



Phenomenological Study of Seeking a Second Medical Opinion

Simin Kazemi 

1. MD, PhD in Sociology, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: simin.kazemi@sbmu.ac.ir

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 18 November 2023

Received in revised form: 03 April 2024

Accepted: 12 June 2024

Published online: 15 July 2024

Keywords:

Second Opinion, Medicine, Uncertainty, Doctor-Patient Relationship, Health System..

ABSTRACT

out by a second doctor in the same medical field. Although a second opinion may provide the patient with benefits, it also suggests the inefficiency of modern medicine and the problems within the health system. Additionally, it may result in patient confusion and the squandering of resources. The study aims to identify, based on the experiences of patients who have sought a second opinion, the phenomenon of "second medical opinion" and the factors that influence it.

The data collected from interviews with 40 individuals who had obtained a second opinion for an illness were used in this phenomenological study.

Six factors influence the decision to seek a second medical opinion: the nature of the disease, the characteristics of medical knowledge and practice, the doctor-patient relationship, patient autonomy, structural factors (commercial medicine and commodification of health, differences in the level of development, lack of referral system and health insurances), and the guidance of the first doctor.

The issue of seeking a second medical opinion in Iran has been overlooked thus far. In the absence of any official guidance and protocol, patients seek a second medical opinion based on their perceptions and resources. The planning and administration of the second medical opinion can assist in the prevention of overuse of health resources and facilities, the reduction of patient confusion, and the reduction of treatment costs.

Cite this article: Kazemi, S. (2024). Phenomenological Study of Seeking a Second Medical Opinion. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 13(2): 203-219.

<https://doi.org/10.22059/jisr.2024.368317.1460>



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jisr.2024.368317.1460>



مطالعه پدیدارشناسانه جست‌وجوی نظریه دوم پزشکی

سیمین کاظمی^۱

۱. پزشک و دکتری جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

رایانامه: simin.kazemi@sbmu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	نظریه دوم پزشکی نظریه‌ای است که توسط پزشک دوم درباره نظر پزشک اول و تشخیص و درمانی که به بیمار پیشنهاد داده صادر می‌شود. گرچه کسب نظریه دوم ممکن است برای بیمار فوایدی داشته باشد، دلالت‌هایی همچون ناکارآمدی پزشکی مدرن و مشکلات نظام سلامت و پیامدهایی مانند سردرگمی بیماران، استفاده بیش‌ازحد از منابع و امکانات و تحمیل هزینه‌های اقتصادی به بیمار و نظام سلامت دارد. بررسی این پدیده از منظر جامعه‌شناسانه می‌تواند در شناسایی ابعاد خرد و کلان و مدیریت آن کمک‌کننده باشد. از این‌رو هدف این مطالعه، شناسایی پدیده نظریه دوم پزشکی و عوامل مؤثر بر آن براساس تجربیات بیماران است.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۷	این مطالعه پدیدارشناسانه، با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با ۴۰ نفر از کسانی که برای یک بیماری اقدام به گرفتن نظریه دوم پزشکی کرده بودند، انجام شد.
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱/۱۵	شش عامل بر جست‌وجوی نظریه دوم پزشکی مؤثر هستند: ماهیت بیماری، ویژگی‌های دانش و پراتیک پزشکی، رابطه پزشک-بیمار، اتونومی بیمار، عوامل ساختاری (شامل پزشکی تجاری و کالایی‌شدن سلامت، تفاوت سطح توسعه، فقدان نظام ارجاع و بیمه‌های درمانی) و هدایت پزشک اول.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۳	پدیده نظریه دوم در ایران موضوعی است که تاکنون نادیده گرفته شده و بیماران در نبود هر نوع راهنمایی و پروتکل رسمی براساس ادراکات و منابع خود به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند. برنامه‌ریزی برای هدفمندکردن نظریه دوم می‌تواند هم به کاهش سرگردانی بیماران و کاهش هزینه‌های درمانی آن‌ها کمک کند و هم از استفاده بیش‌ازحد از منابع و امکانات سلامت پیشگیری نماید
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۴/۲۵	
کلیدواژه‌ها:	
نظریه دوم پزشکی، رابطه پزشک-بیمار، عدم قطعیت، نظام سلامت	

استناد: کاظمی، سیمین (۱۴۰۳). مطالعه پدیدارشناسانه جست‌وجوی نظریه دوم پزشکی. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*, ۱۳(۲): ۲۰۳-۲۱۹.

<https://doi.org/10.22059/jisr.2024.368317.1460>



DOI: <https://doi.org/10.22059/jisr.2024.368317.1460>

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

۱. مقدمه و طرح مسئله

پزشکی مدرن در کنار توانایی‌ها و پیشرفت‌های روزافزونی، ویژگی‌هایی دارد که ممکن است به رنج بیماران بیفزاید. از جمله این ویژگی‌ها عدم قطعیت در پزشکی است. به این معنی که تشخیص‌ها و درمان‌های پزشکی عموماً مبتنی بر احتمالات هستند و قطعیت ندارند. علاوه بر این سابجکتیویته^۱ در تشخیص و درمان بیماری‌ها تعیین‌کننده است؛ یعنی با وجود شواهد محوری بودن پزشکی، تفسیر ذهنی پزشک در طرح تشخیص و تعیین شیوه درمان دخالت دارد. به همین علت ممکن است پزشکان مختلف در مواجهه با یک بیماری مشخص، نظرات متفاوتی داشته باشند. چنین وضعیتی موجب شده جست‌وجوی نظریه‌ی دوم به‌عنوان راه‌حل‌گریز از عدم قطعیت در بین بیماران رواج یابد.

نظریه‌ی دوم به معنی ارزیابی مجدد تشخیص و/یا درمان مطرح‌شده از سوی یک پزشک است که توسط پزشک مستقل دوم از همان رشته پزشکی انجام می‌شود (برگر^۲، ۲۰۲۰: ۲). به عبارت دیگر نظریه‌ی دوم به معنی جست‌وجوی نظر مستقل درباره‌ی تشخیص یا درمان بیماری توسط یک متخصص در همان رشته‌ای است که پزشک صادرکننده‌ی نظر اول، تخصص داشته است (الور^۳ و همکاران، ۲۰۲۰: ۱). نظریه‌ی دوم می‌تواند نظر اول را تأیید کند یا جایگزین‌هایی را ارائه دهد و مزایا و معایب هر گزینه‌ی درمانی را به تفصیل مورد بحث قرار دهد (لوبرگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۳۰۰).

اخذ نظریه‌ی دوم می‌تواند توسط پزشکان یا خود بیماران انجام شود. درخواست نظریه‌ی دوم توسط پزشک ممکن است زمانی رخ دهد که پزشکی که نظر اول را داده به دنبال مشاوره است یا در مراقبت‌های پیچیده تخصص ندارد یا زمانی که اعتقاد بر این است که بیمار نیاز روانی به نظر اضافی در مورد تشخیص و طرح درمانی خود دارد. نظریه‌ی دوم بیمار-خواست ممکن است به دلایل مختلفی درخواست شود، اما اغلب برای دستیابی به قطعیت یا اطمینان بیشتر در مورد تشخیص و/یا گزینه‌های درمانی ارائه‌شده توسط پزشکی است که نظر اول را داده است (هیگ^۵، ۲۰۱۹: ۴۳۵۶). اغلب، نظریه‌های دوم زمانی درخواست می‌شود که هیچ توضیحی برای شکایات بیماران توسط پزشک اصلی پیدا نشود یا زمانی که درمان بی‌اثر باشد (برگر و همکاران، ۲۰۲۰: ۲). بیماران ممکن است از متخصص فعلی خود ناراضی باشند. ممکن است نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد بیماری یا درمان خود احساس کنند یا ممکن است آمیدی به نظری متفاوت از تشخیص یا درمان فعلی خود داشته باشند (اوکاموتو^۶، ۲۰۱۵: ۸۲۷). نظریه‌ی دوم می‌تواند از بیماران در فرایند تصمیم‌گیری در مواجهه با عدم قطعیت حمایت کند و نیز ممکن است به اجتناب از آزمایش‌ها و/یا مداخلات پزشکی غیرضروری کمک کند (می^۷، ۲۰۲۲: ۲). به‌طور کلی نظریه‌ی پزشکی دوم یک ابزار تصمیم‌گیری پزشکی برای بیماران، پزشکان، بیمارستان‌ها و بیمه‌گران است. برای بیماران، روشی برای کسب نظر اضافی در مورد تشخیص، درمان یا پیش‌آگهی بیماری از یک پزشک دیگر است. پزشکان ممکن است بیمار را به پزشک مشاور دیگری ارجاع دهند تا مشاوره و نظرات بیشتری کسب کنند. بسیاری از بیمه‌گران سلامت برنامه‌های نظریه‌ی دوم را برای کاهش هزینه‌های پزشکی و حذف درمان‌های ناکارآمد یا غیربهرینه‌ی الزامی می‌کنند (گرینفیلد^۸ و همکاران، ۲۰۲۱: ۱).

1. Subjectivity
2. Burger
3. Olver
4. Loehberg
5. Heeg
6. Okamoto
7. May
8. Greenfield

نظریه دوم اولین بار در اوایل دهه ۱۹۷۰ در ایالات متحده آمریکا، زمانی که چندین صندوق بیماری به دلیل تفاوت‌های منطقه‌ای و نرخ بیش‌ازحد جراحی به نظریه دوم مستقل برای اعمال جراحی خاص نیاز داشتند، معرفی شد (ویرسترا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰: ۲). برخی مطالعات بر ضرورت ایجاد سازوکاری برای استفاده از نظریه دوم تأکید دارند (سانچز^۲ و همکاران، ۲۰۲۱: ۲) و در بعضی کشورها این سازوکار فراهم شده است. وزارت بهداشت، کار و رفاه ژاپن توصیه می‌کند که بیماران در صورت تشخیص بیماری جدی، به‌ویژه سرطان، نظریه دوم را جست‌وجو کنند و بخشی از هزینه نظریه دوم را پوشش می‌دهد (اوکاموتو و همکاران، ۲۰۱۵: ۸۲۷). در سیستم مراقبت بهداشتی هلند، بیماران حق قانونی دارند که نظریه دوم را مطالبه کنند و نظریه دوم تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرد (برگر و همکاران، ۲۰۲۰: ۲). در آلمان، بسیاری از بیمه‌گران، طیف گسترده‌ای از برنامه‌های نظریه دوم را ارائه می‌کنند. علاوه‌براین، در میان بیماران، قبل از تصمیم‌گیری نهایی در مورد مداخلات پیشنهادی استفاده از یک رویکرد غیررسمی برای به‌دست‌آوردن نظر دوم، نسبتاً رایج است. این شکل «غیررسمی» نظریه دوم که توسط بیمار آغاز شده است، توسط بیمه درمانی قابل‌قبول است و معمولاً بازپرداخت می‌شود (بروخ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱: ۱).

برخلاف مطالعات وسیع در مورد نظریه دوم توسط پزشک، توجه نسبتاً کمتری به نظریه دوم بیمار-خواست شده است. این بی‌توجهی تعجب‌آور است؛ زیرا اصول مراقبت بیمارمحور بر نیاز به اطلاع‌رسانی به بیماران در مورد گزینه‌هایشان و ارائه مراقبتی که پاسخگوی نیازها، ارزش‌ها و ترجیحات آن‌ها باشد تأکید دارد؛ بنابراین، اطمینان از اینکه بیماران می‌دانند که حق دارند نظریه دوم را جویا شوند و حمایت از بیمارانی که ترجیحشان جست‌وجوی نظریه دوم است، با اخلاق مراقبت بیمارمحور همسو است (الور، ۲۰۲۰: ۱).

در ایران علی‌رغم اینکه کسب نظریه دوم در میان بیماران امری مرسوم و شایع است، ولی به‌طور رسمی مطرح نشده و سازوکار قانونی هم برای آن وجود ندارد. علت این امر می‌تواند فقدان نظام ارجاع باشد و اینکه بیمار به تشخیص و صلاحیت خود و بنا بر میزان منابع و وسع مالی‌اش می‌تواند به هر تعداد پزشک که بخواهد و بتواند مراجعه کند. بیمه‌ها هم معمولاً در این خصوص محدودیتی قائل نمی‌شوند. در واقع بیماران به حال خود رها شده‌اند که بین مطب‌ها و بیمارستان‌های مختلف بچرخند تا سرانجام تشخیص و درمان قانع‌کننده را بیابند یا اینکه به علت مراجعات مکرر خسته شوند و سرانجام نظر یک پزشک را بپذیرند. چنین وضعیتی تبعاتی هم برای بیماران و هم نظام سلامت و هم بیمه‌ها دارد، مانند سرگردانی بیماران، به‌خطرافتادن سلامت آن‌ها، ویزیت‌های غیرضروری، رقابت بین پزشکان و مراکز درمانی برای جذب بیمار، هدررفتن منابع، ناتوانی بیمه‌ها در پرداخت هزینه‌ها و طبقاتی شدن هر چه بیشتر خدمات درمانی. با اینکه به نظر می‌رسد نظریه دوم پزشکی مشکل شایعی در نظام سلامت باشد، تاکنون پژوهشی درباره آن انجام نشده است. با توجه به اهمیت موضوع و خلأ پژوهشی در این زمینه، این مطالعه با هدف شناسایی پدیده نظریه دوم پزشکی و عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

۲. پیشینه تحقیق

در ایران مطالعه‌ای در مورد نظریه دوم پزشکی انجام نشده، از این‌رو پیشینه تحقیق تنها شامل مطالعات خارجی است. می و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌شان دریافتند که میزان اعتماد به پزشک، نیاز به اطلاعات، رنج زیاد، کاهش عدم قطعیت، زمان انتظار طولانی برای گرفتن نوبت ویزیت، طولانی‌شدن طبابت، دوستان، خانواده و اینترنت به‌عنوان منابع اطلاعاتی در جست‌وجوی یک نظریه دوم مؤثر

1. Weyerstraß
2. Sanchez
3. Bruch

بوده‌اند. مطالعه اولور و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی نظریه‌دوم در مدیکال انکولوژی پرداختند نشان داد از ۵۷ بیمار که به‌دنبال نظریه‌دوم بودند، بیشترین دلایل ارائه‌شده برای انجام این کار نیاز به اطمینان (۴۹/۱ درصد) و نیاز به درنظرگرفتن طیف وسیعی از گزینه‌های درمانی (۴۱/۸ درصد) بود. از میان ۲۹۷ شرکت‌کننده (۸۳/۶ درصد) که به‌دنبال نظریه‌دوم نبودند، دلیل اصلی اعتماد به پزشک اول (۸۸/۷ درصد) بود. در مطالعه اوکاموتو و همکاران (۲۰۱۵) در ژاپن، از ۳۶۵ پاسخگو، ۶۷ نفر نظریه‌دوم را با پروتکل استاندارد در کلینیک نظریه‌دوم تجربه کرده و ۸۲ نفر نظریه‌دوم را در جای دیگری بدون دستورالعمل کسب کرده بودند. بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان، نظریه‌دوم را به‌عنوان راهی برای تغییر پزشک یا درمان، درک کرده بودند. در مطالعه شموئیل^۱ و همکاران (۲۰۱۹) ۲۱۴ نفر از ۳۳۹ پاسخ‌دهنده که در طول دوره مطالعه، نظریه‌دوم دریافت کردند، این کار را در یک مطب خصوصی انجام دادند (۶۳/۱ درصد). دلیل اصلی درخواست نظریه‌دوم از پزشک خصوصی به‌جای پزشک در سیستم دولتی، این فرض بود که پزشکان خصوصی حرفه‌ای‌تر هستند (۴۵/۷ درصد). با این حال، پاسخ‌دهندگانی که یک نظریه‌دوم از بخش خصوصی به‌دست آوردند، نه بیشتر از نظریه‌دوم راضی بودند و نه بهبودی در پیامدهای بالینی درک‌شده خود پس از نظریه‌دوم احساس کردند. مطالعه بن بساط (۲۰۱۹) نشان می‌دهد پزشکان کمتر احتمال دارد که بیماران مسن و کم‌تحصیلات را درمورد امکان جست‌وجوی نظریه‌دوم آگاه کنند و این ممکن است به نابرابری در مراقبت‌های بهداشتی منجر شود. گرینفیلد و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند بیمارانی که به‌دنبال نظریه‌دوم بودند، به‌دنبال کسب اطلاعات یا اطمینان بیشتر درمورد تشخیص یا درمان خود بودند. مطالعه حاضر، برای اولین بار به موضوع نظریه‌دوم پزشکی در ایران می‌پردازد و اولین گام درجهت پرکردن خلأ پژوهشی در این خصوص است.

۳. مرور مفاهیم

۳-۱. عدم قطعیت در پزشکی

عدم قطعیت یکی از ویژگی‌های پزشکی مدرن است و در همه تصمیم‌گیری‌های پزشکی وجود دارد (کلارک، ۲۰۲۲: ۱۶۹). چنان‌که اوسلر در توصیف پزشکی گفته است پزشکی علم عدم قطعیت و هنر احتمالات است (کیم و لی^۲، ۲۰۱۸). ایده احتمال، سنگ‌بنای علم پزشکی قابل‌اعتماد است. منطق احتمال نیز محدودیت‌های ذاتی دارد؛ به‌طوری‌که فقط با ردکردن یک فرضیه قادر به اثبات صحت احتمالی یک یافته است. علم پزشکی که ستون اصلی پراتیک پزشکی است، حتی اگر کیفیت عالی داشته باشد، همیشه با درجاتی از سابجکتیویته و خطا محدود می‌شود (کلارک، ۲۰۲۲: ۱۹). رنه فاکس معتقد است عدم قطعیت در پزشکی ناشی از محدودیت‌های دانش پزشکی، محدودیت‌های دانش شخصی و دشواری تمایز بین این دو است (مکینتاش و آرمسترانگ، ۲۰۲۰). درواقع پراتیک پزشکی بر علم ناکامل استوار شده است. علاوه‌براین پزشکان هم بی‌نقص و بی‌خطا نیستند (کلارک، ۲۰۲۲: ۲۴). برسفورد سه منبع عدم قطعیت پزشکی را توصیف کرد: فنی، شخصی و مفهومی. عدم قطعیت فنی از داده‌های علمی ناکافی یا ناقص ناشی می‌شود و می‌تواند به‌عنوان عدم قطعیت مربوط به داده‌ها درک شود. عدم قطعیت شخصی از یک رابطه نامطمئن پزشک و بیمار ناشی می‌شود. عدم قطعیت مفهومی، از مشکل در به‌کارگیری داده‌ها در موقعیت‌های واقعی ناشی می‌شود (کیم و لی، ۲۰۱۸).

۲-۳. پزشکی پدرسالارانه

پزشکی پدرسالارانه به انحصار پزشکی در تصمیم‌گیری و رویکرد به درمان بیماران ارجاع دارد. این مدل نقش منفعل را برای بیمار مناسب می‌داند و بیمار مجبور به کمک‌جویی هماهنگ با نظرات پزشک است. در رویکرد پدرسالارانه، پزشک معالج به منافع و خطرات هر گزینه وزن می‌دهد و براساس قضاوت و تجربه بالینی یک تصمیم را اتخاذ می‌کند. فرض بر این است که بیمار فاقد دانش پزشکی است و باید متکی بر تخصص پزشک باشد. این مدل نیازمند اعتماد مطلق بیمار به پزشک است. در این مدل، پزشک نقشی مقتدرانه بازی می‌کند و می‌تواند در صورت نیاز درمان مورد نظر را تحت عنوان خیر و صلاح و رفاه به بیمار تحمیل کند (امزت و رازوم، ۲۰۱۴). پدرسالاری پزشکی ممکن است همیشه به شکل سخت اعمال نشود، بلکه در قالب پدرسالاری نرم در جریان طبابت تداوم یابد. از آنجا که امروزه پزشکان عموماً می‌دانند که پدرسالاری سخت به معنای بی‌احترامی و ظلم به بیمار دارای صلاحیت است، تلاش‌های آن‌ها برای تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیری بیماران اغلب غیرعمدی است (لینو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱: ۱) و پدرسالاری بیشتر به شکل نرم اعمال می‌شود.

۳-۳. پزشکی تجاری

به معنی ظهور نوعی از پزشکی است که در آن، پزشکی از روابط تجاری و بازاری الگو می‌گیرد و انگیزه‌های اقتصادی بر تصمیم‌گیری بالینی تأثیر می‌گذارد. در مقاله کوپوسالو^۲ و مکینتاش، مراقبت‌های بهداشتی تجاری به این معنا تعریف شده است: ارائه خدمات و مراقبت سلامت از طریق روابط بازار به کسانی که قادر به پرداخت هزینه آن هستند؛ سرمایه‌گذاری مرتبط و تولید آن خدمات برای درآمد نقدی یا سود؛ و تأمین مالی مراقبت سلامت از طریق سیستم‌های پرداخت مبتنی بر پرداخت فردی یا بیمه خصوصی (کوپوسالو و مکینتاش، ۲۰۱۵). گسترش پزشکی تجاری، شیوه‌هایی را ایجاد کرده که با تحت تأثیر قراردادن منافع پزشک، با وظیفه پزشک در قبال منافع بیمار در تضاد است (گوسوا^۳، ۲۰۱۶). وقتی انگیزه‌های اقتصادی سبب می‌شود پزشکان از ارائه مراقبت‌های مفید خودداری کنند یا به تجویز بیش‌ازحد روی بیاورند، تهدیدی مستقیم برای آنچه می‌توان اخلاق عاملیت نامید، به‌وجود می‌آید (آگیچ^۴، ۱۹۹۰).

۴. روش مطالعه

این مطالعه کیفی با روش پدیدارشناسی در سال ۱۴۰۲ انجام شد و محدودیت مکانی نداشت. از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این ترتیب که در یک فراخوان در شبکه‌های اجتماعی از مخاطبان درخواست شد در صورتی که برای یک بیماری واحد، تجربه مراجعه به بیش از یک پزشک را داشته‌اند و مایل به شرکت در تحقیق هستند، از طریق ایمیل، تلگرام یا اینستاگرام به محقق پیام بفرستند. افرادی که مایل به شرکت در مطالعه بودند اعلام کردند و پس از هماهنگی با آن‌ها قرار مصاحبه تلفنی گذاشته شد. ملاک ورود نمونه به تحقیق، رضایت آگاهانه و داشتن تجربه مراجعه به بیش از یک پزشک برای یک بیماری بود. روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. در این مصاحبه‌ها از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تجربه‌اش از مراجعه به بیش از یک پزشک

1. Lynø
2. Koivusalo
3. Guseva
4. Agich

را برای یک بیماری مشخص بیان کند. بعد از گفتن داستان، سؤالات بیشتری برای روشن شدن ابعاد مختلف تجربه بیمار مطرح می‌شد. متوسط زمان مصاحبه‌ها ۳۰ دقیقه بود. گرچه بعد از ۱۵ مصاحبه اشباع نظری حاصل شد و داده جدیدی برای افزودن به داده‌های قبلی به دست نمی‌آمد، با توجه به هماهنگی پیشین با کسانی که مایل به مشارکت در تحقیق و گفتن تجربه‌شان بودند، این مصاحبه‌ها تا ۴۰ نفر ادامه یافت و داده‌های همه ۴۰ مصاحبه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی مطالعه شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. پیش از شروع مصاحبه درباره هدف مطالعه توضیح داده می‌شد و تأکید می‌شد که هویت مشارکت‌کننده کاملاً محرمانه خواهد بود. ضبط صدا با اجازه مصاحبه‌شونده انجام می‌گرفت. مشارکت‌کننده می‌توانست به هر کدام از پرسش‌ها پاسخ ندهد و هر وقت خواست از ادامه مصاحبه انصراف دهد. بعد مصاحبه‌ها مکتوب شدند و هم‌زمان فرایند تحلیل داده‌ها آغاز شد.

برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل محتوا به کار رفت. به این ترتیب که متون مصاحبه‌ها به دقت مطالعه شد. با خواندن هر متن، ابتدا جملات و عبارات‌های متناسب و مرتبط با سؤال پژوهش مشخص و کدگذاری شدند. بعد از آن دسته‌بندی کدها صورت گرفت و زیرطبقات از مجموعه کدهای حاوی مفاهیم مشابه استخراج و نام‌گذاری شدند. سپس ارتباط زیرطبقات و نزدیکی آن‌ها به هم بررسی و دسته‌بندی شد. هر دسته از زیرطبقات نزدیک و مرتبط به هم به عنوان طبقه اصلی استنتاج شدند و عنوان مناسب و مرتبط برای آن‌ها برگزیده شد. برای احراز روایی و پایایی تحقیق کیفی، معیارهای لینکلن و گوبا شامل قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت اطمینان و قابلیت تأیید به کار رفت. معتبر بودن^۱ داده‌ها به این ترتیب حاصل شد که محقق سال‌های زیادی پیش از گردآوری داده‌ها با موضوع مورد مطالعه و داده‌های مختلف در موضوع نظریه دوم پزشکی مشغولیت داشت و زمان کافی برای درگیر شدن با داده‌ها و تفسیر آن‌ها صرف کرد.

داده‌ها از بیماران رشته‌های مختلف پزشکی و از شهرهای مختلف کسب شدند. متن مصاحبه‌ها به همراه کدگذاری، زیرطبقات و طبقات در اختیار دو متخصص در حوزه روش تحقیق کیفی قرار گرفت و از نظرات تأییدی و تکمیلی آن‌ها استفاده شد. برای افزایش قابلیت اطمینان^۲ داده‌ها از ناظر خارجی که آشنا به روش تحقیق کیفی و دارای سابقه تحقیق در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی بود، کمک کمک گرفته شد. به منظور تأییدپذیری^۳، فعالیت‌های پژوهش در طول مدت تحقیق شامل فرایند انجام کار و چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها ثبت شد. سرانجام به منظور اطمینان از انتقال‌پذیری^۴، جزئیات تحقیق شامل ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، شیوه جمع‌آوری داده‌ها و نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها در قسمت روش ذکر و نمونه‌هایی از اظهارات مشارکت‌کنندگان در قسمت یافته‌ها نقل شد تا ابهامات برای مخاطبان به حداقل برسد.

-
1. Credibility
 2. Dependability
 3. Confirmability
 4. Transferability

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و رشته تخصصی پزشکان معالجشان

کد	جنس	سن	تحصیلات	تخصص پزشکی معالج	کد	جنس	سن	تحصیلات	تخصص پزشکی معالج
۱	مرد	۳۲	کارشناسی ارشد	ارتوپدی	۲۱	زن	۳۸	کارشناسی	زنان و زایمان
۲	زن	۲۷	کارشناسی ارشد	داخلی	۲۲	زن	۳۳	کارشناسی	مغز و اعصاب
۳	زن	۳۰	دکتری	گوش، حلق و بینی	۲۳	مرد	۳۰	کارشناسی ارشد	ارتوپدی
۴	زن	۳۱	کارشناسی ارشد	ارتوپدی	۲۴	مرد	۳۷	کارشناسی ارشد	داخلی
۵	مرد	۲۵	کارشناسی	قلب	۲۵	مرد	۳۸	کارشناسی	مغز و اعصاب
۶	زن	۳۵	کارشناسی ارشد	جراحی مغز و اعصاب	۲۶	مرد	۳۷	فوق‌دیپلم	ارتوپدی
۷	مرد	۲۵	کارشناسی	گوش، حلق و بینی	۲۷	زن	۵۴	دیپلم	جراحی
۸	زن	۵۲	زیردیپلم	چشم پزشکی	۲۸	زن	۲۵	کارشناسی ارشد	جراحی پستان
۹	زن	۳۵	کارشناسی ارشد	زنان	۲۹	مرد	۶۰	دیپلم	عفونی
۱۰	مرد	۳۳	کارشناسی ارشد	ارتوپدی	۳۰	زن	۴۰	کارشناسی ارشد	ارتوپدی
۱۱	زن	۲۸	دکتری	نورولوژی	۳۱	زن	۳۷	کارشناسی ارشد	پوست
۱۲	زن	۳۳	کارشناسی ارشد	گوش، حلق و بینی	۳۲	زن	۲۴	کارشناسی ارشد	زنان
۱۳	مرد	۲۹	کارشناسی	روانپزشکی	۳۳	زن	۳۰	کارشناسی	هماتولوژی
۱۴	زن	۴۷	کارشناسی	نورولوژی	۳۴	زن	۲۸	کارشناسی	زنان
۱۵	زن	۲۷	کارشناسی ارشد	گوارش	۳۵	مرد	۵۲	دیپلم	قلب
۱۶	مرد	۲۵	کارشناسی	داخلی	۳۶	زن	۲۵	کارشناسی	داخلی، گوارش
۱۷	زن	۳۱	کارشناسی ارشد	داخلی، روماتولوژی	۳۷	زن	۳۵	کارشناسی	پوست
۱۸	زن	۳۲	کارشناسی	هماتولوژی	۳۸	زن	۳۰	کارشناسی	نورولوژی
۱۹	مرد	۳۲	دیپلم	روانپزشکی	۳۹	زن	۴۵	دکتری	زنان و زایمان
۲۰	مرد	۲۵	کارشناسی ارشد	دندانپزشکی	۴۰	زن	۳۸	کارشناسی ارشد	گوش، حلق و بینی

۵. یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰ نفر شامل ۲۶ زن و ۱۴ مرد شرکت کردند. ۳ نفر دارای تحصیلات دکتری، ۱۷ نفر کارشناسی ارشد، ۱۴ نفر کارشناسی، یک نفر فوق‌دیپلم، ۵ نفر دیپلم و کمتر از دیپلم بودند. سن مشارکت‌کنندگان از ۲۴ تا ۵۴ بود. داده‌های حاصل از مصاحبه در این مطالعه نشان داد مشارکت‌کنندگان به علل مختلفی برای یک وضعیت پزشکی به جست‌وجوی نظریه دوم پزشکی می‌روند. البته نکته قابل‌توجه این است که این جست‌وجو در بیشتر موارد به پزشک دوم محدود نبوده و بیماران، پزشکان متعدد را ملاقات کرده‌اند.

۱-۵. ماهیت بیماری

ماهیت بیماری یکی از عوامل تعیین‌کننده در گرفتن نظریه دوم پزشکی است. بیماری‌های مزمن، پیچیده، عودکننده و صعب‌العلاج که تشخیص و درمان آن‌ها در پزشکی دشوار است، از علل مراجعات مکرر بیماران به پزشکان هستند و بیماران را برای کسب نظریه دوم به تکاپو می‌اندازند. همچنین وقتی بیماران از پزشک اول تشخیص یک بیماری مزمن، صعب‌العلاج و پیچیده را دریافت می‌کنند، درصدد مراجعه به پزشک دیگر برمی‌آیند تا شاید به تشخیصی دیگر یا گزینه درمانی متفاوتی دست یابد؛ برای مثال در روایت مشارکت‌کننده ۱۸، بیمار براساس علائم (درد استخوانی و مشکل کلیه) به پزشکان مختلف شامل متخصص قلب، اروولوژی، ارتوپدی و

نفرولوژی مراجعه می‌کند و سرانجام تشخیص نهایی مولتیپل میلوما (بیماری‌ای که مدیریت آن در پزشکی پیچیده و دشوار است) توسط متخصص نفرولوژی مطرح می‌شود. برای تأیید تشخیص به هماتولوژیست-انکولوژیست مراجعه می‌کند، ولی به علت بی‌اعتمادی با سه پزشک دیگر در همین تخصص ملاقات می‌کند تا سرانجام تشخیص را بپذیرد.

۲-۵. ویژگی‌های دانش و پراتیک پزشکی

۲-۵-۱. **عدم قطعیت:** یکی از ویژگی‌های پزشکی مدرن عدم قطعیت است و اینکه حتی براساس شواهد پاراکلینیکی هم نمی‌توان تشخیص یا درمان قطعی برای یک بیمار را مطرح کرد. این وضعیت برای بیماران که به دنبال تشخیص و درمان قطعی هستند ممکن است قابل قبول نباشد و بنابراین به دنبال یافتن نظریه دوم پزشکی باشند: «پزشک ۶ ماه قرص تجویز می‌کند، ما می‌خوریم، شش ماه خوبیم، دوباره مشکل برمی‌گردد... ربط می‌دن به اضطراب و استرس... راه حل قطعی ارائه نمی‌دن» (مشارکت‌کننده ۳۲).

۲-۵-۲. **طبابت غیر قابل قبول: تشخیص غیر قابل قبول:** گاهی تشخیص مطرح شده برای بیمار قابل قبول نیست. رد یا نپذیرفتن تشخیص به چند دلیل صورت می‌گیرد. وقتی بیماری تشخیص داده شده توسط پزشک برای بیمار غیرمنتظره و شوکه‌کننده است؛ برای مثال وقتی تشخیص بیماری‌های مزمن، عودکننده، صعب‌العلاج، بدون درمان قطعی یا نیازمند درمان مداوم برای بیمار مطرح شود، بیمار ممکن است چنین تشخیصی را نپذیرد و برای رد یا تأیید نظر پزشک اول به پزشک دیگر مراجعه کند. علاوه بر این وقتی پزشک تشخیص می‌دهد که علائم بیمار منشأ جسمی ندارد و به خاطر مشکلات روان‌پزشکی بروز کرده و به علائم او تشخیص بیماری جسمی اعطا نمی‌کند، بیمار به دنبال نظریه دوم پزشکی می‌رود: «به خاطر مشکل گوارشی به پزشک متخصص داخلی مراجعه کردم که ایشان اتفاقاً فوق تخصص روماتولوژی هم بودن. چون کهیر داشتم گفتن احتمالاً لوپوس داری و آزمایش نوشتن و دارو تجویز کردن. من شوکه شدم از اینکه مبتلا به یه بیماری خودایمن باشم. مستأصل بودم و رفتم یه دکتر دیگه» (مشارکت‌کننده ۱۷).

شیوه رسیدن پزشک به تشخیص نیز مهم است. گاهی پزشک از شواهد پاراکلینیکی کمتر استفاده کرده یا بدون معاینه به تشخیص رسیده که این تشخیص از نظر بیمار قابل اعتماد نیست و انگیزه‌ای برای کسب نظریه دوم می‌شود: «خیلی سریع فقط براساس یه علامت و معاینه بینی و بدون بررسی علائم دیگه و بدون عکس و... راه حل جراحی پیش پای من گذاشتن» (مشارکت‌کننده ۳).

روش درمانی غیر قابل قبول: روش درمانی که توسط پزشک اول پیشنهاد می‌شود، می‌تواند به جست‌وجوی نظریه دوم منجر شود. بی‌تأثیر بودن روش درمانی و عود علائم، روش‌های درمانی تهاجمی، گران‌قیمت، عجیب و غیرمرتبط، بروز عوارض دارویی، ادراک خطر روش درمانی از جمله چالش‌هایی در درمان هستند که بیمار را به جست‌وجوی نظریه پزشکی دوم ترغیب می‌کند. در واقع بیماران به دنبال روش‌های درمانی هستند که بدون عارضه باشد و به طور قطعی مشکلات آن‌ها را حل کند. اما در پزشکی و به خصوص بیماری‌های پیچیده درمان قطعی وجود ندارد و روش‌های درمانی مختلف به صلاحدید پزشک اتخاذ می‌شود که وقتی این روش‌ها با انتظارات بیمار همخوانی نداشته باشد، او برای یافتن درمان مورد نظر به پزشک دیگری مراجعه می‌کند: «گفتن بچه هیدروسفاله. باید جراحی بشه و براش شانت مغزی بذاریم. ما قبول نکردیم. همسر رضایت کتبی داد و بچه رو بردیم متخصص شیراز و تهران» (مشارکت‌کننده ۲۲).

۳-۵. رابطه پزشک-بیمار

۳-۵-۱. **ارتباط غیرمؤثر:** یکی از علل قطع رابطه درمانی با پزشک اول و مراجعه به پزشک دیگر، ارتباط غیرمؤثر پزشک و بیمار است که موجب رانده شدن بیمار به سمت پزشک دیگر می‌شود. بیمار مشکل خود را یک مشکل خاص می‌داند و انتظار دارد پزشک به مشکل او توجه کافی نشان دهد، برای او زمان بگذارد و با او همدلی کند. بیمار مشکل خود را مهم و جدی می‌داند و توقع دارد پزشک نیز برای این مشکل اهمیت فائل شود و دغدغه‌های او را جدی بگیرد. وقتی می‌بیند پزشک به مشکل او توجه کافی نشان نمی‌دهد و مورد او مانند یکی از چندین موردی است که پزشک روزانه با آن سروکار دارد، نظر پزشک را نمی‌پذیرد و تصمیم می‌گیرد به پزشک دیگری مراجعه کند: «پزشکان همه بیماران رو به به چشم می‌بینند و فکر نمی‌کنن که این مریض با مریض قبلی فرق می‌کنه و اگر ده نفر دیسک کمر داشتن، نفر یازدهم الزماً این طوری نیست. فقط به سری روتین رو انجام می‌دن که حالا ممکنه در اکثر موارد جواب بده، ولی به سری استثنائات هم پیش می‌آد که ممکنه جواب نده و حتی به مرگ بیمار منجر بشه» (مشارکت‌کننده ۳).

۳-۵-۲. **جلوی صحنه:** بیماران تصویر ایدئالی از محیط پزشکی و نمای شخصی پزشک در ذهن خود دارند. محیط فیزیکی یکی از دلایلی است که ممکن است بیمار را به فکر جست‌وجوی پزشک دیگر بیندازد. شلوغ بودن مطب یا مرکز درمانی، مشکلات نوبت‌دهی و زمان انتظار طولانی از مشکلاتی است که بیمار را به صرافت مراجعه به پزشکی دیگر می‌اندازد. نقض حریم شخصی بیمار و گرفتن شرح حال و معاینه در حضور سایر بیماران نیز بیمار را از مراجعه بعدی به پزشک منصرف می‌کند: «لفنی نوبت گرفته بودم و سر وقت رفتم، اما تو سالن انتظار مطب حتی جای نشستن نبود. بعد از سه ساعت وارد اتاق پزشک شدم. غیر از من چهار بیمار دیگه حضور داشتن. مجبور شدم در حضور بقیه مشکل رو بگم و این نقض حریم خصوصی من بود... پزشک ام‌آر‌آی منو نگاه می‌کرد، هم‌زمان با یه نفر دیگه حرف می‌زد... به نظرم اون قدر قابل اعتماد نبود که من جسم بی‌هوش خودمو دستش بدم برای جراحی» (مشارکت‌کننده ۳۹).

نمای شخصی (شامل ظاهر و منش پزشک) نیز دیگر عاملی است که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. بدزبانی و تلخی گفتار پزشک، بی‌حوصله بودن و بی‌اعتنایی به سؤالات بیمار، بی‌طرف نبودن و سوگیری‌های جنسیتی، قومیتی و طبقاتی از رفتارهایی هستند که بیماران را به جست‌وجوی نظریه دوم سوق می‌دهند. از نظر بیماران، معاینه یکی از مهم‌ترین کنش‌های پزشک در رابطه با بیماران است و وقتی پزشک بیمار را معاینه نمی‌کند، درواقع نتوانسته است رفتار پزشک مآبانه‌ای با بیمار داشته باشد و انتظاری را که از نقش پزشک وجود دارد برآورده کند.

۳-۵-۳. **پزشکی پدرسالارانه:** روابط قدرت نابرابر بین پزشک و بیمار از عواملی است که موجب روی گرداندن بیمار از پزشک و قطع رابطه درمانی می‌شود و او را به جست‌وجوی نظریه دوم ترغیب می‌کند. بیماران انتظار دارند رابطه پزشک-بیمار مشارکتی و مبتنی بر همکاری باشد. پزشک به اطلاعات و دغدغه‌های بیمار توجه کند و در اتخاذ شیوه‌های درمان او را سهیم کند. خودرأی بودن پزشک و تصمیم‌گیری یک‌طرفه برای بیماران کمتر قابل‌پذیرش است. رابطه عمودی پزشک با بیمار که بیمار را به علت نداشتن دانش و مهارت پزشکی، یکسره فاقد صلاحیت می‌داند، موجب مراجعه به پزشکان دیگر می‌شود: «پزشک اول آپسنی جلوی من نداشتن که مثلاً یا این کار یا این دارو رو انتخاب کن. همچنین چیزی نبود. گفت راهکارش اینه و باید ادامه بدی» (مشارکت‌کننده ۱۱).

۴-۳-۵. انحصار دانش: بیمار به دنبال توضیح بیماری خود از طرف پزشک است. آشنایی و دانش درباره بیماری می‌تواند از اضطراب و نگرانی او بکاهد و به او قدرت تسلط بر موقعیت بیماری را بدهد، ولی پزشک ممکن است ارائه جزئیات بیماری به بیمار را ضروری نداند و بنابراین از توضیح دقیق بیماری و روش درمانی امتناع کند. در این صورت بیمار ممکن است ترجیح دهد برای شناخت بیماری به پزشک دیگری مراجعه کند: «وقتی فهمیدم تومور مغزی دارم برای من به اندازه کافی سنگین بود و احتیاج به آرامش داشتم و نیاز به اطلاعات خیلی بیشتری داشتم، ولی خب اطلاعات رو از پزشک نمی‌تونستم بگیرم. یه کم که وارد جزئیات می‌شدم می‌گفتن اینا در حوزه اختیارات ماست» (مشارکت‌کننده ۶).

۵-۳-۵. بی‌اعتمادی به پزشک: بی‌اعتمادی بیمار به پزشک در طی تعامل پزشک و بیمار ممکن است به وجود بیاید و سبب شود بیمار تشخیص و درمان پزشک را نپذیرد. براساس مصاحبه‌ها بی‌اعتمادی در سه صورت ایجاد می‌شود:

نداشتن صلاحیت علمی: یعنی بیمار سطح سواد و دانش پزشک را برای حل مشکلش ناکافی ارزیابی می‌کند. معمولاً وقتی پزشک در مورد تشخیص تردید دارد یا ارزیابی‌های کافی را انجام نداده باشد، بیمار صلاحیت علمی او را نمی‌پذیرد و به طبابتش بی‌اعتماد می‌شود و به دنبال نظریه پزشکان دیگر می‌رود: «به پزشک اعتماد نکردم؛ چون سواد کافی نداشت که تشخیص درست بده. درمان طولانی مدت بود و داروهای اشتباه داد...» (مشارکت‌کننده ۳۵).

سودجویی پزشک: شائبه سودجویی پزشک بیشتر در بخش خصوصی ایجاد می‌شود. در واقع در بخش خصوصی، سود و پول در روابط پزشک و بیمار محوریت می‌یابد. وقتی پزشکان روش‌های تشخیصی و درمانی گران‌قیمتی را به بیمار پیشنهاد می‌دهند، ظن سودجویی پزشک در آن وجود دارد و بی‌طرفی پزشک خدشه‌دار می‌شود؛ بیمار از پذیرش آن پیشنهاد امتناع می‌کند و به فکر یافتن پزشکی دیگر می‌افتد که به دور از منفعت‌طلبی شخصی واقعیت را به آن‌ها بگوید. بعضی پزشکان در مراکز درمانی خصوصی، روش‌های تشخیصی و درمانی را که در همان مرکز انجام می‌شود، به بیمار پیشنهاد می‌کنند. بعضی بیماران در ضرورت این روش‌ها تردید می‌کنند و به ظن سودجویی پزشک، به رابطه درمانی پایان می‌دهند و به پزشک دیگری مراجعه می‌کنند که نظر او را جویا شوند: «من به اون دکتر اعتماد نکردم؛ چون احساس کردم من رو داره به این شکل می‌بینه که از من پول بکشه... بعد از اینکه به من گفت این رقم رو پرداخت کن اومدم بیرون و اصلاً دیگه پیگیری‌ش نکردم» (مشارکت‌کننده ۱).

بی‌طرف نبودن پزشک: وقتی بیمار احساس کند پزشک در تصمیم‌گیری بالینی بی‌طرف نیست و مسائلی غیر از سلامت او را در نظر دارد، به نظریه او اعتماد نمی‌کند. وقتی بی‌اعتمادی ایجاد می‌شود، بیمار تصمیم می‌گیرد از نظر پزشک دیگری بهره‌مند شود: «تشخیص PCOS دادند. گفتن چون مجرد هستی نیاز نیست کاری انجام بدی. به من هیچ راهنمایی‌ای نکردن که چه کارهایی لازمه بکنم. بیشتر روی مسئله ناباروری تأکید داشتن» (مشارکت‌کننده ۹).

۴-۵. اتونومی بیمار

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد استقلال بیماران و توانایی‌شان برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های پزشکی و انتخاب روش تشخیص و درمان، در کسب نظریه دوم پزشکی مؤثر بوده است. عوامل مختلفی موجب افزایش خودمختاری و اتونومی بیمار می‌شود.

۱-۴-۵. دسترسی به دانش و راستی‌آزمایی: دسترسی بیماران به دانش پزشکی که از طریق اینترنت ممکن شده، بیمار را قادر می‌سازد تا ارزیابی از درستی یا نادرستی نظر پزشک به دست آورد. گاهی مغایرت طبابت پزشک با دانسته‌های بیمار به قطع

رابطه و جست‌وجوی پزشک دیگر منجر می‌شود. افزایش سطح تحصیلات بیماران و آشنایی به زبان انگلیسی این امکان را فراهم کرده که بیمار اطلاعاتی را که درباره بیماری خود لازم دارد از طریق داده‌های فضای مجازی به دست آورد: «چند تا مقاله خوندم، خیلی اصطلاحات رو باهش آشنا شدم. دیدم من دیگه به دکتر احتیاج ندارم. چون می‌دونم مسئله چیه و اگر بخوام برم دکتر باید برم پیش کسی که بتونه پام رو درست جراحی کنه» (مشارکت‌کننده ۱۰).

۲-۴-۵. حمایت اجتماعی اطلاعاتی: شبکه اجتماعی احاطه‌کننده فرد بیمار شامل دوستان، بستگان و آشنایان می‌تواند در مواجهه با بیماری نقش حمایتی داشته باشند. یکی از مؤلفه‌های رایج حمایت اجتماعی، حمایت اطلاعاتی است که به شکل مشاوره و به اشتراک گذاشتن اطلاعات در مورد فرایند کمک‌جویی و منابع سلامت است. در چنین حمایتی افراد با اطلاع از نوع علائم و بیماری و سابقه مراجعه به پزشک، پزشکانی را که به نظرشان تجربه موفق‌تری در تشخیص و درمان داشته‌اند، به بیمار معرفی و بیمار را به جست‌وجوی نظریه دوم پزشکی ترغیب می‌کنند: «با یکی از دوستان‌هام صحبت کردم گفت پارگی رباط (زانو) داری، و دکترت رو معرفی کرد که از آمریکا مدرک گرفته بود. معاینه کرد و ام‌آر‌آی رو دید گفت پارگی جزئیه. برو استراحت کن. در نهایت دوستان‌هام گفتند این رباط کامل پاره شده. برو به دکتر دیگه. این دکتر دوستمو عمل کرده بود و نتیجه خوب بود» (مشارکت‌کننده ۲۳).

۳-۴-۵. قدرت انتخاب در بازار سلامت: بیماران با اطلاع از اینکه الزامی به ادامه درمان نزد یک پزشک ندارند و با اطمینان از اینکه قدرت انتخاب پزشک دارند و پزشکان متعددی وجود دارند که دسترسی به آن‌ها ممکن است، در صورت نارضایتی یا بی‌اعتمادی به نظر پزشک اول، رابطه درمانی با او را قطع می‌کنند و برای گرفتن نظریه دوم راهی مطب پزشکان دیگر می‌شوند: «شما وقتی از یه فروشگاه خرید می‌کنی ولی از خریدت راضی نیستی، دوباره همون‌جا نمی‌ری؛ چون می‌دونی جاهای دیگه‌ای هم هست. الان مطب‌های زیادی هست و تعداد پزشکان زیاده. می‌شه با پرداخت ویزیت مراجعه کرد. منظورم اینه که آدم مجبور نیست وقتی از پزشکش رضایت نداره دوباره پیش همون پزشک بره. گزینه زیاده» (مشارکت‌کننده ۳۹).

۵-۵. عوامل ساختاری

۱-۵-۵. تسلط پزشکی تجاری و کالایی‌شدن سلامت: با گسترش پزشکی تجاری، روند کالایی‌شدن سلامت نیز به لحاظ ذهنی و عینی شدت گرفته است. اکنون در بازار پزشکی کالای سلامت توسط مراکز مختلف بخش خصوصی از مطب و کلینیک گرفته تا بیمارستان عرضه می‌شود و بیماران برای خرید این کالا مانند سایر کالاها حق انتخاب دارند. همین حق انتخاب است که به عنوان مزیت خصوصی‌سازی پزشکی توسط مدافعانش تبلیغ می‌شود. در این مطالعه هم از بین ۴۰ مشارکت‌کننده، ۲۴ نفر به بخش خصوصی مراجعه کرده بودند و فقط دو نفر هم نظریه اول و هم نظریه دوم را در بیمارستان‌های دولتی گرفته بودند. بقیه مشارکت‌کنندگان هم به بخش دولتی و هم به بخش خصوصی (۹ نفر اول به دولتی و بعد به خصوصی و ۵ نفر دیگر اول به بخش خصوصی و بعد به دولتی) مراجعه کرده بودند.

۲-۵-۵. جغرافیا و سطح توسعه: یکی از عوامل مراجعه به پزشک دوم و کسب نظریه دوم پزشکی، توزیع ناعادلانه امکانات سلامت است. در شهرهای کوچک، هم امکانات تشخیصی و درمانی کمتر است و هم این باور در بین برخی بیماران وجود دارد که پزشکان تهران و شهرهای بزرگ‌تر بهتر از پزشکان شهرستان‌های کوچک قادر به تشخیص و درمان بیماری هستند: «شهر ما شهر بزرگی نیست و دکترهای خوبی نداره. تصمیم گرفتیم به بار برم تهران که اونجا دکتر خوب پیدا کنیم» (مشارکت‌کننده ۵).

۵-۳- بیمه‌های درمانی: اکثر شرکت‌کنندگان در این مطالعه تحت پوشش بیمه‌های درمانی بودند. ۳۷ نفر زیر پوشش بیمه‌های پایه بودند و ۲۲ نفر از آن‌ها بیمه مکمل هم داشتند؛ بنابراین می‌توان گفت اغلب از نظر پرداخت هزینه ویزیت پزشک مشکلی نداشته‌اند. حتی در صورت نداشتن بیمه هم از آنجا که تعرفه پزشکان در مقایسه با سایر هزینه‌های درمانی و تشخیصی اندک است، بیماران می‌توانند برای گرفتن نظریه دوم به پزشکان دیگر مراجعه کنند. همچنین پوشش بیمه‌ای در ایران بر بیماران از نظر مراجعه به پزشکان مختلف محدودیتی اعمال نمی‌کند و بیماران می‌توانند به هر تعداد پزشک به تشخیص خودشان مراجعه کنند: «بیمه ما بیمه خوبیه... خیلی راحت هر متخصصی که بخوایم می‌تونیم بریم... حتی اگر بیمه هم هزینه‌ها رو نمی‌داد، من کلاً مشکل مالی نداشتم» (مشارکت‌کننده ۴۰).

۵-۴- نبود نظام ارجاع: در ایران نظام ارجاع نیز جایگاهی در مراجعه به پزشک ندارد. بیماران می‌توانند بدون محدودیت به پزشکان مختلف مراجعه کنند. اما این نبود نظام ارجاع مشکلاتی برای بیماران به همراه دارد؛ به طوری که یکی از علل مراجعات مکرر به پزشکان است؛ چون بیماران نمی‌دانند برای کمک‌جویی به کجا و چه کسی مراجعه کنند. در واقع بیمار با اتکا به منابعی که در اختیار دارد، به پزشک مراجعه می‌کند. گاهی این مراجعات بیهوده و غیرضروری و غیرمرتبط با مشکل بیمار هستند و موجب اتلاف وقت بیمار و در مواردی از دست رفتن زمان طلایی تشخیص و درمان بیماری می‌شوند.

۵-۶- کسب نظریه دوم با هدایت پزشک اول

داده‌های حاصل از مصاحبه نشان داد در مواردی گرفتن نظریه دوم به خواست بیمار نبوده، بلکه به توصیه و با هدایت پزشک اول انجام شده است. پزشک اول در شرایطی مانند کمبود امکانات و نداشتن دانش تخصصی در مورد بیماری ممکن است بیمار را به پزشک دیگری ارجاع دهد: «هو اهواز پزشکان گفتن چون متخصص این رشته رو ندارند و نمی‌تونن عمل انجام بدن، بهتره بره تهران» (مشارکت‌کننده ۷).

جدول ۲. خلاصه یافته‌های مطالعه

طبقات	زیرطبقات
ماهیت بیماری	پیچیده، مزمن، صعب‌العلاج
	عدم قطعیت
ویژگی‌های دانش و پراتیک پزشکی	طبابت غیرقابل قبول
	ارتباط غیرمؤثر
	جلوی صحنه نامطلوب
	پزشکی پدرسالارانه
	انحصار دانش
	بی‌اعتمادی به پزشک
	دسترسی به دانش
اتونومی بیمار	حمایت اجتماعی اطلاعاتی
	قدرت انتخاب در بازار سلامت
	تسلط پزشکی تجاری و کالایی شدن سلامت
عوامل ساختاری	جغرافیا و سطح توسعه
	بیمه‌های درمانی
	فقدان نظام ارجاع
	کمبود امکانات
کسب نظریه دوم با هدایت پزشک اول	فقدان دانش تخصصی

۶. بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه روشن شد که کسب نظریهٔ دوم پزشکی در ایران امری رایج است و بیماران برای یک بیماری نه‌تنها نظریهٔ دوم، بلکه ممکن است چندین نظریه از پزشکان مختلف دریافت کنند. شش مقولهٔ اصلی به‌عنوان عوامل کسب نظریهٔ دوم مشخص شد که شامل ماهیت بیماری، ویژگی‌های دانش و پراتیک پزشکی، رابطهٔ پزشک-بیمار، اتونومی بیمار، عوامل ساختاری و هدایت پزشک اول است. یافته‌های این پژوهش با مطالعهٔ می و همکاران (۲۰۲۲) مطابقت دارد که میزان اعتماد به پزشک، نیاز به اطلاعات، کاهش عدم قطعیت، زمان انتظار طولانی برای گرفتن نوبت ویزیت، طولانی‌شدن طبابت، دوستان، خانواده و اینترنت به‌عنوان منابع اطلاعاتی در جست‌وجوی نظریهٔ دوم مؤثر بوده‌اند. همچنین در مطالعهٔ الور و همکاران (۲۰۲۰) رسیدن به اطمینان و میزان اعتماد به پزشک، از عوامل اخذ نظریهٔ دوم پزشکی بوده‌اند.

اخذ نظریهٔ دوم پزشکی به درخواست بیمار یا پزشک انجام می‌شود. در این مطالعه، فقط دو نفر از شرکت‌کنندگان به خواست پزشک اول به پزشک دیگری مراجعه کرده بودند. ماهیت بیماری امری تعیین‌کننده در جست‌وجوی نظریهٔ دوم است. اغلب بیمارانی به‌دنبال کسب نظریهٔ دوم پزشکی هستند که بیماری‌هایی با سیر طولانی یا پیش‌رونده یا عودکننده دارند یا بیماری‌هایی که علائمشان دارای هم‌پوشانی با علائم سایر بیماری‌ها است و نیز ممکن است با تابلوهای بالینی مختلفی ظهور کنند. ویژگی‌های دانش و پراتیک پزشکی که بر احتمالات استوار شده و سببکتیویتی در آن نقش مهمی دارد، موجب می‌شود تشخیص و درمان در پزشکی قطعیت نداشته باشند. درواقع در پزشکی اکثر تشخیص‌ها به‌طور احتمالی و از بین چند تشخیص افتراقی انتخاب می‌شود و درمان نیز به صلاحدید پزشک و براساس شرایط بیمار صورت می‌گیرد. وقتی تشخیص بیماری‌های پیچیده یا صعب‌العلاج و لزوم مداخلات مستمر یا تهاجمی مطرح می‌شود، بیمار تصمیم به کسب نظریه از یک پزشک دیگر می‌گیرد. همچنین وقتی ادراک خطر روش درمانی نزد بیمار بالا باشد یا موقعی که پاسخ درمانی مطلوب از نظر بیمار حاصل نشود، او برای گرفتن نظریهٔ پزشک دوم اقدام می‌کند.

رابطهٔ پزشک و بیمار نقش مهمی در قطع رابطهٔ درمانی و جست‌وجوی پزشک دیگر دارد. وقتی پزشک در یک رابطهٔ درمانی نتواند انتظارات بیمار را برآورده کند، بیمار صلاحیت علمی و توانایی‌های تخصصی او را نیز نامطلوب ارزیابی می‌کند و نظر او را نمی‌پذیرد. بیماران انتظار دارند پزشک بیماری آن‌ها را مهم و جدی بداند، ولی وقتی نحوهٔ مواجههٔ پزشک خلاف این انتظار باشد، بیمار به‌دنبال نظریهٔ پزشکی دیگر می‌رود. به عقیدهٔ فریدسون، در هر رابطهٔ پزشک و بیمار، تنش در افق‌های فکری طرفین به‌صورت پنهانی ولی با درجات مختلف موجود است. از یک طرف پزشک بیمار و نیازهای او را در قالب دانش تخصصی خود ادراک می‌کند و چون به استقلال حرفه‌ای پایبند است، خودش درمورد نوع و چگونگی خدمتی که به بیمار ارائه خواهد کرد تصمیم می‌گیرد. از طرف دیگر بیمار بیماری خود را با توجه به مشکلات زندگی روزمره و در چارچوب شرایط فرهنگی محیط‌زیست خود ادراک می‌کند. او دلش می‌خواهد پزشک مسئله را آن‌طور ببیند که او می‌بیند (کازمی، ۱۴۰۰: ۴۳).

محیط پزشکی و نمای شخصی پزشک نیز که به کمک مفاهیمی که گافمن معرفی کرده می‌توان «جلوی صحنه» نامید، در پذیرفتن نظر پزشک اول و مراجعه به پزشکی دیگر مؤثر است. مطب‌های شلوغ، انتظار طولانی، فضای فیزیکی مطب، ملاقات هم‌زمان با چند بیمار در اتاق معاینه که به معنی نقض حریم خصوصی بیماران است، ممکن است بیمار را از مراجعهٔ دوباره منصرف کند. پزشکانی که رفتار پزشک‌مآبانه ندارند، با بیمار همدلی نمی‌کنند، با او به‌تندی یا بی‌اعتنایی رفتار می‌کنند، ممکن است نظریه‌شان مورد قبول بیمار واقع نشود. همچنین وقتی رابطهٔ پزشک و بیمار از نوع پدرسالارانه باشد، چنین الگویی می‌تواند منشأ تعارض و

نارضایتی بیمار و روی‌گردانی از پزشک معالج باشد. مطالعات بسیاری از جمله عسکری و همکاران (۱۳۹۵) و شفقتی و زاهدی (۱۳۹۳) نشان می‌دهد در ایران پزشکی پدرسالارانه، شکل غالب تعامل پزشک و بیمار است.

یکی از دغدغه‌های بیماران، شناخت بیماری و دسترسی به دانش کافی درباره‌ی علت بیماری و تشخیص و درمان آن است. اما برخی پزشکان دسترسی به دانش پزشکی را صرفاً در صلاحیت پزشک می‌دانند و آن را برای بیمار غیرضروری تلقی می‌کنند. درواقع انحصار بر دانش پزشکی مبنای حرفه‌گرایی^۱ پزشکی است که در سطح فردی هم برخی پزشکان آن را در رابطه با بیمار اعمال می‌کنند. عدم ارائه‌ی اطلاعات و توضیح کافی به بیمار، از آنجا که بیمار را در اضطراب و تعلیق نگاه می‌دارد، ممکن است او را به راه‌های دیگری برای کسب دانش درباره‌ی بیماری، از جمله مراجعه به یک پزشک دیگر سوق دهد.

بی‌اعتمادی به نظر پزشک، یکی از علل مهم کسب نظریه‌ی دوم پزشکی است. بیمار وقتی پزشک را واجد صلاحیت علمی ارزیابی نکند یا گمان کند در تشخیص یا درمان ارائه‌شده انگیزه‌ی مالی دارد یا مسائل دیگری را به سلامت او ترجیح می‌دهد، به پزشک بی‌اعتماد می‌شود و به جست‌وجوی نظریه‌ی پزشک دیگری می‌رود. پارسونز چند ویژگی شامل داشتن دانش تخصصی، ترجیح منافع بیمار به منافع شخصی، حفظ بی‌طرفی و رفتار منطبق با قوانین حرفه‌ای را برای نقش پزشک برشمرده است. پزشکی تجاری تهدیدکننده‌ی مهمی برای نقش پزشک و اخلاق عاملیت در حرفه‌ی پزشکی است. یک مفروضه‌ی مهم در حرفه‌ی پزشکی استقلال پزشک در تصمیم‌گیری برای بیمار است و آنچه پزشک و استقلال اعطاشده به او را به‌گونه‌ای هدایت می‌کند که از بیمار و منافع او محافظت کند، اخلاق عاملیت است. وقتی انگیزه‌های اقتصادی، یا سوگیری‌های جنسیتی، قومیتی و طبقاتی تصمیم پزشک را تحت تأثیر قرار دهد، درواقع اخلاق عاملیت مورد تهدید قرار می‌گیرد. اگر تفسیر بیمار از عملکرد و تصمیم بالینی پزشک این باشد که او اخلاق عاملیت را نقض کرده است، اعتمادش به او سلب و همین زمینه‌ساز اخذ نظریه‌ی دوم پزشکی می‌شود.

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر کسب نظریه‌ی پزشک دوم، افزایش اتونومی بیمار است. بیماران با استفاده از منابع و امکاناتی که در دسترس دارند، تسلیم نظر پزشک نمی‌شوند و افزایش خودمختاری و اتونومی موجب شده بیمار بتواند رابطه‌ی درمانی اول را قطع و رابطه‌ی درمانی جدیدی را آغاز کند و به‌دنبال نظریه‌ی دوم پزشکی برود. آنچه به اتونومی بیماران کمک کرده، دسترسی‌شان به دانش پزشکی از طریق اینترنت است که آن‌ها را قادر به راستی‌آزمایی نظریه‌ی پزشک اول می‌کند. همچنین حمایت اطلاعاتی دوستان و آشنایان موجب شده که آن‌ها خود را مکلف به پذیرفتن نظریه‌ی پزشک اول ندانند. همچنین با تجاری‌شدن پزشکی و تغییر نقش بیمار به مصرف‌کننده و مشتری، بیماران این توانایی را پیدا کرده‌اند که از حق انتخاب خود در بازار سلامت استفاده کنند و برای یک بیماری به پزشکان مختلف مراجعه کنند.

در کسب نظریه‌ی دوم پزشکی، عوامل ساختاری نیز نقش تسهیل‌کننده دارند. کالایی‌شدن سلامت و تجاری‌شدن پزشکی موجب شده که بیماران به‌مثابه‌ی مصرف‌کننده یا مشتری وارد بازار سلامت شوند و در صورتی که از اولین عرضه‌کننده‌ی خدمات سلامت رضایت نداشته باشند، به ارائه‌کنندگان یا فروشندگان دیگر این خدمات رجوع کنند. گسترش بخش خصوصی، برخورداری از بیمه‌های درمانی، نبود نظام ارجاع و نبود محدودیت در مراجعه به پزشکان موجب شده بیمار بدون نیاز به مراجعه به سطح اول مراقبت براساس منابعی که در اختیار دارد مستقیماً به هر کدام و هر تعداد از پزشکان مورد نظرش مراجعه کند. بخش قابل‌توجهی از بیماران که به‌دنبال نظریه‌ی دوم پزشکی هستند از شهرهای کوچک یا مناطق کمتر توسعه‌یافته به پزشکان شهرهای بزرگ مخصوصاً تهران مراجعه می‌کنند. چنین وضعیتی به‌علت توزیع غیرعادلانه‌ی امکانات و نیروی انسانی متخصص است که عمدتاً در تهران تمرکز یافته‌اند.

به‌طور کلی کسب نظریهٔ دوم پزشکی بدون نظارت و محدودیت، به استفادهٔ بیش‌ازحد از مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی منجر می‌شود. بیماران در حالی از منابع سلامت استفاده می‌کنند که شواهدی مبنی بر مفید و سودمند بودن آن‌ها وجود ندارد (ناصری و همکاران، ۲۰۱۵). این استفادهٔ بیش‌ازحد هم موجب آسیب جسمی، روانی و مالی به بیمار می‌شود و هم منابع نظام سلامت را تحلیل می‌برد. پزشکی تجاری و کالایی‌شدن سلامت، مسئله‌ای است که تحت سیطرهٔ نظام سرمایه‌داری اجتناب‌ناپذیر به‌نظر می‌رسد. تعمیم‌یافتن روابط و منطبق بازار به حیطهٔ پزشکی و سلامت، تبعات گوناگونی به همراه دارد که استفادهٔ بیش‌ازحد از مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی یکی از آن‌ها است؛ درحالی‌که حل این مسئله مستلزم تغییرات و دگرگونی‌های ساختاری است، اما اصلاح برخی عوامل مانند رابطهٔ پزشک و بیمار و راه‌اندازی سیستم ارجاع دردسترس‌تر به‌نظر می‌رسد و می‌تواند به کاهش سرگردانی و بلا تکلیفی بیماران در بین مراکز درمانی مختلف کمک کند و از هزینه‌های مالی غیرضروری، اتلاف وقت و منابع و آسیب‌های جسمی و روانی به بیماران بکاهد.

مأخذ مقاله: تألیف مستقل؛ در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- عسکری روح‌اله، اکبرزاده مقدم، علی، کارگر، محمد، و طایفی، الهام (۱۳۹۵). الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار: مطالعهٔ موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد. *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، ۱(۳)، ۱۰۳-۱۱۰. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8>
- شفعتی، معصومه، و زاهدی، محمدجواد (۱۳۹۲). تبیین جامعه‌شناختی رابطهٔ پزشک و بیمار (مطالعهٔ کیفی در شهر اهواز). *مجلهٔ مطالعات اجتماعی ایران*، ۸(۱)، ۱۰۷-۱۳۹. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20083653.1393.8.1.5.1>
- کاظمی، سیمین (۱۴۰۰). *جامعه‌شناسی قصور پزشکی*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- Agich, G. J. (1990). Medicine as business and profession. *Theoretical Medicine*, 11(4), 311-324. <https://doi.org/10.1007/BF00489821>
- Amzat, J., & Razum, O. (2014). *Sociology in Africa*. London: Springer.
- Askari, R., Akbarzadeh Moghadam, A., Kargar, M., & Tayefi, E. (2017). Patterns of physician-patient relationship: A Case Study in Shahid Sadoughi Hospital. *Management of Strategies in Health System*, 1(2), 103-110. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8> (In Persian)
- Benbassat, J. (2019). Obtaining a second opinion is a neglected source of health care inequalities. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.1186%2Fs13584-019-0289-5>
- Bruch, D., May, S., Prediger, B., Könsgen, N., Alexandrov, A., Mählmann, S., ... & Neugebauer, E. (2021). Second opinion programmes in Germany: a mixed-methods study protocol. *BMJ open*, 11(2), e045264. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045264>
- Burger, P. M., Westerink, J., & Vrijnsen, B. (2020). Outcomes of second opinions in general internal medicine. *PloS One*, 15(7), e0236048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236048>
- Clarke, J. N. (2022). *When Medicine Goes Awry: Case Studies in Medically Caused Suffering and Death*. University of Toronto Press.
- Greenfield, G., Shmueli, L., Harvey, A., Quezada-Yamamoto, H., Davidovitch, N., Pliskin, J. S., ... & Hayhoe, B. (2021). Patient-initiated second medical consultations-patient characteristics and motivating factors, impact on care and satisfaction: a systematic review. *BMJ open*, 11(9), e044033. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044033>
- Guseva, A. (2016). Selling Our souls: The Commodification of Hospital Care in the United States. *Contemporary Sociology*, 45(4), 495-497. <https://doi.org/10.1177/0094306116653953zz>

- Heeg, E., Civil, Y. A., Hillen, M. A., Smorenburg, C. H., Woerdeman, L. A., Groen, E. J., ... & Peeters, M. V. (2019). Impact of second opinions in breast cancer diagnostics and treatment: a retrospective analysis. *Annals of surgical oncology*, 26, 4355-4363. <https://doi.org/10.1245%2Fs10434-019-07907-6>
- Kazemi, S. (2022). *Sociology of medical malpractice*. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Science. (In Persian)
- Kim, K., & Lee, Y. M. (2018). Understanding uncertainty in medicine: concepts and implications in medical education. *Korean Journal of Medical Education*, 30(3), 181-188. <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.92>
- Lynøe, N., Engström, I., & Juth, N. (2021). How to reveal disguised paternalism: version 2.0. *BMC Medical Ethics*, 22, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00739-8>
- Loehberg, C. R., Meyer, J., Häberle, L., Hack, C. C., Jud, S., Hein, A., ... & Wasner, S. (2020). Analysis of motives and patient satisfaction in oncological second opinions provided by a certified university breast and gynecological cancer center. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301(5), 1299-1306. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05525-2>
- Mackintosh, N., & Armstrong, N. (2020). Understanding and managing uncertainty in health care: revisiting and advancing Sociological contributions. *Sociology of Health & Illness*, 42 Suppl 1, 1-20. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13160>
- Mackintosh, M., & Koivusalo, M. (2005). Health Systems and Commercialization: In Search of Good Sense. In: Mackintosh, M., Koivusalo, M. (eds) Commercialization of Health Care. *Social Policy in a Development Context*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9780230523616_1
- May, S., Bruch, D., Muehlensiepen, F., Ignatyev, Y., Neugebauer, E., Ronckers, C., & von Peter, S. (2022). Physicians' perspectives on the implementation of the second opinion directive in Germany—an exploratory sequential mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7426. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127426>
- May, S., Bruch, D., Muehlensiepen, F., Prediger, B., Pieper, D., Ronckers, C., ... & Neugebauer, E. (2022). Second opinion opportunity declined: patient typology and experiences regarding the decision-making process preceding elective surgeries in Germany. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1329. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08742-4>
- Nassery, N., Segal, J. B., Chang, E., & Bridges, J. F. (2015). Systematic overuse of healthcare services: a conceptual model. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s40258-014-0126-5>
- Okamoto, S., Kawahara, K., Okawa, A., & Tanaka, Y. (2015). Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system. *Health Expectations*, 18(5), 826-838. <https://doi.org/10.1111%2Fhex.12055>
- Olver, I., Carey, M., Bryant, J., Boyes, A., Evans, T., & Sanson-Fisher, R. (2020). Second opinions in medical oncology. *BMC Palliative Care*, 19, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00619-9>
- Sanchez, S., Adamowicz, I., Chrusciel, J., Denormandie, P., Denys, P., & Degos, L. (2021). Predictive factors of diagnostic and therapeutic divergence in a nationwide cohort of patients seeking second medical opinion. *BMC Health Services Research*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06936-w>
- Shafati, M., & Zahedi, M. J. (2014). A Sociological explanation of the Doctor-Patient Relationship (A qualitative study in the city of Ahvaz, Iran). *Journal of Iranian Social Studies*, 8(1), 107-139. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20083653.1393.8.1.5.1> (In Persian)
- Shmueli, L., Davidovitch, N., Pliskin, J. S., Hekselman, I., Balicer, R. D., & Greenfield, G. (2019). Reasons, perceived outcomes and characteristics of second-opinion seekers: are there differences in private vs. public settings. *BMC Health Services Research*, 19(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4067-4>
- Weyerstraß, J., Prediger, B., Neugebauer, E., & Pieper, D. (2020). Results of a patient-oriented second opinion program in Germany shows a high discrepancy between initial therapy recommendation and second opinion. *BMC Health Services Research*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5060-7>