

شناسایی جایگاه عوامل تعیین کننده‌ی اجتماعی سلامت در نظام آموزشی عالی مرتبط با علوم پزشکی

محمود کیوان آرا^۱، کمال حیدری^۲، راحله سموعی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رسالت نظام آموزش عالی در حفظ و ارتقای سلامت جامعه شناخته شده است. از سویی، نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، بر وضعیت سلامت جامعه بسیار مورد تأکید و نیازمند مطالعات عمیق و وسیع است. در این راستا، مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی جایگاه عوامل تعیین کننده‌ی اجتماعی سلامت در نظام آموزشی عالی انجام شد.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، به صورت کیفی با مشارکت ۲۰ صاحب‌نظر در جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز و ۸ صاحب‌نظر در مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته انجام شد. اطلاعات به روش تحلیل محتوای کیفی در قالب کدها، طبقه‌های فرعی و طبقه‌های اصلی گزارش گردید.

یافته‌ها: یافته‌های بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با صاحب‌نظران، ۵۰۰ کد، ۱۷ طبقه‌ی فرعی و ۴ طبقه‌ی اصلی نظیر آموزش، سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و اجرا، مشارکت و پاسخ‌گویی بین بخشی و دولتی و ضعف حوزه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی را نشان داد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه، نقش راهبردهای گسترده‌ی قابل استفاده توسط نظام آموزشی را برای معرفی و تبیین Social determinants of health (SDH) نشان داد. لازم است این یافته‌ها، توسط سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مجریان نظام آموزش برای کاربردی نمودن آموزش‌های نظام سلامت در راستای تمرکز مفید و بهره‌مندی مناسب در حوزه‌ی SDH استفاده شود.

واژگان کلیدی: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، نظام آموزشی عالی، کیفی

ارجاع: کیوان آرا محمود، حیدری کمال، سموعی راحله. شناسایی جایگاه عوامل تعیین کننده‌ی اجتماعی سلامت در نظام آموزشی عالی مرتبط با علوم پزشکی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۵۸): ۱۴۱۴-۱۴۰۷

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (Social determinants of health یا SDH) را شرایط و موقعیت‌هایی در نظر می‌گیرد که در آن افراد متولد می‌شوند، رشد می‌کنند و به کار و زندگی می‌پردازند (۱). این عوامل می‌توانند شامل سیاست‌گذاری‌های سیاسی، اقتصادی و فرهنگی نظیر سیاست‌ها، هنجارهای اجتماعی، نهادهای اجتماعی، محیط‌های محلی، شرایط اقتصادی، وضعیت تحصیلی، بسترها و اجتماعات انسانی و چگونگی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باشند (۲). این عوامل، به موضوعات غیر پزشکی مؤثر بر سلامت افراد می‌پردازند و تأکید دارند تا رابطه‌ی سلامت افراد را با عواملی مانند چگونگی زندگی کردن

آن‌ها، رشد آن‌ها، شغل و اشتغال و موارد دیگری نظیر شرایط منزل مسکونی، تحصیلات و درآمد مورد بررسی قرار دهند (۱). با وجود مطالب پیش‌گفته، اگر چه SDH موضوع اساسی و مهمی در حوزه‌ی بهداشت محسوب می‌شود، اما نگرش‌ها در نظام آموزش بر بالین متمرکز است؛ به این صورت که در بیشتر دانشکده‌های پزشکی، آموزش‌ها بر شناسایی و درمان بیماری بر اساس مدل زیست‌پزشکی متمرکز است و تأکید کمی بر محیط، پیشینه و منابعی دارد که در نهایت بر سلامت تأثیر می‌گذارند. نتایج یک مطالعه نشان داد که ۸۰ درصد پزشکانی که از آن‌ها درباره‌ی اهمیت SDH سؤال شد، آن را مورد تأیید قرار دادند، اما به ندرت آن را به کار گرفته و معتقد بودند که نمی‌توانند نیازهای اجتماعی بیمارانشان در حوزه‌ی سلامت را برطرف کنند (۳).

۱- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: راحله سموعی؛ مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

در این راستا، با توجه به حساسیت و گستردگی نقش نظام آموزشی برای به کارگیری SDH در آموزش‌ها و کافی نبودن مطالعات در این حوزه و همچنین، با توجه به تأثیر SDH بر ساختار اجتماعی و فرهنگی، مطالعه‌ی حاضر، با هدف شناسایی جایگاه SHD در نظام آموزش عالی و مفهوم‌سازی و بررسی آن انجام شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی بود که به روش استقرایی انجام شد. تمرکز اولیه در این روش، بر کشف پدیده‌ها می‌باشد و به معنی جمع‌آوری داده‌ها بدون هیچ نظریه یا فرضیه‌ی از پیش تعیین شده است. جهت دستیابی به هدف مطالعه، جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion) با صاحب‌نظران و خبرگان در شهر اصفهان برگزار شد. صاحب‌نظران به صورت هدفمند با بیشترین تنوع از نظر تخصص‌های مرتبط با موضوع در رشته‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، پزشکی اجتماعی، سلامت و رفاه اجتماعی، سیاست‌گذاری در سلامت، آینده‌پژوهی سلامت و با سابقه‌ی آموزش، پژوهش، کار یا اجرا در موضوع مورد مطالعه نظیر اعضای هیأت علمی و مدیران در دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، بیمارستان‌های تحت پوشش، معاونت و مراکز بهداشتی انتخاب شدند. جلسه با ۱۸ نفر از متخصصان (۸ زن و ۱۰ مرد)، در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به مدت ۲ ساعت برگزار شد. اهداف مطالعه و دستور جلسه از قبل هم به صورت کتبی و هم به صورت شفاهی برای مدعوین ارائه شد تا هدفمند در جلسه مشارکت کنند. در جلسه، مجری طرح، دستیار و تسهیل‌گر حضور یافتند. در ابتدا، مجری طرح کوتاه به بیان اهداف مطالعه و انتظار از جلسه پرداختند و در طول بحث به همراه دستیار همکار پژوهش، جلسه را به گونه‌ای اداره کردند که همه‌ی حاضران امکان نظردهی و بیان دیدگاه‌ها را داشته باشند. تسهیل‌گر نیز با کسب توافق شرکت‌کنندگان، اقدام به ضبط جلسه و یادداشت‌برداری نمود. در ابتدا، هر یک از شرکت‌کنندگان در یک دور نظرات اولیه‌ی خود را مطرح کردند و پس از آن، شرکت‌کنندگانی که بحث‌های تکمیلی یا متفاوت و نقد داشتند، داوطلب صحبت شدند تا جایی که نظر متفاوت، جدید یا درخواستی برای بیان دیدگاه نبود. در نهایت، مجری به همراه دستیار، دستاورد جلسه را خلاصه کردند و تأیید اعضا را برای کفایت بحث و اتمام جلسه گرفتند.

پس از برگزاری جلسه، کل اطلاعات ضبط شده به طور کامل به متن تبدیل شد و محتوا، یک بار دیگر با صوت، جهت اطمینان از درستی و تکمیل بودن برگردان، مطابقت داده شد. برای طبقه‌بندی اطلاعات، از روش تحلیل محتوا استفاده شد. پیام‌ها و کل متن خط به خط مطالعه شد و کدها متناسب با اهداف استخراج شدند. هم‌زمان

چنین بی‌توجهی به SDH، هزینه‌های زیادی را در ابعاد گوناگون در جامعه ایجاد می‌نماید (۴).

در این راستا، تبیین اقدامات نظام آموزش علوم پزشکی، در لحاظ نمودن سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، اهمیت زیادی دارد. آموزش این عوامل، مستلزم توجه به کاربرد آن‌ها در شرایط واقعی است. استادان و نظام آموزشی، باید دانشجویان را در راهبردهای فعال یادگیری همراه با تأمل و تمرکز در مورد چگونگی ارزیابی مطالب مرتبط با مراقبت‌های بالینی بیماران درگیر کنند؛ در حالی که آموزش‌های علوم پزشکی فاقد آموزش رسمی در مورد SDH و تأثیرات کوتاه مدت و بلندمدت آن بر افراد است؛ چرا که بیشتر متخصصان حرفه‌ای بهداشت در فقر پرورش نیافته‌اند و قادر به استفاده از تجربیات قبلی خود در این زمینه نیستند (۵).

در این راستا، گزارش مؤسسه‌ی پزشکی در سال ۲۰۰۴ در ایالات متحده، تغییر در آموزش پزشکی برای ادغام علوم رفتاری و اجتماعی در طول چهار سال آموزش پزشکی کارشناسی ارشد را پیشنهاد کردند (۶). برخی از پژوهشگران، با بررسی ادبیات و تجارب در حوزه‌ی SDH و ارزیابی یک مطالعه‌ی طولی پنج ساله برنامه‌ای درباره‌ی چگونگی آموزش عوامل تعیین کننده‌ی اجتماعی سلامت و صلاحیت فرهنگی برای دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و پزشکی ارائه دادند (۷). پژوهشگران دیگری اعلام کردند باید SDH در برنامه‌های درسی کارشناسی، کارشناسی ارشد و آموزش مداوم متخصصان بهداشت قرار گیرد؛ به طوری که دانشجویان در ابتدای تحصیلات خود آموزش‌ها را دریافت کنند تا بتوانند نابرابری‌های بهداشتی را کاهش دهند (۸). در این زمینه، انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا صلاحیت‌های اجتماعی و رفتاری را برای پزشکان آینده تعریف کردند. به عنوان نمونه، امتحان ورودی مدرسه شامل مبانی روان‌شناختی، اجتماعی و زیست‌شناختی رفتار را در نظر گرفتند (۶). Chokshi نیز از بیمارستان زنان بریگهام و دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه هاروارد تأکید داشت که اضافه کردن عوامل تعیین کننده‌ی اجتماعی سلامت به برنامه‌ی درسی، به طور اساسی موجب تقویت آموزش پزشکی می‌شود (۹).

اگر چه آموزش‌های بالینی در حوزه‌ی پزشکی با رویکرد زیستی موفقیت‌های چشم‌گیری در درمان بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه به همراه داشته است؛ اما با این وجود، ناتوانی در پاسخ به درمان برخی از بیماری‌ها مانند سرطان‌ها، برخی بیماری‌های روانی و بیماری‌های مزمن، سرخوردگی‌هایی را به وجود آورده است. این موضوع، باعث شده است تا به عوامل غیر زیستی مؤثر در بروز بیماری‌ها توجه بیشتری شود. شاید به همین دلیل است که بیانیه‌ی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ در ریودوژانیو به موضوع SDH توجه اساسی نموده است (۱۰).

مؤلفه‌های اجتماعی سلامت می‌باشند، معتقد است:

«..... محتوا و برنامه‌های آموزشی ما در دانشگاه‌های علوم پزشکی به شدت از نظر پرداختن به عوامل تعیین کننده‌ی اجتماعی سلامت، ضعیف است؛ یعنی ما الان حدود ۲۷ محتوا و برنامه‌ی آموزشی را بررسی کردیم، تنها یک بار در مورد حاشیه‌نشینی در یکی از آن‌ها صحبت شده است. در مورد مسکن که هیچ صحبتی نشده است. پس نقطه‌ی ورود [به SDH] برای دانشجویان، بازنگری سرفصل‌های آموزشی است که این ممکن است بلندمدت باشد؛ یعنی یک دانشجویی که در رشته‌ی پزشکی قبول می‌شود، ممکن است ۷-۸ سال بعد جواب بدهد»

۲) طبقه‌ی مربوط به سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و اجرا:

روایتی از زبان استاد سیاست‌گذاری در نظام سلامت ارائه شده است. «واقعیت این است که تا زمانی که سیستم سیاست‌گذاری سلامت ما پزشک سالار است، این اتفاقات نمی‌افتد. به دلیل پزشک سالار بودن، ما واقعیت‌های بیماری یا سلامت را به مردم نمی‌گوییم. فقط می‌گوییم وقتی مریض شدی، من برایت بیمارستان می‌سازم و پزشک و متخصص داریم. مثالی برایتان می‌زنم. از نظام National health service (NHS) انگلستان می‌شود به عنوان یک نظام موفق در دنیا نام برد. یک مدتی دچار تسلط (Hegemony) پزشکان شده بود. این را حل کرد و توانست بشود NHS که الان وجود دارد».

۳) طبقه‌ی مرتبط با مشارکت و پاسخ‌گویی بین بخشی و

دولتی: روایت یکی از مدیران حوزه‌ی بهداشت در ادامه آمده است.

«هر قدر که یک پزشک ما یا یک دانشجوی پزشکی ما، با این مفاهیم [SDH] بیاید بالا، اما وقتی می‌خواهد در جامعه کار کند، سایر مدیران ادارات این توانمندی را نداشته باشند، غیر از این که درد و رنج این پزشک بیشتر شود، چیزی عایدش نمی‌شود و در عمل نمی‌تواند چیزی را تغییر دهد. اگر قرار است آموزشی انجام شود، باید در کلیه‌ی مقاطع دانشگاهی، نه فقط دانشکده‌ی پزشکی و دانشجویان پزشکی و دانشجویان بهداشت باشد. مهندسين ما، مدیران ما، کادر آموزش و پرورش ما، باید با این مفهوم تربیت شوند تا بعد بتوانند دست به دست آن پزشک بدهند و بتوانند کار را تغییر بدهند».

۴) طبقه‌ی مربوط به ضعف حوزه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی:

روایت زیر به بیان روان‌پزشک حاضر در جلسه ارایه شده است. «من اگر بخوام سر کلاس طبق روال معمول درس بدهم، ۵-۴ تا تعریف و اصطلاحات می‌گویم و می‌روم؛ اما اگر بخوام در مورد مسایل اجتماعی حرفی بزنم؛ باید بگویم که تحقیقی صورت نگرفته است. در مورد امریکا و اروپا، می‌شود گفت، اما در ایران تحقیقی صورت نگرفته است. تحقیق نکردم و نمی‌توانم تحقیق کنم».

کدهای مشابه تشکیل طبقه دادند و بر حسب مفاهیم زیربنایی، طبقات مشابه در مفاهیم انتزاعی‌تر تجمیع شدند.

در حین برگردان کردن محتوای جلسه‌ی گروهی و کدبندی اطلاعات، برخی نظرات و دیدگاه‌های مشارکت کنندگان که به نظر مبهم یا ناکافی می‌رسید، جداگانه ثبت شد و از مشارکت کنندگان، به طور مجدد برای شرکت در جلسه‌ی مصاحبه‌ی فردی دعوت به عمل آمد. بر حسب محتوای جمع‌آوری شده و طبق پیشنهاد برخی مصاحبه شونده‌ها، به طور هدفمند سه صاحب‌نظر دیگر برای انجام مصاحبه‌ی تکمیلی پیرامون برخی طبقات نمایان شده دعوت به همکاری شدند. به جز آن، پنج مصاحبه برای تکمیل مفاهیم و راهبردها اضافه شد. در مجموع، هشت مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با هدف اشیاع و تکمیل اطلاعات انجام شد. میانگین مصاحبه‌ها ۳۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با موافقت مشارکت کنندگان ضبط شد و هر یک، کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. عبارات ابتدا به کوچک‌ترین اجزای ممکن شکسته شد و کدها ایجاد شدند.

در مرحله‌ی بعد، کدهای اولیه‌ی استخراج شده که از لحاظ مفهومی با هم مشابه بودند، در هم ادغام شدند و حول یک محور مشترک که از نظر مفهوم از انتزاع بیشتری برخوردار بودند، قرار گرفتند. بعد از آن، با برقراری ارتباط بین طبقات فرعی و ادغام طبقات فرعی مشابه، طبقات اصلی ایجاد شدند. در پایان، راهبردهای نظام آموزش عالی برای تبیین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت استخراج شدند. مراحل پیاده‌سازی و طبقه‌بندی اطلاعات، توسط دو پژوهشگر مستقل بررسی شد و اصلاحات مورد نیاز تأیید شده در فرایند مذاکره اعمال گردید.

همکاری داوطلبانه‌ی مشارکت کنندگان، عدم استفاده‌ی موردی از اطلاعات و انجام مراحل طبقه‌بندی و بازبینی اطلاعات توسط دو پژوهشگر برای کنترل اثر قضاوت، از ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بود.

یافته‌ها

طبق یافته‌های حاصل از برگزاری جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته، ۵۰۰ کد، ۱۷ طبقه‌ی فرعی و ۴ طبقه‌ی اصلی حاصل شد. طبقه‌های نمایان شده در جدول ۱ آمده است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مشارکت کنندگان راهبردهای نظام آموزش عالی را در ۴ طبقه‌ی آموزش، سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و اجرا، مشارکت و پاسخ‌گویی بین بخشی و دولتی و ضعف حوزه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی بیان نمودند.

۱) آموزش: یکی از مشارکت کنندگان که از استادان مرتبط با

جدول ۱. راهبردهای نظام آموزش عالی مرتبط با علوم پزشکی در تبیین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

طبقه‌ی اصلی	طبقه‌ی فرعی	کدها
آموزش	اهمیت دادن به آموزش در حوزه‌ی SDH	آموزش دانشجویان در تمام سطوح سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و ...)، مطلع کردن اعضای هیأت علمی از SDH، تفهیم SDH، به جامعه، ارابه‌ی بسته‌های آموزشی
	نحوه‌ی آموزش SDH	آموزش SDH طی سطح‌بندی و به تفکیک نوع مخاطب، ارابه‌ی درس در بافت اجتماعی، کارآموزی در میدان واقعی، تعیین نحوه‌ی انتقال به جامعه
	برنامه‌ریزی درسی آموزشی و تحلیل رشته‌های تحصیلی	نظارت بر اجرای صحیح برنامه‌ها و محتوای آموزشی، اولویت‌بندی بین رشته‌های نیازمند به آموزش‌های SDH، رفع اشکال برنامه‌ها و محتوای آموزشی از نظر SDH
	کاربردی کردن آموزش	در نظر گرفتن Attitude، حرکت به سمت Practice، تبدیل آگاهی، نگرش و تمرین به رفتار
	پاسخ‌گویی در نظام آموزش	توجه به آموزش پاسخ‌گو، پژوهش پاسخ‌گو و وارد نمودن SDH آموزش پاسخ‌گو
سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و اجرا	مستندسازی علمی-پژوهشی	Evidence base آموزش دادن به دانشجویان، تعیین سهم هر یک از عوامل مؤثر بر SDH، انجام پژوهش غربالگری، نظرسنجی و تلاش‌سنجی، لزوم پژوهش و اجرا
	تشکیل ساختار سازمانی و بستر کاری	تشکیل کارگروه با محوریت ریاست دانشگاه، تشکیل کارگروه برای استخراج SDH‌های کاربردی، فراهم‌سازی ساختار بر اساس شاخص‌های جهانی
	تعریف و بازبینی فرایندها	لزوم ارتباط حوزه‌ی اجتماعی، آموزشی و پژوهشی؛ تعریف چگونگی، روش‌ها و نقش‌ها در تبیین SDH؛ تبیین مدل با روان‌شناسی اجتماعی در آموزش‌ها
	تدوین و به کارگیری دستورالعمل‌ها و استانداردها	استفاده از شیوه‌نامه‌های خارجی، لزوم داشتن برنامه‌ی عملیاتی، تمرکز روی نحوه‌ی عملیاتی شدن دستورالعمل‌ها، تأکید بر دیدگاه Rio در جامعه
مشارکت و پاسخ‌گویی بین بخشی و دولتی	لزوم مشارکت و توانمندسازی ذینفعان در SDH	جلب مشارکت ذینفعان در پیاده‌سازی SDH، تفهیم Policy-maker ذینفع، توانمند کردن مدیران برای SDH، لزوم توانمندسازی مردم، رهبری بین بخشی
	نحوه‌ی مشارکت و توانمندسازی سازمان‌ها و حوزه‌های مرتبط	بهره‌گیری از ساز و کارهای موجود، برگزاری مجمع سلامت، آموزش جامعه از طریق رسانه‌ها، آموزش‌های مجازی از طریق شبکه‌های اجتماعی، برگزاری کارگاه‌های آموزش و همایش‌ها، به همکاری گرفتن خانه‌های سلامت محلات شهرداری
	نقش تعیین‌کنندگی عوامل دیگر	پررنگ بودن نقش سیستم دولتی بر SDH، لزوم ارتقای وضعیت اقتصادی مردم، توجه به شغل، خانه، سرپناه، بیمه و حمایت اجتماعی
	مطالبه‌گری	مطالبه‌گر نمودن مردم، مطالبه‌گری عوامل اجرایی و مطالبه‌گری دانشجویان
	تبلیغات و بازاریابی اجتماعی	از طریق رسانه، جراید، فیلم‌های کوتاه، اپلیکیشن‌ها، کتابچه‌های کاربردی عمومی
ضعف حوزه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی	ضعف نظام سلامت در رابطه با SDH	عدم تسلط نظام سلامت بر SDH، تمایل به انجام کارهای زودبازده، ترس و دشواری در ورود به مباحث اجتماعی، صادق نبودن سیستم سلامت با بیماران، پزشک سالار بودن سیستم فعلی، عدم باور به شواهد موجود SDH
	ضعف حوزه‌ی آموزش در رابطه با SDH	ضعف در برنامه‌ی آموزشی SDH، عدم تفاوت بین اعضای فعال و غیرفعال در حوزه‌ی اجتماعی، رویکرد اجتماعی نداشتن در نظام آموزش عالی، ترس سیستم آموزشی از بحث کردن، ناشناس بودن ساختار اجتماعی برای نظام آموزشی، قالب شدن نگاه کمی‌نگر، مشکل دولتی بودن نظام آموزشی
	ضعف دستگاه‌های دولتی و اجرایی در رابطه با SDH	اقتصادی نبودن پرداختن به SDH، ناتوانی در انجام مداخلات اجتماعی، دغدغه نبودن SDH در سیاست‌گذاری‌ها، عملکرد ضعیف سازمان‌های مرتبط با SDH

SHD: Social determinants of health

همتایان خودم فردگرایی است. همچنان که رویکرد بسیاری از سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و آموزش عالی این چنین است.»

بحث

در این مطالعه، چهار راهبرد اصلی شامل آموزش؛ سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و اجرا؛ مشارکت و پاسخ‌گویی بین بخشی و دولتی و نیز

بعد هم این که سیستم موجود فردگرا است. واقعیت این است که بسیاری از نوابغ آموزشی ما، فردگرا هستند و جایگاه اجتماعی خیلی برای آن‌ها مطرح نیست. در عالی‌ترین شکل آن هم وقتی در نظام آموزشی ما بحث می‌شود، بحث سر این است که این تنها یک مریض است، این جا؛ اما این که چه ساختارها و فرایندهای اجتماعی باعث شده است که مریض شود ... این هم... نیست. رویکرد بسیاری از

برای تبیین SDH توسط آموزش عالی در یافته‌های این مطالعه مطرح شد؛ با این تفسیر که برای هر راه‌اندازی یا اجرای موفق، ابتدا لازم است فرایندهای موجود و روندهای جاری بررسی و مطالعه شوند و تعریف، اصلاح و تغییرات احتمالی در برنامه‌ها و اجرا مد نظر قرار گیرند. بر این اساس، بسترسازی و تشکیل ساختار، می‌تواند بر بنیای شاخص‌های ملی و بین‌المللی در دستور کار قرار گیرد تا تجارب موفقیت‌های قبلی نادیده گرفته نشود. مسلم است که هر تعریف جدید و تغییرات ساختاری و محتوایی، مستلزم برخورداری از برنامه‌ی عملیاتی، استفاده از دستورالعمل و استانداردهای داخلی و خارجی است. همچنین، بهره‌گرفتن از شواهد علمی و مستندات پژوهشی، برای تعیین نقش آموزش‌ها برای معرفی SDH، در تدوین سیاست‌های جدید و کاربردی کمک کننده است.

مشارکت و پاسخ‌گویی بین بخشی و دولتی از جمله انتظاراتی بود که مطرح شد تا نظام آموزش عالی با توجه به آن بخشی از رسالت تبیین کنندگی SDH را پاسخ‌گو باشد. این راهبرد برای تفهیم، آماده‌سازی و توانمند کردن ذینفعان مختلف مطرح شده است. آگاه‌سازی از طریق تربیت مطالبه‌گری در گروه‌های مرتبط، می‌تواند پاسخ‌گوی بخشی از نیازها توسط خود افراد جامعه باشد که با پررنگ شدن نقش سازمان‌های دولتی و خصوصی، مشارکت‌های مردمی و فعالیت‌های بین بخشی قابل دسترس خواهد شد.

چگونگی نقش تبیین کنندگی این رسانه‌ها، نقش شبکه‌های اجتماعی و آموزش‌های مجازی در دست‌یابی به بخش‌های مختلف اهداف مورد نظر و همچنین نقشی که سازمان‌ها در بهبود وضعیت اقتصادی مردم، توجه به شغل، خانه، سرپناه، بیمه و در کل رفاه جامعه دارند، می‌تواند هم‌راستا با پاسخ‌گویی بهتر به SDH مورد استفاده قرار گیرد. در این خصوص، در مطالعه‌ای عنوان شد بر ای پاسخ‌گویی به نیازهای اجتماعی بیماران در حوزه سلامت، لازم است بر عوامل اجتماعی سیاسی مختلف تمرکز شود تا به نحوی، برابری در خدمت‌رسانی به بیماران حاصل گردد (۱۳، ۸-۷).

یافته‌های دیگر مطالعه، به ضعف حوزه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی اشاره داشت. این که در حوزه سلامت و نظام آموزشی به طور ماهیتی یک سری کمبودها و ضعف‌هایی وجود دارد که به نوعی مانع برای پاسخ‌گویی به SDH محسوب می‌شود. با این تبیین که نظام سلامت با SDH بیگانه است و در این زمینه کمتر مبتنی بر شواهد در حوزه اجتماعی عمل می‌کند؛ چرا که نظام، پزشک سالار و نگاه غالب، بیمار محور است. در چنین شرایطی، رویکرد زیست‌پزشکی و کمتر اجتماعی و جامعه محور حاکم است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد که ۸۰ درصد پزشکان مورد مطالعه، اهمیت SDH را تأیید کردند، اما به ندرت از آن استفاده می‌کردند (۴).

ضعف حوزه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی، برای تبیین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت توسط نظام آموزش عالی استخراج شد.

در بحث آموزش، وهله‌ی اول لزوم آگاه‌سازی استادان برای برخورداری از توانمندی انتقال آموزش‌ها به دانشجویان مطرح شد؛ چرا که کانون توجه این راهبرد، بر آموزش دانشجویان به ویژه در کلیه سطوح سلامت نظیر جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. با این دید که از دانشجویان انتظار می‌رود بخش مهمی از رسالت تبیین کنندگی SDH را عهده‌دار باشند. در این خصوص، در مطالعه‌ای بیان شد آموزش‌های بالینی به طور عمده مبتنی بر بیمارستان است و چنین آموزشی، نمی‌تواند مطابق با فرهنگ جامعه، موانع و مشکلات درون جامعه ارایه‌ی خدمت کند (۳). مطالعه‌ی دیگری تأکید داشت بی‌توجهی به SDH و کاهش کیفیت آن، می‌تواند هزینه‌های زیادی را برای جامعه ایجاد نماید (۱۱). با توجه به این نتایج و تبیین‌ها، برای این که استادان توانمند شوند و بتوانند رسالت آموزش را برای دانشجویان اجرا کنند، بررسی محتوایی برنامه‌های آموزشی و برطرف کردن کمبودها، حذف و تعدیل و جایگزینی، بخشی از راهکار است؛ به این صورت که همه‌ی رشته‌ها و مقاطع تحصیلی به درجات مختلف نیازمندند تا با SDH مرتبط باشند و اجرای صحیح برنامه‌ی آموزشی و نظارت بر محتوا و روند اجرا، لازمی آن است؛ به همین دلیل ماهیت جامعه‌محور بودن SDH، نحوه‌ی ارایه‌ی دروس مرتبط و آموزش‌های دانشجویی از سایر مباحث متفاوت است. در این خصوص، در مطالعه‌ای پژوهشگران معتقد بودند که باید SDH در برنامه‌های درسی کارشناسی، کارشناسی ارشد و آموزش مداوم متخصصان حوزه سلامت قرار گیرد؛ به طوری که دانشجویان در ابتدای تحصیل آموزش‌های مرتبط دریافت کنند و مهارت‌های لازم برای کمک به بیماران خود در مسیر شغلی را فراگیرند تا بتوانند نابرابری‌های حوزه سلامت را کاهش دهند (۵).

در مطالعه‌ی دیگری بیان شد که برای حل مشکلات مرتبط با عدم موفقیت در ارایه‌ی مراقبت‌های مؤثر به گروه‌های مختلف، لازم است برنامه‌ی آموزشی دانشجویان به ویژه پزشکان مورد ارزیابی قرار گیرد و راهبردهای لازم برای قرار گرفتن مباحث SDH به طور منظم در برنامه‌های درسی مرتبط با علوم بالینی در نظر گرفته شود (۱۲). در تفسیر یافته‌های این قسمت، خط سیری مشخص شد بر این مبنا که لازمی موفقیت در بیان رسالت آموزش عالی، آگاه‌سازی و افزایش دانش همه‌ی گروه‌های بهره‌بردار، هم‌زمان با تغییر و بهبود نگرش آنان در خصوص SDH و حرکت به سوی عملکرد است؛ یعنی با به کارگیری شاخص‌های آموزش پاسخ‌گو، آگاهی، بهبود نگرش و تمرین به رفتار عملیاتی و کاربرد آموزش‌ها منجر می‌شود. سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و اجرا از راهبردهای دیگری بود که

نتیجه‌گیری نهایی این که لازم است نظام آموزشی پاسخ‌گو، از راهبردهای گوناگون در حیطه‌های آموزشی بهره‌برد تا بتواند نیازهای واقعی جامعه را به خوبی برآورده سازد. یکی از این راهبردها، توجه به عوامل غیر زیستی در ارتقای سلامت می‌باشد. آموزش‌ها باید به سمتی سوق پیدا کنند تا آگاهی و نگرش کارگزاران سلامت را به عوامل اجتماعی معطوف نماید و از طرف دیگر، زمینه‌ی قانون‌گذاری و همکاری‌های بین بخشی برای معرفی و تبیین SDH را فراهم سازد. زمانی می‌توان انتظار مشارکت بخش‌های دیگر را جلب نمود که خود کارگزاران سلامت، نسبت به نقش خود و انتظارات دیگران آگاه باشند و مشکلات اجرایی ارتقای سلامت در زمینه‌های بین بخشی را بشناسند و نسبت به تسهیل آن‌ها عمل نمایند. استادان و دانشجویان، اولین گروه در صف ارتباط با SDH می‌باشند و سازمان‌ها و آحاد مردم، صاحب امتیاز، ذینفعان و بهره‌برداران می‌باشند که باید با وحدت عمل در اندیشه، نسبت به اهمیت عوامل اجتماعی و کاربرد مناسب آن اقدام نمایند.

تشریح و قدردانی

این مطالعه، با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی تهران با شماره‌ی طرح ۹۶۰۵۰۷ انجام شد. از تمام صاحب‌نظران و استادان شرکت‌کننده در این مطالعه که با بیان دیدگاه‌های خود ما را در دست‌یابی به اهداف طرح یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

طبق یافته‌های مطالعه‌ی دیگری، بیشتر پزشکان بر این باور بودند که بی‌توجهی به نیازهای اجتماعی بیماران، موجب وخیم‌تر شدن سلامت آنان شده است و معتقد بودند نمی‌توانند این نیازها را در فرایند کار در نظر بگیرند (۱۴).

در خود نظام آموزش عالی نیز در این زمینه، محدودیت‌هایی نظیر نظام امتیازدهی و ارتقا در مسیر وجود دارد که با نگاه کمی‌گرا، به فعالیت‌های زود بازده وزن بیشتری می‌دهد. در این فرایند، نقش ویژه‌ای برای عملکردهای غیر معمول و مرتبط با عرصه‌ی واقعی و جامعه‌محور که مستلزم زمان و صرف انرژی خیلی زیاد باشد؛ به طوری که نتوان نتایج آن در بلندمدت قابل حصول باشد، دیده نمی‌شود. ضمن این که تغییر رویه‌ها و اصلاح نگرش، ممکن است روش‌ها و فرایندهایی را نیاز داشته باشد که برای نظام فعلی حاکم، پاداش‌ده و خوشایند نیست. با این نگاه، ساختار اجتماعی در حوزه‌ی سلامت، غریب و برای آموزش عالی ناشناس مانده است و تمرکز صرف تنها بر محتوای آموزشی و اضافه کردن مباحث نظری و واحدهای عملی، به دلیل تعامل ضعیف حوزه‌ی اجتماعی و سلامت کارآمد نخواهد بود. در این زمینه، در مطالعه‌ی چنین گزارش شد که عوامل اجتماعی که گاهی در برنامه‌ی درسی دانشجویان قرار گرفته است، بر شرایط خاص مانند بی‌خانمانی، فقر و نژاد متمرکز نیست و ساختارهای کلان را مورد توجه قرار نمی‌دهد (۱۸-۱۵) و یافته‌های مطالعه‌ی دیگری بیان داشت که آموزش‌های تخصصی باید با آموزش SDH تلفیق شود تا دانشجویانی توانمند تربیت شوند (۱۹).

References

1. World Health Organization. Social determinants of health [Online]. [cited 2017 Dec 12]; Available from: URL: https://www.who.int/social_determinants/en/
2. Healthy People. Social Determinants [Online]. [Cited 2020]; Available from: URL: <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Social-Determinants>.
3. Klein M. Addressing the health professional's role in social determinants: New educational approaches. Proceedings of the Meeting of the Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry; 2015 Aug; Rockville, MD, USA.
4. Bachrach D. Addressing Patients' Social Needs: An Emerging Business Case for Provider Investment [online]. [cited 2014 May 29]; Available from: URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/may/addressing-patients-social-needs-emerging-business-case-provider>
5. UCL Institute of Health Equity. Working for Health Equity: The Role of Health Professionals [Online]. [cited 2013 Mar]; Available from: URL: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/healthequity/en/>
6. Martinez IL, Artze-Vega I, Wells AL, Mora JC, Gillis M. Twelve tips for teaching social determinants of health in medicine. Med Teach 2015; 37(7): 647-52.
7. McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB, Turnbull J, Hwang SW. Learning to account for the social determinants of health affecting homeless persons. Med Educ 2013; 47(5): 485-94.
8. To MJ, Sharma M. Training tomorrow's physician-advocates. Med Educ 2015; 49(8): 752-4.
9. Chokshi DA. Teaching about health disparities using a social determinants framework. J Gen Intern Med 2010; 25 Suppl 2: S182-S185.
10. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: <https://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
11. Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry. Addressing the Social Determinants of Health: The Role of Health Professions Education. 13th Annual Report to the Secretary of the United States Department of Health and Human Services and the Congress of the United States (December 2016) [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/advisory>

- committees/primarycare-dentist/reports/report-2016.pdf
12. Martinez IL, Artze-Vega I, Wells AL, Mora JC, Gillis M. Twelve tips for teaching social determinants of health in medicine. *Med Teach* 2015; 37(7): 647-52.
 13. Dobson S, Voyer S, Hubinette M, Regehr G. From the clinic to the community: the activities and abilities of effective health advocates. *Acad Med* 2015; 90(2): 214-20.
 14. Swain GR, Grande KM, Hood CM, Inzeo PT. Health care professionals: Opportunities to address social determinants of health. *WMJ* 2014; 113(6): 218-22.
 15. Buchanan D, Jain S. Teaching students about health care of the homeless. *Acad Med* 2001; 76(5): 524-5.
 16. Chheda S, Hemmer PA, Durning S. Teaching about racial/ethnic health disparities: a national survey of clerkship directors in internal medicine. *Teach Learn Med* 2009; 21(2): 127-30.
 17. Eddey GE, Robey KL. Considering the culture of disability in cultural competence education. *Acad Med* 2005; 80(7): 706-12.
 18. Collins J. Introduction: Addressing racial and ethnic disparities: Lessons from the REACH 2010 Communities. *J Health Care Poor Underserved* 2006; 17: 1-5.
 19. Heckler M. Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human; 1985.

Identifying the Position of Social Determinants of Health in Higher Medical Sciences Education System

Mahmood Keyvanara¹, Kamal Heidari², Rahele Samouei³

Original Article

Abstract

Background: The higher medical education system's mission is to maintain and improve the health in society. Furthermore, the roles of social determinants of health in health situation of society have been emphasized, and require in-depth and expansive studies. Therefore, the current study aimed to identify the position of social determinants of health in higher medical sciences education system.

Methods: This study was conducted using qualitative approach with 20 experts in focus group discussion, and 8 experts in semi-structured interviews. The gathered information was reported using qualitative content analysis approach using codes, subcategories, and main categories.

Findings: The findings of focus group discussion and semi-structured interviews with experts resulted in 500 codes, 17 subcategories, and 4 main categories of education, policymaking, legislation, and implementation, participation and accountability in public and private sectors, and weakness in areas related to social determinants of health.

Conclusion: The findings of this study play a strategic role in medical education system for identification and expansion of social determinants of health. These findings can be used by policymakers, planners, and executives of education system to apply the teachings provided in medical education system, and create a more focused and productive system in the area of social determinants of health.

Keywords: Social determinants of health, Education, Qualitative research

Citation: Keyvanara M, Heidari K, Samouei R. **Identifying the Position of Social Determinants of Health in Higher Medical Sciences Education System.** J Isfahan Med Sch 2020; 37(558): 1407-14.

1- Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Rahele Samouei; Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: samouei@mail.mui.ac.ir