Social Welfare Quarterly, Vol 20,winter 2021, No 79

بررسی تطبیقی سیاستهای سلامت در برنامه‌های توسعه (اول تا ششم) ایران

۱. فرهاد نصرتی‌نژاد
دکتر جامعه‌شناس، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثری بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران،

۲. مهدی باسخا
دکتراقتصاد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، گروه آموزشی مدیریت و رفاه اجتماعی، ایران، تهران

۳. فایزه سنبلی
دانشجوی کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، ایران، تهران
(نویسنده مسئول)
<Sonboli68@gmail.com>

مقدمه: *هدف از این پژوهش بررسی سیاستهای مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه (برنامه اول تا ششم) در چهارچوب سیاست اجتماعی است.*

روش: *روش پژوهش حاضر تحلیل محتوای کمی بود. در این راستا، متن کلیه قوانین برنامه‌های توسعه (اول تا ششم بعد از انقلاب اسلامی) در حوزه سلامت بررسی و آن دسته از قوانین برنامه‌های توسعه که حداقل به یکی از مقولات موردنظر حوزه سلامت پرداخته باشند، به‌عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. در بخش تحلیل داده‌ها، فراوانی کمی و درصدی متغیرهای (احکام، شاخصهای توسعه، درجه الزام، کارگزار، گروههای هدف، نوع سیاست و خدمت، حوزه سیاست و خدمت و زمان اجرا و تأمین مالی) در قالب جداول ارائه شده است. برای تحلیل داده‌ها نیز، از نرم‌افزار* ***SPSS*** *استفاده شده است.*

یافته‌ها: *از مجموع احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه با توجه به مقولات موردنظر این پژوهش، ۲۰۹ حکم در ارتباط با سلامت (جسمی و روانی) اقشار مختلف جامعه تدوین شد. یافته‌ها نشان داد که درجه الزام اجباری با ۵۵ درصد بالاترین میزان، در مورد متغیر کارگزار اجرای احکام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ۳۱/۶ درصد کارگزار اصلی اجرای احکام، در مورد گروههای هدف احکام، گروههای هدف همه افراد جامعه با ۱۷/۷ درصد، گروه هدف افراد ساکن مناطق محروم با ۹/۶ درصد و گروه هدف اقشار آسیب‌پذیر با ۸/۶ درصد بالاترین میزان گروههای هدف، در مورد متغیر نوع سیاست و خدمت، احکام خدمتی با ۵۷/۹ درصد، در مورد حوزه سیاست و خدمت حوزه درمان با ۱۳/۹ درصد، بالاترین میزان را در تدوین احکام حوزه سلامت در برنامه‌های توسعه به خود اختصاص داده‌اند.*

بحث: *مباحث بهداشت و درمان (سلامت)، از مصادیق بارز سیاستهای اجتماعی است. همچنین سیاست اجتماعی مجموعه‌ای از کنشها و سیاست‌گذاریهایی است که بر رفاه و زندگی افراد جامعه تأثیرگذار است. بنابراین نتایج به‌دست‌آمده از بررسی متغیرهای مستخرج از احکام سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه نشان می‌دهد که در تدوین احکام برنامه‌های توسعه از برنامه اول به برنامه ششم سعی بر آن بوده تا در جهت تحقق بیشتر سیاستهای اجتماعی و ایجاد عدالت در برخورداری از امکانات حوزه سلامت گام برداشته شود.*

واژه‌های کلیدی:
سیاست، سیاستهای سلامت، برنامه‌های توسعه، سیاست اجتماعی، سلامت
تاریخ دریافت: *۱۳۹۷/۷/۲۴*
تاریخ پذیرش: *۱۳۹۹/۴/۳*

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

Social Welfare Quarterly, Vol 20, winter 2021, No 79

Health-related Policies in Iran's Development Plans (first to sixth)

1- Farhad Nosrati Nejad
Ph. D in Sociology, Social determinants of health research center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Mehdi Basakha
Ph.D. of Economics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Faculty of Education Sciences and Social Welfare, Department of Social Welfare Management,Tehran, Iran

3- Faezeh Sonboli
M.A Student in Social Welfare,University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Faculty of Education Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran (Corresponding Author).
< Sonboli68@gmail.com>

Keywords: Politics, Health policies, Development plans, Social policy, Health

Received: 2018/10/16
Accepted: 2020/06/23

Introduction: development plans enhance the economic and social life of communities. Accordingly, present study aimed to review the health-related policies in development plans (first to sixth) of Iran based on the framework of social policy.

Method: This is a quantitative content analysis study. Accordingly, the texts of development plan provisions dealing with at least one of the categories in the field of health, were selected as the sample. SPSS software was used for data analysis.

Findings: Results of the study showed given the degree of obligation, the degree of compulsory obligation with 55% had the highest index. Given the Health Ministry's enforcement agent, treatment and medical education with 31.6% was the main agent. Moreover, the target groups of all members of society with 17.7%, had the highest rate. In terms of policy and service, the service rules with 57.9% had the highest rate. In the field of policy and service, treatment with 13.9% had the highest rate.

Discussion: As health issues are one of the well-known instances of social policy as a set of actions and policies affecting the well-being and life of people in society, so the results of the study showed that an attempt has been made to take steps towards the realization of social policies and creation of justice in provision of health facilities for all people in the first to sixth development plans.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

Extended abstract

Introduction: Development plans are regarded as a tool to improve the economic and social life of communities and aim to promote the materialistic and spiritual well-being of communities. Development plans include various areas, such as environment, education, housing, social security, etc. One of the most important areas of development plans, especially following the victory of the Islamic Revolution, has been the health area. Basically, government policies and plans in the field of health are formed within the framework of social policies. The significance of the health sector is determined by the fact that each member of society is somehow related to health issues from birth to death. Therefore, health is an issue of fundamental importance in any society. For this reason, different governments, with any welfare approach and ideology, pay the most attention to the field of health. Even the most liberal governments, with a supervisory role for the government which generally leave the welfare and social spheres to the market, enter the field of health and implement policies to optimize this area (Taylor, 2013: 105). Iran is one of the first Asian developing countries to develop medium-term plans. The idea of planning in Iran was also formed in 1937; however, the first seven-year development plan for Iran was prepared in the years 1948-1955, and 11 development plans have been developed so far (Mostafavi, 2016: 83). Findings of the studies indicated that people's health is affected by social and economic factors and policies and the application of social policies in health area should lead to public health policies. The advances in health over the last two centuries are largely due to social and economic advances. This study acknowledges that a healthy population can lead to more development and lower costs. Accordingly, sensible and effective strategies in health promotion must be developed for the successful application of social policies in health. The purpose of this study is to review health-related policies in development plans (1st to 6th) based on the framework of social policy.
Method: Present study is a quantitative content analysis. Accordingly, the data were collected through selection and classification of documents and texts (Fazeli, 1997: 99). In this research, the full texts of the first to sixth development plans were collected and studied, then based on the desired categories (all provisions related to physical and mental health: health, health and treatment, prevention,

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

medicine, pharmacy, disease, clinic, hospital, insurance, the insured, etc.) which reflect the research issue, all provisions related to the field of health were selected as the statistical population. Then the variables (provisions, health indicators, terms of enjoyment, degree of obligation, agent, target group, type of policy and service, scope of services, method of financing and time of implementation) were selected and examined. Then the variables were evaluated and their relative and percentage frequencies as well as intersection tables were calculated and plotted in SPSS software. Theories and review of related studies were used to ensure the validity of the present study. Also, the technique of obtaining accurate parallel information and presenting data analysis and results to the professors and experts of the field and obtaining their opinions were used as the measure of validity. The Kappa coefficient was used to measure the agreement between five evaluators, and it was determined with 95% confidence among the population.

Findings: Based on the results obtained from the set of six legal articles in the field of health in the first development plan 15 provisions, from the set of nine legal articles in the field of health in the second development plan 12 provisions, from the set of 14 legal articles in the field of health in the third development plan 56 provisions and 15 legal articles in the field of health in the fourth development plan 45 provisions, from the set of 10 legal articles in the field of health in the fifth development plan 38 provisions, and from the set of five legal articles in the field of health in the sixth development plan 43 provisions have been extracted. Accordingly a total of 209 provisions have been issued in the field of health.

Regarding the degree of binding provisions, from the total number of extracted provisions in the field of health, the highest rates included uncertainty with 67.9% in the third plan, the mandatory rate of 79.1% in the sixth plan, and the optional rate with 60% in the first plan. In general, in the first to sixth plans, regarding the degree of binding provisions, 37.3% of the provisions were indefinite, 55% were mandatory, and 7.7% were optional.

From among the total number of provisions extracted in the field of health, in general in the first to sixth plan regarding the provision agent, 13.4% were unspecified provisions, 29.7% were of the government, and 31.6% of the Ministry of Health, 8.1% of the Ministry of Health with other organizations: 4.8% of government

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

ministries, 1% of radio and television, 3.3% of relief and welfare committee, 2.4% of insurance organizations, 0.5% of non-governmental organizations, and 9.2% were of other organzations.

Regarding the target groups, from the total provisions, 7.2% were unspecified, 9.6% were for people living in deprived areas, 6.2% for people living in urban areas, 17.7% for all people in the community, 7.2% for veterans, 0.5% for people living in free zones, 1.4% for law enforcement personnel, 1.9% for the foreign national, 3.5% for the patients, 8.6% for the vulnerable people, 2.4% for doctors, and 1% was for the elite.

Regarding the distribution of politics and service, 42.1% of the provisions were in the form of politics and 57.9% of the provisions were in the form of service. In the development plans regarding the field of politics and service, from the total of the extracted provisions in the field of politics and service, in general, in the first to the sixth plan regarding the field of politics and service, 33% of the field of treatment, 20.5% in the field of promotion, 3.8% in the field of education and information, and 1% was in the field of prevention.

Regarding the time of executing the provisions, in general, 73% was unclear, 3.4% was six months after approval and 23.6% during the plan. Finally, regarding the financing of health judgments, out of the total number of judgments extracted in the field of health, in the first to the sixth plan regarding the financing of health judgments, 64.1% was unspecified, 1% of the insured and the employer, 4.3% from the source of private revenues, 13.9% of the annual budget, 2% of bank facilities, and 8.1% of subsidies.

Discussion: As health issues are considered the well-known instances of social policy as a set of actions and policies affecting the well-being and life of people in society, so the results of the study showed that an attempt has been made to take steps towards the realization of social policies and creation of justice in provision of health facilities for all people in the first to sixth development plans.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

Ethical Considerations:

Authors' contributions

All authors contributed in producing of the research.

Funding

In the present study, all expenses were borne by the authors and they did not have any sponsors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments:

In this article, all rights relating to references are cited and resources are carefully listed.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

مقدمه

توسعه جریانی است که بازسازی، اصلاح و ارتقای ساختار و نظام اقتصادی-اجتماعی یک کشور را به همراه دارد. توسعه افزون بر اینکه بهبود شاخصهایی همچون میزان تولید و درآمد را دربر می‌گیرد، شامل دگرگونیهای اساسی در ساختار نهادی، اجتماعی، اداری و همچنین ایستارها و دیدگاههای عمومی مردم است. توسعه وجود شرایطی است که رشد اقتصادی همراه با تغییر ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی حاصل شود. به‌نحوی‌که بهبود مستمر رفاه ملت را تنظیم کند (متوسلی، ۲۰۰۳). با توجه به گستردگی و جامع بودن مفهوم توسعه، به‌راحتی می‌توان دریافت که توسعه امری طبیعی و آسان نیست؛ بلکه نیازمند تفکری ساختاری و دانشی بسیار عمیق است که جز با برنامه‌ریزیهای دقیق و زمان‌بر امکان‌پذیر نیست. سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای توسعه و رفاه جامعه از مهم‌ترین وظایف دولت است (وصالی، ۲۰۱٤). توسعه ملی تابع رشد و گسترش عقلانیت و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است. هر نوع سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای توسعه ملی منتج از مبانی نظری و مفاهیمی است که با توجه به واقعیتهای اجتماعی و مسائل اساسی جامعه، در دستور کار دولت قرار می‌گیرد. برنامه‌های ملی توسعه مهم‌ترین اسنادی هستند که با توجه به امکانات و محدودیتها در جهت پیشبرد اهداف و ترسیم چشم‌انداز آینده جامعه بر اساس سطح شناخت و توان علمی و کارشناسی سیاست‌گذاران و مدیران سطوح عالی دولت تدوین و ارائه می‌شوند. دولت به‌عنوان کارگزار منافع ملی وظیفه خدمت، رفاه و توسعه کشور را بر عهده دارد و از سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی به‌عنوان ابزاری جهت بهبود وضعیت کنونی و آینده جامعه استفاده می‌کند (همان: ۲۱). شوروی سابق محل پیدایش و نشر و نمای نظام برنامه‌ریزی متمرکز بوده است. روش شوروی سابق در برنامه‌ریزی با تغییرات کم‌وزیاد در همه کشورهای سوسیالیستی خواه در اروپا مانند لهستان، مجارستان،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

چکسلواکی و بلغارستان، خواه در آسیا مانند چین، کره شمالی و ویتنام و خواه در آمریکای لاتین مانند کوبا، به کار گرفته شده است. درزمینه برنامه‌ریزی در کشورهای درحال‌توسعه نمونه‌های درخشان دیگری را می‌توان در آسیا در کره جنوبی، پاکستان، اندونزی و...، در آفریقا در مصر، تانزانیا، غنا، الجزایر، تونس، مراکش و... و در آمریکای جنوبی در مکزیک، برزیل، شیلی و... جزء اینها سراغ گرفت. فرانسه از کشورهای پیشرفته صنعتی است که از سال ۱۹٤٦ به بعد به طور مستمر اقدام به تهیه برنامه‌های میان‌مدت (٤-۵ ساله) کرده است (توفیق، ۲۰۰٤). از میان کشورهای درحال‌توسعه آسیایی هند از نخستین کشورهایی است که اقدام به تهیه برنامه‌های میان‌مدت کرده است. اندیشه برنامه‌ریزی در ایران نیز از سال ۱۳۱٦ شکل گرفت؛ اما اولین برنامه توسعه ۷ ساله برای ایران در سالهای (۱۳۲۷- ۱۳۳٤) تهیه و تاکنون ۱۱ برنامه توسعه تدوین شده است (مصطفوی، ۲۰۱٦). ایران با وجود داشتن منابع غنی‌تر و سابقه نسبتاً طولانی‌تر درزمینه برنامه‌ریزی توسعه در مقایسه با کشورهایی نظیر کره و ترکیه، از منظر شاخصهای توسعه در وضعیت نامطلوب‌تری در مقایسه با این کشورها قرار دارد. اما چه عاملی سبب کمتر بودن شتاب توسعه در ایران در مقایسه با این کشورها شده است؟ متخصصان دلیل ضعف در سازوکار تنظیم برنامه‌های توسعه، انحراف از واقعیتهای موجود، ضعف در برآورد وضعیت آتی، بی‌توجهی به شتاب تغییرات تکنولوژیک و فعل‌وانفعالات حاکم بر محیط اجرای برنامه را به‌عنوان متهمان انحراف روند حرکت ایران از مسیر ترسیم‌شده در برنامه‌های توسعه می‌دانند. چنین ضعفهایی خط توسعه کشور را عملاً به یک هزارتوی پرپیچ‌وخم تبدیل کرده است که در بسیاری از موارد نه‌تنها راهگشا نیست، بلکه به علت ماهیت غیرمنعطف خود، توانایی چندانی در شناسایی تغییرات ایجاد شده در اولویتها را نیز ندارد (مصطفوی، ۲۰۱٦).

برنامه‌های توسعه شامل حوزه‌های مختلف از جمله محیط‌زیست، آموزش، مسکن، تأمین اجتماعی و ... است. یکی از مهم‌ترین بخشهای برنامه‌های توسعه به‌ویژه پس از پیروزی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

انقلاب اسلامی، حوزه سلامت است. اصولاً سیاست‌گذاریها و برنامه‌ریزیهای دولت در حوزه سلامت، در چارچوب سیاستهای اجتماعی شکل می‌گیرد. سیاست اجتماعی، امکانات، راهکارها و وسایلی که موجب شکل‌گیری و گسترش و توسعه بهزیستی و بهورزی افراد جامعه می‌شود. باید به خاطر داشت که هدف نهایی سیاست اجتماعی صرفاً بقاء نیست، بلکه دستیابی فراگیر و مشمول اجتماعی، وقار و فرهمندی و شایستگی اجتناب‌ناپذیر انسانی برای رسیدن به یک جامعه نیک و پسندیده است (کامکار، ۲۰۰۳). به‌بیان‌دیگر سیاست‌گذاری اجتماعی، مجموعه اقداماتی است که دولت برای مواجهه با مشکلات اجتماعی به‌ویژه در حوزه‌های، بهداشت، آموزش، مسکن، رفاه و تأمین اجتماعی در دستور کار قرار می‌دهد که نقش تأثیرگذاری در ارتقای مشروعیت بیشتر سیاسی آنها دارد (وصالی و امیدی، ۲۰۱٤). همان‌طور که گفته شد یکی از مهم‌ترین بخشها در برنامه‌های توسعه، سلامت است. کاربرد خط‌مشی و سیاستهای اجتماعی تأثیر ویژه‌ای بر سلامت جامعه دارد (بابایی، ۲۰۰۳). اهمیت بخش سلامت از آن‌جا مشخص می‌شود که تک‌تک آحاد جامعه از ابتدای تولد تا مرگ هر یک به‌نوعی با مباحث سلامت در ارتباط هستند. ازاین‌رو سلامت موضوعی است که از اهمیتی اساسی در هر جامعه‌ای برخوردار است. به همین دلیل دولتهای مختلف با هر رویکرد و ایدئولوژی رفاهی، بیشترین توجه را به مقوله سلامت دارند. حتی لیبرال‌ترین دولتها که نقشی نظارتی برای دولت قائل هستند و حوزه رفاهی و اجتماعی را عموماً به بازار واگذار می‌کنند، درزمینه سلامت وارد شده و سیاستهایی را برای بهینه کردن این حوزه به کار می‌گیرند (تیلور، ۲۰۱۳). در ایران نیز مطالعاتی در حوزه سیاستهای مرتبط با سلامت صورت گرفته است؛ از جمله: بابایی (۲۰۰۳) به بررسی سیاستهای اجتماعی و سلامت پرداخته است. یافته‌های پژوهش نشان داد که سلامت مردم از عوامل و سیاستهای اجتماعی و اقتصادی تأثیر می‌گیرد و کاربرد سیاستهای اجتماعی در سلامت باید منجر به سیاستهای همگانی سلامت شود. پیشرفتهای دو قرن اخیر در سلامت را بیشتر ناشی از پیشرفتهای اجتماعی و اقتصادی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

می‌داند. این پژوهش اذعان دارد که جمعیت سالم می‌تواند توسعه بیشتری را موجب شده و هزینه کمتری را تحمیل کند. برای کاربرد موفق سیاستهای اجتماعی در سلامت باید راهبردهای معقول و مؤثری را در ارتقاء سلامت تدوین کرد.

اعتمادی و رفیعی (۲۰۰۰) در پژوهشی به مطالعه سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ابعاد مختلف رفاه اجتماعی ارتباط واضح و بارزی با قلمرو سلامت دارد. دماری و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی ویژگیهای سامانه سیاست‌گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران را موردبررسی قرار دادند و دریافتند که ویژگی سامانه سیاست‌گذاری در بخش سلامت در هفت اصل (جلب مشارکت ذی‌نفعان، پاسخ‌گویی اجتماعی، ضمانت اجرا، شایسته‌سالاری، جایگاه باثبات، استناد به شواهد علمی و توانایی و همکاری و هماهنگی) جمع‌بندی شده است که در صورت رعایت اصول هفتگانه در طراحی و استقرار سامانه، می‌توان نظام سلامت کشور را در دستیابی به چشم‌انداز بیست‌ساله یاری رساند. قاراخانی (۲۰۱۲) در پژوهشی به مطالعه دولت و سیاست سلامت در ایران پرداخته است. در این پژوهش به تحلیل رابطه رویکرد دولتهای چهارگانه از سال ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۹ و سیاست سلامت آنها پرداخته است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که سیاستهای سلامت در بازه زمانی مورد مطالعه متأثر از رویکرد سیاسی دولتها نیست. در بعد هزینه سلامت نیز تأثیر رویکرد دولتها بر سیاست سلامت مشاهده نشده است. بابایی (۲۰۰۳) به بررسی سیاستهای اجتماعی و سلامت پرداخت و دریافت که سلامت مردم از عوامل و سیاستهای اجتماعی و اقتصادی تأثیر می‌گیرد و کاربرد سیاستهای اجتماعی در سلامت باید منجر به سیاستهای همگانی سلامت شود. پیشرفتهای دو قرن اخیر در سلامت را بیشتر ناشی از پیشرفتهای اجتماعی و اقتصادی می‌داند. این پژوهش اذعان دارد که جمعیت سالم می‌تواند توسعه بیشتری را موجب شده و هزینه کمتری را تحمیل کند. برای کاربرد موفق سیاستهای اجتماعی در سلامت باید راهبردهای معقول و مؤثری را در ارتقاء سلامت تدوین کرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

اخوان بهبهانی (۲۰۱۳) در پژوهشی به مروری تحلیلی بر سیاستهای سلامت ایران در برنامه‌های توسعه پرداخته است. طبق نتایج این پژوهش، در برنامه اول و دوم احکام در خصوص گسترش شبکه بهداشت و درمان و کنترل جمعیت بوده است. در برنامه سوم رویکرد اصلی واگذاری خدمات است و در برنامه چهارم و پنجم احکام ناظر بر کاهش پرداخت از جیب مردم و افزایش کارآیی موردتوجه قرار گرفته است. حق‌دوست و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به مطالعه سیاست‌گذاری آینده‌نگر در بخش سلامت، جایگاه و چارچوب پیشنهادی پرداخته است. در این پژوهش تغییر نگاه مدیریتی و حاکم کردن دیدگاه آینده‌نگری در بخش سلامت به عنوان یک راهبرد جدی در نظر گرفته شده است. براتی و همکاران (۲۰۱٤) در پژوهشی به بررسی جایگاه عدالت در نظام سلامت و مروری اجمالی بر برنامه‌های توسعه پرداخته است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که در برنامه اول توسعه بر مناطق روستایی و بخشهای محروم جامعه تأکید شده است. در برنامه دوم و سوم علاوه بر تأکید بر مناطق محروم و روستایی، بر افزایش کارایی خدمات و ضرورت به‌کارگیری بهینه تمام منابع، امکانات و تسهیلات پرداخته شده است. نهایتاً در برنامه‌های چهارم و پنجم عدالت توزیعی در دسترسی، پزشک خانواده و سیستم ارجاع مورد تأکید واقع شده است. صفری شالی (۲۰۱٦) در پژوهشی به بررسی گفتمان عدالت دولتهای پس از انقلاب در حوزه سلامت پرداخته است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که عدالت اجتماعی در حوزه درمان و سلامت همچنان با مشکلات عملی و نظری زیادی روبه‌رو است؛ به‌طوری‌که تمرکز اصلی بر مقوله درمان است و در این حوزه نیز قسمت عمده هزینه‌های تأمین سلامت بر دوش خانواده‌ها تحمیل شده است.

با توجه به اهمیت حوزه سلامت، در این پژوهش نیز سعی بر آن است با احصاء سیاست‌های سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم بعد از انقلاب اسلامی آنها مورد مداقه قرار گیرد و پس از استخراج کامل تمامی احکام در حوزه سلامت در برنامه‌های توسعه،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

متغیرهای مختلف همچون (احکام، شاخصها سلامت، درجه الزام احکام، گروههای هدف، زمان اجراء و...) را در چهارچوب سیاستهای اجتماعی بررسی کند.

روش

نوع مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کمی است. در روش تحلیل محتوای کمی، معمولا مقدار زیادی داده‌ها به گونه مختصر تحلیل می‌شوند. در این روش می‌توان مجموعه‌ای از اسناد و یا متون را استخراج، شمارش و طبقه‌بندی کرد (فاضلی، ۱۹۹۷). در این پژوهش متن کامل برنامه‌های اول تا ششم توسعه گردآوری و مطالعه شد. سپس بر اساس مقولات موردنظر (تمامی قوانین مرتبط با سلامت جسمی و روانی: بهداشت، بهداشتی، درمان، پیشگیری، دارو، داروخانه، بیماری، کلینیک، بیمارستان، درمانگاه، بیمه، بیمه‌شدگان و ...) که مسئله پژوهش را به طور کامل منعکس کند، تمامی احکام مرتبط با حوزه سلامت به عنوان جامعه آماری استخراج شد. سپس متغیرهای (حکم، شروط برخورداری، درجه الزام احکام، کارگزار، گروه هدف، نوع سیاست و خدمت، حوزه سیاست و خدمت، نحوه تأمین مالی و زمان اجراء) استخراج و موردبررسی قرار گرفت. سپس متغیرها ارزش‌گذاری و فراوانیهای نسبی و درصدی مربوط به آنها و همچنین جداول تقاطعی در محیط نرم‌افزار SPSS محاسبه و ترسیم شد. در اعتبارپذیری پژوهش حاضر از تئوریها و مرور مطالعات استفاده شد. همچنین از تکنیک کسب اطلاعات دقیق موازی و ارائه تحلیلهای داده‌ای و نتایج به اساتید و متخصصان امر و اخذ نظر آنان استفاده شد. جهت بررسی روایی از توافق بین ۵ ارزیاب و با استفاده از ضریب فلیس کاپا تعیین و با ٪۹۵ اطمینان حدود آن در جامعه برآورده شد. در ادامه تعاریف عملیاتی برخی متغیرها ذکر شده است:

حکم: گزاره‌ای کوتاه که از دل ماده‌های قانون استخراج شده است و بایدونبایدهای ماده‌ها را می‌شود از آن استنباط کرد و در این پژوهش تمامی احکام مرتبط با سلامت را شامل می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

درجه الزام: درجه الزام احکام به میزان الزام تعیین‌شده توسط ارگان قانون‌گذار را گویند که معمولاً در غالب الزام اجباری و اختیاری تعریف می‌شود.

کارگزار یا متولی: به ارگانها، مؤسسات یا مراکز خصوصی و دولتی و مجموعه هیئت دولت گویند که قانون‌گذار، گاهی آنها را موظف و گاهی آنها را مختار به انجام و اجرایی کردن حکم می‌کند.

گروه هدف: آن دسته از افراد یا گروههای حقیقی را گویند که اجرایی شدن قانون و پیاده کردن احکام، برایشان نفعی داشته باشد و از ابتدای تحقیق حاضر تا به انتها، تأثیر سایر متغیرها بر این گروهها سنجیده می‌شود.

سیاست و خدمت، احکام سیاستی: در پژوهش حاضر هرگونه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حوزه سلامت را گویند که به نفع همگان تدوین و اجرایی شود. احکام خدمتی: در پژوهش حاضر، هرگونه خدمتگزاری و خدمت‌رسانی در حوزه سلامت را گویند که برای گروههای خاصی از افراد جامعه تدوین شده است.

زمان اجراء احکام: مدت‌زمانی را گویند که معین می‌کند احکام سلامت در چه بازه‌ای از زمان باید اجرایی و به سرانجام برسد. حکم یا در دوره ۵ ساله برنامه توسعه عملیاتی می‌شود، یا حالت تنفیذی دارد و یا از یک دوره شروع می‌شود و تا دوره ۵ ساله بعدی هم ادامه می‌یابد.

تأمین مالی: تأمین مالی به عمل تهیه منابع مالی برای اجراء احکام سلامت گویند.

یافته‌ها

حکم

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مجموعه ٦ ماده‌قانونی در حوزه سلامت در برنامه اول توسعه ۱۵ حکم، از مجموعه ۹ ماده‌قانونی در حوزه سلامت در برنامه دوم توسعه ۱۲ حکم،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

از مجموعه ١٤ مادهقانونی در حوزه سلامت در برنامه سوم توسعه ٥٦ حکم، استخراج است. از مجموعه ۱۵ مادهقانونی در حوزه سلامت در برنامه چهارم توسعه ٤٥ حکم، از مجموعه ۱۰ مادهقانونی در حوزه سلامت در برنامه پنجم توسعه ۳۸ حکم و از مجموعه ۵ مادهقانونی در حوزه سلامت در برنامه ششم توسعه ٤٣ حکم استخراج شده است. درمجموع ۲۰۹ حکم در حوزه سلامت تدوین شده است (جدول شماره ۱).

جدول (۱) احکام برنامههای توسعه در حوزه سلامت

شاخص سلامت	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
تعداد احکام سلامت در برنامههای توسعه	۱۵	۷.۱	۱۲	۵.۸	٥٦	٢٦.٨	٤٥	٢١.٥	۳۸	۱۸.۲	٤٣	٢٠.٦	۲۰۹	۱۰۰

درجه الزام

در برنامههای توسعه در خصوص درجه الزام احکام، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سلامت، بالاترین میزان نامشخص با ٦٧/٩ درصد در برنامه سوم، بالاترین میزان اجباری ۷۹/۱ درصد در برنامه ششم و بالاترین میزان اختیاری با ٦٠ درصد متعلق به برنامه اول است. بهطورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص درجه الزام احکام، ۳۷/۳ درصد از احکام نامشخص، ۵۵ درصد اجباری و ۷/۷ درصد اختیاری است (جدول شماره ۳).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

جدول (۳) درجه الزام احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	درجه الزام	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۱	نامشخص	۱	٦.٧	۲	١٦.٧	۳۸	٦٧.٩	۱۳	۲۸.۹	۱۷	٤٤.٧	۷	١٦.٣	۷۸	۳۷.۳
۲	اجباری	۵	۳۳.۳	۹	۷۵	١٦	۲۸.٦	۳۲	۷۱.۱	۱۹	۵۰	۳٤	۷۹.۱	۱۱۵	۵۵
۳	اختیاری	۹	٦۰	۱	۸.۳	۲	۳.٦	۰	۰	۲	۵.۳	۲	٤.۷	١٦	۷.۷
مجموع		۱۵	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	٥٦	۱۰۰	٤٥	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	٤۳	۱۰۰	۲۰۹	۱۰۰

کارگزار

در برنامه‌های توسعه در خصوص کارگزار، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سلامت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص کارگزار احکام، ۱۳/٤ درصد از احکام نامشخص، ۲۹/۷ درصد دولت و ۳۱/٦ درصد وزارت بهداشت، ۸/۱ درصد وزارت بهداشت به همراه سایر ارگانها، ٤/۸ درصد وزارت‌خانه‌های دولتی، ۱ درصد صداوسیما، ۳/۳ درصد کمیته امداد و بهزیستی، ۲/٤ درصد سازمانهای بیمه‌گر،۰/۵ درصد مؤسسات غیردولتی و ۲/۹ درصد سایر ارگانها است (جدول شماره ٤).

جدول (٤) کارگزار احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	کارگزار	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۱	نامشخص	۱	٦.٧	۲	١٦.٧	١٥	٢٦.٨	۳	٦.٧	۷	١٨.٤	۰	۰	٢٨	١٣.٤
۲	سایر ارگانها	۰	۰	۰	۰	۳	٥.٤	۱	۲.۲	۰	۰	۲	٤.۷	٦	۲.۹
۳	بهزیستی و کمیته امداد	۰	۰	۰	۰	٤	۷.۱	۰	۰	۰	۰	۳	۷	۷	۳.۳

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

ردیف	کارگزار	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
٤	دولت و کارفرما	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰.۵
٥	موضوعیت ندارد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲.۲	۰	۰	۰	۰	۱	۰.۵
٦	دولت و وزارت بهداشت	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲.۳	۱	۰.۵
۷	دولت	۲	۱۳.۳	۷	۵۸.۳	۱٦	۲۸.٦	۱۷	۳۷.۸	۱۰	۲٦.۳	۱۰	۲۳.۳	٦۲	۲۹.۷
۸	وزارت بهداشت	۹	٦۰	۱	۸.۳	۸	۱٤.۳	۱۹	٤۲.۲	۱۸	٤۷.٤	۱۱	۲٥.٦	٦٦	۳۱.٦
۹	وزارت بهداشت و سایر ارگان	۲	۱۳.۳	۰	۰	۰	۰	۲	٤.٤	۲	٥.۳	۱۱	۲٥.٦	۱۷	۸.۱
۱۰	وزارتخانه‌های دولتی	۱	٦.۷	۲	۱٦.۷	٤	۷.۱	۰	۰	۰	۰	۳	۷	۱۰	٤.۸
۱۱	سازمان صداوسیما	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۰	۰	۱	۲.٦	۰	۰	۲	۱
۱۲	سازمانهای بیمه‌گر	۰	۰	۰	۰	۲	۳.٦	۲	٤.٤	۰	۰	۱	۲.۳	٥	۲.٤
۱۳	شورای اقتصاد	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۰	۰	۰	۰	۱	۲.۳	۲	۱
۱٤	مؤسسات غیردولتی	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰.۵
	مجموع	۱٥	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	٥٦	۱۰۰	٤٥	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	٤۳	۱۰۰	۲۰۹	۱۰۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

گروه هدف

در برنامه‌های توسعه در خصوص متغیر گروههای هدف، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سلامت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص گروههای هدف از کل احکام استخراج شده، ۷/۲ درصد نامشخص، ۹/٦ درصد افراد ساکن مناطق محروم، ٦/۲ درصد افراد ساکن مناطق شهری، ۱۷/۷ درصد همه افراد جامعه، ۷/۲ درصد جانبازان و ایثارگران، ۰/۵ درصد افراد ساکن مناطق آزاد، ۱/٤ درصد پرسنل نیروی انتظامی، ۱/۹ درصد اتباع خارجی، ۵/۳ درصد بیماران، ۸/٦ درصد افرادآسیب‌پذیر، ۲/٤ درصد پزشکان، ۱ درصد نخبگان را تشکیل می‌دهند (جدول شماره ۵).

جدول (۵) گروههای هدف احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	گروه‌های هدف	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۱	نامشخص	۰	۰	۰	۰	۸	۱٤.۳	۱	۲.۲	٦	۱۵.۸	۰	۰	۱۵	۷.۲
۲	ناظران بهداشتی و پزشکان	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۰	۰	۱	۲.٦	۳	۷	۵	۲.٤
۳	نخبگان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۵.۳	۰	۰	۲	۱
٤	مردم مناطق نفت‌خیز	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲.۳	۱	۰.۵
۵	افراد درصدد ازدواج	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	٤.۷	۲	۱
٦	همه افراد جامعه	۱	٦.۷	۱	۸.۳	۷	۱۲.۵	۱۱	۲٤.٤	۷	۱۸.٤	۱۰	۲۳.۲	۳۷	۱۷.۷
۷	موضوعیت ندارد	۳	۲۰	۵	٤۱.۷	٤	۷.۱	۱۷	۳۷.۸	۱۲	۳۱.٦	۱٦	۳۷.۲	۵۷	۲۷.۳

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

ردیف	گروه‌های هدف	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۸	افراد ساکن مناطق محروم	۳	۲۰	۲	۱۶.۷	۷	۱۲.۵	۱	۲.۲	٤	۱۰.۵	۳	۷	۲۰	۹.٦
۹	بیمه‌شده	۰	۰	۱	۸.۳	۲	۳.٦	۰	۰	۰	۰	۲	٤.۷	۵	۲.٤
۱۰	افراد ساکن مناطق شهری	۸	۵۳.۳	۱	۸.۳	٤	۷.۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۳	٦.۲
۱۱	جانبازان و ایثارگران	۰	۰	۲	۱٦.۷	۱۲	۲۱.٤	۱	۲.۲	۰	۰	۰	۰	۱۵	۷.۲
۱۲	بیمه‌گر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲.۳	۱	۰.۵
۱۳	پرسنل نیروی انتظامی و بسیجیان	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۰	۰	۲	۵.۳	۰	۰	۳	۱.٤
۱٤	اتباع خارجی	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۸	۱	۲.۲	۱	۲.٦	۱	۲.۳	٤	۱.۹
۱۵	بیماران	۰	۰	۰	۰	۵	۸.۹	۳	٦.۷	۳	۷.۹	۰	۰	۱۱	۵.۳
۱٦	افراد آسیب‌پذیر	۰	۰	۰	۰	٤	۷.۱	۱۰	۲۲.۲	۰	۰	٤	۹.۳	۱۸	۸.٦
مجموع		۱۵	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۵٦	۱۰۰	٤۵	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	٤۳	۱۰۰	۲۰۹	۱۰۰

سیاستی و خدمتی

در برنامه‌های توسعه در خصوص متغیر سیاست و خدمت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص توزیع سیاست و خدمت، ٤۲/۱ درصد از احکام در قالب سیاست و ۵۷/۹ درصد از احکام در قالب خدمت هستند (جدول شماره:٦).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

جدول (٦) نوع سیاست یا خدمت احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	سیاست و خدمت	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
١	سیاست	٣	٢٠	٦	٥٠	١٩	٣٣.٩	١٩	٤٢.٢	١٨	٤٧.٤	٢٣	٥٣.٥	٨٨	٤٢.١
٢	خدمت	١٢	٨٠	٦	٥٠	٣٧	٦٦.١	٢٦	٥٧.٨	٢٠	٥٢.٦	٢٠	٤٦.٥	١٢١	٥٧.٩
مجموع		١٥	١٠٠	١٢	١٠٠	٥٦	١٠٠	٤٥	١٠٠	٣٨	١٠٠	٤٣	١٠٠	٢٠٩	١٠٠

حوزه سیاست و خدمت

در برنامه‌های توسعه در خصوص حوزه سیاست و خدمت، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سیاست و خدمت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص حوزه سیاست و خدمت، ٣٣ درصد حوزه درمان، ٢٠/٥ درصد در حوزه ارتقاء، ٣/٨ درصد در حوزه آموزش و اطلاع‌رسانی و ١ درصد در حوزه پیشگیری است (جدول شماره: ٧).

جدول (٧) حوزه سیاست و خدمت احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	حوزه سیاست و خدمت	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
١	ارتقاء سلامت و درمان	٠	٠	١	٨.٣	٧	١٢.٥	٥	١١.١	١٢	٣١.٦	١٥	٣٤.٩	٤٠	١٩.٢
٢	ارتقاء سلامت و پیشگیری	٠	٠	٠	٠	٤	٧.١	٢	٤.٤	٤	١٠.٥	٧	١٦.٣	١٧	٨.١
٣	ارتقاء و بهداشت و درمان	٠	٠	٢	٦.٧	٠	٠	١	٢.٢	٠	٠	١	٢.٣	٤	١.٩

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

ردیف	حوزه سیاست و خدمت	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
٤	درمان	١٣	٨٦.٧	٦	٥٠	٢٧	٤٨.٢	٩	٢٠	١٠	٢٦.٣	٤	٩.٣	٦٩	٣٣
٥	ارتقاء سلامت	٠	٠	٠	٠	٩	١٦.١	٢٠	٤٤.٤	٧	١٨.٤	٧	١٦.٣	٤٣	٢٠.٥
٦	بهداشت و درمان	١	٦.٧	١	٨.٣	٦	١٠.٧	٤	٨.٩	٣	٧.٩	٣	٧	١٨	٨.٧
٧	پیشگیری	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٢.٢	١	٢.٦	٠	٠	٢	١
٨	آموزش و اطلاع‌رسانی	٠	٠	٠	٠	٢	٣.٦	٣	٦.٧	٠	٠	٣	٧	٨	٣.٨
٩	ارتقاء سلامت و بهداشت	١	٦.٧	٢	١٦.٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣	١.٤
١٠	پیشگیری و درمان و ارتقاء	٠	٠	٠	٠	١	١.٨	٠	٠	١	٢.٦	٢	٤.٧	٤	١.٩
١١	پیشگیری و درمان	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٢.٣	١	٠.٥
	مجموع	١٥	١٠٠	١٢	١٠٠	٥٦	١٠٠	٤٥	١٠٠	٣٨	١٠٠	٤٣	١٠٠	٢٠٩	١٠٠

زمان اجراء

در برنامه‌های توسعه در خصوص زمان اجراء احکام، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم زمان اجراء احکام ۷۳ درصد نامشخص، ۳/٤ درصد شش ماه پس از تصویب و ۲۳/٦ درصد در طول برنامه هستند (جدول شماره: ۸).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

جدول (۸) زمان اجراء احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	زمان اجراء	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۱	نامشخص	۱۳	۸٦.۷	۵	٤۱.۷	۳۹	۷۵	۳۲	۷۱.۱	۳۲	۸۰	۳۱	۷۰.۵	۱۵۲	۷۳
۲	شش ماه پس از تصویب	۱	٦.۷	...	...	۲	۳.۸	٤	۸.۹	...	...	...	...	۷	۳.٤
۳	در طول برنامه	۱	٦.۷	۷	۵۸.۳	۱۱	۲۱.۱	۹	۲۰	۸	۲۰	۱۳	۲۹.۵	٤۹	۲۳.٦
	مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۵۲	۱۰۰	٤۵	۱۰۰	٤۰	۱۰۰	٤٤	۱۰۰	۲۰۸	۱۰۰

تأمین مالی

در خصوص تأمین مالی احکام سلامت، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سلامت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص تأمین مالی احکام سلامت، ٦٤/۱ درصد نامشخص، ۱ درصد بیمه‌شده و کارفرما، ٤/۳ درصد از منبع درآمدهای اختصاصی، ۱۳/۹ درصد بودجه سالانه، ۲ درصد تسهیلات بانکی، ۸/۱ درصد یارانه است (جدول شماره ۹).

جدول (۹) نحوه تأمین مالی احکام سلامت در برنامه‌های توسعه

ردیف	تأمین مالی	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۱	نامشخص	۱	٦.۷	۵	٤۱.۷	۳٦	٦٤.۳	۳۳	۷۳.۳	۳۲	۸٤.۲	۲۷	٦۲.۸	۱۳٤	٦٤.۱
۲	درآمد عمومی	۰	۰	۰	۰	۲	۳.٦	۳	٦.۷	۰	۰	۰	۰	۵	۲.٤
۳	یارانه	۰	۰	۰	۰	۸	۱٤.۳	۳	٦.۷	٤	۱۰.۵	۲	٤.۷	۱۷	۸.۱
٤	تسهیلات بانکی و یارانه	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	٤.٤	۰	۰	۰	۰	۲	۱

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

ردیف	تأمین مالی	برنامه اول		برنامه دوم		برنامه سوم		برنامه چهارم		برنامه پنجم		برنامه ششم		جمع	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
۵	حساب‌جاری ارگان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲.۳	۱	۰.۵
٦	بیمه شده و کارفرما و دولت	۰	۰	۰	۰	۲	۳.٦	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱
۷	منابع داخلی و بودجه عمومی	۰	۰	۲	۱٦.۷	۰	۰	۱	۲.۲	۱	۲.٦	۲	٤.۷	٦	۲.۹
۸	بودجه سالانه	۱۰	٦٦.۷	۲	۱٦.۷	۸	۱٤.۳	۲	٤.٤	۰	۰	۷	۱٦.۳	۲۹	۱۳.۹
۹	تسهیلات بانکی	۲	۱۳.۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱
۱۰	سایر	۱	٦.۷	۱	۸.۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱
۱۱	درآمد اختصاصی	۱	٦.۷	۲	۱٦.۷	۰	۰	۱	۲.۲	۱	۲.٦	٤	۹.۳	۹	٤.۳
	مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	٥٦	۱۰۰	٤٥	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	٤۳	۱۰۰	۲۰۹	۱۰۰

بحث

نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که ازلحاظ الزام، بالاترین میزان نامشخص با ٦۷/۹ درصد در برنامه سوم، بالاترین میزان اجباری ۷۹/۱ درصد در برنامه ششم و بالاترین میزان اختیاری با ٦۰ درصد متعلق به برنامه اول است. به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص درجه الزام احکام، ۳۷/۳ درصد از احکام نامشخص، ۵۵ درصد اجباری و ۷/۷ درصد اختیاری بود. همچنین، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص کارگزار احکام، ۱۳/٤ درصد از احکام نامشخص، ۲۹/۷ درصد دولت و ۳۱/٦ درصد وزارت بهداشت، ۸/۱ درصد وزارت بهداشت به همراه سایر ارگانها، ٤/۸ درصد وزارت‌خانه‌های دولتی، ۱ درصد صداوسیما، ۳/۳ درصد کمیته امداد و بهزیستی، ۲/٤ درصد سازمانهای بیمه‌گر،۰/۵

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

درصد مؤسسات غیردولتی و ۲/۹ درصد سایر ارگانها بود. در خصوص گروههای هدف از کل احکام استخراج شده، ۷/۲ درصد نامشخص، ۹/٦ درصد افراد ساکن مناطق محروم، ٦/۲ درصد افراد ساکن مناطق شهری، ۱۷/۷ درصد همه افراد جامعه، ۷/۲ درصد جانبازان و ایثارگران، ۰/۵ درصد افراد ساکن مناطق آزاد، ۱/٤ درصد پرسنل نیروی انتظامی، ۱/۹ درصد اتباع خارجی، ۵/۳ درصد بیماران، ۸/٦ درصد افرادآسیب‌پذیر، ۲/٤ درصد پزشکان، ۱ درصد نخبگان را تشکیل می‌دادند. در برنامه‌های توسعه در خصوص متغیر سیاست و خدمت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص توزیع سیاست و خدمت، ٤۲/۱ درصد از احکام در غالب سیاست و ۵۷/۹ درصد از احکام در غالب خدمت بودند. در برنامه‌های توسعه در خصوص حوزه سیاست و خدمت، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سیاست و خدمت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص حوزه سیاست و خدمت، ۳۳ درصد حوزه درمان، ۲۰/۵ درصد در حوزه ارتقاء، ۳/۸ درصد در حوزه آموزش و اطلاع‌رسانی و ۱ درصد در حوزه پیشگیری بود. در برنامه‌های توسعه در خصوص زمان اجراء احکام، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم زمان اجراء احکام ۷۳ درصد نامشخص، ۳/٤ درصد شش ماه پس از تصویب و ۲۳/٦ درصد در طول برنامه بود. درنهایت، در خصوص تأمین مالی احکام سلامت، از مجموع احکام استخراج شده حوزه سلامت، به‌طورکلی در برنامه اول تا ششم در خصوص تأمین مالی احکام سلامت، ٦٤/۱ درصد نامشخص، ۱ درصد بیمه شده و کارفرما، ٤/۳ درصد از منبع درآمدهای اختصاصی، ۱۳/۹ درصد بودجه سالانه، ۲ درصد تسهیلات بانکی، ۸/۱ درصد یارانه بود.

با توجه به پژوهش انجام‌شده در حوزه قوانین و احکام سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم پس از انقلاب جمهوری اسلامی ایران، نتایج به‌دست‌آمده مؤید آن است که در بحث درجه الزام احکام از برنامه اول تا ششم تعداد احکام اجباری به نسبت احکام اختیاری رو به افزایش و دولت ارگانهای ذی‌ربط و کارگزار را موظف به اجراء احکام کرده است. در بحث

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

متولیان و کارگزاران احکام سلامت از برنامه اول تا ششم دولت سعی کرده است تا علاوه بر وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی احکام سلامت، ارگانهای دیگر همچون بهزیستی، کمیته امداد، صداوسیما و ... را نیز به عنوان کارگزاران در بخشهای مختلف پیشگیری، آموزش و درمان معرفی کند. البته درزمینه متولیان احکام سلامت در برنامه‌های توسعه خلأ بخش خصوصی احساس می‌شود و می‌توان به این مسئله به عنوان یکی از ضعفهای تدوین برنامه توسعه درزمینه سلامت اشاره کرد. در مبحث گروههای هدف، خوشبختانه از برنامه اول تا ششم تعداد گروههای هدف افزایش یافته است و از نقاط قوت تدوین این برنامه‌ها که گام مهمی در جهت تحقق سیاست اجتماعی است توجه بیشتر به اقشار آسیب‌پذیر (زنان سرپرست خانوار، کودکان، معلولان و ...) است. در مبحث حوزه سیاست و خدمت در تدوین برنامه‌های توسعه بحث درمان بیشتر مورد بیشتر موردتوجه قرار گرفته است. گرچه تلاش در جهت شاخصهای جهانی درزمینه درمان از مصادیق مهم عدالت و سیاست اجتماعی است، اما امروزه در کشورهای پیشرفته پیشگیری و آموزش قبل از وقوع بیماری بیشتر موردتوجه است که در تدوین برنامه‌های توسعه‌ای ایران کمتر موردتوجه قرار گرفته است. در بحث زمان اجراء احکام، گرچه زمان اجراء در برخی از احکام مشخص شده است اما متأسفانه توجه کافی نداشتن به اعلام زمان مشخص و دقیق اجراء احکام از نقاط ضعف تدوین این قوانین است که این امر سبب عدم اجراء به‌موقع قوانین می‌شود. در مبحث تأمین منابع مالی سعی بر آن بوده است که با بیشینه کردن سهم بخش عمومی (منابع عمومی دولت، مشارکت بیمه‌ها) و کاهش پرداخت از جیب، مردم ازنظر پوشش بیمه‌ای در زمان بیماری احساس آسودگی خاطر بیشتر و ازنظر مالی بر منابع عمومی و پیش‌پرداختها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، چراکه هرچه میزان منابع مالی بیش‌تر از محل پرداختهای مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تأمین شود، نظام تأمین منابع مالی سلامت، غیرعادلانه‌تر خواهد بود. عدالت در سلامت به وجود فرصتهای عادلانه برای دستیابی به سلامت جامع (رفاه کامل جسمی،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

روحی، روانی و اجتماعی) برای کلیه افراد جامعه دلالت دارد. به طور اختصاصی عدالت در سلامت با توزیع عادلانه منابع سلامت و امکان دسترسی و بهره‌مندی عادلانه از خدمات سلامت ارزیابی می‌شود.

نتایج حاصل هم‌راستا با مطالعه انجام شده توسط اخوان بهبهانی (۲۰۱۳) است که در بررسی و تحلیل سیاستهای سلامت ایران در برنامه‌های توسعه دریافتند که در برنامه اول و دوم احکام در خصوص گسترش شبکه بهداشت و درمان و کنترل جمعیت بود. در برنامه سوم رویکرد اصلی واگذاری خدمات است و در برنامه چهارم و پنجم احکام ناظر بر کاهش پرداخت از جیب مردم و افزایش کارآیی موردتوجه قرار گرفته است. علاوه بر این، یافته‌های بررسی بابایی (۲۰۰۳) نیز تأکید دارد که پیشرفتهای دو قرن اخیر در سلامت بیشتر ناشی از پیشرفتهای اجتماعی و اقتصادی است و بنابراین جمعیت سالم می‌تواند توسعه بیشتری را موجب شده و هزینه کمتری را تحمیل کند. برای کاربرد موفق سیاستهای اجتماعی در سلامت باید راهبردهای معقول و مؤثری را در ارتقاء سلامت تدوین کرد. حق‌دوست و همکاران (۲۰۱۳) نیز در بررسی سیاست‌گذاری آینده‌نگر در بخش سلامت، به‌ضرورت در نظر گرفتن تغییر نگاه مدیریتی و حاکم کردن دیدگاه آینده‌نگری در بخش سلامت به عنوان یک راهبرد جدی اشاره کرده است. در مورد نقاط ضعف و قدرت حوزه سلامت در راستای عدالت اجتماعی، یافته‌های صفری شالی (۲۰۱٦) نیز نشان داد که عدالت اجتماعی در حوزه درمان و سلامت همچنان با مشکلات عملی و نظری زیادی روبه‌رو است؛ به‌طوری‌که تمرکز اصلی بر مقوله درمان است و در این حوزه نیز قسمت عمده هزینه‌های تأمین سلامت بر دوش خانواده‌ها تحمیل شده است.

با توجه به اینکه در اکثر نظامها سلامت دنیا سه مقوله گروه هدف، کارگزار و نحوه تأمین مالی در خدمات سلامت بسیار موردتوجه بود می‌توان نتیجه گرفت که با عنایت به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

مطالب ذکر شده ایران نیز در جهت تحقق عدالت و سیاست اجتماعی در حوزه سلامت، در برنامه‌های اخیر گامهایی مهمی برداشته است. اصلی‌ترین قابلیتها و نقاط قوت و تنگناها و نقاط ضعف در تدوین برنامه‌های توسعه در حوزه سلامت در ایران عبارتند از:

نقاط قوت:

۱- توجه به گروههای هدف متعدد و اعمال قوانین سیاستی به نفع تمام مردم

۲- توجه ویژه به اقشار آسیب‌پذیر و مردم ساکن مناطق محروم

۳- تدوین احکام مربوط به یکپارچگی در نظام ارجاع و خدمات در جهت توسعه عدالت

۵- توجه به پوشش بیمه اقشار مختلف جامعه

٦-تدوین قوانین در جهت کاهش پرداختهای از جیب مردم به‌خصوص اقشار تحت پوشش ارگانهای حمایتی

۷- توجه به اعلام فهرست سبد مطلوب غذایی، اعلام فهرست داروهای مجاز و ... در جهت تحقق زندگی سالم

۸- تدوین احکامی در جهت ارتقاء بهره‌مندی از خدمات و دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت

نقاط ضعف:

۱- عدم شفافیت در تدوین دقیق قوانین

۲- کمبود اعتبارات بخش سلامت و عدم شفافیت تأمین مالی اجرای احکام

۳- عدم توجه به زمان دقیق اجرای احکام

۵- غلبه نگرش درمان‌محوری بر سلامت‌محوری و پیشگیری در تدوین قوانین

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

ملاحظات اخلاقی:

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در تهیه مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع مالی

برای انتشار این مقاله حمایت مالی مستقیم از هیچ نهاد یا سازمانی دریافت نشده است.

تعارض منافع

این مقاله با سایر آثار منتشرشده از نویسندگان هم‌پوشانی ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

در این مقاله همه حقوق مرتبط با اخلاق پژوهش رعایت شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

- Acedo, A., Painho, M., & Casteleyn, S. (2017). Place and city: Operationalizing sense of place and social capital in the urban context. Transactions in GIS, 21(3), 503-520.
- Adibi Sedeh, M., Rastegar, Y., & Beheshty, S. S. (2014). Social Tolerance and Its Components. Social Welfare, 13(50), 353-350. Retrieved from. http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1366-en.html
- Afshani, S., & Ram, N. (2017). The relationship between social capital and social toleration among youth in the city of Yazd. Social analysis of order and social inequality, 9(72), 115-134.
- Arabian, A. (2016). Toleration. Educational-research information quarterly, 10(37-38), 32-36.
- Azadarmaki, T., & Chavoshian, H. (2003). The human Body as a medium of identity. Iranian Journal of sociology (ISA), 4(4), 57-75. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=21999
- Bayaty, P., Jahanbakhsh, I., & Bahian, S. (2019). Sociological Explanation of Challenges and Opportunities Related to Social Tolerance of Tehran›s Citizens. IRANIAN JOURNAL OF SOCIAL PROBLEMS, 9(2), 17-39. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=648324
- Beilin, R., & Wilkinson, C. (2015). Introduction: Governing for urban resilience. In: SAGE Publications Sage UK: London, England. 9 (2), 38-51.
- Bidel, P., & Mahmoodzade, A. (2012). A Study on the Social Belonging of People to Iranian Society and its Relationship with Social Trust and Individualism (Case Study: Mashhad). Journal of Iranian Cultural Research, 5(2), 31-63. doi:10.7508/ijcr.2012.18.002
- Brewer, M. B., & Pierce, K. P. (2005). Social identity complexity and outgroup tolerance. Personality and Social Psychology Bulletin, 31(3), 428-437.
- Cieri, R. et al. (2014). Craniofacial feminization, social tolerance, and the origins of behavioral modernity. Current Anthropology, 55(4), 419-443.
- Dastranj, M. (2013). A study of the relationship between family characteristics and CHILDREN'S SOCIALIZATION. WOMAN & STUDY OF FAMILY, 6(22), 79-98. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=500265
- Delake, H., Samare MohseNnbeigi, H., & Shahivandi, A. (2017).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

Evaluation of social resilience in urban areas of Isfahan. Journal of sociology of social institutions, 4(9 #G0041), 227-252. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=568894Dima, B.; Dima, Ş. (2016). Income distribution and social tolerance. Social Indicators Research, 128(1), 439-466.

- Durkheim, E. (1897). Le suicide: étude de sociologie: Alcan.

- Ebrahimzadeh, H., Ashtari, A., & Mofarah, F. (2014). Social factors influencing the Iranians belong to the neighborhood (the study population: Tehran 22 area residents over 18 years RESIDENTS OVER 18 old). URBAN MANAGEMENT, Volume 13, Number 37, 151-164

- Emami, A., Safari, M., & Farahnaki, R. (2017). The Determination of Relationship between Sense of Belonging and its Social Indicators, Case Study: Ziarat Village- Golestan. Journal of Architect, Urban Design & Urban Planning, 21, 11-21.

- Fathi, S., Vosoughi, M., & Salmani, G. (2014). An evaluation of the relationship between virtual social networks›s consumption and the youth›s lifestyle. Sociological studies of tudies of youth (Sociological studies of youth), 4(13), 69-88. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=428013

- Firozjaeyan, A., Sharepour, M., & Farzam, N. (2016). Social analysis of the effect of cultural capital on interpersonal communication with emphasis on social tolerance. Journal of Culture and Communication Studies, 17 (35), 7-30. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=539558

- Ghorbani, A. (2018). The Role of Social Factors (Family, School, Peer Group) in Socialization of Students in Golestan Province. Joural of applied Sociology, 29(2), 113-128. doi:10.22108/JAS.2018.100602.1013

- Gerb, E. (2002). Social inequality»: The views of classical and contemporary theorists.

- Glock, C., & Stark, R. (1965). Religion and society in tension: Chicago: Rand McNally.

- Hashemi, S., & Gholamzade Natanzi, A. (2012). Consumption of Music in Tehran: The case of students living in Tehran. Sociology of Art and Literature, 4(1), 123-142.

- Hazrati someeh, Z. (2016). The degree of university female student›s

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

piety and social factors affecting it (A Case Study of Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran). Women›s Strategic Studies, 19(73 (Autumn2016)), 125-151. doi:10.22095/jwss.2016.44404

- Hazeri, A. M. (2009). Socialization Experiences of Three Generations Stoudying Mail Stoudents of Thehran High Schools. Scientific Information Database, 43-72.

- Hosseinchari, M., & Mohammadi, M. (2012). Predicting psychological resilience based on religious beliefs in urban and rural university students. Journal of Contemporary Psychology, 6(2), 45-56.

- Ikeda, K. I., & Richey, S. (2009). The impact of diversity in informal social networks on tolerance in Japan. British Journal of Political Science, 39(3), 655-668.

- Jahangiri, J., & Afrasiabi, H. (2011). Study of Shiraz families about tolerance, factors and consequences. Journal of Applied Society, 22 (3), 153-175. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=242494

- Kim, J., & Zhong, Y. (2010). Religion and Political Tolerance in South Korea. East Asia, 27(2), 187-203.

- Kyle, G., Graefe, A., & Manning, R. (2005). Testing the dimensionality of place attachment in recreational settings. Environment and behavior, 37(2), 153-177.

- Lee, F. (2014). "Tolerated one way but not the other": Levels and determinants of social and political tolerance in Hong Kong. Social Indicators Research, 118(2), 711-727.

- Mahmoodi Raja, S., Tofighianfar, A., Akbari, I., & Mahmoodi, S. (2018). Investigating Relationship between Communication Media Consumption and Teacher›s Social Capital (Case Study: High School Teachers of Sisakht City). Rasaneh, 29(1), 57-78.

- McMillan, D., & Chavis, D. (1986). Sense of community: A definition and theory. Journal of community psychology, 14(1), 6-23.

- Mohammadi, N. E., Mansour, M., Ezhel, J., Rasoulzadeh, S., & Tabatabaei, K. (2003). A Therapeutic effect of social skills training on developmental disorders in adulthood. Journal of Psychology, 6(24). Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=135204

- Momeni, K., Akbari, M., & Atashzadeh Shoorideh, F. (2009). The

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

Relationship between Resiliency and Burnout in Nurses. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery, 17(74-75), 29-36. Retrieved from http://goums.ac.ir/jgbfnm/article-1-461-en.html

- Mutz, D. C. (2002). Cross-cutting social networks: Testing democratic theory in practice. American Political Science Review, 96(1), 111-126.

- Naqdi, A., & Sajjadzadeh, H. (2016). The role of social capital in attachment to place in traditional neighborhoods, a case study: Hamedan neighborhoods. Urban sociological studies, (18)6, 23-52.

- Niazi, M., & Mortazavi, A. (2015). Criticism and Analysis of the Theory of Symbolic Interaction. Tehran: International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences.

- Nikoui, M., & Safe, S. (2005). Study of the relationship between religion and marital satisfaction among groups in Tehran. Research and development consulting, 4(13), 61-79. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=39535

- Qazinejad, M. (2017). Religiosity: Social tolerance or social distance (Survey among Christians and Muslims of Tehran). Quarterly of Social and Researcch in Iran, 21-40. Doi:10.22059/jisr.2017.61829

- Quintelier, E., & Dejaeghere, Y. (2008). Does European citizenship increase tolerance in young people? European Union Politics, 9(3), 339-362.

- Rabbani, A. (2016). Evaluation of Educational factors affecting the socialization of children based on content analysis (The Study two groups of mothers affected in Isfahan). Contemporary Sociological Research, 8(5), 47-67. Doi: 10.22084/CSR.2016.1646

- Rafipoor, F. (2014). The Anatomy of society: An Introduction to Applied sociology: Publishing Joint Stock Company.

- Rahmani, G., Vahida, F., & Ismaili, R. (2016). Study of Cultural Changes Resulting from the Use of Satellite Media in the Field of Family Values (Case Study: Families of Farashband city of Fars province in 2014-2015). Cultural Guardianship of the Islamic Revolution, 6(13), 1-32. Retrieved from http://pasdarifarhangi.ir/article-1-212-en.html

- Rezaei, M. R. (2013). Assessing the economic and organizational resilience of urban communities against natural disasters using the PROMETHE case study: Tehran. Crisis Management, 2(3), 25-36. Retrieved from https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=358186

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]

- Rollero, C., De Piccoli, N. (2010). Place attachment, identification and environment perception: An empirical study. Journal of Environmental Psychology, 30(2), 198-205.
- SAEEDI, M. (2012). The Sociology of Religion and Different Approaches to Religion. Book of Social Sciences Month, 57(16), 74-82. Retrieved from https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/915659
- Salimi, A., & Davari, M. (2006). Sloping sociology. Qom: Hozeh and University Research Institute.
- Sharifi, S., Mousavi, Y., & Safiri, K. (2013). Measuring social tolerance and the factors affecting it among the citizens living in Tehran. Al-Zahra University, Retrieved from http://ganjold.irandoc.ac.ir/articles/670071
- Sartipipour, M., & Asadi, S. (2018). The Role of Sense of Place in Social Resilience in Relocating Settlements: A Case Study of Dahouiyeh Village after Zarand Earthquake. 37(161). Retrieved from https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=360221
- Shi, Y., & Peng, D. (2014). Dynamics of social tolerance in the economic interaction model with three groups. Applied Economics Letters, 21(10), 665-670.
- Sirajzadeh, S., Shariati Mazinani, S., & Saber, S. (2004). Relationship between degrees and types of religiosity and social tolerance journal of social sciences, 4. Doi: 10.22067/jss. v0i0.3092
- Taylor, R. (1996). Neighborhood responses to disorder and local attachments: The systemic model of attachment, social disorganization, and neighborhood use value. Paper presented at the Sociological forum.
- Walzer, M. (1999). On toleration: Yale University Press.
- Van Doorn, M. (2014). The nature of tolerance and the social circumstances in which it emerges. Current Sociology, 62(6), 905-927.
- Wise, J., & Driskell, R. (2017). Tolerance Within Community: Does Social Capital Affect Tolerance? Social Indicators Research, 134(2), 607-629.
- Zanganeh, M. (2003). Study of cultural factors affecting the sociability of adolescents and young people, a case study: middle and high school students in Bushehr province. Cultural Research Letter, (7)8, 29-57.
- Zalizadeh, M., Baghei, M., & Moltafet, H. (2018). A Study of family factors affecting social tolerance among the students of Ahvaz University, Shahid Chamran. Applied sociology, 29(2), 129-146.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.2.4]