

## بررسی سطح سواد سلامت روحانیون شهر بیرجند

زهرا وحدانی نیا<sup>۱</sup>، مهدی عبدالرزاق نژاد<sup>۲</sup>، ولی اله وحدانی نیا<sup>۳</sup>، بی بی فاطمه باقر نژاد حصار<sup>۴</sup>، عفت اعزامی<sup>۵</sup>

### مقاله کوتاه

#### چکیده

**مقدمه:** سطح سواد سلامت روحانیون به واسطه جایگاه و نفوذ کلامی که بر شهروندان دارند، مهم است. هدف از مطالعه حاضر تعیین سواد سلامت در روحانیون شهر بیرجند می‌باشد. **روش بررسی:** مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر بر روی ۱۸۴ نفر از روحانیون شهر بیرجند به صورت نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (طرح تحقیقاتی ملی سنجش سواد سلامت ایرانیان) انجام شده است و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری T-Test و Anova در سطح معنی‌داری  $\alpha=0/05$  تحلیل شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره سواد سلامت شرکت‌کنندگان در مطالعه  $15/09 \pm 122/09$  (متوسط) بوده است و از نظر بررسی ابعاد سواد در دو بعد سلامت دسترسی و کسب اطلاعات ( $53/3 \pm 16/83$ ) و همچنین قضاوت و ارزیابی ( $18/09 \pm 3/44$ ) نمره ضعیفی کسب نمودند. در بررسی منابع کسب اطلاعات در روحانیون نیز بیشترین منبع اخذ اطلاعات سلامت در اینترنت ( $59/2$  درصد) بوده و در درجه بعد رادیو و تلویزیون ( $49/3$  درصد) و کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی ( $44$  درصد) قرار گرفتند. **نتیجه‌گیری:** سطح سواد سلامت روحانیون شهر بیرجند مطلوب نیست که با توجه به نقش، جایگاه و نفوذ کلام این قشر مرجع در جامعه و اثرپذیری توده مردم از آنها، نگاه سیاست‌گذار به برنامه‌ریزی و توسعه سواد سلامت روحانیون ضروری می‌باشد. واژه‌های کلیدی: روحانیون؛ سواد سلامت؛ ارتقای سلامت؛ بیرجند.

**پیام کلیدی:** با توجه به این که میزان سواد سلامت روحانیون در شهر بیرجند مطلوب نبود لازم است این مهم در دستورکار قرار گیرد و برنامه‌ریزی لازم جهت توانمندسازی روحانیون انجام شود.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱/۳۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱/۱۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۵

**ارجاع:** وحدانی نیا زهرا، عبدالرزاق نژاد مهدی، وحدانی نیا ولی‌اله، باقر نژاد حصار بی بی فاطمه، اعزامی عفت. **بررسی سطح سواد سلامت روحانیون شهر بیرجند در سال ۱۳۹۹.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۹(۲): ۱۰۴-۱۰۸.

در مطالعه‌ای که در ۵ استان منتخب ایران انجام گرفت، ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت در حد کافی، ۱۵/۳ درصد دارای سواد سلامت مرزی (محدود) و ۵۶/۶ درصد دارای سواد سلامت ناکافی بودند (۷). بررسی به موقع سطح سواد سلامت افراد و برنامه‌ریزی ارتقای آن می‌تواند مراقبت‌های پیشگیرانه را در آنان بهبود بخشیده و سطح سلامت بالاتری را برای جامعه به ارمغان آورد.

- ۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
  - ۲- مربی، معارف و علوم قرآنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
  - ۳- استادیار، سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا، تهران، ایران
  - ۴- استادیار، ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
  - ۵- کارشناس ارشد علوم و مهندسی محیط زیست، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
- نویسنده طرف مکاتبه:** ولی اله وحدانی نیا؛ سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا، تهران، ایران

Email: vvnia@yahoo.com

#### مقدمه

سواد سلامت از شاخص‌های مهم سیاست‌گذاری و مدیریت مسئولانه سلامت در کشورها است. گرچه، سواد سلامت هنوز هم یک مفهوم در حال تکامل است اما، توافق وجود دارد که سواد سلامت بیش از توانمندی خواندن یک جزوه، درک برچسب غذایی و اطاعت از دستورات پزشکی بر اساس نسخه می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را این گونه تعریف می‌کند: «مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقاء و حفظ سلامتی خوب، تعیین می‌کند» (۱-۳).

افراد دارای سواد سلامت کم، اغلب فاقد دانش یا دارای اطلاعات نادرست درباره سلامت و علل بیماری هستند و ممکن است ارتباط بین عوامل سبک زندگی و نتایج مختلف سلامتی را درک نکنند و توجه کمتری به مدیریت سلامت خود داشته باشند (۴). سطح سواد سلامت پایین با مراقبت‌های پیشگیرانه کمتر، میزان بستری بیشتر و هزینه‌های سلامت بالاتر در ارتباط بوده است (۵). این در حالی است که افزایش بیماری‌های غیروابگیر، تغییر سبک زندگی و روند مشتری محور نیز باعث افزایش درخواست مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری شده است که خود ضرورت سواد سلامت را افزایش می‌دهد (۶).

تحقیق بصورت محرمانه باقی مانده و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانند از مطالعه خارج گردند.

### یافته‌ها

جدول ۱: توزیع مشخصات دموگرافیک افراد

متغیر	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۱۸
	زن	۶۶
سن	میانگین سن	۲۷/۵۰ ± ۱۰/۴۹
	حداقل سن	۱۶
	حداکثر سن	۵۹
تحصیلات	سطح ۱ حوزوی	۸۱
	سطح ۲ حوزوی	۶۷
	سطح ۳ حوزوی	۳۴
	تحصیلات دانشگاهی حوزوی	۲
		۱/۱

مشخصات جمعیت شناختی روحانیون نشان داد که بیشتر شرکت کنندگان مرد و در سطح یک حوزوی بوده‌اند.

جدول ۲: توزیع فراوانی منبع کسب اطلاعات سلامت در نمونه مطالعه

منبع کسب اطلاعات	تعداد	درصد
پزشک و کارکنان بهداشتی و درمانی	۸۰	۴۲/۵
اینترنت	۱۰۹	۵۹/۲
رادیو و تلویزیون	۹۱	۴۹/۵
روزنامه، نشریه و مجلات	۷۲	۳۸/۵
کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی	۸۱	۴۴

این مطالعه نشان داد بیشترین منابع دریافت اطلاعات سلامت در افراد شرکت کننده به ترتیب اینترنت، رادیو/تلویزیون، کتابچه، جزوه و بروشورهای آموزشی است. (جدول ۲)

در این میان، نقش گروه‌های مرجع برای اهداف سیاستگذاران در توسعه سواد سلامت مهم است. یکی از این گروه‌ها، روحانیون هستند؛ که بواسطه نقش اجتماعی و نفوذ کلام در بین توده‌های شهروندان می‌توانند کمک مهمی به توسعه سواد سلامت، بویژه در جامعه مذهبی ایران، داشته باشند (۸). با این حال، این ظرفیت کمتر مورد توجه و سنجش قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین سواد سلامت روحانیون شهر بیرجند صورت گرفت.

### روش بررسی

یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۸۴ نفر از روحانیون شهر بیرجند انجام شد. نمونه‌گیری با مشارکت مرکز مدیریت خدمات حوزه‌های علمیه استان خراسان جنوبی و بصورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. تعداد نمونه‌ها بر اساس مطالعات مشابه (۹) که در آن میانگین نمره سواد سلامت بزرگسالان ۱۳/۵۹ بود به تعداد ۱۸۴ نفر با سطح اعتماد ۹۵ درصد و خطای کمتر از ۵ درصد محاسبه گردید.

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 (1-p)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 (13.59)(1-13.59)}{(0.05)^2} = 184$$

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سواد سلامت ایرانیان (پرسشنامه استاندارد شده در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی- طرح تحقیقاتی ملی سنجش سواد سلامت ایرانیان) استفاده شد. این طرح تحقیقاتی توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت با همکاری مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، درهفت استان منتخب و در برخی استانها به صورت داوطلب اجرا شده است. پایایی و روایی پرسشنامه در مقاله حقوق‌وست و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است. پرسشنامه حاوی ۷۱ سوال در چهار بعد سواد سلامت شامل دسترسی و کسب اطلاعات بهداشتی شامل ۱۱ سوال (۱۸-ضعیف، ۲۵-۳۶ متوسط، بالای ۳۶ خوب)، درک اطلاعات شامل ۱۹ سوال (۲۵-ضعیف، ۵۰-۲۵ متوسط، بیش از ۵۰ خوب)، قضاوت و ارزیابی شامل ۸ سوال (۱۱-ضعیف، ۲۲-۱۲ متوسط، ۳۲-۲۳ خوب)، و استفاده از اطلاعات شامل ۲۴ سوال (۳۲-ضعیف، ۶۴-۳۳ متوسط، بیش از ۶۴ خوب) می‌باشد. معیار نمره دهی بر اساس مقیاس لیکرت است که از این نظر افراد در سه دسته خوب، متوسط و ضعیف قرار می‌گیرند.

داده‌ها طی سه مرحله مورد بررسی و تحلیل آماری قرار گرفت. در مرحله اول داده‌ها در نرم افزار spss19 وارد شده و نقایص اطلاعاتی، داده‌های پرت، داده‌های گمشده بررسی و صحت داده‌های جمع‌آوری شده بررسی و با آزمون‌های آماری T-Test و Anova در سطح معنی داری  $\alpha = 0.05$  تحلیل شدند. در مرحله بعد، بر اساس راهنمای تحلیل پرسشنامه نمره سواد سلامت هر فرد در کل و به تفکیک زیرگروه تعیین (نمره زیرمقیاسها صفر تا بیست می‌باشد که کمتر از ۱۰ ضعیف، ۱۴-۱۰ متوسط و بالای ۱۴ کافی) و سپس با استفاده از مدل‌های Analyze-regression ارتباطات بین سواد سلامت و فاکتورهای مؤثر محاسبه شد. به نمونه‌ها پیش از آغاز مطالعه، اطمینان داده شد که از لحاظ شرکت در مطالعه مختار بوده، اطلاعات تا پایان

جدول ۳: میانگین نمره ابعاد سواد سلامت در نمونه مطالعه

ابعاد سواد سلامت	میانگین $\pm$ انحراف معیار	طبقه بندی
دسترسی به منابع	۱۰/۷۸ $\pm$ ۵/۴۳	متوسط
استفاده از منابع	۹/۵۱ $\pm$ ۵/۶۰	ضعیف
توانایی خواندن مطالب	۱۴/۴۱ $\pm$ ۳/۶۰	کافی
توانایی درک مطالب	۱۵/۲۶ $\pm$ ۲/۷۱	کافی
توانایی تفسیر، قضاوت و ارزیابی	۱۵/۲۸ $\pm$ ۲/۹۴	کافی
توانایی تصمیم گیری و ارتباط	۱۶/۰۴ $\pm$ ۲/۵۸	کافی
داشتن سلامتی	۱۱/۳۸ $\pm$ ۵/۲۳	متوسط
توانمند سازی فردی	۱۰/۶۸ $\pm$ ۳/۴۶	متوسط
توانمند سازی اجتماعی	۱۴/۳۴ $\pm$ ۳/۳۱	کافی
نمره کل سواد سلامت	۱۳/۰۶ $\pm$ ۲/۳۲	متوسط

دسترسی به اطلاعات ضعیف بوده‌اند (۱۷). مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات طلاب، اینترنت و رادیو تلویزیون بوده است که این یافته با مطالعه رمضان خانی و همکاران همخوانی ندارد (۱۸). از آنجا که رمضان خوانی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات شرکت کنندگان مراقبان بهداشتی بوده‌اند، احتمالاً این تفاوت به دلیل متفاوت بودن گروه‌های مخاطب در دو مطالعه باشد.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد میزان سواد سلامت روحانیون در شهر بیرجند مطلوب نیست. بنابراین، توصیه می‌گردد سیاست‌گذاران با در نظر گرفتن اهمیت موضوع، این مهم را در دستورکار قرار دهند و برنامه‌ریزی لازم جهت برگزاری دوره‌های توانمندسازی روحانیون داشته باشند. از طرفی، براساس نتایج این مطالعه، اینترنت و فضای مجازی و پس از آن رادیو و تلویزیون از منابع مهم کسب اطلاعات در روحانیون شهر بیرجند است لذا می‌توان با انتشار مطالب سلامت محور از طریق این کانال‌های ارتباطی تأثیر بالاتری در ارتقای سواد سلامت گروه هدف ایجاد کرد.

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران دیگر با بررسی ابعاد مختلف اثرگذار بر سواد سلامت و همچنین بررسی سطح سواد سلامت گروه‌های مرجع مثل روحانیون، جایگاه و نقش ابزاری مهمی که این گروه‌ها می‌توانند در اجرای سیاست‌های حفظ و ارتقای سلامت جامعه داشته باشند مورد اهتمام قرار دهند.

میانگین نمره کل سواد سلامت  $13/06 \pm 2/32$  بود که در حد متوسط می‌باشد. بررسی ابعاد سواد سلامت نیز نشان داد افراد شرکت کننده در بعد استفاده از منابع سلامت ضعیف بوده و در ابعاد دسترسی به منابع، داشتن سلامتی و توانمندسازی فردی نمره متوسط را کسب نموده‌اند. (جدول ۳) (نمره زیر مقیاسها صفر تا بیست بود که: کمتر از ۱۰ ضعیف، ۱۰-۱۴ متوسط و بالای ۱۴ کافی در نظر گرفته شد)

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت روحانیون شهر بیرجند، در حد متوسط می‌باشد. این یافته با برخی مطالعات که میزان سواد سلامت را در گروه‌های هدف، متوسط گزارش نموده‌اند (۱۰-۱۴) همخوانی دارد. مغایرت احتمالی با نتایج برخی مطالعات هم می‌تواند به دلایلی مانند همخوان نبودن روش‌های تدریس و سرفصل‌های ارائه شده به دانشجویان دانشگاه‌ها با طلاب علوم دینی باشد. هر چند، منطبق با یافته مطالعه حاضر که بالاترین منبع کسب اطلاعات را اینترنت می‌داند، به نظر می‌رسد اینترنت یک منبع فراگیر برای کلیه گروه‌ها بخصوص جوانان است چنانچه همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه بیگدلی و همکاران نیز اینترنت از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات در جوانان شیراز بود (۱۵) همچنین در مطالعه طاووسی و همکاران، بیشترین منابع اطلاعاتی مردم رادیو و تلویزیون بوده است (۱۶). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمره سواد سلامت طلاب در بعد دسترسی و کسب اطلاعات ضعیف می‌باشد چنانکه نقیبی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند بیش از ۵۲ درصد گروه هدف این مطالعه (بزرگسالان ۱۸ تا ۶۵ سال) در بعد

و همکاری و مشارکت مرکز مدیریت خدمات حوزه های علمیه استان خراسان جنوبی، قدردانی می گردد.

### تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته اند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با شماره ۴۳۳۰ استخراج گردیده است. مجوز انجام این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1397.029 اخذ گردید بدین وسیله از حمایت دانشگاه کارشناسان بهداشتی

### References

1. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health promotion international. 2009; 24(3): 285-96. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
2. Frisch A L, Camerini L, Diviani N, Schulz P J. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains?. Health Promotion International. 2011; 27(1): 117-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar043>
3. [www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/available](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/available) in 2018/03/05
4. <http://health.gov/communication/literacy/guide/factbasic>. Htm/2018/30/05
5. Khaleghi M, Amin Shokravi F, & Peyman N. The Relationship Between Health Literacy and Health-Related Quality of Life in Students. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2019; 7 (1): 66-73
6. Tsai TI, Lee SY, Tsai YW, Kuo KN. Methodology and Validation of Health Literacy Scale Development in Taiwan. J Health Commun. 2011; 16(1): 50-61
7. Tehrani Banihashemi S, Haghdoost A, Amirkhani M, Haghdoost A, Alavian S, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, Parsinia S, Fathi Ranjbar S. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. Strides in Development of Medical Education, 2007; 4(1): 1-9.
8. Javaheri F, Serajzadeh SH, Urai N. A sociological analysis of religious propagation approach to health; case study: preachers and audience of religious speeches in Qum. Strateg Culture 2016;9(33):67-91.
9. Jordan S HJ. Health literacy of adults in Germany Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015;58(9):942-50
10. Azimi S, Ramezankhani A, Rakhshani F, Ghaffari M, Ghanbari S. [Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93]. Pejouhandeh 2015;20(2):78-85.
11. Tennessee; 2009. 15. Zhang Q, Cui G. Investigation and analysis of Xi'an college students' health literacy. International Conference on Human Health and Biomedical Engineering 2011. p. 994-7.
12. Mahmoudi H, Taheri A. [Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad]. Hum Inf Interact. 2015;2:31-41.
13. Kohan S, Ghasemi S, Dodanghe M. Association between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2007; 12(4): 146 – 152.
14. Nekuee moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. health literacy and used to health serves in urban kerman 2011, Journal of researchs science yazd. 2012;11(4):123-124.
15. Bigdeli Z, Hayati Z, Heidari GR, Jowkar T. Place of internet in health information seeking behavior: case of young internet users in Shiraz. Hum Inform Interact 2016; 3(1):67-78
16. Tavousi M, Haeri MA, Rafiefar S, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in iran: findings from a national study. Payesh 2016; 15(1):95-102
17. Naghibi SA, Chalesghar Kordasiabi M, Kazemi A, Hosseini SM. Evaluation of Health Literacy Level among 18-65 Year-Old Adults in Shahriar, Iran. Journal of Health Research in Community. Summer 2017;3(2): 17-25
18. Zhila Mahdavi, Ali Ramezani, Shahla Ghanbari, Leila Khodakarim. Relationship between health literacy and female cancers preventive behaviors. Payesh.2017 ; 16(5):613-625.

## Survey of the Level of Health Literacy of Clerics of Birjand in the Year 2019

zahra vahdaninia<sup>1</sup>, Mehdi Abdolrazaqnejad<sup>2</sup>, vahdaninia valiallah<sup>3</sup>, Fatemeh Bagher Najad Hesari<sup>4</sup>, Effat Eazami<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** This descriptive-analytical study was performed on 184 clerics of Birjand through convenience sampling using the Iranian Health Literacy Questionnaire (National Health Literacy Research Plan) and the data were analyzed using Statistical tests t-test and analysis of variance at the significance level of = 0.05.

**Methods:** In this descriptive-survey study, first, by reviewing the literature, factors related to hospital readiness were extracted. Then, to validate these factors and reach the consensus of the expert group (40 physicians and nurses involved in the front line of the corona), the Delphi method was used. Finally, the identified indicators were ranked and prioritized using the Stepwise Weight Assessment Ratio Analysis (SWARA) technique.

**Results:** The mean score of health literacy of the participants was  $122.09 \pm 15.09$  (average) and in terms of examining the dimensions of literacy the two dimensions of access health and information acquisition ( $16.83 \pm 53.3$ ) as well as judgment and evaluation ( $18.09 \pm 3.44$ ) obtained a poor score. In the study of sources of information in the clergy, the major source of health information was the Internet (59.2%), followed by radio and television (49.3%) and booklets, pamphlets, educational brochures, and propaganda (44%).

**Conclusion:** The level of health literacy of clerics in Birjand is not favorable, and considering the role and position of clerics in society, policymakers' attention to planning and development of health literacy of this reference group seems indispensable.

**Keywords:** Clerics; Health Literacy; Health Promotion; birjand

Received: 14 Feb, 2022

Accepted: 4 Apr, 2022

Published: 19 Apr, 2022

**Citation:** Vahdaninia Z, Abdolrazaqnejad M, Vahdaninia V, Bagher Najad Hesari F, Eazami E. **Survey of the Level of Health Literacy of Clerics of Birjand in the Year 2019.** Health Inf Manage 2022; 19(2): 104-108.

Article resulted from research project No. 4230 funded by Birjand University of Medical Science

1-Msc, Nursing, Education, Research Center of Social Determinants of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

2- Lecturer, Quranic Education and Sciences, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

3- Assistant Professor, Public Policy, Commandery and Aja University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Health Promotion, Research Center of Social Determinants of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

5- Msc, Science and Environmental Engineering, Research Center of Social Determinants of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Corresponding author: Valiallah Vahdaninia . Assistant Professor, Public Policy, Commandery and Aja University, Tehran, Iran

Email: vvnia@yahoo.com