

## تبیین قابلیت‌های طب ایرانی در نظام سلامت با هدف صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌ها

رسول حسینی<sup>۱\*</sup>، محسن ناصری<sup>۲</sup>

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۸

### چکیده

بر اساس آمارها در جمهوری اسلامی ایران شاخص کلی هزینه‌های نظام سلامت در بیست سال گذشته، ۳۰ برابر شده است. یکی از مهم‌ترین دلایل افزایش هزینه‌های نظام سلامت، شیوع و افزایش بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های مزمن است. هدف از انجام پژوهش حاضر معرفی راهکارهای طب ایرانی برای کاهش هزینه‌های نظام سلامت است. تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و نوع داده‌ها کیفی است. جهت گردآوری داده‌ها از ابزار مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته استفاده شده است. نمونه‌گیری کاملاً هدفمند با استفاده از تکنیک گلوله برفی صورت پذیرفت که در نهایت ۱۱ نفر از خبرگان علمی و مدیران عالی حوزهٔ سلامت و طب ایرانی به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کیفی تحلیل مضمون استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند راهکارهای طب ایرانی جهت کاهش هزینه‌های نظام سلامت عبارت‌اند از: روش‌های پیشگیرانه متنوع و جامع، به‌کارگیری روش‌های تشخیصی کلینیکال، درمان‌های غیردارویی (تغییر سبک زندگی)، درمان‌های اولیه و در دسترس، به‌کارگیری روش‌های درمانی و دارویی بومی، استفاده از گیاهان با اثربخشی بالا و عارضهٔ کم و استفاده از اعمال یدای ساده و مؤثر. بنابراین، با استفاده از طب ایرانی می‌توان هزینه‌های نظام سلامت و بار اقتصادی ناشی از آن بر بودجهٔ کشور و سبد هزینهٔ خانوار را کاهش داد.

**واژگان کلیدی:** قابلیت‌های طب ایرانی، نظام سلامت، صرفه‌جویی، کاهش هزینه‌ها.

۱. کارشناسی ارشد مدیریت گرایش استراتژی، دانشگاه آزاد واحد قائم‌شهر، قائم‌شهر، ایران (نویسنده مسئول). رایانامه: [rasolhasani13@gmail.com](mailto:rasolhasani13@gmail.com)

۲. استاد دانشگاه علوم پزشکی شاهد، تهران، ایران. رایانامه: [TMCTRC@gmail.com](mailto:TMCTRC@gmail.com)

## ۱. مقدمه

یکی از چالش‌های نظام سلامت در قرن حاضر، رشد روزافزون هزینه‌ها در این بخش است. بر اساس آمارها در ایران شاخص کلی هزینه‌ها طی ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است، درحالی‌که این رشد در هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر بود (نشاط و همکاران، ۱۳۹۷: ۳). از مهم‌ترین دلایل افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌توان به شیوع و افزایش بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های مزمن اشاره کرد. بین سال‌های ۱۹۸۰ م. الی ۲۰۱۵ م. بیماری‌های مزمن عامل بیش از ۷۱ درصد از تمام مرگ‌ومیرهای جهان بوده است. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ م. سه‌چهارم کل مرگ‌های جهان به بیماری‌های غیرواگیر مربوط خواهد بود (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳). آمارها نشان می‌دهد ۲۰ درصد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن در کشورهای با درآمد بالا و ۸۰ درصد موارد آن در کشورهای با درآمد متوسط و کم که بیشترین جمعیت جهان در آنجا زندگی می‌کنند، رخ می‌دهد.

در ایران بیماری‌های قلبی-عروقی رتبه اول را از نظر مرگ‌ومیر به خود اختصاص داده است و بار اقتصادی در دامنه ۴/۷۱۵-۴/۹۰۸ میلیارد دلار (۲۵,۰۰۰,۰۰۰ تا ۲۰۱۰۷۷۸۴۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال) به نظام اقتصادی ایران تحمیل می‌کند (راغفر و همکاران، ۱۳۹۷: ۱). طبق مطالعات انجام‌شده در کشور حدود ۱۱ درصد جمعیت بالای ۲۵ سال به دیابت مبتلا هستند، و حدود ۱۸ درصد از جمعیت بزرگسال در شرایط پیش‌دیابت قرار دارند؛ هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مربوط به آن حدود چهار میلیارد دلار برآورد می‌شود (سایت شعار سال، ۱۳۹۷).

در خصوص بیماری‌های واگیردار نیز نظام سلامت کشور با چالش‌های جدی مواجه است؛ سالانه حدود ۴۰۰ میلیون ابتلا به اسهال و سرماخوردگی در کشور گزارش شده است. این مسئله هزینه‌های قابل‌توجهی بر اقتصاد کشور تحمیل می‌کند (ناصری، ۱۴۰۲). آخرین و سنگین‌ترین بحران سلامت، پاندمی کرونا بود که کشورها را با چالش‌های جدی در حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی مواجه کرد. مطالعات بین‌المللی دهه‌های اخیر نشان می‌دهد، طب سنتی در موارد تأییدشده از جهت کیفیت، ایمنی و اثربخشی، برای دستیابی به

شعار و هدف «دسترسی همه مردم به مراقبت‌های بهداشتی» کمک‌کننده است. داروهای گیاهی، درمان‌ها و درمانگران سنتی برای میلیون‌ها نفر منبع اصلی مراقبت‌های بهداشتی و حتی گاهی تنها منبع مراقبت‌های بهداشتی هستند. این شیوه مراقبت برای آن‌ها نزدیک به محل زندگی، در دسترس و مقرون‌به‌صرفه است. همچنین از نظر فرهنگی قابل قبول بوده و مورد اعتماد بسیاری از مردم است. در کنار شرایط افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و ریاضت‌های اقتصاد جهانی، قیمت بسیاری از داروهای سنتی از دیگر دلایل تمایل به این شیوه مراقبتی است. علاوه بر این، طب سنتی به‌عنوان راهی برای مقابله با افزایش بی‌امان بیماری‌های غیرواگیر مزمن مطرح است (رضایی‌زاده و طاهری‌پناه، ۱۳۹۳).

باتوجه به قدمت و غنی بودن طب ایرانی در حوزه سلامت در این پژوهش درصدد شناسایی و معرفی ظرفیت‌ها و قابلیت‌های طب ایرانی در زمینه پاسخ به نیازهای نظام سلامت و کاهش هزینه‌ها هستیم. از این‌رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که؛ ظرفیت‌ها و قابلیت‌های طب ایرانی در صرفه‌جویی‌های نظام سلامت کدام‌اند؟

## ۲. مبانی نظری

### ۲-۱. سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی

اولین نکته در بررسی وضعیت بخش بهداشت و درمان کشور، توجه به سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی است. حسب آمارهای موجود، سهم مخارج جاری سلامت در ایران از حدود ۴/۵ درصد در سال ۲۰۰۰م. به حدود ۸/۶ درصد در ۲۰۱۸م. رسیده است؛ این عدد بسیار قابل توجه است (این ارقام به پیش از همه‌گیری کرونا مربوط می‌شود و ممکن است این عدد در شرایط کنونی سهم بیشتری را به خود اختصاص داده باشد). به‌طور مشابه مشاهده می‌شود که با افزایش سهم بخش سلامت در تولید ناخالص داخلی کشور و با توجه به اینکه رشد جمعیت کشور در این دوره به این نسبت افزایش نیافته است، سرانه مخارج سلامت از حدود ۴۴۳ دلار به ازای هر نفر در سال ۲۰۰۰م. به ۱۶۹۱ دلار در سال ۲۰۱۸م. رسیده است؛ این عدد در مقایسه با کشورهای در حال توسعه و اقتصادهای نوظهور نظیر چین و ترکیه رقم بالاتری است و این سهم روند صعودی داشته

است. در ایران ۲۲/۵ درصد از مخارج کل دولت به بخش سلامت اختصاص می‌یابد که این عدد برای کشور توسعه‌یافته‌ای مانند آلمان حداکثر ۲۰ درصد است. سهم بودجه سلامت در سال ۱۴۰۰ حدود ۱۵ درصد و معادل سهم امور دفاعی و امنیتی بوده است (امام‌قلی‌پور و حسینی، ۱۴۰۰: ۵).

## ۲-۲. میزان شیوع بیماری‌ها

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سیستم‌های بهداشتی در قرن بیست‌ویکم افزایش سریع بیماری‌های غیرواگیر و چالش‌های بیماری‌های واگیر مانند کرونا است. این چالش‌های روبه‌رشد تهدیدی برای توسعه اجتماعی-اقتصادی و زندگی و سلامت میلیون‌ها نفر از مردم است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰).

بین سال‌های ۱۹۸۰ م. الی ۲۰۱۵ م، بیماری‌های مزمن عامل بیش از ۷۱ درصد از تمام مرگ‌ومیرهای جهان بوده است. در سال ۲۰۰۸ م، ۵۷ میلیون مورد مرگ‌ومیر در دنیا اتفاق افتاد که ۳۶ میلیون (۶۳ درصد) آن ناشی از بیماری‌های مزمن بوده است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳). همچنین بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶ م. حدود ۴۱ میلیون نفر بر اثر بیماری مزمن (بیماری‌های قلبی و عروقی ۱۷/۹ میلیون نفر، سرطان ۹ میلیون نفر، بیماری‌های تنفسی مزمن ۳/۸ میلیون نفر، دیابت ۱/۹ میلیون نفر جان خود را از دست داده‌اند) که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ م. سه‌چهارم کل مرگ‌های جهان مربوط به بیماری‌های غیرواگیر خواهد بود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که ۸۰ درصد از مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های مزمن در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد (نورالدینی و همکاران، ۱۴۰۰).

نکته قابل توجه دیگر، میزان شیوع بیماری‌های غیرواگیر در کشورهایی با درآمد بالا و درآمد کم و متوسط است. بر اساس آمارها ۲۰ درصد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن در کشورهای با درآمد بالا رخ می‌دهد؛ در حالی که ۸۰ درصد موارد آن در کشورهای با درآمد متوسط و کم اتفاق می‌افتد که بیشترین جمعیت جهان در آنجا زندگی می‌کنند. در ایران نیز بیشترین بار به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد. این بیماری‌ها از مجموع علل

بار کلی محاسبه شده برای هر دو جنس، ۴۵ درصد مردان و ۳۳ درصد زنان را تشکیل می دهند (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰). بیماری های عروقی مغز، بیماری های قلبی-عروقی، سوانح و حوادث، اختلالات روانی، سرطان ها، بیماری دیابت، بیماری های مزمن کلیوی، بیماری های تنفسی، بیماری های دستگاه گوارش، بیماری های عضلانی-استخوانی بیشترین سهم بار بیماری را به خود اختصاص داده اند (طایفی و همکاران، ۱۳۹۶).

در ایران بیماری های قلبی-عروقی رتبه اول از نظر مرگ و میر (۵۰ درصد از مرگ و میرهای سالانه) را به خود اختصاص داده است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰). بیماری سرطان به عنوان یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان، سومین علت شایعه مرگ و میر در کشور ما است. هر سال در ایران بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان اتفاق می افتد. از سوی دیگر با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندان در جمعیت کشور انتظار می رود موارد بروز سرطان در یک دهه آینده به شدت افزایش یابد (نورالدینی و همکاران، ۱۴۰۰).

سازمان بهداشت جهانی با توجه به آمار رو به افزایش بیماری دیابت در جهان آن را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده و سال ۱۹۹۳ م تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فراخواند. بر اساس تخمین سازمان تعداد مبتلایان به دیابت از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ م به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ م خواهد رسید. افزایش در کشورهای در حال توسعه معادل ۱۷۰ درصد و در کشورهای پیشرفته ۴۲ درصد خواهد بود (عطایی و همکاران، ۱۴۰۰).

### ۲-۳. شیوع بیماری در دوره سالمندی و تبعات اقتصادی ناشی از آن

امروزه روند پیری جمعیت در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. پیش بینی می شود با پیری ناسالم به دلیل عدم پیشرفت در وضعیت تغذیه و شرایط اجتماعی و اقتصادی بار بیماری در جمعیت سالمند رو به افزایش باشد. از سویی با ورود به مرحله سالمندی هزینه های درمانی در بخش ها و شکل های مختلف روند تصاعدی خواهد داشت. طی ۳ الی ۴ دهه آینده در تمامی کشورها جمعیت سالمندان از درصد موجود پیشی خواهد

گرفت و نمای متفاوتی را نشان خواهد داد؛ و به‌عنوان یک فاکتور تأثیرگذار بر نظام اجتماعی و اقتصادی جوامع مطرح است. مطالعات نشان می‌دهد ۲۰ درصد جمعیت در سال ۲۰۵۰م در آمریکا را سالمندان تشکیل می‌دهند. تحقیقاتی در آمریکا (۱۹۹۹) نشان داد، هزینه‌های درمانی در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیش از ۵ برابر کل هزینه‌های درمانی گروه سنی کمتر از ۶۵ است (راسل و اردلان، ۱۳۸۶: ۳).

بر اساس مطالعات براک و همکاران با افزایش سن، شیوع دیابت نیز افزایش یافته است، پیش‌بینی شده که در سال ۲۰۱۰م نزدیک به ۴ میلیون نفر بر اثر بیماری دیابت بمیرند که حدود ۶/۵ درصد تعداد کل مرگ‌ها در تمام سنین و ۱۰ درصد از کل مرگ‌ها در سن ۲۰ الی ۷۹ سال را شامل می‌شود. بیشترین میزان مرگ نیز در گروه سنی بالای ۷۰ سال بوده؛ روند مرگ دیابت با افزایش سن افزایش می‌یابد (عطایی و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۲).

جمعیت سالمندی در ایران نیز در حال افزایش است و می‌بایست خود را برای مدیریت موج سالمندی در چند دهه آینده آماده کند. انتظار می‌رود ایران در بین سال‌های ۲۰۳۰م الی ۲۰۴۰م با افزایش ناگهانی جمعیت سالمند مواجه شود. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام‌شده جمعیت بالای ۶۰ سال در ۲۰۲۱م بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود که به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۵۰م از مرز ۲۰ درصد عبور کند (دفتر سلامت خانواده و جمعیت معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی). این امر سبب افزایش ناگهانی هزینه‌های خدمات سلامت می‌گردد؛ با فرض ۵ برابر بودن هزینه‌های درمانی سالمندان (بر اساس برآوردهای در دسترس سایر جوامع) برای پاسخگویی به هزینه‌های سلامت لازم است سرانه هر نفر از منابع مالی بخش سلامت به بیش از ۲/۵ برابر افزایش یابد (راسل و اردلان، ۱۳۸۶).

#### ۴-۲. بار اقتصادی ناشی از بیماری‌ها

یکی از چالش‌های نظام سلامت در قرن حاضر، رشد روزافزون هزینه‌ها در بخش سلامت است. دولت‌ها همواره به دنبال راهی هستند تا علاوه بر تأمین جامع نیازهای سلامت، هزینه‌های درمان را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش دهند؛ اما در اکثر موارد هزینه‌های

سلامت کشورهای مختلف با سیر یکنواختی افزایش یافته است. یکی از مهم‌ترین دلایل افزایش هزینه‌های نظام‌های سلامت، شیوع و افزایش بیماری‌های مزمن است. بنا بر توافق جهانی بیماری‌های مزمن یکی از محرک‌های اصلی اتلاف هزینه‌های نظام سلامت است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۶). بر اساس بررسی انجام‌شده در زمینه اثرات کلان اقتصادی پنج بیماری مزمن (قلبی-عروقی، سرطان، تنفسی، دیابت و شرایط حاد روانی) زیان کل ناشی از این بیماری‌ها بین سال‌های ۲۰۱۰ الی ۲۰۳۰ در چین ۷/۷ تریلیون دلار، در ژاپن ۳/۵ تریلیون دلار و در کره جنوبی یک تریلیون دلار تخمین زده شده است (نورالدینی و همکاران، ۱۴۰۰: ۸).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۱۵ م. بار اقتصادی ناشی از بیماری‌های دیابت، سکته مغزی و بیماری‌های قلبی-عروقی در پنج کشور بزرگ در حال توسعه حدود ۱/۲۵ تریلیون دلار تخمین زده شده است (۵۵۷ میلیارد دلار در چین، ۳۰۰ میلیارد دلار در فدراسیون روسیه و ۳۳۶ میلیارد دلار در هندوستان) (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۴). در آمریکا ۸۶ درصد از هزینه‌های سلامت خانوار به بیماری‌های مزمن اختصاص می‌یابد. از آنجایی که هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۱۶ م. برابر با ۳/۳ تریلیون دلار بود، می‌توان بیان کرد که بیماری‌های مزمن ۲/۸ میلیون دلار از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص داده است (نورالدینی و همکاران، ۱۴۰۰: ۷).

در خصوص بیماری‌های قلبی-عروقی، هزینه‌های درمانی عروق کرونر قلب در اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۹ م. حدود ۲۰ میلیارد بوده است؛ همچنین کاهش تولید به دلیل مرگ‌ومیر و ناتوانی مرتبط با آن ۱۸ میلیارد یورو برآورد شده است. در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۰ م. هزینه‌های مستقیم درمانی و زیان ناشی از کاهش بهره‌وری به واسطه بیماری‌های عروق کرونر قلب ۸/۹ میلیارد دلار برآورد شده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ م. این هزینه‌ها به ۸/۷۲۱ میلیارد دلار افزایش یابد. تبعات اقتصادی این بیماری برای کشورهای در حال توسعه شدیدتر خواهد بود. در کره جنوبی هزینه‌های درمانی عروق

کرونی قلب ۰/۲ از تولید ناخالص داخلی و ۳/۲۶ درصد از کل مخارج سالیانه سلامت بوده است (راغفر و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۳).

هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از دیابت در ایالات متحده ۵۴ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۷ م بود، درحالی‌که هزینه‌های مستقیم بیماری در همان سال ۴۴ میلیارد دلار بوده است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۵-۶). در ج.ا.ایران نیز سالانه مبالغ هنگفتی در بخش سلامت برای مواجهه با بیماری‌ها هزینه می‌شود که بخش قابل‌توجهی از بودجه نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. این هزینه‌ها علاوه بر اینکه فشار زیادی به نظام کلان اقتصادی کشور وارد می‌کند، چالش‌های فراوانی را نیز برای مردم به وجود می‌آورد. بیماری عروق کرونر قلب، بار اقتصادی قابل توجهی را در دامنه ۴/۴-۹۰۸/۷۱۵ میلیارد دلار (۲۱۰,۰۳۷,۸۶۰,۰۰۰,۰۰۰-۲۰۱۰۷۷۸۴۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال) به نظام اقتصادی ایران تحمیل می‌کند. هزینه‌های مستقیم درمانی عروق کرونر قلب ۰/۸۳ درصد از تولید ناخالص داخلی ایران و ۱۲/۱۸ درصد از کل مخارج سالیانه را به خود اختصاص می‌دهد (راغفر و همکاران، ۱۳۹۷: ۱). هزینه‌های پزشکی ۳,۵۷۲ میلیارد دلار (۱۵۲,۸۶۳,۷۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) و هزینه‌های تولید ازدست‌رفته به دلیل مرگ زودرس، ۹۳۳ میلیون دلار (۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) برآورد شد (راغفر و همکاران، ۱۳۹۷: ۱).

هزینه کل مستقیم پزشکی ۹۸,۲۴۱,۳۵۲,۸۲۳,۵۷۴ ریال برای هر بیمار است. هزینه متوسط زمان ازدست‌رفته ایجادشده به‌ازای هر روز بیماران مرد به دلیل بیماری عروق قلبی ۹,۳۳۳,۴۱۸ ریال و برای زنان ۱,۰۳۳,۲۳۹ ریال برآورد شده است. بخش اعظم هزینه‌های پزشکی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی (۴۷٪) و کمترین مقدار این هزینه مربوط به هزینه‌های دارو (۱/۱۵) بود. بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی ۱۳۴,۹۹۶,۶۸۷,۸۷۱,۹۵۶ ریال به‌دست آمد. بهترین راه مقابله با این بیماری‌ها و در نتیجه کاهش هزینه‌ها، تغییر و اصلاح رفتارهای خطرآفرین است که بیمار را آسیب‌ناپذیر می‌کند (موسائی و همکاران، ۱۴۰۰: ۱).



## ۵-۲. نقش طب سنتی در نظام سلامت و کاهش هزینه‌های ناشی از بیماری‌ها

همان‌گونه که بیان شد به دنبال افزایش بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های مزمن در سال‌های اخیر، سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان با افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی مواجه شده‌اند (واعظمهدوی و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به افزایش هزینه‌های درمانی، هزینه‌های پایین‌تر روش‌ها و داروهای سنتی یکی از دلایل تمایل به طب سنتی است. در یک مطالعه کنترل‌شده تصادفی درخصوص استفاده از فیزیوتراپی، اعمال یداوی و مراقبت پزشک عمومی برای درد گردن، نتایج نشان داد که در گروه اعمال یداوی، بهبودی سریع‌تر از گروه فیزیوتراپی و مراقبت پزشک عمومی حاصل شد؛ کل هزینه‌های درمانی در این گروه حدود ۴۴۷ یورو بود یعنی حدود یک‌سوم هزینه در گروه فیزیوتراپی (۱۲۹۷ یورو) و مراقبت پزشک عمومی (۱۳۷۹ یورو). این امر بیانگر کم‌هزینه‌تر و مؤثرتر بودن مداخلات دستی برای بهبود درد گردن در مقایسه با فیزیوتراپی یا مراقبت‌های ارائه‌شده توسط پزشکان عمومی است. استفاده از خدمات طب مکمل و جایگزین برای بیماران در کنار مراقبت‌های بهداشتی ارائه‌شده توسط پزشکان عمومی آموزش‌دیده، در کاهش هزینه‌های درمان و مرگ‌ومیر مؤثر است. کاهش هزینه‌ها به دلیل تجویز داروی کمتر و کاهش مدت بستری در بیمارستان است. بدین سبب کاربرد طب سنتی برای برخی از دولت‌ها مقرون‌به‌صرفه بوده است (رضایی‌زاده و طاهری‌پناه، ۱۳۹۳).

یکی از موضوعات مهم در مواجهه با شیوع بیماری‌ها و کاهش بار اقتصادی ناشی از آن‌ها عامل پیشگیری است. اصل پیشگیری می‌تواند هم از نظر کاهش هزینه‌های سلامت و هم از نظر اثربخشی برکات زیادی داشته باشد (معمدی، ۱۳۹۸: ۱). پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن، غیرواگیر و واگیر تأثیر شدیدی بر کاهش ناتوانی افراد و وضعیت اقتصاد کشورها دارد (عزیزی، ۱۳۸۲: ۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در برنامه ۱۰ ساله پیشگیری از بیماری‌ها، می‌توان با داشتن رژیم‌های غذایی سالم‌تر، حفظ تناسب‌اندام و عدم استعمال دخانیات به میزان ۸۰ درصد از وقوع بیماری‌های قلبی و دیابت نوع دو پیشگیری

کرد. همچنین بر اساس برآورد این سازمان ۴۰ درصد سرطاناتها با سبک زندگی سالم‌تر قابل پیشگیری هستند (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳).

طب سنتی و مکمل نه تنها برای درمان بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های مزمن کاربرد دارد، بلکه به‌طور گسترده‌ای در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقا سلامت و حفظ سلامت استفاده می‌شود (رضایی‌زاده و طاهری‌پناه، ۱۳۹۳). اهمیت حفظ سلامتی از دیدگاه حکما و دانشمندان طب سنتی ایران تا حدی است که در تعریف طب، تندرستی و سلامت را وظیفه اصلی طبیب و حکیم بیان کرده‌اند (واعظ‌مهدوی و همکاران، ۱۳۹۸). دکتر ناصری در کتاب حفظ سلامتی از دیدگاه طب سنتی ایران بیان می‌کند ۸۰ درصد آموزه‌های طب ایرانی بر اصل پیشگیری از طریق مدیریت روش زندگی (سته ضروریه) بنا نهاده شده است (ناصری، ۱۳۹۶: ۲۵). آموزش‌های ستیه ضروریه و حفظ‌الصحه به مردم و جامعه نقش مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها ایفا می‌کند و به کاهش مراجعات به سیستم سلامت منجر می‌شود (عمار‌ت‌کار، ۱۴۰۲).

بر اساس آمارها در سال حدود ۴۰۰ میلیون ابتلا به سرماخوردگی و ۴۰۰ میلیون ابتلا به اسهال در کشور داریم؛ که بالغ بر ۳۰ و ۴۰ هزار میلیارد هزینه به بخش درمان تحمیل می‌کند. ۹۵ درصد سرماخوردگی‌ها و ۹۰ درصد اسهال‌ها با درمان‌های ساده طب ایرانی بهبود می‌یابند (ناصری، ۱۴۰۲).

### ۳. روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی است. با توجه به موضوع پژوهش حاضر ماهیت داده‌ها و روش تحقیق، کیفی و رویکرد اتخاذشده، استقرایی است. جامعه آماری این پژوهش را یازده نفر از مسئولین رده عالی وزارت بهداشت در حوزه طب ایرانی، رؤسای دانشکده‌های طب ایرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز تحقیقات بالینی، مراکز پژوهشی، مدیران گروه دانشکده‌های طب ایرانی، اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و پزشکان خبره در حوزه طب ایرانی تشکیل می‌دهند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزار مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد؛ زیرا در این روش علاوه بر امکان تبادل نظر، می‌توان

بحث درباره موضوع را در راستای دستیابی به اهداف پژوهش هدایت نمود (نریمانی و واعظی، ۱۳۹۶).

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، هدفمند با رویکرد گلوله برفی است. برای انجام مصاحبه در ابتدا هدف پژوهش توسط محقق بیان و تأکید شد که از مصاحبه‌ها فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. بنا بر نظر مصاحبه‌شوندگان مانعی برای ذکر محل فعالیت آن‌ها وجود نداشت. مصاحبه‌ها تا اشیاع نظری ادامه پیدا کرد؛ به گونه‌ای که از نفر نهم به بعد داده‌ها و اطلاعات دریافتی تکراری بود و اشیاع نظری اتفاق افتاد ولی به جهت اطمینان مصاحبه‌ها تا نفر یازدهم ادامه یافت. با توجه به زمان و منابع قابل‌دسترس، تعداد ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای انجام مصاحبه کافی است (کریمی و محمدی، ۱۳۹۶).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کیفی تحلیل مضمون استفاده شد. روش تحلیل مضمون به‌عنوان فرایندی برای تحلیل اطلاعات کیفی در اکثر روش‌های کیفی به‌کار می‌رود (نماین و همکاران، ۱۳۹۶). این روش قطعات گسسته و پراکنده واقعیت اجتماعی را به روشی نظام‌مند کنار یکدیگر سازمان داده و تصویری جامع از آن ارائه می‌دهد. روش تحلیل مضمون یک راهبرد تقلیل تحلیل داده‌ها است که توسط آن داده‌های کیفی تقسیم‌بندی، طبقه‌بندی، تلخیص و بازسازی می‌گردند (یاوری، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه روش تحلیل مضمون به بررسی و تحلیل متن می‌پردازد، جمع‌آوری اطلاعات در قالب چرخه‌های برداشت از متن انجام می‌شود. به عبارت دیگر، محقق با طی کردن مسیر رفت و برگشتی درون متن به درک بهتری از آن دست می‌یابد، این مسیر تا جایی دنبال می‌شود که درک قابل قبولی با کمترین تناقض درونی از متن ایجاد شود (آرایش، ۱۳۹۸).

به‌طور کلی، تحلیل مضمون روشی است برای:

- ❖ دیدن متن؛
- ❖ برداشت و درک مناسب از اطلاعات ظاهراً نامرتب؛
- ❖ تحلیل اطلاعات کیفی؛
- ❖ مشاهده نظام‌مند، شخص، تعامل، رویه، موقعیت، سازمان و یا فرهنگ؛

❖ تبدیل داده‌های کیفی به داده‌های کمی (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۳).

کینگ و هاروکز در سال ۲۰۱۰م با بررسی و جمع‌بندی تلاش‌های دیگر پژوهشگران، فرایندی سه مرحله‌ای برای تحلیل مضمون ارائه داده‌اند؛ در این تحقیق نیز از این فرایند استفاده می‌شود. این فرایند شامل سه مرحله کدگذاری توصیفی، کدگذاری تفسیری و یکپارچه‌سازی است که سه دسته مضمون پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر به دست می‌آید. در مرحله کدگذاری توصیفی هدف شناسایی قسمت‌هایی از داده‌های جمع‌آوری شده است که می‌توانند در پرداختن به سؤال تحقیق مفید باشند. در کدگذاری توصیفی بر «توصیف» چیزهایی که در گفته‌های مشارکت‌کننده حائز اهمیت است و نه تفسیر معنای آن‌ها، تأکید می‌شود. گام اول در کدگذاری توصیفی خواندن کامل متنی که قصد تحلیل آن را داریم حداقل برای یک‌بار بدون تلاش برای کدگذاری آن است تا با فضای کلی متن آشنا شویم.

مرحله بعد در کدگذاری تفسیری تلاش می‌شود تا فراتر از توصیف گزاره‌های متن عمل کرده و بر تفسیر معانی آن‌ها تمرکز شود. این کار عمدتاً با ترکیب کدهای توصیفی‌ای که به نظر می‌رسد یک معنای واحد را در خود دارند، انجام می‌شود. در مرحله سوم یعنی کدگذاری یکپارچه، تعدادی مضامین فراگیر شناسایی می‌شوند که مفاهیم کلیدی تحقیق را بیان می‌کنند. این مضامین باید بر پایه مضامین تفسیری بیان شوند ولی در سطح تجرید بالاتری از آن‌ها قرار دارند (خان‌محمدی، ۱۳۹۳).

در پژوهش کمی می‌توان روایی را این‌گونه تعریف کرد: «پژوهش دقیقاً چه اندازه آنچه قرار است بسنجد را می‌سنجد». این تعریف در پژوهش‌های کیفی چندان جایگاهی ندارد؛ زیرا هدف، ارزیابی و سنجش چیزی نیست بلکه درک و شناخت موضوع است.

نظریه‌پردازان معتقدند در پژوهش‌های کیفی به جای دو واژه «روایی» و «پایایی» باید از واژه «اعتمادپذیری» استفاده کرد. پایایی به همسانی نتایج حاصل از مصاحبه و اعتبار و توانایی آن در سنجش اهداف مدنظر اطلاق می‌شود. اعتبار به میزانی گفته می‌شود که یک

روش قادر است هدف مطالعه را بسنجد. در روش‌های کیفی دقت در مراحل اجرایی به افزایش پایایی کمک می‌کند (کریمی و محمدی، ۱۳۹۶: ۵).

جهت دستیابی به روایی و اعتمادپذیری از مشارکت خبرگان در فرایند اجرای پژوهش استفاده گردید. برای تحقق پایایی پژوهش نیز در مرحله تحلیل محتوای کیفی پژوهش تلاش شد تمامی اسناد، مقالات و کتب مرتبط با موضوع احصاء و مطالعه شود. سپس موارد مناسب دسته‌بندی شدند، و مطالبی که در راستای پاسخ به سؤال فرعی اول کمک‌کننده بودند، به‌طور دقیق و چندین‌باره مورد بررسی قرار گرفتند؛ درنهایت مقوله‌های اصلی و فرعی به‌دست آمدند.

در مرحله تحلیل مضمون پژوهش حاضر محقق برای انجام مصاحبه شخصاً به خبرگان مراجعه کرد. در ابتدا هدف پژوهش توسط محقق برای مصاحبه‌شوندگان بیان و تأکید شد که از مصاحبه فقط جهت مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. مصاحبه‌ها ضبط و به‌طور دقیق پیاده‌سازی شدند و با مطالعه و بررسی چندین‌باره و رفت‌وبرگشتی مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر احصاء شد.

#### ۴. یافته‌های تحقیق و تجزیه و تحلیل داده‌ها

##### ۴-۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه آماری

معیارهای انتخاب افراد برای جامعه آماری این پژوهش عبارت‌اند از:

❖ دانش و تجربه افراد در زمینه مدیریت در رده‌های عالی و میانی نظام سلامت:

✓ وزارت بهداشت و درمان،

✓ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی،

✓ مراکز درمانی و تحقیقاتی؛

❖ عضویت هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی؛

❖ سابقه فعالیت‌های علمی و پژوهشی؛

❖ سابقه طولانی در امر طبابت.

جدول شماره ۱. جامعه‌شناختی جامعه نمونه		
رتبه علمی (مدرک تحصیلی)	ترکیب شرکت‌کنندگان در مصاحبه	تعداد مصاحبه‌شوندگان
دکتری	۱ نفر معاونت توسعه دفتر کل طب ایرانی	۱۲ نفر
	۱ نفر معاونت تعالی دفتر کل طب ایرانی	
	۱ نفر معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
	۱ نفر مسئول مرکز تحقیقات بالینی طب ایرانی دانشگاه شاهد	
	۱ نفر رئیس دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
	۱ نفر معاون پژوهش دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی تهران	
	۱ نفر مدیر گروه آموزشی دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	
	۱ نفر مدیر گروه آموزشی دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شاهد	
۴ نفر استاد تمام ۴ نفر دانشیار ۳ نفر استادیار	۱۱ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	
دکتری	۸ نفر پزشک متخصص طب ایرانی	

## ۲-۴. تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها از ابزار مصاحبه و نظر خبرگان استفاده شد. محتوای مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در واقع، به کمک روش تحلیل مضمون طی سه مرحله‌ی کدگذاری توصیفی، کدگذاری تفسیری و کدگذاری یکپارچه‌ساز، سه دسته مضمون پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر به دست آمد.

ابتدا با رعایت اصول اخلاقی پژوهش‌های کیفی و رضایت کامل مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ها ضبط شد. سپس مصاحبه‌ها به‌طور دقیق به صورت پاراگراف به پاراگراف به متن

برگرداننده و نکات کلیدی مصاحبه‌ها شناسایی و کدگذاری توصیفی انجام شد و ۱۶ مضمون پایه احصاء گردید.

جدول شماره ۲. نمونه احصاء کدهای اولیه از مصاحبه‌ها	
محورهای مصاحبه	کد اولیه
۸۰ درصد طب سنتی بر پیشگیری بنا نهاده شده و ارزان است. با تدابیر پیشگیری‌کننده و آموزش و اجرای دستورات روش زندگی سالم بر پایه طب سنتی ایران، نه تنها کیفیت سلامتی جامعه بهبود می‌یابد بلکه تعداد بیماران و مصرف دارو کمتر می‌شود.	سلامت محور بودن
طب سنتی می‌تواند از انجام برخی جراحی‌ها جلوگیری کند. به‌عنوان مثال برای بیماری بواسیر، فرد بعد از عمل ۲ تا ۳ ماه از کار می‌افتد و با عوارض روبه‌رو است.	طب سنتی، روش‌های جایگزین مناسبی برای برخی جراحی‌ها دارد.
علاوه بر این امکانات طب سنتی عموماً در جای‌جای کشور در اختیار همه است. شما ممکن است نتوانید یک متخصص خوب گوارش را به روستاهای دورافتاده ببرید ولی معمولاً گروه‌های طب سنتی حضور دارند.	دسترسی به طب سنتی در همه جای کشور برای مردم امکان‌پذیر است.
بیش از ۴۰ میلیارد دلار باید هزینه‌های ارزی دارو بدهیم. به دنبال استفاده از روش‌هایی باشیم که بهتر و ارزان‌تر با وابستگی کمتری قابل‌ارائه باشد. روش‌های طب سنتی از این گروه هستند؛ زیرا اول در باور مردم هستند و دوم در داخل کشور ریشه دارد یعنی بسیاری از آن‌ها در داخل کشور تولید می‌شوند.	به دلیل داخلی بودن دانش، مواد اولیه و بحث‌های دارویی نیاز به واردات دارو کاهش پیدا می‌کند.

پس از اجرای فرایند کدگذاری توصیفی، کدگذاری تفسیری انجام می‌شود. منظور از کدگذاری تفسیری در روش تحلیل مضمون، استخراج مضامین سازمان‌دهنده است که از طبقه‌بندی و خوشه‌بندی مضامین پایه به دست می‌آید. در این مرحله مضامین پایه دارای بیشترین قرابت معنایی و مفهومی کنار یکدیگر قرار گرفتند و مضامین سازمان‌دهنده از آن‌ها احصاء شد. در حقیقت مضامین سازمان‌دهنده (اصلی) همان پاسخ به سؤالات استخراج‌شده

پژوهش از داده‌های کیفی بودند (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰). در این مطالعه سه مضمون سازمان‌دهنده از مجموع ۱۶ مضمون پایه شناسایی شدند (جدول ۲).

جدول شماره ۳. نتایج احصای مضامین پایه و مضامین سازمان‌دهنده از کدهای اولیه			
مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه	
صرفه‌جویی در نظام سلامت	کاهش واردات دارویی	به‌کارگیری از داروهای بومی	
	کاهش مصرف دارو	سلامت محور	
		استفاده از درمان‌های غیردارویی (سته ضروریه)	
		تأکید بر اصلاح سبک زندگی در نسخ درمانی و کاهش تجویز دارو	
	کاهش استفاده از تجهیزات تشخیصی	به‌کارگیری از روش‌های تشخیص بالینی متنوع و جامع	
	کاهش مراجعه به مراکز درمانی کاهش مصرف دارو و تجهیزات پزشکی	درمان‌های اولیه ساده و خانگی	
	کاهش مصرف دارو	تأکید بر اصلاح سبک زندگی در نسخ درمانی و کاهش تجویز دارو	
	کاهش هزینه‌های ناشی از عوارض درمانی و دارویی کم	عوارض درمانی و دارویی کم	
	کاهش آلودگی محیط زیستی	هم‌سویی با محیط‌زیست	
	کاهش اعمال جراحی	استفاده از درمان‌های یداوی ساده	
	کاهش هزینه‌های ناشی از جراحی	استفاده از برخی روش‌های درمانی جایگزین جراحی	
	کاهش رفت‌وآمد	دسترسی آسان	
	کاهش طول مدت درمان	اثربخشی بالاتر در برخی موارد	



در مرحله کدگذاری یکپارچه‌ساز درصد دستیابی به «مضامین فراگیر» هستیم. به این شکل که مضامین سازمان‌دهنده را با مضامین فراگیر که سطح انتزاعی بالاتری از مضامین سازمان‌دهنده دارند، مرتبط ساخته و قالب مضامین استخراج می‌شوند.

## ۵. نتیجه‌گیری

سرانه هزینه‌های سلامت در کشور از ۷۵۹ هزار ریال در سال ۱۳۸۱ به ۱۰,۳۵۵ ریال در سال ۱۳۹۰ رسیده است که با ۱۴ برابر شدن سالیانه ۸۰۰ هزار ریال افزایش پیدا کرده است (شیخی‌چمان و همکاران، ۱۴۰۰: ۲). یکی از مهم‌ترین دلایل افزایش هزینه‌های نظام‌های سلامت، شیوع و افزایش بیماری‌ها بالأخص بیماری‌های مزمن است که در سطح خرد و کلان نظام اقتصادی خانوارها و کشور را با چالش مواجه کرده است.

بر اساس بررسی‌های انجام‌شده یکی از مؤثرترین روش‌ها برای کاهش هزینه‌های نظام سلامت در دنیا بهره‌گیری از ظرفیت‌های طب سنتی است. طب سنتی ایران با ارائه راهکارهای مناسب برای حفظ سلامتی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته باشد. اساساً طب ایرانی بر پیشگیری از بیماری‌ها با آموزش روش صحیح زندگی تأکید دارد؛ این موضوع به کاهش هزینه‌ها از طریق پیاده‌سازی اصل پیشگیری و کاهش ابتلا به بیماری‌ها منجر می‌شود. فرایند درمان در طب ایرانی به صورت گام‌به‌گام است.

بنا به توصیه مؤکد حکمای این مکتب مراحل درمان ابتدا از اصلاح سبک زندگی و تغذیه، تجویز داروهای ساده و سپس استفاده از داروهای مرکب و در نهایت اعمال یدای انجام می‌شود؛ این پروسه باعث کاهش هزینه درمان می‌شود. موضوع تشخیص در طب ایرانی اساساً بر گرفتن شرح‌حال جامع و کامل و موارد کلینیکال بنا شده که به کاهش استفاده از تجهیزات تشخیصی و صرفه‌جویی در سبد هزینه‌ای خانوار و کاهش هزینه‌های تحمیلی به بیمه‌ها منجر می‌شود. موضوع دیگر بومی بودن طب ایرانی است. محاسبات نشان می‌دهد، اگر همه داروهایی که در داخل تجویز می‌شود بخواهد از خارج تأمین شود، بیش از ۴۰ میلیارد دلار هزینه دارد، که این موضوع عملاً نشدنی است. برای مواجهه با این چالش می‌توان از ظرفیت‌های طب ایرانی استفاده کرد (واعظم‌مهدوی، ۱۴۰۲).

شیوه‌های طبابت در طب ایرانی همه بومی هستند از گیاهان دارویی، داروهای گیاهی، دانش پزشکی که همه این‌ها منجر به کاهش هزینه در بخش سلامت می‌شود (عباسیان، ۱۴۰۲). درمان با روش‌های طب سنتی به دلیل ماده مؤثره بالای گیاهان دارویی از اثربخشی بالاتری برخوردار است و طول درمان و هزینه‌ها را کاهش می‌دهد؛ همچنین به دلیل اینکه گیاهان دارویی از خواص مختلفی برخوردارند می‌توان با یک گیاه اقدام به درمان چندین بیماری کرد و از داروهای متعدد پرهیز کرد و هزینه‌ها را کاهش داد (یزدیان، ۱۴۰۲).

## منابع

## الف- فارسی

- آرایش، محمدباقر (۱۳۹۸). «شناسایی و تحلیل چالش‌های شرکت‌های تعاونی عشایری استان ایلام با استفاده از تحلیل مضمون»، *تعاون و کشاورزی*، ۸ (۳۰)، ۱۲۵-۱۶۴.
- امام قلی‌پور، سارا؛ حسینی، سید جعفر (۱۴۰۰). «بررسی نقش سیاست‌های کلی سلامت در تحقق اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت»، *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی*، ۵ (۳)، ۳۹۷-۴۰۵.
- خان‌محمدی، هادی (۱۳۹۳). *الگوی مشارکت شهروندی در مدیریت دولتی مبتنی بر تعالیم نهج‌البلاغه*، رساله دکتری، دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبایی.
- راسل مهدی، اردلان علی (۱۳۸۶). «آینده سالمندی و هزینه‌های خدمات سلامت: هشدار برای نظام سلامت کشور (مقاله مروری)»، *مجله سالمندی ایران*، ۲ (۴)، ۳۰۰-۳۰۵.
- راغفر، حسین؛ سرگزی، نسرین؛ مهربان، ستار؛ اکبرزاده، محمدعلی؛ واعظ‌مهدوی، محمدرضا؛ و وحدتی‌منش، زهرا (۱۳۹۷). «بار اقتصادی بیماری عروق کرونر قلب در ایران: با رویکرد پایین به بالا در سال ۱۳۹۴»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۸ (۳)، ۳۴۱-۳۵۶.
- رضایی‌زاده، حسین؛ طاهرپناه، طیبه (۱۳۹۳). *راهبرد طب سنتی*، تهران: انتشارات المعی.
- واعظ‌مهدوی، محمدرضا؛ روحانی، زکریا؛ منتظری، علی؛ فقیه‌زاده، سقراط؛ و خدادوست، محمود (۱۳۹۸). «بررسی تأثیر آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی ایران بر سبک زندگی بهورزان»، *نشریه پایش*، ۱۸ (۳)، ۲۶۱-۲۶۸.
- عابدی جعفری، حسن؛ تسلیمی، محمدسعید؛ فقیهی، ابوالحسن؛ و شیخ‌زاده، محمد (۱۳۹۰). «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی»، *اندیشه مدیریت راهبردی*، ۵ (۲)، ۱۵۱-۱۹۸.

- عزیزی، شهریار (۱۳۹۵). *روش پژوهش در مدیریت با تأکید بر مثال‌های کاربردی و آماری*، تهران: انتشارات سمت.
- عطایی، امین؛ جعفروند، الناز؛ و عدالتی، ساره (۱۴۰۰). «اپیدمیولوژی و روند مرگ به دلیل دیابت در ایران»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد*، ۲۷ (۲)، ۱۹۸-۲۱۲.
- علیدوستی، سیروس؛ نبی‌مبیدی، مرتضی؛ و شیدایی، منصور (۱۳۹۸). «چارچوب مفهومی موضوع‌های راهبردی فناوری اطلاعات (تحلیل اسناد راهبردی ملی و جهانی)»، *فصلنامه پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایرانداک)*، ۳۴ (۳)، ۹۹۲-۹۴۲.
- قائدی، محمدرضا؛ گلشنی، علیرضا (۱۳۹۵). «روش تحلیل محتوا، از کمی‌گرایی تا کیفی‌گرایی»، *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۷ (۲۳)، ۵۷-۸۲.
- جوادی، مرضیه؛ کریمی، سعید؛ و جعفرزاده، فاطمه (۱۳۹۰). «بار اقتصادی و هزینه‌های سلامت ناشی از بیماری‌های مزمن در ایران و جهان»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۸ (۷)، ۹۸۴-۹۹۶.
- کلانتر معتمدی، محمدرضا (۱۳۹۸). «مصادیق اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت مقابله با فقر با کنترل هزینه‌های جراحی»، *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی*، ۳ (۳)، ۲۶۷-۲۷۸.
- موسائی، میثم؛ زنجانیان، مهسا؛ قاسمی، زهرا (۱۴۰۰). «برآورد بار اقتصادی بیماری قلبی و عروقی در بیمارستان منتخب شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ (بیمارستان قلب جوادالائمه)»، *فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی*، ۱۰ (۳۷)، ۲۷۶-۲۵۵.
- نریمانی، امیررضا؛ واعظی، رضا (۱۳۹۶). «شناسایی عوامل تسهیلگر تجاری‌سازی پژوهش‌های دانش مدیریت دولتی»، *دانشکده مدیریت دانشگاه تهران*، ۹ (۲)، ۲۳۵-۲۶۲.

- نشاط، رامش؛ درخشان، محمدحسن؛ حسینی تبار؛ سیده یسنا؛ و پورجمشیدی، زهره (۱۳۹۷). «چالش‌های پیش‌روی نظام سلامت در ایران»، *فصلنامه بهورز*، ۲۹ (۹۷)، ۶۱-۵۸.
- نمایان، فرشید؛ الیاسی، راهبه؛ ایزدی، حمیدرضا (۱۳۹۶). *روش‌شناسی و روش تحقیق کمی، کیفی و ترکیبی*، تهران: مؤسسه کتاب مهربان نشر.
- نورالدینی، سید صدرالدین؛ صادقی سقدل، حسین؛ عصارای آرائی، عباس؛ فرجی دیزجی، سجاد (۱۴۰۰). «اثر بیماری‌های مزمن بر هزینه و درآمد خانوار ایرانی»، *فصلنامه پژوهش‌ها و سیاست‌های اقتصادی*، ۲۹ (۹)، ۲۴۱-۲۰۷.
- یاوری، وحید (۱۳۹۱). *طراحی مدل مفهومی مدیریت عملکرد سازمانی برای سازمان اوقاف و امور خیریه*، رساله دکتری، دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبایی.

#### ب- مصاحبه‌ها

- مصاحبه با محمدعلی یزدیان، ۱۴۰۲/۳/۷.
- مصاحبه با محمدرضا واعظ مهدوی، ۱۴۰۰/۲/۱۷.
- مصاحبه علیرضا عباسیان، ۱۴۰۲/۳/۸.

#### COPYRIGHTS

© 2024 by the authors. Published by The National Defense University. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

