

Original Article

Explaining the View of Clerics for the Development of Health-Promoting Mosques: A Qualitative Study

Majid Barati¹ , Saeed Bashirian², Narges Ranjbar³, Hanieh Jormand^{4,*} 

¹ Department of Public Health, School of Health, Autism Spectrum Disorders Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

² Department of Public Health, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

³ Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

⁴ Autism Spectrum Disorders Research Center and Clinical Research Development Unit of Shahid Beheshti Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, IR, Iran.

Abstract

Article history:

Received: 24 December 2021

Revised: 22 January 2022

Accepted: 06 February 2022

ePublished: 30 March 2022

*Corresponding author:

Hanieh Jormand, Autism Spectrum Disorders Research Center and Clinical Research Development Unit of Shahid Beheshti Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, IR, Iran Email: jormand69h@gmail.com



Aims: All community organizations contribute to achieving the highest level of health and well-being. Therefore, the present study was conducted with a qualitative approach in order to identify the views of clerics to create mosques that promote health.

Method: This qualitative research of content analysis was conducted with the participation of 11 clerics present in mosques who were selected based on the purpose, during 2021 in the city of Hamadan. Data were collected using a semi-structured interview method using an interview guide. Also, the information obtained from the interview was qualitatively analyzed using MAXQDA software version 10.

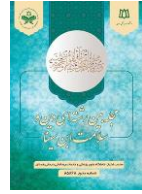
Findings: Based on the findings, the most important personality traits of clerics to create health-promoting mosques include a main category; key values with 5 subcategories such as "Social Participation", "trustworthy", "To have academic ethics", "Loyalty", "Independence" and the skills required to develop this supportive place contain a main category; empowerment with 7 subcategories was like "Acquiring Motivational Skills", "Acquisition of value creation skills", "Virtue of moderation", "Improvement of communication skills", "Acquisition of communication facilitation skills", "Empowerment of health literacy promotion", "Acquisition of skills of persuasion methods."

Conclusion: In general, health promotion mosques are considered as a supportive environment to promote the health of people in the community. Accordingly, it is necessary to use key values such as having a spirit of social participation and empowerment of clerics present in mosques as one of the most important involved in these supportive environments, to develop health promotion mosques. It is also possible to improve the health of people in the community, especially vulnerable groups, and improve their quality of life by creating this supportive environment.



Keywords: Health Promotion; Empowerment; Supportive Environment; Welfare

Please cite this article as follows: Barati M, Bashirian S, Ranjbar N, Jormand H. Explaining the View of Clerics for the Development of Health-Promoting Mosques: A Qualitative Study. *Avicenna Interdisciplinary J Relig Health*, 2022; 1(1): 42-49.





تبیین دیدگاه روحانیون جهت توسعه مساجد ارتقاء دهنده سلامت: یک مطالعه کیفی

مجید براتی^۱ , سعید بشیریان^۲، نرگس رنجبر^۳، هانیه جورمند^۴ 

- ^۱ گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات اختلالات طیف اوتیسم، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
- ^۲ گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
- ^۳ گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
- ^۴ مرکز تحقیقات اختلالات طیف اوتیسم، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

چکیده

اهداف: همه سازمان‌های جامعه در نائل شدن افراد به بالاترین سطح سلامت و رفاه سهیم هستند. از این رو مطالعه حاضر با رویکردی کیفی، به منظور شناخت دیدگاه روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت انجام شد.

روش کار: این پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوا با شرکت ۱۱ نفر از روحانیون حاضر در مساجد که مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند، طی سال ۱۴۰۰ در شهر همدان انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با استفاده از راهنمای مصاحبه استفاده شد. همچنین اطلاعات کسب‌شده از مصاحبه، به روش کیفی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها مهمترین ویژگی‌های شخصیتی روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت شامل یک طبقه اصلی؛ ارزش‌های کلیدی با ۵ زیر طبقه مشارکت اجتماعی، قابل اعتماد بودن، اخلاق دانشگاهی داشتن، وفاداری، استقلال و مهارت‌های مورد مطالبه آنان جهت ایجاد این مکان حمایتی شامل یک طبقه اصلی؛ توانمندسازی با ۷ زیرطبقه کسب مهارت‌های انگیزشی، کسب مهارت ارزش آفرینی، فضیلت اعتدال، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی، کسب مهارت تسهیل ارتباطات، توانمندسازی ارتقاء سواد سلامت، کسب مهارت روش‌های اقناع و متقاعد سازی بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی مساجد ارتقاء دهنده سلامت به عنوان یک محیط حمایتی در جهت سلامتی افراد جامعه محسوب می‌گردد. بر این اساس، لازم است از ارزش‌های کلیدی مانند داشتن روحیه مشارکت جویی و توانمندسازی روحانیون حاضر در مساجد به عنوان یکی از مهمترین دست اندرکاران این محیط‌های حمایتی، جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت بهره برد. همچنین می‌توان با ایجاد این محیط حمایتی، ارتقاء سطح سلامتی افراد جامعه به ویژه اقشار آسیب پذیر و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: ارتقاء سلامت، توانمندسازی، محیط‌های حمایتی، رفاه

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۰۳
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۰۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: هانیه جورمند؛ ۴ مرکز تحقیقات اختلالات طیف اوتیسم، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
ایمیل: jormand69h@gmail.com

استناد: براتی، مجید؛ بشیریان، سعید؛ رنجبر، نرگس؛ جورمند، هانیه. تبیین دیدگاه روحانیون جهت توسعه مساجد ارتقاء دهنده سلامت: یک مطالعه کیفی. مجله بین رشته‌ای دین و سلامت ابن سینا، زمستان ۱۴۰۰؛ (۱): ۴۲-۴۹.

مقدمه

به نقش اماکن مذهبی بر سلامت اجتماعی، معنوی و حتی تغذیه سالم افراد تاکید شده است [۵، ۶]. شایان ذکر است علاوه بر نقش اماکن مذهبی بر ارتقاء رفتارهای سالم، این محیط‌های حمایتی به منظور کاستن از خطرهای رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات، الکل، سبک زندگی غیرفعال و ناسالم در گروه‌های پرخطر نیز کاربرد دارند [۷]. مفهوم ارتقاء سلامت طی دهه‌های گذشته با ارائه دیدگاه‌های جدید، کامل‌تر و عملیاتی‌تر شده است. به صورتی که براساس نظریه نوین سلامت عمومی، به تاثیر محیط

ارتقاء سلامت یکی از اهداف آموزش بهداشت می‌باشد که با به‌کارگیری چندین راهبرد از قبیل: سیاست‌گذاری در سطح جامعه، ائتلاف و مشارکت بین بخشی، ایجاد محیط حمایتی، توسعه مهارت‌های فردی و مشارکت در فعالیت‌های بهداشتی در جوامع قابل دسترسی است [۱، ۲]. تاکنون طرح‌های متنوعی در زمینه ایجاد محیط‌های ارتقاء دهنده سلامت مانند مدارس، بیمارستان‌ها، محل کار و غیره، با تمرکز بر برنامه ریزی‌های ارتقاء سلامت ایجاد شده است [۳، ۴]. بر اساس نتایج پژوهش‌های قبلی

مهارت‌های مورد نیاز روحانیون مطالعات اندک و پراکنده‌ای صورت گرفته؛ از این‌رو مطالعه حاضر با رویکردی کیفی و به منظور شناخت دیدگاه روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقا دهنده سلامت انجام شد.

روش کار

این پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوا با شرکت روحانیون حاضر در مساجد در سال ۱۴۰۰ در شهر همدان انجام شد. محققین بعد از اخذ مجوز از مسئولین دانشگاه اقدام به انتخاب شرکت‌کنندگان نمودند. مشارکت‌کنندگان پژوهش از میان روحانیون مساجد شهر همدان از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع از نظر سن، تجربه در زمینه موضوع تحقیق، سابقه کار در مساجد، سمت کاری برای دستیابی به تنوع نظرات، انتخاب شدند. استفاده از این نمونه‌گیری جهت افزایش جامعیت و نیز قدرت تعمیم‌پذیری مطالعه صورت گرفت. قبل از انجام مصاحبه، آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه از آن‌ها رضایت آگاهانه اخذ گردید.

لازم به ذکر است مصاحبه با شرکت‌کنندگان بر اساس توافق با محققین در محیطی که جهت پاسخ‌دهی احساس راحتی برای شرکت و ادامه مصاحبه داشته باشند، صورت پذیرفت. مصاحبه به صورت نیمه‌ساختاریافته انجام شد؛ تا علاوه بر دستیابی به پاسخ سؤالات از پیش تعیین‌شده، فرصتی هم برای آنچه شرکت‌کنندگان مایل‌اند از تجارب خود در زمینه پژوهش بیان نمایند، فراهم آورد. کلیه پاسخ‌های شرکت‌کنندگان یادداشت‌برداری و در صورت رضایت آنها ضبط شد. سپس اطلاعات کسب‌شده از مصاحبه به شیوه تحلیل محتوا آنالیز گردید. درنهایت، از صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان توسط فرد مصاحبه‌کننده جمع‌بندی به عمل آمد و از افراد پرسیده شد که اگر تناقضی در رابطه با تفسیر داده‌ها و کدهای معنایی وجود دارد، مطرح نمایند. کلیه مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و چهره‌به‌چهره توسط دو نفر از اعضای تحقیق، اجرا شد. جهت یکسان‌سازی شرایط مصاحبه‌ها، مصاحبه‌گران قبل از انجام مصاحبه‌ها مهارت کافی را کسب نمودند و کلیه وسایل برای مصاحبه اعم از یادداشت‌برداری و ضبط صوت و موارد دیگر را به همراه داشتند. زمان انجام مصاحبه حدود ۳۰-۴۰ دقیقه بود.

تمام پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به صورت کلمه‌به‌کلمه توسط دیگر اعضای گروه تحقیق یادداشت‌برداری شد. به منظور تفسیر و تحلیل داده‌های وارد شده به نرم‌افزار از روش تحلیل گویا و لینکلن استفاده شد. این روش گردآوری، تفسیر و تحلیل داده‌ها جهت افزایش دقت علمی نتایج بسیار با اهمیت است شامل چندین مرحله اساسی می‌باشد که شامل انتخاب دقیق

بر سلامتی تاکید شده است. بر همین اساس تنز، دو نقش جدید را جهت آموزش سلامت مطرح کرده است که عبارت است از: الف) با آموزش سلامت سطح آگاهی‌های عمومی در مورد تاثیر محیط اقتصادی، اجتماعی و انسانی را بر سلامت یا عدم سلامتی به ویژه مباحث نابرابری در توزیع منابع سلامتی، می‌توان ارتقا بخشید. ب) با تکیه بر آموزش سلامت می‌توان سطح دانش و مهارت افراد جامعه را بالا برد که در قادر به تصمیم‌گیری در جهت بهبود انجام رفتارهای سالم و یا کاهش انجام رفتارهای غیر سالم باشند [۸].

در همین راستا، تانهیل (۱۹۸۵) الگویی را برای ارتقاء سلامت پیشنهاد داد که بر اساس آن ارتقاء سلامت شامل آموزش به دست اندرکاران، سیاست‌گذاران مربوطه و آموزش سلامت همگانی به مردم جامعه می‌شود. آموزش سلامت در اینجا به عنوان بخشی از توسعه اجتماعی است که بدون وجود ساختار و بستری مناسب برای آموزش سلامت نمی‌توان به اهداف آموزش سلامت و ارتقاء سلامت جامعه دست یافت [۹]. در منشور اتاوا، اصولی نوینی جهت جنبش سلامت عمومی و ارتقاء سلامت ذکر شده است که شامل ایجاد سیاست‌های حامی سلامت، ایجاد محیط‌های حامی سلامت، توسعه اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی که نیازمند توسعه آموزش سلامت به دست‌اندرکاران، سیاست‌گذاران و مردم است [۱۰]. در همین سو، در بیانیه اجماع گالوی قابلیت‌هایی برای فعالیت‌های ارتقاء سلامت مطرح شده است که شامل تسریع تغییرات، رهبری برای بسیج و مدیریت منابع، ارزیابی نیازها و سرمایه‌های موجود، برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی، حمایت طلبی و ظرفیت‌سازی توسط مردم و جوامع برای توسعه سلامتی و در آخر مشارکت کارکردن جمعی و درگیرسازی افراد جامعه برای تصمیمات مرتبط با سلامتی آنان می‌باشد [۱۱].

باید توجه داشت که همه سازمان‌های جامعه مانند دیگر بخش‌های سلامت جامعه و سازمان‌های بهداشتی- درمانی متولی سلامت، در نائل شدن افراد به بالاترین سطح سلامت و رفاه بوسیله مشارکت بین بخشی سهیم هستند؛ ولی با این حال مطالعات اندکی در زمینه شناخت عوامل مرتبط جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت با توجه به اجتماع بزرگ مساجد در کشور ما، جهت ارتقاء همه جانبه سلامت وجود دارد. بنابراین با توجه به نتایج مطالعات وسیعی که در حوزه نقش اماکن مذهبی بر ارتقاء سلامت افراد در جوامع خارجی صورت گرفته، انجام پژوهشی در جهت شناخت، تدوین و پیشنهاد نظام نامه جامع مساجد ارتقاء دهنده سلامت محور بر اساس دیدگاه روحانیون به عنوان یکی از ذیربطان این محیط حمایتی بر اساس یک مطالعه کیفی ضروری می‌باشد. از طرفی با توجه به اینکه روحانیون نقش عمده‌ای در هدایت افراد مراجعه‌کننده به مساجد، سرپرستی مساجد و ارتقاء کارایی و اثربخشی فعالیت‌های سلامت محور در مساجد دارند و از آنجایی که درباره ویژگی‌های شخصیتی و

برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با استفاده از راهنمای مصاحبه استفاده شد. در ابتدای مصاحبه، سؤالات دموگرافیک پرسیده شد، سپس روند مصاحبه با سؤالات عمومی‌تر شروع و با پیشرفت مصاحبه‌ها و تحلیل هم‌زمان داده‌ها و نیز نوع پاسخ مشارکت‌کنندگان سؤالات جزئی‌تر با افراد مطرح گردید.

کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان در مطالعه، با تأکید بر بیان هدف از انجام مطالعه، نحوه همکاری آنها با تیم تحقیق، نقش پژوهشگر، اطمینان در مورد عدم استفاده ابزاری از اطلاعات مصاحبه‌شوندگان، آزاد بودن شرکت‌کنندگان در مطالعه برای کناره‌گیری از پژوهش در زمان دلخواه و در اختیار گذاشتن نتایج مطالعه و مصاحبه‌های ضبط شده هر شرکت‌کننده به خودش در صورت درخواست وی، لحاظ شده است. همچنین حفظ محرمانه ماندن اطلاعات از جمله نام، مصاحبه‌های ضبط شده در مصاحبه‌ها، نوشته تعهدات اخلاقی، مدنظر قرار گرفته است. به‌علاوه هماهنگی با مسئولین مربوطه نیز در این پژوهش انجام شد.

نتایج

براساس یافته‌ها از ۱۱ نفر از افراد شرکت‌کننده، ۸ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. همچنین میانگین سنی آنها $37/55 \pm 7/26$ و سابقه خدمت افراد شرکت‌کننده $6/69 \pm 17/0$ سال بود که نشان از تجربه افراد شرکت‌کننده در زمینه مساجد، زمینه‌های فرهنگی و ارتباط با افراد جامعه دارد. در جدول ۱ وضعیت اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به طور کامل ذکر شده است.

جدول ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی خیرگان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد
سن	
۲۵-۲۹	۳
۳۰-۳۴	۴
۳۵-۴۰	۳
۴۱-۴۵	۳
۴۶ به بالا	۱
سطح تحصیلات	
سطح دو حوزوی	۷
سطح سه حوزوی	۴
سمت	
کارشناس	۴
معاونت یا ریاست	۷
محل اشتغال	
سازمان تبلیغات اسلامی	۲
نهاد رهبری دانشگاهها	۲
سایر	۷
سابقه خدمت	
زیر ۱۵ سال	۵
بالای ۱۵ سال	۶

افراد شرکت‌کننده که در زمینه پدیده مورد مطالعه آگاهی و اطلاعات لازم را داشته باشند؛ برقراری ارتباط مداوم و نزدیک با افراد شرکت‌کننده؛ مشارکت و درگیرسازی شرکت‌کنندگان در فرآیند تفسیر داده‌ها (بازبینی اعضای شرکت‌کننده)؛ استفاده از دیدگاه و نظر متخصصان و تایید آنان در ارتباط با نتایج تفسیر شده و کدهای استخراج شده از بیانات شرکت‌کنندگان (بازبینی کارشناسان) که جهت افزایش قابلیت اعتماد و اطمینان‌پذیری درون مایه‌های بدست آمده در پژوهش حاضر استفاده شد.

در این پژوهش در هنگام مصاحبه علاوه بر ضبط داده‌ها، تمام صحبت‌های شرکت‌کنندگان یادداشت‌برداری و در اولین فرصت، پس از پایان هر جلسه از مصاحبه، داده‌های ضبط‌شده با مطالب یادداشت شده مقایسه و از نظر رفع ابهامات موجود در محتوای مطالب یادداشت شده و ضبط‌شده، مطالب یکی و اصلاح گردید. سپس متن چندین بار خوانده شد تا درک عمیقی از آن به دست بیاید و به کوچک‌ترین واحد معنی‌دار که کد می‌باشد شکسته شود. کدگذاری بر اساس پرسش تحقیق می‌تواند با استفاده از این راهکار آغاز گردد: چون هدف تحقق، شناسایی و مقوله‌بندی همه موارد مربوط به یک پدیده ویژه است، باید کل متن مطالعه گردیده و علامت‌گذاری شود و در مرحله بعد قسمت‌هایی که علامت‌گذاری شده‌اند، کدگذاری شدند. پس از تحلیل داده‌ها، به‌منظور اطمینان از صحت و استحکام داده‌ای جمع‌آوری شده از روش بازنگری شرکت‌کنندگان و بازنگری تیم محقق استفاده شد. در روش بازنگری تیم محقق، متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده توسط اساتید راهنما و مشاور ارزیابی شد و منجر به برخی اصلاحات کدها و طبقه‌های شناسایی‌شده می‌گردد. علاوه بر این از شرکت‌کنندگان در مصاحبه خواسته شد تا صحت یافته‌های به‌دست‌آمده را ارزیابی کنند. همچنین اطلاعات کسب‌شده از مصاحبه، به روش کیفی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

در این مطالعه نمونه مورد بررسی، روحانیون شهر همدان بود. با توجه به اینکه این مطالعه از نوع کیفی می‌باشد؛ طبق مطالعات مشابه [۱۲] و اشباع شدن داده‌ها، ۱۱ نفر از روحانیون مورد مصاحبه نیمه ساختاریافته قرار گیرند. لازم به ذکر است همان‌طور که در منابع علمی مطالعات کیفی توصیه شده نمونه‌گیری تا زمانی ادامه داده شد که با ورود فرد جدید به مطالعه اطلاعات جدیدی دریافت نشد [۱۳] و به اشباع داده دست یافتیم.

ضوابط ورود به مطالعه شامل روحانی یکی از مساجد شهر همدان بودن، سابقه کار در مساجد، جنسیت مرد، تمایل به شرکت در مطالعه، روحانیونی که قادر به پاسخگویی و شرکت در مطالعه باشند، بود. همچنین ضوابط خروج از مطالعه نیز شامل همکاری نکردن شرکت‌کنندگان در انجام کامل مصاحبه جهت مطالعه کیفی، عدم حضور افراد در مکان مشخص شده به‌منظور انجام مصاحبه بعد از ۲ بار پیگیری بود.

جدول ۲ شناسایی دیدگاه روحانیون در خصوص مهمترین ویژگی های شخصیتی جهت ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور

طبقه اصلی	زیرطبقه	نمونه ای از کدها
ارزش های کلیدی	قابل اعتماد بودن	پذیرش کافی اکثریت و متوسط افراد جامعه نسبت به صحبت های روحانیون حاضر در مساجد، اهمیت سخنان روحانیون حاضر در مساجد، مساجد محیط به عنوان محیط قابل اعتماد
	اخلاق دانشگاهی داشتن	آشنایی با فضای آموزشی-پژوهشی و کار در این مراکز
	مشارکت اجتماعی	حضور در اجتماعات، حضور خالصانه، همه جانبه با مردم بودن،
	وفاداری	جانبداری، عدم اظهار بی طرفی
	استقلال	بدون در نظر گرفتن منافع شخصی و تعارض منافع

استفاده کرد" (شرکت کننده شماره ۱۰).

- اخلاق دانشگاهی

شرکت کنندگان معتقد بودند که داشتن اخلاق دانشگاهی جهت ایجاد مساجد سلامت محور با همراهی روحانیون بسیار اهمیت دارد "بنبید اخلاق آکادمیک و بودن در فضاهای اینچنینی خیلی تاثیر داره که از سنتی بودن و اندرزگویی صرف پرهیز شود" (شرکت کننده شماره ۶).

- مشارکت اجتماعی

علاوه بر این، مشارکت فعال و همه جانبه در اجتماعات مردم به عنوان دیگر ویژگی های شخصیتی روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور ذکر شد؛ "حضور خالصانه و همه جانبه و دلسوزانه برای شنیدن مشکلات مردم ضروری است" (شرکت کننده شماره ۴).

- استقلال

شرکت کنندگان ذکر کردند روحانیون به عنوان حمایت کنندگان ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور نباید به وسیله تضاد منافع خود را محدود نمایند؛ "محدود سازی و مقید کردن به منافع شخصی نباید در در بسیاری از امور و فعالیت ها حتی بحث ارتقاء سلامت وجود داشته باشد" (شرکت کننده شماره ۱).

الف) شناخت ویژگی شخصیتی روحانیون جهت توسعه**مساجد ارتقاء دهنده سلامت محور**

بر اساس یافته ها مهم ترین ویژگی های شخصیتی روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت بر اساس دیدگاه آنان در جدول ۲ ارائه است که عبارت بودند از: مهم ترین ویژگی های شخصیتی جهت ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور؛ روحانیون در صحبت های خود مهم ترین ویژگی های شخصیتی آنان جهت ایجاد این محیط های ارتقاء دهنده سلامت را قابل اعتماد بودن، اخلاق دانشگاهی، مشارکت جویی و استقلال بیان کردند.

- قابل اعتماد بودن

شرکت کنندگان یکی از ویژگی های شخصیتی جهت ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور؛ را قابل اعتماد بودن روحانیون حاضر در مساجد جهت افراد جامعه می دانستند "براساس فضای فرهنگی قشر متوسط جامعه، مساجد یک کانون محسوب می شوند و چون مساجد یک محوریت خاصی در بین اکثریت و یا متوسط افراد جامعه دارند، مردم یک پذیرش کافی نسبت به صحبت های روحانیون حاضر در مساجدشان دارند" (شرکت کننده شماره ۶)؛ شرکت کننده دیگری گفت: "شاید اونا اعتمادی که به روحانی مسجدشان، در بسیاری از مسائل حتی بحث ارتقاء سلامت می شود،

جدول ۳: شناسایی دیدگاه روحانیون در خصوص مهمترین مهارتهای مورد نیاز جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت

طبقه اصلی	زیرطبقه	نمونه ای از کدها
توانمندسازی	کسب مهارت های انگیزشی	ایجاد انگیزه در افراد براساس روایات و آیات قرآن
	کسب مهارت ارزش آفرینی	ایجاد ارزش با برجسته سازی فواید رعایت سبک زندگی قرآنی
	فضیلت اعتدال	مهارت میانه رو و اعتدال در سیره و گفتار پیامبر (ص) و اهل بیت (ع)
	ارتقاء مهارت های ارتباطی	حفظ کانال های ارتباطی با افراد جامعه در مساجد، عدم استفاده از روش های سنتی مانند نصیحت های اخلاقی
	کسب مهارت تسهیل ارتباطات	در دسترس مردم بودن، استفاده از کانال های در دسترس جهت ارتباط با افراد
	توانمندسازی ارتقاء سواد سلامت	استفاده از دوره های آموزشی سلامت محور جهت توانمندسازی روحانیون
	کسب مهارت روش های اقناع و متقاعد سازی	استفاده از ورزشکاران محله جهت آموزش، استفاده از لحن و بیان مناسب، آشنایی با فضای رسانه

کانال‌های ارتباطی جهت آموزش از کارشناسان سلامت و یا پزشکان محله می‌تواند در این امر مهم باشد" (شرکت کننده شماره ۶). همچنین آشنایی با فضای رسانه‌ای از دیگر مهارت‌های مورد مطالبه روحانیون در مطالعه حاضر محسوب می‌شد. روحانی دیگری گفت: "در دسترس بودن مردم برای حل مشکلات لازم است که ملاک قرار گیرد" (شرکت کننده شماره ۲).

- کسب مهارت با توانمندسازی با ارتقاء سواد سلامت شرکت کنندگان معتقد بودند که با توانمندسازی فردی و گروهی روحانیون می‌توان به کسب انواع مهارت در زمینه سواد سلامت پرداخت؛ "شرکت در دوره‌های مستمر جهت دریافت انواع آموزش توانمندسازی فردی یا گروهی در زمینه مسائل بهداشتی جامعه و حتی محله می‌توان به مهارت آموزی روحانیون مساجد همت گمارد" (شرکت کننده شماره ۶).

- آموزش مهارت‌های اقناع و متقاعد سازی

علاوه بر این، کسب مهارت‌های اقناع و جذب مخاطب یکی از نیازهای ایجاد اینگونه محیط‌های حمایتی ذکر شد؛ "با استفاده از ورزشکاران محله و یا افراد مورد پذیرش افراد جامعه، کارشناسان و غیره می‌توان به آموزش و یا تاکید بر بسیاری از مسائل به مردم پرداخت" (شرکت کننده شماره ۱۱). روحانی دیگری گفت "با لحن و بیان مناسب و یا تکرار به جای مضامین می‌توان به تاکید به انجام رفتار خاصی همت گمارد" (شرکت کننده شماره ۱۰)

بحث

براساس نتایج مطالعه حاضر یک طبقه اصلی، ارزش‌های کلیدی در ۵ زیر طبقه و مهارت‌های مورد مطالبه روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت به عنوان یک مکان حمایتی شامل یک طبقه اصلی توانمندسازی شناسایی شد. لذا این مهم، با محوریت و مشارکت دستگاه‌ها و سازمان‌هایی نظیر مساجد، دانشگاه‌های علوم پزشکی و پایگاه‌های بسیج قابل اجرا بوده و پیشنهاد می‌گردد.

طبق یافته‌ها، قابل اعتماد بودن و حفظ اسرار مردم یکی از ویژگی‌های شخصیتی مورد نیاز جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد. اعتماد افراد جامعه به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی هسته و عنصر اصلی نظام سلامت است و منجر به ارتقای سلامت و رفاه افراد جامعه می‌گردد که همراستا در پژوهش حاضر در مطالعه مهدوی و همکاران اشاره شده بود. بنابراین جهت ایجاد مساجد به عنوان پایگاهی برای ارتقاء سلامت لازم است که افراد مسئول دارای شخصیتی قابل اعتماد بوده و از به کارگیری افراد متعهد و قابل اعتماد برای ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور بهره برد. از سویی دیگر لازم است موانع اعتمادزایی در جامعه در زمینه موضوعات مرتبط با سلامتی نیز شناسایی گردد [۱۴].

دیگر ویژگی شخصیتی مورد نیاز روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت، داشتن روحیه مشارکت فعال و

ب) مهارت‌های مورد نیاز

روحانیون در صحبت‌های خود از جمله مهارت‌های مورد نیاز جهت ایجاد این کانون‌های حمایتی را کسب مهارت‌های انگیزشی، مهارت ارزش آفرینی، مهارت اعتدال و ارتقاء مهارت ارتباطی با افراد جامعه بیان کردند (جدول ۳).

- مهارت‌های انگیزشی

بسیاری از شرکت کنندگان مهارت‌های انگیزشی را یکی از مهارت‌های مورد نیاز در روحانیون ذکر کردند؛ به طوریکه شرکت کننده ای ذکر کرد "با تکیه بر بعضی از آیات قرآن و روایات که اشاره به نکات پیشگیری و حتی درمانی جهت مسایل بهداشتی و بهبود مسائل روانی افراد دارد، می‌توان افراد را به رعایت نکات بهداشتی ترغیب کرد، لذا استفاده درست و به جا از این آیات و روایات جهت تاکید و آموزش مسائل ضروری ست" (شرکت کننده شماره ۵)؛

- مهارت ارزش آفرینی

همچنین شرکت کنندگان به ایجاد ارزش با برجسته سازی فواید رعایت سبک زندگی قرآنی در افراد و توصیه به رعایت این نوع سبک زندگی اشاره کردند؛ "باید در مومنین اشاره شود که مومنین علاوه بر اینکه خودشان پاک هستند، لباسشان پاک است، ملبسه هاشان پاک است؛ اقتصادشان پاک است و حتی در جامعه اسلامی بیماری‌هایی که در جوامع غربی رایج است در بین مومنین حتی وجود ندارد مثل بیماری‌هایی با منشا خوک و یا مصرف الکل و ..." (شرکت کننده شماره ۵).

- فضیلت اعتدال

شرکت کنندگان معتقد بودند که با تاکید بر رعایت اعتدال در همه امور می‌توان به سلامت جسم و جان رسید؛ "از مهمترین اصولی که افراد و هر جامعه ای باید سرلوحه کار خویش قرار دهند، پرهیز از هرگونه افراط و تفریط است" (شرکت کننده شماره ۵).

- ارتقاء مهارت‌های ارتباطی

علاوه بر این، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی میان روحانیون حاضر در مساجد یکی از نیازهای ایجاد اینگونه محیط‌های حمایتی ذکر شد؛ "همان پایگاه منبری که روحانیون دارند و روحانی بتواند این پایگاه را حفظ کند" (شرکت کننده شماره ۶). شرکت کننده دیگری گفت؛ "نباید فقط به نصیحت‌های اخلاقی بسنده کرد. همه اندرزگو هستند. لفاظی صرف دیگر تاثیر ندارد." (شرکت کننده شماره ۱۰).

- کسب مهارت‌های تسهیل ارتباطات

همچنین روحانیون معتقد بودند، کسب مهارت‌های در دسترس بودن مردم یکی از مهارت‌های مورد نیاز جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد. "استفاده از کانال‌های دردسترس و با اهمیت جهت افراد جامعه مانند امنیت امنای مساجد که از افراد مورد اعتماد محلات و جامعه هستند و یا

یک مهارت شناختی و به عنوان مساله ای مهم و تأثیرگذار در نظام مراقبت سلامت محسوب می‌شود که به صورت برگزاری جلسات آموزشی مداوم می‌تواند جهت افزایش آگاهی و حتی باورهای مرتبط با اطلاعات بهداشتی افراد جامعه کاربرد داشته و پیشنهاد می‌گردد.

آموزش مهارت‌های اقناع و متقاعد سازی نیز در ارتباطات دیگر نیاز مهارتی روحانیون در مطالعه حاضر بود که این مهارت نیز در بسیاری از مطالعات جهت همراهی و درگیرسازی مخاطبان تاکید شده است [۲۳، ۲۴]. با متقاعد سازی مخاطبان می‌توان به کاهش مقاومت افراد با باورهای نادرست در جهت اصلاح باورها و نگرش‌های آنان گام برداشت. همچنین با تکیه بر این مهارت می‌توان به متابعت و حتی پذیرش رفتارهای سلامت محور افراد دست یافت. بنابراین کسب و آموزش این مهارت در روحانیون می‌تواند در جهت ایجاد مساجد ارتقاء سلامت محور مفید باشد.

یافته‌های این مطالعه همچون دیگر مطالعات کیفی قابلیت تعمیم نداشته و این از محدودیت‌های این مطالعه بود؛ اما نتایج پژوهش حاضر می‌تواند زمینه ساز ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت به عنوان بستری حمایتی و توانمندسازی افراد جامعه در جهت ارتقاء سلامت افراد جامعه به ویژه افراد آسیب پذیر گردد. لذا می‌توان با ایجاد ائتلاف داخلی چند اداره و سازمان، برای تدوین این برنامه جدید گام برداشت و با توافق جمعی و حمایت همه جانبه جهت خلق و تامین منابع مورد نیاز ایجاد مساجد ارتقا دهنده سلامت کوشید.

نتیجه گیری

به طور کلی مساجد ارتقا دهنده سلامت به عنوان یک محیط حمایتی در جهت ارتقاء سلامتی و رفاه افراد جامعه محسوب می‌گردد. براساس نتایج پژوهش حاضر جهت ایجاد مساجد ارتقا دهنده سلامت لازم است ارزش‌های کلیدی مانند کسب و ارتقاء مهارت مشارکت جویی و توانمندسازی روحانیون حاضر در مساجد به عنوان یکی از مهمترین دست اندرکاران این محیط‌های حمایتی دست یافت. همچنین می‌توان با ایجاد این محیط حمایتی، ارتقاء سطح سلامتی افراد جامعه به ویژه اقشار آسیب پذیر و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی این معاونت و همکاری روحانیون شرکت کننده در پژوهش قدردانی بعمل آورند.

تضاد منافع

در نگارش این مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد (IR.UMSHA.REC.1400.180). پژوهشگر پس از گرفتن رضایت آگاهانه

مشارکت اجتماعی در همه اجتماعات افراد جامعه بود که در مطالعه حاضر ذکر شد. باید در نظر داشت که حضور همه جانبه مردم منجر به رشد و تعالی امور مربوط می‌گردد و مشارکت اجتماعی به عنوان یک راهبرد موثر در ارتقای سلامت است [۱۵]. مفهوم مشارکت اجتماعی برای نخستین بار کنفرانس آلماتا ذکر شد و به عنوان سنگ بنای دستیابی به سلامت انسان‌ها مورد تاکید قرار گرفت [۱۶]. سازمان جهانی بهداشت معتقد است مشارکت نوعی همکاری داوطلبانه افراد جامعه جهت تعامل با فعالیت‌های مرتبط با سلامتی شان محسوب می‌شود. همچنین مشارکت اجتماعی نوعی ابزار توانمندسازی با محوریت افراد جامعه می‌باشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد [۱۶، ۱۷]. بنابراین لازم است از افرادی که در همه اجتماعات افراد جامعه حضور داشته باشد و از به کارگیری استراتژی‌هایی مانند درگیر سازی افراد جامعه در فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت مانند ایجاد محیط‌های حمایتی از جمله جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت بهره برد.

دیگر نتایج مطالعه حاضر حاکی از این بود که یکی از مهمترین مهارت‌های مورد مطالبه روحانیون جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت حاضر در مساجد انگیزه بخشی و امید بخشی بود که این نتیجه با پژوهش Seifert و همکاران همراستا می‌باشد؛ به طوریکه انگیزه بخشی یکی از راههای تغییر رفتار در نظر گرفته می‌شود؛ زیرا وجود انگیزه در افراد یک نیاز به دریافت پاداش به ویژه هنگام مراحل تغییر رفتار است که موجب تنظیم اهداف توسط خود فرد مخاطب هدف می‌گردد و از سویی دیگر کمک شایانی به ماندگاری و حفظ رفتار مطلوب و نائل شدن به رفتار مطلوب می‌باشد [۱۸]. بنابراین جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت توجه به محوریت کنترل و نقش انگیزش درونی و بیرونی افراد که به نوعی منجر به توانمندسازی و افزایش عزت نفس در افراد می‌گردد [۱۹]، ضروری به نظر می‌رسد.

دیگر مهارت‌های مورد نیاز در بیانات افراد شرکت کننده کسب مهارت‌های تسهیل ارتباطات و در دسترس بودن مردم بود. تسهیل ارتباطات برای حل موانع و راهکاری برای ارتقاء سلامت است که در مطالعه رفیع فر به آن تاکید شده بود [۲۰]. به صورت کلی ایجاد کانال‌هایی جهت دسترسی به گروه هدف به عنوان یک ساختار مهم مداخلات ارتقاء سلامت می‌باشد که منجر به ارتقای سلامت و رفاه در جامعه می‌گردد؛ لذا کسب مهارت‌های ارتباطی و استفاده از کانال‌هایی خارج از موقعیت‌های سنتی به عنوان یک رویکرد نوین جهت ایجاد مساجد ارتقاء دهنده سلامت ضروری می‌باشد.

مهارت‌های توانمندسازی در زمینه ارتقاء سواد سلامت از دیگر مهارت‌های مورد مطالبه جهت ایجاد این کانون‌های حمایتی محسوب می‌شود که در بسیاری از مطالعات به کسب این مهارت جهت همه افراد جامعه تاکید شده است [۲۱، ۲۲]. این مهارت

(/۰.۴۰)؛ سعید بشیریان (نویسنده دوم)، روش شناس / پژوهشگر کمکی (/۰.۱۰)؛ نرگس رنجبر (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/نگارنده نتایج (/۰.۱۰)؛ هانیه جورمند (نویسنده چهارم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (/۰.۴۰).

حمایت مالی

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی حمایت مالی این طرح را به عهده داشته است (شماره طرح ۱۴۰۰۰۳۱۸۲۰۷۰).

از مشارکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، به آنان اطمینان داد تمامی اطلاعات فردی آن‌ها محرمانه خواهد ماند. به منظور حفظ گمنامی، در تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار کدهای عددی به هر مشارکت‌کننده اختصاص داده و صداقت و امانت‌داری در استفاده از منابع رعایت شد.

سهم نویسندگان

مجید براتی (نویسنده اول)، نگارنده روش کار / پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث

REFERENCES

- Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot Int*. 1998;13(2):99-120.
- Perry HB, Hodgins S. Health for the people: past, current, and future contributions of national community health worker programs to achieving global health goals. *Glob Health Sci Pract*. 2021; 9(1):1-9.
- Johnson CM, Rostila M, Svensson AC, Engström K. The role of social capital in explaining mental health inequalities between immigrants and Swedish-born: a population-based cross-sectional study. *BMC public health*. 2017; 17(1):1-15.
- Lumpkins CY, Vanchy P, Baker TA, Daley C, Ndikum-Moffer F, Greiner KA. Marketing a healthy mind, body, and soul: An analysis of how African American men view the church as a social marketer and health promoter of colorectal cancer risk and prevention. *Health Educ Behav* 2016; 43(4):452-60.
- Baruth M, Wilcox S, Condrasky MD. Perceived environmental church support is associated with dietary practices among African-American adults. *J Am Diet Assoc*. 2011; 111(6):889-93.
- Boggavarapu S, Sullivan KM, Schamel JT, Frew PM. Factors associated with seasonal influenza immunization among church-going older African Americans. *Vaccine*. 2014; 32(52):7085-90.
- Winett RA, Anderson ES, Whiteley JA, Wojcik JR, Rovniak LS, Graves KD, et al. Church-based health behavior programs: Using social cognitive theory to formulate interventions for at-risk populations. *Appl Prev Psychol* 1999; 8(2):129-42.
- Tones K. The theory of health promotion: implications for nursing. Research in health promotion and nursing: Springer; 1993. p. 3-12.
- Tannahill A. What is health promotion?. *Health Educ J* 1985; 44(4):167-8.
- Organization WH. Health promotion: Ottawa charter. World Health Organization; 1995.
- Allegrante J, Barry M, Airhihenbuwa O, Auld M, Battel-Kirk B, Collins L, et al. Toward domains of core competency for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus conference statement. *Health Educ Behav*. 2009; 36(3):2-13.
- Barati O, Kamerneya M, Sadeki A, Seyavosi E. Skills, capabilities, and requirements of hospital managers: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2020; 5(1):17-28.
- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Mahdavi NGH, Ghorbani R, Malek F, Sotodeh AN. Strategies For Strengthening Community Trust In Health Services Providers From A Religious Education Perspective, 2020.
- Mohammadi-Shahbolaghi F, Setare Foruzan A, Hemmati S, Karimlu M. Associated Factors with Community Participation in Health. *Social Welfare* 2013; 13(48):47-72.
- Organization WH. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1978.
- Frankish CJ, Kwan B, Ratner PA, Higgins JW, Larsen C. Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Soc Sci Med* 2002; 54(10):1471-80.
- Seifert CM, Chapman LS, Hart JK, Perez P. Enhancing intrinsic motivation in health promotion and wellness. *Am J Health Promot* 2012; 26(3):1-12.
- Strudler Wallston B, Wallston KA. Locus of control and health: A review of the literature. *Health Educ Monographs*. 1978; 6(1):107-17.
- Rafifar S. Development of communication and health education A way to promote health in the Islamic Republic of Iran Hospital. *J Hospital* 2006; 5(1):17-20.
- Barati M, Fathi N, Aahmadpur E, Jormand H. Investigate the Relationship Between Health Literacy and Health Promoting Behavior in Students. *J Health Lit* 2019; 4(3):56-65.
- Solhi M, Jormand H. Assessment of health literacy of municipal employees in Shemiranat, Iran. *Electron Physician* 2017; 9(12):6072.
- Jormand H, Bashirian S, Barati M, Khazaei S, Jenabi E, Zareian S. A Qualitative Study On People's Experiences Of Covid-19 Media Literacy. *Media Lit Academic Res*. 2021; 4(1):38-52.
- Jormand H, Bashirian S, Barati M, Rezapur-Shahkolai F, Babamiri M. Exploration of Media Literacy about Substance Abuse among Students: A Qualitative Study. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 2020; 7(4):234-40.