

نقد فرانظری مبانی هستی‌شناختی حکمرانی دولت‌ها در سیاست‌گذاری سلامت برای کنترل همه‌گیری کووید-۱۹ (مطالعه موردی ایران)

رسول صفراهنگ*

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

در آغاز سال ۲۰۲۰، همه‌گیری جهانی ویروس کرونا متأثر از سرایت ویروس از راه تنفس انسان به انسان، شبکه ارتباطات انسانی را با محدودیت روبه‌رو کرد و دولت‌ها را برای حفظ جان شهروندانشان در یک «وضعیت استثنایی» قرار داد؛ از این رو پژوهشگر، «چگونگی اثرگذاری هستی‌شناسی حکمرانی دولت بر سیاست‌گذاری سلامت برای کنترل پاندمی‌ها» را با رویکرد انتقادی و به روش «توصیفی-تحلیلی» بر پایه هشت اندیشه برابری‌طلبی، فایده‌گرایی، لیبرالیسم، شخص‌گرایی، قابلیت‌گرایی، کمونیستی، مساوات‌طلبی، و

* (نویسنده مسئول) دانشجوی دکترای علوم سیاسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، (safarahang@ut.ac.ir)

تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۳

پژوهشنامه علوم سیاسی، سال پانزدهم، شماره دوم، بهار ۱۳۹۹، صص ۲۲۴-۱۸۳

بهبود استثنایی، در وضعیت استثنایی همه‌گیری جهانی کووید-۱۹ بررسی، و در ادامه «چیستی مبانی آنتولوژیک حکمرانی دولت در ایران برای کنترل ویروس کرونا» را با رهیافت فرانظریه و روش «فرایند تاریخی»، نقد کرده است.

این مقاله، به این بحث پرداخته است که تقدم مبانی هستی‌شناختی دولت بر سیاست‌های سلامت، سبب می‌شود که حکمران سیاسی، با کنشگری محدود اما کارگزار محور در رویارویی با همه‌گیری‌ها، تحت تأثیر پارادایم‌های فلسفی، مفهوم سلامت جوامع انسانی را در چارچوب‌های معنایی متفاوتی به کار ببرد. پژوهشگر به این نتیجه رسیده است که سیاست‌گذاری سلامت در منطق استثنا، متأثر از مبانی هستی‌شناختی این جوامع، دارای ویژگی «تمرکزگرایی» در شیوه‌های اعمال قدرت حکمران سیاسی برای حفظ «جمعیت جامعه»، به مثابه عنصر بنیادین دولت است. این در حالی است که سیاست‌گذاری سلامت در ایران، تا انقلاب مشروطه، در بافت منازعه «سنت و تجدد»، متأثر از عناصر «خردستیز و عرفان‌گرا» و در تقابل با «امر ملی»، و پس از آن تا انقلاب اسلامی، متأثر از تفسیر ایدئولوژیک از سنت بوده است. پس از انقلاب اسلامی، سیاست‌گذاری سلامت با قرائتی سوسیالیستی از حکمرانی اسلام سیاسی برای عدالت همراه بوده است، و در سال ۲۰۲۰، قوه مجریه در ایران بر پایه نظریه‌های حکمرانی «مشارکتی-جهانی»، کوشش کرده است برای کنترل شیوع ویروس کرونا سیاست‌گذاری کند.

واژگان کلیدی: حکمرانی، دولت، ایران، سیاست‌گذاری سلامت، بهداشت،

COVID-19

مقدمه

گسترش بیماری کرونا در سال ۲۰۲۰ و مرگ بسیاری از انسان‌ها، موجب اهمیت یافتن شناخت مبانی هستی‌شناختی^۱ سیاست‌گذاری برای سلامت بشر در حکمرانی‌های گوناگون شده است. در ایران، تعداد زیادی از مردم و نخبگان، بر اثر بیماری کرونا جان باختند.

آنچه در ادامه می‌آید، درآمدی بر رابطه شیوه حکمرانی^۲ دولت‌ها و سیاست‌گذاری سلامت^۳ برپایه این پیش‌فرض است که مبانی هستی‌شناختی رابطه بین دولت و جامعه، مؤلفه‌ای تعیین‌کننده در شیوه حکمرانی دولت‌ها است. نگارنده، ویژگی‌های حکمرانی دولت‌ها در وضعیت استثنایی پاندمی^(۱) یا همه‌گیری کرونا را در هر نوع هستی‌شناسی‌ای، به گونه‌ای «استدلالی» تبیین کرده است. ادعای نویسنده این است که «با قرار گرفتن دولت‌ها در یک وضعیت استثنایی و نیازمند حکمرانی متفاوت، سیاست‌های سلامت در این جوامع، تحت تأثیر مبانی هستی‌شناختی حفظ عناصر بنیادین دولت توسط حکمران قرار می‌گیرند»؛ بنابراین، در چارچوب رویکرد فراترینه، توضیح خواهیم داد که سیاست‌گذاری سلامت در هر نوع حکمرانی‌ای، در وضعیت استثنایی همه‌گیری کرونا، بر کدام بنیاد هستی‌شناختی بنا شده است. «فراترینه، درباره «چگونگی بنیاد نظریه‌ها» سخن گفته و بین انواع فهم‌های موجود از جهان و هستی‌شناسی آن‌ها درباره واقعیت، ارتباط برقرار می‌کند» (معینی، ۱۳۹۶: ۵-۶). پس از نقد مبانی هشت نظریه، به موضوع همه‌گیری‌ها در ایران پرداخته و

1. Ontology
2. Governance
3. Health Policy

«کشور ایران» را به‌عنوان نمونه موردی، از منظر مبانی هستی‌شناختی سیاست‌گذاری سلامت در رویارویی با ویروس کرونا در فاصله سال‌های ۱۸۸۱ تا ۲۰۲۰، بررسی خواهیم کرد. در این مقاله، فرضیه پژوهش را با انطباق داده‌های پژوهش‌های موجود درباره کرونا با نتایج پژوهش‌های تاریخی درباره همه‌گیری در ایران، به‌آزمون گذاشته و با مشاهده تکرارپذیری نتایج، در چارچوب فرانظریه، فهم سیاست‌گذار ایرانی از حکمرانی برای سلامت در همه‌گیری‌ها را نقد کرده است.

یافتن، معرفی، و تجزیه و تحلیل مبانی هستی‌شناختی حکمرانی دولت‌ها در اتخاذ سیاست‌های سلامت برای کنترل همه‌گیری ویروس کرونا، به‌عنوان هدف اصلی این پژوهش کیفی بررسی می‌شود و نقد فرانظری مبانی هستی‌شناختی سیاست‌گذاری سلامت در ایران برای کنترل همه‌گیری‌ها، با بررسی پیش‌فرض‌های هستی‌شناختی حکمرانی دولت برای کنترل ویروس کرونا، نیز هدف فرعی پژوهش است؛ از این رو، پرسشی که مطرح می‌شود، این است که «چگونه هستی‌شناسی حکمرانی دولت‌ها بر سیاست‌گذاری سلامت برای کنترل همه‌گیری کرونا تأثیر می‌گذارد؟» و «مبنای هستی‌شناختی حکمرانی دولت در ایران، برای سیاست‌گذاری سلامت در دوره همه‌گیری کرونا چیست؟»

۱. پیشینه پژوهش

پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده درباره فلسفه سیاست‌گذاری سلامت و نتایج آن‌ها در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول شماره (۱). پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده درباره فلسفه سیاست‌گذاری سلامت

نام پژوهشگر	سال انتشار	عنوان پژوهش	نتایج
جهانگیر معینی علمداری	۱۳۹۴	تأملی در فلسفه سیاست‌گذاری عمومی	بازسازی فلسفی سیاست‌گذاری عمومی را براساس سه مؤلفه اصول، ارزش، و دانش، بررسی کرده و به این نتیجه رسیده است که سیاست‌گذاری عمومی، به‌مثابه یک دانش، نمی‌تواند از بازبینی پیوسته مبانی خود، سر باززند.
وحدانی‌نیا	۱۳۹۶	طراحی الگوی مفهومی حکمرانی برای سلامت در جمهوری اسلامی ایران	سلامت را به‌مثابه گره اصلی شبکه حکمرانی به‌شمار آورده و آن را در همه سیاست‌ها الگوسازی کرده است. این تنها مطالعه کیفی به روش نظریه مبنایی بوده است، اما بنیادهای هستی‌شناسانه حکمرانی در سیاست‌گذاری‌های سلامت در آن مفقود است.

لیو، یوانلی ^۱	۱۹۹۸	انتقال اقتصادی و انتقال سلامت: مقایسه چین و روسیه	در نتایج خود به ارتباط مستقیم اصلاحات نظام اقتصادی با سیاست‌های بهداشتی پی برده و نتیجه گرفته است که اصلاحات اقتصادی چین و رویکرد اقتصاد آزاد آن توانسته است تأثیر مثبتی بر سیاست‌های بهداشتی داشته باشد، اما در روسیه این سیاست‌ها به دلیل تمرکز بیشتر اقتصاد و وابستگی بهداشت به بودجه عمومی، نسبت به چین، رشد کمتری داشته است.
Cockerhama, William	۲۰۰۵	سبک زندگی و ایدئولوژی سیاسی در بلاروس، روسیه، و اوکراین، علوم اجتماعی و پزشکی	به بررسی ارتباط ایدئولوژی سیاسی با سلامتی مردم در بلاروس، روسیه، و اوکراین پرداخته و نتیجه گرفته است که کمونیسم موجب تضعیف اعمال سبک‌های مثبت سلامتی برای جمعیت شوروی شده است و افرادی که مایل به ترمیم کمونیسم هستند، نسبت به ضدکمونیست‌ها شیوه زندگی بدتری در زمینه سلامتی داشته‌اند. روی هم رفته، کوکرهام به این نتیجه رسیده است که آزادی و دموکراسی با سلامتی در شیوه‌های زندگی افراد رابطه مستقیم دارد.
Radoilska, Lubomira	۲۰۰۹	اخلاق بهداشت عمومی و لیبرالیسم	با بررسی مقایسه‌ای سیاست‌های سلامت در لیبرالیسم و جمهوری، استدلال‌های فلسفی‌ای را در مورد مزایای لیبرالیسم در عرصه بهداشت عمومی، مطرح کرده است.
Carlo Petrini	۲۰۱۰	مدل‌های نظری و چارچوب‌های عملیاتی در اخلاق بهداشت عمومی	با بررسی ادبیات فلسفه اخلاق و تأثیر آن بر سیاست‌های بهداشت عمومی، نتیجه‌گیری کرده است که شخص‌گرایی، بهترین رویکرد برای رویارویی با مشکلات اخلاقی، نه تنها در پهنه بیولوژیک بالینی، بلکه در اخلاق بهداشت عمومی است.
Elif, Perihan	۲۰۱۶	تقویت نظریه عدالت جان راولز برای پوشش سلامت و عوامل مؤثر بر سلامت	تلاش کرده است، نظریه رالز را درباره سیاست‌گذاری سلامت، توسعه دهد. وی بر این نظر است که رالز، حق سلامتی را در نظریه‌اش توجیه نکرده و می‌توان با در نظر گرفتن سلامتی به‌مثابه کالای اساسی، از حق سلامتی برای افراد، در بدترین وضعیت، از پشت حجاب چهل سخن گفت.
Horton, Eleanor	۲۰۱۶	مراقبت‌های بهداشتی جامع اولیه در چارچوب نتولیرالیسم در استرالیا	به این نتیجه رسیده است که دولت نتولیرالی استرالیا، مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای جلوگیری از بیماری را به‌عنوان بخش اساسی‌ای از سیاست گسترده‌تر توسعه اقتصادی و اجتماعی در نظر گرفته است که هدف آن، ارتقای سلامت مردم توسط دولت است. در نتولیرالیسم استرالیایی، تمرکز بر ارائه خدمات بالینی، با سیاست‌های دولت سازگار است.
فروزان اکرمی ^۲	۲۰۱۷	تحلیل مبنای سیاسی-اخلاقی نظام سلامت ایران براساس نظریه‌های عدالت	از منظر نظریه‌های عدالت و با تمرکز بر نظریه‌های جان رالز، سیاست‌های کلی سلامت در ایران را بررسی و در نتیجه‌گیری تأکید کرده است که تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری سلامت، بدون توجه به فرهنگ اسلامی، هیچ توجیهی در جوامع اسلامی ندارد.
مارتسولف، گرانث ^۳	۲۰۱۹	ادغام فلسفه سیاسی در آموزش سیاست‌گذاری بهداشت	در این پژوهش هدف از آموختن فلسفه سیاست‌گذاری سلامت، درک مفروضات فلسفی مربوط به سیاست‌های بهداشتی است تا درک نزدیک‌تری بین سیاست‌گذار و بیماران ایجاد شود و اثربخشی و کارایی سیاست‌های سلامت افزایش یابد.

1. Liu, Yuanli
2. Akrami and Forouzan
3. Martsolf, Grant

۲. روش پژوهش

در این مقاله، موضوع پژوهش با به‌کارگیری ابعاد فرانظری (هستی‌شناسی)، بررسی و تحلیل شده است. این مطالعه بر مبنای رویکرد انتقادی و روش توصیفی-تحلیلی و با بررسی ابعاد فرانظری (معینی، ۱۳۹۶: ۵-۶)، مبانی هستی‌شناختی سیاست‌گذاری دولت‌ها در عرصه سلامت را بر پایه هشت اندیشه برابری‌طلبی^(۲)، فایده‌گرایی^(۳)، لیبرالیسم^(۴)، شخص‌گرایی^(۱)، قابلیت‌گرایی^(۵)، کمونیستی، مساوات‌طلبی، و بهزیست‌گرایی، در وضعیت استثنایی همه‌گیری کووید-۱۹ بررسی کرده است. در این راستا، رویکرد روش‌شناختی انتقادی اتخاذ شده و هدف، ارائه تفسیری انتقادی از رابطه هستی‌شناسی سیاسی دولت و سیاست‌گذاری سلامت بوده است. این مقاله که به روش تحقیق اسنادی-کتابخانه‌ای انجام شده است، به لحاظ روش‌شناختی، با مفروض گرفتن تمایز میان علوم طبیعی و علوم اجتماعی (به تعبیر دیلتای)، در پی شناخت چگونگی اثرگذاری علوم اجتماعی بر فهم نتایج مشاهده‌های تجربی یکی از رشته‌های علوم طبیعی، یعنی علم پزشکی است؛ از این رو، در مرحله نخست، به تشریح مبانی نظری حکمرانی دولت‌ها پرداخته‌ایم؛ در مرحله دوم، مبانی هستی‌شناختی هشت مکتب فلسفی را بر پایه مفهوم سلامتی و بهداشت و با مداخله متغیر همه‌گیری کرونا، به‌آزمون گذاشته و تفسیر کرده‌ایم. در مرحله سوم، با بررسی مبانی هستی‌شناختی اثرگذار بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران برای رویارویی با بیماری‌های واگیردار، با رویکردی کیفی و روش پژوهش «فرایند تاریخی» (سیدامامی، ۱۳۹۵: ۳۹۹)، ضمن مطالعه پژوهش‌های انجام‌شده تا امروز، ساختمان هستی‌شناختی مؤثر بر روندهای آتی سیاست‌گذاری سلامت در ایران را نقد و بررسی کرده‌ایم. این روش، که *تدا/اسکاچپول* (۱۹۸۴) آن را بر مبنای سه راهبرد در اجرا تعریف کرده است، به روش تاریخی-تفسیری و به‌اعتبار برخی مفاهیم کلیدی، با مقایسه وجوه تمایز منحصر به فرد، موارد تاریخی را آشکار می‌کند (سیدامامی، ۱۳۹۵: ۴۰۹-۴۰۷).

۳. مبانی هستی‌شناختی نظام‌های حکمرانی

در این بخش، نظریه‌های دوره باستان، سده‌های میانه، و تا نیمه نخست قرن نوزدهم، درباره رابطه حکومت، دولت، و حکمرانی بررسی شده است.

جدول شماره (۲). سیر تطور مفاهیم حکومت، حکمرانی، و دولت

عنوان نظریه	نظریه‌پرداز و دوره زمانی
دولت مبتنی بر عدالت، قدرت سیاسی، و عقل فلسفی	افلاطون، ۴۲۷-۳۴۷ ق.م
دولت متکی بر مصالح همگان و مبتنی بر عدالت، قانون محوری و شهروندمحوری	ارسطو، ۳۸۵-۳۲۲ ق.م
دولت مبتنی بر عدالت، قانون و احکام دینی	اگوستین، ۳۴۰-۴۳۰
دو دیدگاه واقع‌گرا و حقیقت‌نگر به دولت، رفتار دولت براساس مصلحت با تکیه بر آزادی، در نگاه واقعیت‌نگر و توجه به دین و قانون در نگاه حقیقت‌نگر	ماکیاویلی، ۱۵۲۷-۱۴۴۹
دولت مبتنی بر قانون، عدالت و بهترین شکل حکومت نیز سلطنت شاهانه است.	بدن، ۱۵۹۶-۱۵۳۰
تفکیک قدرت سیاسی از قدرت روحانی و تأکید بر آزادی و عدالت	هابز، ۱۶۷۹-۱۵۸۸
غایت دولت، امنیت، آسایش و رفاه، جدایی قوای مقننه، قضائیه و مجریه از همدیگر، اصل برابری در حقوق شهروندی، حکومت مبتنی بر قرارداد اجتماعی با نظام اخلاقی کارآمد با هدف اعمال عدالت و رفاه	لاک، ۱۷۰۴-۱۶۳۲
تقسیم‌بندی حکومت به جمهوری، سلطنتی، و استبدادی مطلق، نظریه تفکیک قوا، آزادی و قانون‌مداری، ویژگی بارز دولت خوب و حکومت جمهوری مبتنی بر تقوا، بهترین نوع حکومت	منتسکیو، ۱۷۵۵-۱۶۸۹
دولت مبتنی بر قرارداد اجتماعی، اطاعت از اراده عمومی و قانون	روسو، ۱۷۷۸-۱۶۸۹
فرایند دیالکتیکی شکل‌گیری دولت، تحقق آزادی، عدالت و تدوین قوانین به‌عنوان وظایف دولت	هگل، ۱۸۳۱-۱۷۷۰
اصل سودمندی عمومی در حکومت، حکومت مبتنی بر اکثریت سیاسی، آزادی گفتار و برخورداری افراد از حق نمایندگی و وجود فرمانروایانی که براساس اقتصاد آزاد عمل می‌کنند، ضامن امنیت مشروطه	بتهام، ۱۸۳۲-۱۷۴۸

منبع: قلی‌پور، ۱۳۸۳

۴. درخت دانش حکمرانی

«علوم حکمرانی، دربردارنده آن دسته از دانش‌هایی است که تأمین‌کننده بنیان‌های نظری و گزاره‌های دانشی حکمرانی خوب هستند. تحقق شاخص‌های حکمرانی نیازمند به‌کارگیری آموزه‌های دانش خاصی است که می‌توان از آن‌ها با عنوان «علوم حکمرانی» تعبیر کرد. علوم حکمرانی، چهار سطح انسان، جامعه، دولت، و طبیعت (محیط زیست) را دربر می‌گیرند.

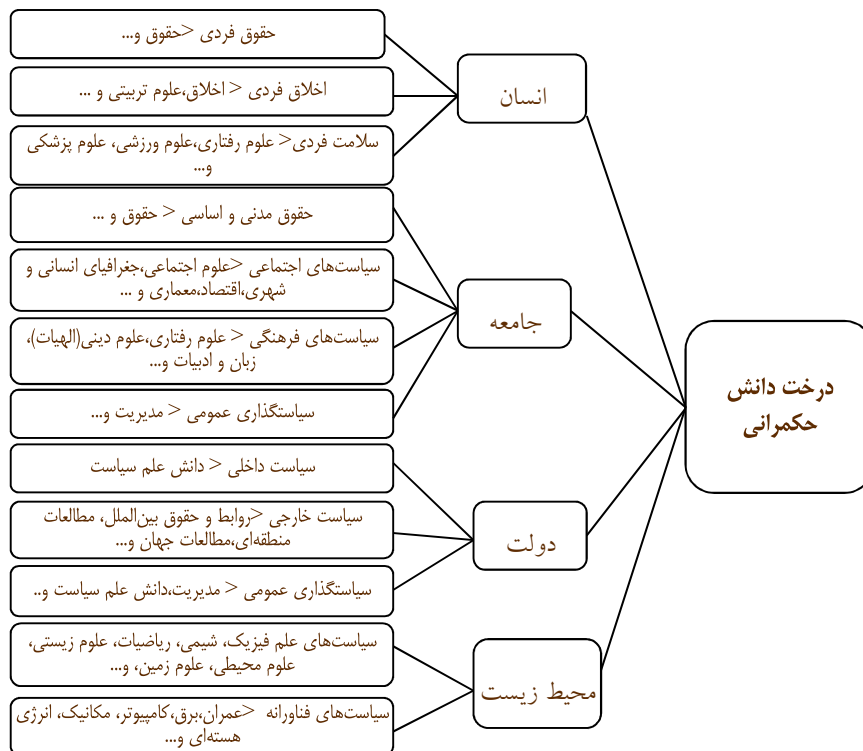
انسان: در این سطح، حکمرانی در مورد حقوق، اخلاق، و سلامت فردی انسان اعمال می‌شود. به‌عبارت روشن‌تر، حکمرانی، حقوق انسان، اخلاق، و سلامت فردی وی را دربر می‌گیرد. براین‌اساس، حکمرانی دانش‌هایی همچون حقوق، علوم تربیتی، علوم رفتاری، علوم ورزشی، و علوم پزشکی را شامل می‌شود.

جامعه: حکمرانی در سطح جامعه و زندگی جمعی، ناظر به حقوق اساسی و مدنی انسان، سیاست‌های اجتماعی، سیاست‌های فرهنگی، و درنهایت، سیاست‌گذاری عمومی است.

دولت: حکمرانی در سطح دولت، دربردارنده عرصه‌هایی همچون سیاست داخلی، سیاست خارجی، و سیاست‌گذاری عمومی است. در این سطح، حکمرانی،

سیاست داخلی و سیاست خارجی دولت را دربر می‌گیرد. محیط زیست: در سطح چهارم، حکمرانی معطوف به طبیعت یا محیط زیست است. در این پهنه، حکمرانی، سیاست‌های مربوط به علم و فناوری را دربر می‌گیرد. این سیاست‌ها شامل عرصه‌های مختلف محیط زیست انسان می‌شود» (میراحمدی، ۱۳۹۷: ۵۹).

نمودار شماره (۱). درخت دانش حکمرانی



منبع: میراحمدی، ۱۳۹۷: ۵۹

۵. حکمرانی‌های گوناگون: تفاوت‌ها و شباهت‌ها

۵-۱. حکمرانی خوب

از آنجاکه مسئله مورد نظر ما، هستی‌شناسی حکمرانی دولت‌ها و رویکردهای سلامت است، لازم است در اینجا تعریف‌های حکمرانی و حکمرانی خوب را بررسی کنیم (جدول شماره ۳).

جدول شماره (۳). تعریف‌های حکمرانی و حکمرانی خوب

منبع	تعریف حکمرانی	تعریف حکمرانی خوب
بانک جهانی	فرایندها و نهادهایی که از طریق آن، تصمیم‌گیری شده و اقتدار در یک کشور اعمال می‌شود.	جامعیت و پاسخ‌گویی تحقق‌یافته در سه بخش مهم: انتخابات، پاسخ‌گویی، و تعویض حاکمان (اظهارنظر و پاسخگویی، پایداری و فقدان خشونت)، کارآمدی نهادها، مقررات، و مدیریت منابع (چارچوب نظام‌دهنده: کارآمدی حکومت)، احترام به نهادها و قوانین و تعاملات میان کنشگران در جوامع مدنی، تجارت و سیاست (کنترل فساد، برابری حقوقی)
برنامه عمران سازمان ملل	اعمال اقتدار اقتصادی، سیاسی و اجرایی به‌منظور اداره امور جامعه در همه سطوح حکمرانی، سازوکارها، فرایندها، و نهادهایی را دربر می‌گیرد که از طریق آن، شهروندان و گروه‌ها منافع خود را منسجم و مشخص می‌کنند.	حکمرانی خوب عبارت است از «قاعده‌مندی، شفافیت، پاسخ‌گویی، کارآمدی و انصاف، ترویج برابری حقوقی، تضمین اینکه اولویت‌های سیاسی، اجتماعی، و اقتصادی مبتنی بر همفکری جمعی است و به اظهارنظرهای فقرا و افراد آسیب‌پذیر در تصمیم‌گیری درباره اختصاص منابع توسعه توجه می‌شود».
صندوق بین‌المللی پول	باتوجه به اهداف صندوق بین‌المللی پول، حکمرانی منحصر به جنبه‌های اقتصادی... در دو حوزه بهبود اداره منابع عمومی... حمایت از حفاظت از شفافیت و اقتصاد پایدار و محیط قانون‌مند است.	تضمین برابری حقوقی، بهبود کارآمدی و پاسخ‌گویی بخش عمومی، و کاهش فساد
کافمن	اعمال اقتدار از طریق سنت‌ها و نهادهای رسمی و غیررسمی: ۱. فرایندی که براساس آن، حاکمان انتخاب می‌شوند، بر آن‌ها نظارت می‌شود، و تغییر می‌کنند؛ ۲. ظرفیت حکومت برای اینکه سیاست‌های درست را به‌گونه‌ای کارآمد، تدوین و اجرا کند؛ ۳. احترام شهروندان به نهادهایی که تعامل اقتصادی و اجتماعی را اداره می‌کنند.	در شش جنبه می‌توان آن را سنجید (اظهارنظر و پاسخ‌گویی، ثبات سیاسی و فقدان خشونت، جرم و آدم‌کشی، کارآمدی حکومت، فقدان تحمیل‌های قانونی، برابری حقوقی و کنترل فساد)
هایدن و همکاران	قواعد رسمی و غیررسمی‌ای که تنظیم‌کننده قلمرو عمومی و محدوده‌های هستند که دولت در آن همراه با کنشگران اقتصادی و اجتماعی درحال تعامل برای تصمیم‌گیری است.	در پنج جنبه (مشارکت، انصاف، شایستگی، کارآمدی، پاسخ‌گویی و شفافیت) می‌توان حکمرانی خوب را در شش حوزه (جامعه مدنی، جامعه سیاسی، حکومت، بوروکراسی، جامعه اقتصادی، و قوه قضائیه) سنجید.
دیکست ^۱ ، ۲۰۰۹	اقتصاد حکمرانی، مجموعه‌ای از ساختارها و عملکردهای قانونی و اجتماعی نهادهایی است که با حمایت از حقوق مالکیت، اجرای قراردادهای و اتخاذ کنش جمعی، از فعالیت‌های اقتصادی و مبادلات اقتصادی حمایت می‌کنند.	حکمرانی خوب برای تضمین سه پیش‌نیاز اساسی بازار اقتصادی (حفاظت از حقوق مالکیت، اجرای قراردادهای، کنش جمعی) لازم است. اقتصاد حکمرانی خوب از همه فرایندهای اسمیتی حمایت می‌کند که براساس آن، افراد در امور گوناگون متخصص می‌شوند و به‌منظور دستیابی به نهایت توان اقتصادی، مبادله می‌کنند.
گریندل ^۲ ، ۲۰۱۰	هنگامی که از واژه حکمرانی برای بحث درباره حکومت و بخش عمومی استفاده می‌کنیم، منظور بنیان ساختاری-نهادی اقتدار عمومی و تصمیم‌گیری است. در این وضعیت، واژه حکمرانی نهادها، نظام‌ها، قواعد بازی، و عوامل دیگری را دربر می‌گیرد که مشخص می‌کنند، چگونه تعاملات سیاسی و اقتصادی، ساختارمند می‌شوند، چگونه تصمیم‌ها گرفته می‌شود، و منابع تخصیص می‌یابند.	حکمرانی خوب در بسیاری از موارد، بیانگر فهرستی از ویژگی‌های پسندیده است که حکومت باید داشته باشد. حکمرانی خوب، بیانگر نگرانی‌های هنجاری درباره اموری است که دولت باید انجام دهد، مانند کاهش فقر، حفظ ثبات سیاسی یا خدمات پایه‌ای.

1. Dixit
2. Grindle

۱-۱-۵. حکمرانی عمومی^۱

این تعریف دو جنبه مکمل کیفیت مدیریت عمومی را پیشنهاد می‌کند؛ نخست، دستیابی به کیفیت زندگی برای ذی‌نفعان در نظام حاکمیت عمومی مهم است و دوم، دستیابی به فرآیندهای تعامل بین این ذی‌نفعان که با معیارها یا هنجارهای توافق‌شده هماهنگ است (بوورد و لوفلر^۲، ۲۰۰۳: ۲۲۸-۲۱۷).

۲-۱-۵. حکمرانی خصوصی^۳

حکمرانی خصوصی هنگامی اتفاق می‌افتد که نهادها و موجودیت‌های خصوصی (یا غیردولتی)، سیاست‌های عمومی را پایه‌گذاری می‌کنند. حکمرانی‌ای که دولت‌ها طراحی می‌کنند، «دولتی» نام دارد. مفهوم دوم (حکمرانی دولتی) در مقابل حکمرانی خصوصی قرار می‌گیرد (کاترین^۴، ۲۰۰۸: ۹۱۳-۸۹۹).

۳-۱-۵. حکمرانی جهانی^۵

مجموعه‌ای از نهادهای رسمی و غیررسمی، فرایندها، ارتباطات، و سازوکارهایی که بین دو یا چند دولت، سازمان، یا شهروند وجود دارد و ماهیت آن میان‌دولتی یا غیردولتی بوده و در آن‌ها منافع جمعی در سطح جهانی تبیین، حقوق و وظایف تعیین، و تفاوت‌ها تعدیل شده‌اند (تاکور^۶، ۲۰۰۶: ۲۴۰-۲۳۳).

۴-۱-۵. حکمرانی غیرانتفاعی^۷

به معنای رسیدن به مأموریت‌های اجتماعی سازمان و اطمینان از دوام‌پذیری آن است. با توجه به اینکه سازمان از طریق کارکردهای مشخص، اعمال اقتدار می‌کند، هردوی این مسئولیت‌ها، بار امانتی هستند که بر دوش گردانندگان سازمان هستند. یک سازمان

1. Public
2. Bovaird and Loffler
3. Private
4. Catherine
5. Global
6. Thakur
7. Non-profit

غیرانتفاعی، تحت تأثیر چندین ذی‌نفع است (مزلند^۱، ۲۰۰۹: ۶۶۹-۶۶۲).

۵-۱-۵. حکمرانی شرکتی^۲

اگر تمام مؤسسه‌های اجتماعی، مشغول تولید و فروش کالاها و خدمات باشند، باید سازمان‌های دولتی و خصوصی را دربر گیرند. بنگاه‌هایی که از این طریق تعریف شده‌اند، دامنه حکمرانی شرکت‌ها، تمام فعالیت‌های اقتصادی یک ملت را دربر می‌گیرند (ترنبول^۳، ۲۰۰۲: ۱۸۴-۱۸۰).

۵-۱-۶. حکمرانی چندسطحی^۴

این نوع حکمرانی، یک چارچوب حاکمیتی چندسطحی را برای کشف روابط بین سیاست‌های ملی، منطقه‌ای، و محلی و کشف قدرت کنترل چندسطحی، منطقه‌ای، و شهری، به‌منظور اثربخشی بیشتر اعمال می‌کند (کارفی^۵، ۲۰۰۹: ۱۵-۹).

۵-۱-۷. حکمرانی مشارکتی^۶

این نوع حکمرانی، یک نوع یا زیرمجموعه از نظریه حاکمیت است که تأکید ویژه‌ای بر مشارکت دموکراتیک، از طریق کارهای مشورتی ناشی از تعمیق مشارکت شهروندان دارد (تراینف^۷، ۲۰۰۶).

۵-۱-۸. حکمرانی مشترک^۸

ذی‌نفعان عمومی و خصوصی را در گروه‌های مشترک با نهادهای عمومی جمع می‌کند تا در تصمیم‌گیری با یکدیگر مشارکت کنند (آنسل^۹، ۲۰۰۸: ۵۷۱-۵۴۳).

1. Mersland
2. Corporate
3. Turnbull
4. Multilevel
5. Corfee
6. Participatory
7. Triumph
8. Collaborative
9. Ansell

۹-۱-۵. حکمرانی تنظیمی^۱

سیاست ها، ابزارها، فرایندها، و نهادهایی است که در درجه نخست به توسعه، اجرای قوانین/تصمیم های جدید، و مرور/بازنگری مقررات مربوط می شوند. این فرایند به معنای تنظیم مقررات و تنظیم کننده ها و قوانینی است که بر ایجاد و بهره برداری یک سازمان حاکم است (پائول^۲، ۲۰۱۸: ۵۰۶-۴۹۷).

۶. معنای فلسفه سیاست گذاری سلامت

سیاستمداران، پژوهشگران، سیاست گذاران، و دست اندرکاران برنامه ریزی سلامت، براساس اینکه در چه بافتاری می اندیشند و تصمیم گیری و عمل می کنند، ممکن است برداشت متفاوتی از مفهوم «سلامت» و روش سیاست گذاری برای آن داشته باشند. فلسفه سیاست گذاری عمومی، جزء جدایی ناپذیر این رشته است و یکی از وظایف آن، بحث درباره «اصول» سیاست گذاری و قواعد رفتاری وابسته به آن است؛ اصولی مانند مقابله با همه گیری ها و بیماری های عفونی و واگیردار.

نمی توان با واقعیت هایی همچون بیماری های همه گیر در سطح جهان، که برای میلیون ها نفر از انسان ها خطر جانی دارند، کنار آمد، مگر اینکه بیشتر به لحاظ فلسفی آن را پذیرفته باشیم. به طور کلی، پویایی سیاست گذاری ها در چارچوب زمانی مکانی سیاست ها چنین حکم می کند که امکان پذیری سیاست ها را در نظر داشته باشیم و از آن برای بهبود سیاست ها استفاده کنیم (کی^۳، ۲۰۰۶: ۶۰). این امکان پذیری به پیش بینی وضعیت های استثنایی و خارج از قواعد معمول وابسته است که ممکن است روزی به واقعیت تبدیل شوند و در دستیابی به این مقصود، درجه ای از ارزش ها، مقداری عقلانیت، و تاحدودی انتخاب ها دخیل هستند. گذشته از این، سیاست گذاری به توجیه عقلانی نیاز دارد. این توجیه های فلسفی با استناد به اصولی مانند رفاه عمومی، سلامت عمومی، خیر عمومی، آزادی و حقوق فردی، و... انجام می شود.

1. Regulatory
2. Poul
3. Kay

۷. پارادایم‌های سیاست‌گذاری سلامت

سیاستمدارانی که با موضوع سلامت سروکار دارند، با توجه به دیدگاه فلسفی معنایی، برداشت کاملاً متفاوت و حتی متضادی از مفهوم «سلامت» و «انسان سالم» دارند، زیرا «مفهوم سلامت، وابسته به زیربنای پارادایمی تفکر است» (گراهام اسکمبر، ۱۳۸۶) و هریک از پارادایم‌ها، مفروض‌های هستی‌شناختی، معرفت‌شناختی و روش‌شناختی خود را داشته و در پی آن، مواد و رویه‌های خاص خود را برای کار سیاست‌گذاری تجویز می‌کنند (کوهن^۱، ۱۹۷۰)؛ از این رو، در چند دهه اخیر، دستورکارهای سلامت بین دو پارادایم در نوسان بوده‌اند:

الف) پارادایم زیست پزشکی: با تفکر در چارچوب این پارادایم، سلامتی براساس عملکردها و فرایندهای معمول زیستی درک و تعریف می‌شود و اساساً به معنای «نداشتن اختلال جسمی» است. در این دیدگاه، بیماری، نوعی نابهنجاری جسمی و عامل نوعی هویت بیماری‌زا است. این الگو، تقلیل‌گرا است، زیرا بدون توجه به هریک از ابعاد گریزناپذیر «اجتماعی»، «فرهنگی»، «اقتصادی»، «سیاسی» یا «معنوی»، پیچیدگی‌های زیست را تا یک پدیده زیستی محض فروکاسته است (لیندول^۲، ۲۰۰۳: ۷۴-۸۶).

ب) پارادایم زیستی-روانی-اجتماعی: این پارادایم، مشق رویکردی چندبعدی و چندسطحی است که در تبیین آن، «سلامت» به صورت پدیده‌ای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، و حتی سیاسی و اقتصادی درک شده و مورد نظر نظریه‌پردازان اجتماعی و انتقادی قرار می‌گیرد (لیندول، ۲۰۰۳: ۷۴-۸۶). این پارادایم، سلامت را در مفهومی مثبت‌تر تعریف می‌کند. «حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی، و اجتماعی و نه اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و ناتوانی» (چونزیشن^۳، ۲۰۰۳: ۱۵-۳).

1. Kuhn
2. Lindau
3. Chuengsatiansup

۸. بنیان‌های هستی‌شناختی سیاست‌گذاری سلامت

در اروپا، در سده‌های میانه، پایه نظری نیرومندی بر مبنای فلسفه، برای نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی به‌طور منظم، تأسیس شد که آن‌ها از اخلاق مسیحی گرفته شده بود (هافمن^۱، ۲۰۱۲: ۳۴۶-۳۵۶). این بنیان‌ها به‌شرح زیر هستند.

۸-۱. شخص‌گرایی، پایه سیاست‌گذاری سلامت

شخص‌گرایان فلسفی قرن بیستم، همچون *ژاک ماریتین*^۲، *مونیر*^۳، و *ندونس*^۴، نمایندگان برجسته این نحله به‌شمار می‌آیند. به‌طور خلاصه، به‌نظر می‌رسد، «شخص‌گرایی»، جهانی‌ترین نظریه در بین نظام‌های فلسفی موجود غرب است که دغدغه‌ها و نگرانی‌های فرد را برجسته می‌کند. «انسان، فرد است»؛ این، مهم‌ترین استدلال شخص‌گرایی است. هر فرد دارای ارزش ویژه خویش است که در برابر دیگران، به‌عنوان ذهنیت و عزت فرد - که از ویژگی‌های حتمی شخص و همچنین اراده آزاد او است - تجلی می‌یابد. بنیان‌های عمومی یادشده، یعنی ذهنی بودن، عزت، و یکتایی شخصیت انسان، منشأ اصول اخلاقی است (استایکسن^۵، ۱۹۸۵: ۱۲۷-۱۰۷).

انسان نه‌تنها با مشارکت در اجتماع، بلکه پیش از هر چیز، با همکاری انسان‌های دیگر، خود را شناخته و جامعه را با مشارکت خویش ارتقا می‌دهد (پاپ جان پل دوم، ۱۹۶۹). این کار به ما کمک می‌کند تا با فعال کردن ابتکار فردی، مشکلات مشترک را حل کنیم (هایک^۶، ۱۹۴۹)؛ بنابراین، اصل مشارکت، در آزادی ریشه دارد که به‌نوبه خود، ناشی از ذهنیت انسان است. کرامت انسانی، بر این امر دلالت دارد که شخصیت انسان بر جنبه‌های دیگر اقتصادی جامعه برتری دارد. به‌طور خلاصه، احترام به کرامت شخصی، ذهنیت، و در نتیجه، حق زندگی و همچنین، تضمین آزادی برای هر شخص،

1. Hofmann
2. Jacques Maritain
3. Mounier
4. Maurice Nédoncelle
5. Styczeń
6. Hayek

مهم‌ترین ارزش‌های ناشی از مفروضات شخصی هستند (پاپ جان پل دوم، ۱۹۶۹). در مراقبت‌های بهداشتی، همبستگی، جنبه‌های دیگری مانند همبستگی با افراد نیازمند دارد؛ موضوعی که در سیاست‌گذاری بهداشت اجتماع، هنگام رخداد بحران‌های ناشی از بیماری‌های همه‌گیر و عفونت‌های ویروسی جهانی برجسته می‌شود.

۲-۸. برابری طلبی در سیاست‌های سلامت

نظریه عدالت جان رالز^۱ که به عنوان اصلاحی بر نظریه‌های اخلاقی مساوات در نظر گرفته می‌شود به موضوع توزیع عادلانه کالاهای اجتماعی می‌پردازد. اگرچه رالز در نظریه خود درباره حق سلامتی بحث نکرده است، تلاش‌هایی برای توسعه این نظریه به منظور پوشش مفهوم سلامتی به مثابه یک «کالای اساسی»^۲ انجام شده است.

رالز می‌گوید، افراد می‌توانند اهداف خود را دنبال کنند و برنامه‌های زندگی منطقی خویش را در جامعه، به گونه‌ای منظم تحقق بخشند. او این ایده را با پیروی از گفتمان قراردادهای اجتماعی که توسط جان لاک^۳، ژان ژاک روسو^۴، و امانوئل کانت^۵ در سده‌های ۱۷ و ۱۸ مطرح شده است، توسعه داد. «رالز فرض می‌کند که هر فرد، برپایه برداشت خودش از «خوب»، برنامه زندگی عقلانی خود را می‌سازد. «برنامه زندگی عقلانی»، برنامه‌ای است که بر هر گزینه دیگری برتری دارد. به گفته رالز، جامعه، وظیفه توزیع کالاهای اولیه لازم را برای افراد به منظور تحقق برنامه‌های زندگی منطقی‌شان به عهده دارد. برپایه توزیع عادلانه این کالاهای اولیه است که رالز قصد دارد، نظریه عدالت را توسعه دهد» (رالز^۶، ۲۰۰۵: ۱۴۲-۶۰).

«نظریه عدالت رالز درصدد تشکیل نظامی برای اطمینان‌یابی از توزیع عادلانه کالاهای اولیه اجتماعی است. این نظام، نیازمند ایجاد مؤسسه‌هایی است که کالاهای

1. John Rawls
2. Basic Commodity
3. John Locke
4. Jean-Jacques Rousseau
5. Emmanuel Kant
6. Rawls J

اولیه اجتماعی را براساس اصول عدالت و انصاف توزیع کنند. رالز برای تعیین اصول عدالت، یک موقعیت اصلی «فرضی» را تصور می‌کند» (رالز، ۲۰۰۵: ۱۴۲-۶۰). این استدلال برای تعیین موقعیت سیاست‌گذاری در شرایط گسترش بیماری‌های همه‌گیر جهانی بسیار کارآمد است؛ موقعیت‌هایی که اگرچه واقعی هستند، اما به دلیل جهل در شناخت بیماری و نبود اطلاعات کافی درباره بیماری همه‌گیری مانند ویروس کرونا، افراد را در پشت «حجاب جهل»^۱، در موقعیت سیاست‌گذاری قرار می‌دهد.

موضوعی که در سیاست‌گذاری برای بحران بیماری‌های همه‌گیر جهانی اهمیت دارد، وضعیتی است که بشر در رویارویی با ویروس کرونا در سال ۲۰۲۰، تجربه کرده است. شرایط و ویژگی‌های منحصربه‌فرد بیماری همه‌گیر کرونا سبب شده است که شناخت و پیش‌بینی «بدترین وضعیت» رالزی دشوار باشد. استدلال دیگری که برمبنای بزرگنمایی فهرست کالاهای اساسی انجام شده است، مبتنی بر گفته‌های رالز در مورد الزام حمایت از افراد در برابر پیامدهای منفی رخدادهای طبیعی و خطرهای ناشی از تداوم آن است. سلامت، یکی از کالاهای اساسی اجتماعی است که از فرد، در برابر خطرهای ناشی از حوادث طبیعی، محافظت می‌کند. افزون‌براین، به دلیل تفاوت در اصول جامعه‌عادلانه، ضروری است که کالاها برپایه «بدترین وضعیت» توزیع شوند (کوگن^۲، ۲۰۰۷: ۵۰۱).

ازاین‌رو، رویکرد افزودن سلامتی به فهرست کالاهای اولیه اجتماعی را به دلیل اهمیت این نظریه در سیاست‌گذاری‌های سلامت هنگام بروز بحران بیماری‌های واگیردار جهانی‌ای مانند ویروس کرونا در سال ۲۰۲۰، بررسی کرده‌ایم.

۳-۸. نظریه لیبرالیسم یا آزادی‌خواهی^۳

برپایه دیدگاه‌های فیلسوفانی مانند جان لاک و رابرت نوزیک^۴، نظریه عدالت‌خواهانه آزادی‌خواهانه بر آزادی فردی متمرکز است. در این دیدگاه،

1. Veil of Ignorance
2. Coogan EH
3. The Libertarian Justice Theory
4. Robert Nozick

مراقبت‌های بهداشتی وجود ندارد، اما مردم می‌توانند به‌گونه‌ای داوطلبانه، فعالیت‌های خیرخواهانه را انتخاب کرده و به‌نوعی به توزیع خدمات درمانی و بهداشتی در جامعه کمک کنند؛ به‌ویژه اگر این کمک‌ها، بر حمایت از مردم در برابر بیماری‌های عفونی متمرکز باشد (چیلدرس^۱، ۲۰۱۵: ۲۱-۴۳).

هرگونه توزیع عادلانه‌ای در پوشش مراقبت‌های بهداشتی قابل‌توجه است، اگر افراد آن را به‌گونه‌ای آزادانه در گروه‌های مربوطه انتخاب کنند؛ در نتیجه، لیبرال‌ها به‌طورکلی، از آن دسته از نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌کنند که بیمه خدمات درمانی‌شان خصوصی است و داوطلبانه خریداری می‌شوند. در چنین نظام‌هایی، سرمایه‌گذاران از حق مالکیت در مراقبت‌های بهداشتی بیمه‌شده برخوردار هستند، پزشکان آزادانه فعالیت می‌کنند و جامعه به‌لحاظ اخلاقی، مکلف به ارائه خدمات درمانی به همه افراد نیست. تفسیر آزادی‌خواهانه از عدالت، مبتنی بر پرداختن به نیازهای بهداشتی شهروندان یا منافع عمومی نیست، بلکه بر انجام فعالیت‌های منصفانه و نامحدود متمرکز است (بیچام^۲، ۲۰۱۳)؛ از این‌رو، در رویارویی با بیماری‌های همه‌گیر جهانی‌ای مانند ویروس کرونا در سال ۲۰۲۰، که تمام اقشار ضعیف و قوی جامعه را دربر می‌گیرد، یک چالش بزرگ، خطر ناشی از عدم ارائه خدمات عمومی به افرادی است که زیر پوشش بیمه‌های خصوصی نبوده یا توان مالی لازم را برای انتخاب آزادانه خدمات درمانی ندارند. خطر سرایت بیماری‌های واگیردار از این افراد به اقشار دیگر جامعه، نظام‌های لیبرال را در وضعیتی قرار خواهد داد که سطح حداقلی از سیاست‌های بهداشتی را برای کل مراکز بیمه خدمات درمانی وضع کنند و مکلف به حمایت از اقشار ضعیف جامعه برای جلوگیری از وارد آوردن خسارت و آسیب به افراد سالم جامعه شوند. از این دیدگاه، افراد جامعه به‌گونه‌ای داوطلبانه و آزادانه و در قالب مالیات، به دولت، برای کمک به اقشار ضعیف کمک می‌کنند.

1. Childress JF
2. Beauchamp

۴-۸. نظریه فایده‌گرایان^۱

نخستین بار، شخصیت‌های برجسته‌ای مانند جرمی بنتام^۲ و جان استوارت میل^۳، نظریه‌های فایده‌گرایانه را مطرح کردند. برداشت‌های اولیه از عدالت در نظریه‌های فایده‌گرایانه، به سیاست‌ها، عملکرد، یا قوانینی نیاز دارد که حداکثر سود را به همراه داشته باشد. عدالت - که نیازمند همبستگی حقوق و وظایف است - تصمیم مستقلی نیست، بلکه برآمده از علاقه است. براین اساس، در مراقبت‌های بهداشتی منصفانه، وظایف و حقوق، پیش‌فرض بنیادین سود خالص به‌شمار می‌آیند. مراقبت‌های بهداشتی و بهداشت‌و درمان - دست‌کم تا حدی - می‌توانند سود اجتماعی خالصی به‌همراه داشته باشند (چیلدرس، ۲۰۱۵: ۴۳-۲۱).

بسیاری از برنامه‌های اجتماعی فایده‌گرا، خدمات درمانی پایه را در بین همه شهروندان توزیع می‌کنند (بیچام، ۲۰۱۳). از این دیدگاه، اولویت خدمات‌رسانی درمانی در شرایط کمبود امکانات پزشکی و بهداشتی، به افرادی تعلق می‌گیرد که قابلیت بیشتری برای تشکیل یک جامعه انسانی سالم گسترده دارند؛ از این‌رو، امکانات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی باید در راستای بیشینه‌سازی سود (که در وضعیت بیماری‌های واگیرداری همچون ویروس کرونا، همان افزایش سیستم ایمنی بدن است)، به اکثریت افراد سالم تعلق گیرد. در این حالت، لازم است، به‌منظور جلوگیری از به‌خطر افتادن سلامتی یا همان سود اکثریت، رابطه افراد دچار ضعف سیستم ایمنی بدن - که احتمال مرگ آن‌ها زیاد است - با افراد سالم، قطع شود.

۵-۸. نظریه کمونیسم^۴

نظریه عدالت کمونیستی، اهمیت مستقلی برای حقوق فردی‌ای مانند آزادی قائل نیست؛ بنابراین، درک خدمات درمانی و یک نظام عادلانه بهداشتی، به برداشت جامعه از سلامت (نسبت به کالاهای اولیه دیگر) بستگی دارد (چیلدرس، ۲۰۱۵: ۴۳-۲۱). کمونیست‌ها، وظیفه افراد را به معیارهای جامعه عادلانه گره می‌زنند. آن‌ها

1. The Utilitarian Justice Theory
2. Jeremy Bentham
3. John Stuart Mill
4. The Communitarian Justice Theory

بر وظایف جامعه در مورد افراد و نیز وظایف افراد در قبال جامعه تأکید می‌کنند. برخی از کمونیست‌ها به‌جای استفاده از مفهوم عدالت، از مفهوم وحدت و یکپارچگی استفاده می‌کنند که هم ارزش‌های مربوط به تعهدات فردی و هم اصول اخلاق اجتماعی مبتنی بر عقاید مشترک گروهی را دربر می‌گیرد (بیچام، ۲۰۱۳). برپایه نتایج یک پژوهش، اتحاد جماهیر شوروی، ابتکار عمل فردی را در حوزه بهداشت فردی ارتقا نمی‌داد، زیرا دولت، ایدئولوژی داخلی مبتنی بر جمع‌گرایی را به مردم تحمیل می‌کرد. یافته‌های مقاله یادشده (کوکرها^۱، ۲۰۰۲: ۵۵-۴۲). این نظر را پشتیبانی می‌کند که کمونیسم، موجب تضعیف سبک‌های مثبت سلامتی برای مردم شوروی شد. از این چشم‌انداز، سیاست‌گذاری درباره بیماری‌های همه‌گیر، تابع تجویزهای مجموعه‌های ایدئولوژیک و به‌دور از انتخاب‌های فردی درباره نحوه درمان خواهد بود؛ از این رو، راه‌های درمان، «غیرانتخابی» و «غیرشفاف» خواهند بود، ارتباط با سازمان‌های بین‌المللی به کمترین میزان خواهد رسید، و بیش از آنکه فرد بتواند به وظایف خود درباره جامعه جهانی اهمیت بدهد، باید روند درمان را در راستای منافع ایدئولوژی داخلی دنبال کند؛ بنابراین، مفهوم خیر (یا سلامتی) برای فرد، همراه و آمیخته با «مصلحت» دولت (که زیر سیطره ایدئولوژی داخلی است) خواهد بود. در این نوع سیاست‌گذاری سلامت و بهداشت، آزادی و انتخاب‌های فرد در اولویت نبوده و موجودیت ایدئولوژیک و حفظ یکپارچگی جامعه در برابر فرد، اهمیت دارد.

۶-۸. نظریه مساوات‌طلبان^۲

نظریه عدالت جان رالز، مهم‌ترین نظریه مساوات‌طلبان است که لیبرال‌ها، فایده‌گرایان، و کمونیست‌ها را به‌چالش کشیده است. نورمن دنیلز^۳، با تأثیرپذیری از رالز، بر این نظر است که عدالت، نیاز به از بین بردن یا کاهش موانع دارد و از برابری عادلانه فرصت‌های افراد، از جمله سلامتی، به‌عنوان یک مزیت اخلاقی

1. Cockerham
2. Equalitarianism
3. Norman Daniels

جلوگیری می‌کند. دانیلز، در پی یک برنامه جامع برای مراقبت از سلامت عادلانه است و نقش عوامل اجتماعی‌ای مانند آموزش، عوامل محیطی و رفتاری، و وضعیت اقتصادی-اجتماعی جوامع را در سلامت بررسی می‌کند (دانیلز^۱، ۲۰۰۸: ۱۴۰-۱۱).

بر پایه این نظریه، سیاست‌گذاران باید هنگام رویارویی با بیماری‌های واگیرداری که در یک بازه زمانی اندک، سراسر افراد یک جغرافیای گسترده را آلوده می‌کنند، سیاست‌های پیشگیرانه و کنترلی‌ای را بر پایه عوامل اجتماعی-فرهنگی هر منطقه جغرافیایی طرح‌ریزی کنند؛ از این رو، این نکته مهم است که پیش از آغاز بیماری عفونی یا ویروسی واگیردار، تاچه حد آموزش‌های بهداشتی و سواد پزشکی در آن منطقه به افراد محلی ارائه شده باشد، و بررسی رفتارشناسی افراد آن جغرافیا در رویارویی با بحران‌های اجتماعی پیشین، اهمیت فراوانی دارد. از این منظر، بایستی در سیاست‌گذاری برای سلامت افراد هنگام بروز بحران گسترش بیماری‌های واگیرداری همچون ویروس کرونا در سال ۲۰۲۰، به متغیرهای اجتماعی اثرگذار بر سیاست‌ها، هنگام بروز بحران‌های اجتماعی‌ای که افراد آن جغرافیا در گذشته تجربه کرده‌اند، توجه داشته باشیم.

۷-۸. نظریه قابلیت^۲

این نظریه بر این فرض استوار است که سلامتی، فرصت‌هایی را برای انجام درست فعالیت‌ها فراهم می‌کند و موجب افزایش رفاه و استقلال افراد می‌شود. یک زندگی خوب، زندگی‌ای است که افراد در آن، «توانایی‌های بنیادین^۳» خود را آزادانه به‌نمایش بگذارند و آن‌ها را حفظ کنند. این نظریه که نخستین بار توسط *آمارتیا سن*^۴ مطرح شد، بعدها از جنبه‌های گوناگون مرتبط با اخلاق زیست پزشکی توسعه یافت.

ایده اصلی نظریه یادشده این است که برقراری حداقل سطح عدالت اجتماعی، نیازمند دستیابی همه شهروندان به ۱۰ قابلیت اصلی است؛ به این معنا که همه باید

1. Daniels N
2. The Capabilities Theory
3. Basic Abilities
4. Amartya Kumar Sen

بتوانند:

۱. زندگی سالم را بدون رویارویی با مرگ زودرس تجربه کنند؛
 ۲. از مزایای سلامت جسمی برخوردار باشند؛
 ۳. از یکپارچگی بدنی، یعنی توانایی زندگی در آزادی و امنیت در برابر خشونت، رضایت جنسی، و انتخاب باروری بهره‌مند شوند؛
 ۴. از ظرفیت حواس، تخیل، و اندیشه خود استفاده کنند؛
 ۵. از دل‌بستگی عاطفی به افراد و موجودات دیگر لذت ببرند و احساس تشکر و قدردانی را تجربه کنند؛
 ۶. استدلال عملی را به‌کار ببرند و در سیاست‌گذاری‌های جدی‌ای که بر کیفیت زندگی شخص تأثیر می‌گذارند، شرکت کنند؛
 ۷. وابستگی سازمانی را به‌عنوان توانایی انجام زندگی معنادار با همکاری یک شرکت یا افراد دیگر احساس کنند؛
 ۸. در ابراز نگرانی در مورد، یا مراقبت از، گونه‌های دیگر بشری آزاد باشند؛
 ۹. بازی و لذت بردن از فعالیت‌های خلاقانه را تجربه کنند؛
 ۱۰. به‌عنوان یک شهروند فعال، بر محیط شخصی خود کنترل داشته باشند.
- به‌نظر آمارتیا سن، هر تغییری که سلامتی فرد را به مخاطره بیندازد، آزادی فرد را برای بهره‌مندی از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های درونی‌اش با مخاطره روبه‌رو می‌کند؛ از این‌رو، بیماری‌های واگیرداری همچون کرونا، توانمندی‌های بنیادین بشر را محدود می‌کند و از یک‌سو، با محدود کردن انتخاب‌های هر فرد، فعالیت‌های خلاقانه او را تضعیف می‌کند و از سوی دیگر، با رویارویی انسان با مرگ یا خطر وخامت حال جسمی، او را از بسیاری از انتخاب‌های موجود تا پیش از وضعیت بیماری، محروم می‌کند. در این شرایط، انسان، به خلاقیتی برای کنترل بیماری نیاز دارد تا آزادی‌اش را برای بازگشت به توانمندی گذشته در انتخاب‌های روزمره به او بازگرداند (بیچام، ۲۰۱۳).

۸-۸. نظریه بهزیستی^۱

نظریه قابلیت‌ها، بر توانایی‌ها و فرصت‌ها، به‌عنوان پیش‌نیازهای بهزیستی، تمرکز

دارد. به عبارت روشن‌تر، آزادی عمل، توانایی‌ها، و آموزش‌های مربوط به توانمندسازی و منابع، از جمله ملزومات بهزیستی به‌شمار می‌آیند (بیچام، ۲۰۱۳). از این منظر، هدف عدالت، تضمین سطح قابل‌قبولی از شش بعد اساسی بهزیستی، یعنی سلامت، عقلانیت، استقلال، دل‌بستگی‌ها، امنیت شخصی، و احترام به همه است (پاور و فادن^۱، ۲۰۰۶).

از دیدگاه نظریه «بهزیستی»، بروز بحران گسترش بیماری‌های واگیرداری همچون ویروس کرونا که در سال ۲۰۲۰ کل کشورهای جهان را فراگرفت و شیوع آن بر ارتباط فرد با اجتماع تأثیر منفی داشت، باعث افزایش نابرابری‌های اجتماعی خواهد شد. رویارویی انسان با بیماری ویروسی یا عفونی که تا لحظه شیوع برای آن درمانی وجود ندارد، آزادی و توانمندی او را برای رسیدن به بنیادی‌ترین حقش، یعنی حق زیست، محدود خواهد کرد؛ از این رو، برپایه نظریه «بهزیستی»، برای سیاست‌گذاری سلامت و بهداشت در موقعیت بحران همه‌گیری‌های ویروسی و بیماری‌های عفونی، بایستی همه عوامل اجتماعی‌ای که به‌گونه‌ای روزافزون و متقابل بر سلامتی انسان تأثیر می‌گذارند، بررسی شده و پاسخ متناسب با آن تهیه شود. براین اساس، سیاست‌گذاری سلامت در این نظریه، به‌گونه‌ای مستقیم با ماهیت روابط بین افراد ارتباط دارد. از این دیدگاه، سیاست‌گذاری‌های سلامت با هدف حفظ توانایی‌ها و فرصت‌های نوع بشر برای رویارویی با بیماری‌های همه‌گیر جهانی‌ای همچون ویروس کرونا، صورت‌بندی می‌شوند.

۹. انطباق سیاست‌گذاری‌های سلامت بر مبانی هستی‌شناختی حکمرانی‌ها

۹-۱. چرایی نیاز به حکمرانی برای سلامت

بنا به تعریف دولت استرالیا، سلامت یک جامعه به‌واسطه عوامل گسترده‌ای، که بیشتر آن‌ها خارج از کنترل بخش بهداشت و درمان است، حفظ می‌شود (وزارت بهداشت استرالیا^۲، ۲۰۱۱). سیاست‌گذاری سلامت، رویکرد سازمان‌یافته‌ای است که طیف گسترده‌ای از بازیگران را در سطوح حکمرانی بومی تا بین‌المللی دربر می‌گیرد؛ نوعی

1. Powers M, Faden RR

2. Government of South Australia

سیاست‌گذاری یکپارچه که در آن، افزون بر «سیاست‌گذاری عمومی» با «سیاست‌گذاری عمودی» نیز سروکار داریم (لانگولد و دیگران^۱، ۲۰۱۶: ۱۶-۲۷۱).

۱۰. رویکردهای حکمرانی سلامت

۱۰-۱. رویکرد «دولت یکپارچه» (کل دولت)

عملیات «کل دولت»، اقدامات دولتی چندسطحی‌ای هستند که از سطح محلی تا جهانی گسترده شده و به گونه‌ای فزاینده، در حال دربرگرفتن گروه‌های بیرون از دولت هستند. این رویکرد که نیازمند اعتمادسازی، توسعه اخلاق مشارکتی، فرهنگ منسجم، و مهارت‌های جدید است، بر هماهنگی و یکپارچگی بهتر، بر محور اهداف فراگیر اجتماعی‌ای که دولت با هدف رسیدن به آن‌ها بنا شده است، تأکید دارد (کریستینسن ولیگرید^۲، ۲۰۰۶: ۶). در حوزه سلامت، این به معنای تعهد به سلامت، در همه سطوح دولت، به‌ویژه در سطوح عالی است و کار بین‌بخشی مشترک، در کانون رویکرد دولت قرار دارد (بوم و دیگران^۳، ۲۰۱۴: ۱).

۱۰-۲. رویکرد «جامعه یکپارچه» (کل جامعه)

این رویکرد، بر هماهنگی و اعتمادسازی در میان طیفی از بازیگران گوناگون تأکید دارد و دربرگیرنده شکل‌های جدیدی از روابط و همکاری در یک متن پیچیده و شبکه‌ای با نقش‌آفرینی برجسته رسانه‌های عمومی و جنبش‌های اجتماعی است که احزاب و گروه‌های موجود در آن باید منافع و ظرفیت‌هایشان را در قالب یک راهبرد مشترک به کار گیرند (کیبوش^۴، ۲۰۱۳).

۱۱. نظام‌های حکمرانی سلامت

مرور تعریف‌ها و ادبیات مربوط به تحولات مفهومی سلامت در طول سال‌های طولانی، رویکردها و مدل‌های پرشماری را آشکار می‌کند که هرچند هیچ توافق

-
1. Langeveld et al
 2. Christensen, T & Laegreid
 3. Baum F, et al
 4. Kickbusch

جهانی‌ای در مورد تعداد و برتری یک یا چند مورد از آن‌ها وجود ندارد، در ادامه سه مورد کلی «مدل پزشکی»، «مدل کل‌نگر»، و «مدل خوب بودن» را بررسی کرده‌ایم.

مدل پزشکی (طب مدرن): این مدل که مبتنی بر دیدگاه ناخوشی، بیماری، و عملکرد شایسته است، در اوایل قرن بیستم غالب شد و شایع‌ترین تعریفی است که سلامت را به‌سادگی به معنای «فقدان بیماری» می‌داند. مدل یادشده، در افراطی‌ترین حالت، بدن را به‌مثابه یک ماشین در نظر می‌گیرد که هنگامی که خراب می‌شود، باید تعمیر شود. این مدل، سلامتی را برپایه فقدان آن می‌سنجد (استاکس^۱، ۱۹۸۲: ۴۱-۳۳).

مدل کل‌نگر: این مدل بر این نظر است که برای تعریف سلامت و بیماری و پیشگیری و درمان بیماری‌ها باید تمام ابعاد وجودی انسان در نظر گرفته شود. مدل یادشده که کل وجودی فرد، شامل ابعاد سلامت جسمی، روحی، روانی، اجتماعی، و معنوی را دربر می‌گیرد، در بررسی سلامت مردم، یا شاخص‌های شایستگی فردی را جمع می‌زند یا در کل، شاخص‌های بهزیستی مردم را ثبت می‌کند (پاک^۲، ۲۰۱۵).

مدل «خوب بودن» (بهزیستی): با حالت‌های بهتر از عادی بودن و همچنین، درک و احساس ذهنی سلامت مرتبط است که با ابتکار عمل «ارتقای سلامت» توسط سازمان سلامت جهانی توسعه یافته است. در این تعریف، سلامت، منبعی برای زندگی روزمره است و نه هدف زندگی؛ مفهومی مثبت با تأکید بر منابع شخصی و اجتماعی و نیز ظرفیت‌های جسمانی^(۶) (بیانیه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۶).

۱۲. وضعیت استثنایی اشمیت در حکمرانی سلامت

پارادوکس حاکمیت از نگاه کارل اشمیت^۳، عبارت است از این واقعیت که حاکم، به‌طور هم‌زمان، درون و بیرون نظام قانونی قرار می‌گیرد؛ اگر حاکم، همان کسی است که نظام قانونی، قدرت اعلام «وضعیت استثنایی»^۴ و در نتیجه، قدرت تعلیق اعتبار خود نظام را به او داده است (اشمیت، ۱۳۸۷: ۴۶). با بررسی این پارادوکس، قدرت حاکمیت و مرزهای قانون در منطق استثنا مشخص می‌شود. اشمیت، ساختار پارادوکس حاکمیت

1. Stokes
2. Park
3. Carl Schmidt
4. State of Exception

را به‌منزله ساختار امر استثنایی معرفی می‌کند و از طریق بررسی ساختار وضعیت استثنایی، راه نوین و دقیقی را برای درک‌پذیری پارادوکس حاکمیت می‌گشاید (اشمیت، ۱۳۸۷: ۴۶)؛ از این رو، سرایت یک بیماری ویروسی یا عفونی خطرناک که قدرت سرایت به کل جمعیت دنیا را داشته و سلامتی انسان‌ها را تهدید می‌کند، نوع بشر را در برابر یک وضعیت استثنایی قرار می‌دهد که تا پیش‌از آن، به‌دلیل جهل از شناخت آن بیماری یا تأثیرهای منفی آن بر فرد و جامعه، نمی‌توانسته است محور وضع قاعده یا هنجاری در اجتماع باشد؛ همان‌گونه که شرایط متأثر از گسترش ویروس کرونا در سال ۲۰۲۰، در ذیل هیچ قاعده و قانونی قرار نداشته است. به‌همین سبب است که به‌نظر اشمیت، در وضعیت بحرانی و در پی آن، به‌وجود آمدن استثنا، جامعه نیاز به حاکمی دارد که برای هدایت آن تصمیم بگیرد. در خلق قانون، برای حاکم نیازی به خود قانون نیست» (اشمیت، ۱۳۸۷: ۲۱). به‌طور کلی، بقای دولت در دوران بیماری‌های همه‌گیر و خطرناک، به حفظ زندگی بشر وابسته است؛ زندگی انسان‌هایی که جامعه را تشکیل می‌دهند و سبب تشکیل و بقای دولت می‌شوند؛ بنابراین، حکمران دولت مجاز خواهد بود که در شرایط استثنایی گسترش بیماری‌های همه‌گیر و در رویارویی با آن، به‌منظور بقای خود، قوانین عادی موجود در وضعیت فقدان بیماری را در راستای حفظ نظم و حذف آشفتگی، به حالت تعلیق درآورد.

۱۳. بیماری‌های واگیردار و سیاست‌گذاری سلامت در ایران

از منظر تاریخی، مهم‌ترین نکته در مورد مسئله موردبررسی این مقاله، فقدان ساختاری برای سیاست‌گذاری کارگزار بهداشت و سلامت در ایران تا سال ۱۸۸۱ بوده است. محمدحسین عزیزی (۲۰۰۵) در پژوهش خود تأکید کرده است که در سال ۱۸۸۱، تنها یک ساختار غیردائم با عنوان «مجلس حفظ‌الصحه» و شورای بهداشتی وجود داشته است. تا سال ۱۹۲۰ تنها مرجع بهداشت عمومی در ایران، وزارت کشور بوده و بین سال‌های ۱۹۲۱ تا ۱۹۴۱، هیچ ساختاری برای بهداشت عمومی در ایران وجود نداشته است تا اینکه سرانجام، در سال ۱۹۴۱، وزارت بهداشت تأسیس شد. اما سابقه بیماری‌های واگیردار در صدسال گذشته، به سال ۱۱۹۶ شمسی و ورود وبای هندی یا آسیایی به ایران مربوط می‌شود. طاعون، در زمان‌های گوناگون از سال ۱۸۲۹ تا ۱۹۶۶ با مرگ‌ومیر دو

میلیون نفر، ایران را تحت تأثیر قرار داده است (هاشمی شاهرکی، ۲۰۱۶)./میراسلان افخمی (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان داده است که بیماری‌های واگیردار در عصر قاجار به «سقوط اقتصاد» و «ناتوانی حکومت» در برآورده کردن انتظارات عمومی، و در نهایت به ایجاد اعتراض‌های فزاینده عمومی منجر به مشروطه در سال ۱۲۸۵ شمسی منتهی شده است. /حمد سیف (۲۰۰۲) در مقاله خود با عنوان «ایران و وبا در قرن نوزدهم»، تحلیلی از علت گسترش بیماری‌های وبا، طاعون، و حصبه در ایران و مرگ‌ومیر گسترده ناشی از آن ارائه کرده است و عواملی مانند فقدان زیرساخت‌ها و سیاست‌های بهداشت عمومی، باور اشتباه درباره گسترش بیماری از طریق هوا (نسبت به آب) که با باور مذهبی مردم درباره پاکی آب ارتباط مستقیم داشت، و جابه‌جایی جنازه بیماران ثروتمند به شهرهای مذهبی از جمله مشهد، قم، کربلا، و نجف را از عوامل اصلی گسترش بیماری‌های واگیردار در قرن ۱۹ میلادی به‌شمار آورده است.

محمدحسین عزیزی (۲۰۱۰) و همکارانش نیز در بررسی تاریخیچه وبا در ایران در قرن ۱۹ و ۲۰ ضمن تأیید نتایج پژوهش پیشین، به فقدان «کارگزار کارآمد» برای اجرای سیاست‌های بهداشتی و قرنطینه‌ای اشاره کرده و عامل موقعیت جغرافیایی ایران در خاورمیانه را نیز در ورود بیماری‌های واگیردار مؤثر دانسته‌اند. محمد طیبی (۱۳۹۴) نیز در مقاله «تأثیر آب‌های آلوده بر شیوع بیماری‌ها در عصر ناصری» که از دیدگاه گردشگران خارجی بررسی شده است — «فقدان زیرساخت‌های بهداشتی» برای توزیع آب، «عدم آگاهی عمومی» از اصول بهداشتی، و «بی‌تفاوتی دولت مرکزی» در مورد موضوع بهداشت را از جمله عوامل گسترش بیماری‌ها عنوان کرده است. عمادالدین فیاضی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «تأثیر خرافات و عقاید انحرافی بر گسترش بیماری‌ها در عصر قاجار» به «فقدان عقلانیت عمومی» در جامعه، به‌عنوان پیشران محرک علم‌ستیزی، و آمیختگی خرافه با مذهب و سنت برای درمان بیماری‌ها اشاره کرده است. علی‌اکبر جعفری (۱۳۹۴) عدم کنترل بیماری‌های واگیردار در دوره قاجار را که متأثر از «ناتوانی حکومت مرکزی» و «پیوستگی یک بیماری با بیماری دیگر» بوده است، عامل مرگ سرپرستان خانواده و از بین رفتن نیروی کار مولد در این عصر دانسته که به تغییر نظام طبقاتی در ایران انجامیده است. نویسنده، پیامد این وضعیت را بحران‌ها و شورش‌های اجتماعی

دانسته است که در ابعاد اقتصادی، به گسترش فقر عمومی و در ابعاد سیاسی به مشروطه منجر شد. مجید وحید (۱۳۹۶) نیز در مقاله «تأسیس سیاست‌های تأمین اجتماعی در ایران»، تأکید کرده است که فضای به‌وجودآمده پس از انقلاب مشروطه در ایران و طرح مفاهیم آزادی، حق‌طلبی، و عدالت، با تأثیرپذیری از اندیشه‌های سوسیالیستی کارگران ایرانی شاغل در قفقاز و طرح خواسته‌های مراقبت‌های درمانی و بهداشتی از سوی کارگران و کارمندان، موجب بروز اعتراض‌ها و اعتصاب‌هایی در کشور شد که نتیجه آن، تدوین قوانین مرتبط با سیاست‌های تأمین اجتماعی در دوره رضاشاه بوده است. پژوهش معصومه قاراخانی (۱۳۹۲)، با عنوان «سیاست‌های سلامت دولت در ایران»، از عدم تأثیرگذاری رویکرد سیاسی دولت‌ها بر سیاست‌های سلامت در ایران، از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ حکایت دارد. این نویسنده، پس از بررسی مقایسه‌ای رویکردهای سیاسی دولت‌ها با سیاست‌های سلامت، به این نتیجه رسیده است که سیاست سلامت در ایران، ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی دولت‌ها نیست. این درحالی است که سیاست‌های سلامت در ایران در این دوره، تابعی از سیاست‌های بهداشت جهانی و جهت‌گیری‌شده در مورد نیازها و مشکلات بهداشتی و درمانی جامعه در جغرافیای محلی بوده است.

یکی از سیاست‌های اجراشده در عرصه بهداشت و سلامت در ایران، طرح تحول ملی سلامت بود که از سال ۱۳۹۲ در ابعاد کلان و در جغرافیای ملی اجرا شد. زهره خلجی‌نیا (۱۳۹۷) در پژوهشی، مشکلات اقتصادی، فقدان زیرساخت‌های بهداشت و سلامت، و کمبود منابع انسانی را از جمله چالش‌های این طرح عنوان کرده است که پیامدهایی مانند تبعیض در پرداختی‌های بیمه‌ای، تهدید بخش خصوصی، و نارضایتی گیرندگان خدمات درمانی داشته است. به‌نظر می‌رسد، تحریم‌های اقتصادی آمریکا علیه ایران در سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۴، در تضعیف این طرح ملی بی‌تأثیر نبوده است. پس از برجام و از سال ۲۰۱۸ با اجرای سیاست «فشار حداکثری» آمریکا علیه ایران، طرح تحول سلامت در سایه تحریم‌های مالی و بانکی تضعیف شد.

جدول شماره (۴). پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده درباره همه‌گیری کرونا در ایران در سال ۲۰۲۰

نام پژوهشگر	عنوان پژوهش	نتایج
پورقاسمی	بررسی مدل شیوع کرونا در ایران	وابستگی قومی مردم استان‌های دچار شیوع بالا، متغیر اثرگذار بر گسترش کرونا بوده است.
حسین مولوی وردنجانی	مطالعه مقطعی در مورد طب فارسی و همه‌گیری کرونا	نویسنده در این پژوهش، به نقش طب سنتی در کاهش شیوع کرونا در ایران پرداخته و آگاهی از طب سنتی را زمینه‌ای برای افزایش آگاهی‌های پزشکی و انتقال اطلاعات درست پزشکی به مردم ارزیابی کرده است.
نیما نوروزی	تأثیر ویروس کرونا بر تقاضای نفت و برق در ایران و چین	نویسنده این مقاله به تأثیر ویروس کرونا بر تقاضای نفت و برق در ایران و چین پرداخته و کرونا را متغیر کاهنده تقاضا معرفی کرده است.
ماریو نیکولا ^۱	پیامدهای اقتصادی-اجتماعی ویروس کرونا	این مقاله پس از ارزیابی تمام حوزه‌های اقتصاد، فرهنگ، و اجتماع، به این نتیجه رسیده است که «یک رهبری مقاوم و قوی در سیاست‌های بهداشت» خواهد توانست کشورها را از بحران‌های اقتصادی و مالی نجات دهد.
محسن احمدی	بررسی پارامترهای مؤثر اقلیمی بر شیوع کووید-۱۹ در ایران	نویسنده، تراکم جمعیت شهرنشین کلان‌شهرها را دارای ویژگی جنبش درون‌استانی دانسته است که با میزان آلودگی، رابطه مستقیمی دارد. او با تأکید بر نقش «اقلیم» در شیوع کرونا، «استان‌های مرکزی ایران را دچار شیوعی بالاتر از مناطق غیرمرکزی و جنوبی ارزیابی کرده است.
حمید جعفری	مهم‌ترین چالش سیاست‌های کنترل کووید-۱۹ در ایران	چالش‌های فرهنگی در ایران را مهم‌ترین چالش در کنترل کرونا ارزیابی کرده است. در ایران، استفاده ناکارآمد از ظرفیت فناوری اطلاعات برای مدیریت افکار عمومی، باعث افزایش تلفات شده است.
مسعود بهزادی فر	تأمین بودجه کافی بهداشتی برای جلوگیری و کنترل کرونا در ایران	نویسنده این مقاله، منابع مالی موجود برای اجرای سیاست‌های بهداشتی را بررسی، و نقش تحریم‌های آمریکا علیه ایران را در عدم توزیع منابع مالی برای درمان بیماران، برجسته‌سازی کرده است.
اعظم رثوفی	یادگیری سیاست‌های بهداشتی همه‌گیر و مقایسه‌ای در ایران	نویسنده به ضرورت وجود حکمران سیاسی قوی برای حمایت همه‌جانبه و پیروی از سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی و کاربرد مناسب زیرساخت‌های اطلاعاتی و سامانه‌های نظارتی اشاره کرده است.
لیلا دشمنگیر	پاسخ ایران به بحران کرونا	این مقاله به دو چالش تحریم‌های اقتصادی و عدم اجماع بین مقامات کشور در ایران برای قرنطینه شهرهای آلوده، به‌عنوان مانع موفقیت سیاست‌گذاری‌های سلامت، اشاره کرده است.
علی احمدی	مدل‌سازی و پیش‌بینی روند بیماری کرونا در ایران	نویسنده، با استفاده از روش مدل‌سازی بر داده‌های تجربی نشان داده است که مداخلات دولت و رفتارهای مردم، تعیین‌کننده استمرار همه‌گیری کرونا در ایران هستند.

۱۴. نقد بنیان‌های هستی‌شناختی سیاست‌گذاری سلامت در ایران برای

مقابله با کرونا

به‌عنوان نتیجه‌گیری درباره سیاست‌گذاری سلامت در ایران، باید گفت، سیاست‌گذاری

سلامت، به دلیل تأثیرپذیری از ماهیت تجربه‌گرایانه علوم پزشکی و همراه شدن آن با سیاست‌گذاری که خاستگاه آن علوم اجتماعی است—از مبانی علوم اجتماعی تأثیر پذیرفته است؛ از این رو، از انقلاب مشروطه به این سو، هرگونه سیاست‌گذاری‌ای در ایران از منازعه سنت و مدرنیته تأثیر پذیرفته است، اما تا پیش از انقلاب مشروطه، حکمران سیاسی در ایران، به دلیل تأثیرپذیری از پیامدهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، و سیاسی سنت، توجهی به علوم تجربی و پیشرفت‌های آن و همچنین، پیشرفت‌های علوم اجتماعی نداشته است و به همین سبب، حفظ سلامتی مردم و به تبع آن، دوام جمعیت کشور به عنوان یک سرمایه انسانی و عنصر بنیادین بقای دولت، در اولویت سیاست‌گذاری حکمران سیاسی نبوده است؛ بنابراین، در نهایت، منازعه سنت و تجدد به دلیل پیامدهای اجتماعی آن، به انقلاب مشروطه به عنوان یک خواسته ملی برای تغییر نظام سیاسی به سود محدودسازی قدرت مطلق حکمران سیاسی—انجامید. نتایج بررسی داده‌های تاریخی قرن ۱۸ و ۱۹ میلادی درباره بیماری‌های واگیردار در ایران نشان می‌دهد، تفسیر ایدئولوژیک از سنت، مهم‌ترین عنصر ذهنی مداخله‌کننده در سیاست‌گذاری‌های مربوط به کنترل و پیشگیری علمی از این گونه بیماری‌ها بوده است. به عبارت روشن‌تر، تفسیر ایدئولوژیک از سنت، پدیدآورنده پیش‌فرض‌های ساختار منطقی ذهن کارگزار و به وجودآورنده محدودیت‌های روش‌شناختی و شناخت‌شناختی کارگزار در تعیین نحوه سیاست‌گذاری سلامت برای کنترل بیماری‌های واگیردار بوده است؛ در حالی که در ایران امروز، اگرچه سنت و باورهای تأثیرپذیر از آن، اثر بنیادین گذشته را در تقابل با علوم تجربی از دست داده‌اند، هنوز به عنوان یک متغیر، در تقابل با سیاست‌گذاری سلامت و بهداشت عمومی نقش‌آفرینی می‌کنند.

این نگرش در مورد تأثیرپذیری سیاست‌گذاری‌ها از سنت، با نتایج پژوهش‌های تاریخی انجام‌شده در راستای بررسی عناصر تأثیرگذار بر شیوع بیماری‌های همه‌گیر در سده‌های ۱۸ و ۱۹ در ایران، سازگاری دارد؛ به عبارت روشن‌تر، نگرش ایمان‌گرایانه^۱ به شیوع بیماری‌های همه‌گیر، مرگ‌ومیر بیماران را تابع تفسیر تقدیرگرایانه سنت می‌داند. در تبیین فرایندی چگونگی اثرگذاری نگرش

آخرت‌گرا و تئولوژیکالی^۱ تفسیر ایدئولوژیک از سنت، گسترش بیماری کرونا در ایران، متأثر از «استمرار پیامدهای سیاسی و فرهنگی حمله مغول به ایران و تقویت شدید عناصر خردستیز و عرفان‌گرا» (طباطبایی، ۱۳۸۹: ۵۲۰-۴۸۵) در تقابل با «امر ملی»^۲ بوده است، که این عناصر با پدید آمدن سلسله صفویان در ساختار سیاسی، اجتماعی، و فرهنگی ایران تثبیت شده و پیامدهای آن برای اندیشه سیاسی دوره‌های بعدی، تا امروز استمرار یافته است. یکی از این پیامدها، ایجاد دوقطبی «طب سنتی-طب مدرن» منطبق بر شکاف «سنت-تجدد»، در زمان شیوع کرونا در ایران بود. در سال ۲۰۲۰، طرفداران طب سنتی با سوزاندن کتاب «اصول طب هاریسون»^(۷) به شیوه‌های مدرن علم پزشکی انتقاد کردند.

به بیان دیگر نتایج پژوهش‌های تاریخی در مورد دلیل شیوع بیماری‌ها، با یافته‌های پژوهش‌های اخیر در مورد سیاست‌گذاری سلامت درباره ویروس کرونا همخوانی داشته است. این درحالی است که ساخت حکمرانی در ایران پس از انقلاب اسلامی، سیاست‌گذاری سلامت را به سوی تمرکز و قرائتی سوسیالیستی از حکمرانی عادلانه پیش برده است؛ از این رو، با وجود تلاش سیاست‌گذاران قوه مجریه برای کنترل کرونا، تحریم‌های اقتصادی آمریکا علیه ایران پس از خروج از برجام^۳ — که از سال ۲۰۱۸ تشدید شد و به کاهش شدید فروش نفت و محدودیت‌های تبادل مالی با کشورهای دیگر انجامید، بر تصمیم‌های سیاست‌گذار برای کنترل بیماری کرونا در ایران، اثرگذار بوده است. اما روی هم رفته، تلاش قوه مجریه ایران به عنوان حکمران سیاسی اجرایی که خاستگاه نخبگانی آن متأثر از جریان‌های میانه‌رو و اعتدال‌گرا (۲۰۲۰-۲۰۱۳) است، مبتنی بر نظریه‌های «حکمرانی مشارکتی-جهانی»^۴ با رویکردی مدرن و با کاربست ابزارهای اقناعی، برای محدود کردن ساختارهای برآمده از هستی‌شناسی خردستیز در ایران، ارزیابی می‌شود.

-
1. Theological
 2. The National
 3. JCPOA
 4. Participatory-Global governance

بحث و تجزیه و تحلیل

در این پژوهش در پی توضیح این نکته بودیم که اگر فلسفه شخص‌گرایی مبنای سیاست‌گذاری دولت در حوزه سلامت باشد، لازم است که مبانی فلسفی شخص‌گرایی به‌عنوان مبنای قوانین اخلاقی و اصول سازمان نظام مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شود. براساس این دیدگاه، انسان، فرد است. این مهم‌ترین استدلال شخص‌گرایی است. هر انسانی هنگام بیماری، ارزش منحصر به فردی دارد که نشان‌دهنده عزت و اراده آزاد او است؛ بنابراین، انسان از حق انکارناپذیر انتخاب روش درمان خویش برخوردار است، اما اگر برابری طلبی بر مبنای نظریه عدالت رالز اساس سیاست‌گذاری سلامت در کرونا قرار گیرد، توزیع عادلانه سلامت به مثابه یک کالای اجتماعی، مبنای نظری قرار می‌گیرد تا افراد، خود را در موقعیت پشت حجاب جهل بیماری کرونا قرار دهند؛ موقعیت‌هایی که اگرچه واقعی هستند، اما به دلیل ناشناخته بودن بیماری و نبود اطلاعات کافی درباره همه‌گیری‌هایی همچون ویروس کرونا، افراد را در پشت حجاب جهل، در موقعیت سیاست‌گذاری قرار می‌دهد.

در دیدگاه لیبرالیست‌ها، در دوره گسترش بیماری‌های همه‌گیری که تمام اقشار ضعیف و قوی جامعه را دربر می‌گیرد، یکی از چالش‌های بزرگ، خطر عدم ارائه خدمات عمومی به افرادی است که در پوشش بیمه‌های خصوصی نبوده یا توان مالی لازم را برای انتخاب آزادانه خدمات درمانی ندارند. خطر سرایت بیماری‌های واگیردار از این افراد به افراد دیگر جامعه، نظام‌های لیبرال را در وضعیت اخلاقی تعیین سیاست‌های حمایتی از اقلیت فاقد منابع مالی برای انتخاب آزادانه درمان بیماری، قرار خواهد داد. از دیدگاه فایده‌گرایان، امکانات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، باید برای رساندن حداکثر خیر — که در وضعیت بیماری‌های واگیرداری همچون ویروس کرونا، همان افزایش سیستم ایمنی بدن است — به بیشتر افراد سالم تعلق گیرد. سیاست‌گذاری بر مبنای دیدگاه کمونیستی، در مورد بیماری‌های همه‌گیر، تابع تجویزهای مجامع ایدئولوژیک و به دور از انتخاب روش درمان به صورت فردی خواهد بود. مفهوم خیر (یا سلامتی) برای فرد، با مصلحت جامعه که زیر سیطره ایدئولوژی داخلی است، همسو خواهد بود.

بر مبنای نظریه مساوات‌طلبان، سیاست‌های پیشگیرانه و کنترلی باید بر مبنای اهمیت

عوامل اجتماعی، فرهنگی هر منطقه طرح‌ریزی شوند. از این منظر، لازم است هنگام بروز بحران گسترش بیماری‌های همه‌گیر، به متغیرهای اجتماعی اثرگذار بر سیاست‌ها، هنگام بروز بحران‌های اجتماعی ای که افراد آن جغرافیا در گذشته تجربه کرده‌اند، اهمیت داده شود. از دیدگاه قابلیت‌گرایان یا نظریه قابلیت که رهاورد نظریه آمارتیا سن است — هر تغییری که سلامتی فرد را به مخاطره بیندازد، آزادی فرد را برای بهره‌مندی از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های درونی‌اش با مخاطره روبه‌رو می‌کند؛ از این رو، بیماری‌های واگیردار، توانمندی‌های بنیادین بشر را با محدودیت روبه‌رو می‌کنند، زیرا با محدود کردن انتخاب‌های هر فرد، فعالیت‌های خلاقانه او را تضعیف کرده و انسان را به مرگ نزدیک می‌کنند. انسان در این شرایط، نیاز به خلاقیتی (همچون تمرکز برای کشف واکسن یا داروهای تقویت‌کننده پیشگیری از بیماری) در راستای کنترل بیماری دارد، تا آزادی فرد را برای بازگشت به توانمندی گذشته در انتخاب‌های روزمره بازگرداند. از دیدگاه نظریه «بهبودی»، بیماری‌های واگیردار با تأثیرگذاری منفی بر عوامل اجتماعی، باعث افزایش نابرابری‌های اجتماعی خواهند شد. رویارویی انسان با بیماری ویروسی یا عفونی که تا لحظه شیوع برای آن درمانی وجود ندارد، آزادی و توانمندی او را برای حفظ بنیادی‌ترین حقش، یعنی حق زیست، محدود خواهد کرد؛ بنابراین، تمام عوامل اجتماعی ای که به گونه‌ای روزافزون و متقابل بر سلامتی‌اش تأثیر می‌گذارند را بررسی کرده و پاسخ مناسب با آن را تهیه می‌کند.

نتیجه‌گیری

سیاست‌گذاران سلامت در رویارویی با بیماری‌های همه‌گیر، با تأثیرپذیری از پارادایم‌های فلسفی، مفهوم سلامت جوامع انسانی را در چارچوب‌های معنایی متفاوتی به کار می‌برند. اهمیت تأثیر زیربنای پارادایمی تفکر سیاست‌گذاران سلامت به این سبب است که تأثیر مستقیمی بر الگوهای حکمرانی مربوط به سلامت بشر در برابر همه‌گیری ویروس کرونا داشته است. قرار گرفتن دولت‌ها در یک وضعیت متفاوت و استثنایی، به تعبیر اشمیتی، باعث اثرپذیری سیاست‌های سلامت از بنیان هستی‌شناختی این جوامع شده است. با توجه به تفاوت این وضعیت استثنایی با وضعیت عادی که یک استثنا به‌شمار می‌آید — حکمران سیاسی در جایگاه

حکمران حقوقی نیز قرار گرفته و شرایطی را تجربه می‌کند که تا پیش‌از آن درکی از واقعیت‌های عینی این وضعیت استثنایی در پشت حجاب جهل نداشته است؛ از این رو هردو رویکرد کل-دولت و کل-جامعه برای کنترل بیماری کرونا، ساختارهای حقوقی و سیاسی را متمرکز و منطبق کردند. افزون‌براین، به دلیل ماهیت بیماری کرونا و سرعت گسترش آن در میان گروه‌های انسانی، میزان شیوع با ساخت فرهنگی و سیاسی کشورها، که دولت و جامعه در آن‌ها متأثر از مبانی هستی‌شناختی است، رابطه مستقیمی دارد. به همین دلیل، در رویکرد کل-دولت، این تمرکزگرایی به «محدودیت‌های غیراقتناعی» و «کنترل غیرمشارکتی» شهروندان می‌انجامد. افزون‌براین، به دلیل قرار گرفتن دولت در جایگاهی فراتر از جامعه، قدرت در دولت متمرکز بوده و جامعه به دلیل سازگاری پیشین با نقش مداخله‌گر دولت، بیشترین سازگاری را با «محدودیت‌های غیراقتناعی» مبتنی بر زور خواهد داشت، اما این سازگاری، به معنای همکاری داوطلبانه با دولت نخواهد بود. در مقابل، در رویکرد کل-جامعه، ساختارهای حقوقی و سیاسی، دارای ویژگی تخصص‌گرایی و مشارکت نهادهای غیردولتی و انجمن‌های غیراقتناعی علمی بوده و محدودیت‌های جوامع انسانی، با اقتناع عمومی و مشارکت همگانی همراه است.

در چنین شرایط استثنایی، حکمرانی سیاسی برای سیاست‌گذاری سلامت در هریک از رویکردهای شخص‌گرایی، لیبرالیستی، فایده‌گرایی، مساوات‌طلبی، کمونیستی، قابلیت‌گرایی، و بهزیست‌گرایی، بر حفظ سلامتی مردم، در راستای حفظ «جمعیت جامعه» - که یکی از عناصر اصلی تشکیل جامعه و دولت است - متمرکز می‌شود. حکمران سیاسی، سیاست‌گذاری سلامت را برای حفظ خاستگاه رویکرد فلسفی خود - که تشکیل‌دهنده دولت بوده است - با اجرای سیاست‌های سلامت در مبارزه با ویروس کرونا - که در آن وضعیت استثنایی، پیامدهای متفاوتی برای دولت دارد - به کار می‌گیرد.

در نتیجه، حکمران سیاسی، در رویکرد شخص‌گرایی به کرامت انسانی و اخلاق، در رویکرد لیبرالیستی به تضمین آزادی در حوزه فردی و اجتماعی، در رویکرد فایده‌گرایی به خیر اکثریت، در رویکرد کمونیستی به حفظ یکپارچگی جامعه در برابر فرد، در رویکرد مساوات‌طلبی به تضمین حقوق طبیعی بشر، در

رویکرد قابلیت‌گرایی به تضمین آزادی برای بهره‌مندی از قابلیت‌های درونی، در رویکرد بهزیستی به حفظ توانایی فرد برای بهره‌گیری از رفاه در ارتباط با جامعه، اهمیت داده و سلامتی اعضای جامعه را از رهگذر مبارزه با بیماری کرونا — که یک وضعیت استثنایی در برابر حکمران سیاسی است — به‌عنوان ضامن حفظ آن خاستگاه فلسفی به‌شمار می‌آورد.

بنابراین، قرار گرفتن هریک از رویکردهای فلسفی در کنار سیاست‌گذاری سلامت در وضعیت استثنایی همه‌گیری کرونا، پیامدهایی دارد. در رویکرد شخص‌گرایی باید به تضمین کرامت فرد برای مشارکت او در تصمیم‌های مرتبط با سلامتی بینجامد؛ بنابراین، نمی‌توان با فرد به‌گونه‌ای ابزاری رفتار کرد. براین‌اساس، سیاست‌گذاری سلامت در خدمت منافع مشترک قرار می‌گیرد. در رویکرد برابری‌طلبی که برپایه نظریه جان رالز بنا شده است، پیامد سیاست‌گذاری سلامت توسط حکمران، باید تضمین سلامتی به‌عنوان یک کالای بنیادین باشد؛ ازاین‌رو، توزیع عادلانه این کالای اساسی اجتماعی به‌عنوان یک حق، حکمران سیاسی را به‌مثابه سیاست‌گذار یک سازمان (در اینجا منظور دولت است) که کالاهای اولیه اجتماعی را با عدالت و انصاف توزیع کند، در نظر می‌گیرد. در رویکرد لیبرالیستی، پیامد سیاست‌گذاری سلامت در دوره همه‌گیری کرونا، به‌حداقل رسیدن آزادی‌های فردی و تلاش حکمران سیاسی برای تضمین انتخاب آزادانه مراقبت‌های بهداشتی است. این درحالی است که حکمران سیاسی باید حداقلی از سیاست‌های بهداشتی را برای مراکز بیمه درمانی خصوصی وضع کند تا از خطر سرایت بیماری افرادی که توانایی مالی انتخاب پوشش مراقبت‌های بهداشتی را ندارند، به افراد دیگر جامعه جلوگیری شود.

در رویکرد فایده‌گرایی، پیامد سیاست‌گذاری سلامت، توزیع خدمات درمانی و امکانات بهداشتی بین افرادی است که از قابلیت بیشتری برای حفظ یک اجتماع انسانی سالم بزرگ برخوردارند. این درحالی است که پیامد سیاست‌گذاری سلامت در بحران کرونا از نگاه رویکرد کمونیستی، حفظ موجودیت ایدئولوژیک دولت است. در رویکرد مساوات‌طلبی، پیامد رویارویی حکمران سیاسی با وضعیت استثنایی بحران همه‌گیری کرونا، تقسیم مساوی تمام کالاهای بهداشتی بین همه

افراد جامعه خواهد بود؛ از این‌رو، حکمران سیاسی باید با شناسایی مؤلفه‌های اساسی برابری، و از طریق اعمال سیاست‌های کنترلی بر مبنای اهمیت عوامل اجتماعی و فرهنگی هر منطقه در کشور، از توزیع نابرابر کالاهای بهداشتی جلوگیری کند.

پیامد سیاست‌گذاری سلامت در رویکرد نظریه قابلیت — که آمارتیا سن ارائه کرده است — حفظ عدالت اجتماعی برای تضمین قابلیت‌های ده‌گانه‌ای است که او برای حفظ سلامتی افراد در برابر بیماری و در راستای تضمین آزادی و استقلال فرد به کار می‌برد. این پیامد در سیاست‌گذاری سلامت حکمران سیاسی بر مبنای نظریه بهزیستی، به حفظ سلامتی افراد به‌عنوان یکی از ابعاد شش‌گانه بهزیستی فرد — که مبنای برقراری عدالت در جامعه است — می‌انجامد؛ بنابراین، حکمران سیاسی باید در سیاست‌گذاری سلامت، از نابرابری‌های اجتماعی در ماهیت روابط بین افراد به‌گونه‌ای جلوگیری کند که فرصت‌ها و توانایی‌های بنیادین انسان (نوع بشر) در رویارویی با بحران همه‌گیری کرونا، حفظ شود.

پیشنهادها

موضوعات زیر برای دانش‌پژوهان به‌منظور تکمیل مطالعات حوزه سیاست‌گذاری سلامت در ایران پیشنهاد می‌شود:

۱. بررسی تأثیر باورهای مذهبی ایرانیان بر سیاست‌های سلامت و بهداشت؛
۲. نقش سیاست‌های سلامت در عصر ناصری بر انقلاب مشروطه ایران؛
۳. نقش نخبگان مذهبی در توسعه بهداشت عمومی در ایران؛
۴. رابطه سلامتی و امنیت در جغرافیای مرزی ایران؛
۵. مقایسه تطبیقی سیاست‌گذاری سلامت در ایران با کشورهای دیگر در کرونا؛
۶. مبانی هستی‌شناختی سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب ۱۹۷۸؛
۷. مطالعه تطبیقی سیاست‌گذاری سلامت بین دولت‌های جمهوری اسلامی*

یادداشت‌ها

۱. پاندمی (Pandemic): دنیاگیری یا دنیاگیر، به حالتی از همه‌گیری یک بیماری گفته می‌شود که از مرز چند قاره فراتر رفته باشد. بیماری‌هایی مانند ایدز و کرونا، نمونه‌هایی از دنیاگیری بیماری در سال‌های گذشته هستند. به این حالت، همه‌گیری جهانی نیز گفته می‌شود (Miquel, 2008: 179).
۲. به نمایندگی جان راولز (۱۹۲۱)
۳. به نمایندگی جان استوارت میل (۱۸۰۶)
۴. به نمایندگی جان لاک (۱۶۳۲)، رابرت نوزیک (۱۹۳۸)
۵. به نمایندگی آمارتیا سن (۱۹۳۳)
6. http://www.med.uottawa.ca/sim/data/health_definitions_e.htm
۷. کتاب «اصول طب هاریسون» - Harrison's Principles of Internal Medicine - در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۴ شمسی، توسط «عباس تبریزیان»، نماینده برجسته طب سنتی، در مراسمی آیینی سوزانده شد.

منابع

- اسکمبلر، گراهام و دیگران (۱۳۹۶)، *هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت*، ترجمه حسینعلی نوذری، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- اشمیت، کارل؛ آگامبن، جورجو؛ بنیامین، والتر؛ آرت، هانا؛ ژیزک، اسلاوی؛ رانسیر، ژاک؛ دریدا ژاک؛ موفه شانتال؛ اولمن، گری؛ الیاس، گری (۱۳۸۷)، *قانون و خشونت*، ترجمه مراد فرهادپور، تهران: فرهنگ صبا.
- جعفری، علی‌اکبر؛ فروغی، نسرين (۱۳۹۴)، «بررسی و تحلیل پراکندگی بیماری‌های وبا و طاعون در ایران و تأثیر آن‌ها بر گسترش بحران‌های اجتماعی ۱۲۶۴-۱۲۱۰ ه.ش، *دوفصلنامه علمی-پژوهشی تاریخنامه ایران بعد از اسلام*، سال ششم، شماره ۱۱.
- خلجی‌نیا، زهره؛ گائینی، مینا (۱۳۹۷)، تبیین چالش اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در شهر قم، *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، سال سوم، شماره ۳.
- سیدامامی، کاووس (۱۳۹۵)، *پژوهش در علوم سیاسی*، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق(ع).
- طباطبایی، جواد (۱۳۸۹)، *دیباچه‌ای بر نظریه انحطاط ایران*، چاپ هشتم، تهران: نشر نگاه معاصر.
- طیّبی، سیدمحمد؛ قره‌چاهی، سعیده (۱۳۹۴)، «تأثیر آب‌های آلوده بر شیوع بیماری‌ها در عصر ناصری (از منظر سیاحان خارجی)»، *فصلنامه تاریخ پزشکی*، سال هفتم، شماره بیست و چهارم.
- فیاضی، عمادالدین (۱۳۹۰)، «تأثیر خرافات و عقاید انحرافی بر گسترش بیماری‌ها در عصر قاجار»، *فصلنامه مسکویه*، سال ۶، شماره ۱۹.
- قاراخانی، معصومه (۱۳۹۲)، «دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ه.ش)»، *فصلنامه علوم اجتماعی (علامه طباطبایی)*، شماره ۶۱.
- قلی‌پور، رحمت‌اله (۱۳۸۳)، «نقش دولت در حکمرانی خوب»، *رساله دکترای دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبایی*.
- معینی علمداری، جهانگیر (۱۳۹۴)، «تأملی در فلسفه سیاست‌گذاری عمومی»، *فصلنامه سیاست‌گذاری عمومی*، دوره ۱، شماره ۳.
- _____ (۱۳۹۶)، *روش‌شناسی نظریه‌های جدید در سیاست*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- میراحمدی، منصور؛ میراحمدی، علی (۱۳۹۷)، «جایگاه دانش سیاسی و مدیریت در علوم

حکمرانی»، مجله چشم‌انداز مدیریت دولتی، سال نهم، شماره ۳۴. وحدانی نیا، ولی‌اله؛ وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۷)، «فهم متأخر سیاست‌گذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت»، نشریه پایش (پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)، سال هفدهم، شماره ۶.

وحدانی نیا، ولی‌اله (۱۳۹۶)، *پایان‌نامه تغییر پارادایم در سیاست‌گذاری سلامت؛ طراحی الگوی مفهومی حکمرانی برای سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، دانشگاه تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی.

وحید، مجید؛ لطفی، امیر (۱۳۹۶)، «تأسیس سیاست‌های تأمین اجتماعی در ایران (۱۳۲۰-۱۲۸۵)، فصلنامه سیاست‌گذاری عمومی، دوره ۳، شماره ۴.

Amir A. Afkhami, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2019, ISBN 978-1-4214-2721-7 (hbk), 296 pp

Ahmadi, Ali, et al (2020), *Modeling and Forecasting trend of COVID-19 Epidemic in Iran until May 13, 2020*, Med J Islam Repub Iran, 2020 (31 Mar).

Ahmadi, Mohsen, et al, (2020), "Investigation of Effective Climatology Parameters on COVID-19 Outbreak in Iran", *Science of The Total Environment*, Vol. 729.

Akrami, Forouzan (2017), "Analyzing the Politico-Moral Foundations of the Iran's Health System Based on Theories of Justice", *J Med Ethics Hist Med*, Vol.10.

Ansell, Chris (2008), "Collaborative Governance in Theory and Practice", *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 18, Issue. 4.

Azizi, MH. (2007 Jan), The Historical Backgrounds of the Ministry of Health Foundation in Iran, *Archives of Iranian Medicine*, Vol.10, No.1.

Azizi, Mohammad-Hosseini (2010), "History of Cholera Outbreaks in Iran During the 19th and 20th Centuries", *Middle East J Dig Dis*, Vol.2, No.1.

Baum, F, Lawless, A, and Delany, T. (2014), "Evaluation of Health in All Policies: Concept, Theory and Application", *Health Promotion International*, Vol. 29, No. S1.

Baum, Fran (2016), "Comprehensive Primary Health Care under Neo-Liberalism in Australia", *Social Science & Medicine*, Vol.168.

Beauchamp T, Childress J. (2013), *Principles of Biomedical Ethics*, USA: Oxford University Press.

Behzadifar, Masoud and others (2020), "Ensuring Adequate Health Financing to Prevent and Control the COVID-19 in Iran", *International Journal for Equity in Health*, Vol.19.

Bielecki, A. and Nieszporska, S. (2016), "Multi-agent Systems Theory in

Application to Analysis of Various Types of Health Care Systems", *Annals of Operations Research* (under review).

Bovaird, Tony and Löffler, Elke (2003), "Evaluating the Quality of Public Governance: Indicators".

Bovaird, Tony (2005), "Public Governance: Balancing Stakeholder Power in a Network Society", *International Institute of Administrative Sciences*, Vol. 71, No.2.

Catherine E. Rudder (2008), "Private Governance as Public Policy: A Paradigmatic Shift", *The Journal of Politics*, Vol. 70, No. 4.

Childress J, Bernheim R (2015), "Introduction: A Framework for Public Health Ethics", In: Bernheim R, Childress J, Melnick A, Bonnie R, editors, *Essentials of Public Health Ethics*, USA: Jones & Bartlett Publishers.

Christensen T, Laegreid, P (2006), "The Whole-of-government Approach – Regulation, Performance, and Public-Sector Reform", *Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies* (Working paper 6–2006), available at: <http://soc.kuleuven.be>.

Chuengsatiansup.K.(2003), "Spirituality and Health: an Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment", *Health Systems Research Institute*, Nonthaburi 11000, Thailand, Environmental Impact Assessment Review 23.

Cockerham, W., Snead, M., & DeWaal, D. (2002), "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.43.

Cockerhama, William (2005), "Health Lifestyles and Political Ideology in Belarus, Russia, and Ukraine", *Social Science & Medicine*, Vol. 62, Issue 7.

Coogan EH. Honors Theses (2007). *Rawls and Health Care*, paper 501.

Corfee-Morlot, J., et al. (2009), "Cities, Climate Change and Multilevel Governance", *OECD Environment Working Papers*, No. 14, OECD Publishing, Paris.

Daniels N. (2008), *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press.

Dixit, Avinash. (2009), "Governance Institutions and Economic Activity", *American Economic Review*, Vol.99, No.1.

Doshmangir, Leila, et al, (2020), "Iran's Response to COVID-19 Crisis: What We Have Done and What Needs to Be Done, Evidence Based Health Policy", *Management & Economics*, Vol. 4, Issue 2.

Elif, Perihan (2016), "Enhancing John Rawls's Theory of Justice to Cover Health

and Social Determinants of Health", *Acta Bioeth*, Vol. 21, No. 2.

Grindle, Merilee (2007), "Good Enough Governance Revisited", *Development Policy Review*, Vol. 25, No.5.

Grindle, Merilee. (2010), "Good Governance: The Inflation of an Idea", Harvard Kennedy School, *Research Working Paper Series*, RWP10023.

Hashemi Shahraki, A., Carniel, E., & Mostafavi, E. (2016), *Plague in Iran: its History and Current Status. Epidemiology and Health*, 38, e2016033. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016033>

Hayek, F. (1949), *Individualism and Economic Order*, London: Routledge & Kegan Paul LTD.

Hofmann, B. (2012), "Priority Setting in Health Care: Trends and Models from Scandinavian Experiences", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16.

Horton, Eleanor S. (2007), "Neoliberalism and the Australian Healthcare System (Factory)", *In Proceedings 2007 Conference of the Philosophy of Education Society of Australasia*, Wellington: New Zealand.

Jafari, Hamid et al. (2020), "The Most Important Challenge of COVID-19 Control Policies in Iran", *Prehospital and Disaster Medicine*, Vol.35, Issue 4.

Kay, Adrian (2006), *The Dynamics of Public Policy: Theory and Evidence*, Cheltenham, Edward Elgar.

Kickbusch, I and Behrendt, T. (2013), *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century*, Making it Happen, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kuhn T. (1970), *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd ed, Chicago: University of Chicago Press.

Langeveld et al.(2016), "Use of a Knowledge Broker to Establish Healthy Public Policies in a City District: A Developmental Evaluation", *BMC Public Health* 2016, No.16.

Lindau, Stacy Tessler. Laumann, Edward O. Levinson, Wendy. Waite, Linda J. (2003), "Synthesis of Scientific Disciplines in Pursuit of Health: The Interactive Biopsychosocial Model", *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 46, NO. 3.

Liu, Yuanli et al (1998), "Economic Transition and Health Transition: Comparing China and Russia", *Health Policy*, Vol. 44, Issue. 2.

Martsof, Grant et al (2019), "Integrating Political Philosophy Into Health Policy Education", *Policy Polit Nurs Pract*, Vol. 20, No.1.

Mersland, R. and Strøm, R. Ø. (2009), "Performance and Governance in Microfinance Institutions", *Journal of Banking and Finance*, Vol.33, No.4.

- Porta, Miquel (2008), *Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press.
- Molavi Vardanjani, Hossein and et al (2020), "A Cross-sectional Study of Persian Medicine and the COVID-19 Pandemic in Iran: Rumors and Recommendations", *Integrative Medicine Research*, Available online 23 July 2020.
- Nicola, Maria et al (2020), "The Socio-economic Implications of the Coronavirus Pandemic (COVID-19): A Review", *International Journal of Surgery*, Vol. 78.
- Norouzi, Nima et al, (2020), "The Impacts of the Novel Corona Virus on the Oil and Electricity Demand in Iran and China", *Journal of Energy Management and Technology (JEMT)*, Vol. 4, Issue. 4.
- Park K. Park's (2015), "Textbook of Preventive and Social Medicine", *English: 23 th Edition*, Bhanot Publishers: Indian.
- Petrini, Carlo (2010), *Theoretical Models and Operational Frameworks in Public Health Ethics*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, No.7.
- Poul F. Kjaer and Vetterlein, Antje (2018), "Regulatory Governance: Rules, Resistance and Responsibility", *Contemporary Politics*, Vol.24, No.5.
- Pourghasemi, Hamid Reza and et al (2020), "Spatial Modeling, Risk Mapping, Change Detection, and Outbreak Trend Analysis of Coronavirus (COVID-19) in Iran", *International Journal of Infectious Diseases*, Vol.98.
- Powers M, Faden RR. (2006), *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, USA: Oxford University Press.
- Radoilska, Lubomira et al (2009), "Public Health Ethics and Liberalism", *Public Health Ethics*, No. 2, Vol.2.
- Raofi, Azam et al (2020), "COVID-19 Pandemic and Comparative Health Policy Learning in Iran", *Arch Iran Med*, Vol. 23, No.4.
- Rawls J. (2005), *A Theory of Justice*, Original, Cambridge: The Belknap Press.
- Seyf, Ahmad (2002), "Iran and Cholera in the Nineteenth Century", *Middle Eastern Studies*, Vol. 38.
- Stokes J, Noren J, Shindell S. (1982), "Definition of Terms and Concepts Applicable to Clinical Preventive Medicine", *Journal of Community Health*, No. 8.
- Styczeń, T. (1985), "Responsabilita Dell'uomo Nei Confronti Di se e Dell'altro", In: Karol Wojtyla. Filosofo, Teologo, Poeta, *Alti DelColloquito Internazionale Del Pensiero*, Roma: Libreria Editrice Vaticana.
- Thakur, Ramesh, Van Langenhove, Luk (2006), "Enhancing Global Governance through Regional Integration", *Global Governance*, No.12.
- Triumph (2006), "Deficit or Contestation? Deepening the 'Deepening Democracy' Debate' Institute of Development Studies (IDS)", *Working Paper*

264.

Turnbull, Shann (2002), "Corporate Governance: Its scope, Concerns and Theories, *Corporate Governmence*, Vol.5, Issue.4.

WHO (1986), *Constitution of the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Wojtyła, K. (1969), *Osoba I Czyn*. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków (in Polish). (English edition: *The Acting Person*. *Analecta Husserliana* 10. Reidel Publishing Co., Dordrecht, 1979.