

## استراتژی‌های گفتگو در تعامل پزشک با بیمار "رقیب"

احمد کلاته ساداتی: دکتری جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. asadati@sums.ac.ir

\* محمد تقی ایمان: استاد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (\* نویسنده مسئول). iman@shirazu.ac.ir

کامران باقری لنگرانی: استاد بخش داخلی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. lankaran@sums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** مطالعه تعامل پزشک - بیمار از زوایای مختلف قابل ارزیابی است. تحقیق حاضر به ارزیابی این موضوع از منظر بیمار "رقیب" می‌پردازد. **روش کار:** روش مورد استفاده در این تحقیق تحلیل گفتگو است که در آن ۳۳ مشاوره از ۵۰ مشاوره ضبط شده درمانگاهی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز مورد تحلیل قرار گرفت. بر این اساس با روشی توصیفی - تحلیلی مبتنی بر تحلیل گفتگو به استخراج راهبردهای گفتگوی پزشک و بیمار رقیب با یکدیگر پرداخته است.

**یافته‌ها:** نتایج داده‌ها نشان می‌دهد که بیماران از چهار استراتژی تردید، پذیرش، کسب اطمینان، و چانه‌زنی استفاده می‌کنند. متناظر با هر استراتژی نیز پزشکان از استراتژی‌های توجیهی/اقتناعی، انذاری، قطعیت، و اگر... باید استفاده می‌کنند. علاوه بر این، پزشکان از سه استراتژی بازیبانه، اغماض و عبور، و دفع نیز استفاده می‌کنند که مبتنی بر رابطه نابرابر و اعمال یک سویه قدرت از سوی پزشک است.

**نتیجه‌گیری:** نکته مهم در این زمینه این است که هر چه تعامل بین پزشک و بیمار شفاف و مبتنی بر تعامل فعال باشد، بیمار اعتماد بیشتری به این تعامل دارد و استراتژی "پذیرش" یا تبعیت برای بیمار و "انذار" برای پزشک رقم می‌خورد. این استراتژی نوعی رویکرد مشارکت‌جویانه است که در آن بیمار و پزشک به تبادل شفاف اطلاعات می‌پردازند و کمک به فرآیند تشخیص و درمان به طور خاص تبعیت بیمار می‌کند. با توجه به تغییرات گسترده اجتماعی استفاده از رویکردهای مشارکتی در مشاوره‌ها هم رضایت طرفین تعامل را تأمین خواهد کرد و هم باعث می‌شود که بیمار بیشترین نفع را از مشاوره ببرد.

**کلیدواژه‌ها:** پزشک، بیمار رقیب، تعامل، استراتژی گفتگو، تبعیت

### مقدمه

به صورت فعال، عالمانه و همراه با همدلی باشد، احتمال تبعیت بیمار بیشتر می‌شود به طوری که جهان‌زیسته بیمار (Patients' lifeworld) از حالت رقابت با پزشک خارج می‌شود. در این صورت تعامل پزشک - بیمار، به بهبود فرآیند تشخیص و درمان می‌انجامد.

لذا، رابطه خوب پزشک - بیمار به عنوان جزء ضروری از مراقبت پزشکی است (۲)؛ و بر استراتژی‌های سازگاری بیمار نیز تأثیرگذار است (۳). مالیا رویکردی پدیدارشناختی به موضوع رابطه پزشک و بیمار دارد و می‌نویسد: اهمیت وجود رابطه پزشک - بیمار مرتبط با ماهیت پزشک و بیمار به عنوان وجودهایی جدا از هم اما به لحاظ پدیدارشناختی وجودهایی که مرزها، یا اتصال در

موضوع تبعیت پزشک از بیمار، یکی از چالش‌های مهم در نظام سلامت است. طبق نظر زالی تبعیت یک مسئله مهم رو به رشد است و این موضوع که بیماران از دستورات داده شده پیروی می‌کنند باید به طور دائم مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد (۱). در تبعیت بیمار از تشخیص یا دستورات درمانی و مداخله‌ای، عوامل مختلفی تأثیرگذار است؛ عواملی چون شرایط اقتصادی و اجتماعی بیمار، وضعیت روحی و روانی وی، مسائل خانوادگی، نوع و ماهیت بیماری، شدت بیماری، میزان اهمیتی که بیمار برای بیماری خود قائل است، اقتدار پزشک و ... در این میان، یکی از عوامل مهم، نحوه تعامل پزشک با بیمار است. اگر

چالش منجر می‌شود. از نظر کردلا، بیماران زمانی رقیب، برخوردار از دانش و "کاوش‌گر" (Probing) تلقی می‌شوند که نشان بدهند که نسبت به رویه‌های پزشکی و فهم از شرایط سلامتی خود آشنا هستند (۱۳). بارتون معتقد است که بیماران رقیب کسانی هستند که دستورات پزشکی را دنبال می‌کنند و موافق با تصمیمات پزشکی هستند (۱۴). بر این اساس، بیمار رقیب، لزوماً بیمار بد یا بیماری که به چالش با تصمیمات پزشک پردازد نیست؛ بلکه گاه نیز بیماری است که با برخورداری از اطلاعات پزشکی، تلاش می‌کند دستورات پزشک خود را به بهترین شکل تحقق بخشد و کردلا آن‌ها را به سه گروه تقسیم کرده است که عبارتند از:

**بیماران پذیرا (Compliers):** بیمار پذیرا دستورات پزشکی را می‌فهمد و تلاش می‌کند نسبت به انجام آن مسئول باشد و قادر به ارائه گزارش از انجام درست دستورات به پزشک است. پذیرا، افرادی هستند که پیشنهادات را دنبال می‌کنند و با اقتدار پزشکی نوعی هم‌نوایی را از خود نشان می‌دهند. در این زمینه، دکتر و بیمار به توافقی در مورد تصمیمات در ویزیت قبلی رسیده‌اند. چنین بیماران رقیب به افزایش ارتباط پزشک-بیمار و مشارکت در نتایج موفقیت‌آمیز بیشتر کمک می‌کنند. بیماران رقیب، نه تنها نوعی هم‌نوایی نسبت به نهادهای پزشکی و اصول مراقبت آن را نشان می‌دهند، بلکه فضایی را به منظور بسط آموزه‌های آتی در گفتمان پزشک-بیمار بازگشایی می‌کنند (۱۳).

**بیماران معذور (Apologizers):** این بیماران، به خوبی دستورات پزشک را متوجه می‌شوند، اما در مرحله مراقبت با کم‌کاری و ضعف همراه هستند (۱۳). لیبوا و فنشل بر این نظرند که چنین مواردی را می‌توان در بیماران سالخورده ملاحظه کرد (۱۵). با این وجود بیمار معذور محدود به سالخوردگان نمی‌شود. در برخی موارد، بیمار احساس می‌کند بهبودی لازم را کسب کرده و از ادامه درمان سر باز می‌زند. در صورت عود بیماری، چنین بیمارانی با گفتمان معذورانه دوباره به پزشک خود مراجعه می‌کنند.

روابط را در بر دارند، شناخته می‌شود (۴). اهمیت رابطه پزشک - بیمار باعث شده که اندیشمندان جامعه‌شناس پارسونز (۵)، گافمن (۶)، و فوکو (۷) نیز به این موضوع توجه داشته باشند.

یکی از مسائل در نظام سلامت ایران، نحوه تعامل پزشک با بیمار است. عده‌ای از محققان زالی (۱)، موسوی نسب و جلالی جهرمی (۸)، نیکخوی (۹)، عربشاهی و همکاران (۱۰)، شفقتی و زاهدی (۱۱)، و وحیدی و همکاران (۱۲) به این موضوع پرداخته‌اند.

با توجه به اهمیت موضوع، هدف تحقیق حاضر ارزیابی نحوه تعامل پزشک با بیمار است و کشف استراتژی‌های تعاملی بین طرفین است. در تعامل پزشک و بیمار، اشکال مختلفی از بیماران را می‌توان شناسایی کرد که بیمار رقیب (Competitor patient) یکی از آنهاست (۱۳). بیمار رقیب را می‌توان بیمار سخت در تعامل تلقی کرد، از آنجایی که نحوه تعامل با وی همراه با محضوریات خاص است. با توجه هدف تحقیق، این مقاله تلاش دارد تا استراتژی‌های تعاملی بین پزشک با بیمار "رقیب" را شناسایی کند.

**انواع صدای بیمار و طیف سه‌گانه بیماران رقیب:** کردلا در ارزیابی خود از انواع صدای بیماران (Patient voices) در تعامل با پزشک، سه نوع صدا را در تعامل شناسایی کرده است که صدای بیمار رقیب (The voice of competence)، صدای تعامل‌گر اجتماعی (The Voice of social communicator) و صدای مبتدی (The voice of initiator) از انواع مختلف آن است. وی همچنین با توجه به نتایج تحقیق خود، طبق نظرات گافمن و نیز لیبوا و فنشل طیفی سه‌گانه از بیماران رقیب را معرفی کرده است. از نظر وی بیمار زمانی رقیب پزشک قرار می‌گیرد و با وی در امور پزشکی به اظهار نظر می‌پردازد، که تصور می‌کند اطلاعاتی در زمینه سلامت و بیماری مرتبط با موضوع بیماری خود دارد. در این وضعیت، وی تلاش می‌کند تحلیلی از وضعیت خود ارائه کند و یا اگر پزشک نظر خاصی داشته باشد، در مقابل آن موضع‌گیری کرده که این موضع‌گیری گاهی به مقاومت و

جامعه‌شناسان دهه هشتاد مورد توجه قرار گرفت (۱۶-۱۹). تحلیل گفتگو یعنی ارزیابی چگونگی آغاز، تداوم و پایان یافتن ارتباطات و تعاملات انسانی. در نظر این اندیشمندان گفتگو فراتر از یک تعامل ساده زبانی است؛ بلکه یک امر اجتماعی است. این رویکرد خالی از اشکال نبود؛ علت آن نیز تمرکز صرف زبان‌شناختی و توصیفی روی مسائل و موضوعات بود (۲۰). یک دهه بعد از آن، این روش با رویکردی بینارشته‌ای و به طور خاص توسط میشلر دنبال شد (۲۱). میشلر در پی ارزیابی نقادانه روابط قدرت در تعامل پزشک بیمار بود. به زعم وی، گفتگوی پزشک و بیمار، مصداقی از تعاملات است که روابط قدرت بر آن حکم فرماست. تحقیق حاضر با رویکرد بینارشته‌ای تحلیل گفتگو، در پی استخراج گزاره‌هایی از نحوه تعامل پزشک با بیمار رقیب و استراتژی‌هایی که هر کدام از طرف گفتگو در این تعامل در پیش می‌گیرد. بر این اساس، ترکیبی از رویکرد کلاسیک تحلیل گفتگو (در طبقه‌بندی گفتگوی پزشک و بیمار و نیز رعایت نقطه‌گذاری آن) و رویکردهای جدید در ارزیابی تحلیلی آن با رویکردهای جامعه‌شناختی و تحلیل محتوا انجام شده است. محور تحلیل گفتگو در این تحقیق، در نظر گرفتن هر گفتار (Utterance) به عنوان یک رخداد اجتماعی (Social event) بود.

#### یافته‌ها

ارزیابی ۳۳ مشاوره نشان می‌دهد که بیماران رقیب از چهار نوع استراتژی رقابت استفاده می‌کنند که متناظر با آن پزشکان نیز از استراتژی خاص بهره می‌گیرند. علاوه بر این، سه استراتژی دیگر نیز در گفتگوی پزشکان شناسایی شد که به صورت یک‌سویه از سوی پزشک (ان) اعمال می‌شود و این امر در نتیجه رابطه نابرابر قدرت بین طرفین تعامل است.

#### الف: استراتژی بیماران

استراتژی تردید: عموماً در پیش گرفتن یک رویه درمانی جدید برای خانواده یک مسئله است. در این زمینه، نحوه تعامل پزشک با خانواده یا بیمار،

**بیماران ستیزه‌گر (Challengers):** این بیماران در طول مراقبت و انجام کارهای لازم برای سلامتی خود، به یکسری مهارت‌ها دست پیدا کرده‌اند که این امر باعث می‌شود به مجادله و ستیز با تجویزها و پیشنهادهای پزشک در رابطه با امر درمانشان برخیزند (۱۳).

به طور کلی بیمار رقیب کسی است که با تکیه بر دانش یا تجارب گاهاً غیرعالمانه خود تلاش می‌کند بهترین نتیجه را از مشاوره دریافت کند. این امر در بستر روابط نابرابر قدرت، یعنی زمانی که اقتدار پزشک تعیین‌کننده تعامل است، به چالش بین پزشک و بیمار می‌انجامد و هدف تحقیق حاضر واکاوی و شناسایی ابعاد مختلف این موضوع است.

جامعه و بستر تحقیق حاضر، بیمارستان شهید دکتر فقیهی در شهر شیراز می‌باشد. این بیمارستان، دومین بیمارستان دولتی و آموزشی در شیراز است که شامل بخش‌های بستری، درمانگاهی و اورژانس می‌باشد. در تحقیق حاضر پس از گفتگوی اولیه با پزشکان درمانگاه و توضیح در مورد اهداف تحقیق، نه تن از پزشکان که اظهار آمادگی کردند و در تحقیق مشارکت داده شدند. جهت رعایت اخلاق تحقیق، بر اساس کدهای اخلاقی انجمن جامعه‌شناسان آمریکا (۱۶) عمل شد. در این جهت، گمنامی مشارکت‌کنندگان (پزشک و بیمار)، رضایت آن‌ها، و عدم دستکاری داده‌ها به عنوان محورهای اخلاقی تحقیق مورد توجه بود. به همین جهت در این مقاله از نام‌های جایگزین و غیرواقعی برای بیماران استفاده شده است. بر این اساس پنجاه مشاوره (Consultation) درمانگاهی ضبط شد که ۳۳ مورد آن به عنوان نمونه تحقیق مورد تحلیل قرار گرفت. لازم است اشاره شود که جمع‌آوری نمونه‌ها در دی‌ماه ۱۳۹۲ انجام شده است.

#### روش کار

تحقیق حاضر بر اساس منطق تحقیقات کیفی (Qualitative research) و روش تحلیل گفتگو (Conversation analysis) انجام شده است. تحلیل گفتگو برای نخستین بار توسط

جدول ۱- استراتژی تردید بیمار و توجیهی/اقتناعی پزشک  
مشاوره شماره ۵: گفتگوی پزشک با مادر زهره مبتلا به کوتاهی قد و بلوغ زودرس

مادر:	حالا اینو [فعال شدن تخمدان‌ها] باید چیکار کنی؟ راه و چاه چیه؟
پ:	راه چاره، راه چاره، اگر بخواد که پرپود نشه، باید ماهی به دونه آمپول بزنه.
مادر:	خوب بعداً براش مشکلی پیش نمی‌یاد؟
پ:	کاری به آینده نداره، دارو که بدون عارضه نمی‌تونه باشه، درسته؟ استامینوفن
مادر:	[بله]
پ:	هم عارضه داره، منتهای مراتب باید ببینیم که چی به چی می‌ارزه، ←متوجهین؟
...	
مادر:	خوب این آمپول فقط برای عقب افتادنش، یا نه برای رشدشه؟
پ:	نه برای عقب افتادن، فقط پرپودشو عقب می‌اندازه.
مادر:	حالا میشه آمپولی برای رشدش؟
...	
مادر:	من دارم برا قدش میارمش
پ:	خیلی خوب
مادر:	این همه از شهرستان بلند میشم میارم و ... پول خرج می‌کنم
پ:	آره، ببین، اگه که بخوای چیز بکنی، اینه که ماهی به دونه آمپول فعلاً بزنه، ←پرپود نشه که رشد بیشتری داشته باشه.
مادر:	توی سونوش نوشته که رشدش شروع شده.
پ:	آره، تخمدان هاش فعال شده.
مادر:	اوهوم، کاش براش می‌نوشتی. هزینه اش چقدره آمپولها؟ گروه؟

این گفتگو گویای نگرانی مادر در مورد قد فرزندش است. حال که با موضوع و مسئله‌ای جدید مواجه شده تلاش می‌کند، هم دغدغه اصلی (قد فرزند) و هم پذیرش رویه جدید درمان (موضوع عادت ماهیانه) را با هم حل کند. با این وجود، برای مادر، قد زهره مهم تر است و عادت ماهیانه نسبت به قد حاشیه‌ای است؛ در حالی که پزشک، موضوع قد فرزند را به حاشیه برده و عادت ماهیانه را موضوع اصلی قرار داده است. این امر، نوعی چالش را به وجود آورده که به نوعی جدل دیالکتیکی بین مادر و پزشک انجامیده است. جدالی که البته در نهایت به نفع پزشک تمام می‌شود.

**استراتژی پذیرش:** اگر پزشک، اقتدار کافی را نزد بیمار داشته باشد و تعامل فعال با بیمار خود داشته باشد، و همچنین اگر بیمار یک رویه درمانی را یا به توصیه پزشک دیگر و یا بنا به اطلاعات شخصی خود و خانواده‌اش شروع کرده باشد، در این حالت پزشک به راحتی می‌تواند بیمار را به پذیرش تغییر رویکرد و رویه درمانی‌اش سوق دهد. در این زمینه یکی از گفتگوها راجع به علی است

در تعیین نوع استراتژی و پاسخ مثبت به آن از سوی آن‌ها اهمیت زیادی دارد. اگر بیمار یا همراهان، نسبت به تعامل به وجود آمده اعتماد کنند، معمولاً در اتخاذ یک رویه درمانی مانع چندانی ندارند. اما اگر پزشک نتواند اعتماد بیمار یا همراه وی را کسب کند، به سختی می‌تواند آن‌ها را اقناع کند. مشاوره شماره ۵ مربوط به گفتگوی مادر زهره است که برای افزایش قد فرزندش مراجعه کرده است. در مشاوره قبلی، پزشک برای زهره حدوداً ۱۱/۵ ساله آزمایش‌های مختلف و نیز سونوگرافی شکم درخواست داده است. گزارش سونوگرافی، فعال شدن تخمدان‌های زهره را نشان می‌دهد. دکتر پیشنهاد استفاده از آمپول برای به تعویق انداختن بلوغ زودرس وی را ارائه می‌دهد. مادر که جهت درمان کوتاهی قد مراجعه کرده، حالا با موضوع پیچیده‌تری یعنی بلوغ زودرس مواجه شده است. لذا، برای اتخاذ راه پیشنهادی جدید، دچار شک و تردید است. به همین جهت سؤالاتی می‌کند تا از اتخاذ مسیر جدی اطمینان حاصل کند. جدول ۱ بخش اول این گفتگو را نشان می‌دهد.

جدول ۲- استراتژی پذیرش بیمار و انذار پزشک  
مشاوره شماره ۱۰: پزشک و علی ۲۱ ساله با ریزش مو

پ:	قرص را چچوری می خورید؟
ب:	۱ میلی گرم می خورم، ولی می خواهید به ۵ برسونمش؟
پ:	۵؟ ۵ مال کسی که می خوان عقیمش کنند.
ب:	چون بازم ریزش داشت.
پ:	نخوری تو، بخوری عقیم میشی [خنده پزشک]، تموم هورمون های جنسی آدم رو ← از بین می بره، نه، ۵، نه، فعلاً این تست ها رو انجام بده، جوابشو برامون بیار، ← الان هم نخور، تا چند روز که جوابها بیاد، اینا رو استفاده کن با جواب ← آزمایشها بیار، محلول رو هم استفاده کن.

جدول ۳- استراتژی کسب اطمینان بیمار و قطعیت پزشک  
مشاوره شماره ۱۳: پزشک و حسین میانسان مبتلا به اچ پیلوری

ب:	ها، خوب، شما آقای دکتر، مگه مطمئن نیستید که زخم به خاطر اون عفونت هست؟
پ:	بله مطمئنم، به خاطر همین بوده.
ب:	همین بوده، به خاطر چیز دیگه ای نبوده؟
پ:	ها.
ب:	خوب، اینم از این.

سؤال در جهت رسیدن به سطحی از اطمینان است که به اصطلاح خیالش آسوده شود. جدول سه نشان دهنده استراتژی کسب اطمینان از سوی بیمار است.

در این گفتگو، بیمار دو مرتبه از پزشک خود کسب اطمینان می کند و در نهایت می گوید "خوب، اینم از این" که حاکی از رسیدن به سطحی از اطمینان است که بیمار را به نوعی آرامش هدایت کرده است.

**استراتژی چانه زنی:** استراتژی چانه زنی بر خلاف استراتژی های قبلی، خاص اتخاذ رویه درمانی است و در رویه های تشخیصی به کار گرفته نمی شود؛ هر چند ممکن است استثنائاتی در این زمینه وجود داشته باشد. این استراتژی به این علت از سوی بیمار اتخاذ می شود که تلاش می کند رویه درمانی کم خطرتر یا کم هزینه تر را در پیش بگیرد. در مشاوره شماره ۳۳ زهرا با نوار عصب و به علت کرحی دست به پزشک مراجعه کرده است. پزشک با دیدن نوار عصب، انجام عمل جراحی را پیشنهاد می کند. موضوعی که طبق گفته پزشک قبلاً هم پیشنهاد شده اما بیمار آن را رد کرده است (جدول ۴).

در این گفتگو زهرا در پاسخ به سوال دکتر که چرا نمی خواهی عمل کنی می پرسد "خوب شاید

که خوددرمانی برای جلوگیری از ریزش مو را شروع کرده است. وی با توجه به عدم دریافت پاسخ مناسب از میزان دارو (۱ میلی گرم) قصد داشته، آن را به ۵ میلی گرم افزایش دهد، اما پزشک به راحتی و با یک تعامل فعال، بیمار را به پذیرش این که میزان دارو نایستی افزایش پیدا کند، قانع می سازد (جدول ۲).

در این گفتگو، گفته "می خواهید به ۵ برسونمش" توسط پزشک نشان دهنده در پیش گرفتن نوعی رویکرد مشارکتی از سوی وی است. علت آن است که آن چه از مقدمه گفتگو تا این جا اتفاق افتاده، در جهتی بوده که ارتباط پزشک و بیمار، حالت همدلانه گرفته است. پاسخ همراه با خنده پزشک نیز نشان دهنده همین موضوع است. این گفتگو، با صحبت های پزشک در این جا خاتمه می یابد که نشان دهنده پذیرش آن از سوی بیمار است.

**استراتژی کسب اطمینان:** بر خلاف استراتژی تردید، در استراتژی کسب اطمینان، بیمار در همان زمان گفتگو با پزشک، تلاش می کند، اطمینان خود را از یک رویه تشخیصی یا درمانی (البته بیشتر تشخیصی) حاصل کند تا آرامش به دست آورد. به همین جهت ممکن است بیمار چند بار سؤال کند که "آیا واقعاً مشکلی نیست؟". این

استراتژی توجیهی/اقناعی استفاده کند و با ایجاد ربط بین عادت ماهیانه و کم شدن رشد قد، مادر را در وضعیتی از تسلیم قرار دهد. چرا که دغدغه مادر، بلوغ فرزند و عادت ماهیانه وی نیست، بلکه شروع عادت ماهیانه و تأثیر آن بر قد فرزندش است. به همین جهت پزشک می‌گوید

" نه، ببین الان این یازده سال و چهار ماهشه، درسته؟ تقریباً یازده سال و نیم. قدش کوتاهه، متوجه ای؟ [بله] از مواردی هست که اگه جلوی پریشو بگیری برای الان، اگه قدش براتون مهمه، چون قدش الان پایینه، اگه مهم نیست که هیچی."

مادر که نهایتاً در مقابل این تصمیم، تسلیم شده، اما هنوز نگران رویکرد جدید است و در ادامه می‌گوید " فقط عوارض نداشته باشه، از اون ور دوباره کج نشیم که بخوایم دوباره..." و پزشک پاسخ می‌دهد "عوارض جدی نداره، ممکن یه کم تپل بشه."

**استراتژی اندازی:** ویژگی شماره ۱۰ (جدول ۲) استراتژی اندازی از سوی دکتر را به فردی که به ریزش مو مبتلاست نشان می‌دهد. در اینجا بیمار، خود داروی ۱ میلی گرمی را برای جلوگیری از ریزش مو شروع کرده است و از دکتر سؤال می‌کند که اگر خوب است آن را به ۵ برساند. دکتر با لحنی همراه با خنده و مزاح اما به طور جدی توصیه می‌کند که قرص را به ۵ میلی گرم نرساند: " نخوری تو، بخوری عقیم میشی [خنده همراه با

عمل نخواه، عمل داره؟" و زمانی که پزشک با اشاره به نوار عصب، قطعیت عمل را اعلام می‌کند، او از دکتر راه‌های جایگزین را درخواست دارد و می‌پرسد: "بله، کارهای دیگه نیست انجام بدم؟ چون ..."

### ب: استراتژی‌های پزشک

تحلیل مشاوره‌ها نشان داد که متناظر با هر استراتژی از سوی بیمار، استراتژی متقابلی از سوی پزشک شکل می‌گیرد. البته در تحقیق حاضر به استراتژی‌های دیگری نیز از سوی پزشک دست پیدا شد.

**استراتژی توجیهی / اقناعی:** استراتژی توجیهی اقناعی، متناظر با استراتژی تردید و مربوط به مشاوره شماره ۵ است. در این مشاوره، پزشک تلاش دارد توجیهی برای تزریق آمپول را برای مادر زهره پیدا کند. مادر به محض مواجهه با موضوع بلوغ زودرس در پی حل آن است و اولین سؤال وی این است که مگر می‌شود بلوغش شروع شده باشد؟ و پزشک پاسخ می‌دهد:

"ببین سن بلوغ کلاً تو همه دنیا اومده پایین، یعنی تو ۱۲ سالگی همه داره بلوغشون تمام میشه، متوجه ای؟ حالا اگه کسی قد کوتاه باشه، آمادگیشو نداشته باشه، نمی‌دونم، هر مشکلی داشته باشه، میشه با دارو جلوشو بگیری."

در مقابل رویکرد تردید همراه با مقاومت مادر و سؤالات وی در این زمینه، پزشک تلاش می‌کند از

جدول ۴- استراتژی چانه‌زنی بیمار

مشاوره شماره ۳۳: پزشک و زهره میانسال با کرخی دست

پ:	خوب چرا عملش نمی‌کنی، خواهر؟
ب:	خیلی سخته، بله؟
پ:	چرا عملش نمی‌خوای بکنی؟
ب:	خوب شاید عمل نخواه، عمل داره؟
ب:	طبق این نوار عصب، آره.
ب:	بله، کارهای دیگه نیست انجام بدم؟ چون ...

جدول ۵- استراتژی قطعیت پزشک در مقابل کسب اطمینان بیمار

مشاوره شماره ۱۳: گفتگوی پزشک و حسین میانسال مبتلا به زخم روده و عفونت اچ پیلوری

پ	بالاخره زخم بدی داشتید و یه دوران در واقع ...
ب	آقای دکتر به نظرت میشه مثل اولش؟
پ	میشه. مثلاً اول، اول، اولش میشه، چقدر تو اضطراب داری؟!

سؤالی/تعجبی "چقدر تو اضطراب داری!؟" بیمار را به جهتی می برد که اضطراب خود را به حداقل برساند.

**استراتژی "اگر... باید":** در این استراتژی، پزشک زمانی که مقاومت و چانه زنی بیمار را ملاحظه می کند، تلاش می کند بنا به درخواست بیمار، راهبردهای جایگزین را معرفی نماید. با این وجود، برای این که به بیمار بگوید هنوز تجویز و درمان اولیه که از سوی وی مطرح شده، مشروعیت دارد، از استراتژی "اگر... باید" استفاده می کند. در این استراتژی پزشک راه جایگزین را پیشنهاد می کند و تأکید می کند که "اگر" این راه جایگزین جواب ندهد، "باید" همان تجویز اول را انجام دهد. ویزیت شماره ۳۳ (جدول ۴) مثال خوبی از این نوع استراتژی است. در این ویزیت، پزشک در ابتدا بیمار را با استناد به نوار عصب، توصیه به عمل جراحی می کند. با این وجود، طرح عمل جراحی، از همان ابتدا، محل بحث و سؤال از سوی بیمار است. پزشک که در نهایت متوجه می شود که بیمار حاضر به عمل جراحی نیست، برای وی فیزیوتراپی تجویز می کند و عمل جراحی را منوط به عدم حل مشکل بیمار با فیزیوتراپی می کند.

**استراتژی بازبینانه:** یک استراتژی عام در گفتگوی پزشک هست که متناظر با استراتژی های خاص بیمار نیست. این استراتژی ممکن است در همه نوع بیمار - اعم از بیمار موافق یا معذور یا

مزاح، تموم هورمون های جنسی آدم رو از بین می بره، نه ۵ " نه". خنده پزشک در این جا، باعث می شود که ماهیت استراتژی پزشک نسبت به بیمار تغییر کند. در این جا پزشک، با حفظ اصول پزشکی، با خنده و مزاح، گسل رابطه خود با بیمار را به حداقل می رساند و همین امر می تواند به پذیرش آن از سوی مریض کمک کند. به همین جهت، در این استراتژی بیشتر از آنکه پزشک در پی ایجاد نوعی گفتمان توجیهی اقناعی باشد، تلاش دارد با ایجاد صمیمیت خاص، بیمار را از خطر استفاده از داروی ۵ میلی گرم مطلع کند.

**استراتژی قطعیت:** در مقابل استراتژی کسب اطمینان، پزشک از استراتژی قطعیت استفاده می کند. این استراتژی زمانی اتخاذ می شود که پزشک در تشخیص یا تجویز خود، شک و تردیدی ندارد. در چنین مواجهه پزشکی در پاسخ به سؤالات مکرر بیمار راجع به تشخیص یا تجویز، بدون هیچ شک و تردیدی صحبت می کند و بدین ترتیب نوعی اطمینان را به بیمار انتقال می دهد. در اینجا پزشک از استراتژی قطعیت در پاسخ به استراتژی کسب اطمینان توسط بیمار استفاده می کند. پزشک با تکرار "اول، اول، اولش" می خواهد این اطمینان را به بیمار بدهد که سلامتی خود را به طور کامل باز می یابد و می خواهد نوعی اطمینان همراه با آرامش به بیمار بدهد. به همین جهت است که در ادامه با گزاره

#### جدول ۶- استراتژی بازبینانه پزشک

مشاوره شماره ۳۰: گفتگوی پزشک و فاطمه مبتلا به سرماخوردگی

پ	مرکبات می خوردی؟
ب	بله
پ	این خدمت شما، برو به سلامت.
ب	دستتون درد نکنه. پس دیگه احتیاج به آنتی بیوتیک نیست؟
پ	نه، چون علامتی نداره مهم نیست.

#### جدول ۷- استراتژی اغماض و عبور پزشک

مشاوره شماره ۱۸: گفتگوی پزشک و همراه محمد اسپینال کورد با آبسه بیضه

همراه بیمار:	اونو بله، مورد دندونشو و با اونها صحبت می کنم، ولی موضوع اینه که به نامه باید بدید برای این مواردی که از این به بعد متأسفانه هی اتفاق می افته، برای من و آدمای سالم که خیلی از این اتفاق ها نمی افتد، به خاطر اینکه ایشون یه جا هست، ساکن هست، معمولاً این اتفاق ها می افتد،... بعد پانسمانشو باید کی به کی انجام بدیم؟ الان هر ۱۲ ساعت یه بار داریم انجام می دیم. آقای دکتر این کیسه رو کی درمیارین؟
پ	الان

یک‌سویه بین پزشک و بیمار است. این رابطه و قدرت یک‌سویه باعث می‌شود که مسیر گفتگو کاملاً در اختیار پزشک باشد. بر این اساس، در تحقیق حاضر، محقق به استراتژی خاصی رسید که آن را استراتژی اغماض و عبور نام گذاشته است. منظور از استراتژی اغماض و عبور، عدم تمایل پزشک در پاسخگویی به بیمار است. در تحقیق حاضر استراتژی عبور به علت نامربوط بودن موضوع مطرح شده از سوی بیمار به پزشک و عدم مایل پزشک شکل می‌گیرد. مشاوره شماره ۱۸ همراه محمد میانسال بیماری که به علت قطع نخاع ناشی از تصادف به مشکل عفونت دستگاه تناسلی مبتلا شده از پزشک می‌خواهد، یک گواهی برای پزشکی قانونی صادر کند. پزشک به هر نحو ممکن از این امر طفره می‌رود. همراه بیمار از استراتژی‌های مختلف برای اقناع پزشک استفاده می‌کند و نتیجه نمی‌گیرد. جدول بخش پایانی این تلاش بی‌ثمر را نشان می‌دهد (جدول ۷).

در این گفتگو، همراه محمد تلاش دارد پزشک را متقاعد کند که در رابطه با بیماری مجاری ادراری و کنترل ادرار و (اگر هم شد) مدفوع بیمار گواهی بنویسد و عبارت " برای آدامای سالم که خیلی از این اتفاق‌ها نمی‌افتد، به خاطر اینکه ایشان یه جا هست، ساکن هست، معمولاً این اتفاق‌ها می‌افتد" تلاشی است برای اقناع پزشک برای نوشتن تأییدیه. اما وی که ظاهراً از تعامل غیرگفتاری (Nonverbal interaction) پزشک فهمیده که پزشک مایل به نوشتن چنین تأییدیه‌ای نیست، موضوع را عوض می‌کند. جایی که نشانگر "....." گذاشته شده است، نشان‌دهنده همین جابه‌جا کردن (Dislocation) موضوع توسط همراه بیمار است. وی که از هدف خود مأیوس می‌شود به خاطر این که کل بحثش ابتر نماند، سؤالی مطرح می‌کند که خود جوابش را می‌داند و بعد سؤال درآوردن کیسه (احتمالاً منظور کیسه خروج مایعات محل عمل است) را موضوع بحث قرار می‌دهد. در این‌جا استراتژی اغماض و عبور از یک سو و رابطه پدرمآبانه پزشک باعث می‌شود که همراه بیمار به هدف خود نرسد و چه بسا که دچار نوعی تشتت بحث شود و موضوع

ستیزه‌گر- و در پزشکان با اخلاقیات متفاوت - پدرمآبانه (Paternalistic)، یا شورایی- وجود داشته باشد. استراتژی بازبینانه، آن نوع استراتژی است که پزشک در پی سؤالات مکرر بیمار و یا در پی ارزیابی بیشتر آزمایش‌ها و یا معاینه بیمار در تشخیص و یا تجویز اولیه خود تجدید نظر می‌کند. در مشاوره شماره ۳۰ فاطمه زن جوانی است که با سرماخوردگی مراجعه کرده در حین معاینه پزشک توصیه به مصرف کوآموکسی کلاو می‌کند، اما تداوم گفتگو و انجام بیشتر معاینه باعث می‌شود که دکتر به نتیجه برسد نیازی به آن نیست (جدول ۶).

بدین ترتیب، تداوم گفتگو و ارزیابی دقیق‌تر بیماری باعث می‌شود که پزشک، در تجویز مجدد اولیه خود تجدید نظر کند و به این نتیجه برسد که بیمار نیازی به آنتی‌بیوتیک ندارد. این موضوع نشان می‌دهد که تداوم گفتگوی بین پزشک و بیمار کمک زیادی به تشخیص دقیق‌تر و تجویز مناسب‌تر برای بیمار می‌کند. این موضوع را در نظریه‌های پزشکی تحت عنوان پزشکی روایی (Narrative medicine) مورد توجه قرار داده‌اند (۲۲) و منظور این است که هر چه بیمار بتواند روایتی مبسوط‌تر از بیماری خود را برای پزشک تشریح کند، احتمال رسیدن به تشخیص و تجویز متناسب بیشتر است. بنابراین، استراتژی بازبینانه، فرآیندی از بازبینی تشخیصی یا درمانی توسط پزشک است که در اثر تداوم گفتگو و یا معاینه دقیق‌تر به وجود می‌آید.

**استراتژی اغماض و عبور:** در گفتمان پدرمآبی، پزشک تعیین‌کننده همه امور است و رابطه‌ای یک‌سویه بین بیمار و پزشک حاکم است. در این مدل پزشک به عنوان قیم بیمار فعال است و به مفصل‌بندی و اجرای بهترین چیز برای بیمار می‌پردازد (۲۳). زمانی که پزشک در چنین نسبتی با بیمار قرار می‌گیرد، از موضعی به بیمار می‌نگرد که می‌تواند هر زمان که خواست گفتگو را به اتمام برساند، یا از برخی سؤالات بیمار بگذرد و یا در مسیر گفتگو تغییر ایجاد کند. این نوع موضع‌گیری را فرکلاف تحت عنوان استراتژی قدرت پزشک- بیمار تعریف کرده (۲۴) که این امر ناشی از قدرت



برخورد خوب و صادقانه، وجدان کاری، شنیدن حرف‌ها و توضیح بیمار، متانت و شخصیت، و تخصص و تجربه بوده است. همچنین در پاسخ به این سوال که آیا تا به حال شده از یک پزشک ناراضی باشید؟ حدود ۷۰٪ جواب مثبت داده‌اند که بیشترین علت آن تشخیص غلط و برخورد نامناسب بوده است (۱). تحقیق شفقتی و زاهدی در رابطه با نحوه تعامل بیمار و پزشک در مطب‌های خصوصی نشان داده است که، موارد بسیار کم از تعاملات بیمار و پزشک در مطب‌های مورد بررسی، مصداق رفتار مشارکتی بود (۱۱). همچنین نتایج تحقیق نیکخوی نشان داده است که رابطه خوب پزشک با بیمار سلی، عامل مهمی در تبعیت بیمار از دستورات و تداوم همکاری وی است (۹). به طور کلی تنظیم روش‌های درمانی بر طبق نظریات و تمایلات بیمار، سبب افزایش میزان تبعیت خواهد شد. این کار مستلزم شناخت و آگاهی از تمایلات بیمار می‌باشد (۱).

تحقیق حاضر به یکی از ابعاد تعامل بیمار و پزشک پرداخته و آن زمانی است که بیمار در مقام بیمار رقیب قرار می‌گیرد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بیماران رقیب از چهار استراتژی تردید، پذیرش، کسب اطمینان، و چانه‌زنی استفاده می‌کنند. متناظر با هر استراتژی نیز پزشکان از استراتژی‌های توجیهی/افنای، انذاری، قطعیت، و اگر... باید استفاده می‌کنند. علاوه بر این، پزشکان از سه استراتژی بازبینانه، اغماض و عبور، و دفع نیز استفاده می‌کنند. آنچه در این میان مهم است، فعال بودن تعامل بین بیمار و پزشک به گونه‌ای است که شفاف باشد و نیز پزشک حالت همدلی با بیمار داشته باشد. در این صورت، پزشک از تجویز رویه‌های غیرضرور برای بیمار خودداری کرده و فرآیند درمان را به سمت نوعی تجویز همراه به مشاوره سوق می‌دهد. در این صورت، بیمار به روند تشخیص و تجویز اعتماد کرده و می‌تواند با نوعی رضایت مطب را ترک کند. در استراتژی‌های صورت گرفته از سوی بیمار، بهترین استراتژی پذیرش است. پذیرش هم زمانی اتفاق می‌افتد که پزشک از استراتژی انذاری استفاده کند. منظور از استراتژی انذاری، تعامل بین پزشک و بیمار به

را خود با چرخشی زبانی عوض نماید. با این وجود استراتژی اغماض و عبور می‌تواند در دو مورد ذیل نیز اتفاق بیفتد: ۱. زمانی که پزشک احساس می‌کند، سؤالات بیمار بی‌جا و بیش از حد است. و ۲. زمانی که پزشک، پاسخی به برخی سؤالات بیمار ندارد.

**استراتژی دفع:** این استراتژی، نوعی راهبرد است که برای بیمار ستیزه‌گر در مدل کردلا (کردلا، ۲۰۰۴) به کار برده می‌شود. این نوع استراتژی البته در این ۳۳ مشاوره مشاهده نشد، اما مشاهده مشارکتی محقق در بخش اتفاقات در بیمارستان مذکور به شناسایی نوعی استراتژی رسید که از آن به استراتژی دفع یاد می‌شود. جدول شماره ۸ گفتگوی پزشک با پدر صادق را که با مشکل آپاندیسیت به فوریت جراحی مراجعه کرده نشان می‌دهد. پدر بیمار که از دیر آمدن پزشک به منظور معاینه صادق به شدت شاکی است، با پزشک به بحث می‌پردازد. و پزشک هیچ تمایلی به پاسخگویی به سؤالات وی ندارد و از عباراتی چون "رضایت بده برو"، یا "برو به سلامت" استفاده می‌کند. در این موارد بیمار یا همراه بیمار چون انتظار چنین رفتاری از پزشک ندارند، معمولاً به پزشک اخطار می‌دهند که به مقامات شکایت می‌کنند و معمولاً در این موارد پزشک از عبارت "هر جا می‌خواهی برو" استفاده می‌کند. این نوع استراتژی یک استراتژی دفاعی است که پزشک در مقابل بیمار رقیب می‌گیرد.

### بحث و نتیجه گیری

تبعیت بیمار از دستورات پزشکی، یکی از چالش‌های مهم در نظام سلامت است. متأسفانه مشاهده می‌شود که بیش از نیمی از بیماران از دستورات دارویی ارائه شده به نحو مطلوب استفاده نمی‌نمایند (۱). عوامل زیادی می‌تواند بر موضوع تبعیت بیمار تأثیرگذار باشد که تعامل بیمار و پزشک، یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در این زمینه است. هر چه رضایت بیمار از تعامل بیشتر باشد، می‌تواند بر تبعیت وی تأثیر بیشتری داشته باشد. در تحقیق زالی نشان داده شده است که مهم‌ترین و اولین عامل رضایت آن‌ها، اخلاق و

اغماض و عبور، و دفع است. آغازگر این استراتژی‌ها هم بیمار و همراهان هستند. آنچه مهم است این است که هر کدام از این استراتژی‌ها بر میزان تبعیت بیمار از دستورات پزشک، تأثیر بسزایی دارد. به طور کلی بایستی در نظر داشت که احساس رضایت بیمار از پزشک و تبعیت او از دستورات زمانی به اوج خواهد رسید که انتظارات بیمار برآورده شده باشد. زمانی این موضوع تحقق می‌یابد که پزشک برای بیمار احترام بگذارد و در مقابل خواسته‌های او احساس مسئولیت از خود نشان دهد، اطلاعات مورد نیاز را در اختیارش قرار دهد و رفتار دوستانه و مهرآمیز داشته باشد (۱).

نکته مهم این است که طرح مفهوم بیمار رقیب، می‌تواند یک رویکرد ارزش‌گذارانه نسبت به تعامل باشد. چنین مفهومی بدین معناست که پزشک صاحب اقتدار در تعامل است به طوری که بیمار را رقیب خود فرض می‌کند. این موضوع بیشتر از همه نتیجه وجود بستر روابط نابرابر قدرت بین پزشک - بیمار است. اگر نابرابری در تعامل وجود نداشته باشد و فرصت ارائه روایت به بیمار و همراهانش داده شود، مشارکت آن‌ها در تشخیص و درمان بیشتر خواهد شد، و در این شرایط بیمار رقیب شناخته نمی‌شود، بلکه یک مشارکت‌کننده در گفتگو و مشاوره تلقی خواهد شد. در این شرایط احتمال مخدوش شدن تعامل به حداقل می‌رسد و تعامل از حالت غیرمفاهمه‌ای بودن به سمت مفاهمه و مشارکت نیل پیدا می‌کند. لذا، احتمال در پیش گرفتن استراتژی‌های سرکوب و دفع از سوی پزشک به حداقل می‌رسد. البته، رسیدن به چنین وضعیتی از یک سوی نیازمند تغییرات در بستر است که قدرت و اقتدار یک سویه پزشک تعدیل گردد و از سوی دیگر نیازمند یادگیری مهارت‌های ارتباطی و تعاملی از سوی طرفین تعامل یعنی پزشک و بیمار است. به طور کلی تعامل نابرابر به شکل‌گیری وضعیتی می‌انجامد که بیمار وابستگی بیش از حد به پزشک و درمانگاه پیدا می‌کند (۲۵) و در این شرایط آشکالی از سلطه و سرکوب بیمار در تعامل به وجود می‌آید (۲۶). با توجه به تغییرات گسترده به وجود آمده تعامل بایستی به سمت توزیع قدرت

گونه‌ای است که همراه با نوعی همدلی و در عین حال صمیمیت در تعامل باشد. استراتژی اندازی خاص پزشکی است که در تعامل با بیمار، رابطه پدرمآبانه را اتخاذ نمی‌کنند و بیشتر بر تعاملات مشارکتی تأکید دارند.

استراتژی‌های تردید که متناظر با استراتژی توجیهی/اقتناعی است، زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که بیمار یا همراه وی از اتخاذ یک رویه جدید نگرانند و از سوی دیگر، پزشک بیشتر رویه پدرمآبانه را در رابطه با بیمار اتخاذ کرده باشد. تفاوت استراتژی تردید با استراتژی کسب اطمینان در این است که استراتژی تردید عموماً در اتخاذ رویه جدید درمانی است، در حالی که استراتژی کسب اطمینان بیشتر در امر تشخیص اتخاذ می‌گردد. در حالی که در استراتژی تردید، وجه شک و گمان بر وجه اطمینان غالب است، در استراتژی کسب اطمینان، وجه اطمینان بر وجه شک و گمان غالب است. همچنین در استراتژی تردید، خصلت پدرمآبانه پزشک در تعامل، بیشتر از استراتژی کسب اطمینان است. به طور مثال وقتی رابطه پدرمآبانه از سوی پزشک حاکم باشد، بیمار به خود اجازه نمی‌دهد برای بار دوم یا سوم از پزشک صحت و سلامتی خود را سوال کند. در حالی که هر چه میزان خصیصه پدرمآبی تعامل کمتر باشد، بیمار تلاش می‌کند در رابطه با امر تشخیص، اطمینان بیشتری را حاصل کند. استراتژی چانه‌زنی که بیشتر در انتخاب رویه‌های درمانی است تا تشخیصی، از سوی بیمارانی اتخاذ می‌گردد که تصور می‌کنند روش‌های کم‌خطرتر یا کم‌هزینه‌تر برای درمان وجود دارد. متناظر با این استراتژی نیز استراتژی اگر...باید توسط پزشک اتخاذ می‌گردد.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که به لحاظ توالی زمانی، آغازگر کار در استراتژی تردید در مقابل توجیهی/اقتناعی، و نیز استراتژی پذیرش در مقابل اندازی پزشک است. در حالی که استراتژی‌های کسب اطمینان در مقابل قطعیت، و نیز چانه‌زنی در مقابل اگر... باید، آغازگر استراتژی بیمار است. در رابطه با استراتژی‌های یک‌سویه نیز بایستی گفت این استراتژی‌ها شامل استراتژی بازبینانه،

2. Opera L. An analytic review of the doctor – patient relationship. *Romanian J of Bioethic* 2009;7(2):125-37.

3. Hunt JJ, Bosking WH, Goodhill GJ. Statistical structure of lateral connections in the primary visual cortex. *Neur Syst & Circuit* 2011, 1:3

4. Mallia P. The Nature of the Doctor–Patient Relationship Health Care Principles through the Phenomenology of Relationships with Patients. New York: Springer Pub; 2013.

5. Parsons T. The Social System. New York: Free Press; 1951.

6. Goffman E. The interaction order. *American Sociological Review* 1983;48(1):1-17.

7. Foucault M. The Birth of Clinic: An Archeology of Medical Perception. Translate to Persian with Yahia Emami. Tehran: Naghsh va Negar Pub; 2009. [Persian]

8. Musavinasab M, Jalali Jahromi M. Evaluation the attitude of clinical attending and residents of Shiraz Medical School about the saying the diagnosis to end stage patients. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2002;27:34-8. [Persian].

9. Nikkhai AR. Quality of encountering the physician with TB patient. *Teb and Tazkieh* 1998;28:97-9. [Persian].

10. Soltani Arabshahi S, Ajami A, Siabani S. Investigation of doctor-patient communication skills teaching: Medical Learners' Perception (Stager-Intern) and Staffs of Iran University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences. *RJMS* 2004;11(41):423-31. [Persian].

11. Shafati M, Zahedi MJ. Physician-Patient Relationship: Ecology of Multiple Patient Visits at Private Offices of Doctors. *J Qual Res Health Sci* 2013;2(1):46-61. [Persian].

12. Vahidi R, Kaffashi S, Narimani M, Sadeghifar J, Raadabadi M, Nazari A, et al. Correlation between knowledge and satisfaction of patients from patient- physician relationship. *JHPM* 2013;2(3):66-73. [Persian].

13. Cordella M. The Dynamic Consultation: A Discourse analytical of doctor- patient communication. John Benjamins Pub; 2004.

14. Barton EL. The interactional practice of referrals and accounts in medical discourse: expertise and compliance. *Discourse Studies* 2000;2:259-28.

15. Labov W, Fanshel D. Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation. New York: Academic Press; 1977.

16. American Sociological Association. American Sociological Association Code of Ethics; 1997. Available from:

<http://www2.asanet.org/members/ecoderev.html>

17. Sacks H. Notes on methodology. Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis. Edited by J. Maxwell Atkinson and John Heritage. Cambridge University Press; 1984. p. 21-27.

سوق پیدا کند به طوری که بیمار نیز بتواند مشارکت فعال در تعامل داشته باشد. در صورت تحقق چنین امری میزان رضایت طرفین تعامل بیشتر خواهد بود، ضمن اینکه خروجی مشاوره درمانگاهی نفع بیشتری را برای بیمار به همراه خواهد داشت. نتایج تحقیق می‌تواند در اختیار سایر محققان قرار گیرد و مفاهیم استخراج شده در آن مورد استفاده رویکردهای کمی تحقیق قرار گیرد. همچنین تداوم رویکردهای قوم‌نگاری با این روش می‌تواند به ایجاد گفتگویی که نگاه کیفی به تعامل پزشک و بیمار دارد بینجامد.

یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر، عدم مشارکت برخی از پزشکان در این طرح بود. از سوی دیگر، با توجه به این که بخشی از مسائل در تعامل پزشک – بیمار مربوط به تعامل غیرزبانی است، ضبط تعاملات به صورت ویدئویی می‌تواند به سؤالات گسترده‌تر در این زمینه پاسخ بدهد. عدم انجام مطالعات مشابه در تحقیقات داخل، از دیگر محدودیت‌هاست. همچنین، بستر تحقیق حاضر، محیط دانشگاهی است و بهتر است چنین تحقیقاتی در بستر بیمارستان‌های خصوصی نیز انجام گیرد.

### تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از بخشی از فعالیت‌های رساله دکتری جامعه‌شناسی با عنوان "تحلیل روایت انتقادی از تعامل پزشک – بیمار در بیمارستان شهید فقیهی" در دانشگاه شیراز می‌باشد. بدین وسیله، محققان از همکاری آقای دکتر پیمان پترام فر ریاست محترم بیمارستان شهید فقیهی و همچنین پزشکان و بیمارانی که در تحقیق مشارکت داشتند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارند.

### منابع

1. Zali MR. The New Funds of Doctor Patient Relationship. A Guide for Correct Application of Medical Knowledge Based on General Approaches of Medical Ethics. Tehran: Cultural House of IRI Pub 1998. [Persian].

18. Schegloff EA. On some questions and ambiguities in conversation. *Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis*. Edited by J. Maxwell Atkinson and John Heritage. Cambridge University Press; 1984. p. 27-52.
19. Heritage J, Atkinson, M. Introduction. *Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis*. Edited by J. Maxwell Atkinson and John Heritage. Cambridge University Press; 1984. p. 1-20.
20. Bloor M, Wood F. *Keywords in Qualitative Methods. A Vocabulary of Research Concepts*. London: SAGE Publications; 2006.
21. Mishler EG. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, MJ: Ablex; 1984.
22. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. USA: Oxford University Press; 2006.
23. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four model of the physician- patient relationship. *J Am Medi* 1992;267(16): 5-13.
24. Faiclough N. *Discourse and Social Change*. Cambridge, England: Polity Press; 1992.
25. Sadati AK, Iman MT, Lankarani KB. Medical paraclinical standards, political economy of clinic, and patients' clinical dependency; A critical conversation analysis of clinical counseling in South of Iran. *IJCBNM* 2014;2(3):157-68.
26. Sadati AK, Lankarani KB, Enayat, H, Rasekhi Kazerooni A, Ebrahimzadeh S. Clinical paternalistic model and problematic situation: A critical evaluation of cClinical counseling. *JHSSS*. Accepted paper.

## Conversation strategies in interaction between physician and 'competitor' patient

**Ahmad Kalateh Sadati**, PhD of Sociology, Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. [asadati@sums.ac.ir](mailto:asadati@sums.ac.ir)

\***Mohammad Taghi Iman**, Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran (\* Corresponding author). [iman@shirazu.ac.ir](mailto:iman@shirazu.ac.ir)

**Kamran Bagheri Lankarani**, Professor of Internal Medicine, Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. [lankaran@sums.ac.ir](mailto:lankaran@sums.ac.ir)

### Abstract

**Background:** Physician – patient relationship can be evaluated from multiple angles. This study evaluates this issue from 'competitor' patient perspective.

**Methods:** The method used in this research was conversation analysis in which 33 consultations from 50 clinical counseling were recorded at Shahid Faghihi Hospital and analyzed based on conversation analysis method. Accordingly, with descriptive – analytical method the conversational strategies of the physician and competitor patient with each other were extracted.

**Results:** Results showed that the patients used four strategies namely: uncertainty, acceptance, search certainty, and haggling. Corresponding to each strategy, physicians used the feasibility/persuasive, admonition, certainty, and if...should strategies, too. Also, physicians used other three strategies namely reviewing, ignorance and crossing, and repulsion.

**Conclusion:** The important point is that if the interaction between physician and patient is transparent and based on active engagement, the patient has more confidence in this relation, and 'acceptance' strategy for patient and 'admonition' strategy for physician is created. These strategies are the participatory approaches in which the patient and physician exchange the information and this helps in treatment process and especially helps the patient to subordinate.

**Keywords:** Physician, Competitor patient, Interaction, Conversation strategy, Subordination