

کیفیت و دامنه صدای ممنوع در تعامل پزشک - بیمار (یک مطالعه کیفی از مشاوره‌های درمانگاهی)

احمد کلاته ساداتی^۱

محمد تقی ایمان^۲

کامران باقری لنکرانی^۳

چکیده

تعامل و گفتگوی پزشک - بیمار در مشاوره درمانگاهی، در برگرنده صداهای متفاوتی است که ضرورتاً همه آنها به مسائل تشخیصی و درمانی مربوط نمی‌شود. صداهای غیرمرتبط با تشخیص و درمان در مشاوره‌ها، دست کم دو کارکرد مهم دارد که عبارتند از: کمک به تداوم گفتگو و تأثیرگذاری غیرمستقیم در تشخیص و درمان. یکی از صداهای غیرمرتبط که از سوی پزشک مورد استفاده قرار می‌گیرد، صدای ممنوع است که ارجاع دارد به وجه همدلانه تعامل پزشک با بیمار. تحقیق حاضر با رویکرد توصیفی - تحلیلی مبتنی بر تحلیل گفتگو، مفاهیم و گزاره‌های صدای ممنوع

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز

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

Email: asadati@sums.ac.ir

(نویسنده مسؤول)

۲. استاد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. استاد پزشکی داخلی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی، تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۰

مورد استفاده پزشکان را در ۳۳ مشاوره درمانگاهی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز استخراج کرده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که دامنه استفاده از لغات و گزاره‌های مرتبط با صدای ممنوع ۶۱۰ مورد بوده که ۳۰٪ از کل گفتگوها (پزشک و بیمار) و ۵۰٪ از لغات و گزاره‌های پزشک را تشکیل می‌دهد. دامنه استفاده از لغات و گزاره‌های صدای ممنوع به ترتیب در استفاده از واژه‌های تسهیل‌گر ۲۹۸ مورد؛ کمک به داستان‌گویی بیمار ۱۰۴ مورد؛ استراتژی همدلانه ۲۰ مورد؛ توجه خاص به داستان بیمار ۱۲۱ مورد؛ و در مورد سوالات نامربوط به سلامت بیمار ۶ مورد می‌باشد. در رابطه با بستر خاص تحقیق (جامعه ایران) نیز استفاده از مفاهیم خاص ۴۰ مورد و استفاده از مفاهیم ارزشی ۲۱ مورد بوده است. به طور کلی می‌توان گفت که اگر چه پزشکان به طور فعال از مفاهیم و گزاره‌های صدای ممنوع در مشاوره‌ها استفاده کرده‌اند، اما شکل کلی گفتگوها مبتنی بر رابطه نابرابر بین پزشک و بیمار است. از آنجایی که رابطه نابرابر مانعی در مقابل تعامل است و ارتباط با بیمار نیازمند دانش و مهارت لازم می‌باشد، پیشنهاد می‌شود نظام آموزش پزشکی در ایران روی آموزش مهارت‌های ارتباطی برنامه‌ریزی کند.

واژگان کلیدی:

تعامل، پزشک، بیمار، اخلاق، صدای ممنوع

مقدمه

ارتباط و تعاملات انسانی، بخشی از موضوع اخلاق است و البته خود موضوعی پیچیده، چندبعدی و سیال است. ارتباط انسانی یکی از پدیده‌های پیچیده است که از چشم‌اندازهای نظری قوی و مبتنی بر مبانی متفاوت مورد توجه قرار می‌گیرد (انگورا و ایزیکوردو، ۲۰۰۶ م.). در تعاملات انسانی، معنا و تجربه زیسته انسان‌ها از طریق فرایندهای ارتباطی و در جهت رسیدن به درک و فهم مشترک، مبادله می‌شود. از آنجایی که انسان ناگزیر از تعاملات اجتماعی است، روابط انسانی به ما کمک می‌کند که نیازهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و ... خویش را پاسخ دهیم. ما نیازمند ارتباط هستیم به خاطر طبیعت‌مان و با انتخاب‌مان دست به رابطه می‌زنیم. برای برطرف کردن یکسری نیازهای فیزیکی، نیازهای هویتی، نیازهای اجتماعی و اهداف عملی؛ ما از ارتباط استفاده می‌کنیم. زمانی که این مسئله به ارتباط و نیازهای فیزیکی مربوط می‌شود، اهمیت وجود یا عدم وجود آن در رابطه با سلامت فیزیکی نشان داده می‌شود (آدلر و پروکتور، ۲۰۱۰ م.). از این جهت، روابط انسانی منبع و ابزاری برای توان‌مندی انسان‌ها قلمداد می‌شوند. روابط انسانی، توسعه مهارت‌هایی است که در پی آن فرد می‌آموزد چگونه خود را با محیط اجتماعی تطبیق دهد (فرح‌بخش، ۱۳۸۸ ش.).

پزشکی و به طور خاص تعامل و رابطه پزشک - بیمار یکی از حوزه‌هایی است که موضوع توجه محققان اخلاق، آموزش پزشکی، و رفتارشناسی قرار گرفته است. محور ثقل که نظام مراقبت بهداشتی حول آن دور می‌زند، رابطه پزشک و بیمار است (کاتل، ۲۰۱۰ م؛ لابودا اسکروپ، ۲۰۱۱ م.). تعامل فعال پزشک - بیمار، نه تنها باعث تسهیل در انتقال معنا بین پزشک و بیمار است، بلکه به ارتقای تشخیص و درمان می‌انجامد. از همین جهت است که این موضوع طی سی سال اخیر و در

تحقیقات نظام سلامت رو به افزایش بوده است (اسلام و زیفور، ۲۰۰۷ م.). اهمیت رابطه پزشک - بیمار باعث شده که این موضوع محور تفکر جامعه‌شناسان سرشناسی مثل پارسونز (۱۹۵۱)، گافمن (۱۹۸۳) و فوکو (۱۳۸۸) قرار گیرد. این موضوع همچنین یکی از محورهای اخلاقی در پزشکی است (زالی، ۱۳۷۷ ش.).

یکی از محورهای تحقیقات در موضوع تعامل پزشک - بیمار انواع صدایی^۱ است که از سوی پزشک یا بیمار در تعامل مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی از صداهای پزشک در تعامل با بیمار، صدای همنوع^۲ است (کردلا، ۲۰۰۴ م. و کردلا ۲۰۰۷ م.). مقصود از صدای همنوع این است که پزشک تا چه اندازه تلاش می‌کند از موضع قدرت و اقتدار پزشک یا موقعیتی که در پی تشخیص یا درمان بیماری است خارج شده و به موضع همدلی و همزبانی مبتنی بر ویژگی‌های فردی هر انسان همنوع و یا مفاهیم اجتماعی و فرهنگی وی نزدیک شود. با توجه به جایگاه و اهمیت صدای همنوع در تعامل پزشک - بیمار، هدف تحقیق حاضر ارزیابی این صدا در تعامل پزشک - بیمار در مشاوره درمانگاهی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز می‌باشد. بر این اساس، تحقیق تلاش دارد دامنه و کیفیت استفاده از این صدا توسط پزشکان را در تعاملات تحلیل کند و موانع آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

صدای همنوع در تعامل پزشک - بیمار

کاتل معتقد است که ارتباط در مراقبت بهداشتی اهداف چندگانه‌ای را دنبال می‌کند که هدف پیشگام آن حل مسائل بیمار است از طریق تعامل ساده، شفاف و غیرمبهم بین پزشک و بیمار. این رابطه باعث قوت قلب می‌شود و منبعی قدرتمند برای بهبودی و منبعی از تسلی خاطر است زمانی که بهبودی حاصل نشود (کاتل، ۲۰۱۰ م.). بنابراین رابطه پزشک با بیمار، نه تنها به بهبود فرایند درمان می‌انجامد و

رابطه خوب پزشک - بیمار به عنوان جزء ضروری از مراقبت پزشکی است؛ (اپرا، ۲۰۰۹ م.) بلکه بر استراتژی‌های سازگاری بیمار نیز تأثیرگذار است (لوسیوس هونه و همکاران، ۲۰۱۲ م.). مالیا رویکردی پدیدارشناختی به موضوع رابطه پزشک و بیمار دارد. از نظر وی اهمیت وجوه رابطه پزشک - بیمار مرتبط با ماهیت پزشک و بیمار به عنوان وجودهایی جدا از هم است و به لحاظ پدیدارشناختی وجودهایی که مرزها، یا اتصال در روابط را در بر دارند (مالیا، ۲۰۱۳ م.).

اگر پزشک و بیمار به عنوان وجودهایی ممنوع در نظر گرفته شوند، لذا تعامل آن‌ها لزوماً دربرگیرنده مفاهیم و گزاره‌هایی که چارچوب یا قاعده خاصی را طلب کند، نیست. بر این اساس، اگر تعامل فعال برقرار باشد، یعنی بیمار بدون نگرانی یا مسائلی چون شرم و حیاء مسائل خود را بازگو کند، روابط آن‌ها دربرگیرنده صدایی از سوی پزشک است که صدای ممنوع نامیده شده است. بر این اساس، صدای ممنوع، وجهی از صدای پزشک است که به بیمار بر این اساس که یک ممنوع است توجه دارد. اگر صدای ممنوع از سوی پزشک فعال باشد دو کارکرد اساسی در تعامل شکل می‌گیرد:

۱. بیمار احساس راحتی دارد و بهتر می‌تواند مسائل خود را راجع به بیماری، برای پزشک طرح کند.

۲. طرح مسائل بدون هیچ نگرانی از سوی بیمار، به تشخیص و درمان دقیق‌تری از سوی پزشک می‌انجامد. لذا، هر چند صدای ممنوع، به طور مستقیم ارتباطی با تشخیص یا درمان ندارد، اما به طور غیرمستقیم به ارتقای کیفیت مشاوره کمک می‌کند.

کردلا (۲۰۰۴، ۲۰۰۷) سه نوع صدا را در گفت‌وگو پزشک شناسایی کرده است که عبارتند از: صدای دکتر،^۳ صدای آموزش‌دهنده^۴ و صدای ممنوع (کردلا، ۲۰۰۴ م.). از

نظر کردلا، صدای هممنوع بر خلاف دو شکل دیگر ارجاع به شکلی از بیان و گفتار پزشک دارد که ارتباط بین پزشک و بیمار در آن، در مسیری از همدلی توسعه پیدا می‌کند. در مدت ویزیت بیمار، دکتر ممکن است با بیمار گفتگو کند به طوری که نه صدای پزشک و نه صدای آموزش‌دهنده در آن وجود داشته باشد، اما یک صدای سوم وجود دارد که من آن را صدای هممنوع نام می‌گذارم. صدای هممنوع، به دنبال اطلاعات در رابطه با علائم بالینی، آزمایشات یا برآوردن مشکل (صدای پزشک) نیست و همچنین در پی آموزش به بیمار در جهت ارائه مسائل سلامت و مدیریت آن نیز نیست (صدای آموزش‌دهنده). کارکرد صدای هممنوع، نشان دادن یکدلی به منظور قانع کردن بیماران است تا داستان خود را بیان کنند (کردلا، ۲۰۰۴ م.). پزشک با صدای هممنوع تلاش می‌کند نسبت به ارائه داستان بیمار، نوعی موضع‌گیری همدلانه داشته باشد، تا بتواند بیمار را مجاب کند که متوجه داستان و شرح بیماری وی است. این امر کمک می‌کند که بیمار نیز احساس نزدیکی مبتنی بر رابطه انسانی و عمیق با پزشک داشته باشد و بتواند مسائل خود و داستان بیماری خود را بهتر روایت کند. کردلا پنج وجه صدای هممنوع را شناسایی کرده که عبارتند از:

۱. استفاده از واژه‌های تسهیل‌گرایانه: این نوع بیانات همان بیانی است که کردلا آن‌ها را نشان‌گرهای تداوم‌بخش^۵ نامیده می‌شوند و افرادی چون جفرسون، ساکس، جورافسکی و همکاران متفق‌القول هستند که این نوع بیانات، به داستان‌گویی بیمار در مورد بیماری خود کمک می‌کنند. بیانی کوتاه که نقش‌های ساختارساز گفتمانی دارد. بیانی کوتاه چون بله، اهوم، ...، مم، خوب و
۲. کمک به داستان‌گویی بیمار: کمک به داستان‌گویی بیمار وجهی از بیان انسان‌مدارانه است که جنبه مساعدت دارد و مفصل تولید صحبت را در بر دارد.

این مفصل صحبت، همچون سر زدن از یک صحبت به صحبت دیگر است (زیمرمن و وست، ۱۹۷۵م. به نقل از کردلا، ۲۰۰۴م). در این روش از چهار استراتژی توضیح بیشتر، توضیح اظهارات قابل پیش‌بینی، تکمیل اظهارات سودمند و درخواست تکمیل اظهارات استفاده می‌شود (کردلا، ۲۰۰۴م).

۳. **استراتژی همدلانه:** از نظر کردلا دو راهبرد گفتمانی در ایجاد همدلی با بیمار وجود دارد که اولی، *نشانگرهای گفتمان توافقی*^۶ نامیده می‌شود که اشاره مثبت به صحبت‌های بیمار دارد مثل درسته، دقیقاً و دومی *تکرار متقابل*^۷ بیانات احساسی بیمار است که موید نگاهی احساسی به داستان بیمار است (کردلا، ۲۰۰۴م).

۴. **توجه خاص به داستان بیمار:** این بخش از تعامل از نظر کردلا به دو دسته کلی تقسیم می‌شود که عبارتند از: ۱. *آینه‌سانی*^۸ در گفتگو که در آن پزشک جملات بیمار را بدون کم و کاست تکرار می‌کند. مثلاً بیمار می‌گوید: پارسال عمل داشتم و پزشک همین جمله عیناً تکرار می‌کند. در این حالت، تکرار جملات و بیانات بیمار، به تعمیق رابطه کمک می‌کند. و ۲. *شفاف کردن صحبت قبلی* که در آن پزشک در راستای شفاف شدن صحبت بیمار در رابطه با بیماری‌اش سؤال اضافی می‌پرسد (کردلا، ۲۰۰۴م).

۵. **سوالات بی‌ارتباط به سلامت بیمار:** سوالات یا گزاره‌های بی‌ارتباط به سلامت بیمار، هر هدفی از طرح آن توسط پزشک داشته باشد، اما می‌تواند در جهت برقراری رابطه‌ای عمیق و ایجاد نوعی اعتماد تعاملی قرار بگیرد. گاهی هم پزشک در حین ملاحظه نتایج آزمایشات و گرافی بیمار، سؤال بی‌ربطی را مطرح می‌کند، تا خلاء گفتگو به نوعی برطرف شود. این سوالات، گاهی مربوط به مسائل زندگی و خصوصی بیمار و گاهی مرتبط با اظهار نظر بیمار در رابطه با امور اجتماعی است. این سوالات کمک می‌کند که فرایند داستان‌گویی بیمار بهتر اتفاق بیفتد

(کردلا، ۲۰۰۴ م.). تحقیق حاضر تلاش دارد، ابعاد صدای هم‌نوع را در ۳۳ مشاوره تحت مطالعه مورد ارزیابی قرار دهد.

بستر و روش

جامعه و بستر تحت مطالعه، مشاوره‌های درمانگاهی در بیمارستان شهید دکتر فقیهی در شهر شیراز می‌باشد. پس از گفتگو با پزشکان، نه تن از متخصصان حاضر به مشارکت شدند. ویژگی‌های پزشکان مشارکت‌کننده در تحقیق در جدول ۱ آمده است.

تخصص و فوق تخصص	تعداد	جنسیت	سابقه طبابت (به سال)
داخلی	۱	مرد	۱-۵ سال
عفونی	۱	مرد	۱۰-۱۵
غدد	۱	زن	۵-۱۰
پوست	۱	مرد	۱۰-۱۵
جراحی	۳	مرد	۵-۱۰
بیهوشی	۱	زن	۱۰-۱۵
توانبخشی	۱	مرد	۱۰-۱۵

جدول ۱. ویژگی پزشکان مشارکت‌کننده در تحقیق

برای جمع‌آوری داده، مشاوره‌های پزشکان ضبط می‌شد و سپس به صورت نوشتاری روی کاغذ آورده می‌شد. رعایت کدهای اخلاقی انجمن جامعه‌شناسان آمریکا (۱۹۹۷) در طول ضبط، استخراج، و تحلیل داده‌ها، با تأکید بر حفظ کرامت و شأن انسانی و محرمانه بودن اطلاعات، مهم‌ترین موضوع اخلاقی مورد توجه بوده است. بعد از ضبط حدود ۵۰ مورد مشاوره، ۳۳ مورد به عنوان نمونه تحقیق مورد

تحلیل و بررسی قرار گرفت. لازم است اشاره شود که جمع‌آوری نمونه‌ها در دی‌ماه ۱۳۹۲ انجام شده است.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل گفتگو^۱ استفاده شد. تحلیل گفتگو برای نخستین بار توسط جامعه‌شناسان دهه هشتاد مورد توجه قرار گرفت. (گافمن، ۱۹۸۱ م؛ ساکس، ۱۹۸۴ م؛ شگلف، ۱۹۸۴ م. و آتکینسون و هریتیج، ۱۹۸۴ م.) اساس تحلیل گفتگو، در رویکرد این اندیشمندان، ارزیابی چگونگی آغاز و تداوم ارتباطات و تعاملات انسانی بود. این متفکران بر این نظر بودند که گفتگو، فراتر از یک تعامل زبانی است؛ چرا که در فرایند یک گفتگو، انسان‌های امور اجتماعی خود را مرتفع می‌کنند. بنابراین، گفتگو، یک امر اجتماعی است. این رویکرد، خالی از اشکال نبود که در این زمینه بلور و وود به برخی نقاط ضعیف این رویکرد اشاره کرده‌اند (بلور و وود، ۲۰۰۶ م.). یک دهه بعد از آن، این روش با رویکردی بینارشته‌ای و به طور خاص توسط میشلر دنبال شد. میشلر در پی ارزیابی نقادانه روابط قدرت در تعامل پزشک بیمار بود (میشلر، ۱۹۸۴ م.) که توسط سایر اندیشمندان ادامه پیدا کرد. (به طور مثال فرکلاف، ۱۹۹۲ م؛ آتکینسون، ۱۹۹۵ م؛ باری و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ کردلا، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۷ م.) در این چارچوب، گفتگوی پزشک و بیمار، مصداقی از تعاملات است که روابط قدرت بر آن حکمفرماست. در تحقیق حاضر، بعد از تبدیل گفتگوهای ضبط شده به داده‌ها نوشتاری، تلاش شد با رویکردی تفسیری گفتگوها مورد ارزیابی قرار گیرد و با توجه به هدف تحقیق، مفاهیمی که ماهیت صدای هم‌نوع داشتند، استخراج و مورد تحلیل قرار گیرند.

نتایج

ارزیابی توصیفی ۳۳ مشاوره انجام شده نشان داد که در مجموعه ۱۸۴۵۳ کلمه بین پزشکان و بیماران مبادله شده است؛ به طور میانگین ۵۵۹ لغت در هر مشاوره. تعداد کلماتی که توسط پزشکان به کار برده شده است ۱۱۰۷۸ لغت می‌باشد که میانگین ۶۰٪ کلمات مبادله شده را تشکیل می‌داد. همچنین ۷۳۷۵ کلمه از سوی بیماران (نزدیک به ۴۰٪) در تعاملات استفاده شده است. به طور میانگین هر بیمار ۲۲۳ لغت و هر پزشک نیز ۳۳۶ لغت در هر مشاوره استفاده کرده‌اند. نتایج محتوای گفتگوها از نظر صدای ممنوع به ترتیب ذیل می‌باشد.

۱. استفاده از واژه‌های تسهیل‌گر

واژه‌های تسهیل‌گر قسمتی از هر گفتگو هستند که به تداوم آن کمک می‌کنند. بسیاری از واژه‌های تسهیل‌گر ممکن است معنای خاصی را در یک گفتگو تداعی نکند، اما یک معنای ضمنی را به همراه دارد و آن این است که مخاطب به گوینده این موضوع را القاء می‌کند که «من متوجه صحبت شما هستم، ادامه بده». در ارزیابی ۳۳ مشاوره در تحقیق حاضر، جدول ۲ جمع فراوانی طیف استفاده از واژه‌های تسهیل‌گر که ۲۹۸ مورد بوده را نشان می‌دهد.

فراوانی	استفاده از تسهیل‌گر
۱۳	اوهوم
۱۸۱	خوب، خیلی خوب، خیلی هم خوب
۹	بله
۸۳	ها، هان، آهان
۱۲	درسته، درسته؟
۲۹۸	جمع فراوانی‌ها

جدول ۲. استفاده از واژگان تسهیل‌گر توسط پزشک

۲. کمک به داستان‌گویی بیمار

از آنجایی که پزشک اداره‌کننده مشاوره است، بیماران تابع نظر پزشک در رابطه با مسیر و موضوع مشاوره هستند. به همین جهت، پزشک از عباراتی استفاده می‌کند تا به بیمار القاء کند که موضوع را ادامه بدهد. کمک به داستان‌گویی همان‌طور که اشاره رفت چهار وجه دارد که جدول ۳ فراوانی استفاده از این روش‌ها توسط پزشکان در تحقیق حاضر را نشان می‌دهد.

کمک به داستان‌گویی بیمار	فراوانی
توضیح بیشتر	۵۵
توضیح اظهارات قابل پیش‌بینی	۱۵
تکمیل اظهارات سودمند	۹
درخواست تکمیل اظهارات	۲۵
جمع	۱۰۴

جدول ۳. کمک به داستان‌گویی بیمار

۳. استراتژی همدلانه

بیمار انتظار دارد، پزشک تا حدود زیادی عمق مسئله و داستان مربوط به بیماری‌اش را درک کند. گاهی عمق داستان، درد و یا تداوم طول درمانی بیماری است و گاهی مسائل جانبی بیماری چون محدودیت‌های جسمی و روانی تا مسائل محدودیت‌های خانوادگی و اقتصادی. پزشک می‌تواند با تأیید گفته بیماران زمانی که از درد و رنج خود سخن به میان می‌آورد، به نوعی در جهت تلطیف کردن احساسات و عواطف وی کمک می‌کند. به طور مثال در مشاوره شماره ۱۸

زمانی که بیمار می‌گوید «دکتر، این لوله برای من خیلی مشکل دارد» و دکتر در ادامه با تکرار گفته «خیلی مشکل دارد؟!» به نوعی سخن بیمار را تأیید می‌کند، در این جا بیمار به فهم این واقعیت نزدیک می‌شود که پزشک رنج وی را متوجه می‌شود و اگر حتی دستوری برای خارج کردن لوله ندهد، اما متوجه درد و رنج آن است. در ارزیابی توصیفی مطالعه حاضر، گفته‌هایی که استراتژی همدلانه را به همراه داشت، ۲۰ مورد بود که در جدول ۴ نشان داده شده است.

استراتژی همدلانه	فراوانی
نشانگرهای گفت‌وگو توافقی	۱۳
تکرار متقابل بیانات احساسی بیماران	۷
جمع	۲۰

جدول ۴. استراتژی همدلانه

۴. توجه خاص به داستان بیمار

در تعامل پزشک و بیمار، بیمار لازم است که بداند، پزشک وی به تمامی حرف‌های وی گوش فرا می‌دهد. این امر همان‌طور که طبق مدل کردلا اشاره شد، با دو تکنیک آینه‌ساز و توضیح‌خواستن در مورد مسئله طرح شده از سوی بیمار، ممکن است. نتایج تحقیق در رابطه با این دو مهارت در جدول ۵ آمده است.

گزاره‌های مرتبط با توجه پزشک به گفته‌های بیمار	فراوانی
آینه‌سازی	۱۲
توضیح‌خواستن در مورد مسئله طرح شده توسط بیمار	۱۰۹
فراوانی	۱۲۱

جدول ۵. توجه خاص به داستان بیمار

۵. سوالات بی‌ارتباط به سلامت بیمار

سوالات نامربوط به سلامت بیمار، به بسط روایت داستان از سوی بیمار کمک می‌کند. به طور مثال، گاهی بیمار به محض ورود به مطب پزشک، پزشک از وی در مورد آب و هوای بیرون سوال می‌کند. این سوال پزشک، فضا و بستر را برای شکل‌گیری نوعی ارتباط صمیمی‌تر برقرار می‌کند. در فضای ارتباط صمیمی، بیمار بهتر می‌تواند مسائل و مشکلات خود را با پزشک مطرح کند و روایت معتبری از بیماری را ارائه نماید. مثال ذیل که از مشاوره شماره ۱۵ (جدول ۶) استخراج شده است که نشان‌دهنده سوالات نامربوط با سلامت بیمار است.

۱	پ:	شغلت چی بود؟
۲	ب:	والا دکتر همه کار می‌کنیم، از معلمی گرفته تا ساختن ساختمان و
۳	پ:	جدی! وضع خونه مونه چطوره این روزها؟
۴	ب:	خرابه، خواستین یه هشت واحدی ...
۵	پ:	[نه برای ساختن. برای خرید؟]
۶	ب:	برای خریدن، خوبه، الان بهترین موقع است.
۷	پ:	الان بهترین موقع است! کجای شیراز خوبه؟
۸	ب:	به پولتون میکشه آقای دکتر ههههه
		
۹	پ:	خوب یه سی تی اسکن هم بنویسم، چکاره چیز هستی؟ چکاره بهنام
		مرادزاده ^{۱۰} هستی؟ ههههه ...
۱۰	ب:	کاش کاره‌ایش بودم، دیگه درد نداشتم.
۱۱	پ:	دیدی گفتم، اوضاع مسکن ساکت شده، اعصابت خورد شده!!!
۱۲	ب:	نه!

جدول ۶. متخصص داخلی و بیمار مرد مبتلا به اچ پیلوری (مشاوره شماره ۱۵)

در این بخش، موضوع مسکن و فساد اقتصادی که موضوعات اجتماعی می‌باشند، توسط پزشک وارد گفتگو می‌شوند تا نحوه بیانات بیمار را مورد ارزیابی قرار دهد و از وضعیت روانی وی اطلاع حاصل کند. چنانکه در بند ۱۱ دوباره به موضوع برمی‌گردد و بیماری را که اظهار می‌کند هیچ استرس روانی ندارد، را به نوعی دارای دغدغه و فشار معرفی کند. در تحقیق حاضر، ارزیابی توصیفی ۳۳ ویزیت نشان داد که در ۶ مشاوره از سوالات نامربوط به سلامت بیمار استفاده شده است.

بستر تحقیق و صدای هم‌نوع وابسته به آن

اگر چه پزشکی یکسری قواعد عام دارد و صدای هم‌نوع عامی هم به تبع آن، اما از آن‌جایی که تحقیقات کیفی وابسته به بستر اجتماعی و فرهنگی هستند، لذا محقق لازم است داده‌های مربوط به آن بستر خاص را شناسایی و مورد تحلیل قرار دهد. از این جهت، هر تحقیق کیفی به برساخت مفاهیم و گزاره‌هایی کمک می‌کند که خاص آن بستر است. با توجه به بستر تحقیق حاضر، یعنی کشور ایران، مفاهیم و گزاره‌هایی در این بستر تولید بازتولید می‌شود که خاص جامعه ایران است و ممکن است در جوامع دیگر و به طور خاص جوامع غربی چنین مفاهیمی وجود نداشته باشد، و یا به ندرت مورد استفاده قرار گیرد. در ارزیابی توصیفی ۳۳ مشاوره تحت مطالعه، دو دسته مفاهیم وابسته به بستر استخراج شد که عبارتند از:

استفاده از لغات و مفاهیم خاص: در بستر اجتماعی ایران، تعامل پزشک - بیمار برخوردار از دایره واژگانی خاصی است که به تعمیق ارتباط و نزدیک شدن هر چه بیشتر پزشک و بیمار کمک می‌کند. به طور خاص، استفاده از واژه‌های پدر، مادر، خواهر یا برادر در تعاملات می‌تواند زمینه را برای ارتباط مبتنی بر همدات‌پندارانه و همدلانه بین پزشک و بیمار برقرار سازد. این واژگان اگر چه با

توجه به تغییرات گسترده در جامعه ایران، دچار دگرگونی‌هایی شده‌اند، اما هنوز هم مفاهیم خاص خود را القاء می‌کنند و زمینه را برای برقراری رابطه‌ای عمیق‌تر فراهم می‌کنند. البته این موضوع محدود به تعامل پزشک - بیمار نیست، بلکه شامل سایر تعاملات اجتماعی نیز می‌شود. به طور مثال، در اتوبوس درون شهری زمانی که فرد جوانی قصد دارد صندلی خود را به پیرمردی که ایستاده بدهد، کمتر احتمال دارد از چنین جمله‌ای استفاده کند که «آقا، بیا بشین اینجا». اما احتمال این که از جملاتی این چنین استفاده کند زیاد است: «بیا پدر جان!»، «بفرما این‌جا!»، «آقا جان، بفرما اینجا» و در تحقیق حاضر نیز مواردی مشابه در صدای پزشکان وجود داشت. جدول ۷ استفاده متخصص پوست از مفاهیم خاص را در گفتگو با بیمار زن میانسال مشکوک به سالک را نشان می‌دهد.

احمد کلاته ساداتی، محمد تقی ایمان، کامران باقری لنگرانی

۱	پ:	بفرما مادر جون؟
۲	ب:	من حدوداً پنج، شش ماه است که گفتند تبخاله، ولی همینطور بوده، ه::ا،
۳	پ:	[شش ماهه؟!]
۴	ب:	اومدن همینطور سوزن زدند، یخ درمانی هم کردم،
۵	پ:	[آزمایش، چیزی هم دادی از این مادر؟] ← یک بار نمونه برداری کردم، حالا، گفت
۶	ب:	سالکه، من نمی‌دونم این باشه، ← نباشه، نمی‌دونم، گفتم نمونه برداری ...
۷		
۸	پ:	مادر، نمونه برداری که کردی، با بخیه بود؟ یعنی بعد از برداشتن، بخیه زدند؟
۹	ب:	بله بخیه زدند. یه بار هم یخ درمانی شدم، جواب نداد.
۱۰	پ:	ساکن کجا هستید، مادر؟

جدول ۷. متخصص پوست و بیمار زن مشکوک به سالک (مشاوره شماره ۱۲)

در این مشاوره ۷ بار از لغت «مادر» استفاده شده که در دو مورد آن پسوند «جون» همراه آن است؛ همراه شدن این پسوند با لغت مادر، عموماً خاص یک رابطه نسبی خاص بین فرزند و مادر است که پزشک در این جا و با استفاده از این لغت تلاش می‌کند، احترام همراه با همدلی را برای بیمار نشان دهد. به همین جهت در همین مورد خاص، پزشک، بیمار را اینطور راهنمایی می‌کند (جدول ۸ ادامه).

۱	پ:	بیا اینجا، وقتی گرفتی، مادر جان، این برگه رو می دم بهتون، اسم من
۲	ب:	[بله]
۳	پ:	رو این برگه هست، خوب جواب این برگه رو که گرفتید، توی بخش پوست
۴	ب:	[بله]
۵	پ:	منو پیدا کنید، بیاید نشونم بدید، <u>خ:::وب</u> ، تا من راهنماییتون کنم.
۶	ب:	دستتون درد نکنه.
۷	پ:	اینم دفترچه شما، به امید خدا.

جدول ۸. متخصص پوست و بیمار زن مشکوک به سالک (ادامه مشاوره شماره ۱۲)

ارزیابی مشاوره‌ها نشان داد که در مجموع فراوانی مفاهیم خاص ۴۰ مورد بوده است که به تفکیک در جدول ۹ نشان داده شده است.

فراوانی	مفاهیم خاص مبتنی بر بستر
۱۰	مادر
۷	پدر
۴	بابا
۶	خواهر
۹	جون یا جان
۴	عزیز
۴۰	جمع

جدول ۹. طیف و دامنه استفاده از مفاهیم خاص متناسب با بستر اجتماعی توسط پزشکان

همان‌طور که از جدول ۹ پیداست حدود ۴۰ مرتبه از لغات القاء‌کننده مفاهیم خاص در ۳۳ مشاوره مورد تحقیق استفاده شده است که نسبت این تعداد لغت به کل کلمات مبادله شده بین پزشک و بیمار نشان می‌دهد که ۰/۲۱٪ درصد از کل لغات مبادله شده و ۰/۳۶٪ از لغات استفاده شده توسط پزشک را تشکیل می‌دهد که دامنه نسبتاً بالایی است.

مفاهیم ارزشی: دیگر مفاهیم هم‌نوع وابسته به بستر، مفاهیم ارزش‌گذارانه است. این مفاهیم، نیز وابسته به بستر خاص جامعه ایران و زمینه‌های فرهنگی و مذهبی آن است. این مفاهیم، عموماً همراه با امیدبخشی به بیمار و یا القای نوعی توکل به ذات باری تعالی است. به جز استفاده از مفاهیم خدا رو شکر یا خداحافظ که در مقدمه یا پایان گفتگوها شاهد آن هستیم و موضوع تحقیق نیست، استفاده از مفاهیمی چون «خدا بزرگه»، یا «انشاءالله» در تعاملات بین پزشک و بیمار القاء‌کننده نوعی جهت‌گیری ارزش‌گذارانه مبتنی بر مفاهیم دینی و عقیدتی است که در گفتگوهای این تحقیق نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۱۰ فراوانی استفاده از مفاهیم ارزشی را در تحقیق حاضر نشان می‌دهد.

مفاهیم ارزشی مبتنی بر بستر	فراوانی
خدا رو شکر	۴
الحمد لله	۴
به امید خدا	۱
انشاءالله	۱۲
جمع	۲۱

جدول ۱۰. استفاده از مفاهیم ارزشی متناسب با بستر اجتماعی توسط پزشک

همان‌طور که از فراوانی این مفاهیم ارزشی پیداست، درصد استفاده از این مفاهیم ۱۱/۰٪ از کل کلمات مبادله شده و ۱۹/۰٪ از لغات مورد استفاده پزشکان را تشکیل داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

اهمیت موضوع تعامل و رابطه پزشک و بیمار باعث شده که اندیشمندان پیرامون نظریات این حوزه نظریات خاصی داشته باشند و انواع مدل از تعامل را ارائه نمایند (زالی، ۱۳۷۷ ش؛ امانوئل و امانوئل، ۱۹۹۲ م؛ یادیدیا ۲۰۰۷ م؛ لارگو و همکاران، ۱۹۹۸ م؛ هلم، ۱۹۹۳ م) و یا پیرامون نحوه گفتگوی آن‌ها به بحث و تحقیق بپردازند (باری و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ کردلا، ۲۰۰۴ م؛ فرکلاف، ۱۹۹۲ م؛ میشلر، ۱۹۸۴ م). هدف عمده این تحقیقات برقراری اعتماد بین پزشک و بیمار به عنوان یک اصل و موضوع اخلاقی است. حداقل از عصر طب بقراط، از بیماران خواسته شده که بدون هیچ سؤالی به پزشکان خود اعتماد کنند. با این حال، تنها در سال‌های اخیر از پزشکان خواسته شده است که به بیماران خود اعتماد کنند و با ارائه گزینه‌های درمانی، نظرات آن‌ها در مورد چگونگی ادامه درمان را جویا شوند (گروس، ۲۰۱۱). این موضوع، تحت عنوان بیمارمحوری^{۱۱} در نظام سلامت مطرح است (بیسینگ، ۲۰۰۰ م؛ واتسون و فراماتون، ۲۰۰۹ م).

بیمارمحوری در نظام سلامت، پارادایمی جدید است که یکی از ابعاد آن تعامل و رابطه‌مداری بین پزشک و بیمار است. منگل بر این نظر است که در مباحث بالینی در نظام سلامت، لازم است زمینه اجتماعی پزشک با زمینه اجتماعی بیمار، ارتباط برقرار کند. این ارتباط به صورتی است که در زمینه اجتماعی بیمار، ما با چشم‌انداز و عقاید بیمار نسبت به بیماری از یک سو و ترجیحات وی از سوی

دیگر مواجه هستیم. در زمینه پزشک نیز با فرضیات کلیدی پزشکی و پیشنهادات مختلف پزشک به بیمار در رابطه با بیماری سر و کار داریم. ارتباط بین این دو زمینه، شرایطی را به وجود می‌آورد که بیمار-محوری زمینه بروز و ظهور پیدا می‌کند (منگل، ۱۹۹۷م). وقتی موضوع بیمارمحوری مطرح می‌شود، اگر چه نوعی توجه به وجهه‌نظر و دغدغه بیمار و نگرانی وی در مورد تشخیص و درمان است، اما یک وجه آن ارجاع به نحوه نگرش و رفتار پزشک در تعامل با بیمار است. در این تعامل، پزشک ابعاد مختلفی از صدا دارد (آتکینسون، ۱۹۹۵م) که یکی از ابعاد صدای وی صدای هم‌نوع است (کردلا، ۲۰۰۴م). صدای هم‌نوع به تعمیق رابطه و تعامل و ایجاد نوعی همدلی بین پزشک و بیمار کمک می‌کند، که هر چند ارتباطی با تشخیص و درمان ندارد اما تأثیرات غیرمستقیم بر آن دارد.

ارزیابی فراوانی تمامی ابعاد تعامل هم‌نوع در ۳۳ مشاوره نشان می‌دهد که حدود ۶۱۰ مرتبه از لغات، جملات، یا گزاره‌های مرتبط با بیان هم‌نوع در تعامل بیمار، توسط پزشکان استفاده شده است. به نظر می‌رسد که ۳/۳۰٪ از کل لغات مورد استفاده در گفتگوها و ۵/۵۰٪ از مباحث مطرح شده توسط پزشک را تشکیل می‌دهد. همچنین در ابعاد پنج‌گانه صدای هم‌نوع، پزشک در استفاده از واژه‌های تسهیل‌گر ۲۹۸ مورد (۴۸.۸۲٪)، کمک به داستان‌گویی بیمار در مورد بیماری ۱۰۴ مورد (۱۷.۰۴٪)، استراتژی همدلانه ۲۰ مورد (۳.۲۷٪)، توجه خاص به داستان بیمار ۱۲۱ مورد (۳.۴۴٪) و در مورد سوالات نامربوط به سلامت بیمار ۶ مورد (۰.۹۸٪) لغات و گزاره به کار برده است. همچنین در رابطه با بستر خاص تحقیق یعنی جامعه ایران نیز استفاده از مفاهیم خاص متناسب با بستر ۴۰ مورد (۶.۵۵٪) و استفاده از مفاهیم ارزشی ۲۱ مورد (۳.۴۴٪) لغت و یا گزاره استفاده شده است.

ارزیابی نتایج تحقیق با تحقیق کردلا در اسپانیا نشان‌دهنده تفاوت واضح در برخی مسائل است. کردلا در تحقیق خود ۲۲ مشاوره را مورد ارزیابی قرار داده است که در آن لغات مورد استفاده توسط پزشکان ۱۲۸۲۹ لغت و بیماران ۱۲۹۲۳ لغت بوده است؛ (کردلا، ۲۰۰۴ م.) وضعیتی که بیماران بیشتر از پزشکان در مشاوره مشارکت داشته‌اند. در حالی که در تحقیق کردلا در ۲۲ مشاوره نزدیک به ۲۶۰۰۰ لغت بین پزشک و بیمار مبادله شده است، در ۳۳ مشاوره مطالعه حاضر حدود ۱۸۰۰۰ لغت مبادله شده است. همچنین لازم است اشاره شود که در حالی که در تحقیق کردلا، بیماران بیشتر از پزشکان در تعامل صحبت کرده‌اند، در تحقیق حاضر، تعداد لغت مورد استفاده بیماران ۷۳۷۵ (۴۰٪) و پزشکان ۱۱۰۷۸ (۶۰٪) لغت بوده است. در همین راستا، میانگین تعداد لغت استفاده شده توسط هر پزشک در تحقیق کردلا ۵۸۳/۱ بوده و تعداد لغت بیماران در هر مشاوره ۵۸۷/۴ لغت بوده است (کردلا، ۲۰۰۴: ۵۷) که در تحقیق حاضر ۲۲۳ لغت برای هر بیمار و ۳۳۶ لغت و مفهوم توسط پزشک مبادله شده است. سه نتیجه کلی از این مقایسه این است که:

۱. در مشاوره‌های پزشکان در ایران، فرصت و نیز تعداد تعاملات زبانی به شدت کمتر از مطالعه مشابه بوده است. لذا، می‌توان فرض‌هایی را در این زمینه طرح کرد که البته نیازمند آزمون است. اول آنکه ممکن است بیمار مسائلی را در رابطه با تاریخچه بیماری خود داشته که به پزشک نگفته باشد. دوم اینکه یک مشاوره همراه با ابهام به پایان برسد زیاد است؛ یعنی بیمار در مورد تشخیص یا درمان ابهاماتی داشته باشد که پاسخی برای آن ندارد. سوم اینکه ترک مطب توسط بیمار همراه با رضایت کامل از نباشد و بیمار یا همراه وی از شکل یا محتوای مشاوره یا نتیجه آن ناراضی باشند.

۲. مشاوره در ایران از تعامل نابرابر بین پزشک و بیمار حکایت دارد به طوری که پزشک تعیین کننده تشریفات آغازین و پایانی مشاوره است نه بیمار. ارزیابی محتوای مشاوره‌های مؤید این فرض است که پزشک آغازکننده و پایان بخش مشاوره است.

۳. هر چه تعامل نابرابر باشد، احتمال اینکه تعامل خلاصه‌تر باشد بیشتر است. در این زمینه نابرابری تعامل به معنای فعال بودن صدای پزشک است نه بیمار و پزشک از کلمات و لغات بیشتر استفاده می‌کند تا بیمار.

در رابطه با ابعاد صدای هممنوع نیز با ارزیابی و جمع این ابعاد در تحقیق کردلا، نتایج نشان می‌دهد که در استفاده از تسهیل‌گر ۲۶۱ مورد، تأکید بر داستان بیمار ۲۵ مورد، ایجاد همدلی ۵۵ مورد، توجهات خاص ۴۸ مورد، و سوالات بی‌ارتباط با سلامت بیمار ۲۳ مورد بوده است که مجموعاً ۴۱۲ مورد بوده است که می‌توان گفت در هر مشاوره حدود ۱۸/۷۲٪ از مفاهیم در دامنه صدای هممنوع بوده است. در تحقیق حاضر با احتساب مفاهیم خاص و ارزشی بستر خاص تحقیق یعنی جامعه ایران، ۶۱۰ مورد استفاده از دامنه مفاهیم صدای هممنوع بوده است که با احتساب ۳۳ مشاوره می‌توان گفت که تقریباً در هر مشاوره ۱۸/۴۸٪ از دامنه مفاهیم صدای هممنوع استفاده شده است. بر این اساس می‌توان گفت که نتایج ابعاد صدای هممنوع، نزدیک به نتایج تحقیق کردلاست. با وجود رابطه نابرابر، اینکه چرا دامنه صدای هممنوع در ایران زیاد است نیازمند توضیح می‌باشد.

به نظر می‌رسد مهمترین دلیل این امر فضای بسته گفتگوی پزشک - بیمار در ایران باشد. در این فضا، پزشک عموماً از سوالات بسته استفاده می‌کند و برای توضیح بیشتر ناچار است، سوالات خود را در رابطه با داستان و روایت بیمار از بیماری تکرار کند. این نکته در رابطه با ابعاد دوم و چهارم صدای هممنوع بیشتر

صدق می‌کند که چون در ایران، پزشک از سؤالات بسته استفاده می‌کند، ناچار است برای پی بردن بهتر به علل و علائم بیماری، مرتباً از بیمار توضیح بخواهد و یا سؤالات تکمیلی از وی بپرسد. همین امر باعث شده که این دو بعد در مطالعه حاضر (۲۲۵ مورد) نسبت به مطالعه کردلا (۷۳ مورد)، فراوانی بیشتری داشته باشند که حدود نیمی از دامنه صدای ممنوع در تحقیق را تشکیل دهد. بنابراین، علت اساسی بالا رفتن طیف صدای ممنوع در ایران، سؤالات بسته پزشک از بیمار است که علت آن نیز نابرابری در تعامل و رابطه پزشک-بیمار است.

یک نکته در رابطه با مفاهیم خاص بستر تحقیق و مفاهیم ارزشی بایستی طرح شود و آن این است که این مفاهیم حدود ۱۰٪ از صدای ممنوع را تشکیل می‌دهند. بستر اجتماعی و فرهنگی خاص ایران بیشتر از اینکه به سایر مفاهیم صدای ممنوع در مدل کردلا وابسته باشد، به این مفاهیم وابسته است. به نظر می‌رسد زمانی که پزشک از این مفاهیم ارزشی و وابسته به بستر استفاده کند، احتمال غنای مشاوره و رضایت بیمار بیشتر باشد که البته فرضی نیازمند آزمون کمی. آنچه در این زمینه بایستی اشاره شود این است که مفاهیم ارزشی و وابسته به بستر، چون در برگیرنده معنا و ارزش‌های خاصی است، نیازمند تقویت و غنا بخشیدن باشند. اینکه پزشکان که عموماً از طبقه خاص (متوسط به بالای جامعه) هستند، از این مفاهیم استفاده می‌کنند، نکته قوت این مشاوره‌هاست که حفظ و تقویت این وجه از صدای ممنوع در تعامل پزشک - بیمار در جامعه ما، می‌تواند مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گیرد.

از سوی دیگر، همان‌طور که اشاره شد، نابرابری قدرت در مشاوره‌ها واضح است. این امر نیز نیازمند سیاست‌گذاری در نظام سلامت چه در حوزه آموزش و چه در حوزه درمان است. به طور خاص، حوزه آموزش پزشکی، نیازمند توجه و

تمرکز به آموزش در موضوع نحوه تعامل و رابطه پزشک با بیمار می‌باشد. همچنین نیازمند ایجاد نوعی انعطاف در نهادهای پزشکی برای توزیع قدرت بین پزشک و بیمار در این نهادها هستیم. چنین امری از طریق ایجاد رقابت و شایسته‌سالاری در رابطه با پزشکان و نیز ایجاد زمینه لازم برای دسترسی همه اعضای جامعه به خدمات سلامت امکان‌پذیر است. هر چه دسترسی به خدمات باکیفیت سلامت برای بیمار سهل‌تر باشد، تعامل بین بیمار و پزشک، کمتر متأثر از روابط نابرابر قدرت است.

محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌ها عدم مشارکت برخی از پزشکان در طرح بود. همچنین به علت نبود مطالعات مشابه در تحقیقات داخل کشور محقق ناگزیر بود نتایج را با تحقیقات خارجی که بستری متفاوت دارند مقایسه کند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از بخشی از فعالیت‌های در حال انجام جهت رساله دکتری جامعه‌شناسی با عنوان «تحلیل روایت انتقادی از تعامل پزشک - بیمار در بیمارستان شهید فقیهی» در دانشگاه شیراز می‌باشد. بدین وسیله، محققان از پزشکان و بیمارانی که در تحقیق مشارکت داشتند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارند.

پی‌نوشت‌ها

- 1.Voice
- 2.Fellow Human Voice
- 3.Doctor Voice
- 4.Educator Vo¹ice
- 5.continuer markers
- 6.agreement discourse markers
- 7.reciprocating
- 8.mirroring
- 9.Conversation Analysis

۱۰. بهنام مرادزاده در اینجا نامی است جایگزین و غیرواقعی که به جهت اخلاق تحقیق و رعایت اصل گمنامی، به جای نام واقعی یکی از مفسدین اقتصادی استفاده شده است.

11.patient centredness

در گفتگوهایی که در متن آورده است از یکسری نشان‌گرها استفاده شده که نیازمند توضیح است: [] یا [] : به معنای همپوشانی صدای طرفین در حین گفتگوست، مثلاً در حین گفتگوی پزشک، بیمار هم از شروع به صحبت می‌کند یا بالعکس.

←: یعنی ادامه صحبت پزشک یا بیمار که در تدام بخش قبلی است.

::: وقتی نحوه بیان لغت یا واژه به صورت کشیده انجام می‌گیرد.

فهرست منابع

زالی، محمدرضا. (۱۳۷۷). مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. رهنمودی بر کاربرد صحیح دانش پزشکی در چارچوب دیدگاه‌های رایج در اخلاق پزشکی. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران.

فرح‌بخش، سعید. (۱۳۸۸). مدیریت روابط انسانی سازمان‌های آموزشی. تهران: نشر آبیژ. فوکو، میشل. (۱۳۸۸). پیدایش کلینیک. دیرینه‌شناسی ادراک پزشکی، ترجمه یحیی امامی. چ دوم. تهران: انتشارات نقش و نگار.

Adler, R. B. and R. F. Proctor II (2010) Cengage Advantage Book: Looking Out, Looking In. 13 edition. Boston: Wadsworth.

American Sociological Association. 1997. Code of Ethics and Policies and Procedures of the ASA Committee on Professional Ethics. Available from:

<http://www.asanet.org/images/asa/docs/pdf/Ethics%20Code.pdf>.

Anguera, M. T and C. Izquierdo, (2006) 10 Methodological Approaches in Human Communication: From Complexity of Perceived Situation to Data Analysis. From Communication to Presence: Cognition, Emotions and Culture towards the Ultimate Communicative Experience. Eds by G. Riva et al. Amsterdam: IOS Press.

Atkinson, P. (1995) Medical Talk and Medical Work. London: Sage.

Bloor, M. and Wood, F. (2006) Keywords in Qualitative Methods. A Vocabulary of Research Concepts. London: Sage.

Barry, Ch. A., Stevenson, F. A., Britten, N., & Bradley, C. P. (2001) Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. Social Science & Medicine, 53, 487-505.

Bensing, J. (2000) Bridging the gap. The separate worlds of Evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Education and Counseling, 39: 17-25.

Cordella, M. (2004) The Dynamic Consultation: A Discourse analytical of doctor-patient communication. UK: John Benjamins.

Cordella, M. (2007) Unveiling stories to the oncologist: a matter of sharing and healing. *Panace*, 1x, (26), 230-238.

Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992) Four Model of the Physician-patient relationship'. The Journal of American Medicine, 267(16): 5-13.

- Faiclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. England: Polity Press.
- Goffman, E. (1983) *The Interaction Order*. *American Sociological Review*, 48(1):1-17.
- Grosse, J. R. (2011) *Paternalism, Informed Consent, and the Doctor-Patient Relationship*. Available from:
http://www.lifeissues.net/writers/gro/gro_099doctor.patient.html
- Heritage, J. & Atkinson, M. (1984) *Introduction*. *Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis*. Edited by J. M Atkinson and J. Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holm, S. (1993) *Words: What is wrong with compliance?*. *Journal of medical ethics*, 19: 108-110.
- Islam, G. and Zyphur, M. (2007) *Ways of interacting: The standardization of communication in medical training*. *Human Relations*, 6 (5): 769-792.
- Kattel, S. (2010). *Doctor Patient Communication in Health Care Service Delivery: A Case Study of Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathamandu*. Master thesis in North South University, Bangladesh. Available from:
http://mppg-nsu.org/attachments/119_Final%20Thesis%20Sarhani%20Kattel_.pdf
- Labuda Schrop, S. M. (2011) *The Relationship Between Patient Socioeconomic Status and Patient Satisfaction: Does Patient-Physician Communication Matter*. A dissertation submitted to Kent State University. Available from:
https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:kent1320002395.
- Lagerlov, P. Leseth, A., & Matheson, I. (1998) *The Doctor- Patient Relationship and the Management of Astma*. *Social Science Med*, 47(1):85-91.
- Mallia, P. (2013) *The Nature of the Doctor-Patient Relationship Health Care Principles Through the Phenomenology of Relationships with Patients*. New York: Springer.
- Mengel, M. B. (1997) *Introduction to Clinical Skills: A Patient-centered Textbook*. Plenum Press.
- Mishler, E. G. (1984) *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, MJ: Ablex.
- Opera, L. (2009) *An analytic Review of the Doctor – Patient Relationship*. *Romanian Journal of Bioethic*, 7(2):125-137.

- Parsons, T. (1951) *The Social System*. New York: Free Press.
- Sacks, H. (1984) 'Notes on methodology'. *Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis*. Edited by J. Maxwell Atkinson and John Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A. (1984) 'On some questions and ambiguities in conversation'. *Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis*. Edited by J. M Atkinson and J Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Watson, J. and Frampton, S. B. (2009) *Human Interactions and Relationship-Centered Caring. Putting Patients First Best Practices in Patient-Centered Care*, in Frampton, S. B., & Charmel, P (Eds). Jossey-Bass A Wiley Imprint pub.
- Yedidia, M.J. (2007) Transforming Doctor-Patient Relationships to Promote Patient-Centered Care: Lessons from Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (1):40-57.

یادداشت شناسه مؤلفان

احمد کلاته ساداتی: دانشجوی دوره دکتری جامعه شناسی دانشگاه شیراز

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

Email:asadati@sums.ac.ir

(نویسنده مسؤول)

محمد تقی ایمان: استاد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

کامران باقری لنگرانی: استاد پزشکی داخلی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

Quality and Frequency of Human Fellow Voice used in Doctor-Patient Interaction (One Qualitative Study in Clinical Counseling)

Ahmad Kalateh Sadati

Mohammad Taghi Iman

Kamran Bagheri Lankarani

Abstract

Doctor- patient interaction in clinical counseling includes different voices that all of it isn't in related to diagnostic and therapeutic problems, necessarily. This voices that are unrelated to diagnosis and treatment, leastwise have two important functions that are: contributing to the continuing conversation between phsician and patient, and indirect impact on the diagnosis and treatment. On of the voice that is unrelated to treatment and used with physician is *Human Fellow Voice* which refers to empathy's dimension of doctor to the patient. This research explored the concepts and propositions of Human Fellow Voice were used with physicians in 33 clinical counseling at Shahid Faghihi Hospital, Shiraz, with descriptive-analytical approach based on conversation analysis. Results of study shows that range using of words and propositions in related to Human Fellow Voice with physicians are 610 items which 3/30% of total conversations (physicians and patients) and 5/50% of the words and propositions that used with physicians. Range of words and propositions used are: using of facilitating the telling of patients'

stories 298 items; assisting the telling of patients' stories 104 items; creating empathy with the patient 20 items; showing special attentiveness to patients' stories 121 items; and asking questions unrelated to the patient's health 6 items. Also, about the particular context of research (Iranian society) using of specific concepts was 40 items, and using of valuable concepts was 21 items. Although using of Human Fellow Voice by physicians is appropriate, but the overall shape of conversations is based on asymmetrical relation between physicians and patients. Because this asymmetrical relationship is a major obstacle in clinical counseling, the medical education system in Iran is necessary should focus more on semmetric interaction and communication.

Key words: interaction, physician, patient, ethics, Human Fellow Voice