

Study of the impact of health communication governance on the formation of interpersonal communication behaviors

(Study by Grounded Theory Method)

Abstract:

Health communication is a relatively new field within social communication studies, aiming to promote public health through both theoretical and practical approaches. A proper understanding of effective governance requires the promotion of health-oriented behaviors. In this context, the present study seeks to identify optimal strategies for improving public health issues, disease control and treatment, and for establishing effective cooperation and coordination between government and citizens, considering the rapid growth of digital communication and virtual media. Using a grounded theory approach, this qualitative study examines the relationships among categories and concepts of health communication governance within a conceptual model. Data were collected through in-depth, purposeful interviews with 31 academic experts and professionals in the fields of health and media in Urmia. Through theoretical sampling and multiple stages of open, axial, and selective coding, the findings were qualitatively analyzed to identify the most effective governance strategies for shaping and stabilizing health-oriented behaviors through modern and digital communication tools. The analysis resulted in two core concepts—health-oriented behaviors and health communication governance—along with eight axial categories and twenty-five open categories. The results indicate that health communication governance fundamentally depends on two key components: communication and collaboration among policymaking and executive institutions as essential requirements for development programs. This governance framework should adopt an interdisciplinary approach encompassing education, health, communication, social sciences, psychology, anthropology, and sociology. Moreover, adopting a development-oriented perspective by governing bodies, avoiding sectoral fragmentation, respecting local traditions, promoting cultural awareness, empowering communities through effective information dissemination, and leveraging the capacities of modern media are among the most significant outcomes of this study for enhancing development impacts and preserving public health.

Keywords: Health Communication; Governance; Health Policy-Making; Mass Media; Grounded Theory

بررسی تاثیر حکمرانی ارتباطات سلامت در شکل‌گیری رفتارهای ارتباطی سلامت‌محور

(مطالعه به روش نظریه زمینه‌ای)

چکیده فارسی:

ارتباطات سلامت مبحث نوینی در مطالعات اجتماعی ارتباطات با هدف ارتقای بهداشت با روش‌های نظری و عملی در حوزه سلامت است. درک درست از حکمرانی مؤثر، نیازمند ارتقای رفتارهای سلامت‌محور بوده و پژوهش حاضر در تلاش است با توجه به رشد ارتباطات دیجیتالی و رسانه‌های مجازی با بررسی رفتار حاکمیت به بهترین راهکار در بهبود مسائل بهداشتی، کنترل، درمان و یافتن مناسب‌ترین راهکار همکاری و هماهنگی حاکمیت در ارتباط مؤثر با مردم دست یابد. این پژوهش با بررسی روابط بین مقوله‌ها و مفاهیم حکمرانی ارتباطات سلامت در چارچوب یک مدل از طریق پژوهش داده‌بنیاد با ابزار مصاحبه‌های عمقی و هدفمند و اخذ نظرات و راهکارها از بین تعداد ۳۱ خبره دانشگاهی، فعال حوزه بهداشت و رسانه در شهر ارومیه با راهبرد نظری و طی مراحل مختلف کدگذاری مفهومی، مقوله‌ای و باز با تحلیل نتایج کسب شده به‌صورت کیفی به بهترین راهبرد در ابعاد نقش حکمرانی در شکل‌گیری و تثبیت رفتارهای سلامت‌محور برسد. این روند با تحلیل و بررسی نتایج بدست آمده در حوزه حکمرانی ارتباطات سلامت با ۲ مفهوم اصلی شامل استفاده از حکمرانی ارتباطات سلامت و ۸ مقوله محوری رفتارهای سلامت‌محور و ۲۵ مقوله باز به دست آمد. حکمرانی ارتباطات سلامت، به دو مؤلفه اصلی ارتباطات و همکاری نهادهای سیاست‌گذار و اجرائی به عنوان ضرورت برنامه‌های توسعه‌ای، با محوریت بخش‌هایی هم‌چون آموزش، سلامت، ارتباطات،

علوم اجتماعی، روان‌شناسی، مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی و... نیاز دارد و پذیرش نگاه توسعه‌محور حاکمیت، پرهیز از بخشی‌نگری، توجه به سنت‌های بومی، فرهنگ‌سازی و توانمندسازی افراد جامعه با اطلاع‌رسانی و بهره‌برداری از ظرفیت رسانه‌های نوین در کنار اثرگذاری توسعه و حفظ بهداشت عمومی، از نتایج موثر این پژوهش بوده است.

کلید واژه‌ها: ارتباطات سلامت؛ حکم‌رانی؛ سیاست‌گذاری سلامت؛ رسانه‌های جمعی؛ گرندد تئوری (تئوری زمینه‌ای)

مقدمه:

ارتباطات سلامت در حوزه‌های مختلفی هم‌چون آموزش سلامت، ارتباطات علوم اجتماعی، ارتباطات کلامی، بازاریابی، بازاریابی اجتماعی، روان‌شناسی، مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی مطرح بوده و هم‌راستا می‌باشد (Khaniki H, 2014). از نتایج ملموس آن افزایش تاثیر اطلاع‌رسانی، تبلیغات و آگاهی بخشی از طریق ابزارهای ارتباطی و فضای مجازی در ارتقای کیفیت زندگی، بهبود سطح بهداشت فردی، جمعی و رونق مباحث سلامت در توسعه کشورها و جوامع با توجه خاص به رفتارهای مردم بومی هر منطقه است. به اعتقاد برخی اندیشمندان در حال حاضر در عصر دیجیتال اطلاعات و به‌نوعی عصر تعامل، فضا سازی موقعیت‌های بسیار در حوزه‌های مختلف از جمله آموزش، راه‌کارهای سلامت و رفتار بی‌خطر برای تغییر رفتار سلامت، فراهم شده است (Glanz, K. et al., 2008). تحول در رویکردهای سیاست‌گذاری عمومی از پارادایم دولت محور به سمت الگوهای مشارکتی، بستر ظهور مفهوم حکمرانی را فراهم کرده است؛ مفهومی که فراتر از حاکمیت سنتی، بر تعامل و مشارکت ذی‌نفعان در فرآیند تصمیم‌سازی تأکید دارد (Fani et al., 2013). برخی رخدادهای خاص از جمله پاندمی کرونا و شیوع هر از چندگاه بیماری‌های واگیر در جهان، موضوع ارتباطات سلامت و ضرورت توسعه این علم را مورد تأکید قرار داد. رهیافت‌ها و فعالیت‌های

ارتباطات سلامت مدت‌های مدیدی است که به شکل موفقیت‌آمیزی از سوی نهادهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و حتی سازمان‌های غیردولتی و بخش‌های تجاری، در جهت توسعه عمومی مورد استفاده قرار گرفته و همانند یک عنصر ضروری برای ارتقای کیفیت سلامت فردی و جمعی مطرح شده است (Habibi, L., 2015). رشد رسانه‌های دیجیتال و شبکه‌های اجتماعی و فعالین این عرصه در دهه‌های اخیر، تحولات گسترده‌ای در الگوهای ارتباطی، فرهنگی و اقتصادی جوامع ایجاد کرده است. این بسترها از فضای صرفاً سرگرمی فراتر رفته و به عرصه‌ای برای بازنمایی سبک زندگی، شکل‌دهی به هویت فردی و اجتماعی و تأثیرگذاری بر نگرشها و رفتارهای مصرفی تبدیل شده‌اند (Khajeh & Sorooshi, 2014). مدیریت در حکمرانی و بحران سلامت نه تنها به مدیریت مراحل چهارگانه پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازسازی محدود نمی‌شود، بلکه به حکمرانی منعطف، تطبیقی و پیش‌نگر نیاز دارد (Abdolhamidzadeh, 2014; Emami et al., 2024). این نگاه شبکه‌ای، ضمن افزایش اثربخشی سیاست‌ها، امکان بهره‌گیری از ظرفیت‌های پنهان و منابع متکثر را نیز فراهم می‌کند (Hermansson, 2016; Pittman & Armitage, 2019). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد جهت بهبود رفتار سلامت مؤثر، لازم است که تغییر رفتار از سطوح فردی در جامعه صورت گیرد و با توجه به اینکه برنامه‌های تبلیغی و آموزشی مرتبط با سلامت، ماهیت مداخله‌ای دارند و به شکل آنلاین و آفلاین ارائه می‌شوند و می‌توانند منجر به تغییر رفتارهای سلامت و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی شوند (Bickmore, Timothy W., Schulman, Daniel, & Sidner, 2013). آموزش روند حفظ سلامت به بیمار، در برگیرنده تمام فعالیت‌های آموزشی مربوط به بیمار شامل آموزش‌های درمانی، آموزش‌های بهداشتی و ارتقای سلامت بالینی می‌باشد که برای کمک به بیمار به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد بیماری خود و کسب مهارت خودمراقبتی صورت می‌گیرد (Charlton E, 2020). استفاده از موارد آموزشی مؤثر به بیمار کمک می‌کند تا پیچیدگی‌های فرآیندهای پزشکی قابل فهم گردیده و سطح استرس و اضطراب آن‌ها کاهش پیدا کند (Khashei R, Mehdizadeh

(S, 2018). قدمت ارتباطات سلامت به عنوان یک عمل فرهنگی اجتماعی به اندازه تمدن بشری و اولین تلاش‌ها برای آموزش، هشدار و تأثیرگذاری بر رفتارهای افراد و اجتماعات است، اجتماعاتی که با مشکلات سلامت روبرو بودند (Charles T. Salmon & Thanomwong Poorisat, 2019). با توجه به مباحث پیش گفته، هدف از نگارش این مقاله پاسخ به این پرسش‌ها است که به طور کلی حکمرانی ارتباطات سلامت در برگیرنده چه مؤلفه‌هایی است و بهترین راه کار تقویت و بهبود این روند چیست؟

مبانی نظری پژوهش:

حکمرانی خوب در حوزه سلامت باید شامل ابعاد راهبردی، ظرفیت‌های دانشی، عدالت اجتماعی، مدیریت منابع و همچنین مشارکت ذی نفعان باشد (Mohammadiha et al, 2021). در دهه‌های اخیر، توسعه یافتگی کشورها بیش از گذشته با شاخص‌های علمی و میزان تولید دانش آنها سنجیده می‌شود. نظریه یادگیری اجتماعی می‌تواند تأثیر برنامه مداخله را برای بهبود رفتارهای ارتقای سلامت تشخیص دهد و در ادامه کیفیت زندگی و رفتار ارتقای سلامت را شناسایی کند (Strauss A, Corbin J, 2014). در این چارچوب با مداخله عامل تأثیر رسانه‌های ارتباطی می‌توان برداشت درستی در رابطه با نحوه تأثیر عامل ارتباطات و رسانه‌های جمعی بر رفتار سلامت محور تحلیل کرد. براساس تحقیقات صورت گرفته سازماندهی جامعه، ارتباطات، انتشار نوآوری‌ها، بازاریابی اجتماعی، پردازش اطلاعات، استرس و مقابله و توانمندسازی از عوامل تأثیرگذار در ارتقای سلامت جامعه هستند (Mohamad, M., Afshari, M., & Mohamed, N. A., 2011). طراحی یک مدل حکمرانی مؤثر برای مدیریت بحران در حوزه سلامت، مستلزم در نظر گرفتن ابعادی چون رهبری، ظرفیت‌ها، عوامل محیطی، تاب آوری، ساختارها، عوامل رفتاری و مشروعیت بخشی است (Bishai et al., 2024; Patterson et al., 2010; Termeer et al., 2015). ردینگ و همکاران ضمن بررسی راهکارهای ارتقای رفتارهای سلامت محور در عرصه عمومی به نقش ارتباطات و

ابزارهای ارتباط جمعی پرداخته‌اند (Malekmohammadi H, Vahdani V, 2016). سلامت الکترونیک، اهداف و مزایا و موانع از استفاده در حوزه‌های مختلف کاربردی سلامت الکترونیک و موضوعات تعیین کننده دسترسی به برنامه‌های سلامت الکترونیک دارد (Ruben, Brent D. , 2016). چالش‌هایی که باعث ایجاد تغییراتی در الگوی مصرف مردم و سبک زندگی آن‌ها به‌ویژه در حوزه سلامت شده است و نیز رسانه‌های جمعی به‌عنوان منبع اصلی کسب اطلاعات مربوط به سلامتی مورد بررسی قرار گرفته است (Amin -Tahmasbi H, Asgharpour M. , 2021). چندین مؤلفه کلیدی از جمله روایت‌های منطقی واضح در گزارش‌دهی، ارتباطات باز، پرسش‌های مؤثر و چالش از سوی اعضای هیئت مدیره بر ارتباطات و رهبری بر حاکمیت و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. بر این اساس مشارکت مؤثر در این فرآیندهای ارتباطی و حکمرانی، بازتاب ارزشمندی را در سطح نظام سلامت پدید می‌آورد (Vahdaninya V, Vosoghmoghadam A, 2018). در بعد انتشار اطلاعات بیماری‌ها و به‌طور مثال در بحث فراگیری بیماری کرونا نه تنها خود ویروس خیلی سریع گسترش یافت، بلکه اطلاعات نادرست درباره شیوع این بیماری نیز با سرعت زیاد منتشر شد و در نتیجه وحشتی که در بین مردم ایجاد کرد نیز با همان سرعت افزایش یافت و باز به تعبیری دیگر، ترس ایجادشده توسط رسانه‌های اجتماعی سریع‌تر از گسترش بیماری همچون کوید-۱۹ حرکت کرد (Parvanta, Claudia F, 2011). چنان‌که مدیر بیماری‌های واگیر سازمان بهداشت جهانی "سیلویا بریاند" اظهار کرد: ما می‌دانیم که با شیوع هر بیماری، نوعی سونامی انتشار اطلاعات رخ خواهد داد و در این اطلاعات منتشره نیز همیشه اطلاعات غلط، شایعات و غیره وجود دارد (Cockerham, C. William. ,2013).

روش‌شناسی پژوهش:

در این پژوهش با توجه به اهمیت و ماهیت اصلی توسعه محور بودن آن، از پژوهش کیفی اکتشافی با ابزار مصاحبه انتخابی و بصورت گلوله برفی با بهره‌گیری از روش گرند تئوری (داده بنیاد) از خبرگان با سابقه حداقل ۱۰ ساله در حوزه بهداشت و درمان، متخصصین حوزه ارتباطات و رسانه با میزان تحصیلات کارشناسی، ارشد و دکتری عمومی و دکتری تخصصی در شهرستان ارومیه استفاده شده است. در نهایت ۳۱ نفر دارای شرایط و مایل به حضور در تحقیق، انجام شد. با برگزاری مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته، پس از مصاحبه ۱۶، 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 شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان برابر با ۴۳/۸ سال می‌باشد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، کدگذاری سه مرحله‌ای با استفاده از روش‌های بررسی با مبنای پاسخ به سه سوال اساسی در رابطه با مصاحبه‌های عمقی از مصاحبه شوندگان انجام شد که شامل موارد زیر است:

۱- پیامدهای اجرای مطلوب ارتباطات سلامت شامل چه مواردی در جامعه می‌باشد؟

۲- نقش رسانه‌های نوین و دیجیتال برای ارتقای ارتباطات در حوزه سلامت چیست؟

۳- تاثیر حکمرانی در اثربخشی ارتباطات سلامت برای عموم مردم چگونه است؟

در این پژوهش برای بررسی روایی تحقیق، نتایج کسب شده مورد بازبینی قرار گرفت و دیدگاه‌های ارائه شده جهت ترمیم یا تغییر نظریه نهایی بیان شده است. برای سنجش پایایی نیز از روش پایایی بازآزمون و از میان کل مصاحبه‌ها، به‌صورت کاملاً تصادفی چهار مورد انتخاب و هر یک به میزان دو بار با فاصله زمانی ۱۵ روزه کدگذاری شدند. سپس کدهای مشخص شده در دو بازه زمانی، برای هرکدام از مصاحبه‌ها با مقایسه هم و از

طریق وجود توافقات و عدم وجود آن با یک شاخص ثابت محاسبه گردید. در هر مصاحبه، کدهایی که در دو فاصله زمانی با هم مشابه هستند، با عنوان توافق و کدهای غیر مشابه با عنوان عدم توافق مشخص می شوند. نهایتاً ۷۸ درصد از محاسبه پایایی در بازآزمون به دست آمد که نتیجه قابل قبولی می باشد.

ردیف	جنسیت	سن	وضعیت تاهل	رشته تحصیلی	سطح تحصیلات	شغل
۱	مرد	۶۵	متاهل	روانشناسی	دکتری (p.h.d)	روانشناس
۲	مرد	۴۶	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	خبرنگار
۳	زن	۳۴	متاهل	مهندسی پزشکی	دکتری حرفه ای	مهندس پزشکی
۴	مرد	۵۶	متاهل	روانشناسی	فوق لیسانس	مدرس دانشگاه
۵	مرد	۴۴	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه ای	حوزه سلامت
۶	مرد	۴۸	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه ای	پزشک
۷	زن	۳۲	متاهل	پزشک	دکتری حرفه ای	کادر درمان
۸	مرد	۵۱	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	اینفلوئنسر
۹	زن	۳۸	مجرد	روانشناسی	فوق لیسانس	مشاور بالینی
۱۰	زن	۷۵	متاهل	مامایی	دکتری حرفه ای	کادر درمان
۱۱	مرد	۴۸	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	خبرگزاری
۱۲	زن	۳۲	متاهل	جامعه شناسی	دکتری (p.h.d)	مشاور اجتماعی
۱۳	مرد	۴۰	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	روزنامه نگار
۱۴	مرد	۴۸	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه ای	مدرس دانشگاه
۱۵	مرد	۲۶	مجرد	پزشکی	دکتری حرفه ای	دانشجو
۱۶	مرد	۵۶	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	مدرس دانشگاه
۱۷	مرد	۳۴	متاهل	بهداشت محیط	دکتری حرفه ای	کارمند اداری درمان
۱۸	مرد	۴۹	متاهل	پزشکی	دکتری حرفه ای	کادر درمان
۱۹	مرد	۳۸	مجرد	اقتصاد	دکتری (p.h.d)	دانشجو
۲۰	مرد	۳۷	متاهل	علوم اجتماعی	فوق لیسانس	فعال رسانه ای
۲۱	مرد	۵۳	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	خبرگزاری
۲۲	مرد	۵۶	متاهل	گیاه پزشکی	دکتری (p.h.d)	مدرس دانشگاه
۲۳	مرد	۴۵	متاهل	پزشک اجتماعی	دکتری حرفه ای	اورژانس اجتماعی
۲۴	مرد	۴۵	متاهل	ارتباطات	فوق لیسانس	خبرنگار

۲۵	زن	۳۵	متاهل	روانشناسی	فوق لیسانس	مشاور
۲۶	مرد	۳۶	مجرد	تربیت بدنی	فوق لیسانس	مربی ورزشی
۲۷	مرد	۴۵	مجرد	نرم افزار- IT	دکتری (p.h.d)	مدرس دانشگاه
۲۸	مرد	۳۵	متاهل	کامپیوتر- IT	فوق لیسانس	کارمند بیمه
۲۹	زن	۳۸	متاهل	حقوق	فوق لیسانس	فعال رسانه ای
۳۰	مرد	۳۳	متاهل	کشاورزی	دکتری حرفه ای	کادر درمان
۳۱	مرد	۴۰	متاهل	اقتصاد	دکتری (p.h.d)	اینفلوئنسر

جدول متغیرهای نمونه های آماری 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 (P.H.D)	۶	٪ ۱۹/۳۵	
	دکتری حرفه ای	۱۲	٪ ۳۸/۷۰	
دامنه سنی	۲۶- ۷۵			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	

یافته ها:

در مرحله نخست یعنی کدگذاری باز، تعداد ۲۵ کد در قالب ۲ محور، ساختار الگوی پارادایمی شامل رفتارهای سلامت محور و حکمرانی ارتباطات سلامت استخراج گردید. بر اساس داده های جدول شماره (۱) در مرحله

کدگذاری محوری، ۸ مقوله استخراج شده و در قالب دو مفهوم رفتارهای سلامت محور و حکمرانی ارتباطات سلامت کدگذاری انتخابی انجام شد. پس از کدگذاری سه مرحله‌ای، تحلیل بر مبنای روش گرند تئوری انجام شد. این روش به محقق این امکان را می‌دهد تا به‌جای اتکا به تئوری‌های موجود و از پیش تدوین شده، خود برای تدوین تئوری و گزاره اقدام کند که این تئوری‌ها و گزاره‌ها به شکلی نظام‌مند براساس داده‌های واقعی تدوین می‌شوند (Amerian A, Chirani E, Golizade M., 2021).

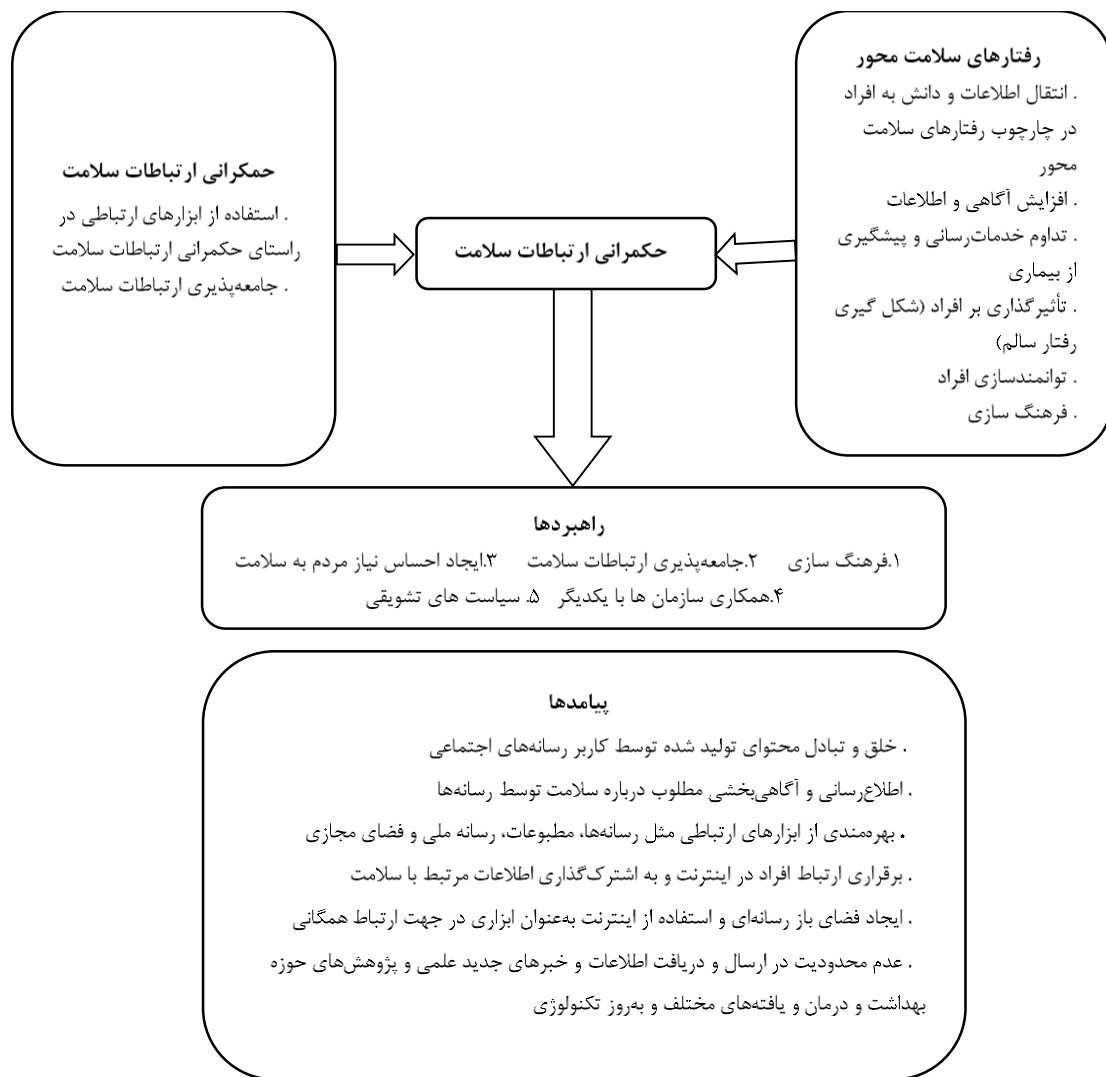
با استفاده از راهبرد "نظریه داده‌بنیاد" سیستماتیک اشتراوس و کوربین، شناسایی پدیده محوری، شرایط علی، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر، راهبردها، پیامدها و ارتباط بین آن‌ها، از طریق تبدیل داده‌ها به مجموعه‌ای از کدها، کدهای مشترک به مقوله و مقوله‌ها به نوعی نظریه انجام شد (Strauss A, Corbin J., 2014). در تحقیقات متعدد در سطح جهان مشاهده شده که توان و تأثیر رسانه‌ها به‌عنوان ابزار ارتباطات سلامت برای تحقق بهتر حکمرانی سلامت حکایت دارد (Mohamad, M., Afshari, M., & Mohamed, N., 2011). اما این متقاعدسازی جز با استفاده از توان رسانه‌های جمعی تحقق نمی‌یابد. از این منظر رادیو، تلویزیون، رسانه‌های چاپی و دیجیتال اگر به اندازه کافی مورد استفاده قرار گیرند و در پاسخ به نیازها و ترجیحات مخاطبان انتخاب شوند، رابطه‌های قدرتمندی بین ارتباط‌گیرندگان و مخاطبان‌شان هستند که در امر ارتباطات سلامت نیز جایگاه ویژه دارد. تمامی این تئوری‌ها در مرحله عمل به اثبات رسیده است، کما اینکه تحقیقات نشان می‌دهد توسعه بهداشت عمومی نیازمند ابزارهای ارتباطی است (Malekmohammadi H, Vahdani V, 2016). براساس کدگذاری صورت گرفته، ساختار تعریف شده براساس الگوی پارادایمی شامل شرایط مداخله‌گر توسعه ارتباطات سلامت و شرایط زمینه‌ای توسعه ارتباطات سلامت می‌باشد. در واقع این الگو براساس کدگذاری محوری حاصل شده است. بر این اساس در کدگذاری محوری، مقولات

سرمایه‌رسانه‌ای (حمایت‌رسانه‌ای) ارتباط مسئولین با مردم، انتقال اطلاعات و دانش به افراد، استفاده از ابزارهای ارتباطی، فضاهای باز رسانه‌ها و استفاده از رسانه دیجیتال استخراج شده است. با تحلیل و بررسی نتایج بدست آمده در حوزه حکمرانی ارتباطات سلامت، ۲ مفهوم اصلی شامل استفاده از رفتارهای سلامت محور و حکمرانی ارتباطات سلامت، ۸ مقوله محوری انتقال اطلاعات و دانش به افراد در چارچوب رفتارهای سلامت محور - افزایش آگاهی و اطلاعات - تداوم خدمات رسانی و پیشگیری از بیماری - توانمندسازی افراد (شکل‌گیری رفتار سالم) - فرهنگ سازی با ۵ راهبرد اصلی شامل: - فرهنگ سازی - جامعه‌پذیری ارتباطات سلامت - ایجاد احساس نیاز مردم به سلامت و استفاده از ابزارهای ارتباطی و جامعه‌پذیری به دست آمد.

پیامد حاصل از این تحلیل شامل شش نتیجه زیر گردید:

- ۱- ساخت و تبادل محتوای تولید شده توسط کاربر رسانه‌های دیجیتال بصورت روزانه موثر است.
- ۲- ظرفیت اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی مطلوب درباره سلامت بوسیله رسانه‌های موثر متمرکز است.
- ۳- لزوم استفاده از ابزارهای متنوع ارتباطی متنوع دیداری و شنیداری، فضای وب، مکتوب و دیجیتال بعد از استفاده موثر تثبیت می‌شود.
- ۴- ارتباط افراد و اشتراک‌گذاری اطلاعات مرتبط با سلامت با یکدیگر پس از استفاده همسوسازی می‌شود.
- ۵- فضای باز رسانه‌ای و استفاده از ظرفیت اینترنت به عنوان ابزاری در جهت ارتباط همگانی همه‌گیر شده است.
- ۶- نظارت علمی موثر در راستای ارسال و دریافت اطلاعات و خبرهای جدید علمی و پژوهش‌های حوزه بهداشت و درمان و یافته‌های نوین و به‌روز توسط خبرگان انجام می‌شود.

نمودار شماره ۱- الگوی پارادایمی حکمرانی خوب در ارتباطات سلامت



نتایج نشان می دهد که در بحث مقوله سرمایه رسانه ای (حمایت رسانه ای) که در مصاحبه ها به عنوان کدگذاری باز قابل توجه است، طرح مباحثی نظیر "ارتباطات سلامت است که راهی برای آگاه کردن همه مردم درباره موضوعات سلامت و بیماری ها"، ارتباطات سلامت به معنای آگاهی دادن به مردم و در اختیار قرار دادن دانش مسائل و مربوط به سلامتی به آنها می باشد. در مقوله استفاده از ابزارهای ارتباطی نیز مصاحبه شوندگان به موضوعاتی نظیر "رسانه های اجتماعی راهی برای خلق و تبادل محتوای تولید شده توسط کاربر فراهم" اقدام می کنند. در نهایتاً در مقوله فضاهای باز رسانه ها و استفاده از اینترنت، نیز توجه مصاحبه شوندگان به "افراد برای جستجوی اطلاعات درباره مسائل سلامتی به اینترنت متمرکز می شود"،

همچنین نتایج این تحقیق بیان می‌کند که این مقولات به‌طور عمده از منظر انتزاعی در ردیف بالاتری نسبت به مفاهیم مرحله قبل قرار گرفته‌اند که در قالب جدول شماره (۱) قابل مشاهده هستند.

جدول شماره ۱- کدگذاری در سطوح مختلف حکمرانی ارتباطات سلامت

ساختار براساس	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
الگوی پارادایمی		
رفتارهای	انتقال اطلاعات و دانش به افراد	. ارتباطات سلامت راهی است برای آگاه‌کردن همه مردم درباره موضوعات سلامت
سلامت‌محور	در چارچوب رفتارهای ارتباطی	و بیماری‌ها.
	سلامت‌محور	. ارتباطات سلامت به معنای آگاهی دادن به مردم و در اختیار قرار دادن دانش مسائل و مربوط به سلامتی به آن‌ها است.
		. به‌طورکلی 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، فرآیند تعاملی تبادل اطلاعات و عقاید میان افراد، گروه‌ها و نهادها 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.
	افزایش آگاهی و اطلاعات	. افزایش اطلاعات فردی و عمومی در خصوص سلامت
		. ارتقای سطح علمی و آگاهی عمومی
	خدمات‌رسانی و پیشگیری از	. تثبیت روند خدمات‌رسانی به عموم مردم در نقاط مختلف
	بیماری	. پیشگیری از بیماری‌ها و مراقبت

ارتباطات سلامت باعث تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیری افراد و این‌گونه باعث ارتقای سطح سلامت مردم می‌شود.	تأثیرگذاری بر افراد (شکل‌گیری رفتار سالم)
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.	
ارائه اطلاعات پزشکی در زمینه بیماری‌ها و آثار فیزیولوژیک برخی رفتارهای خطرناک آموزش توانایی و مهارت زندگی و ارتقای سطح آگاهی مردم	توانمندسازی افراد
باتوجه 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	فرهنگ سازی
رسانه‌های اجتماعی راهی برای خلق و تبادل محتوای تولید شده توسط کاربر فراهم می‌کنند.	استفاده از ابزارهای ارتباطی در راستای حکمرانی ارتباطات
رسانه‌ها کارکرد اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی درباره سلامت دارند. بهره‌مندی از ابزارهای ارتباطی مثل رسانه‌ها، مطبوعات، رسانه ملی و صدا و سیما و فضای مجازی. افراد در اینترنت ارتباط برقرار می‌کنند و به اشتراک‌گذاری اطلاعات و تجربیات مرتبط با سلامتی می‌پردازند. فضای باز رسانه‌ها و استفاده از اینترنت به عنوان ابزاری در جهت ارتباط همگانی باتوجه به گسترش ابزارهای رسانه‌هایی هم‌چون موبایل و اپلیکیشن‌های مجازی برای فرد فرد مردم می‌تواند در این امر مؤثر باشد. عدم محدودیت در ارسال و دریافت اطلاعات و خبرهای جدید علمی و پژوهش‌های حوزه بهداشت و درمان و یافته‌های مختلف و به‌روز تکنولوژی در جهت بهره‌مندی عمومی از این پیشرفت‌ها می‌تواند در ارتقای سطح علمی و آگاهی عمومی مؤثر باشد.	حکمرانی ارتباطات سلامت سلامت

جامعه‌پذیری ارتباطات سلامت . عوامل مرتبط با ارتباطات شامل رسانه‌ها، نفرات صاحب کلام و ذی‌نفوذ با تعامل با

سیستم آموزشی و به‌خصوص آموزش در کلاس‌های درسی و آموزش عالی و

دانشگاه‌ها با پرکردن خلأ رسانه‌ای موجود در برخی نقاط می‌تواند در راستای انتقال و

دریافت پیام موثر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

براساس تحلیل‌های صورت‌گرفته، رفتارهای سلامت‌محور و حکمرانی ارتباطات سلامت دو عامل اصلی تحقق حکمرانی خوب در ارتباطات سلامت هستند و تمامی این موارد در عصر حاضر از طریق ارتباطات و نقش رسانه‌ها می‌تواند محقق شود (Ruben, Brent D. , 2016). فرهنگ‌سازی جز از طریق اقدامات رسانه‌ای مطلوب قابل تحقق نیست. این دستاورد با نتیجه تحقیقی که با موضوع سیاست‌گذاری در حوزه ارتباطات با موضوع سلامت عمومی صورت پذیرفته است، تطابق دارد و در حال حاضر براساس آن رسانه‌های دیجیتال و جمعی به‌عنوان منبع اصلی کسب اطلاعات مربوط به سلامتی هستند. حکمرانی ارتباطات سلامت می‌تواند با ابزارهای موجود ارتباطی چه در حوزه رسانه‌های سنتی و چه در حوزه رسانه‌های جدید، نقش حاکمیتی خود را بیش‌تر و بهتر عملیاتی کند. هرگونه اقدام مطلوب در زمینه اجتماع‌پذیری حکمرانی ارتباطات سلامت، جز از طریق رسانه‌ها و ارتباطات قابل تحقق نیست (Amin -Tahmasbi H, Asgharpour M. , 2021). نمونه بارز این اجتماع‌پذیری را می‌توان در اقدامات صورت‌گرفته در بحث پاندمی بیماری کرونا به وضوح مشاهده کرد. چرا که در بحران‌های بیولوژیک، کنترل بحران، کاهش میزان مرگ و آسیب‌های حاصله، حفظ و تأمین سلامت جامعه نیازمند عملکرد مؤثر مراکز ارائه خدمات سلامت، به‌خصوص بیمارستان‌ها است (Vahdaninya V, Vosoghmoghadam A, 2018). مشروعیت حکمرانی زمانی

حاصل می‌شود که شهروندان احساس کنند دولت پاسخگو، عادلانه و شفاف عمل می‌کند. (Patterson et al., 2010)

ملاحظات اخلاقی:

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که در انجام مطالعه حاضر، موازین اخلاقی رعایت شده است.

منابع مالی:

این تحقیق، هیچ‌گونه منابع و حمایت مالی نداشته است.

پیشنهادهای اجرایی پژوهش:

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:

- فرهنگ‌سازی و ارتقای سطح آموزش افراد برای توانمندسازی آنان در حوزه رفتارهای سلامت‌محور با تأکید بر رسانه‌های دیجیتال و بومی با ارتقای برنامه‌های آموزشی.
- بهره‌گیری از توان رسانه‌ها به‌عنوان حلقه واسط در بحث ارتباطات سلامت برای تحقق ارتباط مطلوب‌تر میان ارکان حاکمیت در حوزه سلامت و مردم به‌عنوان بهره‌برداران در راستای ارتقای رفتارهای سلامت‌محور.

پیشنهاد برای پژوهش آتی:

رسانه‌ها زمینه فعالیت عموم را در 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 نشان‌دهنده تعلق اجتماعی انسانها است (Parvanta, Claudia F.; Nelson, David E, 2011). بنابراین لازم

است دولت‌ها مقوله سلامت همراه را به رسمیت بشناسند و سیاست‌گذاران نیز با مشارکت جدی در آن، در رفع نابرابری‌های سلامت بکوشند (Cockerham, C. William. , 2013). 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 که نیازمند 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 بطور عمده زمان‌بر و البته نیازمند هزینه مالی و تأمین برخی اقلام ملاقات و مصاحبه می‌باشد.

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. بدینوسیله نویسندگان مقاله از کلیه اشخاصی که ما را در انجام مصاحبه‌ها، تحقیق، بررسی و کسب نتیجه یاری دادند تقدیر و قدردانی می‌نمایند.

Extended Summary

Introduction

Health communication is addressed and aligned in various fields such as health education, social sciences communication, verbal communication, marketing, social marketing,

psychology, anthropology, and sociology. (Khaniki H, 2014) Among its tangible outcomes is the enhancement of the impact of information dissemination, advertising, and awareness-raising through communication tools and virtual spaces in improving the quality of life, promoting individual and community hygiene, and revitalizing health-related discussions in the development of countries and societies, with particular attention to the behavioral patterns of local populations in each region. The proliferation of digital media and social networks, alongside the rise of influencers within these spaces, has spurred significant transformations in communication patterns, cultural norms, and economic structures across societies in recent decades. These platforms have transcended their initial role as mere entertainment venues, evolving into arenas for lifestyle representation, identity formation (both individual and collective), and influencing consumer attitudes and behaviors. (Khajeh & Sorooshi, 2014) Governance and crisis management in public health extends beyond the traditional four phases of prevention, preparedness, response, and recovery. It necessitates flexible, adaptive, and anticipatory governance approaches. (Abdolhamidzadeh, 2014; Emami et al., 2024). Effective governance in the health sector should encompass strategic dimensions, knowledge capacities, social equity, resource management, and the engagement of stakeholders. (Mohammadiha et al, 2021) In recent decades, the development of countries has increasingly been measured by scientific indicators and the volume of knowledge produced. Social learning theory can help identify the impact of intervention programs aimed at improving health-promoting behaviors, and subsequently, quality of life and health -enhancing behaviors (Strauss A, Corbin J, 2014).

Methods and Materials

This research, given the importance and inherently developmental nature of the study, employs a qualitative exploratory approach. Data was collected through selective interviews utilizing a snowball sampling technique, and analyzed using the grounded theory method. Participants included experts with a minimum of 10 years of experience in health and treatment, as well as communication and media specialists with bachelor's, master's, and doctoral degrees (both general and specialized) in the city of Urmia. Ultimately, 31 individuals meeting the criteria and willing to participate were recruited. Through the conduct of in-depth, semi-structured interviews, data saturation and thematic consistency were observed after the 16th interview. However, to ensure rigor, interviews continued until the 31st participant. In the present study, the age range of the interviewees was 26-75 years. Of the total participants, 7 were female (22.58%) and 24 were male (77.41%). Regarding marital status, 5 participants were single (16.12%) and 26 were married (83.87%).

Findings

Based on the coding process, the defined structure, following the paradigmatic pattern, includes conditions facilitating the development of health communication and conditions shaping the context of health communication. This pattern was derived through axial coding. Consequently, axial coding yielded categories such as media investment (media support), responsible officials' communication with the public, the transfer of information and knowledge to individuals, the utilization of communication tools, open media spaces, and the use of digital media. Through the analysis and examination of the results obtained in the field of health communication governance, two main concepts emerged: the utilization of health-focused behaviors and health communication governance. 8 core categories emerged within the framework of health-focused behaviors: information and knowledge transfer to individuals, increased awareness and information, continuity of service delivery and disease prevention, individual empowerment (formation of healthy behaviors), and cultural development with 5 main strategies: cultural development, socialization of health communication, creating a sense of public need for health, and utilizing communication tools and socialization.

Discussion and Conclusion

Based on the analyses conducted, health-focused behaviors and health communication governance are two key factors in achieving good governance in health communication. All of these aspects can be realized in the modern era through communication and the role of media (Ruben, Brent D., 2016). Cultural development is not achievable through other means than effective media interventions. This finding aligns with research on policy-making in the field of communication related to public health, which currently identifies digital and mass media as the primary source of health information. Health communication governance can operationalize its governing role more effectively through available communication tools, both in traditional and new media. Any desirable action regarding the socialization of health communication governance is not achievable except through media and communication (Amin-Tahmasbi H, Asgharpour M., 2021). Media provide a platform for public activity in the virtual space and assist them in having a presence in society, and even shared desires and needs. Mass communication tools are both a cause and an indicator of individuals' social belonging (Parvanta, Claudia F.; Nelson, David E, 2011). Therefore, it is necessary for governments to recognize the concept of health companionship and for policymakers, through active participation, to strive to address health inequalities (Cockerham, C. William, 2013). Like other

studies in the fields of communication, and indeed therapeutic and health studies, this study has limitations, including the selection and screening of the target population, requiring interviews with specialists and activists in the treatment and communication fields, and obtaining consent to participate in the research, Lack of awareness among relevant officials regarding the research process and findings, the insistence on preserving personal and administrative information, the inability to assess scientific and social implications, incomplete information from some respondents, and the challenging and time-consuming nature of the interview process, requiring extensive articles, lengthy meetings, in-depth research, and access necessitating in-person visits or telephone communication .Furthermore, the need for coordination and planning to meet individuals holding public or private positions is often time-consuming and requires financial expenses, as well as the provision of certain meeting and interview supplies.

References

Abdolhamidzadeh, B. (2014). Crisis Management in Industrial Units. Andisheh Sara Publications.

Al-Dahash, H., Thayaparan, M., & Kulatunga, U. (2016). Understanding the terminologies: Disaster, crisis and emergency. <https://www.arcom.ac.uk/docs/proceedings/9ac79958d9024495cd81e13909ed08cb.pdf>

Amerian A, Chirani E, Golizade M, Financial crimes; Model design and explanation by grounded theory method; Investing knowledge scientific research quarterly. (2021). 10(38): 265-285. [In Persian].

Amin -Tahmasbi H, Asgharpour M. (2021). Challenges of managing health centers during the COVID -19 pandemic. Journal of Health Administration. (2021). 24(3):69 -81. [In Persian].

Bickmore, Timothy W., Schulman, Daniel, & Sidner, Candace (2013). Automated interventions for multiple health behaviors using conversational agents. Patient Education and Counseling 92,142-148. <http://socialmarketing-nutrition.ucdavis.edu/Downloads/Alcalay-Bell.pdf>. Retrieved Sept. 2005.

Brown, Alison. (2020). Communication and leadership in healthcare quality governance: Findings from comparative case studies of eight public hospitals in Australia, Journal of Health Organization and Management, 34(2).

Charles T. Salmon & Thanomwong Poorisat. (2019). the Rise and Development of Public Health Communication, Health Communication, 80: 11-12.

Charlton E. How experts are fighting the Coronavirus 'infodemic' [Internet]. Geneva: World Economic Forum. (2020). [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/how-experts-are-fighting-the-coronavirus-infodemic>.

Cockerham, C. William. (2013). Medical Sociology on The Move; New Direction in theory, Springer Dordrecht Heidelberg, New York, London.

Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Bsd RP, Wilder Smith A, LarsonH. (2020). the pandemic of socialmedia panic travels faster than the COVID-19 outbreak.

Fani, A. A., Danai Far, H., & Hosseini, Y. (2013). The Capacity for Public Policy-Making: The Key to National Development. Safar Publications. Hermansson, H. M. L. (2016). Disaster management collaboration in Turkey: assessing progress and challenges of hybrid network governance. Public Administration, 94(2), 333-349. <https://doi.org/10.1111/padm.12203>

Fani, A. A., Danai Far, H., & Hosseini, Y. (2013). The Capacity for Public Policy-Making: The Key to National Development. Safar Publications. Hermansson, H. M. L. (2016). Disaster management collaboration in Turkey: assessing progress and challenges of hybrid network governance. Public Administration, 94(2), 333-349. <https://doi.org/10.1111/padm.12203>

Glanz, K, Rimer, B. K, & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons.

Habibi L, Farpor H. The role of social media in health communication. The second international media management conference.2015. [In Persian].

Heydari, Abbas; Khorashadizadeh, Fatemeh (2014) Pender's health promotion model in medical research, Journal of the Pakistan Medical Association, Vol. 64 (9), 1067- 1073. [In Persian].

Khajeh, N., & Soroosh. (2014). Media use, lifestyle, and quality of life among youth in Shiraz. Social Sciences Journal of Ferdowsi University of Mashhad, 11(2), 25-49. https://social.um.ac.ir/article/view/article_25617.html

Khaniki H, Health communication; Contexts and prospects in development. 2014. [In Persian].

Khaniki H, Saadatsirat N. 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. 2021;16: 114-127. [In Persian].

Khashei R, Mehdizadeh S. The role of the media in choosing health-oriented lifestyles (Emphasizing the media consumption of the citizens of Tehran), Communication Research Quarterly. 2018; 25 (2): 51-78. [In Persian].

Khoshnood, Zohreh; Rayyani, Masoud; Tirgari, Batool (2018) Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: a critical perspective, International Journal of Adolescent Medicine and Health, DOI: 10.1515/ijamh-2017-0160.

Lapinski, Maria Knight; Rimal, Rajiv N. (2010) Why health communication is important in public health, Bulletin of the World Health Organization, 87(4):247-247.

Malekmohammadi H, Vahdani V, The evolution of health policy: moving to a governance paradigm for health. Scientific-research quarterly of public policy. 2016;2 (2): 73-94. [In Persian].

Mohamad, M., Afshari, M., & Mohamed, N. A. (2011). Internet Use and Breast Cancer Survivors. Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET, 10(4): 241-247.

Mohammadiha, H., Memarzadeh, G., & Azimi, P. (2021). Designing a Model for Improving the Health System of the Country with Emphasis on Governance Strategies. Health Outcome, 15(3), 272-290. https://payavard.tums.ac.ir/browse.php?a_id=7080&sid=1&slc_lang=fa

Nategh F, Rezaiirad M, The role of electronic health in providing health services. The scientific-educational quarterly journal of the Faculty of Health. 2012; 42: 23-33. [In Persian].

Parvanta, Claudia F.; Nelson, David E.; Parvanta, Sarah A.; Harner, Richard N. (2011) Essentials of Public Health Communication, Jones & Bartlett Learning, LLC.

Redding, Colleen A.; Rossi, Joseph S.; Rossi, Susan R.; Velicer, Wayne F.; Prochaska, James O. (2000) Health Behavior Models, The International Electronic Journal of Health Education, No 3, 180-193.

Ruben, Brent D. (2016). Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same, Health Communication Journal, Vol. 31(1): 1-11.

Strauss A, Corbin J. Principles of Qualitative Research Methodology: Basic Theory. Procedures and methods, translated by Buick Mohammadi, Tehran: Institute of Humanities and Cultural studies; 2014.

Vahdaninya V, Vosoghmoghadam A, Understanding the posterior logic of health policymaking: transitioning to governance for health. Paish magazine. 2018; 17 (6): 631-646. [In Persian].

WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO, s framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization