

Strategy Principles of Policy Making in the Confront with Corona as a Malignant Policy Problem

Marzieh Sadat Alvand*

Assistant Professor, Political Sciences,
University of Bojnord, Bojnord, Iran

Abolfazl Ghasemi

Ph.D Student, Political Sciences, University of
Mazandaran, Mazandaran, Iran

Abstract

Understanding health is a biological, psychological - social problem and requires complex policy actions and present of a variety of stakeholders in health policy process. In Contrary to the traditional approach to understanding health which was reductionist and medical, new approach is multi-dimensional and the attitude toward health is seen a phenomenon that depends on political, social, economic, cultural, individual and biological variables. New epidemic diseases including Covid-19 are not limited to medicine and must be seen as multi-level issue in a complicated format policy action. The main question of the present article is: what are the strategy principal policy making of confronting with corona? According to descriptive-analytic method and based on malign problem, research findings indicate policy design of confronting with corona must be applied at collaborative approach framework and at health governance frame. Governments must change the way they look at complex and malignant problems. It must change from command and control to leadership. The strategic implications of Corona policy-making are based on a collaborative approach, attention to the socio-historical context, changing the behavior of stakeholders and actors, determining authority, using health diplomacy, inclusive support system, increasing socio-political capital and using technology.

Keywords: Health Policy, Health Governance, Corona, Malignant Problem, Collaborative Approach.

* Corresponding Author: marzieh_alvand@yahoo.com

اصول راهبردی سیاست‌گذاری مواجهه با کرونا به مثابه مسأله بدخیم سیاسی

مرضیه سادات الوند*

استادیار علوم سیاسی دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

ابوالفضل قاسمی

دانشجوی دکتری علوم سیاسی دانشگاه مازندران، مازندران، ایران

چکیده

فهم سلامت یک مسأله زیستی، روانی - اجتماعی است و به اقدامات پیچیده سیاسی و حضور ذی‌نفعان متنوع آن در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت نیاز دارد. برخلاف رویکرد سنتی فهم سلامت که تقلیل‌گرا و پزشکی بود؛ رویکرد جدید، چندبعدی و چندسطحی است و به عبارتی نگرش به سلامت را پدیده‌ای می‌بیند که وابسته به متغیرهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، فردی و زیستی است. بیماری‌های جدید همه‌گیر از جمله کووید ۱۹ (کرونا) نیز به حوزه پزشکی منحصر نمی‌شوند و بایستی به‌عنوان موضوعی چندسطحی؛ در قالب اقدامات پیچیده سیاسی و متغیرهای اشاره شده نگریسته شوند. پرسش اصلی تحقیق این است که اصول راهبردی سیاست‌گذاری مقابله با کرونا چیست؟ بر اساس روش توصیفی - تحلیلی بر مبنای چارچوب نظری مسائل بدخیم، یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد طراحی سیاست مقابله با کرونا را بایستی در چارچوب رویکرد همکاری‌جویانه در قالب حکمرانی سلامت اعمال کرد. دولت‌ها باید نوع نگاه خود را نسبت به مسائل پیچیده و بدخیم تغییر بدهند. یعنی باید از فرماندهی و مدیری به رویکرد رهبری و هدایت‌گر تغییر کند. دلالت‌های راهبردی سیاست‌گذاری کرونا مبتنی بر رویکرد همکاری‌جویانه، توجه به بستر تاریخی - اجتماعی، تغییر رفتار ذی‌نفعان و بازیگران، تعیین مرجعیت‌بخش، استفاده از دیپلماسی سلامت، نظام حمایتی فراگیر، افزایش سرمایه سیاسی - اجتماعی و استفاده از فناوری می‌باشد.

واژگان کلیدی: سیاست‌گذاری سلامت، حکمرانی سلامت، کرونا، مسأله بدخیم، رویکرد همکاری‌جویانه.

مقدمه

سخت‌ترین مسائل سیاست‌گذاری عصر مدرن با عناوینی چون پیچیده، غیرقابل حل و بدخیم نامگذاری می‌شوند. سنخ مسائل بدخیم^۱ از جنس مسائل نامشخص، ابهام‌آمیز و دارای مناقشه است و راه‌حل آسانی پیش‌روی خودشان ندارند و همین عامل باعث می‌شود که بدخیم بودن دارای بار ارزشی و هنجاری نباشد. مسائل بدخیم، معنای شرارت و پلیدی^۲ ندارند، بلکه مسائلی هستند که در برابر راه‌حل بسیار مقاوم می‌باشند. چالش برای تعریف مسأله و شناسایی آن، شاید اساسی‌ترین ویژگی مسأله بدخیم است که می‌تواند به عناصر متنوع واقعیت‌ها و ارزش‌ها مرتبط باشد. در مسائل بدخیم، صورت‌بندی مشخصی از تعریف مسئله وجود ندارد و تعریف راه‌حل و خود مسأله به یکدیگر بستگی دارند و نمی‌توان نقطه پایانی برای تعریف و حل این‌گونه مسائل متصور شد. عامل دیگر در حل این‌گونه مسائل، مشارکت شهروندان و ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری عمومی و اجرایی در مرزهای درون و برون‌سازمانی است. در واقع مسائل بدخیم، نیازمند راه‌حل‌های نوآورانه و جامع است. موفقیت در حل یا حداقل مدیریت مسائل سیاستی بدخیم، به ارزیابی مجدد بعضی روش‌های سنتی حل مسئله، چالش ساختارهای حکمرانی، پایه‌های مهارت و ظرفیت حکمرانی نیاز دارد. از بعد دیگر باید بیان کرد که بدخیم بودن؛ بدان معناست که این‌گونه مسائل در معرض برداشت‌های ذهنی کنشگران، مداخلات سیاسی گسترده و تأثیرات عمیق سیستم‌ها بر روی یکدیگر هستند. این مسائل ماهیت غیرفنی دارند و با اصلاح روابط انسانی و اجتماعی است که می‌توان راهی به سوی حل مسأله یافت. چنانکه در سند خدمات عمومی استرالیا بیان شده است مسائل بدخیم «سازهای اجتماعی هستند و پیچیدگی اجتماعی مسائل بدخیم بجای پیچیدگی فنی»، آنها را برای شناسایی دشوار می‌سازد (Australian Public Service, 2007).

در واقع رهیافت‌های تک‌خطی یا عقلانی که برای شناسایی مسائل تکنیکی کاربرد بسیاری دارد، نمی‌تواند برای مسائل بدخیم استفاده شود، چرا که این مسائل نه تنها دربرگیرنده اختلاف‌نظرهای موجود در خصوص اقدامات بالفعل و بالقوه هستند بلکه همچنین منعکس‌کننده نظرات رقیب و متفاوتی در خصوص ماهیت مسأله می‌باشند

1. Wicked Problems
2. Evil

(Webber & Khademian, 2008: 336). مسائل محیطی بدخیم دربرگیرنده عدم قطعیت بالا و غیرخطی هستند؛ از جمله این موضوعات می‌توان به مواردی اشاره داشت: فساد، ناکارآمدی حکومت‌ها، تغییرات آب و هوا، تولید انرژی، سوء تغذیه/ چاقی، مهاجرت، سیاست‌های همگرایی و پناهندگی، فقر، اشتغال، زباله‌های محیطی، اموال و جرایم خشونت‌آمیز یا نابرابری فرصت‌ها برای گروه‌های اقلیت (Grint, 2010: 170). یکی دیگر از این موضوعات، بهداشت و سلامت است.

سلامت در قرن بیست و یکم، عمدتاً درباره مردم و زندگی آن‌ها و چگونگی ایجاد آن در بافت زندگی روزانه‌شان می‌باشد. بهداشت بعنوان حق انسانی، عنصر ضروری برای سلامت، کالای عمومی جهانی و موضوع عدالت و برابری اجتماعی مورد ملاحظه جدی قرار گرفته است. سلامت به عنوان دارایی سیستم‌های دیگر از قبیل: اقتصادی، زیست‌محیطی، آموزشی، حمل و نقل و غذایی، در واقع بعنوان کانونی برای عصر فردی‌سازی شده، شناخته شده است. چنانکه دسترسی به سلامت و مراقبت بهداشتی برای بسیاری از مردم مترادف با پیشرفت اجتماعی و عدالت اجتماعی می‌باشد (Kickbusch, 2007: 15). به دلیل اهمیت سلامت در زندگی مردم، لازم است سیاست‌ها و برنامه‌هایی اتخاذ گردد که بر کیفیت زندگی مردم اثرگذار باشد. در همین راستا بیان شده: «سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توانند از طریق تأثیرگذاری بر تعیین‌کننده‌های سلامتی (مراقبت‌های درمانی، رفتارهای سالم، عوامل اقتصادی و اجتماعی، محیط فیزیکی) بر سلامت مردم یعنی امید به زندگی و کیفیت زندگی آن‌ها اثرگذار باشند» (وحدانی نیا و همکاران، ۱۳۹۹: ۴-۵). بنابراین سلامت به عنوان یکی از مسائل پیچیده، به حضور کنشگران بسیاری اعم از دولت فعال، شهروندان و طیف وسیعی از سازمان‌های اجتماعی نیاز دارد. از جمله مسائل مرتبط با سلامت مردم؛ ظهور بیماری‌های جدید، بیماری‌های همه‌گیر از جمله ابولا، سارس و در سال اخیر کووید ۱۹ (کرونا) می‌باشد.

اپیدمی کرونا گرچه یک بیماری ویروسی است که با سلامتی انسان‌ها سروکار دارد، اما دارای ماهیت انسانی و اجتماعی نیز می‌باشد. تعریف مشخصی برای این ویروس وجود ندارد و هر ذی‌نفعی بر اساس ادراک خود به صورت‌بندی مسأله کرونا مبادرت می‌ورزد. کرونا صرفاً یک بیماری حاد تنفسی نمی‌باشد، بلکه اثرات آن به سایر عرصه‌ها نیز

گسترش یافته است و دارای تأثیرات متفاوت در عرصه‌های مختلف زیست جهان انسانی است. این پاندمی بر اقتصاد، مناسبات اجتماعی، حیات فرهنگی، ساختار سیاسی، روابط بین‌المللی و محیط زیست نیز اثرگذار می‌باشد. به عبارت دیگر، سیاست‌گذار صرفاً با یک مسأله بهداشتی و سلامتی مواجه نیست بلکه با بیماری که دارای اثرات اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و امنیتی می‌باشد مواجه است.

با توجه به مطالب فوق، سیاست‌گذاری صحیح برای مواجهه با مسأله کرونا، نیازمند فهم الزامات شناختی- راهبردی اپیدمی کرونا می‌باشد. از این‌رو این تحقیق درصدد پاسخ به این پرسش اصلی است که اصول راهبردی مواجهه با کرونا به مثابه مسأله بدخیم چیست؟ برای پاسخ به این پرسش، باید به چند پرسش فرعی نیز پاسخ داد؛ از جمله اینکه ماهیت مسأله بدخیم چگونه است؟ و سیاست‌گذاری و حکمرانی سلامت دارای چه عناصر و مؤلفه‌هایی می‌باشند؟ روش تحقیق در این نوشتار توصیفی- تحلیلی می‌باشد. گردآوری منابع با رجوع به مقالات، کتب و گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی و نهادهای داخلی انجام گرفته است.

پیشینه تحقیق

درباره سیاست‌گذاری سلامت، می‌توان به مقاله ملک محمدی و وحدانی‌نیا (۱۳۹۵) با عنوان «تکامل سیاست‌گذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی برای سلامت» اشاره کرد. نویسندگان در این مقاله در پی معرفی و تجزیه و تحلیل مفاهیم سیاست‌گذاری سلامت و تکامل آن می‌باشند و به بررسی سه موج اصلی سیاست‌گذاری سلامت یعنی اقدامات بینابخشی برای سلامت، سیاست‌گذاری‌های عمومی سالم و نهایتاً سلامت در همه سیاست‌ها می‌پردازند. طریقت منفرد و همکاران (۱۳۸۷) نیز تحقیق خود را با عنوان «اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)» برای مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی انجام دادند و اصول کلی سیاست ملی سلامت برای ایران را مطرح و اهداف و مقاصد عملیاتی آن را معرفی نمودند. در این موضوع علاوه بر آثار به زبان فارسی، می‌توان به کتاب کیکبوش و گلیچر^۱ (۲۰۱۲) با عنوان حکمرانی سلامت برای قرن بیست و یکم اشاره نمود. کتاب سلامت و مدرنیته: نقش تئوری در ارتقای سلامت نیز به

1. Kickbusch & Gleicher

قلم کی‌کبوش (۲۰۰۷) به زیور طبع آراسته شده است. کتاب حکمرانی؛ مقدمه‌ای بسیار کوتاه که توسط بور^۱ (۱۳۹۷) نگاشته شده است؛ نیز به بررسی مفهوم حکمرانی می‌پردازد.

در خصوص "مسئله بدخیم" نیز منابع فارسی اندک می‌باشد که به چند مورد اشاره می‌گردد. کریمی مله (۱۳۹۷) در مقاله «مسائل سیاستی بدخیم و لزوم بازنگری راهبردی در الگوهای سنتی روابط دولت-ملت در ایران»، به بررسی مفهوم‌شناسی مسئله بدخیم و رابطه دولت-ملت در ایران جهت مواجهه با این مسائل می‌پردازد. مقاله «معماهای نظریه عمومی برنامه‌ریزی» ریتل و وبر^۲ (۱۹۷۳)، مسائل بدخیم را وارد ادبیات مدیریت و مباحث علوم انسانی نمود. آن‌ها در این مقاله به ده ویژگی مسائل بدخیم اشاره می‌نمایند که متفاوت از مسائل خوش‌خیم هستند. مقاله «مسائل بدخیم در سیاست‌گذاری عمومی» به قلم هید^۳ (۲۰۰۸) اثر قابل توجه دیگری در این خصوص است. علاوه بر این، دان^۴ (۲۰۱۸) در فصل پنجم کتاب تحلیل سیاست‌گذاری عمومی: یک رهیافت منسجم به بررسی انواع صورت‌بندی مسائل سیاستی می‌پردازد و به سه دسته مسائل خوب صورت‌بندی شده، مسائل نسبتاً خوب و مسائل بد صورت‌بندی شده در سیاست‌گذاری عمومی اشاره دارد.

بخش دیگر ادبیات تحقیق معطوف به مسئله کرونا می‌باشد. در زمینه تحقیقات خارجی می‌توان به مقاله «همه‌گیری‌های جهانی به مثابه مسائل پیچیده انطباقی» و مقاله «کرونا و ویروس و رفتار: چرا رهبران به اطلاع‌رسانی مخاطره بهتری نیاز دارند؟» که توسط هرینگتن^۵ (۱۳۹۹ الف و ب) به رشته تحریر درآمده، اشاره نمود. هرینگتن در این مقالات بر اساس تجربیات مبارزه با ابولا در لیبریا، معتقد است کرونا علاوه بر اینکه یک بحران پزشکی می‌باشد، همچنین یک بحران حاد اجتماعی است که نوع رفتار و هنجارهای انسان‌ها در مقابله با آن مهم می‌باشد و ویروس کرونا دربردارنده هر دو بعد می‌باشد و برای مواجهه با آن بایستی به این دو بعد توجه شود. در خصوص ایران نیز می‌توان به مقاله محمد فاضلی (۱۳۹۹) با عنوان «مسئله کرونا و ضرورت بازنگری در آموزش

-
1. Bevir
 2. Rittle & webber
 3. Head
 4. Dunn
 5. Harrington

دانشجویان»، مقاله «علم انسانی و اجتماعی: هشداردهندگان اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها» به قلم نعمت‌الله فاضلی (۱۳۹۹) و مقاله حاجی عباسی (۱۳۹۹) با عنوان «معرفی تفکر طراحی در سیاست‌گذاری: سیاست‌های ایران در مقابله با کرونا» اشاره کرد. مقالات وحدانی‌نیا و وثوقی مقدم (۱۳۹۷)، مصدق راد و رحیمی تبار (۱۳۹۸)، نصیری حامد (۱۳۹۹)، یزدی فیض‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶) و باقری دولت‌آبادی و شفیع سیف‌آبادی (۱۳۹۹) نمونه‌های قابل‌تامل دیگری است.

با بررسی تحقیقات انجام‌گرفته در زمینه ماهیت مسأله کرونا به عنوان مسأله‌ای بدخیم در مقایسه با مسائل قابل‌مدیریت و تدوین اصول راهبردی آن درمی‌یابیم که این موضوع دچار خلأ پژوهشی می‌باشد، همچنین در زمینه سیاست‌گذاری کرونا و مبانی آن نیز با توجه به نو بودن این موضوع کاستی‌های پژوهشی بسیاری وجود دارد. لذا این تحقیق درصدد پر نمودن این کمبود تحقیقاتی می‌باشد.

چارچوب مفهومی؛ مسأله بدخیم

مسائل سیاست‌گذاری عمومی، ذاتاً مسائل سیاستی هستند و همه مسائل سیاستی، تمایل به برخورداری از ویژگی‌های بدخیم دارند. مسائل بدخیم شامل زنجیره‌ای از حوادثی هستند که با هم ارتباط و وابستگی متقابل دارند، علی‌رغم اینکه ظاهرشان بدون ارتباط است. مفهوم مسائل بدخیم اشاره به مسائل مقاوم^۱، پیچیده^۲ و تکراری^۳ دارد که ناقص توصیف شده و دارای ملزومات رقابتی و قابل‌تغییر هستند (Burns et al, 2012: 517). به عبارتی دیگر، مسائل بدخیم مسائلی «پیچیده، غیرقابل پیش‌بینی، دارای پایان باز یا رام نشدنی» هستند (Head & Alford, 2013: 2). در خصوص ماهیت مسأله توافقی وجود ندارد. درک مسأله و علت‌های اساسی‌اش بستگی به دیدگاه شخص برای چگونگی حل آن دارد و برعکس.

اصطلاح مسائل بدخیم توسط ریتل و وبر در مقاله «معمای نظریه برنامه‌ریزی عمومی» در سال ۱۹۷۳ معرفی گردید. از دیدگاه ریتل و وبر، این اصطلاح به مسائلی که به سختی تعریف می‌شوند و ذاتاً غیر قابل‌حل هستند و در بهترین حالت فقط تعدیل

-
1. Resistant
 2. Complex
 3. Recurring

می‌شوند، اشاره دارد و مسائل بدخیم عموماً مربوط به مسائل حکومتی، اجتماعی و برنامه‌های سیاستی هستند (Rittle & Webber, 1973: 136). پیچیدگی بالای این مسائل و ناکارآمدی‌های بوروکراتیک، موجب ناتوانی در حل آنها شده است، به علاوه ناکامی تصمیم‌گیران برای فراتر رفتن از محدوده منافع گروه، سازمان و بخش خود، باعث شده است که آنان تصور کنند مواجهه با این گونه مسائل، فقط مسئولیت یک فرد یا یک بخش است.

در علوم سیاست‌گذاری می‌توان از مسائل بدخیم تحت عنوان مسائل سیاستی بد صورت‌بندی شده^۱ یاد کرد. این مسائل بد صورت‌بندی شده مسائلی هستند که سیاست‌گذاران بسیاری با ارزش‌های نامشخص یا متفاوت درگیر آنها می‌باشند. یکی از ویژگی‌های مهم مسائل بد صورت‌بندی شده، وجود تضاد میان اهداف است. مشکل اصلی در انتخاب یک گزینه مناسب برای مسائل بد صورت‌بندی شده، تعیین و تشخیص ماهیت این گونه مسائل می‌باشد. بنابراین در طرح مسائل بد صورت‌بندی شده، نمی‌توان گزینه سیاستی واحدی را بر دیگر گزینه‌ها ترجیح داد و آن را بهترین گزینه برای مسأله مزبور دانست (اشتریان، ۱۳۹۷: ۶۰).

ویلیام دان معتقد است مسائل سیاستی آن‌چنان پیچیده هستند که نمی‌توان با تکیه بر فهم و ادراک روزانه با آنها برخورد کرد (Dunn, 2018: 70). مشخصات مهم مسائل سیاستی را از دید دان می‌توان در موارد زیر خلاصه نمود:

❖ وابستگی متقابل^۲: در واقع مسائل سیاستی موجودیت مستقلی ندارند. هر نظام کلی مسأله، مشکل از مجموعه شرایط و اوضاعی می‌باشد که بر محیط حاکم است و باعث نارضایتی بخش‌های مختلف جامعه گردیده است. برای حل نظام‌های کلی مسائل می‌بایست از رهیافت‌های کل‌نگر استفاده نمود.

❖ ذهنی بودن^۳: مسائل سیاستی «محصول عملیات فکری در محیط هستند. هر مسأله سیاستی عنصری از یک مسأله می‌باشد که با تجزیه و تحلیل، از این وضعیت جدا شده است. لذا آنچه ما تجربه می‌کنیم وضعیت‌های مختلف مشکلات است نه خود مسأله».

-
1. Ill-Structured Problems
 2. Interdependency
 3. Subjectivity

❖ بر ساخته بودن^۱: مسائل سیاستی محصول قضاوت ذهنی بشر می‌باشند و وجود مستقلمی از اشخاص و گروه‌هایی که آنها را تعریف می‌کنند، ندارند. این گونه مسائل همچنین به عنوان تعاریفی از شرایط عینی اجتماعی شناخته می‌شوند.

❖ پویا بودن^۲: به تعداد تعاریف موجود در مورد یک مسأله، می‌توان در مورد آن مسأله راه‌حل ارائه داد. «مسائل و راه‌حل‌های مناسب آنها دائماً در حال تغییر می‌باشند، لذا مسأله همواره در حالت حل شده باقی نمی‌مانند. راه‌حل‌های این مسائل نیز پس از چندی کهنه و غیر مفید می‌گردند، حتی اگر هیچ تغییر و تحولی در آن پدید نیاید» (Dunn, 2018: 71-72).

کمیسیون خدمات عمومی استرالیا نیز ویژگی‌های مربوط به مسائل بدخیم را به شرح زیر بر شمرده شده است:

❖ به سختی تعریف واضحی از آنها می‌توان ارائه داد؛ ذی‌نفعان مختلف تفسیرهای متفاوتی درباره این که مسأله چیست، دارند. تبیین یک مشکل، شدیداً تحت تأثیر مفروضات ذی‌نفعان مختلف سیاستی در خصوص وضعیت مشکل مربوطه قرار دارد.

❖ چند علتی بودن: وابستگی‌ها، علت‌های چندگانه و اهداف متضاد درونی در مسائل بدخیم، ارائه تعریفی روشن از آن را دشوار می‌سازد. از این رو با توجه به ماهیت چند علتی این مسائل، موفقیت در شناسایی مسائل بدخیم معمولاً به گستره‌ای از پاسخگویی‌های هماهنگ و وابسته نیاز دارد.

❖ تلاش برای شناسایی آنها ممکن است عواقب پیش‌بینی نشده‌ای داشته باشد؛ چرا که مسائل سیاستی بدخیم با بسیاری از موضوعات دیگر ارتباطات درونی دارند، لذا در اغلب موارد، آنچه که نتیجه‌های آن برای مسأله شناسایی شده است، منجر به پیامدهای پیش‌بینی‌ناپذیر دیگری می‌گردد.

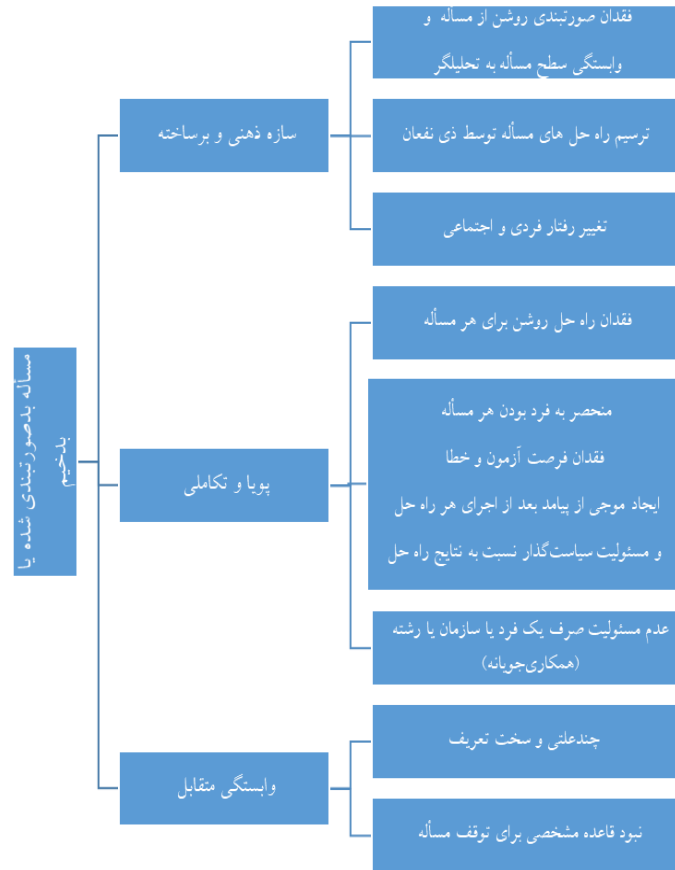
❖ مسائل اغلب پایدار نیستند؛ همزمان که سیاست‌گذاران در تلاش برای شناسایی مسائل سیاستی هستند، یک مسأله بدخیم و محدودیت‌ها یا شواهد دربرگیرنده فهم یک مسأله؛ در حال تکامل می‌باشد.

-
1. Artificiality
 2. Instability

- ❖ هیچ راه‌حل روشن و دم‌دستی نیز ندارند و راه‌حل‌ها عمدتاً محلی هستند. راه‌حل مسأله اغلب بوسیله محدودیت‌های زمان، ارزش‌ها و هزینه تعیین می‌گردد. راه‌حل‌های مسائل بدخیم درست و غلط نیستند بلکه بهتر^۱، بدتر^۲ یا به اندازه کافی خوب^۳ هستند.
 - ❖ به لحاظ اجتماعی پیچیده‌اند؛ ادبیات اطراف مسأله بدخیم نشان‌دهنده پیچیدگی اجتماعی مسائل بدخیم بجای پیچیدگی فنی‌شان است. ارائه راه‌حل برای مسائل بدخیم معمولاً به اقدام همکاری‌جویانه طیفی از ذی‌نفعان شامل سازمان‌ها، سازمان‌های غیرانتفاعی، بنگاه‌ها و افراد خصوصی نیاز دارد.
 - ❖ صرفاً مسئولیت یک فرد یا رشته و سازمان واحدی نیستند. متناسب با هر موضوع، مجموعه‌ای از سازمان‌ها در سطح محلی، ملی و بین‌المللی را در برمی‌گیرد. همچنین دربرگیرنده بخش خصوصی و اجتماعات و افراد است.
 - ❖ نیاز به تغییر رفتار فردی و اجتماعی دارند. راه‌حل‌ها برای مسائل بدخیم نیازمند تغییر رفتار و کسب تعهد شهروندان می‌باشد. روش‌های سنتی اثرگذاری بر رفتار شهروندان از قبیل قانون، جریمه و مالیات، بخشی از راه‌حل است که غالباً کافی نیست. بنابراین رهیافت‌های نوآورانه الزاماً باعث تشویق افراد به همکاری فعالانه در بدست آوردن تغییر رفتاری پایدار می‌گردد (Australian Public Service, 2007: 3-5).
- با توجه به مطالب بیان‌شده می‌توان چارچوب مفهومی را به صورت زیر ترسیم کرد:

1. Better
2. Worse
3. Good Enough

شکل ۱: چارچوب مفهومی



منبع: نگارندگان

با بررسی مشخصات مهم مسائل بدخیم می توان دریافت که سیاست گذار بدون اتخاذ راهبردهای اساسی که بتواند او را به حل مسأله سیاستی نزدیک نماید، قادر نخواهد بود وظیفه خود را انجام دهد. از این رو شناسایی راهبردهای مواجهه با مسائل بدخیم سیاستی در این بخش ضروری به نظر می رسد. برای مواجهه با مسائل بدخیم سیاستی سه استراتژی شناسایی شده است: اقتدار گرایانه^۱، رقابت پذیرانه^۲، همکاری جویانه^۳.

1. Authoritative
2. Competitive
3. Collaborative

در استراتژی اقتدارگرایانه مسأله به بعضی گروه (ها) یا فرد (افراد) مربوط می‌شود که فرایند حل مسأله را برعهده می‌گیرند؛ درحالی‌که دیگران با تصمیمات، موافقت و پیروی می‌کنند. شناسایی این ذی‌نفعان ممکن است متکی بر دانش و تخصص این مجموعه، موقعیت سازمان یا فرد در سلسله‌مراتب، اطلاعات یا قدرت اجباری باشد. استراتژی‌های رقابت‌پذیرانه از ایجاد ایده‌های جدید و نوآورانه حمایت می‌کنند. جستجو برای قدرت، نفوذ و سهم بازار ذی‌نفعان^۱ به پیگیری نیاز دارد و این استراتژی عموماً خروجی برنده-بازنده را فرض می‌گیرد و در نهایت در استراتژی همکاری‌جویانه، قدرت در میان اکثریت ذی‌نفعان توزیع می‌شود و بخشی از راه‌حل این مشکل به تغییر رفتار توسط بسیاری از ذی‌نفعان و یا شهروندان بستگی دارد و در آن راه‌حل برنده-برنده حاکم می‌باشد (Roberts, 2011: 1-7). از دیدگاه این نوشتار، راهبرد همکاری‌جویانه می‌تواند راهبرد مناسبی برای رسیدن به راه‌حل مناسب در مسائل بدخیم مرتبط با حوزه سلامت باشد و در موفقیت حکمرانی و سیاست‌گذاری سلامت موثرتر واقع شود.

حکمرانی سلامت

حکمرانی به مثابه کارکرد اصلی در تئوری‌ها و چارچوب‌های نظام سلامت اعلام شده است. حکمرانی همچون یک مفهوم وسیع‌درب‌گیرنده عناصری چون سیستم‌های نمایندگی و مداخله شهروند، پاسخگویی، قدرت و اقتدار نهادی، مالکیت، ثبات سیاسی و حاکمیت قانون است. از منظر بانک جهانی، حکمرانی؛ «سنت‌ها و نهادهایی است که توسط آن، اقتدار در یک کشور اعمال می‌شود. فرآیندی است که توسط آن حکومت‌ها انتخاب، نظارت و جایگزین می‌شوند و در واقع مبتنی بر ظرفیت دولت برای صورت‌بندی و اجرای سیاست‌های صحیح و کارآمد؛ کسب احترام شهروندان و نهادهای حکومتی که تعاملات اقتصادی و اجتماعی را اداره می‌کنند، می‌باشد» (World Bank, 2011). همچنین سازمان بهداشت جهانی، رهبری و حکمرانی را «چارچوب‌های سیاست استراتژیک تضمین شده که با نظارت^۲ کارآمد، ائتلاف‌سازی، مقررات، توجه به طراحی سیستم و پاسخگویی ترکیب شده‌اند» تعریف می‌کند (WHO, 2007: 3).

1. Market share-Stakeholders
2. Oversight

از جمله دلایلی که بر اهمیت وجود حکمرانی برای نظام سلامت دلالت دارد؛ مجموعه عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی تاثیرگذار بر سلامت فرد و جمعیت کشور که خارج از کنترل بخش بهداشت و درمان است، می باشد. بنابراین سلامت موضوعی فرابخشی، پویا و پیچیده است؛ سلامت از عناصر ضروری حکمرانی خوب برای توسعه پایدار است. لذا تضمین زندگی سالم و ارتقای بهزیستی مردم، عنصر ضروری توسعه پایدار محسوب می شود و نهایتاً سلامت موجب بهره‌وری بیشتر نیروی کار و جلوگیری از فقر در جوامع می گردد (وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷: ۶۳۵-۶۳۸).

حکمرانی برای سلامت به مجموعه هم‌افزایی^۱ سیاست‌ها نیازمند است. حکمرانی برای سلامت می‌تواند همچون نقطه اوج امواج سه‌گانه گسترش سیاست‌گذاری سلامت باشد؛ یعنی از کنش بینابخشی به سیاست‌گذاری عمومی سلامت و نهایتاً به سلامت در همه رهیافت سیاست‌ها حرکت کرده است (Kickbusch & Gleicher, 2012: ix). موج اول سیاست‌گذاری سلامت با بیانیه آلماتا قزاقستان که در سال ۱۹۷۸ صادر گردید، مصادف بود. این بیانیه بر پنج اصل حاکم بر حوزه سلامت تأکید دارد که با اصول حکمرانی خوب و حکمرانی سلامت انطباق دارد، از جمله عدالت اجتماعی، مشارکت اجتماعی در تصمیم‌سازی‌ها، رویکرد بین‌بخشی در حل مشکلات، اطمینان از سازوکارهای فرهنگی و استفاده از فناوری مناسب (طریقت منفرد و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۰).

دغدغه اصلی در حکمرانی از جهت تعامل دولت‌ها با سازمان‌های اجتماعی است، اینکه چگونه آنها با شهروندان ارتباط می‌گیرند و تصمیمات در یک جهان آشفته چگونه گرفته می‌شود. بکارگیری رهیافت حکمرانی سلامت دربرگیرنده رهیافت کل دولت و کل جامعه است که نه تنها بر ارتقای همکاری و انسجام فعالیت‌های حکومت برای سلامت تأکید می‌نماید بلکه اهداف فراگیر جامعه از قبیل رفاه^۲، سعادت، برابری و پایداری را توزیع می‌نمایند. محرک‌های سه‌گانه‌ای که در توسعه حکمرانی سلامت اهمیت دارند، عبارتند از: وابستگی متقابل، پیچیدگی و تولید مشترک^۳. وابستگی متقابل اشاره به موقعیت‌های خاصی دارد که با ایجاد اثرات متقابل میان کشورها و یا میان

1. Synergistic
2. Prosperity
3. Co-Production

بازیگران در کشورهای مختلف به وجود می‌آید. چالش‌های جهانی بر همه مردم در همه وضعیت‌های اجتماعی-اقتصادی و در موقعیت‌های جغرافیایی اثرگذار می‌باشد. این چالش‌ها دارای الگوها و ارتباطات اساسی هستند و به پاسخگویی جهانی، دولت‌ها و جوامع نیازمند هستند. بحران در سیستم مالی و پولی بین‌المللی، شیوع بیماری‌هایی نظیر سندرم حاد تنفسی (SARS)، عفونت HIV و ایدز به برخی از کشورهای ضربه‌های سنگینی وارد می‌کند، اما اثرات بعدی، اغلب غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل انتظار هستند و از مرزهای سیاسی، بخش‌های دولتی، کسب و کارها و جامعه مدنی فراتر می‌روند (Kickbusch & Gleicher, 2012: 6). بنابراین هیچ کشوری به تنهایی نمی‌تواند این مشکلات را حل نماید و حل این موضوعات پیچیده و چندلایه نیازمند تشکیل کمیته‌های مشترک و همکاری بین‌المللی است. سازمان ملل در گزارش سال ۲۰۱۰ در همین راستا اعلام نمود «دولت‌ها به تنهایی قادر به برخورد با چالش‌ها نخواهند بود. ما نیاز به تشکیل کمیته‌ای از همه بخش‌های جامعه شامل بخش خصوصی، دانشگاهی، جامعه مدنی، همچنین از سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی داریم» (United States Department of Health and Human Services, 2010).

مفهوم پیچیدگی حاکی از آن است که در مطالعه امور انسانی، یک مفهوم هرچه که باشد؛ در واقع به چیز دیگری وابسته است. از این منظر برای کنترل پاندمی‌ها، استراتژی‌ها باید برای همه سطوح بکار آید و اثراتش باید فراتر از حوزه سلامت باشد، چرا که در اغلب موارد اثرات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و همچنین پیامدهای ناخواسته‌ای دارند که مراکز تحلیل سلامت ممکن است آن‌ها را نادیده بگیرند. تولید مشترک سلامت نیز به معنای تولید مشترک دانش است و از الزامات اولیه حکمرانی، ایجاد یک جامعه دانش بنیان است که شامل حضور فعال شهروندان، جامعه مدنی و سازمان‌ها در حکمرانی سلامت می‌باشد. در مجموع با توجه به رویکرد حکمرانی و حکمرانی سلامت بعنوان فرایندی جهت اداره امور از جمله اداره امور سلامت و همچنین ضرورت ایجاد تغییرات در سازمان‌های عمومی جهت انجام این امور، به سیاست‌گذاری بویژه در حوزه سلامت نیاز است.

الف- چیستی و هدف سیاست‌گذاری سلامت

سیاست‌گذاری واژه‌ای است که با حکومت، دولت، جامعه و مسائل عمومی گره خورده و تداعی‌کننده اقدام عمومی دولت در اداره صحیح امور عمومی است. سیاست‌گذاری عمومی را می‌توان بعنوان چارچوب کلی در نظر گرفت که در آن اقدامات دولت برای رسیدن به اهداف عمومی طراحی شده است و سیاست‌ها، برنامه‌های عملیاتی هستند که در پاسخ به یک مشکل درک شده، ایجاد می‌شوند. به طور کلی می‌توان از سیاست‌گذاری عمومی به عنوان قلب، روح و هویت دولت‌ها یاد کرد (Cochran & Malone, 2014: 4). سیاست‌گذاری؛ حوزه‌های متعدد و گسترده‌ای را شامل می‌شود و یکی از این حوزه‌های با اهمیت و دارای جایگاه خاص، سیاست‌گذاری سلامت است. سیاست‌گذاری سلامت، شاخه‌ای از دانش سیاست‌گذاری عمومی است و این امکان را در اختیار سیاست‌گذاران سلامت قرار می‌دهد تا نسبت به نقشه سیاست‌گذاری و نیز شبکه سیاست‌گذاری در سلامت، آگاهی یابند. سیاست‌گذاری سلامت طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از: «تصمیمات، برنامه‌ها و اقداماتی که برای رسیدن به اهداف مراقبت بهداشتی خاص درون یک کشور گرفته می‌شود. سیاست‌گذاری سلامت می‌تواند به چندین چیز نائل گردد: تعریف چشم‌انداز برای آینده که به ایجاد اهداف و نقاط مرجع برای دوره‌های کوتاه‌مدت و میان‌مدت کمک می‌کند، تشریح اولویت‌ها و نقش‌های مورد انتظار گروه‌های مختلف و نهایتاً باعث ایجاد اجماع و آگاهی مردم می‌شود» (سایت WHO).

سیاست‌گذاری سلامت در سیر تاریخی خود در جهان دارای رهیافت‌های متعددی بوده است. این رهیافت‌ها شامل رهیافت زیست پزشکی (اواخر قرن نوزدهم)؛ رهیافت روانشناختی (۱۹۵۰)؛ رهیافت ارتقای سلامت (۱۹۷۸)؛ رهیافت تعیین‌کننده‌های سلامت (اواخر دهه ۱۹۸۰)؛ رهیافت سلامت در همه سیاست‌ها (۲۰۱۳) و رهیافت سلامت واحد (۲۰۱۸) می‌باشد. تمرکز رهیافت زیست پزشکی بر درمان بیماری است و بر نبود بیماری و درمان‌محوری تأکید دارد. رهیافت روانشناختی بر عوامل روانشناختی و رفتاری افراد در بروز بیماری‌ها توجه می‌نماید. تمرکز این رهیافت بر آموزش سلامت و خودمراقبتی افراد می‌باشد. رهیافت ارتقای سلامت با تأکید بر توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی خود به پنج گام مهم اشاره می‌نماید: توسعه سیاست‌های سالم بهداشتی،

ایجاد محیط‌های حامی سلامت، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی و بازنگری در سیستم‌های ارائه خدمات. این رهیافت بر توانمندسازی افراد، میانجی‌گری بین بخش‌های گوناگون جامعه جهت پیگیری سلامت و حمایت از سیاست‌های سلامت متمرکز است. رهیافت تعیین‌کننده‌های سلامت تلاش می‌نماید با کاهش بی‌عدالتی‌های موجود در نظام سلامت بین دانش فنی، پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار نماید. این رهیافت بر عوامل اقتصادی - اجتماعی، فرهنگی و محیطی، شبکه‌ها و روابط اجتماعی، سن، جنس و عوامل ارثی تأکید دارد. رهیافت سلامت در همه سیاست‌ها با توجه به نقش کل حاکمیت جامعه در همه بخش‌های دولتی و غیردولتی، اثرات سایر سیاست‌ها و قوانین بر روی سلامت را در نظر می‌گیرد. تأکید این رهیافت بر اولویت اهداف سلامت در همه سیاست‌ها، حمایت از سیاست‌های مثبت سایر بخش‌ها و محدود کردن اثر منفی آن‌ها، تأکید بر همکاری‌های بین‌بخشی سلامت می‌باشد. در رهیافت سلامت واحد، کل دولت‌ها و ملت‌ها با توجه به اکوسیستم جهان در تحقق سلامت درگیر می‌شوند و بر نقش روابط بین‌الملل و دیپلماسی در سلامت تأکید می‌نمایند. تأکید این رهیافت بر آموزش سلامت واحد، متحد کردن بخش‌ها و اشتراک مساعی از طریق همکاری‌های بین بخشی کشور و توجه به دیپلماسی سلامت می‌باشد (یزدی فیض آبادی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۴۶-۱۵۰).

با توجه به رهیافت‌های مختلف ضرورت دارد سیاست‌گذاری عمومی در زمینه سلامت از حکمرانی شبکه‌ای، چندسطحی و چندذی‌نفعی استفاده نماید. یعنی تمام ذی‌نفعان را برای بحث‌های رودررو گرد هم می‌آورد و نتیجه آن هم تعیین سیاست‌ها می‌باشد. به عبارت دیگر فرآیندی تعاملی بین بازیگران با علایق و منافع، دیدگاه و دانش متنوع برقرار می‌شود. لازمه این رویکرد هم این است که شهروندان نقش فعالی در سیاست‌گذاری و ارائه خدمات داشته باشند. نتیجه این رویکرد، ارتقای مشارکت و گفتگو به مثابه ارزش‌های دموکراتیک می‌باشد. این رویه باعث شکل‌دهی به افکار عمومی جهت تصمیم‌گیری و اجرای سیاست می‌شود (بور، ۱۳۹۷: ۱۳۴-۱۳۵). از این رو کووید ۱۹ به‌رغم نامیوم بودن برای سلامت فردی، اقتصادی و سیاسی، یکی از بهترین موضوعات برای آزمون سیاست‌گذاری سلامت از یک‌سو و سیاست‌گذاری عمومی از سوی دیگر است؛ لذا بررسی بدخیم بودگی و راهبردهای مقابله با بحران کرونا ضرورت دارد.

بدخیم‌بودگی کرونا

اپیدمی کرونا گرچه یک بیماری ویروسی است که با سلامتی انسان‌ها سروکار دارد، اما دارای ماهیت انسانی و اجتماعی نیز می‌باشد. تعریف مشخصی برای این ویروس وجود ندارد و هر ذی‌نفعی براساس ادراک خود به صورت‌بندی مسأله کرونا مبادرت می‌ورزد. کرونا صرفاً یک بیماری حاد تنفسی نیست، بلکه اثرات آن به سایر عرصه‌ها نیز گسترش یافته است و دارای تأثیرات متفاوت در عرصه‌های مختلف زیست جهان انسانی است. انتخاب نوع راه‌حل نیز اعم از اینکه قرنطینه باشد و یا رویکرد ایمنی دسته‌جمعی در تعامل با مسأله، دارای موجی از پیامدها از قبیل خسارت اقتصادی، فشار بر اقشار آسیب‌پذیر، فشار بر کادر درمانی و غیره است. انتخاب این راه‌حل‌ها با توجه به شرایط و درک سیاست‌گذار، دارای سویه خوب یا بد است و بسته به اینکه چگونه هر راه‌حل پیامدهایی ایجاد می‌کند؛ به سایر بافت‌ها گسترش می‌یابد؛ همچنین اعمال این راه‌حل‌ها به مسأله‌های متناظر دیگر ارتباط پیدا می‌کند؛ تحلیل‌گر و سیاست‌گذار نیز بر اساس این ارتباط، تصمیم خوب یا بد را اتخاذ می‌نماید. مسأله اپیدمی کرونا دارای قاعده توقف نمی‌باشد و بر اساس قضاوت‌ها، ارزش‌ها، ایدئولوژی‌ها، تجارب و زمان متوقف می‌شود. از نظر مکانی این ویروس منحصر به چین نشد و تمام کشورهای جهان را دربرگرفت و دارای اثرات متاستازگونه‌ای است که بر سایر عرصه‌ها داشته و دارای پایانی باز خواهد بود. راه‌حل‌های مسأله، جنبه تعدیل‌کننده دارد که از شدت بحرانی بودن مسأله برای جوامع خواهد کاست (فاضلی، ۱۳۹۹: ۳۲۳-۳۳۰).

از جمله ویژگی‌های مهم یک مسأله بدخیم، منحصر به فرد بودن هر مسأله می‌باشد. راه‌حل مسأله کرونا قابل‌کپی‌برداری از سایر کشورها نیست. نمی‌توان قرنطینه کامل در چین یا نظارت جدی بر فاصله‌گذاری اجتماعی و استفاده از کیت‌های تشخیصی در ابعاد وسیع توسط کره جنوبی؛ افزایش تخت‌های مراقبت ویژه و دستگاه‌های تنفس مصنوعی در آلمان؛ انجام تست‌گیری وسیع توسط نروژ را به کشورهای دیگر سرایت داد؛ زیرا هر کشور بر اساس فرهنگ، شرایط اقتصادی و ارزش‌های خاص خود، روشی را بر می‌گزیند. به دلیل سیال بودن سنخ موضوع، راه‌کارهای مسأله کرونا هم‌دچار تغییر می‌شود. مسأله در آغاز، کنترل و پیشگیری از شیوع ویروس می‌باشد اما بعد از شیوع دارای ابعاد

اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و امنیتی می‌شود؛ چراکه غلبه بر افزایش فقر، بیکاری فراگیر، رکود ناشی از بیماری و ناآرامی‌های اجتماعی نیز مسأله خواهد شد. با طولانی شدن مدت بیماری به‌رغم فاصله‌گذاری اجتماعی و یا قرنطینه، مسأله؛ بعد اجتماعی و روانی یافته و راه‌حل‌های مواجهه با آن تغییر می‌کند. بنابراین غلبه بر مسأله، مستلزم دانش پزشکی و فهم جنبه‌های رفتاری و اجتماعی این ویروس به دلیل پاندمی بودن است.

خلاصه اینکه این مسأله، بیناسازمانی و بینارشته‌ای است. از بخش بهداشت و سلامت آغاز گردید و به سایر حوزه‌ها از قبیل اقتصاد، حمل و نقل، رسانه، گردشگری و مانند آن سرایت پیدا نمود. به دلیل همین خاصیت بینابخشی، بیناسازمانی و بینارشته‌ای بودن مسأله، ضرورت دارد به صورت تخصصی به آن نگریسته شود و با رویکرد همکاری‌جویانه می‌توان آن را مورد بررسی قرار داد. لازمه چنین رویکردی این است که شهروندان نقش فعالی در سیاست‌گذاری و ارائه خدمات داشته باشند. نتیجه این رویکرد ارتقای مشارکت و گفتگو به مثابه ارزش‌های دموکراتیک می‌باشد. این رویه باعث شکل‌دهی به افکار عمومی جهت تصمیم‌گیری و اجرای سیاست می‌شود. با توجه به مختصات کرونا بعنوان یک مسأله بدخیم‌سیاستی که اشاره گردید، جهت فهم اصول سیاست‌گذاری لازم برای این ویروس، الزامات راهبردی ذیل بایستی مورد توجه قرار گیرد.

الزامات شناختی سیاست‌گذاری کرونا

مسائل بدخیم‌نیازمند بررسی مجدد رویکردهای مدیریتی است که می‌تواند متخصصان منابع را فراتر از استراتژی‌های حل مسأله سنتی سوق دهد. کووید ۱۹ به‌عنوان یک مسأله بدخیم نیز از جمله مسائلی است که برای آن «راه‌حل» وجود ندارد. سیاست‌گذاری سلامت (کووید ۱۹)، در وهله نخست، به دنبال درک مسأله کووید ۱۹، تمرکز بر آن و سپس یافتن راه‌حل مناسب است. یافتن مسأله و شناخت آن اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا مسأله‌ای که دیده نشود یا نادرست دیده شود، هر دو در حکم شناخته نشدن است. در این بخش با تکیه بر ویژگی‌های مسائل بدخیم که در بخش چارچوب مفهومی از نظر گذشت، به دلالت‌های سیاست‌گذاری مواجهه با کرونا اشاره می‌شود.

نکته اول در جهت آغاز فرآیند سیاست‌گذاری این است که راهبرد کلی در مواجهه با سیاست‌گذاری سلامت به مثابه موضوعی بدخیم، وجود رهیافت همکاری‌جویانه در

برابر الگوهای اقتدارگرایانه و رقابتی در فرآیند چرخه سیاست گذاری می باشد. اساساً سیاست گذاری سلامت فرآیندی پیچیده است که با مشارکت ذی نفعان مختلف صورت بندی می شود. در راهبرد همکاری جویانه به مثابه اثربخش ترین راهبرد، برخورد با مسائل بدخیم، ذی نفعان زیادی دارد و راه حل برد - برد در آن حاکم است. در واقع راهبرد همکاری جویانه در برابر رهیافت خطی به سیاست گذاری قرار دارد. همان گونه که در ویژگی های مسئله بدخیم بیان گردید این مسائل دارای اهداف متعارض حل مسئله، وجود ذی نفعان متعدد با منافع متعارض که هماهنگ سازی این کنشگران بر پیچیدگی اجتماعی آن می افزاید، شیوع و گسترش عرصه های آن و همچنین سازمان های تخصصی با منافع متعارض می باشد. بخشی از بدخیم بودگی سیاست گذاری کرونا در تعامل بین عوامل بیولوژیکی، اهداف متضاد سیاستی، وجود اختلاف و تعارض منافع بر سر راه حل های مناسب و نهایتاً پیچیدگی های اجتماعی این مسئله نهفته است. همچنین فهم درست مسئله، مستلزم توجه به دیدگاه سازمان های تخصصی متعدد و ذی نفعان مختلف است. اینکه هر راه حل احتمالی نیازمند مداخله، تعهد و هماهنگی سازمان های متعدد و ذی نفعان گوناگون است. بنابراین حل مسئله بدخیم نیازمند تفکر کل نگری و پرهیز از تقلیل گرایی و تک بعدی نگری است و نیازمند تعبیه بسته کامل اقتصادی، سیاسی، ارتباطی - روانی و فرهنگی - اجتماعی می باشد. ویژگی تفکر سنتی برای شناخت مشکلات به صورت عمودی، سلسله مراتبی و دولت محور بوده است (کریمی مله و پارسا، ۱۳۹۸: ۱۴-۱۳)، در حالیکه امروزه از حیث انتفاع افتاده است.

برای نمونه در ایران، وزارت بهداشت خواهان اعمال قرنطینه شهرها بود اما سایر بخش های دولت به خاطر مسائل مالی، امنیتی، اجتماعی چندان با این مسئله همراهی نداشتند. در تعریف و حل مسئله کرونا، دولت در ابتدا مسئله را بصورت ایمنی دسته جمعی تعریف نمود که سیستم بهداشت و سلامت قادر به کنترل آن خواهد بود و سیاست اتخاذی دولت بر این اساس بازبودن مراکز اقتصادی با تاکید بر رعایت پروتکل های بهداشتی و قرنطینه افراد مشکوک بود. در مرحله بعد دولت بخاطر شکست در سیاست سابق، در صدد یافتن راه حل مناسب از جمله قرنطینه بود. این سیاست از شیوع گسترده و ویروس به طور موقت جلوگیری کرد اما بیکاری، فشار اقتصادی، طولانی مدت بودن قرنطینه و از سویی عدم تعبیه بسته اقتصادی برای کمک به اقشار آسیب پذیر باعث

اعتراض به این سیاست گردید. در مرحله دیگر دولت از سیاست فاصله‌گذاری هوشمند به عنوان سیاست جدید خود برای تعریف و مقابله با کرونا استفاده نمود. در این تعریف، دولت در صدد آمیختگی جاری بودن زندگی و فعالیت اقتصادی و حفظ سلامتی با وجود کرونا و ویروس بود. از جمله این موارد می‌توان به شیوه‌های جدید ارائه خدمات دولتی و اقتصادی، اهمیت دولت الکترونیک، ساخت دستگاه‌های ونتیلاتور و غیره اشاره کرد (حاجی عباسی، ۱۳۹۹: ۹۳-۹۶). نهایتاً با آغاز فصل سرما و افزایش شدید آمار ابتلا و فوتی‌ها، دولت چاره‌ای در بازگشت به سیاست قرنطینه و تعطیلی حداکثری مراکز اداری و اقتصادی و ترویج سیاست خانه‌نشینی نداشته است. با مطالعه تاثیر اتخاذ سیاست‌های مذکور بر انواع ذی‌نفعان و چگونگی مشارکت و تعامل ذی‌نفعان مختلف می‌توان نتیجه‌بخش بودن این سیاست‌ها را ارزیابی نمود که در حوصله این نوشتار نمی‌گنجد و می‌تواند موضوع پژوهش‌های بعدی قرار گیرد.

اصل دیگر، جامعه‌پذیری اولیه و ثانویه جهت سیاست‌گذاری کرونا است. افراد از طریق محیط خانواده، مدرسه، همسالان و در محیط جامعه از طریق احزاب، انجمن‌ها و رسانه؛ نسل به نسل فرآیند شخصیت‌سازی را طی می‌کنند. همچنین باید به گروه‌های مرجع اشاره داشت. اشخاص و گروه‌های مرجع از نقش‌های منزلتی، هویتی، تربیتی و ارزیابی شیوه اجرای نقش‌ها در زندگی اجتماعی محسوب می‌شوند. الگو قراردادن فرد یا گروه در زندگی می‌تواند در منزلت اجتماعی فرد و ویژگی هویتی او تأثیر بگذارد و در نحوه احساس کردن، اندیشیدن و کنش وی اثر هدایت‌کننده و کنترلی ایفا نماید. در نتیجه، اشخاص و گروه‌های مرجع، بخشی مهم از زندگی اجتماعی به شمار می‌آیند (حیدری رباطی، ۱۳۹۱: ۱۲). برای اثربخش بودن سیاست‌ها جهت مقابله با کرونا و ویروس باید از توانایی افراد و گروه‌های مرجع به عنوان سخن‌گویان اثرگذار و ترویج‌کنندگان رفتار خاص که مورد اعتماد هستند و مردم به آن‌ها گوش می‌دهند، استفاده نمود.

اصل دیگر برای سیاست‌گذاری مسأله کرونا، توجه به بستر تاریخی-فرهنگی می‌باشد. بدون فهم این زمینه‌ها، نمی‌توان مشارکت مردمی را انتظار داشت. حافظه تاریخی ملت‌ها در مواجهه با بحران‌های پاندمیک می‌تواند راهگشا باشد. درک حافظه بدون در نظر گرفتن تأثیر نیروهای اجتماعی چون دین، طبقه، وابستگی خانوادگی، شرایط سیاسی و موارد مشابه، ناممکن به نظر می‌رسد. زمینه‌ها و ساختارهای اجتماعی ناقل

حافظه‌اند. افراد ناقل حافظه‌اند و خود حافظه نیز به نوبه خود ناقل تجربیات نسل‌های گذشته به شمار می‌آید (ذکائی، ۱۳۹۱: ۷۴). تعامل بین گذشته و حال که سازنده حافظه جمعی است، فرآیندی است که محصول کارگزاری گروه‌های انسانی می‌باشد (Weedon, 2012: 143). ایجاد و گسترش حافظه جمعی که دانش، رفتار و تجربه جوامع را در چارچوبی تعاملی هدایت می‌کند، عنصری کلیدی در ساخت هویت و قوام و تداوم آن می‌باشد. برای نمونه، جامعه ایرانی از زمان صفویه به نوعی درگیر بیماری‌های اپیدمی بوده و با نوعی قرنطینه نیز آشنایی دارد و آگاهی از این شیوه برخورد از طریق حافظه تاریخی کمک می‌کند تا در مواجهه با مسأله کرونا با توجه به حساسیت و ذهنیت‌های موجود بهتر عمل گردد.

با بررسی سابقه بیماری‌های فراگیر در ایران مثل وبا و طاعون می‌توان اشاره کرد که بسیاری از شرایط از جمله قرنطینه، فاصله‌گذاری یا خروج از مناطق بیماری برای گروه‌های پرشماری از جامعه ایران در آن دوره فراهم نبود و در نتیجه حضور در محیط‌های بیماری‌زا بر میزان مبتلایان می‌افزود. با توجه به بستر تاریخی ایران می‌توان به هم‌زمانی و پیوستگی بحران‌ها با یکدیگر نیز اشاره نمود. مصیبت‌هایی مانند قحطی و بیماری با فشارهای اقتصادی و سیاسی هم‌زمان می‌شد چنانکه در شرایط کنونی نیز کرونا با تحریم، تورم و بیکاری ممزوج گردیده است. می‌توان به قرنطینه سراسری در مرزهای غربی کشور بخاطر وجود وبا در عربستان در سال ۱۳۳۱ه.ش توسط امیرکبیر اشاره نمود. درگیری افراد با ماموران دولتی برای فرار از قرنطینه، مخالفت حاکمان محلی با حضور نیروهای مرکزی در منطقه‌شان و مشکلات مالی سبب می‌شد که تأمین هزینه‌های قرنطینه دشوار گردد. همچنین در مطالعه بسترهای تاریخی می‌توان به تقدیرگرایی ایرانیان در بیماری‌های فراگیر اشاره داشت. به دلیل ناتوانی در مقابله مناسب با بیماری‌ها لزوماً آن را به عنوان بلایی در پاسخ به مشکلات و گناهان افراد می‌پنداشتند. این ذهنیت در مورد اموری مانند دستورات بهداشتی نیز با چالش‌هایی مواجه می‌شد چون بسیاری از مردم حاضر به اطاعت از دستورهای حکومتی نبودند. این‌گونه باورهای سنتی گاهی زمینه انحراف در مقابله با بیماری را فراهم می‌کرد (نصیری حامد، ۱۳۹۹: ۲۳۵-۲۴۰). در خصوص مسأله کرونا نیز می‌توان به برخی تفکرات و رفتارها از جمله شفابخشی داروهای طب اسلامی و آتش زدن کتاب طب پزشکی هاریسون اشاره کرد.

هنگ‌کنگ نمونه دیگری است. تجربه شیوع سارس در سال ۲۰۰۳ و آنفولانزای خوکی در سال ۲۰۰۹، نشان داد که مردم این کشور به سبب داشتن تجربه بیماری‌های عفونی همه‌گیر بر لزوم تغییر دادن رفتارهای‌شان آگاهی دارند. چنانکه در تحقیقی که در مارس ۲۰۲۰ انجام گرفت، ۸۵ درصد مردم هنگ‌کنگ بیان کردند که از مکان‌های پر ازدحام خودداری می‌کنند و ۹۹ درصد هم اظهار داشتند که هنگام ترک منزل از ماسک استفاده می‌نمایند (بوزلی، ۱۳۹۹).

دلالت راهبردی دیگر برای سیاست‌گذاری مقابله با کرونا، دیپلماسی سلامت است. امروزه سلامت به‌عنوان ابزاری برای سیاست خارجی کشورها تبدیل شده است. حمایت از بخش سلامت؛ شکل‌دهنده سلامت عمومی، امورات بین‌المللی، مدیریت، حقوق، اقتصاد و تمرکز بر مذاکراتی است که شکل‌دهنده و مدیریت‌کننده سیاست‌گذاری برای سلامت می‌باشد. اهداف آن دربرگیرنده عواملی چون حمایت از توسعه رهیافت‌های سیستماتیک و پیش‌تازانه در شناسایی و فهم تغییرات جاری و آینده اثرگذار بر سلامت عمومی جهانی و همچنین ظرفیت‌سازی بین دولت‌ها جهت حمایت از اقدام جمعی ضروری برای گرفتن فرصت‌های سود و کاهش مخاطرات برای سلامت می‌باشد (سایت WHO). از جمله اقدامات در این زمینه عبارت است از: مذاکرات رسمی بین ملت‌ها و سایر کنشگران جهت رسیدن به توافق، مذاکرات غیررسمی که شامل تعامل بین بازیگران سلامت عمومی بین‌المللی و همتایانشان^۱ که در این حوزه شامل مقامات کشور میزبان، سازمان‌های غیردولتی، بخش خصوصی و نهایتاً بخش عمومی می‌باشد.

جمهوری اسلامی ایران در دوران کرونا از رسانه‌های گوناگون بعنوان ابزاری جهت انتقال اخبار، مواضع، تحلیل‌ها و راهبردها به جهان در دیپلماسی خود استفاده نموده است تا از این طریق بتواند افکار عمومی جهان را بر اساس خواست و نیاز کشور هدایت نماید. اقدامات انجام شده توسط وزارت خارجه ایران که کارگزار دیپلماسی سلامت است عبارتند از: کمک‌های کنسولی به ایرانیان خارج از کشور؛ اقداماتی از قبیل برقراری پرواز محدود جهت بازگرداندن دانشجویان و اتباع ایرانی، رایزنی با کشورهای دیگر برای رعایت مسائل بهداشتی در مناطق سکونت و یا قرنطینه ایرانیان؛ تهیه تجهیزات پزشکی از قبیل ماسک، کیت‌های تشخیص، ونتیلاتور، گان و غیره؛ تقدیر از کمک‌هایی که از

1. Counterparts

طریق چین، ازبکستان، امارات و یونسف ارسال شده بود؛ تقویت همکاری‌های علمی منطقه‌ای و بین‌المللی؛ چنانچه رئیس جمهور به مناسبت نوروز باستانی در تماس با همتایان خود به ویژه در نشست مجازی اعضای جنبش عدم تعهد خواستار همکاری، تجمیع امکانات دارویی و درمانی و کمک به یکدیگر برای مقابله با این ویروس شد (باقری دولت آبادی و شفیع سیف آبادی، ۱۳۹۹: ۱۷-۲۰).

اصل دیگر سیاست گذاری مسأله بدخیم، ناظر بر تغییر رفتار افراد در گیر در مسأله می‌باشد. هدف اصلی حکومت در مواجهه با مسائل بدخیم باید ایجاد تغییر رفتار پایدار از طریق همکاری و همراهی شهروندان باشد چنانکه بتواند به پیچیدگی اجتماعی مسأله پاسخ مناسبی دهد. به عبارت دیگر حکومت نیازمند اتخاذ رویکرد بسیج اجتماعی به منظور کسب آگاهی بیشتر از مسأله کرونا و ایجاد وفاق و اتحاد در بین آنها برای ایجاد تغییر رفتارها می‌باشد. موفقیت در مسأله کرونا فقط با مشارکت فعال شهروندان امکانپذیر می‌باشد. پس سیاست گذاری صحیح نیازمند مداخله و مشارکت شهروندان که نشان از تغییر رفتار آنها به صورت فردی و جمعی دارد، می‌باشد. از سوی دیگر حکومت باید رویکرد سابقش را تغییر دهد و از تصمیم‌گیری متمرکز سلسله‌مراتبی^۱ بدون حضور سایر کنشگران مرتبط با مسأله کرونا خودداری ورزد و بعبارتی رویکرد رهبری^۲ و هدایت‌گرانه اتخاذ نماید. بنابراین همه باید شعار "مهار کرونا به همه ربط دارد"، را به‌خاطر بسپارند و هنجارهای جدید رفتاری را ایجاد نمایند.

اصل دیگر جهت سیاست گذاری، وجود مرجعیت^۳ سیاست گذاری سلامت می‌باشد. برای اتخاذ یک سیاست گذاری صحیح، نیازمند فهم مرجعیت آن بخش می‌باشیم؛ چراکه مرجعیت بخش به‌مثابه محور توسعه و نظام تصمیم‌گیری و ایجاد اجماع بین نخبگان و برنامه‌ریزان می‌باشد. فهم مرجعیت بخش سلامت ایران باعث شناخت محدودیت‌ها و موانع بخش حکمرانی و سیاست گذاری سلامت می‌گردد. فقدان این بخش در حکمرانی سلامت سبب عدم شکل‌گیری نظام تصمیم‌گیری منسجم می‌گردد و به تبع آن منابعی که به‌عنوان ابزار توسعه می‌باشند، رو به زوال و نابودی می‌روند. وجود مرجعیت حکمرانی سلامت، زمینه سیاست گذاری منسجم سلامت و تعیین اهداف مشخص را فراهم می‌سازد

-
1. Commandery
 2. Leadership
 3. Referential

و سازوکارهای دستیابی به آن‌ها را تعیین می‌نماید. با توجه به اهمیت مرجعیت‌ها در سیاست‌گذاری، بررسی سایر مسائل و موانع موجود در سیاست‌گذاری نیز با مرجعیت سیاست‌ها در نظر گرفته می‌شود. با بررسی وضعیت نظام سلامت در ایران می‌توان پی برد که سیاست‌گذاران صرفاً به بعد جسمانی سلامت توجه دارند. بعبارت دیگر، فهم و مرجعیت آن‌ها از بخش سلامت، فیزیکی و زیستی می‌باشد و بر بعد روحی-روانی و اجتماعی چندان تأکیدی ندارند.

حاکمیت نظام سلامت ایران بر عهده دولت یا وزارت بهداشت است. ساختار اداری و پیچیدگی زیاد این وزارتخانه منجر به کاهش بهره‌وری نظام سلامت شده است. رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها، خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشت درمانی، معاونان و سازمان‌های ستادی، همه و همه باعث بوروکراسی پیچیده، تمرکزگرا و سلسله‌مراتبی گردیده است. این دیدگاه سبب ایجاد مشارکت و ارتباطات با فراز و نشیب درون‌بخشی، بین‌بخشی و فرابخشی وزارت بهداشت با سازمان‌های دیگر شده است. وجود این نگرش تمرکزگرایانه باعث شده مدل نظام سلامت ایران مبهم و واضح نباشد. چون اهداف نهایی نظام سلامت کشورها می‌تواند ارتقای سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی نظام سلامت، محافظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت، دسترسی، کیفیت، عدالت و کارایی باشد. از آنجایی که وزارت بهداشت بازیگر اصلی در نظام سلامت کشور است تا حدی به بازیگر انحصاری در طراحی، قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و گزارش‌دهی تبدیل گردیده است (مصدق‌راد و رحیمی تبار، ۱۳۹۸: ۲۲-۲۵).

سرمایه سیاسی-اجتماعی و اعتماد سیاسی-اجتماعی، دلالت بعدی در بحث سیاست‌گذاری می‌باشد. پیامد سرمایه سیاسی منجر به مشروعیت و پیامد سرمایه اجتماعی منجر به اعتماد می‌گردد (Harvey & Novicevic, 2004: 800). اگر اعتماد نباشد، هماهنگی جهت تغییر رفتار کنشگران هم ایجاد نخواهد شد. اعتماد منجر به ایجاد انتظاراتی در رفتار کنشگران می‌شود تا از رفتار فرصت‌طلبانه پرهیز داشته باشند. اعتماد همچنین بر تقسیم و توزیع مداوم اطلاعات، دانش، تأیید و اثبات صلاحیت و مرتب بودن کارها تأکید می‌نماید (Kickbusch & Gleicher, 2012: 57). برای شهروندان، اعتماد به دولت؛ بر پذیرش این امر که دولت‌شان از تخصص، دانش فنی، ظرفیت و

بی طرفی برای انجام بهترین کنش برخوردار است، مبتنی می‌باشد. بعبارت دیگر اعتماد شهروندان به دولت مستلزم اعتماد آنان به کفایت پیامدهای سیاست‌ها، شایستگی بازیگران سیاسی و عملیات فرایند سیاسی است. علاوه بر این، اعتماد مبتنی بر ایجاد شفافیت و پاسخگویی می‌باشد. وجود اعتماد باعث همکاری و مشارکت خودانگیخته می‌گردد که بالطبع هزینه‌های غیرضروری سیاسی را از بین می‌برد. کار مستقیم با مردم می‌تواند به تقویت شفافیت و پاسخگویی بینجامد، به این دلیل که در حکمرانی سلامت سرمایه‌گذاری و همکاری شهروندان، مصرف‌کنندگان و بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار است.

سوئد نمونه خوبی در این مورد می‌باشد. تاریخ چندصد ساله مدیریت عمومی کارآمد و شفاف و دارای سطح بالای اعتماد به کارشناسان و مقامات حکومتی، باعث شده مردم این کشور مستعد باور کردن حرف‌هایی باشند که به آنها گفته می‌شود و کسانی که به این گفته‌ها عمل می‌کنند هیچ سوءنیتی در دل ندارند و نخست وزیر این کشور با اتکا به حس مسئولیت‌پذیری مدنی مردم بجای دستور، از مردم خواسته است که از مسافرت غیرضروری پرهیز کنند، کارهای‌شان را در خانه انجام دهند و اگر بیش از ۷۰ سال دارند یا احساس کسالت می‌کنند حتما در خانه بمانند. چنانکه در پیمایشی که در مارس ۲۰۲۰ در سوئد برگزار شد، نشان داد که ۴۴ درصد از پاسخ‌گویان به حرف‌های نخست وزیر اعتماد دارند (رابرتسون، ۱۳۹۹).

در ایران می‌توان به کاهش چشمگیر اعتماد مردم به نهادهای سیاسی و مسئولان کشور پی برد که کمتر به توصیه‌های مسئولان و رسانه‌های رسمی اعتماد و اعتنا می‌کنند. نظرسنجی‌هایی که توسط مرکز افکار سنجی دانشجویان (ایسپا)^۱ در سطح ملی و در شهر تهران انجام شده، بیانگر اعتماد کمتر و عمدتاً بدبینانه نسبت به عملکردهای مسئولان نسبت به کرونا می‌باشد. افراد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، دکترها و شهرنشین؛ دارای اعتماد کمتر و ارزیابی منفی‌تری از اقدامات و سیاست‌های دولت در حوزه مبارزه با کرونا دارند. با وجود بی‌اعتمادی به کارآیی اقدامات دولتی، مردم ایران توصیه‌های رسانه‌های رسمی در جهت مقابله با کرونا را تا حد زیادی رعایت کرده‌اند. در نظرسنجی اسفندماه ۱۳۹۸ میزان نگرانی مردم از ۵۰ درصد به ۷۵ درصد رسیده بود که این عامل

1. ISPA

بیانگر اثرگذاری پیام‌هایی است که مردم از رسانه‌های داخلی و خارجی دریافت نموده‌اند. همچنین در این پیمایش، مردم از ۶۰ درصد تا ۹۰ درصد خواهان قرنطینه شهرهای با شیوع بالا بودند (رفیعی بهابادی، ۱۳۹۹). به‌طور کلی شش موج نظرسنجی ایسپا و دفتر مطالعات اجتماعی شهرداری تهران از نیمه اسفند ۱۳۹۸ تا نیمه خرداد ۱۳۹۹ بیان‌کننده کاهش میزان بی‌اعتمادی مردم شهر تهران به آمارهای رسمی کرونا است. به نحوی که از ۶۹ درصد به ۴۴ درصد در این بازه زمانی رسیده است. اعتماد هم از ۲۰ درصد به ۲۵ درصد در این امواج شش‌گانه رسید (مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، ۱۳۹۹). اما بر اساس نظرسنجی که در خرداد ۱۳۹۹ توسط پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات در سطح ملی انجام گرفته است، ۳۲/۳ درصد پاسخ‌دهندگان به آمار اعلامی دولت بی‌اعتمادند که نسبت به نظرسنجی فروردین ۱/۲ درصد افزایش داشته است و میزان اعتماد به آمار دولتی ۴/۱ درصد کاهش یافته است، ۳۱/۸ درصد افراد نیز به اقدامات دولت در زمینه مدیریت کرونا بی‌اعتمادند و در مقایسه با نظرسنجی فروردین، ۱/۷ درصد اعتماد مردم کاهش دارد و بی‌اعتمادی مردم ۰/۹ درصد افزایش یافته است، ۶۳/۶ درصد پاسخگویان از طریق رادیو و تلویزیون اخبار کرونا را پیگیری کرده‌اند که نسبت به نظرسنجی فروردین ماه، ۴/۷ درصد کمتر شده بود (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، ۱۳۹۹).

دلالت دیگر تربیت و آموزش شهروند مدنی است. شهروند مدنی به شهروندانی آشنا به حقوق عامه مردم و آگاه به وظایف‌شان در برابر سایر هم‌وطنان اشاره دارد. مشارکت‌پذیری و ایجاد روحیه مسئولیت‌پذیری منجر به ایجاد شهروندانی آرام و وظیفه‌شناس خواهد شد. در غیر این صورت اگر نظام تربیتی نتواند این وظایف را به نحو احسن انجام دهد، در شرایط بحرانی با شهروندانی سرکش، بی‌دغدغه و سهل‌انگار نسبت به حقوق دیگران مواجه خواهد بود. مسأله کرونا زمانی قابل رفع است که توسط شهروندان، استانداردهای بهداشت فردی و اجتماعی نظیر شست‌وشوی دست‌ها، استفاده از ماسک و دست‌کش و اصول قرنطینه رعایت شود. بنابراین شهروندان باید احساس مسئولیت در قبال یکدیگر را هدف خودشان قرار دهند. دولت‌ها باید در زمینه تربیت و آموزش شهروندان به سمت اکتان نمودن آنها حرکت نمایند و نه از روی اجبار بلکه از روی منطق صحبت نمایند. در این مورد می‌توان به اصل سواد سلامت^۱ اشاره کرد. بر اساس مطالعات سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی،

حدود نیمی از افراد بزرگسال و خصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر دارای سواد سلامت محدود هستند. برای همین، توصیه مسئولین در خصوص قرنطینه فردی در چنین جامعه‌ای مفید واقع نخواهد شد و به دلیل عدم شناخت درست عوامل موثر بر سلامت اکثریت افراد جامعه و جامعه‌پذیری و آموزش ناقص در حوزه سلامت، حضور افراد جامعه در کنار یکدیگر، تردد و انتقال آلودگی به شهرهای دیگر منجر به گسترش کانون آلودگی شده است (شمسی، ۱۳۹۹: ۲).

دلالت راهبردی دیگر استفاده از فناوری می‌باشد. فناوری‌ها از قبیل تلفن‌های هوشمند و رسانه‌های اجتماعی شبکه‌ای شده، باعث تقویت شهروندان و تنوع در اقدامات دولت‌ها و سیستم‌های سلامت می‌باشد. از طریق سلامت دیجیتال یا موبایلی می‌توان مشارکت، شفافیت و پاسخگویی را بعنوان ابزارهایی جهت ابداعات درون روابط جدید و پیچیده دولت و جامعه ملاحظه کرد. این ابزارهای هوشمند در حال کسب اعتبار می‌باشند زیرا توانایی بالقوه‌شان را برای کمک به مراقبت، کنترل سلامت و ارتقای رفتار سالم تر به طریق دیجیتالی به اشتراک می‌گذارند. شبکه‌های اجتماعی نیز ابزارهای ارتباطی و مشارکتی تسهیل‌کننده بی‌سابقه‌ای را برای ساختارهای حکومتی و جامعه مهیا می‌نمایند. در گزارش سازمان بهداشت جهانی که توسط مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری ترجمه و ارائه شد، بر ضرورت رصد تماس^۱، تماس فیزیکی افراد با یکدیگر تأکید شده است. این کار در ابتدا در چین و کره جنوبی به صورت نرم‌افزار قابل نصب در گوشی‌های همراه پیاده شد. این نرم‌افزار اجازه می‌دهد تا رصد تماس‌ها صورت گیرد و راهنمایی‌هایی برای سیاست‌گذاران و مردم فراهم می‌کند. این نرم‌افزار مناطق آلوده را نشان می‌دهد که افراد نباید از آنجا عبور کنند (مرکز بررسی‌های استراتژیک، ۱۳۹۸).

نرم‌افزار Health Code نرم‌افزاری است که جمهوری خلق چین جهت استفاده مردم برای ورود به سوپرمارکت‌ها، مترو، تاکسی و یا دسترسی به پزشک ارائه کرده است. دولت سنگاپور نیز از اپلیکیشن Together Trace به کاربران تلفن همراه سیگنال‌هایی ارسال می‌کند که افرادی که با آن‌ها در ارتباط قرار می‌گیرند، ممکن است مشکوک به ابتلا یا مبتلا باشند (Doherty, 2020). در جمهوری اسلامی ایران نیز به همت متخصصان دانشگاه صنعتی شریف، نرم‌افزار ماسک، جهت نمایش نقشه ابتلای کشور،

شهر و محل سکونت به ویروس کرونا طراحی شده است و در موج جدید سیاست قرنطینه‌سازی گسترده در آذرماه، دولت اعلام کرده است که از این نرم‌افزار جهت رصد مبتلایان کرونا و نظارت بر قرنطینه بهره خواهد گرفت.

نظام فراگیر حمایتی عادلانه و کارآمد، اصل دیگر مواجهه با مسأله بدخیم است. با وجود وضعیت اقتصادی نابسامان در طبقات اجتماعی و اقشار آسیب‌پذیر جامعه که به زندگی روزانه امرار معاشی متکی هستند، خانه‌نشینی و قرنطینه فاقد معنا می‌باشد و این در حالی است که این اقشار، قرنطینه را مساوی از دست دادن زندگی و گرسنگی بیشتر می‌دانند. بر همین اساس ایجاد بانک اطلاعاتی جهت شناسایی اقشار آسیب‌پذیر اجتماع ضروری می‌باشد. در ایران گروهی از افراد در لیست کمیته امداد و گروهی دیگر در لیست سازمان بهزیستی قرار گرفته‌اند. با این حال بانک جامع و قابل اطمینان که توانایی شناسایی اقشار آسیب‌پذیر، نیازمند و محروم وجود داشته باشد در کشور ایجاد نشده است. در ماده ۸۱ برنامه ششم توسعه، دولت مکلف به ایجاد پنجره واحد خدمات رفاه ایرانیان شده است ولی در عمل مشخص نیست که این سامانه راه‌اندازی شده است یا خیر (حبیب نژاد و عامری، ۱۳۹۹: ۱۸۸).

ممکن است پیامدهای اقتصادی کرونا بر اقتصاد جوامع، بسیار سنگین‌تر از تبعات بهداشتی آن باشد. طبق نظرسنجی ملی که توسط ایسپا در فروردین ۱۳۹۹ انجام گرفت، پاسخگویان بیان کردند که ۵۰/۷ با کاهش درآمد مواجه بودند، ۴۱/۷ اظهار داشتند که کسب و کارشان تعطیل شده است و ۱۳/۵ درصد نیز به کلی شغل خود را از دست داده‌اند. همچنین توان اقتصادی دولت در جهت حمایت از آسیب‌دیدگان حدود ۵۷/۶ درصد ذکر شده است و معتقد بودند دولت توانایی حمایت و کمک به اقشار آسیب‌پذیر را دارد. همچنین در نظرسنجی دیگر در اردیبهشت ۱۳۹۹ از مردم درباره نگرانی از مشکلات اقتصادی پرسیده شده بود که ۶۳/۹ از تبعات اقتصادی کرونا ابراز نگرانی زیاد و بسیار زیاد کرده بودند (عاملی، ۱۳۹۹).

دلالت دیگر، گفتگوی ملی است. استراتژی مذاکره موثر میان ذی‌نفعان همچون فرآیند حل مسأله مهم می‌باشد. بازیگران در فرآیند شفاف نمودن صورت‌بندی مسأله و پیامدهای هر راهکار، به دلیل اینکه دارای درکی از ابعاد مسأله، حدود امکانات و محدودیت‌های خود می‌شوند، مسئولیت‌پذیرتر می‌گردند. گاهی اوقات ممکن است

بهترین استراتژی‌های سیاستی به تحلیل‌های خیلی جزئی علت پیچیدگی نیاز داشته باشند، بدین منظور نیل به یک تصویر شفاف از چگونگی فرآیندها و مداخلات پیشنهادی بهم پیوسته لازم است. این فرآیند می‌تواند پیشران مفیدی برای گفتگوی ذی‌نفعان فراهم نماید (Head, 2008: 104-105). در خصوص کرونا همه دولت‌ها دست یاری به سوی شهروندان خود به‌ویژه متخصصان در حوزه‌های مختلف اثرگذار دراز نموده‌اند. ضرورت دارد جمهوری اسلامی ایران نیز در استفاده از متخصصان، انجمن‌ها، رسانه‌ها، احزاب، بخش خصوصی و همه کسانی که حس تعلق به ایران دارند در زمینه تعریف و ارائه راه حل مسأله کرونا التزام داشته باشد و در واقع بایستی از یکنواخت شدن همگان پرهیز نماید و به کثرت‌گرایی جامعه احترام بگذارد.

در نهایت اصل مهم دیگر در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت، نهادسازی و ایجاد ساختارهای کارآمد و اثربخش، در واقع سازمان‌هایی که انعطاف‌پذیری و قابلیت سازگاری با شرایط مختلف را داشته باشند. پیچیدگی مسائل سیاستی را می‌توان با توجه به سطوح سازمانی که این مسائل در آن‌ها تبیین می‌شوند مشخص نمود. سنخ مسائل بدخیم از نوع مسائل بنیادی^۱ می‌باشد. این‌ها مسائلی هستند که نوعاً در بالاترین سطوح حکومت‌ها به آن‌ها پرداخته می‌شود و در مورد رسالت دولت می‌باشند. این مسائل ماهیت و اهداف دولت‌ها و نهادهای دولتی را مورد پرسش و مذاقه قرار می‌دهند. این مسائل بنیادی نیازمند اتخاذ رهیافت‌هایی استراتژیک می‌باشد، چراکه نتایج و پیامدهای ناشی از آن نسبتاً غیرقابل برگشت است. به عبارت دیگر پیامدها و اثرات ناشی از پرداختن به مسائل مذکور تا مدت‌ها باقی خواهد ماند. به دلیل ماهیت پیچیده مسأله کرونا که دارای تبعات گوناگون در سایر عرصه‌های زیست انسانی و اجتماعی شده است، سیاست‌گذار برای تعبیه یک سیستم کل‌نگر و ایجاد ساختاری کارآمد، نیازمند استفاده از رشته‌های گوناگون پزشکی، اقتصاد، مدیریت، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی، علوم سیاسی، تاریخ، علوم ارتباطات و همچنین همکاری با سازمان‌های درون‌بخشی، بین‌بخشی می‌باشد. مسأله کرونا به گونه‌ای است که همه ساختارهای سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و امنیتی جوامع را به خود معطوف نموده است.

ساختار بوروکراسی فربه که بر تمرکز امور گرایش دارد و باعث ناکارآمدی بدنه سیستم اداری به دلیل عدم ارتباط و نفوذ در لایه‌های اجتماعی شده است؛ ضعف ساختاری نهادهای حقوقی و تقنینی در نظارت، ابهام‌آمیز بودن و قابلیت تفسیر قانون، وجود بخش‌های موازی؛ و وجود نگاه روزمره به مسائل و سیاست‌گذاری؛ از جمله مسائل موجود در ایران است. پاسخ به این پرسش که آیا سازمان‌ها و نهادهای مختلف، تصمیم‌های ستاد ملی کرونا را لازم‌الاجرا برای خود می‌دانند؟ روشن‌کننده مسائل بسیاری است. همین ابهام و تفسیرپذیری، موازی‌کاری و ضعف‌ها باعث شده کرونا فرماندهی منسجم و یکپارچه نداشته باشد (نصیری حامد، ۱۳۹۹: ۲۳۵-۲۴۹). اخیراً و با موج جدید سیاست‌قرنطینه‌سازی، قرارگاه فرماندهی مقابله با کرونا به ریاست وزیر کشور ایجاد شده است اما بررسی کارآمدی آن نیازمند گذر زمان است.

نتیجه‌گیری و یافته‌ها

سیاست‌گذاری ویروس کووید ۱۹ گرچه به ظاهر مسأله‌ای پزشکی می‌باشد اما از سنخ مسائل سیاستی بدخیم و بد صورت‌بندی شده است که روابط پیچیده و چندعلتی دارد و بر زمینه‌های تاریخی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و آموزشی جوامع استوار می‌باشد. کشگران و ذی‌نفعان متعدد سیاست‌گذار با هدف تعریف، مواجهه و مقابله با ویروس کووید ۱۹، تصمیماتی را وضع و اجرا می‌نمایند. این هدف مانند هر مسئله دیگر در سیاست‌گذاری عمومی در قالب چرخه سیاستی انجام می‌گیرد و همه مراحل چرخه از قبیل مسأله‌شناسی، دستور کار، صورت‌بندی، اجرا و ارزیابی را شامل می‌شود. هر دولتی متناسب با امکانات و محدودیت‌های خود مبادرت به تدوین و اجرای سیاست‌های متفاوت می‌نماید.

با تأمل بر مسأله کرونا از منظر ساختاری - کارکردی درمی‌یابیم که سیاست‌گذاری کرونا بعنوان یک کارویژه؛ که از مجرای فرآیندی باید تحقق یابد؛ به ایجاد ساختارهایی که بتواند این کارویژه‌ها را به نحو مطلوب انجام دهد، نیاز دارد. از آنجایی که سیاست‌گذاری کرونا هم در بعد ملی و هم در بعد جهانی است، باید به تعیبه ساختارهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، آموزشی، در ابعاد ملی و جهانی مبادرت ورزید. در مواجهه و طراحی سیاست‌گذاری کرونا باید به ظرفیت‌های حکمرانی جوامع توجه

داشت. ظرفیت حکمرانی توانایی سیاست‌گذاران برای مشاهده مسائل بدخیم، عمل بر طبق آن سیاست‌ها و توانایی سیستم حکمرانی برای تواناسازی چنین مشاهده و عملی است. جوامعی که از ظرفیت حکمرانی بالایی برخوردارند یعنی مسائل حل نشده هویت ملی ندارند، دولت‌سازی صحیح و مناسب که محصول تعادل بین نیروهای اجتماعی باشد، از کارآمدی و اثربخشی کارکردی دولت برخوردارند و نهایتاً در نقش‌های غیرانتخابی دولت نیز پیوسته تحول ایجاد می‌کنند، از توان سیاست‌گذاری بهتری جهت مقابله با کرونا برخوردارند. اما جوامعی که دچار بحران هویت ملی باشند، منابع دولت‌سازی محصول تقابل نیروهای داخلی و یا مداخله نیروهای مسلح باشد، کارآمدی و اثربخشی دولت پایین و نهایتاً نقش‌های غیرانتخابی دولت دچار تحول نگردد، از ظرفیت پایین حکمرانی برخوردارند و سیاست‌گذاری ضعیفی در مسأله کرونا دارند.

همچنین دولت‌ها باید نوع نگاه خود را نسبت به مسائل پیچیده و بدخیم تغییر بدهند. یعنی باید از نوع نگاه فرماندهی و مدیری به سمت نگاه رهبری که مبتنی بر رویکرد همکاری‌جویانه است، تغییر یابند. نگاه فرماندهی و سلسله‌مراتبی برای مسائل و شرایط بحرانی مفید می‌باشد و نگاه مدیری جهت مسائل پیچیده و مداخله در بخشی از سطوح پذیرفته می‌شود، ولی رویکرد رهبری خاص مسائل چندوجهی می‌باشد. در رویکرد اخیر؛ کالبدشکافی مسأله، ارائه راه‌حل‌ها، مهارت‌ها و قابلیت‌ها توسط تمام ذی‌نفعان ارائه می‌گردد و از طریق مذاکره به جمع‌بندی نائل می‌شوند. همان‌گونه که اشاره شد؛ مسائل بدخیم، علت‌ها و راه‌حل‌های ساده ندارند و مسائلی چندوجهی می‌باشند که باید نوع نگاه به سمت رهبری تغییر یابد. راه‌حل‌های حکمرانی سلامت جهت سیاست‌گذاری کرونا باید مبتنی بر رهیافت کل دولت و کل جامعه باشد که منعکس‌کننده مشخصه‌های پیچیدگی، تمرکززدایی تصمیم‌گیری و خودسازماندهی شبکه اجتماعی است و ذی‌نفعان را برای پاسخ‌گویی سریع به حوادث غیرمنتظره با روش‌های جدید قادر سازد. با مداخله و همکاری بخش خصوصی، جامعه مدنی، اجتماعات و افراد، انعطاف‌پذیری جوامع برای مقاومت در برابر تهدیدات سلامت، امنیت و بهروزی‌شان افزایش می‌یابد. بنابراین سلامت به عنوان فاکتور حیاتی اقتصاد کلان و سیاسی در جوامع شناخته می‌شود که در نتیجه آن حکومت، کسب و کارها، اجتماعات و شهروندان به نحو فزاینده‌ای در حکمرانی برای سلامت مداخله می‌نمایند. خلاصه اینکه با بکارگیری حکمرانی همکاری‌جویانه، می‌توان

فرآیندهای همکاری را طراحی و چرخه فضیلت ارتباطی، اعتماد، انتخاب ابزارها و مکانیسم‌ها، شفافیت و پاسخگویی را نمایان ساخت.

توصیه‌های سیاستی مبتنی بر راهبرد همکاری جویانه

قدرت‌پذیرش همیاری و همکاری در نظام فکری مسئولان، نهادسازی متناسب با اهداف سیاستی، ایجاد اتاق فکر یا اندیشکده‌هایی جهت تولید و تحلیل داده‌ها به منظور تصمیم‌گیری واحد، ایجاد کمیته‌های بین‌سازمانی و بین‌وزارتی، برگزاری جلسات باز و انجمن‌های ملی توسط جامعه مدنی و بخش خصوصی، تقویت منابع انسانی و نهاد آموزش از جمله مدارس و دانشگاه‌ها، ارائه برنامه سلامت ملی، داشتن مدل یکپارچه و همگن نظام سلامت، تعیین مرجعیت بخش نظام سلامت، از بین بردن تعارض منافع موجود در نظام سلامت، نظام یکپارچه اطلاعات، توسعه ارتباطات فراسازمانی در سطح داخلی و خارجی، برقراری کمیته‌های مشاوره تخصصی در سطح محلی، ملی و منطقه‌ای، تعامل با کشورهای همسایه در برنامه‌های موضوعی خاص، شناسایی و حمایت از گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر، تصریح نمودن سطح مسئولیت‌پذیری حکومت برای هر اقدام، ارائه آمار مبتلایان و فوت‌شدگان به صورت شفاف و اطلاع‌رسانی یک‌دست و نامتناقض درباره مخاطرات کرونا جهت تغییر رفتار مردم، افزایش اعتماد نهادین در سطح کارگزاران و ساختار و بویژه در ارتباط با شهروندان از جمله توصیه‌هایی است که می‌تواند راهگشا باشد.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

منابع

- اشتریان، کیومرث، (۱۳۹۷)، *راهنمای برنامه‌ریزی دولتی و سیاست‌گذاری عمومی*، تهران: بازرگانی.
- باقری دولت‌آبادی، علی؛ شفیعی سیف‌آبادی، محسن، (۱۳۹۹)، «سیاست خارجی ایران در عصر کرونا؛ از دیپلماسی سلامت تا دیپلماسی رسانه‌ای»، *پژوهشنامه علوم سیاسی*، سال ۱۵، شماره ۲.

- بور، مارک، (۱۳۹۷)، *حکمرانی مقدمه‌ای بسیار کوتاه*، ترجمه عرفان مصلح و زهره کریم میان، تهران: کرگدن.
- بوزلی، سارا، (۱۳۹۹)، «تست و رصد: درس‌هایی از هنگ کنگ درباره اجتناب از منع تردد کرونایی»، ترجمه نیما فاتح و دامون افضل، همشهری آنلاین (تاریخ دسترسی: ۲ اردیبهشت)، قابل دسترس در: <https://www.hamshahrionline.ir/news/502866>.
- پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، (۱۳۹۹)، «گزارش سنجی: دیدگاه شهروندان در خصوص کرونا (مطالعه کشوری)». قابل دسترسی در: <https://www.ricac.ac.ir/uploads/ebooks/2020/07/09390522.pdf>.
- حاجی عباسی، حمزه، (۱۳۹۹)، «معرفی تفکر طراحی در سیاست‌گذاری: سیاست‌های ایران در مقابله با کرونا»، *سیاستنامه علم و فناوری*، دوره ۱۰، شماره ۲.
- حبیب نژاد، سید احمد؛ عامری، زهرا، (۱۳۹۹)، «نظام مداخلات حمایتی دولت از گروه‌های آسیب‌پذیر در وضعیت‌های بحرانی و اضطراری»، *حقوق اسلامی*، سال ۱۷، شماره ۶۴.
- حیدری رباطی، مصطفی، (۱۳۹۱)، بررسی گروه‌های مرجع دانشجویان دانشگاه مازندران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران، بابلرس.
- ذکائی، محمد، (۱۳۹۱)، «مطالعات فرهنگی و مطالعات حافظه»، *مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ۵، شماره ۳.
- رابرتسون، درک، (۱۳۹۹)، «سوئد آخرین سنگر ایمنی جمعی»، ترجمه نیما فاتح و دامون افضل، همشهری آنلاین، کد خبر: ۴۹۹۲۷۹، قابل دسترسی در: <https://www.hamshahrionline.ir/news/499279>.
- رفیعی بهابادی، مهدی، (۱۳۹۹)، «اعتماد ندارند اما فعلاً به توصیه‌ها عمل می‌کنند»، مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، قابل دسترسی در: <http://www.ispa.ir/Default/Details/fa/2169>.
- شمسی، محسن، (۱۳۹۹)، «سواد بهداشتی و شیوع کووید-۱۹ (COVID19)»، *پایش*، سال ۱۹، شماره ۲.
- طریقت منفرد، محمد حسن و همکاران، (۱۳۸۷)، *اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)*، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- عاملی، محمد، (۱۳۹۹)، «وضعیت اقتصادی مردم ایران در دوران بحران کرونا»، مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، قابل دسترسی در: <http://www.ispa.ir/Default/Details/fa/2183>.

- فاضلی، محمد، (۱۳۹۹)، «مسئله کرونا و ضرورت بازنگری در آموزش دانشجویان»، در جستارهایی در آموزش عالی، علم و بحران کرونا در ایران، حسین میرزایی، تهران: پژوهشگاه مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- فاضلی، نعمت‌الله، (۱۳۹۹)، «علم انسانی و اجتماعی: هشداردهندگان اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها»، در جستارهایی در آموزش عالی، علم و بحران کرونا در ایران، حسین میرزایی، تهران: پژوهشگاه مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- کریمی مله، علی، (۱۳۹۷)، «مسائل سیاستی بدخیم و لزوم بازنگری راهبردی در الگوهای سنتی روابط دولت-ملت در ایران»، دولت پژوهی، سال ۴، شماره ۱۵.
- کریمی مله، علی؛ پارسا، ندا، (۱۳۹۸)، «سیاست‌گذاری هویت ملی و الزامات راهبردی آن برای ایران»، مطالعات ملی، سال ۲۰، شماره ۱.
- مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، (۱۳۹۹)، «یافته‌ها و نتایج موج ششم نظرسنجی ابعاد شیوع ویروس کرونا در تهران»، قابل دسترس در:
<http://www.ispa.ir/Default/Details/fa/2210>.
- مرکز بررسی‌های استراتژیک، (۱۳۹۸)، «گزارش هیات مشترک سازمان بهداشت جهانی و چین در مورد بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹»، شماره مسلسل: ۴۱۱، کد گزارش: ۹۸-۲۱۴. قابل دسترس در:
<http://www.css.ir/Media/PDF/1398/12/21/637195343596329650.pdf>.
- مصدق‌راد، علی محمد؛ رحیمی تبار، پریسا، (۱۳۹۸)، «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی»، علوم پزشکی رازی، دوره ۲۶، شماره ۹.
- ملک محمدی، حمیدرضا و ولی‌اله وحدانی‌نیا، (۱۳۹۵)، «تکامل سیاست‌گذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی برای سلامت»، سیاست‌گذاری عمومی، دوره ۲، شماره ۲.
- نصیری حامد، رضا، (۱۳۹۹)، «بحران کرونا به مثابه مجالی برای بازاندیشی در وضعیت سیاسی اکنون»، پژوهشنامه علوم سیاسی، سال ۱۵، شماره ۲.
- وحدانی‌نیا، ولی‌اله؛ وثوق‌مقدم، عباس، (۱۳۹۷)، «فهم منطق متأخر سیاست‌گذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت»، پایش، سال ۱۷، شماره ۶.
- وحدانی‌نیا، ولی‌اله و همکاران، (۱۳۹۹)، «سلامت به مثابه حق بشری؛ روایت حقوقی از منطق حکمرانی برای سلامت»، اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ۱۳.
- هرینگتن، پیتر، (۱۳۹۹ الف)، «کرونا ویروس و رفتار: چرا رهبران به «اطلاع‌رسانی مخاطره» بهتری نیاز دارند؟»، ترجمه فاطمه تبرزاده، مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه، کد مقاله: ۵۹۶۰، قابل دسترس در:

<https://iran-bssc.ir/activities/learning-advocacy-services/problem-driven-iterative-adaptation/pdia/5960/>

- هرینگتن، پیتز، (۱۳۹۹ ب)، «همه گیری های جهانی به مثابه مسائل پیچیده انطباقی»، ترجمه فاطمه تبرزاده، مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه، کد مقاله: ۵۹۲۹، قابل دسترسی در: <https://iran-bssc.ir/activities/learning-advocacy-services/problem-driven-iterative-adaptation/pdia/5929/>.
- یزدی فیض آبادی، وحید و همکاران، (۱۳۹۶)، «مروری بر رویکردهای مفهوم سازی سلامت و تعیین کننده های آن: از رویکرد زیست پزشکی تا سلامت واحد»، *پیدمولوجی / ایران*، دوره ۱۲، شماره ۵.

References

- Australian Public Service Commission, (2007), "Tackling Wicked Problems, A Public Policy Perspective", *Policy Paper*, Australian Public.
- Burns, Dian., Paula. Killett, Anne, (2012), "Wicked Problems or Wicked People? Reconceptualising Institutional Abuse", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 35. No.4.
- Cochran, Charles, & Malone, Eloise, (2014), *Public Policy: Perspectives and Choices*, Lynne Rienner, 5th edition, available at: <https://www.rienner.com/uploads/47d95b0891600.pdf>.
- Dunn, William, (2018), *Public Policy Analysis: An Integrated Approach*, Routledge, Sixth Edition.
- Doherty, Ben, (2020), "The Covid19 Exit Strategy When Will Australia Know the Coronavirus-Battle is Over?" at: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/11/the-covid-19-exit-strategy-when-will-australia-know-the-coronavirus-battle-is-over>.
- Durant, Robert, & Jr, Jersom, (2006), "Wicked Problems, Public Policy, and Administrative Theory: Lessons from the GM Food Regulatory Arena", *Administration & Society*, 38.
- Grint, Keith, (2010), "Wicked Problems and Clumsy Solutions: The Role of Leadership", In: S., Grint, K. (eds.): *The New Public Leadership Challenge*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Harvey, Michael, & Novicevic, Milorad, (2004), "The Development of Political Skill and Political Capital by Global Leaders Through Global Assignments", *International Journal of Human Resource Management*, Vol. 15, No.7.

- Head, Brian, (2008), “Wicked Problems in Public Policy”, *Public Policy*, Vol. 3, No. 2.
- Head, Brian, & Alford, John, (2013), “Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management”, *Administration & Society*, Vol. 47, No. 6.
- Kickbusch, Ilona, (2007), “Health Governance: The Health Society”, In: mcQueen D, Kickbusch I, eds. *Health and Modernity The Role of Theory in Health Promotion*, New York, Springer.
- Kickbusch, Ilona, Gleicher, David, (2012), *Governance for Health in the 21st Century*, WHO Regional Office for Europe.
- OECD, (2001), *Governance in the 21st Century*, Paris, Organisation for Economic Co-Operation and Development.
- Rittle, Horst, & Webber, Melvin, (1973), ‘Dilemmas in a General Theory of Planning’, *Policy Science*, 4.
- Roberts, Nancy, (2011), “Wicked Problems and Network Approaches to Resolution”, *International Public Management Review*, Vol. 1, No. 1.
- Termeer, Catrien & et al, (2015), “Governance Capabilities for Dealing Wisely with Wicked Problems”, *Administration & Society*, Vol. 47. No. 6.
- United States Department of Health and Human Services, (2010), HHS Announces the Nation’s New Health Promotion and Disease Prevention Agenda, Washington, Dc, United States Department of Health and Human Services. at: [http:// www. hhs. gov/ news/ press/ 2010pres/12/20101202a.html](http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/12/20101202a.html).
- Webber, Edward, &Khademian, Anne, (2008), “Wicked Problems. Knowledge Challenge, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings”, *Public Administration Review*, Vol. 68, No. 2.
- Weedon, Jordan, (2012), “Collective Memory: Theory and Practice”, *Social Semiotics*, Vol. 22, No. 2.
- World Bank, (2011), “What Is Our Approach to Governance?”, Washington, Dc, World Bank. at: [http:// go. worldbank. org/ mKOG258v0](http://go.worldbank.org/mKOG258v0).
- WHO, (2007), “Everybody’s Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO’s Framework for Action”, Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- WHO Regional Office for Europe, (2007), “WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012”. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. at: [http:// www. euro. who. int/ __ data/ assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf).
- WHO, at: https://www.who.int/topics/health_policy/en
- WHO, at: <https://www.who.int/trade/diplomacy/en/>.