

تبیین جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار (مطالعه کیفی در شهر اهواز)

معصومه شفعتی^۱، محمدجواد زاهدی^۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

رابطه پزشک-بیمار یکی از مسئله‌برانگیزترین انواع روابط اجتماعی است. با وجود اشتراک‌های جهانی درباره این مفهوم، تفاوت‌های زیاد در این زمینه جوامع را از هم متمایز می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه پزشک و بیمار از دید بیماران و به روش "نظریه‌پردازی داده‌محور" انجام شده است. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته با ۲۱ بیمار مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان شهر اهواز و مشاهده جریان مشاوره‌های پزشکی در این مطب‌ها جمع‌آوری و به روش کدگذاری نظری تحلیل شده است.

براساس تحلیل کدگذاری باز و محوری پنج‌مقوله "ویزیت گروهی"، "محدودیت زمانی"، "تعداد زیاد بیماران"، "آماده‌نبودن بیماران" و "رفتار اجتنابی پزشکان" به‌مثابه شرایط علی "رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور" به‌دست آمد که الگوی ارتباطی غالب میان پزشک و بیمار در قلمرو تحقیق حاضر شناخته شد. شرایط میانجی نیز در محدوده‌ای وسیع‌تر در قالب فرهنگ، الگوهای ذهنی، آگاهی و اقدامات حمایتی مادی تحت بررسی قرار گرفت "که از آن‌میان، "تحصیلات" نقش بسیار پررنگی را ایفا می‌کرد. بیماران در برابر پدیده محوری راهبردهای "سازگاری"، "تحمل"، "خودیاری" و "ضدیت" را اتخاذ می‌کنند که مهم‌ترین پیامدهای آنها "افزایش خطای پزشکی"، "آسیب مادی و روانی"، "دلسردی از همکاری" و "خوددرمانی" است و اگر برای بهبود این رابطه تدبیری اندیشیده نشود، چرخه تولید و "بازتولید رابطه‌ای نابرابر" همچنان به حیات خود ادامه می‌دهد.

۱. پژوهشگر اجتماعی و دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، نویسنده مسئول sa.shafati@ut.ac.ir
۲. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور تهران m_zahedi@pnu.ac.ir

مطالعه در زمینه رابطه پزشک و بیمار در کشور می‌تواند برای بنانهادهن الگوی ارتباطی پزشک-بیمار مقتضی جامعه و فرهنگ ایرانی رهنمون شود. از آنجاکه پدیده ویزیت گروهی در حال حاضر در ایران و به‌ویژه در مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان رو به افزایش است، تحقیقات بیشتری در این زمینه خاص لازم است؛ چراکه با توجه به یافته‌های این تحقیق، تأثیر زیادی بر رابطه پزشک-بیمار و نحوه عملکرد بیماران می‌گذارد.

واژگان کلیدی: رابطه پزشک-بیمار، مطب خصوصی، بیماران، نظریه‌پردازی داده‌محور، ویزیت گروهی، الگوی زیستی - روانی - اجتماعی.

مقدمه و طرح مسئله

اهمیتی که کیفیت رابطه پزشک - بیمار در فرایند درمان و نتایج آن دارد، موجب شده است که رابطه پزشک - بیمار به یکی از مهم‌ترین موضوع‌های جامعه‌شناسی پزشکی بدل شود. «یک رابطه پزشک-بیمار مثبت، یعنی رابطه‌ای که در آن پزشک احساس همدلی، صداقت و توجه مثبت به بیمار دارد، سبب جدی‌گرفتن بیشتر توصیه‌های پزشکی از سوی بیمار، ایجاد رابطه درمانی مطلوب، پیروی از درمان و رضایت بالاتر بیمار می‌شود» (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۳۵).

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 اغلب موارد از علل اصلی ناموفق‌بودن پزشکان در درمان و جلب رضایت اعتماد بیماران باوجود برخورداری آنان از مهارت و دانش حرفه‌ای است (چیان‌یو، ۲۰۰۸).

امروزه شیوه‌های نامناسب برای ویزیت بیماران در کشور، نظیر ورود هم‌زمان چند بیمار به اتاق ویزیت و به دنبال آن معاینه و پرسش از بیمار در حضور دیگر بیماران، درمیان پزشکان متخصص زنان و زایمان بیشتر مشاهده می‌شود؛^۲ هرچند استفاده از این شیوه غلط و برخلاف اخلاق پزشکی، فقط مختص به پزشکان زنان و زایمان نیست و پزشکان دیگر نیز به‌کار می‌برند. از بین رفتن حریم خصوصی میان پزشک و بیمار باعث سلب اعتماد بیمار از پزشک و کاهش رضایت بیمار از خدمات بهداشتی و درمانی متخصص می‌شود که البته در شهرهای کوچک به بروز مشکلات بیشتری می‌انجامد و باعث کاهش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود.

1. Chien - Yu

2. <http://www.mehrnews.com/fa/newsdetail.aspx?NewsID=1389569> &

<http://www.ricm.ir/find.php?item=1.106.206.fa> &

<http://www.fardanews.com/fa/news/134627>

در بسیاری از موارد به علت شلوغی مطب، بیماران نمی‌توانند پزشک را ببینند و فرصتی وجود ندارد که پزشک با صرف زمان ضروری بیمار را به‌طور کامل معاینه کند و این امر عامل مهمی در ایجاد اختلال در تشخیص بیماری‌هاست. زمان استاندارد برای ویزیت بیماران ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است، اما اکنون به علت مراجعه زیاد و غیرضروری مردم به پزشکان متخصص، این زمان برای همه بیماران صرف نمی‌شود (همان). اطلاعات به‌دست‌آمده از مشاهده‌ها و تجربه دیگر بیماران در مطب‌های خصوصی، به‌ویژه متخصصان زنان و زایمان اهواز نیز مؤید همین نکته است. زمان مشاوره در این مطب‌ها حتی گاهی کمتر از ۵ دقیقه است.

با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده از افراد مطلع و دیگر بیماران، موارد ویزیت گروهی بیماران، که به‌صراحت نقض اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار در ایران، به‌ویژه نقض بند ۴ این منشور است (پارساپور و همکاران، ۱۳۸۸) در مطب‌های خصوصی شهر اهواز به‌ویژه مطب‌های متخصصان زنان و زایمان بسیار شایع است؛ تاحدی که می‌توان گفت گویا این روش برای بیماران عادی و طبیعی جلوه می‌کند؛ چراکه با توجه به مشاهده‌ها بسیار نادر است که در این مطب‌ها شخصی زبان به اعتراض بگشاید. مشاهده این موارد آن هم در مطب‌های خصوصی پرسش‌هایی را درخصوص پیامدهای این رابطه برانگیخت و انگیزه‌ای شد تا از طریق این پژوهش به بررسی این مهم بپردازیم. پرسش‌هایی از این قبیل که سبک ارتباطی غالب میان پزشک و بیمار در این مطب‌ها چگونه است و چه تفاوتی با نوع آرمانی آن دارد؟ چه عواملی این رابطه را تخریب یا تسهیل می‌کند؟ بیماران این سبک ارتباطی را چگونه می‌بینند و چگونه با آن برخورد می‌کنند؟ و استراتژی‌های رفتاری بیماران در برابر این سبک ارتباطی چه پیامدهایی برای آنان در پی دارد؟

پیشینه تجربی

طبق تحقیق زالی و همکاران (۱۳۷۶) بهترین صفت‌های پزشک از دیدگاه بیمارانی که از پزشکان خود به‌سازمان نظام‌پزشکی شکایت کرده بودند، در درجه اول دقت و احساس مسئولیت و در مرتبه دوم اخلاق و رفتار انسانی با بیمار است. برطبق نتایج مطالعه یادشده، عوارض ناشی از اقدامات پزشکی که منجر به دادخواهی بیماران می‌شود تأثیر عمیق و جدی بر زندگی فرد و افراد فامیل دارد و تأثیر طولانی و نامطلوبی بر شغل و زندگی اجتماعی بیماران و نیز پزشکیانی که از آنها شکایت می‌شود باقی می‌گذارد. در تحقیقی دیگر، میرزازاده و همکاران

(۱۳۸۹) با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد^۱ به مقایسه دیدگاه بیماران و اعضای هیئت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بابل پرداختند که در مجموع بیمار محورتر بودند. علایی (۱۳۸۷) در تحقیق خود نتیجه می‌گیرد هنگامی که پزشک و بیمار هر دو بر مبنای زیست‌جهان ارتباط برقرار می‌کنند مسائل به نسبت بیشتری مطرح می‌شود (زیست‌جهان متقابل). محقق به زمان بسیار کم اختصاص داده شده برای معاینه بیمار نیز می‌پردازد و می‌گوید در این صورت زمینه مشاوره و برقراری رابطه متعادل فراهم نمی‌شود.

روابط متقابل پزشک - بیمار فرایندی پیچیده است و ارتباط نامناسب می‌تواند به معضل تبدیل شود، خصوصاً این درباره موضوع شناخت بیمار از بیماری خود، چگونگی مراقبت‌ها، انگیزه و امید و پیشبرد روند درمان می‌تواند بروز یابد (بایلی و همکاران، ۲۰۰۰). امروزه در کشورهای توسعه‌یافته، تبادل اطلاعات الگوی غالب ارتباطی است و جنبش مصرف‌کننده سلامت، به متداول شدن الگوی تصمیم‌گیری مشارکتی و ارتباط بیمار محور منجر شده است (هیندرون و پولیک، ۲۰۰۰؛ آرورا، ۲۰۰۶). برخی جنبه‌های محوریت بیمار می‌تواند مزایای مهمی برای بیماران داشته باشد: ارتباطات اصلاح‌شده و بهبود یافته باعث افزایش رضایت بیمار و بازدهی سلامتی می‌شود (براون^۲ و همکاران، ۱۹۹۵؛ کابنرسل^۳ و همکاران، ۲۰۰۰)، مشارکت دادن بیماران در مشاوره می‌تواند از میزان استرس و نگرانی‌های بیماران بکاهد (لیتل^۴ و همکاران، ۲۰۰۱)، و نیز این پتانسیل را دارد که نتایج مضر مرتبط با تجویزهای نادرست را کاهش دهد (بریتن^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). تحقیقات درباره رابطه پزشک - بیمار حاکی از نارضایتی بیماران از رابطه خود با پزشکان است (استوارت^۶، ۱۹۹۵). تونگ^۷ و همکاران (۲۰۰۵) در گزارشی بیان می‌کنند که تحقیقات درباره ۷۵ درصد از بیمارانی که با پزشکان ارتوپد درگیر بوده‌اند نشان می‌دهد فقط ۲۱ درصد از آنان از رابطه خود با پزشک رضایت داشته‌اند. در سال‌های اخیر، اهمیت نابرابری‌های اجتماعی در رابطه پزشک - بیمار، مکرر موضوع تحقیقات بوده است (بنسینگ^۸، ۱۹۹۱؛ جین سین^۱، ۲۰۰۱؛ استوارت و همکاران، ۲۰۰۰، ویلمز^۲،

1. Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)
2. Brown
3. Kinnersley
4. Little
5. Britten
6. Stewart
7. Tonque
8. Bensing

۲۰۰۵). این تحقیقات افزایش اهمیت نابرابری‌های اجتماعی را در مراقبت‌های بهداشتی یادآور می‌شوند و نشان می‌دهند که این نابرابری‌های اجتماعی منجر به نابرابری و عدم تقارن رابطه پزشک-بیمار می‌شود.

نظریه‌های کارآمد برای ساختن چارچوب مفهومی

از آنجا که در روش نظریه‌پردازی داده‌محور تکیه محقق بیشتر بر مطالعه مستقیم پدیده‌ها در زمینه خاص خود و سعی در استخراج مقولات و گزاره‌ها و نهایتاً نظریه‌ای مبتنی بر فهم پدیده تحت مطالعه است، بهره‌گیری از متون نظری در این تحقیق به معنای پذیرش کامل آنها به مثابه چارچوب نظری نیست و از این متون صرفاً به مثابه منبع احتمالی ایجاد سؤال، منبع ثانویه داده‌ها یا راهنمای نمونه‌گیری نظری استفاده شده است (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰ الف: ۵۰-۴۸).

از میان الگوها و نظریه‌های گوناگونی که در باب رابطه پزشک-بیمار مطرح شده است، الگوی فوکو به طور خاص رابطه پزشک و بیمار را تحلیل و بررسی می‌کند. فوکو در نظریه خود به تأثیرپذیری رابطه پزشک و بیمار از ساختار جامعه کلی اشاره می‌کند. زیرا ساختار جامعه انضباطی برای کارآترکردن نظارت خود بر کنشگران جامعه از علم پزشکی و قدرت معاینه و شناخت دقیق پزشک در جهت استقرار نظم استفاده می‌کند. بنابراین از نظر فوکو رابطه پزشک و بیمار بر محور توجه به نیازهای بیمار و درک همه‌جانبه وضعیت او نیست. پزشک و بیمار رابطه‌ای همراه با تضاد در منافع و اهداف را تجربه می‌کنند که در نهایت به نارضایتی بیمار می‌انجامد. بحث قدرت در هسته عقلانی اندیشه‌های فوکو قرار دارد. از نظر فوکو هیچ رویداد اجتماعی و انسانی وجود ندارد که بدون روابط قدرت به وجود آمده باشد و از تأثیر آن مصون باشد. در این میان فوکو قدرت و دانش را متضمن یکدیگر می‌داند. در واقع دانش یکی از عناصر تعیین‌کننده قدرت در جامعه است. البته این بدین معنا نیست که قدرت و دانش رابطه‌ای علت و معلولی دارند، بلکه نوعی رابطه همبستگی بین این دو وجود دارد (اسمارت، ۱۳۸۹).

آنچه در این تحقیق با توجه به نظریه فوکو درخور توجه است، قدرتی است که از دید فوکو پزشکان از راه دانش تخصصی و حرفه‌ای خود به دست می‌آورند و این قدرت در رابطه پزشک و بیمار در زمینه تحت بررسی تحقیق حاضر به وضوح خودنمایی می‌کند؛ به طوری که رابطه را به رابطه‌ای یک‌سویه با کنترل مسلط پزشک تبدیل می‌کند. اما در مقابل به نظر می‌رسد این نوع

1. Jensen
2. Willems

قدرت با بالارفتن سطح تحصیلات بیماران به سمت رابطه‌ای با قدرت متوازن متمایل می‌شود. سطح بالای تحصیلات بیماران و نیز اطلاعات پزشکی این بیماران درباره بیماری‌شان از قدرت و سطح کنترل پزشک می‌کاهد. در واقع آنجا که سطح دانش و اطلاعات بیمار افزایش می‌یابد، به تبع دیدگاه فوکو، قدرت او نیز افزایش می‌یابد. این همان قدرتی است که پیش‌از این به دلیل دانش تخصصی پزشکی در انحصار پزشکان بود. این حرکت به سوی توازن قدرت می‌تواند به متمایل شدن رابطه به سمت رابطه‌ای مشارکتی و دوطرفه کمک کند.

الگوی نظری کارآمد دیگر الگوی گافمن است. گافمن در نظریه‌های خود به‌وفور به تشبیه صحنه کنش متقابل افراد به صحنه تئاتر اشاره می‌کند که کنشگران انسانی در آن مانند بازیگران به ایفای نقش می‌پردازند. از دید گافمن پزشک و بیمار در اولین برخورد به ارزیابی رفتار یکدیگر می‌پردازند و براساس این ارزیابی تصمیم می‌گیرند که به رابطه خود ادامه دهند و در صورت تداوم رابطه چه استراتژی‌هایی را اتخاذ کنند یا رابطه را خاتمه دهند. در واقع با توجه به دیدگاه گافمن، نحوه عملکرد بیماران در ارتباط با پزشک بر مبنای ارزیابی آنها از رابطه و به‌گونه‌ای منحصربه‌فرد است. منافع بیماران می‌تواند هم‌سو یا در تضاد با پزشک باشد (استاکس^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

آنچه با توجه به این الگو در تحقیق حاضر مهم می‌نماید، آن است که به نظر می‌رسد در رابطه پزشک-بیمار در زمینه خاص تحقیق حاضر، نوعی توافق ظاهری وجود دارد. آنچه در مشاهده‌ها و مصاحبه‌های اولیه به دست آمد، گاه در تضاد با یکدیگر بود. یعنی آنچه در واقعیت رخ می‌دهد و آنچه در پس‌زمینه فکری بیماران وجود دارد، با هم هم‌خوانی ندارند. به سخن دیگر، بیماران در تعامل خود با پزشک به ایفای نقشی می‌پردازند که به‌عنوان بیمار خوب از آنها انتظار می‌رود؛ این نقش گاه در تضاد با خواسته‌ها و تمایلات آنهاست. این نکته در رفتار پزشکان نیز صادق است.

در حالی که فوکو بر تأثیر ساختار بر رفتار کنشگران و گافمن بر رفتار منحصربه‌فرد و خلاق کنشگران تأکید می‌کنند، بوردیو بر ترکیب و تلفیق این دو دیدگاه اصرار دارد. از دید بوردیو، افراد در جامعه، موقعیت، امکانات و محدودیت‌های پیش روی خود را در زمینه‌های مختلف نهادینه و درونی می‌کنند و با در نظر گرفتن آنها، هر کدام به شیوه‌ای خاص در برابر آن واکنش نشان می‌دهند. بنابراین عینیت و ذهنیت در کنار یکدیگر به کار برده می‌شوند و نه در مقابل هم. بوردیو رابطه ساختی بین ملکه و میدان را جایگزین رابطه ساده و ابتدایی فرد و جامعه می‌داند.

1. Stokes

این بدان معنی است که برای توضیح و تبیین هر رویداد و الگوی اجتماعی، باید ترکیب اجتماعی کنشگر و ساختار حیطه اجتماعی خاصی که او در آن عمل می‌کند و نیز اوضاع خاصی که کنشگران در آن با یکدیگر برخورد می‌کنند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند تجزیه و تحلیل شود. در نگاه کلی، رابطه پزشک و بیمار چند پایه و عنصر بنیادین دارد: خصوصیات بیمار، خصوصیات پزشک و اوضاع حاکم بر ساختار زمان و مکان ارتباط. به سخن دیگر، ازسویی زمینه‌های ساختاری موجود بر نوع ارتباط تأثیر می‌گذارد و ازسوی دیگر ویژگی‌های فردی پزشک و بیمار بر روش‌های طرفین اثر می‌گذارد.

تعریف مفاهیم اصلی تحقیق

نقش بیمار^۱

تالکوت پارسونز از مفهوم نقش بیمار برای توصیف الگوهای رفتاری استفاده کرده است که بیمار برای به حداقل رساندن تأثیر مخرب بیماری به کار می‌برد (پارسونز، ۱۹۵۲ به نقل از گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۳). از نظر پارسونز، بیماری کارایی زندگی عادی فرد و روابط او را از بین می‌برد و بنابراین فرد از لحاظ رفتاری منحرف می‌شود. «بیماری موقعیتی بیولوژیکی یا روان‌شناختی یا حادثه‌ای غیرساختاری نیست. بیماری نقشی اجتماعی به نام "نقش بیمار" است که از طریق وظایف طرفین در رابطه پزشک-بیمار مشخص می‌شود و در اجتماعی شکل می‌گیرد که این طرفین به آن تعلق دارند» (فوکس، ۱۹۸۹: ۱۷ به نقل از یانگ، ۲۰۰۴: ۴). بنابراین، از دیدگاه پارسونز، تعریف بیماری به لحاظ اجتماعی مبین این مطلب است که بیماری نقشی اجتماعی است که «مردم آن را در جریان اجتماعی شدن می‌آموزند و به‌هنگام بیمارشدن با همکاری دیگران آن را به اجرا درمی‌آورند» (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۳). این نقش اجتماعی چهار رکن اساسی دارد: ۱. شخص بیمار که از نقش‌های اجتماعی عادی معاف است. ۲. بیماران مسئول بیماری‌شان نیستند. ۳. بیمار وظیفه دارد برای سلامتی‌اش تلاش کند. ۴. بیمار باید در جست‌وجوی بهترین کمک درمانی باشد و با پزشکش همکاری کند (کوکرهام، ۲۰۰۰ به نقل از یانگ، ۲۰۰۴؛ مسعودنیا، ۱۳۸۹؛ آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵؛ آرمسترانگ، ۱۳۸۵؛ گیدنز، ۱۳۸۷؛ محسنی، ۱۳۸۸؛ استونز، ۱۳۸۸).

1. The sick role
2. Fox
3. Young

اروینگ گافمن یکی دیگر از جامعه‌شناسانی است که به بررسی نقش بیمار پرداخته است. از دیدگاه این جامعه‌شناس مکتب کنش متقابل نمادین، وقتی کسی در بیمارستان بستری می‌شود، حتی اگر مدت بستری شدنش یک‌روز باشد، وارد "نقش بیمار بیمارستانی" می‌شود. در بیمارستان فرد دیده نمی‌شود و فقط بیماری است که دیده می‌شود. پزشکان و پرستاران ممکن است طوری دربارهٔ بیماران صحبت کنند که انگار آنها حضور ندارند (آدلر و همکاران، ۱۳۸۷: ۸۸).

مدل نقش بیمار نظریهٔ پرنفوذی است که آشکارا نشان می‌دهد چگونه شخص بیمار بخش تفکیک‌ناپذیری از متن و زمینهٔ اجتماعی بزرگ‌تر است. پارسونز نظریه‌اش را در طول زمان اصلاح کرد که شامل پرداختن به بیماری مزمن در قوانینش و توجه به این مسئله بود که مدیریت بیماری مزمن با درمان در مفهوم‌سازی اصلی‌اش برابر است. با این حال، متعادل کردن دوباره قوانین نمی‌تواند در بیماری مزمن به طور کامل انجام شود (یانگ، ۲۰۰۴؛ مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۵۵۷؛ گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۵). با وجود کمک زیادی که پارسونز با مفهوم "نقش بیمار" به جامعه‌شناسی پزشکی کرد، انتقادهایی هم بر آن وارد است. منتقدان الگوی نقش بیمار پارسونز در انتقادهای خود به طور کلی بر این فرضیه‌ها تمرکز می‌کنند: حق ثابت نقش بیمار، محدودهٔ ظاهری نقش بیمار برای بیماری‌های حاد، اختلاف قدرت و مفاهیم آن برای بیمار، عدم موفقیت در شرح تغییر رفتاری در این الگو، طبقهٔ متوسط جامعه و جهت‌گیری غرب، حضور نیافتن مفاهیم مراقبت از خود و مشاغل متناوب و این فرضیه که بیماری انحراف است (یانگ، ۲۰۰۴).

نقش پزشک

پارسونز نقش پزشک را مکمل نقش بیمار و دارای ویژگی کارکردی می‌داند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۰۰؛ آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱۵). به اعتقاد پارسونز، کارکرد پزشک «کنترل اجتماعی است، مشابه نقشی که از نظر تاریخی به کشیش‌ها داده می‌شد تا به صورت ابزاری در جهت کنترل انحراف عمل کنند» (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۹۸). در این دیدگاه، کارکرد دیگر نقش پزشک تأیید یا عدم تأیید بیماری است. در واقع این پزشک است که با تکیه بر تخصص خود به معافیت بیمار از نقش‌های اجتماعی که در زندگی روزمرهٔ خود برعهده داشته است مشروعیت می‌بخشد (مورگان،^۱ ۲۰۰۳ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۰۱). پارسونز برای نقش پزشک نیز چهار رکن اساسی در نظر می‌گیرد: ۱. بی‌تفاوتی عاطفی ۲. فقدان سودجویی و دگردوستی ۳. ویژگی

حرفه‌ای و لیاقت فنی (پارسونز، ۱۹۵۱ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۹۹؛ پارسونز، ۱۹۵۸ به نقل از محسنی، ۱۳۸۸: ۲۳۴).

بر این تحلیل پارسونز از نقش پزشک نیز همانند تحلیل او از نقش بیمار انتقاداتی وارد کرده‌اند. یکی از منتقدان بینش پارسونز درباره نقش پزشک الیوت فریدسون است که در کتاب خود حرفه پزشکی دیدگاه متفاوتش را درباب "حرفه" درمقابل بینش پارسونز مطرح کرد که ویژگی اصلی پزشک را جهان‌شمولی و فقط در فکر خیر و صلاح بیمار بودن می‌دانست. از نظر فریدسون حرفه پزشکی نیز یکی از گروه‌های منفعت در جامعه است. نفع شخصی پزشک می‌تواند با آن نوع انسان‌دوستی که اخلاق حرفه‌ای تبلیغ می‌کند در تضاد باشد (همان).

رابطه پزشک - بیمار

«واحد بنیادی حرفه پزشکی زمانی شکل می‌گیرد که در اتاق مشاوره یا اتاق بیمار، فردی که بیمار است از پزشکی که به او اعتماد دارد مشاوره پزشکی بخواهد» (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۹۱). رابطه پزشک-بیمار آرمانی رابطه‌ای است که در آن یکی از مشارکت‌کنندگان، یعنی پزشک، تمام دانش و مهارت خود را بدون هیچ چشم‌داشت و انتظار متقابلی برای سودرساندن به طرف دیگر، یعنی بیمار، به کار می‌برد. بیمار می‌پذیرد که ضعیف و آسیب‌پذیر است و در ارتباط خود با پزشک به او 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^۱ و سوریا کوماراران^۲، ۲۰۰۷).

رابطه پزشک-بیمار آرمانی و مطلوب، مبانی رابطه درمانی میان پزشک و بیمار را فراهم می‌کند؛ رابطه‌ای که در آن «پزشک احساس همدلی، صداقت و توجه مثبت بی‌قیدوشرط به منظور اثربخشی درمان بیمار دارد. این رابطه درواقع عنصر سازنده و اصلی پزشکی بیمارمحور^۳ است» (وستون و براون، ۱۹۹۵ به نقل از همان: ۱۹۲). «بیش از یک‌دهه است که تأکید عمده‌ای بر پزشکی مبتنی بر شواهد^۴ یا MEB در همه جنبه‌های علوم پزشکی به عمل

1. Kaba
2. Sooriakumararan
3. patient-centred medicine
4. Medicine Evidence Base

می‌آید، و بر مبنای MEB نیز تأکید و تصریح ماهوی و روشنی وجود دارد که در همهٔ اقدامات پزشکی، اساس این اقدامات، بیمار محور^۱ باشد نه بیماری محور^۲ (کاظمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۴۱). پزشک حاذق باید بتواند ضمن برخورد بیماری محور سریع و مؤثر با علایم حاد و تهدیدکنندهٔ حیات، به محض کاهش خطر تهدیدکنندهٔ حیات، رویکرد بیمار محورتری اتخاذ کند. بنابراین به جای اینکه این دو رویکرد دو روش مجزا و ناسازگار تلقی شوند، بهتر است آنها را دو رویکرد موازی بدانیم، به طوری که پزشک در هر دو رویکرد مهارت داشته باشد (آدلر، ۱۳۸۷: ۸۸).

روش‌شناسی تحقیق

در این تحقیق از روش "نظریه پردازی داده محور"^۳ استفاده کرده‌ایم. اولین مشخصهٔ این روش "مایه گرفتن از داده‌ها" (حریری، ۱۳۸۵: ۱۸۰) است، به این معنا که در این روش «محقق با یک تئوری از پیش تعیین شده توسط ذهن خود پروژه را شروع نمی‌کند... و اجازه می‌دهد که تئوری از طریق داده‌ها ایجاد شود» (علی‌احمدی و نهایی، ۱۳۸۷: ۳۰۷). البته منظور از نظریه پردازی «ساختن و پرداختن نظریه‌ای است که در زمینهٔ مورد مطالعه، صادق و روشنگر باشد» (همان: ۲۴).

موارد مطالعه و مشارکت‌کنندگان

«از آنجاکه تحقیق کیفی فاقد جامعه آماری و نمونه به معنای مورد نظر در تحقیقات کمی است، لذا در تحقیقات کیفی به افرادی که در تحقیق شرکت می‌کنند، مشارکت کننده یا مطلع گفته می‌شود» (استراوس و کوربین، ۱۹۹۹: ۴۵، به نقل از کیانی، ۱۳۸۹: ۱۶). تحقیق حاضر در شهر اهواز انجام شده است. اهواز یکی از هشت شهر پرجمعیت ایران با بیش از یک میلیون جمعیت (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰)، مرکز و بزرگ‌ترین شهر خوزستان و آیین‌های تمام‌نما از ترکیب نیروی انسانی استان به لحاظ جمعیتی، نژادی، دینی و زبانی است. در جریان مصاحبه‌ها و نمونه‌گیری نظری تلاش شد این تنوع قومیتی و فرهنگی لحاظ شود. پس از مراجعه به سازمان نظام پزشکی استان خوزستان، براساس اطلاعات به دست آمده از این سازمان، مشخص شد که در حال حاضر در شهر اهواز حدوداً ۴۰ پزشک متخصص زنان و زایمان به طبابت اشتغال دارند که از این میان

1. Patient oriented
2. oriented Disease
3. Grounded theory

۹ پزشک مرد و ۳۱ پزشک دیگر زن هستند. مطب‌هایی که مصاحبه‌ها در آنها انجام شد از میان مطب‌های ۳۱ پزشک زن انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان در تحقیق نیز از میان افرادی که به مطب‌ها مراجعه می‌کردند انتخاب شدند.

تحصیلات مشارکت‌کنندگان از دیپلم تا فوق‌لیسانس متفاوت بود. سن آنها از ۲۰ تا ۴۶ سال در نوسان بوده است. از میان ۲۴ مصاحبه‌ای که انجام شد، ۲۱ مصاحبه کاملاً با هدف‌ها و موضوع پژوهش هم‌خوانی داشتند که در تجزیه و تحلیل اصلی وارد شدند.

تکنیک‌های جمع‌آوری داده‌ها

در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم از روش مشاهده مشارکتی و مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته استفاده شده است. به این ترتیب که برای آگاهی از «دیدگاه‌های افراد، چگونگی شکل‌گیری ادراکات مشترک آنها و آگاهی از انگیزه‌های تصمیم‌گیری‌ها و ادراک تجارب ویژه آنان» (حریری، ۱۳۸۵: ۱۴۷)، از مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته استفاده شد و از طریق مشاهده تعاملات، اعمال و کنش‌های شرکت‌کنندگان، ارتباطات و شکل‌گیری نگرش‌های آنان تحت مطالعه قرار گرفت (فلیک، ۱۳۸۸: ۲۴۷). «مشاهدات می‌توانند صحت گفته‌های مصاحبه‌شونده و نکات احتمالی فراموش شده را مشخص کنند» (صدرنبوی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۱۰). به اعتقاد آدلر و آدلر (۱۹۹۴) نیز «مشاهده در صورت ترکیب با سایر روش‌های گردآوری اطلاعات، می‌تواند پژوهش را از دقت بیشتری برخوردار کند» (حریری، ۱۳۸۵: ۲۱۵). برای ضبط مشاوره‌ها و مصاحبه‌ها از دستگاه ضبط صدا استفاده شد و سپس گفت‌وگوها روی کاغذ پیاده و به متن تبدیل شدند. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و پس از توجیه کامل بیمار صورت گرفت. علاوه بر داده‌هایی که با استفاده از روش‌های مزبور گردآوری شدند، از داده‌های حاصل از طریق یادداشت‌های میدانی، خاطرات تحقیق و اطلاعات زمینه‌ای نیز بهره گرفتیم. چراکه «یادداشت‌های پژوهشگر کیفی در جریان پژوهش، شامل توصیف رخدادها، محیط، رفتارها و غیره نیز بخش مهمی از داده‌های پژوهش کیفی محسوب می‌شوند» (حریری، ۱۳۸۵: ۱۴۵) و می‌توانند «اطلاعات ارزشمندی درباره تجربه‌هایی که از تحقیق وجود دارند در اختیار قرار دهند» (فلیک، ۱۳۸۸: ۳۲۶).

نمونه‌گیری نظری

در روش تحقیق کیفی و به‌طور خاص در روش نظریه‌پردازی داده‌محور، برخلاف منطق نمونه‌گیری آماری، نمونه و ساختار نمونه از پیش تعریف‌شده نیست، بلکه گام‌به‌گام در میدان و درحین گردآوری داده‌ها شکل می‌گیرد. یعنی تصمیم‌گیری برای انتخاب نمونه‌ها براساس محتوای آنها و مرتبط‌بودن موردها با تحقیق صورت می‌گیرد، نه براساس معیارهای انتزاعی روش‌شناختی و نه براساس نمایابودنشان (فلیک، ۱۳۸۸: ۱۴۱). این شیوه نمونه‌گیری، "نمونه‌گیری نظری" نامیده می‌شود که طبق آن نمونه‌گیری از موردها «باتوجه به مفاهیمی پدیدار شده از دل داده‌ها» (حریری، ۱۳۸۵: ۱۱۱) و «مفاهیمی که ارتباط نظری آنها با نظریه درحال تکوین به اثبات رسیده است» (استراوس و کوربین الف، ۱۳۹۰: ۱۷۵) صورت می‌گیرد. در تحقیق حاضر انتخاب مشارکت‌کنندگانی مدنظر قرار گرفت که از نظر سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، قومیت، محل سکونت و علت مراجعه به پزشک تنوع داشته باشند. چراکه این احتمال وجود داشت که هرکدام از این عوامل بر رابطه پزشک و بیمار و نحوه عملکرد بیماران در مواجهه با سبک ارتباطی غالب در این مطب‌ها مؤثر باشند. پس از انتخاب نمونه اول، گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده، پژوهشگر تصمیم می‌گیرد کدام مورد را به‌عنوان نمونه دوم انتخاب کند. در پژوهش حاضر به‌منظور اطلاع از دیدگاه‌ها و تجارب متفاوت بیماران از رابطه با پزشک و ادراک گسترده‌تر موضوع، افرادی انتخاب شدند که موقعیت و تجربه آنها تا حد امکان با شرکت‌کنندگان قبلی متفاوت بوده باشد، چون «زمانی که احتمال دارد درباره یک پدیده، انواع متفاوتی از تجربه وجود داشته باشد، مصاحبه با گروهی از افراد که نماینده دیدگاه‌های گوناگون هستند برای ادراک گسترده‌تر موضوع ضرورت می‌یابد» (حریری، ۱۳۸۵: ۱۴۲). این روند ادامه یافت تا زمانی که مشخص شد مصاحبه با شرکت‌کنندگان بیشتر و نیز مشاهده تعاملات بیشتر، چیزی به داده‌های گردآوری‌شده اضافه نخواهد کرد. به این مرحله "کفایت نظری و اشباع" گفته می‌شود که به بیان پاول زمانی است که «افراد نمونه، دیگر چیزی به داده‌ها اضافه نکنند، یا آنچه که مطرح می‌کنند، در تضاد با دانسته‌های گردآوری‌شده نباشند» (حریری، ۱۳۸۵: ۱۴۰).

رویه‌های تحلیلی

در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، اساسی‌ترین کار مشخص کردن طبقه‌های افراد، کارها، رویدادها و ویژگی‌های آنهاست. بدین ترتیب محقق می‌تواند پس از مشخص کردن طبقه‌ها و

گروه‌ها، آنها را نام‌گذاری کند و به یکدیگر مرتبط سازد (مارشال و راسمن، ۱۳۸۶: ۱۵۶). این فرایند "کدگذاری نظری" نامیده می‌شود و در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام می‌شود.

کدگذاری باز: با بهره‌گیری از کدگذاری باز داده‌ها از هم مجزا می‌شوند و پس از آنکه عبارت‌های تقطیع‌شده براساس واحدهای معنایی دسته‌بندی شدند، مفاهیم یا کدها به آنها ضمیمه می‌شوند. این مفاهیم یا کدها را می‌توان از آثار و ادبیات علوم اجتماعی (کدهای برساخته) یا از اصطلاحات مصاحبه‌شوندگان (کدهای درونی، کدهای جنینی) تهیه کرد، که البته کدهای جنینی از آنجاکه به داده‌های مورد مطالعه نزدیک‌ترند ترجیح داده می‌شوند (فلیک، ۱۳۸۸: ۳۳۲-۳۳۰).

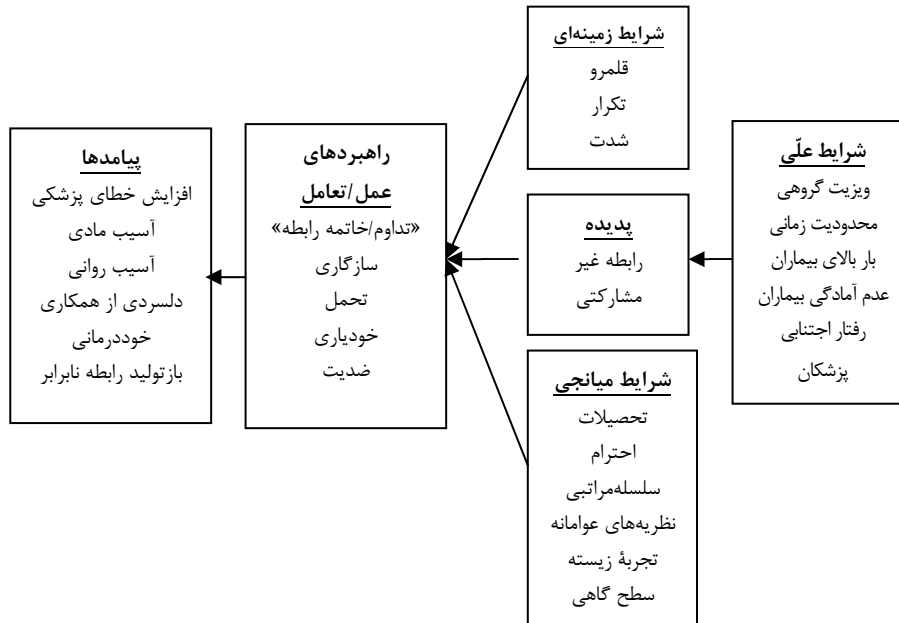
کدگذاری محوری: «غرض از کدگذاری محوری آغاز کردن فرایند از نو کنارهم گذاشتن داده‌هایی است که در جریان کدگذاری باز، آنها را خرد کرده‌ایم» (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰: ۱۴۶)؛ یعنی «پالایش و تفکیک مقوله‌های به‌دست‌آمده از کدگذاری باز» (فلیک، ۱۳۸۸: ۳۳۵). کلیت این فرایند، مرتبط‌ساختن طبقات اطلاعات به طبقه پدیده محوری است (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰ الف: ۹۷).

کدگذاری گزینشی: کدگذاری گزینشی آخرین مرحله کدگذاری یعنی مرحله «یک‌پارچه کردن و پالایش نظریه» است (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰: ۱۶۵). در این مرحله پژوهشگر پدیده محوری را اختیار می‌کند و به طور نظام‌مند آن را به دیگر طبقات مرتبط می‌سازد، این روابط را اعتباریابی می‌کند و طبقاتی را که نیازمند اصلاح و توسعه بیشترند تکمیل می‌کند (کرسول، ۱۳۹۱: ۱۹۶).

یافته‌های تحقیق

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها در مراحل کدگذاری باز و محوری، درنهایت در مرحله کدگذاری گزینشی، داده‌ها در شش دسته مجزا ارتباط‌دهی شدند. حاصل ارتباط مفاهیم و مقولات در این شش دسته، ارائه الگوی پارادایمی تحقیق بود که در شکل ۱ آمده است.

شکل ۱. مدل پارادایمی تحقیق



شرایط علی

در این بخش به ارائهٔ یافته‌هایی می‌پردازیم که به آن دسته از رویدادها و وقایعی اشاره دارد که بر پدیدهٔ محوری اثر می‌گذارند یا موجب گسترش آن می‌شوند و با عنوان "شرایط علی" یا سبب‌ساز" معرفی می‌شوند. آنچه در این بخش مطرح می‌شود پاسخ به این سؤال است که کدام رویداد یا واقعه‌ای منجر به ایجاد و خلق پدیدهٔ محوری یعنی سبک ارتباطی "غیرمشارکتی و درمان‌محور" در مطب‌ها می‌شود.

ویزیت گروهی

هرچند همهٔ عوامل مؤثر بر رابطهٔ پزشک و بیمار با یکدیگر همبستگی دارند، اولین نکته‌ای که به‌نظر می‌رسد زودتر از هر عامل دیگری هدف توجه بیماران قرار می‌گیرد "ویزیت گروهی" بود. "ویزیت هم‌زمان چند بیمار" و "حضور دیگر بیماران در اتاق ویزیت"، با اصطلاح "ویزیت گروهی" یا "ویزیت فله‌ای" شناخته می‌شود و درحال حاضر در کشور درحال افزایش است که در مطب‌های دیگر متخصصان نیز اتفاق می‌افتد و البته نوع رایج در بیمارستان‌های آموزشی است، اما با توجه به گفتهٔ مسئولان جامعهٔ پزشکی، امروزه در مطب‌های متخصصان زنان و

زایمان بیشتر به چشم می‌خورد و بسیار هم رایج است. در اهواز نیز این پدیده تقریباً در بیش از ۹۰ درصد مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان، که زن هستند، در جریان است. آنچه در جریان تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و نیز در طی مشاهده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌های آنها به‌دست آمد نیز مؤید همین مدعا است.

"ویزیت گروهی" در واقع منجر به "نقض حریم خصوصی"، "بی‌توجهی به اصل رازداری" و "هتک حرمت" بیمار طی انجام ویزیت می‌شود. این یکی از مهم‌ترین موضوع‌هایی بود که تقریباً بیماران در همه مصاحبه‌ها به آن اشاره کردند. با توجه به داده‌های به‌دست‌آمده، این موضوع باعث می‌شود بیمار بسیاری از سؤالات مهم خود را از پزشک نپرسد. این "اجتناب از پرسیدن سؤالات مهم" و "بیان‌نکردن توضیح کافی" درباره بیماری منجر به "رفتار اجتنابی" بیمار می‌شود که نتیجه آن کوشش‌نکردن برای ایجاد "رابطه‌ای مشارکتی و مراقبت‌محور" با پزشک است. بیماران اظهار می‌کردند که این وضعیت و "حضور دیگر بیماران" در هنگام ویزیت آنها در اتاق پزشک باعث می‌شود آنها از روی شرم و خجالت برخی مسائل مهم مربوط به مشکل خود را مطرح نکنند و احساس "ناراحتی" و "استرس" می‌کنند. به عقیده برخی مصاحبه‌شوندگان وقتی بیمار وارد اتاق پزشک می‌شود و با شلوغی و حضور دیگر بیماران مواجه می‌شود، بر نگرانی‌ای که به دلیل بیماری با خود به مطب آورده افزوده می‌شود؛ این درحالی است که بیماران انتظار دارند وقتی وارد اتاق پزشک می‌شوند با "همدلی" و "توجه" پزشک مواجه شوند و از استرس و فشار روانی ناشی از بیماری‌شان کاسته شود؛ در صورتی که پزشک درحال ویزیت کردن بیمار دیگر یا صحبت کردن با منشی است و حتی گاهی متوجه حضور آنها نمی‌شود. درست است که بیمار انفرادی عمل می‌کند، اما درعین حال متوجه است که دیگران درحال تماشای او هستند. در "ویزیت گروهی"، در واقع، وقتی بیمار وارد اتاق پزشک می‌شود و می‌بیند که در آن تعدادی افراد غریبه نیز حضور دارند، با ناراحتی احساس می‌کند که چشم‌های زیادی بر او متمرکز شده‌اند؛ به‌ویژه زمانی که نوبت ویزیت او می‌رسد مجبور است با در نظر گرفتن حضور دیگر بیماران و تحمل بار نگاه آنان، با پزشک وارد تعامل و گفت‌وگو شود. تأثیر حضور دیگران بر رفتار بیمار در جریان تعامل با پزشک که در ویزیت گروهی اتفاق می‌افتد با مبحث اثرات "گروه تماشاچیان"^۱ قابل توضیح است.

1. audience

بسیاری از مردم در حضور تماشاگران احساس ترس و اضطراب می‌کنند. به‌گفتهٔ کوتزل^۱ (۱۹۷۲)، «این حضور صرفِ دیگران نیست که سبب برانگیختگی می‌شود، بلکه انتظار قضاوتی است که شخص فکر می‌کند تماشاگران نسبت به عملکرد او خواهند داشت» (به نقل از کریمی، ۱۳۹۰: ۶۷). آنچه در ویزیت گروهی بیماران در این مطب‌ها برای بیماران بیشتر اهمیت داشت، حضور دیگر بیماران و مطلع‌شدن آنها از مشکل بیمار بود که خود نه‌تنها باعث ایجاد استرس و ترس در بیمار می‌شد، بلکه تصور آنکه دیگران دربارهٔ او چه فکر می‌کنند نیز موجبات ناراحتی بیمار را فراهم می‌کرد. این موضوع، به‌ویژه برای بیمارانی که تجربهٔ چنین ویزیت‌هایی را نداشتند یا تجربهٔ کمی داشتند یا افرادی که در اتاق بودند از آشنایان آنان به‌شمار می‌آمدند، مشکل‌سازتر می‌شد.

«خیلی چیزها پیش می‌آمد که رویم نمی‌شد به دکتر بگویم. مثلاً می‌خواستم چیزی بگویم می‌دیدم نمی‌شود، خوب نمی‌شد. می‌گفتم زشت است بقیه می‌فهمند. آدم خجالت می‌کشد خوب» (نگین)^۲.

«خیلی بودیم. شاید پنج‌نفر بودیم داخل. من اصلاً خوشم نمی‌آید، چون خیلی از چیزها هستند که شاید آدم نخواهد آن طرفی که داخل اتاق است بداند. یک چیز شخصی است، محرمانه است» (فاطمه).

محدودیت زمانی

دومین عاملی که بر ایجاد پدیدهٔ محوری اثر می‌گذارد، زمانی است که پزشک اجازه می‌دهد بیمار عرض حال کند و خود پزشک نیز به تشخیص عیب بپردازد. از میان ۲۸ مورد جریان مشاوره‌های پزشکان با بیماران که مشاهده و ثبت شد، زمان اختصاص داده‌شده به هر بیمار برای مشاوره و ویزیت در مطب‌هایی که ویزیت گروهی انجام می‌شد به طور میانگین ۳ دقیقه بود. این خود شاهدهی است بر مدعای بیماران مبنی بر اینکه در جریان مشاوره‌های پزشکی، پزشکان فرصت زمانی کمی را در اختیار آنان قرار می‌دهند. در این مطب‌ها بیماران بعد از ویزیت گروهی، بیشتر از هرچیز، از زمان محدودی که پزشک برای آنها صرف می‌کرد گلایه داشتند و اظهار می‌کردند "محدودیت زمانی" به آنها اجازه نمی‌دهد که بتوانند تمام حرف‌ها و سؤالات خود را مطرح کنند. این موضوع در مطب‌هایی که ویزیت انفرادی انجام می‌شد، به طور میانگین

1. Cottrell

۲. در ذکر مصادیق، جهت حفظ حریم خصوصی افراد از اسامی مستعار استفاده شده است.

۶ دقیقه بود و بیماران در این مطب‌ها به نسبت شکایت کمتری از محدودیت زمانی داشتند. در مطب‌هایی که در آنها تاحدودی برخی قوانین اخلاق پزشکی رعایت می‌شد، پزشکان زمان بیشتری را برای بیماران در نظر می‌گرفتند و این با نگاهی به فهرست پذیرش روزانه آنها نیز قابل تأیید بود. در این مطب‌ها روزانه به‌طور معمول بین ۱۸ تا ۳۰ نفر ویزیت می‌شدند؛ درحالی‌که در مطب‌هایی که در آنها ویزیت گروهی انجام می‌شد حدوداً ۴۰ تا ۶۰ نفر در روز ویزیت می‌شدند. اینکه در برخی مطب‌ها از محدودیت زمانی صحبتی نمی‌شد، لزوماً نشان‌دهنده این نیست که از لحاظ علمی زمان اختصاص داده‌شده به بیماران کافی بوده است؛ بلکه این صرفاً دیدگاه بیماران مصاحبه‌شونده را می‌رساند و البته مؤید آن است که ازدید مشارکت‌کنندگان در تحقیق در این مطب‌ها عواملی غیر از محدودیت زمانی منجر به شکل‌نگرفتن رابطه مشارکتی میان بیمار و پزشک معالج می‌شوند.

فشار زمان باعث می‌شود توجه کمتری به جنبه‌های اجتماعی و روانی بیماری مبذول شود و مشاوره یک‌سویه، غیرمشارکتی و کنترل‌شده‌تری را می‌پروراند. ملاقات‌های کوتاه با بیمار عملاً با کارایی و تأثیرگذاری کمتر در خلال این ملاقات‌ها پیوند خورده است. زمان حضور در مطب می‌تواند برای ارائه توضیح و بیان نوع درمان نیز صرف شود. درحالی‌که بیماران اظهار می‌کردند آن‌قدر زمان مشاوره کوتاه است که همیشه بعد از خارج‌شدن از مطب متوجه می‌شوند که فراموش کرده‌اند بسیاری از سؤالاتشان مطرح کنند و در نتیجه دچار استرس و نگرانی می‌شوند.

«به نظر من، رفتار دکتر بیشتر دستوری است. می‌خواهد سریع ویزیت کند و فقط یک دیدن بیمار است و همین. سریع دارویی می‌نویسد و بعد به منشی می‌گوید برایش توضیح بدهد. آن‌قدر عجله دارد می‌ترسد یک‌وقت مریض‌هایش را از دست بدهد. آدم اصلاً فرصت نمی‌کند حتی درباره دردش حرف بزند، چه برسه به اینکه نظر هم بدهد» (هانیه).

تعداد زیاد بیماران

ازدید برخی بیماران "شلوغی مطب" و "تعداد زیاد بیماران" که به دلیل "معروف‌بودن" پزشک و "مهارت" اوست، پزشک را مجبور می‌کند که فقط به بررسی بیماری فرد مراجعه‌کننده بپردازد و دیگر زمانی برای پزشک نمی‌ماند که بیماران انتظار داشته باشند در آن به مسائل و مشکلات خاص آنان پرداخته شود. برخی دیگر کمبود متخصص در شهرستان‌ها را مطرح می‌کردند که آنان را به اجبار به اهواز کشانده بود و اظهار می‌داشتند که نباید پزشک وقت زیادی برای بیماران بگذارد تا نوبت به همه بیماران که در مطب هستند برسد. در واقع، این

بیماران "رفتار اجتنابی" خود و پزشک را این‌طور توجیه می‌کردند که برای آنکه نوبت به بقیهٔ بیماران نیز برسد، خودشان سعی می‌کنند با صحبت‌های اضافی وقت پزشک را نگیرند و پزشک نیز به‌خاطر رفاه حال دیگر بیماران، به‌ویژه آنها که از شهرستان آمده‌اند، از مطرح کردن سؤالات بیشتر یا "گوش‌دادن" فعالانه به صحبت‌های دیگر بیماران اجتناب می‌کند.

آماده‌نبودن بیماران

در برخی موارد مشارکت‌نکردن بیماران ناشی از این است که آنان به دلایل مختلف از حق خود برای تصمیم‌گیری می‌گذرند؛ مثلاً به دلیل احساس "عدم کفایت و صلاحیت لازم"، "مفهوم خود نازل" و نیز "خستگی و ناتوانی" و "استرس ناشی از بیماری" که مانع درک درست آنان از مسائل می‌شود، یا به دلیل فرار از "پذیرش مسئولیت". این دسته از بیماران بیشتر به پاسخ‌دادن به پرسش‌های پزشک اهمیت می‌دهند و در نتیجه در جریان تعامل با پزشک، بیشتر از آنکه به "دریافت اطلاعات" توجه داشته باشند، تمرکز و توجهشان بر پاسخ به سؤالات پزشک است. به سخن دیگر، به اعتقاد آنها پزشک یگانه‌مرجع درمان است و بیمار به‌سادگی می‌پذیرد که نمی‌تواند یا نیازی نیست چیزی بی‌رسد. این تصور و نظر بیماران با جایگاه اجتماعی بیمار و رابطه با نظام اقتصادی تقارن دارد. بیشتر بیمارانی که این دیدگاه را داشتند تحصیلات کمی داشتند و متعلق به قشر اقتصادی کم‌درآمد بودند. به عقیدهٔ این دسته از بیماران، پزشک آن‌قدر تجربه دارد که به‌راحتی مشکل آنان را تشخیص می‌دهد و در نتیجه صلاحشان را بهتر می‌داند؛ پس نیازی به دخالت آنان نیست. در برخی موارد هم بیمار صرفاً در پی بهبود آنی و رهایی از وضعیت فعلی است؛ بنابراین از پزشک انتظار دارد که همچون شفادهنده، بیماری و دردش را بهبود بخشد، بدون آنکه به نتایج درمان و پیامدهای داروی تجویزی اهمیتی بدهد یا نیازی به مشارکت با پزشک احساس کند.

«دیدم خودش معمولاً می‌گوید برو فلان آزمایشگاه فلان کار را انجام بده. یا مثلاً خیلی موقع‌ها می‌گوید خوب حالا بهت می‌گویم چه کار بکن که مثلاً راهنمایی می‌کند آدم را، آدم را سردرگم نمی‌فرستد بیرون. دیگر نیازی نیست ما نگران باشیم یا سؤال بپرسیم» (هاجر).

رفتار اجتنابی پزشک

اجتناب پزشکان از توجه به شرح احساسات و مشکلات بیماران و اهمیت‌ندادن به نگرانی‌ها و دلوایی‌های آنها، یا اجتناب از ترغیب بیماران به ابراز عواطفشان یا به‌این‌دلیل است که پزشک از

مهارت‌های ارتباطی خوبی برخوردار نیست یا آنکه زمان کافی برای برقراری رابطه‌ای همراه با همدلی و انتقال حس همدردی با بیمار را ندارد. این موضوع بر استرس بیماران اثر سوء می‌گذارد. این رفتار اجتنابی می‌تواند باعث ناامیدی و بی‌میلی بیماران شود یا آنها را به تلاش برای داشتن رابطه‌ای مشارکتی با پزشک وادارد، یا به احساس ناکامی در ایجاد این رابطه بینجامد. کافی نبودن توضیحات پزشک باعث ضعف در ادراک بیمار از مشکل و بیماری و نیز روند درمان می‌شود و در نهایت بیمار در رسیدن به خواسته‌های خود احساس ناتوانی می‌کند؛ از این رو به رابطه‌ای یک‌سویه تن می‌دهد.

«وقتی دکتر خودش حرف نمی‌زند، یا هنوز ما حرف نزنده‌ایم نسخه می‌نویسد، آدم چی بگوید؟ تازه وقتی داریم باهاش حرف می‌زنیم اصلاً نگاهمان نمی‌کند. آدم فکر می‌کند منظورش این است که دیگر بس است. آن قدر حرف نزنیم. یعنی اینکه بی‌خودی وقتش را نگیریم. خوب ما هم دیگر بیشتر توضیح نمی‌دهیم» (مهسا).

مقوله محوری

شرایط علی (محدودیت زمانی، تعداد زیاد بیماران، آماده نبودن بیماران، ویزیت گروهی، رفتار اجتنابی پزشکان) پدیده نظری "رابطه غیرمشارکتی و درمان محور" را به وجود آورده است. تقریباً در تمام مصاحبه‌ها همه مشارکت‌کنندگان دست‌کم یک‌بار به این موضوع اشاره کرده‌اند که به دلیل شرایط علی نتوانسته‌اند سوالات خود را از پزشک بپرسند یا بسیاری از حرف‌هایشان ناگفته مانده است و در نتیجه تصمیم‌گیری برای درمان با پزشک بوده است؛ یا اینکه به میل خودشان تصمیم‌گیری نهایی را به پزشک واگذار کرده‌اند. به عبارت دیگر، در تمام موارد تعامل بیماران با پزشکان، رابطه‌ای یک‌سویه و تحت کنترل پزشک با محوریت بیماری و درمان بوده است که به دلایل مختلف، بیماران یا از مشارکت در رابطه منع شده‌اند یا آنکه خود تمایلی به مشارکت نداشته‌اند. این وضعیت منجر به ایجاد رابطه‌ای نابرابر و یک‌جانبه شده است که تحت مقوله محوری "رابطه غیرمشارکتی و درمان محور" بررسی می‌شود.

شرایط میانجی

شرایط میانجی شامل دایره‌ای وسیع از عواملی است که بر استراتژی‌ها تأثیرگذار است. نمی‌توان گفت هریک از این عوامل به تنهایی سبب بروز پدیده و راهبردهای اداره و کنترل آن می‌شود، بلکه معمولاً مجموعه‌ای از آنها مؤثر واقع می‌شوند.

تحصیلات: مشارکت بیماران با تحصیلات بالا بیشتر از مشارکت یا تلاش بیماران با تحصیلات پایین‌تر برای ایجاد رابطهٔ مشارکتی است. این موضوع در مشاهده‌ها نیز روشن بود. بیماران با تحصیلات پایین‌تر حتی گاهی که پزشک فرصتی هرچند کوتاه برای اظهارنظر یا ابراز نگرانی در اختیارشان قرار می‌داد کوشش چندانی برای مشارکت نمی‌کردند. این دسته از بیماران از مشارکت بیشتر پزشکانشان احساس ناراحتی نمی‌کنند، زیرا با نظر پزشک موافق‌اند و دربرابر پزشکی که او را در مرتبه‌ای بسیار بالاتر از خود می‌دانند، به‌تعبیر عامیانه "دودستی رابطه‌شان را به پزشک تقدیم می‌کنند". این دسته از بیماران در مواجهه با شیوهٔ ارتباطی ارباب‌مآبانهٔ پزشکان، بیشتر روش‌های "سازگاری" و "تحمل" را به‌کار می‌بردند. اما بیماران با تحصیلات بالا بیشتر از گروه دیگر از رفتار کلامی و غیرکلامی پزشک، که مصداق رابطه‌ای غیرمشارکتی است، شکایت می‌کردند. ویزیت گروهی و زمان محدود مشاوره در نظر آنان اهمیت بیشتری دارد. این گروه از بیماران توقع و انتظار بیشتری از پزشک خود دارند و تا حدودی از حقوق خود آگاه‌ترند. بنابراین در صورت ایجاد رابطهٔ غیرمشارکتی با پزشک، بیشتر از دیگر بیماران از روش‌های "ضدیت" و "خودیاری" بهره می‌جویند. در واقع، بیماران با سطح تحصیلات بالاتر به رابطهٔ مشارکتی با پزشک تمایل بیشتری دارند و درکنار آنکه برخورد و رفتار مناسب پزشک برایشان مهم است، اولویت اصلی‌شان مهارت و تخصص پزشک و رفتار مشارکتی اوست:

«دکتر باید سؤال‌های جزء‌به‌جزء و واضح از مریض بکند، و اگر برای مریض واضح نبود بیشتر توضیح بدهد، اینها برای اینکه تشخیص بهتری بدهد لازم است، اما این برایم خیلی مهم است که وقتی دربارهٔ بیماری نظر می‌دهد و درمان مشخص می‌کند با خودم مشورت کند و توضیح بدهد، چون حس بهتری دارم و در روند بهبود بیماری‌ام تأثیر دارد. خانم دکتر هم خوب است، بد نیست، ولی خوب اگر کمی بیشتر توضیح می‌داد بهتر بود. البته من خودم هر سؤالی داشته باشم می‌پرسم. ولی خوب...» (آزاده).

«می‌دانید خوب برای من مهارت پزشک مهم‌ترین چیز است و بعد هم توضیحات کامل دربارهٔ بیماری، از اینکه دربارهٔ بیماری‌ام صحبتی نشود و فقط درمانش را تجویز کند اصلاً خوشم نمی‌آید. تقریباً به آن درمان و همین‌طور تشخیص درست پزشک بی‌اعتماد می‌شوم» (سمیه).

این درحالی بود که بیماران با تحصیلات کم بیشتر تمایل به رابطه‌ای محبت‌آمیز داشتند:

«به خانم دکتر خیلی اعتماد دارم. می‌دانید راستش خیلی مهربان است، خیلی صمیمی است. خیلی خوب است، انگار که آشنا باشد. آخر من دوست دارم خوش‌رفتار باشد، مهربان باشد، خودش را نگیرد» (مینا).

احترام سلسله‌مراتبی: یکی دیگر از عواملی که باعث می‌شود بیماران در عمل نیازی به رابطه مشارکتی با پزشک احساس نکنند و در برابر رفتار غیرمشارکتی پزشک و وضعیت حاکم بر رابطه سر تعظیم فرود آورند و استراتژی "سازگاری" در پیش گیرند، "فرهنگ سلسله‌مراتبی" یا همان احساس درونی و نهادینه‌شده "احترام سلسله‌مراتبی" است. این دسته از بیماران به دلیل ویژگی‌های خاص فرهنگی که در آن رشد یافته‌اند، که البته فرهنگ غالب در جامعه ایران نیز هست، پزشکان را به دلیل تخصص علمی‌شان در مرتبه‌ای بسیار بالاتر و در نتیجه محترم‌تر از خود می‌یابند. از این رو در تعامل با پزشکان، خود را در سطحی نمی‌بینند که بخواهند به خود این جسارت را بدهند که در تصمیم‌های مهم پزشک دخالت کنند. البته این حس با برخی رفتارهای خواسته یا ناخواسته پزشکان نیز تشدید می‌شود. این مسئله می‌تواند به‌گونه‌ای بازتاب یابد که پزشک در هنگام ملاقات با بیمار حس برتری داشته باشد یا به کلی به فاصله بسیار زیاد علمی و تحصیلی با بیمار فکر کند و این عقیده خود را با رفتار کلامی یا غیرکلامی به بیمار منتقل کند. این دسته از پزشکان خواسته یا ناخواسته رفتاری انجام می‌دهند که باعث برجسته‌شدن فاصله اجتماعی با بیمارانشان می‌شود. در چنین وضعیتی بیماران نیازمند پزشکی هستند که کنترل و اختیار امور را به دست گیرد و در نقش شفادهنده عمل کند:

«آخر تصمیم‌گیری با دکتر است دیگر. نمی‌شود که ما دخالت کنیم. ما که علمش را نداریم. او که بهتر می‌داند. تخصصش را دارد. یک‌وقت ما چیزی می‌گوییم یا چیزی می‌خواهیم، شاید برایمان خوب نباشد، ما که نمی‌دانیم. او می‌داند. بالاخره درسش را خوانده» (مرضیه).

«خوب می‌بینم اول خودش می‌گوید صلاح من و بچه‌ام در چیست. خوب دکتر بهتر می‌داند. با تجربه‌تر است دیگر. این قدر خودشان ماشاءالله واردند که مثلاً از همان نگاه اول می‌فهمند که آدم مشکلی دارد یا نه» (رحیمه).

نظریه‌های عوامانه: نظریه‌های عوامانه را غالباً به‌سختی می‌توان مشخص کرد، زیرا تفاوت آنها نزد اشخاص مختلف و حتی نزد یک شخص واحد در طی زمان بسیار زیاد است. این استدلال‌ها مبین این است که بیمار با نشانه منفرد عجیب و غریبی نزد پزشک نمی‌آید، بلکه با نظام اعتقادی جامعی نزد او می‌آید که از نظر دامنه و قدرت با نظام اعتقادات علم زیست‌پزشکی رقابت می‌کند (آرمسترانگ، ۱۳۸۵).

یافته‌های تحقیق نشان داد یکی از مهم‌ترین عواملی که بر استراتژی‌های رفتاری بیماران در مواجهه با پزشک تأثیر بسیاری داشت، "نظریه‌های عوامانه" بود. بسیاری از بیماران طی مصاحبه‌ها به مواردی اشاره می‌کردند که برگرفته از تصویری متفاوتی از پزشک بود. این باورها که در هر دو گروه بیماران با تحصیلات بالا و تحصیلات پایین مطرح می‌شد، یکی دیگر از عوامل مهمی است که بیماران برای توضیح "تداوم رابطه" و "سازگاری" با وضع موجود در کنار نارضایتی از آن وضعیت بیان می‌کردند. به نظر می‌رسد هنوز درمیان بسیاری از افراد تصور "شفادهنده" بودن پزشک مرسوم است، به طوری که برخی مشارکت‌کنندگان علت مراجعهٔ خود به پزشک را ناامیدی از دیگر شیوه‌های سنتی بیان می‌کردند و طوری دربارهٔ پزشک صحبت می‌کردند که گویی می‌تواند معجزه کند.

سطح آگاهی: استفاده از منابع اطلاعات سلامت مانند درگاه‌های اینترنتی یا مجله‌ها و روزنامه‌های پزشکی و سلامت می‌تواند تأثیر شگرفی بر انتظار و توقع بیماران داشته باشد و در نتیجه به کاربرد راهبردهای خاصی بینجامد. البته گاهی هم باعث ایجاد یا تشدید تضاد میان پزشک و بیمار می‌شود که این مورد نیز بر راهبردهایی که بیماران درپیش می‌گیرند اثر می‌گذارد. برخی بیماران نیز به دنبال تجربه‌های قبلی خود به سطحی از آگاهی دربارهٔ حقوقشان به‌عنوان بیمار رسیده‌اند. چنین بیمارانی اطلاعات را نه به دلیل استفاده از دیگر منابع اطلاعاتی یا حتی تحصیلات بالا، بلکه بر اثر تجربهٔ رابطه‌ای موفق با پزشکی دیگر به دست آورده بودند.

پایین بودن سطح آگاهی بیمار از حقوق قانونی و عرفی خود در مواردی به ایجاد رابطه‌ای غیرمشارکتی دامن می‌زند؛ چراکه چنین افرادی به استراتژی‌های رفتاری خاصی متوسل می‌شوند که منجر به بازتولید رابطهٔ غیرمشارکتی می‌شود.

«اولین بار که به پزشک زنان مراجعه کردم شوکه شدم. دیدم چند نفر دیگر هم توی اتاق‌اند. ولی هیچ‌کس چیزی نمی‌گفت. پیش خودم گفتم شاید اشکالی ندارد، اگر اشکالی داشت خوب حتماً نظام پزشکی ایراد می‌گرفت دیگر. خوب من هم چیزی نمی‌گفتم» (مهسا).

راهبردهای عمل/تعامل

اقدامات آگاهانه و ناآگاهانه‌ای که طی تعامل پزشک - بیمار صورت می‌گیرد، مجموعاً استراتژی یا راهبردهای کنش/کنش متقابل را شکل می‌دهد. بنابراین برای تشریح استراتژی باید سرشت رابطهٔ اجتماعی را در نظر داشت.

سازگاری: برای برخی بیماران "مشارکت در رابطه" و "مشارکت در تصمیم‌گیری" جایگاه ویژه‌ای ندارد. این افراد بی‌چون‌وچرا دستورهای پزشک را اطاعت می‌کنند. از دید این افراد

یگانه مرجع صلاحیت‌دار برای تشخیص بیماری و تصمیم‌گیری درباره شیوه درمان مناسب پزشک است. بنابراین، با رضایت خاطر، با تعامل "سازگاری" در پیش می‌گرفتند. از نظر این دسته از بیماران، استرس و ترس ناشی از بیماری و ناآشنایی با "روال کاری پزشک" کاملاً طبیعی است و با "تداوم رابطه" این مشکل حل خواهد شد. برای این گروه از بیماران، آنچه بیش‌ازهرچیز حائز اهمیت است، "خوش‌برخورد بودن" و "خودمانی‌بودن" پزشک است. این عامل به شدت در اتخاذ استراتژی "سازگاری" تأثیرگذار است.

«خیلی خوب است، مشکلی باهاش ندارم. خیلی خودمانی است. خودش را نمی‌گیرد. قیافه نمی‌گیرد. من الان دوازده‌بار است که آمده‌ام پیشش. کار خاصی نیست که می‌آیم، هر بار برایم دارو می‌نویسد» (مرضیه).

تحمل: برخی بیماران به‌رغم نارضایتی و ناراحتی از وضع موجود و سبک ارتباطی خود با پزشک، بالا‌اجبار و به دلیل وضعیت ویژه خود و البته بیشتر به‌خاطر پذیرش مهارت پزشک و نیز "اقدامات حمایتی مادی پزشک" به رابطه با پزشک خاص ادامه می‌دهند. این بیماران "تداوم" رابطه خود با پزشک را نه به‌دلیل "پذیرش" شیوه ارتباطی او و نه به‌دلیل "رضایت" از نوع ارتباط، بلکه از سر اجبار بیان می‌کردند. بیماران نیز "مهارت" و "معروف‌بودن" پزشک را دلیل مراجعه مجدد به پزشک دانسته‌اند، درحالی‌که در بسیاری از موارد سبک ارتباطی خود با پزشک را، از آنجاکه بر مبنای اصول اخلاق پزشکی و احترام به حقوق بیمار نبود، نمی‌پسندیدند.

«مثلاً این دکتر که الان آمدم خوب خیلی شلخته است و خیلی هم مطبش کثیف و شلوغ است. اولش که آمدم اصلاً خوشم نمی‌آمد. اما چون خیلی خوب بیماری‌ام را تشخیص داد و خوب کنترلش کرد، فعلاً گزینه‌ای بهتر ندارم که بخوام دکترم را عوض کنم» (سمیه).

خودباری: بیماران با داشتن قدرتی کمتر از پزشک‌ها در مشاوره، می‌توانند با مطرح کردن پرسش‌ها و پذیرش نقش مشارکت‌کننده فعال‌تر، بر کنش متقابل تأثیر بگذارند و کنترل را از طریق شیوه ارتباطی‌شان اعمال کنند. بیماران که از سطح تحصیلات و پایگاه اجتماعی بالاتری برخوردارند، نسبت به بیماران که جایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر و سطح آگاهی کمتری دارند، بیشتر گرایش دارند پزشک از طریق تشریح و روشن‌نمایی مسئله در تعامل با آنها مشارکت کند. بیان نیاز به اطلاعات بیشتر از سوی این بیماران، منجر به تبیین و توضیح کامل‌تر پزشک و البته طولانی‌تر شدن مشاوره می‌شود و با اظهار نگرانی اطلاعات بیشتری از پزشکان بیرون می‌کشند.

بسیاری از بیمارانی که تاحدودی به‌واسطهٔ "خودآگاهی" به حقوق خود در جایگاه بیمار واقف شده‌اند، یا به‌واسطهٔ "تحصیلات" و "شغل" خود به منافع فردی‌شان اهمیت بیشتری می‌دهند، به‌جای آنکه با وضع موجود سازگار شوند کوشش می‌کنند با "مطرح‌کردن پرسش‌ها"ی کنجکاوانهٔ خود یا "ابراز نگرانی" و "دلواپسی"، به اطلاعات ضروری دربارهٔ مشکل دست یابند. این دسته از بیماران، با اعتقاد به اینکه پزشکان عمدتاً "کم‌حرف" اند به این نتیجه رسیده‌اند که باید خودشان دست به‌کار شوند و هر سؤالی را که دربارهٔ بیماری دارند از پزشک بپرسند. البته این افراد اظهار می‌کنند که درکنار آنکه در برخی موارد، پزشک به سؤالاتشان پاسخ می‌دهد، گاهی اوقات هم با "عصبانیت" او مواجه می‌شوند یا بسیاری اوقات پزشک پاسخ سؤال آنها را به منشی‌های خود محول می‌کند که این مورد آخر به‌شدت موجب ناراحتی بیماران می‌شود و درنهایت تغییر وضعیت راهبرد "خودیاری" به "ضدیت" را به دنبال می‌آورد. افرادی که از استراتژی خودیاری استفاده می‌کردند، به بیان خواسته‌ها، ارائهٔ پیشنهاد و مطرح‌کردن سؤالات اصلی و اساسی می‌پرداختند. این بیماران، اگر به تغییر مطلوب در درمان دست نمی‌یافتند، به "ضدیت" متمایل می‌شدند. برخی بیماران نیز به دنبال "تجربهٔ زیسته" خود از تعاملات قبلی با پزشک، با برخی رفتارهای خاص پزشک خود آشنا شده‌اند و درنتیجه هنگام مراجعه، از قبل برنامه‌ریزی می‌کنند و راهبرد مشارکت‌جویانه‌تری اتخاذ می‌کنند.

«خانم دکتر خوب اخلاقش خیلی بد نیست، راستش من از کارش راضی‌ام، یعنی مشکل من را زود تشخیص داد، فقط متأسفانه اصلاً حوصلهٔ توضیح‌دادن ... ندارد، اما خوب من خودم اصرار می‌کنم، سؤال می‌پرسم تا خیالم راحت شود و تا جواب نگیرم دست بر نمی‌دارم» (سمیه).

ضدیت: پزشکان انتظار دارند بیماران به‌خاطر موضوع‌های جزئی یا کسب اطلاعات غیرضروری وقت آنان را نگیرند و "بیمار خوب" را کسی می‌دانند که از قبل اطلاعاتی دربارهٔ بیماری خود داشته باشد، درحالی‌که برخی بیماران مایل‌اند ضمن اینکه درمان می‌شوند معلومات تازه‌ای هم کسب کنند. این دسته از بیماران، که معمولاً در گروه بیماران با تحصیلات بالا بودند، علاوه بر اینکه خود بسیاری از اطلاعات جزئی دربارهٔ مشکل خود را از منابع مختلف دیگر غیر از پزشک کسب کرده بودند، درنهایت از پزشک انتظار داشتند اطلاعات کافی را در اختیارشان قرار دهد. این دسته از بیماران، اگر به اطلاعاتی که انتظار دارند دربارهٔ بیماری یا مشکل خود دست نمی‌یافتند یا دربرابر پرسش‌های متعدد یا "انتقاد از درمان ناقص"، با "رفتار اجتنابی" پزشک یا "پاسخ‌های کوتاه" و "توضیحات ناکافی" پزشک مواجه می‌شدند، درنهایت به راهبرد "ضدیت" متوسل می‌شدند.

پیامدها

کنش‌ها پیامدهایی پیش‌بینی‌پذیر و پیش‌بینی‌ناپذیر دارند که الزاماً از ابتدا مقصود کنشگر نبوده‌اند. پیامدها ممکن است در زمان حال یا آینده به‌وقوع بپیوندند و گاه ممکن است آنچه در یک زمان پیامد به‌شمار می‌رود، در زمانی دیگر به بخشی از شرایط و عوامل تبدیل شود (استراس و کوربین، ۱۳۹۰).

افزایش خطای پزشکی: در بسیاری از موارد که بیماران به استراتژی "سازگاری" و "تحمل" متوسل می‌شوند، از آنجاکه رابطه‌ای غیرمشارکتی بین آنها و پزشک برقرار است، احتمال "خطای پزشکی" و "تجویز نادرست" بالا می‌رود. چراکه در این نوع روابط درمان‌محور، پزشک بی‌آنکه به عوامل چندبعدی ایجاد مشکل و بیماری در فرد بیمار توجه داشته باشد، صرفاً به درمان موقت بیماری اهمیت می‌دهد و بنابراین بدون در نظر گرفتن اوضاع اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خاص بیمار به تجویز روش درمانی می‌پردازد. این درحالی است که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات برخاسته از وضعیت زندگی خاص افراد است و صرفاً با بررسی آنها و برطرف کردن علت‌های بیماری، آن بیماری و مشکل حل می‌شود.

آسیب مادی: استراتژی‌های "سازگاری" و "تحمل"، برای بیماران "هزینه‌های مادی" گزافی در پی دارد. از سویی، همان‌طور که اشاره شد، به‌دلیل تشخیص نادرست پزشک، که منجر به تجویز نادرست می‌شود، بیماران ملزم به انجام برخی آزمایش‌ها، گرافی‌ها و دیگر روش‌های درمانی پرهزینه می‌شوند که در بسیاری از موارد کمکی به تشخیص صحیح بیماری نمی‌کند. از سوی دیگر، در مواردی هم که بیماران به استراتژی "ضدیت" روی می‌آورند، از آنجاکه این استراتژی پیامدی جز خاتمه رابطه و "سردرگمی و تردید" نخواهد داشت، بیمار متحمل هزینه‌های گزاف مراجعه به پزشکان متعدد دیگر و پرداخت ویزیت‌های سنگین انواع مختلف متخصصان می‌شود.

آسیب روانی: راهبردهای تحمل و ضدیت برای بیماران آسیب‌های جدی‌تری نسبت به خطاهای فنی در تشخیص بیماری و درمان به بار می‌آورد. بیماران به میزان زیادی به "آسیب‌های احساسی" و "روانی" که به‌دلیل تحمل رابطه نامناسب با پزشک برایشان پیش آمده است اشاره می‌کردند و این نشان می‌دهد که آسیب‌هایی که به‌واسطه برخورد تنش‌خیز و نامناسب با پزشک بر بیماران وارد می‌شود می‌تواند از آسیب‌های مادی و جسمانی خطاهای فنی پزشکی برای آنها زیان‌بارتر و مخرب‌تر باشد. حتی زمانی که میان پزشک و بیمار رابطه‌ای تنش‌زا ایجاد نشود و بیمار به استراتژی سازگاری روی آورده باشد نیز گاهی به‌دلیل

نتیجه‌نگرفتن از درمان یا توضیح ناکافی پزشک، بیمار دچار درماندگی، پریشانی و سردرگمی می‌شود که خود بر روند درمان او نیز تأثیر می‌گذارد.

بازتولید رابطه نابرابر: یکی دیگر از پیامدهای اجتناب‌ناپذیر این نوع رابطه پزشک و بیمار بازتولید رابطه نابرابر است. پذیرش رابطه پزشک-بیمار غیرمشارکتی از سوی بیماران نه تنها به بازتولید رابطه نابرابر کمک می‌کند، بلکه می‌تواند به معنای پذیرش این شیوه ارتباطی نابرابر از سوی نسل آینده نیز باشد. چراکه نقش بسیار مهم آموزش رفتارهای سلامتی و بیماری فرزندان برعهده همین مادران است و حتی همان‌طور که بسیاری از بیماران نیز اظهار کردند، پدیده ویزیت گروهی درحال حاضر در مطب‌های برخی متخصصان اطفال نیز در جریان است. این خود دلیلی بر بازتولید رابطه نابرابر از سوی بیمارانی است که با اتخاذ راهبرد سازگاری یا تحمل، در برابر رابطه غیرمشارکتی با پزشکانشان، به رابطه‌ای نادرست مشروعیت داده‌اند و به بازتولید آن کمک می‌کنند.

«ما که چیزی از حقوقمان نمی‌دانیم. روی کار پزشکان هم که هیچ نظارتی نیست. هرکسی هرطور دوست دارد رفتار می‌کند. هیچ‌وقت هم که شکر خدا هیچ آموزشی در این باره ندیدیم. می‌آییم همه‌چیز را تحمل می‌کنیم یا حالا اعتراض هم که بکنیم یا می‌شویم می‌رویم دوباره پیش یک دکتر دیگر، این بار دیگر چون دیدیم اعتراض فایده ندارد، دیگر به همه‌چیز عادت می‌کنیم، بی‌خیال می‌شویم؛ یعنی همه‌اش همین است. همیشه همین‌طوری می‌ماند» (سحر).

نظریه داده‌بنیاد حاصل از تحقیق

آنچه پس از گردآوری و تحلیل داده‌ها، به‌عنوان مقوله محوری این پژوهش کشف شد، پدیده "رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور" در محیط تحت مطالعه بود. این مقوله علاوه بر اینکه به شکل‌های مختلف در داده‌ها تکرار شده است، با دیگر مقوله‌های تحقیق نیز ارتباط دارد و تمام آنها را پوشش می‌دهد. این پدیده در وضعیت (قلمرو) خاصی خلق می‌شود و در شدت و تکرار متفاوت است.

عوامل (شرایط علی) متعددی در ایجاد این پدیده دخیل‌اند که زیر مقوله‌های "ویزیت گروهی"، "محدودیت زمانی"، "تعداد زیاد بیماران"، "آماده‌نبودن بیماران" و "رفتار اجتنابی پزشکان" قابل بررسی هستند. بررسی این عوامل (شرایط علی) نشان می‌دهد که این رابطه

پدیده‌ای تک‌عاملی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل در پیوند با هم منجر به بروز این پدیده می‌شوند. میزان تأثیر این عوامل در ایجاد این پدیده نیز متفاوت است. چگونگی و میزان مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و نحوه عملکرد او نیز در برابر این پدیده به ویژگی‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی بیمار وابسته است. بنابراین، با توجه به الگوهای ذهنی متفاوت، ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی و نیز انتظارات متفاوت بیماران، راهبردهای عمل/تعامل نیز در برابر این رابطه تغییر می‌کند. به این ترتیب، مداخله‌گرهایی چون "تحصیلات"، "احترام سلسله‌مراتبی"، "نظریه‌های عوامانه"، "تجربه زیسته" و "سطح آگاهی" به روش‌های مختلف بر اتخاذ راهبردهای عمل/تعامل از سوی بیماران تأثیر می‌گذارد. با توجه به شرایط زمینه‌ای و میانجی بیماران در مواجهه با پدیده "رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور"، استراتژی‌های رفتاری مختلفی را برمی‌گزینند که به صورت کلی در قالب دو مقوله "تداوم رابطه" و "خاتمه رابطه" قرار می‌گیرند. بیماران با گزینش استراتژی‌های سازگاری، تحمل و خودیاری تداوم رابطه خود با پزشک را در پیش می‌گیرند و اگر به استراتژی ضدیت روی بیاورند، درحقیقت خاتمه رابطه را انتخاب کرده‌اند.

مشاوره در خلأ اجتماعی، فرهنگی و شناختی روی نمی‌دهد؛ گاه ممکن است پزشک و بیمار همدیگر را قبلاً ملاقات کرده باشند یا از نظرات و نوع برخورد همدیگر اطلاع داشته باشند. این به بیمار اجازه می‌دهد که مشاوره را پیش‌بینی کند و استراتژی‌ها را تمرین کند. در این گونه موارد تلاش طرفین بر تقویت فهم مشترک متمرکز می‌شود. تجربه‌های قبلی بیمار از رفتار و تعامل با پزشک به بیمار کمک می‌کند تا از قبل برای رابطه خود برنامه‌ریزی کند و استراتژی‌های خاصی را برگزیند. در واقع برخی بیماران اغلب منفعل هستند و در خلال مشاوره‌های پزشکی، ابتدا سؤال نمی‌کنند؛ حال آنکه با مشاوره‌های دوم و سوم به‌طورکلی خودشان شروع به پرسیدن می‌کنند و دیدگاه مشارکت‌جویانه‌ای در پیش می‌گیرند. استراتژی‌هایی که بیماران به کار می‌گیرند، در کنار تأثیر زمینه و مداخله‌گرها، پیامدهایی را برای بیماران در پی دارد که مهم‌ترین آنها "افزایش خطای پزشکی"، "آسیب مادی"، "آسیب روانی"، "خوددرمانی" و "بازتولید رابطه نابرابر" است.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از مشاهده‌ها و مصاحبه‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که در بیشتر تعامل‌های صورت‌گرفته میان پزشکان و بیماران در مطب‌های تحت بررسی، رابطه‌ای میان دو طرف شکل می‌گیرد که با شیوه ارتباطی آرمانی فاصله بسیاری دارد. این شیوه ارتباطی خاص

که با تعبیر مقوله/پدیده محوری در تحقیق حاضر از آن یاد می‌شود "رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور" است که نشان‌دهنده رابطه‌ای یک‌سویه و عاری از مشارکت فعال دوطرفه است؛ به این معنا که پزشک با دردست‌داشتن کنترل مطلق رابطه، نه تنها تلاشی برای ایجاد رابطه‌ای همراه با مشارکت نمی‌کند، بلکه موقعیت محیطی و ساختاری حاکم بر مشاوره نیز از رفتار مشارکتی بیمار به شدت می‌کاهد. چنان‌که در بخش یافته‌ها نیز به تفصیل اشاره شد، مهم‌ترین دلیل ایجاد رابطه‌ای این‌چنینی در این مطب‌ها "ویزیت گروهی" بیماران است. زمانی که پزشکی ساده‌ترین قواعد اخلاق پزشکی را رعایت نمی‌کند که همان حفظ اسرار بیماران است و در فرهنگ عامیانه از آن با عبارت "دکتر محرم بیمار است" یاد می‌شود، خواسته یا نادانسته ضربه مهلکی بر پیکره رابطه خود با بیمارش وارد می‌کند. در چنین حالتی، همان‌طور که از یافته‌های تحقیق برمی‌آید، حتی اگر بیماری تاحدودی از توانایی برقراری رابطه‌ای اشتراکی با پزشک خود برخوردار باشد، صرف حضور دیگر بیماران به شدت از رفتار مشارکتی‌اش می‌کاهد. این عامل در کنار عوامل دیگر می‌تواند از رفتار مشارکتی پزشک و بیمار بکاهد و به رابطه‌ای غیرمشارکتی بینجامد.

چنان‌که تحقیقات انجام‌شده در کشورهای توسعه‌یافته را با نتایج تحقیق حاضر مقایسه کنیم، می‌بینیم که تفاوت‌های بارزی میان آنها وجود دارد. تقریباً در هیچ‌کدام از تحقیقات تحت مطالعه به پدیده "ویزیت گروهی" بیماران به‌مثابه مانعی برای رابطه دوسویه میان پزشک و بیمار اشاره نشده است. درحالی‌که در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر از هرچیز بر مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی پزشکان در تسهیل یا ممانعت از ایجاد رابطه‌ای مشارکتی با بیمار تأکید می‌شود، در تحقیق حاضر مشخص شد که این بیماران هستند که با درونی‌کردن محدودیت‌هایی که پزشک بر آنها تحمیل می‌کند، از روش‌های مختلف برای ایجاد رابطه‌ای مشارکتی با پزشک خود تلاش می‌کنند و در این میان، علاوه بر رفتار اجتنابی پزشک، با موانع متعدد دیگری نیز مواجه هستند که از کارایی استراتژی‌های آنان می‌کاهد.

یافته‌های تحقیق حاضر در جهت پشتیبانی از تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که شیوه‌های تصمیم‌گیری و مشارکت بیماران در درمان به‌ندرت در پاسخ به رویکردهای آرمانی و مرزبندی‌های مطلق الگوهای ارتباطی رخ می‌دهند. در واقع شیوه و الگوی ارتباطی در بیشتر موارد ترکیبی از الگوها و رویکردهای متفاوت است. برای مثال، اولویت‌های بیماران در زمینه کنترل رابطه به دوبرخس تقسیم می‌شود: کنترل پزشک و کنترل اشتراکی. بیمارانی که روش ارتباطی با کنترل پزشک را برتر می‌دانند (بیماران با تحصیلات و پایگاه اجتماعی پایین)، مایل به برقراری رابطه‌ای سنتی با پزشک هستند، کمتر سؤال می‌کنند و به‌گفته‌های کمتر و

سربسته‌تر بسنده می‌کنند (رفتار مشارکتی ضعیف). درمقابل، بیمارانی که به کنترل اشتراکی اعتقاد دارند (بیماران با تحصیلات و پایگاه اجتماعی بالا)، بیشتر سؤال می‌کنند، بیشتر صحبت می‌کنند و انگیزه زیادی برای برقراری اشتراک و گفت‌وگو با پزشک خود دارند (رفتار مشارکتی قوی). در این میان، گروه اخیر انتقاد بیشتری از وضعیت ملاقات و رفتار اجتنابی پزشک دارند؛ درحالی‌که گروه نخست بیشتر به مهربانی و خودمانی‌بودن پزشک توجه دارند.

بنابراین، با توجه به الگوهای ذهنی متفاوت، ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی و نیز انتظارات متفاوت بیماران، راهبردهای عمل/تعامل نیز در این زمینه تغییر می‌کند. چنان‌که در تحقیق حاضر، علاوه بر مقوله "تحصیلات" که به آن اشاره کردیم، شش مقوله دیگر نیز میانجی (مداخله‌گر) شناخته شدند که بر راهبردها و استراتژی‌های بیماران به شیوه‌های مختلف و میزان‌های متفاوت تأثیر می‌گذارند.

فرهنگ "سلسله مراتبی" از جمله عواملی است که در تحقیق حاضر معلوم شد بر ارتباط پزشک-بیمار تأثیر می‌گذارد. احترام سلسله‌مراتبی و طبقاتی به افراد مسن و کسانی که در موقعیت اجتماعی مطلوبی قرار دارند، در فرهنگ ایرانی جایگاه ویژه‌ای دارد و تأثیر بسیاری بر روابط اجتماعی افراد می‌گذارد. این نوع احترام معمولاً منجر به تأکید بر توافق ظاهری (تعارف) به جای رابطه‌ای باز و طولانی‌مدت می‌شود. این عامل می‌تواند در آغاز بر اتخاذ راهبرد "سازگاری" مؤثر باشد، ولی درکنار تأثیر دیگر عوامل ممکن است به تسهیل اتخاذ راهبرد "تحمل" کمک کند. عقاید اجتماعی که باعث ایجاد تغییرات درونی شخصیتی برای بیان و تفسیر وضعیت می‌شوند و "نظریه‌های عوامانه" نیز بر اتخاذ راهبردها تأثیر می‌گذارند. نظریه‌های عوامانه و احترام سلسله‌مراتبی از جمله مواردی هستند که تاکنون در تحقیقات به آنها اشاره نشده است، درحالی‌که در یافته‌های تحقیق حاضر به میزان زیادی بر راهبردها و استراتژی‌های رفتاری مشارکت‌کنندگان تأثیر می‌گذارد. تاجایی‌که برخی بیماران گاه پزشک خود را صرفاً با این اعتقاد که "دست خوبی" ندارد تغییر می‌دادند.

در بیشتر مطب‌های تحت بررسی، بیماران در واقع قرار ملاقات تنظیم نمی‌کنند، بلکه در مطب حاضر می‌شوند و برای نوبت انتظار می‌کشند، چراکه نوبت‌دهی روزانه است. این بدان معنی است که پزشکان نمی‌دانند چه تعداد بیمار می‌خواهند با آنان ملاقات کنند و بیماران امکان دارد در هر مراجعه به مطب، ساعت‌ها در سالن به انتظار بنشینند. همچنین، پزشکان عموماً در بیمارستان‌های مختلف کار می‌کنند. در غیاب برنامه‌ریزی مفید و روزانه و هجوم کارها به سمت پزشکان، گفت‌وگو با بیمار به شکل کاری روزمره برحسب تعداد بیماران درمی‌آید. حضور پزشکان معمولاً بین یک تا دو ساعت بعد از بازشدن مطب و حضور بیماران از همان

ساعت‌های اولیه و شلوغ‌شدن مطب بر شدت مشکلات می‌افزاید. همین شکل‌های زیربنایی می‌تواند در ذهن بیماران این تصور را تقویت کند که وقت پزشک گران‌بهارتر از وقت بیمار است. این درحالی است که برخی بیماران ادعا می‌کردند خود به عمد سعی می‌کنند زیاد وقت پزشک را نگیرند، چون بیماران زیادی به او احتیاج دارند. اگر پزشک با برنامه‌ریزی دقیق ساعت‌های حضور خود را در مطب تنظیم کند، مشکل ساعت‌های طولانی انتظار برای بیماران و نیز محدودیت زمانی تا حد زیادی حل می‌شود.

تاکنون در تمام تحقیقات انجام‌شده در این زمینه در ایران، به شکل معمول بر الگوی ارتباطی غربی در منطقه‌ای غیرغربی با ویژگی‌های فرهنگی بسیار متفاوت تأکید شده است. بینش گسترش‌یافتهٔ پژوهشگران ایرانی می‌تواند در جهت بنانهادن الگوی ارتباطی پزشک-بیمار که مقتضی جامعه و فرهنگ ایرانی باشد عمل کند. هرچند محققان ادعایی دربارهٔ تعمیم داده‌ها و نتایج تحقیق بر جامعه‌ای وسیع‌تر ندارند، با استناد به مشاهدات و گفته‌های مشارکت‌کنندگان و دیگر افراد مطلع، احتمال آنکه نظریهٔ داده‌بنیاد حاصل از این تحقیق بر رابطهٔ پزشک-بیمار در دیگر مطب‌های متخصصان زنان و زایمان در اهواز نیز دلالت داشته باشد بسیار زیاد است. از این رو پیشنهاد می‌شود از آنجاکه پدیدهٔ ویزیت گروهی در حال حاضر در ایران و به‌ویژه در مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان روبه‌افزایش است، تحقیقات بیشتری در این زمینه خاص انجام شود، چراکه با توجه به یافته‌های تحقیق، این پدیده می‌تواند تأثیر منفی شدیدی بر رابطهٔ پزشک-بیمار و نحوهٔ عملکرد بیماران بگذارد. درحقیقت این پدیده نه تنها مانع پیشرفت رابطهٔ مشارکتی مؤثری میان پزشک و بیمار می‌شود، بلکه نشان‌دهندهٔ پسرفت و عقب‌گرد در رابطهٔ پزشک-بیمار است.

سپاسگزاری

از خانم دکتر شیرین احمدنیا، عضو محترم هیئت‌علمی دانشگاه علامه طباطبایی، به‌خاطر راهنمایی‌ها و کمک‌های بی‌دریغشان سپاسگزاری می‌کنم.

منابع

- استراوس، آنسلم و جولیت کوربین (۱۳۹۰ الف) *اصول و روش تحقیق کیفی: نظریهٔ مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*، ترجمهٔ بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- استراوس، آنسلم و کوربین جولیت (۱۳۹۰ ب) *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریهٔ زمینه‌ای*، ترجمهٔ ابراهیم افشار، تهران: نی.
- استونز، راب (۱۳۸۸) *متفکران بزرگ جامعه‌شناسی*، ترجمهٔ مهرداد میردامادی، تهران: مرکز.

- اسمارت، بری (۱۳۸۹) میشل فوکو، ترجمه لیلا جوافشانی و حسن چاوشیان، تهران: کتاب آمه.
- آدام، فیلیپ و کلودین هرتسلیک (۱۳۸۵) جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس-دنیا کتبی، تهران: نی.
- آدلر، هربرت (۱۳۸۷) روان‌شناسی و جامعه‌شناسی برای دانشجویان پزشکی، تهران: ارجمندی.
- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۸۷) جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه و تألیف محمد توکل، تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
- پارساپور، علیرضا و همکاران (۱۳۸۸) «منشور حقوق بیمار در ایران»، ویژه‌نامه مجله اخلاق و تاریخ پزشکی: ۳۹-۴۷.
- حریری، نجلا (۱۳۸۵) اصول و روش‌های پژوهش کیفی، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.
- زالی، محمدرضا و همکاران (۱۳۷۶) بررسی علل شکایت بیمار از پزشک، طرح پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی.
- علایی، محمدحسن (۱۳۸۷) بررسی رابطه پزشک و بیمار در اردبیل (با تأکید بر اهمیت جهان زیست در مناسبات متقابل)، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی.
- علی‌احمدی، علیرضا و وحید نهایی (۱۳۸۷) منتخبی از کتاب توصیفی جامع از روش‌های تحقیق، تهران: امیرکبیر.
- فلیک، اووه (۱۳۸۸) درآمدی بر تحقیق کیفی، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نی.
- کاظمی، مصطفی و همکاران (۱۳۸۹) «بیماری‌محوری یا بیمارمحوری در پزشکی»، مجموعه مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران، جلد اول: ۲۴۱.
- کرسول، جان (۱۳۹۱) پوییش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد (روایت‌پژوهی، پدیدارشناسی، نظریه داده‌بنیاد، قوم‌نگاری، مطالعه موردی)، ترجمه حسن دانایی و حسین کاظمی، تهران: صفار-اشراقی.
- کریمی، یوسف (۱۳۹۰) روان‌شناسی اجتماعی، تهران: ارسباران.
- کیانی، مژده (۱۳۸۹) مطالعه تطبیقی توزیع قدرت در خانواده و باروری بین زوج‌های گروه سنی ۲۰-۲۹ و ۳۰ ساله و بالاتر شهر اصفهان براساس نظریه مبنایی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی.
- گیدنز، آنتونی و کارن بردسال (۱۳۸۷) جامعه‌شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نی.
- مارشال، کاترین و گرچن راسمن (۱۳۸۶) روش تحقیق کیفی، تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- محسنی، منوچهر (۱۳۸۸) جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: طهوری.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹) جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: دانشگاه تهران.