

## اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک: پژوهشی کیفی در الگوهای مشاوره پزشکان با بیماران مراجع از روستا به شهر در اردبیل ابو علی و داد هیر\* محمد حسن علایی\*\* رقیه علایی خرائم\*\*\*

تاریخ دریافت: ۲۰ مرداد ۱۳۹۰

تاریخ پذیرش: ۱۶ مرداد ۱۳۹۱

### چکیده

در پژوهش حاضر، با توسل به نظریه دیالکتیک گفتگوهای درمانی البوت میشلر که ناظر بر اهمیت جهان زیست در مناسبات متقابل بین پزشک و بیمار است، رابطه پزشکان شهر اردبیل و بیماران مراجع آن‌ها از روستاهای اطراف شهر، مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش، ضمن مرور اجمالی بدنه دانش و پیشینه مربوط به الگوهای مختلف روابط و مشاوره بین پزشک و بیمار در جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی پزشکی، اهمیت رابطه بیمارمحور در میان الگوهای مذکور مورد تصریح قرار گرفته است. برای تحقق اهداف این بررسی، به لحاظ روش‌شناختی منظومه‌ای از روش‌ها از جمله روش‌های اتنوگرافیک، مشاهده مشارکتی، مشاهده فرایند طبابت و درمان (در اصطلاح درمان سرپایی در مراکز درمانی دولتی توسط پزشکان عمومی) و نیز مجموعه شواهد ضبط شده مشاوره‌ها استفاده شده است. با مطالعه و تأمل در ده مورد گفتگوی بالینی پزشکان با بیماران روستایی در مطب‌های خصوصی و مقایسه این گفتگوها با فرایند ارتباط و گفتگو در مراکز درمانی دولتی، الگوهای ارتباطی بین پزشکان و بیماران در مطب‌های خصوصی و مراکز درمانی دولتی سنخ‌بندی شده است. نتایج و یافته‌های این کاوش کیفی، مؤید آن است که هنگامی که پزشک و بیمار، هر دو بر مبنای مفهوم زیست‌جهان ارتباط برقرار می‌کردند، مسائل مرتبط با سلامت با جزئیات به نسبت بیشتری مطرح می‌گردید (زیست‌جهان متقابل)، پدیده‌ای که در مطب‌های خصوصی پزشکان، به ندرت پدید می‌آمد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد در حالی که الگوی مشاوره بیمارمحور در مطب‌های خصوصی بیشتر رایج است، در مراکز دولتی، روابط آن قدر سرپایی است که مجال برقراری چنین رابطه‌ای عملاً پیش نمی‌آید و الگوی رابطه پزشک‌محور بیشتر حاکم بود. در مجموع، غلبه الگوی پزشک‌محور در مناسبات بیمار و پزشک، به ویژه در مراکز درمان دولتی، جایی که در آن بیماران روستایی در شرایط نامساعدی روستا را به قصد درمان در شهر ترک کرده‌اند، به منزله نادیده گرفتن اهمیت مفهوم انسانی‌تر و کارآمدتر جهان‌زیست در نظام مراقبت‌های پزشکی-درمانی و به طور مشخص‌تر در مناسبات متقابل پزشک و بیمار است.

**کلیدواژه‌ها:** روابط پزشک-بیمار، زیست‌جهان، کنش ارتباطی، الگوهای درمانی بیمارمحور، اردبیل.

\* عضو هیأت علمی گروه انسان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول). vedadha@ut.ac.ir

\*\* کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران. mh\_alai@yahoo.com

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران. alaeisimin@yahoo.com

## مقدمه

نگاهی به تاریخ مطالعات اجتماعی- فرهنگی سلامت و پزشکی نشان می‌دهد که تقریباً بعد از جنگ جهانی دوم و به طور مشخص از سال ۱۹۵۱ به بعد، یعنی زمانی که تالکت پارسنز، جامعه‌شناس آمریکایی، اثر ماندگار خود را با عنوان "نظام اجتماعی" به رشته تحریر درآورد، موضوع مناسبات بیمار- پزشک (PPI)<sup>۱</sup> پیوسته در زمره مهم‌ترین موضوعات مورد بحث جامعه‌شناسان و مردم‌شناسان پزشکی و سلامت بوده است. به همین دلیل، امروزه بدنه دانش و پیشینه مفهوم‌پردازی و پژوهشی چشم‌گیری در موضوع روابط بیمار-پزشک و موضوعات مرتبط با آن، از جمله تاریخ تحولات و مفهوم‌پردازی درباره PPI (هرتیچ و مینارد، ۲۰۰۶)، مدل‌ها، الگوها و سبک‌های PPI (ایمانوئل و ایمانوئل، ۱۹۹۲؛ آدام، ۱۳۸۵)، رابطه PPI و حرفه‌ای‌گری پزشکی (هو، ۲۰۰۵)، راه‌های ارتقای ارتباطات و مناسبات بیمار- پزشک (راتر و هال، ۱۹۹۲)، تعیین‌کننده‌ها، مؤلفه‌ها و همبسته‌های فردی و اجتماعی- فرهنگی PPI (راتر و هال، ۱۹۹۲؛ اتکینسون، ۱۹۹۵؛ هریتیچ و مینارد، ۲۰۰۶)، آثار و دلالت‌های مختلف PPI در حوزه‌های پزشکی- درمانی، اخلاقی، اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و ارتباطی (هرتیچ و مینارد، ۲۰۰۶، آرمسترانگ و توکل، ۱۳۸۷) چالش‌ها و نقدهای گوناگون مربوط به PPI و هم‌ژمونی مدل زیست‌پزشکی در صورت‌بندی آن (سز و هولندر، ۱۹۵۶؛ فوکو، ۱۹۷۵؛ فیشر، ۱۹۸۴؛ فردسون، ۱۹۷۰، کانراد و اشنایدر، ۱۹۹۲؛ ویتزکین، ۲۰۰۰) و جایگاه و اهمیت زیست‌جهان در بحث PPI (میشلر، ۱۹۸۴، ۱۹۸۱؛ بری و همکاران، ۲۰۰۱) شکل گرفته است.

نگاهی به بدنه دانش و پیشینه آثار فوق نشان می‌دهد که ارتباط و مشاوره بین پزشک و بیمار را عموماً می‌توان در دو شکل پزشک‌محور و بیمارمحور گروه‌بندی کرد. بیان زیست‌جهان که بیانگر تجربه شخصی از وقایع و مشکلات زندگی است، در زمره روابط و مشاوره‌های شکل دوم است. این‌ها شامل شرح و گزارش‌های بیان شده از زندگی روزمره با یک نگره طبیعی است که در پزشکی بیمارمحور، بسیار حائز اهمیت است. زمان و اهمیت رخدادها به تاریخچه و موقعیت فرد در اجتماع منوط است، در حالی که بیان پزشکی، منعکس‌کننده برخورد تکنیکی و بیانگر مواجهه‌ای علمی است. در این رهیافت، وقایع تحت لوای قوانین انتزاعی و آمرانه بررسی می‌گردد و از بستر خاص شخصی و اجتماعی- فرهنگی‌شان جدا می‌شود (میشلر، ۱۹۸۴؛ بری و همکاران، ۲۰۰۱). افزون بر این، شواهد کافی وجود دارد که پزشکان با برخورد خاص خود، بیمار را که در یک وضعیت بحرانی به او متوسل شده است، مورد معاینه کلیشه‌ای یا مکانیکی قرار می‌دهند. مناسبات متقابل میان پزشک و بیمار بر اساس گفتمان‌ها، تبادل اطلاعات، تصمیم‌گیری، زیست‌جهان، پذیرش، نفی، متقاعدسازی، تفاوت‌های ادراکی، ارزش‌های فرهنگی- اجتماعی، اعتماد متقابل یا یک‌سویه میان پزشک و بیمار به عنوان ابعاد و وجوه رابطه میان پزشک و بیمار و در پرتو بنیان‌های نظری موجود مطرح می‌شود که بررسی آنها به نحوی در پژوهش حاضر مورد توجه بوده است. دلیل اصلی نارضایتی مراجعان به بخش‌های مختلف نظام پزشکی که در

### اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک ...

بررسی‌های متعددی بیان شده است، عدم تأمین انتظارات ارتباطی یا "ارتباط" ناقص بین بیماران و مداواگران یا پزشکان است (آدام، ۱۳۸۵: ۱۱۱).

اکنون بیش از یک قرن است که رشته پزشکی به موازات رشد علمی خود (مدل زیست‌پزشکی) از منزلت اجتماعی-اقتصادی تازه‌ای برخوردار شده است، به طوری که این موقعیت خاص، به حرفه پزشکی در حوزه بیماری اقتدار کامل بخشیده است. این تحول با کسب موقعیت ممتازی در جامعه همراه بود که این موقعیت، امروز همچنان به قوت خود باقی است و جامعه‌شناسی آن را با عبارت دستیابی به پایگاه یا منزلت "حرفه‌ای" بیان می‌کند. جامعه‌شناسان در این پایگاه فرایندی را می‌بینند که مشخصه تحول جوامع مدرن است و پزشکی را نمونه تمام‌عیار حرفه به حساب می‌آورند. بنابراین، پزشکی را به مثابه الگویی برای تحلیل‌های مربوط به مجموعه تفکر جامعه‌شناسانه به کار می‌گیرند. از این نظر، جامعه‌شناسان، پزشکی شدن<sup>۱</sup> را فرایندی قلمداد می‌کنند که از طریق آن، تعداد فراوانی از موضوعات، وقایع، خصایص و مسایل انسانی (نظیر تولیدمثل، تولد، کودکی، سالخوردگی، مادری، یانگی، اعتیاد، الکلیسم، پرخاشگری، چاقی، نوع‌دوستی، افت تحصیلی، نوآوری) که زمانی عادی تلقی می‌شد یا در حیطه‌ها و علوم غیرپزشکی تعریف، سنخ‌بندی و مدیریت می‌شد، در قلمرو اقتدار پزشکی<sup>۲</sup> وارد شده یا به نفع پزشکی، مصادره و در نهایت، توسط رویکردها، تعاریف، ابزارها و مداخله‌های پزشکی، کنترل و مدیریت شده است و می‌شود (قاضی طباطبائی و همکاران، ۱۳۸۶).

حرفه پزشکی به دلیل انحصاری بودن فعالیت و استقلال حرفه‌ای استثنایی در انجام آن و نظارت بر آن، نسبت به سایر اشتغال‌ها تفاوت می‌کند. پزشکان خود محتوای تحصیلات پزشکی را تعیین می‌کنند. آنها همچنین خود مجموعه قوانین اخلاقی حرفه پزشکی را که مورد تأیید دولت است، تنظیم کرده‌اند. پزشکان به جامعه‌ها و انجمن‌های خود (نظام پزشکی) وابسته‌اند. نظارتی که در کار آنها وجود دارد، عمدتاً از طرف خود آنهاست و در حوزه سلامتی، تسلط کلی با آنها است (آدام، ۱۳۸۵). بیمار معمولاً آن هنگام به پزشک مراجعه می‌کند که مبتلا به آلام و دست‌خوش انواع دغدغه‌هاست و درد جسمی، بخشی از وجودش را در بر گرفته است. او به تدریج خود را در محیطی مملو از عناصر آزارنده جسمی همراه با گرفتاری‌های روانی می‌بیند و در این حال، نگران پدیده‌هایی است که در پی خواهد آمد. گاه این نگرانی‌ها با دغدغه‌های عمیق خانوادگی، اجتماعی و حتی اقتصادی در هم می‌آمیزد و در بسیاری موارد، ناآگاهی از ماهیت و سیر بیماری در کنار اقدامات پزشکی فراوان، پیچیده و حتی به ظاهر متناقض، بر ابعاد هیجان و سردرگمی بیمار به شدت می‌افزاید. نکته‌ای اساسی در این میان وجود دارد که برخاسته از تعاملات دوجانبه پزشک و بیمار است و آن مستلزم وجود سلسله‌ای از مهارت‌های ارتباطی و موقعیت‌شناسانه در میان انواع تخصص‌های پزشکی است. از این زاویه، کنش ارتباطی کارآمد، اخلاقی و مؤثر زمانی بین پزشک و بیمار ایجاد می‌شود که پزشکان به صراحت از کنترل حرفه‌ای و انحصارطلبی خود دست بردارند و قدرت بیشتری به بیماران واگذار کنند (سینکлер، ۲۰۰۷).

1 Medicalization  
2 Medical Jurisdiction

از این رو، در پژوهش حاضر به منظور درک الگوهای ارتباطی بین پزشکان و بیماران‌شان که از روستا به شهر برای معالجه مراجعه می‌کنند، در مطب‌های خصوصی، مفاهیم فوق با بررسی مشاوره‌های درمانی تعدادی از پزشکان، واکاوی شده و شواهد مربوط به الگوهای مختلف ارتباطی نیز آشکار و ارائه شده است. علاوه بر این، وضعیت رابطه پزشک و بیماران روستایی در مراکز درمانی نیز بررسی شده است. مکان مطالعاتی انتخاب شده، شهر اردبیل و نمونه مطالعاتی، پزشکان این ناحیه و بیمارانی است که از مناطق روستایی و از اقشار پایین جامعه هستند و برای معالجه و مراجعه به پزشک، از روستا به شهر می‌آیند؛ و چنان که به نظر می‌رسد پزشکان با صرف زمانی بسیار اندک، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی- فرهنگی بیمار خود و بدون گوش دادن به حرف‌های او که اصولاً لحن صمیمی‌تر و روستایی خود را داراست، نمی‌توانند به نحو مطلوب با مراجعان خود ارتباط و مفاهیم داشته باشند. بدیهی است که فقط یک معاینه سریع و مکالمه‌ای کوتاه که عموماً بین بیمار و پزشک مرسوم است، نمی‌تواند به رابطه‌ای مؤثر و مطلوب بیانجامد. با اتکاء بر بدنه دانش و پیشینه پژوهشی فوق، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به پرسش‌های پژوهشی زیر است.

۱. تب‌بندی الگوهای ارتباطی بین پزشک و بیمار چگونه است؟ آیا بین پزشک و بیمار، تعامل ایده‌آل گفتاری وجود دارد یا بیمار مورد رفتار کلیشه‌ای واقع می‌شود؟ (چالش میان بیان پزشکی<sup>۱</sup> و بیان جهان‌زیست<sup>۲</sup>).
۲. کنش ارتباطی بین پزشک و بیمار چگونه است؟ آیا نحوه کنترل گفتگو و اصولاً رابطه از سوی پزشک راهبردی و تحریف شده دنبال می‌شود؟ (ارتباط متعادل و معطوف به درک متقابل/ارتباط تحریف شده و معطوف به موفقیت).
۳. عقلانیت حاکم بر کنش ارتباطی بین پزشک و بیمار چگونه است؟ آیا دستیابی به درک متقابل، بدون اعمال اقتدار و برخورد آمرانه پزشک انجام می‌شود؟ (ارزش‌مدار/هدف‌مدار).
۴. آیا در ملاقات پزشک و بیمار از زمینه‌های اجتماعی بیمار و رویدادهای زندگی روزمره و درگیری‌های ایام پرفشار گذشته او حرفی به میان می‌آید؟

#### چهارچوب مفهومی و نظری

در پژوهش حاضر، برای طراحی پژوهشی کیفی درباره مناسبات و روابط بین پزشکان مستقر در شهر اردبیل و بیماران روستایی مراجعه‌کننده به آن‌ها، از تلفیق دو الگوی ارتباطی بیمارمحور و الگوی میشلر به عنوان چهارچوب مفهومی و نظری استفاده شده است.

**الگوی بیمارمحور در مقابل الگوی پزشک‌محور:** در یک برداشت کلی، مشاوره بین پزشک و بیمار در دو شکل پزشک‌محور و بیمارمحور مشخص شده است. مشاوره پزشک‌محور بر مبنای این فرض که پزشک متخصص است و بیمار صرفاً نیازمند همکاری است، با دیدگاهی پدرسالارانه و کم و بیش آمرانه، مشخص و تعریف می‌شود. پزشکان با این رویکرد بر جنبه‌های فیزیکی بیماری در بیماران متمرکز می‌شوند و به منظور

1 Voice of medicine  
2 Voice of the life world

### اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک ...

استخراج اطلاعات پزشکی و درمانی ضروری، روش‌های مصاحبه کنترل شده انعطاف‌ناپذیری را به کار می‌گیرند. برای نمونه با توسل به پرسش‌هایی از این قبیل: چند وقت است که شما درد دارید؟ این درد شدید است یا خیر؟ و غیره. هدف از طرح این پرسش‌ها، فراهم کردن اطلاعات به منظور قادر ساختن پزشک برای تفسیر بیماری بیمار در چارچوب مبنای پزشکی خودش است، در حالی که فرصت محدودی را برای بیمار به منظور ابراز و اظهار عقاید، روایت‌ها، تجربیات زیسته و امور شخصی خودش فراهم می‌کند. اما در مقابل در روش بیمارمحور، پزشکان کنترل بسیار کمتری را می‌پذیرند و بیمارانشان را به مشارکت در مشاوره و بیان تجارب و احساساتشان تشویق می‌کنند و در نتیجه، پرورش رابطه‌ای متقابل و دوسویه را تسهیل می‌کنند.

خصیصه مهم این دیدگاه، کاربرد پهن‌دامنه پرسش‌های باز و کیفی است. نمونه‌ای از این پرسش‌ها عبارت است از: درباره دردت با من حرف بزن؟ چه احساسی داری؟ فکر می‌کنی این مشکل چه علتی می‌تواند داشته باشد؟ این دیدگاه می‌طلبد که پزشکان وقت بیشتری را برای مشاوره صرف کنند تا از طریق آشنا شدن با روحیه و احوالات فرد بیمار یا ناخوش، تشویق او به بیان احساسات و ایده‌های خودش و تفسیر حالت‌های بیمار، مشکلات او را بشناسند و به طور کلی، با استفاده از شکل مشارکت‌جویانه‌تر، به گزینه‌های متعددی که بیمار بیان می‌کند، گوش فرا دهد (میفانوی، ۲۰۰۳: ۵۸). در واقع، در این دیدگاه فرد بیمار فقط گزینه‌های پزشک را انتخاب نمی‌کند، بلکه در وضع و تدوین گزینه‌ها و تعریف قواعد کنش ارتباطی نیز سهیم است. این همان چیزی است که مارگارت آرچر آن را انسان بودن یعنی عامل بودن (عاملیت)<sup>۱</sup> نامیده است (آرچر، ۲۰۰۰).

نگاهی به پیشینه مفهوم محوریت بیمار نشان می‌دهد که آن به کار مایکل بالینت (۱۹۵۶) منسوب است. مایکل بالینت (۱۹۶۴) به این نتیجه رسید که بیماری به همان اندازه که پدیده‌ای بیولوژیک است، پدیده‌ای روانی نیز هست. به اعتقاد وی، وظیفه پزشک فقط تشخیص و معالجه بیماری بیولوژیک نیست، بلکه سازمان دادن به بیماری سازمان‌نیافته و پریشان است، بیماران مبتلا به بیماری سازمان‌نیافته، دچار شکم‌درد بودند، مسائل خانوادگی داشتند، حادثه تلخی در زندگی داشتند و غیره. وظیفه پزشک در این اوضاع و احوال، سازمان دادن به این عناصر گوناگون و تبدیل آنها به تصویری منسجم بود که توضیح‌دهنده تجربه‌های بیمار نیز باشد (آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۱۹۷). در همین راستا، توکت<sup>۲</sup> اهمیت دیدگاه بیمارمحور را با تأکید بر این موارد خلاصه کرده است:

۱. اطمینان‌آفرینی و تفهیم و تفاهم، بخش مهمی در فرایند طبابت و درمان است.
۲. این دیدگاه و روش مبتنی بر آن، می‌تواند از برآورده نشدن خواسته‌ها جلوگیری کند، به ویژه وقتی عادات زندگی بیماران را نیز مورد توجه قرار دهد.
۳. وقتی که مداخله‌های زیست‌پزشکی در درمان امراض بدون نشانه امتداد یابد، گاهی درمان باید بر قرارداد بین ارائه‌کننده و دریافت‌کننده مراقبت مبتنی باشد.

1 Being human as being agency  
2 Citrin Tocet

۴. مشاوره رویدادی کوچک است، اما در فرایند طولانی‌تر طبابت، قابل فهم است. بنابراین، مشاوره باید به عنوان ملاقات نظام‌های عقیدتی و ایدئولوژیکی متفاوت با یکدیگر تلقی شود.

۵. همان‌طور که جامعه تغییر می‌کند، نقش‌های پدرسالارانه مبتنی بر دانش‌آمرانه نیز بایستی مطابق با تغییراتی در مفهوم بیمار و نقش‌های جدیدی بر آن نظیر مصرف‌کننده، مشتری، و غیره تغییر کند (اقتباس از اوینت، ۲۰۰۰).

به باور صاحب‌نظران، اهمیت‌بخشی و توجه به ابعاد فراجسمی بیمار باعث می‌شود که بیماران رابطه‌ای نزدیک‌تر با پزشک خودشان برقرار کنند و درمان نیز با شناخت سایر نگرانی‌ها و ملاحظات بیمار، به شیوه‌ای مطلوب‌تر انجام شود. به نظر مک وینی، پارادایم زیست‌پزشکی تک‌بعدی، برای فهم تمامی زوایای دانش پزشکی کنونی کافی نیست، زیرا بر پایه نگاهی تقلیل‌یافته و نامناسب از واقعیت‌های بیماران است. پارادایم مقابل یعنی پارادایم تلفیقی اجتماعی-زیستی-روانی بر این باور استوار است که ادراک نگرش‌های بیماران و معانی ذهنی و فرهنگی مسائل مرتبط با سلامت، وظیفه اصلی پزشکان و سایر متولیان درمان بیماری است. به نظر بایرن و لانگ<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) محوریت بیمار به برخورد کلامی پزشکان در مشاوره‌ها مربوط می‌شود: جستجو و پذیرش ایده‌ها و نگرانی‌های بیمار و پیگیری برای شناخت و ترغیب بیمار در زمره مهارت‌های ارتباطی اصلی یک پزشک بیمارمحور است.

در مقابل، پزشکانی که بر مبنای مدل پزشک‌محور به ایفای نقش و ایجاد ارتباط می‌پردازند، از این حیث که صدای پزشکی بیانگر چیست، با بیمار برخورد می‌کنند. بنابراین، اغلب به طور خاصی به توصیف عینی نشانه‌های جسمانی و طبقه‌بندی آن‌ها در در مدل تقلیل‌گرای زیست‌پزشکی با هدف تشخیص عیب و عارضه، با حداکثر سرعت ممکن و نیز تجویز دارو اقدام می‌کنند. در مقابل پزشکانی که با دید بیمارمحور به مشاوره و وظایف پزشک می‌نگرند، با هدف فهم چارچوب بیماری، با همکاری خود بیمار و ملاحظه تجارب زیسته و معانی ذهنی و فرهنگی او از بیماری، تعیین علل روانی احتمالی برای آغاز بیماری و تأثیر بیماری مزمن بر ادراک و ذهنیت خود بیمار و فعالیت‌های زندگی روزمره، فهم عقاید بیمار، تقدم‌ها و ارجحیت‌ها برای درمان، به طبابت می‌پردازند. از این نظر، وظیفه پزشکی و فعالیت‌های درمانی، مستلزم این است که دکترهای سفیدپوش به طور جدی، به صدا و روایت بیمار اهمیت و گوش فرا دهند و ورود و مشارکت فعال و واقعی بیمار را به مشاوره تسهیل کنند (میفانوی، ۲۰۰۳: ۵۵).

**الگوی میشلر برای PPI:** الیوت میشلر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۴ با الهام از مفاهیم یورگن هابرماس<sup>۳</sup>، کتاب اثرگذار "گفتمان پزشکی: دیالکتیک گفتگوهای پزشکی" را نوشت که به سهم خود مفهوم‌پردازی درباره PPI را متحول کرد. نظریه کنش ارتباطی هابرماس بر اساس چالش دیالکتیکی بین دو نوع عقلانیت متفاوت شکل گرفت که فرض می‌شود در عمل جمع این دو نوع عقلانیت، مقدور نیست (نوذری، ۱۳۸۱: ۳۸۴).

1 Cherry Byrne & Ivor Long

2 Elliot G. Mishler

3 J. Habermas

### اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک ...

در یک سو عقلانیت ارتباطی با ارزش‌مدار قرار دارد که سیستم را شکل می‌دهد. طرح هابرماس بر مبنای نگرش اخلاقی است و خطر رشد بی‌رویه نظام و محاصره شدن زیست جهان توسط آن را زنه‌ار می‌دهد. زیست جهان در بخش عقلانیت ارزش‌مدار واقع شده است و تجربه‌های شخص از وقایع زندگی روزمره را شامل می‌شود. این همان چیزی است که شاتز از آن به عنوان رفتار طبیعی یاد می‌کند. در حیطه فوق، عملکرد در جهت درک متقابل معیارهای اخلاقی ارزیابی می‌گردد. از سوی دیگر، عقلانیت هدف‌مدار از طریق روش‌های تخصصی و تکنیکی در حیطه‌های علمی عمل می‌کند در آن قوانین خشک و انتزاعی، سبب حذف و نادیده گرفتن مسائل و مشکلات زمینه‌ای می‌گردد. در این حالت، فعالیت در جهت کسب موفقیت پیش می‌رود و نتیجه کار به جای معیارهای اخلاقی، با معیار تکنیکی ارزیابی می‌گردد. عقلانیت هدف‌مدار، با استفاده از راهبردهای خاص انجام می‌شود. در این وضعیت، گفتگو ماهیت ابزارگونه دارد و سخنگو در جهت کسب موفقیت پیش می‌رود و بدین منظور، از زبردستی و حيله و حتی ارتباطات تحریف شده استفاده می‌کند.

به اعتقاد میشلر، دلیل گفتگوهای کم‌ارزش و کلیشه‌ای پزشکان با بیماران این است که بیان پزشکی منعکس‌کننده ساختار علمی، ابزاری علوم زیستی است و زمینه اجتماعی رخدادها را که می‌تواند درک کامل و مناسب بیمار و مشکلات‌اش را سبب گردد، کنار می‌زند، در حالی که مؤثر بودن طبابت به چنین درکی نیازمند است. از این دیدگاه، در صورت استفاده مطلق از بیان پزشکی، یک کلیشه رفتاری واحد در طول مصاحبه تکرار می‌شود. این قالب موارد زیر را شامل می‌شود:

۱. مطرح شدن یک پرسش از سوی بیمار؛
۲. یک جواب از سوی بیمار؛
۳. یک ارزیابی پس از دریافت کردن یک جواب که با یک پرسش دیگر دنبال می‌شود؛
۴. و احتمالاً یک پرسش دیگر برای واضح و روشن کردن پاسخ بیمار.

بیان پزشکی و بیان زیست‌جهان در آرای الیوت میشلر: آیا غفلت از جهان‌زیست می‌تواند باعث طبابت کم‌فایده‌تری گردد، به طوری که نتواند نیازهای بیمار را به عنوان یک انسان منحصر به فرد رفع کند؟ این پرسشی کلیدی است که میشلر در پی پاسخ به آن است. میشلر و سایر پژوهشگرانی که بر پایه نظریه هابرماس تأمل و پژوهش می‌کنند، پزشکی کل‌نگر را بر برخورد زیست‌پزشکی محض ارجح دانسته‌اند و درک و ارتباط متقابل بدون هدایت اجباری یا آمرانه را به سمت وضعیت درمانگر-مراجع توصیه می‌کنند. تفسیرهایی که بر اساس آرای میشلر فوکو در باره مراقبت‌های درمانی کل‌نگرانه ارائه می‌شود، بر این واقعیت تأکید دارد که زیست‌پزشکی سیطره خود را از اعمال کنترل بر بدن‌ها به شخصیت‌ها گسترش داده است (بری و همکاران، ۲۰۰۱). از این‌رو، میشلر بر اساس جدول (۱) نتیجه می‌گیرد که ناسازگاری میان بیان جهان‌زیست که عموماً بیماران استفاده از آن را ترجیح می‌دهند و بیان پزشکی که غالباً پزشکان برای کنترل رابطه به کار می‌گیرند، باعث ایجاد چالش در مشاوره و بهم‌ریختگی و ازهم‌گسیختگی گفت‌وگو بین پزشک و بیمار می‌شود.

توسعه روستایی، دوره چهارم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۱

جدول (۱): ناسازگاری یا عدم انطباق بین بیان زیست‌جهان و بیان پزشکی از نظر میشلر

وقتی بیان جهان زیست بین پزشک و بیمار برقرار شود	وقتی پزشک با بیان پزشکی رابطه را کنترل کند
<p>پزشکان</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ترجمه زبان تکبکی</li> <li>• گوش کردن</li> <li>• پرسش‌های تشریحی</li> <li>• مذاکره کردن</li> <li>• تقسیم و تسهیم قدرت</li> </ul>	<p>پزشکان</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تمرکز بر فناوری</li> <li>• اعمال و حفظ کنترل</li> <li>• عدم تعادل در قدرت</li> </ul>
<p>بیماران</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شرکت متقابل</li> <li>• معنی‌دار</li> </ul>	<p>بیماران</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سرکوب شده</li> <li>• از هم گسیخته</li> </ul>
<p>مراقبت بهداشتی</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مؤثر</li> <li>• انسانی</li> </ul>	<p>مراقبت بهداشتی</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غیرانسانی</li> <li>• غیرمؤثر</li> </ul>

منبع: بری و همکاران، ۲۰۰۱: ۴۸۹

### روش پژوهش

در پژوهش حاضر، با توجه به ماهیت و اهداف بررسی، از میان سه رویکرد روش‌شناختی کمی، کیفی و ترکیبی یا آمیخته (کرسول، ۲۰۱۱؛ تشکری و ندلی، ۲۰۰۹)، از رویکرد روش‌شناختی کیفی برای بررسی موضوع استفاده شده است. این پژوهش به لحاظ محیط یا مکان<sup>۱</sup>، در شهر اردبیل انجام شده است. اطلاعات به دست آمده از سازمان نظام پزشکی استان اردبیل، بیانگر این است که بیشترین آمار مربوط به پزشکان عمومی در این استان و شهر مشاهده می‌شود و این موضوع، اهمیت بررسی رابطه پزشکان عمومی و مراجعینش را دوچندان می‌کند. بر اساس آمار سازمان مذکور، تعداد پزشکان عمومی حدود ۴۵۰ نفر است (سازمان نظام پزشکی استان اردبیل، ۱۳۸۹). این تعداد پزشکی را شامل می‌شود که مطب شخصی دارند یا در سایر مراکز درمانی خدمت می‌کنند. از جهت دیگر، نوع رویکرد پژوهش ما ایجاب می‌کند که به بررسی رابطه پزشکان عمومی و مراجعانش پردازیم. بنابراین، جامعه آماری در واقع متشکل از کل پزشکان عمومی و بیمارانشان است که در واقع، طرفین اصلی رابطه‌ای هستند که بین پزشک و بیمار در مطب‌های خصوصی و مراکز درمانی دولتی شهر اردبیل برقرار می‌شود. بر این اساس، نمونه‌های این پژوهش از بین کلینیک‌های خصوصی انتخاب شده است که شامل ۱۰ مورد از رابطه پزشکان و بیماران روستایی ایشان است که در مدت انجام پژوهش به طور اتفاقی به آنان مراجعه کرده‌اند. این میزان تا دستیابی به اشباع نظری پژوهش ادامه یافته است. مشخصات و اطلاعات مربوط به روابط یا تعاملات مور بررسی در جدول (۲) بیان شده است. در کنار بررسی رابطه پزشکان عمومی و بیماران‌شان در مطب‌های خصوصی، برای انجام مقایسه‌ای کلی، درمان سرپایی بیماران در مراکز درمانی دولتی توسط پزشکان عمومی نیز مورد مشاهده قرار گرفته است.



## اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک ...

جدول (۲): مشخصات مربوط به روابط تحت مشاهده در پژوهش حاضر

محل سکونت بیمار	قومیت بیمار	قومیت پزشک	نوع بیماری	زمان ملاقات (به دقیقه)	سن بیمار	جنس بیمار	جنس پزشک	رابطه پزشک و بیمار
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	اسهال شدید	۱۰	۵۴	مرد	مرد	رابطه ۱
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	فارس	شکستگی	۱۰	۳۹	زن	مرد	رابطه ۲
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	گلودرد	۸	۱۷	مرد	مرد	رابطه ۳
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	سرماخوردگی	۱۰	۲۵	مرد	مرد	رابطه ۴
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	فارس	معه درد	۱۰	۱۹	زن	مرد	رابطه ۵
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	مسمومیت	۱۰	۳۳	مرد	مرد	رابطه ۶
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	فارس	خونریزی	۱۵	۴۶	زن	مرد	رابطه ۷
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	ناراحتی گوارشی	۱۰	۲۴	مرد	مرد	رابطه ۸
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	سرفه شدید	۱۰	۵۸	مرد	مرد	رابطه ۹
روستای اطراف	ترک آذربایجانی	ترک آذربایجانی	سرگیجه	۱۵	۷۱	زن	مرد	رابطه ۱۰

در پژوهش حاضر، برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات، بیشتر از فنون خاص پژوهش‌های اتنوگرافیک، از جمله مشاهده استفاده شده است. همچنین، برای ثبت بهتر اطلاعات، از ضبط صوت استفاده شده است. برای مدیریت و تحلیل داده‌ها، از راهبردهای تحلیل گفتمانی استفاده شده است. بر اساس نظر روش‌شناسان کیفی، شیوه‌های تحلیل گفتمانی نه تنها به مکالمه‌های روزمره برمی‌گردد، بلکه به سایر انواع اطلاعات، مانند مصاحبه‌ها، گزارش‌ها و نمایش‌ها نیز مربوط می‌شود (فلیک، ۱۳۸۶). روش مشاهده به این دلیل ترجیح داده شده است که رابطه یا تعامل پزشک و بیمار را در جایی که این رابطه به طور زنده در حال برگزاری است، به طور مستقیم در معرض مشاهده قرار دهد، به ویژه زمانی که هدف پژوهش، جهان‌زیست در روابط متقابل پزشک و بیمار باشد.

### یافته‌ها و نتایج پژوهش

همان‌طور که در بخش‌های قبلی مقاله بیان شده است، برای مدیریت و تحلیل بهتر داده‌ها و شواهد کیفی پژوهش درباره ۱۰ مورد (رابطه) مطالعاتی، از روش‌های ماتریسی و طراحی جداول استفاده شد. این رویه از تحلیل گفتمانی به ما کمک کرد تا اطلاعات و یافته‌ها را به گونه‌ای منظم و حساب شده، تنظیم و مطرح کنیم که در نهایت، با در رابطه قرار دادن آن‌ها با چهارچوب نظری و نبل به پاسخ پرسش‌های اصلی پژوهش و نکات تازه‌تری که دست یافته‌ایم، بتوانیم همه را با ترتیب خاصی که منطبق‌ایجاب می‌کند، ارائه کنیم.

شواهد موجود در جدول (۲) نشان داد که از بین ۱۰ رابطه مشاهده شده، در سه رابطه ۲، ۵ و ۷ پزشک و بیمار، هم‌زبان نبوده و در هر سه مورد، پزشک فارس و بیمار مراجعه‌کننده‌اش ترک زبان بوده است. این موضوع خود می‌تواند در شکل‌گیری یک رابطه متقابل و متعادل، مشکل‌آفرین باشد، به ویژه که بیماران در این موارد بیشتر در تنگنا قرار می‌گیرند و از اعتماد به نفس لازم برخوردار نیستند، زیرا بایستی به زبانی غیر از زبان مادری

خود سخن بگویند. پژوهشگران این بررسی همچنین خود در مشاهدات اولیه دریافتند که در اکثر اوقات، تعداد مراجعه‌کننده به پزشکان زیاد بوده است و زمان اختصاص‌یافته به بیماران بسیار کم است.

افزون بر این، در جدول (۳) تقسیم قدرت و نحوه برخورد با بیماران در مراکز یا مطب‌های خصوصی سنخ‌بندی شده است. همان‌طور که در جدول (۳) بیان شده است، بیش از نیمی از روابط مشاهده شده، شکلی آمرانه دارد، جایی که پزشکان دانش انتزاعی آمرانه خود را به رخ بیماران می‌کشند. مطالب این جدول (۳) از تحلیل گفتگوی بین پزشک و بیمار، نحوه نوبت‌گیری، مدت زمان سپری شده برای صحبت بیمار و پزشک، مطالعه حرکت اندام در مورد هر کدام، نوع نشستن، نگاه کردن، احوال‌پرسی کردن و نحوه شروع صحبت و غیره، استخراج و صورت‌بندی شده است. در واقع، برای تهیه این جدول، نحوه برخورد پزشک با بیمار و چگونگی عکس‌العمل بیمار در مقابل برخورد پزشک مورد توجه بوده است. همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، در اکثر این تعاملات، بیماران با برخورد آمرانه و سلطه‌جویانه از جانب پزشک روبرو بوده‌اند و روابطشان به این شکل توسط پزشک کنترل می‌شد.

جدول (۳): تقسیم قدرت بین طرفین رابطه و نحوه برخورد با بیماران

بیمار	پزشک	رابطه پزشک و بیمار
بیمار مورد رفتار کلیشه‌ای واقع می‌شود	برخورد آمرانه	رابطه پزشک محور ۱-۲-۳-۵-۹
بیمار فعالانه ظاهر می‌شود	برخورد متعادل	رابطه بیمار محور ۴-۸
بیمار مورد رفتار کلیشه‌ای واقع می‌شود	برخورد خشک و علمی	رابطه پزشک محور ۷
بیمار تلاش می‌کند کلیشه را بشکند	برخورد خشک و علمی	رابطه پزشک محور ۱۰

علاوه بر این، در جدول (۴) ملاحظه می‌شود که به استثنای رابطه شماره ۱۰ که بیمار نیز از پزشک سؤال می‌کند، در هیچ کدام از روابط، حتی روابطی که پزشک از بیمار سؤال تشریحی می‌کند، هیچ کدام از بیماران، پزشک را مورد سؤال خویش قرار نمی‌دهند! این موضوع، حکایت از هنجار انفعال یا واکنش انفعالی بیمار در مقابل موضع پزشک دارد.

جدول (۴): مؤلفه‌های از نحوه مذاکره پزشک و بیمار در فرایند گفتگوی طرفین

بیمار	پزشک	رابطه پزشک و بیمار
فقط جواب می‌دهد	سؤال کوتاه می‌پرسد	رابطه پزشک محور ۱-۲-۳-۵-۹
جواب طولانی می‌دهد	سؤال‌های تشریحی می‌پرسد و خوب گوش می‌دهد	رابطه بیمار محور ۴-۸
جواب کوتاه می‌دهد	سؤال تشریحی می‌پرسد	رابطه پزشک محور ۷
جواب طولانی می‌دهد و سؤال نیز می‌پرسد.	سؤال کوتاه می‌پرسد	رابطه ۱۰ پزشک محور

جدول (۵) به این بحث اساسی در بررسی‌های زیست‌جهان مربوط می‌شود که به چه میزان، پزشکان مایل‌اند به نحوی داوطلبانه از رویدادهای زندگی بیماران، فشارها و تراماهای<sup>۱</sup> احتمالی که بر بیمار گذشته است، باخبر شوند، کنشی که دست کم به منظور ایجاد همدلی با بیماران انجام می‌شود. جدول (۵) نشان می‌دهد که به جز در دو نمونه از روابط، یعنی رابطه‌های ۴ و ۸، این نوع کنش‌ها از پزشکان مشاهده نشد.

اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک ...

جدول (۵): کنش‌ها و گفتگوهای مربوط به رویدادهای زندگی روزمره بیمار

رابطه پزشک و بیمار	آیا پزشک از رویدادهای زندگی روزمره بیمار سخن به میان می‌آورد؟
رابطه پزشک محور ۱-۲-۳-۵-۶-۹	سخنی به میان نمی‌آورد
رابطه بیمار محور ۴-۸	از وقایع جوینا می‌شود
رابطه پزشک محور ۷-۱۰	بیمار سعی می‌کند سخنی به میان آورد

در نهایت، بر پایه تعاریف برگرفته از الگوی زیست‌جهان‌الیوت میشلر از PPI، در جدول (۶) اطلاعات و سنخ‌بندی فشرده‌ای از روابط پزشکان و بیماران روستایی در شهر اردبیل بیان شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیان پزشکی و حرفه‌ای-تکنیکی، بیان مسلط بر اکثر روابط پزشکان و بیماران بوده است.

جدول (۶): چالش بین بیان پزشکی و بیان جهان‌زیست در PPI بر اساس نتایج حاصل از تحلیل گفتمان

رابطه پزشک و بیمار	بیان پزشک	بیان بیمار
رابطه پزشک محور ۱-۲-۳-۵-۶-۹	بیان پزشکی	بیان ناقص یا شکسته‌بسته جهان‌زیست
رابطه بیمار محور ۴-۸	بیان جهان‌زیست	بیان باز ولی محدود جهان‌زیست
رابطه پزشک محور ۷-۱۰	بیان پزشکی	بیان جهان‌زیست

#### رابطه پزشکان عمومی و بیماران در مراکز درمانی دولتی

کاوش‌های اتنوگرافیک و مشاهدات انجام شده (اکثراً در بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل) در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در مراکز درمانی دولتی در شهر اردبیل، عملاً عرصه‌ای برای عرضه زیست‌جهان و مطالعه آن در بحث PPI وجود ندارد، زیرا در اکثر مراکز فوق به دلیل وجود برخی محدودیت‌ها و موانع، از جمله سطره مدل زیست‌پزشکی، مفهوم زیست‌جهان سرکوب شده است و در عمل تلقی هر بیمار به مثابه یک انسان منحصر به فرد با زیست‌جهانی متفاوت و رشد یافته در یک زمینه اجتماعی-فرهنگی متفاوت از دیگران، بسیار دشوار به نظر می‌رسد. در چنین فضایی پزشکی چندین فرد بیمار را همزمان با هم به اتاق خود می‌پذیرد، جایی که عملاً بیماران، که عمدتاً از مناطق روستایی یا حاشیه‌نشین‌های شهر اردبیل و از طبقات اجتماعی پایین و ندار جامعه هستند، از همدیگر تفکیک‌پذیر نیستند و تمایز چندانی ایجاد نمی‌شود که حتی بتوان جداگانه آن‌ها را توصیف کرد. در این مراکز، زمان اجتماعی کمتری (گاهی فقط چند دقیقه برای هر بیمار) صرف بیماران و گوش فرا دادن به تجارب، دغدغه‌های و روایت‌های آن‌ها می‌شود.

مقایسه کلی بین وضعیت و نوع تعاملات پزشک و بیمار در مطب‌های خصوصی و مراکز یا بیمارستان‌های دولتی بیانگر این است که در این مراکز، بیان پزشکی و منبعث از دانش‌آمرانه، از استیلای بیشتری برخوردار است و عرصه برای بیان باز زیست‌جهان و ایجاد یک کنش ارتباطی انسانی تحریف نشده و مبتنی بر اصول اخلاقی گفتمانی<sup>۱</sup> بین پزشک و بیمار، عملاً تنگ‌تر از مطب‌ها و کلینیک‌های خصوصی شهر است.

### بحث: نکاپویی برای پاسخ به پرسش‌های اصلی پژوهش

چنانچه از اکثر مشاهدات و پژوهش‌های اتنوگرافیک انجام شده در بررسی حاضر برمی‌آید، در تیپ‌بندی الگوهای ارتباطی بین پزشک و بیمار، باید به غلبه رابطه پزشک‌محور اذعان کرد، جایی که در آن پزشک عموماً از بیان پزشکی و فنون کنترل رابطه استفاده می‌کند و بیماران روستایی نیز در همان فرصت محدودی که به آن‌ها داده می‌شود و با همه فشاری که به آن‌ها تحمیل می‌شود، تمایل خود را به استفاده از بیان جهان زیست نشان می‌دهند. انواع دیگری از روابط که در آن بیمار از بیان پزشکی محض استفاده کند، مشاهده نشد و در یک مورد نیز بیمار برای مقابله با پزشک، از بیان پزشکی در کنار بیان زیست جهان استفاده می‌کرد. نوعی از رابطه که در آن زیست جهان متقابل بین پزشک و بیمار شکل بگیرد، بسیار معدود و محدود بود، در حالی که در مراکز درمانی دولتی، مطلقاً رابطه یک‌سویه و پزشک‌مدار مشاهده شد. در نهایت، چه در مطب‌های خصوصی و چه در بیمارستان‌های عمومی دولتی، بین پزشک و بیمار تعامل ایده‌آل گفتاری مورد نظر هابرماس و میشلر مشاهده نشد. در این روابط، غالباً بیماران روستایی در معرض رفتارهای کلیشه‌ای واقع می‌شدند.

یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که کنش ارتباطی مشاهده شده بین پزشک و بیمار در اکثر موارد، ارتباطی تحریف شده و معطوف به موفقیت است که در آن بیمار روستایی، جز یک مشتری یا ارباب رجوع گذری، معنی و هویت دیگری برای پزشک درمانگر ندارد. از این منظر، با هر کدام از بیماران روستایی به عنوان یک شخص منحصربه‌فرد برخورد نمی‌شود. نحوه کنترل گفتگو و رابطه از سوی پزشک، عمده‌تاً راهبردی و تحریف‌شده دنبال شده است و ارتباط متعادل و معطوف به فهم متقابل بین پزشک و بیمار عملاً شکل نمی‌گیرد. در نتیجه عقلانیت حاکم بر کنش ارتباطی بین پزشک و بیمار، عموماً هدف‌مدار بوده است و در راستای کنترل رابطه است. در چنین شرایطی، عقلانیت ارزش‌مدار برای دستیابی به فهم متقابل طرفین، بدون اعمال اقتدار و برخورد آمرانه پزشک، بر این رابطه حکمفرما نیست. در ملاقات پزشک و بیمارانی که از روستا برای معالجه به شهر آمده‌اند، از زمینه‌های اجتماعی- فرهنگی بیمار و رویدادهای زندگی روزمره، معانی فرهنگی، درگیری‌ها و فشارهای روانی ایام گذشته او عموماً حرفی به میان نمی‌آید. همچنین به نابسامانی‌های زندگی شخص بیمار که بیماری‌ها و ناراحتی‌ها را موجب شده است، توجه لازم نمی‌شود، گویی که بیمار روستایی در یک خلاء یا انزوای اجتماعی- فرهنگی، عمر خود را تاکنون سپری کرده است.

### نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، با اتخاذ رویکردی ملهم از آرای الیوت میشلر، به سهم خود یکی از موضوعات کلیدی در جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی پزشکی، یعنی "روابط یا تعاملات بیمار و پزشک" بررسی شده است. پژوهش‌های اتنوگرافیک و مشاهدات انجام شده درباره رابطه پزشکان و بیماران روستایی آنان، نشان داد که به جز دو مورد، در تمامی موارد PPI نوع رابطه پزشک‌محور بود و پزشک با بیان پزشکی در گفتگو شرکت می‌کرد

### اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک ...

و بیمار در تمام موارد، از بیان جهان‌زیست "شکسته بسته" برای طرح گفته‌های خویش استفاده می‌کرد، برای اینکه این کنش ارتباطی بلافاصله از جانب پزشک با استفاده از پرسش‌های متوالی کنترل‌کننده مسدود می‌گشت. در چنین شرایطی، بیمار به طور مطلق یا در قسمت اعظم گفتگو سعی می‌کرد با بیان جهان‌زیست صحبت کند، در حالی که پزشکان از آن غافل می‌شدند و تمام رابطه را با بیان پزشکی اجرا می‌کردند، به گونه‌ای که مشاوره، خودمانی و غیررسمی نبوده، و به زیست جهان بیمار و تشویق او به ادامه دادن بیان احساسات خود، بها داده نمی‌شد و پزشک فعالانه به شنیدن حرف‌های بیمار نمی‌پرداخت و بیمار این شکست را می‌پذیرفت و تسلیم رفتار کلیشه‌ای پزشک می‌شد. در واقع، این وضعیت یعنی پذیرش انفعالی و ذهنی دانش/ قدرت آمرانه پزشک توسط بیمار روستایی حتی قبل از مراجعه به پزشک و شروع یک تعامل با پزشک در فرایند طبابت.

افزون بر این، مشاهدات و تحلیل‌های این پژوهش نشان داد که از کل روابط و تعاملات مورد بررسی، فقط دو مورد، از نوع رابطه بیمارمحور بوده است و زیست‌جهان متقابل و دوسویه، در جریان مشاوره و گفتگو به کار برده شد که در آن‌ها پزشک و بیمار هر دو تا حدودی از بیان زیست‌جهان استفاده می‌کردند. در این موارد محدود بیمارمحور، پزشکان عمدتاً از راهبردهای طبیعی‌تر و انسانی‌تر برقرار ارتباط نظیر: طرح پرسش‌های تشریحی و گوش دادن فعال و بدون مداخله، خوش اخلاقی و رعایت اخلاق گفتمانی، طرح پرسش‌هایی که به طور مستقیم به زیست‌جهان مربوط می‌شود و با زبان روزمره بیان می‌گردد و به کار بردن عبارات تصدیق‌کننده، مشروعیت‌بخش و اعتماد دهنده به احساسات بیمار، استفاده می‌کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در این نوع رابطه، بقیه گفتگو به نحوی تلاش‌های علمی و حرفه‌ای پزشک را برای بررسی تجویز دارو و ارجاع بیمار به سایر همکاران شامل می‌شد. همچنین در مواردی رابطه‌ای بینابین (ترکیبی از بیان پزشکی و زیست‌جهان) بین طرفین مشاهده شد، یعنی رابطه بر مبنای بیان پزشکی بوده است، ولی در موقع لزوم، پزشک به منظور ترجمه مفاهیم پزشکی به زبان روزمره، به بیان زیست‌جهان بازمی‌گشت.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که دلیل سردرگمی و احساس مبهم بیماران درباره عدم مشخص شدن مشکلات سلامتی‌شان، تا حد زیادی این است که زیست‌جهان‌ها و روایت‌هایشان در گفتگوهای پزشکی نادیده گرفته شده است. با توجه به ماهیت و رسالت مراکز درمانی دولتی در کشور، این نوع غفلت زیست‌جهان در مراکز دولتی شهر اردبیل بیشتر مشاهده می‌شود، زیرا آنچه در این نوع مراکز، میان پزشکان و بیماران روستایی مراجعه‌کننده و نیازمند می‌گذرد، اساساً مبتنی بر رابطه‌ای پزشک‌محور است، جایی که حتی طرح رویکرد الیوت میشلر و اهمیت‌بخشی به مفهوم زیست‌جهان در PPI بسیار دشوار به نظر می‌رسد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که صرف‌نظر از ناسازگاری بین مدل زیست‌پزشکی حاکم بر نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایران و مدل زیست‌جهان الیوت میشلر در فرایند طبابت، در نهایت چاره‌ای جز اهمیت‌بخشی به مفهوم زیست‌جهان در PPI نداریم، برای اینکه مدل زیست‌جهان میشلر رابطه‌ای انسانی‌تر، اخلاقی‌تر، دموکراتیک‌تر (مشارکتی) و اثربخش‌تر بین بیماران و پزشکان ارائه می‌کند.

## منابع

- آدام، فیلیپ (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*. ترجمه لورنس - دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید و توکل، محمد (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی پزشکی*. ترجمه و تألیف محمد توکل. تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
- فلیک، اووه (۱۳۸۶). *درآمدی بر تحقیق کیفی*. ترجمه هادی جلیلی. تهران: نشر نی.
- قاضی طباطبائی، محمود، ودادهیر، ابوعلی و محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۶). پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسایل انسانی. *پژوهشنامه علوم انسانی*، ۵۳، ۲۸۹-۳۲۴.
- نوذری، حسینعلی (۱۳۸۱). *بازخوانی هابرماس*. تهران: نشر چشمه.

- Archer, M. (2000). *Being Human: The Problem of Agency*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage.
- Barry, C. A., Stevensona, F. A., Brittena, N., Barberb, N. & Bradley, C. P. (2001). Giving voice to the lifeworld: More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53, 487-505.
- Byrne, P. S. & Long, B. E. L. (1976 [1996]). *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviors of Doctors in the Consultation*. London: HMSO.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-32.
- Creswell J. W. (2011). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. London: Sage.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221-26.
- Fisher, S. (1984). Doctor-patient communication: A social and micro-political performance. *Sociology of Health and Illness*, 6, 1-27.
- Foucault, M. (1975). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Random House.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-74.
- Hui, E. C. (2005). The centrality of patient-physician relationship to medical professionalism: an ethical evaluation of some contemporary models. *Hong Kong Medical J.* 11(3), 222-223.
- Mishler, E. G. (1981). *Critical Perspectives on the Biomedical Model. Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: The Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Albex.
- Myfanwy, M. (2003). The Doctor-Patient Relations, in: Scrambler G. (ed.) *Sociology as Applied to Medicine*. New York: Free Press.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (1992). *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport, CT: Auburn House.
- Sinclair, F. (2007). *In need of TLC? Doctor- Patient Relationship fit for the Future, Independent Thinking*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Szasz, P. S. & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Arch. Intern. Med*, 97, 585-92.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Waitskin, H. (2000). Changing patient-physician relationships in the changing health-policy environment. In Bird CE, Conrad P, Fremont AM (eds.) *Handbook of Medical Sociology* (pp. 83-271). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.