

ارتباط پزشکی و بیمار در شبکه روابط میان فرهنگی تجربه درمان در محیط های چندفرهنگی بیمارستان های دولتی تهران

■ سپیده پالیزدار^۱، زرین زردار^۲

چکیده

حوزه ارتباطات سلامت، یکی از حوزه های در حال رشد است که مفاهیم سلامت را به ارتباطات پیوند می دهد. یکی از بخش های مهم این حوزه، رابطه پزشکی و بیمار است. موضوع اصلی این مقاله، بررسی رابطه پزشکی و بیمار در بستر ارتباطات فرهنگی است. با توجه به الگوهای ارتباطی مختلف که در رابطه پزشکی و بیمار حاکم اند، پیش بینی می شود الگوی ارتباطی حاکم در نظام درمانی، الگوی پدرسالارانه یا والدینی باشد. در این تحقیق که به روش مصاحبه کیفی انجام شده و داده ها با استفاده از نرم افزار مکس کیودا تحلیل شده اند، برای رسیدن به هدف تحقیق، با ۱۵ بیمار که دارای قومیت ها و گویش های متفاوت بودند و همچنین ۱۰ پزشک و اینترن و رزیدنت که در سال ۱۳۹۸ تجربه کار را در بیمارستان های دولتی شهر تهران داشتند، مصاحبه انجام شد و نتایج آن در سه مرحله کدگذاری و تحلیل شدند. در هر دو گروه، ۳ دسته کد فراگیر شامل اختلالات ارتباطی اطلاعاتی، اقتدار پزشکی و اختلال در ارتباطات میان فرهنگی به دست آمد. با توجه به تحلیل و بررسی یافته های تحقیق، این نتیجه حاصل شد که اختلال ارتباطی در رابطه پزشکی و بیمار به طور عام وجود دارد و مسئله تفاوت فرهنگی، تنها یکی از عوامل تشدیدکننده اختلال ارتباطی میان پزشک و بیمار و در حاشیه این ارتباط است. همچنین این نتیجه حاصل شد که نظام درمانی در حال حاضر در زمینه مهارت های ارتباطی، ضعف های زیادی دارد و الگوی ارتباطی پدرسالارانه بر آن حاکم است و خلأ آموزش دانشگاهی مهارت های ارتباطی به جامعه پزشکی و همچنین جامعه بیماران، مهم ترین عامل این ضعف است. با توجه به تحلیل مصاحبه های پزشکان، می توانیم پیش بینی کنیم با ورود نسل جدید و جوان به جامعه پزشکی، الگوی ارتباطی پدرسالارانه، به الگوهای مشارکتی و هدایتی تغییر شکل دهند و شاهد خلأ های ارتباطی کمتری در محیط درمان باشیم.

واژگان کلیدی

ارتباطات میان فرهنگی، ارتباط پزشکی و بیمار، توانش زبانی، توانش فرهنگی.

مقدمه

فرایند تعامل پزشک و بیمار^۱ فرایندی نظام‌مند و چندوجهی است که حصول نتیجه مطلوب در آن، مستلزم هماهنگ شدن و درک کردن تعامل میان پزشک و بیمار است. گستره چنین تعاملی فراتر از محدوده ارتباط دوسویه است و بازتاب‌های عمیق روان‌شناختی، اجتماعی و نیز اقتصادی سرایت‌کننده به خانواده و جامعه را در پی دارد. رابطه میان پزشک و بیمار، امروزه به یکی از مهمترین حوزه‌های مطالعاتی تبدیل شده است؛ زیرا در روند درمان یک بیماری، برقراری ارتباط مناسب، از مهمترین عواملی است که می‌تواند موفقیت یک تجربه درمانی را تضمین کند. مشکلات ارتباطی پزشک و بیمار، بر جنبه‌های مختلف مراقبت پزشکی شامل گرفتن شرح حال و تشخیص با استفاده از درمانها اثر می‌گذارد. اگر ارتباط میان پزشک و بیمار ارتباطی گیرا، مؤثر و صحیح باشد و دو طرف بتوانند تا درصد بالایی درک مشابهی از صحبت‌های یکدیگر داشته باشند، فرایند درمان بسیار سریع‌تر و البته صحیح‌تر پیش خواهد رفت، ازسویی دیگر، ارتباط ناقص و غیرمفید میان پزشک و بیمار ممکن است تبعات جبران‌ناپذیری را درزمینه قصورات پزشکی به دنبال داشته باشد؛ مانند التهاباتی که در جامعه در پی مرگ عباس کیارستمی به وجود آمد. درواقع، برپایه شواهد و تحقیقات مختلف مشخص شده است که ضعف مهارت ارتباطی پزشک و اختلال در ارتباط میان پزشک و بیمار، یکی از مهمترین دغدغه‌ها و مشکلات بیماران در نظام درمان و سلامت است. طبق گزارش رئیس اداره کمیسیون‌های پزشکی استان تهران در سال ۱۳۹۳، میزان شکایات بیماران از پزشکان در تهران، ۵ تا ۱۰ درصد رشد داشته است، در این گزارش، در بیشتر از نیمی از موارد، شکایات بیماران ناشی از ضعف مهارت‌های ارتباطی پزشکان بوده‌اند و ریشه بسیاری از خطاهای پزشکی، وقت نگذاشتن پزشکان برای معاینه و شنیدن حرف‌های بیماران عنوان شده است (غفاری‌فر و دیگران، ۱۳۹۵: ۵۶)؛ بنابراین مهارت برقراری ارتباط صحیح میان پزشک و بیمار، یکی از مهمترین متغیرها و عوامل فرایند درمان است.

علاوه بر متغیرهای ذکرشده و شواهد اجتماعی عام، عوامل دیگری هم بر کیفیت رابطه پزشک و بیمار تأثیر دارند که یکی از مهمترین این عوامل، ارتباط پزشک و بیمار از جنبه ارتباطات میان فرهنگی است. ارتباطات میان فرهنگی مجموعه‌ای از فرهنگ و ارتباطات‌اند. زمانی که این دو حوزه به‌طور ملموس به یکدیگر پیوندند و ترکیب شوند، حوزه بسیار مهم و میان‌رشته‌ای «ارتباطات میان فرهنگی»^۲ به وجود می‌آید. سنگ بنای این حوزه، مطالعه فرهنگ، زبان و قومیت‌های متفاوت است که اساسی‌ترین عناصر فرهنگ به شمار می‌آیند.

1. Doctor_Patient Communication
2. Intercultural Communication

در بحث ارتباط میان پزشک و بیمار، یکی از مهمترین مؤلفه‌ها، عناصر فرهنگی متفاوت است که شامل مفاهیم متعددی از جمله فرهنگ، زبان، قومیت و ... است که در ذیل مفهومی به نام توانش فرهنگی^۱، اختلالاتی را در ارتباط بین پزشک و بیمار به وجود می‌آورد؛ یعنی ارتباط میان دو کنشگر که پزشک و بیماران، در محیط‌هایی که اختلاف فرهنگی میان این دو کنشگر وجود دارد، در معرض چالش‌ها و اختلالات ارتباطی قرار دارد. ارتباطاتی که تحت تأثیر این موضوع دچار چالش شده‌اند، اهمیت این موضوع را برای نظام سلامت و پزشکی کشور نشان می‌دهند و این نکته را متذکر می‌شوند که رابطه پزشک و بیمار، از منظر ارتباطات میان فرهنگی، دچار یک خلأ شناختی است. اهمال و کوتاهی در پرداختن به مشکل ارتباطی و برقراری ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار، با توجه به تفاوت‌ها و اختلافات فرهنگی تشدید می‌شود، در واقع، در محیط‌های چندفرهنگی است که افراد ممکن است دچار اختلالات ارتباطی شوند. در محیط درمان نیز این موضوع صادق است. در نتیجه، موضوع ارتباط پزشک و بیمار و چالش‌های موجود در این رابطه، مسئله‌ای درخور توجه و مهم است که پرداختن به آن باعث می‌شود در حوزه ارتباط پزشک و بیمار، مفاهیم جدید و بومی فرهنگ و کشور ایران ساخته شود و این حوزه، پیشرفت‌های چشمگیری بکند که موجب شناخت بیشتر متخصصان درباره معضلات و چالش‌های این حوزه و تدوین راه‌حل‌های مناسب برای رفع این مشکلات می‌شود.

هدف اصلی این مقاله نیز شناسایی مشکلات و موانعی است که در فرایند درمان در یک محیط چندفرهنگی به وجود می‌آیند. همچنین این مقاله به دنبال شناسایی این موضوع است که کنشگران (پزشکان و بیماران) چگونه با مشکلات ارتباطی که ناشی از تفاوت‌های فرهنگی‌اند مواجه می‌شوند.

پیشینه پژوهش

در حوزه ارتباط پزشک و بیمار پژوهش‌های زیادی در داخل و خارج از کشور اجرا شده‌اند. موضوعات اصلی مطرح شده در پژوهش‌های خارجی شامل ارتباط پزشک و بیمار در محیط‌های چندفرهنگی (Hudelson, et. al. 2010؛ Gao, Ge.; Villagra, et. al. 2011؛ et. al. 2009)، تجربه بیماران و به‌ویژه بیماران خاص در برخورد با پزشکان (peltola, et. al. 2018؛ Colmenares-Roa, et. al. 2015)، نحوه تعامل میان پزشک و بیمار (Baker, and Farrington, 2011؛ Watson, 2015؛ Merete Alpers, 2016)؛ اعتماد در رابطه پزشک و بیمار (Koponen, et. al. 2011؛ Skirbekk, et. al. 2011) و آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی (Koponen, et. al. 2011).

1. Intercultural Competence

Al, 2014) می‌باشند. در ادامه، از میان پژوهش‌های ذکرشده، به دو مورد که بیشترین نزدیکی را به موضوع مقاله حاضر دارند، به تفصیل اشاره می‌کنیم:

در پژوهشی که با عنوان بیمار و بی‌اعتمادی در مراقبت‌های بهداشتی (سلامت) بین‌فرهنگی در سال ۲۰۱۶ در نروژ اجرا شد، عوامل ایجاد اعتماد میان متخصصان پزشکی و بیماران دارای اقلیت قومی بستری‌شده در بیمارستان‌ها و ارتباط میان فردی پزشکان و افراد دارای فرهنگ‌های متفاوت بررسی گردیدند. جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۰ بیمار مهاجر (۶ زن و ۴ مرد) با میانگین سنی ۵۲ تا ۸۵ سال در یکی از بیمارستان‌های غربی نروژ بود. روش انجام این پژوهش، روش کیفی مصاحبه عمیق و تجزیه و تحلیل همراه با تأویل و تفسیر بود. پژوهش نشان داد که برخی از مصاحبه‌شوندگان ترجیح می‌دادند در نروژ مداوا شوند و در صورت بیماری هنگام سفر به خارج از کشور، به آنجا برمی‌گشتند. برخی دیگر احساس می‌کردند که پزشکان نروژی به اندازه پزشکان کشور مبدأ خود شایسته نیستند و از عدم اطمینان، ناامیدی و بی‌اعتمادی صحبت می‌کردند. چندین مصاحبه‌شونده اظهار داشتند که پزشکان در «کشور قدیمی» بسیار با تجربه‌اند و از دانشمندان نروژی بسیار آگاه‌ترند. یافته‌های این تحقیق به لحاظ ارتباط با مسائل میان‌فرهنگی و همچنین روش انجام کار، با موضوع پژوهش حاضر مطابقت دارد (Merete Alpers, 2016).

پژوهش دیگری در سال ۲۰۱۴، به مقایسه و بررسی مهارت‌های ارتباطی میان دانشجویان پزشکی پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان پزشکی است. این پژوهش با تحلیل محتوا، مصاحبه متمرکز و بررسی داده‌ها به این نتیجه رسیده است که دانشجویان، مهارت‌های ارتباطی‌ای را که برای پزشک لازم است، در چند دسته کلی تقسیم کرده‌اند: نقش پزشک، نقش بیمار، مشارکت و واکنش‌های عاطفی. آنان تأکید داشتند که نخستین موضوع برای پزشک، تمرین نقش برای کسب مهارت‌های بیشتر است. در این میان مجموعه‌ای از عوامل منفی و بازدارنده برای اجرای نقش پزشک هست که داشتن تجربه منفی از حضور پزشک، نداشتن دانش پزشکی و تنش، از جمله این عوامل‌اند. داده‌های این پژوهش از نظر توجه به مهارت‌هایی که برای ایجاد ارتباط مناسب پزشک با بیمار لازم‌اند، با پژوهش حاضر همخوانی و ارتباط دارند (Koponen, et. Al, 2014).

در پژوهش‌هایی نیز که داخل کشور در زمینه ارتباط پزشک و بیمار انجام شده‌اند، موضوعات اصلی مطرح‌شده شامل این مواردند: بررسی میزان ارتباط‌گریزی در رابطه پزشک و بیمار (هاشمی و دیگران، ۱۳۹۵)، نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رابطه پزشک و بیمار (خادم‌الحسینی و دیگران، ۱۳۹۳)، مطالعه الگوهای تعامل میان پزشک و بیمار (غفاری نسب و دیگران، ۱۳۹۶)، خودمحوری گفتار پزشکان و نقش جنسیت در مکالمه پزشک و بیمار

(سلمانیان و دیگران، ۱۳۹۴)، کیفیت و دامنه صدای هم‌نوع در تعامل پزشک و بیمار (ساداتی و دیگران، ۱۳۹۳)، بررسی الگوهای زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و بیمار (شفتعی و زاهدی، ۱۳۹۱)، استیگمازه شدن رابطه پزشک و بیمار و درمان در بیماران مبتلا به اچ. آی. وی (ایدز) (توکل و نیک‌آیین، ۱۳۹۱). در ادامه، به سه مورد از آنها که بیشترین نزدیکی را با مقاله حاضر دارند، با تفصیل بیشتر اشاره می‌کنیم:

خادم‌الحسینی و همکارانش (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرایند درمان»، عوامل اخلاقی و رفتاری پزشکان در نظر پزشکان و بیماران را به صورت مقطعی مطالعه کردند. جامعه آماری آن شامل گروهی از بیماران و دانشجویان پزشکی مقطع بالینی است. این پژوهش که با روش پیمایش و ابزار پرسشنامه انجام شده، به این نتیجه رسیده است که عامل رعایت عدالت توسط پزشک، چه از نظر بیماران و چه از نظر پزشکان، مهمترین عامل در کاهش سرپیچی بیمار از دستورات پزشک است.

هاشمی و همکارانش (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان «بررسی میزان ارتباط‌گریزی و ترس از پزشک در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان» با روش پیمایش درمورد ۱۵۰ بیمار انجام دادند. براساس یافته‌های این تحقیق، ارتباط کلامی مؤثر، با کاهش اضطراب بیمار، زمینه‌ای برای درمان مؤثر فراهم می‌آورد؛ بنابراین هنگام گرفتن شرح حال، پزشکان باید پرسش‌هایی را نه تنها درباره بیماری، بلکه درباره وضعیت روحی و روانی بیمار مطرح کنند.

پژوهش غفاری‌نسب و همکارانش (۱۳۹۶) الگوی تعاملی در میان بیمار و پزشک مبتنی بر نظام معنایی ۲۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اقبال شیراز را با روش کیفی تحلیل چارچوب مطالعه کردند. یافته‌ها حاکی از آنند که اگر بیماران نتوانند به پزشک و یا به عبارت دقیق‌تر جایگاه پزشک اعتماد کنند، مخاطرات ناشی از تهدید جانی آنان در صورت عدم توجه به توصیه پزشک، موجب ناامنی هستی‌شناختی می‌شود (غفاری‌نسب و همکاران، ۱۳۹۶).

در جمع‌بندی پژوهش‌های داخلی و خارجی که مرتبط با موضوع این مقاله‌اند می‌توانیم بگوییم در اکثر این پژوهش‌ها مسئله ارتباط میان پزشک و بیمار و نوعی مخاطب‌شناسی سلامت مطرح بود و تنها در چند مورد مسئله ارتباطات میان فرهنگی وارد بحث ارتباط میان پزشک و بیمار شده بود.

مبانی نظری پژوهش

سیر تکامل ارتباطات سلامت را می‌توانیم در پویای عمومی سلامت که به منظور ترویج

بهداشت و مصونیت در برابر بیماری‌ها در قرون هجدهم و نوزدهم آغاز شد و همچنین در مطالعات اقناعی صورت‌گرفته در جنگ جهانی دوم و پس از آن فعالیت‌های انجام‌شده در زمینه ارتباطات توسعه در دهه ۱۹۷۰ دنبال کنیم. در همان زمان اهمیت ارتباطات در ارائه خدمات بهداشتی و دریافت مراقبت‌های بهداشتی، مبنای ارتباطات سلامت را فراهم کرد که بیشتر تمرکز بر ارتباط میان پزشک و بیمار بود (احمدنیا، ۱۳۹۷: ۲۴). با توجه به مطالب گفته‌شده می‌توانیم سیر تکامل ارتباطات سلامت و موضوع ارتباط میان پزشک و بیمار را درک کنیم.

در زمینه ارتباطات میان فرهنگی اگر بخواهیم به دقیق‌ترین تاریخ شکل‌گیری این حوزه اشاره کنیم، باید به کار ادوارد هال^۱ مراجعه نماییم، زیرا اصول اولیه و الگوواره‌های اساسی ارتباطات میان فرهنگی، در مقاله او با موضوع آموزش میان فرهنگی در آمریکای علمی (۱۹۵۷) و کتابش با عنوان زبان خاموش (۱۹۵۹) آمده‌اند. در آن برهه پنج نکته اساسی در مورد رشته ارتباطات میان فرهنگی به وقوع پیوستند:

۱. عبور از مطالعات تک فرهنگی در سطح جامعه به مطالعات میان فردی و میان فرهنگی^۲؛
۲. تمرکز بر ارتباطات غیرکلامی؛
۳. فهمیدن ناخودآگاهی فرهنگی^۳؛
۴. نسبیت مداری قومی غیرقضاوتی^۴؛
۵. رابطه میان ارتباطات و فرهنگ (گادیکانست، ۱۳۸۳: ۴).

اهمیت کار ادوارد هال نه تنها به لحاظ بنیانگذاری تحقیقات علمی در حوزه ارتباطات میان فرهنگی اهمیت دارد، بلکه از نظر دقت، صحت و مدت فعالیت او نیز قابل توجه است، به طوری که بسیاری از تحقیقات کنونی در حوزه ارتباطات میان فرهنگی، از کارهای او متأثر می‌شوند.

پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه تعامل میان فراهم‌آوردندگان خدمات بهداشتی (پزشکان) و بیماران را در سه مضمون اصلی می‌توانیم دسته‌بندی کنیم:

نخستین مضمون این است که تعامل بین فراهم‌آوردندگان خدمات بهداشتی و بیماران که به «کنترل رابطه‌ای^۵» معروف است، در دست چه کسی است؟ الگوی پدرسالارانه سنتی^۶

1. Edvard Hall
2. Society – Level Monocultural Studies
3. Cultural Unconscious
4. Nonjudgmental Ethnorelativism
5. Relational Control
6. The Patriarchal Model

که پزشکان در آن در جایگاه متخصص، نظارت بیشتری بر تعاملات دارند، در حال تغییر به الگوهای مشارکتی یا بیمارمحور است که بیماران در پی ایفای نقش فعال تر در درمان خود هستند. این شیوه به «ارتباطات بیمارمحور» منجر می شود.

مضمون دوم بر پیامدهای تعاملات میان پزشک و بیمار معطوف است. پژوهش های گسترده ای این واقعیت را به اثبات رسانده اند که ارتباطات میان پزشک و بیمار، بر رضایت بیمار تأثیرگذار است که رضایت بیمار هم با پیروی او از دستورات پزشک، درپیش گرفتن برنامه درمانی متناسب، کاهش تنش، و اکنش های فیزیولوژیک، کاهش طول مدت بستری شدن، بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی او رابطه دارد.

مضمون سوم این است که ملاحظات اخیر درباره عوامل تعیین کننده در اختلافات موجود در مراقبت های بهداشتی، به ارتباط میان خدمات دهنده، بیمار و جستجوی اطلاعات توسط بیمار توجه زیادی دارند (کوپر و روتر ۲۰۰۳، به نقل از احمدنیا، ۱۳۹۷: ۳۱-۳۰). در واقع بیمار در جریان یک تجربه درمانی، با عوامل و مسئولان درمان در ارتباط مستقیم قرار می گیرد.

ارتباط مؤثر پزشک و بیمار، جزء اصلی فرایند مراقبت سلامت است. ارتباط مؤثر پزشک و بیمار می تواند به عنوان منبعی برای انگیزه و حمایت روحی - روانی باشد. مهمترین فواید ارتباط مؤثر میان پزشک و بیمار عبارت اند از:

۱. ارتباط مؤثر، پیروی بیمار از طرح های درمانی تجویز شده را افزایش می دهد؛
۲. ارتباط مؤثر، میزان مراقبت های شخصی و تغییرات رفتاری بیمار را تقویت می کند و با ایجاد باور محکم، در زمینه مراقبت از خود فعال تر خواهد شد؛
۳. ارتباط مؤثر، میزان فهم اطلاعات داده شده توسط پزشک را تقویت می کند؛
۴. ارتباط مؤثر، باعث رضایت مندی بیماران و در نهایت باعث پیشرفت پیامدهای بالینی می شود؛
۵. ارتباط مؤثر، باعث می شود شکایات کمتری از طرف بیماران علیه پزشکان صورت گیرد (معین و عنبری اکمل، ۱۳۸۸: ۷۷).

از جنبه تعهد به اطلاع رسانی در رابطه پزشک و بیمار پیش از شروع یک دوره درمان او و حتی پس از تعهد به افشای اطلاعات و آگاهی از خطراتی است که ممکن است بر اثر تصمیم گیری بیمار در مورد نحوه درمانش به وجود آید که از این موضوع به عنوان مسئله تحصیل رضایت آگاهانه یاد می شود.

بیمار از حق داشتن اطلاعات مناسب برخوردار است و بدون داشتن این اطلاعات، رضایت معتبر آگاهانه برای وی حاصل نمی شود. بنابراین، کوتاهی کردن در دادن اطلاعات کافی به بیمار،

1. Patient-Centered Communication

نوعی نقض قرارداد است که بر پایه آن بیمار می‌تواند برای هرگونه خسارت ایجاد شده اقامه دعوی کند (لطفی، ۱۳۸۸: ۴۰)؛ بنابراین کسانی که در حرفه پزشکی کار می‌کنند، مکلف‌اند درخصوص ماهیت عملیات پزشکی در نظر گرفته شده برای درمان و نیز خطرات و عواقب احتمالی آن، به بیماران خود اطلاعات بدهند.

در نتیجه اگر بخواهیم رابطه پزشک و بیمار را در محیط چندفرهنگی بررسی کنیم، متوجه می‌شویم جنبه‌ها و عوامل متعددی بر کیفیت این رابطه تأثیرگذارند. یکی دیگر از مهمترین مباحث در رابطه پزشک و بیمار در محیط چندفرهنگی، ارتباط میان فرهنگی در محیط درمان است، در یک تعریف موجز از ارتباطات میان فرهنگی می‌توانیم بگوییم ارتباطات میان فرهنگی به کنش متقابل انسان‌ها از فرهنگ‌های گوناگون مربوط می‌شود. این کنش متقابل هم در سطح میان فردی و هم در سطح ملی صورت می‌پذیرد. هنگامی که افراد از فرهنگ‌های متفاوت با هم ارتباط برقرار می‌کنند، روابط آنان می‌تواند آکنده از فشار، بی‌اعتمادی و غیرمفید باشد (رضی، ۱۳۷۷: ۱۴۹) و دقیقاً در همین قسمت از فرایند ارتباط است که ممکن است دو طرف دچار چالش‌های میان فرهنگی و کج‌فهمی از صحبت‌های یکدیگر شوند. در شبکه روابط بین دو شخص مانند پزشک و بیمار، دو فرد با دو فرهنگ مجزا و دور از هم و زمینه‌های فرهنگی کاملاً متفاوت و دور از هم ممکن است دچار اختلال در فرایند ارتباطشان که همان درمان است شوند.

با جمع‌بندی مباحث یادشده می‌توانیم بگوییم در زمینه رابطه پزشک و بیمار، الگوهای ارتباطی متفاوتی وجود دارند؛ مانند الگوهای مشارکتی^۱، هدایتی^۲ و یا والدینی^۳. با بررسی الگوهای ارتباطی حاکم بر رابطه پزشک و بیمار پیش‌بینی می‌شود اساساً نظام درمانی متمایل به الگوهای پزشک‌محور و یا همان الگوهای پدرسالارانه و سنتی درمان باشد. در الگوهای پزشک‌محور و پدرسالارانه، پزشک در جایگاه یک کنشگر فعال و بیمار در جایگاه یک کنشگر منفعل دریافت‌کننده خدمات درمانی است. در واقع طبق این الگوها، مانند الگوی بیومدیکال، پزشک در جایگاه یک فرد صاحب فن قرار می‌گیرد و مداخله بیمار در روند درمان، در پایین‌ترین سطح قرار دارد و بیمار، نظرات پزشک را تمام و کمال قبول می‌کند و در واقع حاکمیت ارتباطی از آن پزشک و سهم پزشک از ارتباط، بسیار بیشتر از سهم بیمار است.

1. Participatory
2. Guidance
3. Parental

جدول ۱. الگوهای حاکم بر ارتباط پزشک و بیمار

الگوهای پزشک محور	الگوهای هدایتی (راهنمایی پزشک)	الگوهای مشارکتی (توجه به خواست و حالات بیمار)
الگوی بیومدیکال	الگوی همکاری-هدایت	الگوی بیوسایکوسوشیال
الگوی فعال-منفعل	الگوی آگاه‌کننده	الگوی مشارکت متقابل
الگوی پدرسالارانه (والدینی)	الگوی تفسیری	الگوی مشورتی

بنابراین حدس اولیه درباره نظام درمانی این است که این نظام، مبنی بر الگوهای پدرسالارانه و پزشک محور کار می‌کند. حال اگر این الگو را در فضای چندفرهنگی درمان در نظر بگیریم، کارکردهای آن باعث ایجاد اختلالاتی در روند درمانی در محیط‌های چندفرهنگی خواهند شد.

شیوه ارتباطی پدرسالارانه و پزشک محور وقتی در یک محیط چندفرهنگی حاکم می‌شود، نمی‌تواند تمام نیازهای اطلاعاتی، اجتماعی، فرهنگی و روانی را برای پزشک و بیمار برآورده کند. زمانی که پزشک از جایگاه برتر به بیمار نگاه می‌کند، به دلیل اختلافات فرهنگی و یا تفاوت در گویش و زبان نمی‌تواند ارتباط مناسبی را با بیمار برقرار نماید و قطعاً در تشخیص بیمار و روند درمانی اختلال و انسداد به وجود می‌آید، یا دست‌کم روند درمان کند می‌شود و در نتیجه این موضوع بر ذهنیت بیمار و در نهایت اعتماد او به پزشک و فرایند درمان تأثیرگذار است و بار روانی منفی را برای بیمار به دنبال دارد. از نظر اطلاعاتی و ارتباطی نیز زمانی که بیمار حس کند فاصله زیادی از پزشک دارد و اطلاعات کافی و لازم از فرایند درمان و بیماری‌اش را نمی‌تواند از صحبت‌های پزشک دریافت کند، اعتماد او خدشه دار می‌شود و ممکن است روند درمانش با چالش روبه‌رو شود.

از جنبه‌های دیگر فرهنگی نیز زمانی که برای مثال، زبان و گویش بیمار با پزشک متفاوت باشد و بیمار نتواند منظور خود را به‌طور کامل به پزشک برساند و پزشک هم تلاشی برای برقراری ارتباط با فرهنگ و زبان متفاوتی که بیمار دارد انجام ندهد، چالش ارتباطی در این رابطه حاکم می‌شود و تجربه درمانی منفی را برای بیمار رقم می‌زند. در واقع با ورود ارتباطات میان فرهنگی و اضافه شدن مسئله توانش فرهنگی، این اختلافات و چالش‌ها تشدید می‌شوند تا جایی که ممکن است بر اثر اختلال ارتباطی، اصلاً ارتباط اتفاق نیفتد و رابطه پزشک و بیمار شکل نگیرد.

بنابراین، می‌توانیم تأثیر توانش فرهنگی را در رابطه پزشک و بیمار به راحتی مشاهده کنیم. در این زمینه، هرچقدر بیمار راحت‌تر و بدون چالش بتواند با پزشک خود ارتباط برقرار کند، تبعیت

بیمار از دستورات پزشک بیشتر و در نتیجه درمان صحیح تر و سریع تر انجام می شود و رضایت دو طرف ارتباط بیشتر خواهد بود. توانش فرهنگی در خیلی از اشکال ارتباط در زندگی روزمره مهم و تأثیرگذار است و حضور آن را حس می کنیم. مثلاً زمانی که یک بیمار با یک قومیت و زبان متفاوت برای معالجه به پزشک مراجعه می کند و نمی تواند حس واقعی و حالاتش را برای پزشک بازگو کند و ارتباط مناسبی برقرار کند و از طرفی پزشک هم توانایی برقراری سطح بالایی از ارتباط با این فرد را ندارد، چالش توانش فرهنگی در ارتباط میان این دو نفر پیش می آید که سوءمدیریت این چالش می تواند مشکلات فراوانی را در جریان تجربه درمان برای دو طرف به وجود آورد.

روش پژوهش

در این مقاله از سبب کیفی و روش مصاحبه نیمه عمیق ساخت یافته برای مصاحبه با بیمارانی که تجربه درمان در بیمارستان های دولتی آموزشی شهر تهران را داشته اند و اختلال ارتباطی در روند درمان و بیماریشان را تجربه کرده اند و دارای قومیت های متفاوت و گویش ها و زبانهای متفاوت بوده اند از طرفی و از طرف دیگر با پزشکان، متخصصان و رزیدنت ها و اینترن های بیمارستان های دولتی و آموزشی تهران استفاده می شود که در نهایت به شناسایی چالش ها و اختلالات ارتباطی و نواقص ارتباطی در رابطه پزشک و بیمار منتهی می گردد.

جامعه آماری پژوهش این مقاله شامل دو دسته کنشگر است. دسته اول بیمارانی هستند که تجربه درمان و بستری در بیمارستان های دولتی شهر تهران را در سال ۱۳۹۸ داشته اند و همچنین از قومیت هایی با زبانها و گویش ها و لهجه های متفاوت اند. دسته دوم شامل پزشکان، رزیدنت ها، متخصصان و اینترن هایی است که تجربه برخورد و ارتباط با بیماران فرهنگ های گوناگون و متفاوت را در بیمارستان های دولتی شهر تهران داشته اند. نمونه گیری این پژوهش به روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند و گلوله برفی انجام می شود و حجم نمونه با توجه به مطالعه انجام شده ۲۵ نفر است که شامل ۱۵ نفر از بیماران و ۱۰ نفر از پزشکان است.

در میان بیمارانی که مصاحبه با آنها انجام شد، ۱۰ نفر مؤنث و ۵ نفر مذکر بودند و در رده سنی ۳۰ الی ۶۰ سال قرار داشتند. از پزشکان و اینترن هایی که با آنها مصاحبه صورت گرفت، ۵ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند.

در بخش مصاحبه، باید دو دسته از افراد و کنشگرها با ویژگی های متفاوت انتخاب می شدند. در دسته مصاحبه با بیماران، مصاحبه در دو بیمارستان دولتی و آموزشی امام خمینی و رازی در تهران انجام شده و در دسته مصاحبه با پزشکان، مصاحبه بیشتر موارد در مطب خصوصی پزشک و بیمارستان، یک مورد در منزل شخصی پزشک و یک مورد هم در

کافی شاپ انجام شده است.

در هر مصاحبه، مصاحبه‌کننده علاوه بر پرسش‌های مصاحبه، اطلاعات مربوط به فضا و محیط مصاحبه، خصوصیات رفتاری، ظاهری، زبانی و حتی طرز پوشش مصاحبه‌شونده را نیز یادداشت کرده‌است تا در مرحله تدوین گزارش و نتیجه‌گیری از آنها استفاده شود و در ادامه، نحوه گردآوری و انتخاب داده‌ها برای هرگروه به تفکیک توضیح داده شده است. همچنین برای رعایت اخلاق در این مطالعه، پژوهشگر سعی کرده با رعایت قوانین و حفظ حقوق مصاحبه‌شوندگان، اخلاق در تحقیق را به صورت عینی و ملموس رعایت کند.

در ابتدای هر مصاحبه، اطلاعات کاملی از مشخصات پژوهشگر و موضوع پژوهش و دلایل و اهداف انجام پژوهش به مصاحبه‌شونده داده شده است و پژوهشگر برای ضبط صدای مصاحبه‌شونده ابتدا از او اجازه گرفته و سپس این اطمینان را به او داده است که صدا و اطلاعات شخصی مصاحبه‌شونده نزد پژوهشگر کاملاً محفوظ می‌ماند و در هیچ یک از مراحل پژوهش منتشر نمی‌شود. همچنین این اطمینان به مصاحبه‌شونده داده شده است که در هر مرحله از مصاحبه که تمایل به ادامه همکاری نداشت و از ادامه همکاری منصرف شد، تمامی اطلاعات و مشخصات مصاحبه‌شونده پاک شود. این موارد در تمامی روند گرفتن مصاحبه از هر دو گروه، یعنی پزشکان و بیماران رعایت شده‌اند و محقق تمام سعی و تلاش خود را به کار گرفته‌است تا اخلاق در تحقیق به بهترین نحو آن اجرا شود.

برای فرایند کدگذاری ابتدا با بررسی متن مصاحبه‌ها، ۲۰۰ کد از مصاحبه با بیماران و ۱۷۰ کد از متن مصاحبه با پزشکان و اینترن‌ها استخراج و با استفاده از نرم افزار مکس کیودا تحلیل شدند و در نهایت کدهای توصیفی مصاحبه با بیماران به ۱۰ کد کلی ترذیل عنوان کد تفسیری و در نهایت به ۳ کد فراگیر تبدیل شدند. در قسمت مصاحبه با پزشکان و اینترن‌ها، کدهای توصیفی به ۱۲ کد تفسیری و در نهایت به ۳ کد فراگیر تبدیل شدند.

برای رعایت پایایی و قابلیت اعتماد در این مطالعه، چند نکته مورد توجه قرار گرفته‌اند: تشریح جزئیات و روش تحقیق: در این قسمت سعی شده تمامی اطلاعات مرتبط با روش تحقیق و جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری به طور کامل توضیح داده شود تا ابهامی در مورد مسائل مرتبط با روش تحقیق در ذهن خواننده باقی نماند.

بررسی و پایش متن مصاحبه‌ها: برای پیاده کردن متن مصاحبه‌ها پژوهشگر دقت بالایی داشته و متن مصاحبه‌ها به دقت بررسی و پس از پیاده شدن دوباره توسط محقق خوانده و با فایل صوتی مطابقت داده شده‌اند تا خطایی در پیاده شدن متن مصاحبه‌ها رخ ندهد.

پایش کدگذاری: نویسندگان مقاله در تمام مراحل کدگذاری و هنگام استفاده از نرم افزار مکس کیودا دقت کافی را اعمال کرده‌اند و در تمامی کدها و مراحل، کدگذاری به وضوح قابل

مشاهده و به‌طور منظم دسته‌بندی و نگهداری شده است که به افزایش پایایی و قابلیت اعتماد پژوهش کمک بالایی می‌کند.

برای اشاره به روایی در این مطالعه نیز چند نکته قابل ذکرند که در ادامه به آنها می‌پردازیم: مقایسهٔ دایم: در بخش مصاحبه‌ها سعی شده است که کدگذاری‌ها به‌دقت انجام و کدهای جدید با کدهای اولیهٔ مقایسه و ارزیابی و بررسی شوند. تمامی کدها و مراحل کدگذاری تفسیری و فراگیر به‌دقت انجام شده‌اند که این موارد، دقت و اعتبار پژوهش را تا حد بالایی تضمین می‌کنند.

یادداشت‌های میدانی و شواهد در زمان مصاحبه: استفادهٔ مناسب از نقل‌قول‌ها و یادداشت‌های میدانی در زمان انجام مصاحبه‌ها و توصیف فضای مصاحبه و ویژگی‌های ظاهری مصاحبه‌شونده، از جمله راه‌های افزایش اعتبار در پژوهش‌های کیفی‌اند. در قسمت تحلیل داده‌ها نیز برای توضیح بیشتر و مفهوم‌شدن کدگذاری، نقل‌قول‌هایی از متن مصاحبه آورده شده‌اند که به مستند شدن تحلیل داده‌ها و افزایش اعتبار پژوهش کمک می‌کنند.

یافته‌های پژوهش

در این بخش به یافته‌های پژوهش می‌پردازیم. در قسمت اول، کدگذاری‌های مصاحبه‌هایی که با بیماران انجام شده‌اند تحلیل و بررسی و دسته‌بندی می‌شوند و در قسمت دوم، به بررسی کدها و تحلیل یافته‌های مرتبط با مصاحبهٔ پزشکان پرداخته‌ایم و در قسمت نتیجه‌گیری، مقایسه و جمع‌بندی از این تحلیل‌ها ارائه خواهد شد.

الف) دیدگاه بیمار نسبت به پزشک: دیدگاه بیمار را نسبت به پزشک می‌توانیم در سه جنبهٔ اصلی بررسی کنیم:

کد فراگیر ۱: اختلال ارتباطی. اطلاعاتی

کد فراگیر ۲: اقتدار درمانی پزشک

کد فراگیر ۳: اختلال در ارتباطات میان فرهنگی

نخستین کد فراگیری که در دیدگاه بیمار نسبت به پزشک بررسی می‌شود، اختلالات ارتباطی و اطلاعاتی‌ای هستند که از دیدگاه بیماران، در رابطهٔ پزشک و بیمار وجود دارند. رضایت بیمار از رفتار و نحوهٔ برقراری ارتباط پزشک با او و نحوهٔ اطلاع‌رسانی، یکی از مهمترین معیارهای تجربهٔ درمانی موفق و مناسب است. زمانی که یک پزشک رفتار ارتباطی مناسب و معقولی را با بیمار برقرار کند، بیمار اعتماد بیشتری را نسبت به پزشک و در واقع کل فرایند درمان پیدا می‌کند و تجربهٔ خوشایندی از فرایند درمان در ذهن او باقی می‌ماند.

بیشتر بیماران از کم‌حرفی پزشکان و ضعف و کاستی‌های پزشک در برقراری ارتباط با

ارتباط پزشک و بیمار در شبکه روابط میان فرهنگی

بیماری که دارای تفاوت‌های فرهنگی است ناراضی بودند. «من واقعاً ناراحت شده بودم. دکتر اصلاً به چیزهایی که من می‌گفتم توجه نداشت. خودش می‌گفت و خودش هم روی دفترچه دارو می‌نوشت. اصلاً چیزهایی را که من می‌گفتم گوش نمی‌کرد که بخواهد جوابی بدهد» (خدیجه ۵۱ ساله از ساری).

خودمحوری و بی‌توجهی پزشک به صحبت‌های بیمار و ضعف در اطلاع‌رسانی نیز عوامل مهم دیگری در اختلالات و چالش‌های ارتباطی، اطلاعاتی میان پزشک و بیمار از نظر بیماران بودند.

جدول ۲. اختلال ارتباطی، اطلاعاتی در دیدگاه بیمار نسبت به پزشک

کدهای تفسیری	کدهای توصیفی	کد فراگیری: اختلال ارتباطی-اطلاعاتی
عدم تعامل	کم حرفی پزشک سؤال نپرسیدن از بیمار بی‌توجهی به بیمار پس از عمل	
خودمحوری پزشک	بی‌توجهی به نظرات بیماران وادار کردن پزشک برای پذیرش نظراتش توسط بیمار	
اختلال اطلاعاتی	اطلاع‌رسانی با شیوه نامناسب پنهان کردن واقعیت از بیمار عدم دریافت اطلاعات کافی از سوی پزشک	
رفتار ارتباطی همکاران درمان	رفتار خوب به دلیل ترس از حضور پزشک عدم پاسخگویی بی‌حوصلگی	
قصور پزشکی و تشخیص نادرست	تنش وارد کردن به بیمار برجای ماندن تجربه تلخ در ذهن بیمار	
زبان تخصصی پزشک	تلاش بیمار برای جستجوی اطلاعات درک نکردن صحبت‌های پزشک	
اقتصاد درمان	رعایت وضعیت مالی بیمار نارضایتی بیمار از خدمات رفاهی بیمارستان تفاوت‌های رفتاری در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی انتخاب بیمارستان دولتی به دلیل مسائل مالی	

دومین کد فراگیری که در رابطه پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد، مسئله اقتدار درمانی و یا به عبارت دیگر، هیبت و فرهنگندی پزشک است. در واقع با توجه به الگوی پدرسالارانه میان پزشک و بیمار، می‌توانیم اقتدار درمانی پزشک را کاملاً تبیین کنیم. مهمترین مقوله در زمینه اقتدار درمانی پزشک از دیدگاه بیمار، مسئله اعتماد میان پزشک و

بیمار است. اعتماد به پزشک و حرفه‌ای او، یکی از عوامل مهم در فرایند درمان است. تقریباً تمامی بیمارانی که مصاحبه با آنها انجام شد، اعتماد بالایی به حرفه‌ها و گفته‌های پزشک معالیشان داشتند. «من قطعاً حرف پزشکم برایم ترجیح دارد؛ یعنی می‌توانم بگویم ۱۰۰ درصد به حرفش گوش می‌دهم، حتی اگر هرکس دیگر هم چیزی بگوید، یا خودم هم راه درمانی بدانم که مثل حرفه‌های پزشکم نباشد، ولی باز ترجیحم نظر و حرف دکتر است» (فاطمه ۳۶ ساله از خوی). آنها در بیشتر مواقع به گفته‌ها و تذکرات پزشک اعتقاد و اطمینان کامل داشتند و نظر پزشک معالیشان را بر نظر هر فرد دیگری و همچنین نظر خودشان مقدم می‌دانستند.

جدول ۳. اقتدار درمانی پزشک در دیدگاه بیمار نسبت به پزشک

کدهای توصیفی	کد تفسیری	کد فراگیر ۲: اقتدار درمانی پزشک
اعتماد ۱۰۰ درصدی تمام پاسخگویان به پزشک اعتماد کامل به تخصص داشتن و مهارت پزشک	اعتماد به پزشک	

سومین و آخرین کد فراگیری که در رابطه میان پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران بررسی و تحلیل می‌شود، مسئله اختلال در ارتباط میان فرهنگی و در واقع بررسی مسئله توانش فرهنگی در رابطه پزشک و بیمار است. با توجه به کدها و تجربیات بیماران، می‌توانیم این موضوع را مطرح کنیم که به طور طبیعی، در ارتباط میان پزشک و بیمار اختلالاتی وجود دارند و این ارتباط در بسیاری از مواقع، حتی در مواردی که اختلاف فرهنگی میان پزشک و بیمار کم‌رنگ است، دچار چالش و اختلال است؛ ولی در شرایط چند فرهنگی و هنگامی که پزشک و بیمار باید در شرایطی که دارای اشتراکات فرهنگی زیادی نیستند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و فرایند درمان را طی نمایند، اختلال و چالش در این ارتباط شدت پیدا می‌کند و به عنوان یک عامل مهم و کلیدی در اختلال ارتباطی میان پزشک و بیمار شناخته می‌شود. برخی از بیماران از این موضوع شکایت داشتند که در رابطه با پزشک، به دلیل تفاوت در گویش و زبان‌شان دچار مشکل و اختلال شده‌اند. آنها معتقد بودند هنگامی که پزشک متوجه منظور آنها نمی‌شد و یا به سختی می‌توانست منظور بیمار را بفهمد، سریع‌تر به معاینه و ویزیت ادامه می‌داد و دارو می‌نوشت و این موضوع باعث ایجاد این حس در بیمار شده بود که ممکن است پزشک به درستی متوجه بیماری و منظور بیمار نشده باشد و شک و تردید را در دل بیمار ایجاد می‌کرد. «پدرشوهر من خیلی خوب نمی‌تواند فارسی حرف بزند؛ می‌تواند، ولی روان حرف نمی‌زند. نخستین بار که تنها نزد دکترش رفته بود، اصلاً نتوانسته بود چیزی

ارتباط پزشک و بیمار در شبکه روابط میان فرهنگی

بگوید. بنده خدا می‌گفت اصلاً دکترم نمی‌دانم متوجه منظورم شد یا نه؟ دکترش هم برایش دارو نوشته بود. حال دیگر نمی‌دانم چه جور تشخیص داده بود. چون من هم نبودم، یعنی کسی همراهش نرفته بود تا به دکتر مشککش را توضیح بدهد» (فاطمه ۳۶ ساله از خوی). در واقع اگر بیمار حس کند که پزشک به درستی متوجه مشکلات و بیماری او شده است و تلاش خود را برای برقراری با بیمار می‌کند و راهی برای برقراری ارتباط با مناسب با بیماری که اشتراکات فرهنگی بالایی با او ندارد پیدا می‌کند، به روند درمان و تشخیص و نظریات پزشک مطمئن‌تر و خوشبینانه‌تر می‌نگرد.

جدول ۴. اختلال در ارتباطات میان فرهنگی در دیدگاه بیمار نسبت به پزشک

کدهای توصیفی	کدهای تفسیری	کد فراگیر ۳: اختلال در ارتباطات میان فرهنگی
رفتار تند و بدرفتاری پزشک بی توجهی پزشک به لهجه و گویش بیمار	توانش زبانی و فرهنگی	
معطلی بیمارانی که از شهرها و مسافت‌های دور می‌آیند. بی توجهی به خستگی و شرایط نامناسب بیماران شهرستانی برای معاینه	شیوه معاینه بیمار	

(ب) دیدگاه پزشک نسبت به بیمار

دیدگاه پزشک نسبت به رابطه با بیمار را در سه جنبه کلی می‌توانیم بررسی کنیم:

کد فراگیر ۱: اختلال ارتباطی. اطلاعاتی

کد فراگیر ۲: اقتدار درمانی پزشک

کد فراگیر ۳: اختلال در ارتباطات میان فرهنگی

اولین کد فراگیری که در زمینه دیدگاه پزشک نسبت به ارتباط با بیمار بررسی می‌شود، اختلال ارتباطی. اطلاعاتی. اطلاعاتی پزشک با بیمار است. در رابطه پزشک و بیمار، مهمترین مسئله‌ای که تأثیر بسزایی بر کیفیت روند درمان و موفقیت یک تجربه درمانی دارد، کیفیت ارتباطی است که توسط پزشک با بیمار و بالعکس برقرار می‌شود.

در زمینه اهمیت زمان و وقت گذاشتن پزشک برای بیمار و صحبت کردن به زبان ساده و عدم به کارگیری زبان تخصصی و پیچیده در تعامل میان پزشک و بیمار و آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان، تقریباً بیشتر پزشکان عقیده داشتند که این مسائل در رابطه پزشک و بیمار بسیار مهم و تعیین‌کننده‌اند و باید توسط مسئولان درمان به‌ویژه شخص پزشک رعایت شوند. «حُب؛ زمان گذاشتن برای بیمار به نظرم کاملاً به شرایط زمانی بستگی دارد؛ یک زمانی هست که ساعت اوج پذیرش بیمار است و تعداد مریض خیلی بالاست و دکتر با

اینترن هم کشیک و شیفت شب است و خیلی خستگی زیاد است و می بینی هم زمان که در حال معاینه ای، تعداد زیادی مریض هم پشت در هستند و خیلی هم عصبانی و ناراحت اند؛ بنابراین آن زمان قطعاً پزشک وقت کمتری برای برقراری ارتباط با بیمارش دارد» (کوثر، ۲۶ ساله، اینترن)؛ اما در عمل، آنچه که بیماران در این زمینه عقیده دارند، کاملاً متفاوت و نشان دهنده نارضایتی از برخورد پزشک و نحوه اطلاع رسانی به بیمار در طول درمان است.

جدول ۵. اختلال ارتباطی. اطلاعاتی در دیدگاه پزشک نسبت به بیمار

کدهای تفسیری	کدهای توصیفی	کد فراگیر ۱. اختلال ارتباطی. اطلاعاتی
زمان و اختلال ارتباطی	زمان گذاشتن برای بیمار، مهمترین بخش درمان وقت گذاشتن بیشتر برای اقشار خاص ارتباط با بیمار تا زمان تشخیص نهایی و مناسب	
خلاً آموزش دانشگاهی	کمبود واحدهای در نظر گرفته شده برای دانشجویان پزشکی	
نحوه رفتار پزشک	لزوم خوش رفتاری و مهربانی با بیمار لزوم همکاری مسئولان درمان در بروز رفتار مناسب	
زبان تخصصی پزشکی	عامل اختلال در ارتباط با بیمار لزوم ساده گویی پزشک در فرایند درمان	
اهمیت برقراری ارتباط	ارتباط با بیمار مهمترین بخش درمان فراهم کردن زمینه ارتباط وظیفه پزشک و کادر درمان	
اختلال ارتباطی	لزوم اطلاع رسانی مناسب به بیمار اطلاع رسانی جزء اخلاقی و مهم درمان ظرفیت بیمار عامل مهم تعیین کننده	
مشارکت بیمار	توجه به صحبت ها و نظرات بیمار توجه و سنجش راههای درمانی پیشنهاد شده توسط بیمار	

دومین کد فراگیری که در ارتباط میان پزشک و بیمار از دیدگاه پزشکان وجود دارد، مسائل مرتبط با ارتباط پزشک و بیمار در محیط چندفرهنگی است. در زمینه اعتماد به پزشک، اعتقادی که در میان بیشتر پزشکان وجود داشت این بود که اعتماد فرایند دوطرفه است، ولی فراهم کردن زمینه آن وظیفه پزشک است. در واقع پزشک باید با رفتار و نحوه برقراری ارتباط با بیمار، زمینه ساز اعتماد بیمار شود. این دسته که تقریباً تعداد بیشتر پزشکان مورد مصاحبه را تشکیل می دادند، عقیده داشتند که پزشک با رفتار خود می تواند

ارتباط پزشک و بیمار در شبکه روابط میان فرهنگی

اعتماد بیمار را زیاد و کم کند، یا حتی از میان ببرد. پزشک با خوش رفتاری و در جریان قراردادن بیمار و ارتباط مناسب می تواند زمینه ساز اعتماد بیمارش باشد و در واقع وظیفه اصلی اعتمادسازی در رابطه پزشک و بیمار، برعهده پزشک است. در زمینه نگاه پدرسالارانه یا قدرت محور پزشک به بیمار، بیشتر پزشکان معتقد بودند که نگاه از بالا به پایین به بیمار، موجب فاصله گرفتن بیمار از پزشک می شود و در نهایت ممکن است اعتماد بیمار نسبت به پزشک کاهش پیدا کند. «بینید به نظرم نه واقعاً نباید این جور باشد که پزشک در مقام یک دانای کل و بیمار محکوم به پذیرفتن همه چیز باشد. اصولاً به نظر من نباید طبقه بندی بالا و پایین میان پزشک و بیمار وجود داشته باشد و ریشه خیلی از همین اختلافات و چالش هایی که مدنظر بحث شماست، در همین موضوع نهفته است که پزشک کاملاً نگاه مسلط و سلطه گرانه به بیمارش داشته باشد و به نظرم همین موضوع، شروعی برای بی اعتمادی و دلزدگی بیمار از فرایند درمان و در نگاه کلان تر نظام سلامت کشور می شود» (سیدمهدی، ۴۵ ساله، متخصص گوش و حلق و بینی). در واقع در این عقیده، پزشک معتقد است باید به ساده ترین حالت ارتباطی و در واقع خودمانی و راحت با بیمار وارد ارتباط شود تا بتواند اعتماد بیمار را جلب کند. در این دیدگاه، نگاه از بالا به پایین و پدرسالارانه پزشک پذیرفته نیست و پزشک نباید خود را در جایگاه بالاتری نسبت به بیمار ببیند؛ بنابراین طبق نظرات این دسته، پزشک و بیمار هم سطح هم شناخته می شوند و بیمار دقیقاً انسانی هم درجه پزشک است که به دلیل تخصص و مهارت پزشک در زمینه درمان، به او مراجعه کرده است.

جدول ۶. اقتدار درمانی پزشک در دیدگاه پزشک نسبت به بیمار

موضوعات کلی	نکات مهم مطرح شده
کد فراگیر ۲: اقتدار درمانی پزشک	فرایند دوطرفه پزشک زمینه ساز اعتماد بیمار است.
	موجب فاصله گرفتن بیمار

آخرین کد تفسیری که در زمینه نظرات پزشکان نسبت به رابطه با بیمار بررسی می شود، مسئله اختلال در ارتباطات میان فرهنگی است؛ یعنی زمانی که پزشک در فرایند درمان با بیماری ارتباط برقرار می کند که دارای تفاوت های فرهنگی مانند گویش، تفاوت قومیتی و ... و تفاوت های زیادی در زمینه سطح تحصیلات با یکدیگرند. در واقع رفتار پزشک و نحوه مدیریت چالش هایی احتمالی که ممکن است در این زمینه پیش آید، بر اعتماد بیمار و اقتدار پزشک در

ذهن بیمار تأثیرگذار است. «سطح سواد بیمار کاملاً در رابطه‌اش با پزشک تأثیرگذار است و شاید حتی اهمیتش اندازهٔ فرهنگ هم باشد. مثلاً پسر بچه‌ای بود که عفونت مفصل ران داشت. این عفونت‌ها اگر درمان نشوند، ممکن است که اختلاف طول اندام بدهند و به خون بیمار برسند. استاد یک بیمار این‌گونه داشت و مادر مریض از صبح تا شب می‌پرسید که کی ترخیص می‌شود؛ یعنی متوجه مشکلش نبود و متوجه عمق موضوع نبود. حق می‌دهم که متوجه جدیت موضوع نباشند. من خودم اگر پزشکی نخوانده بودم، خیلی چیزها را نمی‌دانستم. یک بیمار دیگر خونریزی مغزی داشت و دکتر کاملاً توضیح داد که وی خونریزی مغزی دارد و اگر پایش را از در بیرون بگذارد، خواهد مرد؛ یعنی این را کاملاً به خانواده گفته بود. خانواده کاملاً رضایت شخصی داده بودند و بیمارشان را برده بودند» (کوثر، ۲۶ ساله، اینترن).

در زمینهٔ توانش زبانی و شرایط چند فرهنگی در محیط درمان، بیشتر پزشکان در تجربه‌های ارتباطی خود در روند درمان، ارتباط با ایما و اشاره و صحبت به زبانی غیر از زبان خودشان را تجربه کرده بودند: «خیلی پیش آمده که با زبان دیگری صحبت کنم؛ مثلاً چون ترک زبان اینجا زیاد است، با اینکه خودم ترک نیستم، ولی کاملاً مسلط شدم. اگر هم زبانی باشد که متوجه نشوم، از اینترن‌ها یا همراه بیمار یا پرستارها و خلاصه کسی که بتواند منظور بیمار را متوجه شود کمک می‌گیرم. بارها این مورد برایم پیش آمده» (علیرضا، ۷۷ ساله، متخصص کودکان). این گروه معتقد بودند یک پزشک، برای ایجاد فضای درمانی مناسب و سریع تر شدن روند درمان و همچنین احترام قائل شدن برای بیمار، باید بتواند با انواع گروه‌های مختلفی که به او مراجعه می‌کنند، ارتباط خوب و سازنده‌ای برقرار کند؛ در غیر این صورت روند درمان قطعاً با چالش و اختلال مواجه خواهد شد و همچنین یک بیمار زمانی که حس کند نمی‌تواند شرح حال خود را به راحتی به پزشک معالجش منتقل کند و در برقراری ارتباط با او دچار مشکل باشد، قطعاً حس خوبی به فرایند درمان و ارتباط با پزشک ندارد و ممکن است اعتماد او به پزشک خدشه دار شود و این موضوع ممکن است بر مراجعات بعدی او به پزشک نیز تأثیر زیادی داشته باشد. در زمینهٔ تأثیر مسائل اقتصادی و سطح تحصیلات بیمار در روند تعامل با پزشک، تقریباً تمامی پزشکان و اینترن‌های مورد مصاحبه معتقد بودند که اینکه بیمار چه سطح مالی و درآمدی داشته باشد، بر رفتار او با پزشک و حتی مشکلاتی که برای آن به پزشک مراجعه می‌کند متفاوت است. پزشکان از تجربیات خود می‌گفتند که حتی بیمارستان‌هایی که در شمال شهر و جنوب شهرند، از نظر نوع افراد مراجعه‌کننده و کیفیت رابطهٔ پزشک و بیمار، کاملاً با یکدیگر متفاوت‌اند و فاصلهٔ زیادی دارند. در واقع دغدغهٔ بیماران مهمترین تفاوت آنها در این زمینه است. بیمارانی که سطح درآمد بالایی دارند، دغدغه‌های فرعی دارند و شاید برای مسائلی که خیلی محوری و مهم نیستند به پزشک مراجعه می‌کنند. در زمینهٔ تجربهٔ اختلال و انسداد ارتباطی، بیشتر پزشکان وقتی از آنها پرسش می‌شد که آیا تجربهٔ انسداد ارتباطی در محیط چند فرهنگی را

ارتباط پزشک و بیمار در شبکه روابط میان فرهنگی

داشته‌اید یا خیر؛ خیلی سریع و بدون مکث پاسخ می‌دادند خیر؛ زیرا معتقد بودند که مهارتشان در ارتباط آن قدر در سطح بالایی قرار دارد که امکان ایجاد کوچکترین اختلال در فرایند ارتباطشان با بیمار وجود ندارد. در واقع پزشکان معتقد به وجود اختلال و انسداد ارتباطی در ارتباط میان پزشک و بیمار بودند، اما در مورد خودشان این موضوع را قبول نداشتند.

جدول ۷. اختلال در ارتباطات میان فرهنگی در دیدگاه پزشک نسبت به بیمار

نکات مهم مطرح شده	موضوعات کلی	کد فراگیر ۳: اختلال در ارتباطات میان فرهنگی
لزوم توانایی پزشک به برقراری ارتباط با بیماران متفاوت از نظر زبان و گویش کمک‌گرفتن از همکاران درمان برای درک زبان و گویش بیمار	توانش زبانی	
تفاوت رفتار بیماران با توجه به سطح مالی و محل زندگی تفاوت در درک صحبت‌های پزشک و اطاعت از دستورات درمان پزشک با توجه به سطح تحصیلات	تحصیلات و اقتصاد	
به دلیل مهارت‌های ارتباطی پزشک وجود ندارد. پزشک با مدیریت مناسب، انسداد ارتباطی را مهار می‌کند.	انسداد ارتباطی	

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به جمع‌بندی مباحث و کدگذاری‌ها و نظریاتی که پزشکان و بیماران درباره موضوع ارتباط پزشک و بیمار داشتند، مقایسه‌ای از نظریات پزشکان و بیماران با توجه به کدهای فراگیر به دست آمده ارائه می‌شود.

در زمینه نخستین کد فراگیر و مسائل و موضوعات مرتبط با اختلال ارتباطی اطلاعاتی، بیشتر بیماران از عدم تعامل و کم‌حرفی پزشک در فرایند درمان شکایت داشتند، در حالی که پزشکان برقراری ارتباط با بیمار را مهمترین عامل موفقیت درمان می‌دانستند. بسیاری از بیماران از خود محوری پزشکان در فرایند ارتباط با بیمار و بی‌توجهی به نظرات بیماران ناراضی بودند و شکایت داشتند، در حالی که بیشتر پزشکان عقیده داشتند مشارکت بیمار در فرایند درمان و برقراری ارتباط مناسب با بیمار، اصل جدانشدنی فرایند درمان است. در زمینه اطلاع‌رسانی و اختلالات ارتباطی، بسیاری از بیماران از ضعف در اطلاع‌رسانی توسط پزشک و شیوه‌های نامناسب اطلاع‌رسانی رضایت کافی نداشتند و معتقد بودند پزشکان آن‌طور که لازم است، اطلاعات کافی در زمینه بیماری را در اختیارشان قرار نمی‌دهند، در حالی که تقریباً بیشتر پزشکان عقیده داشتند اطلاع‌رسانی وظیفه اخلاقی و حرفه‌ای پزشک است و در صورت درخواست بیمار،

پزشک موظف است اطلاعات لازم را در اختیار بیمار قرار دهد. در زمینه استفاده از اصطلاحات تخصصی و زبان پزشکی نیز بسیاری از بیماران در تجربیات درمانی خود شاهد استفاده پزشک از زبان تخصصی و اصطلاحاتی بودند که برای بیمار ناآشنا و مبهم بوده‌اند، درحالی‌که پزشکان معتقد بودند در تجربه کاری خود اصل ساده‌گویی را در ارتباط با بیمار به بهترین نحو رعایت کرده‌اند و از اصطلاحات تخصصی و ناآشنا برای بیماران خود استفاده نمی‌کنند.

در زمینه دومین کد فراگیر و اقتدار پزشک، تقریباً تمامی بیماران با وجود انتقادات و تجربه‌های درمانی تلخی که از ارتباط با برخی پزشکان داشتند، اعتماد کامل و صددرصدی به پزشک خود داشتند و تخصص و دانش پزشک را مهمترین عامل برای اعتماد به او می‌دانستند. پزشکان نیز در نظرات و عقاید خود نظام پدرسالارانه سنتی را قبول نداشتند. به خصوص پزشکان و اینترن‌هایی که سن کمتری نسبت به سایر پزشکان داشتند، به ارتباط تعاملی و مشارکتی با بیماران، بیشتر از سایرین اعتقاد داشتند؛ اما آنچه که در عمل اتفاق می‌افتد و در بیشتر تجربه‌های درمانی بیماران به چشم می‌خورد، نگاه پدرسالارانه و قدرت‌گرایانه پزشک به بیمار بود؛ اما با وجود همه این مشکلات، بیماران هنوز به تخصص و مهارت پزشکان اعتقاد و اعتماد داشتند.

در زمینه سومین کد فراگیر و مسائل مرتبط با اختلالات ارتباطی در فضای چندفرهنگی و ارتباطات میان‌فرهنگی، بسیاری از بیماران از بی‌توجهی پزشک به فرهنگ و زبانشان انتقاد داشتند و معتقد بودند بسیاری از پزشکان، تلاشی برای برقراری ارتباط مؤثر با بیمارانی که دارای تفاوت‌های فرهنگی هستند نمی‌کنند؛ درحالی‌که پزشکان اعتقاد تمام و کمال به اهمیت برقراری ارتباط با بیمارانی داشتند که با آنها تفاوت فرهنگی و زبانی دارند. در زمینه انسداد ارتباطی در محیط چندفرهنگی نیز بیشتر بیماران تجربیاتی از اختلال و انسداد ارتباطی با پزشک در محیط‌های چندفرهنگی داشتند، ولی پزشکان درباره خودشان اعتقادی به وجود انسداد ارتباطی با بیمار در محیط چندفرهنگی نداشتند. در واقع بیشتر پزشکان معتقد بودند به دلیل مهارت‌هایی که در زمینه برقراری ارتباط با بیماران دارند، وارد چالش و انسداد ارتباطی با بیمارانشان نشده‌اند.

با توجه به مقایسه‌های انجام شده در نظرات پزشکان و بیماران، به این نتیجه می‌رسیم که اختلال در رابطه پزشک و بیمار، یکی از مهمترین مشکلاتی است که در حال حاضر گریبانگیر نظام درمان و سلامت کشور است. در واقع با توجه به موضوعات و تحلیل‌ها، این نتیجه مهم به دست می‌آید که اختلال ارتباطی میان پزشک و بیمار، در هر صورت وجود دارد و اختلال ارتباطی، جنبه غالب در رابطه پزشک و بیمار است و توانش فرهنگی و ارتباطات میان‌فرهنگی، تنها یکی از مشکلاتی است که در این خصوص وجود دارد؛ بنابراین می‌توانیم نتیجه بگیریم که

حتی در صورتی که اختلاف فرهنگی و توانش فرهنگی در محیط درمانی میان پزشک و بیمار حاکم نباشند، این ارتباط دچار چالش‌ها و اختلالاتی خواهد شد و موضوع تفاوت فرهنگی در حاشیه این ارتباط قرار می‌گیرد و با ورود توانش فرهنگی به محیط درمانی، چالش‌ها و اختلافاتی که از قبل در رابطه پزشک و بیمار وجود داشته‌اند تشدید می‌شوند. در واقع با توجه به تجربیات ارتباطی بیماران، شاهد این قضیه هستیم که در خیلی از موارد، در محیط‌های درمانی، ارتباطی بین پزشک و بیمار برقرار نمی‌شود و می‌توانیم بگوییم در خیلی از مواقع، پزشک و بیمار در مرحله پیش‌ارتباط قرار دارند و کنش و واکنشی میان آنان صورت نمی‌گیرد که بتوانیم نام ارتباط را بر آن بنهیم و اگر ارتباطی هم صورت می‌گیرد، میان پزشک و همکاران درمان است و به نوعی ارتباط داخلی میان همکاران درمان شکل می‌گیرد و زبان تخصصی پزشکی میان آنان حاکم است که برای بیمار نامفهوم و دور از ذهن است.

به‌طور کلی در یک محیط چندفرهنگی، مسئله توجه به مسائل فرهنگی و توانش زبانی و فرهنگی در عقاید و نظرات پزشکان کاملاً وجود دارد، اما آنچه که در نظرات و تجربه‌های درمانی که بیماران دارند مشهود است، تقریباً در تمامی زمینه‌ها عملکرد پزشکان و نظام سلامت و درمان کشور کاملاً با آن متفاوت است و توجه زیادی به مسئله تفاوت‌های فرهنگی و زبانی در محیط‌های چندفرهنگی نمی‌شود. شاید یکی از مهمترین دلایل این موضوع، کمبود آموزش در این حوزه باشد. باید یکی از مهمترین اقدامات و اولویت‌های نظام سلامت و درمان کشور و نهادهای مرتبط با وزارت بهداشت و درمان به منظور بهبود رفتار و مهارت‌های ارتباطی پزشکان و اینترن‌ها با بیماران، آموزش مناسب این مهارت‌ها و توانایی برقراری ارتباط با بیماران در شرایط چندفرهنگی باشد. همچنین این آموزش در مرحله بعدی باید در زمینه توانمندساختن بیماران باشد، زیرا در تجربه‌های درمانی مشخص شد که بیماران نیز در زمینه ارتباط با پزشک، دارای نقایص ارتباطی زیادی هستند.

در محیط درمانی که توانش فرهنگی بر روابط پزشک و بیمار حاکم است، مهمترین مسئله، پایش و مدیریت چالش‌های احتمالی است که در فرایند درمان به وجود می‌آیند. با توجه به جمع‌بندی بحث‌های انجام‌شده، می‌توانیم به این نتیجه برسیم که جامعه پزشکی هنوز توانمندی لازم را برای مدیریت ارتباط با بیمار در محیط چندفرهنگی آن‌طور که لازم است کسب نکرده‌اند و در این زمینه، ضعف‌های بسیاری دارند. در مورد بیماران نیز این موضوع صادق است و خیلی از بیمارانی که خصوصاً دارای تفاوت‌های فرهنگی بسیاری در محیط‌های درمانی هستند و فرایند درمان را در محیط چندفرهنگی تجربه می‌کنند، توانایی لازم برای پایش و مهارت‌های کافی برای برقراری ارتباط مناسب با پزشکشان را ندارند. دلیل اصلی این موضوع هم باز متوجه سازمان‌های مربوط در وزارت بهداشت و درمان و نظام سلامت کشور است که

در زمینه آموزش مهارت‌های ارتباطی هم به پزشکان و هم به بیماران، دارای ضعف و کاستی‌اند. با توجه به مسائل مطرح‌شده و جمع‌بندی مباحث می‌توانیم نتیجه بگیریم که الگوی ارتباطی‌ای که بر نظام درمانی و سلامت کشور حاکم است، تقریباً به الگوی پدرسالارانه یا سنتی نزدیک است. پزشک در جایگاه فعال و برتر و بیمار در جایگاه پایین‌تر قرار دارد و کاملاً مطیع صلاح‌دیده‌ها و نظریات پزشک است و مشارکت و فعالیت او در روند درمان، تقریباً ناچیز و کم است. در این الگو بیمار احساس مهم‌بودن و سهیم‌بودن در فرایند درمان را ندارد، همان‌طور که بیماران رضایت کافی از رفتار پزشکان در زمینه مشارکت و اطلاع‌رسانی به بیمار را نداشتند. با توجه به مسائل مطرح‌شده، می‌توانیم به این دیدگاه برسیم که با حاکمیت نظام پدرسالارانه، هم پزشکان و هم بیماران از این موضوع نفع می‌برند. در واقع شاهد این قضیه هستیم که خود بیمار نیز با پذیرش فرهنگ پدرسالارانه پزشک، به نوعی قسمتی از وظایف و دل‌نگرانی‌های خود را به پزشک واگذار می‌کند و با پذیرش مدل پدرسالارانه ارتباط، در واقع منفعت می‌برد و مدل پدرسالارانه را ترجیح می‌دهد. با توجه به جایگاه پزشک نیز می‌توانیم بگوییم پزشک با پذیرش الگوی پدرسالارانه، سگان ارتباط با بیمار را در دست می‌گیرد و تعیین‌کننده مسیر ارتباطی در محیط درمان می‌شود و بیمار نیز با اعتماد به پزشک، پذیرنده صلاح‌دیده‌ها و نظرات پزشک است.

نتیجه دیگری که حاصل شد، مربوط به جامعه در حال تحول و تغییر نسل در جامعه پزشکی است. با توجه به نظریات پزشکان، کاملاً مشهود بود که پزشکانی که سن و سال بیشتری داشتند و مربوط به نسل‌های قبلی بودند، اعتقاد بیشتری به الگوهای والدینی و پدرسالارانه در رابطه پزشک و بیمار داشتند و اینترن‌ها و رزیدنت‌های با سن و سال کمتر، نسبت به سایر پزشکان که متعلق به نسل جوان بودند، تمایل بیشتری به الگوهای ارتباطی مشارکتی و یا هدایت‌کننده در رابطه پزشک و بیمار داشتند. در واقع این دسته از پزشکان، اهمیت مسئله ارتباط پزشک و بیمار را بهتر و بیشتر درک کرده بودند و به ناکارآمدی الگوهای سنتی و پدرسالارانه اعتقاد بیشتری داشتند و به این نتیجه رسیده بودند که باید هماهنگی بیشتری را در ارتباط با بیماران داشته باشند و خودشان را به جامعه بیماران نزدیک کنند.

بر اساس یافته‌های تحقیق می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که با توجه به رشد نسل جوان در جامعه پزشکی که اعتقاد بیشتری به الگوهای مشارکتی و هدایت دارند، نظام درمانی و سلامت کشور و الگوی ارتباطی حاکم بر رابطه پزشک و بیمار، از الگوی پدرسالارانه و سنتی، به سمت الگوهای مشارکتی و هدایتی در حال تغییر است و می‌توانیم امید داشته باشیم که چشم‌انداز و آینده روشنی به شرط تغییر الگوی ارتباطی حاکم بر رابطه پزشک و بیمار، در انتظار نظام درمانی و سلامت کشور است.

همچنین در صورت اصلاح نظام آموزش پزشکی و نظارت بیشتر بر رعایت اخلاق حرفه‌ای توسط پزشکان در محیط‌های درمانی و توانمند ساختن بیماران، امید آن می‌رود که چالش‌ها و اختلالات ارتباطی در محیط‌های چند فرهنگی درمان به حداقل برسد و پزشکان و بیماران بتوانند این معضلات را به نحو شایسته‌ای مدیریت کنند.

منابع و مأخذ

- احمدنیا، شیرین (۱۳۹۷). **آشنایی با ارتباطات سلامت**، چاپ اول، تهران: انتشارات تیسرا.
- گادیکانست، ویلیام (۱۳۸۳). **پیوند تفاوت‌ها: راهنمای ارتباط کارآمد بین گروهی**، ترجمه علی کریمی، چاپ اول، تهران: انتشارات تمدن ایرانی.
- غفاری فر، سعیده؛ فضل‌الله غفرانی‌پور؛ فضل‌الله احمدی و منوچهر خوش‌باطن (۱۳۹۵). **مبانی برقراری ارتباط پزشک و بیمار**، به سفارش دانشگاه علوم پزشکی تبریز، چاپ اول، تهران: نشر پژوهاک البرز.
- توکل، محمد و دیبا نیک‌آیین (۱۳۹۱). «استیگماتیزه‌شدن رابطه پزشک و بیمار در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی»، **فصلنامه اخلاق زیستی**، شماره ۵: ۴۴-۱۱.
- خادم‌الحسینی، زینب؛ میترا خادم‌الحسینی و فرزاد محمودیان (۱۳۸۸). «بررسی نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرایند درمان»، **فصلنامه اخلاق پزشکی**، شماره ۸: ۱۰۲-۹۱.
- رضی، حسین (۱۳۷۷). «ارتباطات میان فرهنگی (تاریخ، مفاهیم و جایگاه)»، **مجله دانشگاه امام صادق**، شماره ۷-۶: ۱۶۶-۱۳۵.
- ساداتی، احمد؛ محمدتقی ایمان و کامران باقری‌لنکرانی (۱۳۹۳). «کیفیت و دامنه صدای همونوع در تعامل پزشک و بیمار»، **فصلنامه اخلاق زیستی**، شماره ۱۲: ۱۳۸-۱۰۱.
- سلمانیان، بهار؛ زینب محمدابراهیمی؛ بلقیس روشن و فرهنگ بابامحمودی (۱۳۹۴). «خودمحموری گفتار پزشکان و نقش جنسیت در مکالمه پزشک و بیمار»، **فصلنامه جستارهای زبانی**، شماره ۲۳: ۱۲۹-۱۵۳.
- شفعتی، معصومه و محمدجواد زاهدی (۱۳۹۱). «بررسی الگوهای زیستی، روانی و اجتماعی در رابطه پزشک و بیمار»، **فصلنامه اخلاق زیستی**، شماره ۵: ۱۸۶-۱۵۲.
- غفاری‌نسب، اسفندیار؛ خلیل کریمی؛ سیدابراهیم مساوات و محمدعلی قاسمی‌نژاد (۱۳۹۶). «مطالعه کیفی الگوهای تعامل پزشک و بیمار»، **فصلنامه اخلاق زیستی**، شماره ۲۵: ۲۹-۱۸.
- لطفی، احسان (۱۳۸۸). «از رضایت آگاهانه تا انتخاب آگاهانه»، **فصلنامه حقوق پزشکی**، شماره ۱۱: ۷۴-۳۹.
- معین، اطهر و کبری عنبری‌اکمل (۱۳۸۸). «ارتباط پزشک و بیمار»، **دوماهنامه علمی-پژوهشی شاهد**، **مجله دانشور پزشکی**، شماره ۸۵: ۸۰-۷۱.
- هاشمی، زهرا؛ مریم هادوی و مینا ولی‌نژاد (۱۳۹۵). «بررسی میزان ارتباط‌گریزی و ترس از پزشک در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان»، **فصلنامه اخلاق پزشکی**، شماره ۳۷: ۴۷-۳۸.

- Baker, S. & Watson, B. (2015). How Patients Perceive Their Doctors' Communication: Implications for Patient Willingness to Communicate, **Journal of Language and Social Psychology**, vol.22(3), 1-19.
- Colmenares-Roa, T., Huerta-Sil, G., Claudia Infante, C., and eláez-Ballestas, I., (2015), Doctor-Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico, **Journal of Qualitative Health Research**, vol.26 (12). 1674-1688 .
- Farrington, C. (2011). The role of clear communication, **Journal of the Royal Society of Medicine**. vol.104(6).231-236.
- Gao, G., Burke, N., Somkin, C., Pasick, R., (2009). Considering Culture in Physician-Patient Communication During Colorectal Cancer Screening, **Journal of Qualitative Health Research**, vol.19(6).778-789.
- Hudelson, P., Perron, N., and Perneger, T., (2010). Measuring Physicians' and Medical Students Attitudes Toward Caring for Immigrant Patients, **Journal of Evaluation & the Health Professions** 33(4). 452-472.
- Koponen, J., Pyörälä, E., and Isotalus, P., (2014). Communication Skills for Medical Students: Results From Three Experiential Methods Simulation & Gaming, **Journal of Simulation & Gaming**, vol.45(2), 235-254.
- Merete Alpers, L., (2016), Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study, Lovisenberg Diaconal Hospital, Norway; Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Norway Nursing Ethics, vol. (43), 1-11.
- Peltola, M., Isotalus, P., (2018), Interpersonal Communication Experiences in the Context of Type 2 Diabetes Care, **Journal of Qualitative Health**, vol. (10), 1-16.