Volume 25, Issue 1 (January- February 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The conceptualization of health advocacy and physician advocate: A review of dimensions and precedents

Seyedeh Hajar Hosseini[1], Ahmed KalateSadati[1*], Seyed Alireza Afshani[1], Behnam Honarvar[2]

1. Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
2. Research Center of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 30 September 2024
Accepted for publication: 16 August 2025
[EPub a head of print- 28 January 2026]
Payesh: 2026; 25(1): 31- 46

Abstract

Objective(s): patients are considered a vulnerable group within various sectors of the healthcare system and therefore require protection and advocacy. “Health advocacy” and the concept of the “physician advocate” are legal in nature and have been introduced into various fields, including medical education, over the past two decades. While these concepts aim to protect patients’ rights, they also grant substantial authority and responsibilities to physician advocates. This research aims to reviewing the scope of studies and Explaining the conceptual field of health advocacy and the role of the health advocate physician has been done.

Methods: A Scoping review for study background and a conceptual review for the typology was done.

The tool of collection was taking note of written documents that by searching for the keywords – health advocacy, physician advocacy, role of advocate, physician advocate - in search engines and scientific databases and a cumulative search based on the references of available documents was done. The selection of documents was based on criteria-oriented purposeful method (1.matching the title, 2.matching the keywords, 3.more valid, more indexed, more cited, 4.more relevant, more meaningful). Finally, 29 full-text documents were selected and reviewed.

Results: The research scope of the subject was recorded. In the typology, 2 levels of advocacy were identified, including micro advocacy and macro advocacy. Also, 5 types of advocacy and their related advocate roles were identified: Patient right and autonomy (Patient right and autonomy advocate), representational advocacy (patient representative), Empowerment and Facilitation (empower and facilitator), social activism (social activist) and Policy activism (social reformer and Policy activist) was identified.

Conclusion: Playing the role of advocate in health advocacy, is a process which includes advocacy at the smallest (Patients Self-determination advocacy) and the largest (reforming Health-social policies) level. This research, while determining the study scope; presented a typology and conceptual model of this new subject, which can be used as a suggested in medical education.

Keywords: Vulnerability, Patients, Advocacy, Health Advocacy, Role of advocate

[*] Corresponding author: Research Center of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
E-mail: asadati@yazd.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

سال بیست و پنجم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۴۰۴

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مفهوم‌شناسی دفاع از سلامت و پزشک مدافع: مروری بر ابعاد و سوابق

سیده‌هاجر حسینی[۱]، احمد کلاته‌ساداتی[۱*]، سیدعلیرضا افشانی[۱]، بهنام هنرور[۲]

۱. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۲. مرکز تحقیقات و سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۲۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ بهمن ۱۴۰۴]

نشریه پایش: ۴۶- ۳۱ :(۱)۲۵؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: بیماران، گروهی آسیب‌پذیر در بخش‌های مختلف نظام سلامت هستند که نیازمند دفاع و مدافع هستند. دفاع از سلامت و پزشک مدافع اصطلاحاتی از نظر ماهیت، حقوقی هستند که در دو دهه اخیر وارد علوم مختلف، از جمله آموزش پزشکی شده‌اند که ضمن دفاع از بیماران، اختیارات زیادی نیز به پزشکان مدافع می‌دهند. تحقیق حاضر با هدف مرور دامنه مطالعاتی و مفهوم‌شناسی دفاع از سلامت و پزشک مدافع انجام شده است.

مواد و روش کار: یک مرور از نوع دامنه‌ای برای استخراج مطالعات مرتبط و یک مرور از نوع مفهومی برای نوع‌شناسی موضوع، انجام شد. ابزار جمع‌آوری، فیش‌برداری از اسناد مکتوب بود که با جستجوی عبارات «دفاع از سلامت، دفاع پزشک، نقش مدافع و پزشک مدافع» در جستجوگرها و پایگاه‌های علمی و جستجوی انباشتی با تکیه بر منابع اسنادِ یافت‌شده انجام شد. انتخاب اسناد، به‌روش هدفمند(با معیارهای ۱.تطابق عنوان، ۲. تطابق کلیدواژه، ۳. معتبرتر، نمایاتر، پراستنادتر برای ممانعت از ورود ادبیات خاکستری، ۴. مرتبط‌تر، معنادارتر) بود که در نهایت طبق معیارهای پریزما و تا رسیدن به اشباع مفهومی ۲۹ سند تمام‌متن گزینش و مرور شد.

یافته‌ها: براساس نتایج، ضمن ثبت دامنه تحقیقاتی موضوع، ۲ سطح از دفاع شامل دفاع فردی و دفاع جمعی؛ و ۵ بُعد دفاع و نقش مرتبط با آن شناسایی شد. ابعاد عبارت بودند از: دفاع از حقوق و خودمختاری بیمار (مدافع حقوق و خودتعینی بیمار)، نمایندگی از جانب بیمار (نمایندهٔ بیمار)، توانمندسازی و تسهیلگری برای بیمار(توانمندساز و تسهیل‌گر)، کنشگری اجتماعی(کنشگر و مشاور اجتماعی) و کنشگری سیاستی بهداشتی-اجتماعی (اصلاح‌گر و سیاست‌گذار).

نتیجه‌گیری: دفاع از سلامت، ویژگی است که مجموعه‌ای از اقدامات مدافع سلامت در خردترین (حفاظت از حقوق و خودتعینی بیمار) و کلان‌ترین (کنشگری و سیاست‌گذاری) را در بر می‌گیرد. این مطالعه، ضمن گزارش دامنه مطالعاتی؛ یک نوع‌شناسی پنج‌سطحی از این حوزه جدید را ارائه داد که می‌تواند به‌عنوان الگوی پیشنهادی در آموزش پزشکی استفاده و آزمون شود.

کلید واژه ها: آسیب‌پذیری، بیمار، حمایت‌گری، دفاع از سلامت، نقش مدافع

کد اخلاق: IR.YAZD.REC.1403.006

* نویسنده پاسخگو: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات و سیاست‌گذاری سلامت

E-mail: asadati@yazd.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

مقدمه

بیماری، با آسیب‌پذیری همراه است و این آسیب‌پذیری جهات و ابعاد مختلفی دارد. درد و رنج بیمار متناظر با نوع بیماری از یک سو، مشکلات و هزینه‌های درمان از سوی دیگر و در نهایت تعاملات بیمار در بسترهای ارائه خدمات سلامت در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها از آن جمله‌اند. این وجه متأخر، نیاز بیماران به مدافعه اجتماعی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اعم از پزشکان و پرستاران را برجسته کرده است. پزشکان با توجه به جایگاه مهم‌تری که در ارائه خدمت سلامت دارند، نقش منحصربه‌فردتری در موضوع مدافعه بیمار نیز دارند. مدت‌ها تصوّر می‌شده که نقش اصلی پزشک، فقط درمان بیماری است. اما امروز مشخص شده است که اگرچه نقش اساسی‌ترِ پزشک، درمان بیماری و کمک به تسکین درد کسانی است که بیمارند و رنج می‌کشند[۱]، اما این نقش، فقط در حین مداوای بیمار ظاهر نمی‌شود[۱]، بلکه هر امر پزشکی - به‌دلیل روابط متقابل بین‌فردی و گروهی- یک امر اجتماعی نیز محسوب می‌شود. همانطور که امروز در کنار نوع پزشکی که جنبه درمانی و فردی دارد، پزشکی در میان نقش‌های اجتماعی دیگری اعم از پزشک اجتماعی، پزشک مسئول، پزشک متعهد و پزشک مدافع قرار گرفته است. بنابراین، در پارادایم جدید پزشکی (جامع‌نگر با مراقبت از بیمار به‌عنوان بخشی از کلیت جامعه) که از بسیاری جنبه‌ها با پارادایم گذشته (فردمحور با مراقبت از بیمار به‌عنوان شخص) متفاوت است[۲]، نقش جدیدی تحت عنوان نقش مدافع بیمار به‌عنوان یک تعهد حرفه‌ای و مهمترین ویژگی پزشک شایسته، مطرح شده است[۳]. زیرا پزشکان به‌دلیل تخصص خود در مراقبت از بیماران و آسیب‌دیدگان[۴] در موقعیت بالایی قرار دارند تا مستقیماً ببینند که سیاست و فرهنگ و اجتماع چگونه بر سلامت بیماران و جامعه‌شان تأثیر می‌گذارد[۵] و در چنین موقعیتی به‌عنوان مدافعان سلامت بیماران و جمعیت‌های آسیب‌پذیر ایفای نقش کنند.

در سال‌های اخیر در کشورهای توسعه‌یافته، دفاع پزشک، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های حرفه‌گرایی پزشکی، پذیرفته شده است[۱۶-۳] و تعداد زیادی از پزشکان در کنار علاقه شدیدتر به دفاع از موضوعاتی که مستقیماً به بهداشت و مراقبت‌های پزشکی مربوط می‌شوند[۷،۱۵]؛ به‌طور فعال درگیر مسائلی نیز هستند که مستقیماً به مراقبت درمانی در کلینیک مربوط نمی‌شوند[۵،۱۱] و لزوماً نتایج زیست‌پزشکی به‌عنوان هدف اصلی‌شان ندارند[۷]، اما پزشکان را قادر می‌سازند تا علاوه بر تخصص پزشکی و بالینی، نقش گسترده‌تری در جامعه[۱۷] به‌عنوان بخشی از نقش اجتماعی حرفهٔ خود [۷] داشته باشند.

از جنبه آموزش پزشکی، موضوع دفاع از بیماران و جمعیت‌های آسیب‌پذیر و نقش مدافعان سلامت، از چنان اهمیتی برخوردار شده است که یک رکن اساسی از آموزش تحصیلات تکمیلی و دستورالعمل‌های آموزش پزشکی کشورهای توسعه‌یافته و بخشی از چارچوب‌های شایستگی و حرفه‌ای‌گرایی پزشکان [۱۳-۹] و از اصلی‌ترین نقش‌هایی است که توسط برخی دانشگاه‌های سطح جهان توصیه شده است[۹،۱۰]. درحالی‌که در برخی دیگر از جوامع، آگاهی یا علاقه به این موضوع به اندازه کافی رشد نکرده است. آموزش پزشکی ایران نیز به نقش‌های اجتماعی پزشکی در رسیدگی به مسائل اجتماعی که زمینه‌ساز اصلی بیماری هستند، توجه کمتری داشته و لذا خلاء عمیقی در بهره‌گیری از تحقیقات و دستاوردهای علمی جهانی در حوزه دفاع از سلامت برآن حاکم است. هنوز دانش مکفی درباره این موضوع شکل نگرفته و حتی صِرف مفهوم دفاع از سلامت، ناشناخته است، چنانکه تحقیقات چندانی (در قالب کتاب، کتابچه، مقالات و گزارش‌ها) که حتی حوزه مفهومی دفاع از سلامت را مطالعه کرده و منبع و فرصتی که بتواند دفاع از سلامت را تقویت کند در دسترس نیست و تولید محتوا در این حوزه نسبت به سایر محتواهای نظام سلامت، بسیار کم‌مایه است. چون موضوع دفاع از سلامت، به جزء ضروری آموزش پزشکی عصر حاضر تبدیل شده است، پس تحقیقاتی که بتوانند در این راستا راهگشا باشند، برای ارتقای پزشکی ما نیز ضروری و حائز اهمیت هستند. چنین تحقیقی، نقطه شروعی برای درک مفهوم دفاع از سلامت و تقویت نقش مدافع سلامت به‌شمار می‌رود، زیرا می‌تواند به‌مثابه نوعی آموزش و برنامه درسی پنهان، دانشجویان پزشکی را قادر سازد تا درک بهتری از زیربناهای اجتماعی سلامت و درمان و جایگاه خود در آن داشته باشند. همچنین از جنبه‌های مختلفی نظیر درک حمایت از حقوق آسیب‌پذیرترین بیماران و مبارزه با سوءاستفاده از آنان، ایجاد فضای انتقادی برای توانمند کردن و ارتقای اخلاق پزشکی، سیاست‌گذاری، ایجاد شبکه حمایتی پزشکان و بالاخره توسعه حرفه‌ای پزشکی مهم و ارزشمند است.

مسأله و سؤال این است که دفاع از سلامت و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده این مفهوم و نقش پزشک مدافع در این موضوع چیست؟ و دامنه مطالعاتی این حوزه چگونه است؟ بنابراین، تحقیق با تکیه بر ادبیات جهانی، دو هدف را دنبال می‌کند که عبارتند از مرور دامنه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

پژوهشی که هدف آن اطلاع‌رسانی و ارائه نمای کلی از ادبیات و شواهد در دسترس است؛ و مرور مفهومی که هدف آن تعیین حوزه مفهومی و مفاهیم زیربنایی و نوع‌شناسی این حوزه موضوعی جدید است. نتایج تحقیق درصورت به‌کارگیری می‌تواند برای آموزش پزشکی و بهبود درک متخصصان بهداشت از مفهوم و ابعاد و سوابق مطالعاتی دفاع از سلامت، تعیین نقش پزشک در دفاع سلامت، ارتقای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی در این زمینه، ارتقا جایگاه پزشکان در سیاست‌گذاری بهداشتی-اجتماعی و بهبود این سیاست‌ها مفید باشد.

مواد و روش کار

مطالعه، به روش مروری انجام شده است. ابتدا یک مرور دامنه‌ای (Scoping review) برای استخراج تحقیقات مرتبط و سپس یک مرور مفهومی روایتی برای مفهوم‌شناسی و نوع‌شناسی دفاع از سلامت (و نقش مرتبط با آن) انجام شد. مطالعات مروری معمولاً برای معرفی بهترین اسناد، خلاصه‌سازی و روندیابی مطالعات در حوزه-هایی که هنوز به آن پرداخته نشده است، نگاشته می‌شود. بنابراین، در مرور حاضر ضرورت Narrative Conceptual Review ارائه یک تصویر کلی، معرفی مفاهیم کلیدی موضوع دفاع از سلامت و ضرورت این مرور دامنه، شناسایی و معرفی دامنه و اسناد موجود و ماهیت و شکاف‌های موجود در دانش دفاع از سلامت و خلاء و فقر دانشی آن در ایران بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، فیش‌برداری از اسناد و مدارک مکتوب (چاپی و الکترونیکی) در حوزه موضوعی «دفاع از سلامت و نقش مدافع» بود. شروع کار با جستجوی عنوان و مجموعه‌ای از کلیدهای «دفاع از سلامت، به‌علاوه دفاع پزشک، پزشک مدافع، نقش مدافع» در جستجوگر Google Scholar و پایگاه‌های علمی نظیر ScienceDirect، Elsevier، PubMed، JSTOR، JCR و ISC و SID بود و همچنین جستجو به‌صورت انباشتی با تکیه بر منابعِ اسناد یافت‌شده نیز دنبال شد. انتخاب اسناد، به‌روش هدفمند بود. چهار معیار ورود و خروج لحاظ شد: ۱. تطابق عنوان ۲. تطابق کلیدواژه، ۳. معتبرتر، نمایاتر و پراستنادتر بودن (با جستجو در پایگاه‌های علمی معتبر و پرهیز از ورود ادبیات خاکستری(Gray literature) لحاظ شد، ۴. مرتبط‌تر و معنادارتر بودن(براساس توافق محققان، تضمین شد). تعداد منابع در اولین جستجو (مطابق معیار اول)، صفر بود (هیچ تحقیقی با عنوان تحقیق حاضر یافت نشد)، در جستجوهای بعدی (مطابق معیار دوم) تعداد اسناد یافت‌شده به حدود ۷۰ سند(در قالب مقاله و گزارش تحقیق) رسید و در جستجوهای انباشی(جستجو در منابع اسناد) که از موضوع دورتر شد این تعداد به بیش از این رسید. این تعداد با گزینش اسناد معتبرتر، نمایاتر، پراستنادتر(مطابق معیارهای سوم) به ۴۷ سند و با گزینش اسناد مرتبط‌تر و معنادارتر (طبق معیار چهارم) به ۲۹ سند رسید که در عنوان و کلیدواژه حداقل یکی از عبارت «دفاع از سلامت (و دفاع پزشک) و نقش پزشک مدافع)» را داشتند و به-عنوان مرتبط‌ترین و معنادارترین اسناد واجد مرور چکیده و متن کامل باقی ماندند (شکل۱و جدول۱). مکان و زمان تحقیقات، لحاظ نشد، اما از مرور ادبیات خاکستری در هرجا و هر زمان (تمام منابعی که حداقل در یکی از پایگاه‌های موردنظر نمایه نبودند و یا تکراری بوده یا از نظر نویسندگان، معتبر تشخیص داده نشدند) چشم‌پوشی شد و تعداد زیادی از اسناد به‌دلیل احتمال خاکستری بودن، نامعتبر، تکراری یا بی‌ارتباط بودن، از مطالعه حذف شدند.

پس از بررسی ۲۹ سند، نقطه اشباع مفهومی و ثبات در دسته‌بندی مفاهیم حاصل شد. معیارهای رسیدن به نقطه اشباع عبارت بودند از: عدم تکرار مفاهیم (با بررسی اسناد بیشتر، مفاهیم جدیدی به-دست نیامد و مفاهیم قبلی تکرار شدند و اضافه کردن اسناد، منجر به شناسایی ابعاد یا انواع جدیدی از دفاع از سلامت یا نقش‌های جدیدی برای پزشک مدافع نشد)، عدم تغییر در دسته‌بندی (با بررسی اسناد بیشتر، دسته‌بندی‌های جدیدی به مفهوم موردبررسی اضافه نشد)، فرآیند جستجوی دقیق و نظام‌مند (استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط، جستجوی انباشتی، حذف ادبیات خاکستری، احتمال از قلم افتادن مفاهیم مهم را به حداقل رساند)،امکان تکرارپذیری(با جستجو در پایگاه‌های معتبر) و مقایسه یافته‌ها با دامنه موردمطالعه (همخوانی نتایج با دامنه، نشان‌دهندهٔ اشباع مفهوم و اعتبار و ثبات یافته‌ها بود). اعتماد و اعتبار یافته‌های تحقیق با اتکا به اعتبار اسناد در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر (و حاوی اسناد پراستنادتر، نمایاتر) و توافق درون‌موضوعی نویسندگان (با توافق ۰/۸۰)، چشم‌پوشی از ادبیات خاکستری و رعایت کدهای اخلاق در تحقیقات اجتماعی (صداقت و بی‌طرفی در مفهوم‌سازی، انعکاس شواهد، رعایت حقوق مؤلفین و...) تأمین شد. در مرور دامنه‌ای، ثبت دامنه و تلخیص و گزارش نتایج براساس عنوان سند، نویسنده، سال انتشار، طرح مطالعه و یافته‌های کلیدی تحت دستورالعمل Arksey H, O'malley [۱۸] انجام شد. در مرور مفهومی، استخراج و نوع‌شناسی مفاهیم، از طریق استخراج مفاهیم مشترک و شناسایی مرزهای مفهومی و دسته‌بندی مفاهیم انجام شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

شکل ۱ نمودار PRISMA و مراحل و روند انتخاب مطالعات برای این مرور را نشان می‌دهد. در ادامه، یافته‌های تحقیق شامل مرور دامنه مطالعاتی و مرور ظهور مفهوم موردبحث، ارائه شده است.

مرور دامنه مطالعاتی: بررسی دامنه معمولاً با هدف توصیف، اکتشاف، اطلاع‌رسانی[۲۰-۱۸]، ارائه نمای کلی از ادبیات یک حوزه موضوعی جوان و ترکیب انواع شواهد پایه موجود [۲۲-۱۸] و شواهد نوظهور و درحال ظهور[۱۹،۲۱] به‌طور گسترده و بدون تحلیل و ارزیابی و نقد [۲۰-۱۸] و نیز برای شفاف‌سازی تعاریف و مفاهیم‌کلیدی زیربنایی یک حوزه جدید و تعیین مرزهای مفهومی [۱۹]، شناسایی عملکرد پژوهشی و دانشی در ارتباط با زمان، مکان، منبع (مثلاً ادبیات اصلی یا خاکستری) و منشاء (مثلاً رشته تحصیلی) مختلف[۱۹] به‌ویژه برای موضوعاتی که در یک جامعه هنوز به‌طور جامع بررسی نشده‌اند یا ماهیت ناهمگونی دارند[۱۸،۱۹] انجام می‌شود تا مشخص شود چه دامنه‌ای از تعاریف و شواهد درباره موضوع در دسترس است[۱۹]. مطالعات دامنه چون اکتشافی هستند، انتظار نمی‌رود تمام پیشینه را پوشش دهند[۲۳]، لکن به‌عنوان پیشگام برای مطالعات بعدی، اولین گام‌های توسعه تحقیقات در یک موضوع را فراهم می‌کنند [۱۹،۲۲] و پتانسیلی برای اطلاع‌رسانی درباره تحقیق، آموزش، عملکرد و سیاست در یک حوزه را دارند[۲۱]. با بررسی سوابق و دامنه موضوع حاضر، تقریباً ۱ تحقیق داخلی واجد مرور مشاهده شد[۲۴]. در وهله اول، فقدان تحقیقات داخلی، خلاء مطالعاتی پیرامون موضوع در آموزش پزشکی ایران را نمایان می‌کند. در خارج از ایران تحقیقات وسیعی درباره موضوع انجام شده است. ده‌ها تحقیق در قالب مقاله و گزارش نتایج که با لحاظ کردن معیارهای پریزما در این تحقیق ۲۹ مطالعه مرور شد [۴۳-۲۴، ۱۷-۱۵، ۱۲، ۱۰-۶] و در جدول۱ آمده است. مرور دامنه نشان می‌دهد که این حوزه مطالعاتی، بسیار جوان است و دامنه محدودی را شکل داده است، چرا که عموماً در دو دهه گذشته و چند کشور پیشرو و نویسندگان معدودی از یک شاخه علمی گسترده شده است. به‌لحاظ مکان انجام - چنانکه از عنوان تحقیقات نیز مشخص است- بیشتر در آمریکا و کانادا و استرالیا و عمدتاً در رشته پزشکی و تعدادی در رشته پرستاری انجام شده‌اند. قدیمی‌ترین تحقیقات در این زمینه به‌روش اسنادی و مروری انجام شده است که در این‌باره می‌توان به تحقیق Baker و همکاران(۱۹۹۷) اشاره کرد[۲۵]. تحقیقات تجربی اولیه بیشتر کیفی و اکتشافی بوده و تحقیقات بعدی به‌روش‌های تجربی‌تر نظیر مداخله، پیمایش و سپس با استفاده از روش‌ها و فنون متنوعی (اسنادی، پدیدارشناسی، نظریه زمینه‌ای، تحلیل مضمونی، مداخله-ای و نیمه‌آزمایشی، پیمایشی و...) به بررسی موضوع پرداخته‌اند که این تنوع روشی، یک نقطه قوت در ادبیات این حوزه به‌شمار می‌رود. در اوایل کار در این دامنه، تحقیقات اکتشافی و مداخله‌ای، با جمعیت و نمونه محدود انجام شده‌اند (مثلاً در یک یا چند کلاس درس یا در میان پزشکان و دستاران یک بیمارستان) و تعداد تحقیقات پهن‌دامنه (پیمایش اجتماعی) کمتر است. همچنین تحقیقات ابتدایی عمدتاً به نظرسنجی و ارزیابی دیدگاه و دانش و ویژگی اساتید و دستاران پزشکی، تمرکز دارند، اما تحقیقات جدیدتر با رویکردهای مداخله‌ای عمدتاً به آزمون اثربخشی برنامه-های درسی در بین اساتید و دستاران تمرکز دارند. بااین‌حال، در تمام این تحقیقات، کادر مراقب بهداشتی تحت مطالعه قرار گرفته-اند و نمونه نظرسنجی از بیماران به‌چشم نمی‌خورد. همچنین قدیمی‌ترین تحقیق، به دفاع کادرمراقبت از سلامت گروهی از بیماران و آسیب‌پذیران(رنگین‌پوستان و لاتین‌ها) تمرکز دارد [۱]، اما تحقیقات بعدی بیشتر به دفاع عمومی از سلامت عمومی پرداخته‌اند و در سالهای بعد مجدد به دفاع از یک گروه مثلاً کودکان و غیره نیز گرایش یافته‌اند. تحقیقات در این دامنه اکثراً وضعیت متغیر را اندازه‌گیری و توصیف کرده است و این متغیر را در یک نظام علّی (و در چارچوب تئوریکی) بررسی نکرده‌اند. از منظر سطوح گوناگون دفاع از سلامت نیز بیشتر تحقیقات -شاید به دلیل تازگی موضوع- به کلیّت دفاع پرداخته و غیر از چند تحقیق مقیاس‌سازی، دفاع از سلامت و نقش مدافع را از ابعاد و سطوح مختلف معرفی نموده‌اند. به‌لحاظ تحلیلی یکی از موضوعات غالبی که در چندین پژوهش نشان داده شده، این‌است که نمونه‌ها آشنایی کم و علاقه زیادی به موضوع دفاع از سلامت و تمایلی برای ایفای نقش مدافع سلامت دارند و قرار گرفتن در معرض آموزش دفاع از سلامت منجر به نرخ بالاتر دفاع از سلامت بیمار و جامعه می‌شود. مشخصات دامنه مرورشده در جدول ۱ آمده است.

یافته ها

یافته‌های مرور مفهومی تحقیق ناظر به هدف تحقیق، در چند بخش، حاوی تاریخچه و شرح مفهوم برای تعیین فضای مفهومی و تعریف مفاهیم کلیدی زیربنایی موضوع از بدو ظهور تا تسّری آن به حوزه پزشکی؛ و گونه‌شناسی و تشریح ابعاد و ترسیم بصری مدل مفهومی ارائه شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

ظهور مفهومی: واژه Advocacy معادلِ مترادفاتی نظیر وکالت، دفاع، طرفداری و حمایت است. این کلمه برگرفته از اصطلاح لاتین parakletos به‌معنای «وکالت» است. هم کلمه لاتین انگلیسی‌شده Advocacy و هم عمل parakletos از ریشه‌هایی به‌معنای «فراخوانده» یا «کسی که در کنارش خوانده می‌شود» (ad vacare یا para kletos) مشتق شده‌اند[۸]. در استفاده رایج از اصطلاح، parakletos «کسی است که برای حمایت یا دفاع از کسی که نیازمند یا در مشکل است فراخوانده می‌شود». این فراخوانده‌شده ممکن است یک مدافع برای دفاع از پرونده قضایی یا یک متخصص برای راهنمایی یا مشاوره یا یک میانجی یا واسطه و نماینده برای مداخله و حل مشکل و زدودن رنج باشد[۸].

بنابراین دفاع یا وکالت، مفهومی در شاخه حقوق است که در دو دهه اخیر به پزشکی ورود کرده است[۳]. روایت تاریخی «ظهور Advocacy در حوزه سلامت و پزشکی»، نشان می‌دهد که دفاع از بیمار، قدمت قابل‌توجهی دارد و به ۳۵۰۰ سال و قبل از دوران بقراط به دوران باستان باز می‌گردد [۸]. قدیمی‌ترین سوگندهایی که پزشکان یاد می‌کنند، تکلیفی در قبال بیمار و جامعه محسوب می‌شود که لازم است پزشک مراقب اختیاراتی که جامعه به او اعطا می‌کند باشد و از بیمار حمایت کند و به دسترسی به درمان و امکانات و روش‌هایی بازیابی سلامت کمک کند[۴۴]. همین تصور که پزشک هم در قبال بیمار تحت مراقبت و هم در قبال جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، مسئولیت دارد؛ قرن‌ها منبع الهام - و تنش - در حرفهٔ پزشکی بوده است[۴۴].

با این‌حال، اخلاق بقراطی به‌جای مسئولیت پزشکان در قبال جامعه، قرن‌ها بر مسئولیت پزشک در قبال فرد بیمار متمرکز بود[۲]. تا اینکه به مرور و با اثبات این امر که سلامتی، نه نتیجه یک عامل (میکروب) بلکه نتیجه چندین عامل محیطی و اجتماعی است؛ نقش پزشک نیز بیش‌ازپیش به سمت جامعه متحوّل شد[۴۴]. همچنین، آرمان‌های پزشکی- جامعه‌شناختی از بازتعریف «بیمار به‌عنوان جامعه به‌جای بیمار به‌عنوان شخص»[۴۵] تا «مسئولیت اجتماعی پزشکان در قبال جامعه»، «اخلاق و ارزش‌های انسانی در پزشکی»[۴۵، ۲]، «وجدان جامعه‌وی حرفه‌های بهداشتی»، «تعهد به عدالت توزیعی در مراقبت‌های بهداشتی» و «جنبش‌های نژادی و دیدگاه‌های سیاسی عدالت‌طلب در پزشکی»[۴۵، ۵] مورد حمایت قرار گرفتند(برای نمونه: جنبش این مسیر ماست، کت‌های سفید برای زندگی سیاهان، اقدام دانشجویان پزشکی (۲۰۱۵) و Voter Initiative (۲۰۲۰) برای شرکت بیماران بیمارستان در انتخابات[۵] و پزشکان بدون مرز Médecins Sans Frontières). بالاخره، دفاع و طرفداری همچون یک جنبش در اواسط دهه ۱۹۸۰م به‌عنوان فعالیت‌هایی که حمایت فردی و جمعی را برای ایجاد و اعتبار بخشیدن به تجربیات شخصی و برای مقابله با اجبار، تبعیض و نقض حقوق ترویج می‌کرد رشد یافت [۴۶].

مفهوم دفاع، به‌صورت دفاع از سلامت چنان در محافل علمی رشد کرد تا اولین‌بار در سال ۱۹۹۳ توسط کمیته سلامت و سیاست عمومی کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا در فهرست شایستگی‌های عمومی متخصصان ثبت شد[۸] و از همان زمان (حدود ۲۰ سال پیش) شتاب پیشرفته‌ای برای آموزش پزشکی دفاع از سلامت ایجاد شده و جزو الزامات برنامه‌های دستیاری در برخی شاخه‌های پزشکی[اطفال و زنان] شد [۳،۴،۳۸].

«دفاع از سلامت Health Advocacy**»** به‌معنای صحبت کردن از طرف یک موضوع، ایده یا یک شخص یا گروهی از بیماران [۱۴] است و در ساده‌ترین حالت، برحسب فعالیت‌های آن شامل کنشگری و نمایندگی و توانمندسازی افراد و گروه‌های محروم و ضعیف یا بیمار، با هدف ارتقای حقوق و اصلاح سیاست اجتماعی یا اصلاح عدم تعادل در قدرت دست‌یابی به سلامت[۴۷] با استفاده از ظرفیت تخصص، اعتبار و تجربه حرفه‌ای[۱۴] تعریف می‌شود.

هسته اصلی مفهوم، به مسئولیت پزشکان و کادر مراقبت در استفاده از تخصص و نفوذ خود برای پیشبرد سلامت بیماران، جوامع و جمعیت‌ها[۹] و تلاش برای برابری اجتماعی در حوزه بهداشت مربوط می‌شود. تمام اقداماتی که با نیازهای بیمار فراتر از یک مدل زیست‌پزشکی و با گنجاندن تغییرات اجتماعی، اقتصادی، آموزشی و سیاسی در مراقبت از بیمار درگیر شود، شالوده دفاع از سلامت و مدافع بودن را تشکیل می‌دهد[۷]. این مفهوم برحسب فعالیت‌های مرتبط، شامل مشارکت برای بهبود سلامت و رفاه بیماران، خانواده‌ها و جوامع است و ممکن است در سطح فردی یا انجمنی یا اقدام در قانون‌گذاری بزرگ‌مقیاس[۳۸] به‌صورت حفاظت از استقلال بیماران، اقدام از جانب بیماران و دفاع از عدالت و برابری اجتماعی در حوزه بهداشت[۲۸] صورت بگیرد.

«دفاع از بیمار Patient Advocacy**»**، اقداماتی پیش و بیش از تجویز صِرف دارو، نیازمند تلاش برای رسیدگی ریشه‌ای به مشکلات بیماران و اطمینان از دریافت خدمات موردنیاز آنان از طریق کار حرفه‌ای و تخصص [۶] و ترویج آن‌دسته از تغییرات اجتماعی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

اقتصادی، آموزشی و سیاسی مثبت است برای بیمار و گروه‌های بیماران است که رنج و تهدید سلامت و رفاه انسان که او شناسایی می‌کند را بهبود بخشد [۶،۷] است. پزشکان برای دفاع از سلامت، در زمینه‌های جامعه ایفای نقش می‌کنند[۱۶] و با نیازهای بیمار فراتر از یک مدل زیست‌پزشکی با گنجاندن تمام عوامل اجتماعی سلامت در مراقبت از بیمار درگیر می‌شوند[۷]. از این منظر، هر پزشک یک «یک واحد اجتماعی- سیاسی» با مسئولیت‌های بزرگ و حقوق فراوان است[۳۵،۴۸]. مثال‌هایی از آن شامل تشخیص عوامل اجتماعی، زیست‌محیطی و زیست‌شناختی که بر سلامت بیماران و جامعه تأثیر می‌گذارند، ازجمله دفاع از رفع فقر، بیکاری، آموزش در دوران کودکی، تشکیل سیستم‌های مبارزه با بیماری‌های مسری، مبارزه با مصرف دخانیات و سوءمصرف مواد، تصادفات خودرویی، رفع خشونت خانگی، تخلیه سلاح‌گرم، توسعه بیمه درمانی، مبارزه با تخریب محیط‌زیست و غیره است [۸]. دفاع از سلامت، مستلزم تعریف و آموزش نقش وکیل‌مدافع Advocate role در پزشکی است. **«پزشک مدافع** Advocate Physician» در دهه‌های اخیر به یک نقش در حوزه سلامت و پزشکی تبدیل شده است [۳]. سند سال ۱۹۹۳م. در کمیته سلامت و سیاست عمومی کالج پزشکان و جراحان کانادا بیان می‌کند که پزشک مدافع سلامت، قادر است عوامل اجتماعی، زیست‌محیطی و بیولوژیکی که بر سلامت بیماران و جامعه تأثیر می‌گذارند را شناسایی کند و مسائلی که مناسب دفاع هستند را بشناسد و به آنها واکنش نشان دهد[۸]. در حال حاضر نیز موضوع و نقش پزشک مدافع سلامت درآن، یک رکن اساسی از آموزش پزشکی تحصیلات تکمیلی و دستورالعمل‌های آموزشی کشورهای توسعه‌یافته و بخشی از چارچوب‌های شایستگی و حرفه‌ای‌گرایی پزشکان و متخصصان برای تربیت پزشکان مدافع است [۱۵، ۱۳-۹، ۶]. بنابراین، پزشک مدافع به‌دلیل موقعیت و دانش تخصصی خود از «حق بر سلامت»، دفاع می‌کند. پزشک مدافع همچنین از راه‌هایی مانند اطمینان از رعایت حقوق بیماران در سیستم مراقبت بهداشتی، دسترسی عادلانه و برابر به خدمات و امکانات بهداشتی و درمانی، توجه به کیفیت مراقبت، اطلاع‌رسانی و آموزش، همراهی با جامعه و سازمان‌های مردم‌نهاد و حمایت از سیاست‌های بهداشتی از این حق دفاع می‌کند. مرزهای مفهومی(دفاع از سلامت، دفاع از بیمار و نقش پزشک مدافع در آن)، زمینه‌های تأثیرگذار و معنای آنها و نحوه استفاده از در عمل فردی و جمعی در زمینه‌های خاص دفاعی در جدول شماره۲ خلاصه شده است.

نوع‌شناسی دفاع از سلامت: سازمان سلامت جهانی (۱۹۹۵)، دامنه دفاع از سلامت را ترکیبی از اقدامات فردی و اجتماعی طراحی‌شده برای به دست آوردن تعهد سیاسی، حمایت از سیاست، پذیرش اجتماعی و دفاع سیستمی برای یک هدف یا برنامه بهداشتی خاص توصیف می‌کند[۴۷]. بنابراین، دامنه دفاع از سلامت می‌تواند از سطوح فردی و خرد تا سطح اجتماعی و کلان گسترش یابد [۲۸،۴۷]. در یک بررسی نوع‌شناختی براساس ادبیات دفاع از سلامت بیمار و نقش وابسته به آن (نقش مدافع)، دفاع در سطوح و مولفه‌های مختلفی شناسایی می‌شود که شامل سطوح فردی (خرد) و جمعی (کلان) و نیز به‌شکل دفاع از حقوق و خودمختاری بیمار، نمایندگی، توانمندسازی و تسهیلگری، کنشگری اجتماعی و اصلاح سیاست‌ها و کمک به سیاستگذاری در نظام سلامت ظاهر می‌شود.

دفاع فردی (خُرد): در سطح خرد و فردی، برخی از شرایط بیماران، مقدمات اصلی دفاع از بیمار را ایجاد می‌کند. آسیب‌پذیری، شایع‌ترین شرایطی است که مستلزم اقدامات حمایتی فردی از جانب کادر مراقبت است[۲۸]. تحت مفهوم دفاع از سلامت، بیماران یا جمعیت‌های آسیب‌پذیر به افراد یا گروه‌هایی اطلاق می‌شود که نمی‌توانند به‌طور کامل حقوق، نیازها، منافع و خواسته‌های خود را نمایندگی کرده و از آن‌ها محافظت کنند. آنها همچنین یا قادر به تصمیم‌گیری مناسب نیستند یا قادر به اجرای تصمیم‌های خود نیستند. مثلاً کودک، معلول، سالمند، زن و یا بی‌سواد بودن و تسلط نداشتن به زبان جامعه و تمام کسانی که از حق خود برای امتناع از درمان بی‌اطلاع یا قادر به درک دستورالعمل‌ها برای احقاق حق خود نیستند و معمولاً در ارائه اطلاعات واقعی و احقاق حق شخصی مشکل دارند، آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند[۲۸]. تحلیل آسیب‌پذیری به عنوان نمایه‌ای از عوامل خطر متعدد برای مراقبت ضعیف بر اساس نژاد/قومیت، وضعیت فقر، تحصیلات والدین، بیمه و زبان [۴۹]، شرایط بیهوشی، سرطان و بیماری روانی[۲۸] نیز مستلزم دفاع است. دفاع در اموری مانند مسائل فیزیولوژیکی و جسمانی (معلولیت، سالخوردگی، بارداری، موانع زبانی)، مسائل روانی–اجتماعی (افسردگی، خودمراقبتی، خوداثربخشی، سازگاری و معنا-بخشی)؛ رفتار سلامت (استعمار سیگار، الکل، رژیم‌غذایی، ورزش، عمل به دستورات پزشکی و مصرف دارو)، مسائل اجتماعی (تقویت نقش‌های اجتماعی مراقب، نگهداری و تیمار سالمندان، معلولین و کودکان) نیز جزو این سطح هستند. عدم دفاع و تبعیض نسبت به جمعیت آسیب‌پذیر، بیماری را تداوم می‌بخشد و متعاقباً منجر به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

پیامدهای بهداشتی ناعادلانه و آسیب‌های اجتماعی در سطح کلان می‌شود[۵۰].

دفاع جمعی (کلان): در سطح کلان و جمعی، نابرابری اجتماعی سلامت یکی از مقدمات اصلی دفاع از سلامت است. مداخلات مربوط به آن، اغلب به تفاوت‌های بهداشتی در بین جمعیت‌های اصلی قوی‌تر و جمعیت‌های حاشیه‌ای ضعیف‌تر (کودکان، زنان، اقوام و نژادهای به‌حاشیه‌رانده‌شده) می‌پردازد. تقریباً در هر شاخص سلامت، جمعیت‌های حاشیه‌ای، از سلامت ضعیف‌تری نسبت به جمعیت‌های اصلی، برخوردارند [۲۸]. عوامل موثر در این وضعیت عبارتند از دسترسی و استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی؛ نژادپرستی فردی و نهادی؛ تفاوت فرهنگی درباره سیستم سلامت، محیط بیمارستانی، استفاده از فن‌آوری پیشرفته، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و تغییر سیاست‌های بهداشتی [۲۸] و حتی محیط بیمارستانی که می‌تواند استقلال و ارزش‌های بیماران را رعایت و بی‌اهمیت کند[۲۸]. بنابراین، دفاع از سلامت در سطح کلان، شامل رسیدگی به مسائل کلان فرهنگی نظیر دستورالعمل‌ها و هنجارها و ارزش‌های مربوط به سلامت جمعیت‌ها، فرهنگ تغذیه، تبعیض جنسیتی، نژادی/قومی؛ عوامل اقتصادی-اجتماعی نظیر ساختار بازار و روابط تولید و فرصت‌های اقتصادی، تابرابری و فقر و نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، مسکن، تبعیض اقتصادی، اثرات تغییرات اجتماعی جنگ و رکود؛ عوامل سیاستی نظیر سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، خط‌مشی‌های عمومی و قوانین می‌شود. دفاع از سلامت در سطح کلان، مداخلات جمعیِ پزشکان در جهت توسعه بهداشتی برای محدوده‌های آسیب‌خیز و آسیب‌پذیر را هم شامل می‌شود.

ابعاد دفاع از سلامت و نقش مدافع: در منابع سازمان سلامت جهانی، دفاع از سلامت و حقوق بیمار به‌عنوان یکی از سه راهبرد اصلی برای دستیابی به اهداف ارتقای سلامت در کنار راهبرد توانمندسازی و نمایندگی یا میانجیگری شناخته شده است[۴۷]. در همین رابطه، گروه مشاوره خدمات سلامت اسکاتلند دو اصل را پشتوانه دفاع از سلامت معرفی کرده است: ۱. دفاع از افراد یا گروه-هایی که آسیب‌پذیرند یا در معرض تبعیض قرار دارند که این دفاع با نمایندگی و میانجی‌گری صورت می‌گیرد؛ ۲. توانمندسازی افراد و گروه‌هایی که نیاز به صدای قوی‌تری دارند که از طریق توانمندسازی برای بیان نیازهای خود و تصمیم‌گیری برای خود صورت بگیرد[۴۷]. از منظر دیگر، سه ویژگی دفاع از سلامت شامل ۱. حفاظت از استقلال بیماران؛ ۲. اقدام از جانب/به‌نمایندگی از بیماران؛ ۳. دفاع از عدالت اجتماعی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی [۲۸] و یا پنج فعالیت مرتبط با رسیدگی به نابرابری‌های سلامت، شامل ۱. تضمین دسترسی به مراقبت برابر، ۲. بسیج منابع، ۳. هدایت سیستم، ۴. تأثیرگذاری بر سیاست‌های سلامت و ۵.اصلاح و تغییر در سیستم [۵۱] نیز شناسایی شده است. در ادامهٔ این مبحث، یک دسته‌بندی پنج‌سطحی از دفاع از سلامت براساس ادبیات موضوع، ارائه شده است.

دفاع از حقوق و خودمختاری بیمار: دفاع از حقوق بیمار در وهله اول، به‌معنای اطمینان از رعایت حقوق بیماران در سیستم مراقبت بهداشتی و دفاع از حقوق فردی و خودمختاری بیمار است. حقوق بیماران شامل دسترسی عادلانه و برابر به خدمات و امکانات بهداشتی و درمانی، حق تصمیم‌گیری شخصی و تعین‌سرنوشت است. موارد موجود در این عامل به‌منظور نشان دادن نیاز بیماران به دفاع، وظیفه قانونی و اخلاقی دفاع از بیمار است که کادر درمان را به-عنوان یک مدافع شکل می‌دهد[۵۲]، زیرا این ویژگی اصلی بر حقوق قانونی بیماران در استفاده از سیستم مراقبت بهداشتی تاکید می‌کند[۲۸]. بنابراین، حفاظت از حقوق و خودمختاری بیماران اولین مؤلفه و مجموعه‌ای از اقدامات دفاعی را نشان می‌دهد که در شرایطی که بیماران شایستگی دارند و می‌خواهند در مراقبت‌های بهداشتی خود مشارکت داشته باشند، به خودمختاری بیماران احترام گذاشته و آن را ارتقا می‌دهد. در این دفاع دو فرض وجود دارد: اول، افراد مسئولیت اصلی سلامت خود را دارند و متخصصان بهداشتی، مسؤلیت احترام و ارتقای حقوق بیمار را دارند. دوم، افراد صلاحیت دارند که خودشان تصمیم بگیرند و از طرف خودشان عمل کنند، اگرچه ممکن است برای این کار به اطلاعات و کمک مدافع نیاز داشته باشند. به‌ویژه با توسعه پزشکی و فناوری پیشرفته در محیط بیمارستانی معاصر که منجر به استفاده تهاجمی و سریع از فناوری‌ها شده است، ممکن است بیماران در برابر آن ناتوان یا ناآگاه باشند. در این‌صورت مدافع با ارائه اطلاعات کافی و مناسب، به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند تصمیمات آگاهانه‌ای درمورد درمان خود بگیرند[۲۸]. این نوع اگرچه می‌تواند در سطح کلان صورت بگیرد، اما عموماً در سطح خرد و فردی رخ می‌دهد و طی آن پزشک مدافع به شفافسازی و تبادل اطلاعات با بیمار، ارائه توضیح کافی برای کمک به انتخاب بیمار، رعایت حریم خصوصی و بیان نیازها و ارزش‌های بیمار (شنیدن صدای بیمار) می‌پردازد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

نمایندگی: نگرانی اصلی در دفاع از سلامت، ممکن است شامل کیفیت مراقبت و دفاع از حقوق و نیازهای بهداشتی کسانی باشد که قادر به صحبت یا اقدام برای خود نیستند (مثلاً کودکان، معلولین، بی‌سوادها و...). این نوع دفاع به‌دلیل نیاز درک‌شده برای حمایت و دفاع انجام می‌شود و زمانی که افراد عادی به‌دلیل پیچیدگی فنون برنامه‌ریزی قادر به مشارکت مؤثر در فرآیندهای برنامه‌ریزی برای سلامت نیستند ضروری‌تر است [۴۷]. در چنین شرایطی، دفاع به این معناست که متخصصان بهداشت زمانی که حقوق و مزایای بیماران به خطر می‌افتد، نمایندگان، حامیان، جانشینان و مدافعان آنها باشند[۲۸]. عناصر این نوع شامل عمل به‌عنوان صدای بیمار، صحبت از طرف بیماران و اقدام از طرف بیماران [۵۲] است. در این نوع، مدافع به‌نمایندگی از بیماران بر کیفیت جریان مراقبت‌های بهداشتی توجه دارد و درصورت لزوم تصمیمات مراقبان بهداشتی را برای بیماران (از جانب بیمار) به چالش می‌کشد [۲۸]. بنابراین در اینجا پزشک مدافع، باید دارای نفوذ و احتمالاً دانش تخصص و سمت بالا نیز باشد[۲۸] و یا برای نمایندگی کردن بیمار از ریاست مرکز، مراکز قانونی و اجتماعی و یا دیگر پزشکان مدافع کمک بگیرد. نمایندگی کردن بیماران و جمعیت‌ها می‌تواند در سطح کلان صورت بگیرد، اما عموماً از سطح فردی رخ می‌دهد.

توانمندسازی و تسهیلگری: نوعی از دفاع، به توانمند کردن برای ارتقا سلامتی یا آسان کردن شرایط مراقبتی بیماران و یا ایجاد شرایطی که آنها خود بتوانند به حق مراقبت‌های بهداشتی برابر برای خود نایل شوند، اشاره دارد. این مولفه شامل دفاع بر پایه اخلاق عدالت در ارائه مراقبت‌های بهداشتی نیز است[۲۸] و تمرکز بر این دارد که چه کسی می‌تواند به‌طور بالقوه به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشد و یا از استفاده کند[۵۳]. دفاع نمایندگی و کنشگری اجتماعی نیز ممکن است برای برقراری عدالت و رفع نابرابری‌های بهداشتی تلاش کند[۴۷]، اما در نوع توانمندسازی، اهداف ارتقای سلامت بر اطلاع‌رسانی و آموزش یا به‌عبارتی بر توانمند کردن خود بیمار و تسهیل کردن شرایط بیمار برای دستیابی‌اش بر مراقبت عادلانه استوار است. در این نوع، وضعیت مدافع ممکن است وضعیت یک همکار توانمندساز و تسهیل‌گر عدالت‌خواه باشد[۴۷]. آموزش و آگاهی‌بخشی برای رفع بی‌عدالتی معرفتی از اصلی‌ترین مصادیق توانمندسازی است[۴۶] که طی آن، پزشکان مدافع با درگیر شدن در مسائل مربوط به بهداشت، آموزش و رفاه افراد در نهادها، یا جامعه به توزیع مجدد قدرت و منابع کمک می‌کنند[۲۸]. همچنین ایجاد یا تسهیل روابط مراقبتی و درمانی با تلاش برای بهبود ارتباط فراتر از زوج پزشک-بیمار، ایجاد رابطه با سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی[۲۹] و غیره را شامل می‌شود. در این فعالیت‌ها مدافع می‌تواند مشابه کار مددکارانه در سطح موردی یا خرد برای آگاهی‌بخشی به بیمار/بیماران و یا کمک به همکار در افزایش مهارت مرتبط با یک بیمار یا گروهی از بیماران و یا معرفی متخصص‌ترین و بهترین همکاران و یا در سطح کلان برای توانمندسازی گروهی از بیماران و جوامع ایفای نقش کند.

کنشگری اجتماعی: کنشگری اجتماعی برای دفاع از سلامت، نوعی مشاوره اجتماعی است که در آن پزشک مدافع خارج از کلینیک و در سطح اجتماعی، فعالیتی می‌کند که افراد و جوامع را قادر سازد تا علل سلامت ضعیف را مستقیماً در سطح اجتماع به چالش بکشند. اگرچه مدافع برای انجام اقدامات حمایتیِ بیش از تسهیل-گری و توانمندسازی وارد کنش و اقدام مستقیم اجتماعی می‌شود، اما همچنان در نقش تسهیل‌کننده و توانمندساز نیز باقی می‌ماند. چون او جامعه و NGOها و اقشار را همراهی و برای دستیابی به فرصت‌ها و انتخاب‌های بهتر تلاش می‌کند[۴۷]. همچنین این نوع دفاع در سطح جمعی، نقش کلیدی در جنبش‌های اجتماعی سلامت ایفا می‌کند و توجه را به شرایطی جلب می‌کند که توسط جریان اصلی پزشکی و سیاست‌گذاری نادیده گرفته شده است[۵۴]. بنابراین، دفاع در این سطح، نیاز به ترکیب فعالیت‌های عملی همچون ائتلاف‌سازی، ایجاد پیوند با جوامع دیگر و با سازمان‌ها در سطوح محلی و ملی [۴۷] و ایجاد اتحاد بین بخش‌ها و سازمان‌ها [۴۷]، جمع‌آوری بودجه برای دسترسی به دارو و مراقبت‌ها[۵۴]، دفاع از سیاست‌های اجتماعی خاص در سطح اجتماع، حقیقت‌یابی(تحقیق) و حقیقت‌گویی (مشاوره اجتماعی، مشاوره خط‌مشی) [۵۵] و مشاوره‌ها و توصیه‌های بهداشتی در سطوح فردی و اجتماعی دارد. به‌این ترتیب، تمام فعالیتهای مراقبتی که پزشک با هدف دفاع از سلامت در خارج از زمان و مکان بهداشتی- درمانی و خارج از کلینیک و در سطح اجتماع و در تعامل با جامعه انجام می-دهد نوعی کنشگری اجتماعی هستند. کنشگری اجتماعی در سطح خرد و کلان، مستلزم برقراری ارتباط با مجموع یا فرد-فرد جامعه و نیز مستلزم تعلق و اتصال قلبی و علمی پزشک به بدنهٔ جامعه در لایه‌های مختلف فردی و اجتماعی است.

کنشگری سیاستی(اصلاح و سیاست‌گذاری): از یک منظر، نابرابری‌های بهداشتی نتیجه زنجیره‌های علّی تلقی می‌شوند که بر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

ساختارهای اساسی جامعه می‌چرخند [۴۷]. بنابراین اقدامات دفاعی ممکن است به‌دنبال تأثیرگذاری بر این زنجیره‌های علّی و سیاست-های بهداشتی- اجتماعی و اصلاح ساختارهای بهداشتی نامناسب باشند. چنین اقدامات که برای حمایت از سیاست‌های بهداشتی و اصلاح سیاست‌گذاری اجتماعی نامناسب در سطح ساختاری صورت می‌گیرد را می‌توان «اصلاح و سیاست‌گذاری اجتماعی-بهداشتی» طبقه‌بندی نمود. این نوع دفاع، مستلزم نفوذ و دانش درباره سیستم‌های سیاسی محلی و ملی و سایر سازوکارهای پیچیده بهداشتی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است. کار در این سطح بیشتر مستلزم آن است که پزشک مدافع، دارای درجه‌ای از تخصص و نفوذ باشد تا اظهارات و اقداماتش اعتبار یابد. نمونه‌هایی از این دفاع بر اصلاحات قانونی مربوط به در دسترس بودن محصولاتی که مخالف سلامت تلقی می‌شوند(اسلحه، تنباکو، الکل، مواد مخدر)؛ خطرات زیست‌محیطی و آلودگی [۴۷] و یا سیاست‌گذاری برای تخصیص و دستیابی اقشار به مراقبت و غیره تمرکز دارند. این نوع اگرچه در امتداد کنشگری اجتماعی حرکت می‌کند، اما نوعی کنشگری سیاستی است که به‌جای اصلاحات از پایین (متن اجتماع)، دفاع و اصلاحات از بالا که توسط متخصصان و سیاست-گذاران بهداشتی، طی اقدام فردی یا جمعی محقق می‌شود را به-همراه دارد. دفاع در این سطح، نوعی مداخله نهادی و ساختاری است که قادر به شکستن ساختارهای نامناسب بهداشتی است و در سطح کلان و برای گروه‌های اجتماعی یا بیماران و آسیب‌پذیران صورت می‌گیرد. نوع‌شناسی پنج‌سطحی دفاع از سلامت و نقش پزشک مدافع در شکل ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: دامنه مطالعاتی دفاع از سلامت و پزشک مدافع

عنوان	نویسنده سال	طرح تحقیق	نتایج اصلی
برنامه دفاع از سلامت لاتین: رویکرد مشاور بهداشتی مشترک	Baker [۲۵] (۱۹۹۷)	اسنادی - مروری	برنامه مشاور بهداشتی مشترک فرهنگی، جامع و زیست محیطی برنامه دفاع از سلامت لاتین را شرح داد. درس‌های آموخته‌شده و مفاهیم برای توسعه برنامه‌های آینده مورد بحث قرار گرفت.
پزشک به عنوان مدافع	Li [۸] (۱۹۹۸)	اسنادی – مرور تاریخی	دفاع از بیمار به ۳۵۰۰ سال و قبل از بقراط در یونان باستان باز می‌گردد. اما نقش پزشک مدافع در سال۱۹۹۳ در کمیته سلامت و سیاست عمومی کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا قید شد.
ایفای نقش مدافع بیمار: مطالعه طولی دانشجویان پرستاری	Altun & Ersoy [۲۶] (۲۰۰۳)	کمّی – پانل	آموزش پرستاری با چالش آماده‌سازی پرستاران برای ایفای نقش مدافع مواجه است. دانشجویان درمورد مسائل معاصر پرستاری آموزش دیدند و آماده شدند تا به‌عنوان حامیان بیمار عمل کنند.
ادراکات اساتید و دستیاران از تدریس و ارزیابی نقش مدافع سلامت:مطالعه در یک دانشگاه کانادا	Verma, Flynn, & Seguin [۲۷] (۲۰۰۵)	کیفی- تحلیل تم	اساتید و دستیاران اطلاعات کمی درمورد آموزش و ارزیابی نقش مدافع سلامت داشتند، با نقش مدافع سلامت آشنا نبودند و مشتاق دریافت راهنمایی، ابزارهای آموزشی، ارزیابی درآن‌باره بودند.
توسعه یک نظریه میان‌برد از حمایت از بیمار از طریق تجزیه و تحلیل مفهوم	Bu & Jezewski [۲۸] (۲۰۰۷)	اسنادی- مروری تاریخی	سه ویژگی اصلی دفاع از بیمار شامل ۱) حفاظت از استقلال بیماران، ۲) اقدام از جانب بیماران و ۳) دفاع از عدالت اجتماعی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی که نقش دفاع از بیمار را در سطوح کلان و خرد اجتماعی منعکس می‌کنند، استخراج شد.
اجزای اساسی یک برنامه درسی برای دستیاران در دفاع از سلامت.	Flynn & Verma [۱۷] (۲۰۰۸)	ترکیبی - تکنیک دلفی	شش ویژگی مدافع سلامت شناسایی شد. آگاه، نوع‌دوست، صادق، قاطع، مدبر و به‌روز. برای اکثر ساکنان، مهارت ها به-صورت درجه‌بندی شده توسعه می‌یابند و از دفاع از فرد به جامعه به‌عنوان یک کل پیشرفت می‌کنند.
دفاع پزشک: چیست و چگونه آن را انجام دهیم؟ پزشکی دانشگاهی.	Earnest, Wong, Federico [۶] (۲۰۱۰)	اسنادی – مروری (بیوگرافی)	دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های تحصیلات تکمیلی باید عمداً پزشکان را به‌عنوان حامی و مدافع تربیت کنند. حفظ و تقویت دفاع پزشک مستلزم تغییرات مختصر در آموزش پزشکی است.
توسعه و آزمایش ابزاری برای اندازه‌گیری دفاع پرستاری محافظتی	Hanks [۲۹] (۲۰۱۰)	کمّی – نظرسنجی	ساخت و اعتباریابی مقیاس ۴۳ موردی حمایت پرستاری محافظتی. پیامدهای عملکرد حمایت پرستاری با برنامه آموزشی موجب تقویت مهارت‌های حمایتی و بهبود نتایج بیمار می‌شود.
ارزیابی نگرش‌های رزیدنت‌ها و شایستگی‌های خود گزارش‌شده در دفاع از سلامت.	Stafford و همکاران [۹] (۲۰۱۰)	مداخله‌ای (نظرسنجی- نظرسنجی)	نقش حمایت بهداشتی اجتماعی و عوامل تعیین‌کننده پزشکی و زیستی-روانی اجتماعی فراتر از مراقبت فردی از بیماران است. دستیاران توانایی‌های خود در شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت و الزامات ذاتی برای دفاع از سلامت و موانع رایج را شناسایی کردند.
دفاع از دفاع در پزشکی اطفال: دفاع از مسیرهای شغلی مادام‌العمر.	Shah & Brumberg [۳۰] (۲۰۱۴)	اسنادی - تحلیل ثانویه	کمتر از ۴۰درصد پزشکان اطفال در فعالیت‌های بهداشتی جامعه مشارکت دارند. مسائل شخصی و کاری ممکن است مانع مشارکت جامعه کند.
ارزیابی باورها و اقدامات حمایتی- حفاظتی پرستاران از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به علوم پزشکی بیرجند	Imanifar & Vaghar seyyedin [۲۴] (۲۰۱۵)	کمّی – پیمایشی	پرستاران دارای سطح دفاع از سلامت متوسط بودند. بعضی از مؤلفه‌های دفاع با متغیرهای سابقه شرکت در برنامه‌های آموزش اخلاق، سن، سابقه شغلی(+)، بخش محل خدمت(اورژانس)، وضعیت استخدام(+)، رابطه داشت.
اهمیت دفاع از سلامت در تحصیلات تکمیلی پزشکی کانادا: نگرش‌ها و مسائل فعلی.	Poulton & Rose [۱۰] (۲۰۱۵)	اسنادی - مرور روایتی	نقش مدافع در میان مربیان و فراگیران کمتر مرتبط با عملکرد بالینی و یکی از چالش برانگیزترین نقش‌ها برای آموزش و ارزشیابی است. تعدادی از موانع کلیدی. افزایش ادبیات و آگاهی از نقش حامی یا مدافع پیشنهاد شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

اعتبار سنجی مقیاس مشارکت دفا از بیمار برای متخصصان سلامت	Jansson و همکاران (۲۰۱۵) [۳۱]	کمّی - پیمایشی	مقیاس مشارکت در دفاع از بیمار(مرتبط با هفت دسته از مشکلات بیمار در مراقبت‌های بهداشتی) برای متخصصان سلامت برای ارزیابی فراوانی مشارکت در دفاع از سلامت پرستاران، مددکاران اجتماعی و دستیاران پزشکی تأیید شد.
بررسی کیفی تجارب و عواملی که باعث می‌شود پزشکان حامی سلامت مادام العمر باشند.	Law و همکاران (۲۰۱۶) [۳۲]	کیفی - پدیدارشناسی	عواملی را که به توسعه هویت مدافع سلامت کمک می‌کند (مواجهه با بی‌عدالتی اجتماعی، تربیت، تحصیل، تجارب خاص)، عواملی که مشارکت پزشکان در دفاع را تسهیل می‌کند (مربیان، آموزش، سیستمی و سازمانی)، به نقش مدافعان مادام‌العمر ادامه می‌دهند(یادگیری و بهبود مستمر، خوداندیشی و خودانعکاسی، همکاری، رضایت درونی) پدیدار شد.
نقش پزشک به‌عنوان مدافع: چگونه‌و چرا آن‌را منتقل می‌کنیم	Luft [۷] (۲۰۱۷)	اسنادی - مرور روایتی	سطوح متعدد دفاع از سلامت، موانع و چگونگی دستیابی به‌عنوان پزشک به مهارت‌ها و تنش‌های ناخواسته شناسایی شد
آموزش دستیاران داخلی در پزشکی اجتماعی و دفاع از سلامت مبتنی بر تحقیق	Basu و همکاران (۲۰۱۷) [۳۳]	کمّی - پانل	رزیدنت‌ها کیفیت کلی دوره را بسیار ارزیابی کرده‌اند. این دوره ظرفیت برنامه دستیاری را برای جذب دستیاران و اعضای هیأت علمی با کیفیت بالا افزایش می‌دهد.
درک دفاع از سلامت در برنامه درسی و عملکرد پزشکی خانواده و روانپزشکی: یک مطالعه کیفی.	Soklaridis و همکاران (۲۰۱۸) [۳۴]	کیفی- تحلیل تم و گروه کانونی	چهار مضمون پدیدار شد: ۱) دفاع از سلامت به عنوان گسترش رابطه. ۲) دفاع از سلامت و مرزهای حرفه‌ای در رابطه پزشک و بیمار؛ ۳) دفاع از سلامت یک رویکرد مبتنی بر تیم. و ۴) دفاع از سلامت و رابطه پزشک - جامعه -سازمان. برخی چالش‌های دفاع از سلامت بیان شد.
نمونه‌کارها دفاع: ابزار استاندارد شده برای مستندسازی حمایت پزشک	Nerlinger (۲۰۱۸) [۳۵]	اسنادی - تحلیل ثانویه	مجموعه گسترده‌تر و جامعی از حوزه‌ها برای دسته‌بندی فعالیت‌ها، از جمله مشارکت در دفاع، انتشار دانش، گسترش جامعه، آموزش/مروری دفاع، و رهبری/اداره دفاع پیشنهاد شد.
مروری نظام‌مند بر برنامه‌های درسی دفاع در تحصیلات تکمیلی پزشکی	Howell و همکاران (۲۰۱۹) [۳۶]	اسنادی- مرور نظام‌مند	در محتوای آموزشی برنامه درسی دفاع از مشارکت اجتماعی تا دفاع قانونی، ناهمگونی وجود داشت. منابع یا تسهیل‌کننده‌ها و موانع متداول اجرای برنامه‌های درسی شناسایی شد. برنامه‌های درسی دفاع برای کارآموزان قابل‌قبول است و دانش، نگرش و خودکارآمدی را بهبود می‌بخشد.
شایستگی دفاع از سلامت: ادغام گسترش اجتماعی در آموزش جراحی	Ying & Seabrook [۳۷] (۲۰۱۹)	مداخله‌ای (نظرسنجی- نظرسنجی)	۷۰٪ از فعالیت‌های اطلاع‌رسانی مربوط به پزشکی و ۳۰ درصد غیرپزشکی بود. علی‌رغم تدریس اجباری دفاع از سلامت، کارآموزان اغلب از این آموزش در برنامه درسی خود بی‌اطلاع بودند.
وضعیت آموزش دفاع از سلامت در تحصیلات تکمیلی پزشکی	McDonaldو همکاران (۲۰۱۹) [۱۲]	اسنادی- مرور دامنه-ای	چالش‌های مهمی برای ارزیابی شایستگی‌های دفاع از سلامت وجود دارد و ابزارهای مشخصی برای ارزیابی آن وجود ندارد. این چالش‌ها در ۵ دسته شناسایی شد.
معرفی مفاهیم دفاع و عوامل اجتماعی تعیین-کننده سلامت در کارآموزی اطفال	Marsh و همکاران (۲۰۱۹) [۳۸]	مداخله‌ای (نظرسنجی- نظرسنجی)	مداخله بهبود قابل‌توجهی در دانش دانشجویان ایجاد کرد و مورد استقبال دانشجویان برای مشارکت در پروژه‌های حمایتی برای رسیدگی به SDH قرار گرفت. توسعه ابزارهای آموزشی برای آموزش اهمیت دفاع از سلامت در SDH حیاتی است.
دفاع از سلامت در میان پزشکان رزیدنت	Vance و همکاران (۲۰۱۹) [۳۹]	مداخله‌ای	تایید ذهنی دفاع به‌عنوان بخش مهمی از هویت حرفه‌ای با دفاع عملی بیشتر همراه بود. احساس اینکه دفاع بخش مهمی از هویت حرفه‌ای است با برنامه‌های آتی برای مشارکت در دفاع همراه بود که نشان داد پرورش نگرش‌های مثبت به دفاع ممکن است به تولید مدافعان آینده کمک کند.
پیشبرد دفاع: اجرای برنامه درسی دفاع از سلامت کودک در برنامه دستیاری اطفال	Majeed و همکاران (۲۰۲۰) [۴۰]	مداخله‌ای (نظرسنجی- نظرسنجی)	برنامه درسی با مشارکت با آکادمی اطفال، آموزش به دستیاران برای ایجاد طرح‌های حمایتی و تعبیه یک برنامه حمایتی طولی در برنامه دستیاری، توانست آگاهی دستیاران و اساتید در مورد مسائل مربوط به سلامت کودک در جامعه و درک مسیرهای دفاع از سلامت کودک را ارتقا داد.
آینده دفاع پزشکان: نظرسنجی از دانشجویان پزشکی ایالات متحده	Chimonasو همکاران (۲۰۲۱) [۱۵]	کمّی – پیمایشی	اکثر پزشکان موافق‌اند که سازمان‌های پزشکی را تشویق کنند تا از سلامت جامعه دفاع و تخصص‌های مرتبط با سلامت جامعه را ارائه دهند. بیشترشان دفاع از مسائل پزشکی را مهمتر از مسائلی که ارتباط مستقیم با پزشکی ندارند می-دانند. اغلب نگرش‌ها با وابستگی سیاسی و نژادی همراه بود.
پزشکان به عنوان مدافعان سلامت کودک: نقش آموزش مبتنی بر دفاع	Dodson و همکاران (۲۰۲۱) [۴۱]	کمّی – پیمایشی	بین سابقه آموزش با فعالیت دفاع از سلامت کودک و مشارکت در فعالیت‌های مدافعه با تلاش بالا به نمایندگی کودکان رابطه وجود دارد. همچنین پزشکان متخصص اطفال بیشتر از افرادی که هنوز در دوره دستیاری اطفال هستند، در کارهای دفاع با تلاش زیاد شرکت می‌کنند.
آیا پزشکان جوان استرالیایی نمی توانند به عنوان مدافعان سلامت عمل کنند؟ یک تحلیل کیفی	Maloney و همکاران (۲۰۲۲) [۴۲]	کیفی – تحلیل تم	هیچ آموزش رسمی وجود نداشت. الف) شرکت‌کنندگان به‌طور متناقض دفاع از سلامت را درک کرده، به‌کار برده، بسیاری از آنها در انجام دفاع شکست خورده‌اند؛ ب) انگیزه و توانمندی متفاوتی برای دفاع از سلامت داشته‌اند؛ ج) محل کار پزشکی و سیستم آموزشی فعلی با موانع متعددی برای دفاع از سلامت مواجه است و برای این عملکرد مفید نیست.
دفاع از سلامت در میان فراگیران پزشکی: باز کردن موانع و امکانات زمینه‌ای	Kahlke و همکاران (۲۰۲۳) [۱۶]	کیفی- نظریه زمینه‌ای	تفکر فراگیران در مورد دفاع از سلامت با دانش و باورها و زمینه‌های سازمانی آنها شکل می‌گیرد. محیط سازمان و منابع و موانع آن، بر توانایی یادگیرندگان برای یادگیری و تمرین به عنوان مدافعات سلامت تأثیر می‌گذارد.
روندهای دفاع از سلامت و جنبه‌های ناشناخته - یک تحلیل کتاب‌سنجی بر اساس پایگاه داده	Singh & Ahire [۴۳] (۲۰۲۴)	اسنادی – مرور نظام-مند	دفاع از سلامت به عنوان یک مفهوم کم‌کارشده است، بنابراین، هنوز نیاز به کار تحقیقاتی دارد. نویسندگان محدودی به این موضوع کمک کرده‌اند و تداوم انتشار باید بهبود یابد تا یک چارچوب قوی برای آموزش، ارزیابی و اجرای دفاع از سلامت به‌وجود آید.

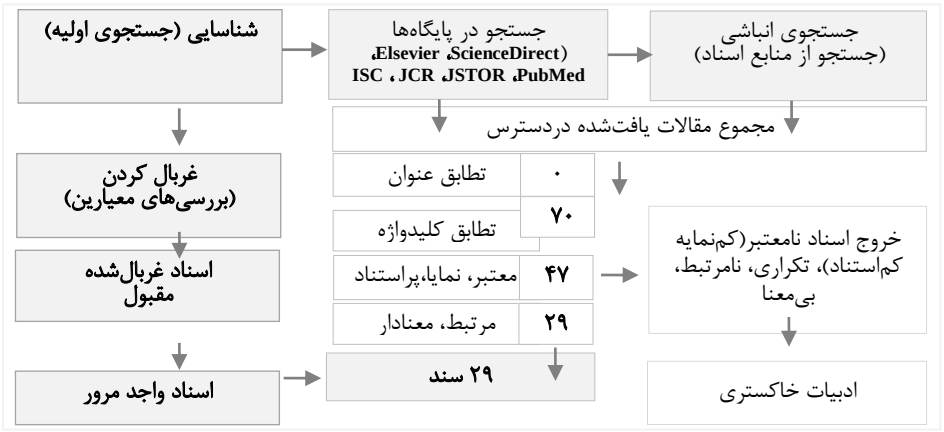
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

جدول ۲: تفکیک مفهومی دفاع از سلامت، دفاع از بیمار و پزشک مدافع

مفهوم	زمینه‌های ظهور مفهوم	معنا در این زمینه	نحوه استفاده از مفهوم در عمل		
			استفاده در عمل	نمونه عمل جمعی	نمونه عمل فردی
دفاع از سلامت	- بازتعریف بیمار به‌عنوان جامعه به‌جای بیمار به‌عنوان شخص؛ - رشد آرمانهای اجتماعی پزشکی، اخلاق و ارزش‌های انسانی در پزشکی، وجدان جامعه‌ویِ حرفه-های بهداشتی، عدالت توزیعی در مراقبت‌های بهداشتی؛ - جنبش‌های نژادی و دیدگاه‌های سیاسی عدالت‌طلب در پزشکی	این مفهوم گسترده‌ترین معنا و دامنه و عمل را در این فضای مفهومی در بر می‌گیرد که شامل دفاع از حقوق بیماران و جمعیتهای آسیب‌پذیر، نمایندگی بیماران و جمعیتهای آسیب‌پذیر، توانمندسازی، کنشگری، کمک به سیاستگذاری برای سلامت بیماران و جمعیتهای آسیب‌پذیر در سطوح خرد و کلان است.	- دفاع از حقوق و خودمختاری بیمار در سیستم مراقبت؛ - صحبت کردن در سطوح مختلف (فردی، انجمنی و قانون‌گذاری) برای بیماران و جوامع؛ - توانمند و آگاه کردن بیماران و جمعیتهای آسیب‌پذیر و جوامع؛ - اقدام برای تضمین سلامتی، رفع نابرابری‌ها و رنج‌ها ازطریق همکاری با سازمان‌ها و فعالان اجتماعی؛ - کمک به اصلاح و وضع سیاست‌ها ازطریق همکاری با قانون‌گذاران.	- دفاع جمعی از حقوق و سیاست‌های کلانِ ارتقادهندهٔ حقوق و سلامت گروه‌های آسیب‌پذیرو بیمار؛ - اقدام جمعی از جانب بیماران، گروه‌ها و جوامع محروم و ضعیف؛ - تلاش برای بهبود دانش گروه‌ها و تربیت پزشکان مدافع؛ - مشارکت برای رفع نابرابری‌های اجتماعی-بهداشتی و تلاش برای بهبود سلامت و رفاه بیماران و جمعیتها؛ - مشارکت در سیاست‌گذاری بزرگ‌مقیاس و اصلاح قوانین	- حمایت از حقوق بیمارانی که قادر به بیان نیازهای خود نیستند (مثلاً کودک، معلول، سالمند، بی‌سواد)؛ - ارائه اطلاعات و آموزش به بیماران برای احقاق حقوق خود و سازگاری با روند درمان خود؛ - تسهیل روند درمان بیمار با معرفی او به مراکز مرتبط.
دفاع از بیمار	- رشد و ارتقای نظام مراقبت بهداشتی؛ - اهمیت یافتن حقوق بیماران در سیستم مراقبت و جوامع؛ - رشد مباحث حقوقی و اجتماعی و اخلاق پزشکی درباره بیماران؛ - شناسایی چالش‌های اقتصادی و اجتماعی بیماران و نظام سلامت.	رسیدگی ریشه‌ای به حقوق و نیازها و مشکلات بیماران فراتر از تجویز دارو؛ اطمینان از دریافت خدمات موردنیاز و تلاش برای بهبود رنج و تهدید سلامت و رفاه آنها از طریق کار حرفه‌ای و تخصص.	- پیگیری نیازها و حقوق بیماران؛ - نمایندگی بیماران آسیب‌دیده عمدی و بیمارانی که از حق خود آگاه نیستند؛ - افزایش دانش و توان بیماران برای تداوم درمان خود، تسهیل ارتباطات، آموزش کادر درمان؛ - تعهد به عدالت بهداشتی در سطح جامعه و در سیستم مراقبت و همکاریهای بین‌سازمانی و اجتماعی؛ - اصلاح و ارتقا قوانین مدافع بیماران.	- اقدام جمعی پزشکان برای دفاع از حقوق بیماران در سیستم مراقبتی؛ - ایجاد مکانیسم‌هایی برای تقویت سیاست‌ها و پروتکل‌های حمایت از جانب بیماران و جمعیتهای محروم و آسیب‌پذیر؛ - تلاش برای آموزش و وضع سیاستهایی در زمینه‌های عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.	- درک حقوق بیمار، ارتباط با بیمار و اطمینان از دریافت خدمات بهداشتی مناسب؛ - صحبت کردن از جانب بیمار؛ - تسهیل ارتباط بین بیمار و پزشکان و کادر درمان.
نقش پزشک مدافع	- رسیدگی فراتر از رویکردهای دارویی؛ - اخلاق و تعهد پزشکی؛ - مسئولیت اجتماعی در قبال جامعه؛ - ارتقا ظرفیتهای تخصصی و تجارب حرفه‌ای پزشکان.	پزشک، فراتر از مدل زیست‌پزشکی برای شناسایی چالش‌های سلامت در زمینه‌ها و سطوح مختلف و برای اطمینان از رعایت حقوق بیماران در سیستم مراقبت، دسترسی عادلانه به خدمات، توجه به کیفیت مراقبت و دفاع از حق بر سلامت و شناسایی و واکنش به مسائلی که بر سلامت بیماران و جامعه تأثیر می‌گذارند، ایفای نقش می‌کند.	- ایفای نقش برای احقاق حقوق بیماران و گروه‌ها در سیستم درمانی و جامعه؛ - استفاده از موقعیت و دانش تخصصی و نمایندگی کردن حقوق ازدست‌رفتهٔ بیماران و تضمین دسترسی عادلانه به خدمات؛ - ارائه اطلاعات و آموزش، به بیماران برای درمان بهینه و آگاهانه و پیگیری حقوق خود و آموزش به کادردرمان؛ - مشارکت در انجمن‌ها، تجمعات، سازمانهای بهداشتی و قانون‌گذار برای ارتقای بهداشت و عدالت اجتماعی.	- مداخلات جمعی پزشکان برای احقاق حقوق جمعیتهای آسیب‌پذیر و بیمار؛ - ترویج تغییرات مثبت در ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، آموزشی و سیاسی ملی و بین‌المللی برای بهبود سلامت؛ - تلاش جمعی برای تأثیرگذاری بر سیاست‌های بهداشتی، مقابله با نابرابری، رسیدگی به مسائل فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی موثر برسلامت و سیاستی (خط‌مشی‌های عمومی و قوانین).	- شناسایی و دفاع از حقوق بیماران به‌عنوان نماینده آن‌ها؛ - آگاهی از مشکلات فردی بیماران (به‌ویژه بیماران آسیب‌پذیرتر مثل کودکان یا سالمندان) و تلاش برای رفع نیازهای آن‌ها.

منبع: مطالعات محقق



شکل ۱: نمودار جریانی مطالعات مرورشده براساس دستورالعمل PRISMA

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]



شکل ۲: نوع‌شناسی دفاع از سلامت و نقش پزشک مدافع منبع: مطالعات محقق

بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر به مرور دامنه مطالعاتی و مفهوم‌شناسی دفاع از سلامت و پزشک مدافع پرداخت. نتایج می‌تواند به ارتقای درک و آگاهی متخصصان بهداشتی در زمینه‌هایی همچون آگاهی از مفاهیم بنیادین دفاع از سلامت و نقش مدافع، ارتقای درک پزشک از جایگاه حرفه‌ای خود برای نمایندگی بیماران و جمعیت‌های آسیب-پذیر، ارتقای بینش انتقادی پزشکان، ترویج همکاری‌های بین-رشته‌ای و پیشبرد تحقیقات آینده کمک کند. مرور دامنه‌ای نشان داد که مفاهیم دفاع از سلامت بیمار، پزشک مدافع و نقش مدافع مفاهیمی بسیار جوان هستند و دامنه مطالعاتی محدودی را شکل داده‌اند، تا آنجاکه نتایج تحقیق Singh و Ahire [۴۳] در سال ۲۰۲۴ همچنان این نتیجه را تأیید می‌کند. پژوهش در این حوزه در شاخه علوم پزشکی از سال ۱۹۹۷ در چند کشور پیشرو و نویسندگان معدود، با روش‌های اسنادی و اکتشافی، همچنین در نمونه‌های کوچکی از پزشکان و دستاران و پرستاران آغاز شده و با تنوع‌های بعدی در روش‌ها و نمونه‌های بزرگتر ادامه داشته است. در نهایت، یافته‌های مشابهی در این دامنه به دست آمده است که نشان می‌دهد نمونه‌های مورد بررسی آشنایی کم اما علاقه زیادی به موضوع دفاع از سلامت و تمایلی برای ایفای نقش مدافع دارند. همچنین تحقیقات در این دامنه از ارتباط بین آموزش و اجرای برنامه درسی مبتنی بر دفاع، و ارتقای در (نگرش و رفتار) نقش دفاع از سلامت پشتیبانی می‌کنند. مرور مفهومی، فضای گسترده‌تر و در عین حال مرزهای مفهومی نزدیکی برای مفاهیم دفاع از سلامت، دفاع از بیمار، دفاع پزشک، نقش پزشک مدافع را نمایان کرد. همچنین دو سطح شامل دفاع در سطح فردی که اقدامات پزشک برای فرد بیمار است و دفاع در سطح جمعی که اقدامات پزشک یا پزشکان برای گروهی از بیماران، جمعیت‌ها و جوامع را در بر می-گیرد را شناسایی کرد. مرور یک نوع‌شناسی پنج‌سطحی از دفاع از سلامت و نقش مدافع را نیز شناسایی کرد که شامل دفاع از حقوق و خودمختاری بیمار (مدافع حقوق و خودتعینی بیمار)، نمایندگی از جانب بیمار (نمایندهٔ بیمار)، توانمندسازی و تسهیلگری برای بیمار(توانمندساز و تسهیل‌گر)، کنشگری اجتماعی(کنشگر و مشاور اجتماعی) و اصلاح سیاست‌های بهداشتی-اجتماعی (اصلاح‌گر و سیاست‌گذار) بود. این سطح‌بندی و نوع‌شناسی، با ادبیات تحقیق [خصوصاً با نتایج ۷،۱۷،۲۸،۲۹] همسو است. بنا بر ادبیات این حوزه و نوع‌شناسی پیشنهادی تحقیق حاضر، دفاع از سلامت بیمار، یک فرایند است که از خردترین سطح دفاع(حفاظت از حقوق و استقلال بیمار) شروع شده و به مجموعه‌ای از اقدامات جمعی کلان برای اصلاح سیاست‌های بهداشتی (اقدام و اصلاح اجتماعی) امتداد می-یابد. پیشنهاد می‌شود از نتایج این تحقیق که هم بر جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت و هم بر جامعه پزشکی تمرکز داشت در مباحث نظری، همچنین برای هدایت و توسعه برنامه‌ها و دوره‌های مرتبط با آموزش پزشکی و نقش مدافع پزشکان در دانشکده‌های پزشکی، توسعه پروتکل‌های بالینی، تدوین بسته‌های آموزشی، طراحی پویش‌های اجتماعی یا آموزشی برای افزایش آگاهی دانشجویان پزشکی از جایگاه خود و تحلیل سیاست‌های مرتبط با دفاع از بیمار و استفاده شود. یک خروجی مطالعه، نوع‌شناسی و ارائه مدل مفهومی از موضوع و همچنین تعیین دامنه مطالعاتی موضوع بود. پیشنهاد می‌شود این نوع‌شناسی، به‌عنوان مدلی پیشنهادی برای مداخله در آموزش پزشکی استفاده شود، همچنین مفهوم‌سازی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

مبتنی بر بستر در نظام سلامت در ایران و از سوی محققان و نظریه-پردازان با رویکرد میان‌رشته‌ای و نیز تحقیقات میدانی انجام گیرد. از آنجا که به‌رغم فراهم آمدن ادبیات نسبتاً غنی از این موضوع، در ایران تحقیقات چندانی به موضوع اختصاص داده نشده، افزایش ادبیات برای آگاهی از این حوزه جوان، پیشنهاد می‌شود. این پیشنهادات می‌توانند به عنوان گام‌هایی عملی در راستای بهبود دفاع از سلامت و نقش پزشک مدافع بیمار محسوب شوند.

تعارض: بنا به اظهار نویسندگان، این تحقیق تعارض منافعی ندارد.

تأمین مالی: این تحقیق، فاقد حامی مالی است.

کد اخلاق: تحقیقی که مقاله حاضر از آن استخراج شده است در مورخه ۲۸/۱۱/۱۴۰۲ در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد بررسی و با کد پژوهشی ۳۵۸ و شناسه اخلاق IR.YAZD.REC.1403.006 مصوب گردیده است.

سهم نویسندگان

سیده‌هاجر حسینی: طراحی پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل و نگارش نسخه اولیه مقاله

احمد کلاته‌ساداتی: طراحی پژوهش، بررسی نقادانه، ارزیابی و اصلاح مقاله

سیدعلیرضا افشانی: بررسی نقادانه و همکاری در ارزیابی و اصلاح مقاله. بهنام هنرور: بررسی نقادانه و همکاری در ارزیابی و اصلاح مقاله

منابع

1. Mohseni M. Medical sociology. 1st Edition, Tahuri: Tehran, 1977 [Persian]
2. Wegar K, Sociology in American medical education since the 1960s: the rhetoric of reform. Social Science & Medicine 1992; 35: 959-965
3. Smith T, Smith C. From Courtroom to Clinic: Child Advocacy in Action. Missouri Medicine 2022; 119: 533-535
4. Rappaport L, Burns B, Brown S, Sheridan D, Hansen M, Warden C. Advocacy for emergency medical services for children: education, practice, and Policy implications. Clinical Pediatric Emergency Medicine 2014; 15: 104-113
5. DeGrazia Jr, Ogunwole S, Lorigiano T, Bienstock J, Pollack C. What are the attitudes of medical students and housestaff towards health advocacy? A physician-led voter registration initiative and health advocacy survey. American Journal of Medicine Open 2022; 8: 100023
6. Earnest M, Wong S, Federico S. Physician advocacy: What is it and how do we do it? Academic Medicine 2010; 85: 63-67
7. Luft L. The essential role of physician as advocate: how and why we pass it on. Canadian Medical Education Journal 2017; 8: 109-116
8. Li J. The physician as advocate. In Mayo Clinic Proceedings 1998; 73:1022-1024
9. Stafford S, Sedlak T, Fok M, Wong R. Evaluation of resident attitudes and self-reported competencies in health advocacy. BMC Medical Education 2010; 10: 1-7
10. Poulton A, Rose H. The importance of health advocacy in Canadian postgraduate medical education: current attitudes and issues. Canadian Medical Education Journal 2015; 6: 54
11. Pak-Gorstein S, Batra M, Johnston B, Grow H, Grant A, Shugerman R, et al. Training pediatricians to address health disparities: an innovative residency track combining global health with community pediatrics and advocacy. Academic Medicine 2018; 93: 1315-1320
12. McDonald M, Lavelle C, Wen M, Sherbino J, Hulme J. The state of health advocacy training in postgraduate medical education: a scoping review. Medical Education 2019; 53: 1209-1220
13. Boroumand S, Stein M, Jay M, Shen J, Hirsh M, Dharamsi S. Addressing the health advocate role in medical education. BMC Medical Education 2020; 20: 1-5
14. Waterston T. Advocacy and the paediatrician. Paediatrics and Child Health 2020; 30: 155-161
15. Chimonas S, Mamoor M, Kaltenboeck A, Korenstein D. The future of physician advocacy: a survey of US medical students. BMC Medical Education 2021; 21: 1-9
16. Kahlke R, Scott I, van Der Goes T, Hubinette M. Health advocacy among medical learners: unpacking contextual barriers and affordances. Medical Education 2023; 57: 658-667
17. Flynn L, Verma S. Fundamental components of a curriculum for residents in health advocacy. Medical Teacher 2008; 30: 178-e183
18. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005; 8: 19-32

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

19. Peters M, Godfrey C, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares C. Guidance for conducting systematic scoping reviews. JBI Evidence Implementation 2015; 13: 141-146
20. Pham M, Rajić A, Greig J, Sargeant J, Papadopoulos A, McEwen S. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. Research Synthesis Methods 2014; 5: 371-385
21. Peterson J, Pearce P, Ferguson L, Langford C. Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2017; 29: 12-16
22. Munn Z, Peters M, Stern, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review?guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review Approach. BMC Medical Research Methodology 2018; 18:1-7
23. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute, 2017; 1-24
24. Imanifar N, Vagharseyyedin S. Protective nursing advocacy: an evaluation of the beliefs and actions of nurses in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences during 2014. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2015; 7: 69-78 [Persian]
25. Baker E, Bouldin N, Durham M, Lowell M, Gonzalez M, Jodaitis N, Adams S. The latino health advocacy program: a collaborative lay health advisor approach. Health Education & Behavior 1997; 24: 495-509
26. Altun I, Ersoy N. Undertaking the role of patient advocate: a longitudinal study of nursing students. Nursing Ethics 2003; 10: 462-471
27. Verma S, Flynn L, Seguin R. Faculty's and residents' perceptions of teaching and evaluating the role of health advocate: a study at one Canadian university. Academic Medicine 2005; 80: 103-108
28. Bu X, Jezewski M. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2007; 57: 101-110
29. Hanks R. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. Nursing Ethics 2010; 17: 255-267
30. Shah S, Brumberg H. Advocating for advocacy in pediatrics: supporting lifelong career trajectories. Pediatrics 2014; 134: 1523-e1527
31. Jansson B, Nyamathi A, Duan L, Kaplan C, Heidemann G, Ananias D. Validation of the patient advocacy engagement scale for health professionals. Research in Nursing & Health 2015; 38: 162-172
32. Law M, Leung P, Veinot P, Miller D, Mylopoulos M. A qualitative study of the experiences and factors that led physicians to be lifelong health advocates. Academic Medicine 2016; 91: 1392
33. Basu G, Pels R, Stark R, Jain P, Bor D, McCormick D. Training internal medicine residents in social medicine and research-based health advocacy: a novel, in-depth curriculum. Academic Medicine 2017; 92: 515-520
34. Soklaridis S, Bernard C, Ferguson G, Andermann L, Fefergrad M, Fung K, Whitehead C. Understanding health advocacy in family medicine and psychiatry curricula and practice: a qualitative study. PLoS One 2018; 13: 0197590
35. Nerlinger A, Shah A, Beck A, Beers L, Wong S, Chamberlain L, Keller D. The advocacy portfolio: a standardized tool for documenting physician advocacy. Academic Medicine 2018; 93: 860-868
36. Howell B, Kristal R, Whitmire L, Gentry M, Rabin T, Rosenbaum J. A systematic review of advocacy curricula in graduate medical education. Journal of General Internal Medicine 2019; 34: 2592-2601
37. Ying Y, Seabrook C. Health advocacy competency: Integrating social outreach into surgical education. Journal of Surgical Education 2019; 76: 756-761
38. Marsh M, Supples S, McLaurin-Jiang S, Brown C, Linton J. Introducing the concepts of advocacy and social determinants of health within the pediatric clerkship. MedEdPortal 2019; 15: 10798
39. Vance M, Bui E, Shtasel D, Borba C. Health advocacy among resident physicians. MedEdPublish 2019; 8: 29
40. Majeed A, Newton H, Mahesan A, Vazifedan T, Ramirez D. Advancing advocacy: implementation of a child health advocacy curriculum in a pediatrics residency program. MedEdportal 2020; 16: 10882
41. Dodson N, Talib H, Gao Q, Choi J, Coupey S. Pediatricians as child health advocates: the role of advocacy education. Health Promotion Practice 2021; 22: 13-17

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]

42. Maloney D, Moodie R, Daube M, Wilson A. Are Australian junior doctors failing to act as health advocates? A qualitative analysis. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2022; 46: 527-532
43. Singh A, Ahire N. Health advocacy trends and unexplored facets a bibliometric analysis based on scopus database. Hospital Topics 2024; 1: 1-13
44. Keller D. Child Advocacy in Action: if not you, who? if not now, when?. Pediatric Clinics 2023; 70: 1-10
45. Jenkins T, Underman K, Vinson A, Olsen L, Hirshfield L. The resurgence of medical education in sociology: a return to our roots and an agenda for the future. Journal of Health and Social Behavior 2021; 62: 255-270
46. Newbigging K, Ridley J. Epistemic struggles: the role of advocacy in promoting epistemic justice and rights in mental health. Social Science & Medicine 2018; 219: 36-44
47. Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. Health Promotion International 2000; 15: 369-376
48. Paulson J. Pediatric advocacy. Pediatric Clinics of North America 2001; 48: 1307-1318
49. Stevens G, Seid M, Mistry R, Halfon N. Disparities in primary care for vulnerable children: the influence of multiple risk factors. Health Services Research 2006; 41:507-531
50. Hguig S, Siafa L, Dhillon J, Ferroum A, Bourdache L, Housni A, Chirgwin J. Addressing healthcare barriers faced by asylum seekers and refugees through an interprofessional symposium. Canadian Medical Education Journal 2023; 14: 127-132
51. Hubinette M, Dobson S, Towle A, Whitehead C. Shifts in the interpretation of health advocacy: a textual analysis. Medical Education 2014; 48:1235-1243
52. Hanks J. Protective nursing advocacy scale (doctoral dissertation, the university of Texas medical branch graduate school of biomedical sciences) 2008.
53. Kinman E. Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca, Bolivia. Social Science & Medicine 1999; 49: 663-678
54. Walker E, vanDenBroek T, Priante A, Ehrenhard M. Patient-activist or ally? Assessing the effectiveness of conscience and beneficiary constituents in disease advocacy fundraising. Sociology of Health & Illness 2023; 45: 1652-1672
55. Laue J. Sociology as advocacy: there are no neutrals. Sociological Practice 1989; 7: 15

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.66224/payesh.25.1.31]