

## تأثیر ساختار کلامی پزشک و بیمار بر میزان رضایتمندی بیماران<sup>۱</sup>

بهار سلمانیان<sup>۲</sup>

زینب محمد ابراهیمی<sup>۳</sup>

بلقیس روشن<sup>۴</sup>

فرهنگ بابا محمودی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱۱

تاریخ تصویب: ۹۳/۲/۷

### چکیده

از آنجا که مهارت‌های ارتباط کلامی پزشک از مهم‌ترین عوامل کسب اطلاعات لازم از بیمار، تشخیص و درمان بیماری و عامل مؤثری در رضایت بیمار است، سعی شده است تا در این پژوهش با استفاده از سبک

<sup>۱</sup> شناسه دیجیتال (DOI): 22051/jlr.2015.1826

<sup>۲</sup> دکترای رشته زبان‌شناسی همگانی، گروه زبان‌شناسی و زبان‌های خارجی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)؛

aghili70@mazums.ac.ir

<sup>۳</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی؛ z\_mebrahami@sbu.ac.ir

<sup>۴</sup> دانشیار گروه زبان‌شناسی و زبان‌های خارجی، دانشگاه پیام نور؛ bl\_rovshan@pnu.ac.ir

<sup>۵</sup> دانشیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران؛ farhangbabamahmoodi@mazums.ac.ir

پاسخ‌گویی کلامی طبقه‌بندی استایلز و اندازه‌گیری انواع پاره‌گفتارها، تأثیر ساختار کلامی پزشک و بیمار بر میزان رضایتمندی بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد. این مطالعه با جمع‌آوری اطلاعات ۲۶ پزشک و ۱۰۱ بیمار و ضبط مکالمات آنها و نظرسنجی میزان رضایتمندی بیمار در پنج مرکز آموزشی - درمانی دولتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. ۹۵/۱٪ از بیماران رضایت خود را از این گفتگو اعلام نمودند (۵۴/۵٪ راضی و ۴۰/۶٪ کاملاً راضی)؛ بین رضایتمندی بیماران و استفاده از پاره‌گفتارهایی که دلالت بر فهم کلام پزشک داشت یا در مورد نحوه درمان اعلام نظر می‌کرد، ارتباط معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/02$ )؛ بین استفاده پزشک از پاره‌گفتارهایی که دلالت بر آگاهی از وضعیت بیمار داشت و پاره‌گفتارهای نشان‌دهنده دریافت مفهوم کلام بیمار و رضایت بیمار نیز تفاوت معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ). زمانی که پزشک، بیماری و درمان را شرح داد و با سئوالاتی، بیمار متوجه شد که پزشک در پی یافتن مشکل اوست، درصد رضایت بیمار بالا رفت. بیشترین نارضایتی‌ها هنگامی بود که بیمار حس نمود پزشک کاملاً متوجه مشکل او نشده است یا زمانی که پزشک در اختیار وی گذاشته است، کافی نبوده است. استفاده پزشک از پاره‌گفتارهایی که اطلاعات عینی به بیمار می‌دهد یا کلماتی که بیمار را به ادامه کلام تشویق نموده، مکالمه را تسهیل کند، رضایت بیمار را افزایش می‌دهد و فرایند تشخیص و درمان بیماری تسهیل می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** ارتباط کلامی پزشک و بیمار، رضایتمندی بیمار،

طبقه‌بندی استایلز، سبک پاسخ‌گویی کلامی

## ۱. مقدمه

مهارت‌های ارتباط کلامی پزشک یکی از مهم‌ترین عوامل در روش مشاوره و معاینه می‌باشد و برای کسب اطلاعات لازم از بیمار و در نتیجه تشخیص و درمان ضروری است.

افراد می‌توانند با استفاده از مهارت‌های خاص بر خدمات پزشکی و درمانی تأثیر گذارند. از سویی دیگر، یکی از عوامل رضایتمندی بیمار در فرایند مراقبت بهداشتی و درمانی، داشتن تعامل کلامی مناسب با پزشک معالج خود می‌باشد. بر طبق منشور حقوق بیمار، معاینه و مشاوره پزشک با بیمار باید با در نظر گرفتن متغیرهایی همچون زبان، سن و جنس آنان باشد و اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله زبان، سطح تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد. بنابراین بررسی عواملی که بر این رابطه تأثیر گذار است به نظر ضروری می‌رسد. عدم برقراری یک ارتباط مناسب منجر به شکست در درمان شایسته بیمار می‌گردد و رضایت از ارتباط مناسب در تعاملات بین پزشکان و بیماران به‌عنوان موجودات بشری می‌تواند منجر به روند سریع‌تر درمان شود. استایلز<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۱: ۲۹۰) عقیده دارند در مواردی که این رضایت وجود نداشته باشد، در این روند اختلال ایجاد می‌گردد و اگر ناهماهنگی بین نظر پزشک و بیمار در مورد بیماری از بین نرود، عدم رضایت از جمله پیامدهای آن خواهد بود. هرچه در فرایند مشاوره پزشک اعتقاد بیشتری به بیمار محوری وجود داشته باشد، رضایت بیمار بیشتر خواهد بود (آربورلویس<sup>۲</sup> و برومبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲: ۶۱؛ پوتنام<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۵: ۷۴). بخش مهمی از رضایت بیمار نیز ارتباط مستقیم با مقدار اطلاعاتی دارد که از پزشک مستقیماً به دست می‌آورد (برتاکیس<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۱: ۱۷۵). استفاده از مهارت‌های مناسب ارتباطی نه تنها رضایت هر چه بیشتر بیمار را در پی خواهد داشت بلکه پزشک نیز احساس یأس نمی‌کند و از کارش رضایت بیشتری دارد (هان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷: ۴۱۹). در بسیاری از مطالعات، نتیجه گرفته شده که مکالمه بین پزشک و بیمار اساساً مکالمه‌ای برابر نیست و پزشکان با تعداد سئوالات بیشتر نسبت به بیماران، کنترل مکالمه را در دست دارند و بیماران نیز اغلب از این نوع رابطه احساس رضایت نمی‌کنند (هان و همکاران، ۲۰۰۷: ۴۱۹). عادلی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند یکی از معیارهای سنجش میزان رضایتمندی بیماران از نحوه

<sup>1</sup> Stiles

<sup>2</sup> Arborelius

<sup>3</sup> Bromberg

<sup>4</sup> Putnam

<sup>5</sup> Bertakis

<sup>6</sup> Han

حضور و عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی، توانایی ارتباط با بیمار و فن بیان بوده است. آنها همچنین نشان دادند که بین متغیرهای سن، تأهل، جنسیت، قومیت و سطح سواد و مفهوم رضایت همبستگی معناداری وجود ندارد. خدابخش و منصور (۱۳۹۰) نشان دادند از آنجا که همدلی در افزایش رضایت بیمار از فرایند درمان نقش مهمی دارد، بررسی تأثیری که همدلی در آموزش اخلاق پزشکی به عنوان عاملی تأثیرگذار در بهبود کیفیت روابط پزشک و بیمار ایفا می کند، می تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره به همراه داشته باشد. تاکت<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۵) بیان می کنند که پزشکان به ندرت از بیماران خود می خواهند تا نظراتشان را به صورت داوطلبانه ابراز نمایند (۶٪) و در حقیقت پزشکان اغلب نظرات بیماران را نادیده می گیرند و نظرات خود را مطرح می نمایند و اگر ناهماهنگی بین نظر پزشک و بیمار در مورد بیماری از بین نرود، درک ضعیف و عدم رضایت بیمار از جمله پیامدهای آن خواهد بود.

## ۲. مبانی نظری

از آنجایی که تحلیل کمی رفتارها بدون مقوله‌بندی‌های نظام‌مند حاصل نمی‌گردد، بر آن شدیم تا در قالب این پژوهش، ارتباط کلامی بین پزشک و بیمار تحلیل گردد. به بیان دیگر، از توصیف صرف رفتارهای ارتباطی که منجر به داده‌های مشاوره‌ای بهتر می‌شود بیرون آمده، به تعیین فرایندهای ارتباطی به صورت شاخص‌های تعریف شده و قابل اندازه‌گیری پردازیم که در تعاملات پزشکی کاربرد داشته باشد و بتواند به صورت معتبر در مدل‌های ارتباطی مورد استفاده قرار گیرد. بدین منظور در این تحقیق از طبقه‌بندی کلامی استایلز که شامل هشت نوع طبقه‌بندی است، استفاده شد.

استایلز در سال ۱۹۹۲ با استفاده از سیستم سبک پاسخ‌گویی کلامی<sup>۲</sup> (VRM) در مکالمات بین پزشک و بیمار، نوعی طبقه‌بندی را ارائه نمود که با کمک آن می‌توان با

<sup>۱</sup> Tuckett

<sup>۲</sup> Verbal Response Mode

اندازه گیری میزان به کارگیری انواع متفاوت پاره گفتارهای پزشک و بیمار در قسمت های متفاوت یک مکالمه و کمی نمودن این فرایند، ارتباط بین نوع پاره گفتارهای به کاررفته و میزان هماهنگی و محوریت مکالمه را مورد ارزیابی قرار داد.

سیستم VRM روشی برای تعیین و طبقه بندی تعاملات کلامی در رابطه بین پزشک و بیمار می باشد که بر اساس تئوری کارگفت<sup>۱</sup> بنا شده و به وسیله استایلز و پوتنام در تحلیل مکالمات پزشکی به کار برده شده است. سیستم VRM بر محتوای پاره گفتارها تأکید ندارد بلکه بر قصد یا جنبه ارتباطی ای که پاره گفتار در ارتباط برعهده دارد، تأکید می نماید. در به کارگیری این طبقه بندی، هر پاره گفتار دو بار کد گذاری می گردد: یک بار با توجه به صورت<sup>۲</sup> دستوری آن و بار دیگر با توجه به نیت ارتباطی یا معنای کاربردی<sup>۳</sup>. برای مثال پاره گفتار «می توانید دهانتان را باز کنید؟» کد QA می گیرد، یعنی دارای صورت سؤال و نیت دستور یا خواهش است. بنابراین طبقه بندی می تواند دارای ۶۴ ترکیب ممکن صورت- نیت باشد. ۸ مورد آنها سبک خالص<sup>۴</sup> هستند که صورت و نیت یکسان است و ۵۶ مورد آنها سبک آمیخته<sup>۵</sup> هستند که صورت و قصد در آنها متفاوت است. گفتمان پزشک و بیمار را می توان بر مبنای VRM در ۳ بخش شرح حال گیری، معاینه بدنی و نتیجه گیری مورد ارزیابی قرار داد. موضوعات VRM بیمار کاملاً با موضوعات VRM پزشک متفاوت است، گرچه هر دو در مورد موضوعات یکسان و در یک موقعیت با هم در تعامل کلامی هستند (استایلز و همکاران، ۱۹۷۹: ۳۳۵؛ استایلز، ۱۹۹۲: ۴). در سیستم VRM می توان تفاوت کلام و پاره گفتارهای به کار گرفته شده توسط پزشک و بیمار را در هر مرحله از فرایند گفتمان به صورت منسجم توصیف نموده، اندازه گیری کرد. البته تبادلات غیر کلامی نیز وجود دارند اما در این نوع تحلیل مورد استفاده قرار نمی گیرند.

خلاصه ای از ۸ طبقه بندی در جدول شماره ۱ آمده است. طبقات بر اساس صورت دستوری کلام و نیت به کار گرفته شده عبارتند از: آشکارسازی (D)، آگاه سازی (E)،

1 speech act

2 form

3 pragmatic meaning

4 pure mode

5 mixed

توصیه (A)، تأیید (C)، پرسش (Q)، تصدیق (K)، تفسیر (I) و بازتاب (R). در این مطالعه با استفاده از این طبقه‌بندی، با تعیین انواع خاص تبدلات کلامی و پاره‌گفتارها در تعامل کلامی پزشک و بیمار و با استفاده از یک پرسش‌نامه استاندارد، میزان رضایتمندی بیماران، تعامل کلامی و تأثیر آن در رضایتمندی بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت.

### ۳. روش‌شناسی

این تحقیق با استفاده از روش میدانی و تحلیل آماری داده‌ها در جامعه آماری پزشکان متخصص عضو هیئت علمی در پنج مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. جمعیت نمونه به صورت تصادفی و در صورت توافق با مشارکت در مطالعه انتخاب شد. مکالمات بین ۲۶ پزشک و ۱۰۱ بیمار با یک دستگاه ضبط صوت خبرنگاری ضبط شده، جهت تحلیل داده به صورت نوشتاری پیاده شد. آن‌گاه طبق اصول طبقه‌بندی استایلز، پاره‌گفتارها تفکیک و کدگذاری شدند. کدها شمارش شدند و به تفکیک پاره‌گفتارها (جمله‌ها، بندهای وابسته) مربوط به پزشک و بیمار بر اساس جنسیت دسته‌بندی گردیدند. به هر پاره‌گفتار دو کد اختصاص یافت که اولین کد مربوط به صورت دستوری پاره‌گفتار و دیگری مربوط به نیت آن بود. کدها شمارش شدند و به تفکیک پاره‌گفتارها در ۴۷ گروه دسته‌بندی گردیدند. بدین ترتیب دستیابی به یک توصیف دقیق از مکالمات بین پزشک و بیمار بر اساس اصول علمی ممکن شد. برای اندازه‌گیری میزان رضایتمندی بیماران از یک پرسش‌نامه که برگرفته از پرسش‌نامه استاندارد PSQ-18 (مارشال<sup>۱</sup> و هیز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴) با مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت<sup>۳</sup> (بسیار مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، بسیار موافقم) بود، استفاده شد. این طبقات با اختصاص اعداد ۱-۵ به صورت فاصله‌ای امتیازدهی شد. پایایی<sup>۴</sup> و همسازی درونی این گویه‌ها با کمک آلفای کرونباخ<sup>۵</sup> تعیین شده ( $\alpha=0/۸۹۴$ ) که این مقدار نشان‌دهنده همسازی بالای درونی

<sup>1</sup> Marshall

<sup>2</sup> Hays

<sup>3</sup> Likhert

<sup>4</sup> reliability

<sup>5</sup> Cronbach's Alpha

گویه‌ها بود. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS و با انجام آزمون‌های t، آزمون کای دو<sup>۱</sup>، آنوای یک‌طرفه<sup>۲</sup> و آزمون‌های غیر پارامتریک انجام گردید.

#### ۴. یافته‌ها

از آنجا که نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود، تعداد ۱۱ پزشک زن و ۱۵ پزشک مرد با مرتبه‌های علمی ۲ نفر دانشیار و ۲۴ نفر استادیار، همگی متأهل بودند. زبان به کار گرفته شده پزشکان شامل زبان فارسی معیار ۱۸ نفر، زبان ترکیبی فارسی و گویش مازندرانی (محلی) ۷ نفر و گویش محلی تنها یک نفر بود.

از مجموع ۱۰۱ بیمار، ۶۹ زن و ۳۲ مرد با میانگین سنی به ترتیب ۴۶ و ۴۲ سال بودند. میانگین زمان مکالمه  $(X=281/92)$  و انحراف استاندارد آن  $(SD=170/483 S)$  است. حداقل زمان مکالمه  $Min=67 S$  و حداکثر زمان نیز  $Max=888 S$  می‌باشد. مشخصات فردی بیماران در جدول شماره ۲ و مشخصات پزشکان در جدول شماره ۳ آمده است. تمامی پاره‌گفتارهای این پژوهش شمارش گردیده، در سه بخش شرح حال‌گیری، معاینه و نتیجه‌گیری مشخص شد و آن‌گاه کد‌گذاری گردید (جدول شماره ۴). ۸ کد به صورت خالص و سایر کدها به صورت آمیخته آمده است. جهت بررسی از کدهایی با فراوانی بالاتر از ۵ درصد استفاده شد زیرا دیگر کدها که فراوانی زیر ۵ درصد داشتند از تعداد قابل ملاحظه‌ای برخوردار نبودند (جدول شماره ۵).

متغیرهای رضایتمندی و ارتباط کلامی بین پزشک و بیمار در این فرضیه دارای سطح سنجش فاصله‌ای بوده، لذا جهت بررسی رابطه معناداری میان آنها از ضریب همبستگی پیرسون<sup>۳</sup> استفاده شده است. مقدار، جهت و سطح معناداری این ضریب نشان می‌دهد بین پاره‌گفتارهای KK بیمار، KC بیمار، UK بیمار، AA بیمار و II پزشک و رضایتمندی‌ها با اطمینان ۹۹ درصد در سطح ۰/۰۱ رابطه مستقیم و تقریباً متوسطی وجود دارد. بین پاره‌گفتارهای KK پزشک، EE بیمار، EE پزشک، DD بیمار، QQ بیمار، QQ پزشک،

<sup>1</sup> chi-square tests

<sup>2</sup> one-way Anova

<sup>3</sup> Pearson correlation coefficient

KC پزشک و رضایتمندی رابطه مستقیم و نسبتاً ضعیفی وجود دارد. در پاره گفتارهای DD پزشک، DE پزشک، DE بیمار، ED بیمار، ED پزشک و UK پزشک رابطه معناداری وجود ندارد.

در این مطالعه بین متغیرهای جنسیت، سن، میزان تحصیلات، محل سکونت، مدت زمان مکالمه و نوع زبان به کار گرفته شده در مکالمات و میزان رضایتمندی بیماران اختلاف معنی دار به دست نیامد ( $P > 0.05$ ).

### ۵. تحلیل یافته‌ها

از نظر عدم ارتباط متغیرهای زبان، سن، تأهل، جنسیت و سطح سواد و تأثیر آنها بر مفهوم رضایتمندی، این پژوهش با تحقیقی که عادل و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام دادند، همخوانی دارد. آنها نیز نشان دادند که بین این متغیرها و میزان رضایتمندی همبستگی معناداری وجود ندارد. در مورد زبان، شاید بتوان گفت که با وجود آن که زبان بومی بیماران، مازندرانی است، به این دلیل که فارسی، زبان معیار است و دیگر گویش‌ها و زبان‌های بومی را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد، تنوع استفاده از زبان (مازندرانی، فارسی) بر رضایتمندی بیماران تأثیری نگذاشت. در مورد جنسیت گرچه از لحاظ آماری تفاوت معنی دار نبود، میزان رضایتمندی خانم‌ها از آقایان بیشتر بود (خانم‌ها ۴/۵ و آقایان ۴/۲۸ از مقیاس ۵ لیکرت). این امر شاید از این نظر باشد که از بین ۶۹ زن، ۴۷ نفر دارای مدرک زیر دیپلم و ۱۹ نفر دارای مدرک دیپلم بودند. این سطح سواد در کم بودن انتظار از پزشک مؤثر است، زیرا آنها فاصله سطح اطلاعات و آگاهی بین خود و پزشک را زیاد می‌بینند و به همین دلیل هر چه که پزشک می‌گوید برای آنان کافی است و به همین لحاظ اعتماد نیز بالا می‌رود. هنگامی که اعتماد به پزشک بالا باشد، میزان رضایتمندی نیز افزایش می‌یابد.

با توجه به جدول گویه‌های بیماران در خصوص مکالمه و درصد رضایتمندی آنها از مکالمات و ویزیت پزشکان مشخص گردید صرف نظر از میزان مکالمات بین پزشک و بیمار و یا فرصت اختصاص یافته برای هر بیمار، ۹۵/۱ درصد از بیماران رضایت کلی خود



را از این گفتگو اعلام نمودند (۵/۵۴ درصد راضی و ۶/۴۰ درصد کاملاً راضی) و تنها ۹/۴ درصد بیماران گویه «نظری ندارم» را انتخاب کردند و در نهایت هیچ یک از بیماران ناراضیتی کامل خود را از مجموع مشاوره پزشکی خود اعلام نکردند.

این نتایج مخالف یافته‌های برتاکیس می‌باشد که ذکر نموده است هنگامی که پزشکان سهم بیشتری در مکالمه داشتند میزان رضایت بیماران کم می‌شد؛ در صورتی که در مطالعه حاضر با آن که سهم پزشکان بیشتر بود، این امر تأثیری چندانی در رضایتمندی نداشت. این امر شاید در ایران تعجب برانگیز نباشد زیرا میزان آشنایی کم بیماران با مسائل پزشکی و نیز بالا دانستن پزشک و مقام پزشکی در این امر مؤثر است. شاید بیماران بیشتر دوست دارند پزشک صحبت کند تا خودشان. یک مسئله تأثیرگذار دیگر هم می‌تواند این باشد که ایرانی‌ها در این گونه موارد کم‌روتر هستند یا شاید مسائل پزشکی و بیماری جسمی برای بیمار از جمله تابوها (الفاظ ممنوعه) یا نزدیک به آن باشد و بیمار نتواند به راحتی صحبت کند.

البته باید این نکته را در نظر داشت که نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش همگی به مراکز درمانی دانشگاهی دولتی مراجعه نموده بودند که در آنها پزشکانی که همگی جزو اعضای هیئت علمی هستند، به طبابت اشتغال دارند. در ضمن به دلیل دولتی بودن این مراکز، هزینه درمان در مقایسه با مراکز خصوصی بسیار پایین است. به عبارت دیگر، بیماران خدمات مناسب و خوبی را با پرداخت هزینه پایین دریافت می‌نمایند. این امر در میزان رضایتمندی آنان تأثیر به‌سزایی داشته است.

بر اساس ارزیابی گویه‌های بیماران در پرسش‌نامه می‌توان نتیجه گرفت که برخورد دوستانه و محترمانه و اعلام این که پزشک کاملاً به حرف‌های آنها گوش نموده است و در معاینه دقت لازم را به خرج می‌داده است و زمان کافی نیز برای توضیح بیماری اختصاص داده است، در رضایتمندی بیمار تأثیر داشته است.

متغیرهای رضایتمندی و ارتباط کلامی بین پزشک و بیمار نشان داد که گفتارهای KK، KC، UK و AA بیمار و II پزشک ارتباط مستقیم و متوسطی با رضایتمندی بیماران داشت. به عبارت دیگر، هرگاه بیماران از علائم و مفاهیمی که دلالت بر دریافت مفهوم کلام

پزشک داشت، استفاده کردند (KK) و یا اجازه یافتند نظرات خود را برای نحوه درمان مانند پیشنهاد تجویز داروهایی که قبلاً استفاده می کردند و اکنون نیز به آنها نیاز دارند، اعلام کنند (AA) و یا این که به واسطه احساس قدردانی از پزشک از پاره گفتارهایی که دلالت بر سپاس و دعای خیر دارد، استفاده نمایند (UK)، رضایت آنان از مجموع فرایند مکالمه بسیار بالا بود.

از سویی دیگر، هرگاه پزشک از پاره گفتارهایی که دلالت بر آگاهی از وضعیت بیمار دارد استفاده کرد (II)، میزان رضایت بیمار از این مکالمه افزایش یافت زیرا بیمار احساس کرد پزشک از مشکل او آگاهی یافته که از این عبارات استفاده کرده است.

این مسئله در مورد پاره گفتارهای EE، KK، QQ و KC پزشک و EE و DD بیمار با میزان ضعیف تری صادق است. به بیانی دیگر، هرگاه پزشک با پاره گفتارهایی نشان می داد که مفهوم کلام بیمار خود را دریافت نموده یا از کلمات تسهیل کننده که آنها را به ادامه کلام تشویق نماید، استفاده کرد (KK) و یا با بیان اطلاعات و آگاهی های عینی، بیماری و درمان را برای وی شرح داد (EE) و یا سئوالاتی را مطرح نمود که بیمار فهمید پزشک در پی یافتن مشکل اوست (QQ) و از عبارات دال بر دریافت کلام بیمار به همراهی تصدیق آن (KC) استفاده نمود، میزان رضایت بیمار بالا رفت. از سوی دیگر، هرگاه بیمار توانست اطلاعات بیماری خود را چه با عباراتی که دلالت بر مفاهیم و حقایق عینی داشت (EE) و چه عباراتی که نشان دهنده افکار، احساسات و یا نیات او بود (DD) ارائه دهد، رضایت وی بالا رفت اما به میزان ضعیف تر. این نتایج نشان داد که استفاده از پاره گفتارهای خاص در تعامل کلامی بین پزشک و بیمار کمک می کند تا ارتباط بهتری بین آنان برقرار شود و در نتیجه فرایند تشخیص و درمان بیماری تسهیل گشته، رضایتمندی بیماران را در پی خواهد داشت. این یافته ها با تحقیقاتی که استایلز و دیگر محققان انجام دادند مطابقت دارد (استایلز و همکاران، ۱۹۷۹؛ استایلز، ۱۹۸۵؛ استایلز و همکاران، ۱۹۹۱). آنها در تحقیقات خود نشان دادند هر چه پزشک از آگاه سازی بیشتر استفاده می کرد، میزان رضایتمندی بیمار بالاتر بود. آنها همچنین نشان دادند که هنگامی که بیماران از عباراتی که مربوط به شرح وضعیت خود بود، استفاده می کردند، رضایت بیشتری داشتند و نیز هنگامی رضایت

حاصل می‌شد که انتقال اطلاعات درباره بیماری و درمان از سوی پزشک به سمت بیمار به‌طور کامل باشد. از دیگر یافته‌های آنها این بود که هنگامی که پزشکان از کلماتی استفاده می‌کردند تا بیمار ترغیب به ادامه کلام شود و راجع به مسائل خود صحبت کند، رضایت بیمار بالا می‌رفت.

در تحقیقی دیگر، هال و همکاران نشان دادند رضایت بیمار ارتباط مستقیم با مقدار اطلاعاتی دارد که از پزشک مستقیماً به دست می‌آورد (هال و همکاران، ۱۹۸۸: ۶۵۷). این نتیجه با آنچه در این پژوهش به دست آمد، همخوانی دارد. در این پژوهش نیز بالاترین تعداد پاره‌گفتار در بخش نتیجه‌گیری به EE اختصاص داشت که پزشک با استفاده از آن اطلاعات عینی را در اختیار بیمار قرار می‌دهد.

بیشترین نارضایتی‌ها به مواردی مربوط می‌شود که بیمار حس می‌کرد پزشک به‌طور کامل متوجه مشکل او نشده است (۴/۹ درصد از بیماران با میانگین ۲/۶ از ۵ بر طبق نمره‌گذاری لیکرت) یا احساس می‌کرد که مدت زمانی که پزشک در اختیار وی گذاشت تا راجع به بیماری خود توضیح دهد، کافی نبود (۱۲/۸۷ درصد با میانگین ۲/۷۷). از دیگر موارد نارضایتی، میزان وقت کلی اختصاص یافته برای ویزیت بود که بیماران آن را کافی نمی‌دانستند و انتظار داشتند که زمان بیشتری به آنها اختصاص یابد، زیرا حس می‌کردند که برخی از سؤال‌های آنها بی پاسخ مانده است (۶/۹۳ درصد با میانگین ۲/۵۷).

در هر حال، توسعه مناسب مهارت‌های ارتباطی و توصیف آن به روشی نظام‌مند و مبتنی بر اصول علمی، برای پزشکان امری لازم شمرده می‌شود و از آنجا که پزشکان نباید فراموش کنند که ارتباطشان با بیماران بیشتر از نوع ارتباط کلامی است و نتیجه مکالمات بین آنان، یافتن راه‌های موثرتر و سریع‌تر برای درمان مشکل بیمار می‌باشد، آگاهی یافتن از عوامل مؤثر در این تعامل می‌تواند در حصول به نتیجه دلخواه به کمک پزشکان و بیماران آید و جهت آموزش مهارت‌های گفتگو و مکالمه پزشکی مورد استفاده قرار گیرد و از این طریق در امر درمان، بهبود حاصل شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد به‌منظور تبیین بهتر موضوع، مشابه این مطالعه در مراکز درمانی دیگر صورت گیرد.

**جدول ۱: خلاصه‌ای از معیارهای VRM (استابلز، ۱۹۹۲: ۱۶)**

مشخصات کدها	صورت کدها
اخباری، اول شخص مفرد یا جمع؛ بیان کننده افکار، احساسات، ادراکات یا نیت است.	آشکارسازی <sup>۱</sup> (D)
اخباری، سوم شخص. برای مثال: «او» یا اسم مفرد. بیانگر اطلاعات عینی است.	آگاه‌سازی <sup>۲</sup> (E)
امری یا دوم شخص با فعل کسب اجازه یا نهی یا اجبار. سعی در راهنمایی دارد. شامل هدایت رفتار، پیشنهاد، دستور، اجازه و نهی می‌باشد.	توصیه <sup>۳</sup> (A)
اول شخص جمع (ما) که ارجاع شامل «دیگری» هم می‌شود یعنی با استفاده از کلمه «ما» هم به گوینده اشاره می‌کنیم و هم به «دیگری». به مقایسه تجربه گوینده با دیگری می‌پردازد؛ شامل موافقت، مخالفت یا تجربیات و عقاید مشترک است.	تأیید <sup>۴</sup> (C)
با استفاده از کلمات پرسش یا تغییر تن صدا. درخواست اطلاعات و راهنمایی است.	پرسش <sup>۵</sup> (Q)
پاره‌گفتارهای غیرواژگانی یا بدون مضمون، واژگان خطابی یا احوال‌پرسی. دلالت بر دریافت اطلاعات از دیگری دارد	تصدیق <sup>۶</sup> (K)
دوم شخص مفرد یا جمع، فعل بر توانایی دیگری دلالت دارد، عباراتی که نشان‌دهنده ارزیابی است. قضاوت یا ارزیابی تجربه یا رفتار دیگری است.	تفسیر <sup>۷</sup> (I)
دوم شخص مفرد یا جمع، فعل بر تجربه یا عمل ارادی دلالت دارد. تجربه دیگری را در قالب کلمات بیان می‌کند. این امر از طریق دوباره‌گویی، تکرار و توضیح انجام می‌پذیرد.	بازتاب <sup>۸</sup> (R)

<sup>1</sup> disclosure

<sup>2</sup> edification

<sup>3</sup> advisement

<sup>4</sup> confirmation

<sup>5</sup> question

<sup>6</sup> acknowledgment

<sup>7</sup> interpretation

<sup>8</sup> reflection

جدول ۲: مشخصات بیماران و درصد فراوانی آنها

درصد فراوانی	مشخصات بیماران	
۶۸/۳	زن	جنس
۳۱/۷	مرد	
۸۰	شهر	محل سکونت
۲۰	روستا	
۶۱/۴		تحصیلات
۳۲/۶	دیپلم	
۶/۰	بالتر از دیپلم	
۸۸/۲	متاهل	تاهل
۱۸/۸	مجرد	
۶۳/۸۴	فارسی معیار	زبان مکالمه
۱۹/۸	ترکیبی فارسی و گویش محلی	
۱۶/۸	گویش محلی	
۹/۹	کمتر از ۱۵ سال	سن
۷/۲۸	۱۶-۳۵	
۴/۴۲	۳۶-۵۵	
۱۹/۸	۵۶ و بالاتر	
۸۲/۳	خانه‌دار	شغل (زن)
۳/۴	کارمند	
۲/۹	آزاد	
۱/۴	بازنشسته	
۳/۱	بیکار	شغل (مرد)
۱۸/۸	کارمند	
۵۰	آزاد	
۳/۱	کشاورز	
۶/۳	بازنشسته	
۱۹/۷	در حال تحصیل	

**جدول ۳:** مشخصات پزشکان و درصد فراوانی آنها

درصد فراوانی	مشخصات پزشکان	
	۴۲/۳	زن
۵۷/۷	مرد	
۷/۷	دانشیار	مرتبه علمی
۹۲/۳	استاد یا ر	
۱۰۰	متاهل	تاهل
۷۳/۱	فارسی	نوع زبان مکالمه
۳/۸	گویش مازندرانی (محلی)	
۲۳/۱	ترکیبی	

**جدول ۴:** توصیف مجموع پاره گفتارهای پزشک و بیمار در سه مرحله شرح حال گیری، معاینه و

نتیجه گیری و درصد فراوانی آنها

گروه	بیمار (درصد)	پزشک (درصد)	مجموع (درصد)
شرح حال گیری	۲۷۸۰ (۵۳/۳۵)	۲۴۹۷ (۳۱/۹۷)	۵۲۶۶ (۱۰۰)
معاینه	۲۹۸ (۵/۷۲)	۷۱۵ (۹/۱)	۱۰۱۱ (۱۰۰)
نتیجه گیری	۲۱۳۳ (۴۰/۹۳)	۳۵۱۲ (۵۸/۸۶)	۶۷۱۰ (۱۰۰)
تعداد کل پاره گفتارها	۵۲۱۱ (۴۳/۶۶)	۷۷۷۶ (۵۶/۳۴)	۱۲۹۸۷ (۱۰۰)

**جدول ۵:** تعداد و درصد فراوانی پاره گفتارهای به کاررفته بالاتر از ۵ درصد

شاخصها کدها*	بیمار			پزشک		
	شرح حال (درصد)	معاینه (درصد)	نتیجه گیری (درصد)	شرح حال (درصد)	معاینه (درصد)	نتیجه گیری (درصد)
EE	۸۳۳ (۲۹/۹۷)	۱۰۶ (۳۵/۵۷)	۳۵۱ (۱۶/۴۶)	۲۸۱ (۱۱/۳)	۶۷ (۹/۳۹)	۱۲۹۱ (۲۸/۲۰)
DD	۵۷۴ (۱۹/۶۹)	۵۵ (۱۸/۴۶)	۳۷۸ (۱۷/۷۳)	---	۴۳ (۶/۰)	۴۶۹ (۱۰/۲۴)

پزشک			بیمار			شاخص‌ها کدها*
نتیجه گیری (درصد)	معاینه (درصد)	شرح حال (درصد)	نتیجه گیری (درصد)	معاینه (درصد)	شرح حال (درصد)	
---	---	---	۱۴۰ (۶/۵۷)	۴۰ (۱۳/۴۳)	۳۲۹ (۱۱/۸۴)	DE
---	---	---	۲۴۳ (۱۱/۴۰)	۵۰ (۱۶/۷۸)	۲۳۵ (۸/۴۵)	KC
۲۹۷ (۶/۴۸)	۸۷ (۱۲/۲۰)	۴۱۵ (۱۶/۷۰)	۱۹۷ (۹/۲۴)	۱۹ (۶/۳۸)	۲۱۵ (۷/۷۴)	KK
---	---	---	---	۲۳ (۷/۷۲)	۱۳۹ (۵)	ED
---	---	---	۱۲۰ (۵/۶۳)	---	---	UK
۳۵۴ (۷/۷۳)	۱۲۴ (۱۷/۳۹)	۱۰۰۷ (۴۰/۵۰)	۳۳۳ (۱۵/۶۱)	---	---	QQ
۱۲۱۳ (۲۶/۸۷)	۲۸۶ (۴۰/۱)	---	---	---	---	AA
۱۱۰۱ (۲۸/۸۲)	۱۰۸ (۱۴/۸۶)	۷۹۲ (۳۱/۸۵)	۳۵۴ (۱۶/۶۰)	۵۲ (۱۷/۴۵)	۴۵۵ (۱۶/۳۷)	سایر حالت‌ها

\* اولین حرف از سمت چپ مربوط به کد صورت دستوری و دومین حرف مربوط به کد نیت در پاره گفتار می‌باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

## منابع

خدابخشی، محمدرضا و پروین منصوری (۱۳۹۰). «همدلی و بازیابی نقش آن در بهبود روابط

پزشک - بیمار». *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۴ (۳). صص ۴۶-۳۸.

عادلی، سید حسن، محمد جواد قاسم‌زاده، صادق علی تازی، اکرم حیدری، امیر حسین

شکروی و پویا پارسی (۱۳۹۱). «بررسی میزان رضایتمندی بیماران بستری از حضور و

نحوه عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی بر بالین آنها در مراکز آموزشی - درمانی

شهرستان‌های قم و کاشان در سال ۱۳۸۹». *مجموعه مقالات سیزدهمین همایش کشوری*

آموزش علوم پزشکی. ص ۳.

- Arborelius, E. & S. Bromberg (1992). "What can Doctors Do to Achieve a Successful Consultation?". Videotaped Interviews Analyzed by the 'Consultation Map' Method *Fam. Pract.* 9. pp. 61-66.
- Bertakis, K. D., D. Roter & S. M. Putnam (1991). "The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction". *Medical Care.* 32 (2). pp.175-181.
- Hall, J. A., D. R. Roter & N. R. Katz (1988). "Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters". *Medical Care.* 26. pp.657-675.
- Han, Z. Li, Naghmeh G. Desroches, Young-Ok Yum, Corinne Koehn, George Deagle (2007). "Asymmetrical Talk between Physicians and Patients: A Quantitative Discourse Analysis". *Canadian Journal of Communication.* vol 32. pp. 419-430.
- Marshall, G. N. & R. D. Hays (1994). "The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18) CA: RAND.". RAND Publication No. P-7865. Santa Monica.
- Putnam S., W. Stiles, M. C. Jacob & A. S. James (1985). "Patient Exposition and Physician Explanation in Initial Medical Interviews and Outcomes of Clinic Visits". *Medical Care.* vol 23. pp. 74-83.
- Stiles, W. B. (1985). "Measuring Roles in Service Encounters: The Verbal Exchange Structure". *The Service Encounter.* J. A. Czepiel, M. R. Solomon & C. Surprenant (eds.). pp. 213-223.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Describing Talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes.* Oxford, USA.
- Stiles, W. B., S. Putnam, M. H. Wolf & S. A. James (1979). "Interaction Exchange Structure and Patient Satisfaction with Medical Interviews". *Medical Care.* 17. pp. 667-681.
- Stiles W. B., W. Jr. Sloan, C. M. Meshot & T. M. Anderson ( 1991). "Taking a Closer Look: Psychotherapy Research at Miami University". *Programs of Psychotherapy Research* . L. E. Beutler (ed.). pp. 290-293.
- Tuckett D., M. Boulton, C. Olson & A. Williams (1985). *Meetings between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations.* London: Tavistock Publication.