

Original Article

The Qualitative Study of Doctor-Patient Interaction Patterns

Esfandiar Ghafari Nasab^{1*}, Khalil Karimi², Seyyed Ebrihim Mosavat³, MohammadAli Ghaseminejad⁴

1. Associate Professor of Sociology, College of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author) Email: Ghafarinasab2020@gmail.com
2. Master of Sociology, College of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
3. Ph.D, Student of Sociology, Faculty of Literature and Humanities Science, Yasouj University, Iran.
4. Master of Sociology, College of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Received: 7 Jan 2017 Accepted: 11 Jun 2017

Abstract

Background and Aim: The interactive relationship between physician and patient implies multifaceted faces. By the way, the manner of interacting between them to some extent might have a socio-psychological influences on the patients' outcomes. It has also important impact on the treatment of patients. This study aimed to find the interactive patterns in terms of patient's meaning system among patients who referred to Eghbal health center of Shiraz, Iran.

Materials and Methods: In this qualitative research, we used the method of framework analysis. Although the general approach to analyzing the framework is inductive, this form of research encompasses both previous concepts and new concepts. The number of participants were 20 persons who were selected purposively. In depth interview was used to collect data in terms of theoretical saturation rule.

Findings: Three kinds of interactive patterns between physicians and their patients were emerged. Those included physician-centered model, patient-centered model and interactive- participatory model so that, interactive model has been dominated. Participants also pointed out four main themes related to how doctors treated patients and satisfied them: how to deal with affection and compassion; trust; hastiness as a feature of the contemporary century; money and specialized knowledge systems.

Conclusion: The basic roots of satisfaction and dissatisfaction of patients based on the theories of Giddens about the money, specialized system of knowledge and confidence were interpreted and finally concluded that if they didn't adopt the physician's suggestion, they endangered by diseases and threatened by ontological insecurity.

Keywords: Interaction, Physician-Centered; Patient-Centered; Participatory Pattern; Qualitative Research

Please cite this article as: Ghafari Nasab E, Karimi KH, Mosavat SE, Ghaseminejad MA. The Qualitative Study of Doctor-Patient Interaction Patterns. *Bioethics Journal* 2017; 7(25): 17-29.

مطالعه کیفی الگوهای تعامل پزشک و بیمار

اسفندیار غفاری نسب^{۱*}، خلیل کریمی^۲، سیدابراهیم مساوات^۳، محمدعلی قاسمی نژاد^۴

۱. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Ghafrinasab2020@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، ایران.

۳. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، ایران.

۴. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، ایران.

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: رابطه تعاملی میان پزشک و بیمار، دارای وجوه چندگانه‌ای است. به هر روی، شیوه تعامل میان پزشک و بیمار، بر پیامدهای اجتماعی - روانی بیماران و چگونگی درمان آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این مطالعه در پی یافتن الگوی تعاملی در میان بیمار و پزشک مبتنی بر نظام معنایی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اقبال، شیراز بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه از روش تحلیل چارچوب به عنوان یکی از روش‌های تحقیق کیفی استفاده شده است. نمونه‌ها به صورت هدفمند انتخاب شده و تعداد آن‌ها بر اساس قاعده اشباع نظری ۲۰ نفر بود. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه عمیق فردی استفاده شد، اگرچه رویکرد عام در تحلیل چارچوب استقرایی است، اما این شکل از تحقیق هم مفاهیم پیشین و هم مفاهیم جدید را دربر می‌گیرد. **یافته‌ها:** سه نوع الگوی تعاملی میان پزشکان و بیماران شامل مدل پزشک‌محور، بیمارمحور و مشارکت دوجانبه پدیدار شد که البته غلبه با الگوی مشارکتی بود. همچنین مشارکت‌کنندگان به چهار تم اصلی در ارتباط با نحوه برخورد پزشکان و میزان رضایتمندی بیماران اشاره نمودند: نحوه برخورد دوستانه و عاطفی پزشک؛ اعتماد؛ شتاب‌زدگی به عنوان ویژگی قرن معاصر؛ پول؛ و نظام‌های تخصصی دانش.

نتیجه‌گیری: ریشه‌های اساسی رضایتمندی و عدم رضایتمندی بیماران بر اساس نظریات گیدنز پیرامون پول، نظام تخصصی دانش و اعتماد تفسیر شد. بنابراین اگر بیماران نتوانند به پزشک و یا به عبارت دقیق‌تر، جایگاه پزشک اعتماد کنند، مخاطرات ناشی از تهدید جانی آن‌ها در صورت عدم توجه به توصیه‌های پزشک و ابتلای به بیماری، موجب ناامنی هستی‌شناختی می‌شود.

واژگان کلیدی: تعامل؛ پزشک‌محوری؛ بیمارمحوری؛ الگوی مشارکتی؛ تحقیق کیفی

مقدمه

از آن هنگام که بیماری از دست تنهای پزشک بیرون آمد و به یک مسأله اجتماعی بدل گشت؛ از آن هنگام که سلامتی مهم‌تر از بیماری جلوه‌گر شد و به پیشگیری نیاز پیدا کرد؛ مفهوم «بیماری» موضوع علوم اجتماعی شد و جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی شکل گرفتند. با وجود این که هیچ‌گاه اهمیت سلامتی از اهمیت نیازهای دیگر انسان، مانند خوراک و پوشاک و کار و مسکن کم‌تر نبوده، هرگز مانند امروز به یک موضوع اجتماعی همه‌گیری تبدیل نشده است. بیماری به نظر جامعه‌شناس، پدیده‌ای اجتماعی و طبقاتی و در نظر انسان‌شناس، موضوعی فرهنگی و به مثابه فضایی اجتماعی - فرهنگی جلوه می‌کند (۱).

برای فردی که خود را بیمار حس یا فرض می‌کند، فهمیدن ماهیت حال او و دادن معنایی به آن، برای او کافی نیست: باید در پی مداوا باشد. ملاقات با پزشک و طلب درمان، لحظه حساسی در زندگی بیمار است. برای پزشکان نیز رابطه با بیماران مسأله مهمی را پیش پای آن‌ها می‌گذارد و می‌توان تصور کرد که خود پزشکان به این موضوع توجه زیادی دارند. بنابراین اگر پزشک بخواهد بیمار به دستورهایش عمل کند، باید به دیدگاه‌های او توجه نماید. از طرف دیگر، پزشکان می‌دانند که دلیل اصلی نارضایتی مراجعین از بخش‌های مختلف پزشکی که در بررسی‌های متعددی به آن اشاره شده است، ارتباط ناقص بین بیماران و مداواگران است (۱).

به عقیده جامعه‌شناسان، رابطه بین پزشک و بیمار نمی‌باید منحصرأً به روانشناسی ختم شود. ملاقات این دو شخصیت تنها ملاقات دو نفر نیست. این برخورد، بیماران و اطرافیان آن‌ها را که به گروه‌های اجتماعی مختلف تعلق دارند، در برابر اعضای حرفه‌ای قرار می‌دهد که پایگاه بسیار ویژه‌ای در جامعه دارند. روابط آن‌ها روابط گروه‌های مختلف با تخصص‌ها، جهت‌گیری‌ها، حیثیت‌ها و توانمندی‌های مختلف است، پس این روابط در چارچوب روابط ساختاری جامعه کلی قابل بررسی است (۱).

چنین شرایطی را می‌توان در قالب نمودار پلکانی دید که در آن در هر مرحله و با ورود هر عنصر جدید، به تدریج بر اثر

همگرایی عناصر آزارنده، بر شدت عوارض جسمی و روانی بیمار افزوده می‌شود و این افزایش چنان پیش می‌رود که گاه بر چرخه‌های باطل از اضطراب می‌انجامد. ورود مدبرانه پزشک به این عرصه با ارائه آگاهی‌های لازم در زمان مناسب و با عنایت به شرایط پیچیده مورد اشاره و تشریح هوشمندانه هر یک از پدیده‌ها به تناسب سطح دانسته‌های بدوی بیمار، اساسی‌ترین شیوه در رفع نگرانی‌های او و نزدیکان او است. بدیهی است که با توسل جستن به این شیوه در سیر درمان بیمار، در هر مرحله با رفع تدریجی علائم و نشانه بیماری، از شدت اضطراب بیماری کاسته خواهد شد. نکته‌ای اساسی در این میان وجود دارد که برخاسته از تعاملات دوجانبه بیمار و پزشک است و آن این که ورود به این چرخه و درهم‌شکستن آن، مستلزم وجود سلسله‌ای از مهارت‌های ارتباطی و موقعیت‌شناسانه در میان انواع مهارت‌های تخصصی پزشکی است (۲).

رابطه مناسب پزشک و بیمار، دارای پیامدهای مثبتی بر روی سلامت و بهبودی بیماران است (۳). نتایج نشان داده است که بهبود در روابط پزشک و بیمار، سبب کاهش فشارهای روانی در بیماران می‌گردد (۴). همچنین بهبود رابطه مناسب پزشک و بیمار، موجب افزایش میزان سلامت روانی و جسمانی و درمان و کنترل بیشتر بیماری‌های مزمن همچون کاهش فشار خون و قند خون می‌گردد (۵).

مطالعه در زمینه رابطه پزشک و بیمار در کشور می‌تواند به بنانهان الگوی ارتباطی پزشک - بیمار مقتضی جامعه و فرهنگ ایرانی رهنمون شود (۶). به علاوه از آنجا که پدیده ویزیت گروهی در حال حاضر در ایران و به ویژه در مطب‌های خصوصی رو به افزایش است، تحقیقات بیشتری در این زمینه خاص لازم است، چراکه با توجه به یافته‌های تحقیقات گوناگون (۷)، این امر تأثیر زیادی بر رابطه پزشک - بیمار و نحوه عملکرد بیماران می‌گذارد.

در راستای آنچه گفته شد، پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

آسمانی (۱۳۹۱ ش.) درباره مدل‌های ارتباطی پزشک و بیمار می‌گوید: «کلید ارتباط کارآمد در رابطه پزشک و بیمار، اعتماد است. خدشه‌دارشدن این اعتماد، منجر به برقراری

زیرا آن‌ها افراد غیر حرفه‌ای هستند و بر یک مبنای غیر حرفه‌ای هم نمی‌توانند به قضاوت درباره عملکرد پزشکان بپردازند. همچنین این ارزیابی‌ها در مورد تعامل میان دو مجموعه متفاوت و متعارض از هنجارها است» (۱۱). در این راستا، فوق سؤالات تحقیق بدین صورت مطرح می‌گردد:

۱- مراجعین به درمانگاه چه تعریفی از رابطه پزشک و بیمار دارند؟

۲- پزشکان چه میزان وقت را صرف معالجه بیمار می‌کنند؟

۳- نوع رابطه پزشک و بیمار چگونه است؟

۴- نوع رابطه بیمار و پزشک در چارچوب کدام یک از مدل‌های تعامل پزشک و بیمار قرار می‌گیرد؟

۵- بیماران تا چه اندازه از نوع رابطه پزشک و بیمار رضایت دارند؟

۶- بیماران تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت دارند؟

۷- بیماران چه تصویری از رابطه پزشک و بیمار دارند؟

در مطالعات پیشین، غالباً مدل‌های محدود یا یک‌جانبه مورد توجه قرار گرفته‌اند و یا این که پژوهش‌ها به صورت کمی و فاقد عمق و معنای اصیل از دیدگاه بیماران بوده است. مشاهدات محقق پیرامون گلايه‌های مختلفی که افراد جامعه و بیماران بعضاً از برخی پزشکان در نحوه مداوا کردن و ارتباط برقرار کردن با بیماران دارند، دلیل دیگری برای انجام پژوهش حاضر است. برای مثال، بارها اتفاق افتاده است که بیمار به پزشک مراجعه می‌کند و پزشک بدون توجه به گفته‌های بیمار، در حال نوشتن نسخه می‌باشد که موجب سرخوردگی و آشفتگی بیمار می‌شود.

مواد و روش‌ها

روش‌های تحقیق مختلف و گوناگونی در جامعه‌شناسی به کار می‌رود (۱۲). روش مورد استفاده در این تحقیق، کیفی می‌باشد. رویکرد کیفی تحقیق ریشه در پارادایم‌های تفسیری و انتقادی دارد (۱۳) و از روش واحد و یگانه برخوردار نیست، بلکه با تعدد روش همراه است. از جمله این روش‌ها تحلیل چارچوب است. تحلیل چارچوب دارای شباهت‌های زیادی با دیگر تحقیقات کیفی و به ویژه تحلیل محتوی است. مزیت

رابطه‌ای ناکارآمد و مبتنی بر نیاز صرف از طرف بیمار می‌گردد. برقراری یک رابطه خوب بین پزشک و بیمار نتایج درمانی مثبتی را نیز دربر خواهد داشت. در دو دهه گذشته، تغییرات عمده‌ای در روابط پزشک و بیمار رخ داده است به گونه‌ای که محوریت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، به سمت بیمار و ارزش‌های او متمایل شده است. در مراقبت بیمارمحور، پزشک، بیمار را به عنوان انسانی مانند خودش در نظر گرفته و طرز تلقی، باورها و نگرانی‌های او را در کنار تشخیص بالینی خود مد نظر قرار می‌دهد» (۸).

آهنگری (۱۳۸۸ ش.) تعامل اخلاقی پزشک و جامعه را در ایران باستان مورد بررسی قرار داده است و بر اساس مستندات، معتقد است این موضوع در قرون متمادی مورد توجه قانونگذاران بوده است. آنچه از متون بازمانده ایران باستان به دست می‌آید، آن است که در جامعه طبقاتی آن روزگار، با وضع قوانینی سعی کرده بودند تا حقوق پزشک و بیمار را حفظ نمایند. پزشکان، ملزم به گذراندن آزمون‌های دشوار برای دریافت مجوز بودند و جامعه نیز در قبال تخصص آنان، موظف به پرداخت دستمزدهای مصوب بود (۹).

بارک (Burk) (۲۰۰۸ م.) در پایان‌نامه خود به بررسی نوع نگاه دانشجویان پزشکی در مورد رابطه پزشک و بیمار می‌پردازد. در این تحقیق ضمن مصاحبه با مشارکت‌جویان در مورد رابطه پزشک و بیمار، پنج چارچوب شامل پدرسالاری، تصمیم‌گیری هدایت‌شده، مشارکت و رویکرد تکنیکی و ابزاری مشخص گردید. این دانشجویان به توصیف یک رابطه سیال میان پزشک و بیمار اشاره می‌کنند که منطبق با زمینه‌های متفاوت است که شکل‌های کنترل پزشک و شخصیت بیمار را نیز دربر می‌گیرد. تجربیات شخصی و مشاهده نحوه عملکرد پزشکان پیشکسوت، دارای بیشترین تأثیر بر نحوه یادگیری نوع رابطه پزشک و بیمار بوده است (۱۰).

وارنر (Warner) (۲۰۱۳ م.) در مقاله‌ای تحت عنوان «تعارض در رابطه پزشک - بیمار» ادعان می‌دارد که: «بر اساس یافته‌های تحقیق خود، پزشکان معتقدند که مهارت‌های آن‌ها به گونه‌ای است که بیماران در موقعیتی نیستند که بتوانند درباره شیوه درمان و نحوه عملکرد آن‌ها قضاوت کنند،

۳- بررسی توسط اعضا: در این روش از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا یافته‌های دسته‌بندی‌شده را ارزیابی کرده و در مورد آن نظر بدهند.

برای مدیریت و تحلیل بهتر داده‌ها و شواهد کیفی پژوهش در خصوص نوع روابط، در برخی موارد از روش‌های ماتریسی و طراحی جدول استفاده شده است. این رویه به ما کمک می‌کند تا اطلاعات و یافته‌ها را به گونه‌ای منظم و حساب‌شده تنظیم و مطرح کنیم و در نهایت نکات کلیدی پژوهش را استخراج و به صورت مدلی ارائه نماییم.

یافته‌ها

۱۳ نفر از مصاحبه‌شوندگان زن و ۷ نفر مرد بودند. در واقع این عدم تناسب بدین خاطر است که در درمانگاه مورد تحقیق، تعداد زنان بیشتری نسبت به مردان مراجعه می‌کردند. بازه سنی پاسخگویان بین ۲۰ تا ۵۶ سال بوده و تحصیلات افراد از ابتدایی تا فوق لیسانس در تغییر بود به گونه‌ای که نیمی از پاسخگویان، تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. از نظر نوع پزشک مورد مراجعه، ۱۰ نفر از مصاحبه‌شوندگان اغلب به پزشک عمومی مراجعه می‌کردند. ۶ نفر از آن‌ها بیشتر تحت نظر متخصص بودند و ۴ نفر از پاسخگویان، در طی مراجعات به هر دو نوع پزشک عمومی و متخصص مراجعه می‌کردند. از مراجعین فوق، ۱۴ نفر فارس، ۳ نفر لر و ۳ نفر از قوم ترک بودند. همه پاسخگویان به جز ۳ نفر متأهل بوده و دارای فرزند بودند. نیمی از مصاحبه‌شوندگان که البته شامل زنان می‌شود، خانه‌دار بودند و مابقی پاسخگویان در مشاغل آزاد و دولتی فعالیت می‌کردند. نهایتاً، میزان مراجعه پاسخگویان به درمانگاه در بازه‌ای بین هر هفته یک بار تا ۶ ماه یک بار در نوسان بود. در روند مصاحبه‌هایی که با مراجعین به درمانگاه صورت گرفت، نکات حائز اهمیتی به دست آمد که در ادامه هر یک مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱- نظرات پاسخگویان در مورد نوع رابطه پزشک

همانطور که قبلاً اشاره شد، در یک برداشت کلی، ارتباط بین پزشک و بیمار در دو شکل پزشک‌محور و بیمار‌محور مشخص شده است. مدل پزشک‌محور، با دیدگاهی پدرسالارانه

تحلیل چارچوب در این است که مراحل تحلیل در آن منظم و قابل مشاهده‌اند، به نحوی که محقق و دیگران می‌توانند آن مراحل را ببینند، اگرچه رویکرد عام در تحلیل چارچوب استقرایی است، اما این شکل از تحقیق هم مفاهیم پیشین و هم مفاهیم جدید را دربر می‌گیرد.

در این پژوهش جامعه هدف را ۲۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه اقبال در شیراز تشکیل می‌دادند. بر این اساس، نمونه از بین مراجعین به این درمانگاه انتخاب و به صورت هدفمند انجام شد. بر این اساس، معیار انتخاب افراد، میزان اطلاعاتی است که می‌توانند با توجه به تجربیشان در اختیار محقق قرار دهند.

روش گردآوری داده‌ها بدین شیوه بود که محقق ضمن مراجعه به درمانگاه با بیمارانی که به درمانگاه مراجعه نموده‌اند، از تکنیک مصاحبه ژرف استفاده نموده و سؤال‌ها را به صورت باز با آن‌ها مطرح می‌نمود. همچنین مصاحبه‌ها تا زمان اشباع نظری (زمانی که افراد اطلاعات جدیدی را ارائه نکنند) ادامه یافت.

از روش تحلیل چارچوب برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. بدین معنا که ابتدا مصاحبه‌هایی که با افراد صورت گرفت، تبدیل به متن گردید، سپس به تحلیل سطر به سطر آن‌ها پرداخته شد. همچنین تلاش بر این بود که به گونه‌ای استقرایی به استخراج مقولات و سپس دسته‌بندی و بررسی رابطه میان مقولات پرداخته و سرانجام ترسیم نمودار صورت بگیرد.

در نهایت، جهت افزایش قابلیت اعتبار از سه رویه زیر استفاده شد:

۱- تکنیک ممیزی: در این زمینه چند متخصص به مراحل مختلف تحلیل، کدگذاری، مفهوم‌سازی و استخراج مقولات نظارت می‌کنند.

۲- تحلیل مقایسه‌ای: در این روش به داده‌های خام رجوع می‌شود تا مقولات استخراج‌شده با داده‌های خام مقایسه و ارزیابی گردد.

از میان تمامی مواردی که از لا به لای سخنان مصاحبه‌شوندگان استخراج شده است، می‌توان دو مقوله کلی را استخراج کرد. بیماران دو انتظار کلی و بسیار مهم از پزشکان در ارتباط با خود دارند: نخست از بعد علمی و تخصصی ماهر و باتجربه باشند؛ دوم، از بعد رفتاری و عاطفی، مهربان و صمیمی باشند. تأکید اصلی و البته ناخودآگاه پاسخگویان در ارتباط با مهارت و تجربه پزشک، به مقوله «اعتماد» برمی‌گردد. در اینجا تنها به این نکته اشاره می‌شود که چنانچه بیمار نتواند به پزشک خود اعتماد نماید، تمام زندگی وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و ناامنی هستی‌شناختی، دنیای او را ویران می‌نماید.

در رابطه با خوش خلقی و مهربانی پزشک باید گفت که، ایجاد فضای صمیمی و دوستانه، مقدمه‌ای بر ارتباط متقابل و مؤثر بین پزشک و بیمار است. بیمار در شرایطی می‌تواند مشکل خود را به پزشک بگوید و همچنین به تجویزهای وی عمل کند که احساس نماید برای پزشک حائز اهمیت است و می‌تواند با او به راحتی صحبت کند، چراکه ممکن است دارویی با بدن فرد بیمار سازگاری نداشته باشد یا اثرات بعدی آن در دسرساز باشد. به قول یکی از مصاحبه‌شوندگان: «ما زمانی می‌توانیم با پزشک صحبت کنیم و در مورد داروها و تجویزهای دکتر اظهار نظر کنیم که او مهربان باشد. در غیر این صورت من شخصاً می‌ترسم با او صحبت کنم!»

از دیگر مواردی که در میان صحبت‌های پاسخگویان مورد تفحص قرار گرفت، میزان رضایت آن‌ها از رابطه پزشک و بیمار در مکان مورد مطالعه بود که برای توضیح و استخراج بهتر به صورت زیر تنظیم شده است. به عبارت دیگر، این نکات بیانگر ویژگی‌های مثبت و منفی پزشکان در مکان تحقیق است که به صورت کلی و در قالب موارد زیر بیان شده است:

و کم و بیش آمرانه، مشخص و تعریف می‌شود، اما در مقابل، مدل بیمارمحور، پزشکان کنترل بسیار محدودتری دارند. علاوه بر این دو مدل، بر اساس مدل‌های نظری اشاره‌شده، مدل مشارکت دوجانبه به دو مدل فوق اضافه گردید که در آن پزشکان، بیماران را به مشارکت در مشاوره و بیان تجارب و احساسات‌شان ترغیب می‌کنند و در نتیجه، پرورش رابطه‌ای متقابل و دوسویه را تسهیل می‌کنند. باید اشاره کرد که استفاده از این سه نوع مدل در میان انواع مدل‌هایی که موجود است، در حقیقت ناشی از مطالعات و انطباق‌هایی است که محقق در شرایط مکان مورد استفاده به آن‌ها رسیده است و می‌توان گفت مناسب‌ترین مدل‌هایی هستند که در وضعیت موجود، روابط بین پزشک و بیمار را توضیح می‌دهند.

در میان سؤالات و نظرات متفاوتی که از مصاحبه‌شوندگان پرسیده می‌شد، یکی از مطالب مهم راجع به انتظارات آن‌ها از پزشک و یا به عبارتی ایده آل رابطه بین پزشک و بیمار بود که در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: نظرات پاسخگویان پیرامون ارتباط پزشک و بیمار

ویژگی‌های رابطه	
رابطه باید دوستانه و صمیمی باشد.	باید بتوان با پزشک به راحتی صحبت کرد و تمام مشکلات را مطرح کرد.
در معالجه دقیق باشد.	پزشک تمامی مشکلات را بپرسد و سپس مداوا کند، نه این که سرسری نسخه بنویسد.
به مریض اهمیت بدهد.	بر اساس معاینه دقیق و تخصصی، داروی مناسب بنویسد.
مهربان و باحوصله باشد.	به اندازه کافی در مورد بیماری اطلاعات دهد تا مریض آگاه شود و ابهامی وجود نداشته باشد.
به پزشکی مانند تکلیف نگاه نکند.	به بیمار با نوع برخورد و رفتار، در مورد قابلیت‌های پزشکی‌اش اطمینان خاطر دهد.
مردم‌دار باشد.	نگاه کاسب‌کارانه‌ای به پزشکی نداشته باشد.
حرمت انسانی را نگه دارد.	

جدول ۲: ویژگی‌های مثبت پزشکان در ارتباط با بیماران

مدل مرتبط نهفته	رضایتمندی
بیمار محور	متخصص‌ها بهتر هستند، چون زمان بیشتری می‌گذارند و بیشتر صحبت می‌کنند.
بیمار محور	پزشکان به حرفه‌ای من گوش می‌دادند و به خوبی رسیدگی می‌کردند.
مشارکت دوجانبه	سؤالات را به خوبی جواب می‌داده‌اند.
پزشک محور	داروهای مناسبی تجویز می‌کرده‌اند.
بیمار محور	به طور کلی برای معاینه و درمان، زمان می‌گذاشته‌اند.
بیمار محور	درباره بیماری و سابقه آن به خوبی سؤال می‌پرسیدند.
بیمار محور	رفتار صمیمانه‌ای داشتند.
بیمار محور	خوشرو هستند.
مشارکت دوجانبه	اجازه می‌دادند که بیمار به طور کامل حرفه‌ایش را بزند و دلیل بیماری را توضیح می‌دادند.
مشارکت دوجانبه	گاهی اوقات در مورد مشکلات درمانگاه با پزشکان صحبت می‌شده است.

حتی دایره بحث به مسائل عمده تر در جامعه نیز کشیده می‌شود...»

در سه یا چهار مورد محدودی که بیماران از پزشکان گله‌مند بودند، نوع نارضایتی آن‌ها در جدول ۳ ارائه شده‌است که البته برخی هم در تعارض بودند. برای مثال پاسخگویی می‌گوید: «به نظر من پزشکان متخصص توجه چندانی به بیمار نمی‌کنند و آن‌ها را خوب معاینه نمی‌کنند تا بیمار مجبور شود که به مطب خصوصی او برود. نگاه آن‌ها به بیمار، نگاه پولی شده است و تنها به فکر کسب درآمد بیشتر هستند.» مصاحبه‌شونده دیگری ادعا می‌کند که: «در درمانگاه، پزشکان چندان زمان نمی‌گذارند و به فکر این هستند که بیمار را سریع رد کنند تا بیمار بعدی وارد شود. آن‌ها نگاه کاسب‌کارانه‌ای به بیمار دارند...»

جدول ۳: ویژگی‌های منفی پزشکان در ارتباط با بیماران

مدل مرتبط نهفته	رضایتمندی
پزشک محور	پزشک‌ها فقط دارو می‌نویسند و تنها به فکر این هستند که بیمار را سریع رد کنند.
پزشک محور	پزشکان عمومی چندان زمان نمی‌گذارند و سریع نسخه می‌نویسند.
پزشک محور	در مورد بیماری چندان توضیح نمی‌دهند و علت آن را توضیح نمی‌دهند.
پزشک محور	دقت و زمان چندانی صرف نمی‌کنند.
پزشک محور	متخصصان چندان توجه نمی‌کنند تا مجبور شوید به مطب خصوصی‌اش بروید.
پزشک محور	پزشکان عمومی چندان خوب نیستند و نگاه کاسب‌کارانه‌ای به بیمار دارند.
پزشک محور	اهمیت نمی‌دهند و به فکر پول هستند.

بر اساس نوع پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان، مدل‌هایی در خصوص رابطه بین پزشک و بیمار ارائه شده است که در ستون دوم جداول مشاهده می‌گردد. در توضیح نظرات پاسخگویان در ارتباط با نحوه برخورد پزشکان و میزان رضایتمندی بیماران می‌توان حداقل به چهار مورد اشاره نمود:

لازم به ذکر است که در مورد پاسخگویان مورد مطالعه، بیشتر آن‌ها به ویژگی‌های مثبت پزشکان مکان مورد مطالعه اشاره می‌کردند. برای مثال یکی از پاسخگویان می‌گوید: «من هر وقت که پیش پزشک خود می‌روم، او با رویی گشاده با من برخورد می‌کند و همیشه خنده‌روست. با حوصله صحبت‌هایم را می‌شنود و مشکلات خود را بیان می‌کنم. او مرا کامل معاینه می‌کند و حتی برای نوشتن نسخه، نظرات من را می‌پرسد و با مشورت خودم، داروها را می‌نویسد.»

پاسخگوی دیگری در راستای صحبت‌های مصاحبه‌شونده قبلی اشاره می‌کند: «... دکتر، حتی بعد از این‌که از داروخانه دارو را تحویل گرفتم، از من می‌خواهد که پیش او بروم و داروها را نشان دهم تا مطمئن شود که داروهای مورد نظر را تحویل گرفته‌ام و نحوه و ساعات استفاده از آن اشتباه نشود.» یکی دیگر از پاسخگویان می‌گوید: «من حتی گاهی اوقات راجع به مسائل و مشکلات درمانگاه و بی‌نظمی‌های موجود و عدم رعایت نوبت همدیگر توسط بیماران صحبت می‌کنیم و

۱- نحوه برخورد دوستانه و عاطفی پزشک؛

۲- اعتماد؛

۳- شتابزدگی به عنوان ویژگی قرن معاصر؛

۴- پول و نظام‌های تخصصی دانش.

در رابطه رفتار دوستانه و صمیمی پزشکان پیش از این توضیحاتی ارائه شد. لازم به ذکر است که در مورد پزشکان با رفتار مثبت، به هر حال از آنجا که به اخلاقیات و آرمان‌های پزشکی پایبند هستند، - به جز در مبحث اعتماد - توضیح چندانی مطرح نمی‌گردد. در اینجا تمرکز ما بر آن دسته از پزشکانی است که به نوعی مورد رضایت بیماران نیستند، هر چند در بررسی ما تعداد چنین پزشکانی بسیار اندک بود و پاسخگویان معدودی به این مورد اشاره کردند، اما توضیح و تفسیر آن هم حائز اهمیت است و هم نشان‌دهنده این است که چگونه سایر پزشکان در برابر عوامل تأثیرگذار بر این روند، مقاومت می‌کنند.

برای توضیح و تفسیر این موارد، از دیدگاه گیدنز در رابطه با مدرنیته کمک گرفته می‌شود. در دوره‌ای که از جاکندگی زمان و مکان، از ویژگی‌های اساسی جوامع محسوب می‌شود، مفهوم زمان اهمیت بیشتری می‌یابد. در چنین شرایطی است که شتابزدگی در همه اعمال زندگی روزمره گسترده می‌شود و کنشگران دنیای مدرن، همواره با ولعی سیرناشدنی به دنبال این هستند تا کارهای خود را به سرعت انجام دهند و به سراغ دیگری روند (۱۲). در چنین شرایطی، پول به عنوان یکی از ابزارهای نمادین مبادله، اهمیت فراوان می‌یابد، چراکه روابط را غیر شخصی می‌کند. پزشک زمانی که در مسند یک جایگاه تخصصی دانش، یعنی علم پزشکی قرار گرفته است، تحت تأثیر همین فرایند شتابزدگی قرار می‌گیرد و چون روابط وی با بیمار غیر شخصی است، آنچه در اینجا ارزش پیدا می‌کند، پول است که به وی کمک می‌کند با دنیای بیرونی ارتباط بهتری داشته باشد (۱۴). در حقیقت، در این روند، هر چه پزشک زمان کم‌تری را برای بیمار صرف کند، تعداد بیماران بیشتری را معاینه می‌کند و در نتیجه پول بیشتری به دست می‌آورد.

در راستا و تأیید همین دیدگاه و با گفتمان هابرماس، می‌توان گفت در چنین شرایطی که عقلانیت نظام، بر عقلانیت زیست - جهان غلبه پیدا می‌کند، قدرت زبان به عنوان پیونددهنده کنش‌های انسانی کاهش پیدا می‌کند و ابزارهای نمادینی، مانند پول با ظرفیت بالای خود، جایگزین زبان می‌شوند (۱۵). بنابراین طبیعی است در شرایطی که پول جانشین زبان می‌گردد، رابطه متقابل بین پزشک و بیمار کم‌تر شود و پزشک زمان کم‌تری برای بیمار صرف نماید.

در ادامه به تأثیر اعتماد به پزشکان در رضایت‌مندی بیماران آن‌ها پرداخته می‌شود. به نظر می‌رسد یکی از ریشه‌های اصلی برقراری ارتباط نزدیک با پزشکان و رضایت خاطر از آن‌ها، مبحث اعتماد است. در واقع در دنیای مخاطره‌آمیزی که همه چیز و از جمله بدن انسان در معرض انواع حوادث و بیماری‌ها قرار دارد، بیمار نیازمند است که به پزشک یا به تعبیر دقیق‌تر به جایگاه پزشک اعتماد کند یا آن گونه که گیدنز می‌گوید ایمان داشته باشد، تا بتواند به زندگی روزمره خود ادامه دهد. از این منظر، مصاحبه‌شوندگانی که به پزشک و جایگاه وی اعتماد داشتند، از پزشک خود راضی بودند و ارتباط بهتری با وی برقرار کرده بودند. نکته دیگر این‌که همانطور که قبلاً هم اشاره شد، ایجاد حس اعتماد، به مقوله امنیت منجر می‌شود. در دنیای مدرنی که ناامنی هستی‌شناختی در سراسر دنیا موج می‌زند، اعتماد شرط اصلی آرام و بدون دغدغه زیستن است، البته همین نکته بیانگر وظیفه خطیر و دشوار پزشک به عنوان یکی از منابع بسیار مهم فراهم کردن امنیت مردم جامعه است.

۲- مؤلفه‌هایی از گفتگو در مذاکره پزشک و بیمار

در این قسمت هدف این بود که مشخص شود روند مذاکره بین پزشک و بیمار چگونه بوده است و آیا فرایند سؤال و جواب بین پزشک و بیمار به صورت متقابل بوده است، یا یک‌جانبه از سوی پزشک و یا این‌که بیمار خود مسائلی را مطرح می‌کرده است. بنابراین از مطالب مورد پرسش در طی مصاحبه با مراجعین به درمانگاه، شامل نحوه و میزان مذاکره بیمار در روند معاینه یا معالجه است. همانطور که از جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در نحوه مذاکره و گفتگوی بین پزشک و بیمار، پنج نوع رابطه استخراج شده است. در یک نوع، پزشک

از دیگر موارد مرتبط با موضوع پژوهش، مربوط به این است که تا چه اندازه پزشکان تمایل داشتند تا به طور داوطلبانه از رویدادهای زندگی روزمره بیماران، فشارها و مشکلات احتمالی که بر بیمار گذشته است، آگاه شوند و بدین گونه با بیمار خود همدلی نمایند.

جدول ۵: گفتگوهای مربوط به رویدادهای زندگی روزمره بیمار

پزشک	بیمار	مدل مرتبط نهفته
سخنی به میان نمی‌آورد.	صحبتی نمی‌کند.	پزشک محور
از وقایع جویا می‌شود.	حوادث و اتفاقات را تعریف می‌کند.	مشارکت دوجانبه
چیزی از رویدادها نمی‌پرسد.	سعی می‌کند سخنی به میان آورد.	بیمار محور

ریشه برخی مشکلات بیماران، مسائل و مشکلاتی است که ریشه در گذشته دارند یا ناشی از فشارها و استرس‌ها و مسائل روحی و روانی است. پزشک ماهر، کسی است که فراتر از سطح بیماری و مشکلات موجود برود و تلاش نماید، سابقه و ریشه اصلی مشکل بیمار را درک کند. یکی از پاسخگویان در این باره معتقد است: «پزشک زمانی که در ابتدای کار خود قسم پزشکی می‌خورد، باید مرهم همه چیز مردم باشد.»

«برخی بیماری‌ها و مشکلات، به گونه‌ای هستند که بیمار احساس خجالت می‌کند که آن‌ها را بیان کند، ولی اگر پزشک اندکی جستجو کند و جو راحتی ایجاد کند، بیمار می‌تواند حتی مشکلات مربوط به گذشته را نیز به پزشک بگوید.»

همانطور که در ستون سوم جدول ۵ مشاهده می‌گردد، بر اساس گفتگوهای مربوط به رویدادهای زندگی روزمره بیمار با پزشک، مدل‌هایی استخراج شده است.

از سوی دیگر، در مورد مشارکت بیمار در فرایند درمان و معالجه به وسیله پزشک نیز اطلاعاتی به دست آمد که به شرح زیر است:

سؤالات کوتاه می‌پرسد و بیمار نیز جواب کوتاه می‌دهد. در نوع دیگر پزشک سؤالات تشریحی و مفصل می‌پرسد و بیمار هم جواب طولانی می‌دهد و پزشک به خوبی گوش می‌کند. در این باره یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «بیمار باید بتواند به راحتی با پزشک‌اش صحبت کند و همانطور که پدر و مادر دلسوز فرزندشان هستند، دکتر هم باید همینطور باشد و صمیمی و دلسوز باشد.»

در شکل دیگر، پزشک سؤال تشریحی می‌پرسد و بیمار فقط جواب کوتاه می‌دهد و توضیحی نمی‌دهد. در نوع دیگر، پزشک سؤال کوتاه می‌پرسد و بیمار جواب طولانی می‌دهد و حتی از پزشک نیز سؤال می‌پرسد. یکی از بیماران اشاره می‌کند: «رابطه پزشک با بیمار باید دوطرفه و دوستانه باشد. پزشک نباید طوری صحبت کند یا جوری برخورد کند که انگار بالاتر از بیمار است. اگر اینطور باشد، بیمار احساس بدی به پزشک پیدا می‌کند و دیگر پیش او نمی‌رود.»

در شکل آخر، به نظر برخی، پزشک سؤال خاصی نمی‌پرسد، اما بیمار کامل توضیح می‌دهد. برای مثال پاسخگویی می‌گوید: «من خودم حتی اگر پزشک سؤالی نپرسد، کامل توضیح می‌دهم تا پزشک به خوبی مشکلم را متوجه شود.»

در ستون سوم جدول شماره ۴ مدل‌های رابطه بین پزشک و بیمار بر مبنای نحوه مذاکره پزشک و بیمار در فرایند گفتگوی متقابل پیشنهاد شده است.

جدول ۴: مؤلفه‌هایی از نحوه مذاکره پزشک و بیمار در فرایند

گفتگوی متقابل

پزشک	بیمار	مدل مرتبط نهفته
سؤال کوتاه می‌پرسد.	فقط جواب می‌دهد.	پزشک محور
سؤالات تشریحی می‌پرسد و خوب گوش می‌دهد.	جواب طولانی می‌دهد.	مشارکت دوجانبه
سؤال تشریحی می‌پرسد.	جواب کوتاه می‌دهد.	پزشک محور
سؤال کوتاه می‌پرسد.	جواب طولانی می‌دهد و سؤال نیز می‌پرسد.	مشارکت دوجانبه
سؤال خاصی نمی‌پرسد.	بیمار توضیح کامل می‌دهد.	بیمار محور

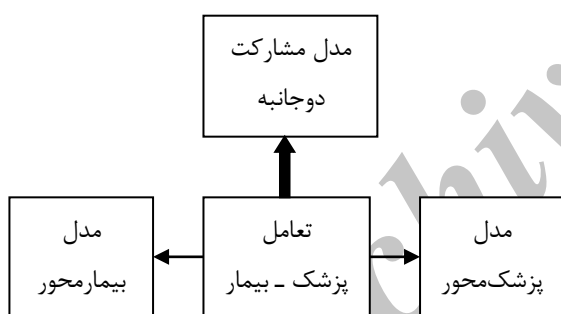
جدول ۶: مشارکت بیمار در فرایند درمان و معالجه

مدل مرتبط نهفته	مشارکت در روند درمان
مشارکت دوجانبه	بیمار مصرف داروها و تجویز رژیم غذایی دکتر را رعایت می کند.
مشارکت دوجانبه	دکتر از بیمار خواسته در حین مصرف دارو چنانچه علائمی به وجود آمد، اطلاع داده شود.
مشارکت دوجانبه	پس از بهبودی نیز، بیمار به پزشک سر می زند.
مشارکت دوجانبه	در صورت نیاز و اعلام بیمار، داروها عوض شده اند.
مشارکت دوجانبه	ابتدا درباره حساسیت به نوع خاصی از دارو یا مواد غذایی پرسیده می شود.
مشارکت دوجانبه	دکتر علاوه بر تجویز دارو، توصیه هایی هم می کند و بیمار پس از اتمام دارو توسط پزشک چک می شود.
پزشک محور	پزشک سؤال چندانی از بیمار نمی پرسد و فقط نسخه را می نویسد.
پزشک محور	پزشک به روند درمان توجهی ندارد و نظرات بیمار را در مورد نحوه اثرگذاری دارو جویا نمی شود.

بر اساس آنچه توضیح داده شد، اکثر بیماران اعتقاد داشتند که در روند درمان مشارکت دارند و نظرات آن‌ها در نحوه درمان و تجویز دارو مد نظر قرار می گیرد، البته در موارد محدودی هم مصاحبه شونده گانی بودند که می گفتند نظرات آن‌ها پرسیده نمی شود و در روند درمان قرار نمی گیرند. در نهایت بر اساس نوع مشارکت در فرایند درمان، مدلی برای هر یک پیشنهاد شده است.

۳- مدل ترکیبی پژوهش

همان گونه که پیش از این اشاره شد، بر اساس نوع روابط بین پزشک و بیمار و با تکیه بر نحوه مذاکره پزشک و بیمار در فرایند گفتگوی متقابل، گفتگوهای مربوط به رویدادهای زندگی روزمره و مخصوصاً مشارکتی که بیمار در فرایند درمان و معالجه داشته است، سه نوع مدل اصلی برای نشان دادن نحوه تعامل بین پزشک و بیمار استخراج گردید که در زیر مشاهده می شود.



شکل ۱: مدل استخراج شده پیرامون رابطه بین پزشک و بیمار در مکان مورد مطالعه

در مؤلفه های مربوط به نحوه مذاکره پزشک و بیمار در فرایند گفتگوی متقابل، که به نحوه پرسش و پاسخ و صحبت کردن بین پزشک و بیمار مربوط می شود، دو مورد، نشانگر تعامل دوجانبه، دو مورد رابطه پزشک محور و یک مورد بیمار محور بود. در گفتگوهای مربوط به رویدادهای زندگی روزمره بیمار، موضوع در مورد این بود که ریشه بسیاری از مشکلات بیماران، مسائلی است که ریشه در گذشته دارند یا ناشی از فشارها و استرس ها و مسائل روحی و روانی است. در این موارد پزشکی موفق تر است و می تواند ارتباط بهتری با

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود، بیمار به انجای مختلف در روند درمان مشارکت دارد و نظرات او پرسیده می شود، البته پاسخگویان نیز از این نوع درمان رضایت خاطر داشتند و مدعی بودند که این گونه ارتباط اثربخش تر است. یکی از مصاحبه شونده گان اشاره می کند: «زمانی که پیش دکتر می روم، او نظرات من را راجع به داروها می پرسد و در مورد داروهای قبلی که مصرف می کرده ام، سؤال می کند.»

پاسخگوی دیگری می گوید: «بیمار باید در روند درمان شرکت کند. اگر بیمار و پزشک با همدیگر همکاری کنند، باعث می شود که بیمار توصیه های پزشک را هم رعایت کند. اگر اینطور فرهنگ سازی شود، فقط مصرف دارو نیست که یاری دهنده است، بلکه خود بیمار با پرهیزها و مراقبت هایی که می کند، به نوعی خود درمانی انجام می دهد. این نکته باعث می شود که در زمینه مصرف دارو هم فرهنگ سازی شود و نیاز به دارو کم تر شود.»

نظریات گیدنز پیرامون پول، نظام تخصصی دانش و اعتماد تفسیر شد و نهایتاً این گونه نتیجه گیری شد که اگر بیماران نتوانند به پزشک و یا به عبارت دقیق تر جایگاه پزشک اعتماد کنند - یا ایمان بیاورند - مخاطرات ناشی از تهدید بدن های آن ها، موجب ناامنی هستی شناختی می شود که همه ابعاد زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار خواهد داد، پس بیماران با اعتماد به پزشک، به نوعی در برابر ناامنی ها، امنیت می یابند و خود را به دست وی می سپارند. در پایان، نتایج در مورد میزان مذاکره بین پزشک و بیمار و مشارکت بیمار در فرایند درمان نشان داده شد که پزشکان ارتباط متقابلی با بیماران دارند و آن ها را در روند درمان مشارکت داده و نظرات آن ها را جویا می شوند. بر این اساس نیز مدل مستخرج از تعامل بین پزشک و بیمار، مدل مشارکت دوجانبه بود.

در مرحله نهایی تحقیق، تلاش شد که مقوله هایی کلی پیرامون ارتباط پزشک و بیمار استخراج گردد و توضیحاتی برای روشن تر شدن موضوع در اختیار خواننده قرار دهد که شامل شدت تنش بیمار و مداخلات پزشک، باورها و مهارت های ویژه و تفاوت های اجتماعی، رفتاری، فرهنگی می باشد.

لازم به ذکر است نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های سلمانیان و همکاران (۱۳۹۵ ش.)، محمدیان (۱۶)، جعفری و خالقی (۱۳۹۵ ش.)، آسمانی (۱۳۹۱ ش.) و برک (۲۰۱۳ م.) همسویی دارد.

در پایان در خصوص محدودیت های تحقیق به موارد زیر اشاره می گردد:

- ۱- برقراری ارتباط با افراد مشارکت کننده دشوار بود، زیرا آن ها بیماران سرپایی بودند و وقت زیادی نداشتند و در عین حال به دلیل بیماری و محیط بیمارستان، دچار استرس بودند.
- ۲- با توجه به محدودیت محیط درمانگاه، گاهی اوقات کارکنان درمانگاه، نسبت به مصاحبه ها حساس می شدند، زیرا تصور می کردند که شاید این مصاحبه ها نوعی ارزیابی عملکرد آن ها است.

بیماران خود برقرار سازد که به رویدادهای زندگی بیمار خود توجه کند و آن ها را مورد مذاقه و تفحص قرار دهد. در این خصوص در رابطه بین پزشک و بیمار سه نوع مدل پزشک محور، بیمار محور و مشارکت دوجانبه استخراج گردید.

نهایتاً بر اساس جدولی که پیرامون مشارکت بیمار در فرایند درمان و معالجه بود، مدل هایی استخراج شد. در این مورد منظور از مشارکت بیمار در فرایند درمان این بود که پزشکان تا چه اندازه نظرات بیماران خویش را برای بهبودی و گذراندن دوره معالجه، جویا می شدند و یا این که بی تفاوت نسبت به این موضوع، تنها به تجویز دارو اکتفا می کردند. بر اساس یافته و تجزیه و تحلیل هایی که در جدول ۶ ارائه گردید، شش مورد از تعاملات در این خصوص، بر مبنای مشارکت دوجانبه بود که میزان بسیار قابل توجهی است. از سوی دیگر، در دو مورد از تعاملات شاهد این بودیم که مدل استخراج شده، پزشک محور است و نظرات و تجارب بیماران پیرامون مصرف داروها، چندان مورد توجه قرار نمی گیرد.

روی هم رفته و بر اساس اطلاعاتی که از جداول مختلف ارائه شده در تحقیق به آن ها اشاره شد و در بندهای قبلی نیز توضیحاتی در مورد آن ها گفته شد، به نظر می رسد بیشتر تعاملات پزشک و بیمار در مکان مورد مطالعه، بر مبنای مدل مشارکت دوجانبه می باشد. لازم به ذکر است، برجسته تر بودن پیکان مربوط به مدل مشارکت دوجانبه در شکل ۱، بیانگر غالب بودن این مدل در تحقیق پیش روست.

بحث

بر اساس اطلاعاتی که از تحلیل مصاحبه های مربوط به پژوهش به دست آمد، مشخص شد که مواردی چون سن، جنسیت، زبان، وضعیت ظاهری و زبان تکنیکی پزشک، بر نحوه تعامل و ارتباط متقابل بین پزشک و بیمار اثرگذار هستند. از سوی دیگر اکثر مصاحبه شوندگان از نحوه تعامل خود با پزشک در درمانگاه اقبال رضایت داشتند و بر اساس گفته ها و یافته ها، به نظر می رسد که مدل تعاملی بین پزشک و بیمار، از نوع مشارکت دوجانبه بوده است. از جمله ریشه های اساسی رضایتمندی و عدم رضایتمندی بیماران بر اساس

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که تعامل پزشک و بیمار، رابطه‌ای دوسویه است. در مقوله شدت تنش بیمار و مداخلات پزشک، تأکید بر آن است که بیماری که به پزشک مراجعه می‌کند، دچار اختلال جسمانی شده و احتمالاً با مشکلات خانوادگی و اجتماعی خاص خود نیز سر و کار دارد، در اینجا هنر پزشک است که با نوع برخورد خود و ایجاد رابطه‌ای صمیمانه، از بیمار رفع دغدغه کند و با گفتگوی مناسب و درمان صحیح، موجب بازگشت سلامتی وی شود. باورها و مهارت‌های ویژه، در حقیقت به همان اعتماد و ایمان بیمار به پزشک باز می‌گردد و این که پزشک طوری رفتار کند و به شیوه‌ای درمان نماید که با سلسله مهارت‌ها و سلسله بصیرت‌های خویش، موجب آرامش خاطر بیمار شود. تفاوت‌های اجتماعی، رفتاری و فرهنگی اشاره به خاستگاه متفاوت مردم و از جمله پزشک و بیمار دارد که با فرهنگ و زبان و طبقه اجتماعی و تحصیلات متفاوت با یکدیگر برخورد می‌کنند و پزشک ماهر، با در نظر گرفتن مجموعه این عوامل، نوع ارتباط مناسب با بیمار را برمی‌گزیند.

Archive

References

1. Kotobi M. Sociology of disease and medicine. Translated by Adam P. Tehran: Nei Publication; 2006: p.151-152. [Persian]
2. Banihashemi K. Cognition and Optimization the doctor-patient relationship. *Ethics in Science & Technology* 2006; 1(1): 55-60. [Persian]
3. Bahar S, Mohammad Ebrahimi Z, Roshan B, Babamahmoodi F. Professional presumptuousness of doctors and gender role on doctor-patient communication. *Language Related Research* 2015; 6(2): 129-150. [Persian]
4. Roter DL, Stewart M, Putname SM, Lipkin MJ, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277: 350-356.
5. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. London: Sage; 1995.
6. Shafati A, Zahedi MJ. Sociological Analysis of the Doctor-Patient Relationship (A qualitative study in the city of Ahvaz, Iran). *Iranian Journal of Social Studies* 2014; 1(8): 107-139. [Persian]
7. Bahar S, Mohammad Ebrahimi Z, Roshan B, Babamahmoodi F. The influence of doctor-patient verbal interaction on patient satisfaction. *Language Research* 2016; 8(20): 69-84. [Persian]
8. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 5(4): 36-50. [Persian]
9. Ahangari F. Ethical interaction between physician and society in ancient Iran. *Ethics in Science & Technology* 2006; 4(3-4): 49-53. [Persian]
10. Burk S. *The Doctor - Patient Relationship: An Exploration Trainee Doctors Views*. [Master Thesis]. Birmingham: Birmingham University; 2008.
11. Warner MM. Conflicts in the Doctor/ Patient Relationship: A short Research Report. *Canadian Family Physician* 2013; 21(9): 67-69.
12. Sabori M. Sociology. Translated by Giddens A. Tehran: Nei Publication; 2004.
13. Nueman N. Basics of Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches. Boston: Pearson Education, Inc; 2007. p. 270-271.
14. Smelser NJ. *The Social Edges of Psychoanalysis*. Berkeley: University of California press; 1998.
15. Ritzer G. *Modern Sociological Theory*. New York: McGrawHill; 2008.
16. Mohammadian A. Studying How Pain is Expressed by Persian Speakers According to Halliday's Model. [Ph.D. Thesis]. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2010. [Persian]