

تبلیغ دینی یکی از مؤثرترین ابزارها برای تقویت ارزش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت و کیفیت خوب زندگی است. هدف این مقاله، شناسایی نگرش مبلغان دینی و مخاطبان آنها نسبت به طرح موضوعات سلامت‌محور در متن سخنرانی‌های مذهبی است. به این منظور از دو روش کیفی و کمی استفاده شده است. بخش کیفی از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته با ۱۹ نفر از مبلغان شیعه‌مذهب ایرانی ساکن شهر قم انجام شده است. داده‌ها با استفاده از کدگذاری نظری و در قالب دو روش پدیدارشناسی و نظریه‌پردازی داده‌نگر تحلیل شد. یافته‌های این بخش نشان داد که همه مبلغان به بعد روانی سلامت توجه دارند. اما پرداختن به ابعاد جسمانی سلامت و امور زیست‌محیطی را موضوعاتی خارج از مناسبت‌های مذهبی، انتظارات مخاطبان و انتظارات نقش خود می‌دانند. همچنین به عوامل دیگری مانند فقدان تخصص کافی، عدم حمایت مالی و فکری نهادهای دولتی و عدم پذیرش مخاطبان اشاره شده است. در بخش دوم در چارچوب روش پیمایش ۱۱۶ نفر از مخاطبان نسبتاً دائمی سخنرانی‌های مذهبی در مساجد شهر قم مورد مصاحبه قرار گرفتند. یافته‌های این قسمت نشان داد که ۸۵ درصد از مخاطبان تبلیغ دینی معتقدند که مبلغین بیشتر به عنصر «روانی» سلامت می‌پردازند درحالی‌که اگر مبلغان مذهبی به ابعاد دیگر سلامت هم بپردازند برای آنان جالب و اثرگذار خواهد بود. این یافته نشان می‌دهد که استنباط مبلغان دینی با نوع انتظارمخاطبان‌شان تطابق ندارد.

#### ■ واژگان کلیدی:

سلامت، تبلیغ دینی، کارگزاران فرهنگی، رسانه‌های سنتی.

## تحلیل جامعه‌شناختی جهت‌گیری تبلیغ دینی نسبت به امر سلامت

مورد مطالعه: مبلغان و مخاطبان سخنرانی‌های مذهبی شهر قم

#### فاطمه جواهری

دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی  
javaherm@yahoo.com

#### سیدحسین سراج‌زاده

دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی  
serajsh@yahoo.com

#### نیلوفر اورعی

کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی از دانشگاه خوارزمی  
niloofar.oraei@gmail.com

## ۱. مقدمه

بهره‌مندی از سلامت، هدفی غایی است که برای همه انسان‌ها در هر شرایطی خواستنی است. سالم بودن نه تنها موجب کارایی عملکرد فردی است بلکه میزان لذت از زندگی و مطلوبیت آن را افزایش می‌دهد. سلامت فقط دارای ارزش فردی نیست بلکه از نظر اجتماعی نیز اهمیت دارد، زیرا میزان سالم بودن اعضاء جامعه نشانه یک حکمرانی خوب است و ارتقای سلامت هم ملاک رشد و پیشرفت جامعه و هم نتیجه آن می‌باشد.

نهاد بهداشت و درمان فقط یکی از نهادهایی است که می‌تواند در حفظ سلامت اعضای جامعه مؤثر باشد. مطالعات جامعه‌شناسان حاکی از آن است که خط‌مشی نهادهای اقتصادی - سیاسی که شیوه توزیع منابع را تعیین می‌کند، نقش مهمی در دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی دارد.

از سوی دیگر، عوامل فرهنگی - اجتماعی مانند آگاهی‌های عمومی و سواد بهداشتی، کمیت و کیفیت استفاده از رسانه‌ها، شبکه تعاملات میان فردی، بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی و نظام باورها و نگرش‌های فرهنگی از جمله عوامل تأثیرگذار هستند. (بودون و بوریکادا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) دین در بین عوامل فرهنگی مختلف از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ادیان با تعیین سیاست‌هایی قواعدی برای تغذیه، پوشش، ازدواج، آمیزش جنسی، فرزندآوری، مراقبت از خود، تعیین معیار نجاست و پاکی به تنظیم بدن و نظارت بر آن می‌پردازند. (بوی، ۱۳۹۰) نقش دین به این حد محدود نمی‌شود بلکه هر نظام دینی، پیروان خود را به یک سامانه اخلاقی و یک چارچوب معنابخش به زندگی مجهز می‌سازد. (همیلتون، ۱۳۸۷: ۲۷۳) رعایت معیارهای بهزیستی در سلوک شخصی، نوع مناسبات با دیگران، جهت‌گیری در رابطه با محیط‌های طبیعی و حتی مسئولیت‌پذیری در برابر جامعه براساس کارکردهای یادشده استوار است. از این‌رو، تربیت دینی دلالت‌های مهمی برای سلامت و کیفیت زندگی انسان دارد.

در فرهنگ اسلامی برخی آیات قرآن و بخش قابل ملاحظه‌ای از روایات و احادیث برگرفته از سنت پیامبر اکرم صلی‌الله‌علیه‌وآله و امامان معصوم علیهم‌السلام، دربردارنده توصیه‌ها و رهنمودهایی برای حفظ صحت است<sup>۲</sup>. مربیان و مبلغان مذهبی وظیفه استخراج این آموزه‌ها از متون مربوطه و به‌روز ساختن و انتقال مؤثر آنها به مردم را بر عهده دارند.

1. Boudon & Bourricaud

۲. مراجعه شود به کتاب اصول کافی از محمدبن یعقوب کلینی و کتاب بحارالانوار و حلیه المتقین از محمدباقر مجلسی

زمانی که مردم در معرض تبلیغ دینی قرار می‌گیرند به تدریج این اصول را فرا گرفته و درونی می‌سازند. این فرایند در جامعه‌ای مانند ایران که تعالیم مذهبی در لایه‌ها و سطوح مختلف آن نفوذ دارد، به‌طور جدی‌تری دنبال می‌شود.

مبلغان دینی به‌ویژه زمانی که در سلک فرد روحانی در عرصه عمومی حاضر می‌شوند از یک نوع اعتماد اجتماعی و منزلت معنوی برخوردار می‌شوند. این ویژگی، تأثیرگذاری و نفوذ آنها بر اندیشه و رفتار مؤمنان را پرتوان‌تر می‌کند. افزون بر این، مجهز شدن مبلغان مذهبی به ابزارهای ارتباطی مدرن مانند بهره‌گیری از خدمات چاپ و انتشارات، پخش تلویزیونی و رادیویی، ظرفیت‌های موجود در تارنماهای اینترنتی، آموختن زبان انگلیسی و انجام سفرهای خارجی دامنه اثرگذاری آنها را شدت بخشیده است.

ضرورت این امر زمانی بیشتر هویدا می‌شود که این واقعیت مورد توجه قرار گیرد که سالانه بخش قابل ملاحظه‌ای از سرمایه انسانی و مادی کشور صرف آموزش، پژوهش و درمان بیماری‌ها می‌شود. برای مثال سهم وزارت بهداشت در لایحه بودجه سال ۱۳۹۴ کل کشور بیش از ۵ هزار میلیارد تومان پیشنهاد شده و این رقم نسبت به بودجه پیشنهادی سال ۱۳۹۳ حدود ۷۰ درصد رشد نشان می‌دهد. (خبرآنلاین، ۱۳۹۴/۱۲/۹)

در جامعه ما که از یک‌سو با محدودیت‌های اقتصادی برای پرداخت هزینه خدمات بهداشتی و مراقبتی مواجه است و از سوی دیگر نهاد دین در اداره آن سهم گسترده‌ای دارد، قابلیت تبلیغ دینی می‌تواند در راستای فرهنگ‌سازی در زمینه گسترش سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به‌کار گرفته شود. به این ترتیب، سنت دینی به‌شکلی راهبردی در خدمت اصلاح جامعه و کاهش مشکلات آن قرار خواهد گرفت.

نوشتار حاضر - که به‌طور هم‌زمان به دو حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و جامعه‌شناسی دین مربوط است - با عنایت به نکات یادشده دو هدف زیر را مدنظر دارد:

- فهم و تحلیل دیدگاه مبلغان دینی درباره پرداختن به موضوع سلامت و کیفیت زندگی در تبلیغات دینی.

- فهم و تحلیل نگرش مخاطبان تبلیغ دینی در مورد دریافت پیام‌هایی که به موضوع سلامت و کیفیت زندگی مربوط است.

## ۲. چارچوب مفهومی

چارچوب مفهومی این مقاله براساس دو واژه سلامت و تبلیغ بنا شده است. براساس

تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت فقط نداشتن بیماری و نقص عضو نیست بلکه برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است. بر این اساس سلامت دارای وجوه زیستی، روانی و اجتماعی است. (کاکرهام و ریچی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷: ۵۱) کونر و نورمن<sup>۲</sup> رفتار بهداشتی را دربردارنده تمام کنش‌ها و اقداماتی می‌دانند که با هدف پیشگیری از بیماری و یا بهبود سلامت انجام می‌شود. (کونر و نورمن، ۲۰۰۵: ۳)

از نظر جامعه‌شناسان، سبک زندگی مردم میزان بهزیستی و سلامت آنها را تعیین می‌کند. سبک زندگی سالم الگویی جمعی از رفتارهای سلامت‌محور است که مبتنی بر انتخاب گزینه‌های در دسترس براساس فرصت‌های زندگی است. (کاکرهام، ۱۳۹۱: ۲۲۲-۲۲۱) سبک زندگی سالم با تصمیمات مرتبط با تغذیه، ورزش، واکنش به استرس، مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر، خطر تصادف و ظاهر جسمانی ارتباط دارد. در دهه ۱۹۶۰، نهضتی اجتماعی با نام «ارتقای سلامت» آغاز شد که هدفش جلب توجه عامه مردم به رفتارهای سالم و پیشگیرانه بود. (کاکرهام و ریچی، ۱۹۹۷: ۶۴) در منشور اوتاوا<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) ارتقای سلامت به‌عنوان «فرآیند توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل بر سلامت و نیز قادرسازی آنان برای بهبود سلامت‌شان» تعریف شده است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) یکی از راه‌های ارتقای سلامت، «توانمندسازی» انسان‌ها یعنی افزایش دانش و آگاهی در مورد حقوق و وظایف بهداشتی است. (پوراسلامی، ۱۳۸۲: ۴۲-۴۰)

اما آگاهی و شناخت همواره به‌طور مستقیم به‌عمل منجر نمی‌شود بلکه حلقه‌های واسطی باید وجود داشته باشد که این رابطه را تقویت کند. ایروین روزنستاک<sup>۴</sup> (۱۹۶۶) در این‌راستا اصطلاح الگوی باور بهداشتی را مطرح می‌کند. این مفهوم برای تبیین انگیزه و عمل فرد سالم برای پرهیز از خطر بیماری طراحی شده و به این معنا است که فضای زندگی متشکل از دو منطقه مثبت و منفی است. انسان‌ها درصدد هستند از ورود به منطقه منفی پرهیز و رفتار خود را در بخش مثبت متمرکز کنند. رفتار بهداشتی متکی بر دو عامل است. اول ارزشی است که فرد برای نتیجه یک عمل خاص قائل است، دوم اعتقاد به این است که یک عمل خاص به آن نتیجه موردنظر منتهی خواهد شد. بر این اساس، زمانی

1. Cockerham & Ritchey  
2. Conner & Norman  
3. Ottawa  
4. Irwin Rosenstock

که فرد یک عمل پیش‌گیرنده انجام می‌دهد به این دلیل است که او خود را آسیب‌پذیر می‌داند و در نظر او وقوع بیماری دارای برخی پیامدهای منفی است. اما صرف تشخیص درستی یک عمل یا حتی داشتن انرژی برای انجام آن، انسان را برانگیخته نمی‌سازد. بلکه احتمال بروز یک عمل متضمن وزنی است که به منفعت متصور از انجام آن در مقابل موانع متصور از آن داده می‌شود. بنابراین وجود یک عامل ترغیب‌کننده می‌تواند به‌مثابه یک راهنمای عمل به برانگیخته ساختن رفتار مناسب بینجامد. این محرک می‌تواند یک عامل داخلی مانند تصور از وضعیت بدن یا یک عامل بیرونی مانند روابط میان فردی یا یک رسانه باشد. (روزنستاک، ۱۹۶۶؛ به نقل از کاکرهام و ریچی، ۱۹۹۷: ۵۳)

در این فضا نقش مربیان و مبلغان دینی که جزء رهبران فکری مردم محسوب می‌شوند، برجسته می‌شود. «مبلغان مذهبی به‌علت جایگاهی که از رهگذر پیوند با مذهب به‌دست آورده‌اند و همچنین به‌دلیل برخورداری از مهارت‌های ارتباطی، تسلط بر متون دینی و بهره‌مندی از مخاطبان عام روزانه، هفتگی و ماهانه در مجموع از این قابلیت برخوردارند که مردم را به‌سمت سبک‌های زندگی سالم هدایت کنند. گرایش رهبران دینی به موعظه درباره فضائل سبک زندگی سالم به‌ویژه اگر در متون مقدس ریشه داشته باشد، تقویت‌کننده عادات سالم و کاهش‌دهنده هزینه مراقبت بهداشتی خواهد شد.» (آنشل و اسمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳: ۱۴) از نظر کاکرهام (۱۳۹۱: ۲۰۰-۱۹۴) نیز آموزه‌های دینی از طریق سازوکارهای زیر می‌تواند سلامت جمعیت‌ها را بهبود بخشد:

- کاهش رفتارهای پرخطر برای سلامت و پیگیری سبک زندگی سالم،  
- تعلق به جماعت‌های مذهبی و عضویت در شبکه‌های اجتماعی دینی و دریافت حمایت اجتماعی از آنها،

- تأثیر مناسک و عبادات مذهبی بر بدن و سیر زیستی انسان،

- نظارت اجتماعی نهادها و گروه‌های مذهبی بر افراد عضو آنها از طریق آموزه‌ها، ایجاد محدودیت‌ها و فشارهای اجتماعی.

در ممالک اسلامی مراجع فکری - از جمله امامان جماعت - در شکل‌گیری آراء و عقاید عمومی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. (روان، ۱۳۷۸: ۷۵) نهادهای دینی وظیفه دارند با فراهم آوردن محیط‌های پشتیبان سلامت و جلوگیری از رفتارهایی که سلامت را به‌خطر می‌اندازند، مردم را به محافظت از جسم خویش تشویق کنند. (کلی و هودی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹: ۳۳۴)

1. Anshel & Smith  
2. Kelly & Huddy

تبلیغ دینی مجرای خوبی برای دستیابی به این اهداف است. «تبلیغ» در فرهنگ اسلامی رساندن پیام الهی (ارزش‌ها و هنجارهای دینی) به شیوه روشن‌گرانه از طریق ایجاد ارتباط و تشویق به پذیرش محتوای مورد نظر با استفاده از ابزار و روش‌های مشروع هر زمان است. (مریچی، ۱۳۸۹: ۵۱)

صاحب‌نظران حوزه دین معتقدند عمده‌ترین وظیفه مبلغان دینی، معرفت‌بخشی و هدایت انسان به سمت رفتارهای عقلانی است. (دهقان سیمکلائی، ۱۳۹۱: ۲۸-۲۳) در این صورت تبلیغ دینی باید از چنان جامعیتی برخوردار باشد که ضرورت‌های جدید زندگی انسان را پوشش دهد. حفظ و ارتقای سلامت می‌تواند یکی از محورهای تربیت و هدایت معنوی بشر باشد. زیرا «همه ادیان بر این امر تأکید دارند که ما باید از خود مراقبت کنیم و خود را در معرض خطر قرار ندهیم». (لویس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱: ۴۱) مبلغان دینی که در حکم رهبران فکری مردم‌اند، به طرق مختلف می‌توانند مخاطبان‌شان را متوجه موضوع سلامت کنند. براساس نظر آنشل و اسمیت مبلغان مذهبی می‌توانند:

- بخشی از مأموریت دینی خود را کمک فعالانه‌تر به مخاطبان در جهت انتخاب‌های بهتر مرتبط با سبک زندگی قرار دهند؛

- برنامه‌ریزی و هدایت ماهرانه‌ای را در جهت ایجاد ساختار و فرصت لازم برای عمل به انتخاب‌های مرتبط با سبک زندگی سالم، آغاز کنند؛

- از طریق بولتن، سخنرانی و بحث‌های کوچک گروهی، بخش‌هایی از متون دینی را که فضایل سبک زندگی سالم را می‌ستایند، به مخاطبان خود انتقال دهند؛

- سبک زندگی مبلغ‌ها خود یک نمونه اعلا و برجسته باشد و الگوهای رفتاری و پیام‌های کلامی‌شان با یکدیگر مطابقت داشته باشد. (آنشل و اسمیت، ۲۰۱۳: ۱۵-۱۳)

### ۳. پیشینه تحقیق

مرور ادبیات موجود حاکی از آن است که دین‌پژوهان ایرانی، در ارتباط با آموزه‌های اسلام درباره سلامت، تحقیقات قابل‌ملاحظه‌ای انجام داده‌اند که از جمله آنها می‌توان به «راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن» (رمضانی فرانی و دیگران، ۱۳۸۰)، «خطوط کلی بهداشت در اسلام» (آیت‌اللهی، ۱۳۷۰)، «مبانی حق‌برخورداری از محیط زیست سالم در قرآن کریم» (فیروزی، ۱۳۸۴)، «پاسداری از محیط زیست در آیات و روایات» (زرروانی

1. Levin

و خداجویان، ۱۳۸۴)، «سلامت از دیدگاه اسلام» (صفی‌خانی، ۱۳۸۶)، «سلامت جسم در اسلام» (فجری، ۱۳۸۹)، (نورمحمدی و دیگران، ۱۳۹۰)، «بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی» (میرزاحمدی و دیگران، ۱۳۹۰)، «مفاتیح‌الحیاه» (جوادی‌آملی، ۱۳۹۱) اشاره کرد.

محققان حوزه علوم اجتماعی نیز درباره رابطه بین دین و سلامت آثار متعددی تولید کرده‌اند. برای مثال، جواهری (۱۳۸۱) در مورد مددجویی از سنت دعانویسی به‌منظور شفایافتن، مطالعه‌ای را انجام داد و ضمن توصیف علل گرایش به مراجعه به دعا‌درمانی، چارچوب کنش متقابل بین فرد دعانویس و مراجعه‌کننده او و پیامدهای این رابطه برای هر یک از طرفین را تحلیل کرد. نتایج پژوهش مروتی شریف‌آباد و همکاران (۱۳۸۳) به این واقعیت اشاره دارد که حمایت مذهبی سلامت فرد را بهبود می‌بخشد. پژوهش‌هایی که توسط بهرامی‌احسان و تاشک (۱۳۸۳) و شهینی‌بیلاق و همکاران (۱۳۸۳) صورت گرفت، نشان داد که جهت‌گیری مذهبی با کاهش اختلالات روانی مرتبط است. اطلاعات تحقیق چراغی (۱۳۸۵) مبین آن است که بین شاخص کل دین‌داری و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد. میرزاحمدی و همکاران (۱۳۹۰) به نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی و تأثیر پیشگیرانه آن در امر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی پرداخته‌اند. یافته‌های پژوهش سراج‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) تأیید کرد که دین‌داری نه‌تنها به‌طور مستقیم بر شاخص کل سلامت اثر دارد بلکه به‌طور غیرمستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت‌محور نیز بر سلامت تأثیر می‌گذارد.

در بین پژوهش‌های خارجی نیز مصادیق زیادی از بررسی رابطه میان دین و سلامت وجود دارد. برای مثال ویکتور فوش (۱۹۷۴) اقتصاددان سلامت، تفاوت‌های فاحش در میزان مرگ و میر در نمونه مورد بررسی خود را نتیجه تفاوت‌های شدید در سبک زندگی آنان دانست، از جمله اینکه افراد با نرخ مرگ و میر پایین‌تر متعلق به فرقه‌ای مذهبی به‌نام مورمون بودند که مشروب نمی‌خوردند، سیگار نمی‌کشیدند، دارای نرخ‌های بالای ازدواج و باروری و نرخ‌های پایین طلاق بودند و در مجموع زندگی باثبات و آرامی داشتند. (کاکرهام، ۱۳۹۱: ۱۹۴)

همچنین در مطالعاتی که براساس فراتحلیل صدها پژوهش صورت گرفته رابطه بین دین و سلامت تأیید شده است (لوین و دیگران، ۲۰۰۵: ۲۳۸-۲۳۷؛ کونینگ<sup>۱</sup> و دیگران،

۲۰۰۱؛ ریو و ونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶ و جانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). لیلارد و پرایس<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نیز به این نتیجه رسیدند که دین بر استعمال دخانیات و مشروبات الکلی و مواد مخدر در بین جوانان تأثیری کاهنده دارد. دایر<sup>۴</sup> و همکارانش نیز متوجه شدند که جوامعی که بر سنت‌های دینی محافظه‌کارانه تمرکز دارند، کمتر در معرض عادات و رفتارهای سرطانی قرار می‌گیرند. (کونینگ، ۱۳۸۶: ۱۱۴) نتایج یک پیمایش ملی در ایالات متحده آمریکا نشان داده که مصرف مواد مخدر، حمل اسلحه، دعوا کردن، رانندگی در حال مستی و رابطه جنسی نامتعارف در بین افراد مذهبی‌تر، کمتر است. همچنین رفتارهای سلامت‌محور مانند استفاده از کمربند ایمنی، خوردن میوه، سبزیجات و صبحانه در بین این افراد بیشتر مشاهده می‌شود. (کاگرهام، ۱۳۹۱: ۲۰۰)

همان‌طور که ملاحظه می‌شود در آثاری که تاکنون تولید شده بیشتر به نقش کارکردی دین در حفظ و ارتقاء سلامت پرداخته شده و اغلب کارکرد روان‌شناختی مذهب و ابعاد تسکینی آن و یا تأثیر آن بر سبک زندگی افراد مورد توجه بوده است. اما درباره جایگاه دین در تبلیغ مذهبی تحقیقی انجام نشده است. نوشتار حاضر به‌عنوان اولین گام، درصدد است به کندوکاو در این زمینه بپردازد تا به کاهش خلأ معرفتی موجود کمک کرده باشد.

#### ۴. روش تحقیق

این نوشتار از نظر روش پژوهش براساس تلفیقی از روش کیفی و کمی شکل گرفته که در مورد هر یک به اختصار توضیح داده می‌شود.

**روش کیفی:** به‌منظور بررسی نگرش مبلغان مذهبی به موضوع سلامت از روش کیفی و مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته استفاده شده است. زیرا ابتدا شناسایی شیوه تفسیر مبلغان مذهبی از موضوع سلامت مدنظر بوده است. به این منظور دو روش پدیدارشناسی (با هدف توصیف) و روش نظریه‌پردازی داده‌نگر (با هدف تبیین) به کار گرفته شد. جمعیت تحقیق، مبلغان شیعه‌مذهب ایرانی ساکن شهر قم بودند که با روش نمونه‌برداری نظری و با معیار اشباع نظری انتخاب شدند. برای انتخاب پاسخگویان، دو معیار ملبس بودن فرد به لباس «روحانی» و اشتغال به تبلیغ به‌صورت سخنرانی دینی به‌مدت حداقل ۵

- 
1. Rew & Wong
  2. Johnson
  3. Lillard & Price
  4. Dyre



سال، در نظر گرفته شد. دیگر آنکه مبلغان حداقل در ماه دو بار جلسه سخنرانی داشته و تعداد مخاطبان آنها حداقل ۵۰ نفر باشد. این ملاک‌ها با این هدف انتخاب شد که افراد منتخب، به‌طور مستمر به فعالیت تبلیغی بپردازند و دارای تعداد قابل قبولی مخاطب باشند. در نهایت با ۱۹ نفر از آنان مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته شد. توصیف اطلاعات از طریق تکنیک کدگذاری، تحلیل محتوای کیفی و ارائه گزاره‌های توصیفی انجام شد. تحلیل داده‌های تبیینی براساس کدگذاری نظری، شامل سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی صورت گرفت. سپس الگوی پارادایمی یافته‌ها شامل شرایط علی، پدیده، زمینه، شرایط مداخله‌گر، راهبردهای کنش و پیامدها ترسیم شد. روایی یافته‌ها با روش تطبیق توسط مصاحبه‌شوندگان و اساتید داور مورد تأیید قرار گرفت. پرسش مورد نظر در این قسمت به ترتیب زیر می‌باشد:

۷۵

- از نظر معرفتی مبلغان دینی تا چه اندازه نسبت به دلالت‌های دین برای سلامت آگاه هستند؟ تا چه حد متون دینی مربوط را می‌شناسند؟ این مسئله تا چه حد برای آنان حائز اهمیت است؟ از نظر آنها کدام یک از ابعاد سلامت بیشتر می‌تواند موضوع تبلیغ قرار گیرد؟

- از نظر عملکردی مبلغان مذهبی تا چه اندازه به ارتقاء سلامت و مرتبط کردن آن با حوزه دین اهتمام دارند و توجه مخاطبان را به این موضوع سوق می‌دهند؟ در سخنرانی‌های خود بیشتر کدام بعد سلامت را مد نظر دارند؟ دلیل بی‌اعتنایی آنها به موضوع سلامت چیست؟

روش کمی: دیدگاه مردم درباره جایگاه سلامت در قلمرو تبلیغ دینی به‌وسیله روش پیمایش بررسی شد. جمعیت مورد مطالعه در این بخش، مخاطبان سخنرانی‌های مذهبی در مساجد شهر قم بودند. به این منظور سه مسجد پرجمعیت شهر قم از سه محله دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین، متوسط و بالا انتخاب شد و در هر یک از آنها حدود ۴۰ نمازگزار نسبتاً دائمی (که خودشان اظهار می‌کردند معمولاً زیاد به آن مسجد می‌روند) مورد پرسش قرار گرفتند. از آنجا که بعضی افراد درست قبل از اقامه نماز به مسجد می‌آمدند و پس از آن فرصت کافی برای ماندن نداشتند، یا آنکه سواد پاسخگویی به پرسش‌ها را نداشتند، بنابراین بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی امکان‌پذیر نبود، از این‌رو از نمونه در دسترس استفاده شد. در عین حال تلاش شد نسبت متعادلی از هر دو جنس و از سنین مختلف در نمونه حضور داشته باشند. با توجه به اینکه تحقیق هدف

تعمیمی ندارد، بلکه فقط درصدد کشف و توصیف واقعیت است به کارگیری نمونه‌گیری در دسترس موجه است.

پرسش اصلی این بخش این است که افراد مخاطب تبلیغ مذهبی، درباره دخالت دادن مقولات سلامت محور در امر تربیت دینی چه نظری دارند؟

## ۵. یافته‌های پژوهش

### بخش کیفی: نگرش مبلغان مذهبی

داده‌های این بخش، حاصل مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته با ۱۹ نفر از مبلغان دینی مرد ساکن شهر قم است. پاسخگویان متوسط تعداد مخاطبان خود را ۲۰۰-۳۰۰ نفر بیان کرده‌اند. تحصیلات حوزوی پاسخگویان، از سطح دو تا درس خارج فقه بود. اکثر پاسخگویان دارای تحصیلات دانشگاهی نیز هستند. میانگین سنی مصاحبه‌شوندگان ۴۴ سال و سابقه تبلیغی آنان ۳۸-۵ سال بود. اطلاعات این بخش به فهم دیدگاه مبلغان مذهبی به جایگاه سلامت در سخنرانی‌های‌شان کمک می‌کند.

موضوع سخنرانی مبلغ‌ها و معیار انتخاب آن: ابتدا درباره موضوع سخنرانی‌ها و اولویت آنها سؤال شد. پس از کدگذاری و طبقه‌بندی مضامین مشابه، اطلاعات به‌دست آمده در جدول شماره ۱ منعکس شد.

جدول ۱: موضوع سخنرانی‌ها و اولویت آنها

تعداد کدهای اولیه	تعداد مقوله‌های هسته‌ای	تعداد مقوله‌های استخراج شده
۱۳	مسائل اخلاقی	۳
۱۳	مسائل اعتقادی	۴
۱۱	مسائل اجتماعی	۴
۹	احکام شرعی	۲
۸	مناسبت‌های مذهبی	۱
۵	مسائل سیاسی	۳
۴	مسائل خانوادگی	۳
۲	وقایع تاریخ اسلام	۱
۲	موضوعات قرآنی	۲

در جدول ۲ پاسخ مصاحبه‌شوندگان درباره معیار انتخاب موضوع در شش طبقه زیر تفکیک شده است.

- شرایط جاری جامعه: ۱۲ نفر از کل پاسخگویان اظهار داشتند که نیازها و بحران‌های جامعه، مشکلات منطقه تبلیغی، مسائل اجتماعی روز، آسیب‌شناسی جامعه مبنای انتخاب موضوع است.

- توجه به ویژگی مخاطب: ۱۰ نفر از پاسخگویان نیاز، انتظار، سطح آگاهی و میزان پذیرش مخاطب را مهم می‌دانستند. مثلاً پاسخگوی شماره ۱۹ گفت «وقتی برای تبلیغ به روستا می‌روی بزرگان روستا درخواست می‌کنند که در مورد رعایت حقوق همدیگر صحبت شود تا زمین‌های همدیگر را تصاحب نکنند».

- مناسبت‌ها: ۸ نفر از پاسخگویان اظهار داشتند که براساس مناسبت‌ها موضوع سخنرانی خود را تعیین می‌کنند. به‌عنوان مثال پاسخگوی شماره ۱۲ می‌گوید: «انتخاب‌ها بیشتر طبق مناسبت است، باید ببینیم در چه ایامی هستیم». پاسخگوی شماره ۱۳ نیز معتقد است «مناسبت‌ها که موضوع خاص خودش را دارد، اما در مواقع دیگر که دستمان باز است براساس معضلات و مشکلات اخلاقی‌ای که جامعه با آن روبه‌رو است موضوعات را انتخاب می‌کنیم».

- تعلیم آموزه‌های دینی: این معیار که توسط ۵ نفر مورد اشاره قرار گرفت شامل انتظار از فرد مسلمان، کمک به سعادت انسان و اتقان محتوا است. پاسخگوی شماره ۱۶ می‌گوید «معیار، اولویتی است که خود دین مطرح کرده: اول اصول دین یا همان اعتقادات و بعد از آن فروع دین».

- تشخیص خود مبلغ: از نظر ۲ نفر از پاسخگویان معیار تشخیص موضوع تبلیغ، ارزیابی مبلغ است. به‌عنوان مثال پاسخگوی شماره ۱۸ می‌گوید «نوع نگاه من به دین و زندگی، این اولویت‌ها را مشخص می‌سازد. مثلاً من اخلاق را معلول تکامل عقلی و اعتقادی افراد می‌دانم، خودم را هم معلم اخلاق نمی‌دانم، پس نمی‌آیم نصیحت کنم که دروغ نگویند و غیبت نکنید. در عوض از دلایل عقلی و اجتماعی و تاریخی زشتی این مسائل برای مخاطبان مثال می‌آورم».

- فضای هنجاری حوزه: منظور موضوعاتی است که نظام تعلیم و تربیت حاکم بر حوزه علمیه بر آن تأکید دارد. پاسخگوی شماره ۱۹ می‌گوید «باید دید محیط حوزه و اساتید بیشتر چه مسائلی را مطرح و مطالبه می‌کنند».

جدول ۲: معیار اولویت‌بندی موضوع سخنرانی

تعداد مقوله‌های استخراج شده	تعداد مفاهیم استخراج شده	مقوله‌های هسته‌ای
۵	۱۲	شرایط جاری جامعه
۴	۱۰	توجه به مخاطب
۱	۸	مناسبت‌ها
۳	۶	تعلیم آموزه‌های دینی
۲	۲	تشخیص شخصی مبلغ
۱	۱	معیار نهادی

یافته‌های موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد که برای مصاحبه‌شوندگان، انتظارات مخاطبان، مناسبت‌های مذهبی و ضرورت‌های جامعه مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده موضوع وعظ و خطابه مذهبی است.

۷۸

### جایگاه سلامت در آموزه‌های دین

در خلال تحقیق، نظر مبلغان درمورد جایگاه سلامت در تعلیم اسلامی مورد بررسی قرار گرفت. هر چند که همه پاسخگویان معتقد بودند در متون دینی به مسئله سلامت توجه شده و در این خصوص آیات و روایات متعددی وجود دارد، اما براساس پاسخ‌های ارائه‌شده در جدول ۳ چند دیدگاه متفاوت قابل تمیز است. گروه اول رعایت سلامت را بخشی از اصل و جوهر دینداری می‌دانند؛ گروه دوم معتقدند سلامت مقدمه التزام دینی و معنویت‌گرایی است و گروه سوم معتقدند سلامت نتیجه دین‌داری است. گفتنی است که تعداد معتقدان به دیدگاه اول بیشتر است. به‌عنوان نمونه برای دیدگاه اول، پاسخگوی شماره ۴ می‌گوید «در اسلام به سلامت جسمی و روحی در حد اعلای آن توجه شده است. در حوزه‌های علمیه اولین مبحث فقهی که مطرح می‌شود بحث طهارت است. در کتب روایی هم به موضوع سلامت پرداخته شده است. جامعه اگر از سلامت برخوردار نباشد پذیرای تبلیغ دین و آموزه‌های دین نخواهد بود.» پاسخگوی شماره ۱۷ اظهار داشت که «امکان ندارد در دین چیزی مطرح شده باشد اما به سلامت ربط نداشته باشد. مثلاً حکمی در ظاهر عبادی است اما وقتی که می‌شکافیم نفع بهداشتی و پزشکی آن آشکار

می‌شود. مثلاً محققان خارجی امروز به این نتیجه رسیده‌اند که مذهب باعث سلامت روان می‌شود. احکام فردی مثل نماز و وضو هم برای جسم مفید است هم برای روح». پاسخگوی شماره ۱۱ می‌گوید «غایت و مقصد دین‌داری سلامت در همه ابعاد فردی و اجتماعی است».

جدول ۳: جایگاه سلامت در متون دینی

تعداد مقوله‌های استخراج‌شده	تعداد مفاهیم استخراج‌شده	مقوله‌های هسته‌ای
۳	۱۱	سلامت به‌عنوان جوهر و ذات دین
۲	۴	سلامت به‌عنوان مقدمه دین‌داری
۴	۴	سلامت به‌عنوان کارکرد و نتیجه دین‌داری

۷۹

در برابر پرسش از مهم‌ترین افراد یا نهادهای متولی سلامت و بهداشت در جامعه، اکثر پاسخگویان اولین متولی سلامت را خود فرد دانستند؛ سپس به نهادهایی همچون خانواده، دولت، وزارت بهداشت و مدارس اشاره داشتند. این نشان می‌دهد که مبلغان دینی اقتضائات نقشی خود را به‌گونه‌ای تعریف کرده‌اند که بسط و گسترش سلامت در قلمرو آن قرار نمی‌گیرد.

### دلایل نپرداختن به امر سلامت در تبلیغ

پاسخ‌های مشارکت‌کنندگانی که گفته‌اند با پرداختن به امر سلامت موافق نیستند، در چند مقوله زیر دسته‌بندی شده است.

#### ۱. ملاحظات مربوط به مبلغ

- فقدان تخصص و دانش لازم: پاسخگوی شماره ۱۰ گفته است: «آنچه در مورد سلامت در آموزه‌های دینی وجود دارد به‌صورت تخصصی استخراج نشده است. این موضوع باید به‌صورت تخصصی و نظام‌مند سیاست‌گذاری شود، یعنی باید مسئله‌شناسی شود، از آموزه‌های دینی استخراج شود، سپس اجرا شود و بر آن نظارت شود».

- تأثیرپذیری از ذائقه توده: پاسخگوی شماره ۱۹: «مثلاً در تهران که هوای آلوده‌ای دارد رعایت این مسئله چقدر برای مردم اولویت دارد، به‌نظرم خیلی کم. چون اولویت جامعه ما چنین چیزهایی نیست و این اختصاص به طلاس ندارد. اگر یک مبلغ برای تبلیغ جایی برود و برحسب اولویت‌های خود مطالبی را عرضه کند، سال بعد او را دعوت

نمی‌کنند و این یعنی چرخ زندگی نمی‌چرخد. در جامعه، در حوزه، در بین اساتید و در رسانه‌ها محیط زیست اولویت اول نیست و طلاب هم بخشی از همین جامعه هستند. شهید مطهری می‌گفت یکی از مشکلات سازمان روحانیت عوام‌زدگی است، یعنی آنها ذائقه مردم را در نظر می‌گیرند و به‌دنبال آن می‌روند».

## ۲. ملاحظات مربوط به مخاطب

- اطمینان از توجه هر فرد به سلامت خود: پاسخگوی شماره ۱۲: «مردم خودشان به سلامت جسم‌شان توجه دارند. اما چون از سلامت روحی غفلت می‌کنند، روحانیون بیشتر به این موضوع می‌پردازند».

- عدم احساس نیاز از سوی مخاطبان: پاسخگوی شماره ۹: «وظیفه ذاتی مبلغان تأمین توقعات مردم از دین است. با توجه به اینکه مردم هیچ‌گاه به دین به‌عنوان ارتقادهنده سلامت نگاه نمی‌کنند، لذا این موضوع به هیچ‌وجه هم‌تراز با موضوعات دیگر نیست».

- کاهش مقبولیت مبلغ: پاسخگوی شماره ۶: «ما نمی‌توانیم در تمام منابر به بحث سلامت بپردازیم، آن وقت مردم تصور می‌کنند که ما مبلغ وزارت بهداشتیم و متهم به بعضی مسائل خواهیم شد. اما گاهی می‌توان به تناسب از سیره پیامبر(ص) در زمینه سلامت نقل‌هایی کرد».

## ۳. ملاحظات مربوط به دولت

- عدم سیاست‌گذاری دولت: پاسخگوی شماره ۴: «اگر بنا باشد به این مسئله به‌طور جدی و اختصاصی پرداخته شود، ضرورت دارد ابعاد آن بررسی شود و به مبلغان اطلاع داده شود. همچنین باید محتوای لازم جهت ارائه در منبرها در اختیار گذاشته شود و در قالب سی‌دی یا برگزاری کارگاه، آموزش‌های لازم داده شود».

- عدم حمایت نهادی و مالی دولت: تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اظهار کرده بودند که دولت نسبت به نقش مبلغان دینی بی‌اعتنا است و آنها را در این مورد تجهیز نمی‌کند. پاسخگوی شماره ۵: «مسئولین مربوط به سلامت از نقش تأثیرگذار مبلغان در توسعه سلامت غافل هستند».

پاسخگوی شماره ۱۴: «بودجه این بخش در اختیار دستگاه‌های مربوط است، آموزش و پرورش مسئول پیشگیری از بیماری و وزارت بهداشت مسئول درمان است. اگر قرار باشد طلبه‌ها هم به این موضوع وارد شوند، لازم است بخشی از آن بودجه در اختیار مثلاً سازمان تبلیغات یا نهادهای مشابه قرار گیرد». پاسخگوی شماره ۱۹: «این عکس

که نشان‌تان دادم فعالیت طلاب درباره اسراف است. ببینید وزارت نیرو این برنامه را با همکاری حوزه انجام می‌دهد. خیلی هم از طرف طلبه‌ها مورد استقبال قرار گرفت. نه به خاطر موضوعش، بلکه به خاطر پولی که می‌دهند. چنین موضوعاتی باید از طرف نهادهای مربوطه پشتیبانی شود تا توجه روحانیون به آن جلب شود.

- عدم توفیق تبلیغ دولتی: پاسخگوی شماره ۱۸: «اساساً روحانیون ما در امر تبلیغ دین موفق نیستند چه برسد به تبلیغ سلامت و محیط زیست. یک دلیل مهمش دولتی‌شدن بحث تبلیغ در سه دهه اخیر است. اخیراً وزارت نیرو بودجه اختصاص داده که یک عده طلبه بروند درباره صرفه‌جویی در مصرف آب تبلیغ کنند. طبعاً یک‌سری طلبه که نیاز مالی دارند این جور جاها که بودجه دولتی زیادی دارد جمع می‌شوند. اما نتیجه‌اش فقط می‌شود نمایش و همایش، عملاً هیچ دستاوردی ندارد».

- خطر انجام فعالیت‌های موازی: پاسخگوی شماره ۱۸: «نباید این‌قدر تورم و تعدد در مراکز متولی بهداشت ایجاد شود. تعدد مراکز در این امور حساس، خطرناک است، خصوصاً اگر نهادها و افراد غیرمتخصص دخالت کنند».

#### ۴. ملاحظات دینی

- تفاوت معرفت دینی با معرفت علمی: پاسخگوی شماره ۹: «وظیفه ذاتی مبلغان ابلاغ دین است نه تأمین سلامت یا آموزش آن. هرچند دین اسلام در این خصوص توصیه‌هایی دارد». پاسخگوی شماره ۱۸ معتقد است «اگر روحانیون وارد این مسائل شوند نتیجه‌اش مضحکه می‌شود. چون این مسائل کاملاً تجربی هستند و با ماهیت دین متفاوت‌اند». پاسخگوی شماره ۱۸: «وقتی که یک فرد معمم در مورد مسئله‌ای که تخصص ندارد مثل بهداشت، روان‌شناسی یا تاریخ، صحبت کند همه به حساب دین می‌گذارند. وارد کردن علوم تجربی در دین همین آفات را دارد، چون این دو ذاتاً متفاوت هستند».

- سلامت به‌عنوان پیامد ثانویه عبادت: پاسخگوی شماره ۱۷ سلامت را پیامد ثانویه عبادت می‌داند و معتقد است «دین ما بندگی برایش مهم‌تر است. سلامت در مرتبه نازل‌تری قرار می‌گیرد. هدف اصلی زانو زدن در برابر خداست و سلامت تبعات ثانوی این بندگی و عبادت است». از این‌رو تمرکز خاص بر موضوع سلامت ضرورتی ندارد.

#### ۵. ملاحظات محیطی

- مناسبت‌محور بودن موضوعات سخنرانی: پاسخگوی شماره ۱۲ اظهار کرده: «موضوع سخنرانی‌ها اغلب مناسبت‌محور هستند، مثلاً در محرم و صفر که نمی‌توان درباره بهداشت

جسم یا محیط‌زیست صحبت کرد.»

- کم اهمیت بودن سلامت در مقایسه با موضوعات دیگر: پاسخگوی شماره ۱۲: «همه مسائل مهم هستند، اما اهم و مهم داریم. می‌شود به موضوع سلامت هم در منبر پرداخت اما به اندازه اهمیتش. بیشتر سلامت ایمانی مردم مهم است، اعتقادات مردم باید سالم بماند. هدف اصلی معمولاً سلامت جسمی نبوده، همه اینها وسیله‌ای برای سلامت معنوی است.»

### مهم‌ترین بعد سلامت از منظر تبلیغ دین

از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد که کدام‌یک از ابعاد مختلف سلامت در خطابه‌های روحانیون جایگاه مهم‌تری دارد. اکثر پاسخگویان «سلامت روحی» را مهم‌تر دانسته‌اند و در این زمینه به دو دسته دلایل درون‌دینی و برون‌دینی اشاره کرده‌اند. دلایل درون‌دینی شامل سلامت روانی به‌مثابه عامل تعیین‌کننده سعادت؛ سلامت روانی به‌مثابه هدف دین؛ ارتقای سلامت روانی به‌مثابه وظیفه ذاتی مبلغان؛ تأکید آیات و روایات بر سلامت روانی؛ ارتباط مستقیم مباحث اخلاقی با سلامت روانی و نقش درمان‌گر دینی در اختلالات روانی است. دلایل برون‌دینی دربردارنده عواملی است که بیشتر معطوف به مخاطبان و جامعه می‌شود مانند بی‌توجهی اغلب مردم به سلامت روانی، مهم‌تر بودن مشکلات روانی.

### راهکارهای مبلغان مذهبی برای ارتقای سلامت

یکی از اهداف تحقیق، پاسخ به این پرسش است که «مبلغان دینی در منبر و وعظ چگونه به موضوع سلامت می‌پردازند؟». پاسخ‌ها تحت مقولاتی مانند بیان پیامدهای ضرر رساندن به جسم، انجام فعالیت‌های عملی مانند مشاوره، نشر کتاب و مقاله، بیان آثار رذایل و فضایل اخلاقی بر جسم و روان، معرفی آیات، روایات و احکام شرعی مرتبط و آموزش نظام‌مند مبلغان دینی برای آشنایی با این حوزه قابل دست‌بندی است.

### ترسیم یافته‌ها براساس پارادایم نظریه‌پردازی داده‌نگر

در روش نظریه‌پردازی داده‌نگر، محقق موظف است برآیند داده‌ها را ترسیم کند. براساس این پارادایم، فرایند کدگذاری محوری طبق الگویی که متضمن شرایط علی، پدیده، زمینه، شرایط مداخله‌گر، کنش یا راهبردهای کنش و پیامدهاست، صورت می‌گیرد. (استراس



و کوربین، ۱۳۹۰: ۹۷) این مدل پارادایمی در شکل ۱ رسم شده است:



شکل ۱: مدل پارادایمی نتایج یافته‌های تحقیق

از نظر پاس‌خگویان، موضوع «سلامت جسمی» و «توجه به مسائل زیست‌محیطی» از دایره شمول مناسبت‌ها و ایام مذهبی بیرون است و با نوع انتظار مخاطبان و اولویت‌های جامعه هماهنگ نیست. از میان ابعاد مختلف سلامت، همه مبلغان به بعد روانی آن اهتمام دارند، عده کمی به بعد جسمی و عده بسیار کمتری به بعد زیست‌محیطی توجه دارند. به‌نظر می‌رسد که علل اصلی این نگرش، تلقی از وجود تخصص در زمینه تأمین سلامت روانی و نداشتن تخصص در زمینه سلامت جسمی و زیست‌محیطی، عدم مطالبه مخاطبان در خصوص دو بعد اخیر و عدم پشتیبانی مالی و فکری از طرف نهادهای دولتی متولی امر سلامت است.

شرایط علی‌ای که به نگرش پاس‌خگویان نسبت به جایگاه موضوع سلامت در تبلیغ مذهبی شکل می‌دهد عبارت‌اند از ضرورت دانش و تخصص درباره بهداشت و سلامت، ضرورت توجه به انتظارات مخاطبان از منبر و مبلغ و سرانجام، نیاز مبلغان به پشتیبانی مالی. در این راستا می‌توان از برخی شرایط مداخله‌گر نیز نام برد که اتخاذ

راهبردهای کنش توسط کنشگران را تسهیل یا محدود می‌کنند. این شرایط عبارت‌اند از وجود مراکز متعدد متولی بهداشت، دیدگاه مبلغ نسبت به رابطه دین و علوم تجربی، برچسب‌زنی مخاطبان بر مبلغان و در نهایت، مناسبت‌محور بودن سخنرانی‌های مذهبی. مبلغان مذهبی در ارتباط با سلامت دو نوع راهبرد کنشی را اتخاذ می‌کنند. راهبرد اول که اکثریت مشارکت‌کنندگان را شامل می‌شود، پرداختن به موضوع سلامت جسمی و زیست‌محیطی و پرداختن به موضوع سلامت روانی به صورت مستقیم است. راهبرد دوم که اقلیت پاسخگویان را شامل می‌شود، پرداختن به سلامت جسمی و زیست‌محیطی به شکل کلی است. این عده منبع اطلاعاتی و دانشی خود را آموزه‌های دین می‌دانند و احکام و آیات و روایات مربوط به سلامت را برای مخاطبان بیان می‌کنند. می‌توان هر دو راهبرد ذکرشده را تحت عنوان «محدود کردن دامنه موضوع» نامید. به این معنا که آنها یا ابعاد سلامت را محدود می‌کنند و یا به جوانب تخصصی و جدید موضوع نمی‌پردازند و فقط به ترویج توصیه‌ها و آموزه‌های کلی بسنده می‌کنند.

### بخش کمی: دیدگاه مخاطبان تبلیغ دینی

در بخش کمی دیدگاه مخاطبان تبلیغ دینی درباره دو نکته زیر، مورد بررسی قرار گرفت:  
- مبلغان دینی بیشتر به سلامت روانی می‌پردازند و به ابعاد جسمی سلامت و سلامت محیط زیست کمتر توجه دارند.

- مردم به دریافت پیام‌های معطوف به سلامت از جانب یک مبلغ مذهبی نیاز ندارند. اطلاعات انعکاس یافته در جدول ۴، گزاره اول را تأیید می‌کند. به بیان دیگر بیشتر مخاطبان (نزدیک به ۸۵ درصد آنها) معتقدند که در سخنرانی‌های مذهبی به موضوع سلامت و تندرستی در حد کم یا متوسط پرداخته می‌شود.

جدول ۴: کمیت سخنرانی در موضوع سلامت از دید مخاطبان

درصد معتبر			کمیت سخنرانی
کم	متوسط	زیاد	
۳۴/۱	۵۳/۷	۱۲/۲	کمیت سخنرانی در مسجد اول (پایگاه پایین)
۵۸/۳	۳۳/۳	۸/۳	کمیت سخنرانی در مسجد دوم (پایگاه متوسط)
۳۸/۵	۴۶/۲	۱۵/۴	کمیت سخنرانی در مسجد سوم (پایگاه بالا)
۴۳/۱	۴۴/۸	۱۲/۱	میانگین کمیت سخنرانی در سه مسجد

در پاسخ به اینکه «اگر مبلغان مذهبی به موضوع سلامت پردازند تا چه اندازه بر مخاطبان تأثیر خواهد داشت»، مشخص شد که حدود ۷۰٪ پاسخگویان احتمال این تأثیرپذیری را زیاد، ۲۷٪ متوسط و فقط ۳٪ کم برآورد کرده‌اند. میانگین پاسخ به این سؤال در دامنه تغییرات ۱-۳، ۲/۶۷ و به گزینه زیاد نزدیک است. بنابراین می‌توان گفت که استنباط مبلغان دینی با مطالبات و انتظارات مخاطبان‌شان تطابق ندارد و برخلاف تصور آنها مردم به دریافت پیام‌هایی که به سلامت و کیفیت زندگی‌شان مربوط است، اهمیت می‌دهند.

همچنین بر طبق نظر مخاطبان، محورهای مربوط به سلامت در محتوای سخنان مبلغان دینی براساس ۱۶ عنصر (شامل رعایت بهداشت و پاکیزگی فردی، مراجعه به موقع به پزشک و رعایت دستورات او، تغذیه سالم، ورزش و فعالیت بدنی، پرهیز از دخانیات و مواد مخدر، روابط جنسی سالم و مشروع، رعایت حقوق دیگران، کنترل خشم و عصبانیت، رعایت اصول اخلاقی، توصیه به ایجاد صمیمیت و آرامش در خانواده، امید به آینده، پرهیز از رفتارهای خطرناک، رانندگی صحیح، حفظ محیط زیست، اهدای عضو و اهدای خون) مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی این عناصر به سه عامل زیر تقلیل پیدا کرد:

حفظ سلامت جسم و محیط زیست: شامل رعایت بهداشت و پاکیزگی فردی، مراجعه به موقع به پزشک و رعایت دستورات او، تغذیه سالم، ورزش و فعالیت بدنی، رانندگی صحیح، حفظ محیط زیست، توصیه به اهدای عضو و اهدای خون.

حفظ سلامت روان: شامل رفتار درست و محترمانه با دیگران، کنترل خشم و عصبانیت، رعایت اصول اخلاقی، ایجاد صمیمیت و آرامش در خانواده و امیدواری به آینده.

پرهیز از رفتارهای پرخطر: شامل پرهیز از دخانیات و مواد مخدر، روابط جنسی ناسالم و پرهیز از رفتارهای خطرناک.

یافته‌ها نشان می‌دهد که از بین سه عامل ذکرشده، مبلغان دینی در منبرهای خود به موضوعات «سلامت جسمی و زیست‌محیطی» و «پرهیز از رفتارهای پرخطر» کمتر و به موضوع «سلامت روانی» بیشتر می‌پردازند. این نتیجه، یافته‌های بخش کیفی را تأیید می‌کند. بر این اساس می‌توان گفت به نظر می‌رسد از ظرفیت موجود در تبلیغ دینی به‌عنوان یک امکان برای ارتقای سلامت به طور کامل بهره‌برداری نمی‌شود.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

از آنجاکه سلامت سازه‌ای چندوجهی است و حاصل عمل مشترک نهادهای مختلف جامعه و عاملین انسانی متفاوت است، نهاد دین و تبلیغ دینی هم می‌تواند در تحقق آن مشارکت کند. سنت تبلیغ مذهبی که از طریق وعظ و خطابه و رابطه مستقیم با اجتماع مؤمنان در یک مکان مقدس صورت می‌گیرد، با وجود رشد روزافزون نسل جدید رسانه‌های الکترونیکی مدرن، هنوز هم استوار و پابرجا است. مبلغان مذهبی به‌عنوان عاملین فرهنگی، منبع مهمی برای فرایند جامعه‌پذیری مردم هستند. ظرفیت عاطفی، شناختی و رفتاری که در تبلیغ دینی وجود دارد می‌تواند در خدمت ارتقاء سلامت فرد و جامعه به‌کار گرفته شود.

یافته‌های این تحقیق که برگرفته از مصاحبه با نمونه‌ای از مبلغان مذهبی و مخاطبان آنها در شهر قم است، نشان می‌دهد که از ظرفیت‌های موجود در تبلیغ دینی برای ارتقای سلامت افراد به‌درستی بهره‌برداری نمی‌شود. بیشتر مبلغان مذهبی پرداختن به این قبیل موضوعات را از دایره فعالیت خود خارج می‌دانند و تصور می‌کنند مخاطبان آنها نیز چنین انتظاری ندارند یا از سوی آنها در این زمینه پذیرش کافی وجود ندارد. درحالی‌که حدود ۸۰٪ مخاطبان سخنرانی‌های مذهبی اعلام کرده‌اند که دریافت پیام‌هایی درباره کیفیت زندگی و سلامت برای‌شان جالب و اثرگذار خواهد بود.

لازم است این نکته تصریح شود که منظور نویسندگان این نوشتار از مداخله مبلغان دینی در قلمرو سلامت این نیست که آنها به‌مثابه یک پزشک عمل کنند و یا به بیان احکام شرعی مربوط به طهارت فردی یا دستورالعمل‌هایی برای مقابله با بیماری بپردازند. بلکه مقصود این است که:

مبلغان دینی دایره شمول موضوعات مورد بررسی خود را به‌صورتی بسط دهند که اتخاذ سبک زندگی سلامت‌محور، حفظ محیط زیست، پرهیز از مصرف بی‌رویه انواع انرژی‌ها، رعایت سلامت اجتماع در ابعاد و شئون مختلف به‌عنوان بخشی از دین‌داری فرد و به‌مثابه یک رفتار خداپسندانه در کانون توجه مردم قرار گیرد. به این منظور، ضروری است مبلغان دینی به قابلیت‌های نظری و معرفتی‌ای مجهز باشند که با اتکاء به آن بتوانند بین مسائل زندگی انسان در دنیای مدرن که به‌طور مستمر در معرض دگرگونی است و آموزه‌ها و تعالیم اسلامی پیوند برقرار سازند. در این صورت است که ظرفیت تبلیغ دینی در جهت فراهم آوردن شرایط بهتر برای حیات معنوی انسان معاصر به‌کار گرفته

می‌شود. به‌ویژه آنکه «اسلام داعیه جهانی و همگانی بودن را دارد، تبلیغ اسلامی نیز باید از بعد محتوایی و روشی از جامعیت برخوردار باشد. در بعد محتوایی، جامع بودن تبلیغ اسلامی به معنای دربرداشتن تمام نیازمندی‌های آدمی است. در بعد روشی نیز، تبلیغ اسلامی صرفاً شکل خطابه یا موعظه به خود نمی‌گیرد بلکه می‌تواند صور و روش‌های متفاوتی پیدا کند». (اثباتی، ۱۳۹۰: ۱۳۱)

همان‌طور که ملاحظه شد، تلقی بسیاری از مبلغان مشارکت‌کننده در این تحقیق از رابطه دین با سلامت به جای آنکه معطوف به ایجاد بینش تازه در مورد اهمیت حیات، سلامت و کیفیت خوب زندگی باشد به بیان جزئیات فقهی و روایی محدود می‌شد. آنان در اندیشه فرهنگ‌سازی برای سلامت نبودند و این امر را وظیفه پزشکان می‌دانستند. این در حالی است که مبلغان دینی از طریق بازانديشي در مصداق‌های جدید مفاهیم «خیر» و «شر» قادرند به مداخله در امر سلامت بپردازند. برای مثال آنها می‌توانند هر نوع تخریب منابع طبیعی و آسیب رساندن به خود و به دیگران را به‌مثابه عمل شر و گناه معرفی کنند. از سوی دیگر، برخی از افراد متدین همواره در جستجوی فرصتی برای حمایت مالی از نیازمندان هستند. مبلغان دینی با تعریف مصادیقی نوین برای مفهوم «نیکوکاری، صدقه دادن و انفاق» می‌توانند مخاطبان خود را به سمت شیوه‌های جدید خیرخواهی و کمک به دیگران همچون اهدای خون و سلول بنیادی، پیوند مغز استخوان، اهداء عضو پس از مرگ مغزی و احداث بیمارستان و درمانگاه تشویق کنند (البته در کنار مصادیق قبلی؛ نه به جای آنها). تولید زباله کمتر و استفاده منطقی و عاقلانه از منابع طبیعی نیز می‌تواند به‌عنوان مصداق عمل صالح تلقی شود. در واقع، رعایت سلامت فردی و اجتماعی باید به‌گونه‌ای بر ساخته شود که بخشی از منش اخلاقی و زندگی فضیلت‌مدارانه شود.

مبلغان مذهبی همچنین به عوامل دیگری مانند فضای ناموافق حوزه علمیه، نگرانی از طرد شدن از جانب همکاران اشاره داشتند. رفیع‌پور (۱۳۷۷: ۳۳۱) در تحلیل نظام تعلیم و تربیت حوزه‌های علمیه اظهار می‌دارد که محدودیت تخصصی روحانیون موجب می‌شود که بیشتر فعالیت، کوشش علمی و هوش و ذکاوت آنان به مسائل فقهی معطوف شود و تفحصات و زحمات آنها در جزئیات این مباحث متمرکز شود. با این روش ابعاد مسائل و وسعت نگرش بسیار محدود می‌گردد. بدین معنی که اولاً فقط آن دسته از پدیده‌های بیرونی بیشتر ادراک می‌شوند که به‌طور مستقیم به مسائل دینی ارتباط می‌یابند و ثانیاً پدیده‌های بیرونی برگزیده شده نیز بیشتر، از یک بعد مورد توجه قرار می‌گیرند. مسئله‌ای

که در روان‌شناسی، ادراک‌گزینشی نامیده می‌شود. وی در قسمت دیگری از کتاب خود می‌نویسد در حوزه‌های علمیه سه عامل نقش اساسی تری در پیدایش و کشف مسائل دارند از جمله:

- علائق فردی،

- جو فرهنگی و میل به هم‌نوایی بیشتر غیرآگاهانه و

- تقاضاها و سؤالات مخاطبان. (رفیع‌پور، ۱۳۹۳: ۴۱۳)

به‌نظر می‌رسد برای برون‌رفت از این وضعیت، ضروری است محتوای درس‌ها، مباحث و گفتگوها در جهت هماهنگی بیشتر با مشکلات جامعه متحول شود.

شاید یکی دیگر از زمینه‌های کم‌توجهی تبلیغ دینی به موضوع خوب زیستن، کیفیت زندگی و سلامت انسان این باشد که طی سال‌های پس از انقلاب بخش قابل ملاحظه‌ای از توان تبلیغی مبلغان و روحانیون به امر سیاست و موضوعات مرتبط با آن معطوف شده است. براساس نظرسنجی کرم‌اللهی (۱۳۹۳) از ۶۵۰ نفر از طلاب حوزه علمیه، ۹۳٪ از آنها بی‌توجهی روحانیت در قبال مسائل سیاسی جامعه را موجب آسیب رساندن به دین می‌دانند. در مجموع دستیابی به یک شرایط مطلوب، زمانی حاصل می‌شود که حفظ ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی) یکی از معیارهای زندگی متدینانه و بخش جدایی‌ناپذیری از حیات طیبیه تعریف شود و برخورداری از سلوک دینی تعریفی گسترده‌تر از به‌جا آوردن برخی مناسک خاص پیدا کند.

با وجود این، مسئولیت تحقق بخشیدن به چنین آرمانی فقط به‌عهده مبلغ دینی یا حوزه‌های علمیه نیست. بلکه لازم است وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، رسانه‌های جمعی، معاونت‌های اجتماعی - فرهنگی سازمان شهرداری به‌طور فعال وارد میدان شوند و ضمن دایرکردن کارگاه‌های آموزشی، از یک‌سو مبلغان دینی را به فراگیری مهارت‌های لازم مساعدت کنند و از سوی دیگر با بهره‌مندی از شیوه‌های کارآمد و نوین به فرهنگ‌سازی در مورد پدیده «سلامت» مبادرت کنند.

البته ضروری است حوزه‌های علمیه نیز با این تحول برخورد مثبتی داشته باشند و سطح تعامل خود با دیدگاه‌ها و نهادهای مدرن را افزایش دهند. قرار گرفتن در این فرایند، به پویایی و ارتقاء کارکردهای حوزه‌های علمیه می‌انجامد. مبلغان دینی چنانچه درصدد هستند مقبولیت و مطلوبیت خود را در بین مردم به‌ویژه جوانان و افراد تحصیلکرده حفظ کنند، ناچار هستند نسبت به ضرورت‌های زمان معاصر حساس و گوشوده باشند.

## منابع

۱. آیت‌اللهی، محمدتقی. (۱۳۷۰). خطوط کلی بهداشت در اسلام. مشکوه. شماره ۳۰. ۱۵۰-۱۳۲.
۲. اثباتی، بهروز. (۱۳۹۰). **تأملی در مبانی تبلیغ**. تهران: ساقی.
۳. استراس، آنسلم و جولیت کوربین. (۱۳۹۰). **اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌های مبانی - رویه‌ها و شیوه‌ها**. بیوک محمدی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۴. بوی، فیونا. (۱۳۹۰). **انسان‌شناسی دین**. مهرداد عربستانی. تهران: چاپ نشر نقد افکار.
۵. بهرامی‌احسان، هادی و آناهیتا تاشک. (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. **مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی**. دوره ۳۴. شماره ۲.
۶. پوراسلامی، محمد. (۱۳۸۲). توانمندسازی در ارتقای سلامت. **طب و تزکیه**. شماره ۴۸.
۷. جوادی‌آملی، عبدالله. (۱۳۹۱). **مفاتیح الحیاه**. قم: اسراء.
۸. جواهری، فاطمه. (۱۳۸۱). بررسی علل گرایش بیماران به دعانویسی و پیامدهای آن. **نامه پژوهش فرهنگی**. پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. شماره ۴.
۹. چراغی، مونا. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دین‌داری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. **پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی**. شماره ۲.
۱۰. دهقان سیمکلائی، رحیم. (۱۳۹۱). تربیت عقلانی، محور اساسی در تبلیغ دینی. **پژوهش‌نامه تربیت تبلیغی**. شماره ۱.
۱۱. رجبی دوانی، محمدحسین و امین طاهرآبادی. (۱۳۹۱). روحانیت شیعی و نقش سیاسی - اجتماعی آنان در جامعه ایران با تأکید بر نقش مقام معظم رهبری در مدیریت تحولات پس از انتخابات سال ۸۸. **پاسداری فرهنگی**. پاییز و زمستان. دوره ۲. شماره ۶.
۱۲. رفیع‌پور، فرامرز. (۱۳۷۷). **توسعه و تضاد**. تهران: شرکت سهامی انتشار.
۱۳. رفیع‌پور، فرامرز. (۱۳۹۳). **دریغ است ایران که ویران شود**. تهران: شرکت سهامی انتشار.
۱۴. رمضان‌فرانی، عباس؛ کمال‌الدین عمادی و محمدکاظم عاطف وحید. (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. **چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان**. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۱۵. روان، شیرمحمد. (۱۳۷۸). روش‌های سنتی ارتباطات و رسانه‌های گروهی مدرن. **ماریا ناصر. رسانه**. شماره ۴۰.
۱۶. زروانی، مجتبی و فاطمه خداجویان. (۱۳۸۴). پاسداری از محیط زیست در آیات و روایات. **پژوهش دینی**. شماره ۱۲.
۱۷. سراج‌زاده، سیدحسین؛ فاطمه جواهری و سمیه ولایتی‌خواجه. (۱۳۹۲). دین و سلامت: آزمون اثر دین‌داری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان. **جامعه‌شناسی کاربردی**. شماره ۱.
۱۸. شهنی بیلاق، منیجه؛ حسین شکرکن و احمد موحد. (۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی،

- خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دوره یازدهم. شماره ۲-۱.
۱۹. شیرخانی، علی و مرتضی رضایی. (۱۳۹۰). نقش روحانیت در انقلاب مشروطه. *مطالعات انقلاب اسلامی*. دوره ۸. شماره ۲۵.
۲۰. صفی‌خانی، حمیدرضا. (۱۳۸۶). سلامت از دیدگاه اسلام. *تأمین اجتماعی*. شماره ۲۸.
۲۱. فجرى، محمدمهدی. (۱۳۸۹). سلامت جسم در اسلام. *میلغان*. شماره ۱۲۸.
۲۲. فرقانی، محمدمهدی. (۱۳۸۲). *درآمدی بر ارتباطات سنتی در ایران*. تهران: مرکز تحقیقات و مطالعات رسانه‌ها.
۲۳. فیروزی، مهدی. (۱۳۸۴). مبانی حق برخورداری از محیط زیست سالم در قرآن کریم. *رواق اندیشه*. شماره ۴۲.
۲۴. کاکرهم، ویلیام سی. (۱۳۹۱). *جامعه‌شناسی پزشکی*. محمد خواجه دلویی و دیگران، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد.
۲۵. کرم‌الهی، نعمت‌الله. (۱۳۹۳). حوزه علمیه، نظام اسلامی و حضور روحانیت در عرصه سیاست. *معرفت سیاسی*. سال ششم. شماره ۲.
۲۶. کونینگ، هارولد جی. (۱۳۸۶). آیا دین برای سلامتی شما سودمند است؟ آثار دین بر بهداشت جسم و روان. *روان*. بول نجفی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۲۷. کلینی<sup>(ع)</sup>. (۱۳۷۹). *اصول کافی*. ترجمه و شرح فارسی محمدباقر کمره‌ای. تهران: دفتر مطالعات تاریخ و معارف اسلامی.
۲۸. مجلسی، محمدباقرین محمدتقی. (۱۳۸۶). *بحار الانوار*. تهران: المکتبه‌الاسلامیه. چاپ چهارم.
۲۹. مجلسی، محمد باقرین محمدتقی. (۱۳۸۸). *حلیه المتقین*. قم: انتشارات مسجد مقدس جمکران. چاپ دوم.
۳۰. مروتی شریف‌آباد، محمدعلی؛ فضل‌الله غفرانی‌پور؛ علیرضا حیدرنیا و غلامرضا بابایی‌روچی. (۱۳۸۳). حمایت مذهبی درک‌شده از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و وضعیت انجام رفتارها در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی یزد*. سال دوازدهم. شماره ۱. ویژه‌نامه بهداشت.
۳۱. مریجی، شمس‌الله. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی در عرصه تبلیغ دینی*. قم: مؤسسه بوستان کتاب.
۳۲. میرزاحمدی، محمدحسن؛ محسن فرمهبینی‌فراهانی و سهیلا اسفندیاری. (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی. *مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*. شماره ۴۷.
۳۳. نورمحمدی، محمدرضا؛ الهام مردان‌پور شهرکردی و مریم راستی. (۱۳۹۰). قرآن و راهکارهای معنوی جهت تأمین بهداشت روانی انسان‌ها. *فصلنامه علمی پژوهشی کتاب‌قیم*. سال اول. شماره ۲.
۳۴. همیلتون، ملکم. (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی دین*. محسن ثلاثی. تهران: نشر ثالث.



35. Anshel, M. H. & M. Smith. (2013). The Role of Religious Leaders in Promoting Healthy Habits in Religious Institutions. *Journal of Religion and Health*. Vol. 52. No. 1.
36. Boudon, R. & F. Bourricaud. (2003). *A Critical Dictionary of Sociology*. United Kingdom: Routledge.
37. Cockerham, W. C. & F. J. Ritchey. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. Greenwood Press. London.
38. Conner, M. & P. Norman. (2005). *Predicting Health Behavior*. USA: Open University Press.
39. Johnson, B. R. (2008). *Assessing the Effectiveness of Faith-Based Organizations: A Review of the Literature*. Baylor Institute for Studies of Religion.
40. Kelly, M. P. & C. Huddy. (1999). Keeping Your Temple Clean: Health Promotion and Religious Function. *Journal of Religion and Health*. No. 38. pp. 333-340.
41. Koenig, H. G.; M. McCullough & D. Larson. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
42. Levin, J. (2001). *God, Faith, and Health: Exploring the Spirituality-Healing Connection*. New York: Wiley.
43. Levin, J.; M. Linda Chatters & R. J. Taylor. (2005). Religion, Health and Medicine in African Americans: Implications for Physicians. *Journal of the National Medical Association*. Vol. 97. No. 2. pp. 237-249.
44. Lillard, D. & J. Price. (2007). *The Impact of Religion on Youth in Disadvantaged Families*. Manuscript, Cornell University. Department of Economics.
45. Rew, L. & Wong, Y. J. (2006). A Systematic Review of Associations among Religiosity/Spirituality and Adolescent Health Attitudes and Behaviors. *Journal of Adolescent Health*. No. 38. pp. 433-442.
46. <http://www.khabaronline.ir/detail/391314/society/health>