نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۴۱ تا ۱۵۳

اصیل

مدل مطلوب نظام جامع ارتباطات سلامت در ایران

فرزانه کوهی[۱]، سیدعلی رحمان‌زاده[۲*]، علی‌اصغر کیا[۳]، سیدرضا نقیب‌السادات[۴]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی گروه علوم ارتباطات، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. *نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم ارتباطات، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، salirahmanzadeh@yahoo.com
۳. استاد تمام گروه روزنامه‌نگاری و رییس دانشکده علوم ارتباطات دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴. استاد تمام گروه روابط عمومی، دانشکده علوم ارتباطات دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۰۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از مقاله حاضر، شناسایی عناصر و مؤلفه‌های نظام جامع ارتباطات سلامت در ایران با هدف ارتقای سلامت است. باوجود اهمیت بالای این حوزه، شناخت کافی از آن در بین مسئولان وجود ندارد و نوعی عدم انسجام در برنامه‌های ارتباطات سلامت در نظام سلامت نمایان است. ازاین‌رو طراحی مدلی برای انسجام‌بخشی برنامه‌های ارتباطات سلامت با در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف، همچنین فرصت‌ها و تهدیدها، اهمیت خود را در مسئله اصلی این پژوهش نمایان ساخت.

روش: در این پژوهش از دو روش مصاحبه عمقی و سوات با تکنیک فاصله استفاده شده است. نمونه‌گیری نیز به روش نااحتمالی هدفمند از میان نخبگان حوزه سلامت و حوزه ارتباطات صورت گرفته است.

یافته‌ها: میانگین کسب شده از محیط داخلی (نقاط قوت و ضعف) نظام جامع ارتباطات سلامت امتیاز بالایی است و امتیاز حاصل از محیط خارجی (فرصت‌ها و تهدیدها) در حد متوسط است. در محیط خارجی، چالش جدی‌تر پیاده‌سازی نظام جامع ارتباطات سلامت با محوریت مخاطب و آثار اجتماعی است. بدین منظور برای طراحی این نظام در گام اول باید تقویت عناصری باشد که معطوف به مخاطب و آثار اجتماعی ارتباط است.

نتیجه‌گیری: استراتژی نظام سلامت کشور در حوزه ارتباطات سلامت، رقابتی یا تنوع است که در عین مقابله با تهدیدات محیط خارجی بایستی بر نقاط قوت داخلی تأکید کرد و اثرات ناشی از تهدیدات را کاهش داد. بر این اساس توجه به ویژگی‌های طیف وسیع مخاطبان و توجه به آثار اجتماعی برنامه‌های ملی ضروری است.

کلیدواژه‌ها: ارتقای سلامت، ارتباطات سلامت، برنامه‌ریزی بهداشت جامعه

مقدمه

در دو دهه گذشته شاهد گسترش روزافزون ارتباطات، اطلاعات و اطلاع‌رسانی در کشور بوده‌ایم و پیش‌بینی می‌شود که در دهه آینده روش‌های نوین اطلاع‌رسانی مسائل سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کشورمان را به شدت دگرگون خواهد کرد. مطالعات آینده‌پژوهی به عنوان یک رویکرد استراتژیک، می‌تواند به شناخت بهتر از روندها و تغییرات آینده در حوزه ارتباطات سلامت کمک کند. با توجه به اینکه حوزه ارتباطات سلامت در کشور ما حوزه‌ای جدید محسوب می‌شود، مطالعات آینده‌پژوهی در این زمینه می‌تواند به شناخت بهتر از نیازهای اطلاعاتی سلامت مردم، بهبود سلامت جامعه و ارتقای کیفیت زندگی افراد کمک کند. ارتباطات سلامت Health communication یک رویکرد چند وجهی و چند رشته‌ای برای دستیابی به مخاطبان مختلف و به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت‌محور است که هدف آن تأثیرگذاری و درگیرسازی و حمایت از افراد، جوامع، متخصصان بهداشتی، گروه‌های خاص، سیاست‌گذاران و پویش‌های عمومی به منظور معرفی، اقتباس و تداوم رفتار، عمل یا سیاست‌هایی است که در نهایت منجر به بهبود پیامدهای بهداشت و سلامتی می‌شود.(۱). هدف اصلی این تحقیق شناخت عناصر و مؤلفه‌های ارتباطات سلامت جهت طراحی نظام جامع ارتباطات سلامت در ایران برای بهبود ارتباطات بین مردم و سازمان‌های بهداشتی و درمانی و سایر نهادهای کشور با هدف ارتقاء سلامت است. با استفاده از این رویکرد، نظام سلامت کشور بهترین راهبردها را برای ارتباط با جامعه و اطلاع‌رسانی، آگاهی‌بخشی و آموزش درباره مسائل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

بهداشتی انتخاب می‌کند. برای رسیدن به این هدف ما نیازمند تحلیل وضع موجود جایگاه ارتباطات سلامت در نظام سلامت هستیم برای این منظور با مراجعه به قوانین و اسناد بالادستی مشخص شد که هیچ قانون مدونی به صورت صریح به حوزه ارتباطات سلامت نپرداخته است جامع‌ترین مجموعه سیاستی که به نوعی نقشه راه سلامت و ترسیم کننده آرمان سلامت در نظام جمهوری اسلامی می‌باشد؛ سیاست‌های کلی سلامت است. در این سند همه ضرورت‌ها در قالب ۱۴ ماده بیان شده است. برخی از مواد به‌طور صریح و برخی مواد هم به‌طور ضمنی به توسعه ارتباطات می‌پردازد. بند ۱۱ سیاست‌های مذکور به ارتباطات سلامت اختصاص دارد؛ (۲). از طرف دیگر برنامه‌ها و دستورالعمل‌های زیادی در موضوع ارتباطات سلامت توسط وزارت بهداشت تدوین شده است؛ اما اینکه چگونه این برنامه‌ها اجرا می‌شود؛ مخاطبان چگونه تعیین شده‌اند و نظام ارزشیابی نحوه اجرای این برنامه‌ها چیست؟ مشخص نیست. بُعد ارتباطات و همکاری درون بخشی، بین بخشی و فرابخشی حاکمیت نظام سلامت نیز با ضعف‌ها و چالش‌هایی مواجه است (۳) باتوجه به اهمیت موضوع، طراحی مدلی برای انسجام‌بخشی برنامه‌های ارتباطات سلامت در نظام سلامت با در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای فراروی نظام سلامت اهمیت مضاعف خود را در مسئله اصلی این پژوهش نمایان ساخت.

تدارک نظری تحقیق

آنچه در این تحقیق به آن پرداخته شده است مروری است بر منابعی که برای پاسخگویی به متغیرهای پژوهش پرداختن به آن لازم بوده است. به تعبیر دیگر مستندات، متغیرها و مفاهیم تحقیق در کنار مرور مفهومی، مرور نظری، مرور تجربی، چارچوب نظری و فرایند فرموله کردن مباحث تدارک نظری مورد تأکید قرار می‌گیرد. یک نظام جامع دربردارنده همه ابعاد و عناصر یک فراگرد ارتباط بر مبنای ۴ جزء ارتباطات، شامل فرستنده، پیام، گیرنده و کانال ارتباطی به ترتیب شامل: اداره و سازمان، محتوا، مخاطبان و آثار اجتماعی می‌باشد. نظام جامع ارتباطات سلامت شامل:بخش اداره و سازماندهی فرآیندهای ارتباطی در حوزه سلامت است که شامل تعیین وظایف و اختیارات مختلف، تعیین ساختار سازمانی، نقش و مسئولیت هر یک از اعضای سازمان، هماهنگی بین اعضای سازمان و همچنین برنامه‌ریزی و مدیریت بودجه‌های مرتبط با ارتباطات سلامت می‌شود. بخش محتوا یا پیام سلامت شامل آموزش‌ها و اطلاعاتی است که باید نظام سلامت کشور از طرق مختلف به مخاطبان ارائه کند که شامل اطلاعات مربوط به بیماری‌ها، روش‌های پیشگیری و درمان، خدمات بهداشتی و درمانی و موارد دیگر مرتبط با سلامت و محتوای مناسب است. در بخش کانال‌های ارتباطی، انتخاب نوع کانال انتقال پیام سلامت توجه به این نکته که مخاطبان پیام سلامت چه گروهی از مردم هستند، ضروری است. بخش مخاطبان: این بخش شامل مخاطبان مختلف نظام جامع ارتباطات سلامت از جمله مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی، پزشکان و کارکنان سلامت و عموم مردم می‌باشد. بخش آثار اجتماعی نیز شامل تأثیراتی است که ارتباطات سلامت بر جامعه و فرهنگ سلامت جامعه، رفتارها، نگرش‌ها و شیوه زندگی افراد دارد. در پژوهش حاضر سازمان مورد نظر، نظام سلامت در ایران است. نظام سلامت از دو بخش نظام عمومی سلامت و نظام مراقبت سلامت با هدف تأمین منابع مالی، تولید منابع و ارائه خدمات تشکیل شده است(۴). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت تولیت نظام سلامت را بر عهده دارد. در این قسمت سیاست‌گذاری صورت گرفته، اولویت‌ها مشخص‌شده، اطلاعات جمع‌آوری و بر مبنای آن تصمیم‌گیری می‌شود. (۵).وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علاوه بر مدیریت و نظارت بر مراکز بهداشتی و درمانی کشور، مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی را نیز برعهده دارد. در سطح استان، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، عهده‌دار نظارت برفعالیت‌های شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها می‌باشند. در سطح شهرستان واحدهای اجرایی خدمات بهداشتی درمانی قرار دارند که با عنوان شبکه بهداشت و درمان شهرستان به ارائه خدمات می‌پردازند. شبکه بهداشت و درمان شهرستان به عنوان کوچکترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می‌شوند و علاوه بر نظارت و پایش فعالیت‌های مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان، مسئولیت نظارت بر کلیه فعالیت‌های بهداشتی درمانی بخش‌های منطقه تحت پوشش را برعهده دارند. (۶).

تحقیقات پیشین

در تحقیق خاشعی و همکاران(۱۳۹۸) با موضوع سیاست‌گذاری در حوزه ارتباطات با موضوع سلامت عمومی مشخص شد یک نوع فقدان هماهنگی و هم سویی کامل بین سیاست‌های بالادستی نظام سلامتی کشور با سیاست‌های رسانه‌های جمعی، همچنین ناهماهنگی در اجرای سیاست‌های داخلی وزارت بهداشت و درمان و در نهایت منطبق نبودن نیازهای مردم با سیاست‌های رسانه‌های جمعی وجود دارد.(۱) همچنین در تحقیق عبداللهی نژاد و همکاران(۱۳۹۵) با موضوع نحوه سیاست‌گذاری رسانه ملی در حوزه سلامت مشخص شد؛ بیشترین حجم برنامه‌های سلامت محور بعد سلامت جسمانی را مورد توجه قرار

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

داده‌اند و بیشتر برنامه‌ها پیشگیری و درمان را به صورت توأمان مدنظر داشته‌اند. همچنین در برخی موارد نیز، همسویی بین راهبردهای شورای سلامت و برنامه‌های تولید شده مشاهده نمی‌شود.(۷) شناسایی حوزه ارتباطات سلامت عنوان تحقیق آنگرت ۲۰۱۵ است. این بررسی تجربی به چهار پرسش پژوهشی با چارچوب الگویی می‌پردازد تا وضعیت معرفت‌شناختی حوزه ارتباطات سلامت را روشن کند، و به‌طور سیستماتیک به محدودیت‌های درون‌نگری‌های رشته‌ای موجود می‌پردازد. تجزیه و تحلیل محتوای تحقیقات ارتباطات بهداشتی منتشر شده نشان داده که هزاره مرحله جدیدی از تحقیقات ارتباطات بهداشتی را با تغییر قابل مشاهده در ارتباطات سطح کلان اطلاعات سلامت در میان متخصصان غیربهداشتی مشخص کرد. این تجزیه و تحلیل همچنین ظهور یک پارادایم را در اطراف این حوزه موضوعی خاص نشان داد، که محققان مشارکت‌کننده آن بیشتر سنت‌های فکری پسا اثبات‌گرا و روش شناسی‌های پیمایشی-تحلیلی مقطعی را به اشتراک می‌گذارند. همکاری‌های بین‌رشته‌ای و ارزیابی‌های فرانظری بیشتری برای تسهیل رشد مستمر این الگوی در حال تکامل مورد نیاز است، که ممکن است محققان ارتباطات سلامت را در جستجوی هویت رشته‌ای پیش ببرد.(۸)

چارچوب نظری تحقیق

در این بخش باتوجه به مباحث بیان شده تحلیل نهایی را بر طبق رویکرد سیستمی و نظریه هنجاری مسئولیت اجتماعی انجام خواهیم داد. از آنجا که نظام سلامت به عنوان یک زیرسیستم در سیستم بزرگ‌تری به نام نظام اجتماعی ایفای نقش می‌کند و با آن تعامل و تأثیر و تأثر متقابل دارد(۹) این پژوهش درصدد آن است که عملکرد ارتباطی نظام سلامت را از منظر تئوری هنجاری با رویکرد سیستمی مورد مطالعه و بررسی قرار دهد.

رویکرد سیستمی در نظام سلامت

نظام‌های سلامت غالباً به عنوان یک سیستم بزرگ و یکپارچه در نظر گرفته می‌شوند و معمولاً به تعاملات بین اجزای این سیستم توجه نمی‌شود در حالی که واقعیت این است که این اجزا دارای تعامل و تأثیر متقابل و هم افزایی‌های پویا هستند، اگر این اجزا را به عنوان زیر سیستم‌های نظام سلامت در نظر بگیریم متوجه می‌شویم که هر زیر سیستم خود از مجموعه سیستم‌های دیگری تشکیل شده و باز هر سیستم توسط سیستم‌های بزرگتری احاطه شده است.(۱۰) اهیر، فردریش و دیکسون(۲۰۱۰) سیستم را به عنوان مجموعه‌ای از اجزای وابسته به هم تعریف می‌کنند که به یکدیگر مرتبط هستند و نکات قوت نسبی خود را باهم تلفیق می‌کنند تا به چالش‌های بیرونی تغییرات درونی پاسخ دهند، سیستم‌ها خصوصیات خاصی دارند که بر رفتارهای ارتباطی افراد داخل سیستم‌ها تأثیر می‌گذارند. تفکر سیستمی می‌تواند به ما کمک کند تا بفهمیم چگونه سیاست‌ها و مداخلات مراقبت‌های بهداشتی بر عملکرد و رفتار سیستم تأثیر می‌گذارد و چگونه می‌توانیم راه‌حل‌هایی را طراحی و اجرا کنیم که مؤثرتر، پایدارتر و سازگارتر باشند(۱۱). در ادامه برای طراحی یک نظام جامع ابتدا باید تعریفی مشخص از آن ارائه دهیم و سپس اجزای آن را برشمریم. یک نظام(سیستم) یک گروه از اجزای به هم مرتبط است که برای دستیابی به یک هدف مشترک از طریق پذیرش ورودی برای تولید خروجی در یک فرآیند تحول سازمان یافته با هم کار می‌کنند. هر نظام از اجزایی تشکیل شده است و هر جزء نقش خاصی را به منظور تحقق هدف سیستم ایفا می‌کند.

درون‌داد: درون‌دادها یا داده‌ها عبارتند از تمام آنچه که به نحوی وارد سیستم می‌شود و تحرک و فعالیت سیستم را سبب می‌شود.

برون‌داد: داده‌هایی که در فرایند تبدیل قرار می‌گیرند طبق نظام و سازمانی که بر سیستم حاکم است به‌صورت کالا یاخدمت از سیستم به محیط صادر می‌شوند

تبدیل: درون‌دادی که به سیستم وارد می‌شود و طبق برنامه سیستم در جریان تغییر و تبدیل قرار می‌گیرد؛ در واقع، کار در سیستم انجام می‌شود و در نتیجه، در داده‌ها تغییر به وجود می‌آید.

بازخورد: بازخورد فرایندی دورانی است که در آن قسمتی از ستاده به عنوان اطلاعات به درون‌داد پس‌خوانده می‌شود ودر نتیجه در داده‌ها تغییر به‌وجود می‌اید.

کنترل: بخش کنترل با استفاده از حلقه بازخورد همواره اطلاعات را از بخش خروجی جمع‌آوری می‌کند و آن را با استانداردهای تعیین شده تطابق می‌دهد. برای طراحی یک نظام جامع بایستی در ابتدا به ضرورت ایجاد و نیازهای اطلاعاتی آن بپردازیم و آن را برای سازمان مربوطه بشکافیم در این راستا چند مطالعه مورد نیاز است:

- مطالعه درباره سازمان مورد نظر و نیازهای اطلاعاتی آن؛
- مطالعه درباره مخاطبان و نیازهای اطلاعاتی آن؛
- مطالعه درباره موضوعات و رشته‌های تحت پوشش سازمان مادر (۱۲)

در حوزه علوم ارتباطات نظریه‌های مختلفی برای طبقه‌بندی نظام‌های رسانه‌ای توسط صاحب‌نظران ارائه شده که خاستگاه این نظریات تجویزی را باید مشاهدات صاحب‌نظران دانست. (۱۳) نظریه مورد استفاده این تحقیق نظریه مسئولیت اجتماعی دنیس مک کوایل است اگر نظام سلامت را یک سازمان به مثابه رسانه در نظر بگیریم و رسانه‌ها را مولد ارتباطات گوناگون از جمله ارتباط جمعی دانسته و بنا به نظر ژوزف تی کلاپر ارتباط جمعی را، رساندن اطلاعات، ایده‌ها و برداشت‌ها از طریق وسایل ارتباطی و دریافت این اطلاعات به وسیله عده زیادی از انسان‌ها در یک زمان تعریف کنیم،(۱۴) تمامی سازمان‌ها به یک اعتبار رسانه تلقی می‌شوند. تعریف مک کوایل از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

ویژگی‌های این ارتباط تا حد زیادی شباهت سازمان و رسانه را به یکدیگر توجیه می‌کند؛ منبع، یک فرد واحد نیست بلکه سازمانی رسمی و فرستنده است، اغلب ارتباط سازی حرفه‌ای است. پیام منحصر به فرد، متغیر و پیش بینی ناپذیر نیست؛ بلکه معمولاً ساخته و پرداخته، به معیار شده و تکثیر شده است. پیام، ثمره کار بوده و کالایی دارای ارزش مبادله است و گوشه‌چشمی نیز به ارزش مصرف دارد. رابطه میان فرستنده و گیرنده یک جهتی و به ندرت دوطرفه، ضرورتاً غیرشخصی و اغلب مستقل از اخلاق و قابل پیش بینی است. به این معنا که معمولاً فرستنده مسئولیت تأثیرات خاص پیام بر روی افراد را بر عهده نمی‌گیرد، او فقط پیام را در مقابل پول یا توجه مبادله می‌کند. غیرشخصی بودن تا حدودی از فاصله فیزیکی و اجتماعی میان فرستنده و گیرنده ناشی می‌شود و تا حدودی از غیرشخصی بودن، نقش ارتباط ساز جمعی که معمولاً تحت سیطره هنجارهای بیطرفی و فاصله گذاری قرار دارد، متأثر است. فاصله اجتماعی موجود، به ایجاد رابطه‌ای نامتقارن می‌انجامد نظریه هنجاری مسئولیت اجتماعی رسانه‌های جمعی از سویی با مفهوم سازمان و مسئولیت در سازمان گره خورده و از سوی دیگر، در ادبیات رسانه‌ای غرب جایگاهی ویژه را به خود اختصاص داده است. بر این مبنا، می‌توان بر اساس رویکردی تطبیقی و میان رشته‌ای آن را در فضای هیبریدی ارتباطات و مدیریت مورد نظر قرار داد؛ در این راستا ساختار و محتوای یک سازمان رسانه‌ای در تعاملات درون سازمانی و تبادلات برون سازمانی مدنظر قرار می‌گیرد.(۱۵)

روش‌شناسی تحقیق

هدف اصلی این تحقیق شناخت عناصر و مؤلفه‌های نظام جامع ارتباطات سلامت در ایران است که برای دستیابی به آن باید به شناسایی اهداف فرعی شامل: شناخت محیط داخلی و دوم شناخت محیط خارجی نظام جامع ارتباطات سلامت بپردازیم.

روش اجرای طرح تحقیق شامل مراحل زیر است:

مرحله اول: شناسایی و استخراج انواع شاخص‌ها با استفاده از اشباع نظری و تأیید خبرگانی است.

مرحله دوم: در این مرحله مصاحبه عمقی با تکنیک مصاحبه نیمه هدایت شده با نخبگان و خبرگان حوزه سلامت و علوم ارتباطات برای یافتن شاخص‌ها با توجه به حجم نمونه مورد نظر (۱۲ نفر)، براساس قاعده اشباع مبنا به عمل آمد که اسامی ایشان در انتهای مقاله ذکر شده است. نتایج حاصل که در چارچوب اهداف وسوال‌های اصلی تحقیق مورد جستجو قرار گرفته بود، در قالب برخی از گویه‌ها ارائه شد و در میدان تحقیق مجدداً از جانب پاسخگویان مورد ارزیابی قرار گرفت. انتخاب گویه‌ها در این بخش با توجه به ادبیات مرور شده براساس قاعده تشابه و تضاد، موارد مستند در کنار گویه‌های جدید مبنای انتخاب بود.

مرحله سوم: تجزیه و تحلیل شاخص‌ها با استفاده از روش نخبگی یا سوات، SWOT با تکنیک فاصله Space است در این مرحله در راستای تجزیه و تحلیل شاخص‌های مستخرج از روش نخبگی یا سوات استفاده شد. سوات یکی از روش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک است که برای ارزیابی وضعیت داخلی و خارجی سازمان‌ها و ارائه راهبردها استفاده می‌شود سوات در انگلیسی حروف اول کلمات قوت، ضعف، فرصت و تهدید است شناسایی محیط درونی به بررسی نقاط قوت و ضعف و محیط بیرونی بر تهدیدها و فرصت‌ها اشاره دارد در همین راستا شاخص‌های مستخرج شده از مرحله قبل در این مرحله با استفاده از روش سوات تحلیل می‌شوند تا مشخص شود کدام شاخص‌ها ذیل نقاط قوت، ضعف فرصت یا تهدید نظام جامع ارتباطات سلامت قرار می‌گیرند.

جامعه آماری: جامعه آماری این تحقیق شامل خبرگان حوزه علوم ارتباطات و خبرگان حوزه سلامت با توجه به سوابق علمی و اجرایی در حوزه ارتباطات و رسانه و نظام سلامت می‌باشند.

برآورد حجم نمونه: براساس امتیاز اعطا شده به افراد بر اساس نمره به هنجار یا z زیر منحنی توزیع نرمال، حجم نمونه محاسبه شده‌است. بر این اساس تعداد نمونه مورد مطالعه از نفر۲۵ نباید کمتر واز ۴۰ نفر نباید بیشتر باشد(۱۶).

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نااحتمالی هدفمند بوده‌است. به عبارتی افرادی که با حوزه ارتباطات سلامت آشنایی داشته‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در ابتدا گویه‌های پرسشنامه از متن مصاحبه‌های عمقی و مستندات موجود در این حوزه، استخراج و تعداد ۴۰ نفر به سوال‌های این پژوهش از طریق پرسشنامه محقق ساخته پاسخ دادند برای طراحی پرسشنامه تعداد ۱۲۵ گویه بر اساس طیف لیکرت و با توجه به میزان اهمیت آنها به عنوان وضعیت موجود امتیازی بین ۱ تا ۵ به آنها اختصاص داده شد در این پرسشنامه همچنین از جامعه آماری خواسته شد تا شدت اهمیت یا رتبه(اولویت و ضرورت) این مؤلفه‌ها را با دادن امتیاز با ارقام بین ۱ تا ۴ به عنوان «وضعیت مطلوب» مشخص سازند. برای محاسبات آماری تحقیق، محاسبات توصیفی و درصدی و ارائه توزیع‌ها، محاسبات میانگین‌ها و آزمون مقایسه آنها از نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ و همچنین برای رتبه‌بندی امتیازات و محاسبه امتیازات وزنی از نرم‌افزار AHP استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

باتوجه به پرسشنامه‌های تکمیل شده در میدان تحقیق، پس از استخراج اطلاعات، پردازش و داده آمایی مقتصی مبتنی بر روش تحقیق مورد استفاده، به بررسی یافته‌ها پرداخته شد که در دو بخش توصیف یافته‌ها و تحلیل یافته‌ها ارائه می‌شود. در این بخش از پژوهش به ارائه توزیع فراوانی مرتبط با ویژگی‌های فردی و اجتماعی پاسخگویان می‌پردازیم. برای رعایت اختصار به ارائه نتایج چند جدول بسنده شده است.

باتوجه به توزیع فراوانی از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ رشته تحصیلی،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

بیشترین نسبت یعنی ۶۵ درصد در رشته‌های مرتبط با علوم سلامت شامل: (سیاست‌گذاری سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، پزشکی، آینده پژوهی سلامت، پزشکی اجتماعی، جامعه‌شناسی پزشکی، آموزش پزشکی، مدیریت سلامت) و کمترین نسبت یعنی ۳۵ درصد در رشته‌های مرتبط با علوم ارتباطات شامل (ارتباطات و مدیریت رسانه و علم اطلاعات و دانش‌شناسی) تحصیل کرده‌اند.

باتوجه به توزیع فراوانی برحسب سازمان از جمع ۴۰ پاسخگو، بیشترین نسبت یعنی ۲۵ درصد در دانشکده‌های ارتباطات خبر و رسانه و ۲۵/۵ درصد در دانشگاه‌های علوم پزشکی و کمترین نسبت یعنی ۲/۵ درصد در کمیسیون بهداشت شورای‌عالی انقلاب فرهنگی و ۲/۵ درصد در مرکز پژوهش‌های مجلس فعالیت دارند.

باتوجه به توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب موقعیت شغلی از جمع ۴۰ پاسخگو به لحاظ موقعیت شغلی، بیشترین نسبت یعنی ۵۰ درصد استاد دانشگاه و کمترین نسبت یعنی ۱۲/۵ درصد مدیر در حوزه سلامت هستند.

تحلیل یافته‌ها: در این بخش به میانگین‌های محاسبه شده براساس نوع محیط تحقیق یعنی «نقاط قوت و ضعف» و «فرصت‌ها و تهدیدهای» مورد ارزیابی از جانب پاسخگویان می‌پردازیم. این بخش در عین حال دربردارنده ماتریس ارزیابی عوامل تحقیق در دو محیط داخلی و خارجی است و مبتنی بر تکنیک مورد استفاده، جایگاه اخذ شده از پاسخ پاسخگویان برای اتخاذ نوع اقدامات ارائه می‌شود.

ارزیابی عوامل محیط داخلی: مجموعه گویه‌های تحقیق براساس چارچوب مندرج در پرسشنامه تحقیق برای محیط داخلی، نقاط قوت و نقاط ضعف به شرح زیر ارائه می‌شود. مبنای اندازه‌گیری در هر یک از بخش‌ها طبق الگوی سوات، موردسنجش قرار گرفته است.

جدول ۱. ماتریس ارزیابی عوامل داخلی IFE

قوت‌ها اهمیت	میانگین ضریب اهمیت	ضریب اهمیت نرمالیزه شد	میانگین رتبه	امتیاز موزون
دارا بودن اطلاعات سلامت مردم در نظام سلامت	۰/۶۲	۰/۰۶۲	۴	۰/۲۵
فراهم کردن بستر مشارکت های مردمی در برنامه‌های بهداشتی	۰/۵۹	۰/۵۹	۴	۰/۲۳
وجود ارتباطات گروهی بصورت تعاملات درون گروه‌های مراقبت سلامت (رابطان، سفیران سلامت و بهورزان با مردم)، گروه‌های حمایتی، خانواده‌ها در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی	۰/۶۱	۰/۰۶۱	۴	۰/۲۴
ایجاد ارتباطات بین فردی از طریق همسانان Peer communication یا آموزش همسانان peer education	۰/۳۷	۰/۰۳۷	۴	۰/۱۵
ارائه مراقبت‌های سلامت (Healthcare delivery)	۰/۵۹	۰/۰۵۹	۴	۰/۲۴
توجه به افزایش سطح بهداشت همگانی و ارتقاء سلامت (Health Promotion)	۰/۶۳	۰/۰۶۳	۴	۰/۲۵
اعتماد مردم به نظام سلامت و مشارکت در کمپین‌های وزارت بهداشت	۰/۳۶	۰/۰۳۶	۳/۶	۰/۱۳
استفاده از راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی PHC	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۴	۰/۲۶
تدوین اسناد در حوزه ارتباطات مؤثر در راستای ارتقای سلامت توسط وزارت بهداشت	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۴	۰/۲۶
آموزش مفاهیم بهداشتی به مردم در بستر شبکه‌های بهداشتی درمانی در سراسر کشور	۰/۳۴	۰/۰۳۴	۳/۶	۰/۱۲
تولید محتواهای آموزشی برای عموم مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی در قالب ساخت کلیپ، انیمیشن، بروشور و غیره توسط دفتر ارتقای سلامت وزارت بهداشت	۰/۶۵	۰/۰۶۵	۴	۰/۲۶
تدوین برنامه‌های خودمراقبتی فردی و سازمانی	/۶۲	۰/۰۶۲	۴	۰/۲۵
وجود دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان بازوان اجرایی طرح‌های ارتباطات سلامت وزارت بهداشت	۰/۵۸	۰/۰۵۸	۴	۰/۲۳
توجه به فرهنگ‌سازی سلامت در برنامه‌ها و دستورالعمل‌ها	۰/۶۲	۰/۰۶۲	۴	۰/۲۵
وجود شبکه سلامت و رادیو سلامت در رسانه ملی	۰/۶۸	۰/۰۶۸	۴	۰/۲۷
توسعه آموزش‌های مجازی	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۴	۰/۲۶
راه‌اندازی سامانه پرونده الکترونیک سلامت و رسیدگی آنلاین بامحوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده	۰/۶۷	۰/۰۶۷	۴	۰/۲۷
تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی و ساخت برنامه در زمان همه‌گیری کرونا برای مردم	۰/۳۸	۰،۰۳۸	۳/۶	۰/۱۴
ارتباطات بین‌المللی	۰/۶۴	۰/۰۶۴	۴	۰/۲۶
وجود سیاست‌های کلی سلامت	۰/۵۹	۰/۰۵۹	۴	۰/۲۴
تولید اپلیکیش‌ها با موضوعات سلامت محور	۰/۶۴	۰/۰۶۴	۴	۰/۲۶
وجود سامانه ارزشیابی رسانه‌های آموزش سلامت	۰/۰۹	۰/۰۰۹	۳	۰/۰۳
استفاده از تله مدیسن پزشکی از راه دور	۰/۵۸	۰/۰۵۸	۴	۰/۲۳
توجه به سلامت دیجیتال و استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی برای ارائه خدمات سلامت	۰/۶۳	۰/۰۶۳	۴	۰/۲۵

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

ادامه جدول ۱. ماتریس ارزیابی عوامل داخلی IFE

ضعف‌ها اهمیت	میانگین ضریب اهمیت	ضریب اهمیت نرمالیزه شده	میانگین رتبه	امتیاز موزون
عدم وجود قانون مدون به صورت صریح در موضوع ارتباطات سلامت	۰/۶۶	۰/۶۶	۲	۰/۱۳
فرابخشی بودن بی‌توجهی به ارتباطات سلامت در سطح حاکمیتی و ناشناخته بودن مزایای آن در دستگاه‌های اجرایی	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۲	۰/۱۳
چابک نبودن برنامه‌های ارتباطات سلامت در نظام سلامت	۰/۶۷	۰/۰۶۷	۲	۰/۱۳
فربه شدن نظام بروکراتیک با تعدد اسناد و دستورالعمل‌های مرتبط با ارتباطات در حوزه سلامت و محتوای سطحی و عدم انسجام آنها	۰/۵۶	۰/۰۵۶	۱/۶	۰/۰۹
نبود استراتژی مدون در حوزه ارتباطات سلامت	۰/۶۹	۰/۰۶۹	۲	۰/۱۴
نبود ضمانت اجرایی و پیوست بودجه‌ای برنامه‌های ارتباطات سلامت	۰/۶۵	۰/۰۶۵	۲	۰/۱۳
توجه ناکافی به ویژگی ها و دامنه گسترده مخاطبان در طراحی پیام های سلامت و انتخاب ابزار ارتباطی مناسب با آن	۰/۶۵	۰/۰۶۵	۲	۰/۱۳
توسعه نیافتن زیرساخت‌های ارتباطی به تناسب پیشرفت‌های فن‌آوری و ابزارهای ارتباطی نوین	۰/۶۱	۰/۰۶۱	۲	۰/۱۲
ضعف در ارتباطات و همکاری‌های درون بخشی، بین بخشی و فرابخشی در نظام سلامت	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۲	۰/۱۳
همکاری ضعیف و غیرمستمر مدیران نظام سلامت با مدیران رسانه ملی در شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما	۰/۶۵	۰/۰۶۵	۲	۰/۱۳
فقدان یک نظام منسجم ارتباطی در اجرا کردن دستورالعمل‌های ارتباطی	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۲	۰/۱۳
ناتوانی در پاسخگویی به نیازهای بیماران در اثر وجود اختلال در زیرساخت ها و شبکه‌های ارتباطی برای نسخه‌نویسی الکترونیکی	۰/۶۱	۰/۰۶۱	۲	۰/۱۲
سواد ارتباطی پایین پزشکان و آموزش ناکافی مهارت‌های ارتباطی به آنان در دوران تحصیل	۰/۶۵	۰/۰۶۵	۲	۰/۱۳
نبود رشته ارتباطات سلامت در دانشگاه‌ها و کوریکولوم‌های دانشجویان علوم پزشکی	۰/۶۶	۰/۰۶۶	۲	۰/۱۳
نبود شبکه ملی اطلاعات و ارتباطات	۰/۵۶	۰/۰۵۶	۱/۶	۰/۰۹
نامشخص بودن حوزه وظایف و اختیارات نهادهای مرتبط با ارتباطات سلامت	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۳	۰/۰۴
عدم مشورت با صاحبنظران ارتباطات در تدوین اسناد و دستورالعمل‌ها	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۳	۰/۰۴
هم‌پوشانی و تداخل برنامه‌های ارتباطی و اطلاعاتی سازمان‌ها و نهادها با همدیگر در سطوح سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری واجرایی	۰/۰۹	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۱
عدم وجود ستاد ارتباطات سلامت در وزارت بهداشت بعنوان مهمترین نهاد اجرایی در حوزه سلامت	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۳	۰/۰۵
نبود آموزش‌های رسانه‌ای به مدیران حوزه سلامت	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۳	۰/۰۵
نبود رویکرد سیستمی و چالش مدیریتی	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۳	۰/۰۴
عدم نظام‌مندی تعاملات نظام سلامت با رسانه‌ها بویژه رسانه ملی	۰/۳۱	۰/۰۳۱	۱/۳	۰/۰۴
عدم نظارت و نابسامانی در تولیدات برنامه‌های حوزه سلامت در صدا و سیما	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۳	۰/۰۴
ضعف مدیران ارشد در حوزه اطلاع‌رسانی	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۳	۰/۰۴
کم توجهی به ارتباطات بحران در نظام سلامت	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۳	۰/۰۴
نبود اولویت ابلاغ الگوهای ارتباطی در برنامه کاری سیاست‌گذاران	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۳	۰/۰۴
کم بودن سواد رسانه‌ای در بین دست‌اندکاران نظام سلامت	۰/۲۹	۰/۰۲۹	۱	۰/۰۳
خلأ به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی در ارتباطات حرفه‌ای بین پزشکان، پرستاران با بیماران و همراهان	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۳	۰/۰۴
نمره نهایی عوامل داخلی		۷/۶۹		

ماتریس عوامل داخلی: نشان دهنده امتیازات حاصل از نقاط قوت و ضعف و ارزیابی میزان اهمیت و شدت اهمیت آن است که بر همین اساس وزن هر یک نیز در میانگین‌های حاصل، ضرب شده و شکل دهنده به ماتریس ارزیابی عوامل داخلی است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

جدول ۲. ماتریس ارزیابی عوامل خارجی EFE

فرصت ها اهمیت	میانگین ضریب اهمیت	ضریب اهمیت نرمالیزه شده	میانگین رتبه	امتیاز موزون
ظرفیت شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در انتقال مفاهیم بهداشتی به مردم	۰/۳۰	۰/۰۳۰	۳	۰/۰۹
ارتباطات انسانی بین ارائه‌دهندگان و بهره‌برداران در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی بر مبنای تصمیم سازی مشارکتی و کمک به خود مراقبتی	۰/۳۶	۰/۰۳۶	۴	۰/۱۴
ارتباطات درون‌فردی (فرایندهای روحی و روانی) آگاهی‌بخشی و تحت تأثیر قرار دادن تصمیمات فردی و اجتماعی با امید به تغییر رفتار	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۳/۶	۰/۱۳
ارتباطات بین فردی روابط پزشک و بیمار با رویکرد تصمیم‌گیری مشارکتی	۰/۳۱	۰/۰۳۱	۳/۳	۰/۱۰
ارتباطات سازمانی برای هماهنگی گروه‌های بهم وابسته و بسیج متخصصان مختلف	۰/۳۶	۰/۰۳۶	۴	۰/۱۴
ارتباطات اجتماعی از طریق کمپین‌ها و کارزارهای ارتباطی در حوزه سلامت	۰/۳۴	۰/۰۳۴	۳/۶	۰/۱۲
ارتباطات رسانه‌ای نظام سلامت با کاردکردهای اطلاع‌رسانی، آموزشی، آگاهی‌بخشی برای تغییر در دانش و نگرش‌ها و افزایش آگاهی به جامعه	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۳/۳	۰/۱۱
وجود فناوری اطلاعات سلامت	۰/۳۷	۰/۰۳۷	۴	۰/۱۵
ارتباطات بین‌المللی خوب باکشورها و سازمان‌ها در حوزه سلامت	۰/۸۷	۰/۰۸۷	۳	۰/۲۶
وجود رسانه‌های مختلف و کانال‌های ارتباطی گوناگون(وسایل ارتباط جمعی، شبکه‌های اجتماعی، اینترنت) برای تولید و انتشار اطلاعات مرتبط با سلامت	۰/۲۹	۰/۰۲۹	۳	۰/۰۹
آموزش از طریق سرگرمی و طراحی و انتقال پیام‌های بهداشتی در قالب سرگرمی و سریال‌های تلویزیونی	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۳/۶	۰/۱۲
میزگردهای علمی و تبادل اطلاعات سلامت محور در رسانه ملی	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۳/۳	۰/۱۰
اطلاع‌رسانی خوب در انجام پویش‌های همگانی سلامت	۰/۱۲	۰/۰۱۲	۳	۰/۰۴
دریافت محتواهای آموزشی سلامت و تبادل تجربیات بیماران و کاربران در فضای اینترنت	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۳/۶	۰/۱۲
وجود گروه‌های حمایتی آنلاین و پزشکی از راه دور	۰/۳۱	۰/۰۳۱	۳/۳	۰/۱۰
آموزش مفاهیم بهداشتی بین اصناف و مدارس با رویکرد پیشگیری، خودمراقبتی و ترویج سبک زندگی سالم	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۳/۳	۰/۱۱
توجه نظام سلامت به برنامه‌های خودمراقبتی و آموزش به بیماران	۰/۳۷	۰/۰۳۷	۴	۰/۱۵
فراهمی بستر مشارکت‌های مردمی در برنامه‌های بهداشتی و پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه CBPR	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۳/۶	۰/۱۲
تحرک مدنی، پویش و مشارکت شهروندان در برنامه های بهداشتی و نه اجبار	۰/۳۴	۰/۰۳۴	۳/۶	۰/۱۲
سلامت همراه Mobile Health	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۳/۳	۰/۱۰
وجود اپلیکیشن‌های سلامت محور	۰/۲۹	۰/۰۲۹	۳	۰/۰۹
وجود سیاست‌های کلی سلامت به عنوان نقشه راه نظام سلامت	۰/۲۹	۰/۰۲۹	۳	۰/۰۹
ورود دستگاه‌های مختلف به امر سلامت مانند شهرداری آموزش و پرورش و غیره	۰/۳۴	۰/۰۳۴	۳/۶	۰/۱۲
آگاهی‌بخشی و اطلاع‌رسانی از طریق ظرفیت رسانه ملی در دو بعد پیشگیری و درمانی	۰/۳۱	۰/۰۳۱	۳/۳	۰/۱۰
مشارکت و فعالیت مؤثر خیران نظام سلامت در برنامه‌های درمانی	۰/۵۶	۰/۰۵۶	۴	۰/۲۲
وجود مراکز تحقیقاتی متعدد در امر ارتباطات و سلامت	۰/۲۹	۰/۰۲۹	۳	۰/۰۹
وجود شبکه‌های اجتماعی سلامت آنلاین	۰/۱۳	۰/۰۱۳	۳	۰/۰۴
ارتباطات پزشکان و کاربران در شبکه‌های اجتماعی	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۳/۶	۰/۱۲
رشد فناوری اطلاعات و ارتباطات در حوزه پزشکی و سلامت	۰/۳۴	۰/۰۳۴	۳/۶	۰/۱۲

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

ادامه جدول ۲. ماتریس ارزیابی عوامل خارجی EFE

تهدیدها اهمیت	میانگین ضریب اهمیت	ضریب اهمیت نرمالیزه شده	میانگین رتبه	امتیاز موزون
پیچیده بودن سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با تعدد بازیگران و پیامدهای مختلف	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۶	۰/۰۵
تجاری شدن نظام سلامت	۰/۱۴	۰/۰۱۴	۱/۳	۰/۰۲
ورود شبکه‌های اجتماعی به موضوعات مرتبط با سلامت با منابع ناشناس	۰/۱۰	۰/۰۱۰	۱/۳	۰/۰۱
استفاده از واژه‌های نادرست و نامفهوم در اطلاع‌رسانی حوزه سلامت و تلقی غلط از پیام‌های خبری مرتبط با سلامت	۰/۳۸	۰/۰۳۸	۱/۶	۰/۰۶
وجود نگاه سنتی رابطه کادر درمان و بیماران یک رابطه بالا به پایین و یک سویه	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۶	۰/۰۶
ارتباطات بین فردی نامناسب پزشکان با بیماران و نارضایتی بیماران و همراهان نسبت به نحوه برخورد پزشکان	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۶	۰/۰۵
وجود نگاه بدبینی به پزشکان در بین سایر دستگاه‌ها و مردم و نداشتن زبان مشترک و مفاهمه سایر ارکان کشور با پزشکان در نظام سلامت	۰/۵۹	۰/۰۵۹	۲	۰/۱۲
دگرگونی فرهنگ سلامت جامعه و رواج سبک زندگی ناسالم و مصرف‌گرایی در اثر وجود شبکه‌های اجتماعی	۰/۳۰	۰/۰۳۰	۱/۳	۰/۰۴
ایجاد اثرات منفی فرهنگی و اجتماعی سیاست‌هایی مثل طرح پزشک خانواده در اثر عدم آگاهی‌بخشی و اطلاع‌رسانی شفاف به مردم قبل از اجرای طرح	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۶	۰/۰۶
تجویز درمانی افراد ناآگاه و غیرمتخصص به دیگران	۰/۳۱	۰/۰۳۱	۱/۶	۰/۰۵
تعارض آشکار بین منافع تصمیم‌گیرندگان و اهداف ارتباطات سلامت	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۶	۰/۰۵
پدیده طبی‌سازی Medicalization در انتشار پیام	۰/۱۵	۰/۰۱۵	۱/۳	۰/۰۲
استفاده غیرعلمی از طب سنتی در شبکه‌های اجتماعی برای درمان بیماری‌ها	۰/۱۵	۰/۰۱۵	۱/۳	۰/۰۲
مناسب نبودن هر نوع پیام سلامت برای هر نوع مخاطب بویژه کودکان و نوجوانان	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۶	۰/۰۵
وجود سوداگرایی در رسانه ملی و تولیدات با رویکرد درمان محوری و عدم توجه صدا و سیما به برنامه‌های سلامت محور	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۶	۰/۰۵
ناکارآمدی ساختار تصمیم‌گیری، ارزیابی و هماهنگی در سطح کلان کشور؛ تعارض وتداخل شدید وظایف بین بخشی	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۶	۰/۰۶
فقدان وجود مؤلفه‌های ارتباطی در غالب برنامه‌های حوزه سلامت رسانه ملی	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۶	۰/۰۶
بمباران اطلاعات در حوزه سلامت در شبکه‌های اجتماعی	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۶	۰/۰۵
اطلاع‌رسانی ضعیف در بحث خود درمانی و بی‌نیاز دانستن فرد از پزشک	۰/۳۶	۰/۰۳۶	۱/۶	۰/۰۶
اینفودمی در حوزه سلامت در رسانه جمعی و شبکه‌های اجتماعی	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۶	۰/۰۵
وجود اطلاعات نادرست در فضای اینترنت	۰/۳۸	۰/۰۳۸	۱/۶	۰/۰۶
اثرات منفی جریان‌های سیاسی و اجتماعی بر نظام سلامت	۰/۳۶	۰/۰۳۶	۱/۶	۰/۰۶
وجود خلأهای ارتباطی در بحران‌های سلامت و بی‌توجهی به ارتباطات بحران	۰/۱۴	۰/۰۱۴	۱/۳	۰/۰۲
افزایش میل به اخبار منفی با تضعیف اعتبار و مرجعیت رسانه‌های داخلی	۰/۳۵	۰/۰۳۵	۱/۶	۰/۰۶
اضافه بار اطلاعاتی افراد با جستجوی موضوعات مرتبط با سلامت در شبکه‌های اجتماعی و اینترنت	۰/۱۲	۰/۰۱۲	۱/۳	۰/۰۲
رواج سبک زندگی ناسالم و رفتارهای پرخطر در اثر سواد سلامت پایین و ایجاد بار بیماری بر نظام سلامت	۰/۳۳	۰/۰۳۳	۱/۶	۰/۰۵
اثر پرونده الکترونیک سلامت درکاهش همدلی بین پزشک و بیمار	۰/۳۸	۰/۰۳۸	۱/۶	۰/۰۶
چالش‌های استفاده از اپلیکیشن‌های سلامت همراه (Mobile Health)	۰/۱۳	۰/۰۱۳	۱/۳	۰/۰۲
ورود شبکه‌های خارجی در موضوعات مرتبط با سلامت	۰/۳۲	۰/۰۳۲	۱/۶	۰/۰۵
تهدیدات سایبری در حوزه سلامت و به سرقت رفتن اطلاعات سلامت مردم	۰/۳۰	۰/۰۳۰	۱/۳	۰/۰۴
دخالت پلتفرم‌ها در حوزه سلامت	۰/۳۰	۰/۰۳۰	۱/۳	۰/۰۴
ناتوانی پیام‌های سلامت در جلب اعتماد و مشارکت گروه‌های مؤثر جامعه	۰/۲۹	۰/۰۲۹	۱/۳	۰/۰۴
نمره نهایی عوامل خارجی	۴/۶۶			

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

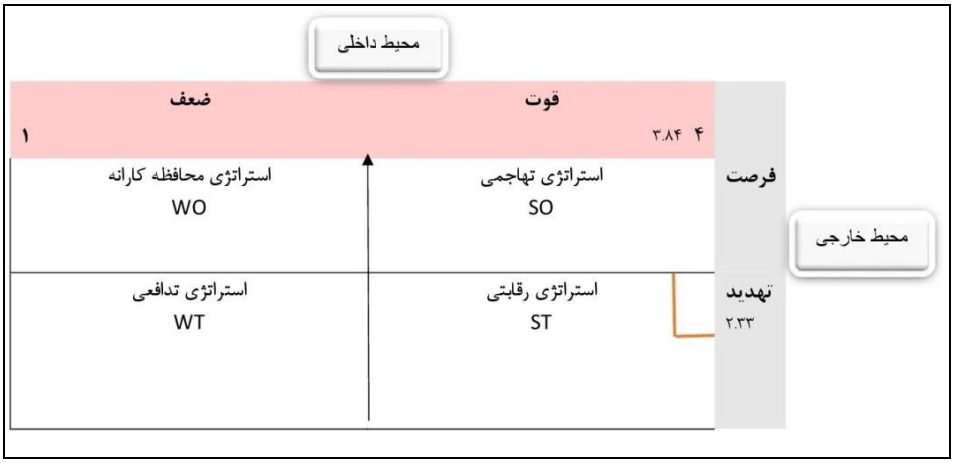
ماتریس عوامل خارجی: نشان دهنده امتیازات حاصل ازارزیابی «فرصت و تهدیدها» و ارزیابی میزان «اهمیت و شدت اهمیت» آن است که بر همین اساس وزن هر یک نیز در میانگین‌های حاصل ضرب شده و شکل‌دهنده به ماتریس ارزیابی عوامل خارجی است.

جدول ۳. امتیاز ماتریس ارزیابی عوامل برای تعیین جایگاه برروی ماتریس

نوع امتیاز	جمع امتیاز	امتیاز برای هرمحیط
امتیاز ماتریس ارزیابی عوامل داخلی	۷/۶۹	۳/۸۴
امتیاز ماتریس ارزیابی عوامل خارجی	۴/۶۶	۲/۳۳

با توجه به امتیازهای کسب شده برای ماتریس ارزیابی عوامل محیط داخلی و محیط خارجی، جایگاه کسب شده بر روی ماتریس به شرح ذیل می‌باشد:

ماتریس ارزیابی عوامل وجایگاه کسب شده



شکل ۱. ماتریس ارزیابی عوامل وجایگاه کسب شده

با توجه به میانگین‌های به دست آمده و تعیین جایگاه آنها بر روی ماتریس، نوع استراتژی‌های مورد تأکید برای حرکت از وضع موجود به سمت وضعیت مطلوب، استراتژی‌های تنوع یا رقابتی است استراتژی‌های تنوع: استراتژی‌هایی است که در آن تلاش می‌شود تا با استفاده از نقاط قوت داخلی برای جلوگیری از تاثیر منفی تهدیدهای خارجی، سازوکارهایی در پیش گرفته شود و تهدیدها را از بین برد. میانگین‌های حاصل از هر محیط نشان می‌دهد که در محیط خارجی، چالش جدی برای پیاده‌سازی نظام جامع ارتباطات سلامت با محوریت مخاطب و آثار اجتماعی پیام است و محیط داخلی در مرتبه بعدی اهمیت قرار دارد. در محیط داخلی نیز نقاط قوت برای پیاده‌سازی نظام جامع ارتباطات سلامت و چالش‌ها معطوف به رفع ضعف‌های موجود در این عرصه است. در محیط خارجی نیز چالش‌ها معطوف به توجه به تهدیدات موجود برای استقرار نظام جامع ارتباطات سلامت در ایران است. منظور از مدل در این پژوهش شیوه‌گذار از وضع موجود به سمت وضع مطلوب است.

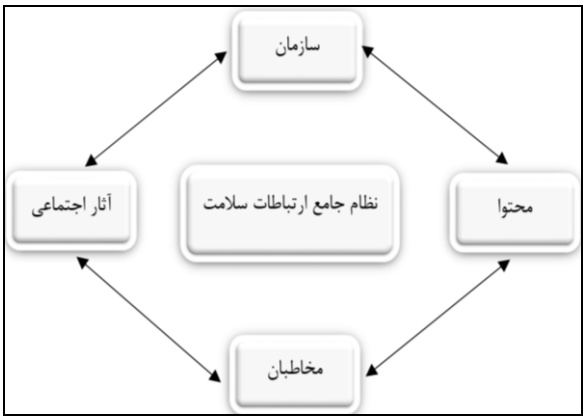
با توجه به امتیازات کسب شده برای عناصر یا گویه‌های مورد مطالعه، بخصوص درچارچوب دیدگاه‌های مورد ارزیابی، با توجه به نوع راهبردهای بدست آمده اصل تنوع، بیانگر اتخاذ موضعی ترکیبی از مجموعه عناصر مدل‌ها برای ایجاد جاذبه‌بخشی در محتوای برنامه‌های بهداشتی و آموزش سلامت برای متقاعد سازی مخاطبان در این خصوص است. این پژوهش مدل مطلوب را با توجه به وضعیت فعلی ارتباطات سلامت در ایران مورد توصیه قرار می‌دهد و در فرایند طراحی نظام جامع ارتباطات سلامت به مدلی چهار عنصری نیاز دارد تا ۴ جنبه زیر مورد تقویت قرار گیرد:

۱. توجه به فرستنده ویژگی‌ها و قابلیت‌های آن؛
۲. توجه به محتوای برنامه‌ها و ویژگی‌ها، اصول و تکنیک‌های مورد استفاده برای جاذبه بخشی و متقاعدسازی؛
۳. توجه به مخاطب و جایگاه آن، قابلیت‌ها و توانمندی‌های مخاطب به لحاظ ذهنی، دانشی و برخورداری از امکانات؛
۴. توجه به آثار اجتماعی ارتباط از جانب مسئولان و مدیران نظام سلامت درجهت تغییر مطلوب و مورد انتظار.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.22034/8.2.3]

مدل مورد توصیه شیوه عملکرد نظام جامع ارتباطات سلامت

مدل حاضر مبتنی بر رویکرد سیستمی است با نگاهی فرایندی با تأکید بر محیط خارجی و به‌خصوص زمینه‌هایی که به عنوان تهدید از جنبه مخاطب قابل تقویت است. این نگاه مبتنی بر عناصر زیر است که بر اساس امتیازات به دست آمده است:



شکل ۲. مدل مورد توصیه شیوه عملکرد نظام جامع ارتباطات سلامت

تعامل عناصر، با رویکردی سیستمی، محیطی را فراهم می آورد که در آن مخاطبان یا پیامگیران، رضایت مورد انتظار را برای بهره‌گیری از پیام به دست می‌آورند. هر یک از عناصر مطرح در مدل مطلوب نظام جامع ارتباطات سلامت دارای ویژگی‌هایی است که این ویژگی‌ها زمینه ساز فراهم آمدن راهبرهای نظام جامع ارتباطات سلامت در ایران است. این عناصر و ویژگی‌ها جدای از توجه به امتیازات حاصل، درچارچوب دیدگاه‌های نظری پشتوانه پژوهش است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به میانگین‌های به دست آمده از ماتریس‌های عوامل داخلی و خارجی، طراحی راهبردهای تحقیق با رعایت چارچوب‌های علمی و با تأکید بر زمینه‌های ارتباطات سلامت از چهار منظر شیوه‌های اداره ومدیریت نظام جامع ارتباطات سلامت، محتوای برنامه‌ها و اصول و تکنیک‌های طراحی برنامه‌های سلامت محور، نیازهای مخاطب و انتظارات از این نوع از برنامه‌ها و آثار مورد انتظار باید مورد تأکید قرار گیرد. از این منظر دو محیط مبتنی بر جنبه‌های ارتباط سازماندهی شده و نقاط قوت و ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آن شناسایی شد. دو محیط در تعامل با عناصر فراگرد ارتباط دربردارنده زمینه‌های زیر بوده است:

محیط داخلی: مؤلفه‌های مرتبط با اداره و سازماندهی نظام جامع ارتباطات سلامت و مؤلفه‌های مرتبط با محتوای این نظام که در این بخش قوت‌ها و ضعف‌های مرتبط با این مؤلفه‌های مورد ارزیابی قرار گرفته است.

محیط خارجی: مؤلفه‌های مرتبط با مخاطبان نظام جامع ارتباطات سلامت و مؤلفه‌های مرتبط با آثار اجتماعی این نظام که در این بخش فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط با این مؤلفه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفته است.

همانگونه که در تحقیق خاشعی (۱۳۹۸) نیز مشخص شد فقدان هماهنگی و هم سویی کامل بین سیاست‌های بالادستی نظام سلامت کشور ما با سیاست‌های رسانه‌های جمعی، موجب ناهماهنگی در اجرای سیاست‌های داخلی وزارت بهداشت و درمان و درنهایت منطبق نبودن نیازهای مردم با سیاست‌های رسانه‌های جمعی شده است(۲) در تحقیق عبداللهی‌نژاد نیز در خصوص نحوه سیاست‌گذاری رسانه ملی در حوزه سلامت مشخص شد بیشترین حجم برنامه‌های سلامت محور بعد سلامت جسمانی را مورد توجه قرار داده‌اند همچنین در برخی موارد نیز، همسویی بین راهبردهای شورای سلامت صدا و سیما و برنامه‌های تولید شده مشاهده نمی‌شود(۱۰). از طرف دیگر در خصوص حکمرانی نظام سلامت کشور در تحقیق جلالی (۱۳۹۹) مشخص شد حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر تداخل وظایف بخش سلامت با سایر دستگاه‌های اجرایی کشور و ناکارآمدی در نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مواجه است(۱۶). نتایج تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد تهدیدهای کنونی نظام سلامت کشور در عرصه سلامت دیجیتال به وضوح بیشتر از حالت سنتی آن است. این امر به دلیل کثرت دسترسی به انواع شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌ها و منابع متعددی است که برای تامین نیازهای مخاطب در عرصه برنامه‌های بهداشتی و درمانی فراهم شده است. از سوی دیگر، ضعف در پاسخ به نیازها، اطلاع‌رسانی ضعیف و ناکافی خطرات سلامتی و نادیده انگاشتن ویژگی‌های مخاطبان، عدم مخاطب سنجی و تولید برنامه‌های بسیار در حوزه درمان محوری و غفلت از رویکرد پیشگیری موجبات تهدیدات بزرگی همچون افزایش بار بیماری‌های مختلف، رواج سبک زندگی ناسالم، ورود افراد سودجو با منابع ناشناس بویژه در شبکه‌های اجتماعی به حوزه سلامت، اینفودمی و اخبار جعلی بویژه در بحران‌های سلامت مانند همه‌گیری‌ها را فراهم می‌کند. توجه به محیط خارجی، با محوریت تهدیدها، برعواملی تأکید می‌کند که معرف تولید پیام متناسب با مخاطب و توجه به دیدگاه‌های مختلف در تولید برنامه‌های بهداشتی، پرداختن به مسایل مورد انتظار مخاطب در برنامه‌های بهداشتی، همکاری‌های بین بخشی و فرابخشی در تولید پیام هدفمند، برای مخاطب است ناگفته نماند که تهدیدات دیگری نیز وجود دارد که امتیاز کمتری بدست آورده است؛ اما همه این تهدیدات موضع ارتباطات سلامت را در محیط خارجی تحت تأثیر قرار داده است. بنابراین وضعیت کنونی جایگاه ارتباطات سلامت در نظام سلامت نشان می‌دهد نظام سلامت و دستگاه‌های اجرایی مرتبط در امر سلامت می‌بایست با این تهدیدات خارجی با تدوین استراتژی مدون مقابله کنند. نظام سلامت بر طبق نظریه مسئولیت اجتماعی نسبت به سلامت همه مردم وظیفه دارد تا با تأکید بر ارزش‌ها و هنجاری‌های فرهنگی حاکم بر جامعه وظایف خود را در راستای سلامتی همه جانبه مردم انجام دهد در

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.22034/8.2.3]

حوزه ارتباطات سلامت مهمترین وظیفه نظام سلامت ارتقای سلامت همه‌جانبه آحاد جامعه است و در بعد درمانی نیز آموزش به بیماران، حفظ کرامت انسانی و ارتباطات انسانی مناسب با بیماران است. همانگونه که پیشتر اشاره شد؛ طبق نظریه سیستم‌ها، رفتارهای ارتباطاتی افراد داخل سیستم‌ها بر عملکرد سیستم تأثیر می‌گذارند. واحدهای مختلف یک سیستم وابسته به هم هستند و به شکلی با هم تعامل دارند. ارتباطات داخل ارگان‌های مختلف و بین آنها امری حیاتی برای توانایی سازمان در انجام موفقیت آمیز وظایف خود به شمار می‌رود. بنابراین برای پیاده‌سازی نظام جامع ارتباطات سلامت بایستی تصویر بزرگ و ارتباطات بین بخش‌های مختلف سیستم را ببینیم. اثرات کوتاه مدت و بلند مدت اقدامات و تصمیمات را پیش بینی کنیم. از تجربیات گذشته درس بگیریم و با شرایط در حال تغییر سازگار شویم. با ذینفعان و دیدگاه‌های مختلف درگیر شویم. و با نوآوری، تغییرات سیستمی ایجاد کنیم. استقرار مدل نظام جامع ارتباطات سلامت و پیاده‌سازی آن در سیستم‌های آموزشی، درمانی، بهداشتی و تحقیقاتی ارزش افزوده بالایی در آینده برای کشورخواهد داشت بنابراین لازمه موفقیت راهبردهای ارتباطات سلامت، توجه به همه عناصر فراگرد ارتباطات و تعامل نظام‌مند تمامی ذینفعان است.

راهبردهای پیشنهادی

راهبردهای پیشنهادی حاصل از تحقیق حاضر در چهار بعد اداره و سازمان، محتوا، مخاطبان و آثار اجتماعی به شرح ذیل ارائه می‌شود:

محیط داخلی:اداره و سازمان

- تدوین استراتژی مدون در حوزه ارتباطات سلامت در چهار بعد: سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری، مدیریتی و اجرایی؛
- ایجاد نقشه راه برای پایداری برنامه‌های ارتباطات سلامت و ایجاد نظام پایش و ارزشیابی؛
- تشکیل نهاد ارتباطات سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
- ایجاد دفاتر ارتباطات سلامت در شبکه‌های بهداشتی درمانی سراسر کشور؛
- ایجاد دفاتر ارتباطات سلامت در بیمارستان‌ها جهت ارتباطات موثر کادر درمان، بیماران و همراهان بیماران؛
- نظام‌مند شدن تعاملات نظام سلامت و رسانه ملی و تقویت شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما؛
- ایجاد رشته ارتباطات سلامت در دانشگاه‌ها و کوریکولوم‌های دانشجویان علوم پزشکی.

محیط داخلی محتوا

- مستندسازی رویکردها و برنامه‌های ارتباطات سلامت؛
- سرمایه گذاری در حوزه پیشگیری از طریق ارتباطات سلامت باهدف کاهش هزینه‌های درمانی؛
- آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان علوم پزشکی؛
- تربیت متخصصان ارتباطات سلامت و روزنامه نگاری سلامت و استفاده از آنها در نظام سلامت و رسانه‌های جمعی؛
- ترجمه منابع روز در موضوع ارتباطات سلامت و تعامل با کشورهای دیگر؛
- انجام مطالعات تطبیقی در موضوع ارتباطات سلامت و استفاده از تجربیات موفق کشورهای دیگر؛
- استفاده از رسانه‌های نوین در انتقال برنامه‌های ارتباطات سلامت؛
- استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم نهاد در عرصه سلامت برای جلب مشارکت موثر مردم در سلامت جامعه.

با توجه به نوع راهبردهای به دست آمده(راهبردهای تنوع)، باید اظهار داشت که محوریت پیشنهادها معطوف به محیط خارجی و تأکید بر تنوع بخشی از طریق راهبردهای زیر است:

محیط خارجی: مخاطبان

- کشف و ساماندهی نیازهای ارتباطی انسان با شناخت علوم انسانی؛
- ارتقای توانمندی‌های فردی مخاطبان افزایش سواد سلامت، سواد اطلاعاتی، سواد رسانه در راستای سبک زندگی سالم؛
- ارتقای سواد ارتباطی کادر درمان بویژه پزشکان و استفاده آنها از رویکرد تصمیم‌گیری مشارکتی در درمان بیماران؛
- تحلیل مخاطبان برنامه‌های ارتباطات سلامت از طریق مخاطب‌سنجی؛
- توجه به مؤلفه‌های فرهنگی مخاطبان: ارائه دهندگان خدمات سلامت و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت برای برقراری تعامل مناسب.

محیط خارجی: آثار اجتماعی

- توجه به آثار اجتماعی برنامه‌های ملی در حوزه سلامت قبل از اجرای برنامه و اطلاع رسانی مناسب به مردم؛
- نظام‌مند کردن برنامه‌های خودمراقبتی و آموزش به بیماران؛
- استفاده از ظرفیت شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در انتقال مفاهیم بهداشتی به مردم؛
- استفاده از ارتباطات اجتماعی از طریق کمپین‌ها و کارزارهای ارتباطی در حوزه سلامت برای آگاهی بخشی به مردم؛
- ارتباطات رسانه‌ای نظام‌مند نظام سلامت با اصحاب رسانه برای تغییر در دانش و نگرش‌ها و افزایش آگاهی به جامعه؛
- ایجاد پایگاه و مرجعیت رسانه‌ای در شبکه‌های اجتماعی با موضوعات سلامت محور برای مقابله با اخبار جعلی و اینفودمی در شبکه‌های اجتماعی و مقابله با سبک زندگی ناسالم در راستای ایجاد فرهنگ سلامت مناسب.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول با کد ۱۵۷۲۴۸۴۰۳۸۳۷۰۰۶۵۵۲۰۱۸۱۶۲۷۴۴۰۷۷ می‌باشد.

بدین وسیله نویسندگان مراتب تقدیر و قدردانی خود را از مصاحبه‌شوندگان: استادان معظم جناب آقای دکتر سید علیرضا مرندی، جناب آقای دکتر سیدحسن امامی‌رضوی، جناب آقای دکتر محمدعلی محققی، جناب آقای دکتر کامران باقری‌لنکرانی، جناب آقای دکتر حسین ملک‌افضلی، جناب آقای دکتر حسام‌الدین ریاحی، جناب آقای دکتر محمدحسین تقدیسی، جناب آقای دکتر محمدجواد کبیر، جناب آقای دکتر هادی خانیکی، جناب آقای دکتر علی‌اصغر کیا، جناب آقای دکتر حبیب رائی‌تهرانی و سرکار خانم دکتر ثریا احمدی که علم و تجارب خود در نظام سلامت کشور و حوزه علوم ارتباطات را در اختیار این پژوهش قرار دادند و همچنین تمامی پاسخگویان اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع

1. Schiavo R. Health communication: from theory to practice. 1st ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
2. Salemi A. TV and health communication (the first phase of the future research project of health communication in radio and television). Tehran: Radio and Television Research Center; 2015. p. 25. [In Persian]
3. Khashai R. Policy Making in Communication: The Case of Public Health. Journal of Interdisciplinary Studies in Communication and Media 2019; 2(3): 57-88. [In Persian]
4. Alekajbaf H. Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills". Medical Law Journal 2013; 7(24): 139-170. [In Persian]
5. Tariqat MH, Akhwan Behbahani A, Hassanzadeh A. The principles and foundations of the national health policy. Tehran: Research Center of the Islamic Council; 2017. [In Persian]
6. Jamshidi HR, et al (2013). Health in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Etelaat; 2013. [In Persian]
7. Abdollahinejad A, Basirian Jahromi H, Nahvi M. A Study of National Media Policy in the Field of Health Communication With focus on health oriented television programmes in 2015. Cultural Studies & Communication 2018; 14(51): 201-226. [In Persian]
8. Hannawa AF, García-Jiménez L, Candrian C, Rossmann C, Schulz PJ. Identifying the field of health communication. J Health Communication 2015; 20(5): 521-30.
9. Froutani Z, Bahrani A. An Entry to the Norm Theory in Administration. Journal of Peyk Noor 2017; 6(1): 52. [In Persian]
10. Dan de Siving. Systemic thinking to strengthen health systems. Translated by K. Mohammad, et al. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2015. [In Persian]
11. Wright KB, Sparks L, Ohair HD. Health Communication in the 21st Century. Translated by D. Mehrabi, A. Ghanbari Bastan. Tehran: University of Tehran; 2019. [In Persian]
12. Zahedi Sh. The development of management information systems. Management Studies in Development and Evolution 1993; 3(10,11): 75-95. [In Persian]
13. Mohsenian Rad M. Communication. Tehran: Soroush; 2014. [In Persian]
14. McQuail D. Mass Communication Theory: an Introduction. 6th ed. Thousand Oaks, California: Sage Publishing; 2010.
15. Noruzi MR, Danaee Fard H, Fani AA, Hassanzadeh A. Theoretical Processing of Social Responsibility Based on Grounded Theory. Journal of Improvement Management 2014; 8(4): 5-34. [In Persian]
16. Jalali Khan Abadi T, Alvani SM, Vaezi R, Ghorbanizadeh V. Designing a network governance model in Iran's health care system. Iranian Journal of Management Sciences 2020; 15(58): 1-30. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]

Original

The Optimal Model of Comprehensive Health Communication System in Iran

Farzaneh Koohi[1], Seyed Ali Rahmanzadeh[*2], Ali Asghar Kia[3], Seyedreza NaghibulSadat[4]

1. Ph.D candidate Department of Social Communication Sciences, Faculty of Humanities, North Tehran, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. ∗**Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Social Communication Sciences, Faculty of Humanities, North Tehran, Islamic Azad University, Tehran, Iran, salirahmanzadeh@yahoo.com
3. full professor of Journalism Department and Head of Faculty of Communication Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
4. full profess of Public Relations Department, Faculty of Communication Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Abstract

Background: The purpose of this article is to identify the elements and components of the comprehensive health communication system in Iran with the aim of promoting health. There exists a significant gap in knowledge among officials regarding this crucial field, which is evident in the noticeable lack of coherence within the health communication programs of the health system.Therefore, designing a model for the integration of health communication programs by considering strengths and weaknesses, as well as opportunities and threats, showed its importance in the main issue of this research.

Methods: In this research, two methods of in-depth interview and SWAT with distance technique were used. Sampling was conducted in a purposeful non-probability manner from among the elites in the field of health and communication.

Results: The average obtained from the internal environment (strengths and weaknesses) of the comprehensive health communication system is a high score, and the score obtained from the external environment (opportunities and threats) is average. In the foreign environment, the more serious challenge is the implementation of a comprehensive health communication system centered on the audience and the social effects of the message. To achieve this objective, the initial step in designing the system should involve enhancing the components that target the audience and the anticipated social impacts.**Conclusion:** The strategy of the country's health system in the field of health communication is competition or diversity; while facing threats from the external environment, it is necessary to emphasize internal strengths and reduce the effects of threats. Accordingly, it is necessary to pay attention to the characteristics of a wide range of audiences and pay attention to the social effects of national programs.

Keywords: Community Health Planning, Health Communication, Health Promotion

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.2.3]