

نقش ادراک در ارائه و دریافت

خدمات بهداشتی و مراقبتی

THE ROLE OF PERCEPTION IN GIVE-AND-TAKE HEALTH SERVICES

In the mid-1950 decade attention was focused on the role of the perception of both sides i.e. during inter-individual interactions in health and mental health services. So it was considered a basic variable of communication. Perception contains ideas, expectations, and evaluation of individuals through health services and management, and it covers four basic dimensions as follows:

1. The attitude of patients to experts and therapists.
2. The attitude of therapists towards patients.
3. Incongruent perceptions.
4. Satisfactory perceptions.

In this paper each of the above dimensions have been discussed in some detail, and it has been stressed that physical, human, and psychological aspects such as perceptions and interactions have mutual importance to physical instruments and equipments.

One of the original goals of health psychology and behavioral medicine is helping humans take control of their health and longevity. Most theorists and clinicians share their findings on the complex, over-changing relationships between pathology and normality, while collectively they approach the subject of the mechanisms and processes that contribute to maladjustment across life's course. They discuss health psychology in social relationship between developmental psychopathology and biological and genetic processes, neuro-psychology and ethnology, and the implication of developmental psychopathology for holding health.

Key words applied behavioral analysis, Aids, awkwardness, behavioral modification, cognitive restructuring, compliance, dietary restraint, family therapy, health-impairing habits, hyperphagia, stressor

خلاصه:

از اواسط دهه ۱۹۵۰ توجه به ادراک در تعامل های بین فردی و خصوصا خدمات بهداشت عمومی و بهداشت روانی رو به افزایش نهاد. به طوری که آن را یک متغیر اساسی رابط در نظر گرفتند. ادراک را می توان شامل عقاید، انتظارات، و ارزیابی های افراد دانست که در مسایل بهداشتی و مراقبتی چهار زمینه عمده رادبرمی گیرد:
الف - ادراک بیماران از متخصصان و درمانگران

نقش ادراک در ارائه و دریافت خدمات بهداشتی و مراقبتی

دکتر سید حمید آتش پور

عضو هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه

آزاد اصفهان

احسان کاظمی - کارشناس ارشد روانشناسی

حمید سمیع عادل - کارشناس روان شناسی

ویژگی های مورد نظر را می توان در تجربه احساس بیماری موثر دانست. اندرسون و هلم (۱۹۷۹) معتقدند ارزیابی ها و انتظاراتی متفاوت در خدمات حرفه ای و بهداشتی، امری اجتناب ناپذیر می باشد. بی تردید واقعیت های زیادی در جنبه های مورد نظر وجود دارد. ارزیابی ها و دریافت های اولیه بیماران از وضعیت خود و شرایط ایجاد شده در خدمات بهداشتی را می توان یک عامل واسطه ای قلم داد کرد. البته ناگفته پیداست که ارزیابی های بیماران از وضعیت موجود، تنها متغیر رابط محسوب نمی گردد، بلکه ارزیابی های آن ها از اشخاص مختلفی که درگیر مسایل بهداشتی هستند و همین طور موضوع های مختلفی که در رابطه با بیماری های آن ها وجود دارد نیز حایز اهمیت می باشند.

برای هر بیمار که به دنبال دست یابی به سلامت خود است، شرایط مذکور یک رویارویی استثنایی محسوب می گردد و همین امر می تواند باعث اضطراب او شود. به عقیده بسیاری از پژوهش گران (Anderson & Watts) (۱۹۹۶) رویارویی مذکور می تواند یک مسئله عادی در شرایط موجود میان بیمار و پزشک بوده و در روابط و گفتار آن ها خود را نمایان سازد. این فرایند که توسط آندرسون و هلم به نام مذاکره، توافق و چانه زنی معرفی شده است، به نقش ادراک ها در خدمات بهداشتی و طرز ارائه و دریافت آن ها می پردازد. پژوهش های مختلف محدوده ادراک را در چهار زمینه عمده مورد بررسی قرار داده اند.

- ۱- ادراک بیماران از متخصصان و کادر بهداشتی
- ۲- ادراک متخصصان و کادر بهداشتی از بیماران
- ۳- عدم تجانس و ناهماهنگی
- ۴- ادراک های رضایت آمیز.

ادراک بیماران نسبت به متخصصان و کادر پزشکی

فریدسن (Freidson) در شمار نخست پژوهشگرانی جای دارد که به ادراک بیماران نسبت به متخصصان اشاره

ب - ادراک درمانگران از بیماران

ج - ناهماهنگی بین ادراک ها

د - رضایت بخشی ادراک های طرفین

در مقاله حاضر هرکدام از زمینه های فوق به طور نسبتاً مشروح مورد بحث قرار می گیرند و تأکید می گردد که نه تنها مسایل فیزیکی (تجهیزات، وسایل و...) در مسئله درمان حایز اهمیت هستند، بلکه مسائل انسانی و روان شناختی (ادراک ها، تعامل ها و...) نیز حایز اهمیت فراوان می باشند.

کلید واژه ها:

ادراک (ادراک ها، تعامل ها و...)

ادراک Perception

ناهماهنگی (Incongruency) و عدم تجانس ادراکها

ادراک های رضایت بخشی

(Perceptions of Satisfaction)

ارتباط و تعامل

(Interaction & communication)

در اغلب موارد، ادراک افراد را می توان متغیر رابطی تصور نمود که بین دریافت و ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی نقش با اهمیتی را بازی می کند. بی تردید معنای ادراک و نقش آن در مسایل بهداشتی به معنی متأثر شدن عضو حسی به واسطه محرکی خاص نیست، بلکه شامل جنبه های روان شناختی است که لیدر (Ledere) و اندرسون و هلم (Anderson & Helm) (۱۹۷۹) آن را شامل عقاید، انتظارات، ارزیابی ها و عناصر شناختی دانسته اند که می تواند در عمل، کارکردها و تأثیرهای مختلفی را دربر گیرد.

از نیمه قرن بیستم بسیاری از پژوهشگران به این مسئله اذعان داشته اند که هر نوع بیماری در افراد می تواند ماهیتی ذهنی نیز داشته و تحت تأثیر دیدگاه فرد نسبت به جهان، اضطراب، به عنوان یک مشکل عینی، نیاز به در خدمات بهداشتی و پزشکی مطرح گردد.

از نظر این دو محقق، نظم و وقت شناسی پزشک یک رفتار مطلوب حرفه ای است و به نظر می رسد از دید بیماران، متغیر مورد نظر، رابطه نزدیکی با تخصص، میزان مراقبت، پای بند بودن به ارزش های انسانی، بی احساس نبودن، پولکی نبودن، و حتی مطلوبیت اجتماعی و دوست داشتنی بودن پزشک دارد.

براساس مطالعات و پژوهش های صورت گرفته مشخص گردیده است که چنین ارزیابی هایی با سن و جنس و حتی نژاد در ارتباط می باشد.

استراوس (Strauss) مشاهده کرد که بیماران سیاه پوست در مقایسه با بیماران سفیدپوست ادراک متفاوتی نسبت به درمان های پزشکی و خاصه دندان پزشکان دارند. سیاه پوستان نسبت به سفیدپوستان در زمان پروتز و ترمیم دندان درد بیشتری را احساس می کردند. تحقیقات تکمیل کننده نشان داده است که همین بیماران در زمان درمان دندان پزشکی، کلام انتقاد آمیز تری داشته و به اصل و نسب پزشک توجه بیشتری می کردند.

ادراک پزشکان و کادر پزشکی نسبت به بیماران

در اغلب موارد دیده شده است که متخصصان در ادراک های خود نسبت به بیماران، پیش داوری های خاصی دارند. مطابق با پژوهش هایی که در دهه ۱۹۷۰ به بعد، توسط مک کرانی، هورویس و مارتین (Mccran, Horowitz, Martin) (۱۹۷۸)، وربیروگ (Verbrigge) (۱۹۸۴)، وستبروک، نوردهالم و مک گی (Westbrook/ Nordholm/ Mc Gee) (۱۹۸۴) صورت گرفته است مشخص گردیده که دز بسیاری از تفکرهای قالبی متخصصان، نوعی سوگیری جنسی نهفته است و تشخیص هایی که گذاشته می شود گاهی بر اساس جنسیت افراد تغییر می کند. تشخیص هایی که به این صورت گذاشته می شوند می توانند باعث شرایط نامساعدی در رسیدگی به بیماران شده و حتی این احتمال را به وجود آورد که یک تشخیص واحد درد و جنس،

کرده است. در پژوهشی که وی در این زمینه به عمل آورد و گزارش مبسوط آن را به مرکز طراحی و خدمات بیمه سلامتی (HIP) ارائه نمود، بیمارانی که با پزشک معالج خود احساس نزدیکی و صمیمیت بیشتری داشتند، ارزیابی های مثبت تری دارند و ادراک متفاوتی را نسبت به پزشکان دیگر نشان می دادند. براساس تأکید فریدسن، به نسبتی که احساس نزدیکی و اعتماد در روابط بین فردی بیمار و پزشک وجود داشت، تغییرات ادراکی محسوس تری دیده می شد. یکی از عوامل حائز اهمیت در این پژوهش این بود که هر قدر مراقبان و کادر پزشکی صلاحیت بیشتری را نشان می دادند، بیماران ادراک و دیدگاه های موافق تری را گزارش می نمودند.

آدامسون و واتس (Adamson & Watts) دریافته اند بیمارانی که در زایشگاه بستری بودند نسبت به کادر تخصصی درمان ارزیابی بهتری داشتند. در صورتی که ارزیابی آن ها با تغییر تخصص و رتبه افراد (زیر دستان و بهاران) تغییر می نمود. این بیماران در ارتباط با کادر متخصص زایشگاه حالت پذیرش بیشتری داشتند و برای اطلاع رسانی و جلب حمایت آن ها تلاش ویژه ای به عمل می آوردند. به عبارت دیگر، بیماران بر اساس دیدگاه مثبتی که داشتند به پزشکان خود به طرق مختلفی کمک می نمودند. روش هایی که آن ها به پزشکان خود کمک می کردند شامل اطلاع رسانی صحیح، توضیح و تصحیح اطلاعات و ارائه به موقع مدارک بیمه بود. از نظر آدامسون و واتس کمک بیماران به نسبت اهمیتی بود که پزشکان نزد آن ها داشته و این احساس که بهبود بیماری مربوط به شرایط بهینه تعامل با پزشک می باشد.

لیدل و می (Liddell & May) در مطالعه ای که بر روی جمعیت بیمار مراجعه کننده به دندان پزشکان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ادراک آن هان نسبت به دندان پزشکان منظم و وقت شناس مطلوب تر از دندان پزشکان دیگر است.

(خودکشی) دارو مصرف کرده و یا این که در اثر وابستگی دارویی (اعتیاد) دچار مسمومیت شده بودند. مطابق با همین یافته ها، پی گیری درمانی برای بیماران مورد نظر، وابسته به ادراکی بود که کادر پزشکی از بیماران داشت.

پژوهش های بعدی وستبروگ و همکارانش (۱۹۸۴) نشان داده است که ادراک های کادر پزشکی (پرستاران، فیزیوتراپ ها، متخصصان و درمان گران) نسبت به بیماران تحت تأثیر فرهنگ متفاوتی است که در آن رشد می کنند. تأثیرهای فرهنگی معمولاً در اعتقاد و باور افراد نفوذ کرده و به طرز بارزی می تواند اعتقاد و مسئولیت پذیری افراد را نسبت به سلامتی دیگران تحت تأثیر قرار دهد.

فورد و همکارانش (Ford et al) (۱۹۶۷) براساس مطالعات انجام شده و تحلیل عوامل موثر بر آنها به این نتیجه رسیدند که ادراک کادر پزشکی با برخی از مؤلفه های خاص ارتباط نزدیکی دارد. از جمله مؤلفه های مورد نظر می توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف - همکاری بیماران با پزشکان

ب - مسئولیت پذیری

ج - سازگاری مناسب

د - قدرشناسی بیماران

هـ - اعتقاد به این که پزشکی یک حرفه است.

در هر حال ادراک متخصصان و بیماران تحت تأثیر جنبه های روانی / اجتماعی فرهنگ جامعه می باشد و اشکال متفاوتی را می تواند به خود گیرد. ادراک یک متخصص می تواند این باشد که نقش خود را به نحو مطلوب انجام دهد و آنچه را که مناسب و صحیح می داند برای بیمار خود اعمال نماید، حتی اگر بیمار آن را نخواهد و ادراک بیماران می تواند این باشد که پزشک و متخصصان باید آن ها را به عنوان انسان های منحصر به فرد نگاه کنند و افرادی قابل احترام بدانند.

عدم تجانس و ناهماهنگی ادراک ها

باتوجه به مطالب گفته شده می توان چنین نتیجه گرفت که ادراک بیماران و کادر پزشکی نسبت به یکدیگر

دوگانه رسیدگی را به خود اختصاص دهد. به این ترتیب، براساس ادراک هایی که متخصصان و کادر بهداشتی از جنسیت دارند، از آن نظر که به زنان به عنوان جنس ضعیف تر نگاه می شود، رسیدگی متفاوتی را ایجاد کند. بر این اساس گاهی یک نوع رویارویی بین مردان و کادر مراقبت کننده پیش می آید. در مطالعه ای که وربروگ (۱۹۸۴) به عمل آورد، در بخش های روان پزشکی، زنان و مردانی که به صورت یک سان تشخیص واحدی دریافت کرده و از نظر بالینی علائم یکسانی رانیز نشان می دادند، از خدمات متفاوتی برخوردار می شدند. این مسئله گاهی آن چنان به افراط کشیده می شد که تشخیص های ثانویه ای برای زنان در نظر گرفته می شد تا امکان ارائه خدمات بیشتر و متفاوت تر به آن ها میسر شود.

مطالعات تکمیل کننده نیز نشان داده است که نه تنها پیش دآوری های جنسی می توانند ادراک ما را تحت تأثیر قرار دهند بلکه وضعیت اقتصادی / اجتماعی بیماران نیز می توانند چنین تأثیری داشته باشند. گزارش هائی که از ۱۹۷۵ به بعد منتشر گردیده نشان می دهد پزشکی که دهه پنجم عمر خود را طی می کنند، بیشتر از جوان تر ها به موقعیت اقتصادی / اجتماعی بیماران اهمیت می دهند. هر چند یافته های مذکور با پژوهش های دیگر تعدیل و اصلاح شده اند، اما این اعتقاد هم چنان وجود دارد که هر قدر موقعیت اقتصادی / اجتماعی بیماران به پزشکان نزدیک و مشابه باشد، باتوجه بیشتری مواجه می شوند.

قدس (Ghodse) در اواخر دهه ۱۹۷۰، با پژوهشی که در بخش اورژانس بیمارستان های لندن به عمل آورد به این نتیجه رسید که کادر پزشکی، ادراک های متفاوتی نسبت به بیماران دچار مسمومیت دارویی (مصرف بیش از اندازه دارو) داشته و براساس همین تفاوت ها، خدمات یا ارتباطات متفاوتی را ایجاد می کردند. کادر پزشکی نسبت به بیمارانی که به طور تصادفی دچار مسمومیت دارویی شده بودند، ادراک های مطلوب تر و همدردی بیشتری داشتند تا آن هائی که به منظور از بین بردن خود

داشته و از درمان و بیماری خود زیاد شکایت می کنند.

به همین دلیل کارکنان بیمارستان ها از بیماران بد گریزانند. گاهی نیز رفتار بد این بیماران را با نادیده گرفتن و یا برخورد خشن با آن ها تلافی می کنند. در چنین وضعیتی این امکان وجود دارد که کادر پزشکی به قدری از شکایت های دائمی این بیماران به ستوه آیند که از تغییرهای مهم حال بیمار غافل گردند. از این خطرناکتر آن که ممکن است براساس شواهد ناقص و نادرست تصور کنند که مثلا هیجان زدگی بیمار مستلزم مصرف دارو است و یا این که تعادل فیزیولوژیائی آن ها بر هم خورده است و باید تحت درمان قرار بگیرند. این وضعیت هنگامی بفرنج تر می گردد که مبادرت به ترخیص زود هنگام بیمار می کنند. علاوه بر نقش خوب یا بد در بیمار، وضعیت اقتصادی/ اجتماعی می تواند به تعارض بین بیمار و کادر پزشکی دامن بزند. این وضعیت خصوصا در موقعیت های قبل از عمل جراحی نمود بارزتری پیدای می کند. معمولاً مردان بیمار در بعضی جوامع در موقعیت های قبل از عمل جراحی نسبت به لمس فیزیکی پرستاران واکنش منفی نشان می دهند و دچار اضطراب می گردند. در صورتی که زنان معمولاً واکنش های ملایم تری نشان می دهند. (بارون و برن (Baron, Byrne) (۱۹۹۴).

ادراک رضایت بخش

همان گونه که از این عنوان پیداست، بیماران نسبت به ارزیابی هایی که از درمان های پزشکی به عمل می آورند، حالت مثبتی داشته و کادر پزشکی نیز در روابط خود با بیماران احساس رضایت بیشتری می کنند. بی تردید رضایت بخشی یک ارتباط، مسئله کاملاً پیچیده ای است.

رضایت را می توان شامل موارد زیر دانست:

الف - اعتماد کردن به کادر پزشکی

ب - نیازهای موجود طرفین

ج - شخصیت و ویژگی های بیماران

می تواند هماهنگ یا ناهماهنگ بوده و باعث سازگاری و توافق یا عدم سازگاری و تعارض شود. هرکدام از آن ها ممکن است نسبت به دیگری دیدگاهی منفی یا مثبت داشته باشند. دیدگاه مثبت یا منفی هر یک نیز می تواند تحت تأثیر موقعیت اقتصادی/ اجتماعی، جنسیت، سن، زیبایی و... قرار گیرد.

براساس ارزیابی ها می توان شکست در برنامه های درمانی را توجیه کرد. در واقع می توان شکست در برنامه های درمانی را به طور کلی به شکست در ارتباط بین بیمار و کادر پزشکی نسبت داد که منجر به/ یا ناشی از تعارض هائی است که بین پزشک و بیمار به وجود می آید.

معمولاً در چنین مواقعی اصطلاحی که از سوی کادر پزشکی مطرح می شود، اصطلاح بیمار خوب یا بیمار بد است. مطابق نظر تیلور (Taylor)، بیماران خوب به بیمارانی گفته می شود که با کارکنان بیمارستان همکاری می کنند، کمتر سؤال و شکایت می نمایند و نقش فعالی را در درمان بازی نمی کنند. این بیماران را می توان نسبتاً منفعل تصور نمود. از این نظر این امکان وجود دارد که اطلاعات نادرستی در مورد حالت و درمان خود در اختیار کارکنان بیمارستان قرار دهند زیرا نمی خواهند با پرسش، دیگران را ناراحت کنند. از سوی دیگر این امکان نیز وجود دارد که بیماران خوب دچار حالت درماندگی آموخته شده شوند. زیرا احساس می کنند که تلاش آن ها برای کنترل اوضاع بی نتیجه خواهد بود و بنابراین از تلاش کردن دست می کشند (اگرچه تلاش بی گیرانه آن ها ممکن است به ثمر برسد) به دلیل این که این بیماران متقاعد می گردند که بر اوضاع کنترل ندارند، دچار درماندگی شده و نقش منفعلی را در درمان خود بازی می کنند. به همین سبب، از جمله هیجان های رایج در این بیماران می توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد. در مقابل بیماران خوب، بیماران بد قرار دارند. از نظر کادر پزشکی، بیماران بد کسانی هستند که عصبانی و متخاصم بوده، توقعات زیادی

این موارد در کنار ادراک هایی چون:

"پزشکان افراد متخصصی هستند که مهارت های حرفه ای آن ها اجازه می دهد که به نحو مقتضی افراد بیمار را تحت درمان قرار دهند" احساس رضایت را معنای بخشند.

بر اساس پژوهش های صورت گرفته توسط راس (Ross)، سطوح اطمینان بخش تعامل بین متخصص و بیمار براساس میزان ارتباطی است که بین آن ها وجود دارد که خود موجب فراوانی برخوردها و تعامل های موفقیت آمیز می شود. فراوانی برخوردها و تعامل ها

باتوجه به دیدگاه مثبت طرفین نسبت به یکدیگر و نسبت به شرایط درمان، باعث ارتباط رضایت بخشی می شود. بی تردید موفقیت در درمان و تعامل اعتماد آمیز پزشک و بیمار، باعث می شود که اضطراب بیمار کاهش یابد، تحمل نسبت به درد با افزایش قابل توجهی رو به رو گردد و نتایج درمانی مثبتی به دست آید. مطابق همین پژوهش ها، مشخص گردیده است که ایجاد جو اعتماد آمیز بین پزشک و بیمار نه تنها از طریق کلام آن ها افزایش می یابد، بلکه توجه به زبان بدن آن ها نیز حائز اهمیت فراوان است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. Adamson, T.E. & Watts, P.A (1976) Patients' perceptions of maternity nurse practitioners. *Public Health Reports*. 66.
- Anderson, W.T. & Helm, D.T. (1979) The physician- patient encounter: a process of reality negotiation. In E.G. Jaco (Ed), *Patients, physicians and illness* (3 rd ed) New York.
2. Anderson, W.T. & Watts, P.A (1996) The patient's view. *Social science and medicine*. 31.
3. Baron, R.A. & Byrne, D. (1994) *Social psychology*. Allyn and Bacon. (7 ed).
4. Cate icchio, R.p. (1979). Testin plausible path models of interpersonal trust. *Social science and medicine*. 13A.
5. Ford A. B. & Liske R.E. & Ort R.S. & Denton J.C. (1967). *The doctors perspective*. Cleveland: The press of case Western Reserve University
6. Freidson E (1961) *patients view of medical practice*. New York: Russelsege Foundation.
7. Ghodse A.H. (1978). The attitudes of casualty staff and ambulance personal toward patients who take drug overdoses. *Social science and Medicine* 12.
8. Ghodse A.H. (1979) Recommendations by accident and emergency staff about drug-overdose patients. *Social science and medicine*. 13 A.
- 9 . Kasteler J. Kane, R.L. Olsen. D.M & Thetford C. (1979) Issus underlying prevalence of doctor- shopping behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 17.
10. Lederer, H.D. (1952). How the sick view their world. *Journal of social issues*. 11
- Liddell, A. & May, B. (1984) patients' perceptions of dentists' positive and negative attributes. *Social Science and Medicine*, 19.
12. McCranie, E.W. Horowitz, A.J. & Martin R.M. (1978). Alleged sex- rols sterotyp ingin the assessment of women's physical complaints. *Social Science and Medicine* 12.
13. Ross,C.E. & Duff, R.S. (1982) Returning to the doctor. *Journal of Health and Social Behavior*. 23.
14. Ross, C.E. Mirowsky, J. & Duff, R.S. (1982). Physician status characteristics and client satisfaction in two types of practice. *Journal of health and social Behavior*. 23.