

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم

وحید یزدی فیض آبادی^۱، رستم سیف الدینی^۲، مرجان قندی^۳، محمدحسین مهرالحسنی^۴

^۱ استادیار، دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲ استادیار، متخصص مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد ارزیابی فن آوری سلامت، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۴ دانشیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: محمدحسین مهرالحسنی، نشانی: کرمان، بزرگراه هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده

پژوهی در سلامت، تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۴۱۵، پست الکترونیک: mhmhealth@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

سلامت و حقوق بشر دو جز جدایی ناپذیر و مرتبط با هم هستند که تأمین و تضمین آن‌ها فراهم کننده و بهبود دهنده رفاه در هر جامعه‌ای است. تعریف رفاه، حقوق بشر و به دنبال آن سلامت به عنوان یکی از شاخص‌های ایجاد رفاه، مفاهیمی بحث برانگیز هستند که متناسب با رویکردها و گفتمان‌های مختلف تعریف و تبیین می‌شوند. اگر چه در حال حاضر تعریف سازمان جهانی بهداشت تنها تعریف مورد توافق برای سلامت از سوی کشورهای عضو این سازمان محسوب می‌شود، اما از شروع پیدایش این تعریف، جامعه بین‌الملل، نقدهایی بر آن وارد کرده است. در کلیات تعریف، مهم‌ترین نقدهای وارده شامل مبهم بودن، ایده آل گرا بودن، مانع بودن، عدم جامعیت، عدم وزندهی به هر یک از ابعاد سلامت، عملیاتی نبودن، تقلیل گرایی و نبود تعریف دقیق از وضعیت طبیعی و بیماری بود. پیامدهای این نقدها می‌تواند عملکرد نظام های سلامت را با چالش‌هایی نظیر افزایش انتظارات و توقعات مردم، افزایش هزینه‌های سلامت، گسترش بی‌رویه یک نظام فن آور محور، آسیب پذیری بالقوه برای وقوع فساد و کاهش کارایی و بی‌عدالتی مواجه سازد. شناخت و واکاوی این نقدها می‌تواند به تصمیم آگاهانه‌تر برای بازتعریف آن متناسب با گفتمان مطلوب نظر و دکتترین واحد سلامت آن کشور بیانجامد. در این مطالعه مروری کوتاه، ضمن اشاره مختصر به بافتار این تعریف، به مهم‌ترین نقدهای وارده بر تعریف سلامت اشاره می‌شود. در نهایت برخی پیشنهادات سیاستی برای بازتعریف سلامت مبتنی بر گفتمان اسلامی- ایرانی ارائه گردیده است.

واژگان کلیدی: سلامت، سازمان جهانی بهداشت، نقد، پارادایم

مقدمه

درک می‌شود. در همین ارتباط، یکی از تعاریف غالب و اساسی، تعریف ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت است که سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: "به زیستن/رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و نقص عضو (معلولیت) (۱). این تعریف ریشه در مبانی حقوق بشر دارد که بر دستیابی به عالی-ترین سطح ممکن از سلامت تأکید دارد و ارتباط تنگاتنگی با تحقق دیگر حقوق افراد همچون غذا، مسکن، آموزش، کار و غیره دارد (۲، ۳). مبنای این تعریف از حقوق بشر در دوران معاصر، بر چند اصل استوار است که عبارتند از: منشأ و مبانی این حقوق طبیعی، انسان است و نه خدا؛ هدف از این حقوق طبیعی حمایت از حقوق فردی است؛ آزادی ارزش برتر دارد و عقل انسان در

در گفتمان غالب امروز دنیا، بشریت به دنبال توسعه و بهبود رفاه زندگی در جامعه می‌باشد که دستیابی به آن مستلزم تعیین و تأمین حقوق بشر در سطح دنیا و حقوق شهروندی در سطح کشورهاست. از سوی دیگر یکی از اجزای مهم توسعه و رفاه اجتماعی را تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه می‌دانند به نحوی که این بعد به عنوان محور توسعه پایدار شناخته شده است. بنابراین سلامت و حقوق بشر دو مفهوم به هم پیوسته و مرتبط برای دستیابی به یک جامعه ایده آل از منظر توسعه همه جانبه و پایدار در ابعاد مختلف سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

مفهوم سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت و همچنین ضرورت بازنگری آن متناسب با گفتمان اسلامی-ایرانی پرداخته بودند، استخراج گردید. منابع انگلیسی با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Google Scholar، Web of Science و Scopus بازیابی گردید. این پایگاه‌های اطلاعاتی تا حد نسبتاً قابل توجهی از مجلات و مقالات معتبر را نمایه می‌کنند. همچنین برای بازیابی منابع فارسی زبان نیز، از پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Iran Medex (سامانه دانش گستر برکت) و Magiran استفاده گردید. واژه‌های کلیدی مورد استفاده شامل WHO health definition، Spiritual Health Human Rights، Physical Health، Mental health، Social Health و Critique و ریشه‌های آن در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان و تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت، حقوق بشر، سلامت معنوی، سلامت جسمی، سلامت روحی و روانی، سلامت اجتماعی، نقد و انتقاد در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی فارسی زبان بودند. این واژه‌ها به تناسب به صورت جستجوی اولیه و پیشرفته در هر یک از پایگاه‌های ذکر شده و با عملگرهای OR و AND مورد جستجو قرار گرفتند.

سه معیار اصلی انتخاب مقالات برای ورود به مطالعه شامل مقالات منتشر شده در فاصله زمانی ۱۹۴۷ (بدو شکل‌گیری سازمان جهانی بهداشت) تا سال ۲۰۱۷، تمامی مطالعات متمرکز بر تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت و نقدهای پیرامون آن و دسترسی به متن کامل مقالات بود. در مرحله اول عناوین مقالات مورد بررسی قرار گرفت و بعد از حذف موارد غیر مرتبط، چکیده مقالات منتخب مطالعه و در صورت داشتن معیارهای شمول به صورت تمام متن مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اینکه اغلب نقدها مبتنی بر دیدگاه‌های صاحب‌نظران بود، تمامی مقالات بررسی شده به صورت مقاله نقد و بررسی، دیدگاهی و نامه به سردبیر و مکاتبه بودند.

یافته‌ها

با جستجوی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی و بعد از حذف مقالات تکراری و غیرمرتبط ۶ مقاله به طور مستقیم به نقد تعریف سلامت مرتبط بود و تعداد ۱۴ مقاله نیز به موضوعات مرتبط با حقوق بشر و سلامت و همچنین چالش تعریف سلامت و بیماری بویژه سلامت معنوی در سطح بین‌الملل و داخل ایران و ضرورت تغییر پارادایم در ارتباط با تعریف سلامت اشاره داشت. تعداد یافته‌های بدست آمده از مرور منابع استخراج شده در سه محور شکل‌گیری

شناخت حقوق طبیعی خویش کفایت (۴). در ماده یک اعلامیه حقوق بشر در مبانی نظری آن، آمده است: "تمام افراد بشر آزاد به دنیا آمده‌اند و از لحاظ حیثیت و حقوق باهم برابرند..." و در مواد پایانی نیز به مسئولیت افراد اشاره شده است و تنها محدودیت‌هایی پذیرفته شده است که به وسیله قانون برای شناسایی و احترام به حقوق دیگران در یک جامعه دموکراتیک وضع شده‌اند. بنابراین نگرشی با محوریت انسان^۱ (۵) و عقلانیت و حقوق انسانی بر تعریف صورت پذیرفته از سوی سازمان ملل حاکم است که بر اساس یک سری حقوق صوری^۲ و سلبی^۳ سیر می‌کند و از هر گونه تکلیف و الزامی آزاد است. به عبارت دیگر به جایگاه انسان در نظام هستی با جهان بینی و پارادایم^۴ ماتریالیستی می‌پردازد (۶).

جدای از نقدهای برون پارادایمی، به رغم نقش سازنده تعریف سازمان جهانی بهداشت به توسعه سلامت مثبت در جامعه و نقش محوری تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، نقدهای درون پارادایمی از منظر تعریف، پیامد و توان پاسخگویی، بر آن وارد است؛ به نحوی که در عمل نظام‌های سلامت کشورها را از زوایای مختلف نظیر افزایش انتظارات مردم از خدمات سلامت، افزایش مخارج نظام سلامت، رشد بی‌رویه یک نظام فن‌آور-محور و تنگناهای مرتبط با تأمین عدالت و کارایی را تحت تأثیر قرار داده است. مقاله حاضر به مرور کوتاه کلیات شکل‌گیری مفهوم سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت، نقدهای درون پارادایمی وارده بر این تعریف و جمع‌بندی راهکارهای پیش رو برای تغییر پارادایمی و تعیین دکترین نظام سلامت کشور مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی می‌پردازد.

روش کار

در مطالعه مروری حاضر مهمترین مقالاتی که به بررسی و نقد

^۱اومانیسیم (Humanism): یک جریان فلسفی و ادبی است که در یونان باستان ریشه دارد و از نیم دوم قرن چهارم با شروع رنسانس در اروپا آغازی دوباره داشته و بر فضای فکری و فرهنگی مغرب زمین حاکم می‌گردد. این دستگاه فکری مقام انسان را ارج نهاده و حدود، علایق و طبیعت انسان را اصل و محور همه چیزی می‌داند و بر روح آزادی انسان تأکید دارد که خود شامل دو طیف متاله و ملحد می‌باشد.

^۲حقوق صوری (Superficial rights): دربرگیرنده شناسایی ارتباط حقوق با یک مسأله می‌باشد که به عنصر محوری در استدلال ارائه شده برای حل آن مسأله تبدیل می‌شود.

^۳حقوق سلبی/منفی (Negative rights): حقوقی مبتنی بر عدم اقدام و منع فرد برای هر اقدام مشخص و تعریف شده.

^۴پارادایم (Paradigm): مجموعه‌ای از عقاید و باورهای بنیادین که اهداف و جهت‌گیری‌های کلان را در عمل در قابل یک دستگاه و جریان فکری رقم می‌زند.

تفکیک از هم و مرتبط به هم می‌باشند (۲،۷). لذا مفهوم و هدف سلامت براساس سازمان‌های بین‌المللی در چارچوب مفهوم حقوق بشر قابل تعریف و درک می‌باشد و غایت امر، رفاه بشر مدنظر قرار گرفته است (۷). لازم به توضیح است که این حقوق نوین ابتدا در اعلامیه استقلال ۱۷۷۸ آمریکا و اعلامیه حقوق بشر و شهروند ۱۷۸۹ فرانسه و نهایتاً در اعلامیه جهانی حقوق بشر سازمان ملل ۱۹۴۸ تبلور و انسجام پیدا کرد؛ و دارای مبنای اومانیستی با پارادایم ماتریالیستی می‌باشد (۶).

در این راستا، سازمان جهانی بهداشت سلامت را "به‌زیستن/رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا معلولیت" تعریف نموده است که موضوع و غایت آن رفاه بوده که در چارچوب حقوق بشر تعریف شده است. در سال ۱۹۷۹، به دلیل خلا معنا و نبود غایت نهایی در مفهوم رفاه تعریف شده در بازه زندگی مادی انسان، سازمان بهداشت جهانی بحثی را مطرح کرد که بُعد معنوی^۲ که ضامن آرامش و شادی انسان در پناه یک غایت و معنویت باشد در تعریف سلامت گنجانده شود. پس از این، دولت‌های کشورهای اروپایی اعلامیه کپنهاگ را امضا کرده و متعهد شدند که نیازهای "معنوی" جمعیت را برای افراد، خانواده‌ها و جوامع تأمین کرده و همچنین سیاست‌های خود را برای دستیابی به "دیدگاه سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی در جهت توسعه اجتماعی" ارائه کنند (۸). به رغم این اقدامات هنوز این بعد به طور رسمی به تعریف اضافه نشده است و صرفاً موضوع سلامت معنوی در سطح آرایه خدمات مورد توجه صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران بین‌المللی قرار گرفته است (۹).

بنابراین، در تعریف سازمان جهانی بهداشت، نگاه به سلامت فرای یک نگاه تقلیل‌گرایانه^۳ زیستی و پزشکی است و بر نقش محوری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت جمعیت تأکید می‌ورزد. بر خلاف باور عامه، مراقبت پزشکی یک بخش جزئی و البته مهم برای سلامت است. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نقش بسیار پررنگ‌تری در سلامت دارند که یکی از این عوامل، طبقه اجتماعی است که به میزان گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. در همین راستا، انجمن پزشکی ایالات متحده رسالت سلامت عمومی را نیز اینگونه تعریف می‌کند: تضمین شرایطی که در آن افراد سالم باشند. تحقق این رسالت مستلزم این است که متخصصان سلامت عمومی، ماهیت اجتماعی این شرایط ضروری برای دستیابی افراد به بالاترین سطح سلامت را

مفهوم سلامت و تکامل آن، نقدهای تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت از منظر درون‌پاداریمی در چارچوب حقوق بشر اومانیسم و نقد برون‌پارادایمی ارائه شده است. در ادامه هر یک از این محورها با جزئیات تشریح شده است.

شکل‌گیری مفهوم سلامت و تکامل آن

مروری بر پیشینه تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که این سازمان بین‌المللی در سال ۱۹۴۵ با تصویب مجمع عمومی در سازمان ملل متحد به عنوان یکی از آژانس‌های سازمان ملل متحد تشکیل یافت و در سال ۱۹۴۶ اساسنامه آن مورد تصویب و از آوریل ۱۹۴۸ به اجرا گذاشته شد. این سازمان برای پاسخگویی به مسائل و نیازهای سلامت در سطح جامعه بین‌الملل تأسیس گردید. در همان سال تأسیس این سازمان، نشست عمومی سازمان ملل متحد بیانیه همگانی حقوق بشر را اعلان می‌کند. در این بیانیه در ماده ۲۵، هر فردی حق دستیابی به یک استاندارد زندگی مناسب و مکفی برای سلامت و به زیستن^۱ خودش و خانواده‌اش دارد. این حقوق دربرگیرنده حق مربوط به غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی است. در سال ۱۹۶۶، نشست عمومی سازمان ملل متحد عهدنامه بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به رسمیت شناخت که در سال ۱۹۷۶ به تصویب رسید. ماده ۱۲ این میثاق، حق هر کس به برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول از سلامت جسمی و روحی را مهم بر می‌شمارد (۲). بنابراین رویکرد به مسائل سلامت از طریق دیدگاه حقوق بشر بعد مهمی را برای توجه هر چه بیشتر به مسائل سلامت اضافه می‌کند (۷). کمیته پایش اجرای میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به طور گسترده و با جزئیات، وظایف طرف‌های عضو در ارتباط با ماده ۱۲ را مشخص کرده است. این کمیته؛ حق سلامت را در ارتباط تنگاتنگ و وابسته به تحقق سایر حقوق بشر همچون حقوق غذا، مسکن، کار، آموزش، کرامت انسانی، زندگی، عدم تبعیض، برابری، انصاف، مشارکت، ممنوعیت شکنجه و آزار، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و آزادی در تجمع‌ها، نشست‌ها و نهضت‌ها دانسته و بر آن تصریح کرده است. همین مساله شاهدهی بر این واقعیت است که تمامی مصادیق حقوق بشر، متقابلاً به هم وابسته، غیر قابل

^۱-Well-being

در متون فارسی واژه‌های متعددی نظیر سعادت، بهباشی، آسایش، بهروزی، به زیستن و حتی رفاه به عنوان معادل Well-being آورده شده است. در این مقاله از واژه به زیستن استفاده می‌شود.

^۲Spiritual aspect

^۳Reductionism

استراتژی‌های بازاریابی در بازار آزاد سلامت به منظور کسب سود می‌شود. در این پدیده‌ها به طور کلی با بازتعریف بیماری و گسترش مرزهای تشخیصی بیماری‌ها و ترویج رویکرد تهاجمی در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به این بازتعریف‌ها، بازارهای درمان و مداخله‌های آن را گسترش داده و با استفاده از استراتژی‌های بازاریابی، مصرف برخی از داروها را در جمعیت هدف، افزایش می‌دهند. این مسأله به وارونگی و رقیق شدن نسبت منافع به عوارض مصرف آن داروها در بیماران می‌انجامد. علاوه بر این، تغییرات پویای جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک نیز می‌تواند به الگوی متفاوت بیماری‌ها و بار آن‌ها در جوامع مختلف بیانجامد. به طوری که اکنون با رشد بیماری‌های مزمن غیرواگیر که سال‌ها افراد با آن سروکار دارند و افزایش قدرت تطابق‌پذیری و سازگاری فرد با شرایط جدیدش، چالش‌هایی در تعاریف بیماری ایجاد خواهد کرد. پیری با بیماری‌های مزمن تبدیل به هنجار شده است و بیماری‌های مزمن هزینه‌های پایداری برای بسیاری از سیستم‌های مراقبت بهداشتی، ایجاد کرده است. این تعریف نقش ظرفیت انسانی را در کنار آمدن با زندگی در حال تغییر همراه با چالش‌های جسمی، احساسی و اجتماعی کاهش می‌دهد و در تعارض با احساس تندرستی همراه با یک بیماری یا معلولیت مزمن قرار می‌گیرد.

دشواری در قابلیت اندازه‌گیری بعد سلامت روانی و نبود تعاریف عملیاتی در این بعد به طور مشخص و تمرکز بر پزشکی‌شدن برای حل مسائل اجتماعی افراد و چالش در تفاوت‌های ماهوی بین معنویت، مذهب و آموزه‌های ادیان مختلف، از چالش‌های عمده در ابعاد سلامت سازمان جهانی بهداشت می‌باشد.

نقد برون پارادایمی

نقدهای درون پارادایمی تعریف سلامت سازمان بهداشت جهانی در چارچوب پارادایم حقوق بشر سازمان ملل و پیامدهای آن مخصوصاً گرانی خدمات پزشکی نوین، تهاجمی بودن، عدم پاسخگویی لازم نظام‌های سلامت دنیا به تغییرات الگوی بیماری، منجر به شکل‌گیری جریان اصلاحات در درون نظام سلامت از سوی دولت‌ها در اکثر کشورها گردید (۲۴) و همچنین مردم دنیا به سمت دیگر مکاتب و پارادایم‌های سلامت یعنی طب‌های سنتی

بیماری را در نتیجه تعارض بر سر قدرت و منافع بین گروه‌های ذی‌نفع نظام سلامت به وقوع می‌پیوندد.

^۲ Inverse benefit law

درک و در مداخله‌های خود مدنظر قرار دهند (۱۰). در سایر تعاریف تعدیل شده نیز بر محوریت توانمندسازی فردی برای تحقق نقش‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی، توانایی مواجهه با فشارهای جسمی، بیولوژیکی و اجتماعی و احساس به‌زیستی و عاری از بیماری و مرگ ناپهنگام تأکید کرده است (۱۱). براساس همین دیدگاه‌ها از حقوق بشر و سلامت، حقوق سلامت و مراقبت‌های سلامت از طرف اکثر کشورها به عنوان حقوق اساسی شهروندان و جز وظایف حاکمیتی برای تضمین توسعه و رفاه اجتماعی محسوب شده است (۷، ۱۲).

به رغم برخی ویژگی‌های مطلوب و اتکا و توافق جامعه بین‌الملل بر تعریف از سلامت، نقدهای درون و برون پارادایمی غیر از دستگاه‌های فکری اومانیسم در این زمینه وجود دارد که در ادامه به نقدهای درون پارادایمی این تعریف پرداخته می‌شود.

نقدهای تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت

یافته‌های مرتبط با نقدهای وارده به تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت در دو محور کلی کلیات تعریف و ابعاد سلامت سازماندهی شدند. یافته‌های کلیات تعریف نشان داد که مبهم بودن تعریف، ایده‌آل‌گرا بودن، مانع نبودن تعریف، عدم جامعیت، عدم وزن‌دهی به هر یک از ابعاد سلامت، عملیاتی نبودن، تقلیل‌گرایی و نبودن تعریف دقیق از وضعیت طبیعی و بیماری مهم‌ترین نقدهای مرتبط با کلیات تعریف هستند. در جدول شماره ۱ توصیف هر یک از این نقدها آورده شده است.

جدول شماره ۲ مهم‌ترین پیامدهای حاصل از نقدهای وارده بر تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت را بر حسب ابعاد چهارگانه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نشان می‌دهد. یافته‌های این بخش نشان داد که گسترش بی‌رویه مداخله‌های گران و غربالگری‌های نابجا و نامناسب می‌تواند در نتیجه تعریف متفاوت از بیماری و باز تعریف‌های آن و همچنین گسترش قلمرو نظام مراقبت‌های سلامت ایجاد شود. این مسأله همچنین می‌تواند موجب سوءاستفاده‌هایی شود که به پدیده‌هایی همچون تجارت بیماری^۱ و قاعده منفعت وارونه^۲ بیانجامد که محرک بهره‌گیری از

^۱ تجارت بیماری (Disease Mongering): نگاه ایده آل‌گرایانه به تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت و استفاده از ابزارهای پزشکی برای امور اجتماعی در سلامت به طور بالقوه می‌تواند زمینه ساز توسعه بی‌رویه فن‌آوری‌های دارویی، تجهیزات و پزشکی را فراهم آورد که برای تشخیص و درمان انواع بسیار خفیف تر و ساده تر بیماری که در واقع ممکن است بیماری تلقی نشوند، مورد استفاده قرار گیرد که این امر پدیده‌ای تحت عنوان تجارت

انتخاب مردم جهت ارتقای سلامت جوامع خویش، اتخاذ کرده‌اند (۲۷). در ایران نیز براساس سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ در بند ۱۲ بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران مد نظر قرار گرفت تا ضمن بررسی مبانی نظری، فلسفی و ارزشی طب سنتی ایران به چگونگی ترکیب و بکارگیری مزیت‌ها و تجربیات پزشکی نوین در قالب ظرفیت‌های مختلف مکتب طب ایرانی-اسلامی بپردازد (۲۸). البته در این زمینه در مورد وجود طب اسلامی دیدگاه‌های مخالف و موافق مختلفی ارایه شده است که موافقان نیز دارای رویکردهای مختلفی همچون طب اسلامی به عنوان رویکرد تاریخی، روش و دستورالعمل عملی به عنوان یک مکتب می‌باشند؛ البته نظر علمی غالب، وجود مکتب طب اسلامی-ایرانی است که دارای مبانی، اصول، ایدئولوژی، علوم پایه و منابع حکم است و نمی‌توان در حد توصیه‌ها و دستورات محدود و خاص خلاصه نمود (۲۹).

در همین راستا اقداماتی صورت گرفته است. به عنوان مثال براساس اصول حاکم بر نظام جمهوری اسلامی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، سلامت معنوی را تعریف نموده است. در این تعریف، سلامت معنوی "وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با قابلیت‌ها و ظرفیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خداوند متعال است، فراهم می‌شود. به گونه‌ای که همه امکانات درونی به صورت هماهنگ و متعادل در جهت هدف مذکور بکار گرفته شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد" (۳۰). اگرچه این تعریف برای یک بُعد از سلامت مدنظر قرار گرفته است، اما مبانی و ایدئولوژی اسلامی آمده در این تعریف مهم است که غایت سلامت را، تعالی و تکامل انسان در راستای تحقق تقرب به خداوند دانسته و نه به-زیستن کامل (آنچه مقصود تعریف رفاه سازمان جهانی بهداشت است). همچنین بر کل شرایط حصول، شامل روابطی که انسان با خدا، خویش، دیگران و طبیعت دارد، تاکید کرده و موضوع اختیار انسان را اصلی محوری می‌داند. لذا این تعریف بیانگر تغییرات بنیادین و پارادایمی در دیدگاه به سلامت می‌باشد. البته پایه‌ریزی عملی این مفهوم مستلزم تعیین شاخص‌های روشن و عملیاتی، تبیین جایگاه و نگاشت نقش و نهاد در ارتباط با مولفه‌های تعریف و تطبیق با عناصر درونی جامعه نظیر مبانی فرهنگ، باورها و ارزش‌های حاکم بر جامعه ایرانی-اسلامی است (۳۱، ۳۲). شکل ۱ توصیفی از رخدادهای درون و برون پارادایمی تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت را نشان می‌دهد.

گرایش پیدا کردند (۲۵). به نحوی که همراه با گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت در خصوص عملکرد نظام سلامت و ضرورت اصلاحات در آن، این سازمان در گزارشی دیگر در سال ۲۰۰۲ ضمن به رسمیت شناختن طب سنتی (مکمل و جایگزین)، به تعریف، چستی و انواع آن^۱ و مراکز فعال و استقبال کشورهای مختلف در این زمینه به ویژه بیماری‌های مزمن (مخصوصاً سرطان) پرداخت. در این گزارش وجود اصطلاحات و مفاهیمی که قابل ترجمه به زبان روز دنیا (غربی و انگلیسی) نیستند، بزرگ‌ترین مشکل دانسته شده و اعلام شده است که هر مکتب یا پارادایمی، فرهنگ واژگان^۲ خاص خویش را دارد و تطبیق و ترجمه تحت اللفظی این اصلاحات به پزشکی رایج نه تنها ضرورتی ندارد، بلکه نباید انجام شود؛ چرا که شیوه تفکر و استدلال، دیدگاه‌ها و فلسفه وجودی این پارادایم‌ها و مکاتب با یکدیگر و پزشکی رایج متفاوت است. بنابراین آنچه ضروری است، تشخیص درست بیماری، درمان و نتیجه مناسب آن در هر مکتب می‌باشد (۲۶). این گزارشات بیانگر ناکارآمدی تعریف سازمان جهانی بهداشت و پیامدها و الزامات آن در صحنه عمل و همچنین پذیرش نقدها، رویکردها و مکاتب برون پارادایمی در سطح بین‌المللی است.

همانگونه که اشاره شد، بعد از کم‌رنگ شدن دوران مدرنیته و ظهور دوران پسامدرن به ویژه از سال ۲۰۰۰ به بعد، فضای ظهور، ارائه و بازاندیشی در خصوص مکاتب و پارادایم‌های دنیا ایجاد شد که در حوزه طب و پزشکی نیز این امر مستثنی نمی‌باشد و بسیاری از کشورها مطابق آنچه در گزارش سازمان جهانی بهداشت ذکر گردید، ترکیبی جامع از کل مکاتب طبی با توجه به حق

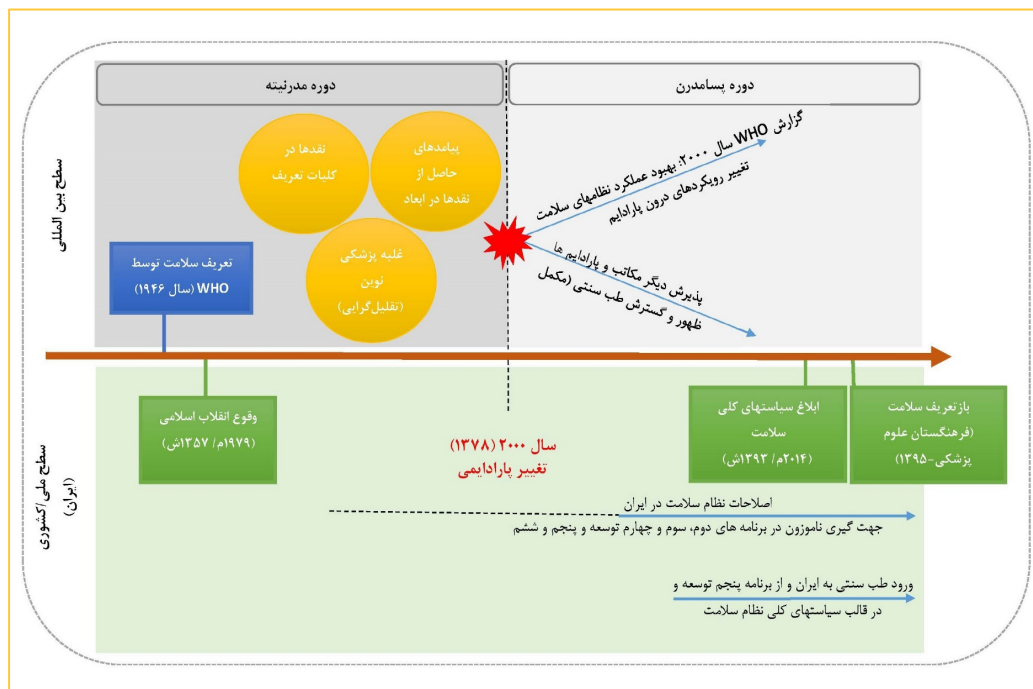
^۱ - براساس این گزارش، هر روش درمانی که خارج از محدوده روش‌های درمانی پزشکی جدید باشد، طب مکمل و جایگزین و یا به اختصار CAM (Complementary and Alternative Medicine) تعریف می‌شود. سازمان NCCAM یا مرکز ملی طب مکمل و جایگزین آمریکا که از مراکز وابسته به وزارت بهداشت (HSS) و مرکز ملی سلامت (NIH) کشور آمریکا می‌باشد و با سازمان جهانی بهداشت سازمان ملل متحد در این زمینه همکاری نزدیک دارد، CAM را به چهار شاخه‌های اصلی شامل سیستم‌های پزشکی جایگزین، انرژی درمانی، درمان از طریق حرکت دادن اعضای بدن، درمان بیماری‌های جسمی از طریق ذهن تقسیم نموده است. در این میان سیستم‌های پزشکی جایگزین، شامل تئوری و روش‌های درمان مخصوص به خود هستند که با پزشکی جدید تفاوت بنیادی دارند که عمدتاً مکاتب طبی دنیا در یونان، چین و ایران (مکتب خوزی و جندی شاپور قبل از اسلام و مکتب سینوی و رازی بعد از اسلام) را در بر می‌گیرد که قبل از رنسانس و ظهور پزشکی نوین در دوران مدرنیته در دنیا رایج بودند؛ سه شاخه دیگر به عنوان طب‌های مکمل شناخته می‌شوند.

^۲ Terminology

جدول شماره ۱- مهم‌ترین نقدهای مرتبط با کلیات تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت

| محور نقد | توصیف نقد |
|---------------------------------|--|
| مبهم بودن | مفاهیم سلامت، صلح، شادی و عدالت بسیار کلی و عمومی هستند که تعریف و تشخیص مرز میان آنها دشوار است. اقدامات و مداخلات درمانی متضمن ارزشها و جهت‌گیری‌هایی است که وابسته به درک ذهنی مفاهیمی نظیر شادی و سلامت است (۱۵). این واژه‌ها اگر در مبانی فلسفی خود تعریف و تبیین نشوند می‌توانند با کلی‌گویی که در تعریف سازمان جهانی بهداشت به آنها اشاره شده است، موجب آسیب در تأثیر مداخلات درمانی و بهبود سلامت گردند. بعلاوه تفسیر و درک یکسان و همگرایی از واژه‌های کامل، به-زیستن اجتماعی، بیماری و ناتوانی نمی‌دهد (۱۳). |
| ایده آل گرا بودن | بیشترین انتقاد از تعریف مربوط به کلمه مطلق "کامل" در رابطه با سلامت است. اولین مشکل این است که ناخواسته به پزشکی شدن جامعه کمک می‌کند. برای سلامت کامل نیاز است تا بیشتر مواقع خودمان را از بیماری رها کنیم. تأکید مداوم بر سلامت جسمی کامل می‌تواند منجر به مداخله‌های گران برای غربالگری گروه زیادی از مردم در شرایط لازم شود و ممکن است حتی در سطوح بالاتر پزشکی منجر به وابستگی و مخاطره گردد (۱۵). کامل بودن به معنای مطلق کلمه و مبین ایده‌آل‌گرایی و مطلق‌گرایی است که دست‌یافتنی نیست. بیشتر یک هدف غایی است تا راهنمایی برای یک اقدام عملی و واقع‌گرایانه (۱۶، ۱۵). واژه "کامل" یک واژه دست‌نیافتنی است در حالی که "سطوح کافی و مناسب" از سلامت مناسب است که متأثر از فرهنگ، سن، سطح ناتوانی و سایر متغیرهاست (۱۵). |
| مانع نبودن | مرز بین شادی و سلامت متمایز نیست و ارتباط ثابت و پایداری ندارند. به‌زیستن کامل جسمی، روانی و اجتماعی بیشتر به شادی نزدیک است تا سلامت. این دو واژه تجربیات متمایزی از زندگی را نشان می‌دهند. ابتلا به یک بیماری سخت شما را کمتر شاد می‌کند اما عدم ابتلا به یک بیماری جدی، الزاماً به شادی نمی‌انجامد (۱۷). |
| جامع نبودن | با توجه به ابعاد پیچیده سلامت، محدود کردن آن به ابعاد چهارگانه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در تعریف، ساده‌انگارانه است (۱۶). |
| عدم وزن دهی ابعاد سلامت | وزن دهی مشخصی بین ابعاد سلامت وجود ندارد و به طور پیش فرض ابعاد چهارگانه، وزن یکسانی دارند. کدام بعد بر دیگری ارجحیت دارد و چه ترکیبی از ابعاد مناسب‌ترین است؟ (۱۶) |
| عملیاتی نبودن | بعلاوه این مسأله عملیاتی نبودن تعریف را نیز نشان می‌دهد. اگرچه چندین سیستم برای طبقه‌بندی بیماری طراحی شده است که جنبه‌های بهداشتی، ناتوانی، عملکرد و کیفیت زندگی را توصیف می‌کند، اما به دلیل اشاره به واژه "حالت کامل" این تعریف عملیاتی و قابل اندازه‌گیری نیست (۱۸، ۱۶، ۱۴). تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، تعریفی عملیاتی نیست؛ بلکه مفهومی گسترده برای تمامی فرهنگ‌هاست در حالی که عملیاتی کردن تعریف سلامت متناسب با فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (۱۷-۱۵). |
| تقلیل‌گرایی | مطلق‌گرایی واژه کامل به طور ناخواسته منجر به پزشکی‌شدن جامعه می‌شود (۱۵) چرا که طبق این تعریف بیشتر افراد جامعه در اغلب اوقات ناسالم هستند. |
| نبودن تعریف دقیق طبیعی و بیماری | سالخوردگی همراه بیماری مزمن یک پدیده طبیعی تلقی می‌شود و بیماری‌های غیرواگیر بیشترین مخارج سلامت را به خود اختصاص می‌دهند که این مسأله به پایداری منابع فشار وارد می‌آورد. در این بافتار، تعریف سازمان جهانی بهداشت آسیب‌زاست چرا که طبق این تعریف افرادی با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها به طور قطع بیمار تلقی می‌شوند. این مسأله، ظرفیت انسان برای سازگاری ارادی با چالش‌های رو به تغییر جسمی، روانی و اجتماعی زندگی را نادیده می‌انگارد و کارکرد کامل و احساس به‌زیستن همراه با یک بیماری مزمن و یا ناتوانی را کنار می‌گذارد (۱۹، ۱۵، ۱۴). |

| حیطه / بُعد | محور نقد |
|-------------|---|
| جسمی | <p>گسترش بی‌رویه مداخله‌های گران و غربالگری‌های نابجا و نامناسب: با توجه به گرایشات به سمت فن‌آوری پزشکی، صنایع دارویی با همکاری سازمان‌های تخصصی و بازتعریف بیماری‌ها از گسترش قلمرو نظام مراقبت‌های سلامت حمایت می‌کنند. تکنولوژی‌های غربالگری جدید به دنبال کشف موارد غیرطبیعی در سطوحی است که هرگز بیماری را باعث نمی‌شود و شرکت‌های دارویی، داروهایی را برای شرایطی تولید می‌کنند که پیش از این به عنوان مشکل سلامت تلقی نشده‌اند. آستانه‌ها برای مداخله‌ها رو به کاهش می‌گذارد. برای مثال در مورد فشار خون، چربی‌ها و قند. تأکید صرف روی به‌زیستن کامل جسمی منجر به این می‌شود که گروه‌های جمعیتی بزرگتر، واجد شرایط برای انجام غربالگری یا مداخله‌های گران قیمت شوند؛ حتی در مواقعی که تنها یک شخص می‌تواند از این غربالگری‌ها منفعت کسب کند و این سطح وابستگی پزشکی و خطر را افزایش می‌دهد (۱۵).</p> <p>تغییرات پویای اپیدمیولوژیک و جمعیت شناختی: ماهیت بیماری‌ها و ویژگی‌های جمعیت شناختی از دهه‌های قبل به طرز چشمگیری تغییر پیدا کرده است. در سال ۱۹۴۸، بیماری‌های حاد بار عمده بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دادند و بیماری‌های غیرواگیر منجر به مرگ زودرس می‌شدند. اما الگوی بیماری‌ها با مداخله‌های سلامت عمومی نظیر بهبود تغذیه، بهداشت، بهسازی محیط و مداخله‌های قوی تر بهداشتی درمانی تغییر پیدا کرد. شمار افرادی که با بیماری‌های مزمن زندگی میکنند در سراسر دنیا رو به افزایش است. الگوی مرگ و میر در حاشیه‌های شهر به دلیل بیماری‌های غیرواگیر افزایش یافت (۱۵).</p> |
| روانی | <p>اشکالات وارده بر جوانب عملیاتی و قابلیت اندازه‌گیری تعریف در ابعاد مختلف (نبود تعاریف عملیاتی برای ابعاد سلامت بویژه ابعاد روانی و معنوی) (۱۶).</p> <p>شفاف نبودن تعریف اختلال، بیماری و ناتوانی‌های روانی</p> |
| اجتماعی | <p>تمرکز بر پزشکی شدن در ابعاد رفاه اجتماعی دارد. در کاربرد به‌زیستن اجتماعی به افراد و جوامع این ابهام وجود دارد که آیا به‌زیستن اجتماعی، محیط جامعه است یا وضعیت کارکردی افراد؟ (۱۶) اگر سلامت فردی مد نظر است واژه سلامت روانی-اجتماعی واژه مناسب‌تری در مقایسه با به‌زیستن اجتماعی است چرا که به کنترل فرد در سلامت خود توجه دارد و هر دو به‌زیستن اجتماعی و معنوی را در بر می‌گیرد. عد اجتماعی اگر چه بر سلامت تأثیر مستقیم و قابل توجهی دارد، اما جز عوامل و شرایط خارجی است که سلامت هر فرد را متأثر می‌کند و نمی‌تواند برای تعریف سلامت فردی مورد استفاده قرار گیرد (۱۶).</p> |
| معنوی | <p>معنویت با مذهب یکسان تلقی شده است در حالی که یکی نیستند (۹).</p> <p>معنویت تعریف عملیاتی دقیق و مشخصی ندارد (۲۰).</p> <p>سنجه‌های مشخص و دقیق و مورد توافقی برای مولفه‌های معنویت وجود ندارد (۲۱، ۲۰). اما مرتبط با مفاهیمی همچون وفا، امید، معنا و هدف در زندگی فردی است و به پیوند بین فرد، دیگران و خدا (یک واقعیت بزرگتر) اشاره دارد و بر سلامت تأثیرات مثبتی می‌گذارد (۲۳-۲۱).</p> <p>مذهب یک پدیده اجتماعی و ماهیت نهادی دارد و می‌تواند تأثیرات متفاوت مثبت و منفی را بر سلامت بگذارد. در حالی که معنویت یک ماهیت غیرمادی است (۲۳، ۲۰).</p> <p>معنویت و مذهب سازه‌های مکنون و چندبعدی هستند که به طور مستقیم قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیستند و سنجه واحدی ندارند که مضمون ضروری آنها را دربرگیرد؛ اما می‌توانند از مشاهدات مرتبط با برخی ابعاد، مولفه‌های آن درک شوند (برای مثال معرفت، فرهنگ، سلامت، توسعه، شخصیت) (۲۰).</p> <p>تعریف سلامت به عنوان به‌زیستن کامل با افزایش بیماری‌های غیرواگیر در تناسب نیست و مستلزم تغییر تمرکز به سمت توانایی‌سازی و خودمدیریتی در مواجهه با چالش‌های اجتماعی، جسمی و روانی است (۱۵).</p> |



شکل شماره ۱- روند زمانی مهم‌ترین رخدادهای درون و برون پارادایمی تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت

بحث

چرا که ابعاد سلامت در انتزاع برای درک بهتر تفکیک می‌شود و در واقعیت عینی با هم ارتباط تنگاتنگ و پیچیده‌ای دارند. همین مسأله موجبات رشد بی‌رویه فن‌آوری‌های دارویی، زیستی، تجهیزات پزشکی و مواردی از این قبیل است که خود نیز به طور بالقوه زمینه بروز فساد در نظام سلامت را موجب می‌شود و پدیده‌هایی همچون داد و ستد بیماری، گسترش بی‌رویه، ناکارآمد و کمتر اثربخش فن‌آوری‌های زیستی پیشگیرانه، درمانی و دارویی را رقم می‌زند. در نتیجه سلامت به عنوان یک صنعت با تمرکز بر گسترش رویکرد بازار آزاد و اومانیزم فردگرایی منظور می‌شود. لذا در این زمینه نیاز به تعریف و بازتعریف اساسی مفاهیم عملیاتی، ضرورت می‌یابد.

این تعریف به دلیل مطلق‌گرایی و واژه "حالت کامل" عملیاتی نیست. سازمان جهانی بهداشت چندین سیستم برای طبقه‌بندی بیماری توسعه داده است که جنبه‌های بهداشتی، ناتوانی، عملکرد و کیفیت زندگی را توصیف می‌کند. اما به دلیل اشاره به واژه "حالت کامل" این تعریف عملیاتی و قابل اندازه‌گیری نیست (۱۶، ۱۸).

از آنجا که سلامت به عنوان به زیستن/بهباشی/رفاه تعریف شده است، منجر به عدم تمایز این مفاهیم از مفاهیمی همچون سعادت، صلح، عدالت، انصاف و بویژه شادی شده است. تمایز قائل نشدن سلامت از شادی و به‌زیستی مسأله چالش برانگیز دیگری است که نقدهایی به دنبال دارد. چرا که این عدم تمایز، حداقل

تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت از ابتدا با منطق رفاه کامل در سه بُعد اصلی جسمی، روانی و اجتماعی شروع و با مباحث و اقدامات مرتبط با بُعد سلامت معنوی در طی زمان تکمیل گردید. ویژگی‌های مثبتی در مفهوم سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت وجود دارد که به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین این ویژگی‌ها توجه به رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ارتقای سلامت افراد و جوامع است که ریشه در مبانی حقوق بشر بین‌المللی دارد. اما در عمل، به واسطه استفاده از ابزارهای پزشکی برای حل مسائل اجتماعی و تقلیل‌گرایی تعریف، رویکرد پزشکی‌شدن غلبه بیشتری دارد. این مسأله نیز در عمل موجب می‌شود، ذینفعان مختلف خارج از بخش سلامت نیز از منظر دور شوند و کمتر در سیاست‌گذاری‌ها نقش جدی ایفا کنند. از طرفی ایستایی تعریف سلامت و ایده‌آل‌گرایی آن موجب شده است که نتوان تعاریف عملیاتی مشخص و روشنی برای ابعاد سلامت، بویژه ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی و همچنین مرز روشنی بین مفاهیمی از جمله رفاه، به‌زیستی/بهباشی/به‌زیستن، شادی، عدالت و صلح ارائه کرد. این مسأله خود موجب تقویت رویکرد تقلیل‌گرایانه پزشکی به حل مسائل پیچیده و درهم تنیده سلامت می‌شود که در عمل کارآمدی و پاسخگویی چندانی در قبال نیازهای سلامت و تغییرات الگوی بیماری در طی زمان ندارد؛

براساس دکترین تعیین شده

۴. بازتعریف و تبیین سیاست‌های کلی نظام سلامت کشور بر اساس دکترین سلامت تعریف شده
 ۵. بازتعریف و بازنگری سند چشم‌انداز و برنامه‌های توسعه ملی کشور و اولویت‌های مرتبط با سیاست‌های کلان سلامت
- تحقق این پیشنهادات مستلزم تمرکز بر یکی از مهم‌ترین وظایف تولیت یعنی استفاده از خرد جمعی با تأکید بر استفاده حداکثری از ظرفیت‌های ساختاری حقیقی و حقوقی همه جانبه ذینفعان درون و بیرون نظام سلامت می‌باشد. استفاده از ظرفیت‌ها و جریان‌های فکری مختلف، موجب دستیابی حداکثری به تضارب آرا و ایجاد وحدت رویه برای تحقق سلامت همه جانبه می‌شود. برای این منظور نیز راه‌اندازی و تشکیل اندیشکده ملی سلامت پیشنهاد می‌گردد که نمایندگانی از تمامی افکار و جریان‌های فکری در آن حضور داشته و از ظرفیت ساختارهای مرتبط دیگر نظیر مرکز الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت و فرهنگستان علوم پزشکی کشور استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه به مرور نقدهای عمده مرتبط با تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت پرداخت. در این راستا ضمن توصیف نقدهای درون و برون پارادایمی از منظر حقوق بشر سازمان ملل، به چالش‌ها و پیامدهای منتج از آن‌ها در ابعاد چهارگانه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره داشت که مستلزم توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان ملی برای تدوین و بازتعریف دکترین سلامت و بالطبع سیاست‌های منتج شده از آن‌ها در ایران مطابق با الگوی اسلامی-ایرانی می‌باشد.

چهار پیامد اصلی را بدنبال دارد. این پیامدها عبارتند از: اتلاق مشکل سلامت برای هر گونه انحراف از شادی و استفاده از ابزارهای پزشکی برای حل آن؛ بی‌حد و حصر بودن تلاش برای کسب شادی و در نتیجه ایجاد تقاضاهای نامحدود برای پاسخ به آن؛ تلقی رویکرد تجویزی به شادی و محدود کردن ارزش استقلال و آزادی فردی در کسب آن؛ و کاهش شدید منابع در نتیجه تلاش غیرقابل حصول برای تضمین شادی و در نتیجه ایجاد چالش عدالت برای تحقق آن در کل جامعه (۱۷).

از سوی دیگر با توجه به ناکارآمدی‌های مذکور و ظهور جریان پسامدرن، نقدهای برون پارادایمی شدت گرفت و دیگر مکاتب و پارادایم‌های پزشکی و طب سنتی از سال ۲۰۰۲ در کنار پزشکی رایج به رسمیت شناخته شد. در این میان، مسأله اصلی شفاف نبودن مرزهای بین سعادت، رفاه، شادی، صلح و عدالت است که این موضوع نیازمند تبیین مبانی، ارزش‌ها و ایدئولوژی در هر مکتب می‌باشد و اینکه کدام مکتب در عمل می‌تواند مسیر درست را در جهت هدف تعریف شده محقق نماید. اگرچه تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت مورد توافق نسبی جامعه بین‌الملل است اما تحقق حداکثری رسالت این تعریف یعنی ارتقای سلامت، مستلزم توجه به زمینه‌های فکری، ارزشی و ایدئولوژیک هر کشور می‌باشد. بنابر آنچه که گفته شد به نظر می‌رسد حاکمیت هر کشوری باید متناسب با مبانی نظری و گفتمانی حاکم بر اداره کشور براساس گزاره‌های هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی و انسان‌شناسی خویش نسبت به بازتعریف سلامت و مفاهیم کلیدی مرتبط با آن (سعادت و رفاه) پرداخته تا کمک قابل توجهی به تبیین دکترین سلامت و طراحی الزامات آن در هر کشور شود.

در نهایت، برای کشور ایران پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه مبانی ایدئولوژیک و گفتمان اسلامی-ایرانی نسبت به تعریف انسان، هستی و معرفت در مقایسه با کشورهای دیگر متفاوت و متمایز می‌باشد، لازم است برای دستیابی به دکترین واحد سلامت اقدامات زیر انجام گیرد:

۱. بازتعریف سلامت بر مبنای فلسفه و حکمت اسلامی در چارچوب گفتمان جمهوری اسلامی
۲. تعیین دکترین سلامت بر مبنای بازتعریف صورت گرفته از سلامت و اصول و مبانی قانون اساسی جمهوری اسلامی
۳. تدوین الگوی پیشرفت اسلامی-ایرانی در نظام سلامت کشور

منابع

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation 1946. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
2. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health and human rights: WHO EMRO; 2007.
3. Mann J. Health and Human Rights: If Not Now, When? *American Journal of Public Health*. 2006; 96: 1940-3.
4. Javid M, Anvari M. The Concept of Human Rights in the Old and New Western. *Private Law Studies Quarterly*. 2010; 40: 65-83
5. Derakhsheh J, Nosratpanah MS, Fakhari M. Studying on Universality of Universal Declaration of Human Rights from the Perspective of Critique of Humanistic Foundations. *Contemporary Political Studies*. 2012; 3: 61-90.
6. Mousazadeh E. The West and Islam Perspectives of Human Rights: The Relationship of Right and Duty in Legal Thought of Islam. *Islamic State*. 2012; 16: 33-50.
7. Leary VA. The Right to Health in International Human Rights Law. *Health and Human Rights*. 1994; 1: 24-56.
8. Vader J-P. Spiritual health: the next frontier. *European Journal of Public Health*. 2006; 16: 457-.
9. Dyson J, Cobb M, Forman D. The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 26: 1183-8.
10. Mann JM. Health and human rights. *BMJ : British Medical Journal*. 1996; 312 924-5.
11. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*. 1982; 8: 33-41.
12. Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*. 2008; 372: 2047-85.
13. Callahan D. The WHO Definition of 'Health'. *The Hastings Center Studies*. 1973; 1: 77-87.
14. Wylie CM. The Definition and Measurement of Health and Disease. *Public Health Reports*. February 1970; 85: 100-4.
15. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ (Clinical research ed)*. 2011; 343: d4163.
16. Larson JS. The World Health Organization's Definition of Health: Social versus Spiritual Health. *Social Indicators Research*. 1996; 38: 181-92.
17. Saracci R. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ: British Medical Journal*. 1997; 314: 1409-10.
18. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ (Clinical research ed)*. 2008; 337.
19. The L. What is health? The ability to adapt. *The Lancet*. 2009; 373: 781.
20. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist*. 2003; 58: 24.
21. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1995; 9: 371-8.
22. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*. 2001; 14: 352-7.
23. Park CL. Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007; 30: 319-28.
24. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Switzerland, Geneva: World Health Organization; 2000.
25. Bodeker G, Kronenberg F. A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *American Journal of Public Health*. 2002; 92: 1582-91.
26. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002-2005. Switzerland, Geneva: World Health Organization; 2002.
27. Ansari-pour M, Naseri M, Esfehiani M, Nabipour I, Rakhshani F. Modernity and Tradition in Medicine. *History of Medicine Journal*. 2017; 9: 139-67.
28. Supreme Leader Of Iran. General Health Policies of the Islamic Republic of Iran: Office of Iran's Supreme Leader 2014. 2014. Available from: <http://81.91.157.27/DocLib2/Approved%20Policies/Offered%20General%20Policies/general%20policies%20on%20healthy.aspx.html>.
29. Sadeghi S, Mahdaveinejad G, Sadeghi A, Farhidzadeh E. Islamic Medicine Theory and Agree Views. *History of Medicine Journal*. 2012; 4: 11-32.
30. Mesbah M, Mahkam R, Moslehi J, Jahangirzadeh Qomi M, Marandi S. Islamic Approach to Spiritual Health. Tehran: Hoghooghi Publication; 2014.
31. Marandi SA, Azizi F. Position, Definition and Difficulties of Establishing Spiritual Health Concept in the Iranian-Islamic Society. *Medical Ethics Journal*. 2011; 4: 11-21.
32. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooski E, Naseri Rad M, Akbari Lakeh M. Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health: A Methodological Study. *Medical Ethics Journal*. 2012; 6.

The World Health Organization's Definition of Health: A Short Review of Critiques and Necessity of A Shifting Paradigm

Yazdi-Feyzabadi V¹, Seyfaddini R², Ghandi M³, Mehrolhassani MH⁴

1- Assistant Professor, PhD in Health Policy, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Neurologist, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MSc Student in Health Technology Assessment, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Mehrolhassani MH, mhmhealth@gmail.com

(Received 11 March 2018; Accepted 10 May 2018)

Health and human rights are two inseparable and interrelated elements, whose provision and assurance enhance welfare in any society. Definition of welfare, human rights, and health as indicators of welfare development is controversial which is done in accordance with different approaches and discourses. Although the WHO definition is currently the only definition of health agreed upon by the member states of the Organization, it has been subject to criticism by the international society. In general, the most important criticisms include ambiguity, ideality, limitlessness, lack of comprehensiveness, lack of weighting to aspects of health, being non-operational, reductionism, and lack of a precise definition of the normal condition and disease. These criticisms would expose health systems to some challenges such as increased expectations of people, rapidly growing health expenditure, inconsistent expansion of technology-based systems, increased vulnerability to corruption, and equity and efficiency issues. Identifying and examining these criticisms can lead to a more informed decision to redefine health according to the favorable and context-sensitive discourse of the health doctrine in each country. This short review briefly describes the context and the most important criticisms of the WHO definition of health. Eventually, some policy suggestions are presented for redefining health according to Islamic-Iranian discourse.

Keywords: Health, World health organization (WHO), Criticism, Paradigm