

مقاله‌ی مروری

مروری بر تاریخچه‌ی شکل‌گیری رشته‌ی تخصصی پزشکی اجتماعی و ضرورت وجودی آن در نظام سلامت

ارغوان حاج شیخ‌الاسلامی^۱، فاطمه ملارحیمی ملکی^۲، مرضیه نجومی^{*}

۱. مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، پژوهشکده‌ی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

این مطالعه، مروری روایتی و پژوهشی اسنادی است که با بررسی متون، مستندات، جست‌وجوی مدارک مرتبط چاپی و اینترنتی به دو زبان فارسی و انگلیسی، یافته‌ها را استخراج، دسته‌بندی، تلخیص و گزارش کرده است. هدف از این مطالعه، تعیین روند شکل‌گیری رشته‌ی پزشکی اجتماعی در ایران و جهان و بررسی ضرورت وجودی آن بود. رشته‌ی پزشکی اجتماعی در حدود یک سده پیش، برای پاسخ‌گویی به چالش‌های عمده‌ی زمان خود، مانند نبود دید جامعه‌محور به سلامت و بیماری، وجود شکاف بین پزشکی بالینی و سلامت عمومی و بی‌توجهی به تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به وجود آمد. متخصصان پزشکی اجتماعی قادرند که بسیاری از مشکلات فعلی نظام سلامت، مانند بیماری‌محوری، نابرابری، تأمین مالی ناعادلانه، افزایش روزافزون تقاضا و هزینه‌های خدمات سلامتی را کاهش دهند و پرچم‌دار توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی و ایجاد ارتباط سازنده بین بخش‌های متولی سلامت با سایر سازمان‌های اثرگذار بر سلامت باشند. این رشته می‌تواند راهگشای نظام سلامت برای فایز آمدن بر مهم‌ترین چالش‌های معاصر باشد. بی‌توجهی به این رشته، نظام سلامت را در رسیدن به اهداف توسعه‌ی پایدار و ارتقای سلامت جامعه با مشکل جدی روبه‌رو خواهد ساخت. حمایت بیشتر مسئولان و بهره‌گیری از مهارت و توانمندی‌های متخصصان این رشته می‌تواند موجب پاسخ‌گویی بهتر به نیازهای سلامت جامعه و دستیابی آسان‌تر به اهداف کلان نظام سلامت شود.

مرضیه نجومی

آدرس: تهران، بزرگراه همت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده‌ی پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.

کد پستی: ۱۴۴۹۶۱۴۵۳۵

تلفن: ۰۲۱۸۶۷۰۳۳۵۷

Email: mnojomi@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸

واژگان کلیدی: پزشکی اجتماعی، تاریخچه، نظام سلامت، ایران.

مقدمه

رشته‌ی پزشکی اجتماعی، به نیازها و مشکلات سلامت افراد و جامعه نگاهی جامع و کلان دارد و متخصصان این رشته بر این باورند که توسعه‌ی پایدار، جز در سایه‌ی ارتقاء سلامت، به همراه عدالت و رضایت برای جامعه، جمعیت‌ها، خانواده و افراد، میسر نخواهد بود (۱).

متولیان سلامت بسیاری از کشورها، از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشورمان، همسو با مأموریت خود برای تحقق پوشش همگانی سلامت، با چالش‌های مهمی مانند نابرابری در دسترسی به خدمات جامع سلامت، تأمین مالی ناعادلانه، نابرابری در پاسخ‌گویی به انتظارات غیرپزشکی مردم و مغفول ماندن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، روبه‌رو هستند (۲-۴).

با وجودی که نیازسنجی، چاره‌اندیشی، طراحی و اجرای راهکار و ارزیابی تأثیر مداخلات انجام‌شده در زمینه‌ی این چالش‌ها، همگی در حیطه‌ی فعالیت متخصصان پزشکی اجتماعی قرار دارد، متأسفانه از پتانسیل متخصصان این رشته در نظام سلامت بهره‌ی کافی گرفته نمی‌شود. توقف پذیرش دستیار در این رشته به مدت دو سال، شاهده‌ی بر این مدعاست. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر این بود که ضمن توضیح روند پیدایش و اهداف مورد انتظار از تشکیل این رشته‌ی تخصصی در جهان و ایران، پتانسیل‌های این رشته برای رسیدگی به چالش‌های امروزی سلامت را بررسی کنیم.

روش کار

این مطالعه به صورت مرور روایتی و پژوهش اسنادی^۱ انجام گرفت و در طی آن با جست‌وجوی مطالب مرتبط در منابع

موجود فارسی و انگلیسی (چاپی و اینترنتی) در دسترس و نیز مرور اسناد و نامه‌های رسمی مربوطه، به بررسی روند پیدایش و تکوین رشته‌ی پزشکی اجتماعی در ایران و جهان و ضرورت وجودی این رشته پرداختیم. از آنجا که نوع مطالعه، مرور روایتی و موضوع، تاریخچه و ضرورت وجودی رشته‌ی پزشکی اجتماعی بود، برای جست‌وجوی اینترنتی مطالب منتشرشده (اعم از مقاله، مصاحبه، اظهارنظر، خبر و...) از موتورهای جست‌وجوی عام و غیراختصاصی تر استفاده شد. در موتور جست‌وجوی گوگل، واژه‌های «پزشکی اجتماعی»، «پزشکی جامعه‌محور»، «طب پیشگیری»، «سلامت عمومی»، «بهداشت عمومی»، «تاریخچه» و «ضرورت» به فارسی و بدون محدودیت زمانی جست‌وجو شد.

همچنین کلیدواژه‌های "Community Medicine"، "Public Health"، "Preventive Medicine"، "Social Medicine"، "History" و "Necessity" در منابع انگلیسی موتور جست‌وجوی گوگل و پایگاه داده‌ی Pubmed، جست‌وجو شد. برای دستیابی به اسناد اداری نیز، نامه‌های ارسالی انجمن پزشکی اجتماعی ایران و مکاتبات انجام‌شده با موضوع پزشکی اجتماعی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بررسی شد. افزون‌براین، پس از مطالعه‌ی کتاب‌های مرجع و در دسترس رشته‌ی سلامت عمومی به زبان‌های فارسی و انگلیسی، نکات مرتبط با تاریخچه‌ی تکوینی، نیازها و ضرورت‌های وجود رشته‌ی پزشکی اجتماعی و چالش‌های پیش روی این رشته، از میان نتایج جست‌وجو استخراج و دسته‌بندی و گزارش شد.

1. Documentary Research

تاریخچه‌ی رشته‌ی پزشکی اجتماعی در جهان

در نخستین سال‌های سده‌ی نوزدهم میلادی، گسترش فقر و بیکاری و بیماری‌های ناشی از انقلاب صنعتی در کشورهای اروپایی، زمینه‌ساز پدید آمدن یک رشته‌ی علمی جدید در دانش پزشکی شد. معرفان این رشته‌ی علمی که «پزشکی اجتماعی»^۱ نامیده شد، تلاش می‌کردند تا اثر عوامل و نارسایی‌های اقتصادی و اجتماعی را بر تندرستی و بیماری نشان دهند و شرایط مطلوب برای دستیابی به جامعه‌ای سالم را تبیین کنند.

در این رشته‌ی نوپدید علمی، مفهوم‌های اساسی مانند علم پزشکی، سلامت عمومی، طب پیشگیری، سلامت فردی، تندرستی اجتماعی، سلامت روح و جسم، همه و همه، از نو تعریف شدند. بر اساس این تعاریف نوین، همه‌ی لایه‌های اجتماع، چه در زمان بیماری و چه در زمان سلامت، در زیر چتر پزشکی اجتماعی قرار می‌گرفتند. این رشته در طول تاریخ با نام‌های طب پیشگیری^۲ و سلامت عمومی^۳ نیز شناخته شده و از رشته‌های تخصصی و کلیدی در حفظ و ارتقاء سلامت جامعه به شمار می‌رود.

در آغاز انقلاب صنعتی و فرهنگی اروپا، علم و هنر جامعه‌ی اروپایی نیز در حال دگرگونی و بازسازی بود. در آن زمان، دانش پزشکی در کنار خرافه و دیدگاه‌های پزشکی سنتی و زیر نظارت دانشمندان و پزشکان متعصب اروپا قرار داشت و مقامات کلیسا نیز هر آرمان و اندیشه‌ی تازه‌ی پزشکی را تفتیش می‌کردند. در چنین اوضاعی بود که کارل ویرشو و نیومن آسیب‌شناس، برای نخستین بار مفهوم «پزشکی اجتماعی» را با اندیشه‌ی «سلامت همگانی» مطرح و پزشکی جامعه‌نگر را با طرح سلامت اجتماعی در کنار سلامت روانی و سلامت اقتصاد خانواده تعریف کرده و این رشته را به‌عنوان «ضامن سلامت کامل

جامعه» به جهانیان شناساندند.

ارائه‌ی این مفهوم و رویکرد نوین با مخالفت سیاستمدارانی همچون بیسمارک روبه‌رو شد؛ چراکه افزایش خواسته‌های اجتماعی را دامن زده و دگرگونی بیشتر جامعه را سبب می‌شد. در میان تحولات اجتماعی دوره‌ی رنسانس و انقلاب صنعتی، کشف میکروب توسط پاستور و پیداشدن مجرمی که به‌تنهایی مسبب بیماری‌های مهلکی نظیر وبا و طاعون و... بود، شادمانی این سیاستمداران و کاهش توجه به پزشکی اجتماعی و عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت را به همراه آورد.

دانشکده‌های پزشکی و داروسازی بسیاری در سراسر جهان تأسیس شد و ساخت انواع داروها برای مقابله با میکروب‌ها رواج یافت و حرکتی بزرگ برای تأمین هزینه و سرمایه‌گذاری جهت مقابله با میکروب‌ها و درمان ناخوشی‌ها شکل گرفت. با این روند، درمان بیماران در کانون توجه دانش پزشکی قرار گرفت و «پزشکی جامعه‌نگر» برای حدود نیم قرن از مرکز توجه دور شد.

پس از فروکش کردن هیاهوی ناشی از کشف میکروب‌های بیماری‌زا، به تدریج و دوباره از پزشکی جامعه‌نگر استقبال شد و در سال ۱۹۱۲م، اولین انجمن پزشکی اجتماعی در بلژیک بنیان نهاده شد. کرسی پزشکی اجتماعی در سال ۱۹۴۲م، در دانشگاه آکسفورد ایجاد شد و به تدریج پزشکی اجتماعی جای خود را در سایر دانشگاه‌های انگلستان هم به دست آورد. از نظر فلسفی ایجاد رشته‌ی پزشکی اجتماعی در حقیقت پاسخی بود به نارضایتی از وضعیت پزشکی مکانیکی موجود آن زمان. وضعیتی که در آن پزشکی عملاً به ضمیمه‌ای از آزمایشگاه تبدیل شده و پزشک تنها اطلاعات مبهمی درباره‌ی شرایط کلی بیمار داشت و کاملاً به عوامل محیطی اثرگذار بر سلامت بیمار

3. Public Health

1. Community Medicine
2. Preventive Medicine

تاریخچه‌ی رشته در ایران

ابتدای داستان پیدایش پزشکی اجتماعی در ایران به سال ۱۳۵۰ بر می‌گردد. در این سال، دکتر حسینعلی رونقی با بررسی سرنوشت ۴۲ دانشجوی پزشکی ورودی ۱۳۳۴ دانشگاه شیراز دریافت که تعدادی چشمگیر از این فارغ‌التحصیلان (۹۰٪) به کشور آمریکا مهاجرت کرده و به کشور بازنگشته‌اند. با بررسی دقیق مدارک نظام پزشکی آمریکا مشاهده شد که سایر دانشگاه‌های ایران نیز، در فرستادن پزشکان ایرانی به آمریکا، سهمی عمده (حدود ۴۰٪) دارند. در مطالعه‌ای که در همان زمان به بررسی علل این مهاجرت‌ها پرداخته بود، پزشکان علت مهاجرت خود را اجبار در اعزام به خدمت سربازی، مشکلات مربوط به درآمد، مسکن و مسائل سیاسی عنوان کرده بودند. یکی از مهم‌ترین علت‌های مهاجرت، ناهمگونی برنامه‌های دانشکده‌های پزشکی ایران با نیاز جامعه‌ی روستایی آن سال‌ها بود. بخش پزشکی اجتماعی با هدف مقابله با این نارسایی‌ها در دانشگاه شیراز ایجاد شد تا برنامه‌های پزشکی دانشگاه شیراز را با نیاز جامعه هم‌هنگ سازد و به این ترتیب رشته‌ی تخصصی پزشکی اجتماعی در ایران پدید آمد.

در آن زمان، دانشجویان باید با آمار حیاتی، اپیدمیولوژی و گسترش بیماری‌ها در منطقه‌ی محل خدمتشان، آشنایی پیدا کرده و تا حد امکان، با نحوه‌ی اولویت‌بندی برای برنامه‌ریزی جهت سلامت و رفاه کل جامعه آمادگی پیدا می‌کردند. با تصویب شورای دانشکده‌ی پزشکی و تأیید آن در دانشگاه و وزارت علوم و آموزش عالی، بخش بهداشت متحول شده و نام آن به گروه پزشکی اجتماعی تغییر یافت. وزارت علوم و آموزش عالی نیز از این امر استقبال کرد و به سایر دانشگاه‌ها نیز اجرای برنامه‌ی مشابه را توصیه نمود. به دلیل در دسترس نبودن هیئت علمی مجرب برای اجرای این برنامه، از

بی‌توجه بود (۵).

یکی دیگر از دلایل مطرح‌شدن مفهوم پزشکی اجتماعی به‌عنوان جنبه‌ای نوین از سلامت عمومی در آن زمان این بود که رهبران هر دو شاخه‌ی پزشکی بالینی و سلامت عمومی، متوجه فاصله‌ی عمیق موجود بین پزشکی درمان‌گرایانه و پزشکی پیشگیرانه (شامل رشته‌های اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی) و مشکلات ناشی از این فاصله شدند. از سوی دیگر، تخصصی‌شدن روزافزون رشته‌های پزشکی و نبودن همکاری متقابل بین متخصصان مختلف، لزوم چاره‌اندیشی درباره‌ی این معضل را بیش از پیش آشکار می‌کرد. در پس این تغییرات، بسیاری از دانشگاه‌های پزشکی و دانشکده‌های پزشکی و مدارس بهداشت و سلامت عمومی در طی سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰م، نام خود را به دپارتمان‌های پزشکی پیشگیرانه و پزشکی اجتماعی تغییر دادند؛ اما متأسفانه به جای همراه‌کردن آموزش‌های پزشکی پیشگیرانه و درمان‌محور با آموزش پزشکی اجتماعی، مراکز آموزشی تنها به تغییر نام اکتفا کرده و پزشکی اجتماعی را با همان رشته‌ی بهداشت و سلامت عمومی برابر دانستند؛ بنابراین بیشترین تمرکز آنان، همچنان بر پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیردار و بهداشت قرار داشت (۶). در ایالات متحده‌ی آمریکا، ضرورت توجه به تخصص پزشکی اجتماعی و کاربردهای آن، از حدود پنجاه سال پیش، مهم شمرده شد؛ امروزه سالیانه بیش از ۲۵۰ دستیار در این رشته پذیرش می‌شوند. اخیراً به سبب اهمیت ارائه‌ی خدمات پیشگیری توسط این متخصصان و مشخص‌نبودن ارائه‌کنندگان خدمات پیشگیری به‌صورت تخصصی، رویال کالج پزشکان و جراحان کانادا، به تخصص پزشکی اجتماعی، واژه‌ی پزشکی پیشگیری را نیز اضافه کرده است.

دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه تهران و دانشگاه جان هاپکینز آمریکا برای تأمین اعضای هیئت علمی کمک گرفته شد. برای تشویق دانشجویان پزشکی به تحصیل در رشته‌ی تخصصی پزشکی اجتماعی نیز، توافق‌نامه‌هایی با دانشگاه‌های هاروارد و جان هاپکینز و مینه‌سوتا‌ی آمریکا امضا شد تا دستیاران پزشکی اجتماعی بتوانند برای دریافت کارشناسی ارشد سلامت عمومی و برنامه‌ریزی و مدیریت بهداشتی در این دانشگاه‌ها آموزش ببینند.

با موافقت سازمان برنامه با تأمین بودجه‌ی مورد نیاز، گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه شیراز تجهیز شد و با پانزده عضو هیئت علمی در رشته‌های آمار، اپیدمیولوژی، محیط زیست، جمعیت‌شناسی و زنان و کودکان شروع به کار کرد. متأسفانه پس از چند دوره پذیرش دستیار، در سال ۱۳۵۷، پذیرش دستیار در این رشته متوقف شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان در کشور، مسئولان این برنامه، از جمله دکتر کامل شادپور پیشنهاد کردند که برای مدیریت برنامه‌های سلامت و شبکه‌ها و مراکز بهداشتی، متخصصانی تربیت شوند که علاوه بر داشتن مهارت طبابت بالینی با فراگیری مهارت‌هایی در زمینه‌ی مدیریت، اپیدمیولوژی و آمار، جمعیت‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی و سایر علوم مرتبط، مدیریت سلامت جامعه را نیز ارتقا دهند.

این رشته با هدف تربیت و به‌کارگیری نیروی انسانی دارای دانش، مهارت و توانمندی در شناخت، برنامه‌ریزی و حل مشکلات بهداشتی و درمانی گروه‌های مختلف جمعیتی در قالب خدمات بهداشتی و درمانی، مجدد راه‌اندازی شد. راه‌اندازی مجدد رشته از سال ۱۳۶۳ و از دانشگاه علوم پزشکی تهران آغاز شد؛ سپس دانشگاه‌های علوم پزشکی شهیدبهشتی، شیراز، ایران، اصفهان، مشهد، تبریز و بوشهر نیز به پذیرش

دستیار در این رشته پرداختند. هدف کلی از راه‌اندازی مجدد رشته‌ی پزشکی اجتماعی، تربیت و به‌کارگیری نیروی انسانی لازم بود؛ نیرویی که ضمن داشتن دانش، مهارت و توانمندی لازم در شناخت، برنامه‌ریزی و حل مشکلات بهداشتی و درمانی گروه‌های جمعیتی و انجام‌دادن خدمات در سه سطح پیشگیری، قادر به انجام‌دادن امور زیر نیز باشد:

- مدیریت و سرپرستی حوزه‌ی ریاست و معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی (آموزشی و درمانی و پژوهشی)، شبکه‌های بهداشتی شهرستان و سطوح بالاتر و سایر حوزه‌های مرتبط با سلامت؛
- خدمات کارشناسی سلامت عمومی در سطح استان و بالاتر؛
- عضویت در هیئت علمی برای اجرای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی سلامت در مؤسسات آموزشی و تحقیقاتی کشور (۷).

در حال حاضر، رشته‌ی پزشکی اجتماعی در کشورمان، شاخه‌ای تخصصی از پزشکی است که دستیاران آن پس از قبولی در آزمون دستیاری وارد این رشته می‌شوند و به مدت سه سال به تحصیل می‌پردازند (۸). اخیراً به سبب اهمیت ارائه‌ی خدمات پیشگیری توسط این متخصصان و مشخص‌نبودن ارائه‌کنندگان خدمات پیشگیری به صورت تخصصی در کشور، پیشنهاد اضافه‌شدن واژه‌ی طب پیشگیری، به نام رشته‌ی پزشکی اجتماعی نیز مطرح شده است.

مطابق با تعریف کوریکولوم آموزشی این رشته در ایران، پزشکی اجتماعی، تخصصی بالینی است که دانش‌آموختگان آن قادر خواهند بود با بهره‌گیری از دانش و فناوری روز، طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی مداخلات، بر اساس شواهد معتبر و ارائه‌ی خدمات پیشگیری در سطوح مختلف، سطح سلامت

واحدهای مراکز مدیریت بیماری‌ها، مدیر مراکز توسعه‌ی اجتماعی و ارتقاء سلامت^۱، هیئت علمی و مسئول آموزش دانشجویان گروه علوم پزشکی در عرصه‌های آموزشی، کارشناس در نهادهای بین‌المللی سلامت مانند سازمان جهانی بهداشت، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، صندوق جهانی ایدز و غیره.

رسالت گروه‌های آموزشی پزشکی اجتماعی

گروه‌های پزشکی اجتماعی، متولی ترویج رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه، نهادینه‌کردن راهبردهای مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در سطح جامعه، خانواده و افراد، پزشک خانواده، نظام ارجاع و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در جامعه‌ی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هستند.

امروزه تولید دانش بدون در نظر گرفتن محیط اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی‌ای که پدیده‌ها در آن رخ می‌دهند، ممکن نیست. به همین دلیل استفاده از واژه‌ی «پزشکی اجتماعی» هیچ‌گاه به این اندازه مناسب و بجا نبوده است (۱۰). امروزه عوامل متعددی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت شناسایی و سهم هر کدام از این عوامل در سلامتی افراد و جوامع تخمین زده شده است. قسمت اعظم این عوامل اثرگذار بر سلامت، در خارج از حیطه‌ی عملکرد سیستم بهداشت و درمان جامعه قرار می‌گیرند و مراقبت‌های بالینی (حتی با فرض ایده‌آل بودن همه‌ی مراقبت‌ها)، در نهایت سهمی ده درصدی از سلامت جامعه را بر عهده خواهند داشت و بخش اعظم سلامت، از عواملی مانند شرایط اجتماعی اقتصادی و رفتارهای سلامت افراد تأثیر می‌پذیرد. این مسأله، خود، گواهی بر اهمیت رشته‌ی پزشکی اجتماعی به شمار می‌آید. رشته‌ی پزشکی اجتماعی، تخصصی

جامعه، جمعیت، خانواده و افراد را بهبود ببخشند و با سنجش، تحلیل و نقد مستمر شاخص‌های مرتبط با سلامت، مدیریت و رهبری نظام سلامت را ارتقا دهند. هدف نهایی این است که دانش‌آموخته‌ی پزشکی اجتماعی به درجه‌ای از توانمندی علمی و عملی برسد که قادر باشد، با دیدی جامع‌نگر، به‌طور مستمر و پویا برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه، جمعیت، خانواده و افراد و نیز بهبود نظام سلامت برای افزایش کارایی و توسعه‌ی پایدار ملی فعالیت کند (۹).

بر اساس اهداف برنامه‌ی راهبردی پزشکی اجتماعی، جایگاه‌های شغلی متناسب برای متخصصان این رشته عبارت‌اند از: عضو هیئت علمی در گروه‌های پزشکی اجتماعی و پیشگیری در مراکز، مؤسس و مدیر و ارائه‌کننده‌ی خدمات تخصصی ارتقاء سلامت، درمان و پیشگیری در مراکز پیشگیری و ارتقاء سلامت، مدیریت مبانی و ارشد نظام سلامت کشور، مشاوره و ارائه‌ی خدمات تخصصی ارتقاء سلامت و پیشگیری به سایر تخصص‌های گروه بالینی، مدیریت اجرایی سطوح مختلف نظام سلامت کشور، کارشناس ارشد ستادی بخش‌های وزارت بهداشت، مدیریت سازمان‌های حفظ سلامت جامعه، عضو هیئت علمی، مؤسس و محقق و مدیر مراکز پژوهشی دولتی و خصوصی، عضو هیئت علمی و کارشناس ارشد مراکز توسعه‌ی آموزش پزشکی، مشاور و کارشناس ارشد سلامت در سایر سازمان‌ها علاوه بر وزارت بهداشت (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، هلال احمر، شهرداری استانداری و فرمانداری‌ها و...)، ناظر و ارزیاب تأثیر برنامه‌های سایر سازمان‌ها بر سلامت عمومی، مؤسس و مدیر و کارشناس سازمان‌های متولی اعتباربخشی به مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامتی، مدیر و کارشناس مسئول

1. Population lab

است که به بررسی تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی بر سلامت، بیمارنگری به‌جای بیماری‌نگری، بهبود عملکرد نظام ارائه‌ی خدمات سلامت و همچنین بهبود شرایطی که منجر به سلامت جامعه می‌شوند، می‌پردازد. در واقع، این رشته اصولاً برای برآورده‌کردن نیاز به دید جمعیت‌محور و در نظر گرفتن نقش عوامل خارج از حیطه‌ی طبابت بالینی در سلامت افراد و جمعیت‌ها به وجود آمده است؛ چراکه سلامتی افراد و جوامع بدون در نظر گرفتن این تعیین‌گرها امکان‌پذیر نخواهد بود (۱۱-۱۳). بنابراین جامعه‌ای که ارتقاء سلامت شهروندان را سرلوحه‌ی اولویت‌های خود قرار داده باشد، از دانش متخصصان پزشکی اجتماعی بی‌نیاز نخواهد بود (۱۴-۱۶).

در موقعیت کنونی، برنامه‌ریزان ملی سلامت و متخصصان سلامت عمومی باید درک بهتری از ادغام پزشکی بالینی با زمینه‌های اجتماعی آن داشته و نیازهای سیاسی، تقاضای جوامع، فاصله‌ی روزافزون بین نیازهای سلامت فردی و اجتماعی با منابع موجود و افزایش روزافزون فشار عوامل اجتماعی بر مراقبت‌های سلامتی را نیز مدنظر قرار دهند. آگاهی افراد از نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی سلامت، رو به افزایش است و این امر باعث پیدایش بحث‌های ملی درباره‌ی ارتباط سلامت با عوامل اجتماعی، محیطی، اقتصادی و سیاسی شده و بحث‌های بیشتری نیز در سطح جهانی در همین زمینه در جریان است. امروزه سیاستمداران با هدف ارتقاء سلامت افراد، به‌طوری فزاینده، به دنبال یافتن رویکردهایی عادلانه، واقع‌گرایانه و پایدار برای رسیدگی به عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت هستند (۶). از دیگر سو، رشته‌ی پزشکی اجتماعی همواره یک جنبه‌ی سیاسی، به‌ویژه حمایت‌طلبی سیاسی داشته که کمتر از جنبه‌های دیگر آن در کانون توجه قرار گرفته است. در این جنبه، پزشک، به‌عنوان فعالی اجتماعی، وارد عرصه شده

و عوامل ریشه‌ای به‌وجودآمدن بیماری‌ها مانند فقر و بی‌عدالتی را هدف قرار می‌دهد (۱۷). در شرایط فعلی که بر نقش عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت، به‌خوبی تأکید قرار شده است (۱۶)، فعالیت پزشکان اجتماعی در این زمینه، به‌عنوان رابط بین سیاستمداران و مسئولان نهادهای غیربهداشتی با سازمان‌های متولی سلامت جامعه می‌تواند بسیار ارزشمند و اثرگذار باشد.

نظام سلامت یکی از پیچیده‌ترین سیستم‌های اجتماعی است که رسالت تأمین و حفظ و ارتقاء عادلانه‌ی سلامت را برای تمامی خدمت‌گیرندگان خود، بدون توجه به توان پرداخت و با حفظ کرامت انسانی، بر عهده دارد. ایجاد شبکه‌های بهداشت و درمان پس از پیروزی انقلاب در کشور نیز، بر اساس رویکردی جامعه‌نگر و به منظور پیشبرد عدالت اجتماعی و خدمت به مناطق محروم و غیربرخوردار صورت گرفت. از همان آغاز بر پایه‌ی تجربیات بین‌المللی و ملی، توسعه‌ی رشته‌ی تخصصی پزشکی اجتماعی، برای مدیریت بهینه‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان و واحدهای بالاتر ستادی و همچنین ترویج رویکرد جامعه‌نگری و پاسخ‌گوکردن آموزش پزشکی به نیازهای سلامت کشور مدنظر قرار گرفت (۱۳). حال که نظام سلامت کشور برای اصلاح خود، به‌جد، راهبردهای تقویت مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، پزشک خانواده و ارجاع، ادغام آموزش و پژوهش پزشکی در خدمات سلامت، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و یکپارچگی تولید را دنبال می‌کند، نیاز به متخصصان پزشکی اجتماعی که علاوه‌بر تبحر در ارائه‌ی خدمات تشخیص درمانی، به‌ویژه خدمات پیشگیری، از توانمندی‌های آموزشی و پژوهشی و مدیریتی لازم برای نیازسنجی و طراحی و تدارک خدمات سلامت مورد نیاز جوامع در سطوح محلی و بالاتر نیز برخوردار هستند، بیش از پیش احساس می‌شود. در کشورهای پیشرو، مهم‌ترین محل کار

ممکن است به‌سادگی بیمه‌ها را در آستانه‌ی ورشکستگی قرار دهد. تغییر الگوی دریافت مراقبت‌های سلامتی، مراقبت‌های القایی، مراقبت‌های غیرضروری و ارائه‌ی مراقبت بدون سطح‌بندی و بدون تبعیت از شواهد تأییدکننده هزینه‌ی اثربخشی مراقبت‌ها، ازجمله مشکلات بزرگ‌گریبان‌گیر نظام سلامت فعلی کشور است که با استفاده‌ی بجا از دانش و مهارت متخصصان پزشکی اجتماعی می‌توان برای حل این معضلات برنامه‌ریزی و اقدام کرد. مشکلات پیش‌آمده در تأمین هزینه‌ی طرح تحول سلامت، شاهدی بر این مدعاست. متأسفانه علی‌رغم به رسمیت شناخته شدن نقش تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت در وضعیت تندرستی یک جامعه، هنوز غالب تمرکز نظام سلامت کشورمان بر درمان و رشته‌های درمانی تخصصی و فوق تخصصی و تأمین هزینه‌های گزاف خدمات این رده است و مسئولان نسبت به مسائل مرتبط با سلامت عمومی که اتفاقاً بسیار ساده و ارزان و مؤثرتر هستند، کم‌مهری می‌کنند.

از سوی دیگر، گسترش روزافزون بیماری‌های مزمن و بروز انواع ناهنجاری‌های اجتماعی، سالمندتر شدن جمعیت، رواج روزافزون شهرنشینی، تغییر سیمای غالب مرگ‌ومیر در ایران به بیماری‌های مزمن غیرواگیر مثل بیماری‌های قلبی‌عروقی، سرطان و دیابت، لزوم توجه به فرهنگ پیشگیری و تشخیص زودرس بیماری‌ها در جامعه و برنامه‌ریزی‌های کلان در نظام سلامت را برای انطباق با این تغییرات، به‌شدت آشکار ساخته است. چاره‌جویی برای تمامی چالش‌های گفته‌شده نیز، در حیطه‌ی تخصص متخصصان پزشکی اجتماعی قرار دارد.

شوربختانه توجه بیش از حد به درمان و توسعه‌ی بیمارستانی در سالیان گذشته از سوی مسئولان بهداشت و درمان کشور، موجب شده تا وزارت بهداشت در قبال سلامت

متخصصان پزشکی اجتماعی، در جایگاه‌های تولیتی سلامت با اولویت شهرستان است که عمدتاً به ایفای نقش نیازسنجی، شکل‌دهی به خدمات مورد نیاز و مدیریت و تضمین تدارک باکیفیت خدمات سلامت می‌پردازند. بر اساس تخمینی که حدود شش سال قبل برای تعداد مورد نیاز متخصصان پزشکی اجتماعی (با فرض اشتغال این متخصصان در حداقل پنجاه درصد جایگاه‌های شغلی مرتبط) تا سال ۱۴۰۴ صورت گرفت، تعداد متخصص مورد نیاز برای رفع نیاز واحدهای مدنظر اولویت‌دار، به تفکیک سطوح شهرستانی و استانی و ملی در بخش‌های دولتی و خصوصی، به حدود ۵۵۰ تا ۴۲۰۰ نفر می‌رسید (۱۸)؛ درحالی‌که پس از پیروزی انقلاب تا زمان توقف پذیرش دستیار در این رشته، بنا بر آمار دریافتی از دانشگاه‌های تربیت‌کننده‌ی دستیار، تنها حدود ۳۶۱ نفر از این رشته فارغ‌التحصیل شده‌اند. همان‌طور که از مقایسه‌ی اعداد پیش‌گفته برمی‌آید، در صورت ادامه‌ی روند عدم پذیرش دستیار، حتی با فرض اشتغال تمامی این افراد در جایگاه‌های مرتبط و خارج‌نشدن متخصصان به دلایلی مانند بازنشستگی، مهاجرت و...، دستیابی به این تخمین حداقلی نیز میسر نخواهد بود.

با در نظر گرفتن همه‌ی مطالب پیش‌گفته، حضور متخصصان پزشکی اجتماعی در حوزه‌هایی مانند پیشگیری از بیماری‌ها در سطوح مختلف، تعیین اولویت‌ها، سیاست‌گذاری، تأمین منابع، مدیریت منابع، انتخاب استراتژی‌ها، پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌ها، مدیریت ارائه‌ی مراقبت‌های سلامتی، تحلیل، پایش و ارزشیابی هر یک از اقدامات فوق، الزامی به نظر می‌رسد؛ به‌عنوان مثال، در تأمین هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی، پرداخت یارانه و پوشش بیمه‌ای از نکات بسیار مهمی است که ظرایف بسیاری را در بر می‌گیرد. بی‌توجهی به چنین مسائلی، چنان‌بار هزینه‌های بخش بیمه و بخش دولتی را افزایش خواهد داد که

نتیجه‌گیری

رشته‌ی پزشکی اجتماعی، حدود یک سده پیش برای پاسخ‌گویی به چالش‌های عمده‌ی زمان خود، مانند نبود دید جامعه‌محور به سلامت و بیماری، وجود شکاف بین پزشکی بالینی و سلامت عمومی، بی‌توجهی به تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و... پدید آمد. چالش‌های امروزی سلامت عمومی جوامع همانند نابرابری در دسترسی به خدمات جامع سلامت، تأمین مالی ناعادلانه، نابرابری در پاسخ‌گویی به انتظارات غیرپزشکی مردم و توجهی به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نیز همچنان در حیطه‌ی فعالیت پزشکان متخصص پزشکی اجتماعی قرار دارند. علی‌رغم اینکه ارزیابی، نیازسنجی، چاره‌اندیشی، طراحی و اجرای راهکار و ارزیابی تأثیر مداخلات انجام‌شده در زمینه‌ی این چالش‌ها، همگی در حیطه‌ی فعالیت متخصصان پزشکی اجتماعی قرار دارد، متأسفانه پزشکی اجتماعی در ایران با کم‌توجهی مسئولان روبه‌روست و جایگاه‌های شغلی متناسب با مهارت‌های مورد انتظار این متخصصان، کمتر به پزشکان اجتماعی اختصاص می‌یابد. به نظر می‌رسد که با ادامه‌ی روند کنونی، نظام سلامت در دستیابی به اهداف کلان سلامت و توسعه‌ی پایدار در آینده‌ی نه‌چندان دور با چالش‌های جدی مواجه خواهد شد.

مردم منفعلانه عمل کرده و به‌جای پیش‌بینی تغییرات و نیازهای آینده و برنامه‌ریزی برای مقابله با این چالش‌ها، دچار روزمرگی شده و به برآوردن نیازهای فعلی بسنده کند. تعداد اندک برنامه‌های کلان درازمدت سلامتی در سطح کشور از مصادیق این نقص به شمار می‌آید.

متخصصان پزشکی اجتماعی می‌توانند با برنامه‌ریزی‌های درازمدت، از هزینه‌های سرسام‌آور ناشی از درمان که به دولت تحمیل می‌شود، بکاهند. با تغییر نگرش در حوزه‌ی مدیریتی نظام سلامت، وزارت بهداشت می‌تواند از توانمندی این متخصصان بهره‌برد و در قبال بهداشت و سلامت جامعه، فعالانه‌تر وارد عرصه شود (۱).

رواج روزافزون ایجاد رشته‌های آموزشی مرتبط با سلامت عمومی، تأسیس رشته‌ی تخصصی پزشکی خانواده، ماهیت بین‌رشته‌ای و هم‌پوشانی بسیاری از فعالیت‌های مورد نظر رشته‌ی تخصصی پزشکی اجتماعی با سایر رشته‌ها سبب شده است تا متخصصان و دستیاران این رشته‌ی تخصصی، رشته‌ی خود را در معرض تهدید ببینند و بیش از هر زمان دیگری احساس سردرگمی و ناامنی کنند. علی‌رغم هم‌پوشانی‌های بسیار بین رشته‌ی سلامت عمومی و تخصص پزشکی اجتماعی، این دو رشته روند تکاملی متفاوتی را پشت سر گذاشته و از برخی جوانب مانند نیاز به آموزش بالینی کاملاً با یکدیگر تفاوت دارند. مسأله اینجاست که علی‌رغم تأکید متخصصان رشته‌ی پزشکی اجتماعی بر حفظ ماهیت بالینی رشته، آنچه شاغلان به این حرفه را از سایر متخصصان متمایز می‌سازد، رویکرد سلامت عمومی‌نگر آنان به مسائل است. به نظر می‌رسد که پزشکی اجتماعی می‌تواند فاصله‌ی بین حوزه‌های سنتی سلامت عمومی و پزشکی بالینی را پر کرده و نگرشی جامعه‌محورانه به سلامتی را رواج دهد (۱۹).

منابع

- 1- Community medicine, a marginalized medical specialty. 2018. <https://www.isna.ir/news/97062512743/> (accessed on: 2021). [in Persian]
- 2- Watkins DA, Jamison DT, Mills T, Atun T, Danforth K, Glassman A, et al. Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, et al., editors. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017.
- 3- Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals?. Lancet. 2018; 392(10156): 1461-72.
- 4- Dr. Ghazizadeh Hashemi's proposed program for the Ministry of Health and Medical Education. 2013. <http://medicine.tums.ac.ir/farabi/fa/%D8%A7%D8%AE%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D9%85%D8%AA%D9%86-%DA%A9%D8%A7%D9%85%D9%84-%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87-%D9%BE%DB%8C%D8%B4%D9%86%D9%87%D8%A7%D8%AF%DB%8C-%D8%AF%DA%A9%D8%AA%D8%B1-%D8%AD%D8%B3%D9%86-%D9%82%D8%A7%D8%B6%DB%8C%E2%80%8C%D8%B2%D8%A7%D8%AF%D9%87-%D9%87%D8%A7%D8%B4%D9%85%DB%8C-%D8%A8%D8%B1%D8%A7%DB%8C-%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%AA-%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA--%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86-%D9%88-%D8%A7%D9%85%D9%88%D8%B2%D8%B4-%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C> (accessed on: 2021). [in Persian]
- 5- Galdston I. The Meaning of Social Medicine. AMA Archives of Internal Medicine. 1954; 94(5):870.
- 6- Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC; editors. Oxford Textbook of Global Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- 7- About Social Medicine Department. 2018. <https://med.mui.ac.ir/node/1914> (accessed on: 2021). [in Persian].
- 8- Introduction to community medicine specialty. 2018. https://medfac.tbzmed.ac.ir/uploads/3/CM_S/user/file/3900/Residence/ashenaii.pdf (accessed on: 2021). [in Persian]
- 9- Community Medicine Specialty Curriculum in Islamic Republic of Iran. 2014. https://new.iums.ac.ir/uploads/Commed_residency_115362.pdf (accessed on: 2021). [in Persian]
- 10- Dimeglio C, Kelly-Irving M, Lang T, Delpierre C. Expectations and boundaries for Big Data approaches in social medicine. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2018; 57: 51-4.
- 11- Gerber H, Alex C, Penz M, Roder M, Von Mittelstaedt G. Social medicine and interfaces in sectoral health care provision. Gesundheitswesen. 2018; 80(4):346-50.
- 12- Greene JA, Loscalzo J. Putting the patient back together: social medicine, network medicine, and the limits of reductionism. The New England Journal of Medicine. 2017; 377(25): 2493-9.
- 13- Community Medicine Specialty Curriculum in Islamic Republic of Iran. 2008. <https://med.bpums.ac.ir/UploadedFiles/xfiles/File/D-pezesghi/Community-Medicine/commed.curriculum.pdf> (accessed on: 2021). [in Persian]
- 14- Finnegan A, Morse M, Nadas M, Westerhaus M. Where we fall down: tensions in teaching social medicine and

- global health. *Annals of Global Health*. 2017; 83(2): 347-55.
- 15- Adams V, Behague D, Caduff C, Löwy I, Ortega F. Re-imagining global health through social medicine. *Global Public Health*. 2019; 14(10):1383-400.
- 16- Elham AZ, Hossein M, Damari B, Riazi S, Tavakoli M, Ahmadnezhad E. Rapid review of health status and health determinants in Iran: observatory on health system, Islamic Republic of Iran. Tehran: National Institute for Health Research; 2017. p. 7-33.
- 17- Geiger HJ. The political future of social medicine: reflections on physicians as activists. *Academic Medicine*. 2017; 92(3):282-4.
- 18- Sayyaari A, Aaghaakhaani D. [Estimating the required number of community medicine specialty graduates]. 20014.
- 19- Krishnan A. Community medicine in India: which way forward? *Indian Journal of Community Medicine*. 2016; 41(1): 5-10

Review Article

Reviewing the History of Community Medicine Specialty Formation and the Necessities of Its Existence in Health System

Arghavan Haj-sheykholeslami¹, Fatemeh Mollarahimi-Maleki², Marzieh Nojomi*¹

1. Preventive Medicine and Public Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Community and Family Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Received: 6 August 2019

Accepted: 1 June 2021

Published: 20 October 2021

***Corresponding Author**

Marzieh Nojomi

Address: Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Shahid Hemmat Highway, Tehran, IRAN.

Postal Code : 1449614535

Tel: (+98) 21 86703357

Email: mnojomi@iums.ac.ir

Citation to this article:

Haj-sheykholeslami A, Mollarahimi-Maleki F, Nojomi M. Reviewing the history of community medicine specialty formation and the necessities of its existence in health system. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2021; 14: 128-139

Abstract

The purpose of this study was to perform a narrative review and documentary research in the history of community medicine specialty formation and the needs for its existence in health systems. We searched and reviewed related literature and documents in English and or Farsi (printed or online). Data was extracted and findings were categorized, summarized, and reported. About a century ago community medicine specialty was formed to respond to major health challenges of that time such as neglecting the effects of social determinants on populations' health and total separation between clinical care and public health. Community medicine professionals are able to address many of the current health problems such as inequalities in health, fair financing problems, increasing demands and costs and disease-based health system approaches. They can be the leading advocates to emphasize the importance of social determinants in health of populations. They can promote communications with influencing institutions outside the health system to improve the health of the communities. This discipline can pave the way for the health systems to tackle the most important contemporary health challenges. Lack of attention to this discipline may hinder the achievement of sustainable development goals and health promotion of the communities. More support from officials and utilizing the skills of community medicine specialists can help health systems not only to better respond to the health needs of the society but also to facilitate the achievement of their main goals.

Keywords: Community medicine, History, Health system, Iran.

