

# بررسی الگوی‌های زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و

## بیمار: گذر از الگوی زیست پزشکی

معصومه شفاتی<sup>۱</sup>

محمد جواد زاهدی

### چکیده

**مقدمه:** اهمیت و تأثیر رابطه اجتماعی میان پزشکان و بیماران، بر پیامدهای بالینی، روانی - اجتماعی و رفتاری مشاوره سبب شده است تا توجه چشمگیری به شکل‌ها و عوامل تعیین‌کننده این رابطه معطوف شود. هدف اصلی این مطالعه بررسی الگوی‌های زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و بیمار در گذر از الگوی زیست پزشکی است.

**روش:** روش این بررسی اسنادی است و مقاله‌های انگلیسی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۱ موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی Wiley, Springer, Proquest و بررسی شده و کلمات کلیدی doctor-patient relationship, biomedical model و biopsychosocial model موجود در پایگاه‌های آنها بود و برخی مقاله‌های فارسی نیز وارد مطالعه شدند.

**یافته‌ها:** در کشورهای توسعه‌یافته، تبادل اطلاعات، الگوی غالب ارتباطی است و جنبش مصرف‌کننده سلامت، به متداول شدن مدل تصمیم‌گیری مشارکتی و ارتباط بیمارمحور منجر شده است. مدلی که در آن ضرورت جامع‌نگری به انسان چندبعدی به‌طور روزافزونی مطرح می‌شود. انسانی مرکب از ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی. این پیچیدگی، تغییری نمونه‌ای را در رابطه پزشک و بیمار تحمیل می‌کند: گذاری از مدل پزشکی زیستی خطی به مدل زیستی - روانی - اجتماعی دورانی با تأثیرهای متقابل بی‌شمار.

۱. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، گروه اخلاق زیستی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

نتیجه‌گیری: برای جستجوی مراقبت‌های درمانی مؤثرتر و انسانی‌تر، مطالعه جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار می‌تواند زمینه‌های اجتماعی که در فرایند درمان بیماران مورد غفلت واقع شده‌اند را برجسته‌تر کند. لذا آموزش مهارت‌های ارتباطی در کنار فن و دانش پزشکی، ایجاد پیوندهای مناسب در زمینه پژوهش و آموزش میان دانشکده‌های علوم انسانی و علوم پزشکی و جایگزین کردن الگوهای ارتباطی بیمارمدار می‌تواند راهکارهای مناسبی برای گذار از مدل سنتی پزشکی زیستی به مدل چندبعدی زیستی - روانی - اجتماعی باشد.

#### واژگان کلیدی

رابطه پزشک - بیمار، مهارت‌های ارتباطی، مدل زیستی - روانی - اجتماعی، مدل پزشکی زیستی

## بررسی الگوی‌های زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و بیمار: گذر از الگوی زیست پزشکی

توانایی‌های ارتباطی پزشک شامل توانایی جمع‌آوری اطلاعات با هدف تشخیص صحیح از روی نشانه‌های ظاهری، ریزنی مناسب، اتخاذ درمان‌های اولیه و ایجاد رابطه اعتمادمحور با بیمار است. اینها هسته‌ی مهارت‌های بالینی در عملی ساختن پزشکی‌ای با هدف والای رسیدن به نتیجه مطلوب و رضایت بیمار است. با این وجود، مهارت‌های پایه‌ای به تنهایی نمی‌توانند باعث به‌وجود آمدن و تداوم رابطه درمانی موفق بین پزشک و بیمار شوند، بلکه رابطه‌ی درمانی موفق برپایه‌ی ادراکات و احساسات مشترک از مشکل، استراتژی‌های رفتاری و حمایت روانی - اجتماعی بنا می‌شود.

هدف برتر هر رابطه پزشک - بیمار در واقع رشد و ارتقای سلامت بیمار و مراقبت‌های پزشکی است (دوفی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات در زمینه رابطه پزشک - بیمار حاکی از نارضایتی بیماران از رابطه‌ی خود با پزشکان است (استوارت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). تونگ<sup>۳</sup> و همکاران، (۲۰۰۵) در گزارشی بیان می‌دارند که تحقیقات در مورد ۷۵ درصد از بیمارانی که با پزشکان ارتوپد درگیر بوده‌اند، نشان می‌دهد تنها ۲۱ درصد از آنان از رابطه خود با پزشکشان رضایت داشته‌اند. کلیتزمان<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) و مک کویت<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) با بررسی و سنجش نظرات پزشکانی که خود بیمار شده‌اند دریافتند که اکثر پزشکان تاکنون درک درستی از نظرات و نحوه‌ی نگرش بیماران درباره‌ی زمان ملاقات با پزشک نداشته‌اند و از اینکه چگونه یک زمان واحد از نظر افراد گوناگون به صورت‌های متفاوتی ارزیابی می‌گردد، درک روشنی نداشتند.

اصول پزشکی بیمارمحور به آموزشگاهی در یکی از سلسله‌های امپراتوری در یونان باز می‌گردد (استوارت و همکاران، ۲۰۰۰). با این حال پزشکی بیمارمحور همیشه عملی نشده است، به طور مثال در دهه‌های ۵۰ و ۷۰ میلادی، اغلب پزشکان به بیماران در مورد روند غیرقابل کنترل بیماری سرطان خبرهای ناگوار می‌دادند و آنان را مأیوس می‌کردند (لی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، بایلی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). ضعف مهارت‌های ارتباطی پزشک و به‌کارگیری شیوه‌های ارتباطی یکسان در برخورد با بیماران بدون توجه به تفاوت‌های فردی، مسائل و مشکلات روانی، نوع بیماری و جایگاه فرد در نظام فرهنگی - اجتماعی در اکثر موارد از علل عمده عدم موفقیت پزشکان در درمان و جلب رضایت و اعتماد بیماران به رغم برخورداری آنان از مهارت و دانش حرفه‌ای است (چیان یو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸). به سخن دیگر احساس رضایت یا عدم رضایت بیمار از ملاقات با پزشک بیش از آنکه تحت تأثیر قابلیت فنی پزشک باشد تحت تأثیر عوامل میان فردی است. طبابت تلاشی به شدت انسانی و شخصی است و رابطه پزشک - بیمار خود بخشی از فرایند درمان محسوب می‌شود. این رابطه می‌تواند برای ایجاد یک انگیزه قوی در بیمار برای بهبود، کمک‌کننده باشد (بهرامی، ۱۳۸۳).

به رغم اینکه این موضوع به عنوان یکی از روزآمدترین و مهم‌ترین موضوعات در تحقیقات اجتماعی در دنیا مطرح است، در ایران کمتر مورد توجه بوده است. با عنایت به این مهم، ضرورت بررسی این رابطه حیاتی و تحلیل موانع و تسهیل‌گرهای این رابطه را می‌توان توجیه کرد.

## روش

روش این بررسی از نوع اسنادی است و کوشش شده که داده‌های پژوهش‌های پیشین در ارتباط با ماهیت رابطه پزشک بیمار در آن مورد جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مجدد قرار گیرد. برای این منظور، تمامی مقاله‌های به زبان انگلیسی که در سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۱ در پایگاه‌های اطلاعاتی Wiley، Springer، Proquest قرار گرفته و کلمات کلیدی doctor-patient relationship، Biomedical model<sup>۱</sup> و Biopsychosocial model جزء کلیدواژه‌های آنها بود و نیز برخی مقاله‌های فارسی وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب حدود ۱۵۰ مقاله توصیفی و تحلیلی جمع آوری شد. سپس مطالب گردآوری شده با توجه به هدف‌ها و پرسش‌های پژوهش مورد دسته‌بندی قرار گرفت که از این میان تنها ۸۰ مقاله وارد مرحله تحلیل اصلی شدند که تقریباً تمامی ابعاد رابطه پزشک - بیمار را تحت پوشش قرار می‌دادند. مقالاتی که وارد مرحله‌ی تحلیل شدند در بردارنده‌ی پاسخ‌هایی به پرسش‌های اصلی پژوهش حاضر بودند که مهم‌ترین آنها بدین ترتیب است:

رابطه پزشک - بیمار ایده‌آل چگونه است؟

موانع و تسهیل‌گرهای این رابطه کدام‌اند؟

چه راهکارهایی برای بهبود این رابطه وجود دارد؟

از آنجا که پس از مطالعات اولیه و اکتشافی مشخص شد که اکثر محققان در مورد گذار از مدل پزشکی سنتی (بیماری محور) به مدل چندبعدی زیستی - روانی - اجتماعی (بیمار محور) توافق و اجماع دارند، لذا به بررسی این دو مدل حاکم بر روابط پزشک - بیمار نیز پرداخته شد. بنابراین مقالاتی که این دو کلید واژه را نیز دربر داشتند وارد مطالعه شدند.

## یافته‌ها

## رابطه پزشک - بیمار

«واحد بنیادی حرفه‌ی پزشکی زمانی شکل می‌گیرد که در اتاق مشاوره یا اتاق بیمار، فردی که بیمار است از پزشکی که به او اعتماد دارد، مشاوره‌ی پزشکی می‌خواهد» (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ص ۱۹۱). رابطه‌ی ایده آل پزشک - بیمار، رابطه‌ای است که در آن یکی از شرکت‌کنندگان، یعنی پزشک، تمام دانش و مهارت‌های خود را بدون هیچ چشمداشت و انتظار متقابلی، برای سود رساندن به طرف دیگر، یعنی بیمار، به کار می‌برد. برخلاف اکثر روابطی از این نوع، رابطه‌ی پزشک - بیمار رابطه‌ای صمیمی است که در آن بیمار می‌پذیرد که ضعیف و آسیب‌پذیر است و در ارتباط خود با پزشک، به وی اعتماد می‌کند. بیماران جزئیاتی از زندگی خود را برای پزشک فاش می‌کنند که هرگز برای دیگران نخواهند گفت، به این امید که پزشک درد و رنج آنها را کاهش خواهد داد (کابا<sup>۱</sup> و سوریاکوماران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

ارتباط محور اصلی زندگی بشر است و میل به برقراری ارتباط یکی از نیازهای عمده انسان اولیه بوده و هنوز هم در جوامع کنونی از ضروریات بقای زندگی است. ارتباط، امکان ایجاد تبادل نظر، فکر و احساسات را به وجود می‌آورد و ضمن آنکه شرط اصلی انتقال علم، تجربه، آگاهی و صنعت به نسل‌های آتی است، بزرگترین پدیده برای حل و فصل بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی و مهمترین راه نفوذ در افکار و احساسات دیگران و ایجاد انگیزه و یا تغییر نگرش در آنان است (فرهنگی، ۱۳۸۶، ص ۱۰). چارلز کولی در کتاب مفهوم و معنی ارتباط در سازمان‌های اجتماعی ارتباط را چنین تعریف کرده است: «ارتباط مکانیسمی است که روابط انسانی بر اساس و به وسیله‌ی آن به وجود می‌آید و تمام مظاهر

فکری و وسایل انتقال و حفظ آنها در مکان و زمان بر پایه‌ی آن توسعه پیدا می‌کند» (محسنیان راد، ۱۳۸۳، ص ۴۸).

ارتباط بین پزشک و بیمار، در قلب طبابت جای دارد و محور همه‌ی اقدامات بالینی است، به طوری که «۸۰-۶۰ درصد از تشخیص‌های پزشکی و نیز درصد مشابهی از تصمیم‌های درمانی بر مبنای اطلاعات بدست آمده از مصاحبه‌ی پزشکی است» (زالی، ۱۹۹۹؛ غدیری، ۲۰۰۰، به نقل از کرمی و کیوان آرا، ۱۳۸۶، ص ۱۵۰)؛ و این مصاحبه‌ای است که در آن ارتباطات انسانی نقش اساسی دارد.

رابطه پزشک - بیمار، برخاسته از یک رابطه کشیش - مشتری (دعاکننده) است که در اغلب موارد دارای همان خصوصیات و صفات است. به تازگی پزشک حالت مقتدر صاحب تخصصی را به خود گرفته که بیماری افراد تأثیرپذیر را تشخیص داده و آنها را درمان می‌کند. این شیوه برای اولین بار در مصر باستان به کار گرفته شد که در آنجا شفا دهندگان از صنف کشیش‌ها بودند. و نقش پزشکانی را ایفا می‌کردند که برای بهبود بیماران از قدرت ماوراءالطبیعه استفاده می‌کرده‌اند. در روم باستان این راهکار با اعتقاد بیشتر به عوامل و مشاهدات طبیعی، تغییر یافت و از سحر و جادو فاصله گرفت. آنها این رابطه را تغییر داده تا بازتابی برای جامعه دموکراتیک خود باشد و رابطه پزشک - بیمار را مبتنی بر همسان‌سازی و برابری از طریق همکاری و مشارکت متقابل، بسازند. آنها برای درمان بیماران، روش‌های آزمون و خطا را به سحر و جادو ترجیح می‌دادند. سوگند پزشکی بقراط مشروط بر یک رشته ضوابط اخلاقی برای پزشکان و یک اعلامیه حقوقی برای بیماران بوده است. به محض فارغ‌التحصیل شدن از دانشکده پزشکی، پزشکان جدید و مدرن، بر پایداری به این عهدنامه دیرینه و تاریخی، قسم یاد می‌کنند (کابا و سوریا کوماران، ۲۰۰۷).

رابطه پزشک - بیمار هم اکنون در مرحله پیشرفت قرار دارد، و از شکل پزشک محور - که در آن پزشک نقش پدرمآبانه داشته و بیمار مطیع است - به شکل اشتراکی و همسانی درمی آید (کروپات<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از پیلز ارلیچ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). در سال ۱۹۲۷، یک پزشک آمریکایی به نام دکتر فرانسیس پی بادی<sup>۱۳</sup> اظهار داشت که «تعداد زیادی از بیماران از آلامی رنج می‌برند که نمی‌توان دلایل عضوی برای آنها پیدا کرد. تنها حس رابطه‌ی پزشک معالج یا بیمار، توجه دقیق به حرف‌های او، می‌تواند ماهیت اغتشاشات هیجانی‌پی را که موجب ناراحتی او شده‌اند، مشخص بدارد» (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵، ص ۱۱۲). اما حرکت بنیادین در عرصه روابط درمانی میان پزشک و بیمار از دهه ۱۹۷۰ آغاز گردید. در سال ۱۹۷۲ یک پزشک عمومی از «کمبریج شایر» به نام «جی، پی، ریکاردون» مقاله‌ای در زمینه اهمیت ارتباطات در پزشکی به رشته تحریر در آورد. نقطه‌نظر ریکاردون این بود که درگیر شدن عاطفی با بیمار امری کاملاً ضروری و صحیح بوده و در واقع همان چیزی است که پزشکان باید به انجام آن تشویق شوند. البته در حدی که بتوانند رابطه را تحت کنترل داشته باشند (سلوین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲).

این دیدگاه از آنجا که با نقطه‌نظر معمول و متداول در آن زمان مبنی بر جداسازی عواطف و احساسات پزشک از بیمار در تقابل قرار می‌گرفت با مخالفت‌های بسیاری روبرو شد. ریکاردون در مقاله خود مدارک و شواهدی را با تأکید بر اهمیت ارتباط کلامی میان پزشک و بیمار ارائه می‌دهد و به مسائل ارتباطی گوناگون در روابط درمانی می‌پردازد.

ریکاردون به اهمیت حیاتی مهارت‌های ارتباطی پزشک جهت دستیابی به اطلاعاتی در مورد شخصیت و ویژگی‌های فردی و دیگر مسائل اجتماعی - اقتصادی بیمار اشاره می‌کند. جنبه دیگری که می‌تواند در این شناخت مطرح



گردد این است که پزشک شرایط و بحران‌های روحی بیمار را بهتر درک می‌کند و این موجب خویشن‌داری و تحمل پزشک در برابر رفتارهای ناخوشایند بیمار می‌گردد.

همان‌طور که اشاره شد یک رابطه‌ی پزشک - بیمار ایده‌آل، مبانی رابطه‌ی درمانی مناسب و مطلوب را فراهم می‌کند، و این رابطه‌ی است که در آن «پزشک احساس همدلی، صداقت و توجه مثبت بی‌قید و شرط به منظور اثربخشی درمان بیمار دارد. این رابطه، در واقع عنصر سازنده و اصلی پزشکی بیمار محور<sup>۱۵</sup> است» (وستون و براون، ۱۹۹۵ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹، ص ۱۹۲). «بیش از یک دهه است که تأکید عمده‌ای بر پزشکی مبتنی بر شواهد<sup>۱۶</sup> یا EBM در همه‌ی جنبه‌های علوم پزشکی به عمل می‌آید، و بر مبنای EBM نیز تأکید و تصریح ماهوی و روشنی وجود دارد که در همه‌ی اقدامات پزشکی، اساس این اقدامات، بیمار محور<sup>۱۷</sup> باشد نه بیماری محور<sup>۱۸</sup>» (کاظمی و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۲۴۱). استوارت<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۱)، بین رویکرد بیمار - محور با رویکرد فناوری - محور، پزشک - محور، بیمارستان - محور و بیماری - محور تمایز قائل می‌شود. وی معتقد است برای پزشکان بیمارستان‌ها، دلایل خوبی جهت استفاده از رویکرد بیمار - محور وجود دارد. چرا که بسیاری از بیماران بستری و سرپایی با حملات حاد بیماری مراجعه می‌کنند که اغلب با یک بیماری مزمن همراه است. یک پزشک حاذق، باید بتواند ضمن برخورد بیماری - محور سریع و مؤثر با علایم حاد و تهدیدکننده‌ی حیات، به محض کاهش خطر تهدیدکننده حیات، رویکرد بیمار - محورتری اتخاذ کند. بنابراین به جای اینکه این دو رویکرد، دو روش مجزا و ناسازگار تلقی شوند بهتر است که آنها را دو رویکرد موازی بدانیم، به طوری که پزشک در هر دو رویکرد مهارت داشته باشد (آدلر، ۱۳۸۷، ص ۸).

## مدل‌های ارتباطی حاکم بر روابط پزشک و بیمار

به‌طور کلی دو مدل ارتباطی در رابطه با صور مختلف روابط پزشک و بیمار با توجه به ویژگی خاص آنها وجود دارد: الف - مدل بیومدیکال<sup>۲۰</sup> ب - مدل بیوسایکو سوشیال<sup>۲۱</sup>.

## مدل بیومدیکال

در مدل بیومدیکال که شاید بتوان واژه «پزشکی زیستی» را معادل آن شمرد، پزشک به عنوان یک صاحب فن تلقی می‌شود، در حالی که بیمار دریافت‌کننده‌ی غیر فعال خدمات درمانی است. در این مدل ارتباط با بیمار تنها به منظور تبادل اطلاعات شکل می‌گیرد و به هیچ عنوان مسئله پیچیده و یا مبهمی به شمار نمی‌رود. در این مدل ارتباطی آنچه مورد توجه قرار می‌گیرد «مرض» است و پزشک بیشتر به جنبه‌های جسمانی بیماری و یافته‌های کلینیکی توجه دارد تا به «بیماری» به عنوان مجموعه‌ای از عوارض جسمانی و روانی. بنابراین بهترین روش جهت دستیابی به تشخیص در این مدل یافته‌های بالینی و آزمون‌های تشخیصی است. اقدامات درمانی در مدل بیومدیکال به‌طور عمده بر درمان متمرکز می‌شود و نه بر پیشگیری. ساختار پاداش دهی نیز تنها براساس دستمزد و پاداش مادی است (انگل، ۱۹۷۷).

مدل بیومدیکال قویاً توسط تکنولوژی‌های پیشرفته پزشکی و یا روش‌های پیشرفته آزمون‌های تشخیصی که در مقالات و ژورنال‌های پزشکی تبلیغ می‌شوند مورد حمایت قرار می‌گیرد و پشتیبانی می‌شود و این تبلیغات به هیچ عنوان در حمایت از اهمیت و نقش تأثیرگذار ارتباطات در درک متقابل پزشک و بیمار، جهت انجام و ارائه خدمات درمانی به کار گرفته نمی‌شوند و کمی تعداد تحقیقات

و مقالات صورت گرفته در این زمینه در ادبیات علمی پزشکی خود شاهدی بر ادامه و تداوم قدرت مدل بیومدیکال در روابط درمانی است (اوویات<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۱).

مدل پزشکی زیستی، با نگاه تقلیل گرای پارادایم ماشینی نگری، به بیمار می‌نگرد؛ بدن یک ماشین است که چنانچه شکسته شود و یا با یک وسیله‌ی مخرب آلوده شود، ارگانیسمی که مورد تهاجم قرار گرفته و تخریب شده باید تعمیر و ترمیم شود تا به حالت اولیه خود بازگردد و کارکرد مخصوص خود را به طور صحیح انجام دهد. مدل پزشکی زیستی در صد سال گذشته بسیار رایج و متداول بوده است و بخشی از این طول عمر آن را می‌توان به سروکار داشتن آن با مسائل پزشکی شایعی مانند عفونت، زخم و جراحی، بیماری‌های قابل درمان با جراحی و تا حدودی هم به سرطان، نسبت داد (کوالتر بارچر<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۱).

«طبق مدل پزشکی زیستی، بیمار مانند یک ماشین است که از اجزاء مادی و منحصر به فردی تشکیل شده است که چنانچه شکسته و یا تخریب شود باید ترمیم و تثبیت شود و یا با اجزاء جدید جایگزین شود. علاوه بر این، بیماری، که علت آن می‌تواند از طریق تجزیه تحلیل‌های علمی مشخص شود، موجودیت خارجی و عینی دارد. مفهوم سلامتی، دربردارنده‌ی نبود بیماری و یا کارکرد صحیح و نرمال اعضاء بدن است ... بنابراین، پزشک یک مکانیک و یا یک تکنیسین است که وظیفه آن تعیین و تشخیص آن است که کدام عضو شکسته و یا آسیب دیده است» (مارکوم<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۸، به نقل از کوالتر بارچر، ۲۰۱۱، ص ۷۸).

برطبق اشاره و نقطه نظرات جیمز مارکوم در این نقل قول، پزشک دارای حس تشخیص و ادراک خاصی است که در این دیدگاه پزشکی تقلیل یافته است، ولی بیمار همچون شخصی کاملاً ناپدید شده و غایب است. اگر بیمار صرفاً مجموعه‌ای از اجزای مادی و جسمی ثابت است، پس فهمیدن آنکه چرا روایت و پیشینه‌ی

بیمار هیچ نقشی در این مدل ندارد، بسیار ساده است. پیشینه‌ی بیمار تنها تا جایی مهم است که نشانه‌های بیماری سرنخی برای پزشکی که در تلاش است تا تعیین کند کجا تخریب و یا شکسته شده است فراهم کند. بیماری و ناخوشی به سادگی عینی و کاملاً مادی و جسمانی نیستند، بلکه آنها غیر شخصی نیز هستند. یکی از ساده‌ترین انتقاداتی که به مدل پزشکی زیستی وارد است آن است که این مدل هیچ پاسخی به این پرسش ندارد که: چرا یک نوع بیماری مشابه، بازنمودهای متفاوتی را در میان مردم مختلف دارد؟ و شاید حتی ادراک و شناخت کمتری از فرهنگ‌ها و جمعیت‌های مختلف مردم دارد.

در این مدل، رابطه‌ی درمانی اغلب به اتکاء وجود دو نفر مورد بررسی قرار می‌گیرد: از سویی بیمار و از سوی دیگر پزشک و دانش و فن او. «اما عملاً رابطه پزشک - بیمار تحت تأثیر ساخت اجتماعی است و فراسوی بیمار تظاهرات جمعی قرار دارد. چه چیزی بیمار را وادار کرده است که نزد پزشک برود؟ ممکن است ناراحتی او از حد معینی که جامعه آن را خطرناک تعیین کرده است گذشته باشد. همچنین امکان دارد که وی تحت فشار اطرافیان به پزشک مراجعه کرده باشد. بدین منظور باید نقش گروه‌های اجتماعی مانند خانواده، نزدیکان، دوستان، گروه‌های مرجع و غیره را در اتخاذ تصمیم برای درمان مورد توجه قرار داد. رفتار بیمار با الگوهای فرهنگی، ارزش‌ها و وابستگی‌های طبقاتی او رابطه دارد و اثر این عوامل در نحوه رفتار او با پزشک، نحوه بحث با او، درک بیماری و غیره قابل مشاهده است» (محسنی، ۱۳۸۸، ص ۲۸۸).

مارکوم اعتقاد دارد که جرج انگلز<sup>۲۵</sup> و اریک کاسل<sup>۲۶</sup> دو پزشکی هستند که توانستند با موفقیت فرضیه‌های ناقص مدل پزشکی زیستی را به چالش بکشند و این کار را انگل با ارائه و پیشنهاد مدل زیستی - روانی - اجتماعی و دفاع از آن و

کاسل نیز با ارائه مدل پزشکی انسان گرایانه پیش بردند. در واقع بیماری و واکنش‌های بیمار به آن بسی فراتر از اعضای مادی بدن انسان است (کوالتر بارچر، ۲۰۱۱).

#### مدل بیوسایکو سوشیال: چارچوب درمانی جدید

در مدل بیوسایکو سوشیال یا مدل «زیستی - روانی - اجتماعی» که از اواخر دهه ۱۹۸۰ مورد توجه قرار گرفته، رویکرد دیگری نسبت به بیماری و درمان مدنظر قرار می‌گیرد. در این مدل مشاوره و پیشگیری مقدم بر یافته‌های کلینیکی و درمان شمرده می‌شود و «بیماری» به عنوان مجموعه‌ای از عوارض جسمی و روحی به جای "مرض" که تنها بر پایه یافته‌های کلینیکی و فیزیولوژیک تشخیص داده می‌شود مورد توجه قرار می‌گیرد و در نتیجه درمان و پیشگیری از بیماری با درنظر گرفتن ابعاد جسمانی و روانی ضمن درنظر گرفتن شرایط اجتماعی و فرهنگی و امکانات فرد بیمار در کنار یافته‌های بالینی و فیزیولوژیک صورت می‌پذیرد (اوویات، ۱۹۹۱).

مدل زیستی - روانی - اجتماعی بر این فرض استوار است که عوامل متعددی در کنش متقابل با یکدیگر، بیماری را به وجود آورده و بر واکنش‌ها نسبت به آن تأثیر می‌گذارند. بنابراین مدل زیستی - روانی - اجتماعی اشاره به این دارد که ذهن و بدن در کنار یکدیگر، سلامت و بیماری را تعیین می‌کنند. در تأیید این نظریه پرت<sup>۲۷</sup> (۱۹۹۷) در پژوهش خود درباره‌ی نوروپیتیدها، از شبکه‌ای از ارتباطات در کل ارگانیزم صحبت می‌کند که پیام رسان‌های بیوشیمیایی در آن، شاهدی هستند بر اینکه بدن، تجلی خارجی واقعی ذهن است و اینکه بدن از ذهن جداناپذیر است (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ص ۱۰۲).

این مدل برپایه‌ی تحلیلی نظام مند بنا شده که ناله‌ی دردناک را در شرایط خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی که از آنها جدایی ناپذیر است، جایگذاری می‌کند. بر طبق نظر فورز<sup>۲۸</sup>، «بیماری کارکرد خودش را مثل نشانه‌ای از اختلال کارکرد موجود بشری در کلیتش، در رابطه‌اش با محیط‌هایی که در آن تحول یافته است، نشان می‌دهد» (فورز، ۱۹۹۳). روابط اجتماعی مستقیماً در رابطه با عواطف و احساسات قرار می‌گیرد و از آنجا که عواطف و احساسات به نوبه خود بنیانی فیزیولوژیک دارد، روابط میان فردی و اجتماعی جدا از آنکه به منظور رفع نیازهای حیاتی صورت می‌گیرد با اثرگذاری بر فیزیولوژی بدن انسان از طریق آثار روحی و روانی خود می‌تواند مستقیماً بر سلامت و سیستم ایمنی افراد درگیر در روابط اجتماعی اثر تعیین‌کننده داشته باشد (کارتر<sup>۲۹</sup>، ۱۹۹۸ به نقل از آسای، ۱۳۸۲).

اغلب اوقات، بیمار در انتظار منفعل مداوایی جادویی است که می‌تواند دردش را از ریشه حذف کند، چون آنجایی که دیگر متخصصان به نتیجه نرسیده‌اند، منطقی است که فکر کنیم متخصص درد، این «سوپرمتخصص» در آن وارد خواهد شد تا علت درد را بیابد و مانع پیشرفتش شود. «شما آخرین امید من هستید» نمونه‌ی جمله‌ای است که درجه‌ی انتظار بیمار از پزشک را تعیین می‌کند. دیگر نباید نشانه‌های بیماری را کاملاً حذف کرد، بلکه باید بیمار بتواند بهترین کیفیت زندگی را بازیابد و حیاتی پربارتر، با رعایت تعادل درونی بهتر و عزت نفس بالاتر بدست آورد. هدف این است که بیمار بتواند زندگی‌اش را در دست گیرد، که از نظر جسمی پرتحرک‌تر شود و از نظر اجتماعی، فعال‌تر. در واقع، مدل پدران‌ای که از بی‌ارادگی بیمار حمایت می‌کند با رابطه‌ی شراکتی جایگزین شده است، رابطه‌ای که در بطن آن پزشک یک مربی، یک مشاور معتبر می‌شود

که مطمئناً در مقابله با سختی‌ها بقدر کفایت، مهارت و آگاهی دارد و هم چنین در تغییرات محتمل قابل اعتماد است (بوکتر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

زمانی که یک درمانگر از درک و فهم ماهیت شکایت‌ها و ناله‌های بیمار خود عاجز و ناتوان است و یا زمانی که بیماری توانایی درک شیوه درمان را ندارد، نتیجه‌ای جز پیامدهای جدی سلامتی نخواهد داشت. مکالمه بین پزشک و بیمار باید به رسمیت شناخته شود و مهم قلمداد شود نه فقط به خاطر اهمیت تشخیص بیماری بلکه به این دلیل که ارتباطات خوب و قوی و تعاملات مثبت بین پزشک و بیمار مزایای درمان شناسی بسیاری دارد. متأسفانه به دلایلی از جمله موانع زبانی و مشکلات ارتباطی، بیماران بسیاری نمی‌توانند از این تعامل سود ببرند. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که مشکلات ارتباطی که حاصل موانع زبانی و فرهنگی است در حال افزایش است که نتیجه آن به تعویق انداختن و یا اجتناب از درمان توسط بیماران است (چیان یو، ۲۰۰۸).

بیمار باید احساس کند که پزشکش واقعا جلب مشکل خاصش شده و به معلومات و قابلیت‌های بیمار اعتماد می‌کند. «نمی‌دانم، می‌خواهم سعی کنم تا بفهمم، شاید راه‌حلهایش دست شماست، شاید با همدیگر خواهیم فهمید؟» صحبت‌هایی با این سبک برای بیمار پذیرفتنی است به شرطی که با حرفه‌ای‌گری و قرار دادن خود به جای بیمار همراه باشد. به نظر اوسترمن<sup>۳۱</sup> (۲۰۰۱)، «پزشک باید بپذیرد که هیچ چیز متوجه نشده است، نادانی لازم برای اینکه به دیگری زمان و فضا بدهد تا ذهن خود را بیان کند» (بوکتر، ۲۰۰۷).

بیمار بایستی پذیرش بدون محدودیت واقعیتش را احساس کند که بیش از اینکه پزشکی باشد، واقعیتی کاملاً منحصر به تجربه‌ی شخصی است. تنها پذیرش عمیق این مسئله توسط پزشک می‌تواند به پزشک اجازه دهد که از تأیید درستی

نظرش با ازدیاد مفرط آزمایشات پاراکلینیکی چشم‌پوشی کند؛ آزمایشاتی که هدفشان بعد از آنکه نتیجه‌ی مقدماتی با کیفیتی مناسب منفی نشان داده شود، یافتن آسیب‌شناسی مورد نظر است (ژاکوبسون و ماریانو<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۱). تشخیص می‌تواند برچسبی نیز باشد که نشانه‌ی بیماری را توجیه می‌کند. به سان این بیمار زن که می‌گوید با اطلاع از تشخیص آسیب تارهای ماهیچه‌ایش تسکین پیدا کرده است: «بالاخره، من حق درد کشیدن دارم». و در پایان، بیمار باید احساس کند که پزشک واقعاً تحت تاثیر دردش قرار گرفته است. خود را جای بیمار گذاشتن عاملی تعیین‌کننده در نزدیک شدن به اشخاص مبتلا است (بوکنر، ۲۰۰۷).

دسته‌بندی دیگری که در روابط درمانی متداول است از جهاتی به دسته‌بندی فوق بسیار نزدیک است و در آن نوع روابط درمانی میان پزشک و بیمار به دو دسته بیماری محور و بیمار محور تقسیم می‌شود. با مقایسه این دو دسته‌بندی در می‌یابیم که مدل بیومدیکال مدلی «بیماری محور» است، به این معنا که در این رویکرد، بیمار فرع بر بیماری است. در حالی که مدل بیوسایکو سوشیال با معیارهای «بیمار محور» مطابقت دارد، رویکردی که در آن، بیماری فرع بر بیمار است. مسئله اساسی که در این دسته‌بندی‌ها شایان توجه است آن است که لزوماً روابط پزشک و بیمار کاملاً منطبق بر یکی از این دسته‌بندی‌ها نیست، بلکه غالب روابط درمانی در طیفی قرار می‌گیرد که تلفیقی از روش‌ها و مدل‌های ارتباطی مذکور بوده و می‌تواند به یکی از دو سر طیف نزدیک یا دور شود به این ترتیب شاید قرار دادن روابط پزشک و بیمار به طور مطلق در یک دسته یا طبقه امری غیرممکن و نادرست باشد.



## فواید ارتباط مؤثر پزشک - بیمار

رابطه‌ی مؤثر پزشک - بیمار یک اصل مهم بالینی بوده و براینکه این ارتباط در واقع قلب و هنر پزشکی است و همچنین ابزار اصلی برای انتقال و گسترش سلامتی است (آرورا<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۳؛ استوارت و همکاران، ۱۹۹۵؛ روتر<sup>۳۴</sup>، ۱۹۸۳). سه هدف اصلی این ارتباط، تأمین یک رابطه‌ی بین فردی خوب، تسهیل در تبادل اطلاعات و تاثیر و حضور بیمار در روند تصمیم‌گیری، است (بریدارت<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ آرورا، ۲۰۰۳؛ لی و همکاران، ۲۰۰۲؛ پلات و کیتینگ<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۷). ارتباطات خوب پزشک - بیمار توان بالقوه‌ای برای کمک به تعدیل احساسات بیماران و تسهیل استدراک اطلاعات پزشکی داشته و اجازه شناخت بهتر از نیازهای بیمار، میزان درک و میزان امیدواری او را می‌دهد (بریدارت و همکاران، ۲۰۰۵؛ آرورا، ۲۰۰۳؛ پلات و کیتینگ، ۲۰۰۷).

بیمارانی که رابطه خود با پزشکشان را مناسب می‌دانند، در واقع به افزایش سلامت خود اعتماد دارند، به طور صحیح و شایسته اطلاعات مربوط به بیماری را در اختیار پزشک می‌گذارند، درک متقابل دارند و با پذیرندگی بیشتر در روند تشخیص و تجویز، همکاری لازم را انجام می‌دهند (هال<sup>۳۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۱؛ هیندرون و پولیک<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۲؛ آرورا، ۲۰۰۳؛ تونگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کیندلر<sup>۳۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). توافق بیماران با پزشک در مورد اصل درمان و نیاز به پیگیری و استمرار، قویاً به بازیابی سلامتی و بهبود آنها کمک می‌کند (استوارت و همکاران، ۲۰۰۰؛ هاگیهارا و تارومی<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۶).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که داشتن حس توانایی کنترل بیماری، به توان تحمل بیماری، بهبود و حتی کاهش رشد تومور و بازگشت به زندگی معمول، کمک شایانی می‌کند (دی ال<sup>۴۱</sup>، ۱۹۸۳؛ گرینفیلد<sup>۴۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ گرینفیلد و

همکاران، ۱۹۸۵). همچنین این تحقیقات رشد تعدیل روانشناختی و بهبود سلامت روانی را نشان می‌دهد (هینردون و پولیک، ۲۰۰۲؛ استوارت و همکاران، ۲۰۰۰؛ دی ال، ۱۹۸۳؛ روتر و همکاران، ۲۰۰۲؛ مگوئیر و پیتکیتلی<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۲). برخی تحقیقات نیز حاکی از کاهش طول دوران بستری در بیمارستان و در پی آن کاهش هزینه‌های پزشکی و مراجعات به پزشک، است (هال و همکاران، ۱۹۸۳؛ لیتل<sup>۴۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). یک عامل مهم تر و تأثیرگذارتر در سیستم بیمار محور، حتی بالاتر از رضایت بیمار، رضایت پزشک است (هال و همکاران، ۱۹۸۳؛ برینکن<sup>۴۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ آرورا، ۲۰۰۳؛ تونگ و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶؛ هارمون<sup>۴۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ کاپلن<sup>۴۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ روتر و همکاران، ۲۰۰۲؛ مگوئیر و پیتکیتلی<sup>۴۸</sup>، ۲۰۰۲؛ براون و همکاران، ۱۹۹۹؛ هال و همکاران، ۱۹۸۸). احتمال شکایت و نارضایتی و اعمالی با سوء نیت، در بیماران رضایتمند از این پروسه، بسیار ضعیف است (هال و همکاران، ۱۹۸۳؛ برینکن و همکاران، ۲۰۰۷؛ تونگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاپلن و همکاران، ۱۹۸۹؛ براون و همکاران، ۱۹۹۹). رضایت بیماران امتیاز و محرکی برای پزشکان در جهت بهبود عملکرد پزشکی و کاهش استرس شغلی آنان است (بریدارت و همکاران، ۲۰۰۵؛ مگوئیر و پیتکیتلی، ۲۰۰۲).

### موانع رابطه مؤثر پزشک - بیمار

موانع زیادی بر سر راه ارتباطات خوب پزشک - بیمار وجود دارد از قبیل: استرس ناشی از ترس بیماران، بار سنگین مسئولیت پزشکان در کار، ترس از شکایات و مشکلات درمان نادرست، ترس از عوارض روحی و جسمی، و انتظارات واهی و غیر منطقی برخی بیماران (فنتین<sup>۴۹</sup>، ۲۰۰۷).

مسئله کاهش توجه به مهارت‌های ارتباطی در طول دوره تحصیلی پزشکی و از بین رفتن دید فراگیر و همه جانبه در این دوران، به وضوح به چشم می‌خورد. به

علاوه آموزش‌های روحی، جسمی و روانی پزشکی به خصوص در طول دوران اینترنتی و کارآموزی، به مرور کاهش یافته و تقریباً قطع می‌گردد و فنون مکالمه و گفت‌وگوی ثمربخش به فراموشی سپرده می‌شود که این موضوع می‌تواند مایه نارضایتی بیماران گردد (دی ماتئو<sup>۵۰</sup>، ۱۹۹۸). با استناد به آنچه در همایش سالیانه «کالج پزشکی رویال کانادا» در سال ۲۰۰۱ مطرح شد، بیشترین شکایات بیماران از پزشکان، مربوط به برخوردهای نامناسب و ناشایست است. پزشکان با در نظر داشتن تحصیلات آکادمیک و ادامه تحصیل، به موازین اخلاقی توجه کمتری دارند. پزشکان جوان به طور مکرر در معرض رفتار نادرست اساتید خود از قبیل تکبر و رفتار توهین آمیز هستند و از آنان تقلید خواهند کرد. مشاهده می‌شود برخی پزشکان قدیمی‌تر با کم‌حوصلگی و ادبیات توهین‌آمیز با بیماران برخورد می‌کنند. این رفتار از جانب آنان، ناشایست است. تحمل این پزشکان به تدریج در مورد بیمارانی که با نوع تشخیص و پیشنهادات درمانی آنان موافق نیستند، کمتر می‌شود. این رفتار در حال انتقال به نسل جدید پزشکان بوده و این موضوع اغلب یک بحران اخلاقی در پزشکی به شمار می‌رود (کاندرو<sup>۵۱</sup>، ۲۰۰۱).

بررسی چگونگی آموزش‌های بالینی پزشکان در مقاطع مختلف بیانگر آن است که آنان عملاً اوقات بسیار کمی را صرف صحبت کردن با بیماران می‌کنند. این شواهد نشان می‌دهد که دانشجویان پزشکی، در فرایند آموزش علمی خود در بیمارستان‌ها می‌آموزند که با بیماران صحبت نکنند. میزراچی<sup>۵۲</sup> (۲۰۰۰) مسئله‌ای را تحت عنوان «خلاص شدن از شر بیمار<sup>۵۳</sup>» مطرح می‌کند که بیانگر نگرش معمول و متداول در میان دانشجویان پزشکی است که صحبت کردن با بیمار را هدر دادن وقت و انرژی دانسته و ترجیحاً آن را به دیگران واگذار می‌کنند.

روابط متقابل پزشک - بیمار فرایندی پیچیده است و یک ارتباط نامناسب می‌تواند به یک معضل تبدیل شود، خصوصاً این امر در مورد موضوع شناخت بیمار از بیماری خود، چگونگی مراقبت‌ها، انگیزه و امید و پیشبرد روند درمان می‌تواند بروز یابد (بایلی و همکاران، ۲۰۰۰). این عوامل مهم می‌تواند روی انتخاب‌ها و گزینه‌های بیمار برای مراقبت دائمی که می‌تواند برای بیماری موثر باشد، تاثیر بگذارد. مهارت‌های خوب ارتباطی که توسط پزشکان اعمال می‌گردد، به بیماران این امکان را می‌دهد که کاملاً احساس کنند در این بحث و گفتگو که در مورد سلامتی آنان است، نقش مهمی در بیان جزئیات وضعیت خود دارند (استوارت و همکاران، ۲۰۰۰).

برخی مشاهدات حاکی از آن است که اجتناب پزشکان از شرح احساسات و برخوردهای اجتماعی و مشکلات بیماران به این خاطر است که یا ایشان درک کاملی از این مسائل ندارند و یا زمان کافی برای آشنایی و فهم این مشکلات اختصاص نداده‌اند. این موضوع بر روی احساسات پزشکان و استرس بیماران اثر سوء می‌گذارد. نتیجه این رفتار می‌تواند موجب ناتوانی بیماران در برطرف کردن مسائل شود که این موضوع باعث تأخیر و کاهش سرعت بازیابی سلامت آنان می‌شود (مگوئیر و پیتکتلی، ۲۰۰۲). وگنی<sup>۴</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۵ از روش‌های کیفی برای تعیین تأثیر "زندگی درونی" پزشک بر کیفیت مراقبت و واکنش‌های احساسی به احساسات و نیازهای بیماران، استفاده نمودند. این پژوهشگران اعتقاد دارند که تعیین میزان احساسات و درگیری‌های درونی برای پزشکان حائز اهمیت است. عدم آگاهی فردی پزشک از زندگی درونی خود، برای نتایج درمانی و برقراری رابطه با بیمار، خطرناک است.

امروزه، بیماران براین عقیده‌اند که دریافت مؤثری نداشته و آمادگی تضعیف قدرت پزشکان و مقاومت در برابر تجویزهای جامعه پزشکان را دارند (لی و گاروین<sup>۵۵</sup>، ۲۰۰۳). آنها می‌توانند درمقابل صحبت‌هایی که از جانب پزشک ایراد می‌شود مقاومت کرده و این تجویزها را دوباره برای خود به نسبت دیدگاه خویش از بیماری بازسازی نمایند، به علاوه اطلاعات آنان از بدنشان و تجربیات خود، برگرفته از باورهای اجتماعی ایشان از زندگی اجتماعی خود است (لی و گاروین، ۲۰۰۳). بیماران از پزشکان انتظار دارند آنها را با یک حس یکرنگی و برابری، معالجه کنند. این دیگر در مورد پزشک قابل قبول نیست که روش‌های درمانی و تشخیص‌های خویش را بدون هیچ‌گونه شرح و توضیحی، به شکل سر بسته، به بیمار ارائه کند. بیماران به هیچ وجه نمی‌توانند پزشکانی را تحمل کنند که خود را در موضع قدرت دیده، دید پدرمآبانه به بیمار داشته، به او از بالا نگاه می‌کنند و خود را بزرگ و محترم می‌شمارند (آلن<sup>۵۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ کیم<sup>۵۷</sup>، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر، اهمیت نابرابری‌های اجتماعی در رابطه‌ی پزشک-بیمار، به کرات موضوع تحقیقات بوده است (بنسینگ<sup>۵۸</sup>، ۱۹۹۱؛ جین سین<sup>۵۹</sup>، ۲۰۰۱؛ استوارت و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویلمز<sup>۶۰</sup>، ۲۰۰۵). این تحقیقات افزایش اهمیت نابرابری‌های اجتماعی را در مراقبت‌های بهداشتی متذکر می‌شوند و نشان می‌دهند که این نابرابری‌های اجتماعی منجر به نابرابری و عدم تقارن در رابطه‌ی پزشک - بیمار می‌شود. استریت<sup>۶۱</sup> (۱۹۹۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که اکثر پزشکان برای نجات جان بیماران مسن، منحرفین اجتماعی، یا اشخاصی که در محل‌های پست و نامناسب زندگی می‌کنند کوشش چندانی به عمل نمی‌آورند. در آمریکا پرستاران خوب و کارآزموده و پزشکان مجرب و سطح بالا کمتر در بیمارستان‌ها و

کلینیک‌های مختص کارگران یا مراکز ارائه خدمات پزشکی به افراد طبقات پایین اجتماع به کار اشتغال می‌ورزند.

زنان نسبت به مردان بیشتر از بخش خصوصی در زمینه سلامت و بهداشت استفاده می‌کنند و این اختلاف نسبت به خدمات بهداشت ملی<sup>۶۲</sup> بیشتر به چشم می‌خورد. ویلز (۱۹۹۳) در مقاله‌ای با بررسی اطلاعات جمع‌آوری شده در حدود سال ۱۹۹۱ در مورد بیماران خصوصی در مرکز بهداشت ناحیه ای انگلستان و در پاسخ به این پرسش که آیا احساسات و ادراک زنان و مردان از بخش خصوصی متفاوت است یا نه؟ در زمانی که خدمات بهداشتی عمومی تغییرات اساسی را تجربه می‌کردند، نشان می‌دهد که دلایل «خصوصی شدن» با مسائل مربوط به زنان و آن دسته از عواملی که زنان به عنوان دلایل قرار گرفتن بخش خصوصی در رأس انتخابشان مطرح می‌کردند، مشخص می‌شود. آن دلایل عبارتند از: توانایی انتخاب تاریخ پذیرش، دسترسی به توجه و مراقبت «بهتر»، و انتظارات مربوط به خلوت و رازداری. برای بسیاری از زنان نمونه، به این موقعیت‌ها در حال حاضر از طریق NHS برای رضایتمندی ایشان، پرداخته نشده است. در این تحقیق، در حالی که وضعیت مردان نیز به شکل گسترده‌ای به همین منوال بود، یک محاسبه و اندازه‌گیری دقیق‌تر تفاوت‌های جنسی در تفاسیر آنان را نشان داد. به اعتقاد ویلز این اختلافات می‌تواند به حساب تفاوت در نحوه اجتماعی شدن، نقش‌های اجتماعی و موقعیت اجتماعی مردان و زنان، نوشته شود. این مسئله نشان می‌دهد که مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز و بینش افراد نسبت به آن، همان‌طور که بین افراد از طبقه، سن و نژادهای مختلف، متفاوت است، در میان گروه‌های زنان و مردان نیز متفاوت است. ویلز نتیجه می‌گیرد که بدون درک این تفاوت در

نیازهای بهداشتی و خواسته‌های این گروه‌ها، بخش عمومی نمی‌تواند خدماتی که موجب رضایت مشتری می‌گردد را ارائه نماید.

اعتماد در رابطه‌ی پزشک - بیمار، به عنوان پیش نیاز اولیه و شرط لازم برای یک مراقبت پزشکی خوب مورد توجه بسیاری است. علاوه بر این، اعتماد، از آنجا که بر رفتارها و نگرش‌های مهم بیماران، مانند تمایل به جستجوی مراقبت و درمان، کشف اطلاعات حساس، پیروی از توصیه‌های درمانی، موافقت با درمان و توصیه‌ی پزشکان به دیگران، تأثیر می‌گذارد، جزء لاینفک و حیاتی اثربخشی و کارایی تعاملات درمانی است (بنرجی و سانیا،<sup>۶۳</sup> ۲۰۱۲). فاکتورهایی چون فاصله‌ی اجتماعی، فقر و قومیت موجب تحلیل رفتن اعتماد در تعاملات مراقبت‌های سلامتی و پزشکی می‌گردد. این فاکتورها با احساس بی‌احترامی و دریافت درمان ناعادلانه از سوی بیماران همراه است (اودی،<sup>۶۴</sup> ۱۹۹۸؛ بلانچارد و لوری،<sup>۶۵</sup> ۲۰۰۴).

یکی از دلایل روشن تخریب اعتماد در رابطه پزشک بیمار، دروغ گفتن از جانب هر دو طرف پزشک و بیمار است. برای پزشکان دروغ گفتن معمولاً در واقع اجتناب از گفتن حقیقت در مورد تشخیص و مجبوس کردن اطلاعات درباره وضعیت بیمار است. دروغ گفتن از جانب بیماران در رابطه با شدت علائم بیماری و یا تعقیب درمان است. هر دو طرف به یک نسبت دروغ گفته و چنین احساس می‌شود که در دروغ گفتن یکسان عمل می‌کنند. آنها نیروی پویایی موجود در یک رابطه را باور نداشته و یا این باور غلط را دارند که اعتماد به اختلال در روند درمان منجر می‌گردد (فتزینگ،<sup>۶۶</sup> ۲۰۰۲).

### راهبردهای بهبود رابطه‌ی پزشک و بیمار

عوامل بهبود دهنده رابطه پزشک - بیمار عبارتند از: اعتماد، درک متقابل، احترام، یکدلی، مهربانی و تمایل نشان دادن به شنیدن سخنان یکدیگر و مشاوره (هاول<sup>۶۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ تام<sup>۶۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). مهارت‌های ارتباطی شیوه و محتوای ارتباط را بهبود می‌بخشد (چئو<sup>۶۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). توجه به مهارت شنیداری، همدلی و استفاده از پرسش‌های باز، نمونه‌هایی از کارهای یک فرد دارای مهارت در ارتباطات است. ارتباطات پزشک - بیمار پیشرفته، بهبود مشکل بیمار و تبعیت از پیشنهادات درمانی، خرسندی و رضایت بیمار، تبعیت و به کارگیری مراقبت‌های بهداشتی و بهبود کیفیت مراقبت و بهداشت را موجب می‌شوند (آرورا، ۲۰۰۳؛ دیت و رند<sup>۷۰</sup>، ۲۰۰۷). پزشکان از اثر داروهای موقت آگاه بوده و زمانی را برای مسائل نامشخصی که در درمان با آن مواجه می‌گردند و یا اتفاقاتی که از طریق شناخت اعمال پزشک و یا بیمار قابل ارزیابی نیست، اختصاص می‌دهند. اینها شامل اثر درمانی برخوردار پزشک و بیمار و اثر نمادی درمان می‌شوند (اولسن و بیرفود<sup>۷۱</sup>، ۲۰۰۱).

دادن خبرهای ناگوار در مورد بیماران یک موضوع پیچیده و چالش‌برانگیز در امر ارتباطات، در کار پزشکی است (بایلی و همکاران، ۲۰۰۰). ساختار ارتباط اهمیت خاصی در اخبار ناگوار دارد (پلات و کیتینگ، ۲۰۰۷). عوامل مهم شامل شناخت دیدگاه‌های بیماران، در اختیار گذاردن اطلاعات، انگیزه و اطلاعات بیمار می‌باشند. (بایلی و همکاران، ۲۰۰۰؛ پارکر<sup>۷۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). ارتباطات نادرست ضمن داشتن خطر، می‌تواند از استفهام صحیح بیماران جلوگیری کرده، امید به درمان و یا حتی بهبود و پیشبرد درمان را مختل سازد. همچنین ارتباطات ناصحیح رضایت بیمار را



از اطمینان پزشکی و سطح امیدواری کاهش داده و در نتیجه سازگاری روانشناختی را برهم می‌زند (بایلی و همکاران، ۲۰۰۰).

بایلی و همکاران (۲۰۰۳) گزارش کرده اند که بیماران اغلب ارتباط با پزشکان خود را مهم‌ترین منبع دریافت پشتیبانی روحی و اطلاعات روانشناختی می‌دانند. همدلی یکی از قدرتمندترین راه‌های بهبود کیفیت این پشتیبانی، برای کاهش احساس فاصله داشتن بیماران از پزشک خود و تصدیق احساسات آنها و یا در واقع معقول و مورد انتظار دانستن این احساسات، است.

ارتباط مشارکتی، ارتباطی پویا و متقابل است که تبادل اطلاعات دوطرفه را بهبود می‌بخشد. در یک آرمان شهر، پزشکان می‌بایست با بیماران خود چنین ارتباطی ایجاد نمایند تا بیشترین امنیت را به وجود آورند زیرا پزشکان مایل به تصمیم‌گیری برپایه ارزیابی سریع هستند، که می‌تواند اریبی باشد (فیودنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). نیاز است پزشکان به بیماران برای بحث و تبادل نظر با آنان و فرصت‌گزینش راه درمان، برای پاسخگو بودن و کنترل بیماری با آنان، زمانی اختصاص دهند (آرورا، ۲۰۰۳؛ لی و همکاران، ۲۰۰۲). تبادل موفق اطلاعات این اطمینان را می‌دهد که مراکز، شرح کاملی از جزئیات و گزینه‌های درمانی هماهنگ و هم‌سو، برای مجاز کردن بیماران در سهم شدن در روند تصمیم‌گیری، ارائه می‌دهند. در این دیدگاه، تسهیل مذاکره و تشریح مسائل از جانب پزشک با بیماران و گزینه‌های درمانی با اصل وضعیت و نیازهای بیماران، متناسب و هماهنگ گشته و در واقع یک رشته مذاکرات استاندارد ایجاد می‌شود (آرورا، ۲۰۰۳؛ لی و همکاران، ۲۰۰۲؛ کیندلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ میناس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

«فیودنر» (۲۰۰۷) ۴۱ موضوع را در مورد مراکز مربوط به بیماری‌های کودکان، که عوارض سوء آنها معمولاً بازتاب نمی‌یابد، مطرح کرده است. در این

مراکز، ریشه و مبدأ اصلی بیماری معمولاً ناگفته و ناپیدا مانده و یا دستکم برای یک یا هردو طرف، ناشناس می‌ماند که این موضوع احساس امنیت را سلب می‌کند. بحران و اختلال عموماً وضعیت چالش‌برانگیزی است که می‌تواند باعث احساس درماندگی، ناکامی، پریشانی، عصبانیت، بلا تکلیفی، شکست و ناراحتی شود. پزشک باید این مسائل احساسی را مهم تلقی نموده، مهارت‌هایش را پیشرفت دهد تا بتواند راه حل‌هایی برای حل مشکلات بیمار و اطرفانش و تشنج زدایی از وضعیت آنها بیابد و همچنین با پیدا کردن رابطه بین مشکلات، به یک موفقیت پزشکی دست یابد (لی و همکاران، ۲۰۰۲). اهمیت به اثر شدید عکس‌العمل بیمار در برابر ارتباطات و تاثیر آن در یک ملاقات پزشکی اثبات شده است و این امر می‌تواند تأثیر مثبتی بر ارتباط متقابل و بی‌اثرسازی الگوهای منفی بگذارد (روتر و همکاران، ۲۰۰۲).

پزشکان به دلیل شغلی که انتخاب کرده‌اند، بریک مبنای منظم در معرض آسیب‌پذیری و رنج افرادی هستند که با آنان در ارتباط هستند. این علت ثانویه بیماری، به طرق مختلفی از قبیل سرایت هیجان، انتقال متقابل، سردی و خستگی خود را نشان می‌دهد. این پدیده این سؤال را قوت می‌بخشد که نقش همدلی در کجای رابطه پزشک - بیمار قرار دارد. همدلی یک مجموعه و یک سازه چندبعدی است که احساسات، رفتارها و ابزارهای رفتاری را دربر می‌گیرد. هوگارد معتقد است غمخواری و همدلی هردو برای کیفیت بهداشت لازم بوده و هردو معمولاً مورد توجه واقع نمی‌شوند. پرسش اصلی این است که چرا این موارد مهم در موقعیت‌های درمانی فراموش می‌شوند؟ (ویدرشاون<sup>۷۵</sup>، ۱۹۹۹). هالپرن<sup>۷۶</sup>، (۲۰۰۱) اظهار می‌کند که پزشکان برای دوری از خستگی و فرسودگی بین خود و بیمار فاصله می‌اندازند. استدلال آنها این است که این فاصله به آنها برای مدیریت

زمان کمک می‌کند، تمرکزشان را افزایش می‌دهد، حس بی‌طرفی را تداوم بخشیده و بیماران را از دید یک جانبه به پزشک و تصمیمات از روی هیجان و احساسات، دور می‌کند. تحقیقات حاکی از آن است که این اعتقادات سفسطه آمیز بوده، به خصوص زمانی که برای دوری از خستگی به کار گرفته می‌شوند. دوری و جدایی احساسی در واقع اوضاع را بدتر نموده و خود باعث فرسودگی و خستگی می‌گردد. خستگی در واقع به دیگر عوامل استرس زا مانند مسائل سازمانی ای که متخصص بالینی را از رابطه پایدار پزشک - بیمار دور می‌کند، وابسته است. راه دوری از خستگی و راه حل مشکل فرسودگی شخص دلسوز این است که پزشکان برای برخورد دلسوزانه با بیماران ترغیب شوند، مشکلات اداری آنها کاهش یابد و اجازه داده شود تا به نقش قبلی خود - مانند یک بهداشتتیار دلسوز - باز گردند. آنها همچنین می‌بایست توسط یک شبکه پشتیبانی حرفه ای حمایت شده و یک محیط کار بهداشتی که حامی آنها و کارکنانشان باشد، برایشان فراهم گردد (کاندرو، ۲۰۰۱).

## نتیجه

برخی از جنبه‌های محوریت بیمار می‌تواند مزایای مهمی برای بیماران داشته باشد: ارتباطات اصلاح شده و بهبود یافته باعث افزایش رضایت بیمار و بازدهی‌های سلامتی می‌شود (براون<sup>۷۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ کاینرسل<sup>۷۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)، شرکت دادن بیماران در مشاوره می‌تواند از میزان استرس و نگرانی‌های بیماران بکاهد (لیتل<sup>۷۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) و نیز این پتانسیل بالقوه را دارد که نتایج مضر مرتبط با تجویزهای نادرست را کاهش دهد (بریتن<sup>۸۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). اگر پزشکان شرایط را برای محقق شدن یک رابطه‌ی بیمار محور عملی و مثبت فراهم نکنند، رضایت و توانمندی بیماران کاهش می‌یابد و این امر می‌تواند بر شدت علائم بیماری بیافزاید و در نتیجه بیماران برای دریافت خدمات سلامتی بیشتر و جستجوی منابع دیگر، متحمل هزینه‌های گزافی شوند (لیتل و همکاران، ۲۰۰۱). دیدگاه بیمار محور پزشکان را وامی‌دارد که به امیدها، احساسات و عقاید بیماران در مورد بیماری شان، توجه کنند. مطالعات حاکی از آن است که این دیدگاه مقبولیت درمان و میزان رضایتمندی را افزایش و شکایت از معالجه نادرست را کاهش می‌دهد (سوانسون<sup>۸۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

شناخت جنبه‌های زیستی، اجتماعی و فرهنگی بیماری می‌تواند بر شیوه ارتباطی پزشک در برخورد با بیمار و درک بهتر و عمیق‌تر مسائل و مشکلات جسمی و روحی آنان تأثیر گذاشته و حتی پزشک را در رسیدن به تشخیص صحیح و انتخاب و ارائه گزینه درمانی مناسب و کارآمد که مورد پذیرش بیمار قرار گرفته و با خواسته‌های او مطابقت بیشتری داشته باشد یاری کند که البته این توانمندی موجب موفقیت پزشک در جلب رضایت و اعتماد بیمار و همکاری و مشارکت بهتر و بیشتر در درمان و در نتیجه اثربخشی و موفقیت درمان می‌شود. این مسأله

که بیماران در اکثر موارد پزشکی را که از لحاظ فرهنگی و ارزشی تشابه و نزدیکی بیشتری با آنان دارد ترجیح می‌دهند خود شاهدی بر اهمیت و تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی بر ارتباط میان پزشک و بیمار می‌باشد.

شناخت جنبه‌های زیستی، اجتماعی و فرهنگی بیماری می‌تواند بر شیوه ارتباطی پزشک در برخورد با بیمار و درک بهتر و عمیق‌تر مسائل و مشکلات جسمی و روحی آنان تأثیر گذاشته و حتی پزشک را در رسیدن به تشخیص صحیح و انتخاب و ارائه گزینه درمانی مناسب و کارآمد که مورد پذیرش بیمار قرار گرفته و با خواسته‌های او مطابقت بیشتری داشته باشد، یاری کند، که البته این توانمندی موجب موفقیت پزشک در جلب رضایت و اعتماد بیمار و همکاری و مشارکت بهتر و بیشتر در درمان و در نتیجه اثربخشی و موفقیت درمان می‌گردد. این مسأله که بیماران در اکثر موارد پزشکی را که از لحاظ فرهنگی و ارزشی تشابه و نزدیکی بیشتری با آنان دارد ترجیح می‌دهند خود شاهدی بر اهمیت و تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی بر ارتباط میان پزشک و بیمار می‌باشد. بنابراین نکته‌ی مهم این است که «موفقیت پزشکان نه فقط به دانش و مهارت‌های بالینی آنها، بلکه به ماهیت رابطه‌ی اجتماعی بین آنها و بیماران بستگی دارد» (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ص ۱۹۱).

معمومه شفقتی، محمد جواد زاهدی

#### قدردانی

از خانم دکتر شیرین احمدنیا عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی به خاطر راهنمایی‌ها و کمک‌های بی‌دریغشان سپاسگزاری می‌شود.

## پی‌نوشت‌ها

1. Duffy
2. Stewart
3. Tonque
4. Klitzman
5. McKevitt
6. Lee
7. Baile
8. Chien – Yu
9. Kaba
10. Sooriakumararan
11. Krupat
12. PilzerErlich
13. Francis Peabody
14. Selwyn
15. patient-centred medicine
16. Medicine Evidence Base
17. Patient oriented
18. oriented Disease
19. stewart
20. Biomedical model
21. Biopsychosocial model
22. Wyatt
23. Qualtere-Barcher
24. Marcum
25. George Engels
26. Eric Cassell
27. Pert
28. Fourez
29. Carter
30. Bouckennaere
31. Oosterman
32. Jacobson et Mariano
33. Arora
34. Roter
35. Brédart
36. Platt & Keating
37. Hall
38. Henrdon J., Pollick K
39. Kindler
40. Hagihara& Tarumi
41. Dey
42. Greenfield
43. Maguire & Pitceathly
44. Little
45. Brinkman
46. Harmon

47. Kaplan
48. Maguire & Pitceathly
49. Fentiman
50. DiMatteo
51. Kondro
52. Mizrachi
53. Getting Rid of patient
54. Vegni
55. Lee & Garvin
56. Allen
57. Kim
58. Bensing
59. Jensen
60. Willems
61. Street
62. National Health Service
63. Banerjee & Sanyal
64. Audiey
65. Blanchard & Lurie
66. Fanzing
67. Houle
68. Tohm
69. Chiò
70. Diette & Rand
71. Olesen & Barefod
72. Parker
73. Feudtner
74. Minhas
75. Wittershoven
76. Halpern
77. Brown
78. Kinnersley
79. Little
80. Britten
81. Swenson

#### فهرست منابع

- آدام، فیلیپ؛ کلودین، هرتسلیک. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس - دنیا کتبی، تهران، نشر نی.
- آدلر، هربرت. (۱۳۸۷). روانشناسی و جامعه‌شناسی برای دانشجویان پزشکی، تهران، ارجمندی.
- آسای، مهسا. (۱۳۸۲). بررسی ضرورت تدریس مهارت‌های ارتباط انسانی در دانشکده‌های علوم پزشکی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم ارتباطات، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات.

بهرامی، علیرضا. (۱۳۸۳). آگاهی و نگرش پزشکان عمومی و متخصص شهر کرمان در مورد ارتباط با بیمار و مهارت‌های ارتباطی، پایان نامه دکتری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کرمان.

زالی، محمد رضا، مهدوی، محمد صادق، نوبخت حقیقی، علی، نوروزی، آریتا. (۱۳۷۶)، بررسی علل شکایت بیمار از پزشک، طرح پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی.

فرهنگی، علی اکبر. (۱۳۸۹). ارتباطات انسانی، تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، جلد دوم. کاظمی، مصطفی، فیض‌اللهی، نجات، علیلو، صدیار، مسعودی، محمد، عباسی، محمود. (۱۳۸۹). بیماری محوری یا بیمار محوری در پزشکی، سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران، جلد اول.

محسنی، منوچهر. (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران، طهوری. محسنیان راد، مهدی. (۱۳۸۹). ارتباط‌شناسی، ارتباطات انسانی (میان فردی، گروهی، جمعی)، تهران، انتشارات صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.

مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

Arora N. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57(5): 791–806.

Audiey, C Kao., Diane, C., Green, Nancy A., Davis, Jeffrey., P. Koplant., Paul, Cleary D. (1998). Patients' trust in their physicians effects of choice, continuity, and payment method, *J Gen Intern Med* 13(10): 681–686.

Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E. A., Kudelka A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer, *Oncologist* 5(4): 302–311.

Banerjee, A., Sanyal, D. (2012). Dynamics of doctor–patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement, *J Family Community Med* 19(1): 12–19.

Bensing J. (1991), Doctor-patient communication and the quality of care, *Social Science & Medicine* 32: 1301–1310.

Blanchard, J., Lurie, N. (2004), Respect: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care, *J FamPract*, 53: 721–730.

Bouckennaere, D. (2007), La douleur chronique et la relation médecin-malade, *Cahiers de Psychologie Clinique* 28: 167-183.

Brédart A., Bouleuc C., Dolbeault S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology, *Curr Opin Oncol* 17(14): 351–354.

Brinkman W. B., Geraghty S. R., Lanphear B. P., et al. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc*, 161(1): 44–49.



- Britten, N., Stevenson, F., Barry, C., Barber, N., Bradley, C. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: Qualitative study. *BMJ* 320: 484-488.
- Carter, CS. (1998). Neuroendocrinology perspectives on social attachment and love 23: 779-818.
- Chien-Yu, CH. (2010), The analysis of communication problems and language barriers between patients and physicians in California, Chung Shan Medical University, for the Degree Master of Science.
- Chiò A., Montuschi A., Cammarosano S., et al. (2007). ALS patients and caregivers communication preferences and information seeking behaviour. *Eur J Neurol* 15(1): 55-60.
- Dey, I. (1993), *Qualitative data analysis*, Thousand Oaks, CA: Sage
- Diette, GB., Rand, C. (2007). The contributing role of health-care communication to health disparities for minority patients with asthma, *Chest*, 132(5 Suppl): 802S-809S.
- DiMatteo M. R. (1998), The role of the physician in the emerging health care environment, *West J Med* 168(5): 328-333.
- Engle, G. (1997), The need for a new medical model: A challenge for the biomedicine, *Science* 196: 129-136.
- F, D., Gordon G. H., Whelan G., et al. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report, *Acad Med* 79(6): 495-507.
- Fanzing, S. (2002), Lying, secrecy, and power within the doctor-patient.
- Fentiman I. S. (2007). Communication with older breast cancer patients, *Breast J* 13(4): 406-409.
- Feudtner C. (2007). Collaborative communication in pediatric palliative care: A foundation for problem-solving and decision-making, *PediatrClin North Am* 54(5): 583-607.
- Fourez, B. (1993). Diagnostic d'exclusion, theatre de la premier rencontre du patient fonctionnel avec le monde psy, *Cahiers de Psychologie Clinique, De Boek*.
- Greenfield S., Kaplan S. H., Ware J. E., Jr, Yano E. M., Frank H. J. (1988). Patients' participation in medical care: Affects on blood sugar control and quality of life in diabetes, *J Gen Intern Med* 3(5): 448-457.
- Greenfield S., Kaplan S., Ware J. E. (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes, *Ann Intern Med* 102(4): 520-528.
- Hagihara A., Tarumi K. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication, *Scand J Caring Sci* 20(2): 143-150.
- Harmon G., Lefante J., Krousel-Wood M. (2006). Overcoming barriers: The role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications, *CurrOpinCardiol* 21(4): 310-315.

- Henrdon J., Pollick K. (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am*, 84 (2): 309-315.
- Houle, C., Harwood, E., Watkins, A., Baum, KD. (2007). What women want from their physicians: A qualitative analysis, *Journal of Women's Health* 16(4): 543-550.
- Jacobson, L., Mariano, AJ. (2001). General considerations de chronique pain, dans *Bonica's management de pain*: 241-54.
- Jensen JD., King AJ., Guntzville LM., Davis LA. (2010). Patient-provider communication and low-income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction, *Patient Educ Couns* 79: 30-35.
- Kaba, R., Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship, *International Journal of Surgery* 5: 57-65.
- Kaplan. SH., Greenfield, S., Ware, JE. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease, *Med Care* 27(3 Suppl): S110-S127.
- Kim, T. (2010). *Medicine without the medical gaze: theory, practice and phenomenology in Korean medicine*, the University at Buffalo, State University of New York, a doctoral dissertation.
- Kindler. CH., Szirt L., Sommer D., Häusler R., Langewitz W. (2005). A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit, *Anaesthesia* 60(1): 53-59.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I. (2000). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care, *Br J Gen Pract* 49: 711-716.
- Klitzman H. (2001). Sexualization of the doctor-patient relationship: Is it ethically permissible?, *Journal of family practice*, Vol.52.
- Kondro, W. (2001). Are physicians too rude?, *Journal of the American Medical Association* 165(10): 1376-1376.
- Krupat, E., Yeager, C. M., Putman, S. (2000). Patient role orientation, doctor-patient fit, and visit satisfaction, *Psychology and Health* 15(7): 707-719.
- Lee S. J., Back A. L., Block S. D., Stewart S. K. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 1: 464-483.
- Little P., Everitt H., Williamson I., et al. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations, *BMJ* 323(7318): 908-911.
- Maguire P., Pitceathly C. (2002). Key communication skills and how to acquire them, *BMJ* 325(7366): 697-700.
- Marcum, J. 2008, *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*, Edited by H. T. Englehardt Jr, Philosophy and Medicine, USA: Springer.

- McKevitt, CH., Morgan, M. (1997). Anomalous patients: The experiences of doctors with an Illness, *Sociology of Health & Illness* 19 (5): 644-667.
- Minhas R. (2007). Does copying clinical or sharing correspondence to patients result in better care?, *Int J ClinPrac* 61(8): 1390-1395.
- Mizrachi, N. (2000). From causation to correlation: The story of psychosomatic medicine: 1939-1979, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 25: 317-343.
- Olesen, F., Barefod, T. (2001). The concept of placebo in general practice: Is it time to avoid the word placebo?, *Journal of Primary Health Care* 19(3): 204-205.
- Oosterman, G. (2001). La plaintefonctionnelle, *Douleur et Analgésie* 2: 119-26.
- Parker SM., Clayton JM., Hancock K., et al. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of life-limiting illness: Patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information, *J Pain Symptom Manage* 3(1): 81-93.
- Pert, CB. (1997). *Molecules of emotion: Why you feel the way you feel*, London: Simon and Schuster.
- PilzerErlich, L. (2010). The effect of encounters between medical gatekeepers and patients on the doctor-patient relationship, a doctoral dissertation, College of social and behavioral sciences, Walden University.
- Platt F. W., Keating K. N. (2007). Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: Understanding the communication gap, *Int J ClinPrac* 61(2): 303-308.
- Qualtere-Burcher, P. (2011). Re-thinking the doctor-patient relationship: A physician's philosophical perspective, a doctoral dissertation, University of Oregon.
- Roter DL. (1983). Physician/patient communication: Transmission of information and patient effects, *Md State Med J* 32(4): 260-265.
- Saradon-Eck, K. (2002). La rencontremédecin-maladeaussi le lieu d'unemédiation du lien social, *La Revue du praticienMédecineénérale*, n° 578: 938-94.
- Selwyn, D. (2002). Communication in doctor- patient relationship, *British Medical Journal* 324: 397.
- Siegfried, M. (1998). Improving doctor-patient communication, *British Medical Journal*, Vol.316, Issue 7149.
- Stewart M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, *CMA* 152(9): 1423-1433.
- Stewart M., Brown J. B., Donner A., et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes, *J FamPract*, 49(9): 796-804.
- Stewart, EE., McMillen, M. (2001). How to see your practice through your patient's eyes, *Family practice* 16: 123-131.

- Street RL. (1991). Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics, *Social Science & Medicine*, 32: 541-548.
- Swenson, SL., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, DC., Lo, B. (2004). Patient-centered communication, *Journal of General Internal Medicine* 19: 1069-1079.
- Thom, DH., Hall, MA., Pawson, LG. (2004). Measuring patient's trust in physicians when assessing quality of care, *Health Affairs*, 23(4): 124-132.
- Tongue JR., Epps HR., Forese LL. (2005). Communication skills for patient-centered care: Research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients, *J Bone Joint Surg Am*, 87: 652-658.
- Weston, WW., Brown, JB. (1995). Overview of the patient-centered methods. In: Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., Mcwhinney, I. R., McWilliam, CL., Freeman, TR. (eds.). *Patient-centered medicine transforming the clinical method*, Thousand Oaks(CA): Sage, pp: 21-30.
- Wiles, R. (1993). Women and private medicine *Sociology of Health & Illness* 15, 1.
- Willems S., De Maesschalck S., Deveugele M., Derese A., De Maeseneer J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference?, *Patient Educ Couns* 56: 139-146.
- Wittershoven, GA. (1999). Care, cure, and interpersonal understanding. *Journal of Advanced Nursing* 29(5): 1163-1169.
- Wyatt, N. (1991). Physician-patient relationship: What do doctors say?, *Health Communication* 3(3): 154-174.

## یادداشت شناسه مؤلفان

معصومه شفعتی: دانش آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی و پژوهشگر گروه اخلاق زیستی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. از جمله مهمترین علایق پژوهشی وی اخلاق زیستی اجتماعی است.

نشانی الکترونیک: sa.shafati@gmail.com

محمدجواد زاهدی: دانش آموخته دکترای جامعه‌شناسی و دانشیار جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور تهران. از مهمترین علایق پژوهشی وی جامعه‌شناسی کاربردی است.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۳

biomedical model to the multidimensional concept of bio-psycho-social model.

**Keywords**

bio-psycho-social model, biomedical model, communicative skills, doctor-patient model.

Archive of SID