

Health Communication in Development Programs

Hatef Pourrashidi Alibigloo * 

Assistant Professor of Communication,
University of Religions and Denominations,
Qom, Iran

1. Introduction

Since 1989, Iran's five-year development programs have aimed for balanced, sustainable economic, social, and cultural development, prioritizing public health as a key component. UN frameworks like the MDGs and SDGs highlight health essential for improving quality of life and community empowerment (Guégan et al., 2018). Six of eight MDGs directly address health issues including poverty eradication, child mortality, and maternal health (Nyandekwe et al., 2018). Iran's programs focus on developing health infrastructure. However, implementation challenges persist, with only 30–35% average goal execution and 35.5% completion of health-related targets in the Sixth Program (Center for Parliamentary Research, 2022; Ministry of Health, 2022), indicating planning and coordination issues.

Health communication is a strategic tool to overcome these challenges and promote health goals. It uses traditional and digital media to educate, encourage healthy behavior, and improve equity in care. Iran's health communication use is insufficient; during COVID-19, public campaigns failed to reach vaccination targets by 60% in some areas. This study analyzes the emphasis on health communication in the seven development programs (1989–2024) to evaluate approaches and contributions toward sustainable development.

2. Theoretical Framework

Health communication is the science and art of using communication to improve health and well-being. It promotes healthy behaviors, enhances health literacy, and empowers informed decisions (Suruchi & Amy Henderson, 2023: 42). Development refers to multidimensional improvement of life quality, welfare, and empowerment. "Sustainable health" integrates prevention, promotion, and supportive environments considering social, economic, and environmental sustainability (Berniak-Woźny & Rataj, 2023).

* Corresponding Author: h.pourrashidi@gmail.com

How to Cite: Pourrashidi Alibigloo, H. (2026). The development programs of the Islamic Republic of Iran in health communication: focus on efforts to achieve sustainable health, *Journal of Social Development and Welfare Planning*, 16 (65), 261-294.

Three theories guide this analysis:

Pender's Health Promotion Model focuses on self-efficacy and perceived benefits influencing healthy behavior adoption (Pender et al., 2011: 125), useful for designing communication strategies.

Ecological Models view health behavior influenced by factors from individual to policy levels (McLeroy et al., 1988: 362), advocating multi-level communication integration.

Diffusion of Innovations Theory explains how behaviors and technologies spread via media and networks (Rogers, 2003: 170), emphasizing media's role in awareness and adoption.

These theories together form a framework to examine awareness raising, information access, participation, and trust in health communication.

3. Methodology

Qualitative content analysis was conducted on Iran's seven five-year development program documents (1989–2024) sourced from official archives. Only health and communication-related provisions were analyzed. Coding proceeded in three phases: Open coding: extracted 61 initial codes (e.g., hospital building, universal insurance). Axial coding: grouped into concepts such as community health promotion and e-health.

Selective coding: identified "sustainable health" as the core program approach.

Validity was ensured via expert feedback and theoretical alignment (Kreps, 2015; Gupta et al., 2021). Reliability was confirmed by inter-coder agreement with a Cohen's kappa of 0.82. The focus was on awareness raising, information access, participation, and trust.

4. Findings

"Sustainable health" emerged as the primary concept, composed of five themes:

Community health promotion: Infrastructure focus initially, shifting toward equitable service and rehabilitation.

Universal insurance development: Expanding coverage and support for vulnerable groups from program 3 onward.

Food security and environmental protection: Public awareness emphasized from program 4.

Pharmaceutical and therapeutic oversight: Strengthened in later programs though public awareness is limited.

E-health: Introduced in program 5, expanded later, participation remains low due to weak communication.

Early programs prioritized infrastructure and access; later programs addressed social equity and oversight but lag in awareness raising and trust—as shown by high diabetes rates and low vaccine uptake.


5. Conclusions

Iran's programs have evolved from infrastructure-centric to more human-centered approaches, but health communication gaps remain in awareness and trust, in line with Kreps' theory advocating access, participation, and trust for sustainable health. Compared to countries like Turkey and Singapore, Iran shows progress in insurance but needs improvement in engagement. Recommendations include enhancing targeted education, expanding e-health participation, improving pharmaceutical transparency, boosting intersectoral cooperation, and continuous evaluation to support sustainable health goals.

Keywords: Health Communication, Development Programs, Development Communications, Sustainable Health



ارتباطات سلامت در برنامه‌های توسعه

هاتف پوررشیدی علی بیگلو*  * استادیار ارتباطات دانشگاه ادیان و مذاهب، قم، ایران.

چکیده

برنامه‌های پنج‌ساله توسعه جمهوری اسلامی ایران از حدود چهار دهه گذشته در تلاش بوده‌اند که آهنگ توسعه کشور را متوازن‌تر نموده و زمینه‌های تحقق پیشرفت در جامعه را فراهم آورند. یکی از موضوعات اساسی توسعه در هر جامعه‌ای پرداختن به بهداشت و سلامت عمومی است که در قالب حوزه توسعه ارتباطات سلامت قابل‌بحث و پیگیری است. هدف این مقاله مشخص کردن جایگاه ارتباطات سلامت و رویکردهای متاخذ در این خصوص در احکام برنامه‌های توسعه است. این مقاله در تلاش است به این پرسش پاسخ دهد که «مؤلفه‌های مورد تأکید در اهداف برنامه‌های توسعه پنج‌ساله کشور در حوزه ارتباطات سلامت بر چه موضوعاتی متمرکز بوده است؟» برای پاسخ به این پرسش، ابتدا اسناد برنامه‌های توسعه جمهوری اسلامی مورد مطالعه قرار گرفته و بخش‌های مربوط به حوزه سلامت و توسعه مشخص و با روش تحلیل محتوای کیفی کدگذاری و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حکایت از این دارد که رویکرد «سلامت پایدار» به‌عنوان رویکرد اصلی و فراگیر این برنامه جاری و ساری است. این مفهوم از مفاهیم سازمان دهنده چون «ارتقا سلامت جامعه»، «توسعه بیمه تأمین اجتماعی و همگانی»، «امنیت غذایی و تولید غذای سالم و حفظ محیط‌زیست»، «نظارت دارویی و درمانی» و «سلامت الکترونیک» حاصل شده که همگی در مسیر توسعه و با همراهی ارتباطات سلامت قابلیت تحقق دارد. از این رو برنامه‌های توسعه بر ایجاد توسعه پایدار و انسان‌محور در این حوزه متمرکز شده و در تلاش بوده‌اند در سطح جامعه سلامت پایدار را محقق نمایند.

واژه‌های کلیدی: ارتباطات سلامت، برنامه‌های توسعه، ارتباطات توسعه، سلامت پایدار

مقدمه

سلامت و عوامل مرتبط با آن نقش مهمی در توسعه دارند. بر اساس اهداف توسعه هزاره و پس از آن اهداف توسعه پایدار سازمان ملل متحد، بخش سلامت جزء اصلی توسعه شناخته شده است که در این میان انسان به عنوان عامل اولیه و اصلی در برنامه‌ریزی برای رشد و توسعه محسوب می‌شود؛ چراکه اساساً توسعه بدون انسان سالم اتفاق نمی‌افتد (Guégan et al., 2018). سازمان ملل متحد هشت هدف را برای توسعه هزاره تعیین کرده که شش مورد از آن‌ها مستقیماً با بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است. این موارد شامل «ریشه کن کردن فقر شدید و گرسنگی، دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی، ارتقای برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، کاهش مرگ و میر کودکان، بهبود سلامت مادران، و مبارزه با HIV/AIDS، مالاریا و سایر بیماری‌ها» (Nyandekwe et al., 2018: 2) است.

بر این اساس، همه کشورها بر این اهداف متمرکز شده‌اند و با اجرای روش‌های جدید و تأکید بر اهمیت آن‌ها تلاش می‌کنند به این اهداف دست یابند. با این حال، شواهد جهانی نشان می‌دهد که بدون ارتباطات مؤثر در حوزه سلامت، تحقق این اهداف با چالش‌های جدی مواجه می‌شود (WHO, 2017). در ایران نیز، برنامه‌های پنج‌ساله توسعه از دهه ۱۳۶۰ به دنبال ایجاد توسعه متوازن و فراهم کردن زیرساخت‌های لازم برای پیشرفت بوده‌اند و سلامت به عنوان یکی از محورهای اصلی این برنامه‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

سیاست‌گذاران حوزه سلامت در سطح جهانی به این نتیجه رسیده‌اند که برای توسعه قدرت نرم و سخت، ارائه خدمات بهداشتی و سلامت عمومی در جامعه ضروری است. از این رو، با وضع قوانین و مقررات بهداشتی و درمانی سعی در تحقق اهداف توسعه‌ای کشورها دارند.

این امر در قوانین توسعه جمهوری اسلامی ایران نیز خود را نمایان کرده و تلاش شده است با فراهم آوردن زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، مسیر توسعه انسانی با قدرت طی شود. با این حال، کاستی‌هایی در این مسیر وجود داشته است. بر اساس اعلام رئیس مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، میانگین اجرای برنامه‌های توسعه طی شش دوره

گذشته حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد بوده است (وبسایت مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۴۰۱/۴/۴)، که رقم ناچیزی است و نشان‌دهنده مشکلات عدیده در اجرا و هماهنگی میان بخش‌های مختلف است. در حوزه سلامت نیز این مسئله مشهود است؛ برای مثال، تحقق تنها ۵/۳۵ درصد از اهداف برنامه ششم توسعه در بخش سلامت، حکایت از ضعف در برنامه‌ریزی و اجرا دارد (وزارت بهداشت، ۱۴۰۱).

این آمارها نشان می‌دهد که علی‌رغم پیشرفت‌هایی مانند افزایش امید به زندگی از ۵۵ سال در سال ۱۳۵۷ به ۵/۷۶ سال در سال ۱۴۰۱ یا کاهش مرگ‌ومیر نوزادان از ۲۶ در هر ۱۰۰۰ تولد در سال ۱۳۷۰ به ۱۳ در سال ۱۴۰۰ (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۲)، نابرابری‌های منطقه‌ای و ضعف در اطلاع‌رسانی عمومی همچنان چالش‌های بزرگی هستند. به‌عنوان نمونه، پوشش خدمات بهداشتی اولیه در مناطق شهری ۸۵ درصد و در مناطق روستایی ۶۵ درصد گزارش شده است (وزارت بهداشت، ۱۴۰۲)، و شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت (۱۴ درصد در بزرگسالان) به دلیل کمبود کمپین‌های آموزشی مؤثر، همچنان رو به افزایش است.

یکی از راه‌های کلیدی برای غلبه بر این چالش‌ها و تحقق توسعه در حوزه سلامت انسان، بهره‌گیری از توان ارتباطات سلامت است. ارتباطات سلامت با استفاده از قدرت رسانه‌های سنتی و جدید، نقش تعیین‌کننده‌ای در آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم دارد و می‌تواند به‌عنوان پلی میان سیاست‌گذاران و جامعه عمل کند. این حوزه در آموزش عمومی سلامت، ارتقای مراقبت‌های بهداشتی، و کمک به تحولات سلامت در جامعه نقش بسزایی ایفا می‌کند. بر اساس اعلام «برنامه مشترک سازمان ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی و ایدز، «راهبردهای ارتباطات سلامت اغلب بر مدل اعتقاد بهداشتی، مدل فرا نظری، یا تئوری عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی شده متکی هستند» (UNAIDS, 1999).

به‌عبارت‌دیگر، ارتباطات سلامت و برنامه‌های توسعه اهداف یکسانی دارند و ارتباط نزدیکی با هم دارند، به‌گونه‌ای که می‌توان ادعا کرد بدون ارتباطات مؤثر سلامت، توسعه پایدار قابل‌دستیابی نیست. با این حال، در ایران، ضعف در بهره‌گیری از این ابزار مشهود

است. برای مثال، در جریان پاندمی کووید-۱۹، ضعف در کمپین‌های اطلاع‌رسانی عمومی باعث شد میزان پذیرش واکسن در برخی مناطق تا ۶۰ درصد کمتر از هدف گذاری‌ها باشد (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱)، که نشان‌دهنده شکاف میان سیاست‌ها و رفتار عمومی است.

توجه به این نکته ضروری است که مفاهیم جدید ارتباطات سلامت فراتر از رابطه پزشک و بیمار یا اطلاع‌رسانی صرف است. امروزه این حوزه نقش مهمی در توسعه و ابتکارات مرتبط دارد. همان‌طور که Malikhao & Servaes (۲۰۰۵) بیان کرده‌اند، «اگر مردم خوشحال نباشند، توسعه نمی‌تواند پایدار باشد؛ بنابراین، دولت‌ها باید در ارتقا و ترغیب اعضای جامعه به زندگی هماهنگ با محیط‌زیست تلاش کنند تا مکان سالمی برای زندگی آن‌ها فراهم شود. این هدف از طریق اقناع و با استفاده از رسانه‌ها و سیستم‌های اطلاعاتی محقق می‌شود. در ایران، با وجود تأکید برنامه‌های توسعه بر زیرساخت‌های درمانی، نقش ارتباطات سلامت در جلب مشارکت مردمی و کاهش نابرابری‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که «پرداختن به حوزه بهداشت و سلامت، به‌منظور حفظ کرامت انسان و نقش سلامت افراد در ارتقا و پیشرفت جوامع حائز اهمیت است» (جلالی خان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱). تجربه تاریخی نیز نشان داده است که ظرفیت انسان و نهادهای اجتماعی اوست که سطح و محتوای توسعه را تعیین می‌کند. از این رو، راهبرد توسعه‌ای که اولویت را به گسترش ظرفیت انسان و نهادهای اجتماعی می‌دهد، از راهبردی که صرفاً به توسعه ظرفیت تولید متمرکز است، مؤثرتر و انسانی‌تر عمل می‌کند.

در این راستا، برنامه‌های توسعه پنج‌ساله جمهوری اسلامی ایران نیز به دنبال تحقق توسعه در جامعه از طریق جلب مشارکت مردم در مباحث مختلف، به‌ویژه حوزه سلامت عمومی، بوده‌اند. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که این برنامه‌ها در استفاده از ظرفیت ارتباطات سلامت با مشکلاتی مواجه بوده‌اند. برای مثال، ضعف در آموزش عمومی درباره پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر یا نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی بین مناطق محروم و توسعه‌یافته، نشان‌دهنده ضرورت بازنگری در رویکردهای موجود است.

این مقاله درصدد است با تمرکز بر برنامه‌های هفت‌گانه توسعه پنج‌ساله ایران در بخش سلامت و ارتباطات سلامت، مؤلفه‌های مورد تأکید این حوزه در امر توسعه جامعه را مورد بحث و بررسی قرار دهد. هدف اصلی این پژوهش، پاسخ به این پرسش است که «مؤلفه‌های مورد تأکید در اهداف برنامه‌های توسعه پنج‌ساله کشور در حوزه ارتباطات سلامت بر چه موضوعاتی متمرکز بوده است؟» با این بررسی، تلاش می‌شود تا مشخص شود که آیا برنامه‌های توسعه توانسته‌اند از ارتباطات سلامت به‌عنوان ابزاری برای توسعه پایدار و انسان‌محور بهره ببرند یا خیر، و در نهایت پیشنهادهایی برای رفع کاستی‌ها ارائه شود.

پیشینه پژوهش

موضوع سلامت و توسعه یکی از محورهایی است که محققان داخلی و خارجی مورد توجه جدی قرار داده و بر روی آن متمرکز شده‌اند. با در نظر گرفتن این پیش‌فرض که محور توسعه، انسان سالم می‌باشد، از این‌رو پرداختن به موضوع سلامت عمومی مورد توجه محققان و اندیشمندان بسیاری قرار گرفته است. اگرچه پرداختن به موضوع ارتباطات سلامت در برنامه‌های توسعه مورد توجه در این مقاله امری بدیع و نو محسوب می‌شود، اما تحقیقات ثمربخشی با محوریت سلامت و توسعه صورت پذیرفته است.

در این راستا، تحقیقاتی صورت پذیرفته که از جمله تحقیق بیژنی و بهار (۱۴۰۲) با عنوان «مقایسه برنامه‌های توسعه ایران در سیاست‌گذاری رسانه‌ای ارتباطات ریسک (مورد مطالعاتی حوزه ارتباطات سلامت)»، است. در این تحقیق که در خصوص برنامه‌های چهارم، پنجم و ششم توسعه صورت پذیرفته، از عدم توجه سیاست‌گذاری‌های ارتباطات ریسک در بخش سلامت سخن به میان آمده است. بر اساس نتایج این تحقیق، کارکردها و قدرت رسانه‌ای در آموزش شهروندان و تأثیر این ارتباطات ریسک در توسعه کشور و میزان صرفه اقتصادی در درمان برای نهادهای دیگر اهمیتی نداشته و تمام پتانسیل سیاست‌گذاری‌ها به بخش درمان بیماران اختصاص یافته است. همچنین بیماران بالقوه‌ای که

در حال حاضر به مراقبت بهداشتی، مراقبت سلامت و به تعبیر هابرماس «سیاست سلامت» نیاز دارند، در این سه برنامه به فراموشی سپرده شده‌اند.

از جمله تحقیقات دیگر می‌توان به تحقیق کاسج و اوکیو^۱ (۲۰۲۰) با عنوان «ارتباطات سلامت در کشورهای منتخب آفریقا» اشاره کرد که به نقش ارتباطات سلامت در توسعه آفریقا در حوزه سلامت عمومی پرداخته است. محققان با تأکید بر لزوم بهره‌گیری از ابزارهای رسانه‌ای متنوع برای ارسال پیام‌های سلامت محور، توسعه شاخص‌های بهداشتی را مورد اشاره قرار داده‌اند. همچنین محققان بهره‌گیری از ارتباطات در حوزه سلامت را عاملی در راستای مقابله با چالش‌ها و بیماری‌ها و شرایط نوظهور عنوان کرده‌اند.

در تحقیق دیگری که توسط خدایاری زرننگ و همکاران^۲ (۲۰۲۰) با عنوان «سلامت در برنامه اول تا ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران: تحلیل اسنادی» صورت پذیرفته، این مسئله مورد تأکید قرار گرفته است که عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار در برنامه‌ها و تکرار همان متن در برنامه‌های بعدی نشان‌دهنده تعهد ضعیف دولت به برخی از جنبه‌های برنامه به‌ویژه در یک زمان خاص است. ضمن اینکه روندهای بین‌المللی و مسائل ارتقای سلامت مورد توجه کافی واقع نشده و این مسائل باید یک نگرانی فوری در برنامه‌های توسعه آینده در نظر گرفته شود.

در همین زمینه، جواهری و همکاران (۱۳۹۹) نیز در تحقیقی با عنوان «تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران» این مسئله را مورد توجه قرار داده‌اند که در برنامه‌های مختلف به تدریج بر میزان جامعیت سیاست‌های سلامت افزوده شده است؛ به این معنا که هم مؤلفه‌های سلامت متنوع‌تر شده و هم دامنه شمول آن قشرها و گروه‌های متنوع‌تری را در بر گرفته است. این ویژگی در برنامه چهارم توسعه به اوج خود رسیده است. با این وجود، هنوز حد مطلوبی از جامعیت احراز نشده است. همچنین، نتایج این تحقیق حاکی از این است که تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های

1. Kaseje & Okeyo

2. Khodayari-Zarnaq et al

ناهماهنگ سلامت‌ی در هر دولت، یک نوع سیاست‌گذاری کوتاه‌مدت به وجود آورده که امکان برنامه‌ریزی بلندمدت را برای پرداختن به امر سلامت تضعیف کرده است. به طوری که هر قانون به صورت مقطعی و مبتنی بر نیاز و اقتضانات یک دوره خاص و در راستای سلیقه سیاست‌گذاران آن دوره تنظیم شده است.

در تحقیق دیگری که با عنوان «تحولات نظام سلامت در چارچوب برنامه‌های عمرانی و توسعه در ایران» که توسط سجادی و همکاران (۱۳۹۷)، با هدف بررسی تحولات نظام سلامت ایران در خلال برنامه‌های عمرانی و توسعه قبل و بعد از انقلاب به انجام رسیده است، نتایج حکایت از این دارد که تفاوت اصلی برنامه‌ریزی در دو دور مورد مطالعه به جهت‌گیری حکومت‌های مستقر برمی‌گردد؛ در حکومت پهلوی تجدد و مدرن‌سازی کشور مبتنی بر دولت - ملت‌سازی مبنای تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌های کلان بوده؛ اما در حکومت جمهوری اسلامی برقراری عدالت اجتماعی مبنای سیاست‌گذاری‌های کلان بوده و تأمین رفاه مردم نیز بخشی از تحقق این اهداف به شمار آمده است.

در همین زمینه در تحقیق اخوان بهبهانی (۱۳۹۲)، با عنوان «مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه» این نتیجه حاصل شده است که رویکرد این برنامه‌ها در ابتدا تنها توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی است. ضمن اینکه از آغاز برنامه سوم توسعه نگاه قدری به سمت واگذاری خدمات متمایل شد و از سویی بحث‌های عدالت توزیعی نیز مطرح گردید. اما در برنامه چهارم و پنجم مفاهیمی چون عدالت در سلامت طرح شد و به نظر می‌رسد رویکردها از گسترش فیزیکی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت. اما نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه‌های توسعه در این بخش گویای این مطلب است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا نداشته و برخی دیگر از احکام نیز متولی مشخصی ندارند.

در تحقیق پريلوتسکی^۱ (۲۰۱۰) نیز با عنوان «نگاهی کوتاه به راهبردهای مؤثر ارتباط

1. Prilutski

سلامت در غنا، این مسئله مورد تأکید قرار گرفته است که تمرکز بر حوزه ارتباطات سلامت به‌عنوان بخشی از کمپین بهداشت عمومی است و لذا این تحقیق با هدف ارزیابی ارتباطات میان فردی در چهار کمپین مختلف سلامت عمومی در غنا صورت پذیرفته است. نتایج حاصل حکایت از این دارد که بهره‌گیری از ارتباطات میان فردی، همراه با سایر استراتژی‌های مناسب، بالاترین میزان موفقیت را در کمپین‌های سلامت غنا داشته است. در مجموع تحقیقات انجام گرفته در خصوص جایگاه ارتباطات سلامت در توسعه، عمدتاً مبتنی بر نقش ارتباطات سلامت در روند توسعه و چگونگی ایفای این نقش در توسعه بهداشت عمومی و نهایتاً توسعه جامعه بوده است. در این میان تحقیق حاضر توانسته است با بهره‌گیری از ادبیات ارتباطات سلامت و نقش توسعه‌ای آن، موقعیت و جایگاه این مسئله را در قوانین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه جمهوری اسلامی ایران مشخص و رویکردهای اساسی موجود در قوانین را ارائه نماید.

مبانی نظری و چارچوب مفهومی

برای درک عمیق‌تر جایگاه ارتباطات سلامت در برنامه‌های توسعه و تبیین ارتباط میان پدیده ارتباطات و فرآیند توسعه در حوزه سلامت، ضروری است که مبانی نظری مرتبط با این حوزه مورد بررسی قرار گیرد. این بخش به تعریف مفاهیم کلیدی و معرفی نظریه‌هایی می‌پردازد که این ارتباط را روشن ساخته و چرایی به‌کارگیری آن‌ها در تحلیل برنامه‌های توسعه را تبیین می‌کنند. در این بخش، از بازگویی اهمیت موضوع که جایگاه آن در بخش مقدمه است، پرهیز شده است.

ارتباطات سلامت:^۱ ارتباطات سلامت یک حوزه میان‌رشته‌ای است که به مطالعه و استفاده از استراتژی‌های ارتباطی برای ترویج و حفظ سلامت افراد، گروه‌ها و جوامع می‌پردازد. انجمن ارتباطات سلامت، ارتباطات سلامت را به‌عنوان «علم و هنر استفاده از

ارتباطات برای پیشبرد سلامت و رفاه مردم و جمعیت‌ها» تعریف می‌کند (Society for Health Communication, 2016a). این تعریف نشان می‌دهد که ارتباطات سلامت فراتر از صرف اطلاع‌رسانی است و شامل ترغیب به رفتارهای سلامت‌محور، بهبود سواد سلامت، و توانمندسازی افراد برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد سلامت خود می‌شود (Suruchi & Amy Henderson, 2023:42)

توسعه^۱: مفهوم توسعه، به‌ویژه در بستر برنامه‌ریزی ملی، به یک فرایند جامع و چندبعدی اشاره دارد که هدف آن بهبود کیفیت زندگی، افزایش رفاه اجتماعی و اقتصادی، و توانمندسازی افراد جامعه است. بر اساس گفتمان غربی، توسعه به معنای بهبود کیفی در رفاه مردم است. بر این اساس «اصطلاح توسعه این احساس را منتقل می‌کند که چیزی تغییر کرده است و این تغییر به معنای بهبود، پیشرفت، خوش‌بینی، پیشرفت و بهبود کلی وضعیت انسان است» (Semasinghe, 2020: 53). با این حال، این توضیحات حق مطلب را در مورد معنای واقعی اصطلاح «توسعه» را ادا نمی‌کنند. همان‌طور که دی. سیرز (۱۹۶۹) تأکید کرد، «توسعه ناگزیر به‌عنوان یک مفهوم هنجاری، تقریباً مترادف با بهبود، در نظر گرفته می‌شود» (Seers, 1969). برنامه توسعه سازمان ملل متحد^۲ نیز به‌وضوح تأکید دارد که «هدف توسعه باید ایجاد محیطی توانمندساز برای مردم باشد تا از زندگی طولانی، سالم و خلاقانه بهره‌مند شوند» (UNDP, 2010).

سلامت پایدار^۳: این مفهوم به رویکردی جامع به سلامت اشاره دارد که نه تنها بر درمان بیماری‌ها، بلکه بر پیشگیری، ارتقای سلامت و ایجاد محیط‌های حامی سلامت برای نسل‌های کنونی و آینده تمرکز دارد. این رویکرد سلامت را بخشی جدایی‌ناپذیر از توسعه پایدار می‌داند. از این رو، سلامت پایدار به معنای «یک سیستم پیچیده از رویکردهای تعاملی برای بازیابی، مدیریت و بهینه‌سازی سلامت انسان است و از نظر زیست‌محیطی، اقتصادی و

-
1. Development
 2. UNDP
 3. Sustainable Health

اجتماعی به‌طور نامحدود قابل اجرا است، به‌طور هماهنگ با بدن انسان و محیط غیرانسانی عمل می‌کند و منجر به تأثیرات ناعادلانه یا نامتناسب بر هیچ‌یک از عناصر مؤثر قابل توجه سیستم مراقبت‌های بهداشتی نمی‌شود» (Berniak-Wo 'zny & Rataj, 2023: 2).

نظریه ارتقای سلامت^۱ پندر: نظریه ارتقای سلامت، که توسط نولا جی. پندر^۲ توسعه یافته است، چارچوبی برای درک عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت‌بخش افراد ارائه می‌دهد. این نظریه بر این فرض استوار است که «افراد در جهت ارتقای سطح سلامت خود و دستیابی به پتانسیل کامل خویش، تصمیماتی آگاهانه می‌گیرند» (Pender et al., 2011: 125).

این نظریه برخلاف مدل‌های قبلی که عمدتاً بر پیشگیری از بیماری متمرکز بودند، بر تقویت و حفظ رفتارهای مثبت سلامت تأکید دارد. این نظریه چندین مؤلفه را شناسایی می‌کند که بر احتمال انجام یک رفتار سلامت‌بخش تأثیر می‌گذارند، از جمله منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی، و تأثیرات بین فردی و موقعیتی. لذا باید تأکید کرد که این نظریه بر چگونگی تأثیر ویژگی‌های فردی مانند سن، بیولوژی، عادات و دانش بر تصمیمات مربوط به سلامت تمرکز دارد و در کنار آن عوامل قابل اصلاح برای رفتارهای سالم مانند رژیم غذایی، ورزش و اقدامات پیشگیرانه را شناسایی می‌کند. ضمن اینکه عوامل روان‌شناختی مانند اعتماد به نفس در رفتارهای سالم (خودکارآمدی) و مزایای درک شده برای سلامت نیز مهم تلقی می‌شوند (3: Pourrashidi Alibigloo & Eshaghi, 2025). از این رو، در چارچوب برنامه‌های توسعه‌ای که هدفشان ارتقای سلامت جامعه است، نظریه پندر به تبیین چگونگی طراحی مداخلات ارتباطی کمک می‌کند.

مدل‌های اکولوژیکی سلامت^۳: این مدل‌ها بر این فرض استوارند که رفتارها و پیامدهای سلامت تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل در سطوح مختلف قرار دارند، از جمله عوامل فردی (دانش، نگرش)، بین فردی (خانواده، دوستان)، سازمانی (مدارس، محل کار)،

1. Health Promotion Model - HPM
2. Nola J. Pender
3. Ecological Models of Health

اجتماعی (هنجارها، فرهنگ) و سیاستی (قوانین، مقررات) (McLeroy et al., 1988: 362). در زمینه ارتباطات سلامت و برنامه‌های توسعه، مدل‌های اکولوژیکی چارچوبی جامع برای تحلیل و طراحی مداخلات ارائه می‌دهند. این مدل‌ها کمک می‌کنند تا برنامه‌های توسعه را نه صرفاً به‌عنوان یک طرح سلامت‌محور، بلکه به‌عنوان یک اکوسیستم پیچیده ببینیم که ارتباطات باید در تمامی سطوح آن جریان داشته باشد تا اثربخش واقع شود. این نظریه توجیه می‌کند که چرا برنامه‌های توسعه، به‌ویژه در حوزه سلامت، باید رویکردی چندوجهی داشته باشند که هم‌زمان به ابعاد فردی، اجتماعی و سیاستی بپردازند و نقش ارتباطات را در هماهنگی این سطوح برجسته می‌سازد.

نظریه نشر نوآوری‌ها^۱: این نظریه، که توسط اورت راجرز توسعه‌یافته است، چارچوبی برای درک چگونگی گسترش ایده‌ها، رفتارها، و فناوری‌های جدید (نوآوری‌ها) در یک نظام اجتماعی ارائه می‌دهد (Rogers, 2003: 170). در بستر ارتباطات سلامت و برنامه‌های توسعه، این نظریه بر نقش حیاتی رسانه‌ها و کانال‌های ارتباطی در آگاهی‌بخشی اولیه، ترغیب و تسهیل پذیرش رفتارهای سلامت‌محور و نوآوری‌های بهداشتی تأکید دارد. این نظریه چگونگی تأثیر ویژگی‌های نوآوری (مانند مزایای نسبی، سازگاری، پیچیدگی، قابلیت آزمایش و مشاهده‌پذیری) بر سرعت پذیرش آن را بررسی می‌کند. همچنین، کانال‌های ارتباطی (رسانه‌های جمعی و ارتباطات بین فردی) به‌عنوان بستری برای انتقال اطلاعات عمل می‌کنند و رهبران عقیده نقش مهمی در متقاعدسازی افراد در مراحل بعدی فرآیند پذیرش ایفا می‌کنند (Rogers & Shoemaker, 1971).

این نظریه کمک می‌کند تا چگونگی طراحی استراتژی‌های ارتباطی مؤثر برای معرفی و ترویج مداخلات سلامت‌محور در میان جمعیت‌های هدف را تحلیل کرده و نقش رسانه‌ها را به‌عنوان تسهیل‌کننده اصلی جریان اطلاعات و دانش در راستای اهداف توسعه سلامت برجسته می‌سازد.

در مجموع، نظریه‌های ارتقای سلامت پندر و نشر نوآوری‌ها و مدل‌های اکولوژیکی سلامت، در کنار تعاریف مفاهیم کلیدی، چارچوبی منسجم برای تحلیل جایگاه ارتباطات سلامت در برنامه‌های توسعه فراهم می‌آورند. نظریه ارتقای سلامت به درک چگونگی ترویج رفتارهای سلامت‌بخش در سطح فردی کمک می‌کند. در این میان، مدل‌های اکولوژیکی سلامت، جامعیت عوامل مؤثر بر سلامت در سطوح مختلف را نشان می‌دهند و نظریه نشر نوآوری‌ها، نقش رسانه‌ها و کانال‌های ارتباطی را در تسهیل گسترش دانش، اطلاعات و رفتارهای سلامت‌محور (نوآوری‌ها) در جامعه برجسته می‌سازد.

این نظریات به وضوح نشان می‌دهند که چرا برنامه‌های توسعه‌ای که با هدف ارتقای سلامت تدوین می‌شوند، باید رویکردی جامع، چندوجهی و مردم‌محور داشته باشند و ارتباطات را به عنوان یک ستون اصلی برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی در نظر بگیرند. این چارچوب نظری، ابزاری تحلیلی برای بررسی رویکردهای متاخذ در اسناد برنامه‌های توسعه کشور در حوزه ارتباطات سلامت فراهم می‌آورد.

روش^۱

برای دستیابی به اهداف پژوهش، از روش تحلیل محتوای کیفی داده‌ها بهره گرفته شد. تحلیل محتوای کیفی این امکان را فراهم می‌کند که بتوان درک و فهم معنا در مسائل مختلف را محقق نمود. به دیگر سخن، این روش توانایی درک محقق از محتوای مورد استفاده را محقق کرده و به او کمک می‌کند تا منظور تولیدکننده محتوا (متن، فیلم و...) را درک و آن را تجزیه و تحلیل نماید. از این رو می‌توان ادعا کرد که «تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در توجه به معنا مانند درک مسائل مختلف است» (Schreier, 2012: 5). از سوی دیگر، این روش به نوعی «فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل تجزیه داده‌های خام به تکه‌های قابل مدیریت است» (Shava et al., 2021: 556) که از طریق آماده‌سازی،

کدگذاری و تفسیر دقیق داده‌ها، نتایج تحلیل محتوای کیفی می‌تواند از توسعه نظریه‌ها و مدل‌های جدید و همچنین اعتبارسنجی نظریه‌های موجود و ارائه توصیف‌های دقیق از تنظیمات یا پدیده‌های خاص پشتیبانی کند. این روش برای بررسی اسناد برنامه‌های توسعه ایران مناسب است، زیرا می‌تواند مفاهیم مرتبط با سلامت و ارتباطات سلامت را از احکام قوانین استخراج کرده و به‌صورت نظام‌مند تحلیل کند.

جامعه آماری این پژوهش شامل احکام قوانین برنامه‌های هفت‌گانه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران بود که از سال ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۳ تدوین و اجرا شده‌اند (جدول شماره ۱). این اسناد به‌عنوان منابعی رسمی و در دسترس، از طریق پایگاه اطلاع‌رسانی مرکز قانون‌گذاری مجلس و آرشیوهای دولتی جمع‌آوری شدند. برای محدود کردن دامنه تحلیل، تنها بخش‌هایی از این قوانین که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به سلامت و ارتباطات سلامت مرتبط بودند، انتخاب شدند.

فاکتورهای موردبررسی که در تحلیل محتوا مورد تأکید قرار گرفتند و از اسناد استخراج شدند، شامل مؤلفه‌هایی چون «ارتقا سلامت جامعه» (شامل ابعاد پیشگیری، آموزش عمومی و ترویج سبک زندگی سالم)، «توسعه بیمه تأمین اجتماعی و همگانی» (با تمرکز بر دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و پوشش همگانی)، «امنیت غذایی و تولید غذای سالم و حفظ محیط‌زیست» (دربرگیرنده ابعاد سلامت محیطی، تغذیه و کشاورزی پایدار)، «نظارت دارویی و درمانی» (شامل کنترل کیفیت داروها، تجهیزات پزشکی و خدمات درمانی) و «سلامت الکترونیک» (نقش فناوری اطلاعات و ارتباطات در ارائه خدمات سلامت و مدیریت داده‌ها) بودند. این مؤلفه‌ها به‌عنوان ابعاد اصلی و کلیدی در برنامه‌های توسعه کشور در حوزه ارتباطات سلامت مورد تحلیل قرار گرفتند تا رویکردهای متاخذ در این خصوص و همسویی آن‌ها با مفاهیم توسعه پایدار و نقش ارتباطات مشخص شود.

جدول ۱- قوانین برنامه توسعه هفتگانه جمهوری اسلامی ایران^۱ مورد تحلیل

نام برنامه / سند	تاریخ تصویب	سال‌های اجرا
قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۱۱/۱۱/۱۳۶۸	۱۳۶۸ - ۱۳۷۲ (تمدید تا ۱۳۷۳)
قانون برنامه پنج‌ساله دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۲۰/۰۹/۱۳۷۲	۱۳۷۴ - ۱۳۷۸
قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۱۷/۱۰/۱۳۷۹	۱۳۷۹ - ۱۳۸۳
قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۱۱/۰۶/۱۳۸۳	۱۳۸۴ - ۱۳۸۸ (تمدید تا ۱۳۸۹)
قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۱۵/۱۰/۱۳۸۹	۱۳۹۰ - ۱۳۹۴ (تمدید تا ۱۳۹۵)
قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۱۶/۱۰/۱۳۹۶	۱۳۹۶ - ۱۴۰۰ (تمدید تا ۱۴۰۲)
قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران	۱۸/۰۴/۱۴۰۳	۱۴۰۳ - ۱۴۰۸ (در حال اجرا)

فرآیند کدگذاری در سه مرحله انجام شد تا دقت و جامعیت تحلیل تضمین شود. در مرحله اول، کدگذاری باز صورت گرفت که طی آن متن احکام به صورت خط به خط مطالعه شد و عبارات مرتبط با سلامت و ارتباطات سلامت به عنوان مفاهیم اولیه استخراج شدند. برای مثال، عباراتی مانند «گسترش خدمات بهداشتی و درمانی» یا «راه‌اندازی سامانه جامع و همگانی سلامت» به عنوان کدهای اولیه شناسایی شدند و در مجموع، ۶۱ کد اولیه به دست آمد.

در مرحله دوم، کدگذاری محوری انجام شد که طی آن کدهای اولیه بر اساس شباهت‌های مضمونی دسته‌بندی شدند و مفاهیم سازمان دهنده شکل گرفتند؛ به عنوان

۱- این قوانین و اسناد اگرچه در هر دوره با نام‌های متفاوتی عنوان شده‌اند اما همگی در چارچوب برنامه‌های توسعه جمهوری اسلامی ایران دسته‌بندی می‌شوند.

نمونه، کدهایی مانند «تأسیس و تجهیز بیمارستان» و «کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان» در دسته «ارتقای سلامت جامعه» قرار گرفتند.

در مرحله سوم، کدگذاری انتخابی انجام شد که منجر به استخراج مفهوم فراگیر «سلامت پایدار» به‌عنوان رویکرد اصلی برنامه‌ها شد. این فرآیند به‌صورت دستی انجام شد تا انعطاف‌پذیری در تحلیل حفظ شود و کدگذاری با دقت بیشتری صورت گیرد.

برای تأمین روایی و پایایی تحقیق، اقدامات متعددی صورت گرفت. در بحث روایی، کدهای اولیه و مفاهیم سازمان دهنده در قالب جدول شماره ۱ به سه نفر از اساتید حوزه ارتباطات و توسعه ارائه شد و پس از دریافت بازخورد، اصلاحاتی مانند حذف کدهای مبهم یا ادغام موارد مشابه اعمال گردید. همچنین، تطبیق مفاهیم استخراج‌شده با چارچوب نظری تحقیق (بر اساس نظریه‌های Gupta و Kreps) بررسی شد تا اطمینان حاصل شود که تحلیل با مبانی نظری هم‌راستا است.

برای پایایی، از روش محاسبه ضریب توافق بین کدگذار (Inter-Coder Reliability) استفاده شد. در این راستا، ۳۰ درصد از احکام برنامه‌ها به‌صورت تصادفی توسط یک کدگذار مستقل (فارغ‌التحصیل دکتری ارتباطات) کدگذاری شد و ضریب کاپای کوهن محاسبه گردید که نتیجه آن ۰,۸۲ بود. این ضریب با فرمول

$$k = \frac{\Pr(a) - \Pr(e)}{1 - \Pr(e)}$$

محاسبه شد، که در آن $\Pr(a)$ (احتمال توافق مشاهده‌شده بین دو کدگذار) برابر با ۰,۸۸ و $\Pr(e)$ (احتمال توافق مورد انتظار) برابر با ۰,۳۲ بود. این مقدار نشان‌دهنده سطح بالای توافق بین کدگذاران است و به‌عنوان معیاری قابل قبول در تحلیل کیفی شناخته می‌شود (Koch & Landis, 1977).

داده‌های کیفی استخراج‌شده از احکام برنامه‌ها در جداول شماره ۲ ارائه‌شده که شامل مفاهیم اولیه، سازمان دهنده، و فراگیر هستند. این جداول به‌عنوان پایه تحلیل یافته‌ها عمل

کردند و امکان ردیابی فرآیند کدگذاری را فراهم ساختند. برای افزایش شفافیت، نمونه‌هایی از احکام اصلی (مانند «توسعه بیمه همگانی» یا «کنترل دخانیات») در کنار کدهای مربوطه ذکر شدند تا نشان داده شود که چگونه این کدها از متن قوانین برآمده‌اند. این روش نه تنها به تحلیل رویکردهای برنامه‌های توسعه کمک کرد، بلکه زمینه‌ای برای اعتبارسنجی نتایج و ارائه توصیف‌های دقیق از این رویکردها فراهم آورد.

یافته‌ها

جدول ۲- مفاهیم اولیه و سازمان دهنده مستخرج از قوانین هفتگانه برنامه پنج‌ساله توسعه جمهوری اسلامی ایران در حوزه ارتباطات سلامت و توسعه

مفهوم فراگیر	مفاهیم سازمان دهنده	مفاهیم اولیه
سلامت پایدار	ارتقا سلامت جامعه	تأسیس و تجهیز بیمارستان، داروخانه و مراکز بهداشتی و درمانی
		آموزش و تربیت نیروی متخصص و هیات علمی
		کنترل جمعیت و تنظیم خانواده
		کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان
		گسترش خدمات بهداشتی و درمانی
		توزیع عادلانه خدمات درمانی
		خدمات رایگان بهداشت و درمان
		ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات توان‌بخشی
		تجهیز شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی
		درمان فوری مصدومین حوادث رانندگی
		توسعه شبکه امداد و نجات
		حمایت از معتادان
		حضور مؤثر در بازارهای جهانی سلامت
		الزام اتباع خارجی به دارا بودن بیمه‌نامه
توسعه طب سنتی		
غربالگری مادران و کودکان		

		افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی
		تکمیل و تجهیز مراکز خدمات شبانه‌روزی
		تبدیل ایران به قطب سلامت منطقه جنوب غرب آسیا
		ایجاد و راه‌اندازی شهرک دانش سلامت
		راه‌اندازی نظام ارجاع و پزشک خانواده
		خرید خدمات سلامت
		پدافند غیرعامل حوزه سلامت
	توسعه بیمه تأمین اجتماعی و همگانی	گسترش نظام تأمین اجتماعی
		حمایت از اقشار نیازمند در امر درمان
		گسترش بیمه همگانی
		حمایت بخش‌های غیر بیمه‌ای پیشگیری، توان‌بخشی و حمایتی
		پرداخت دولت به صندوق‌های بیمه
اصلاح ساختار سازمان تأمین اجتماعی		
تقویت سازمان‌های بیمه‌ای		
ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای به ایثارگران		
ایجاد وحدت رویه میان صندوق‌های بیمه درمانی		
الزام بخش خصوصی و دولتی به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه		
پوشش کامل بیمه سلامت ایرانیان		
راه‌اندازی سازمان بیمه سلامت		
ایجاد شورای عالی بیمه سلامت کشور		
امنیت غذایی و تولید غذای سالم و حفظ محیط‌زیست	کاهش آلودگی آب‌وهوا	
	بهره‌برداری بهینه از منابع آب	
	کاهش عوامل آلوده‌کننده محیط‌زیست	
	نظارت بر مراکز تولید و توزیع مواد غذایی	
	نهادینه کردن امنیت غذایی	
	سلامت غذایی	
	توسعه رویکرد انسان سالم	
	اصلاح الگوی تغذیه جامعه	
	تأسیس شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	
	استاندارهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای	

		توسعه مدیریت سبز
		مدیریت پسماند
		ممنوعیت واردات محصولات ترا ریخته
		جمع‌آوری پساب و فاضلاب
		کنترل دخانیات
	نظارت دارویی و درمانی	تنظیم بازار دارو و نظارت بر توزیع دارو
		ارتقاء کیفیت داروهای تولیدی
		واردات دارو با نظارت وزارت بهداشت
		ساماندهی خدمات طب سنتی - ایرانی
		تدوین سند سطح‌بندی خدمات درمانی
	سلامت الکترونیک	راه‌اندازی سامانه جامع و همگانی سلامت
		دسترسی به سوابق پزشکی از طریق درگاه پرونده الکترونیک
		تکمیل و یکپارچه‌سازی سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت
		توسعه کاربرد سامانه استحقاق سنجی سازمان بیمه سلامت ایران
		خدمات الکترونیکی سلامت

جدول شماره ۲ مفاهیم اولیه، سازمان دهنده و فراگیر مستخرج از قوانین هفت‌گانه برنامه پنج‌ساله توسعه جمهوری اسلامی ایران در حوزه ارتباطات سلامت و توسعه را نشان می‌دهد. این یافته‌ها که بر اساس تحلیل محتوای کیفی احکام برنامه‌های توسعه به‌دست آمده‌اند، نشان‌دهنده رویکردهای اصلی این برنامه‌ها در حوزه سلامت و ارتباطات سلامت هستند. در این بخش، یافته‌ها بر اساس فاکتورهای چارچوب مفهومی تحلیل شده‌اند. این فاکتورها که شامل آگاهی‌بخشی، دسترسی به اطلاعات، مشارکت فعال، و اعتماد به منابع هستند، از چارچوب مفهومی تحقیق استخراج شده‌اند و به‌عنوان معیارهایی برای سنجش برنامه‌ها به کار رفته‌اند.

بر این اساس، ارتقای سلامت جامعه یکی از مباحث اصلی موردتوجه در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه بوده که به‌عنوان یک مفهوم سازمان دهنده کلیدی شناسایی شده است. این مفهوم از مفاهیم اولیه‌ای مانند تأسیس و تجهیز بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و مراکز بهداشتی و

درمانی، آموزش و تربیت نیروی متخصص، کنترل جمعیت و تنظیم خانواده، کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان، گسترش خدمات بهداشتی و درمانی، توزیع عادلانه خدمات درمانی، خدمات رایگان بهداشت و درمان، ارتقای سطح کیفی و کمی خدمات توان‌بخشی و تجهیز شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی استخراج شده است. از منظر فاکتورهای چارچوب مفهومی، این مفهوم بیشتر به دسترسی به اطلاعات و خدمات سلامت مرتبط است، زیرا تمرکز اصلی بر گسترش زیرساخت‌ها و ارائه خدمات بوده است. در برنامه‌های اول و دوم (۱۳۶۸-۱۳۷۸)، تأکید بر تأسیس مراکز درمانی و کاهش مرگ‌ومیر بود، اما از برنامه چهارم (۱۳۸۳) به بعد، مفاهیمی مانند توزیع عادلانه خدمات و ارتقای توان‌بخشی پررنگ‌تر شدند. با این حال، آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال کمتر دیده می‌شود.

توسعه بیمه تأمین اجتماعی و همگانی مفهوم سازمان دهنده دیگری است که از مفاهیم اولیه‌ای مانند گسترش نظام تأمین اجتماعی، حمایت از اقشار نیازمند در امر درمان، گسترش بیمه همگانی، حمایت از بخش‌های غیر بیمه‌ای پیشگیری و توان‌بخشی، پرداخت دولت به صندوق‌های بیمه، اصلاح ساختار سازمان تأمین اجتماعی، و تقویت سازمان‌های بیمه‌ای به دست آمده است. این مفهوم به دسترسی به اطلاعات و مشارکت فعال ارتباط دارد، زیرا بیمه همگانی تلاشی برای افزایش دسترسی و مشارکت مالی مردم است. در برنامه‌های اول و دوم، بیمه محدود بود و بر اقشار خاص تمرکز داشت، اما از برنامه سوم (۱۳۷۹) به بعد، گسترش بیمه همگانی و اصلاح ساختار بیمه‌ای پررنگ‌تر شد و در برنامه‌های پنجم تا هفتم ادامه یافت.

امنیت غذایی و تولید غذای سالم و حفظ محیط‌زیست از مفاهیم اولیه‌ای مانند کاهش آلودگی آب و هوا، بهره‌برداری بهینه از منابع آب، کاهش عوامل آلوده‌کننده محیط‌زیست، نظارت بر مراکز تولید و توزیع مواد غذایی، نهادینه کردن امنیت غذایی، و سلامت غذایی شکل گرفته است. این مفهوم به آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال مرتبط است، زیرا نیازمند آموزش عمومی و همکاری مردم است. در برنامه‌های اول و دوم کمتر مورد توجه بود و بر

زیرساخت‌ها (مثل آب) تمرکز داشت، اما از برنامه سوم و به‌ویژه چهارم (۱۳۸۳)، امنیت غذایی پررنگ‌تر شد و در برنامه‌های بعدی گسترش یافت.

نظارت دارویی و درمانی نیز به‌عنوان یک مفهوم سازمان دهنده از مفاهیم اولیه‌ای مانند نظارت بر تولید و توزیع دارو، استانداردسازی خدمات درمانی، کاهش هزینه‌های دارویی، و پایش کیفیت خدمات بیمارستانی استخراج شده است. این مفهوم به اعتماد به منابع و دسترسی به اطلاعات مرتبط است، زیرا نظارت بر دارو و درمان اعتماد عمومی به نظام سلامت را تقویت می‌کند و اطلاعات شفاف درباره خدمات را در دسترس قرار می‌دهد. در برنامه‌های اول تا سوم، این حوزه محدود به مقررات اولیه بود، اما از برنامه چهارم (۱۳۸۳) با تأکید بر استانداردسازی و از برنامه ششم (۱۳۹۸) با نظارت بیشتر بر زنجیره تأمین دارو، اهمیت بیشتری یافت. با این حال، آگاهی‌بخشی درباره این نظارت‌ها ضعیف باقی مانده است. سلامت الکترونیک از مفاهیم اولیه‌ای مانند توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات سلامت، راه‌اندازی سامانه‌های الکترونیکی پرونده سلامت، استفاده از تکنولوژی در خدمات درمانی، و آموزش از راه دور کادر پزشکی شکل گرفته است. این مفهوم به دسترسی به اطلاعات و مشارکت فعال مرتبط است، زیرا فناوری دسترسی به خدمات را تسهیل می‌کند و مشارکت بیماران را از طریق سامانه‌ها افزایش می‌دهد. این حوزه در برنامه‌های اول تا چهارم تقریباً غایب بود، اما از برنامه پنجم (۱۳۸۹) با طرح‌هایی مثل پرونده الکترونیک سلامت مطرح شد و در برنامه‌های ششم و هفتم گسترش یافت. با این حال، آگاهی‌بخشی عمومی درباره استفاده از این خدمات محدود بوده است.

تحلیل این مفاهیم نشان می‌دهد که برنامه‌های هفت‌گانه توسعه از نظر شاخص‌های چارچوب مفهومی تفاوت‌ها و شباهت‌هایی داشته‌اند. از نظر تفاوت، برنامه‌های اول و دوم بر دسترسی به اطلاعات متمرکز بودند و اقداماتی مثل تأسیس بیمارستان‌ها را دنبال می‌کردند، بدون توجه به آگاهی‌بخشی یا مشارکت فعال. برنامه سوم نقطه عطفی بود که آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال را با امنیت غذایی و بیمه وارد کرد. از برنامه چهارم به بعد، این روند با توزیع عادلانه خدمات، نظارت دارویی، و سلامت الکترونیک ادامه یافت و رویکرد

انسان محور تقویت شد، هرچند آگاهی‌بخشی همچنان ضعیف مانده است. اعتماد به منابع نیز در برنامه‌های اولیه غایب بود و فقط در برنامه‌های بعدی با نظارت دارویی و استانداردهای به‌طور محدود دیده شد. از نظر شباهت، همه برنامه‌ها در دسترسی به اطلاعات، از زیرساخت‌های درمانی تا سامانه‌های الکترونیک، اشتراک داشتند، اما این گستردگی متفاوت بود. بیشترین شباهت در دسترسی و بیشترین تفاوت در آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال بود که در برنامه‌های اولیه نادیده گرفته شدند و در برنامه‌های بعدی به تدریج مطرح شده‌اند، اما هنوز کامل به نظر نمی‌رسند. مفهوم فراگیر «سلامت پایدار» هدف مشترک برنامه‌ها را نشان می‌دهد، اما کاستی‌هایی در آگاهی‌بخشی و اعتماد به منابع باقی مانده است.

در مجموع تحلیل تطبیقی برنامه‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های هفت‌گانه توسعه از نظر شاخص‌های چارچوب مفهومی تفاوت‌ها و شباهت‌هایی داشته‌اند. برنامه‌های اول و دوم بیشتر بر دسترسی به اطلاعات از طریق تأسیس زیرساخت‌های درمانی، بدون توجه کافی به آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال تأکید داشته‌اند.

برنامه سوم به‌عنوان نقطه عطفی، آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال را از طریق توجه به امنیت غذایی و بیمه مطرح کرده است. از برنامه چهارم به بعد، رویکرد انسان‌محور با تأکید بر توزیع عادلانه خدمات، نظارت دارویی و سلامت الکترونیک تقویت شده است، اما آگاهی‌بخشی همچنان به‌عنوان یک چالش باقی مانده است. اعتماد به منابع نیز در برنامه‌های اولیه نادیده گرفته شده و تنها در برنامه‌های بعدی با تأکید بر نظارت دارویی و استانداردهای به‌صورت محدود مطرح شده است. با این حال، همه برنامه‌ها در دسترسی به اطلاعات اشتراک داشته‌اند، هرچند گستردگی آن متفاوت بوده است. بیشترین شباهت در دسترسی و بیشترین تفاوت در آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال بوده است. مفهوم فراگیر «سلامت پایدار» به‌عنوان هدف مشترک برنامه‌ها مطرح است، اما کاستی‌هایی در آگاهی‌بخشی و اعتماد به منابع همچنان وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی مؤلفه‌های مورد تأکید در اهداف برنامه‌های توسعه پنج‌ساله کشور در حوزه ارتباطات سلامت بود. نتایج نشان داد که مفهوم فراگیر «سلامت پایدار» به‌عنوان رویکرد اصلی برنامه‌های هفت‌گانه توسعه جمهوری اسلامی ایران قابل‌شناسایی است. این مفهوم از پنج مفهوم سازمان دهنده کلیدی شامل «ارتقای سلامت جامعه»، «توسعه بیمه تأمین اجتماعی و همگانی»، «امنیت غذایی و تولید غذای سالم و حفظ محیط‌زیست»، «نظارت دارویی و درمانی»، و «سلامت الکترونیک» استخراج شده است که هر یک به جنبه‌هایی از ارتباطات سلامت و توسعه مرتبط هستند.

نتایج این پژوهش در راستای نظریه‌های ارتباطات سلامت و توسعه قابل تبیین است. رویکرد برنامه‌های توسعه به ارتقای سلامت و ضرورت توانمندسازی و مشارکت مردم، به‌طور مستقیم با نظریه ارتقای سلامت پندر همخوانی دارد. این نظریه‌ها بر اهمیت دیالوگ، توانمندسازی جامعه و تمرکز بر رفتارهای سلامت‌بخش برای تحقق توسعه پایدار تأکید می‌کنند که در اهداف «ارتقا سلامت جامعه»، «توسعه بیمه تأمین اجتماعی و همگانی» و «امنیت غذایی و تولید غذای سالم» مشهود است. همچنین، توجه به ابعاد مختلف سلامت از جمله محیط‌زیست و امنیت غذایی، با مدل‌های اکولوژیکی سلامت سازگار است که بر تأثیرگذاری عوامل گوناگون در سطوح فردی، اجتماعی و سیاستی بر نتایج سلامت تأکید دارند و جامعیت رویکردهای توسعه‌ای را توجیه می‌کنند.

در نهایت، تمرکز بر نقش رسانه‌ها و ابزارهای ارتباطی نوین (مانند سلامت الکترونیک) در برنامه‌های توسعه، می‌تواند در چارچوب مدل کمربند رسانه‌ای توسعه مورد تحلیل قرار گیرد که بر اهمیت ایجاد یک محیط رسانه‌ای حمایتی برای پیشبرد اهداف توسعه‌ای تأکید دارد.

در مجموع، برنامه‌های توسعه بر ایجاد توسعه‌ای انسان‌محور و پایدار در حوزه سلامت متمرکز شده‌اند و ارتباطات سلامت به‌عنوان ابزاری کلیدی برای تحقق این اهداف مورد تأکید قرار گرفته است. تحلیل حاضر نشان می‌دهد که برنامه‌های توسعه، اگرچه در برخی

موارد به صورت ضمنی، اما همواره بر نقش محوری ارتباطات در پیشبرد اهداف سلامت و توسعه تأکید داشته‌اند و از این رو، یکپارچگی بین این دو حوزه برای دستیابی به سلامت پایدار در سطح جامعه ضروری است.

تحلیل این مفاهیم با استفاده از فاکتورهای چارچوب مفهومی، یعنی آگاهی‌بخشی، دسترسی به اطلاعات، مشارکت فعال، و اعتماد به منابع، نشان‌دهنده تفاوت‌ها و شباهت‌هایی در رویکردهای برنامه‌ها طی دوره‌های مختلف است. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که برنامه‌های توسعه ایران در حوزه ارتباطات سلامت از یک رویکرد زیرساخت‌محور در برنامه‌های اول و دوم به سمت رویکردی انسان‌محور در برنامه‌های بعدی حرکت کرده‌اند. در برنامه‌های اولیه، تمرکز بر دسترسی به اطلاعات و خدمات سلامت از طریق تأسیس بیمارستان‌ها و کاهش مرگ‌ومیر بود، اما آگاهی‌بخشی و مشارکت فعال تقریباً غایب بودند. از برنامه سوم به بعد، با ورود مفاهیمی مانند امنیت غذایی و بیمه همگانی، و از برنامه چهارم با نظارت دارویی و از برنامه پنجم با سلامت الکترونیک، تلاش‌هایی برای تقویت آگاهی‌بخشی، مشارکت فعال، و اعتماد به منابع دیده شد، هرچند این تلاش‌ها هنوز به سطح مطلوب نرسیده‌اند.

این یافته‌ها با نظریه ارتباطات سلامت یکپارچه (Kreps, 2015) هم‌راستا هستند. کرپس در این نظریه تأکید دارد که بدون دسترسی به اطلاعات شفاف، مشارکت فعال، و اعتماد، توسعه سلامت پایدار محقق نمی‌شود. همچنین، نظریه و چارچوب ارتباطات برای تغییر رفتار (Gupta et al., 2021) نشان می‌دهد که آگاهی‌بخشی و تغییر نگرش برای اقدام جمعی ضروری است. داده‌های پژوهش نیز این را تأیید می‌کند؛ برای مثال، ضعف در آگاهی‌بخشی عمومی درباره بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت با شیوع ۱۴ درصد در بزرگسالان، بر اساس گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۲، نشان‌دهنده شکاف در این فاکتورهاست.

از منظر دسترسی به اطلاعات، همه برنامه‌ها این هدف را دنبال کرده‌اند، از زیرساخت‌های درمانی در برنامه‌های اولیه تا سامانه‌های الکترونیک سلامت در برنامه‌های

بعدی. این شباهت نشان‌دهنده ذهنیت واحدی در سیاست‌گذاری است، اما گستردگی دسترسی با ورود سلامت الکترونیک و نظارت دارویی افزایش یافت. این روند با نظریه کرپس (۲۰۱۵) هم‌خوانی دارد، اما ضعف در اعتماد به منابع در برنامه‌های اولیه، مثل پاندمی کووید-۱۹ با پذیرش ۶۰ درصد کمتر از هدف‌گذاری‌ها (بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱)، مشهود است. مشارکت فعال نیز با بیمه و سلامت الکترونیک در برنامه‌های بعدی پررنگ‌تر شد، اما نظریه گوپتا و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که بدون آگاهی‌بخشی، مثل مشارکت پایین در نظام ارجاع (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۴۰۲)، این تلاش‌ها ناقص‌اند. اعتماد به منابع هم با نظارت دارویی در برنامه‌های بعدی تقویت شد، ولی هنوز محدود است.

برای مقایسه، ترکیه با برنامه تحول سلامت پوشش بیمه همگانی ۹۵ درصدی تا ۲۰۲۰ و کاهش مرگ‌ومیر مادران به ۱۵ در ۱۰۰، ۰۰۰ (WHO, 2021) تلفیقی موفق از دسترسی و آگاهی‌بخشی را نشان می‌دهد که در ایران کمتر دیده می‌شود. سنگاپور نیز با سیستم سلامت الکترونیک پیشرفته شامل ۹۰ درصد پرونده‌های سلامت دیجیتال تا ۲۰۱۹ مشارکت فعال و دسترسی را تقویت کرده است (Singapore Ministry of Health, 2020)، درحالی‌که ایران با وجود شروع سامانه‌های الکترونیک، در آگاهی‌بخشی و استفاده عمومی از آن عقب است. ایران در دسترسی پیشرفت داشته، مثلاً پوشش بیمه پایه به ۸۵ درصد در ۱۴۰۱ رسیده (وزارت بهداشت، ۱۴۰۲)، اما ضعف در اعتماد عمومی و کمپین‌های آموزشی آن را از رقبا متمایز می‌کند. «سلامت پایدار» هدف مشترک برنامه‌هاست، اما بدون تعادل بین دسترسی، آگاهی‌بخشی، و اعتماد ناکافی است.

در این راستا باید برنامه‌های آتی باید بر کمپین‌های آموزشی هدفمند برای افزایش آگاهی عمومی در مورد مسائل بهداشتی تمرکز کنند. سامانه‌های الکترونیک سلامت برای تسهیل مشارکت فعال مردم در ارائه و دریافت خدمات بهداشتی تقویت شوند. شفافیت در نظارت دارویی و ارائه اطلاعات قابل‌اعتماد به مردم افزایش یابد تا اعتماد عمومی به منابع بهداشتی تقویت شود. بهبود نظام ارجاع از طریق آگاهی‌بخشی به مردم انجام شود.

همچنین، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی با ایجاد سازوکارهای همکاری مؤثر بین وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، رسانه‌ها، و سایر نهادهای مرتبط ضروری است. توسعه سواد سلامت با اجرای برنامه‌های آموزشی در مدارس، دانشگاه‌ها، و مراکز بهداشتی می‌تواند به ارتقای توانایی افراد در کسب، فهم، و استفاده از اطلاعات سلامت کمک کند. استفاده از فناوری‌های نوین مانند اپلیکیشن‌های موبایل و پلتفرم‌های آنلاین برای ارائه اطلاعات سلامت و خدمات مشاوره‌ای نیز پیشنهاد می‌شود. توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر با شناسایی و رفع موانع دسترسی آنها به اطلاعات و خدمات سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. در نهایت، ایجاد نظام ارزیابی و پایش مستمر برنامه‌های ارتباطات سلامت برای سنجش اثربخشی و شناسایی نقاط قوت و ضعف ضروری است.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

ORCID

Hatef pourrashidi Alibigloo



<https://orcid.org/0000-0003-2471-6778>

منابع

- اخوان بهبهانی، علی. (۱۳۹۲)، «مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه»، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، سال سی و یکم، شماره ۲: ۱۱۲-۱۰۵.
- بیژنی، محمدجواد و بهار، مهری. (۱۴۰۲). «مقایسه برنامه‌های توسعه ایران در سیاست‌گذاری رسانه‌ای ارتباطات ریسک (مورد مطالعاتی حوزه ارتباطات سلامت)»، *مجله تحقیقات سرمایه اجتماعی کشور*، سال اول، شماره ۱: ۱۸۲-۱۶۷.
- جواهری، فاطمه؛ صفری شالی، رضا و مهدوی‌کنده، داود. (۱۳۹۹)، «تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران»، *مجله مسائل اجتماعی ایران*، سال یازدهم، شماره ۱: ۸۷-۶۳. <https://doi.org/10.29252/jspi.11.1.63>
- جلالی‌خان‌آبادی، طاهره؛ الوانی، سید مهدی؛ واعظی، رضا و قربانی زاده، وجه‌الله. (۱۳۹۹)، «طراحی الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت کشور»، *فصلنامه علوم مدیریت ایران*، سال چهاردهم، شماره ۱۴: ۳۰-۱.
- سجادی، حمیرا؛ عبدالله‌تبار، هادی؛ سام آرام، عزت‌الله؛ و تاج‌مزینانی، علی‌اکبر. (۱۳۹۷)، «تحولات نظام سلامت در چارچوب برنامه‌های عمرانی و توسعه در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هجدهم، شماره ۷۰: ۷۶-۳۱. <https://doi.org/10.29252/refahj.18.70.31>
- عبدی، سیروان؛ خانیکی، هادی؛ نصرالهی، اکبر و شاه‌منصوری، بیتا. (۱۴۰۰)، «تلویزیون و ارتباطات سلامت: فرا تحلیل پژوهش‌های ارتباطات سلامت داخلی و خارجی»، *فصلنامه جامعه، فرهنگ و رسانه*، سال دهم، شماره ۳۸: ۲۹-۱۱.
- *قانون برنامه پنج‌ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، مصوب ۱۳۶۸، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- *قانون برنامه پنج‌ساله دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، مصوب ۱۳۷۳، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- *قانون برنامه پنج‌ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، مصوب ۱۳۷۷، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- *قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، مصوب ۱۳۸۳، تهران: مجلس شورای اسلامی.

۲۹۰ | فصلنامه علمی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی | سال شانزدهم | شماره ۶۵ | زمستان ۱۴۰۴

- قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۸۹، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۹۸، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- قانون برنامه پنج‌ساله هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۹۹، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (۱۴۰۲)، «بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه: احکام مرتبط با حوزه دارو»، تهران: دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس.
- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۱)، «گزارش آماری پاندمی کووید-۱۹ - و نرخ پذیرش واکسیناسیون»، تهران: مرکز آمار ایران.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۴۰۲)، «گزارش شاخص‌های سلامت سال ۱۴۰۱»، تهران: وزارت بهداشت.

- Berniak-Woźny, J.; Rataj, M. (2023). Towards Green and Sustainable Healthcare: A Literature Review and Research Agenda for Green Leadership in the Healthcare Sector. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 908. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020908>
- Fink, G., Karlan, D., Udry, C., Osei, R., Bonargent, A., & Torres, N. (2018). Communication for development to improve health behaviors in Ghana. *3ie Grantee Final Report*. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie).
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). Theory, research, and practice in health behavior and health education. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 23-40). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Guégan, J.-F., Suzán, G., Kati-Coulibaly, S., Bonpangue, D. N., & Moatti, J.-P. (2018). Sustainable Development Goal #3, “Health and well-being”, and the need for more integrative thinking. *Veterinaria México OA*, 5(2). <https://doi.org/10.21753/vmoa.5.2.443>
- Gupta, D., Narain, J. P., & Yadav, S. J. (2021). Strategic communication in health and development: Concepts, applications and programming. *Journal of Health Management*, 23(1), 95-108.

<https://doi.org/10.1177/0972063421994943>

- Kaseje, M., & Okeyo, V. (2020). Health communication in selected African states from colonial times. In *Communicating science: A global perspective* (pp. 51-70). Canberra: ANU Press. <https://doi.org/10.22459/CS.2020.03>
- Khodayari-Zarnaq, R., Kabiri, N., & Alizadeh, G. (2020). Health in first to sixth economic, social, and cultural development plans of Iran: A document analysis. *Journal of Research & Health*, 10(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.10.1.1>
- Kreps, G. L. (2015). Health communication inquiry and health promotion: A state of the science review. *Journal of Health Communication*, 20(Suppl 1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1033118>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- Malikhao, P., & Servaes, J. (2005). Participatory communication: The new paradigm? In O. Hemer & T. Tufte (Eds.), *Media and glocal change: Rethinking communication for development* (pp. 91-103). Sweden/Argentina: NORDICOM/CLASCO.
- Nyandekwe, M., Kakoma, J. B., & Nzayirambaho, M. (2018). The health-related Millennium Development Goals (MDGs): Rwanda performance and contributing factors. *Pan African Medical Journal*, 31(56). <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.56.11018>
- Pender, N. J.; Murdaugh, C. L.; Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Prilutski, M. A. (2010). A brief look at effective health communication: Strategies in Ghana. *The Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*, 1(2), 51-58.
- Pourrashidi Alibigloo H, Eshaghi Z. The Integrated Model of Health Behavior Promotion (IMHBP): A Synergistic Approach to Promote Health-Oriented Behaviors. *Open Public Health Journal*, 2025; 18: e18749445375249. <http://dx.doi.org/10.2174/0118749445375249250206112941>
- Rogers, E. M; Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovations: A cross-cultural approach*. Free Press.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press

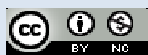
- Strauss, A.; Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Sage Publications.
- Singapore Ministry of Health (2019). *National electronic health record system report*. Singapore: Ministry of Health.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage.
- Seers, D. (1969). *The meaning of Development*. Institute of Development. IDS Communication Series No. 44.
- Shava, G. N., Hleza, S., Tlou, F., Shonhiwa, S., & Mathonsi, E. (2021). Qualitative content analysis, utility, usability and processes in educational research. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 5(7), 553-558.
- Society for Health Communication. (2016a). *About health communication, definition of health communication*.
<https://www.societyforhealthcommunication.org/health-communication>
- Suruchi, Sood; Amy Henderson (2023). *Health Communication Fundamentals Planning, Implementation, and Evaluation in Public Health*, Springer. DOI: 10.1891/9780826173027
- UNAIDS. (1999). *Sexual behavioral change for HIV: Where have theories taken us?* Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- UNDP (2010). *Human Development Report 2010: The Real Wealth of Nations – Pathways to Human Development*. New York. Retrieved from: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2010>.
- UNICEF. (2017). *Communication for development*.
<https://www.unicef.org/cbsc/>
- World Health Organization. (2021). *Turkey health transformation program evaluation*. Geneva: WHO Press.
- Abdi, S., Khaniki, H., Nasrollahi, A., & Shahmansouri, B. (2021). Television and health communication: A meta-analysis of domestic and international health communication research. *Journal of Society, Culture and Media Quarterly*, 10(38), 11-29.
- Akhavan Behbahani, A. (2013). An analytical review of Iran's health policies in development plans. *Scientific Journal of the Medical Council of the Islamic Republic of Iran*, 31(2), 105-112. [In Persian].

- Bijani, M. J., & Bahar, M. (2023). Comparison of Iran's development plans in media policy of risk communication (Case study: health communication field). *Journal of National Social Capital Research*, 1(1), 167-182. [In Persian]
- Javaheri, F., Safari Shali, R., & Mahdavi Kandeh, D. (2020). Analysis of comprehensiveness of health policymaking in Iran's development plan laws. *Iranian Social Issues*, 11(1), 63-87. <https://doi.org/10.29252/jspi.11.1.63> [In Persian]
- Jalali Khanabadi, T., Alvani, S. M., Vaezi, R., & Ghorbanizadeh, V. (2020). Designing a network governance model in the country's health system. *Iranian Journal of Management Sciences Quarterly*, 14(14), 1-30. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (1989). *The First Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (1994). *The Second Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (1997). *The Third Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (2004). *The Fourth Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (2010). *The Fifth Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (2019). *The Sixth Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Islamic Republic of Iran. (2020). *The Seventh Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Islamic Consultative Assembly. [In Persian]
- Majlis Research Center. (2023). *Review of the Seventh Development Plan Bill: Provisions related to the pharmaceutical sector*. Tehran: Social Studies Office, Majlis Research Center. [In Persian]
- Ministry of Health and Medical Education. (2023). *Health indicators report 2022*. Tehran: Ministry of Health. [In Persian]

۲۹۴ | فصلنامه علمی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی | سال شانزدهم | شماره ۶۵ | زمستان ۱۴۰۴

- Sajadi, H., Abdollahatbar, H., Sam-Aram, A., & Taj Mazinani, A. (2018). Transformations of the health system within the framework of Iran's development and construction plans. *Social Welfare Quarterly*, 18(70), 31-76. <https://doi.org/10.29252/refahj.18.70.31> [In Persian]
- Statistical Center of Iran. (2022). *Statistical report on COVID-19 pandemic and vaccination acceptance rate*. Tehran: Statistical Center of Iran. [In Persian]

استناد به این مقاله: پوررشیدی علی بیگلو، هاتف. (۱۴۰۴). رویکرد برنامه‌های توسعه جمهوری اسلامی ایران در ارتباطات سلامت: تلاش برای تحقق سلامت پایدار، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۶ (۶۵)، ۲۶۱-۲۹۴.



Social Development and Welfare Planning Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.