

مجله زبان‌شناسی و گویش‌های خراسان دانشگاه فردوسی مشهد (علمی- پژوهشی)، شماره 2- بهار و تابستان 1389

محمدامین ناصح (مری گروه زبان انگلیسی دانشگاه بیرجند، نویسنده مسؤل)

زهرا استادزاده (کارشناس ارشد آموزش زبان فارسی)

تحلیل زبانی - اجتماعی گفتمان پزشکی و بیمار فارسی زبان

چکیده

این مقاله در حوزه جامعه‌شناسی زبان به بررسی رابطه قدرت/ همبستگی در گفتار پزشکی و بیمار فارسی زبان می‌پردازد. از این رو متغیر زبانی گونه‌های خطاب به عنوان یکی از نشانگرهای ابراز قدرت در کنار چهار متغیر اجتماعی جنسیت، طبقه اجتماعی، سن و تحصیلات مد نظر بوده. کاربرد متغیرها در هر گروه با بهره‌گیری از تحلیلهای آماری مورد بررسی دقیق قرار گرفته است. پس از تحلیل داده‌ها مشخص شد که در مجموع، عامل قدرت در گفتار پزشکی با بیمار فارسی زبان مشهود است و چهار متغیر غیرزبانی مذکور نیز بر میزان کاربرد نشانگرهای قدرت مؤثر اند. این موضوع تا حد زیادی با مباحث حوزه اخلاق در پزشکی هم راستاست و نتایج حاصل می‌تواند بر بسیاری از مسائل این حوزه پرتو افکند.

کلید واژه‌ها: جامعه‌شناسی زبان، رابطه قدرت و همبستگی، گفتمان پزشکی و بیمار، اخلاق پزشکی.

مقدمه

زبان پدیده‌ای اجتماعی است که ارتباط نزدیکی با ساختار اجتماعی هر جامعه دارد. خصلت اجتماعی زبان، آن را با بسیاری از پدیده‌ها، رویدادها و عوامل اجتماعی - فرهنگی پیوند می‌دهد. افراد به هنگام صحبت، به نحوی اجتناب‌ناپذیر، شواهدی مبنی بر خاستگاه، شخصیت و حتی دیدگاه و افکار خود ارائه می‌کنند و از این رو اغلب به کمک گفتار گویندگان می‌توان به نحوه نگرش آنها نسبت به

تاریخ دریافت: 1388/3/18 پذیرفته: 1389/3/17

پست الکترونیکی: Amin_Nasseh@yahoo.com

مخاطبین پی برد و به این طریق می‌شود حدس زد که گوینده، مخاطب را از نظر اجتماعی، پایین‌تر، همپایه یا برتر از خود می‌داند (باطنی، 1374: 205-204).

این دو جنبه از رفتار زبانی، یعنی کارکرد زبان در برقراری روابط اجتماعی و دیگری نقش زبان در ارائه قرائنی از ویژگی‌های شخصیتی متکلم، بازتاب این واقعیت است که بین زبان و جامعه همبستگی وجود دارد و این همبستگی تا جایی است که برخی زبان را آینه‌ای دانسته‌اند که پدیده‌ها و دگرگونی‌های اجتماعی-فرهنگی جامعه را به‌نوعی در خود منعکس می‌کند (مدرسی، 1368: 5).

توجه به نقش عوامل اجتماعی در مطالعات زبانی، تا اواسط قرن گذشته مورد عنایت زبان‌شناسان نبود. تمایز سوسور میان گفتار و زبان باعث شد آنچه اجتماعی و در عین حال ضروری و اصلی است، از آنچه که جنبه فردی و ثانویه دارد، متمایز شود. این دو جنبه سخت در هم تنیده‌اند؛ یعنی هم به صورت گفتار یا کنش زبانی یک فرد خاص در موقعیتی ویژه ظاهر می‌شود و هم بر پایه آن تمام افراد یک جامعه می‌توانند با یکدیگر سخن بگویند (آرلاتو، 1373: 67).

از آن پس، پژوهشگرانی چون لباو¹ و فیشمن²، نقش عواملی مانند سن، تحصیلات، جنسیت، طبقه اجتماعی و ... را در ساخت، کاربرد و تحول زبان در چهارچوب جامعه‌شناختی به دقت مورد بررسی قرار دادند (مدرسی، 1368: 14-13). به باور لباو، زبان شکلی از رفتار اجتماعی³ است و به‌واسطه خصلت اجتماعی بودن زبان نمی‌توان بدون توجه به متغیرهای گوناگون اجتماعی به بررسی کامل آن پرداخت (همان: 14). در سایه این گونه تلاشها بود که بررسی‌های زبان‌شناسی اجتماعی و گفتمان-شناسی رو به گسترش نهاد.

بیان مسئله

می‌دانیم که هر متکلم در موقعیتهای مختلف، بسته به فرهنگ و هنجارهای اجتماعی، برای مقاصد متنوع از گونه‌های متفاوت زبانی استفاده می‌کند و در تعیین این که گوینده در موقعیتی خاص، کدام گونه زبانی را انتخاب می‌کند، عوامل اجتماعی مختلفی دخالت دارند که یکی از آنها، رابطه اجتماعی

-
1. W. Labov
 2. J. Fishman
 3. social behaviour

موجود میان متکلم و مخاطب است (ترادگیل^۱، 1376: 133). در این رابطه، آن الگوی رفتار زبانی که توسط گوینده در موقعیت‌های متفاوت به کار برده می‌شود، به ترکیب دو مؤلفه اجتماعی - روانی بستگی دارد که به روابط بین «قدرت و همبستگی»^۲ مشهورند (باطنی، 1374: 210). قدرت یک فرد در مقابل دیگری ممکن است به علت اختلاف سن، تحصیلات، طبقه اجتماعی، ثروت، جنسیت، شغل و ... باشد. حسن همبستگی نیز می‌تواند به دلیل تشابه سن، جنس و ... به وجود آید. به این دلیل، رابطه قدرت، مبین برتری یا پایین تری و رابطه همبستگی حاکی از نزدیکی یا دوری است.

مطالعه بر روی گفتار مؤدبانه، گفتار مستقیم یا غیرمستقیم، گفتار دارای قدرت یا عاری از قدرت و ... نمونه‌هایی از مطالعاتی به‌شمار می‌روند که جامعه‌شناسان زبان با هدف شناخت گونه‌های اجتماعی زبان و تشخیص دلایل انتخاب این گونه‌ها از سوی گویشوران انجام می‌دهند. نحوه صحبت کردن افراد با یکدیگر و چگونگی استفاده اشخاص از متغیرهای زبانی، مبین این واقعیت است که هر فرد نسبت به موقعیت و نقش خود و دیگران آگاهی دارد و در برقراری ارتباط با سایرین این مسئله را مورد توجه قرار می‌دهد. زمانی که رابطه بین افراد از نوع روابط قدرت باشد، میزان آگاهی هر فرد از جایگاه خود و طرف مقابلش را می‌توان در کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار وی مشاهده کرد. صورتهای خطاب و کنشهای گفتار از جمله نشانگرهای قدرت هستند. مقاله حاضر به تحلیل زبانی - اجتماعی رابطه کلامی میان پزشک و بیمار فارسی زبان می‌پردازد و در این راستا، متغیر زبانی ضمائر جمع و مفرد (گونه‌های خطاب) را مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین متغیرهای غیرزبانی سن، جنسیت، تحصیلات و شغل که به‌عنوان شاخصهای اجتماعی انتخاب شده‌اند، نیز مورد توجه خواهد بود.

این مقاله سعی دارد پاسخ مناسبی برای این سؤال به‌دست دهد که آیا در گفتگوی میان پزشک و بیمار فارسی زبان، پزشک از موضع قدرت با بیمار ارتباط برقرار می‌کند یا عامل همبستگی در گفتار بر عامل قدرت غالب است. از این رو فرضیه‌هایی در این باره به شرح زیر مطرح می‌شود:

1- در مجموع، در گفتگوی پزشک و بیمار فارسی زبان، عامل قدرت مشهود است.

1. P. Trudgill
2. Power & Solidarity Relations

- 2- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان زن نسبت به پزشکان مرد کمتر است.
- 3- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان زیر حدود 40 سال، کمتر از پزشکان بالای 40 سال است.
- 4- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران زن، نسبت به بیماران مرد غالب است.
- 5- بهره‌گیری از نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران جوان، نسبت به افراد مسن بیشتر است.
- 6- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران طبقات بالای جامعه، نسبت به بیماران اقشار پائین کمتر است.
- 7- استفاده از نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران تحصیل کرده، نسبت به بیماران دارای تحصیلات پایین کمتر است.
- 8- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان نظامی بیشتر از پزشکان غیر نظامی است.

پیشینه بررسی گفتمان پزشک و بیمار

روابط قدرت و همبستگی، از جمله موضوعاتی است که از جهات گوناگون توسط جامعه‌شناسان و زبان‌شناسان مورد بررسی قرار گرفته، نظریات مختلفی پیرامون آن ارائه کرده‌اند. گونه‌های خطاب و صورتهای امری از جمله عناصر زبانی هستند که روابط بین افراد را به‌خوبی در خود منعکس می‌کنند. در اکثر زبانها، با دو نوع صورت خطاب اصلی سرو کار داریم: اسامی و ضمائر دوم شخص. در سال 1967 ویسنر¹ با مطالعه در زمینه چگونگی استفاده پزشکان و کارکنان بیمارستان از جملات امری نشان داد که کارکنان رده پایین، هنگام صحبت با پزشکان و پرستاران، بیشتر از ساختارهای امری غیرمستقیم استفاده می‌کنند تا به این وسیله از بار تحمیلی بودن درخواست خود کاسته، مخاطب را به‌انجام آن ترغیب کند (اروین - تریپ²، 1976: 35)

1. J. R. Wisner

2. S. Ervin- Tripp

در سال 1976 بایرن و لانگ¹ در تحقیقی که بر روی گفتار پزشکان و بیماران انجام دادند، جلسات معاینه و مشاوره پزشکی را به شش مرحله به شرح زیر تقسیم کردند: الف) مرحله برقراری ارتباط با بیمار؛ ب) مرحله یافتن دلیل حضور بیمار در مطب؛ پ) بخش معاینه؛ ت) مرحله ارائه اطلاعات در مورد بیماری؛ ث) بخش پیشنهادهای درمانی و سرانجام ج) مرحله پایان دادن به جلسه. مشاهدات نشان داد که مرحله چهارم (ارائه اطلاعات در مورد بیماری) یا بسیار کوتاه مدت و محدود بوده یا کاملاً حذف می شود که خود، دال بر تمایل پزشک به حفظ رابطه یک طرفه قدرت و حاکی از وجود رابطه نابرابر بین آنها است. ضمناً اگر پزشک در مورد بیماری اطلاعاتی هم ارائه کند، بیمار سکوت کرده، گفته‌ها را با "بله" تایید می کند چون در مقایسه با جایگاه علمی پزشک، موقعیت خود را در برابر وی پایین تر می داند. به همین دلیل پزشکان غالباً از مرحله چهارم، چشم پوشی می کنند، زیرا بیمار در این مرحله به دلیل نداشتن قدرت علمی یا سکوت می کند یا به تایید صحبت های پزشک می پردازد و به هر شکل از شرکت در گفتگو خودداری می کند (درو و هریتیج²، 1992: 237)

همچنین تحقیق فاولر³ (1979) حاکی از آن است که جملات امری به عنوان ابزارهایی محسوب می شود که افراد فرادست برای اعمال قدرت بر افراد فرودست در گفتار به کار می برند. فاولر بیان می کند هنگامی که پرسشگر (به عنوان پزشک) صحبتش را در یک گفتگوی دو نفره با جمله ای مانند "روی صندلی بنشین" شروع کند، در حقیقت از بین گزینه هایی که برای شروع مکالمه در اختیار داشته، مستقیم ترین نوع را که جمله ایست امری، برگزیده است.

پژوهش 1984 وست⁴ در خصوص رابطه قدرت بین پزشک و بیمار نشان می دهد چون جایگاه پزشک از لحاظ اجتماعی، موقعیت برتری به وی می دهد، پزشک به هنگام گفتگو با بیمار، از موضع قدرت صحبت کرده، به خود اجازه می دهد که هرگاه بخواهد، گفتار وی را قطع کند (کوتس⁵، 1993: 11). مطالعه دیگری که وست در 1990 در زمینه تفاوت های گفتار پزشکان زن و مرد انجام داده،

1. P. Byrne & B. Long
2. P. Drew & J. Heritage
3. R. Fowler
4. Superior
5. Inferior
6. C. West
7. D. Coates

بیانگر آن است که پزشکان مرد در هنگام دستور به بیماران، بیشتر از جملات امری مستقیم استفاده می‌کنند، درحالی که پزشکان زن برای بیان دستور، بیشتر گونه گفتاری غیرمستقیم به‌کار می‌برند (صص 125-134) مثلاً، به‌جای گفتن "روی تخت دراز بکشید" از جملاتی نظیر "چطوره روی تخت دراز بکشید" یا "ممکنه روی تخت دراز بکشید؟" استفاده می‌کنند. در این تحقیق، پزشکان مرد بیشتر از موضع قدرت با بیماران ارتباط برقرار می‌کنند و برخورد آنها در مقایسه با پزشکان زن، از بار عاطفی و احساسی کمتری برخوردار است و از این رو بیماران نیز مشاوره با پزشکان زن را ترجیح می‌دهند.

فیشر و گروس¹ (1990) نیز در تحقیقی نشان دادند که قدرت به‌عنوان یکی از ویژگیهای ساختار اجتماعی در گفتار پزشکان و بیماران زن ظهور می‌کند. آنها اعلام کردند پزشکان به‌علاوه موقعیت برتر و معتبر اجتماعی، نسبت به بیماران در موضع قدرت قرار دارند، از این رو این موضوع، جریان گفتگو و نتایج به‌دست آمده را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ یعنی بیشتر به طرح پرسش می‌پردازند و انتخاب موضوع صحبت، شروع و خاتمه با آنهاست، در حالی که بیمار بیشتر یک پاسخگو به حساب می‌آید و البته هنگامی که بیمار زن باشد، چنین عدم توازن قدرتی مشهودتر خواهد بود (فیشر و گروس، 1990: 250-225)

در مورد جملات آمرانه در محیطهای پزشکی، درو و هریتیج (1992) عنوان می‌کنند که به‌دلیل وجود رابطه قدرت که ناشی از دانش پزشکی و جایگاه برتر پزشکان است، بیماران فرصت کمتری می‌یابند که سؤال کنند و پزشکان نیز با توجه به اطلاعات اخذ شده از بیمار به خود اجازه می‌دهند که صحبت او را قطع کنند. این دو محقق معتقدند طرح پرسشهای متعدد از سوی پزشک و آغاز گفتار توسط وی، از روش‌های کنترل مکالمه محسوب می‌شوند که به‌کمک آنها، پزشک مشخص می‌کند که در مورد چه مطلبی و تا کی صحبت کند (درو و هریتیج، 1992: 66-63).

اینس ورث - واخن² (1992) در پژوهش خود در زمینه روند تغییر موضوع مکالمه بین پزشک و بیمار نتیجه می‌گیرد که وقتی موضوع گفتگو با حمایت طرفین و به‌طور متقابل¹ تغییر کند، به این معنی

-
1. S. Fisher & S. B. Groce
 2. N. Ainsworth - Vaughn

است که رابطه قدرت بین پزشک و بیمار برقرار نیست، ولی وقتی یکی از طرفین به طور یک‌سویه^۲ موضوع صحبت را تغییر دهد، حاکی از آن است که در موضع قدرت قرار دارد. وی در ادامه می‌گوید که تغییر موضوع گفتگو بین پزشکان و بیماران، بیشتر به صورت یک‌طرفه و عمدتاً از جانب پزشک است (اینس ورث - واخن، 1992: 426 - 409)

اینس ورث - واخن در پژوهش سال 2000 خود به نحوه تبادل پرسش و پاسخ، مکث و قطع گفتار توجه کرده، اذعان می‌دارد که دانش پزشکی یکی از عوامل ایجاد قدرت در رابطه پزشک و بیمار است. مطالعه او نشان می‌دهد پزشکان مرد بیش از پزشکان زن از موضع قدرت صحبت می‌کنند و بیماران بیشتر تمایل دارند پرسشهای خود را از پزشکان زن بپرسند (رماناثان^۳، 2000: 277 - 275).

پاره ای از مطالعات انجام شده در خصوص رابطه پزشک و بیمار، نشان داده است که در جلسات پزشکی به جای استفاده از روش پزشک - محور باید از شیوه بیمار - محور استفاده شود. در این شیوه بر خلاف روش قبل که در آن پزشک به نگرانیها و تجربیات بیمار توجه نمی‌کند، به بیمار اجازه داده می‌شود مسیر گفتگو را به دلخواه هدایت کرده، هرگونه اطلاعاتی را که مهم می‌داند در اختیار پزشک بگذارد و البته پزشک نیز بیمار را برای بیان احساسات و نگرانیهایش درک می‌کند. نتایج حاکی از آن است که استفاده از این شیوه تاثیر چشم‌گیری بر روند بهبود حال بیماران داشته است (لیلز و همکاران^۴، 2001: 34 - 28).

مطالعات داخلی در زمینه کیفیت تعامل زبانی پزشک و بیمار بسیار محدود است. میرسعیدی (1376) در بخشی از نتیجه‌گیری پایان‌نامه خود ذکر می‌کند که بیماران و به‌ویژه بیماران زن برای خطاب به پزشک از ضمیر و صورت خطاب جمع استفاده می‌کنند. هاشمی (1381) نیز در بیان نتایج رساله خود به غالب بودن عامل قدرت در گفتار پزشک و بیمار اذعان می‌کند. وی همچنین متغیرهای

1. Reciprocal
2. Unilateral
3. V. Romanathan
4. J. S. Lyles

غیرزبانی چون جنسیت، سن، طبقه اجتماعی و تحصیلات بیمار را نیز بر میزان کاربرد نشانگرهای قدرت مؤثر می‌داند.

تحلیل داده‌ها

این تحقیق با استفاده از روش میدانی و تحلیل آماری داده‌ها بر اساس انتخاب تصادفی جمعیت نمونه از 15 بیمارستان¹، و مشاهده مستقیم و ضبط گفتار حدود 30 پزشک (15 پزشک زن و 15 پزشک مرد) و حدود 60 بیمار (30 زن و 30 مرد) صورت گرفته است. این بیماران در سه گروه سنی (زیر 20 سال، 20 تا 40 سال و بالای 40 سال)، سه طبقه اجتماعی (زیر متوسط، متوسط و بالا) و دو سطح تحصیلی (زیر دیپلم و دانشگاهی) طبقه بندی شده‌اند. لازم به توضیح است که داده‌های حاصل با حضور در مکان ویزیت بیمار و در طی دو ماه جمع‌آوری شده است. نتایج تحلیل آماری داده‌ها حاکی از آن است که بین متغیرهای زبانی و اجتماعی رابطه وجود دارد. علیرغم انتظار، ظهور نشانگرهای ابراز قدرت، هنگامی که بیمار زن بوده، افزایش نیافته است و عکس این مطلب بر اساس مباحث نظری این پژوهش قابل پیش‌بینی است (فیشرمن در کامرون، 1990: 236-234؛ فیشر و گروس، 1990: 250-235). این در حالی است که میزان جملاتی که توسط بیماران زن بیان شده است، حدود 800 جمله بیشتر از جملاتی است که بیماران مرد بیان کرده‌اند و انتظار می‌رفت که چون زنان، دقت بیشتری در توصیف کامل وضعیت خود و کسب اطلاع از بیماری و درمان آن دارند، این مسئله، کاربرد جملات بیشتر و در نتیجه صورتهای خطاب و جملات امری ویژه‌ای را ایجاب کند.

به علاوه، چون بیماران زیر 20 سال کم‌حرف‌ترین گروه سنی بودند، از این رو کمترین میزان مکالمه بین آنها و پزشکان رد و بدل شده است؛ البته همین تعداد جمله، بیشترین گونه‌های خطاب با ضمیر مفرد را شامل می‌شده که پزشکان برای این بیماران با توجه به سن آنها به کار برده‌اند. در مورد بیماران گروه سنی بالای 40 سال، این نکته را باید متذکر شد که پزشکان برای برقراری رابطه

1- این بیمارستانها عبارتند از: دکتر شریعتی، قلب شهید رجایی، امام خمینی، شهدای تجریش، میلاد، امام حسین، 501 ارتش، نیروی هوایی بعثت، بقیه الله، آتیه، کسری، ساسان، دی و ایران مهر.

همبستگی با آنها، با لحنی دوستانه از گونه‌های خطاب مفرد بیش از جمع استفاده می‌کردند. تعداد جملات به‌کار رفته در گفتگوی این گروه، به‌دلیل شرایط سنی و پیامدهایی چون کم‌حوصلگی و خستگی، کمتر از بیماران 20 تا 40 ساله بوده است. از طرفی بیماران 20 تا 40 سال به‌علت برخورداری از شرایط اجتماعی و سنی ویژه، پُر جنب و جوش‌تر و پُر حرف‌تر از بیماران دو گروه دیگر بوده‌اند. اغلب جملات استفاده‌شده، بین این گروه از پزشکان و بیماران رد و بدل شده است. این مسئله که پزشکان در مورد این بیماران از بیشترین گونه‌های خطاب جمع و کمترین میزان صورت مفرد استفاده کرده‌اند، چنین توجیه‌پذیر است که این بیماران به‌دلیل موقعیت سنی خود، از لحاظ تحصیلی و شغلی، از وضعیت بهتری نسبت به بیماران بالای 40 سال، برخوردار بوده‌اند. بیشتر بیماران بالای 40 سال، افراد بازنشسته کم‌سواد یا بی‌سوادی بوده‌اند که در گذشته از شرایط مناسبی برای تحصیل برخوردار نبوده‌اند.

همچنین تصور می‌شد که کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان نظامی با بیماران نسبت به دیگر پزشکان بیشتر باشد که تحلیل داده‌ها، ما را به چنین نتیجه‌ای نرساند. البته کاربرد این نشانگرها در مواجهه پزشکان نظامی با سربازان کاملاً مشهود بود.

نکته قابل توجه این که در اکثر موارد، پزشکان در کسب اطلاع از ویژگیهای اجتماعی بیماران همکاری نمی‌کنند، زیرا بر این عقیده‌اند که آگاهی از ویژگیهای اجتماعی بیمار، تاثیری بر نحوه ارائه خدمات به بیماران ندارد. این در حالی است که اگر پزشک به‌واسطه آشنایی قبلی از وضعیت اجتماعی بیمار آگاهی می‌داشت، متناسب با آن وضعیت، رفتار زبانی متفاوتی از خود نشان می‌داد و تعامل گفتاری مفیدتری برقرار می‌شد.

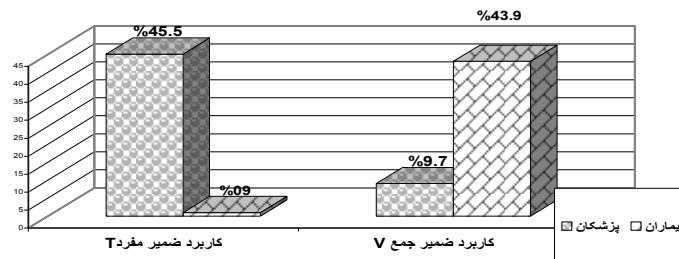
در این راستا، می‌توان پزشکی را تصور نمود که یکی از بیماران خود را در بخش بیمارستان ویزیت می‌کند. در ابتدای امر، روند گفتگوی آنان در چارچوب رابطه قدرت جریان دارد، اما وقتی که در پاسخ به یکی از سئوالات، مشخص می‌شود که بیمار، خود پزشک است روند گفتگو شکل تازه‌ای به‌خود می‌گیرد و کاربرد نامتقابل "تو/ شما" جای خود را به کاربرد متقابل "شما" خواهد بخشید. به این ترتیب، هنگامی که بیمار تحصیل کرده بوده یا به طبقات بالای اجتماع تعلق داشته و پزشک نیز به

شکلی از این وضعیت آگاه باشد، رفتار زبانی وی، تحت تاثیر این آگاهی قرار خواهد گرفت و پزشک حوصله و تمایل بیشتری برای ادامه گفتگو از خود نشان می‌دهد.

یکی دیگر از عوامل تقویت رابطه قدرت در گفتار پزشک و بیمار، موقعیت مکانی است که گفتگو در آن صورت می‌گیرد. مکان معاینه، بسته به اینکه اورژانس، بخش بیمارستان، درمانگاه یا مطب خصوصی پزشک باشد، بر روی کمیت و کیفیت رفتار زبانی پزشک و بیمار، به‌ویژه پزشک، بسیار تاثیرگذار است. ظهور این روابط، صرف نظر از دیگر عوامل، به ترتیب در اورژانس، بخش بیمارستان دولتی، درمانگاه و مطب خصوصی، قوی‌تر است.

مجموعاً با عنایت به نمودار آماری زیر باید گفت که در گفتار پزشک و بیمار، به طور کلی کاربرد صورت خطاب مفرد توسط پزشک بیش از صورت جمع و کاربرد صورت جمع توسط بیمار بیش از صورت مفرد بوده است:

مودار درصد کاربرد صورتهای خطاب در گفتار پزشکان و بیماران



نتایج تحلیل آماری داده‌های حاصل، از این قرار است:

- | سال دوم | تحلیل زبانی - اجتماعی گفتمان پزشک و بیمار فارسی زبان | 149 |
|---------|------------------------------------------------------|-----|
|---------|------------------------------------------------------|-----|
- 1- کاربرد جملات امری مستقیم در گفتار پزشکان (بنشین، بخور و...) بیش از کاربرد جملات امری/درخواستی غیرمستقیم (ممکنه بشینید...) بوده است.
 - 2- استفاده از گونه‌های خطاب مفرد (تو) در گفتار پزشکان بیش از کاربرد صورتهای جمع آن (شما) بوده است.
 - 3- کاربرد جملات امری مستقیم و گونه‌های خطاب مفرد در گفتار پزشکان مرد با بیماران زن تفاوت معنی‌داری با بیماران مرد نداشته است.
 - 4- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران جوان‌تر، نسبت به بیماران گروه‌های سنی بالاتر بیشتر است.
 - 5- استفاده از نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران طبقات بالای جامعه، نسبت به بیماران طبقات پایین کمتر است.
 - 6- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان با بیماران تحصیل‌کرده، نسبت به بیماران دارای تحصیلات زیر دیپلم کمتر است.
 - 7- به طور کلی، کاربرد جملات امری مستقیم و گونه‌های خطاب مفرد در گفتار پزشکان زن کمتر از پزشکان مرد بوده است.
 - 8- کاربرد جملات امری مستقیم و گونه‌های خطاب مفرد در گفتار پزشکان زن با بیماران زن نسبت به بیماران مرد تفاوت معنی‌داری نداشت.
 - 9- کاربرد نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان زیر 40 سال نسبت به پزشکان بالای 40 سال تفاوت معنی‌داری نداشت.
 - 10- کاربرد جملات امری مستقیم و گونه‌های خطاب مفرد در گفتار پزشکان نظامی با بیماران غیر نظامی نسبت به دیگر پزشکان تفاوت معنی‌داری نداشت.
 - 11- کاربرد جملات امری مستقیم و گونه‌های خطاب مفرد در پزشکان نظامی با بیماران نظامی به ویژه سربازان کاملاً مشهود بود.

جمع‌بندی

حُسن ختام این پژوهش، بخشی از سفارشات اخلاقی باستانی است که پزشکان در برخورد با بیماران موظف به رعایت آنها بوده‌اند. در نسخه‌ای از سوگندنامه بقراط که طیب ایرانی، علی‌بن عباس مجوسی اهوازی ارجانی در قرن چهارم هجری به‌زبان عربی نقل کرده در مورد رفتار پزشکان آمده است: "... پزشک باید پاک، باکیش، خداپرست، خوش زبان و نیکو روش باشد ... (اعتمادیان، 1342: 18). در بخشی از سوگندنامه عساف¹ نیز خطاب به پزشک این طور می‌خوانیم: "... نسبت به بیماران کینه و حس انتقام‌جویی نداشته باشید و با آنان بد حرفی نکنید ... (همان: 24)

با توجه به مطالب ارائه شده می‌توان نتیجه گرفت که در روابط پزشک و بیمار فارسی‌زبان، برتری علمی پزشک بر بیمار، همان‌گونه که درو و هریتیج (1992) و کوتس (1993) عنوان کرده‌اند، اساس ایجاد رابطه قدرت بین طرفین می‌گردد. در چنین رابطه‌ای، پزشک که در موضع فرادست قرار دارد، متناسب با ویژگیهای اجتماعی بیمار، حدود کاربرد نشانگرهای قدرت را در گفتار خود تغییر می‌دهد. همه محققینی که در این زمینه فعالیت داشته‌اند، چنین ابراز عقیده کرده‌اند که جنسیت، سن، طبقه اجتماعی و تحصیلات طرفین، رابطه قدرت موجود بین پزشک و بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

در ادامه باید به موارد زیر نیز به‌عنوان نتایج جانبی پژوهش اشاره داشت:

1- در کشور ما بیماران برای دریافت خدمات درمانی، به‌دلیل ویژگیهای فرهنگی جامعه، به پزشکان مرد بیش از پزشکان زن مراجعه می‌کنند. این در حالی است که تحقیقات مشابه خارجی نشان می‌دهد که به‌دلیل استفاده کمتر پزشکان زن از شاخصهای زبانی قدرت نسبت به پزشکان مرد، بیماران، مراجعه به پزشکان زن را ترجیح می‌دهند (کوتس، 1993: 134-125)

2- ظهور نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان شاغل در بیمارستانها نسبت به مطبهای خصوصی قوی‌تر است.

3- استفاده از نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان شاغل در بیمارستانهای دولتی نسبت به بیمارستانهای خصوصی قوی تر است.

4- بروز نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان شاغل در مناطق بالای شهر در مقایسه با پزشکان پائین شهر کمتر است.

5- استعمال نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان متخصص نسبت به پزشکان عمومی بیشتر است.

6- بیماران در ارتباط با پزشکان خوش اخلاق، تمایل بیشتری به اجرای دستورات پزشکی آنها از خود نشان می دهند.

7- پزشکان تمایل چندانی به پاسخگویی به سؤالات بیماران در مورد بیماری ندارند.

8- بیشترین میزان استفاده از نشانگرهای قدرت در گفتار پزشکان هنگامی بود که بیمار، سرباز وظیفه است. این مساله گرچه با در نظر گرفتن نظامی بودن پزشک و از سویی احتمال تمارض بیمار قابل توجیه است، ولی می بایست حق بیمار در استفاده از شرایط مناسب ویزیت هم مورد عنایت بیشتری قرار گیرد!

کتابنامه

آرلاتو، آنتونی. (1373). *درآمدی بر زبان شناسی تاریخی*. ترجمه یحیی مدرسی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

باطنی، محمد رضا. (1374). *مسائل زبان شناسی نوین (ده مقاله)*. تهران: نشر آگاه، چاپ چهارم.

ترادگیل، پیتر. (1376). *زبان شناسی اجتماعی: درآمدی بر زبان و جامعه*. ترجمه محمد طباطبایی، تهران: نشر آگاه.

1- در انتها لازم است از تمامی پزشکان، بیماران و مسؤولین بیمارستانهایی که ما را در مدت انجام این پژوهش یاری کرده اند، سپاسگزاری نمود.

جهانگیری، نادر. (1378). *زبان: بازتاب زمان، فرهنگ و اندیشه (مجموعه مقالات)*. تهران: نشر آگاه.

کشاوری، محمد حسین. (1371). *رابطه متقابل زبان و جامعه: مروری بر نقش اجتماعی ضمایر شخصی و صورتهای خطاب*. مجله زبانشناسی. سال نهم، شماره دوم، صص 50-40.

مدرسی، یحیی. (1368). *در آمدی بر جامعه‌شناسی زبان*. تهران: مؤسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.

میرسعیدی، کیانوش. (1376). *بررسی صورتهای خطاب در زبان فارسی با توجه به نقش اجتماعی افراد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.

ناصرالدین اعتمادیان، محمود. (1342). *اخلاق و آداب پزشکی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

هاشمی، معصومه. (1381). *بازتاب رابطه قدرت در گفتار پزشک و بیمار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

Ainsworth – Vaughn, N. (1992). "Topic Transition in Physician– Patient Interviews: Power, Gender, and Discourse Change". *Language in Society* (21), pp 409 – 426.

Coates, J. (1993). *Women, Men and Language*. London: Longman.

Drew, P. and J. Heritage. (1992). *Talk at Work*. London: Cambridge University Press.

Ervin – Tripp, S. (1976). "Is Sybil There? The Structure of Some American English Directives". *Language in Society* (5), pp. 25 – 66.

Fairclough, N. (1989). *Language and Power*, London: Longman.

- Fisher, S. and S.B. Groce.(1990) ."*Accounting Practices in Medical Interviews.*" *Language in Society* (19), pp. 225 – 250.
- Fowler, R. etal. (1979) *Language and Control*. London: Routledge.
- Hung NG, S. and J. Bradac. (1993) *Power in Language: Verbal Communication and Social Influence*. New Bury Park: Sage Publications.
- Keshavarz, M.H.(2001)."*The Role of Social Context, Intimacy, and Discourse in the Choice of Forms of Address*". *International Journal of Sociology of Language* (148), pp. 5 – 18.
- Lyles, J. S.(2001). *Evidence– Based Patient– Centered Interviewing*. Website: www. Turner – white. Com.
- Romanathan, V. (2000). *Rev. of Claiming Power in Doctor– Patient Talk*, by Nancy Ainsworth – Vaughn. *Language in Society* (29), pp. 275 – 77.