

سطوح جامعه‌پذیری متخصصین و دستیاران اطفال در دفاع از سلامت کودک؛ مطالعه کیفی در دانشگاه‌های منطقه شش آموزش پزشکی

سیده‌هاجر حسینی^۱، احمد کلاته ساداتی^{۲*}، سیدعلیرضا افشانی^۳، بهنام هنرور^۴

۱- دانشجوی دوره دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد، یزد، ایران

۲- دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۳- استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۴- استاد، مرکز تحقیقات و سیاست‌گذاری سلامت پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

• نویسنده رابط: asadati@yazd.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: دفاع از سلامت (Health Advocacy) یک مهارت و ویژگی قابل‌یادگیری است که از طریق جامعه‌پذیری (اجتماعی-شدن) حرفه‌ای آموخته می‌شود و در آن افراد حرفه‌ای سلامت (پزشکان) نقش‌های فعال‌تری در حمایت از حقوق بیماران ایفا می‌کنند. هدف از این تحقیق بررسی جامعه‌پذیری حرفه‌ای متخصصین اطفال برای دفاع از سلامت کودک (Child Health Advocacy) است.

روش کار: مطالعه از نوع کیفی و اکتشافی است که در سال ۱۴۰۳ و در دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان منطقه شش آموزش پزشکی کشور انجام شد. یافته‌های آن برای اولین بار در بستر آموزش پزشکی ایران طی مفهوم‌سازی از داده‌های مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تولید شده است. مشارکت‌کنندگان تحقیق را ۱۸ پزشک و رزیدنت اطفال شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان منطقه شش آموزش پزشکی با مرکزیت دانشگاه علوم پزشکی زنجان تشکیل دادند. حجم داده و تعداد مشارکت‌کنندگان بر معیار اشباع داده و دسترسی به مشارکت‌کنندگان بر روش هدفمند گلوله‌برفی خطی و نمایی متکی بود. کدگذاری و مفهوم‌سازی تحت تحلیل تماتیک استقرایی-قیاسی در محیط MAXQDA-20 انجام شد. استحکام و اعتمادپذیری یافته‌ها با مقایسه تحلیلی محقق و بازبینی همتایان تأمین شد.

نتایج: تحقیق نشان داد که جامعه‌پذیری دفاع از سلامت کودک در سطوح مختلف خرد، میانه و کلان اتفاق می‌افتد. با استخراج ۳ مضمون اصلی، ۲۰ مضمون فرعی و ۱۹۹ مضمون پایه مشخص شد که پزشکان در سطوح خرد، میانه و کلان برای دفاع از سلامت کودک جامعه‌پذیر می‌شوند. مضامین اصلی برساخت‌شده عبارتند از پزشک‌عامل (جامعه‌پذیری در سطح خرد یا فردی تحت محیط ارتباطی پزشک-کودک)، نهاد مدافع (جامعه‌پذیری در سطح میانه یا سازمانی تحت محیط ارتباطی پزشک-کادر درمان-سازمان) و ساختارسازی پزشک مدافع (جامعه‌پذیری در سطح کلان یا جمعی تحت محیط ارتباطی پزشک-ساختارها-جامعه) که جامعه‌پذیری متخصصین اطفال برای دفاع از سلامت کودک را نشان می‌دهند.

نتیجه‌گیری: حمایت از سلامت کودک، در ترکیبی از تعامل بین عوامل ساختاری و عاملیت پزشک و در فرایند جامعه‌پذیری در آموزش پزشکی به وجود می‌آید. با تقویت وجوه مثبت و رفع وجوه منفی جامعه‌پذیری حرفه‌ای، می‌توان به جامعه‌پذیری پزشک مدافع کودک در سطوح خرد، میانه و کلان کمک کرد.

واژگان کلیدی: آموزش پزشکی، دفاع از سلامت کودک، متخصصین اطفال، اجتماعی‌شدن حرفه‌ای

مقدمه

به اندازه کافی رشد نکرده است. آموزش پزشکی ایران به نقش‌های اجتماعی پزشکی در رسیدگی به مسائل اجتماعی و حمایت‌گرانه، توجه کمتری داشته و لذا خلاء عمیقی در بهره‌گیری از تحقیقات و دستاوردهای علمی جهانی در حوزه دفاع از سلامت بر آن حاکم است.

از آنجایی که نقش مدافع، قابل‌یادگیری است؛ پس می‌توان آن را در آموزش و اجتماعی‌شدن یا جامعه‌پذیری حرفه‌ای (Professional Socialization/ Socialisation) مؤثر پزشکان دید. جامعه‌پذیری حرفه‌ای که به معنای درونی‌سازی دانش، مهارت‌ها و رفتارهای لازم برای موفقیت در یک محیط حرفه‌ای است، جنبه‌ای حیاتی از توسعه حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی محسوب می‌شود (۲۰). سوال و مسأله تحقیق این است که آموزش پزشکی ایران، متخصصین اطفال را در چه سطحی برای دفاع از سلامت کودک و مدافع کودک بودن آماده یا جامعه‌پذیر کرده است.

جستجو در منابع مرتبط نشان می‌دهد که هیچ تحقیقی با عنوان جامعه‌پذیری مدافع سلامت در دسترس نیست. اما تحقیقاتی نزدیک به موضوع وجود دارند. از جمله مطالعه ادراکات اساتید و دستیاران از تدریس و ارزیابی نقش مدافع سلامت (۲۱)، جامعه‌پذیری دوره کارشناسی در آموزش پزشکی: آرمان‌های عملکرد حرفه‌ای پزشکان (۲۲)، اهمیت دفاع از سلامت در تحصیلات تکمیلی پزشکی کانادا: نگرش‌ها و مسائل فعلی (۱۴)، اجتماعی‌شدن پرستار و عوامل مرتبط با آن در مروری سیستماتیک (۲۳)، مروری سیستماتیک بر برنامه‌های درسی دفاع در تحصیلات تکمیلی پزشکی (۲۴)، معرفی مفاهیم حمایت و عوامل اجتماعی سلامت در کارآموزی اطفال (۶)، شایستگی دفاع از سلامت: ادغام گسترش اجتماعی در آموزش جراحی (۲۵)، وضعیت آموزش دفاع از سلامت در تحصیلات تکمیلی پزشکی (۱۶)، پیشبرد دفاع: اجرای برنامه درسی دفاع از سلامت کودک در برنامه دستیاری اطفال (۱۲)، آیا پزشکان جوان

پزشکی در عصر حاضر، نقش قاطعی برای رسیدگی به ریشه‌های اجتماعی بیماری و اطمینان از دریافت برابر خدمات (۱)، ایجاد تغییرات اجتماعی مثبت برای بیماران و جمعیت‌های آسیب‌پذیر (Vulnerable population) (۲) و مدافعه از بیماران و جمعیت‌های آسیب‌پذیر دارد (۳). کودکان بیمار جزو آسیب‌پذیرترین اقشاری هستند که نمی‌توانند به‌طور کامل از حقوق، نیازها، منافع و خواسته‌های خود دفاع کنند و بیش از هر گروه دیگری، به دفاع و مدافع نیاز دارند (۹، ۴-۲). کودکان آسیب‌پذیرین و سزاوارترین برای مدافعه پزشکان هستند، چون حتی پس از آسیب و بیماری هم نمی‌توانند از جانب خودشان صحبت کنند و یا به دادگاه رجوع کنند و وکیل قضایی بگیرند، بلکه پزشکان، اولین گروهی هستند که کودکان بیمار آسیب‌دیده، حتی به‌دست والدین ضعیف، بی‌سواد و کم‌سواد، فقیر، خشن خود به آنها مراجعه نموده یا ارجاع داده می‌شوند. بنابراین، پزشکان اطفال از جایگاه مقدم و برجسته‌ای برخوردارند که می‌توانند در نقش مدافع بیمار (Patient Advocate) مداخلات حمایت‌گرانه‌ای را ایجاد یا تقویت کنند.

آموزش دفاع از سلامت در حرفه‌های بهداشتی از مهمترین راه‌های بهبود و ارتقای سلامت در سطوح فردی و جامعه‌ای است (۱۰). از این رو در دو دهه اخیر اجماع جهانی، تلاش‌های مستمر برای شناسایی راه‌های متنوع آموزش دفاع از سلامت را ایجاد کرده (۱۱، ۱۲) و پزشکان اطفال به‌عنوان رهبران بین‌رشته‌ای، نقش اصلی پزشک به‌عنوان حامی و مدافع کودک را تأیید کرده‌اند (۲، ۸-۵، ۱۳، ۱۴) و این موضوع در سال‌های اخیر در کشورهای توسعه‌یافته به‌عنوان یک مؤلفه اصلی حرفه‌گرایی (و اجتماعی‌شدن حرفه‌ای) پزشکی (۴، ۲، ۷، ۱۱، ۱۹-۱۴) و یکی از ارکان آموزش تحصیلات تکمیلی و دستورالعمل‌های آموزشی و چارچوب‌های شایستگی پزشکان (۱۱)، ۱۶-۱۴) در برخی دانشگاه‌های برتر سطح جهان ارائه شده است. در حالی که در ایران، آگاهی یا علاقه به این موضوع

که جامعه‌پذیری غیررسمی تحت برنامه درسی پنهان محسوب می‌شود (۳۴). این نوع غیررسمی و پنهان، شامل درونی کردن رفتارهایی است که در یک زمینه حرفه‌ای، عادی و یا غیرعادی تلقی می‌شود و انتظار می‌رود (۳۵). این نوع جامعه‌پذیری در سازمان پزشکی، از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. انواع جامعه‌پذیری که در بالا اشاره شد ممکن است به صورت مثبت (Socialization Positive) یا منفی (Negative Socialization) بروز کند. بنابراین [در انواع جامعه‌پذیری اولیه و ثانویه و غیررسمی و رسمی] همواره و تا حدودی، جامعه‌پذیری‌های وجود دارد که فرد را «خوب» برای زندگی و حرفه آماده می‌کند و بر اساس تجربیات خوشایند، لذت‌پذیر و مثبت در فرد درونی می‌شود و حامل پاداش‌هایی از سوی گروه و جامعه است. در مقابل ممکن است جامعه‌پذیری برخی تجارب «بد» یا منفی را نیز شامل شود و حامل تنبیه‌هایی از سوی گروه و جامعه باشد (۳۶). عناصر منفی ممکن است شامل تأثیر تعارض نقش، شوک، تحقیر (جنسیتی، نژادی و قومی)، نظرات منفی و عدم حمایت کافی، به حاشیه رانده شدن، توبیخ و اخراج باشد. جامعه‌پذیری حرفه‌ای مبتنی بر حمایت از سلامت، یک جامعه‌پذیری مثبت با برنامه درسی آشکار و برنامه درسی پنهان است که می‌تواند اهداف اجتماعی حمایتی نظام آموزشی پزشکی را تقویت کند. با این حال ممکن است شامل عناصر منفی نیز باشد. میزان جامعه‌پذیری منفی که در یک محیط آموزشی رخ می‌دهد، می‌تواند نقدهایی در مورد کیفیت آموزش حرفه‌ای ایجاد کند.

روش کار

مطالعه حاضر کیفی است که در سال ۱۴۰۳ و در دانشگاه های علوم پزشکی منطقه شش آموزش پزشکی به مرکزیت دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. یافته‌های آن با مفهوم‌سازی از روی داده‌های حاصل از مصاحبه نیمه ساختاریافته به دست آمده است. داده‌ها پس از دریافت کد اخلاق در پژوهش (IR.YAZD.REC.1403.006) با ابزار پرسشنامه سوال باز و تکنیک‌های مصاحبه فردی مجزا

استرالیایی نمی‌توانند به عنوان مدافعان سلامت عمل کنند (۲۶).

از جنبه نظری تحقیق حاضر بر مواضع نظری Durkheim درباره اجتماعی‌شدن و تربیت اخلاقی (۲۷)، دیدگاه Weber درباره اخلاق مسئولیت و تفهم (Verstehen) که در پزشکی نیز برای نشان دادن رابطه بین دانش پزشکی و ارزش‌های اجتماعی و ارزش‌های بیماران استفاده شده است (۲۸)، همچنین این تحقیق بر مطالعات Merton و همکاران (۲۹)، Becker و همکاران (۳۰) و مطالعه Bosk (۳۱) متکی است. مقاله حاضر به ارائه گزارشی از سطوح جامعه‌پذیری حرفه‌ای (اعم از رسمی و آشکار، غیررسمی و پنهان، مثبت و منفی) متخصصین و دستیاران اطفال در دفاع از سلامت کودک می‌پردازد. طبق این چارچوب، جامعه‌پذیری، ممکن است اولیه (Primary Socialization) باشد که خارج از بحث مقاله حاضر است. همچنین، ممکن است ثانویه (Secondary Socialization) باشد که در یک محیط بزرگتر و جامعه رخ دهد. جامعه‌پذیری در یک حرفه، بخش مهمی از جامعه‌پذیری ثانویه است (۳۲) که یادگیری رفتار مطلوب (الگوهای رفتاری تقویت‌شده) به عنوان عضوی از گروه در جامعه توسط عوامل اجتماعی - کننده رسمی یعنی سازمان‌ها و نهادهای آموزشی رخ می‌دهد. همچنین جامعه‌پذیری از نوع رسمی (با برنامه درسی آشکار) و غیررسمی با برنامه درسی پنهان (Hidden Curriculum) تعریف می‌شود. جامعه‌پذیری رسمی (Formal Socialization) و حرفه‌ای (Professional Socialization) که اغلب به جای هم استفاده می‌شوند، به صورت فرآیند مرحله‌ای با آموزش و برنامه درسی رسمی یا حرفه‌ای که یک تازه وارد دانش، مهارت‌ها و رفتارهای لازم برای موفقیت در یک محیط کاری آینده را برای و شکل‌گیری هویت حرفه‌ای به دست می‌آورد، توصیف می‌شود (۳۳). با این حال، فرهنگ‌های حرفه‌ای ممکن است همچنان ارزش‌ها و رفتار کارآموزان را از طریق شیوه‌های غیررسمی و ضمنی نیز شکل دهند

کودک و برخی مصادیق آن با قیاس از ادبیات تحقیق تنظیم و اجرا شد. فرم مصاحبه یک سؤال کلیدی کلی و چندین سؤال اکتشافی و بازخوردی برای بسط مصاحبه به وجوه مختلف پدیده داشت. سؤال کلیدی عبارت بود از این که «به‌طورکلی در سطح فردی و نهادی چه زمینه‌هایی در جامعه‌پذیری (آموزش و یادگیری) دفاع از سلامت کودک تجربه کرده‌اید؟» هر مصاحبه حدود ۲۵ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه طول کشید و هم‌زمان ضبط صدا و یا تایپ شد. بحث درباره اعتبار داده‌ها بیش از ۱۴۰ دقیقه و مجموع مصاحبه، اعتباریابی و تحلیل در طول چهار ماه (شهریور، مهر، آبان و آذر سال ۱۴۰۳) انجام شد.

استخراج کدها و مفهوم‌سازی از داده‌ها تحت «تحلیل تماتیک با رویکرد استقرایی- قیاسی (Inductive-Deductive Thematic Analysis)» یا از پایین به بالا (Down-Up Analysis) - از بالا به پایین (Top-Down Analysis) و مفهوم‌محور طبق راهنمای Proudfoot (۳۹) و ایجاد شبکه مضمونی طبق راهنمای Attride-Stirling (۴۰) هدایت شد. استفاده از این رویکرد، مستلزم تولید مضامین از داده‌های مصاحبه بود که ما را به یک درک غنی از گفتگوی با پزشکان در مورد جامعه‌پذیری حرفه‌ای آنها رساند (مسیر استقرایی). در عین حال این رویکرد مستلزم تعامل با ادبیات موضوع نیز بود. تعامل با ادبیات به ما کمک کرد که مقوله‌بندی معتبرتری از مضامین موجود دست یابیم (مسیر قیاسی) (۳۹). مراحل تحلیل و تولید مضامین در محیط نرم‌افزار MAXQDA 20 انجام شد. دو محقق اصلی به صورت جداگانه کدگذاری کردند و در نهایت روی مضامین، اشتراک نهایی به دست آمد.

برای تأمین استحکام و اعتمادپذیری و کنترل صلاحیت یافته‌ها و برای استفاده در تحقیقات بعدی، از میان روش‌های ارزیابی قابلیت اعتماد (Trustworthiness) مورد نظر Lincoln and Guba (۴۱) و Creswell and Miller (۴۲) بر دو روش مقایسه تحلیلی و بازتابی محقق (Researcher reflexive-accounting) و بازبینی

و چهره به چهره (Face-to-Face interview) جمع-آوری شد. مشارکت‌کنندگان ۱۸ نفر از پزشکان و رزیدنت‌های اطفال در دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان-منطقه شش حوزه آموزش سلامت ایران (دانشگاه‌های علوم پزشکی زنجان و البرز، قزوین، اراک، قم و دانشکده‌های ساوه و خمین، همگی با مرکزیت دانشگاه علوم پزشکی زنجان) بودند. حجم داده‌ها و تعداد مشارکت‌کنندگان بر معیار اشباع داده (Data Saturation) متکی بود. برای دسترسی به مشارکت‌کنندگان از روش هدفمند (۳۷) و گلوله برفی از نوع خطی و نمایی بدون تبعیض (Snowball sampling of linear and exponential without discrimination) (۳۸) استفاده شد. این روش به دلیل مشکل بودن دسترسی به گروه پزشکان داوطلب برای مشارکت و گرفتن رضایت کتبی برای مصاحبه که عموماً ناشی از مشغله بیمارستان یا مطب فرصت مصاحبه نداشتند، انتخاب شد.

به این صورت که پس از مراجعه به بیمارستان‌های آموزشی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و پذیرش از سوی پزشک، زمان و مکان مصاحبه، عمدتاً در همان مکان با انتظار برای فراهم شدن فرصت مناسب، تعیین و پس از اتمام هر مصاحبه، مصاحبه‌شونده فرد یا گروهی از افراد را پیشنهاد نمود و با فرد معرفی شده به‌عنوان مشارکت‌کننده بعدی مصاحبه بعدی به‌عمل آمد. برای حفظ محرمانگی و عدم تبعیض، معیار فردی، جمعی، جنسیتی، سنی، قومی و سابقه اعمال نشد. معیار ورود به مطالعه، داشتن سابقه تحصیلی و حرفه‌ای پزشکی تخصصی اطفال، حداقل ۱ سال تجربه کار یا آموزش در دانشگاه دولتی، امکان دسترسی به شماره تلفن و تمایل به شرکت در مصاحبه و احتمال ملاقات مجدد و اطمینان به ناشناس ماندن در طی و پس از انتشار داده‌ها بود. معیارهای ذهنی مستلزم این فرض بود که سوالات مصاحبه، برای مصاحبه‌شوندگان قابل فهم باشد. برای رعایت این معیار، یک فرم مصاحبه حاوی تعریف جامعه‌پذیری مبتنی بر دفاع از سلامت

کلان یا جمعی و ساختاری و تحت محیط پزشک-ساختارها-جامعه اشاره دارد، دسته‌بندی شد (جدول ۲). هر سطح از جامعه‌پذیری ممکن است به صورت آشکار، پنهان، مثبت و یا منفی صورت بگیرد.

پزشک عامل: این سطح به جامعه‌پذیری در سطح خرد یا فردی تحت محیط ارتباطی پزشک-کودک اشاره دارد که به-طور مستقیم به جامعه‌پذیری پزشک برای رعایت و دفاع از حقوق و اختیارات کودک و رابطه پزشک-بیمار (کودک)، ملاحظات اخلاقی در تعامل با کودک و ارزش‌ها و رفتارهای حرفه‌ای پزشک در مواجهه با کودک مربوط است. این مضامین از پایه‌هایی مثل باورهای پزشک پیرامون احترام به کودک بیمار به‌عنوان یک فرد، توجه به نیازهای خاص او و توانایی درک شرایط خاص بیمار (کودک بودن)، رعایت عدالت بین کودکان بیمار، آموزش، توانمندسازی و تسهیل روند درمان، مراقبت متناسب با فرهنگ، کمک به سازگاری کودک با درمان، کمک به تصمیم‌گیری کودک یا مراقبین اش، حفظ حریم خصوصی کودک، شکل‌گرفته است. این سطح، همچنین جامعه‌پذیری پزشک برای اینکه بتواند نقش نماینده بهترین منافع کودک را ایفا کند و نسبت به احتمال آزار یا آسیب عمده حساس باشد و آگاهی او از روش‌های تخصصی و قانونی برای تشخیص و گزارش موارد آسیب را نیز نشان می‌دهد. این مضمون اصلی با ۹ مضمون فرعی تولید شد.

- برای دانشجو توضیح میدم وقتی خودتو جای بچه‌ای بذاری که مظلوم واقع شده خیلی بهتر میتونی کمکش کنی (شماره ۱). ما می‌گیم درسته که نوزاد نمیتونه حرف بزنه اما من می‌فهمم ما باید بفهمیم که بچه چی میگه چی میخاد (شماره ۵).

- بیشتر برای همکاری در معاینه هست، وقتی براش توضیح میدیم، می‌بینیم راحت‌تر با ما همکاری میکنه که معاینه‌اش کنیم (شماره ۹). چون همیشه در صورت دادن اطلاعات، روند درمان به‌طور مناسبتری ادامه می‌یابد (شماره ۳).

- برای معاینه نواحی خصوصی بدن بچه سعی میکنم به رزیدنت‌های دیگه بگم بیرون باشن (شماره ۹). اینطور موارد را

همتایان (Peer review) که شامل ۵ همتا یا محقق با تجربه در تحقیقات کیفی و پزشکی بودند تکیه شد. در تمام مراحل ملاحظات اخلاقی رعایت شد. از جنبه رعایت اصول مصاحبه، مقرر شد شرکت در مصاحبه داوطلبانه باشد، همه فعالیت‌ها و تجربیات مصاحبه‌شونده بدون نقص ارائه شود، در عوض، محرمانگی، حق استفاده از نام مستعار، امکان توقف مصاحبه توسط مصاحبه‌شونده از سوی مصاحبه‌کننده تضمین شود. تشریح اهداف، برقراری ارتباط مؤثر و نسبتاً صمیمی و کسب رضایت شفاهی و ترجیحاً رضایت کتبی و تشویق شرکت‌کننده به گفتگوی آزاد، رعایت شد. از جنبه اخلاق در پژوهش‌های علوم اجتماعی، فرمول‌بندی سوالات تحقیق و مفهوم‌سازی و انعکاس دقیق تجربیات بدون حذف، تحریف با صداقت و بی‌طرفی ارزشی، انعکاس دقیق یافته‌ها بدون دستکاری و تحریف، رعایت حقوق مرتبط با منابع مورد استفاده در بخش اسنادی، رعایت اصالت متون و رعایت امانت‌داری در ارجاع‌دهی‌ها و غیره رعایت شد. مشخصات شرکت-کنندگان (با رعایت محرمانگی بدون ذکر نام و دانشگاه) در جدول ۱ آمده است.

نتایج

از مصاحبه با متخصصین اطفال مجموعاً ۱۹۹ مضمون پایه (Basic Themes)، ۲۰ مضمون فرعی یا سازمان‌دهنده (Organizing Themes) و ۳ مضمون اصلی یا فراگیر (Global Themes) تولید شد. معیار اصلی دسته‌بندی مضامین، اشتراکات معنایی و سطح تحلیل هر مضمون در فرآیندهای اجتماعی شدن شرکت-کنندگان بود. مضامین برساخت شده تحقیق در سه سطح و در قالب ۳ مضمون اصلی شامل مضمون «پزشک عامل» که به جامعه‌پذیری در سطح خرد یا فردی و تحت محیط ارتباطی پزشک-کودک؛ مضمون «نهاد مدافع» که به جامعه‌پذیری در سطح میانه یا سازمانی تحت محیط ارتباطی پزشک-کادر درمان-سازمان؛ و مضمون «ساختارسازی پزشک مدافع» که به جامعه‌پذیری در سطح

بفهماند که این بیماری یا آسیب غیرعادی و سوم به رابطه بین کودک و والدینش باید توجه کنیم (شماره ۱۳).

- من سعی میکنم این نکات را به رزیدنت‌ها یادآوری کنم که آموزش بیمار، جز مهمی از درمان هست. این خارج از درمان نیست. مثلاً آگه ما روش استفاده از دارو را برای بیمار یا همراه بیمار توضیح ندیم انگار هیچ دارویی به بیمار ندادیم (شماره ۷). یاد میگیرم که به بیمار و والدینش توضیح بدیم که چگونه به تجویزهای پزشکی عمل کنند (شماره ۱۳).

- خوشبختانه اخلاق پزشکی راه ما را باز کرده، پروتکل‌هایی دارد مثلاً میگویم در استفاده از خدمات درمانی اون بیماری را اولویت بدید که بیشترین فایده را برایش دارد نه اون بیماری که بد حالتره (شماره ۷). منشورهای پزشکی کلاً رعایت عدالت در مواجهه با مریضهای مختلف رو یادآوری می‌کنند (شماره ۱۴).

نهاد مدافع: این سطح به جامعه‌پذیری در سطح میانه یا سازمانی تحت محیط ارتباطی پزشک-کادر درمان-سازمان اشاره دارد که به باورها و هنجارهای درون‌سازمانی پزشک درباره تعامل با سایر اعضای کادر درمان و مراقبین، سازمان‌های مرتبط و ملاحظات حرفه‌ای و درون‌سازمانی و برون‌سازمانی مربوط می‌شود. در اینجا پزشک علاوه بر توجه به کودک بیمار، درباره سایر اعضای تیم درمان، سازمان‌های اجتماعی و قضایی مرتبط که ممکن است برای دفاع از کودک همکاری کند تا دفاع جامع و هماهنگی برای کودک فراهم شود، نیز شناخت کافی می‌یابد. بنابراین دانش پزشک و شناخت دقیق وظایف و ظرفیت‌های تیم همکار و ارگان‌های مرتبط با دفاع از کودک، برای نمایندگی کودک طی یک برنامه درسی آشکار و پنهان شکل می‌گیرد. همچنین پزشک با درک ارزش آموزش به بیمار، نسبت به آموزش و توانمند کردن بیمار و همکاران و ارائه مشاوره و معرفی به متخصصان دیگر برای بهبود کیفیت خدمات پزشکی نیز جامعه‌پذیر می‌شود. ارزش کار تیمی و مسئولیت‌پذیری جمعی نیز تحت این مضمون قرار می‌گیرد. این مضمون اصلی با ۵ مضمون فرعی تولید شد.

نه تنها در مباحث کلاسی و آناتومی توضیح میدیم بلکه در بالین موقع معاینه، دقیق‌تر توضیح میدیم (شماره ۱۶).

- در مواردی که تهدیدکننده حیات هست نباید وقت صرف رضایت از بیمار یا همراه بیمار کنیم. اینو هم میدونیم که قانون در اینجور مواقع، پشت ماست (شماره ۱). آگه اطلاعاتی هم بهش بدم باز ممکنه نتونه تصمیم درست رو بگیره، بهتره خودمون تصمیم درست را بگیریم (شماره ۱۷).

- ما به عنوان پزشک باید از بیمارها مون که ضعیفتر هم هستند مستقیم و غیرمستقیم دفاع کنیم (شماره ۳). با مریض‌هایی مواجه هستیم که توان صحبت کردن یا اعتراض کردن ندارن، ما راحت صدای اونها میشیم و احدی به ما نمیگه تو چکاره‌ای؟ هر جا حق کودک هر جا سلامتی کودک به خطر میوفته ما اونجا مداخله می‌کنیم و همه هم به ما حق میدن (شماره ۱۸).

- نسبت به کودک، نوع بیماری و نوع آسیب کودک حساس میشیم. این هوشیاری در کلاسها برای رزیدنتها ایجاد میشه که حواسشون باشه که علت آسیب به کودک چی بوده (شماره ۲). حین معاینه، ما دنبال نکته مشکوک می‌گردیم. *Child abuse* (کودک آزاری) رو به عنوان فرضیه ما توی ذهنمون داریم چون توی درسها هم می‌خونیم اینو (شماره ۱۲).

- *Child abuse* در کلاس درس کاملاً بحث میشه. رزیدنتها یاد میگیرن که اگر نوع آسیب مشکوک باشه و تشخیصش بدن باید به مراجع قانونی اطلاع بدن. راه‌های تشخیص و گزارش هم آموزش داده میشه (شماره ۶). آموزش میدیم، نوع آسیب را توضیح میدیم که حالت نرمال چگونه باشه و مشکوک‌اش چگونه (شماره ۱۶).

- خطاهای مراقبتی چه رفتاری چه دارویی و غیره که میتونه پزشک را در معرض مذمت قرار بده یکی از موضوعاتیه که روزانه دربارش صحبت می‌کنیم (شماره ۱۴). به لحن و بیان کودک به مشخصه‌های بیماری و آسیبی که وارد شده مثلاً نکته‌ای پیدا بشه که به دکتر

فیدبک داده میشه هم آموزش داده میشه هم غیرمستقیم تذکر داده میشه (شماره ۸). کارگاه‌های متعدد برای آموزش تکمیلی برگزار می‌کنیم، توی این آموزشها نمیگم زیاد، شاید خیلی کم، اما به آموزش اجتماعی و رفتاری هم پرداخته میشه (شماره ۱۹).

- ما چیزهایی که به نفع بیماره، دسته جمعی این چیزها رو از ریاست میخایم، اما به نفع خودمان به نفع نرسهامان هم چیزهایی رو میخایم (شماره ۵) اعتراضات از طریق صنف دانشجویی گفته میشه معمولاً فردی نیست (شماره ۱۲).

ساختارسازی پزشک مدافع: این سطح به جامعه‌پذیری در سطح کلان یا جمعی تحت محیط ارتباطی پزشک-ساختارها-جامعه اشاره دارد که به شناخت، آرمان‌ها و هنجارهای پزشک درباره نقش حرفه‌ای‌اش در ارتباط با جامعه، سیاست‌گذاری‌ها و ساختارهای کلان اجتماعی سلامت کودک مربوط است. در روند اجتماعی شدن در این سطح، نگاه پزشک مدافع فراتر از فرد و سازمان شکل می‌گیرد و به ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و قانون‌گذاری که از بالادست بر حقوق و سلامت کودک تاثیر می‌گذارند، معطوف می‌شود. پزشک به‌عنوان نماینده کلان‌سطح کودک در جامعه با شناخت چالش‌ها و موانع متعددی که مانع ایفای نقش موثر او می‌شود و ممکن است شامل قوانین ناکافی یا مضر، هنجارهای پزشکی محافظه کارانه و غیره نیز باشد جامعه‌پذیر می‌شود. طبق اظهارات پزشکان در این سطح همچنین پزشکان می‌آموزند که در اجتماع، کنشگری محتاطانه‌ای داشته باشند و حتی‌الامکان از اقدامات فردی صرف پرهیز کنند و فقط در صورت لزوم در فعالیت‌های جمعی و تیمی مشارکت کنند. یک بخش از جامعه‌پذیری (منفی) نیز باور پزشکان به بی‌اثر بودن تلاشهایشان برای اصلاح قوانین مضر است که به منزله عامل بازدارنده جامعه‌پذیری (مثبت) مدافع می‌باشد، زیرا شامل چالش‌هایی فراتر از سطح فردی و حتی سازمانی است که در بستر کلان‌تر (ساختارها و قوانین) قرار دارند و نیازمند دفاع از بالادست و جمعی و بلندمدت است. این مضمون اصلی با ۵ مضمون فرعی تولید شد.

- پزشکی حیطه‌ای نیست که تمام این کارها رو خودمون انجام بدیم. ارجاع میدیم، همکاری داریم که توی این حیطه تخصص دارن و مطالب درسی‌اش رو هم خوندن (شماره ۱). یکی از ارگان‌هایی که داره کار حمایت رو انجام میده پزشکی قانونیه که تدریسش هم می‌کنیم (شماره ۴). ارگان خاصی برای رسیدگی به نگلکت بی‌بی توی ایران نداریم، اما اینو میدونیم که بچه حق داره به پلیس شکایت کنه یا کسی از جانب بچه شکایت کنه (شماره ۵).

- طب کودکان اگر آموزش هم ندیده باشه، در آموزش شرکت نکرده باشه، الزام هست که با جامعه ارتباط پیدا کنه. اگر نتونه فرهنگ جامعه رو در مورد بهداشت بدونه با همون فرهنگ طبابت نکنه، در امر طبابتش موفق نمیشه شما باید اون فرهنگ رو درک کنی و با اون جامعه زندگی کنی (شماره ۴). توی کلاسها از نظر فرهنگی صحبت میشه. مثلاً تاکید میشه در فرهنگ من زنجانی یه غذاهایی برای تغذیه کودک خوبه رایجه یه غذایی بده این غذا یه نمونه است که میگم. من پزشک باید زبان محیط طبابت رو هم بلد باشم، مثلاً من که تُرکم یا جایی دارم طبابت میکنم که ترک هستن باید یک چیزای مقدماتی رو یاد بگیریم. ما اینها را به رزیدنتهامون توصیه میکنیم (شماره ۵).

- یکی از منشورهای ما مشاوره است. پرونده بیمار داریم، مشاوره رو من به‌عنوان *Order* (دستور پزشک) توی پرونده بیمار می‌نویسم، رزیدنت من موظفه مشاوره را بگیره (شماره ۱). شبکه‌های اجتماعی پزشکی داریم که پزشکها در تمام شاخه‌های پزشکی با هم در ارتباط هستن، هم‌دیگه را توانمند میکنن چون برای بیمارهاشون مشاوره میگیرن. بیشتر پزشکان جوانتر مشاوره میگیرن (شماره ۷).

- مثلاً استفاده از بعضی قطره‌ها یا توصیه‌های اشتباه پزشکی را میبینیم. توی این شرایط خیلی هم نمیتونیم مستقیم به پزشک بگیریم این دارو رو قطع کن استفاده نکن، اما توی کارگاه‌های آموزشی یا شبکه‌های آموزشی، هم

باشی (شماره ۹). در ایران متأسفانه ارگانهای اجتماعی، ارگانیزه نشده. یعنی ممکنه این ارگانها روی کاغذ باشن، اما بی عمل باشن. ما هم حمایت قضایی توی این زمینه نداریم (شماره ۸). محدودیت وقت و تعداد پزشکان. مثلاً آگه تعداد مریض به نسبت هر پزشک کمتر بود، وقت بیشتری برای هر مریض داشتیم (شماره ۶) چون من توی بخش عفونی هستم، اینجا کودکانی که عفونت کردن رو میبینیم و معمولاً نمیتونیم دنبال متهم مستقیم بگردیم (شماره ۱۱). تلاش میشه آموزش و توانمندسازی انجام بشه ولی پذیرش نمیشه چون جامعه اعتمادش رو به پزشک از دست داده. طب جایگزین و رقیب پزشکی هم ایجاد شده، سیاستها تغییر کرده، پزشکی تجاری شده، رقابت بین خود پزشکان زیاد شده (شماره ۱۰) یکی از چیزهایی که روی عدالت در ارائه خدمات تأثیر داره آشنا بودن هست (شماره ۷).

شبکه مضامین بر ساخت شده مربوط به سطوح جامعه-پذیری حرفه‌ای متخصصین اطفال در دفاع از سلامت کودک در شکل ۱ آمده است.

بحث

گفتمان حاکم بر تحقیق حاضر این بود که آموزش پزشکی ایران، متخصصین اطفال را در چه سطحی برای مدافع کودک بودن آماده یا جامعه‌پذیر می‌کند و سطوح جامعه‌پذیری آنها (اعم از آموزش رسمی و آشکار، غیررسمی و پنهان، مثبت و منفی) برای دفاع از سلامت کودک چگونه است؟ تحلیل که محصول مصاحبه رودررو با پزشکان اطفال بود، نشان داد که پزشکان طی آموزش در سه سطح اصلی خرد یا فردی (پزشک عامل)، سطح میانه یا حرفه‌ای و سازمانی (نهاد مدافع کودک) و سطح کلان یا ساختارهای اجتماعی (ساختارسازی پزشک مدافع) برای دفاع از کودکان جامعه‌پذیر می‌شوند. این جامعه‌پذیری سه-سطحی همچنان با توجه به ویژگی‌های برنامه آموزشی ممکن است به صورت آشکار (طی برنامه درسی رسمی)، پنهان (طی برنامه درسی رسمی)، مثبت (مانع جامعه‌پذیری) و یا منفی (چالش‌ها و موانع جامعه‌پذیری) باشد. اظهارات

- پزشک بودن، با وجود من آمیخته شده (شماره ۵). پزشکان وقتی از مرکز درمانی یا مطب کارش تمام میشه؟ اصلاً تمامی نداره که (شماره ۷). پزشک بودن ما با زندگی اجتماعی ما ارتباط داره، آگه جان یا سلامت یه بچه رو در خطر ببینیم خواه و ناخواه دخالت میکنیم (شماره ۱۲).

- چیزی که بیشتر از اساتید و همکارهامون میشنویم و میبینم اینه که خیلی خودمو درگیر مسائل بیمار نکنیم. میگن زیاد نباید وارد حریم مریض بشید، چون دردرسازه (شماره ۹). اکثراً توصیه میکنن که خودتونو درگیر نکنید برای خودتون دردرس درست نکنید (شماره ۱۱). درباره فضای مجازی یا رای دادن هم حتی پنهانی عمل می‌کنیم. چون این جور فعالیتها بین پزشکها چیز مثبت نیست (شماره ۹).

- برای رزیدنتها این جور اصلاحات و این تأثیرات سخت‌تر هست (شماره ۷). اعتراض موردی به جایی نمیرسه. اصلاح فقط درمورد مسائلی امکانپذیره که اون موضوع، موضوع بزرگ و سیاسی نباشه در حدی نباشه که خطری برای دولت ایجاد کنه، به اونجا که میرسه ما دیگه کاری نمیتونیم بکنیم، ممکنه خودمون هم به دردرس بیوفتیم (شماره ۱۰).

- همکارها ممکنه به خاطر احتمال خشونت نسبت به خودشون از شکایت به نفع بچه امتناع کنند. بعضاً قانون هم دست ما رو بسته، غیر از تأیید شرایط وخیم بچه نمیتونیم کار دیگه‌ای براش بکنیم. این همه داریم بچه‌هایی که به دست پدر کشته میشن، بهشون تجاوز میشه، اما در برابر پدر نمیتونیم کاری کنیم (شماره ۶). پدر که قیم اصلی قانون ما این اجازه را به پدر داده برای اصلاح اینجور قوانین پزشک هیچ کاری از دستش بر نیامد (شماره ۱۰). در حیطه سازمان خودمون همین بیمارستان شاید بتونیم اعتراض و اصلاحی کنیم. ولی خارج از اینجا هیچ تغییری نمیتونیم بدیم (شماره ۱۲).

- یه مریض یا یه مرگ رو میدیدم تا چندروز گریه میکردم، بعد دیدم خودم دارم از بین میرم از پا در میام. استاد میگفت آگه میخای به مریضت کمک کنی باید قوی

اصلاح‌گر) به‌نوعی دارای جامعه‌پذیری منفی هستند. یأس و شکست پزشکان در ایفای نقش اصلاح‌گر، موجب جامعه‌پذیری منفی و انفعال در این نقش شده است. این جامعه‌پذیری، به‌طور از نسل‌های پیشین پزشکی یعنی از اساتید و سال‌بالایی‌ها به نسل‌های بعدی پزشکی یعنی به دانشجویان و سال‌پایینی‌ها منتقل می‌شود.

یافته‌های ما در تحقیقات پیشین تکرار نشده است اما نتایج مرتبطی که در اکثر تحقیقات مرتبط پیشین آمده است را از تایید می‌کند (۲۷-۲۲، ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۶).

نتیجه‌گیری

نتایج ما وضعیت برنامه آموزشی و جامعه‌پذیری در آموزش پزشکی ایران را ترسیم کرد و نشان داد که پزشکان طی یک فرایند آشکار و پنهان برای دفاع از سلامت کودک در سطح خرد و میانه و کلان جامعه‌پذیر می‌شوند. این نتایج قابل‌استفاده آموزش پزشکی به‌ویژه منطقه مورد مطالعه و نیز قابل‌استفاده و آزمون در تحقیقات بعدی است. طبق اظهارات وضعیت جامعه‌پذیری علمی و بالینی پزشکان امیدوارکننده‌تر است. لذا گنجاندن محتواهای مربوط به دفاع از سلامت کودک در دروس تئوری به ارتقا جامعه‌پذیری مدافع کودک پیشنهاد می‌شود. همچنین یکی از پیشنهادات مطرح شده از سوی پزشکان این بود که دفاع از سلامت به صورت کلی و به‌طور خاص در مورد کودکان، به‌عنوان امتیاز و چارچوب شایستگی و ارزیابی شایستگی قرار بگیرد. برخی عوامل که موجب جامعه‌پذیری منفی و مانع ایفای نقش مدافع می‌گردد که با حذف آنها پزشکان بیشتر در نقش مدافع جامعه‌پذیر می‌شوند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از شرکت‌کنندگان محترم در مصاحبه‌ها و از شرکت‌کنندگان در مرحله تأمین قابلیت اعتماد تحقیق، تشکر و قدردانی می‌کنند.

متخصصین نشان می‌دهد که درونی‌سازی (Internalization) باورها و هنجارهای استاندارد پزشکی، بیش از آن‌که به‌صورت رسمی و تئوریک در دانشکده‌ها آموخته شود، در حاشیه کار عملی و در بالین بیماران آموخته شده است. به عبارتی نوع جامعه‌پذیری ممکن است آشکار (شناخت ارگانهای اجتماعی و قضایی برای نمایندگی، شناخت روشهای ارزیابی و تشخیص و گزارش آسیب، منشور مشاوره)، پنهان (ارزش خدمت داوطلبانه خارج از وقت درمانگاهی، ارزش اقدام جمعی، تیمی و مالی)، مثبت (آموزش به بیمار، جزمی از درمان، اهتمام به توانمندسازی همکاران با آموزش و هشدار) و یا منفی (چالشها و باورها و هنجارهای منفی برای جامعه‌پذیری مدافع، یاس در نقد و اصلاح قوانین مضر) باشد. بنابراین، پزشکان، کمتر به‌صورت آشکار و رسمی، اما بیشتر به‌صورت پنهان؛ و نیز کمتر به‌صورت منفی، اما بیشتر به‌صورت مثبت جامعه‌پذیر شده‌اند.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان با مفهوم دفاع از کودک و نقش مدافع‌آشنایی رسمی چندانی ندارند و طی یادگیری و جامعه‌پذیری رسمی چنین مفهومی به آنها منتقل نشده است (مضمون فرعی ۲۰). درحالی‌که تحلیل اظهارات پزشکان نشان داد که درواقع جامعه‌پذیری برای دفاع از سلامت کودک در آموزش پزشکی ایران وجود دارد، اما بیشتر به‌صورت غیررسمی و پنهان است. همچنین با اینکه لازم است این جامعه‌پذیری مثبت باشد، اما نمونه‌هایی از جامعه‌پذیری منفی نیز مشاهده می‌شود. همچنین برحسب تعداد مضامین فرعی مشخص می‌شود که از موارد چشمگیر در زمینه جامعه‌پذیری مدافع کودک، جامعه‌پذیری در سطح خرد و رابطه پزشک-بیمار است. چنانکه پزشکان در حین طبابت خود را به‌جای کودک فرض می‌کنند و آسیب عمدی را همچون یک فرضیه و علت بالقوه در دفاع از کودک یاد می‌گیرند.

آنچه از وضعیت جامعه‌پذیری مدافع استنباط می‌شود این است که بسیاری از پزشکان به‌دلیل موانع و چالش‌های پیش‌روی در دفاع از کودک (به‌ویژه در ایفای نقش

ملاحظات اخلاقی: مقاله حاضر از رساله دکتری نویسنده اول با عنوان "تحلیل جامعه‌شناختی حمایت از سلامت کودک در آموزش پزشکی ایران و پیشنهاد یک مدل است که در مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۸ در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد بررسی شده و با کد پژوهشی ۳۵۸ و شناسه اخلاق IR.YAZD.REC.1403.006 مصوب گردید، استخراج شده است. در تمام مراحل تحقیق، اصول مصاحبه و اصول اخلاق در پژوهش‌های علوم اجتماعی رعایت شده است.

سهم نویسندگان: سیده‌هاجر حسینی: طراحی پژوهش، جمع آوری و تحلیل داده‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله. احمد کلاته‌ساداتی: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، بررسی نقادانه و ارزیابی و اصلاح مقاله. سیدعلیرضا افشانی و بهنام هنرور: مشاوره در طراحی تحقیق.

تعارض: این تحقیق تعارض منافع ندارد.

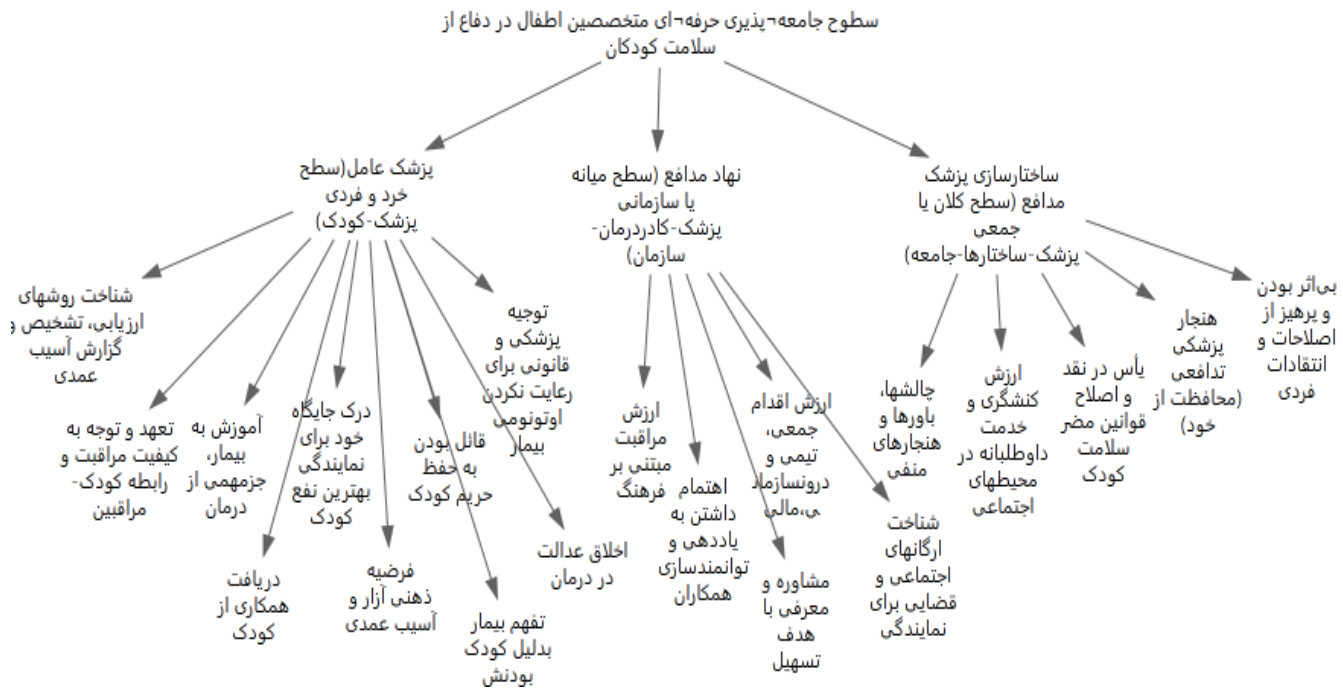
جدول ۱- مشخصات شرکت‌کنندگان در مصاحبه مطالعه سطوح جامعه‌پذیری متخصصین و دستیاران اطفال در دفاع از سلامت کودک

شماره مصاحبه	رتبه و سمت	تحصیلات (تخصص)
۱	عضو هیات علمی، تمام وقت جغرافیایی	متخصص بیماریهای کودکان، فلوشیپ مراقبت های ویژه کودکان
۲	عضو هیات علمی	متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان، فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
۳	عضو هیات علمی	دکترای حرفه ای و پزشکی، متخصص بیماری‌های کودکان
۴	عضو هیات علمی	متخصص کودکان و نوزادان
۵	عضو هیات علمی	متخصص کودکان و نوزادان
۶	-	متخصص بیماری‌های کودکان
۷	عضو هیات علمی، تمام وقت جغرافیایی	متخصص کودکان، فوق تخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری کودکان
۸	عضو هیات علمی (معاون آموزشی)	متخصص کودکان - فوق تخصص نوزادان
۹	دستار ارشد	رزیدنت اطفال
۱۰	عضو هیات علمی	فوق تخصص غدد و متابولیسم کودک
۱۱	دستار ارشد	رزیدنت بیماری‌های عفونی اطفال - بخش PICU
۱۲	دستار ارشد	متخصص کودکان - رزیدنت ارشد جراحی اطفال - بخش PICU
۱۳	دستار ارشد	رزیدنت اطفال
۱۴	دستار ارشد	متخصص کودکان، نوزادان و نوجوانان
۱۵	دستار ارشد	متخصص اطفال - دستیار فوق تخصص گوارش کودکان
۱۶	عضو هیات علمی	متخصص کودکان - دستیار تخصصی ارتوپدی کودکان
۱۷	عضو هیات علمی	دکتر دستیار تخصصی کودکان و نوزادان
۱۸	عضو هیات علمی (بازنشسته)	متخصص اطفال

جدول ۲- مضامین برساخت شده مربوط به مطالعه سطوح جامعه‌پذیری حرفه‌ای متخصصین اطفال در دفاع از سلامت کودک در مطالعه سطوح جامعه‌پذیری متخصصین و دستیاران اطفال در دفاع از سلامت کودک

اصلی	فرعی	پایه
پزشک عامل	تفهم بیمار به دلیل کودک بودنش	تفهم کودک به خاطر کودک بودنش؛ خود را به جای کودک گذاشتن؛ خودتعیینی تابع مراحل رشد مسئولیت پزشک در قبال کودک به عنوان Entity (موجودیت) در آموزش پزشکی
	دریافت همکاری از کودک	باور به خودتعیینی کودک برای تشخیص و درمان بهتر؛ ایجاد اعتماد متقابل؛ کاهش استرس کودک و افزایش مشارکت. پرهیز از اجبار، توهین یا تحقیر کودک طی معاینه و معالجه؛
	قائل به حفظ حریم کودک	اهمیت حریم خصوصی کودک بیمار؛ پرهیز از تمرکز بر دیدگاه سرپرستان در درمان کودک؛ آموزش درباره حفظ حرمت بیمار در معاینه نواحی خصوصی بدن؛ توصیه به صحبت مستقیم با کودک بدون حضور والدین.
	اطلاع از توجیه پزشکی و قانونی درباره استقلال کودک	ناتوانی بیمار در تصمیم‌گیری علی‌رغم توضیح پزشک؛ حمایت قانونی از عدم خودتعیینی بیمار در شرایط تهدیدکننده حیات؛ تجارب ناگوار درباره دادن استقلال دادن به والدین بیمار.
	درک جایگاه خود برای نمایندگی بهترین نفع کودک	درک جایگاه پزشک در دفاع از کودک بیمار؛ مکلف بودن به دفاع از بیمار طبق مقررات و آیین نامه‌ها؛ حفظ بهترین نفع کودک به عنوان تمرکز اصلی درمان؛ نوع-دوستی و ترجیح منافع بیمار به منافع خود؛ بهترین مراقبت از میان مراقبت‌های ممکن؛ کم‌عارضه‌ترین داروها و روش‌های درمان؛ اطمینان از پیگیری مراقبت از بیمار.
	فرضیه ذهنی آزار و آسیب عمدی	فرضیه child abuse (کودک آزاری) آمیخته با آموزش پزشکی اطفال؛ حساسیت نسبت به احتمال آسیب عمدی و child abuse؛ در نظر گرفتن آزار و child neglect (غفلت و بی توجهی کودک) بعنوان یک علت بالقوه برای نمایندگی کودک؛ پرهیز از معاینه سرسری و باعجله کودک و توجه به معاینه کنجکاوانه و جستجوگرانه.
	شناخت روش‌های ارزیابی و تشخیص و گزارش آسیب	یادگیری و آگاهی از روش‌ها و مراجع گزارش و پیگیری کودک آسیب‌دیده؛ یادگیری رسمی نحوه ارزیابی و تشخیص کودک مشکوک به آسیب عمدی (جسمی و ایموشنال)؛ تشخیص نرمال یا غیرنرمال بودن نوع و ناحیه آسیب؛ حساسیت به صدمات فاقد توضیح؛ تمرکز بر اصطلاحات child abuse، child neglect، shaiken child neglect (کودک تکان خورده یا متزلزل) و مراقبت نامناسب؛ تاکید بر گزارش اثرات منفی دارویی (Adverse drug reaction)
	تعهد و توجه به کیفیت مراقبت و رابطه کودک-مراقبین	حساسیت به غفلت از کودک؛ حساسیت به تهدید سلامت و درمان کودک؛ حساسیت به رابطه، رفتار و لحن کودک-والدین؛ کنترل کیفیت ارائه خدمات درمانی؛ مراقبت در مقابل خطاهای پزشکی مراقبتی، حرکتی، دارویی؛ حساسیت نسبت به سطح مالی و امکان پیگیری درمان؛ گفتگو در کلاس درباره عدم تجویزهای غیرضرور یا هزینه‌بر.
	آموزش به بیمار، جزء مهمی از درمان	دغدغه مداوم برای آگاه کردن و آپدیت کردن بیماران؛ چشم‌پوشی نکردن از توضیح نکاتی که از نظر پزشک بدیهی است؛ تاکید داشتن بر ارائه اطلاعات لازم در مورد بیماری به بیمار؛ تاکید به ارائه اطلاعات لازم در مورد چگونگی عمل به تجویزها؛ آموزش بیمار، بمثابة جزئی از درمان نه خارج از درمان؛ آموزش و توانمندسازی جامعه برای پیگیری از آسیب ب کودک.
	اخلاق عدالت در درمان	اتکا به پروتکل‌های اخلاق پزشکی در برقراری عدالت اجتماعی-بهداشتی بین بیماران؛ تمرکز بر اینکه چه کسی باید بطور بالقوه در اولویت دریافت خدمات باشد؛ رعایت عدالت باتوجه به شرایط و مشخصات بیماری نه بیمار.
نهاد مدافع اجتماعی و قضایی	شناخت ارگان‌های اجتماعی و قضایی	قائل بودن به حقوق قضایی قائل‌پیگیری برای کودک؛ قائل بودن به حق شکایت کودک به پلیس؛ قائل بودن به حق شکایت نماینده کودک به پلیس؛ شناخت و همکاری گرفتن از ارگان‌های اجتماعی.

برای نمایندگی	ارزش قائل بودن	برای مراقبت	مبتنی بر فرهنگ	یادگیری ضرورت‌های فرهنگی - اجتماعی برای طبابت؛ قابل بودن به مراقبت مبتنی بر فرهنگ؛ باور به ناکامی طبابت در صورت ناکامی ارتباط با فرهنگ جامعه؛ استفاده از دستورالعمل‌های محلی در تشخیص و درمان بیماری؛ لزوم ارتباط با فرهنگ جامعه در حوزه تغذیه کودک؛ توصیه به تسلط و تکلم به زبان ترجیحی بیماران و پرهیز از کاربرد اصطلاحات غیرقابل فهم؛ کسب مهارت برای برقراری ارتباط مؤثر با بیماران با زمینه‌های فرهنگی مختلف.
مشاوره و معرفی	با هدف تسهیل	اهتمام داشتن به	یاددهی و توانمندسازی همکاران	شناخت و تاکید بر منشورمشاوره پزشکی؛ تسریع روند درمان بیمار با انجام مشاوره پزشکی؛ عضویت و اشتراک در شبکه‌های اجتماعی و پزشکی؛ تاکید بر پیگیری مشاوره بر اساس پرونده بیمار و دستور پزشک؛ پیگیری درمانی بیمار به عنوان وظیفه پزشکی؛ آموزش تسهیلگری و معرفی همکاران برای تداوم درمان.
				اهتمام به کمک به همکار یا آموزش به دستیاران سال پایین در صورت لزوم؛ گزارش درمان نامناسب بمنزله نقدوتوانمندسازی همکار؛ اظهارنظر درباره درمان غیرمفید و غیرضروری فقط درخفا؛ توانایی پزشکان با سابقه برای نقد درمان غیرمفید یا غیرضروری؛ نقد درمان نامناسب و به‌روزرسانی دانش و مهارت در کارگاه-ها؛ مشارکت در کارگاه برای کسب حداقل امتیاز؛ باور به این که توانمندکردن بیمار به زیان بیمار و پزشک است.
ارزش اقدام	جمعی، تیمی و درون‌سازمانی، مالی	ارزش کنشگری و خدمت داوطلبانه در محیط‌های اجتماعی	ساختارسازی پزشک مدافع	اقدامات (نوشتن نامه و ملاقات حضوری) دسته‌جمعی برای تغییرات لازم؛ باور به لزوم به تشکیل تیم حمایت از کودک در مراکز درمانی؛ اعتراض و اصلاح از طریق صنف دانشجویی؛ حمایت اصلاحی برای افزایش کادر درمان به نام پزشک به نفع بیمار؛ سهولت اصلاحات کوچکتر و درون‌سازمانی؛ توان اعتراضات معطوف به کمبود مالی و امکانات بهداشتی
				باور به آمیخته بودن حرفه پزشکی در راهنمایی و درمان مداوم؛ ارزش خدمت داوطلبانه خارج از وقت درمانگاه، ارزش مداخله پزشک در خارج از مرکز درمانی در صورت مشاهده کودک معرض آسیب؛ ارزش حساسیت اجتماعی به سلامت کودک در بین پزشکان؛ تفاوت میزان حمایت از کودک، باتوجه احساس و عواطف پزشک.
هنجار پزشکی	تدافعی (محافظت از خود)	بی‌اثر بودن و پرهیز از اصلاحات و انتقادات فردی	یأس در نقد و اصلاح قوانین	ارزش بی‌تفاوت نبودن پزشک به شرط حفاظت از خود در مواجهه با حریم بیمار؛ یادگیری پرهیز از دردسر و درگیر نشدن با مسائل بیمار؛ ارزش رعایت حریم بیمار و خانواده در حین کنشگری اجتماعی؛ خطر عتاب و خطاب پزشک توسط والدین کودک و همکاران؛ غیرارزش بودن عضویت و فعالیت پزشکان در شبکه‌های اجتماعی غیرپزشکی؛ خطر پیگرد قانونی و پرونده سازی افشای اطلاعات بیماری.
				سختی امکان اصلاحی بدلیل سیاستگذاری ابلاغی از بالا؛ تعریف پزشک فقط بعنوان درمانگر نه اصلاح‌گر؛ سختی امکان اصلاح برای رزیدنت‌ها و پزشکان جوان؛ سختی امکان اصلاح سیاست بدلیل آیین‌نامه و دستورالعمل روتین.
				ناتوانی قانونی درمقابل والدین آسیب‌رسان؛ یاس و ناامیدی از ناتوانی قانونی درمقابل پدر آسیب‌رسان؛ شنیده نشدن صدای پزشک در دفاع از کودک؛ تفاوت تلاش برای اصلاح با تحقق اصلاح؛ نقد قوانین ناکارآمد و مضر برای سلامت کودک؛ اظهار نظر و پیشنهاد برای اصلاح یک قانون مضر؛ نقد قوانینی که دست پزشک را در حمایت از کودک بسته.
				محدودیت زمان، توجه‌ناپذیری بیمار؛ کمبود اطلاعات بیمار؛ اثرات منفی دفاع از بیمار بر پزشک؛ رفتارهای تهاجمی والدین بیمار، مشکلات قانونی؛ فقدان سرفصل درسی مشخص؛ محدودیت در تعداد مراکز اجتماعی حامی کودک؛ عدم تناسب بین تعداد پزشک و تعداد بیمار؛ بی‌اثر بودن توانمندسازی، رقبای پزشکی و طب جایگزین؛ تضعیف اعتماد به پزشک؛ رابطه و پارتی‌بازی؛ فشار و اصطکاک رزیدنت‌ها خصوصاً در سال‌های بالاتر.



شکل ۱- شبکه مضامین برساخت شده مربوط به سطوح جامعه‌پذیری حرفه‌ای متخصصین و دستیاران اطفال در دفاع از سلامت کودک

در سطوح خرد، میانه و کلان

References

1. Earnest MA, Wong SL, Federico SG. Physician advocacy: What is it and how do we do it? *Academic Medicine*. 2010; 85(1): 63-7.
2. Luft LM. The essential role of physician as advocate: how and why we pass it on. *Canadian medical education journal*. 2017; 8(3):109-16.
3. Smith T, Smith C. From Courtroom to Clinic: Child Advocacy in Action. *Mo Med*. 2022 Nov-Dec; 119(6):533-535. PMID: 36588642; PMCID: PMC9762227.
4. Rappaport LD, Burns B, Brown S, Sheridan DC, Hansen M, Warden CR. Advocacy for emergency medical services for children: Education, practice, and policy implications. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2014; 15(1): 104-13.
5. Shah SI, Brumberg HL. Advocating for advocacy in pediatrics: supporting life long career trajectories. *Pediatrics*. 2014; 134(6): 1523-27.
6. Marsh MC, Supples S, McLaurin-Jiang S, Brown CL, Linton JM. Introducing the concepts of advocacy and social determinants of health within the pediatric clerkship. *MedEdPORTAL*. 2019; 15: 10798.
7. Waterston T. Advocacy and the paediatrician. *Paediatrics and Child Health*. 2020; 30(5): 155-61.
8. Dodson NA, Talib HJ, Gao Q, Choi J, Coupey SM. Pediatricians as child health advocates: the role of advocacy education. *Health promotion practice*. 2021; 22(1): 13-7.
9. Chung RJ, Ramirez MR, Best DL, Cohen MB, Chamberlain LJ. Advocacy and community engagement: perspectives from pediatric department chairs. *The Journal of Pediatrics*. 2022; 248: 6-10.

10. Ramirez MR, Bruce JS, Ball AJ, Gambhir S, Zabrocka K, Sahak O, Chamberlain LJ. Pediatric departmental advocacy: our experience addressing the social challenges of coronavirus disease 2019 and racism. *The Journal of Pediatrics*. 2021; 231:7-9.
11. Boroumand S, Stein MJ, Jay M, Shen JW, Hirsh M, Dharamsi S. Addressing the health advocate role in medical education. *BMC medical education*. 2020; 20:1-5.
12. Majeed A, Newton H, Mahesan A, Vazifedan T, and Ramirez, D. Advancing advocacy: implementation of a child health advocacy curriculum in a pediatrics residency program. *MedEdPORTAL*. 2020; 16: 10882.
13. Bosques G, Houtrow AJ, Holman LK. Pediatric Rehabilitation Medicine Physicians: Your Essential Medical Home Neighbors for Children with Disabilities. *Pediatric Clinics*. 2023; 70(3): 371-84.
14. Poulton A, Rose H. The importance of health advocacy in Canadian postgraduate medical education: current attitudes and issues. *Canadian Medical Education Journal*. 2015; 6(2): 54.
15. Pak-Gorstein S, Batra M, Johnston B, Grow HM, Grant A, Shugerman R, McPhillips H. Training pediatricians to address health disparities: an innovative residency track combining global health with community pediatrics and advocacy. *Academic Medicine*. 2018; 93(9):1315-1320.
16. 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(12): 1209-20.
17. 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): 1-9.
18. DeGrazia Jr RJ, Ogunwole S, Lorigiano TJ, Bienstock J, and Pollack CE. 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.
19. Kahlke R, Scott I van Der Goes T, Hubinette MM. Health advocacy among medical learners: unpacking contextual barriers and affordances. *Medical Education*. 2023; 57(7): 658-67.
20. Du Toit D. A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of advanced nursing*. 1995; 21(1): 164-71.
21. 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(1): 103-8.
22. Lindberg O. Undergraduate socialization in medical education: ideals of professional physicians' practice. *Learning in health and social care*. 2009; 8(4): 241-49.
23. Tahmasbi S, Ashktorab T, Ebadi A. Nursing Socialization Concept and Related Factors: A Systematic Review. *JHPM*. 2016; 5(5): 30-8. [In Persian]
24. Howell BA, Kristal RB, Whitmire LR, Gentry M, Rabin TL, Rosenbaum J. A systematic review of advocacy curricula in graduate medical education. *Journal of general internal medicine*. 2019; (34): 2592-2601.
25. Ying Y, Seabrook C. Health advocacy competency: Integrating social outreach into surgical education. *Journal of Surgical Education*. 2019; 76(3): 756-61.

26. Maloney DP, Moodie R, Daube M, Wilson AN. Are Australian junior doctors failing to act as health advocates? A qualitative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2022; 46(4): 527-32.
27. Durkheim E. *Education and sociology*. Simon and Schuster; 1956.
28. Hanemaayer A. The ethic of responsibility: Max Weber's verstehen and shared decision-making in patient-centred care. In *The COVID Pandemic: Journal of Medical Humanities*. 2021; 42:179-193.
29. Merton RK, Reader GG, Kendall P. *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education* (Eds). Harvard University Press; 1957.
30. Becker Howard S, Geer Blanche H, Strauss A. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Copyright by the University of ChiCago Press; 1961.
31. Bosk CL. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*, 2nd Edition. 2011. University of Chicago Press; 1979.
32. Howkins EJ, Ewens A. How students experience professional socialisation. *International journal of nursing studies*. 1999; 36(1): 41-49.
33. Atherley A, Hu WCY, Dolmans D, Teunissen PW, Hegazi I. Medical students' Socialization tactics when entering a New Clinical Clerkship: a mixed methods study of Proactivity. *Academic Medicine*. 2022; 97(6): 884-93.
34. Vaidyanathan B. Professional Socialization in Medicine. *AMA journal of ethics*. 2015; 17(2): 160-66.
35. Juvonen S, Huilla H, Kosunen S, Thrupp M, Toom A. Conceptualizing socialization, qualification, and subjectification as purposes of education. *Educational Theory*. 2024; 74(3).
36. Darmon M, *Socialization* NY, John Wiley and Sons; 2023.
37. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*. 2015; 42(5): 533-44.
38. Parker C, Scott S, Geddes A. Snowball sampling. In *Research Design for Qualitative Research*. Ch. Parker, S. Scott & A. Geddes (Eds). USA: SAGE Publications Ltd; 2019.
39. Proudfoot K. Inductive/deductive hybrid thematic analysis in mixed methods research. *Journal of mixed methods research*. 2023; 17(3): 308-26.
40. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*. 2001; 1(3): 385-405.
41. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Sage publications; 1985.
42. Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*. 2000; 39(3): 124-130.

Levels of Socialization of Pediatric Specialists and Residents in Child Health Advocacy; A Qualitative Study in Medical Universities of Region Six

Seyedeh Hajar Hosseini¹, Ahmad KalatehSadati^{*2}, Seyed Alireza Afshani³, Behnam Honarvar⁴

1- Ph.D. Student, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

2- Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

3- Ph.D. Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

4- Ph.D. Professor, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* Corresponding Author: asadati@yazd.ac.ir

Received: Jun 5, 2025

Accepted: Jun 21, 2025

ABSTRACT

Background and Aim: Health advocacy is a learnable skill and professional attribute acquired through the process of professional socialization, in which health professionals, particularly physicians, play an active role in supporting patients' rights. The aim of this study was to explore the professional socialization of pediatricians in advocating for children's health.

Materials and Methods: This qualitative and exploratory study presents finding derived for the first time within the context of Iranian medical education, through the conceptualization of narrative data obtained from semi-structured interviews. Participants included 19 pediatricians and pediatric residents from medical universities in Iran's Sixth Health Education Region, centered at Zanzan University of Medical Sciences. The sample size and data volume were determined by the criterion of data saturation, and participant recruitment followed purposive linear and exponential snowball sampling. Coding and conceptualization were conducted through an inductive–deductive thematic analysis using MAXQDA 20 software. The credibility and dependability of the findings were ensured through analytical comparison by the researcher and peer review.

Results: A total of three main themes, twenty subthemes, and 199 basic themes were identified, showing that pediatricians are socialized at micro, meso, and macro levels for child health advocacy. The main themes were: *the active physician* (micro-level or individual socialization within the doctor–child communication context), *the advocate institution* (meso-level or organizational socialization within the doctor–staff–organization context), and *the structuring of the defending physician* (macro-level or collective socialization within the doctor–structures–society context), all reflecting how pediatricians become socialized as child health advocates.

Conclusion: By strengthening the positive aspects and addressing the negative factors of professional socialization, the socialization of pediatricians as child health advocates can be enhanced at the micro, meso, and macro levels.

Keywords: Advocacy, Child Advocacy, Education, Patient Advocacy, Pediatricians, Professional Socialization

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.