

Research Paper

Investigating the Requirements for Integration of the Social Determinants of Health Approach in Rehabilitation Education: A Qualitative Study in Iran

Meroe Vameghi¹ , Zahra Jorjoran Shushtari² , *Marzieh Takaffoli¹ , Giti Bahrami³ , Ameneh Setareh Forouzan¹

1. Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.



Citation Vameghi M, Jorjoran Shushtari Z, Takaffoli M, Bahrami G, Setareh Forouzan A. [Investigating the Requirements for Integration of the Social Determinants of Health Approach in Rehabilitation Education: A Qualitative Study in Iran (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(Special Issue):576-603. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.2>

<https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.2>

ABSTRACT

Objective Studies have examined social accountability in medical education in Iran, while no studies have deeply focused on social determinants of health, specifically for rehabilitation sciences. On the other hand, the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences has made significant contributions to the development of rehabilitation in Iran. This study investigates the educational need for integrating social determinants of health within rehabilitation education in Iran.

Materials & Methods The study was conducted using qualitative content analysis. The study participants consisted of 33 individuals, including students and academic faculty members of rehabilitation departments and members of relevant non-governmental organizations. The data collection method involved focused group discussions to explore the participants' experiences. The Elo and Kyngäs process was employed using MAXQDA software, version 2018 to analyze the data.

Results The results revealed the main and core category of requirements for integrating the social determinants of health approach into rehabilitation education, as well as two subcategories: Educational content requirements and environmental and educational setting requirements. Students' educational content requirements were classified into knowledge (including social determinants of health knowledge, the international classification of functioning, disability and health framework, various rehabilitation fields, ethical principles and patients' rights, etc.), skills (including life skills, teamwork, communication and empathy, teaching, advocacy, etc.) and attitudes (including comprehensive and holistic perspective, etc.). Environmental and educational setting requirements were divided into three subcategories: Fundamental and general requirements, theoretical education setting and clinical education setting.

Conclusion This study identified educational program requirements while ensuring the necessary knowledge, attitudes, and skills essential for realizing this approach. It also identified the educational environment for delivering basic, theoretical, and clinical education.

Keywords Social accountability, Rehabilitation education, Social determinants of health, Iran

Received: 26 Dec 2023

Accepted: 21 Jul 2024

Available Online: 01 Nov 2024

* Corresponding Author:

Marzieh Takaffoli, Assistant Professor.

Address: Pediatric Neurorehabilitation Research center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 5101115

E-Mail: marzieh.takaffoli@gmail.com , ma.takaffoli@uswr.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

English Version

S

Introduction

ocial accountability is crucial to medical education and health profession programs, as they are held responsible for their actions and impact on the public [1-4]. Regarding social accountability, the medical profession has specific responsibilities and privileges bestowed upon them by society [5]. In 1995, the World Health Organization (WHO) defined the social accountability of medical schools as the obligation to direct their education, research, and service activities toward addressing the priority health concerns of the community, region and/or nation they serve [1]. These obligations are reinforced through various means, such as legislation, regulation, and accreditation. This means placing the responsibility on medical schools to produce capable students who can effectively address the community's needs [6]. Social accountability encompasses the enduring social contract between the medical field and society [6-8]. Furthermore, the role of universities in social accountability and sustainable development has been indicated. When higher education institutions develop an integral, socially responsible collaboration with the broader community, opportunities are created for unique epistemic advances for the stakeholders involved [9]. Considering the importance of social accountability in medical education, an increasing body of evidence emphasized the vital and prior role of social determinants of health (SDH) in this regard [1, 10].

WHO [11] defines SDH as the conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and the wider set of forces and systems shaping the conditions of daily life. These forces and systems include economic policies and systems, development agendas, social norms, social policies, and political systems. Notable evidence emphasizes that the role of SDH is imperative in promoting social accountability in medical schools, enhancing collaboration between sectors in the health domain, implementing evidence-based interventions, and substantially reducing health inequalities and improving health outcomes [12]. Although addressing the SDH requires a broad range of actions that involve the collaboration of multiple sectors (e.g. education, justice, and employment) and different levels of government, healthcare workers at the front of clinical care are nonetheless important players and potential catalysts of change [13, 14]. In this regard, Andermann [14] posits that clinicians can address social determinants in their clinical practice through three levels, including the pa-

tient level (e.g. asking patients about social challenges in a sensitive way), the practice level (e.g. ensuring that care is accessible to those most in need), and at the community level (e.g. physicians can advocate for more supportive environments for health). These practices and actions require specific knowledge and skills that universities should address. On the other hand, with demographic changes, shifts in the patterns of diseases, injuries and disorders and increased public awareness and societal expectations for quality specialized services, the need for revised educational programs emphasizing SDH has become more apparent [15]. Hence, by providing students with opportunities to develop a more robust SDH and health equity model, it is ensured that the next generation of physicians is providing better care for the most vulnerable target group [16].

Furthermore, the challenges in addressing SDH within medical education include inadequate planning, an insufficient emphasis on social responsibility, and a tendency to neglect environmental factors [12, 17]. Studies reveal that to overcome these challenges, medical schools and residency programs are successfully incorporating educational approaches and models that focus on SDH, such as participatory and community-based approaches [18-21], collaborative learning approaches [22, 23], transformative learning [20, 24-26], service-based learning [12, 17, 20, 25-27] and experiential learning [16, 28, 29]. Moreover, there are some pieces of evidence that to integrate SDH in medical education, the educational content should focus on community engagement, identification of local contexts, health policies, support-oriented education and student skills development. It should teach students to consider population diversity and leadership [30].

In Iran, addressing social accountability has been paid considerable attention to in policies related to medical education in recent years, which is defined as one of the main goals of the medical education system in Iran [31]. Additionally, the committee of accountable and justice-oriented education specifies operational plans and actions to fulfill its objectives, including revising and developing educational curriculums and monitoring them in terms of social accountability and responsiveness to the needs of the target population and making students and academic staff alert and knowledgeable about SDH in their practices [32].

As noted, integrating SDH into medical education has gained increasing attention internationally, with studies focusing on curriculum development and review [33-35]. Meanwhile, in Iran, different medical universities'

considerations for social accountability, their challenges [36, 37] and developing tools or exploring necessities for revising curricula to fulfill its goal have been studied [15, 38, 39] as research reveals the lack of attention in the current medical education of Iranian medical students [15, 36, 37].

As mentioned, while some studies have examined social accountability in medical education in Iran, no studies have deeply focused on SDH specifically for rehabilitation sciences. Moreover, no comprehensive tools exist for national-level development of SDH for medical education. On the other hand, the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences has made significant contributions to the development of rehabilitation in Iran since its responsibility and mission in this term. The first step to integrating SDH into medical education is to clarify its educational needs and requirements.

Accordingly, this study identifies the requirements from the point of view of rehabilitation education beneficiaries, including students, faculty members, and non-governmental organizations. By addressing this research gap, we can contribute to developing evidence-based interventions and enhancing social accountability in medical education, ultimately leading to improved health outcomes and reduced health inequalities.

Materials and Methods

The research paradigm employed in this study was qualitative and conducted using conventional content analysis. The study occurred in 2022 at the University of Rehabilitation Sciences and Social Health. Various aspects of actions leading to social accountability were examined based on a review of relevant sources regarding medical universities' social accountability. Among these aspects, the SDH approach was selected as the primary focus of the study, considering its higher feasibility for implementation within universities.

Study participants

The study population consisted of students and academic faculty members from three departments: Physiotherapy, occupational therapy and speech therapy at the University of Rehabilitation Sciences and Social Health. Additionally, members of non-governmental organizations affiliated with rehabilitation and an external rehabilitation specialist were included in the study.

Participant's selection method

The sampling method employed in this study was purposive. Academic faculty members needed at least three years of clinical experience in rehabilitation. Enrolling in a doctoral program in one of the three disciplines was required for students. Non-governmental and charitable organization members were included if they possessed at least three years of direct work experience with rehabilitation clients. All academic faculty members from the three educational departments were invited to group discussions. From the Physiotherapy Department, 4 participants were involved. From the Occupational Therapy Department, 6 participants were invited, and from the Speech Therapy Department, 8 participants contributed to group discussions relevant to their respective fields. Eight doctoral students from three disciplines and seven managers and experts from non-governmental organizations representing four institutions participated in group discussions. Four non-governmental organizations in the rehabilitation domain were chosen, considering diversity within the covered groups (age groups, types of disabilities and services provided). These organizations were selected based on their accessibility to Tehran and Karaj. Managers and experts of these organizations who met the study's entry criteria were invited to participate.

Data collection method

Data collection in this study was carried out through focused group discussions with various participants, guided by the criteria for reaching data saturation. Data saturation was achieved through three separate group discussions with academic faculty members from each department. One was with students from all three disciplines, and one was with members of non-governmental organizations. All group discussions were conducted in person, except for the one with students, which was held virtually due to the COVID-19 pandemic. A semi-structured questionnaire was used for data collection, consisting of open-ended questions prepared based on reviewing relevant sources and study objectives. These questions were reviewed and refined based on simultaneous data collection and analysis for subsequent group discussion sessions. The main themes of the questionnaire included participants' experiences regarding the role of SDH in their professional services, the necessary education for students in rehabilitation fields to acquire knowledge and essential intervention skills and the changes and improvements in attitudes related to SDH. Additionally, the features of the educational environment that allowed students to better understand and acquire skills in addressing SDH were explored. The

Table 1. Main categories and subcategories of group discussion results on needs assessment for integrating the SDH approach in rehabilitation education

Main Category	Subcategories
Requirements for integrating SDH approach in rehabilitation education	Knowledge requirements
	Content requirements
	Skill requirements
	Attitude requirements
	Basic and general educational setting requirements
	Theoretical educational setting requirements
Environmental and educational setting requirements	Clinical educational setting requirements

Archives of
Rehabilitation

average duration of each session was approximately 3 hours, and with participants' permission, all group discussion sessions were fully recorded. After the conclusion of each group discussion session, its content was immediately implemented and analyzed to guide subsequent sessions. The results from the group discussions were categorized into the main category: requirements of integrating the SDH approach into rehabilitation education. To re-examine the collected information, the results of the group discussions were shared with six key informants in the rehabilitation field. Three of these informants had previously participated in group discussions, while the others had not. Their input aimed to provide corrective and complementary perspectives. Subsequently, in a session attended by 3 of these key informants, their opinions were revisited and finalized.

Data analysis

The Elo and Kyngäs [40] process was utilized for the qualitative content analysis of group discussion data. To enhance the study's credibility and accuracy, analyses were conducted using the MAXQDA software, version 2018. Immediately after each group discussion session, its content was entered into the software. Text segments containing content relevant to the study objectives were initially identified and coded as semantic units during textual analysis. These initial codes were then listed. Duplicate or synonymous codes were merged, and initial codes that shared similar semantic content or indicated similar events were combined to form preliminary concepts. At a higher level of abstraction, these concepts formed categories. As additional group discussion sessions were added and data analysis progressed, each semantic unit identified in the textual material or each code or concept generated was compared with other codes or concepts. A new initial code was created if

there was no conceptual similarity to other existing concepts or codes. If there was a similarity, the new concept was added to the current code to enrich its meaning. Categories were also formed based on their relationships at different classification levels, comprising both main and subcategories.

Trustworthiness or rigor

This study considered four criteria of Lincoln and Guba [41] for the study's trustworthiness. The researchers tried to ensure credibility by long-term engagement with data, spending enough time to collect and analyze data, having many interviewees (33 interviews), member checking, and peer debriefing. For transferability in the selection of the participants, the high diversity of their experience from different groups of students, academic faculty members, and members of non-governmental organizations was considered. To improve dependability, meetings were held with the research team to discuss the data collection and analysis process and to determine a uniform and coordinated framework for it. To achieve confirmability, all stages of the research, especially data analysis, were recorded in detail and accurately; also, several interviews, codes, and categories extracted were provided to the research team to review and evaluate.

Results

The results of the study revealed the main requirements for integrating the SDH approach into rehabilitation education. The main category was divided into two subcategories: educational content requirements and educational environment and setting requirements (Table 1).

Table 2. Subcategories of knowledge requirements for integrating SDH approach in rehabilitation education

Subcategory 1	Subcategory 2	Subcategory 3
Theoretical and foundational knowledge for action regarding SDH	Relevant knowledge about SDH and their role in rehabilitation services	Impact of health service provider’s (student’s) understanding of SDH on service delivery Recognizing and assessing the status of social determinants on the health of the recipient Impact of social determinants on access to services Impact of social determinants on the effectiveness of specialized interventions Impact of social determinants on the follow-up of treatment (empowerment in treatment)
	Specialized rehabilitation knowledge in the international classification of functioning, disability and health, framework	-
	Different educational interventions proportionate to various rehabilitation fields	-
	Incorporating service leveling and referral system into educational content	Developing specialized educational content for each level of rehabilitation services Team-oriented approach to education
	Knowledge related to ethical principles and patients’ rights	-
	Knowledge related to preventive and therapeutic lifestyles in rehabilitation	-

The participants of the current study believed that to integrate the SDH approach into rehabilitation education, requirements must be considered not only in the theoretical and practical educational content of rehabilitation disciplines but also in the environment and academic settings, especially in clinical training.

Educational content requirements

Based on the findings of the current study, the necessary educational content to be taught to students in the field of rehabilitation was divided into three subcategories: knowledge, skills, and attitudes.

Knowledge Requirements

According to participants’ views, rehabilitation students should possess sufficient knowledge to recognize the role of SDH. The most important areas of this knowledge are highlighted below (Table 2). The participants emphasized students’ need to learn about SDH and their role in rehabilitation services including access to servic-

es, rehabilitation intervention effectiveness, and compliance with treatment. Experiences of faculty members, students, and representatives from non-governmental organizations, indicated that various social factors, such as gender, ethnicity, language, education, awareness of patients and their families, and cultural norms and values, such as social stigma play a significant role in patients’ access to rehabilitation services.

“There are many times when people are afraid of social stigma. She brings her child about two years, stating that her family is unaware of her situation and she comes sneakily so as not to stigmatize her child” (speech therapist).

Additionally, economic status and access to financial support resources significantly impact health status. Rehabilitation education should provide the necessary knowledge in this area.

“A person with acute back pain who does not work for a week and has no work problems is less likely to get

chronic back pain and this has been proven, so social issues have a great deal of influence” (physiotherapist).

the participants of this study emphasized the significance of concepts related to the international classification of functioning, disability, and health framework, such as a comprehensive definition and holistic view of health and disability, the role of environmental and social factors in individuals’ functioning and participation, and rehabilitation within the social and family context. They considered this perspective in alignment with the SDH approach. However, they believe the concept needs to be developed and receive more attention in education.

Additionally, the participants emphasized education of preventive and therapeutic lifestyle-related knowledge within the rehabilitation domain. According to their viewpoint, therapists need to know various preventive and therapeutic methods and patterns and plan interventions tailored to patients’ personal and social contexts. Moreover, in integrating SDH into the rehabilitation education program, it is essential to consider service categorization, patient referral systems, and service differentiation based on prevention levels.

“Physical activity is a sub-branch of lifestyle; that is, if we truly want to consider lifestyle, it is closely related to our social issues” (physiotherapist).

There was also a strong emphasis among many participants on the necessity of increasing knowledge about ethical principles and patients’ rights:

“A student should also be trained to understand his role as an occupational therapist within the health care system. Some people are making progress in private family matters. Are you legally permitted to speak? Are you allowed to evaluate? Where can you work?” (occupational therapist).

Skill requirements

Table 3 illustrates the skill requirements for integrating SDH into rehabilitation education and its subcategories based on the study findings. According to the participants of this study, within university rehabilitation education, acquiring individual skills and life skills, including self-awareness, self-confidence, self-esteem, anger management and assertiveness, is crucial. These skills are necessary for team-based collaborations among students, cooperation with other specialists, and working with families dealing with various and severe impairments. In addition, they are essential to prevent the neg-

ative impact of personal and social situations of service providers on their performance. Also, in addition to specialized skills, students and therapists should learn communication and empathy skills for clients and families. They should learn skills to build trust and engage service users and their families. Complete trust and collaboration are achieved when service users and their families actively participate in treatment. Moreover, therapists should be culturally and socially sensitive and learn how to establish connections with various age groups, especially children and older people.

“For some speech disorders, family conditions can be very effective, for example, what are your child’s conditions, what environment he is in, how stressful it is, and I believe that increasing this skill in students can be very beneficial” (speech therapist).

Based on the study findings and considering the multidimensional approach of SDH, teamwork-related skills are also necessary.

“The majority of people who come to us usually have several deficiencies together, such as aphasia clients need SLP and occupational therapy, as well as physiotherapy. The interaction between these different therapists can prove useful” (student).

When facing patients, students should be able to assess various aspects of social determinants in them. They should also be able to create a patient profile that considers these factors within different cultural and social contexts. Besides, to ensure a comprehensive understanding of social determinants, periodic assessments should be conducted. Another skill requirement is the ability to formulate specialized treatment plans based on SDH. Students must be educated in providing interventions that align with these factors and existing social capacities after a thorough evaluation.

“As an occupational therapist, I am confident this method is appropriate for treating the patient. However, he does not have access to a toilet, so we have to inquire whether he can use the toilet. In this course, the student should be able to assess how these factors should be evaluated” (occupational therapist).

Considering the participants’ perspectives, there is currently insufficient knowledge and evidence of the impact of social determinants in rehabilitation. This underscores the necessity of acquiring skills in various quantitative and qualitative research methods and disseminating results. Additionally, rehabilitation special-

Table 3. Subcategories of skills requirements for integrating SDH approach in rehabilitation education

Subcategory 1	Subcategory 2	Subcategory 3
Basic and foundational skills for action regarding SDH	Life and personal skills	-
	Reading and research skills on SDH and rehabilitation	-
	Skills for recording, publishing, and presenting information	Introduction skills of rehabilitation fields to target groups of specialists and the general public Report writing skills for different specialists
	Teamwork skills	-
	Communication and empathy skills with recipients and families	Communication skills with different age groups Skills for maintaining professional appearance and behavior Skills for cultural and social considerations in interaction with recipients
	Building trust and participation skills with recipients and families	-
	Skills for educating recipients and families	-
	Skills for assessing the status of SDH in recipients	-
	Skills for designing specialized treatment plans based on social determinants of health	-
	Skills for providing rehabilitation services in the recipient's living environment	Home-based rehabilitation skills Skills for designing meaningful interventions and daily participation activities Skills for customizing services and home modification
	Skills for providing remote rehabilitation services	Community-based rehabilitation skills
	Skills for Teaching Communication Principles to the Entire Healthcare Team	-
	Advocacy, negotiation, lobbying, and assertiveness skills	-
	Skills for resource finding, support seeking, and referral based on recipients' needs	-

ists play a crucial role in interacting with rehabilitation organizations and advocating for the rights and rehabilitation needs of different societal groups. They should learn and employ advocacy, lobbying, and negotiation skills to enact necessary reforms and realize individuals' rights, utilizing available capacities to benefit patients and their families.

“I intend to dedicate part of the training, whether in the clinic or student training, to finding charities because a therapist's relationship with a charity is much more effective than the individual direct expression of the problem” (speech therapist).

Attitude requirements

The participants strongly emphasized the necessity of applying knowledge and skills related to SDH with a comprehensive and holistic perspective toward service users as individuals with various physical, psychological, social, family and spiritual dimensions.

“Our only definition is that of the WHO, which does not specify health as a state of welfare, but rather a state of well-being. In other words, health is not only the absence of disease and disability, but also a state of well-being and a healthy physical, mental and social condition” (NGO).

According to the participants, given the numerous operational challenges in providing rehabilitation services, confidence can only be gained by educating and institutionalizing ethical, fair, and rights-based approaches toward patients and their families. This ensures that students will provide adequate services toward justice in healthcare in the future. Rehabilitation specialists must also adopt a holistic and systemic approach to the healthcare system. This involves considering health services within an integrated and interconnected framework that covers patients' diverse and comprehensive needs. The new approaches to rehabilitation all focus on empowering individuals with disabilities and those in need of rehabilitation services which emphasizes the necessity of creating suitable platforms for their participation and involvement in society. From the participants' viewpoint, rehabilitation specialists should recognize that their service users extend beyond those who physically visit specialized rehabilitation centers. With a community-based rehabilitation approach, it is crucial to tailor specialized services based on available resources and collaboration with the local community to ensure accessibility and utilization.

"There are several problems you have listed under the heading of social issues, including access, income, and awareness. All of these factors have made it difficult for many people to access these services. Instead of bringing people to clinics, hospitals, or centers, let's send specialists to the community to offer services" (occupational therapist).

Educational environment and setting requirements

Based on the study findings, the theoretical and clinical educational environment must possess specific conditions and characteristics to integrate the SDH approach into rehabilitation education. These requirements were categorized into three subcategories: basic and general requirements of the educational setting, theoretical educational setting requirements, and clinical educational setting requirements (Table 4).

Basic and general environmental and educational setting requirements

The participants pointed out that one of the fundamental and general requirements of the educational setting is to train faculty members in rehabilitation fields in the concepts of SDH and how to act at different levels with this perspective. This ensures that these teachings can be effectively conveyed to students. Additionally, theoretical and clinical teachings will effectively achieve the

necessary impact when theoretical and clinical knowledge and skills related to SDH are assessed and evaluated among students.

Theoretical educational setting requirements

The participants believe that, besides revising all current syllabi and courses based on updated and scientifically relevant resources related to SDH, there should also be coherence and coordination regarding these concepts across all applicable courses. This approach ensures that the necessity of these concepts is reiterated in various courses and students develop a comprehensive perspective on the topic. One of the significant educational resources in rehabilitation is guidelines and clinical manuals, which serve as the basis for students' practical actions in service-provided centers. SDH educational content must be incorporated into these guidelines and clinical manuals. Another requirement highlighted by participants was the need for tailoring academic courses and materials related to SDH according to different educational levels:

"A course on SDH can be helpful at the undergraduate level, where students are more involved in internships and practical courses, to increase students' knowledge and change their attitudes regarding health determinants. However, at higher levels, this training should be part of supplementary and specialized courses" (physiotherapist).

Clinical educational setting requirements

This study indicates that rehabilitation students' clinical training should also possess specific conditions and characteristics alongside the requirements for preparing the theoretical educational setting. In this context, some participants emphasized that practical training can illustrate the practicality of theoretical courses related to SDH for students. This will enhance their learning motivation and education effectiveness:

"If SDH is included in the educational curriculum, but students are unaware of their practical value, and how it can benefit their work, they may not show interest" (physiotherapist).

According to the study participants, one of the requirements is the establishment of exemplary rehabilitation centers that apply the SDH approach. In this regard, the participants maintained that for students to be able to apply the knowledge and skills they have been taught in rehabilitation actions during and after their educa-

Table 4. Subcategories of Environmental and Educational Infrastructure Requirements for Integrating SDH Approach in Rehabilitation Education

Subcategory 1	Subcategory 2
	The necessity of comprehensive educational approach and policies for integrating SDH in rehabilitation education
Basic and general educational infrastructure requirements	The necessity of initial training for instructors on concepts of SDH
	The necessity of defining the selection process in rehabilitation student recruitment
	The necessity of assessing students based on knowledge and skill in SDH role
	Prioritizing research in the field of integrating SDH in rehabilitation education
Theoretical educational infrastructure requirements	The necessity of reviewing and updating specialized courses for incorporating SDH concepts
	The necessity of reviewing and modifying curriculum for rehabilitation disciplines to integrate SDH (including integration of SDH concepts in all courses)
	The necessity of incorporating SDH approach in developing clinical guidelines, educating on these guidelines, and applying them in practice
	Necessity of offering SDH courses as prerequisites for undergraduate levels and as specialized courses for advanced levels
Clinical educational infrastructure requirements	The necessity of practical training on implementing SDH
	The necessity of establishing model clinical centers for implementing SDH
	The necessity of considering SDH indicators in center supervision and assessment
	The necessity of reducing patient load and increasing visit time for attention to SDH
	The necessity of teamwork among various rehabilitation, social, and mental health specialists
	The necessity of supervision mechanisms for addressing SDH in clinical practice
	The necessity of establishing an environment and mechanisms for family participation in treatment centers
The necessity of students' involvement in various fields and settings	

tion, universities should provide real-life examples of rehabilitation centers that have operationalized the SDH approach. Students should receive training in such environments to gain practical experience.

“As an example, if I were a student and went to a central facility for clinical observation, it must have a social worker, a professor trying to acquire a sports area from, for example, the municipality, for the patients, sending the students to obtain the land. This is the facility serving as an ideal” (NGO).

Moreover, the participants believed that due to the high volume of patients, very limited time is allocated to each patient. This limits the possibility for students and therapists to assess and intervene within the framework of SDH during clinical placements. Therefore, they em-

phasized reducing service users and increasing visit time to focus on SDH.

Based on the participants' perspectives in this study, a collaborative and holistic approach to SDH can only be fully implemented within university healthcare centers and students can operationalize the learned teachings when a collaborative environment is established among various rehabilitation and social and mental health experts, especially social workers and psychologists. These professionals should interact with each other and provide comprehensive and coordinated services to clients. Furthermore, participants stressed that all professionals working as a team in healthcare centers should receive education on the SDH. This will ensure a harmonized approach and performance in this area.

“Finally, if the children [students] can obtain a consultation from a psychologist, social worker, psychiatrist, and physiotherapist to implement the teamwork they study, this will be very beneficial” (physiotherapist).

The participants believe supervisory mechanisms should be in place throughout clinical training to ensure attention to SDH during clinical practice. This should involve trained supervisors working alongside students to provide necessary supervision, support, and guidance when needed.

The findings indicate that despite the significant role of family participation in integrating SDH into education, the conditions and service delivery methods in healthcare centers are not always conducive to family involvement and participation in the rehabilitation process. Therefore, as the participants emphasized, an environment that encourages and facilitates the presence and participation of families in healthcare centers is needed.

“During our bachelor’s clinical training, we did not interact much with families; they waited outside. Now, with those who have graduated, I often see that families are not present during therapy sessions. They sit outside and do not know what is happening inside the therapy session” (speech therapist).

The necessity of students’ presence in diverse fields and different contexts has been highlighted as one of the requirements for clinical education. This is because participants believe that students can apply theoretical and practical teachings on SDH when they are exposed to service users from diverse social backgrounds and encounter various social factors in different educational settings. This exposure will enable them to operationalize their learned knowledge and skills.

“We need to provide conditions for our students (because this is a gap in our job) that encourage them to have more presence, especially occupational therapy students, in schools. I know speech therapy has this presence. There was also a period when technical orthopedics were present in schools, examining proper footwear and insoles” (occupational therapist).

Finally, according to the participants’ perspective, one factor that could lead institutions where students undergo clinical training to pay attention to SDH and provide an operationalized educational environment for students is establishing a monitoring and evaluation system of institutions that focuses on social determinants of health.

Discussion

Addressing the SDH in providing rehabilitation services requires a wide range of actions and collaboration among various sectors, including education, welfare, and employment at local, provincial, and governmental levels. Frontline health service providers play a crucial role in achieving this goal. However, they must be well educated about the impact of social determinants on community health outcomes and how to address these in practice. This study aimed to explore the educational needs and requirements for integrating SDH into Rehabilitation Sciences education at an academic level. According to our knowledge, this is the first study focusing on understanding the educational needs of specialized rehabilitation service providers concerning SDH. This study emphasizes developing social accountability skills and considering SDH in the service delivery process. This study reviewed rehabilitation education programs in selected fields, including speech therapy, occupational therapy, and physiotherapy. The study’s findings were categorized according to the requirements for integrating the SDH approach into rehabilitation sciences education.

The study’s findings reveal that rehabilitation students must have a comprehensive understanding of SDH. Many participants acknowledged the importance of recognizing the impact of social factors such as gender, ethnicity, language, education, and cultural norms on patients’ access to rehabilitation services.

The participants shared some of their lived experiences regarding the significant role of economic factors on patients’ health outcomes and referenced scenarios where financial stability impacted recovery from conditions like acute back pain. This finding is supported by studies, demonstrating that economic hardship can exacerbate health conditions and limit access to necessary healthcare [42]. In this regard, it is indicated that incorporating SDH into healthcare education can significantly enhance students’ ability to address health inequities. They argue that education programs should impart knowledge and foster critical thinking skills that enable students to apply it in real-world settings [43]. This finding highlighted the importance of understanding the role of economic status and access to financial support on patients’ health outcomes by students who study rehabilitation sciences in academia.

Despite the participants’ agreement on the importance of SDH’s impact on service provision and clients, applying these factors requires a complex and intertwined set

of requirements at different levels. Therefore, discussing SDH at the university level requires a comprehensive approach and changes in the content and setting of education. Most of the participants believed that students should possess sufficient knowledge of SDH to integrate these concepts into rehabilitation education. Hence, it was recommended to develop new curriculums, revise existing ones, and change teaching methods and evaluation approaches that can be used to guide rehabilitation educators. These findings are aligned with other studies [28, 36]. Moreover, in line with Moffett, Shahidi [33], provision of an SDH curriculum and integration of that into a core emergency medicine clerkship, our findings place the highest emphasis on practical education of these concepts in a clinical context. Some participants expressed that providing theoretical education about SDH to students without teaching these concepts practically to patients and without converting them into practical skills would render such education ineffective.

Alongside other studies [44, 45], our results revealed that educating students majoring in Rehabilitation Sciences about SDH not only acquaints them with the role of social determinants in various health outcomes but also equips them with the capability to take action and intervene at different levels, including the patient, practice, and community levels. Moreover, it instills in them the mindset that, armed with knowledge of SDH and skills such as advocacy, lobbying, negotiation, and most importantly, interdisciplinary and intersectoral collaboration, they can effectively work towards improving the health of the individuals and community and reducing health inequalities. Therefore, it is suggested that integrating SDH should be considered alongside theoretical and foundational teachings, and clinical education should focus on designing educational intervention packages.

In this regard, the development of a framework for integrating SDH into the educational program of rehabilitation sciences in academia should include three main areas: education, collaboration with the community, and ensuring alignment of policies and responsibilities for all beneficiaries [46]. A curriculum focused on developing social accountability in rehabilitation professionals requires innovative, collaborative, and transformative educational approaches. As recommended in similar studies [10], initial discussions for developing or revising educational curricula should focus on how the curriculum can best create opportunities for social awareness and responsibility.

From the participants' perspective, many concepts related to SDH have been applied in the current rehabilitation curriculum, specifically the international classification of functioning, disability and health framework. This perspective is echoed in the work of Cieza and Stucki [47], who advocate for the international classification of functioning, disability and health as a comprehensive model that can enhance the delivery of rehabilitation services by addressing individual and societal factors. However, participants believed these concepts do not transform into actual actions and change due to the lack of an appropriate setting and motivation. Furthermore, the necessity for a proper educational setting, such as qualified faculty members and supervisors, necessary facilities, and a teamwork atmosphere, was highlighted as essential for effective education.

Besides, participants stated that the rehabilitation education system in universities should adopt cohesive policies based on SDH, including developing appropriate content, providing educational platforms within families and communities, facilitating family involvement and participation in clinical settings and implementing suitable supervision and evaluation. These findings are consistent with key observations indicating that a health education system at the postgraduate level requires socially accountable assessment to ensure that learning emphasizes necessary competencies and that graduates possess the desired attributes [39].

Another finding of the present study was the necessity of educating educators and service users. Educators familiar with the concepts and importance of SDH in healthcare can vividly explain the impact of these factors on individuals' health during different rehabilitation courses. This finding aligns with a study conducted at Qazvin University of Medical Sciences [48], which emphasized the training of academic educators through periodic workshops in integrating SDH into medical education.

According to the participants' perspectives in the current study, service users must also become acquainted with SDH and its effects. This knowledge can effectively prevent disabilities and health problems. It can also familiarize them with the importance of service providers considering social determinants during screening and service delivery, improve the interaction between service users and providers in rehabilitation centers, and enhance service quality.

Conclusion

Finally, these findings can help educators develop curriculum content and structure and challenge the field to develop assessment strategies that assess the impact of teaching SDH on patient- and community-level outcomes. In this study, addressing the needs and requirements for social accountability and considering SDH in the education of rehabilitation sciences is a ground for further research, including assessing the current situation of rehabilitation fields in different universities due to the defined requirements, research on effective teaching and learning approaches for various stakeholders, and review best practices and challenges in this regard.

Study limitations

This qualitative study has some limitations. First, the expert panels in our study do not represent all medical/rehabilitation schools and practitioners nationally. Second, academic staff and students from all rehabilitation groups were not included in this study. Finally, the expertise of the participants was limited to the fields of physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (Code: IR.USWR.REC.1400.287). All group discussion sessions were recorded with verbal consent obtained from the participants. They were free to stop participating and leave the interview session whenever they wanted. The discussion reports included no names or other information identifying the participants, ensuring participants' privacy and confidentiality.

Funding

This study was supported by the University of Social Welfare and Rehabilitation Science (Grant No. 2677/T/00).

Authors' contributions

Conceptualization: Meroe Vameghi and Zahra Jorjoran; Formal analysis: Meroe Vameghi, Marzieh Takaffoli and Zahra Jorjoran; Funding acquisition: Meroe Vameghi; Methodology: Meroe Vameghi and Ameneh Setareh Forouzan; Project administration: Meroe

Vameghi, Zahra Jorjoran Shushtari and Giti Bahrami; Writing–review and editing: Meroe Vameghi, Marzieh Takaffoli, Zahra Jorjoran Shushtari and Giti Bahrami; Software: Marzieh Takaffoli; Writing – original draft: Zahra Jorjoran; Investigation: Marzieh Takaffoli, Zahra Jorjoran Shushtari and Giti Bahrami; Investigation: Zahra Jorjoran Shushtari and Giti Bahrami; Supervision and validation: Ameneh Setareh Forouzan.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to the students, faculty members and non-governmental organizations participating in the project

This Page Intentionally Left Blank



مقاله پژوهشی

الزامات ادغام رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی: یک مطالعه کیفی در ایران

مروهه وامقی^۱، زهرا جرجان شوشتری^۲، مرضیه تکفلی^۱، گیتی بهرامی^۲، آمنه ستاره فروزان^۱

۱. مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Vameghi M, Jorjoran Shushtari Z, Takaffoli M, Bahrami G, Setareh Forouzan A. [Investigating the Requirements for Integration of the Social Determinants of Health Approach in Rehabilitation Education: A Qualitative Study in Iran (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(Special Issue):576-603. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.2>

<https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.2>

حکیده

هدف: مطالعات متعددی در ایران به اهمیت پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی پرداخته‌اند، اما تا کنون به صورت مشخص چگونگی به‌کارگیری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در توانبخشی مورد مطالعه قرار نگرفته است. از طرف دیگر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی نقش پیشرو و کلیدی در توسعه علوم توانبخشی در کشور دارد. بنابراین هدف این مطالعه بررسی نیازهای آموزشی برای ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش رشته‌های توانبخشی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بود.

روش بررسی: مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی و با کمک بحث گروهی متمرکز با ۳۳ نفر از دانشجویان و اعضای هیئت علمی سه گروه توانبخشی دانشگاه و اعضای سازمان‌های مردم‌نهاد انجام شد. محورهای اصلی بحث در مورد تجربه مشارکت‌کنندگان از نقش عوامل اجتماعی سلامت در خدمات حرفه‌ای آنان، آموزش‌ها و محیط مورد نیاز دانشجویان برای کسب دانش، مهارت‌های ضروری و تغییر و بهبود نگرش مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بود. برای تحلیل محتوای کیفی داده‌ها، از فرایند الو و کاینز استفاده شد و تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۸ صورت گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل یافته‌های مطالعه، طبقه اصلی «الزامات ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی» و دو زیرطبقه «الزامات محتوای آموزشی» و «الزامات محیط و بستر آموزشی» حاصل شد. الزامات محتوای آموزشی مورد نیاز دانشجویان در سه زیرطبقه دانش (برای نمونه شامل دانش مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، رشته‌های مختلف توانبخشی و اصول اخلاقی و حقوق انسانی)، مهارت (برای نمونه شامل مهارت‌های زندگی، کار تیمی، ارتباطی، همدمی، آموزش و مدافع‌گری) و نگرش (برای نمونه شامل رویکرد جامع و کل‌نگر) و الزامات محیط و بستر آموزش در سه زیرطبقه الزامات پایه و عمومی، بستر آموزش نظری و بستر آموزش بالینی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های مطالعه، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن محتوای دانش، و نگرش و مهارت لازم برای مداخله در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، و محیط آموزشی مطلوب برای اجرای این آموزش‌ها در ارتقای آموزش توانبخشی مؤثر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: پاسخ‌گویی اجتماعی، آموزش توانبخشی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ایران

تاریخ دریافت: ۰۵ دی ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۳۱ تیر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۱ آبان ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر مرضیه تکفلی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال.

تلفن: ۵۱۰۱۱۱۵ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: marzieh.takaffoli@gmail.com, ma.takaffoli@uswr.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

تغییر هستند [۱۳، ۱۴]. در همین راستا، اندرمن [۱۳] معتقد است که متخصصان حوزه سلامت می‌توانند تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را در عملکرد بالینی خود از طریق سه سطح، شامل سطح بیمار^۲ (به‌عنوان مثال، پرسش از بیماران در مورد مسائل اجتماعی که تجربه می‌کنند)، سطح اقدام^۳ (به‌عنوان مثال، اطمینان از در دسترس بودن مراقبت برای کسانی که بیشتر به آن نیاز دارند) و سطح جامعه^۴ (به‌عنوان مثال، پزشکان می‌توانند برای توسعه محیط‌های حمایت‌کننده از سلامت بیماران فعالیت کنند) بررسی کنند. بنابراین این شیوه‌ها و اقدامات نیازمند دانش و مهارت‌های خاصی است که دانشگاه‌ها باید به آن‌ها توجه کنند.

از سوی دیگر، در سال‌های اخیر، با تغییرات جمعیتی، تغییر در الگوی بیماری‌ها، آسیب‌ها و اختلالات و همچنین افزایش آگاهی عمومی و انتظارات جامعه برای خدمات تخصصی باکیفیت، نیاز به بازنگری برنامه‌های آموزشی با تأکید بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت آشکارتر شده است [۱۵]. از این رو، با فراهم کردن فرصت‌هایی برای دانشجویان برای توسعه یک مدل دقیق‌تر و عادلانه‌تر از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، این اطمینان حاصل می‌شود که نسل بعدی پزشکان مراقبت بهتری را برای آسیب‌پذیرترین گروه‌های هدف ارائه می‌دهند [۱۶]. علاوه بر این، چالش‌های موجود در پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش پزشکی شامل مواردی چون برنامه‌ریزی ناکافی، تأکید ناکافی بر پاسخ‌گویی اجتماعی و تمایل به غفلت از عوامل محیطی است [۱۷، ۱۲].

مطالعات متعدد نشان می‌دهند برای غلبه بر این چالش‌ها، دانشکده‌های پزشکی با موفقیت رویکردها و مدل‌های آموزشی با تمرکز بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را به کار گرفته‌اند که می‌توان به مواردی مانند رویکردهای مشارکتی و مبتنی بر جامعه^۵ [۱۸-۲۱]، رویکردهای یادگیری جمعی^۶ [۲۲، ۲۳]، یادگیری تحول‌آفرین^۷ [۲۰، ۲۴-۲۶]، یادگیری مبتنی بر خدمات^۸ [۱۲، ۱۷، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۷] و یادگیری تجربی^۹ [۱۶، ۲۸، ۲۹] اشاره کرد. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که برای ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش پزشکی، محتوای آموزشی باید بر مشارکت جامعه، شناسایی زمینه‌های محلی، سیاست‌های سلامت، آموزش حمایت‌محور^{۱۰} و توسعه مهارت‌های دانشجویان تمرکز کند و به دانشجویان بیاموزد که تنوع جمعیتی و رهبری را در نظر بگیرند [۳۰].

2. Patient
3. Practice
4. Community
5. Participatory and community-based approaches
6. Collaborative learning approaches
7. Transformative learning
8. Service-based learning
9. Experiential learning
10. Support-oriented education

مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی برای برنامه‌های آموزش پزشکی و حرفه‌های بهداشتی از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا آن‌ها مسئول اقدامات و تأثیراتی هستند که بر مردم می‌گذارند [۱-۴]. فراتر از این، حرفه پزشکی از مسئولیت‌ها و امتیازات خاصی بهره‌مند است که از جانب جامعه به آن اعطا شده است [۵]. در همین راستا، در سال ۱۹۹۵، سازمان بهداشت جهانی پاسخ‌گویی اجتماعی دانشکده‌های پزشکی را چنین تعریف کرده است: «وجود الزام جهت هدایت فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی خود در جهت رسیدگی به نگرانی‌ها و مسائل اولویت‌دار در حوزه سلامت در رابطه با جامعه، منطقه یا کشوری که به آن‌ها خدمت می‌کنند» [۱]. این تعهدات از مسیرهای مختلفی مانند قوانین، مقررات و اعتباربخشی تقویت می‌شوند که این به‌معنای واگذاری مسئولیت به دانشکده‌های پزشکی برای تربیت دانشجویان توانمندی است که بتوانند به‌طور مؤثر نیازهای جامعه را برطرف کنند [۶]. در واقع، پاسخ‌گویی اجتماعی در بردارنده قرارداد اجتماعی پایدار بین حوزه پزشکی و جامعه است [۶-۸]. علاوه بر این، در این مفهوم نقش دانشگاه‌ها در پاسخ‌گویی اجتماعی و توسعه پایدار نشان داده شده است. هنگامی که مؤسسات آموزش عالی یک همکاری یکپارچه و همراه با مسئولیت‌پذیری اجتماعی با جوامع فراهم می‌کنند، برای ذی‌نفعان فرصت‌هایی برای پیشرفت‌های منحصر به فرد ایجاد می‌شود [۹].

از طرف دیگر، باتوجه به اهمیت پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی، شواهد فزاینده‌ای بر نقش حیاتی و ضروری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۱ (SDH) در این زمینه تأکید می‌کنند [۱، ۱۰]. سازمان بهداشت جهانی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را چنین تعریف می‌کند: «شرایطی که در آن افراد متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، کار می‌کنند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند و مجموعه وسیع‌تری از نیروها و سیستم‌هایی که شرایط زندگی روزمره را شکل می‌دهند» [۱۱]. این نیروها و سیستم‌ها شامل سیاست‌ها و نظام‌های اقتصادی، برنامه‌های توسعه، هنجارهای اجتماعی، سیاست‌های اجتماعی و نظام‌های سیاسی هستند. شواهد قابل توجهی وجود دارند که تأکید می‌کنند نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی، تقویت همکاری بین‌بخشی در حوزه سلامت، اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد و کاهش قابل ملاحظه نابرابری‌های در سلامت و بهبود وضعیت سلامت ضروری است [۱۲]. اگرچه پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مستلزم طیف وسیعی از اقدامات و همکاری بخش‌های مختلف (مانند آموزش، قضایی و اشتغال) و سطوح مختلف دولت است، با این وجود، کارکنان در حوزه سلامت در خط مقدم مراقبت‌های بالینی قرار دارند و بازیگران مهم و عامل بالقوه

1. Social Determinants of Health (SDH)

در سال ۱۴۰۱ در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی انجام شد. در این مطالعه براساس مرور منابع مرتبط با پاسخ‌گویی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی، از میان جنبه‌های مختلف اقدامات منجر به پاسخ‌گویی اجتماعی، رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌عنوان رویکرد اصلی مطالعه با توجه به امکان‌پذیری بیشتر آن برای اجرا در دانشگاه‌ها انتخاب شدند.

جامعه پژوهش

جامعه پژوهش، دانشجویان و اعضای هیئت علمی سه گروه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و اعضای سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با توانبخشی و یکی از متخصصین توانبخشی خارج از دانشگاه بودند.

مشارکت‌کنندگان

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه برای اعضای هیئت علمی سابقه و تجربه حداقل ۳ سال کار بالینی در حوزه توانبخشی، برای دانشجویان اشتغال به تحصیل در مقطع دکتری یکی از سه رشته و برای اعضای سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها حداقل ۳ سال تجربه کار مستقیم با مراجعین توانبخشی بود. از همه اعضای هیئت علمی سه گروه آموزشی برای شرکت در بحث‌های گروهی دعوت به عمل آمد که از گروه آموزشی فیزیوتراپی ۴ نفر، از گروه کاردرمانی ۶ نفر و از گروه گفتاردرمانی ۸ نفر در بحث‌های گروهی مربوط به گروه خود مشارکت کردند. از دانشجویان مقطع دکتری سه رشته ۸ نفر و از مدیران و کارشناسان چهار سازمان مردم‌نهاد ۷ نفر، در بحث‌های گروهی مشارکت داشتند. چهار سازمان مردم‌نهاد حوزه توانبخشی با در نظر گرفتن تنوع در گروه‌های تحت پوشش (گروه سنی، نوع بیماری یا معلولیت، نوع خدمات) و با توجه به امکان دسترسی به آن‌ها در تهران و کرج انتخاب شدند و مدیران و کارشناسان آن‌ها که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به مطالعه دعوت شدند.

جمع‌آوری اطلاعات

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، بحث گروهی متمرکز با گروه‌های مختلف مشارکت‌کنندگان و معیار تعداد بحث‌های گروهی، رسیدن به اشباع داده‌ها بود. پس از انجام سه بحث گروهی مجزا با اعضای هیئت علمی هر گروه و یک بحث گروهی با دانشجویان سه گروه و یک بحث گروهی با سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه، اشباع داده‌ها به‌طور تقریبی صورت گرفت. همه بحث‌های گروهی به‌صورت حضوری انجام شد و تنها بحث گروهی با دانشجویان به‌دلیل همه‌گیری کرونا و عدم حضور دانشجویان در دانشگاه به‌صورت مجازی برگزار شد.

ابزار مطالعه، پرسش‌نامه‌ای نیمه‌ساختاریافته شامل سؤالات باز بود که براساس مرور منابع و اهداف مطالعه تهیه شد و

در ایران، پرداختن به پاسخ‌گویی اجتماعی در سیاست‌های مرتبط با آموزش پزشکی در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته و به‌عنوان یکی از اهداف اصلی نظام آموزش پزشکی در ایران تعریف شده است [۳۱]. همچنین «کمیته آموزش پاسخگو و عدالت‌محور» دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه‌ها و اقدامات عملیاتی برای تحقق اهداف خود از جمله بازنگری و تدوین برنامه‌های درسی آموزشی و نظارت بر آن‌ها از منظر پاسخ‌گویی اجتماعی، پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه هدف و تربیت دانشجویان و کارکنان دانشگاهی هوشیار و آگاه درمورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را تعریف کرده است [۳۲].

همان‌طور که اشاره شد، ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش پزشکی توجه‌فراينده‌ای را در سطح بین‌المللی به خود جلب کرده است و مطالعات متعددی بر تدوین و بازنگری برنامه‌های درسی متمرکز شده‌اند [۳۳-۳۵].

در همین حال، در ایران مطالعاتی در رابطه با ملاحظات دانشگاه‌های علوم پزشکی برای پاسخ‌گویی اجتماعی و چالش‌های آن [۳۶، ۳۷] و ضرورت بازنگری برنامه‌های درسی برای تحقق اهداف و ابزارهای مرتبط با آن [۱۵، ۳۸، ۳۹] صورت گرفته است که این مطالعات کمبود توجه در آموزش پزشکی کنونی دانشجویان ایران را نشان می‌دهند [۱۵، ۳۶، ۳۷]. همان‌طور که گفته شد، در حالی که برخی از مطالعات به بررسی مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی در ایران پرداخته‌اند، مطالعه‌ای یافت نشد که بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌صورت عمیق و به‌طور خاص برای علوم توانبخشی متمرکز شده باشد. علاوه بر این، در حال حاضر هیچ ابزار جامعی برای توسعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح ملی برای آموزش پزشکی وجود ندارد. از سوی دیگر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با توجه به مسئولیت و مأموریت خود، سهم بسزایی در توسعه توانبخشی در ایران داشته است.

با توجه به نکات گفته‌شده، اولین قدم برای ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش پزشکی، روشن کردن نیازها و الزامات آموزشی آن است. از این رو، این پژوهش با هدف شناسایی الزامات این ادغام از دیدگاه ذی‌نفعان اصلی آموزش توانبخشی، شامل دانشجویان، اعضای هیئت علمی و سازمان‌های غیردولتی انجام شده است. با پرداختن به این شکاف تحقیقاتی، می‌توانیم به توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد و افزایش پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی کمک کنیم که در نهایت به بهبود نتایج و کاهش نابرابری در حوزه سلامت منجر می‌شود.

روش‌ها

این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی^{۱۱}

11. Conventional content analysis

شدند و مقوله‌های اصلی و زیرمقوله‌ها را تشکیل دادند.

قابلیت اطمینان و استحکام مطالعه

این مطالعه چهار معیار لینکلن و گوبا [۴۱] را برای قابلیت اطمینان و استحکام مطالعه در نظر گرفته است. محققان سعی کردند با تعامل طولانی مدت با داده‌ها، صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تعداد زیاد مصاحبه‌شوندگان (۳۳ مصاحبه)، بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری توسط همتایان از قابلیت اعتبار^{۱۲} اطمینان حاصل کنند. برای قابلیت انتقال^{۱۳}، در انتخاب شرکت‌کنندگان، تنوع بالای تجربیات آن‌ها از گروه‌های مختلف دانشجویان، اعضای هیئت علمی و اعضای سازمان‌های غیردولتی در نظر گرفته شد. برای بهبود قابلیت اعتماد^{۱۴}، جلساتی با تیم تحقیقاتی برگزار شد تا در مورد فرایند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها بحث و چهارچوبی یکسان و هماهنگ برای آن تعیین شود. در نهایت برای دستیابی به قابلیت تأیید و تصدیق^{۱۵}، تمام مراحل تحقیق به‌ویژه تجزیه و تحلیل داده‌ها با جزئیات و بادقت ثبت شد. همچنین چندین مصاحبه، کدها و طبقه‌بندی‌های استخراج‌شده جهت بررسی در اختیار تیم تحقیق قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه کیفی الزامات اصلی ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی را نشان داد. طبقه اصلی شامل دو زیرطبقه الزامات محتوای آموزشی و الزامات محیط و بستر آموزشی بود (جدول شماره ۱).

مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر معتقد بودند برای ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی و عملی کردن آن، نه تنها لازم است در محتوای آموزشی نظری و عملی ارائه‌شده در رشته‌های توانبخشی، بلکه در محیط و بستر آموزشی به‌ویژه آموزش‌های بالینی، الزاماتی مورد توجه قرار گیرند.

الزامات محتوای آموزشی

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، محتوایی که لازم است به دانشجویان حوزه توانبخشی آموزش داده شود، در سه زیرطبقه «دانش»، «مهارت» و «نگرش» قرار می‌گیرد.

الزامات دانشی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان این مطالعه، دانشجویان توانبخشی باید از دانش کافی برای شناخت نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی

سؤالات آن براساس جمع‌آوری و تحلیل هم‌زمان داده‌ها، برای جلسات بعدی بحث‌های گروهی بازبینی شدند. محورهای اصلی پرسش‌نامه شامل تجربه مشارکت‌کنندگان در مورد نقش عوامل اجتماعی سلامت در خدمات حرفه‌ای آنان، آموزش‌های مورد نیاز دانشجویان رشته‌های توانبخشی برای کسب دانش، مهارت‌های ضروری برای انجام مداخلات، تغییر و بهبود نگرش مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، و ویژگی‌های محیط‌های آموزشی دانشجویان برای آشنایی بیشتر و کسب مهارت مداخله در عوامل اجتماعی سلامت بود.

میانگین مدت زمان جلسات حدود ۳ ساعت بود و تمامی جلسات بحث گروهی، با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، به صورت کامل ضبط شدند. پس از پایان هر جلسه بحث گروهی، محتوای آن بلافاصله پیاده‌سازی و تحلیل شد تا مسیر جلسات بعدی مشخص شود. نتایج حاصل از بحث‌های گروهی استخراج و در دو طبقه الزامات و چالش‌های ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی دسته‌بندی شدند. به منظور بررسی مجدد اطلاعات گردآوری‌شده توسط اعضای هیئت علمی دانشگاه، نتایج حاصل از بحث‌های گروهی با ۶ نفر از صاحب‌نظران حوزه توانبخشی که ۳ نفر آن‌ها پیش‌تر در بحث‌های گروهی شرکت کرده بودند و ۳ نفر که پیش‌تر در بحث‌ها مشارکت نداشتند، به اشتراک گذاشته شد تا نظرات اصلاحی و تکمیلی خود را درج کنند. سپس در جلسه‌ای که با حضور ۳ نفر از آن‌ها تشکیل شد، نظرات آن‌ها مجدداً مورد بحث قرار گرفت و نهایی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل محتوای کیفی داده‌های حاصل از بحث‌های گروهی، از فرایند الو و کایناز [۴۰] استفاده شد. در این مرحله برای افزایش اعتبار و دقت مطالعه، تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار MAX-QDA نسخه ۲۰۱۸ صورت گرفتند. هر بحث گروهی بلافاصله پس از اجرا، پیاده‌سازی و وارد نرم‌افزار می‌شد. هنگام مطالعه متن، قسمت‌هایی که محتوای مرتبط با هدف مطالعه داشتند به عنوان واحدهای معنایی مشخص و به صورت اولیه کدگذاری شدند. در ادامه، کدهای اولیه لیست شدند، موارد تکراری یا هم‌معنی با یکدیگر ادغام شدند و کدهای اولیه‌ای که بار معنایی مشابهی داشتند یا بر یک رخداد مشابه دلالت می‌کردند، باهم یک مفهوم اولیه را شکل دادند و در یک سطح انتزاع بالاتر مقوله‌ها را تشکیل دادند. به مرور با اضافه شدن مصاحبه‌های گروهی و در طول تحلیل داده‌ها، هر واحد معنایی که در متن نوشتاری مصاحبه مشخص می‌شد یا هر کد یا مقوله ایجادشده با همه کدهای دیگر مقایسه می‌شد و اگر همگونی مفهومی با سایر مفاهیم یا کدهای اولیه وجود نداشت، کد اولیه جدیدی می‌گرفت و اگر همگونی داشت به کد قبلی اضافه می‌شد تا مفهوم آن غنی شود. مقوله‌ها نیز با توجه به ارتباطشان با یکدیگر در سطوح مختلف دسته‌بندی

12. Credibility
13. Transferability
14. Dependability
15. Confirmability

جدول ۱. طبقه و زیرطبقه اصلی نتایج بحث‌های گروهی «تیزسنجی ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی»

زیرطبقه	طبقه اصلی
۱.۱. الزامات دانشی	۱. الزامات محتوای آموزشی
۲.۱. الزامات مهارتی	
۳.۱. الزامات نگرشی	
۱.۲. الزامات پایه و عمومی بستر آموزشی	۲. الزامات محیط و بستر آموزشی
۲.۲. الزامات بستر آموزش نظری	
۳.۲. الزامات بستر آموزش بالینی	

توانبخشی

توسعه پیدا کند و بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

همچنین شرکت‌کنندگان بر آموزش دانش مرتبط با سبک زندگی پیشگیرانه و درمانی در حوزه توانبخشی تأکید داشتند. از نگاه آن‌ها لازم است درمانگران با آگاهی از بستر زندگی فردی و اجتماعی افراد و انواع روش‌ها و الگوهای پیشگیرانه و درمانی، مداخلات را منطبق با شرایط مراجعان برنامه‌ریزی کنند. همچنین در ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در برنامه آموزش توانبخشی حتماً می‌بایست سطح‌بندی خدمات و سیستم ارجاع بیماران و تفکیک خدمات براساس سطوح پیشگیری در نظر گرفته شود.

«فعالیت فیزیکی یه زیرشاخه‌ای از سبک زندگی، یعنی بخواهیم واقعاً لایف‌استایل رو درست نگاه بکنیم ... خودش به مسائل اجتماعی ما خیلی مرتبطه» (فیزیوتراپیست).

ضرورت افزایش دانش مرتبط با اصول اخلاقی و حقوق بیماران نیز مورد تأکید بسیاری از مشارکت‌کنندگان بود.

«دانشجو هم باید آموزش ببینه که جایگاه خودش رو به‌عنوان کاردرمان تو سیستم نظام سلامت بدونه ... بعضی پیشروی می‌کنن تو مسائل خصوصی خانواده ... شما به‌طور قانونی اجازه صحبت داری؟ اجازه ارزیابی داری؟ اجازه فعالیت در کجا داری؟» (کاردرمانگر).

الزامات مهارتی

جدول شماره ۳ الزامات مهارتی برای ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی و زیرطبقه آن را براساس یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان این مطالعه، در محتوای آموزش توانبخشی دانشگاه‌ها، کسب مهارت‌های فردی و مهارت‌های زندگی از جمله خودآگاهی، اعتمادبه‌نفس، عزت نفس، کنترل خشم و جرأت‌مندی، هم برای اقدامات مبتنی بر مشارکت تیمی دانشجویان با سایر متخصصان و کار با خانواده‌های درگیر آسیب‌های مختلف و شدید، بسیار ضروری است و هم مانع تأثیر منفی وضعیت فردی و اجتماعی

سلامت برخوردار باشند. مهم‌ترین حوزه‌های این دانش در **جدول شماره ۲** آمده است. آن‌ها بر لزوم فراگیری دانش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نقش آن در خدمات توانبخشی شامل دسترسی به خدمات، اثربخشی مداخلات توانبخشی و تمکین به درمان تأکید کردند. تجارب اساتید، دانشجویان و نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد نشان می‌دهد عوامل مختلف اجتماعی چون جنسیت، قومیت، زبان، تحصیلات و آگاهی مراجعین و خانواده‌ها و فرهنگ و هنجارهای جامعه از جمله انگ‌های اجتماعی نسبت به معلولیت، نقش بسیار قابل توجهی در دسترسی بیماران به خدمات توانبخشی دارد.

«خیلی وقت‌ها این‌ها از انگ اجتماعی می‌ترسند، دو ساله داره بچه‌اش رو میاره میگه که خانواده من نمی‌دونن و من یواشکی میام، چون نمی‌خوام انگ بخوره که بچه‌ها یه مشکلی داره» (گفتاردرمانگر).

همچنین وضعیت اقتصادی و دسترسی به منابع حمایتی اقتصادی در وضعیت سلامت اهمیت زیادی داشته و آموزش توانبخشی باید دانش لازم در این حوزه را فراهم سازد.

«کسی که مثلاً دچار یک کم‌درد حاده اگر احساس بکنه که یک هفته هم سر کار نره مشکلی نداره، اتفاقاً این دردش کمتر میره به سمت کرونیک شدن و این کاملاً اثبات شده است، پس بنابراین خیلی خیلی مسائل اجتماعی تأثیرگذارن» (فیزیوتراپیست).

شرکت‌کنندگان این مطالعه بر اهمیت مفاهیم مرتبط با چهارچوب طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت^{۱۶} (ICF) مانند تعریف جامع و کل‌نگر از سلامت و معلولیت، نقش عوامل محیطی و اجتماعی در عملکرد و مشارکت افراد، و معلولیت و توانبخشی در بستر اجتماع و خانواده تأکید داشتند. آن‌ها این دیدگاه را هم‌راستا با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌دانستند، اما معتقد بودند که لازم است مفهوم آن در آموزش

16. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)

جدول ۲. زیرطبقات «الزامات دانشی» جهت ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی

زیرطبقه ۱	زیرطبقه ۲	زیرطبقه ۳
دانش نظری و پایه برای اقدام در رابطه با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	دانش مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نقش آن‌ها در خدمات توانبخشی	تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت خدمت‌دهنده (دانشجو) بر ارائه خدمات شناخت و ارزیابی وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت خدمت‌گیرنده
مداخلات آموزشی متفاوت متناسب با رشته‌های مختلف توانبخشی	دانش تخصصی توانبخشی در چهارچوب طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد ناتوانی و سلامت (ICF)	تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر اثربخشی مداخلات تخصصی
لحاظ کردن سطح‌بندی خدمات و سیستم ارجاع در محتوای آموزشی	مداخلات آموزشی متفاوت متناسب با رشته‌های مختلف توانبخشی	تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر پیگیری روند درمان (تکمیل درمان)
دانش مرتبط با اصول اخلاقی و حقوق بیماران	تهدیه محتوای آموزشی اختصاصی متناسب با هر یک از سطوح خدمات توانبخشی	آموزش با رویکرد تیمی
دانش مرتبط با سبک زندگی پیشگیرانه و درمانی در حوزه توانبخشی		

توانبخشی

فرهنگی و اجتماعی پیدا کنند. به‌علاوه، جهت اطمینان از شناخت جامع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ارزیابی‌های دوره‌ای انجام دهند. یک مهارت مورد لزوم دیگر، مهارت تدوین تخصصی برنامه درمانی با توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. دانشجویان باید آموزش داده شوند تا پس از ارزیابی جامع صورت گرفته، بتوانند مداخلاتی متناسب با این عوامل و ظرفیت‌های اجتماعی موجود ارائه دهند.

«من می‌دونم به‌عنوان کاردرمانگر این روشی که دارم برای درمان درسته، اما اون بیمار به توالی فرنگی دسترسی نداره هیچ وقت، خب باید اینو بپرسیم که آیا بلده استفاده کنه؟ یعنی تو اون درس باید این لحاظ بشه که دانشجو چطور باید این عوامل رو ارزیابی کنه» (کاردرمانگر).

با توجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان، در حال حاضر دانش و شواهد کافی از تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی در حوزه توانبخشی وجود ندارد و این موضوع ضرورت انجام انواع تحقیقات کمی و کیفی و انتشار نتایج در این حوزه را نشان می‌دهد. همچنین متخصصان توانبخشی نقش مهمی در تعامل با سازمان‌های متولی حوزه توانبخشی برای رساندن صدای مشکلات و محرومیت‌های توانبخشی برای گروه‌های مختلف جامعه دارند. آن‌ها باید مهارت‌های مطالبه‌گری، لابی‌گری و مذاکره را بیاموزند و برای اعمال اصلاحات ضروری و تحقق حقوق مسلم افراد و به‌کارگیری ظرفیت‌های موجود به نفع بیماران و خانواده‌های آنان استفاده کنند.

«یه بخشی از آموزش رو حالا چه توی کلینیک چه توی آموزش‌های دانشجویی سعی می‌کنم توی پیدا کردن خیره‌ها

درمانگر بر ارائه خدمات می‌شود. همچنین دانشجویان و درمانگران باید علاوه بر مهارت‌های تخصصی، مهارت‌های برقراری ارتباط و همدلی با مراجعین و خانواده‌ها را بیاموزند. آن‌ها باید مهارت‌های جلب اعتماد و مشارکت خدمت‌گیرنده و خانواده را کسب کنند. زمانی این اعتماد و همراهی به‌طور کامل صورت می‌گیرد که خود خدمت‌گیرنده و خانواده وی نیز در فرایند درمان مشارکت داده شوند. به‌علاوه، درمانگران باید به مسائل فرهنگی و اجتماعی حساس باشند و بیاموزند که با گروه‌های مختلف سنی به‌ویژه کودکان و سالمندان چگونه ارتباط برقرار کنند.

«در برخی از اختلالات گفتار ... شرایط خانوادگی خیلی می‌تونه تأثیر گذار باشه، یعنی اینکه کودک تو چه شرایط، تو چه محیطیه، استرس محیط چقدر هست، ... و افزایش این مهارت تو دانشجوها فکر می‌کنم می‌تونه خیلی کمک‌کننده باشه» (گفتاردرمانگر).

بر اساس یافته‌های مطالعه و با توجه به رویکرد چندجانبه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، از دیگر مهارت‌های مورد نیاز مهارت‌های مرتبط با کار تیمی است.

«ما اکثر افرادی که بهمون مراجعه می‌کنن معمولاً مجموعه‌ای از نواقص رو باهم دارن، یعنی ... مراجعین آفازی هم به خدمات اس‌ال‌پی نیاز دارن، هم به کاردرمان و هم به فیزیوتراپ ... و اون تعامل بین درمانگران مختلف می‌تونه کمک‌کننده باشه» (دانشجو).

دانشجویان هنگام مواجهه با بیماران باید بتوانند ابعاد مختلف تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را در آن‌ها ارزیابی کنند و با توجه به این عوامل، تصویری از بیمار در بسترهای مختلف

جدول ۳. زیرطبقات «الزامات مهارتی» جهت ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی

زیرطبقه ۱	زیرطبقه ۲	زیرطبقه ۳
مهارت‌های پایه و اساسی برای اقدام در رابطه با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	مهارت‌های زندگی و فردی مهارت مطالعه و تحقیق در رابطه با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و توانبخشی مهارت‌های ثبت، انتشار و ارائه اطلاعات	مهارت معرفی رشته‌های توانبخشی برای گروه‌های هدف متخصص و عموم مردم مهارت گزارش‌نویسی برای متخصصان مختلف
	مهارت کار تیمی	
	مهارت‌های ارتباط و همدلی با خدمت‌گیرنده و خانواده	مهارت‌های ارتباط با گروه‌های مختلف سنی مهارت‌های رعایت پوشش و ظاهر درمانگر مهارت‌های توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی در ارتباط با خدمت‌گیرنده
	مهارت‌های جلب اعتماد و مشارکت خدمت‌گیرنده و خانواده	
	مهارت‌های آموزشی به خدمت‌گیرنده و خانواده	
	مهارت ارزیابی وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در خدمت‌گیرنده	
	مهارت تدوین تخصصی برنامه درمانی با توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	
	مهارت‌های ارتباطی در منزل	
	مهارت طراحی مداخلات و فعالیت‌های معنی‌دار برای مشارکت روزمره فرد	
	مهارت متناسب‌سازی خدمت و هوم‌مادیفیکیشن	
	مهارت‌های مرتبط با توانبخشی مبتنی بر جامعه	
	مهارت ارائه خدمات توانبخشی از راه دور	
	مهارت آموزش اصول ارتباطی با مراجعان به تمام کادر درمانی و اجرایی	
	مهارت‌های لابی‌گری، مذاکره، حمایت‌گری و مطالبه‌گری	
	مهارت منبع‌یابی، حمایت‌یابی و ارجاع با توجه به نیازهای خدمت‌گیرنده	

توانبخشی

قرار بدم و اینکه چون ارتباط یک درمانگر، یک مقام مسئول با اون خیریه خیلی ارتباط مؤثرتریه تا خود فرد بره بگه من مشکل دارم» (گفتار درمانگر).

الزامات نگرشی

مشارکت‌کنندگان تأکید بسیار داشتند که لازمه به‌کارگیری دانش و مهارت‌های مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، داشتن نگاهی جامع و کل‌نگر به مراجعان به‌عنوان انسان‌هایی با همه ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و معنوی است.

«تنها تعریفی که داریم تعریف سازمان بهداشت جهانی هست که نمیشه [سلامت] یک وضعیتی از رفاهه. می‌گه یک وضعیتی از حال خوبه، ... یعنی سلامت state of well-being و حال خوش جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت»

(عضو سازمان مردم‌نهاد).

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، با توجه به چالش‌ها و مشکلات اجرایی زیادی که در ارائه خدمات در حوزه توانبخشی وجود دارد، تنها با آموزش و نهادینه کردن رویکردهای اخلاق‌مدار، عادلانه و حق‌محور به بیماران و خانواده‌ها می‌توان اطمینان پیدا کرد که دانشجویان در آینده خدماتی اثربخش در راستای تحقق عدالت در سلامت ارائه می‌دهند. همچنین لازم است متخصصان حوزه توانبخشی رویکرد کل‌نگر و سیستمی به نظام سلامت داشته باشند؛ به این معنا که خدمات سلامت را در قالب سیستمی یکپارچه و متصل به هم در نظر گرفته و نیازهای متنوع و جامع بیماران را پوشش دهند. رویکردهای نوین توانبخشی نیز همگی بر رویکرد توانمندسازی افراد دارای معلولیت و نیازمند خدمات توانبخشی تمرکز دارند که لازمه آن را ایجاد بسترهای مناسب جهت مشارکت و فعالیت این افراد توسط جامعه می‌دانند. از

جدول ۴. زیرطبقات «الزامات محیط و بستر آموزشی» جهت ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی

زیرطبقه ۱	زیرطبقه ۲
الزامات پایه و عمومی بستر آموزشی	لزوم وجود رویکرد و سیاست‌های آموزشی کل‌نگر و جامع جهت ادغام آموزش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
	لزوم آموزش اولیه اساتید در رابطه با مفاهیم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
	لزوم تعریف فرایند گزینش در انتخاب دانشجویان توانبخشی
	لزوم ارزشیابی دانشجویان با توجه به دانش و مهارت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در توانبخشی
	در اولویت قرار دادن پژوهش در زمینه چگونگی ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی
الزامات بستر آموزش نظری	لزوم بازبینی و به‌روزرسانی دروس تخصصی برای اعمال مفاهیم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
	لزوم بازبینی و تغییر کوریکولوم آموزشی رشته‌های توانبخشی جهت ادغام آموزش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (از جمله یکپارچگی مفاهیم عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت در تمام دروس)
	لزوم لحاظ کردن رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهیه محتوای گایدلاین‌ها و راهنماهای بالینی، آموزش این گایدلاین‌ها و راهنماها و استفاده از آن‌ها در عرصه عمل
	لزوم ارائه آموزش‌ها و دروس تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌صورت پیش‌نیاز برای مقاطع کارشناسی و ارائه آموزش‌ها و دروس تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌صورت دروس تخصصی برای مقاطع بالاتر
	لزوم آموزش و تمرین عملی دانش به‌کارگیری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
	لزوم ایجاد مراکز درمانی نمونه در به‌کارگیری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
	لزوم توجه به شاخص‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظارت و ارزشیابی مراکز
الزامات بستر آموزش بالینی	لزوم کاهش حجم خدمت‌گیرندگان و افزایش زمان ویزیت برای توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
	لزوم وجود بستر کار تیمی برای متخصصان مختلف توانبخشی و سلامت اجتماعی و روانی
	لزوم وجود سازوکارهای سرپرستی برای توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کار بالینی
	لزوم ایجاد بستر و زمینه حضور و مشارکت خانواده در مراکز درمانی
	لزوم حضور دانشجویان در فیلدهای متنوع در مناطق و بسترهای مختلف

توانبخشی

برخوردار باشد. این الزامات در ۳ زیرطبقه «الزامات پایه و عمومی بستر آموزشی»، «الزامات بستر آموزش نظری» و «الزامات بستر آموزش بالینی» دسته‌بندی شدند (جدول شماره ۴).

الزامات پایه و عمومی بستر آموزشی

مشارکت‌کنندگان عنوان کردند که یکی از الزامات پایه و عمومی بستر آموزشی، آموزش اساتید رشته‌های توانبخشی در مورد مفاهیم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و چگونگی اقدام در سطوح مختلف با این رویکرد است. این کار سبب می‌شود اساتید بتوانند این آموزش‌ها را به‌صورت مؤثرتری به دانشجویان منتقل کنند. همچنین آموزش‌های نظری و بالینی ارائه‌شده زمانی از اثربخشی لازم برخوردار خواهند شد که دانش و مهارت تعیین‌کننده‌های اجتماعی نظری و بالینی دانشجویان سنجش و ارزشیابی شوند.

الزامات بستر آموزش نظری

مشارکت‌کنندگان معتقدند علاوه بر اینکه لازم است تمام سرفصل‌ها و دروس فعلی براساس منابع به‌روز و علمی مرتبط

دیدگاه مشارکت‌کنندگان، متخصصان حوزه توانبخشی باید در نظر بگیرند که خدمت‌گیرندگان آن‌ها فراتر از مراجعه‌کنندگان به مراکز تخصصی توانبخشی هستند. براساس رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه، لازم است خدمات تخصصی باتوجه به بستر موجود و با مشارکت جامعه محلی مناسب‌سازی شوند تا قابل دسترسی و استفاده باشد.

«همان مسائلی را که تحت عنوان مشکلات اجتماعی برشمردید، از دسترسی، درآمد، آگاهی ... همه این‌ها باعث شده است که بسیاری از افراد به این خدمات دسترسی نداشته باشند ... به‌جای اینکه مردم را به کلینیک، بیمارستان یا مراکز بیاریم متخصصین رو به داخل جامعه بفرستیم که خدمت را ارائه بدهند» (کاردرمانگر).

الزامات محیط و بستر آموزشی

براساس یافته‌های مطالعه، جهت ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش توانبخشی، بستر و محیط آموزش نظری و بالینی توانبخشی نیز باید از شرایط و ویژگی‌هایی

رو بفرسته بره شهرداری بگه آقا ما فضای ورزشی می‌خوایم {...} باید یه جاهایی به‌عنوان تیپ شروع به کار بکنن» (عضو سازمان مردم‌نهاد).

همچنین مشارکت‌کنندگان معتقد بودند باتوجه به حجم بالای بیماران، زمان بسیار کمی به هر بیمار اختصاص داده می‌شود. این مسئله، امکان اینکه دانشجویان و درمانگران در محیط‌های بالینی در بازه زمانی محدود بتوانند به تمرین ارزیابی و مداخله در چهارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی بپردازند را کاهش می‌دهد. به این جهت، آن‌ها بر لزوم کاهش تعداد خدمت‌گیرندگان و افزایش زمان ویزیت برای توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تأکید داشتند.

براساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، رویکرد بین‌بخشی و کل‌نگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، تنها زمانی می‌تواند به‌صورت کامل در مراکز درمانی دانشگاه‌ها پیاده شود و دانشجویان آموزش‌های موردنظر را عملیاتی کنند که بستر کار تیمی برای متخصصان مختلف توانبخشی و سلامت اجتماعی و روانی فراهم باشد، به‌ویژه مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان در مراکز با یکدیگر تعامل داشته باشند. این متخصصان باید در تعامل با یکدیگر به مراجعان خدمات همه‌جانبه و هماهنگ ارائه دهند. همچنین آن‌ها تأکید داشتند که لازم است تمامی متخصصانی که به‌عنوان تیم در مراکز خدمت می‌کنند، در حوزه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت آموزش دیده باشند تا رویکرد و عملکردی هماهنگ در این حوزه داشته باشند.

«آخرین نکته هم هدایت بچه‌ها به کار تیمیه، یعنی خیلی از این‌ها، اگر کنار یک فیزیوتراپیست بتونن یک مشاوره از روان‌شناس، مددکار یا روان‌پزشک بگیرن و در عمل اجرا کنن، بسیار بسیار کمک‌کننده خواهد بود» (فیزیوتراپیست).

مشارکت‌کنندگان معتقدند در کل فرایند کارورزی باید سازوکارهای سرپرستی برای توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کار بالینی دانشجویان فراهم باشد. لازمه آن این است که سرپرستانی آموزش دیده، نظارت و در صورت لزوم حمایت‌ها و راهنمایی‌های لازم را ارائه دهند.

یافته‌ها نشان می‌دهند با وجود نقش مهم مشارکت خانواده در ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش، شرایط مراکز درمانی و شیوه ارائه خدمت در آن‌ها به‌گونه‌ای نیست که برای حضور و مشارکت خانواده در فرایند توانبخشی مناسب باشد. به این جهت، لزوم ایجاد بستر و زمینه حضور و مشارکت خانواده در مراکز درمانی از دیگر الزاماتی است که موردتوجه مشارکت‌کنندگان این مطالعه قرار گرفته است.

«توی کارورزی کارشناسی، ما ارتباط زیادی با خانواده نداشتیم فقط مراجع میومد خانواده پشت در ... حالا [درمورد] کسانی که

با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مورد بازبینی قرار گیرند، باید یکپارچگی و هماهنگی در رابطه با این مفاهیم در تمام دروس مرتبط وجود داشته باشد. این رویکرد سبب می‌شود هم ضرورت آن در دروس مختلف تکرار شود و هم دانشجویان نگاه یکپارچه به موضوع پیدا کنند. یکی از منابع آموزشی مهم در حوزه توانبخشی گایدلاین‌ها و راهنماهای بالینی است که در مراکز ارائه‌دهنده خدمت، مبنای عمل دانشجویان هستند. لازم است محتوای آموزشی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در این گایدلاین‌ها و راهنماهای بالینی نیز گنجانده شود. لزوم ارائه آموزش‌ها و دروس تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت متناسب با مقاطع تحصیلی مختلف از دیگر الزاماتی بود که توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد.

«در سطح کارشناسی که دانشجویها بیشتر درگیر کارورزی و دروس عملی هستند، ارائه دروس تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌صورت پیش‌نیاز برای افزایش دانش و تغییر نگرش دانشجویها می‌تونه بسیار کمک‌کننده باشه، ... ولی در مقاطع بالاتر جزء دروس تکمیلی و تخصصی تعریف بشه» (فیزیوتراپیست).

الزامات بستر آموزش بالینی

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد در کنار الزامات آماده‌سازی بستر آموزش نظری، آموزش بالینی دانشجویان توانبخشی نیز باید از شرایط و ویژگی‌های خاصی برخوردار باشد. در این رابطه، برخی از مشارکت‌کنندگان عنوان کردند که آموزش‌های عملی می‌توانند بیانگر کاربردی بودن آموزش‌های نظری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای دانشجویان باشند. این امر انگیزه دانشجویان را برای یادگیری و اثربخشی آموزش‌ها تقویت می‌کند.

«اگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت وارد کوریکولوم آموزشی بشه ولی دانشجو ندونه که از نظر عملی چقدر می‌تونه این آموزش‌ها مفید باشه، ... و چه سودی برای کارشون داره خیلی ممکنه رغبتی نشون ندن» (فیزیوتراپیست).

براساس دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، یکی از این الزامات ایجاد مراکز درمانی نمونه در به‌کارگیری تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. در این زمینه مشارکت‌کنندگان معتقد بودند برای آنکه دانشجویان بتوانند دانش و مهارت آموزش داده‌شده را در اقدامات حوزه توانبخشی در دوران دانشجویی و پس از آن به کار گیرند، لازم است دانشگاه‌ها نمونه‌های واقعی مراکز توانبخشی که رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در توانبخشی را عملیاتی کرده‌اند، فراهم کنند. دانشجویان برای کسب تجربه عملی باید در چنین محیط‌هایی آموزش ببینند.

«اگر من [دانشجو] میرم مشاهده، برم مشاهده کلینیکی که مددکار توش نشسته، مشاهده کلینیکی که استادش داره زد و خورد می‌کنه فضای ورزشی بگیره از مثلاً شهردار، اصلاً دانشجو

بر اساس الزامات ادغام رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش علوم توانبخشی دسته‌بندی شده است.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد دانشجویان توانبخشی باید درک کاملی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت داشته باشند. بسیاری از شرکت کنندگان اهمیت شناخت تأثیر عوامل اجتماعی مانند جنسیت، قومیت، زبان، تحصیلات و هنجارهای فرهنگی بر دسترسی بیماران به خدمات توانبخشی را تأیید کردند.

شرکت کنندگان برخی از تجربیات زندگی خود در مورد نقش مهم عوامل اقتصادی بر نتایج سلامتی بیماران را به اشتراک گذاشتند و به مواردی اشاره کردند که در آن‌ها ثبات مالی بر بهبود بیماری‌هایی مانند درد حاد کمر تأثیر گذاشته است. این یافته توسط مطالعاتی تأیید می‌شود که نشان می‌دهند مشکلات اقتصادی می‌توانند شرایط سلامتی را تشدید کرده و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ضروری را محدود کنند [۴۲]. در این زمینه، نشان داده شده است ادغام تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند به‌طور قابل توجهی توانایی دانشجویان در پرداختن به نابرابری‌های بهداشتی را افزایش دهد. آن‌ها استدلال می‌کنند که برنامه‌های آموزشی باید دانش لازم را ارائه دهند و مهارت‌های تفکر انتقادی را تقویت کنند که به دانشجویان امکان می‌دهد این دانش را در محیط‌های واقعی به کار گیرند [۴۳]. این یافته بر اهمیت درک نقش وضعیت اقتصادی و دسترسی به حمایت مالی بر نتایج سلامتی بیماران توسط دانشجویان رشته علوم توانبخشی در دانشگاه‌ها تأکید می‌کند.

با وجود توافق شرکت کنندگان در مورد اهمیت تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر ارائه خدمات و مراجعین، به‌کارگیری این عوامل نیازمند مجموعه‌ای پیچیده و درهم‌تنیده از الزامات در سطوح مختلف است. بنابراین، بحث در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح دانشگاهی نیازمند رویکردی جامع و تغییراتی در محتوای آموزشی و محیط آموزش است. اکثر شرکت کنندگان بر این باور بودند که دانشجویان باید دانش کافی در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت داشته باشند تا بتوانند این مفاهیم را در آموزش توانبخشی ادغام کنند. از این رو، توصیه شد برنامه‌های درسی جدید تدوین شود، برنامه‌های موجود بازبینی شوند و روش‌های تدریس و ارزیابی تغییر کنند تا بتوانند راهنمایی برای آموزش دهندگان و اساتید حوزه توانبخشی باشند. این یافته‌ها با مطالعات دیگر همخوانی دارند [۲۹، ۳۶]. علاوه بر این، هم‌راستا با مطالعه‌ای دیگر که مبتنی بر ادغام برنامه درسی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در یک دوره اصلی کارآموزی پزشکی اورژانس بود، یافته‌های مطالعه ما نیز بیشترین تأکید را بر آموزش عملی این مفاهیم در یک زمینه بالینی دارند [۳۴]. برخی از شرکت کنندگان اظهار داشتند که ارائه آموزش نظری در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به دانشجویان بدون آموزش عملی این مفاهیم به بیماران

فارغ‌التحصیل شدن زیاد می‌بینم... اصلاً خانواده بیمار توی جلسه درمانش حاضر نیست، یعنی پشت در میشینه و نمی‌دونه که داخل جلسه درمان چه اتفاقی می‌وفته» (دانشجو).

«لزوم حضور دانشجویان در زمینه‌های متنوع در مناطق و بسترهای مختلف» به‌عنوان یکی از الزامات آموزش بالینی دانشجویان مورد اشاره قرار گرفته است، زیرا مشارکت کنندگان معتقدند دانشجویان زمانی خواهند توانست آموزش‌های نظری و مهارتی در حوزه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را به کار بگیرند که با خدمت‌گیرندگانی با عوامل اجتماعی متنوع و در بسترهای آموزشی متنوعی که انواع عوامل در آن‌ها وجود دارد، مواجه شده باشند. این مواجهه آن‌ها را قادر می‌سازد که دانش و مهارت‌های آموخته‌شده خود را عملیاتی کنند.

«ببینید ما باید برای دانشجویانمون یک شرایطی رو فراهم کنیم (چون این گپ کار ماست) که دانشجویهای خصوصاً کاردرمانی در مدارس حضور بیشتر داشته باشند. من می‌دونم گفتاردرمانی این حضور رو داره، یک مدتی ارتوپدی فنی هم در مدارس بود با عنوان کفش طبی و کفی مناسب بررسی می‌کرد» (کاردرمانگر).

در نهایت بر اساس دیدگاه مشارکت کنندگان، یکی از عواملی که می‌تواند باعث شود تا مراکز که دانشجویان در آن کارورزی و آموزش بالینی خود را می‌گذرانند، به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت توجه داشته باشند و زمینه آموزش عملیاتی آن را برای دانشجویان فراهم سازند، نظارت و ارزشیابی خود این مراکز با توجه به این رویکرد و لزوم توجه به شاخص‌های تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در نظارت و ارزشیابی مراکز است.

بحث

پرداختن به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، در ارائه خدمات توانبخشی نیازمند اقدامات گسترده و همکاری بین بخش‌های مختلف از جمله آموزش، رفاه و اشتغال در سطوح محلی، استانی و دولتی است. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در خط مقدم نقشی حیاتی در دستیابی به این هدف دارند. با این حال، آن‌ها باید به خوبی با تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی بر نتایج سلامت جامعه و نحوه پرداختن به این مسائل در عمل آشنا باشند. این مطالعه با هدف بررسی نیازها و الزامات آموزشی برای ادغام تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش علوم توانبخشی در سطح دانشگاهی انجام شده است. تاجایی که ما می‌دانیم، این اولین مطالعه‌ای است که بر درک نیازهای آموزشی ارائه‌دهندگان خدمات توانبخشی تخصصی در رابطه با تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت تمرکز دارد. این مطالعه بر توسعه مهارت‌های پاسخ‌گویی اجتماعی و توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در فرایند ارائه خدمات تأکید دارد. این مطالعه برنامه‌های آموزشی توانبخشی در رشته‌های منتخب از جمله گفتاردرمانی، کاردرمانی و فیزیوتراپی را مورد بررسی قرار داده است. یافته‌های این مطالعه

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اتخاذ کند که شامل توسعه محتوای مناسب، ارائه پلتفرم‌های آموزشی در خانواده‌ها و جوامع، تسهیل درگیر کردن و مشارکت خانواده‌ها در محیط‌های بالینی، و اجرای نظارت و ارزیابی مناسب می‌شود. این یافته‌ها با مشاهدات کلیدی که نشان می‌دهند سیستم آموزش سلامت در سطح تحصیلات تکمیلی نیاز به ارزیابی با مسئولیت اجتماعی دارد، همخوانی دارد تا اطمینان حاصل شود که آموزش توانبخشی بر توانمندی‌های لازم تأکید دارد و فارغ‌التحصیلان دارای ویژگی‌های مطلوب هستند [۳۹].

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر، ضرورت آموزش مربیان یا اساتید و دریافت‌کنندگان خدمات بود. اساتیدی که با مفاهیم و اهمیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در مراقبت‌های بهداشتی آشنا هستند، می‌توانند به‌روشنی تأثیر این عوامل را بر سلامت افراد در دوره‌های مختلف توانبخشی توضیح دهند. این یافته با مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد [۴۸] همسوست که بر آموزش اساتید دانشگاهی از طریق کارگاه‌های دوره‌ای برای ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش پزشکی تأکید داشت. با توجه به دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، دریافت‌کنندگان خدمات نیز باید با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و اثرات آن آشنا شوند. این دانش می‌تواند به‌طور مؤثر از معلولیت‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت جلوگیری کند. همچنین می‌تواند آن‌ها را با اهمیت توجه ارائه‌دهندگان خدمات به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده در طول غربالگری و ارائه خدمت آشنا کند، تعامل بین دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات را در مراکز توانبخشی بهبود بخشد و کیفیت خدمات را افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

در نهایت، می‌توان گفت این یافته‌ها می‌توانند به اساتید و آموزش‌دهندگان کمک کنند تا محتوا و ساختار برنامه درسی را توسعه دهند و بسترهای کارورزی را به چالش بکشند تا استراتژی‌هایی جهت ارزیابی تأثیر آموزش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر نتایج در سطح بیمار و جامعه به کار گیرند. در این پژوهش پرداختن به نیازها و الزامات پاسخ‌گویی اجتماعی و در نظر گرفتن تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در آموزش علوم توانبخشی، زمینه‌ای برای تحقیقات بیشتر از جمله بررسی وضعیت فعلی رشته‌های توانبخشی در دانشگاه‌های مختلف با توجه به الزامات تعریف‌شده، تحقیق در مورد روش‌های مؤثر تدریس و رویکردهای یادگیری برای ذی‌نفعان مختلف و بررسی بهترین الگوها و استخراج چالش‌های این زمینه است.

این مطالعه کیفی با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. در وهله اول، جلسات گروهی برگزار شده در مطالعه ما نشان‌دهنده همه دانشگاه‌های پزشکی/توانبخشی و کارکنان حوزه سلامت در سطح

و بدون تبدیل آن‌ها به مهارت‌های عملی، چنین آموزشی را بی‌اثر خواهد کرد.

هم‌راستا با سایر مطالعات [۴۴، ۴۵]، نتایج ما نشان داد آموزش دانشجویان رشته‌های علوم توانبخشی درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نه تنها آن‌ها را با نقش این تعیین‌کننده‌ها در پیامدهای مختلف سلامت آشنا می‌کند، بلکه آن‌ها را قادر می‌سازد تا در سطوح مختلف از جمله سطح بیمار، اقدام و اجتماع، مداخله کنند. علاوه بر این، این آموزش‌ها در آن‌ها نگرشی ایجاد می‌کند که با آگاهی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و ایجاد مهارت‌هایی مانند حمایت، لابی‌گری، مذاکره و مهم‌تر از همه، همکاری بین‌رشته‌ای و بین‌بخشی، می‌توانند به‌طور مؤثری برای بهبود سلامت افراد و جامعه و کاهش نابرابری‌های سلامت عمل کنند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کنار آموزش‌های نظری و بنیادی در نظر گرفته شود و آموزش‌های بالینی بر طراحی بسته‌های مداخله آموزشی تمرکز کنند.

در این راستا، توسعه یک چهارچوب برای ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در برنامه آموزشی علوم توانبخشی در دانشگاه‌ها باید سه حوزه اصلی را شامل شود: آموزش، همکاری با جامعه، و اطمینان از همسویی سیاست‌ها و مسئولیت‌ها برای همه ذی‌نفعان [۴۶]. یک برنامه درسی که بر توسعه مسئولیت اجتماعی در متخصصان حوزه توانبخشی تمرکز دارد، نیازمند رویکردهای آموزشی نوآورانه، همکاری و تحول‌گراست. همان‌طور که در مطالعات مشابه توصیه شده است [۱۰]، بحث‌های اولیه برای توسعه یا بازنگری برنامه‌های آموزشی باید بر این تمرکز داشته باشند که چگونه برنامه درسی می‌تواند بهترین فرصت‌ها را برای آگاهی و مسئولیت اجتماعی ایجاد کند.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان، بسیاری از مفاهیم مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، در برنامه درسی فعلی رشته توانبخشی اعمال شده‌اند، به‌ویژه در درس چهارچوب طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF). این دیدگاه در مطالعه‌ای نیز منعکس شده است که از ICF به‌عنوان یک مدل جامع حمایت می‌کند که می‌تواند با در نظر گرفتن عوامل فردی و اجتماعی، ارائه خدمات توانبخشی را بهبود بخشد [۴۷]. باین حال، شرکت‌کنندگان این مطالعه معتقد بودند این مفاهیم به دلیل نبود یک محیط مناسب و انگیزه، به اقدامات و تغییرات واقعی تبدیل نمی‌شوند. علاوه بر این، به یک محیط آموزشی مناسب، مانند اعضای هیئت علمی و سرپرستان واجد شرایط، امکانات لازم و یک فضای کار تیمی، به‌عنوان عوامل ضروری برای آموزش مؤثر نیاز است.

همچنین شرکت‌کنندگان اظهار کردند که سیستم آموزش توانبخشی در دانشگاه‌ها باید سیاست‌های منسجمی مبتنی بر

ملی نیست. همچنین اعضای هیئت علمی دانشگاه و دانشجویان همه گروه‌های توانبخشی در این مطالعه وارد نشدند. در نهایت، تخصص مشارکت‌کنندگان مطالعه به زمینه‌های فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی محدود بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با کد IR.USWR.REC.1400.287 ثبت شد. همه بحث‌های گروهی انجام‌گرفته با کسب اجازه شفاهی از مشارکت‌کنندگان ضبط شد. در گزارش بحث‌ها، نام یا اطلاعات دیگری که هویت مشارکت‌کنندگان را مشخص نماید نوشته نشد.

حامی مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی صورت گرفته است (شماره گرنت: ۲۶۷۷/ت/۰۰).

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: مروئه وامقی، مرضیه تکفلی، آمنه ستاره فروزان؛ تحقیق و بررسی: مروئه وامقی، زهرا جرجان شوشتری، گیتی بهرامی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: مرضیه تکفلی، زهرا جرجان شوشتری؛ روش‌شناسی: مروئه وامقی و آمنه ستاره فروزان؛ نظارت و اعتبارسنجی: آمنه ستاره فروزان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از دانشجویان، اعضای هیئت علمی و مؤسسات مردم‌نهاد مشارکت‌کننده در طرح اعلام می‌دارند.

References

- [1] Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995. [Link]
- [2] Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandinco FD, et al. Measuring social accountability in health professional education: Development and international pilot testing of an evaluation framework. *Medical Teacher*. 2013; 35(1):32-45. [DOI:10.3109/0142159X.2012.731106]
- [3] Rourke J. Social accountability: A framework for medical schools to improve the health of the populations they serve. *Academic Medicine*. 2018; 93(8):1120-4. [DOI:10.1097/ACM.0000000000002239]
- [4] Rourke J. Social accountability in theory and practice. *Annals of Family Medicine*. 2006; 4(Suppl 1):S45-8; discussion S58-60. [DOI:10.1370/afm.559]
- [5] Rourke J. AM last page. Social accountability of medical schools. *Academic Medicine*. 2013; 88(3):430. [DOI:10.1097/ACM.0b013e3182864f8c]
- [6] Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Practising social accountability: From theory to action. *Canadian Family Physician*. 2016; 62(1):15-8. [PMID] [PMCID]
- [7] Nortjé N, Jocelene DJ. Professionalism-A case for medical education to honour the societal contract. *South African Journal of Occupational Therapy*. 2017; 47(2):41-4. [DOI:10.17159/231-3833/1017/v47n2a7]
- [8] Resseguie AM. Physician professional communication: A cultural competence focus [PhD dissertation]. Phoenix: Grand Canyon University; 2021. [Link]
- [9] Symaco LP, Tee MY. Social responsibility and engagement in higher education: Case of the ASEAN. *International Journal of Educational Development*. 2019; 66:184-92. [DOI:10.1016/j.ijedudev.2018.10.001]
- [10] Fung OW, Ying Y. Twelve tips to center social accountability in undergraduate medical education. *Medical Teacher*. 2022; 44(11):1214-20. [DOI:10.1080/0142159X.2021.1948983]
- [11] World Health Organization (WHO). Social determinants of health [Internet]. 2008 [Updated 2024 October 29]. Available from: [Link]
- [12] Zaboli R, Sanaeinasab H. [The challenges and solutions for action of social determinants of health in Iran: A qualitative study (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014; 2(1):5-16. [Link]
- [13] Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *Canadian Medical Association Journal*. 2016; 188(17-18):E474-e83. [DOI:10.1503/cmaj.160177]
- [14] Andermann A. Evidence for health: from patient choice to global policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2012. [Link]
- [15] Mirjani Aghdam A, Khorshidi A, Barzegar N, Moradi S, Ahmadi S. [Exploring the dimensions and components of accountable education for the rehabilitation sciences curriculum in Tehran universities of medical sciences: A qualitative content analysis (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2022; 22(4):524-43. [DOI:10.32598/RJ.22.4.3403.1]
- [16] Doobay-Persaud A, Adler MD, Bartell TR, Sheneman NE, Martinez MD, Mangold KA, et al. Teaching the social determinants of health in undergraduate medical education: A scoping review. *Journal of General Internal Medicine*. 2019; 34(5):720-30. [DOI:10.1007/s11606-019-04876-0]
- [17] Seifer SD. Service-learning: Community-campus partnerships for health professions education. *Academic Medicine*. 1998; 73(3):273-7. [DOI:10.1097/00001888-199803000-00015]
- [18] Cole McGrew M, Wayne S, Solan B, Snyder T, Ferguson C, Kallishman S. Health policy and advocacy for new mexico medical students in the family medicine clerkship. *Family Medicine*. 2015; 47(10):799-802. [PMID]
- [19] Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: Translating the quest for social responsibility into medical education and practice. *Academic Medicine*. 2011; 86(9):1108-13. [DOI:10.1097/ACM.0b013e318226b43b]
- [20] Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129-36. [DOI:10.1126/science.847460]
- [21] Lubis AN. Corporate social responsibility in health sector: a case study in the government hospitals in Medan, Indonesia. *Business: Theory and Practice*. 2018; 190(2018):25-36. [DOI:10.3846/btp.2018.04]
- [22] Davidson KW, McGinn T. Screening for social determinants of health: The known and unknown. *JAMA*. 2019; 322(11):1037-8. [DOI:10.1001/jama.2019.10915]
- [23] Regenstein M, Trott J, Williamson A, Theiss J. Addressing social determinants of health through medical-legal partnerships. *Health Affairs*. 2018; 37(3):378-85. [DOI:10.1377/hlthaff.2017.1264]
- [24] Kerins J, Smith SE, Phillips EC, Clarke B, Hamilton AL, Talentire VR. Exploring transformative learning when developing medical students' non-technical skills. *Medical Education*. 2020; 54(3):264-74. [DOI:10.1111/medu.14062]
- [25] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008; 372(9650):1661-9. [DOI:10.1016/S0140-6736(08)61690-6]
- [26] Mezirow J. Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*. 1997; 1997(74):5-12. [DOI:10.1002/acc.7401]
- [27] Haq C, Stearns M, Brill J, Crouse B, Foertsch J, Knox K, et al. Training in urban medicine and public health: TRIUMPH. *Academic Medicine*. 2013; 88(3):352-63. [DOI:10.1097/ACM.0b013e3182811a75]
- [28] Caretta-Weyer HA, Hess JM. Bridging the gap: Development of an experiential learning-based health disparities curriculum. *AEM Education and Training*. 2022; 6(6):e10820. [DOI:10.1002/act2.10820]

- [29] Siegel J, Coleman DL, James T. Integrating social determinants of health into graduate medical education: A call for action. *Academic Medicine*. 2018; 93(2):159-62. [DOI:10.1097/ACM.0000000000002054]
- [30] Bakshi S, James A, Hennelly MO, Karani R, Palermo AG, Jakubowski A, et al. The human rights and social justice scholars program: A collaborative model for preclinical training in social medicine. *Annals of Global Health*. 2015; 81(2):290-7. [DOI:10.1016/j.aogh.2015.04.001] [PMID]
- [31] Abdol-Maleki MR, Yazdani S, Momtaz-Manesh N, Momeni S. [Social accountability in medical education system of Iran (Persian)]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2018. [Link]
- [32] Baqiyatallah University of Medical Science. [The committee of accountable and justice oriented education (Persian) [Internet]. 2021 [Updated 2024 October 22]. Available from: [Link]
- [33] Kasper J, Greene JA, Farmer PE, Jones DS. All health is global health, all medicine is social medicine: Integrating the social sciences into the preclinical curriculum. *Academic Medicine*. 2016; 91(5):628-32. [DOI:10.1097/ACM.0000000000001054]
- [34] Moffett SE, Shahidi H, Sule H, Lamba S. Social determinants of health curriculum integrated into a core emergency medicine clerkship. *MedEdPORTAL*. 2019; 15:10789. [DOI:10.15766/mep_2374-8265.10789]
- [35] Philibert I, Blouin D. Responsiveness to societal needs in post-graduate medical education: The role of accreditation. *BMC Medical Education*. 2020; 20(Suppl 1):309. [DOI:10.1186/s12909-020-02125-1]
- [36] Mohammadi M, Bagheri M, Jafari P, Bazrafkan L. Challenges and motivational facilitators of social accountability in medical students of Shiraz University of Medical Sciences: A qualitative study. *Shiraz E-Medical Journal*. 2020; 22(3):e97422. [DOI:10.5812/semj.97422]
- [37] Akbari-Farmad S, Ahmady S, Hoseini MA. [Exploring faculty members perceptions about socially accountable medical education challenges: A qualitative content analysis (Persian)]. *Strides in Development of Medical Education*. 2016; 13(1):1-9. [Link]
- [38] Dehghani G, Adib Y, Alizadeh M, Termeh Zonouzy V, Pourabbas A. [Design and validation of clinical education curriculum pattern based on social accountability for general medicine course: A mixed method study (Persian)]. *Research in Medical Education*. 2023; 15(4):72-85. [DOI:10.32592/rmegums.15.4.72]
- [39] Karimi S, Zohoorparvande V. [Evaluation of requirements of social accountability in the curriculum of general practitioners based on structural equation models (Persian)]. *Journal of Medical Education Development*. 2019; 11(32):54-67. [DOI:10.29252/edcj.11.32.54]
- [40] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62(1):107-15. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x]
- [41] Lincoln YS, Guba EG, Pilotta JJ. *Naturalistic inquiry*: Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985, 416 pp., \$25.00 (Cloth). *International Journal of Intercultural Relation*. 1985; 9(4):438-9. [DOI:10.1016/0147-1767(85)90062-8]
- [42] Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*. 2011; 32:381-98. [DOI:10.1146/annurev-publhealth-031210-101218]
- [43] Talbot L, Verrinder G. *Promoting health: The primary health care approach*. Edinburgh: Elsevier Health Sciences; 2014. [Link]
- [44] Chokshi DA. Teaching about health disparities using a social determinants framework. *Journal of General Internal Medicine*. 2010; 25(Suppl 2):S182-5. [DOI:10.1007/s11606-009-1230-3]
- [45] Martinez IL, Artze-Vega I, Wells AL, Mora JC, Gillis M. Twelve tips for teaching social determinants of health in medicine. *Medical Teacher*. 2015; 37(7):647-52. [DOI:10.3109/0142159X.2014.975191]
- [46] Committee on Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health; Board on Global Health; Institute of Medicine; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *A framework for educating health professionals to address the social determinants of health*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016. [PMID]
- [47] Cieza A, Stucki G. *The International Classification of Functioning Disability and Health: Its development process and content validity*. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008; 44(3):303-13. [PMID]
- [48] Damari B, Oveisi S, Azizkhani N. [A model for utilizing social determinants of health approach by faculty members (Persian)]. *Koomesh*. 2018; 20(2):366-74. [Link]

This Page Intentionally Left Blank