

Investigating the contexts that shape health-oriented communication behaviors with a qualitative approach

Aliasghar Shadjoo

Ph. D. Student of communication, Islamic Azad University, Tabriz Branch.

Mohammad Abbaszadeh

Professor in sociology department, university of Tabriz. (Corresponding Author).

E-mail: m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

Mehran Samadi

Assistant professor and head of department of communication, Islamic Azad university, Tabriz Branch.

Samad Abedini

Assistant professor of sociology, Islamic Azad University, Khalkhal Branch.

Health-oriented behaviors are among the most complex types of social relationships that increase the quality of life among humans. The present study aims to investigate the contexts that create behaviors centered on individual and social health in order to improve the health level of society by empowering individuals through communication through the media. This research was conducted using grounded theory and based on open and axial coding with communication categories and behavioral and social concepts through targeted in-depth interviews with 31 selected individuals from the media and medical staff who, in addition to access and interest in cooperation, had communication and social activities alongside medical and media expertise. These interviews were conducted with open and supplementary questions, considering maximum diversity in gender, occupation, age, and income. By recognizing and accepting traditional cultures, adopting a development-oriented approach to governance, avoiding sectionalism, using communication tools, building culture, and empowering individuals in society through information dissemination and utilizing the potential of new media, along with utilizing the experience of health activists, we can witness the impact and preservation of public health by achieving effective results for the entire society.

Conflict of interest:

ACCORDING TO THE AUTHORS, THE ARTICLE DID NOT HAVE ANY CONFLICT OF INTEREST.

Key words: *Social Communication, Human Communication, Data-Based Theory, Good Health- Oriented Behaviors, Health Policymaking, Mass Media.*

بررسی بسترهای شکل دهنده رفتارهای ارتباطی سلامت‌محور با رویکرد کیفی

علی اصغر شادجو^۱

محمد عباس‌زاده^۲

مهران صمدی^۳

صمد عابدینی^۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۴۰۴/۲/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۳۰

چکیده

هدف: رفتارهای سلامت‌محور از پیچیده‌ترین انواع روابط اجتماعی است که موجب افزایش کیفیت زندگی در میان انسان‌ها می‌شود، پژوهش حاضر جهت بررسی زمینه‌های پدید آورنده رفتارهایی با محوریت توجه به سلامت فردی و اجتماعی به منظور ارتقا سطح سلامت جامعه با توانمندسازی افراد از طریق ارتباطات توسط رسانه‌ها می‌باشد.

روش: این تحقیق به وسیله نظریه داده‌بنیاد و بر اساس کدگذاری باز و محوری با مقوله‌های ارتباطی و مفاهیم رفتاری و اجتماعی از طریق مصاحبه عمقی هدف‌مند از ۳۱ نفر به صورت انتخابی از شاغلین حوزه رسانه و کادر درمان که علاوه بر دسترسی و علاقمندی به همکاری، دارای فعالیت‌های ارتباطی و اجتماعی در کنار تخصص درمانی و رسانه‌ای بودند. این مصاحبه‌ها با سوالات باز و تکمیلی با در نظر گرفتن حداکثر تنوع جنسیتی، شغلی، سنی و درآمدی انجام شد.

نتیجه‌گیری: با شناخت و قبول فرهنگ‌های سنتی، نگاه توسعه‌محور حاکمیت، پرهیز از بخشی‌نگری، استفاده از ابزارهای ارتباطی، فرهنگ‌سازی و توان‌مندسازی افراد جامعه با روش اطلاع رسانی و بهره‌برداری از پتانسیل‌های رسانه‌های نوین، در کنار استفاده از تجربه فعالین حوزه بهداشت، می‌توانیم اثرگذاری و حفظ بهداشت عمومی با کسب نتیجه موثر در کل جامعه را شاهد باشیم.

واژگان کلیدی: ارتباطات اجتماعی، ارتباطات انسانی، نظریه داده‌بنیاد، رفتارهای خوب سلامت‌محور، سیاست‌گذاری سلامت، رسانه‌های جمعی.

۱. دانشجوی دکتری علوم ارتباطات اجتماعی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. استاد علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول).
E-mail: m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

۳. استادیار، گروه علوم ارتباطات اجتماعی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۴. استادیار، گروه علوم اجتماعی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران.

مقدمه

اهمیتی که رفتارهای فردی در روابط انسانی در راستای رشد و ارتقای شاخص‌های اجتماعی هم‌چون عوامل بهداشتی، فرهنگی، هنری، علمی، دارند، یکی از مهم‌ترین و تاثیرگذارترین موضوعات در امر جامعه‌شناسی ارتباطات سلامت است (۱۵: ۱۲). افزایش مهارت‌های ارتباطی در میان فعالین حوزه بهداشت و درمان با جامعه هدف نیز می‌تواند موجب اثرگذاری و پذیرش پیام‌ها و دیدگاه‌های مدنظر علی‌رغم کمبود امکانات و زیرساخت‌ها و افزایش بهره‌وری، توجه به نگرش‌ها و اهداف بهداشتی تدوین شده گردد.

یکی از راه‌های بررسی علمی رفتارهای اجتماعی و نتیجه‌گیری از پیامدهای آن، مطالعه به روش نظریه داده‌بنیاد است که از جمله روش‌های رایج روش‌شناسی کیفی بوده و با استفاده از رویکرد پژوهش میدانی برای کشف دانش جدید مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد (۱۹: ۷). این نظریه که از یکی از کاربردهای روش‌های تحقیق کیفی محسوب می‌شود، می‌تواند از طریق توصیف، پیش‌بینی و کنترل پدیده‌ها، دانشی ایجاد نماید که حاصل آن، بهبود عملکرد در هر موقعیتی خواهد بود (۲۶: ۱۳).

بر مبنای این دیدگاه، افراد برای نتیجه‌بخش کردن رفتار خود در تعامل با دیگران تلاش می‌کنند تا بر طبق انتظارات موجود و بر اساس معانی استنباط شده از سبب‌های رایج در جامعه که بر اثر این تعاملات شکل گرفته و بازبینی می‌شوند، عمل کنند و به موجب آن، رفتار خود را شکل دهند. مشاهده این نقش‌های تعاملی، منبعی برای داده‌های پژوهش در تعامل‌گرایی نمادین نظریه پایه محسوب می‌شود (۵: ۶۷۷).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل رفتارهایی است که سبب توان‌مند کردن افراد برای افزایش کنترل آن‌ها بر سلامت خود و در نهایت، بهبود سلامت خود و جامعه خواهد شد (۲: ۶۹). در حالت کلی رفتارهای سلامتی را می‌توان در شاخص‌هایی هم‌چون استعمال دخانیات، مصرف مواد مخدر، نوع رژیم غذایی، فعالیت بدنی، میزان خواب، فعالیت‌های جنسی پرخطر و پای‌بندی به درمان‌های پزشکی تجویز شده مطرح کرد (۳۲: ۷۹). در جامعه خطر، دیگر امکان تصمیمات معتبر و مقتدر که گروه‌هایی از متخصصان می‌گرفتند، وجود ندارد و بلکه میان گستره عظیمی از گروه‌های اجتماعی پراکنده است که ارتباط متقابل پیوسته آن‌ها می‌تواند جامعه را به سطح جدیدی از خود انتقادی برساند (۳: ۱۲۸).

مبانی نظری پژوهش

به منظور رسیدن به پاسخ در تحقیقات مرتبط با مردم، رفتارشناسی و بررسی بازخوردهای ارتباطی افراد در جامعه نیازمند بررسی و مطالعه است. رفتارهای ارتباطی سلامت‌محور در چارچوب نظریه "نولا پندر" قابل ارزیابی است. اساس نظریه مدل‌های ارتقای سلامت که نخستین بار در سال ۱۹۸۲ ظاهر شد، در سال ۱۹۹۶ بر اساس تغییر دیدگاه‌های نظری و یافته‌های تجربی مورد تجدید نظر قرار گرفت. این امر از دو نظریه، نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا در سال ۱۹۷۷ و نظریه فیشبین مشتق شده است (۱۴: ۳). هم‌چنین نظریه توان‌مندسازی سلامت نیز، توان‌مندی را بر خورداری از قدرت تصمیم‌گیری، دسترسی به

اطلاعات و منابع مختلف، احساس قاطعیت، توانایی ایجاد تغییر در زندگی و اجتماع، امیدوار بودن، برخورداری از مهارت‌های یادگیری و تفکر انتقادی، افزایش تصویر مثبت از خود و غلبه بر برجسب‌ها می‌داند(۶: ۵۹).

ادبیات تحقیق

مدل‌های رفتاری

۱. مدل اعتقاد بهداشتی^۱: این مدل یکی از اولین نظریه‌هایی است که منحصرأً برای رفتارهای مرتبط با سلامتی شکل گرفته است(۹: ۲۶). این مدل، دارای شش سازه است که اولین آن‌ها حساسیت درک شده است. سازه اول، به باور ذهنی فرد درباره ابتلاء به بیماری یا رسیدن به وضعیت مخاطره‌آمیز در اثر انجام رفتاری در فرد اشاره دارد. سازه دوم در این مدل، شدت درک شده است که به باور ذهنی فرد در آسیبی که می‌تواند از بیماری یا شرایط مخاطره‌آمیز ناشی از رفتاری ایجاد شود، اشاره دارد (۱۷: ۹). این تصور از فردی به فرد دیگر متفاوت است. سازه سوم مزایای درک شده است که به اعتقاد به مزایای روش‌های پیشنهادی کاهش خطرات یا جدی بودن بیماری اشاره دارد. سازه چهارم، که با سازه مزایای درک شده همراه است، موانع درک شده است. سازه پنجم محرک‌هایی برای عمل است. این سازه، شامل نیروهای تسریع کننده‌ای است که باعث می‌شوند فرد احساس نیاز به اقدام کند. سازه نهمایی و ششم، خودکارآمدی است که در دهه ۱۹۸۰ به مدل اضافه شد. خودکارآمدی اعتدادی است که فرد به توانایی خود برای دنبال کردن یک رفتار دارد که این رفتار مربوط به زمان حال است(۳۱: ۴۲). به کارگیری رفتار بهداشتی و اقدام‌های پیشگیرانه به این امر بستگی دارد که فرد حساسیت و شدت موقعیتی را که در آن قرار می‌گیرد، درک کند و اعتقاد داشته باشد که با انجام اقدام‌هایی می‌تواند خطرهای و پیامدهای ناشی از آن را کاهش دهد. سپس با محرک‌هایی که فرد از محیط دریافت می‌کند، متقاعد شده باشد که منافع حاصل از به کارگیری این اعمال بیشتر از پیامدهای ناشی از عدم انجام آن باشد و موانع بازدارنده از اقدام به انجام این رفتار، کم هزینه‌تر از فواید آن باشند(۲۳: ۱۰).

۲. نظریه خودکارآمدی درک شده: خودکارآمدی یکی از مفاهیم کلیدی در نظریه بندورا^۲ است و به معنای باور افراد در مورد توانایی‌های آن‌ها در انجام یک فعالیت، مقابله و اعمال کنترل بر عملکرد خود و رویدادهایی که بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، می‌باشد(۳۶: ۱۶۵). در این نظریه، فرد بر اساس اعتقاد به خودکارآمدی شخصی که دارد بر انتخاب‌های زندگی، سطح انگیزه، کیفیت عملکرد، تاب‌آوری در برابر ناملایمات و آسیب‌پذیری در برابر شرایط دشوار اثر می‌گذارد. همچنین باورهای خودکارآمدی

^۱. Health Belief Model (H.B.M)

^۲. Bandura

می‌تواند بر سلامت فرد اثر مثبت یا منفی بگذارد، به طوری که افراد با خودکارآمدی ضعیف در مواجهه با بیماری دچار مشکلات بیشتری می‌شوند (۲۹: ۱۴).

۳. مدل خودمراقبتی اورم^۱: نظریه مذکور بر این فرض استوار است که مردم، مسئولیت و توانایی ذاتی مراقبت از خود را دارند. به همین جهت، انسان را عاملی مهم در مراقبت از خود می‌داند که مراقبت‌های لازم را برای حفظ سلامتی خود انجام می‌دهد (۷: ۲۳). سن و جنسیت فرد بر عاملیت و توانایی مراقبت از خود تأثیر می‌گذارد. اگر عاملیت خودمراقبتی ضعیف باشد، تقاضای خودمراقبتی (نیاز یک فرد) بیشتر خواهد شد. از این رو، نیاز به عاملیت پرستاری یا سیستم پرستاری برای مراقبت از یک فرد به وجود می‌آید (۱۶: ۱۵).

خودمراقبتی امری غریزی یا انعکاسی نیست، بلکه در پاسخ به یک نیاز شناخته شده که از طریق روابط بین فردی و ارتباط‌های افراد با یکدیگر آموخته می‌شود و به طور منطقی انجام می‌گردد. با این حال، اورم انگیزه و تحصیلات را به عنوان عاملی ابزاری در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از خود و عملیاتی کردن این تصمیم‌ها شناسایی کرده است (۲۵: ۶۵).

«اورم» نتیجه انجام اقدام‌های خودمراقبتی را رسیدن به اهداف حمایت از فرآیند بقاء و زندگی، ارتقا عملکرد طبیعی افراد، حفظ رشد، تکامل افراد، پیشگیری، کنترل و درمان فرآیندهای بیماری و آسیب‌ها، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقا احساس خوب بودن و سلامتی در افراد می‌داند (۱۲: ۱۸).

۴. نظریه توان‌مندسازی سلامت: نظریه توان‌مندسازی سلامت بر تسهیل آگاهی فرد از توانایی مشارکت آگاهانه در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و درمانی تأکید دارد. این نظریه، مشارکت هدفمند را در دستیابی به اهداف سلامت و ارتقای رفاه فردی تسهیل می‌کند (۹: ۲۳۲). هم‌چنین «فالکنر» توان‌مندسازی را با یادگیری در حد تسلط و عدم وابستگی مرتبط دانسته و توانایی را در برابر ناتوانی قرار می‌دهد (۱۸: ۶۵). وی در زمینه ارتقای سلامت بیان می‌کند که توانایی، به اطمینان حاصل کردن افراد در برخورداری از منابع لازم برای حفظ سلامت اشاره دارد (۱۱: ۲۹). استفاده از روش‌های الگوسازی سلامت نیز مانند آموزش بهداشت از طریق الگوسازی داوطلبانه می‌تواند مشارکت افراد را در ایجاد تغییرات مورد نظر تسهیل کند (۲۱: ۳۲).

الگوی نظری پژوهش

توصیف مقوله‌ها و مفاهیم به تنهایی برای دستیابی به نگرشی جامع با توجه به این که فاکتورهای متعدد تعیین‌کننده و توضیح‌دهنده ارتباطات سلامت در بخش‌های مختلف وجود دارد، ترکیبی از عوامل ارتباطات سلامت را رقم می‌زند، بنابراین برای رسیدن به این آرمان لازم است روابط بین این مقوله‌ها و مفاهیم در چارچوب یک مدل مفهومی با هدف پژوهش داده‌بنیاد (گراندد تئوری)، جمع‌بندی و ارائه شوند.

^۱. Orem Self- Care Model

نمودار شماره (۱) الگوی پارادایمی حاکم بر حکمرانی خوب در ارتباطات سلامت را به تصویر می کشد که بر این اساس رفتارهای سلامت محور، در چند محور دسته بندی شده اند و می تواند زمینه ساز و یا عامل ارتقاء سلامت در سطح جامعه باشد. از جمله این عوامل، انتقال اطلاعات و دانش به افراد در چارچوب رفتارهای سلامت محور، افزایش آگاهی و اطلاعات، تداوم خدمات رسانی و پیشگیری از بیماری و تأثیرگذاری بر افراد (شکل گیری رفتار سالم) است.

پیشینه تحقیق

در راستای مطالعه رفتارهای اجتماعی و به خصوص رفتارهای سلامت محور تحقیقاتی انجام شده است به طور مثال به منظور ارتقا سلامت موثر در مطالعه بیکمورا و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان داده شد که تغییر رفتار باید از سطح فردی آغاز و به سطح اجتماعی برسد. نتایج تحقیقات نشان داده است برنامه های تبلیغی و آموزشی در سطح فراگیری مرتبط با سلامت که ماهیت مداخله ای دارند و به شکل آنلاین و آفلاین ارائه می شوند، می توانند به تغییر رفتارهای سلامت و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی منجر شوند.

در تحقیق دیگری از سروشی و همکاران^۱ که در سال ۲۰۰۶ انجام شد بیان می شود که رسانه های جمعی یکی از معروف ترین مسیرها برای رسیدن به مخاطب انبوه و تلاش برای اصلاح، بهبود و تغییر رفتار سلامت هستند، با این حال تأثیرگذاری کمتری در تغییر نگرش و رفتار سلامت دارند (۲۰: ۱۲). علت آن را می توان به محدودیت این رسانه ها در برقراری ارتباط شخصی با مخاطب و عدم امکان دریافت بازخورد سریع از جانب مخاطب نسبت داد.

در پژوهش دیگری از فکس و دوگان^۲ در سال ۲۰۱۳ بیان شد که هرچند که در آخرین تحقیقات مرکز "پیو"، از تعداد کاربران اطلاعات سلامت آنلاین در سال ۲۰۱۲ کاسته شده و دلیل آن هم افزایش حجم اطلاعات نادرست پزشکی و در پی آن کاهش اعتماد کاربران به اطلاعات سلامت اینترنتی گزارش شده است، با این حال انتخاب رسانه برای انتقال پیام باید بر اساس ویژگی ها و قابلیت های خاص رسانه و ماهیت محتوای پیام صورت گیرد و این که تا چه میزان رسانه قادر است، درک اطلاعات را برای مخاطب تسهیل نماید.

در پژوهش گیل، دیوید و آدامز بریجت^۳ در سال ۲۰۱۰ بر اساس نظر «برلو» بیان شد که قصد و هدف تمامی رفتارهای ارتباطی آن است که پاسخی خاص از جانب فرد یا گروهی خاص را برانگیزد و ارتباط نیز هنگامی مؤثر خواهد بود که گیرنده با تلاش کمتری پاسخ مطلوب را ارائه دهد (۲۷: ۶۵).

^۱. Suruchi et al, 2006: 243

^۲. Fox, S., & Duggan, M, 2013

^۳. David gil & addams bridget, 2010

در تحقیق دیگری از حیدری و خورشیدزاده^۱، در سال ۲۰۱۴ بیان می‌شود که نظریه یا مدل‌های ارتباطی می‌تواند تأثیر برنامه مداخله را برای بهبود رفتارهای ارتقای سلامت تشخیص دهند، کیفیت زندگی و رفتار ارتقای سلامت را شناسایی کنند و در این چارچوب با مداخله تأثیر رسانه‌های ارتباطی می‌توانند برداشت درستی در رابطه با نحوه تأثیر عامل ارتباطات و رسانه‌های جمعی بر رفتار سلامت محور را تحلیل کرد. در پژوهش دیگری از ردینگ و همکاران^۲، که در سال ۲۰۰۰ انجام شد بیان می‌کند که عوامل زمینه‌ای بر رفتار سلامتی تأثیر می‌گذارند که می‌توان در شرایط امروز جامعه اطلاعاتی، نقش رسانه‌ها را به عنوان یکی از این عوامل شناسایی کرد. بر این اساس سازماندهی جامعه، ارتباطات، انتشار نوآوری‌ها، بازاریابی اجتماعی، پردازش اطلاعات، استرس و مقابله و توان‌مندسازی از عوامل تأثیرگذار در ارتقای سلامت جامعه هستند که به نوعی در چارچوب رفتارهای ارتباطی سلامت محور نیز قابل تسری است.

سؤالات پژوهش

- عامل تأثیرگذار بر رفتارهای سلامت‌محور کدامند؟
- تأثیر رسانه‌های مختلف بر بروز رفتارهای سلامت‌محور به چه نحو می‌تواند باشد؟
- در راستای بهبود رفتارهای سلامت‌محور در نظام اجتماعی چه راهکارهایی می‌توان پیشنهاد کرد؟

روش پژوهش

در این تحقیق از روش داده‌بنیاد یا گراند تئوری به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده از روش مصاحبه عمقی و تخصصی از افراد جامعه هدف انتخابی با محوریت فعالین بخش بهداشت و درمان، رسانه و ارتباطات یعنی افرادی که در نهادها و بخش‌های بهداشتی، درمانی، به‌ورزان در روستاها و شهرها، اساتید دانشگاهی و فعالین بخش ارتباطات و رسانه طی سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ در شهر ارومیه گرفته شده است. عمده‌ترین جهت‌گیری این تحقیق، توصیف و تبیین پژوهش است. پژوهش‌های کیفی بر توصیف استوار هستند و توصیف را از مهم‌ترین مسائل هر علمی بیان می‌کنند که ابزار و ملاک‌های خاص خود را دارد. بر اساس تنوع بازار، توصیف به انواع تجربی، تحلیلی، تاریخی و پدیدار شناسی تقسیم‌بندی می‌شود (۱۳: ۱۸۶). پژوهش کیفی داده‌بنیاد سعی دارد پدیده‌ها را از منظر مشارکت کنندگان بررسی نماید (۲۸: ۱۴). «کاکرهام» در سال ۱۹۹۱، پژوهش در خصوص روش‌های زندگی سالم را ضروری دانسته ولی به اعتقاد او، اندازه‌گیری و تحلیل‌ها، نباید در سطح فردی متوقف شود، بلکه می‌بایست با در نظر گرفتن الگوهای جمعی رفتار مرتبط با سلامت گسترش یابد که از روش‌های زندگی سالم هستند (۳۰: ۳۵۱).

^۱ Heydari & Khorashidzadeh, 2014: 1072

^۲ Redding et al, 2000: 181

مواد و روش‌ها

تحقیقات کمی فاقد جامعه آماری و نمونه‌های رایج در روش‌های کمی هستند و لذا در تحقیقات کیفی به افرادی که در تحقیق حضور دارند مشارکت کننده یا مطلع گفته می‌شود (۱۰: ۴۵؛ به نقل از ۸: ۱۶). تحقیق حاضر در شهر ارومیه که بر اساس سرشماری نفوس و مسکن مرکز آمار کشور با تعداد بیش از ۸۵۰ هزار نفر جمعیت (۴: ۴۳)، بزرگ‌ترین شهر استان آذربایجان غربی بوده و شامل ۳۹ مرکز جامع سلامت روستایی، ۶ مرکز جامع روستایی- شهری و در کل شامل ۲۰۰ خانه بهداشت می‌باشد انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها بر اساس مصاحبه‌های صورت گرفته به صورت انتخابی و از افرادی بود که علاوه بر دسترسی و علاقمندی به همکاری دارای فعالیت‌های ارتباطی و اجتماعی در کنار تخصص درمانی و رسانه‌ای بودند. این مصاحبه‌ها به صورت عمقی و با سؤالات باز و تکمیلی با در نظر گرفتن حداکثر تنوع جنسیتی، شغلی، سنی و درآمدی انجام شده است.

جامعه آماری این تحقیق متشکل از فعالین با سابقه حداقل ۱۰ ساله در حوزه بهداشت و درمان، متخصصین حوزه ارتباطات و امور اجتماعی با میزان تحصیلات کارشناسی، ارشد و دکتری عمومی و دکتری تخصصی به صورت انتخابی طی سال ۱۴۰۲-۰۳ بوده است. برگزاری مصاحبه‌ها به صورت عمیق و نیمه- ساختار یافته صورت گرفت که پس از مصاحبه بیست و دوم، نتایج مشابه و همسو مشاهده شد و مفاهیم استخراجی به اشباع نظری و مضمونی رسید؛ اما به منظور کسب اطمینان، مصاحبه تا نفر سی و یکم ادامه یافت. در تحقیق حاضر، دامنه سنی مصاحبه شوندگان پژوهش از ۲۶-۷۵ سال است و از تعداد کل شرکت کنندگان ۷ نفر با ۲۲/۵۸ درصد زن و ۲۴ نفر با ۷۷/۴۱ درصد مرد بوده و همچنین از لحاظ تاهل ۵ نفر با ۱۶/۱۲ درصد مجرد و ۲۶ نفر با ۸۳/۸۷ درصد متاهل بوده‌اند. میانگین سنی کل شرکت کنندگان برابر با ۴۳/۸ سال می‌باشد (جدول ۱).

جدول شماره (۱): متغیرهای اختصاصی مصاحبه شوندگان

متغیر	جنس	تعداد	درصد	میانگین
جنسیت (کل تعداد ۳۱ نفر)	مرد	۲۴	۷۷/۴۱٪	
	زن	۷	۲۲/۵۸٪	
تحصیلات	فوق لیسانس (M.D)	۱۳	۴۱/۱۹٪	
	دکتری تخصصی (PH. D)	۶	۱۹/۳۵٪	
	دکتری حرفه ای	۱۲	۳۸/۷۰٪	
دامنه سنی	۷۵-۲۶			۴۳/۸ (سال)
وضعیت تأهل	متاهل	۲۶	۸۳/۸۷٪	
	مجرد	۵	۱۶/۱۲٪	
	متفرقه	۰	۰٪	
شغل	فعال حوزه بهداشت و درمان	۱۲	۳۸/۷۰٪	
	فعال حوزه ارتباطات	۱۴	۴۵/۱۶٪	
	حوزه اجتماعی و سایر	۵	۱۶/۱۲٪	

جدول شماره (۲): کدگذاری در سطوح مختلف حکمرانی ارتباطات سلامت

ساختار براساس الگوی پارادایمی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
رفتارهای سلامت‌محور	انتقال اطلاعات و دانش به افراد در چارچوب رفتارهای ارتباطی سلامت‌محور	– ارتباطات سلامت راهی است برای آگاه کردن همه مردم درباره موضوعات سلامت و بیماری‌ها. – ارتباطات سلامت به معنای آگاهی دادن به مردم و در اختیار قرار دادن دانش مسائل و مربوط به سلامتی به آن‌ها است. – به طور کلی هدف ارتباطات سلامت چیزی جز افزایش آگاهی و درک مردم از خطرات حوزه سلامت آن‌ها نیست. – ارتباط سلامت ارتباط دو طرفه‌ای است که هدف آن انتقال اطلاعات است. – در ارتباطات سلامت، ایده‌ها، دانش عمومی افراد، تکنیک‌ها به یکدیگر انتقال می‌یابد. – هدف ارتباطات سلامت افزایش دانش و درک مردم از مسائل مربوط به سلامتی و بیماری‌ها. – ارتباطات سلامت در حوزه بررسی ریسک، فرایند تعاملی تبادل اطلاعات و عقاید میان افراد، گروه‌ها و نهادهای که غالباً شامل پیام‌های چندگانه‌ای درباره ماهیت خطر یا بیان معضلات، باورها و واکنش‌ها به یک پیام خطر شده یا تمهیدات قانونی و نهادهای مرتبط صورت گرفته برای مقابله و مدیریت خطر را بیان می‌کند.
فرهنگ‌سازی	تأثیرگذاری بر افراد (شکل‌گیری رفتار سالم)	– ارتباطات سلامت باعث تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیری افراد و این گونه باعث ارتقای سطح سلامت مردم می‌شود. – ارتباطات با تأثیرگذاری بر افکار و باورهای افراد باعث انتخاب رفتارهای سالم‌تر در افراد می‌گردد. – ارتباط در حوزه سلامت به معنی استفاده از ابزارهای ارتباطی برای ایجاد تغییر در رفتار و افکار افراد. – آموزش در ارتباطات سلامت تلاش می‌کند تا یک سری تغییرات در رفتار تعداد زیادی از مخاطبان خود ایجاد کند.
جامعه‌پذیری ارتباطات سلامت	فرهنگ‌سازی	– با توجه به سنت‌ها و عملیاتی کردن این فرهنگ بومی و نگرش مذهبی جامعه و پیشینه ذهنی در خصوص تعصبات سنتی و دژم‌گرایی در عدم قبول پیام‌های ارسالی و بی‌تأثیر بودن آن‌ها. – عوامل مرتبط با ارتباطات شامل رسانه‌ها، نفرات صاحب کلام و ذی‌نفوذ با تعامل با سیستم آموزشی و به خصوص آموزش در کلاس‌های درسی و آموزش عالی و دانشگاه‌ها با پر کردن خلأ رسانه‌ای موجود در برخی نقاط می‌تواند در راستای انتقال و دریافت پیام موثر باشد.

روایی و پایایی

منظور از روایی و پایایی تحقیق، در پژوهش کیفی، اعتبارپذیری به واقعی بودن توصیف و یافته‌های پژوهش اشاره دارد و عبارت است از درجه اعتماد به واقعی بودن یافته‌ها برای شرکت کنندگان پژوهش و

برای زمینه‌ای که این پژوهش در آن انجام شده است؛ به این معنا که آن چه در یافته‌ها و نتایج تحقیق از سوی پژوهشگر ذکر می‌گردد، همانی باشد که در نظر و ذهن پاسخگو بوده است و در جهت رسیدن به این امر، «لینکلن» و «کوبا» به مواردی هم‌چون تماس طولانی با محیط پژوهش، مشاهده مستمر، بررسی از زوایای مختلف، تبادل نظر با هم‌تایان، تحلیل موارد منفی، کفایت مراجع و کنترل از سوی اعضا اشاره می‌کنند؛ در این پژوهش برای احراز قابلیت اعتبار یا همان اعتبارپذیری از تکنیک‌های مثلث‌سازی، تکنیک کنترل‌های اعضا و خود‌بازبینی محقق در راستای توسعه و توصیف غنی از مجموعه داده‌های مطالعه مورد نظر استفاده شد (۱: ۲۱). برای برآورد پایایی نیز از دو کدگذار متخصص و نظرات اساتید راهنما و مشاور استفاده شد که نتایج، یکسانی در عنوان‌ها و مضامین را تایید کردند.

جدول شماره (۳): مصاحبه عمقی هدف‌مند از شاغلین حوزه رسانه و کادر درمان

ردیف	جنسیت	سن	وضعیت تاهل	رشته تحصیلی	سطح تحصیلات	شغل
۱	مرد	۶۵	متاهل	روانشناس	دکتری (PH. D)	روانشناس
۲	مرد	۴۶	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	خبرنگار
۳	زن	۳۴	متاهل	مهندسی پزشکی	دکتری حرفه‌ای	مهندس پزشکی
۴	مرد	۵۶	متاهل	روانشناس	فوق لیانس	مدیر دانشگاه
۵	مرد	۴۴	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه‌ای	مشاور زیای
۶	مرد	۴۸	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه‌ای	پزشک
۷	زن	۳۲	متاهل	رشد	دکتری حرفه‌ای	کادر درمان
۸	مرد	۵۱	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	آزاد
۹	زن	۳۸	مجرد	روانشناس	فوق لیانس	مشاور
۱۰	زن	۷۵	متاهل	مامایی	دکتری حرفه‌ای	ماما
۱۱	مرد	۴۸	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	کادر بیمه
۱۲	زن	۳۲	متاهل	جامعه‌شناسی	دکتری (PH. D)	کارمند بیمه
۱۳	مرد	۴۰	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	کارمند ارشاد
۱۴	مرد	۴۸	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه‌ای	مدیر دانشگاه
۱۵	مرد	۳۶	مجرد	پزشکی	دکتری حرفه‌ای	دانشجو
۱۶	مرد	۵۶	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	مدیر دانشگاه
۱۷	مرد	۳۴	متاهل	بهداشت محیط	دکتری حرفه‌ای	کارمند بهداشت درمان
۱۸	مرد	۴۹	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه‌ای	کادر درمان
۱۹	مرد	۳۸	مجرد	اقتصاد	دکتری (PH. D)	دانشجو
۲۰	مرد	۳۷	متاهل	علوم اجتماعی	فوق لیانس	کارمند
۲۱	مرد	۵۳	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	کارمند ارشاد
۲۲	مرد	۵۶	متاهل	گیاه پزشکی	دکتری (PH. D)	مدیر دانشگاه
۲۳	مرد	۴۵	متاهل	پزشک اجتماعی	دکتری حرفه‌ای	افروژانس اجتماعی
۲۴	مرد	۴۵	متاهل	ارتباطات	فوق لیانس	خبرنگار
۲۵	زن	۳۵	متاهل	روانشناس	فوق لیانس	مشاور
۲۶	مرد	۳۶	مجرد	تربیت بدنی	فوق لیانس	مربی ورزش
۲۷	مرد	۴۵	مجرد	نرم افزار - IT	دکتری (PH. D)	مدیر دانشگاه
۲۸	مرد	۳۵	متاهل	کامپیوتر - IT	فوق لیانس	کارمند بیمه
۲۹	زن	۳۸	متاهل	حقوق	فوق لیانس	قمار رسانه / وکیل
۳۰	مرد	۳۳	متاهل	کشاورزی	دکتری حرفه‌ای	کارمند شرکت
۳۱	مرد	۴۰	متاهل	اقتصاد	دکتری (PH. D)	کارمند

پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی

این مطالعه هم‌چون سایر مطالعات حوزه ارتباطات و البته درمانی و سلامت، محدودیت‌هایی دارد از قبیل انتخاب و غربالگری جامعه هدف که نیازمند مصاحبه با متخصصین و فعالین حوزه درمان و البته ارتباطی، رضایت به انجام تحقیق، محدود بودن تعداد این افراد، عدم آگاهی مسئولین مربوطه در انجام و نتایج تحقیق، اصرار به حفظ اطلاعات شخصی و اداری، عدم و توانایی تشخیص علمی و اجتماعی، اطلاعات ناقص برخی مخاطبین، ابزار سخت و وقت‌گیر مصاحبه دارد که نیازمند تنظیم زمان مقالات، جلسات طولانی و تحقیقات عمقی و نیز دسترسی و لزوم مراجعه حضوری و یا ارتباط تلفنی می‌باشد. هم‌چنین لزوم هماهنگی و برنامه‌ریزی برای ملاقات افرادی که دارای سمت دولتی یا خصوصی می‌باشند که به طور عمده زمانبر و البته نیازمند هزینه مالی و تأمین برخی اقلام ملاقات و مصاحبه می‌باشد.

رسانه‌ها زمینه فعالیت عموم را فضای مجازی فراهم می‌آورند و به آن‌ها یاری می‌رسانند تا در اجتماع حضور و حتی خواسته و نیازهای مشترکی داشته باشند. وسایل ارتباط جمعی، هم عامل و هم نشان دهندهٔ تعلّق اجتماعی انسان‌ها است (۲۶: ۶۳۰). لذا اتخاذ شیوه‌های درست و انتخاب تمامی عوامل در زمینه رفتارهای سلامت‌محور، به تنهایی سلامت جامعه را تضمین نخواهد کرد و در این رابطه باید ارتباطات سلامت به عنوان یکی از موارد دخیل در توسعه مورد توجه قرار گیرد. بنابراین لازم است دولت‌ها مقوله سلامت همراه را به رسمیت بشناسند و سیاست‌گذاران نیز با مشارکت جدی در آن، در رفع نابرابری‌های سلامت بکوشند. برای نیل به این مقصود لازم است روابط بین این مقوله‌ها و مفاهیم در چارچوب یک مدل مفهومی که هدف پژوهش داده‌بنیاد است، توصیف شوند. حکمرانی سلامت به عنوان وظیفه‌ای فرابخشی و بین دستگاه‌ها و نهادهای مختلف در حوزه‌های متفاوت یک حاکمیت یا دولت قابل تعریف است.

یافته‌ها و نتیجه‌گیری

دیدگاه‌های مطرح در بحث حکمرانی سلامت دائر بر این که سلامت تنها با حضور بخش بهداشت و درمان قابل تحقق نیست و این مسأله امری فرابخشی و بین‌بخشی قلمداد می‌شود، قابل تحلیل است. در این راستا استفاده از رسانه‌ها به عنوان عامل ایجاد همگرایی در جامعه ارزیابی می‌شود که می‌تواند در چارچوب ارتباطات متقاعدگرایانه، آن چه که مدنظر نظام سلامت است را در جامعه محقق نماید. این دستاورد با نتیجه تحقیقی که با موضوع سیاست‌گذاری در حوزه ارتباطات با موضوع سلامت عمومی صورت پذیرفته است، تطابق دارد که بر اساس آن رسانه‌های جمعی به عنوان منبع اصلی کسب اطلاعات مربوط به سلامتی هستند. کما این که تحقیقات نشان داده است که سلامت یک جمعیت به واسطه عوامل گسترده‌ای، که بیشتر آن‌ها خارج از کنترل بخش بهداشت و درمان است، شکل می‌گیرد (۳۵: ۲۳۱). به طور اخص در نتیجه تحقیقات صورت گرفته سه نظر عمده توسط مصاحبه‌شوندگان مطرح است:

- جامعه دارای سنین جوان و متکی به ابزارهای نوین ارتباطی از جمله شبکه‌های اجتماعی که به طور خاص توجه و اعتماد ویژه به اطلاعات به دست آمده از این ابزارها را دارند و لذا می‌توان از این روش در جهت جلب رفتار منتهی به سلامت بهره برد.

- جامعه دارای سنین بالاتر و محدود از بهره‌گیری از ابزارهای ارتباطی نوین ارتباطی به دلیل عدم توانایی و دارا بودن سواد تکنولوژی هستند و لذا بیشتر متکی بر رهبران فکری و پذیرش عقاید نخبگان و متخصصین از طریق ابزار ارتباط چهره به چهره، حضوری و رسانه‌های سنتی به منظور تغییر یا اصلاح رفتارهای اجتماعی می‌باشند.

- جامعه مشترک عام که با سنجش توسعه و دسترسی به ابزارهای رسانه‌ای مختلف اعم از سنتی و نوین سعی در رفع نقص اطلاعاتی خود دارند.

این امر در راستای نقش دیگر رسانه‌ها به عنوان ایجاد همبستگی اجتماعی همخوانی دارد. هر گونه اقدام مطلوب در این زمینه اجتماع‌پذیری ارتباطات سلامت، جز از طریق رسانه‌ها و ارتباطات قابل تحقق نیست. نمونه بارز این اجتماع‌پذیری را می‌توان در اقدامات صورت گرفته در بحث پاندمی بیماری کرونا به وضوح مشاهده کرد. در مجموع بازتاب رفتارهای سلامت خوب در ارتباطات سلامت در گرو تحقق دو مولفه رفتارهای مرتبط با ارتباطات سلامت است تا بتواند آن چه را که برای جامعه لازم است تحقق بخشد.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به این که پژوهش بر روی انسان‌ها فقط در صورتی توجیه‌پذیر است که منافع بالقوه آن برای هر فرد آزمودنی بیشتر از خطرهای آن باشد لذا در تحقیق حاضر آگاهی و رضایت فرد آزمودنی از تمامی اطلاعاتی که می‌توانند در تصمیم‌گیری او مؤثر باشند، به نحو مناسبی به صورت شفاهی اعلام و این اطلاعات همچون عنوان و اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، روشی که قرار است به کار گرفته شود به تمام فرد آزمودنی‌ها در مصاحبه‌های حضوری اطلاع رسانده شد.

منابع مالی

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که به منظور اجرای این تحقیق، هیچ گونه منابع و حمایت مالی از سوی ارگان‌های دولتی و خصوصی متصور نبوده است.

پیشنهادهای اجرایی پژوهش

- بر این اساس بر مبنای یافته‌های حاصل از این پژوهش، پیشنهادات زیر برای بهبود حکمرانی سلامت و یا به تعبیر دیگر ایجاد و توسعه حکمرانی خوب در حوزه ارتباطات سلامت مطرح می‌شود:
- افزایش سطوح آموزش و بهره‌گیری از ابزارهای نوین و ملموس ارتباطی برای عام جامعه و به کارگیری قدرت نفوذ تبلیغی در میان خانواده‌ها از طریق رهبران فکری.
 - فرهنگ‌سازی و ارتقای سطح آموزش افراد جامعه برای توان‌مندسازی آنان در حوزه رفتارهای سلامت‌محور با تأکید بر رویکرد رسانه‌ای و ارتقای برنامه‌های آموزشی.
 - بهره‌گیری از توان رسانه‌ها به عنوان حلقه واسطه در بحث ارتباطات سلامت برای تحقق ارتباط مطلوب‌تر میان ارکان حاکمیت در حوزه سلامت و مردم به عنوان بهره‌برداران در راستای ارتقای رفتارهای سلامت‌محور.
 - ایجاد ارتباط فرابخشی در حوزه سلامت میان تمام ارکان دخیل در حاکمیت سلامت در جامعه و توسعه حکمرانی درست در این حوزه با تصویب قوانین مرتبط و صدور دستورالعمل‌های حاکمیتی.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی رساله دکتری علوم ارتباطات اجتماعی با عنوان "مطالعه سازه ارتباطات سلامت و بسترهای زمینه‌ساز آن با رویکرد کیفی" است. بدین وسیله نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه، پزشکان، پرستاران، کادر درمان، به‌ورزان، فعالین حوزه رسانه و کلیه اشخاص و نهادهایی که ما را در انجام مصاحبه‌ها، تحقیق، بررسی و کسب نتیجه یاری دادند از صمیم قلب تقدیر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

«بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.»

منابع

1. Abaszadeh, M. (2013). A reflection on validity and reliability in qualitative research. *Applied sociology*. 23 (Supple. 1), P.p: 19-45. (in pershain).
2. Abdolkarimi. M. & Et Al. (2017). Health promoting behaviors and its relationship with self- efficacy in Behorzan, Nursing Research Center of Iran University of Medical Sciences (Iranian Nursing Journal). No. 30, 105. P.p: 68-79.
3. Ahmadi, H; Dehgani, V. (2015). Opinions and thoughts of Ulrich Beck, Risk society theorist, *Social Development Quarterly*. No. 10, 2. P.p: 101-126.
4. Amerian, A; Chirani, E; Golizade, M. (2021). Financial crimes; Model design and explanation by grounded theory method; Investing knowledge scientific research quarterly. 10 (38), P.p: 265-285. [In Persian].
5. Carpenter HJSADR. *Qualitative Research in Nursing*. fifth ed. china: Lippincott.
6. Chamberlin, J. (1997). "A Working Definition of Empowerment." *Psychiatric*.
7. Cheragi, f. & Et Al. (2020). The effect of using Orem's self-care model on the quality of life of patients in Iran, A systematic review, *Systematic review in medical sciences*. No. 1, 2. P.p: 30-40.
8. Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*. 59 (8), P.p: 676-684.
9. Crawford Shearer, N. B. (2009). "Health Empowerment Theory as a Guide for Practice". *NIH Public Access*, 30 (2), P.p: 1-9.
10. Czenczek- Lewandowska, E; Wyszyńska, J; Leszczak, J; Baran, J; Weres, A; Mazur, A & Lewandowski, B. (2021). Health behaviours of young adults during the outbreak of the covid-19 pandemic– a longitudinal study. *BMC Public Health*, 21 (1), P.p: 1-10.
11. Febriana, D. (2011). Empowerment: A Concept Analysis, *The Annual International Conference*, Syiah Kuala University, Banda Aceh, Indonesia. November 29-30.
12. Ghafori fard, M; Eb, H. (2014). The effect of training based on Orem's self-care model on the self-care ability of patients with diabetes, *Scientific journal of Hamedan School of Nursing and Midwifery*. No. 23, P.p: 1. 5-13.
13. Gharamaleki, Faramarz. (2008). *Methodology of religious studies*, tahriri no, Razavi University of Humanities, Third edition. No. 3, P.p: 25-67.
14. Glanz, K; Rimer, B. K, & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
15. Habibi, L; Farpor, H. (2015). The role of social media in health communication. *The second international media management conference*. [In Persian].
16. Irshad- Ali, B. H. (2018). "Application of Orem Self Care Deficit Theory on Psychiatric Patient". *Annals of Nursing Research & Practice*, 5 (1), P.p: 1-3. (In pershain).
17. Khaniki, H. (2014). *Health communication; Contexts and prospects in development*. [In Persian].
18. Khaniki, H; Saadatsirat, N. (2021). The four dimensions of health in the content of health-oriented programs of the provincial radio (Emphasizing the amount of use and lifestyle of the citizens of Hamadan city), *Media Studies Quarterly*. 16, P.p: 114-127. [In Persian].
19. Khashei, R; Mehdizadeh, S. (2018). The role of the media in choosing health-oriented lifestyles (Emphasizing the media consumption of the citizens of Tehran), *Communication Research Quarterly*. 25 (2), P.p: 51-78. [In Persian].

20. Kiani, M. (2010). A comparative study of the distribution of power in the family and fertility among couples aged 29 and 30 years and older in Isfahan based on grounded theory, Faculty of Social Sciences, University of Isfahan, Sociology doctoral dissertation.
21. Leveille-Tulce, A. N. B. (2017). A Quasi-Experimental Study of a Health Patterning, Modality about Childhood Vaginitis and Power in Haitian Primary Caregivers, Theses, University of New York.
22. Malekmohammadi, H; Vahdani, V, (2016). The evolution of health policy: moving to a governance paradigm for health. Scientific-research quarterly of public policy. 2 (2), P.p: 73-94. [In Persian].
23. Mirzaii, H. & Et Al. (2017). Application of health belief model in improving preventive behaviors of iron deficiency anemia in female students of Fereydoun city. Health education and health promotion. No 5. (4), P.p: 260-269.
24. Nategh, F; Rezaiirad, M. (2012). The role of electronic health in providing health services. The scientific-educational quarterly journal of the Faculty of Health. 42, P.p: 23-33. [In Persian].
25. Parissopoulos, S. & Kotzabassaki, S. (2014). "Orem's Self-Care Theory, Transactional Analysis and the Management of Elderly Rehabilitation". ICUS NURS WEB, (17), P.p: 1-11.
26. Rafii, F. (2008). The principles of theory development in nursing. 2 ed. Tehran: University of Medical Science and Health Services of iran. (In pershain).
27. Rahnavard, z. & Et Al. (2011). The effect of education based on the health belief model on preventive behaviors of smoking in adolescent girls, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (hayat). No. 17. (13), P.p: 15-26.
28. Rebar, C; Gersch, C; Macnee, C; McCabe, S. (2010). Understanding Nursing Research: Reading and Using Research in Practice. Lippincott, Williams & Wilkins. Rehabilitation Journal, 20 (4), P.p: 43-46.
29. Sarokhani, M. (2004). Persuasion is the goal of communication, Two quarterly journals of social sciences. No. 23 (1), P: 123.
30. Schuster, T. L. M; Dobson, M; Jauregui, R. H. I. Blanks. (2004). "Wellness lifestyles I:" A theoretical framework linking wellness, health lifestyles, and complementary and alternative medicine", the journal of alternative and complementary medicine, No.10 (2), P.p: 349-356.
31. Sharma, M. & Romas, J. A. (2012). Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion, Publisher: Cathleen Sether, Second Edition.
32. Short, S. E. & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. Current Opinion in Psychology, 5, P.p: 78-84.
33. Vahdaninya, V; Vosoghmoghadam, A. (2018). Understanding the posterior logic of health policymaking: transitioning to governance for health. Paish magazine. 17 (6), P.p: 631-646. [In Persian].
34. Vahedian, A. & Et Al. (2018). The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life of adults with chronic diseases. A systematic study and meta-analysis. Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (hayat). No. 24 (2). P.p: 152-173.
35. WHO. (2000). The World health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization.