مرجح)، ترسیم شده و سپس وضع موجود با معیارهای آن مورد سنجش قرار گرفته و در ادامه با توجه به شکاف بین این دو، راهبردهای تحولی، طراحی و اجرا می‌شوند (۱۱). یکی از بهترین روش‌های آینده‌پژوهانه که بوسیله آن می‌توان رویکرد پس‌نگری را در پژوهش ایجاد کرد، استفاده از روش تحلیل لایه‌ای علت‌هاست. "تحلیل لایه‌ای علت‌ها به عنوان یک نظریه به دنبال ترکیب و یکپارچه‌سازی دیدگاه‌های تجربی، تعبیری انتقادی و یادگیری حین عمل است و کاربرد آن به عنوان یک روش به معنای پیش‌بینی آینده نیست بلکه به معنای خلق فضاهای متحول‌ساز برای خلق آینده‌های بدیل است و احتمالاً در توسعه یک سیاست موثرتر عمیق‌تر و جامع‌تر و بلندمدت مفید است. که شامل ۴ سطح لیتانی، اجتماعی، گفتمان / جهان‌بینی، اسطوره / استعاره است. سطح نخست یعنی لیتانی دیدگاه بدون پرسش و معمولی واقعیت است. سطح دوم سطح علت‌های اجتماعی و دورنمای نظام‌مند است. داده و اطلاعات لیتانی در سطح دوم شرح داده می‌شود و مورد پرسش قرار می‌گیرد. سطح سوم گفتمان یا جهان‌بینی است. در این سطح فرض‌های عمیق‌تر، استدلالی، جهان‌بینی و ایدئولوژیک ناخودآگاه مشخص می‌شوند. در این صورت می‌توان به اکتشاف این پرداخت که چگونه ذی‌نفعان مختلف، لیتانی و نظام را می‌سازند. سطح چهارم

تغییر می‌کند (۷). برای دستیابی به تندرستی محوری اصولی وجود دارد که عبارتند از: ۱- توانمندسازی جامعه و افراد در موضوعات فردی، اجتماعی - اقتصادی و عوامل محیطی مد نظر باشد. ۲- سیاست ارتقاء رفاه باید در همه مراحل برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و ارزیابی ساری و جاری باشد. ۳- سیاست ارتقاء رفاه باید با رویکرد جامع‌نگر مورد توجه قرار گیرد. به عبارتی همه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت دیده شود. ۴- سیاست‌هایی که مشارکت‌های بین بخشی را توسعه می‌دهد، مورد تأکید قرار گیرد. ۵- برابری و عدالت اجتماعی مورد توجه جدی باشد. ۶- پایداری منابع مالی در بعد فردی و اجتماعی تضمین باشد. ۷- راهبردهای چندگانه در موضوعات توسعه سیاست، تغییرات سازمانی، توسعه جامعه، قانونگذاری، حمایت، آموزش و ارتباطات دیده شود (۸). تندرستی محوری به دو دلیل اهمیت دارد: ۱- سلامت محصول ویژه رفاه^۱ است. ۲- سلامت یک عامل مهم برای اجرای فعالیت‌های فرد است. (۹)

اگر چه مطالعات متعدد جهت‌گیری تندرستی محوری را یک جهت‌گیری صحیح در تامین آینده نظام‌های سلامت کشورها می‌دانند لکن این جهت‌گیری چیزی جدای از جهان‌بینی و سبک زندگی مردمان نیست. "رابطه مستقیمی بین جهان‌بینی و سلامت وجود دارد. با ارتقاء و بهبود بعضی سبک‌های خاص زندگی و خلق محیطی که در آن این سبک‌های زندگی تقویت شوند، جهان‌بینی‌ها قادر به تعیین وضعیت سلامت افراد و جوامع هستند. اما همچنین جهان‌بینی‌ها ماتریسی را شکل می‌دهند که تلاش‌هایی جهت یافتن درمان بیماری‌ها و بهبود بهداشت و سلامتی در آن دیده می‌شود در نتیجه پزشکی و طب فرزند بلاواسطه جهان‌بینی است: طب مدرن محصول جهان‌بینی تمدن غربی است. و نظام‌های پزشکی غیر غربی - اسلامی، چینی آیورودیک - محصول تمدن‌ها و جهان‌بینی‌های خود هستند. پزشکی یک استاندارد مطلق نیست بلکه روش انجام کارهای پزشکی در یک جهان‌بینی است." (۱۰)

روش کار

اسطوره / استعاره است که ابعاد احساسی ناخودآگاه را بیان می‌دارد. چالش فراروی آن انجام تحقیقات و حرکت در این لایه‌های تحلیل و در نتیجه در بر گرفتن شیوه‌های مختلف دانستن است انجام این کار منجر به آینده‌های معتبر و تحول یکپارچه می‌شود (۱۲).

در این تحقیق تلاش شده است با استفاده از اسناد دست اول، منابع معتبر و همچنین نتایج مطالعات مختلف، اهداف بلند مدت و کنشگران کلیدی نظام سلامت کشور شناسایی گردند و سپس با بهره‌گیری از مصاحبه عمیق در قالب جلسات ذهن‌انگیزی و پانل خبرگی، اهداف نظام سلامت ذیل روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها و کنشگران این نظام ذیل روش سیستمی، تحلیل، تفسیر و اکتشاف شوند.

اهداف آینده نظام سلامت ذیل روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها شامل زندگی طولانی همراه با سلامتی و کیفیت به عنوان هدف لیتانی، نظام سلامت مبتنی بر رهیافت اجتماعی به عنوان هدف سیستمی، سازمان و دانشگاه حکمت‌بنیان به عنوان هدف ایدئولوژیک و گفتمانی و در نهایت رفاه و نگاه جامع به همه ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی به عنوان هدف استعاره‌ای و همچنین کنشگران کلیدی نظام سلامت ذیل روش سیستمی که مبتنی بر رهیافت اجتماعی است شامل دولت به عنوان کنشگر کلیدی حاکمیت، دولت، سازمان برنامه و بودجه، شورای عالی بیمه، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان نظام پزشکی و مجلس به عنوان کنشگران کلیدی سیاست‌های اقتصادی، وزارت بهداشت به عنوان کنشگر کلیدی سیاست‌های عمومی نظام سلامت، پزشک خانواده به عنوان کنشگر کلیدی سیاست‌های اجتماعی و سازمان‌های مردم نهاد به عنوان کنشگران کلیدی فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی نظام سلامت منتج شده است.

در مرحله بعد لازم است اطلاعات بدست آمده از مرحله قبلی را به منظور طبقه‌بندی بازیگران بر مبنای تاثیرگذاری و تاثیرپذیری نسبی آن‌ها از یکدیگر و شناسایی موضع‌گیری هر یک از بازیگران نسبت به اهداف شناسایی کرد. برای این مرحله از پژوهش از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است.

در مورد انتخاب نمونه "گاهی اوقات نوع تحقیق ایجاب می‌کند که به جای به دست آوردن اطلاعات از نمونه‌های در دسترس از افراد یا گروه‌های خاص استفاده نماید. این بدان دلیل است که گاهی اطلاعات به گونه‌ای است که فقط در اختیار این افراد است و یا اینکه ماهیت پژوهش ایجاب می‌کند که نمونه با نظر محقق انتخاب گردد" (۱۳). در این تحقیق به جای به دست آوردن اطلاعات از نمونه‌های در دسترس، اطلاعات را از افرادی که قادر خواهند بود اطلاعات مطلوب را ارائه کنند استفاده شده است و دارای شاخصه‌هایی همچون داشتن حداقل مدرک دکتری عمومی، دارا بودن تجربه عملی در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت، داشتن تجربه پژوهش و تحقیق و برخوردار از تجربه مدیریت مراکز علمی و تحقیقاتی، داشتن نگاه راهبردی و دیدگاه آینده‌نگری و در نهایت داشتن زمان و تمایل جهت همکاری در پژوهش بوده‌اند.

در پژوهش حاضر اطلاعاتی که از خبرگان بدست آمده مبتنی بر فرایند نرم‌افزار مکتور و بر اساس باور و شهود قلبی آنان است و لازم بود قبل از پر کردن دو ماتریس این نرم‌افزار، خبرگان را نسبت به اهداف و کنشگران کلیدی که در مرحله قبل و از طریق پانل خبرگی بدست آمده‌اند، اقناع کرد؛ لذا در این بخش منظور از مصاحبه، گفتگوهای عمیق دو طرفه و انتقادی به منظور جلب رضایت آنان برای پاسخ به سوالاتی است که در ماتریس‌ها آمده‌اند. در مورد تعداد خبرگان در زمانی که محقق به شیوه هدفمند نمونه را انتخاب می‌کند در منابع عدد خاصی ذکر نگردیده اما رهبر به نقل از بازرگان (۲۰۱۰) آورده است: در صورتی که هدف از مصاحبه اکتشاف و توصیف عقاید و نگرش‌های مصاحبه‌شوندگان با توجه به زمان و منابع قابل دسترس، تعداد نمونه (11 ± 15) برای انجام مصاحبه کافی خواهد بود (۱۴). لذا طبق این دیدگاه حداکثر مصاحبه‌شوندگان ۲۶ نفر کافی خواهد بود. همچنین گلن برای بدست آوردن اطلاعات خبرگی در روش کمی آینده‌پژوهانه ۱۰ تا ۲۰ نفر را کافی می‌داند (۱۵). در این تحقیق بعد از شناسایی اهداف و کنشگران کلیدی نظام سلامت طبق فرایند حاکم بر نرم افزار مکتور ۲۵ نفر در مصاحبه و پر کردن ماتریس شرکت کردند.

(۲): یک کنشگر ممکن است سیاست‌های کنشگر دوم را تهدید کند و یا به خطر بیندازد.

(۳): یک کنشگر ممکن است کل ماموریت یا راهبردهای دیگری را تهدید کند.

(۴): یک کنشگر ممکن است هستی یک کنشگر دیگر را تهدید کند.

۲- در ماتریس کنشگر-اهداف

۴+ اثرگذاری بسیار قوی مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به چشم‌انداز نظام سلامت کشور) / ۴- اثرگذاری بسیار قوی منفی (از تبدیل شدن این هدف به چشم‌انداز نظام سلامت کشور جلوگیری خواهد کرد)

۳+ اثرگذاری قوی مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به ماموریت نظام سلامت کشور) / ۳- اثرگذاری قوی منفی (از تبدیل شدن این هدف به ماموریت نظام سلامت جلوگیری خواهد کرد)

۲+ اثرگذاری متوسط مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به برنامه‌ریزی عملیاتی نظام سلامت کشور) / ۲- اثرگذاری متوسط منفی (از تبدیل شدن این هدف به برنامه‌ریزی عملیاتی نظام سلامت کشور جلوگیری خواهد کرد)

۱+ اثرگذاری معمولی مثبت (اثر مثبت دارد در تبدیل شدن این هدف به فرایند اجرایی و روزمره نظام سلامت کشور) / ۱- اثرگذاری معمولی منفی (از تبدیل شدن این هدف به برنامه روزمره نظام سلامت کشور جلوگیری خواهد کرد)

• کنشگران نسبت به اهداف نظر ممتنع دارند

ج: میانگین نمرات داده شده از سوی خبرگان وارد ماتریس کنشگر-

کنشگر و کنشگر - اهداف می‌شود: (جدول شماره ۲ او)

نوع این تحقیق بر مبنای هدف، کاربردی - توسعه‌ای است، چرا که هدف از این تحقیق، ایجاد یک معرفت جامعی از نتایج تحقیقات انجام یافته و گسترش دامنه مطالعات آنهاست؛ از این رو توسعه‌ای می‌باشد؛ از سوی دیگر نتیجه این تحقیق کمک به تحقق اجتماعی سازی و مردمی کردن نظام سلامت می‌کند و برای سازمانهای ذینفع مهم و قابل بهره برداری است؛ لذا کاربردی هم تعریف می‌شود.

برای تحلیل و بررسی میزان اهمیت هر کدام از اهداف و کنشگران و همچنین ارتباط بین این دو از رویکرد مکتب لاپروسپکتیو و روش مبتنی بر آن یعنی فرایند حاکم بر نرم افزار مکتور استفاده شده است. در چارچوب رویکرد لاپراسپکتیو که مجموعه‌ای از روش‌های مختلف آینده‌پژوهی است، یکی از روش‌های سیستمی و جامع تحلیل بازیگران ارائه شده است. این روش مکتور نام دارد و آینده‌پژوه فرانسوی مایکل گوده و فرانسیس بورس (۱۹۹۰-۱۹۸۹) آن را معرفی کرده‌اند. در این روش دو هدف اصلی دنبال می‌شود. نخست، طبقه‌بندی بازیگران بر مبنای تاثیرگذاری و تاثیرپذیری نسبی آنها از یکدیگر که داده‌های مربوط به آن به کمک ماتریس اثرات مستقیم بازیگران بر یکدیگر فراهم می‌شود. هدف دوم شناسایی موضع‌گیری هر یک از بازیگران نسبت به اهداف، اولویت‌ها یا مسائل کلیدی است و برای رسیدن به این هدف از ماتریس دوبخشی استفاده می‌شود (۱۶). تحلیل کنشگران در چند گام صورت می‌گیرد که عبارتند از:

الف: ورود کنشگران و اهداف شناسایی شده از قسمت دیدبانی به ماتریس کنشگر- کنشگر و کنشگر- اهداف

ب: در ماتریس کنشگر- کنشگر و کنشگر- اهداف از خبرگان خواسته می‌شود رابطه بین کنشگران را با توجه به حالت‌های زیر ارزیابی کنند:

۱- در ماتریس کنشگر- کنشگر

(۰): دو کنشگر اثری بر هم ندارند یا نفوذ یکی بر دیگری بسیار ناچیز است.

(۱): یک کنشگر ممکن است در فعالیت‌ها، برنامه‌ها یا اهداف عملیاتی کنشگر دوم تداخل ایجاد کند.

جدول ۱. میانگین نمرات داده شده از سوی خبرگان در ماتریس کنشگر - کنشگر

کنشگر	کنشگر	دولت	سازمان برنامه و بودجه	شورای عالی بیمه	وزارت بهداشت	وزارت رفاه	سازمان نظام پزشکی	مجلس	پزشک خانواده	تشکلات مردم نهاد
دولت	۰	۲	۲	۲	۲	۲	۱	۱	۱	۱
سازمان برنامه و بودجه	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱
شورای عالی بیمه	۱	۱	۰	۲	۲	۲	۲	۱	۲	۱
وزارت بهداشت	۲	۱	۲	۰	۰	۱	۱	۱	۳	۰
وزارت رفاه	۱	۱	۲	۲	۲	۰	۱	۱	۲	۱
سازمان نظام پزشکی	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۲	۱
مجلس	۳	۳	۳	۲	۲	۲	۲	۰	۲	۲
پزشک خانواده	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۰	۱
تشکلات مردم نهاد	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰

جدول ۲. میانگین نمرات داده شده از سوی خبرگان در ماتریس کنشگر - هدف

کنشگر	هدف	لیتانی سلامت	اجتماعی سازی نظام سلامت	دانشگاه و سازمان‌های حکمت بنیان	رفاه
دولت	۱	۱	۱	۰	۱
سازمان برنامه و بودجه	۱	۱	۱	۰	۰
شورای عالی بیمه	۰	۰	۰	۰	۰
وزارت بهداشت	۲	۲	۱	۱	۲
وزارت رفاه	۱	۱	۱	۰	۱
سازمان نظام پزشکی	۱	۱	۰	۱	۰
مجلس	۱	۱	۱	۰	۱
پزشک خانواده	۱	۱	۱	۱	۱
تشکلات مردم نهاد	۲	۲	۱	۱	۱

۲- نقشه و نمودار هندسی فاصله خالص بین کنشگران برای

تشخیص اتحادهای احتمالی ضمن در نظر گرفتن واگرایی و همگرایی بین کنشگران استفاده می‌شود.

۳- هیستوگرام برای محاسبه و میزان اهمیت کنشگران در رابطه با هر هدف در عرصه های نظر و عمل به کار می رود.

یافته‌ها

یافته‌ها در چهار بخش، ویژگی دموگرافیک خبرگان، اهداف، کنشگران و ارتباط بین اهداف و کنشگران آورده می‌شود.

د: نمرات داده شده، توسط نرم افزار محاسبه و در قالب

نقشه و نمودار هندسی فاصله خالص و همچنین هیستوگرام ارائه

می‌شود. ۱- نقشه و نمودار هندسی فاصله خالص بین اهداف برای

شناسایی اهدافی بکار می‌رود که نسبت به آن دیدگاه یکسانی

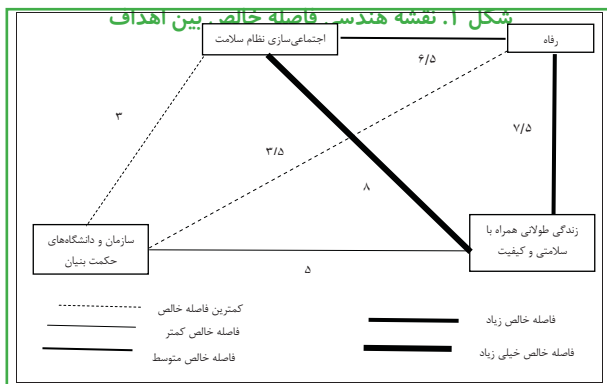
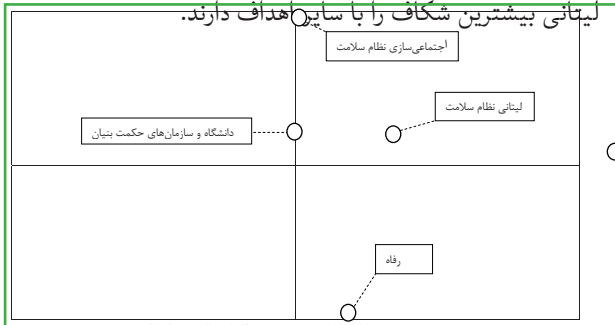
توسط کنشگران وجود دارد. (موافق یا مخالف) از این رو می‌توان

تعدادی از اهداف را در جایی که همگرایی (هنگامی که اهداف به

هم نزدیک هستند) یا واگرایی شدید (هنگامی که اهداف از هم

فاصله دارند) وجود دارد، جدا کرد.

ربع فوقانی و سمت راست قرار دارد همچنین طبق شکل شماره ۲ هدف سازمان و دانشگاه‌های حکمت بنیان کمترین شکاف و هدف



شکل ۲. نمودار هندسی فاصله خالص بین اهداف

ج: کنشگران

طبق شکل شماره ۳ همه کنشگران به استثنای شورای عالی بیمه و سازمان نظام پزشکی در ربع تحتانی و سمت چپ نقشه در جایگاه مستقل قرار دارند. شورای عالی بیمه در ربع تحتانی و سمت راست نقشه در جایگاه مغلوب و سازمان نظام پزشکی در ربع فوقانی و سمت راست نقشه در جایگاه غالب قرار دارد و طبق شکل شماره ۴ بیشترین فاصله خالص بین وزارت بهداشت، پزشک خانواده و تشکل مردم نهاد و کمترین فاصله بین سازمان برنامه و بودجه و سازمان نظام پزشکی با سایر کنشگران وجود دارد.

الف: ویژگی دموگرافیک خبرگان

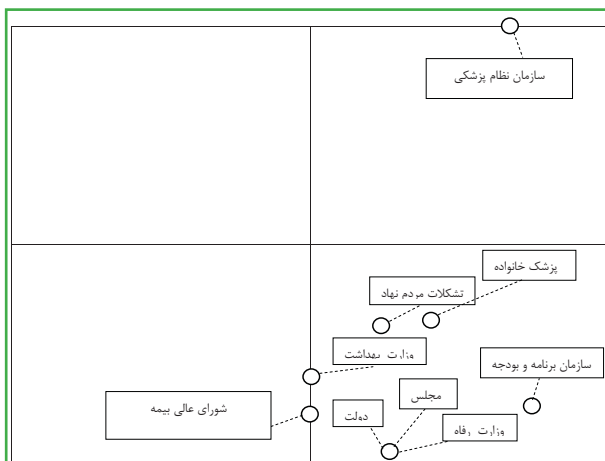
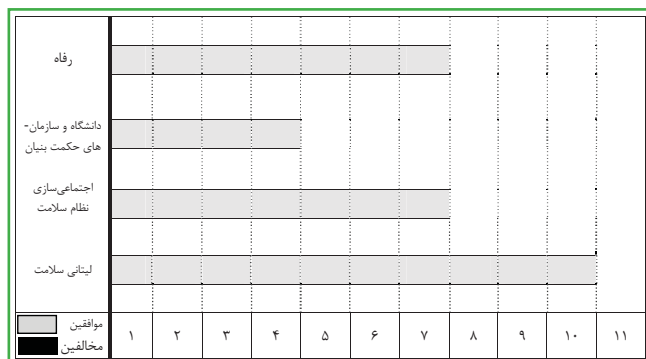
در این قسمت فراوانی و درصد ویژگی دموگرافیک خبرگان در ۵ بعد سطح تحصیلات، مرتبه علمی، سابقه مدیریت در عرصه سلامت، سطح مدیریت در عرصه سلامت و سابقه مدیریت در حوزه تحقیقات راهبردی سلامت آورده می‌شود. (جدول شماره ۳)

جدول ۳. فراوانی و درصد ویژگی دموگرافیک خبرگان

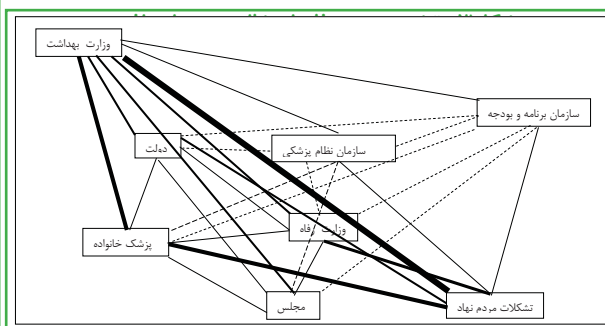
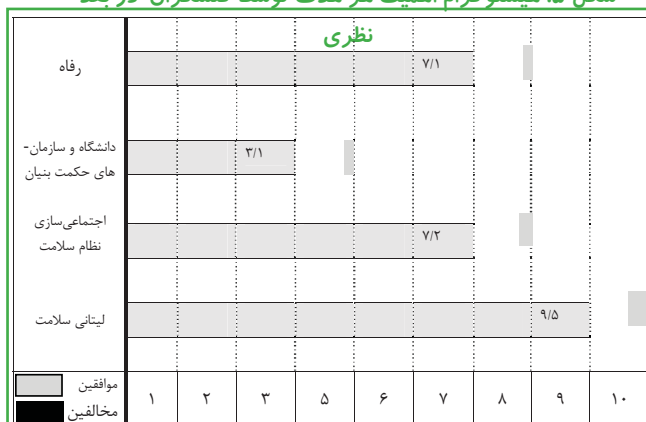
ابعاد	مولفه‌ها	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	دکتری عمومی	۱۰	۴۰
	دکتری تخصصی	۸	۳۲
	دکتری فوق تخصصی	۷	۲۸
مرتبه علمی	ام بی اچ	۵	۲۰
	دانشجوی پی اچ دی	۲	۸
	پی اچ دی	۴	۱۶
	استاد یار	۵	۲۰
سابقه مدیریت در عرصه سلامت	استاد	۹	۳۶
	۵ تا ۱۰ سال	۳	۱۲
	۱۱ تا ۱۵ سال	۹	۳۶
	۱۶ تا ۲۰ سال	۵	۲۰
	۲۱ تا ۲۵ سال	۴	۱۶
	۲۶ تا ۳۰ سال	۴	۱۵
سطح مدیریت در عرصه سلامت	مدیر در سطح دانشگاه	۸	۳۲
	معاون دانشگاه	۷	۲۸
	رئیس دانشگاه	۳	۱۲
	مدیر در سطح وزارتخانه	۵	۲۰
سابقه مدیریت در حوزه تحقیقات راهبردی سلامت	معاون وزیر	۲	۸
	۱ تا ۵ سال	۹	۳۶
	۶ تا ۱۰ سال	۵	۲۰
	۱۱ تا ۱۵ سال	۶	۲۴
	۱۶ تا ۲۰ سال	۳	۱۲
	۲۱ تا ۲۵ سال	۱	۴
	۲۶ تا ۳۰ سال	۱	۴

ب: اهداف

طبق شکل شماره ۱ هدف رفاه در ربع تحتانی و سمت چپ نقشه در جایگاه مستقل، اهداف لیتانی و اجتماعی‌سازی در ربع فوقانی و سمت چپ و در نهایت هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان در



شکل ۵. هیستوگرام اهمیت هر هدف توسط کنشگران در بعد



شکل ۶: هیستوگرام اهمیت هر هدف توسط کنشگران در بعد عملی

شکل ۴. نقشه هندسی فاصله خالص بین اهداف

د: رابطه بین اهداف و کنشگران

طبق اشکال شماره ۵ و ۶ هدف رفاه از دیدگاه کنشگران دارای اهمیت متوسط و در هنگام عمل با افزایش اهمیت و هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان از دیدگاه کنشگران دارای اهمیت پایین و در هنگام عمل با کاهش اهمیت کمتر روبرو می‌شود، همچنین هدف اجتماعی‌سازی از دیدگاه کنشگران دارای اهمیت متوسط و در هنگام عمل با افزایش اهمیت و در نهایت هدف زندگی طولانی سالم و با کیفیت از دیدگاه کنشگران دارای اهمیت بالا و در هنگام عمل با کاهش اهمیت روبرو می‌شود.

بحث

نظام سلامت کشور برای ساخت مطلوب آن دارای سه کنشگر کلیدی وزارت بهداشت، پزشکان خانواده و تشکلات مردم نهاد است. با توجه به ارزش‌گرا بودن این تحقیق و مشابهت زیادی که به مدل دانشگاه ماستریچ هلند دارد می‌توان آن را ذیل سه سیاست تقسیم‌بندی کرد. این مدل تحت عنوان مراقبت سلامت ارزش پایه (VHC)^۱ معرفی شده است. مدل مراقبت سلامت ارزش پایه دارای سه گونه ارزش اجتماعی، سازمانی و فردی بوده به طوریکه ذیل ارزش اجتماعی، سیاست با مقیاس بزرگ^۲ همچنین ذیل ارزش سازمانی سیاست با

1. Value-Based Health Care

2. Macro policy

آموزش، پژوهش، نوآوری و کارآفرینی و در نهایت پذیرش و انجام مسئولیت‌های اجتماعی توضیح داده است. بدین منظور فرایند آموزش و پژوهش یعنی فراگیری دانش، ایمان، بصیرت و اخلاق به منظور ایجاد وحدت باطن و ظاهر با اصالت و ارجحیت باطن بر ظاهر است. در فرایند پژوهش و نوآوری و کارآفرینی ایجاد پیوستگی و یکپارچه نمودن نظر و عمل یعنی تکمیل چرخه ایده تا محصول و کسب ثروت مورد تاکید بوده و در نهایت در فرایند پذیرش و انجام مسئولیت‌های اجتماعی ایجاد هم‌افزایی بین منافع فردی و مصالح جمعی با ترجیح جمع بر فرد مورد تاکید است (۱۱). هدف اجتماعی‌سازی، هدفی است که بوسیله آن می‌توان انتزاعی بودن هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان را به واقعیت نزدیک کرد. این هدف با نتیجه پژوهش آقای کوهساری خامنه (۱۳۹۶) ، انطباق دارد. ایشان در نتیجه پژوهش خود آورده که نظام‌های سلامت در برنامه‌ریزی‌های خود غافل از پاسخ آینده هستند و حتی در برنامه‌ریزی‌های اقدامات کوتاه مدت خود نیز دچار مشکلات عدیده‌ای می‌باشند. روندهای موجود و پژوهش حاضر نشان دهنده آن است که در برون‌یابی نظام سلامت تفکر چند پارادایمی وجود نداشته است. بدین لحاظ سیستم سلامت در معرض مخاطرات جدی و پیچیده بدون دور اندیشی لازم برای آن می‌باشد. ضرورت پرداختن به سیاست‌های اجتماعی به جای مراقبت‌های درمانی اکنون پیش از هر زمان دیگر به چشم می‌خورد. پیچیدگی پیرامونی نظام سلامت و تاثیرگذاری پیامدهای آن بر روی زندگی مردم، ضرورت دور شدن از اقدامات و رویکردهای درمانی و پر هزینه به سمت سیاست‌ها و اقدامات اجتماعی با همکاری همه بخش‌ها را نشان می‌دهد (۱۹). برای اجرای اجتماعی‌سازی و جلب همکاری مردم و سازمان‌های مردم نهاد نیاز مبرمی به استعاره‌سازی در نظام سلامت وجود دارد. این یافته منطبق بر نتیجه پژوهش آقای تانکوانچی^۳ (۲۰۱۸) است که رفاه به عنوان یک استعاره کلیدی در تعریف سلامت با تاکید بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و با جهت‌گیری مطالعات بین پارادایمی معرفی شده است (۲۰).

مقیاس متوسط^۱ و در نهایت ذیل ارزش فردی سیاست با مقیاس کوچک^۲ قرار گرفته است: ۱- سیاست‌های با مقیاس بزرگ در قالب جغرافیای محلی، ملی و بین‌المللی در ایجاد سیستم و سیاست‌های یکپارچه، پایدار و پاسخگو دخیل است. ۲- سیاست‌های با مقیاس متوسط در قالب سازمان‌ها و شبکه‌های مراقبت‌های بهداشتی، با محوریت ایجاد سازمان‌های کارآمد و شبکه‌های یکپارچه در بخش بهداشت و درمان و سایر بخش‌ها، که ارائه دهنده خدمات و محصولات مؤثر هستند. ۳- سیاست‌های با مقیاس کوچک متمرکز بر تعامل بین ارائه دهندگان خدمات بالقوه سلامت و گیرندگان این نوع از خدمات است.

با توجه به مدل دانشگاه ماستریچ هلند و اطلاعات بدست آمده از یافته‌های مربوط به تحلیل کنشگران می‌توان آن‌ها را ذیل سه نظام تحلیل کرد. الف- نظام عمومی سلامت که سیاست با مقیاس بزرگ نظام سلامت را شکل می‌دهد شامل همه کنشگران نظام سلامت به استثنای وزارت بهداشت و پزشکان خانواده است. در بین همه کنشگران این نظام سازمان‌های مردم نهاد جایگاه محوری دارد. این یافته منطبق بر نظر سازمان بهداشت جهانی است (۱۷). ب- نظام مراقبت سلامت که سیاست با مقیاس متوسط نظام سلامت را تشکیل می‌دهد در این نظام وزارت بهداشت کنشگر اصلی است. این یافته منطبق بر برنامه ششم توسعه کشور که در آن وزارت بهداشت در عرصه سازمانی نقش تولیت نظام سلامت را به عهده دارد. ج- نظام ارجاع که در آن پزشک خانواده نقش کلیدی دارد. این یافته منطبق بر یافته آینده‌پژوهانه نظام سلامت استرالیا است. (۱۸).

در مورد اهداف بلند مدتی که در این تحقیق به عنوان آینده مرجح نظام سلامت آورده شده، هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان جایگاه ویژه‌ای دارد. این یافته منطبق بر نتیجه مطالعه آقای نجاران طوسی (۱۳۹۶) در قالب رساله است. ایشان الگوی پیشرفت دانشگاه تراز انقلاب اسلامی که مبتنی بر اندیشه‌های امامین انقلاب اسلامی باشد را در طراحی حکمت بنیان بودن پیشرفت دانشگاه‌ها می‌داند. در این الگو نقش حکمت را در سه فرایند تربیت و

1. Mezo policy
2. Micro policy

3. Tankwanchi

برای اجتماعی سازی تنها جلب همکاری مردم و سازمان های مردم نهاد کافی نیست بلکه همه سازمان ها و نهادهای حکومتی متناسب با ماموریت خود باید در نظام سلامت مشارکت فعال داشته باشند. برای این منظور ترویج هدف زندگی طولانی سالم و با کیفیت مد نظر بوده که برای تحقق آن لازم است شاخص های مثبت سلامت یعنی شاخص امید به زندگی و امید به زندگی سالم به عنوان لیتانی یا همان واقعیت بیرونی نظام سلامت کشور در نظر گرفته شود. این یافته منطبق بر نتیجه مطالعه آقای تاکادم (۲۰۱۶) است که از این دو شاخص برای تعیین وضعیت سلامت جامعه و برنامه ریزی جهت بالا بردن کیفیت زندگی، حفظ سلامت و ارتقاء رفاه استفاده می شود. (۲۱)

وزارت بهداشت به عنوان متولی می تواند با استفاده از چهار هدف رفاه، سازمان و دانشگاه حکمت بنیان، اجتماعی سازی نظام سلامت و زندگی طولانی سالم و با کیفیت به گونه ای سیاست گذاری کند که از هدف سازمان و دانشگاه حکمت بنیان به عنوان یک بستر مطمئن برای بهره روری بیشتر، هدف رفاه یا توجه همه جانبه به ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی سلامت در داخل خود مجموعه سازمانی و دانشگاهی در ابعاد سیاست گذاری، آموزش و تحقیقات با محوریت پزشک خانواده برنامه ریزی کند. هدف اجتماعی سازی یک هدف کلیدی برای سیاست گذاری در نحوه تعامل فراگیر با سایر وزارت خانه ها و سازمان های مردم نهاد است. و در نهایت هدف زندگی طولانی سالم و با کیفیت که همان استفاده از شاخص های مثبت سلامت همچون شاخص امید به زندگی و امید به زندگی سالم است به عنوان یک خط مشی برای یکپارچه سازی سیاست ارتقاء سلامت با سیاست های پیشگیری، درمان و نوتوانی استفاده شود.

نتیجه گیری

فلسفه وجودی نظام سلامت هر کشوری در جهت گیری تندرستی محوری در مرتبه اول حفظ و ارتقاء سلامت شهروندان و در مراتب بعدی پیشگیری از بیماری ها، درمان و نوتوانی است. بطوریکه این شهروندان بتوانند در کنار خدمات عادلانه به رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی دست پیدا کنند. ما حاصل این رفاه طول عمر

همراه باکیفیت خواهد بود. نظام سلامت هر کشوری چیزی جدای از ایدئولوژی حاکم بر جامعه و سبک زندگی مردم آن ها نیست. سبک زندگی سالم باعث برقراری تعادل بین ارتباط انسانها از یک سو و ارتباط انسان با محیط زیست از سوی دیگر می شود که نتیجه آن کم شدن بار بیماری ها و بدنبال آن پایداری منابع مالی سلامت خواهد بود. پایداری منابع مالی فرصت برابر را در ارائه خدمات ایجاد می کند. ساختار فعلی حاکم بر نظام سلامت به دلیل رویکرد بیمار - سلامت گرا جوابگوی مقابله با نسل جدید بیماریها به دلیل تغییر سبک زندگی نیست. لذا پیشنهاد می شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دلیل دارا بودن وظیفه تولید نظام سلامت به تغییر پارادایم فعلی حاکم بر نظام سلامت بپردازد. پارادایم فعلی این وزارت خانه با یک ساختار مکانیکال، محتوای تخصصی و در زمینه بیمار- بیمارستان محور قادر نخواهد بود از تولید خود برای تشریک مساعی با سایر سازمان ها بهره ببرد. این وزارت خانه می تواند با تمرکز و برنامه ریزی با رویکرد تندرستی محوری (سالم- سلامت گرا) از پارادایم درمان نگر به پارادایم مراقبت نگر برسد. این رویکرد با یک ساختار دینامیکی و ارتباطی پویا با پزشکان خانواده از یک سو و تشکلات مردم نهاد از سوی دیگر و همچنین با توسعه گفتمان حکمت بنیان و توجه به مطالعات میان رشته ای و در یک زمینه شهروند- جامعه می تواند با یک رویکرد جامع، نیروهای بالقوه را در جامعه فعال کند. مطالعات آینده نگر به دلیل جامع نگری می تواند از آفت بخشی نگری پیشگیری کند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از رساله دکتری آینده پژوهی تحت عنوان طراحی سناریوهای نظام سلامت که در تاریخ ۹۶/۱۲/۳ و در جلسه ۷۹۲ شورای دانشگاه عالی دفاع ملی به تصویب رسیده است. از آنجاییکه مصاحبه های آینده پژوهانه با نمونه گیری هدفمند انجام می گیرد، لذا نتایج تحلیل این تحقیق کاملاً متکی بر دانش صریح و باور قلبی و شهود خبرگانی است که هم بر شیوه تحقیق در عرصه سلامت و هم بر راهبردی بودن این نوع از پژوهش ها آگاه هستند. در انتها از همه کسانی که ما را در انجام این تحقیق چه به عنوان مشاور و

چه به عنوان مصاحبه شونده یاری کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Hatami, H, Razavi, SM, Iftikhar Ardabili, H, Majlisi, F, Comprehensive book of public health, 3rd ed, Tehran, Arjmand Publications, 2014.
- Policy Council of the Ministry of Health, Achievement and Challenges and Horizontal front side Republic of Iran Health system, 1th ed, Tehran: Ministry of Health and Medical Education Publications, 2011
- Dalvandi, A, Madah, SSB, Khankeh, HR, Bahrami, F, Parvaneh, S, Hesamzadeh, A, Dalundi, N, Kiani, T, Explaining a Health-Based Lifestyle Based on Islamic Culture, Journal of Qualitative Research in Health Sciences, 2012; 1(4): 43-332
- Tabatabai, The necessity of future research in the medical education and health system of the country, Journal of the Center for the Study and Development of Medical Education, 2016; 12(2): 433-435.
- Ledford CJ, Cafferty LA, Russell TC. The influence of health literacy and patient activation on patient information seeking and sharing. Journal of health communication. 2015;20(sup2):77-82. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1066466> PMID:26513034
- Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? Global health action. 2016;9:32156. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32156> PMID:27876456 PMID:PMc5120385
- Wasi, P. Triangle That Moves the Mountain and Health Systems Reform Movement in Thailand, Human Resources for Health Development Journal (HRDJ), 2000; 4(2), available from: <http://www.hsro.or.th>
- van der Laan L. Health care foresight: identifying megatrends, convergence and scenarios of ways in which the future can be imagined. 2017.
- O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F, Watson R. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. Journal of clinical nursing. 2018;27(3-4):e412-e26. <https://doi.org/10.1111/jocn.14078>
- WHO, monitoring the building blocks of health systems a handbook of indicators and their measurement strategies, 2010, https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Sardar, Z, Islam, Postmodernism and Other Futures, 2003, 1rd Ed, Pluto Press, available at: www.plutobooks.com
- Holov S. Futurology of accounting. Bulletin of the National university" Lviv Polytechnic" Management and entrepreneurship in Ukraine: stages of formation and development problems. 2014;794:153-7
- Riedy C. An integral extension of causal layered analysis. Futures. 2008;40(2):150-9. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2007.11.009>
- Young SM. Field research methods in management accounting. Accounting horizons. 1999;13(1):76. <https://doi.org/10.2308/acch.1999.13.1.76>
- Rahbar F, Asl S-e, Ali A, Shahhosseini MA, Niazi E. Designing a Model for Scenarios Based on Identifying Key Factors and Analyzing the Key Actors' Interactions. Management Researches. 2018;11(39):61-90.
- Allen TD, Eby LT, O'Brien KE, Lentz E. The state of mentoring research: A qualitative review of current research methods and future research implications. Journal of Vocational Behavior. 2008;73(3):343-57. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2007.08.004>
- Lamé G, Jouini O, Stal-Le Cardinal J. Methods and contexts: Challenges of planning with scenarios in a hospital's division. Futures. 2019;105:78-90. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.09.005>
- WHO. system thinking for Health Systems Strengthening, 2009, available at: <http://www.who.int/alliance-hpsr>
- Inayatullah. Health futures for Queensland, Australia, 2000, available at: www.metafuture.org.
- Kouhsari Khameneh A, Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F. Adaptation Of Goals And Organizational Structure In Iran's Primary Healthcare System, A Systematic Review. Payavard Salamat. 2016;9(5):446-58.
- Tankwanchi ABS. Oppression, liberation, wellbeing, and ecology: organizing metaphors for understanding health workforce migration and other social determinants of health. Globalization and health. 2018;14(1):81. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0397-y> PMID:30092811 PMID:PMc6085714
- Tokudome S, Hashimoto S, Igata A. Life expectancy and healthy life expectancy of Japan: the fastest graying society in the world. BMC research notes. 2016;9(1):482. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2281-2> PMID:27793196 PMID:PMc5084424