

The Role of Social Determinants of Health and Social Prescribing in Outpatient Treatment: Perspectives of Medical Students

Maryam Baradaran Binazir¹ , Komeil Aghazadeh-Habashi^{1*} , Hamid Reza Yousefi-Nodeh^{2*} , Amir Hosein Babapour¹ 

¹ Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Management and Safety Promotion, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 26 Jan 2025

Revised: 17 Mar 2025

Accepted: 31 May 2025

ePublished: 2 Jun 2025

Keywords:

Social Prescribing,
Social Determinants of
Health,
Medical Students

Abstract

Background. Social prescribing has emerged as a holistic approach that refers patients to non-clinical community resources to address social needs affecting health. This study aimed to assess the perspectives of final-year medical students at Tabriz University of Medical Sciences regarding social determinants of health and the potential role of social prescribing in outpatient care.

Methods. This descriptive cross-sectional study was conducted in 2023 among all final-year medical interns at Tabriz University of Medical Sciences using census sampling. Although the calculated minimum sample size was 112, a total of 115 students participated in the study. Data were collected using an online questionnaire designed via Google Forms. The responses were recorded electronically and exported to Excel. Statistical analysis was performed using SPSS version 26. Frequencies and percentages were reported for qualitative variables, and means with standard deviations were used for quantitative variables after confirming normal distribution.

Results. Most interns believed that 20–40% of physical health patients and 40–60% of mental health patients faced challenges related to social determinants of health. The most common issues were poor living conditions, severe social stress, and inability to afford basic needs such as food. Over one-third of the students perceived social prescribing as more effective than conventional medical treatments for a portion of patients. Similarly, about one-third believed it could significantly improve disease prognosis. The majority of respondents indicated that they would adopt social prescribing in clinical practice if it were formally supported.

Conclusion. The findings suggest that many outpatient health issues, especially among mental health patients, are affected by social determinants such as poor living conditions and social stress. Students viewed social prescribing as a potentially more effective approach than conventional treatments. Incorporating related education into the medical curriculum and developing supportive national guidelines are recommended to facilitate the future use of this method by physicians.

Baradaran Binazir M, Aghazadeh-Habashi K, Yousefi-Nodeh HR, Babapour A. The Role of Social Determinants of Health and Social Prescribing in Outpatient Treatment: Perspectives of Medical Students. *Depiction of Health*. 2025; 16(2): xxx-xxx. doi: 10.34172/doh.2025.16. (Persian)

* Corresponding author; Komeil Aghazadeh-Habashi & Hamid Reza Yousefi-Nodeh, E-mail: Komeil.aghazade@gmail.com & yousefih68@gmail.com



Extended Abstract

Background

Community prescribing can be described as a non-medical referral service that promotes non-pharmacological treatments and supports patients in communities. The reasons and goals of social prescribing vary but often include improving health, well-being, depression, anxiety, self-esteem, and reducing social isolation and utilization of health care resources. Social prescribing is a new approach in primary care that promotes the use of the voluntary sector, such as charities and associations, and is recognized as an approach that can bridge the gap between health services and the community's health needs through guidance and support. A study in 2017 by Carnes et al. aimed to implement a community prescription service in public health services. This study evaluated the impact of social prescribing on well-being and resource utilization in primary care. This study was conducted in a mixed socio-economic, multi-ethnic, inner-city area of London with patients who were socially isolated and frequently referred to their GP. The intervention was implemented by 'social prescribing coordinators'. Outcomes of interest were psychological and social well-being and use of health care resources. A study by Foster et al. was prepared and compiled from 2017 to 2019 to quantitatively and qualitatively evaluate the effect of social prescription to alleviate loneliness. This study examined 10,643 patients in the quantitative evaluation part with a cohort design in 3 American countries, and in the qualitative evaluation part, the effects of this prescription on the social life of the patients were examined by examining 60 volunteers in the form of a structured interview. In the qualitative part of this research, improvements in well-being, increased self-confidence, and a greater sense of purpose, along with more cost-effective investments for patients, were reported as results of social prescribing. In the quantitative part, the researcher utilized the approved UCLA-3 tool and a demographic information questionnaire to examine patient payments. The results of quantitative data analysis showed that social prescribing will improve patients' quality of life. Considering the importance of social prescribing in medical science for patients, as well as general physicians' lack of knowledge on this matter, this study aimed to investigate the opinions of final-year medical students at Tabriz University of Medical Sciences regarding the social determinants of health and the role of social prescribing in helping to treat outpatients. Additionally, it sought to identify the relevant factors that influence their knowledge and attitudes, which will assist

in preparing and formulating intervention programs for them.

Methods

This descriptive cross-sectional study included all medical internship students at Tabriz University of Medical Sciences in 2023. Ethical approval to conduct the research was obtained from the regional research ethics committee of Tabriz University of Medical Sciences under the number IR.TBZMED.REC.1401.1025. Although the minimum sample size was calculated to be 112, a total of 115 students participated in the study. In this plan, data were collected online after the legal procedures were completed and approval was obtained from the ethics committee. The demographic information form and the questionnaire were designed using Google Docs and shared through virtual networks such as Instagram and WhatsApp. Questionnaires were provided to medical students by colleagues and representatives at the entrances. The questionnaire was answered online, and the answers were automatically entered into Excel. This project utilizes the social prescription questionnaire developed and validated by Abdullahi et al.. Data were analyzed using SPSS version 26 statistical software. The normality of the data was checked using the Kolmogorov-Smirnov test. Frequency (percentage) was used to describe qualitative data, and mean (standard deviation) was used for quantitative data due to its normality. The statistical significance level (P-value) was considered below 5% (0.05).

Results

Most interns, 57 individuals (49.6%), believed that 20%-40% of physically ill patients, and 38 individuals (33.0%) believed that 40%-60% of mental patients, had problems related to the social determinants of health. Also, 37 interns (32.2%) believed that between 40% and 60%, and even up to 60%-80% of physically ill patients, and 36 interns (31.3%) believed that between 40% and 60% of mentally ill patients, were facing problems related to poor living conditions. Furthermore, 45 interns (39.1%) believed that between 20% and 40% of physically ill patients, and 39 interns (33.9%) believed that between 40% and 60% of mentally ill patients, were suffering from severe social stress. According to 32 interns (27.8%), between 40% and 60% of physically or mentally ill patients were unable to afford their basic food expenses. Moreover, 44 interns (38.3%) believed that social prescribing had a greater therapeutic effect than physical treatments or drug prescriptions for 20%-40% of physically ill patients. Similarly, 48 interns

(41.7%) believed this was true for 40%–60% of mentally ill patients. In addition, 39 interns (33.9%) believed that the prognosis of both physically and mentally ill patients could significantly improve through social prescribing. Finally, if social prescribing were to be supported and made feasible by the Ministry of Health's Social Affairs Department, the majority of the interns reported that they would be willing to prescribe it for both physical and mental health patients.

Conclusion

From the point of view of most interns, almost half of the physical and mental patients have problems related to social determinants of health, inappropriate living conditions, and severe social stress. Furthermore, most interns believe that for approximately half of these patients, social prescribing plays a more significant therapeutic role than physical treatments or medication,

and the prognosis of their condition can be considerably improved with social prescribing.

Practical Implications of Research

The results of this study highlight the importance of integrating structured training on social determinants of health and social prescribing into the medical curriculum. Educating medical students on the practical use of social prescribing may enhance their clinical decision-making skills and promote a more holistic approach to patient care. Additionally, these findings suggest that health policymakers should consider developing national guidelines and support systems for implementing social prescribing in outpatient care, especially for vulnerable populations with social challenges.

نقش تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و نسخه‌نویسی اجتماعی در درمان سرپایی: دیدگاه دانشجویان پزشکی

مریم برادران بی نظیر^۱، کمیل آقازاده حبشی^{۱*}، حمیدرضا یوسفی نوده^{۲*}، امیرحسین باباپور^۱

^۱ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. نسخه‌نویسی اجتماعی به عنوان رویکردی جامع در مراقبت‌های سلامت مطرح شده است که بیماران را برای رفع نیازهای اجتماعی مؤثر بر سلامت، به منابع غیربالیینی جامعه ارجاع می‌دهد. هدف این مطالعه بررسی دیدگاه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد تعیین گرهای اجتماعی سلامت و نقش بالقوه نسخه‌نویسی اجتماعی در مراقبت از بیماران سرپایی بود.

روش کار. این مطالعه مقطعی توصیفی در سال ۱۴۰۲ بر روی تمامی کارورزان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با روش سرشماری انجام شد. اگرچه حداقل حجم نمونه ۱۱۲ نفر محاسبه شده بود، در نهایت ۱۱۵ نفر در مطالعه شرکت کردند. داده‌ها به صورت آنلاین از طریق پرسش‌نامه طراحی شده در گوگل فرم جمع‌آوری شد. پاسخ‌ها به صورت الکترونیکی ثبت و در فایل اکسل استخراج شد. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. برای متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد و برای متغیرهای کمی، پس از بررسی نرمال بودن، از میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

یافته‌ها. از دیدگاه اغلب کارورزان، بین ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران جسمی و بین ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران روانی با مشکلات ناشی از تعیین گرهای اجتماعی سلامت درگیر هستند. مهم‌ترین عوامل مطرح شده شامل شرایط زندگی نامناسب، استرس‌های اجتماعی شدید و ناتوانی در تأمین مایحتاج اولیه مانند خوراک بود. بیش از یک‌سوم دانشجویان معتقد بودند که نسخه‌نویسی اجتماعی برای بخشی از بیماران اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های دارویی و جسمی دارد. همچنین حدود یک‌سوم از کارورزان به بهبود قابل توجه پیش‌آگهی بیماری با این رویکرد اشاره کردند. در نهایت، اکثر شرکت‌کنندگان اعلام کردند در صورت حمایت رسمی، از نسخه‌نویسی اجتماعی در درمان بیماران استفاده خواهند کرد.

نتیجه‌گیری. نتایج نشان می‌دهد که بسیاری از مشکلات سلامت بیماران سرپایی، به‌ویژه در حوزه سلامت روان، با تعیین گرهای اجتماعی مانند شرایط زندگی نامناسب و استرس اجتماعی مرتبط‌اند. دانشجویان نسخه‌نویسی اجتماعی را رویکردی مؤثرتر از درمان‌های متداول می‌دانند. پیشنهاد می‌شود آموزش مرتبط در برنامه درسی پزشکی گنجانده شده و دستورالعمل‌های ملی برای حمایت از اجرای این رویکرد تدوین گردد تا زمینه به‌کارگیری آن توسط پزشکان آینده فراهم شود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۷
اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۲۷
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۰
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

کلیدواژه‌ها:

نسخه نویسی اجتماعی،
تعیین گرهای اجتماعی
سلامت،
کارورزان پزشکی

مقدمه

عزت نفس و کاهش انزوای اجتماعی و استفاده از منابع مراقبت‌های بهداشتی است.^۱ نسخه‌نویسی اجتماعی رویکرد جدیدی در مراقبت‌های اولیه است که به‌کارگیری بخش داوطلبانه مانند خیریه‌ها و انجمن‌ها را ترویج می‌کند و به‌عنوان رویکردی که می‌تواند شکاف بین خدمات بهداشتی

نسخه‌نویسی اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یک ارجاع غیرپزشکی یا خدمت پیونددهنده برای ترویج درمان‌های غیردارویی و حمایت از بیماران در جوامع توصیف کرد. دلایل و هدف نسخه‌نویسی اجتماعی متفاوت است اما اغلب شامل بهبود سلامت، روان، رفاه، افسردگی، اضطراب،

* پدیدآور رابط: کمیل آقازاده حبشی و حمیدرضا یوسفی نوده، آدرس ایمیل: Komeil.aghazade@gmail.com و yousefih68@gmail.com

و نیازهای بهداشتی جامعه را از طریق راهنمایی و پشتیبانی پر کند، شناخته می‌شود.^۲ نسخه‌نویسی اجتماعی به‌عنوان روشی مؤثر برای رسیدگی به مسائل اجتماعی مؤثر بر سلامت و رفاه ترویج می‌شود، به‌ویژه برای افرادی که دارای بیماری مزمن یا مشکلات روان‌شناختی هستند و با توجه به نیازهای غیرپزشکی افراد، به‌خوبی شناخته شده است که وضعیت اجتماعی-اقتصادی یک علت اساسی برای نابرابری‌های سلامت است.^{۳،۴} هدف از نسخه‌نویسی اجتماعی، تکمیل مدل پزشکی، کاهش فشارهای فعلی و رسیدگی به نیازهای برآورده نشده می‌باشد. نسخه‌نویسی اجتماعی به متخصصان حوزه سلامت این امکان را می‌دهد که بیماران را به یک مددکار ارجاع دهند تا یک نسخه غیربالینی و بدون تجویز دارو را برای بهبود سلامت و رفاه آن‌ها طراحی کنند.^۵ مصداق‌های نسخه‌نویسی اجتماعی شامل کلاس‌ها یا گروه‌های ورزشی، مداخلات کنترل وزن و تغذیه، درمان‌های مبتنی بر هنر، فرصت‌های شغلی یا داوطلبانه، گروه‌های خودیاری برای شرایط خاص، برنامه‌های فرزندپروری، خدمات مشاوره (به‌عنوان مثال، برای حقوق رفاهی، مسکن یا بدهی)، فعالیت‌های اجتماعی از جمله باغبانی، آشپزی و ورزش می‌باشد. همچنین راهکارهایی مثل آموزش تغییر رفتار و شیوه زندگی توسط پزشکان می‌تواند به‌عنوان مصداق‌های نسخه‌نویسی اجتماعی برای کنترل بیماری‌های مزمن مثل دیابت مفید باشد. رونالد (Roland) در مقاله‌ای، اشاره کرده است که پزشکان عمومی با مبحث نسخه‌نویسی اجتماعی غالباً آشنا نیستند، همچنین در شناسایی بیمارانی که از نسخه‌نویسی اجتماعی سود می‌برند ناتوان هستند. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که افزایش آگاهی از این مفهوم برای پزشکان فعلی و آینده مهم است.^۶ در مطالعه‌ای با موضوع مشابه در کانادا، درک و آگاهی دانشجویان در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی بررسی شده است. در این مطالعه گزارش شده است که اکثریت دانشجویان (۷۵/۴ درصد) هرگز در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی چیزی نشنیده‌اند.^۷ مطالعه‌ای نیز در بریتانیا با هدف افزایش آگاهی از نسخه‌نویسی اجتماعی در میان نسل جوان متخصصان انجام شد، و در این مطالعه پیش‌آزمونی برگزار شد که نشان داد، ۹۳ درصد از دانشجویان پزشکی هرگز در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی نشنیده‌اند، با این حال ۹۹ درصد از آن‌ها مشتاق بودند تا بیشتر در مورد این موضوع آگاهی کسب کنند.^۸ از جمله

مواردی که موجب عدم آگاهی کافی پزشکان از نسخه‌نویسی اجتماعی می‌شود را می‌توان فقدان وقت کافی پزشکان عمومی برای مطرح کردن نسخه‌نویسی اجتماعی با بیماران دانست، بدین ترتیب رغبت برای مطرح کردن این مورد در محیط‌های آکادمیک کم خواهد شد.^۹ برخی مطالعات در این زمینه، نشان داده شده است که مشارکت دانشجویان پزشکی در پروژه‌های نسخه‌نویسی اجتماعی باعث ایجاد تغییرات مثبت در نگرش دانشجویان نسبت به نسخه‌نویسی اجتماعی می‌شود.^۹ در مطالعه‌ای با هدف بررسی آگاهی از نسخه‌نویسی اجتماعی در بین دانشجویان پزشکی سراسر انگلستان با استفاده از یک نظرسنجی ارائه شده قبل و بعد از جلسات تدریس مفاهیم نسخه‌نویسی اجتماعی، اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. در مجموع ۹۳۲ پاسخ از ۲۷ دانشکده پزشکی مختلف ثبت شد. نتایج نظرسنجی‌های قبل از جلسه نشان داد که ۹۱ درصد از دانشجویان پزشکی هرگز مفهوم نسخه‌نویسی اجتماعی را تا قبل از جلسه تدریس نشنیده‌اند. نظرسنجی‌های بعد از جلسه تدریس نشان داد که ۹۸ درصد از دانشجویان این موضوع را مفید و مرتبط با شغل آینده خود می‌دانستند. یافته‌های مطالعه اخیر، عدم آگاهی بسیاری از دانشجویان در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی از ۲۷ دانشکده پزشکی مختلف در سراسر بریتانیا را تأیید می‌کند.^{۱۰،۱۱} با توجه به اهمیت نسخه‌نویسی اجتماعی در علم پزشکی به‌ویژه پزشکی کل‌نگر برای بیماران، همچنین عدم آگاهی کافی پزشکان عمومی از این مورد، هدف از مطالعه حاضر بررسی دیدگاه دانشجویان کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد تعیین گره‌های اجتماعی سلامت و نقش نسخه‌نویسی اجتماعی برای کمک به درمان بیماران سرپایی در سال ۱۴۰۲ بود. امید است با بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی در این مورد، همچنین پیدا کردن عوامل مرتبط با آن‌ها به تهیه و تدوین برنامه‌های مداخله‌ای مناسب کمک کرد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی توصیفی بود که جمعیت هدف آن را، تمامی دانشجویان مقطع کارورزی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز شامل ۱۷۰ نفر، در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند. حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمول $\frac{(N+5)*1/2}{1-0/2}$ به تعداد ۱۱۲ نفر محاسبه شد. اگرچه

حداقل حجم نمونه ۱۱۲ نفر محاسبه شده بود، در نهایت ۱۱۵ نفر در مطالعه شرکت کردند. در فرمول مذکور N تعداد گویه‌های پرسش‌نامه می‌باشد که در این مطالعه ۱۵ بود.^{۱۲} روش نمونه‌گیری به صورت تمام شماری بود. در این طرح پس از طی مراحل قانونی تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق، داده‌ها به صورت آنلاین جمع‌آوری گردید؛ به این صورت که فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه به صورت آنلاین در گوگل فرم طراحی و لینک آن از طریق شبکه‌های مجازی شامل اینستاگرام و واتس‌آپ توسط همکاران و سرگروه‌های ورودی‌ها، در اختیار دانشجویان پزشکی قرار داده شد. پاسخ‌دهی پرسش‌نامه به صورت آنلاین صورت گرفت و پاسخ‌ها به طور خودکار در اکسل قرار گرفت. ابزار مورد استفاده شامل چهار قسمت بود. قسمت اول مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان (جنسیت، سن و وضعیت تاهل)؛ قسمت دوم شامل ۱۵ سوال برای بررسی دیدگاه کارورزان پزشکی در مورد فراوانی نسبی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سرپایی دانشگاه؛ قسمت سوم و چهارم ابزار در مورد بررسی درصد تجویز نسخه‌های اجتماعی برای هر یک از پانزده اقلام رفاهی مورد مطالعه، در صورت قابلیت اجرایی نسخه اجتماعی برای بیماران جسمی و غیرجسمی با حمایت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت از دیدگاه شرکت‌کنندگان بود. برای تخمین

فراوانی نسبی در هر سوال، پاسخ سوالات به صورت طیف لیکرت (۰ تا ۲۰ درصد، ۲۱ تا ۴۰ درصد، ۴۱ تا ۶۰ درصد، ۶۱ تا ۸۰ درصد و ۸۱ تا ۱۰۰ درصد) تنظیم شده بود. ابزار مورد استفاده در این طرح، پرسش‌نامه نسخه‌نویسی اجتماعی عبداللهی و همکاران می‌باشد که توسط ایشان روایی و پایایی آن انجام گرفته بود.^{۱۳}

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل گردیدند. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-سمیروف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شدند. جهت توصیف داده‌های کیفی از فراوانی (درصد) و برای داده‌های کمی به دلیل نرمال بودن از میانگین (انحراف معیار) استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری (P-value) نیز زیر ۵ درصد (۰/۰۵) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه که بر روی تمامی دانشجویان مقطع کارورزی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۴۰۲ انجام شد، تعداد ۱۱۵ نفر کارورز پزشکی شرکت نمودند؛ که میانگین (انحراف معیار) سن این افراد ۲۴/۴۱ (±۲/۲) سال بود. جنسیت اکثریت این افراد، مؤنث با ۷۹ نفر (۶۸/۷ درصد) و همچنین وضعیت تأهل اکثریت این افراد، مجرد با ۹۷ نفر (۸۴/۳ درصد) بود (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

گویه‌ها	دسته‌ها	مقادیر
جنس	مذکر	۳۶ (۳۱/۳)
	مؤنث	۷۹ (۶۸/۷)
سن (سال)	...	۲۴/۴۱ (±۲/۲)
وضعیت تأهل	مجرد	۹۷ (۸۴/۳)
	متاهل	۱۸ (۱۵/۷)

بیشتری از بیماران جسمی (۴۰ تا ۶۰ درصد از دیدگاه ۳۲/۲ درصد دانشجویان و نیز ۶۰ تا ۸۰ درصد از دیدگاه ۳۲/۲ درصد دانشجویان) نسبت به بیماران روانی (۴۰ تا ۶۰ درصد از دیدگاه ۳۱/۳ درصد دانشجویان) با این مشکل مواجه بودند. در مورد استرس‌های اجتماعی نیز، مشکلات در بین بیماران روانی بیشتر دیده شد (۴۰ تا ۶۰ درصد در برابر ۲۰ تا ۴۰ درصد) (جدول ۲).

از دیدگاه اکثر کارورزان، بیماران روانی بیشتر از بیماران جسمی با مشکلات ناشی از تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت مواجه بودند. به طور خاص، ۳۳ درصد از دانشجویان معتقد بودند که ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران روانی، و ۴۹/۶ درصد معتقد بودند که ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران جسمی، مشکلاتشان به تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت مربوط است. همچنین، در رابطه با شرایط زندگی نامناسب، درصد

جدول ۲. درصد بیماریانی که نیاز به نسخه‌نویسی اجتماعی دارند، از دیدگاه شرکت کنندگان

گویه‌ها	۲۰-۰ فراوانی (درصد)	۴۰-۲۰ فراوانی (درصد)	۶۰-۴۰ فراوانی (درصد)	۸۰-۶۰ فراوانی (درصد)	۱۰۰-۸۰ فراوانی (درصد)
چند درصد از بیماران جسمی مراجعه‌کننده مشکلاتی در ارتباط با تعیین گره‌های اجتماعی سلامت دارند که سلامتی آنها را به خطر انداخته است؟	۱۴(۱۲/۲)	۵۷(۴۹/۶)	۳۰(۲۶/۱)	۱۰(۸/۷)	۴(۳/۵)
چند درصد از بیماران روانی مراجعه‌کننده مشکلاتی در ارتباط با تعیین گره‌های اجتماعی سلامت دارند که سلامتی آنها را به خطر انداخته است؟	۱۳(۱۱/۳)	۲۷(۲۳/۵)	۳۸(۳۳)	۲۹(۲۵/۲)	۸(۷)
چند درصد از بیماران جسمی مراجعه‌کننده به‌علت داشتن شرایط زندگی نامناسب، نمی‌توانند شیوه زندگی سالمی برای خود اتخاذ نمایند؟	۱۳(۱۱/۳)	۱۸(۱۵/۷)	۳۷(۳۲/۲)	۳۷(۳۲/۲)	۱۰(۸/۷)
چند درصد از بیماران روانی مراجعه‌کننده به‌علت داشتن شرایط زندگی نامناسب، نمی‌توانند شیوه زندگی سالمی برای خود اتخاذ نمایند؟	۱۱(۳۴/۴)	۱۸(۱۵/۷)	۳۶(۳۱/۳)	۳۲(۲۷/۸)	۲۲(۱۹/۱)
چند درصد از بیماران جسمی مراجعه‌کننده از استرس‌های شدید اجتماعی مانند داشتن فرزند معتاد یا بیکار رنج می‌برند؟	۲۰(۱۷/۴)	۴۵(۳۹/۱)	۲۱(۱۸/۳)	۲۱(۱۸/۳)	۸(۷)
چند درصد از بیماران روانی مراجعه‌کننده از استرس‌های شدید اجتماعی مانند داشتن فرزند معتاد یا بیکار رنج می‌برند؟	۱۳(۱۱/۳)	۲۷(۲۳/۵)	۳۹(۳۳/۹)	۲۳(۲۰)	۱۳(۱۱/۳)
چند درصد از بیماران جسمی و یا روانی مراجعه‌کننده از خانواده‌ای هستند که قادر به تامین هزینه‌های خورد و خوراک خود نیستند؟	۱۸(۱۵/۷)	۳۰(۲۶/۱)	۳۲(۲۷/۸)	۲۵(۲۱/۷)	۱۰(۸/۷)
در مورد چند درصد از بیماران جسمی مراجعه‌کننده، شرح حال از نظر شرایط زندگی بیمار (تعیین گره‌های اجتماعی سلامت) اخذ می‌کنید؟	۳۴(۲۹/۶)	۳۹(۳۳/۹)	۱۸(۱۵/۷)	۱۶(۱۳/۹)	۸(۷)
در مورد چند درصد از بیماران روانی مراجعه‌کننده، شرح حال از نظر شرایط زندگی بیمار (تعیین گره‌های اجتماعی سلامت) اخذ می‌کنید؟	۱۶(۱۳/۹)	۲۶(۲۲/۶)	۳۲(۲۷/۸)	۲۲(۱۹/۱)	۱۹(۱۶/۵)
در مورد چند درصد از بیماران جسمی مراجعه‌کننده، معاینه شرایط زندگی بیمار (تعیین گره‌های اجتماعی سلامت) انجام می‌دهید؟	۴۸(۴۱/۷)	۲۸(۲۴/۳)	۲۰(۱۷/۴)	۱۱(۹/۶)	۸(۷)
در مورد چند درصد از بیماران روانی مراجعه‌کننده، معاینه شرایط زندگی بیمار (تعیین گره‌های اجتماعی سلامت) انجام می‌دهید؟	۲۶(۲۲/۶)	۲۷(۲۳/۵)	۲۸(۲۴/۳)	۲۰(۱۷/۴)	۱۴(۱۲/۲)
برای چند درصد از بیماران جسمی، نقش درمان‌کنندگی نسخه‌نویسی اجتماعی بیشتر از درمان‌های جسمانی می‌باشد؟	۲۶(۲۲/۶)	۴۴(۳۸/۳)	۲۶(۲۲/۶)	۱۴(۱۲/۲)	۵(۴/۳)
برای چند درصد از بیماران روانی، نقش درمان‌کنندگی نسخه‌نویسی اجتماعی بیشتر از نسخه دارویی می‌باشد؟	۱۳(۱۱/۳)	۱۶(۱۳/۹)	۴۸(۴۱/۷)	۲۷(۲۳/۵)	۱۱(۹/۶)
پیش‌آگهی چند درصد از کل بیماران جسمی با نسخه‌نویسی اجتماعی می‌تواند به‌طور قابل ملاحظه‌ای بهتر شود؟	۱۷(۱۴/۸)	۳۴(۲۹/۶)	۳۹(۳۳/۹)	۱۵(۱۳)	۱۰(۸/۷)
پیش‌آگهی چند درصد از کل بیماران روانی با نسخه‌نویسی اجتماعی می‌تواند به‌طور قابل ملاحظه‌ای بهتر شود؟	۸(۷)	۲۵(۲۱/۷)	۳۹(۳۳/۹)	۲۷(۲۳/۵)	۱۶(۱۳/۹)

همچنین براساس جدول ۳، از دیدگاه اکثریت کارورزان مورد مطالعه، در صورت قابلیت اجرایی نسخه‌نویسی اجتماعی برای بیماران جسمی با حمایت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، کارورزان ۸۰ تا ۱۰۰ درصد از مصادیق نسخه‌نویسی اجتماعی مانند اشتغال‌زایی برای بیمار، کمک به تعمیر یا خرید مسکن برای بیمار، مشاوره مالی یا کمک مالی برای بیمار و کمک به بیمار برای تأمین هزینه تحصیل فرزندان؛ ۶۰ تا ۸۰ درصد از مصادیق مانند شرکت بیمار در برنامه‌های طبیعت‌گردی، شرکت بیمار در برنامه‌های استرس و خشم، حمایت‌های تغذیه‌ای از بیمار و

کمک‌های مالی برای پرداخت هزینه‌های حمل‌ونقل؛ ۴۰ تا ۶۰ درصد از مصادیقی همچون شرکت بیمار در برنامه‌های ورزشی، کمک‌های حقوقی برای بیمار و مراقبت از کودکان بیمار؛ ۲۰ تا ۴۰ درصد از مصادیقی همچون شرکت بیمار در برنامه‌های هنری و شرکت در برنامه‌های آموزش بزرگسالان و نیز صفر تا ۲۰ درصد از مصادیقی مانند کمک به بیمار برای خرید کالاهای خانگی و کمک به بیمار برای پرداخت هزینه آب، برق، تلفن و گاز را در تجویزهای خود استفاده خواهند کرد.

جدول ۳. درصد تجویز نسخه‌های اجتماعی برای هر یک از اقلام رفاهی مورد مطالعه برای بیماران جسمی، از دیدگاه شرکت کنندگان

گویه‌ها	۲۰-۰ فراوانی (درصد)	۴۰-۲۰ فراوانی (درصد)	۶۰-۴۰ فراوانی (درصد)	۸۰-۶۰ فراوانی (درصد)	۱۰۰-۸۰ فراوانی (درصد)
شرکت بیمار در برنامه‌های طبیعت‌گردی	۲۱(۱۸/۳)	۳۳(۲۸/۷)	۲۳(۲۰/۰)	۲۶(۲۲/۶)	۱۲(۱۰/۴)
شرکت بیمار در برنامه‌های ورزشی	۲۰(۱۷/۴)	۱۵(۱۳/۰)	۳۱(۲۷/۰)	۲۸(۲۴/۳)	۲۱(۱۸/۳)
شرکت بیمار در برنامه‌های مدیریت استرس و خشم	۱۴(۱۲/۲)	۲۱(۱۸/۳)	۲۷(۲۳/۵)	۳۳(۲۸/۷)	۲۰(۱۷/۴)
شرکت بیمار در برنامه‌های هنری	۲۳(۲۰)	۳۱(۲۷)	۲۷(۲۳/۵)	۲۶(۲۲/۶)	۸(۷)
حمایت‌های تغذیه‌ای از بیمار	۱۶(۱۳/۹)	۱۷(۱۴/۸)	۲۱(۱۸/۳)	۳۲(۲۷/۸)	۲۹(۲۵/۲)
کمک‌های مالی برای پرداخت هزینه‌های حمل و نقل	۱۵(۱۳)	۲۷(۲۳/۵)	۲۲(۱۹/۱)	۲۸(۲۴/۳)	۲۳(۲۰)
شرکت بیمار در برنامه‌های آموزش بزرگسالان	۱۷(۱۴/۸)	۳۰(۲۶/۱)	۲۷(۲۳/۵)	۲۰(۱۷/۴)	۲۱(۱۸/۳)
مراقبت از کودکان بیمار	۱۳(۱۱/۳)	۱۸(۱۵/۷)	۳۵(۳۰/۴)	۲۸(۲۴/۳)	۲۱(۱۸/۳)
مشاوره مالی یا کمک مالی برای بیمار	۱۸(۱۵/۷)	۲۰(۱۷/۴)	۲۱(۱۸/۳)	۲۴(۲۰/۹)	۳۲(۲۷/۸)
اشتغال‌زایی برای بیمار	۱۶(۱۳/۹)	۱۸(۱۵/۷)	۲۶(۲۲/۶)	۱۹(۱۶/۵)	۳۶(۳۱/۳)
کمک به تعمیر یا خرید مسکن برای بیمار	۲۳(۲۰)	۲۲(۱۹/۱)	۲۰(۱۷/۴)	۲۱(۱۸/۳)	۲۹(۲۵/۲)
کمک‌های حقوقی برای بیمار	۲۰(۱۷/۴)	۱۶(۱۳/۹)	۳۲(۲۷/۸)	۱۸(۱۵/۷)	۲۹(۲۵/۲)
کمک به بیمار برای خرید کالاهای خانگی	۲۹(۲۵/۲)	۲۳(۲۰)	۲۰(۱۷/۴)	۲۰(۱۷/۴)	۲۳(۲۰)
کمک به بیمار برای تأمین هزینه تحصیل فرزندان	۱۶(۱۳/۹)	۲۳(۲۰)	۲۱(۱۸/۳)	۱۹(۱۶/۵)	۳۶(۳۱/۳)
کمک به بیمار برای پرداخت هزینه آب، برق، تلفن و گاز	۳۴(۲۹/۶)	۲۲(۱۹/۱)	۱۶(۱۳/۹)	۱۸(۱۵/۷)	۲۵(۲۱/۷)

از دیدگاه اکثریت کارورزان مورد مطالعه، در صورت قابلیت اجرایی نسخه‌نویسی اجتماعی برای بیماران روانی، کمک به بیمار برای تأمین هزینه تحصیل فرزندان، شرکت بیمار در برنامه‌های ورزشی، حمایت‌های تغذیه‌ای از بیمار و مشاوره مالی یا کمک مالی برای بیمار و شرکت بیمار در برنامه‌های مدیریت استرس و خشم برای ۸۰ تا ۱۰۰ بیماران

نسخه خواهد شد. کمک‌های مالی برای پرداخت هزینه‌های حمل و نقل، کمک‌های حقوقی برای بیمار و مراقبت از کودکان بیمار از دیدگاه کارورزان برای ۶۰ تا ۸۰ درصد بیماران نسخه‌نویسی خواهد شد. از شرکت بیمار در برنامه‌های هنری و اشتغال‌زایی برای بیمار برای ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران استفاده خواهد شد. شرکت بیمار در

برنامه‌های طبیعت‌گردی، شرکت بیمار در برنامه‌های آموزش بزرگسالان، کمک به تعمیر یا خرید مسکن برای بیمار و کمک به بیمار برای خرید کالاهای خانگی برای ۲۰ تا

۴۰ درصد بیماران نسخه خواهد شد. در نهایت، کارورزان، کمک به بیمار برای پرداخت هزینه آب، برق، تلفن و گاز را برای صفر تا ۲۰ درصد بیماران تجویز خواهند کرد (جدول ۴).

جدول ۴. بررسی درصد تجویز نسخه‌های اجتماعی برای هر یک از اقلام رفاهی مورد مطالعه برای بیماران روانی، از دیدگاه شرکت‌کنندگان

گروه‌ها	۲۰-۰	۴۰-۲۰	۶۰-۴۰	۸۰-۶۰	۱۰۰-۸۰
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
شرکت بیمار در برنامه‌های طبیعت‌گردی	۱۰(۸/۷)	۱۱(۹/۶)	۳۳(۲۸/۷)	۳۶(۳۱/۳)	۲۵(۲۱/۷)
شرکت بیمار در برنامه‌های ورزشی	۷(۶/۱)	۱۳(۱۱/۳)	۲۴(۲۰/۹)	۳۲(۲۷/۸)	۳۹(۳۳/۹)
شرکت بیمار در برنامه‌های مدیریت استرس و خشم	۵(۴/۳)	۱۰(۸/۷)	۲۵(۲۱/۷)	۳۲(۲۷/۸)	۴۳(۳۷/۴)
شرکت بیمار در برنامه‌های هنری	۱۱(۹/۶)	۱۹(۱۶/۵)	۳۵(۳۰/۴)	۲۵(۲۱/۷)	۲۵(۲۱/۷)
حمایت‌های تغذیه‌ای از بیمار	۱۵(۱۳)	۲۵(۲۱/۷)	۲۴(۲۰/۹)	۲۵(۲۱/۷)	۲۶(۲۲/۶)
کمک‌های مالی برای پرداخت هزینه‌های حمل و نقل	۱۷(۱۴/۸)	۲۳(۲۰)	۲۴(۲۰/۹)	۲۶(۲۲/۶)	۲۵(۲۱/۷)
شرکت بیمار در برنامه‌های آموزش بزرگسالان	۱۵(۱۳)	۳۰(۲۶/۱)	۲۷(۲۳/۵)	۱۹(۱۶/۵)	۲۴(۲۰/۹)
مراقبت از کودکان بیمار	۱۱(۹/۶)	۱۹(۱۶/۵)	۲۴(۲۰/۹)	۳۱(۲۷)	۳۰(۲۶/۱)
مشاوره مالی یا کمک مالی برای بیمار	۱۹(۱۶/۵)	۱۸(۱۵/۷)	۲۰(۱۷/۴)	۲۲(۱۹/۱)	۳۶(۳۱/۳)
اشتغال‌زایی برای بیمار	۱۹(۱۶/۵)	۱۸(۱۵/۷)	۲۰(۱۷/۴)	۲۲(۱۹/۱)	۳۶(۳۱/۳)
کمک به تعمیر یا خرید مسکن برای بیمار	۱۸(۱۵/۷)	۲۵(۲۱/۷)	۲۵(۲۱/۷)	۲۳(۲۰)	۲۴(۲۰/۹)
کمک‌های حقوقی برای بیمار	۱۸(۱۵/۷)	۲۰(۱۷/۴)	۱۹(۱۶/۵)	۲۹(۲۵/۲)	۲۹(۲۵/۲)
کمک به بیمار برای خرید کالاهای خانگی	۲۶(۲۲/۶)	۲۸(۲۴/۳)	۲۲(۱۹/۱)	۱۵(۱۳)	۲۴(۲۰/۹)
کمک به بیمار برای تامین هزینه تحصیل فرزندان	۱۷(۱۴/۸)	۱۹(۱۶/۵)	۲۷(۲۳/۵)	۲۲(۱۹/۱)	۳۰(۲۶/۱)
کمک به بیمار برای پرداخت هزینه آب، برق، تلفن و گاز	۳۴(۲۹/۶)	۲۰(۱۷/۴)	۱۸(۱۵/۷)	۱۶(۱۳/۹)	۲۷(۲۳/۵)

بحث

این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت و نقش نسخه‌نویسی اجتماعی برای کمک به درمان بیماران سرپایی از لحاظ اقلام رفاهی شامل شرکت بیمار در برنامه‌های طبیعت‌گردی، شرکت بیمار در برنامه‌های ورزشی، شرکت بیمار در برنامه‌های مدیریت استرس و خشم، شرکت بیمار در برنامه‌های هنری، حمایت‌های تغذیه‌ای از بیمار، کمک‌های مالی برای پرداخت هزینه‌های حمل و نقل، شرکت بیمار در برنامه‌های آموزش بزرگسالان، مراقبت از کودکان بیمار، مشاوره مالی یا کمک مالی برای بیمار، اشتغال‌زایی برای بیمار، کمک به تعمیر یا خرید مسکن برای بیمار، کمک‌های حقوقی برای بیمار، کمک به بیمار برای خرید کالاهای خانگی، کمک به بیمار برای تامین هزینه تحصیل فرزندان و کمک به بیمار برای پرداخت هزینه آب، برق، تلفن و گاز در

سال ۱۴۰۲ انجام شد. در این مطالعه از دیدگاه اکثر کارورزان مورد مطالعه تقریباً نیمی از بیماران جسمی و روانی مشکلاتشان در ارتباط با تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت، شرایط زندگی نامناسب و استرس‌های شدید اجتماعی بود. در مطالعه سانتونی (Santoni) و همکاران بعد از آموزش دانشجویان در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی، دیدگاه آنها در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی مثبت بوده و معتقد بودند می‌تواند در آینده شغلی آنها و مراقبت از بیمارانشان مفید واقع شود.^۳

در راستای نتایج پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مروری توسط داویس (Davis) و همکاران با هدف بررسی جمع‌آوری و استفاده از داده‌های مربوط به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDoH) در بخش‌های بستری داخلی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین عوامل اجتماعی بررسی شده شامل امنیت غذایی، مسکن، حمل و نقل، اشتغال، تحصیلات، درآمد، ناتوانی و حمایت

اجتماعی بودند، و در برخی موارد داده‌های به‌دست آمده به‌منظور ارجاع بیماران به منابع اجتماعی به‌کار گرفته شدند.^{۱۴} این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا است، چرا که کارورزان پزشکی نیز تأکید داشتند که مشکلات بخش قابل توجهی از بیماران، ناشی از عوامل اجتماعی مانند شرایط زندگی نامناسب، استرس‌های شدید اجتماعی و مشکلات مالی است. هر دو مطالعه بر اهمیت جمع‌آوری داده‌های SDoH و استفاده از آن‌ها برای بهبود مراقبت‌های بهداشتی تأکید دارند. با این حال، مطالعه حاضر به‌طور خاص بر دیدگاه‌های دانشجویان پزشکی و کاربرد نسخه‌نویسی اجتماعی در محیط‌های سرپایی تمرکز دارد، در حالی که مطالعه مروری مذکور بر جمع‌آوری داده‌های SDoH در بخش‌های بستری داخلی عمومی متمرکز است. همچنین تمایل کارورزان به تجویز نسخه‌نویسی اجتماعی در صورت حمایت ساختاری، می‌تواند گامی در راستای به‌کارگیری داده‌های SDoH در عرصه بالینی سرپایی باشد. تفاوت در نوع محیط بالینی (بستری در مقاله داویس و سرپایی در مطالعه حاضر) مانع از هم‌راستایی مفهومی بین این دو مطالعه نشده و هر دو بر ضرورت توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در فرآیند درمان بیماران تأکید دارند. مطالعه‌ای توسط پارونیان (Parunyan) و همکاران با هدف ارتقای مهارت دانشجویان سال سوم پزشکی در شناسایی و پاسخ به نیازهای اجتماعی بیماران طی کارآموزی داخلی انجام شد. در این پژوهش، از ابزار غربالگری THRIVE برای ارزیابی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDoH) استفاده شد و دانشجویان اطلاعات منابع مرتبط را به بیماران ارائه دادند. نتایج نشان داد که مشارکت در این تجربه آموزشی موجب افزایش دانش، اعتماد به‌نفس و عملکرد بالینی دانشجویان در حوزه SDoH شد.^{۱۵} یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش حاضر همسوست؛ زیرا هر دو بر اهمیت آموزش و تجهیز دانشجویان پزشکی برای شناسایی و مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تأکید دارند. با این حال، مطالعه حاضر بر دانشجویان سال آخر پزشکی و نقش نسخه‌نویسی اجتماعی در محیط‌های سرپایی متمرکز است، در حالی که مطالعه مذکور بر دانشجویان سال سوم و استفاده از ابزارهای غربالگری در محیط‌های بستری تمرکز دارد. در مطالعه حاضر نیز دانشجویان سال آخر پزشکی اذعان داشتند که بخش

قابل توجهی از مشکلات بیماران جسمی و روانی ناشی از عوامل اجتماعی مانند شرایط زندگی نامناسب و استرس‌های شدید اجتماعی است. همچنین تمایل آن‌ها به تجویز نسخه‌نویسی اجتماعی، نشان از درک عملی آن‌ها از اهمیت این رویکرد دارد. تفاوت در سطح آموزشی (سال سوم در مطالعه مذکور و سال آخر در مطالعه حاضر) و محیط بالینی (بستری در مقابل سرپایی) مانع از اشتراک دیدگاه کلی مبنی بر ضرورت آموزش ساختارمند تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به دانشجویان پزشکی نمی‌گردد.

در مطالعه‌ای توسط حسین (Hussein) و همکاران، نقش نسخه‌نویسی اجتماعی در داروخانه‌های کانادایی مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش نشان داد که داروسازان می‌توانند با شناسایی نیازهای اجتماعی بیماران و ارجاع آن‌ها به خدمات حمایتی محلی، نقشی مؤثر در ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و جسمی بیماران ایفا کنند. داروسازان با دسترسی گسترده‌ای که به بیماران دارند، نقش مهمی در شناسایی و ارجاع به خدمات اجتماعی ایفا می‌کنند. یافته‌ها حاکی از آن است که نسخه‌نویسی اجتماعی موجب تقویت مشارکت اجتماعی، کاهش انزوای فردی و افزایش احساس رفاه در بیماران می‌شود.^{۱۶} نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو است، چرا که در مطالعه حاضر نیز دانشجویان پزشکی نقش نسخه‌نویسی اجتماعی را در بهبود وضعیت بیماران مؤثر دانسته و بر ضرورت حمایت ساختاری برای اجرای آن تأکید داشتند. هر دو مطالعه نشان می‌دهند که موفقیت نسخه‌نویسی اجتماعی نیازمند مشارکت بین رشته‌ای و استفاده از ظرفیت همه سطوح نظام سلامت است. در واقع، همان‌طور که در پژوهش حسین و همکاران، گسترش نقش داروسازان به عنوان ارائه‌دهندگان نسخه‌های اجتماعی توصیه شده، یافته‌های مطالعه حاضر نیز بر اهمیت آموزش و درگیر کردن دانشجویان پزشکی از مراحل اولیه آموزش تأکید دارد. این هم‌افزایی در نقش آفرینی گروه‌های مختلف درمانی، چشم‌انداز قابل‌انگیزی برای نهادینه‌سازی نسخه‌نویسی اجتماعی در ساختار رسمی سلامت ایران ارائه می‌دهد. این هم‌راستایی نشان می‌دهد که نسخه‌نویسی اجتماعی با مشارکت بین رشته‌ای می‌تواند به بهبود عدالت در نظام سلامت کمک شایانی کند.

در مطالعه‌ای توسط تیلور (Taylor) و همکاران با بررسی دیدگاه‌های داروسازان و تکنسین‌های داروخانه در سه کشور بریتانیا، مشخص شد که با وجود آگاهی محدود درباره نسخه‌نویسی اجتماعی، تمایل بالایی برای مشارکت در این مسیرها وجود دارد؛ البته موانعی مثل کمبود زمان، آموزش و منابع مالی نیز گزارش شده است.^{۱۷} یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه تیلور و همکاران هم‌راستا است. در هر دو مطالعه، اگر چه دانش عملی نسبت به نسخه‌نویسی اجتماعی پایین گزارش شده، ولی تمایل حرفه‌ای برای مشارکت در این رویکرد درمانی مشهود می‌باشد. در مطالعه حاضر نیز کارورزان پزشکی اگرچه تجربه بالینی مستقیم در نسخه‌نویسی اجتماعی نداشتند، اما اکثریت آن‌ها نسبت به اجرای آن در صورت فراهم بودن زیرساخت‌های لازم، رویکرد مثبتی داشتند. این تشابه دیدگاه میان دو گروه درمانی نشان می‌دهد که موفقیت نسخه‌نویسی اجتماعی وابسته به فراهم سازی آموزش هدفمند، منابع مالی مشخص، و مسیرهای بین رشته‌ای روشن است. همچنین، ایجاد سیاست‌های حمایتی برای ادغام نقش داروسازان و پزشکان می‌تواند به توسعه مؤثر نسخه‌نویسی اجتماعی در سطح جامعه کمک کند.

مطالعه مظاهری و همکاران یکی از محدود تجربیات داخلی در زمینه آموزش عملی نسخه‌نویسی اجتماعی است که با بازنگری در برنامه کارورزی دانشجویان پزشکی و اجرای نسخه اجتماعی واقعی در میدان، به ارتقای درک و نگرش آن‌ها نسبت به تعیین گره‌های اجتماعی سلامت منجر شده است. این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی دزفول اجرا شده و نشان می‌دهد که اجرای عملی نسخه‌نویسی اجتماعی در دوره کارورزی پزشکی می‌تواند آگاهی، نگرش و توانایی دانشجویان را در درک و مداخله در تعیین گره‌های اجتماعی سلامت افزایش دهد. این مقاله به آموزش کاربردی نسخه‌نویسی اجتماعی از طریق طراحی و اجرای سناریوهای واقعی اجتماعی اشاره دارد.^{۱۸} یافته‌های این پژوهش از نظر جهت‌گیری، با مطالعه حاضر هم‌راستا هستند؛ چرا که در هر دو، دانشجویان پزشکی نقش نسخه‌نویسی اجتماعی را مؤثر ارزیابی کرده‌اند. در حالی که مطالعه حاضر صرفاً به سنجش دیدگاه پرداخته، پژوهش مظاهری و همکاران نشان داده است که تجربه عملی، می‌تواند اثربخشی آموزشی را به مراتب افزایش دهد. این مقایسه، ضرورت حرکت از

آگاهی نظری به آموزش کاربردی در دوره‌های پزشکی عمومی را برجسته می‌کند.

همچنین در این مطالعه در صورت قابلیت اجرایی نسخه‌نویسی اجتماعی برای بیماران جسمی و روانی با حمایت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، اکثریت کارورزان مورد مطالعه اظهار کردند که نسخه‌پیچی اجتماعی را تجویز خواهند کرد. در مطالعه‌ای که توسط کارنس (Carnes) و همکاران درباره نسخه‌نویسی اجتماعی در یک منطقه مختلط اجتماعی-اقتصادی، چندقومیتی، داخل شهر لندن با بیمارانی که از نظر اجتماعی منزوی شده بودند و اغلب به پزشک عمومی خود مراجعه می‌کردند، انجام شد؛ نتایج نشان داد که بعد از پیگیری ۸ ماهه هیچ تفاوتی بین بیماران مراجعه کننده به نسخه اجتماعی و گروه کنترل، برای سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب و «درگیری مثبت و فعال در زندگی» وجود نداشت.^{۱۹}

با توجه به این نتایجی که در مورد اثر درمانی نسخه‌نویسی اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی به دست آمده، مطالعه حاضر با مطالعه کارنس و همکاران به دلیل اشاره به عدم اثر درمانی معنادار نسخه‌نویسی اجتماعی بر سلامت عمومی و روانی، ناهمسو بود، اما با سایر مطالعات^{۱۴-۱۸} که اشاره به اثر درمانی معنادار نسخه‌نویسی اجتماعی بر بهبود سلامت روانی و جسمی بیماران داشتند با مطالعه ما همسو بود. تفاوت در جمعیت هدف و محیط پژوهش و همچنین تفاوت در حجم نمونه مورد مطالعه و معیارهای ورود و خروج از مطالعه مانند نوع و شدت بیماری و عوامل زمینه‌ای می‌تواند چرایی مغایر بودن نتیجه مطالعه حاضر نسبت به مطالعه کارنس و همکاران را توجیه کند.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد. نخست، داده‌ها بر اساس خوداظهاری دانشجویان جمع‌آوری شده و امکان وجود سوگیری پاسخ‌دهی وجود دارد. دوم، مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و تغییرات نگرش و رفتار در طول زمان بررسی نشد. سوم، تمرکز پژوهش تنها بر دانشجویان یک دانشگاه خاص (دانشگاه علوم پزشکی تبریز) بوده که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر دانشجویان یا مناطق مختلف کشور را محدود کند. همچنین، جامعه مطالعه محدود به دانشجویان سال آخر پزشکی بود و دیدگاه سایر دانشجویان در مراحل دیگر آموزش پزشکی بررسی نشد؛ در

حالی که ممکن است مراحل مختلف آموزش تأثیر متفاوتی بر نگرش و آگاهی نسبت به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت داشته باشد. افزون بر این، فقدان تحلیل عمیق کیفی برای درک زمینه‌ای تر دیدگاه‌ها، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که گنجاندن مفاهیم مرتبط با تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و نسخه نویسی اجتماعی در برنامه درسی رسمی دانشجویان پزشکی می‌تواند گامی مؤثر در جهت توانمندسازی نسل آینده پزشکان باشد. همچنین، فراهم‌سازی زیرساخت‌های لازم برای اجرای نسخه نویسی اجتماعی در سطح نظام سلامت، از جمله تدوین پروتکل‌های بالینی، تخصیص منابع، و تقویت همکاری بین‌بخشی با سازمان‌های اجتماعی، می‌تواند اثربخشی این رویکرد را در سطح بالینی افزایش دهد. توجه به این موضوع نه تنها کیفیت خدمات سلامت را ارتقا می‌دهد، بلکه گامی مؤثر در جهت کاهش نابرابری‌های سلامت در جامعه خواهد بود. بر اساس نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده از رویکردهای ترکیبی (کمی-کیفی) برای تحلیل عمیق تر نگرش‌ها و تجربیات دانشجویان پزشکی نسبت به نسخه نویسی اجتماعی استفاده شود. همچنین، انجام پژوهش‌های بین دانشگاهی در سطح کشوری می‌تواند به شناخت جامع‌تری از وضعیت آگاهی و نگرش دانشجویان کمک کند. بررسی تأثیر آموزش ساختاریافته در زمینه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و نسخه نویسی اجتماعی بر عملکرد بالینی دانشجویان نیز می‌تواند محور مطالعات آینده قرار گیرد. طراحی مداخلات آموزشی و ارزیابی اثربخشی آن‌ها در افزایش مهارت‌های کاربردی در این زمینه بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج این مطالعه بر ضرورت گنجاندن آموزش ساختاریافته در زمینه تعیین گرهای اجتماعی سلامت و

نسخه نویسی اجتماعی در برنامه درسی دوره پزشکی تأکید دارد. آموزش کاربردی دانشجویان پزشکی در این زمینه می‌تواند به تقویت مهارت تصمیم‌گیری بالینی و ترویج رویکرد کل‌نگر در مراقبت از بیماران منجر شود. همچنین، این یافته‌ها نشان می‌دهد که سیاست‌گذاران نظام سلامت باید به تدوین دستورالعمل‌های ملی و فراهم‌سازی زیرساخت‌های حمایتی برای اجرای نسخه نویسی اجتماعی در سطح خدمات سرپایی، به‌ویژه برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر با چالش‌های اجتماعی، توجه ویژه داشته باشند.

قدردانی‌ها

از همه کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در این مطالعه شرکت نمودند، کمال تشکر را داریم.

مشارکت پدیدآوران

مریم برادران بی‌نظیر در طراحی موضوع، تحلیل داده‌ها، نگارش و تهیه دست‌نوشته، کمیل آقازاده جمع‌آوری داده‌ها، نگارش و تهیه دست‌نوشته، حمیدرضا یوسفی نوده در جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و تهیه دست‌نوشته و امیرحسین باباپور در نگارش و تهیه دست‌نوشته مشارکت داشتند.

منابع مالی

منابع مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1401.1025 به تصویب رسیده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

References

1. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in

social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022; 7(5): 1-8. doi: 10.1136/bmjgh-2022-008524

2. Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, Raine G, Eaton V, Davis J, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC health Serv Res*. 2018; 18(1): 1-12. doi: 10.1186/s12913-018-3437-7
3. Santoni C, Chiva Giurca B, Li TM, Mulligan H, Chilaka J, Lazzereschi L, et al. Evaluating student perceptions and awareness of social prescribing. *Educ Prim Care*. 2019; 30(6): 361-367. doi: 10.1080/14739879.2019.1669223
4. Gibson K, Pollard TM, Moffatt S. Social prescribing and classed inequality: A journey of upward health mobility? *Soc Sci Med*. 2021; 280: 1-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114037
5. Chiva Giurca B. Social prescribing student champion scheme: a novel peer-assisted-learning approach to teaching social prescribing and social determinants of health. *Educ Prim Care*. 2018; 29(5): 307-309. doi: 10.1080/14739879.2018.1483211
6. Roland M, Everington S, Marshall M. Social prescribing-transforming the relationship between physicians and their patients. *N Engl J Med*. 2020; 383(2): 97-99. doi: 10.1056/NEJMp1917060
7. Smoke A, Wadge S, Barrett A, Nikitin S, Melekh E, Law M, et al. Examining Student Perceptions and Awareness of Social Prescribing in a Canadian University. *Healthy Populations Journal*. 2024; 4(3): 28-39. doi: 10.15273/hpj.v4i3.11985
8. Rafferty C, Santoni C, Beck P, Subramanian A, Chilaka J, Kirtley D, et al. A national conference on social prescribing. *Clin Teach*. 2021; 18(1): 76-78. doi: 10.1111/tct.13215
9. Ward A, Asif A, Cattermole R, Chima J, Ebbatson T, Mahi I, et al. Social prescribing by students: the design and delivery of a social prescribing scheme by medical students in general practice. *Educ Prim Care*. 2020; 31(5): 318-322. doi: 10.1080/14739879.2020.1799437
10. Mulligan H, Kirtley D, Santoni C, Chilaka J, Chiva Giurca B. Exploring student perceptions and awareness of social prescribing. *Br J Gen Pract*. 2019; 69(Suppl 1). doi: 10.3399/bjgp19X703649
11. Domaradzki J, Walkowiak D. Medical students' knowledge and opinions about rare diseases: A case study from Poland. *Intractable Rare Dis Res*. 2019; 8(4): 252-259. doi: 10.5582/irdr.2019.01099
12. Pezeshki MZ, Khajeh FK, Ghaffarifar S, Alizadeh M, Faridaalee G. Iranian study on social determinants of self-management in patients with hypertension referring to tabriz health care centers in 2017-2018. *Int J Prev Med*. 2020; 11: 1-5. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_199_19
13. Abdollahi M. A survey of family physicians in Tabriz on social determinants of health in referred patients and the role of social prescribing in assisting their treatment. Tabriz University of Medical Sciences; 2019. [Persian]
14. Davis VH, Rodger L, Pinto AD. Collection and use of social determinants of health data in inpatient general internal medicine wards: a scoping review. *J Gen Intern Med*. 2023; 38(2): 480-489. doi: 10.1007/s11606-022-07937-z
15. Parunyan M, Hollander L, Hong H, Sylvester D, Desphande J, Eyllon M, et al. Improving Medical Students' Skills to Address Social Determinants of Health during the Internal Medicine Clerkship. *J Health Care Poor Underserved*. 2020; 31(4S): 286-305. doi: 10.1353/hpu.2020.0154
16. Hussein T, Cartright N, Kirschner J, Nadarasa A, Rathbone AP, Lindsey L. Social prescribing in pharmacies: What is it, does it work and what does it mean for Canadian pharmacies? *Can Pharm J (Ott)*. 2023; 157(1): 21-24. doi: 10.1177/17151635231216119
17. Taylor DA, Nicholls GM, Taylor AD. Perceptions of pharmacy involvement in social prescribing pathways in England, Scotland and Wales. *Pharmacy (Basel)*. 2019; 7(1): 1-13. doi: 10.3390/pharmacy7010024
18. Mazaheri M, Khorramizadeh M, Rezai-Rad M, Mard-Soltani M. Using social prescribing by Iranian medical students: a step towards community-orientation and social determinants of health by revising the health internship curriculum. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1): 1-10. doi: 10.1186/s12909-022-03718-8
19. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1): 1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2778-y