

DOI: 10.30495/jss.2021.1937881.1369

**Research Paper**

## **Application of Conversation Analysis Method in Recognizing the Patient-Centered Pattern in Physician-Patient Interaction**

**Alireza Ghobadi**

*Assistant Professor in Sociology at KHU.*

**Sajad Mombeini**

*Ph. D. Student in Sociology at KHU (Corresponding Author). E- mail: sajadmombeiny@yahoo.com*

This study intends to explore the application of conversation analysis method in recognizing the patient-centered pattern in a physician-patient interaction. For this purpose, a research was conducted with a qualitative approach and conversation analysis method. In this regard, four medical examination sessions between four patient-physician couples were recorded and implemented as a text. The main section of the texts was selected and analyzed by conversation analysis method. As a result of the analysis applied to the texts, four basic rules (corresponding establishment of statements, familiarization, word expansion and signification) were extracted. These rules, which are all characteristics of a personal and intimate interaction, showed that the medical interaction studied was patient-centered. Also, a three-step process was extracted as a model governing a patient-centered interaction. The results of the analysis showed that, the conversation analysis method was able to discover and explain the pattern governing physician-patient interactions and how to construct it through a formal analysis.

### ***Conflict of interest:***

ACCORDING TO THE AUTHORS, THE ARTICLE DID NOT HAVE ANY CONFLICT OF INTEREST.

**Key words: Conversation Analysis, Patient-Centered Pattern, Physician-Patient Interaction.**

## کاربست روش «تحلیل مکالمه» در بازشناخت الگوی بیمارمحور در تعامل پزشک-بیمار

علیرضا قبادی<sup>۱</sup>

سجاد ممبینی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۴۰۰/۸/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۵/۲۳

### چکیده

پژوهش حاضر قصد دارد کاربرد روش تحلیل مکالمه را در بازشناخت الگوی بیمارمحور در یک تعامل پزشک-بیمار، مورد کند و کاو قرار دهد. بدین منظور پژوهشی با رویکرد کیفی و به روش تحلیل مکالمه انجام گرفت. در این راستا چهار جلسه معاینه پزشکی میان چهار زوج بیمار-پزشک ضبط گردیده و به صورت متن پیاده‌سازی شد. بدنه اصلی متن‌ها انتخاب و با روش تحلیل مکالمه تحلیل گردید. در نتیجه تحلیل‌هایی که روی متون اعمال شد، ۴ قاعده اساسی (استقرار متناظر گفته‌ها، آشنایی‌سازی، انبساط کلام و نشانه‌گردانی) استخراج گردید. این قواعد که همگی مشخصه‌های یک تعامل شخصی و صمیمانه هستند، نشان دادند که تعامل پزشکی مورد مطالعه از نوع بیمارمحور بوده است. همچنین یک فرآیند سه مرحله‌ای به عنوان الگوی حاکم بر یک تعامل بیمارمحور، استخراج گردید. نتایج تحلیل نشان داد که روش تحلیل مکالمه به خوبی توانسته است از طریق تحلیل صوری متن، الگوی حاکم بر تعاملات پزشک-بیمار و نحوهٔ برساخت آن را کشف نموده و توضیح دهد. واژگان کلیدی: تحلیل مکالمه، الگوی بیمارمحور، تعامل پزشک-بیمار.

۱. عضو هیات علمی گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسندهٔ مسئول).

## مقدمه

تحلیل مکالمه<sup>۱</sup> یکی از روش‌های رویکرد کیفی در مطالعات جامعه‌شناختی است. ریشه‌های تحلیل مکالمه را باید در پارادایم تفسیری و نظریه پدیدارشناسی شوتر جستجو نمود که اساس خود را بر تحلیل موقعیت‌مند تجربه بنا می‌نهد (۷). این روش با تلاش روش‌شناسان مردم‌نگار در گفتمان علمی جامعه‌شناختی رایج گردید. از دیدگاه اتنومتولوژیست‌ها تحقیق باید با مسائل روزمره مرتبط و معطوف به فهم هستی روزمره کنشگران باشد (۲۵). ایشان با تحلیل مکالمات روزمره و ساده افراد، مثل مکالمات تلفنی یا تعاملات پیش پا افتاده، سعی در فهمیدن چگونگی شکل، ساختار و قواعد حاکم بر این مکالمات داشتند. در واقع آن چه برای آنان اهمیت اساسی‌تری داشت نه محتوای مکالمات، بلکه نحوه شکل‌دهی افراد به مکالمات، قواعد به کار رفته در این طراحی و در نهایت ساختار این مکالمات بود. از نظر اتنومتولوژیست‌ها، تحلیل مکالمه بیشتر به ساختار گزاره‌ها و کشف و توصیف روابط بین آن‌ها می‌پردازد (۱۸).

یکی از عرصه‌های قابل تأمل گفتگو در زندگی امروزی، مکالمات پزشکی است. پس از فوکو، رابطه پزشک - بیمار توجه بسیاری را در حیطه پژوهش‌های مبتنی بر کیفیت تعامل، به خود معطوف ساخت (۲). در واقع به واسطه تحلیل میکروسکوپی<sup>۲</sup> فوکو از قدرت در هر رابطه دوتایی فرادست / فرودست، رابطه پزشک - بیمار نیز در کانون توجه جامعه‌شناسی پزشکی قرار گرفت: هدف متعالی هر رابطه پزشک - بیمار، در اصل ارتقای سلامت بیمار و مراقبت‌های پزشکی است (۸). مهارت‌های پایه پزشکی هم‌چون توانایی جمع‌آوری اطلاعات با هدف تشخیص صحیح از روی نشانه‌های ظاهری، رایزنی مناسب و اتخاذ درمان‌های اولیه مناسب، به تنهایی نمی‌تواند، منجر به خلق و تداوم تعاملی مثبت بین پزشک و بیمار گردد؛ بلکه رابطه درمانی موفق بر پایه ادراکات و احساسات مشترک از مشکل، استراتژی‌های رفتاری و حمایت روانی - اجتماعی بنا می‌گردد (۲۷). پزشکی بیمارمحور، سطحی مطلوب و دلخواه از تعامل پزشک - بیمار است که می‌تواند با واسازی رابطه مبتنی بر اقتدار نقشی، به بهبود کیفیت این تعامل و نیز تسریع پروسه درمانی بیمار یاری رساند. ضعف مهارت‌های ارتباطی پزشک و به کارگیری شیوه‌های ارتباطی یکسان در برخورد با بیماران بدون توجه به تفاوت‌های فردی، مسائل و مشکلات روانی، نوع بیماری و ... از علل اصلی عدم موفقیت پزشکان در درمان و جلب رضایت بیماران به رغم برخورداری ایشان از دانش حرفه‌ای است (۱۰). تحقق پزشکی بیمارمحور، منوط به توجه به موقعیت‌مندی پروسه درمان می‌باشد (۲۲). هر بیماری می‌تواند ریشه در بافتار و وضعیت اجتماعی خاصی داشته باشد که خود بخشی از تجربه زیسته فرد بیمار است. بنابراین درمان نیز برای اثرگذاری بهتر می‌بایست به درکی از این بافت‌مندی دست یابد که لازمه آن برقراری تعاملی متناسب با زمینه زیستی بیمار، میان پزشک و بیمار خواهد بود.

<sup>۱</sup>. Conversation analyze

<sup>۲</sup>. Microscopic

تحلیل مکالمه می‌تواند روشی کارآمد در فهم ساخت زبانی یک گفتگو به حساب آید؛ در واقع به سبب ابتناء به تحلیل‌های صوری و فرمال، این روش توانایی آن را دارد که نحوهٔ برساخت الگوهای درون متنی را کشف نموده و با افشای مناسبات پنهانی قدرت در زبان، چگونگی استیلای یکی از طرفین یا برقراری توازن و همدلی از طریق مشارکت متقابل در فرآیند گفتگو را نشان دهد. پژوهش حاضر بر آن است تا کاربست این روش را در تحلیل کیفی تعامل پزشک-بیمار برآورد نموده و نشان دهد چگونه این روش قادر است نحوهٔ برساخت یک تعامل بیمارمحور را توضیح دهد. به عبارتی هدف غایی پژوهش حاضر، ارزیابی روش تحلیل مکالمه و برآورد قدرت تحلیل و توصیف آن است. در این راستا، پرسش اصلی پژوهش حاضر آن است که تحلیل مکالمه چگونه می‌تواند از طریق کشف قواعد و فرآیندها، نوع الگوی حاکم بر یک تعامل پزشک-بیمار را کشف نماید؟ پرسش فرعی و مرتبط دیگر آن است که آیا می‌توان با کاربست تحلیل مکالمه، به یک الگوی کلی در فرآیند تعامل پزشک-بیمار دست یافت؟

### پیشینه تجربی

کلاته سادات، ایمان و لنکرانی (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان «استراتژی‌های گفتگو در تعامل پزشک با بیمار رقیب» انجام دادند که به روش تحلیل مکالمه انجام گردید. نتایج نشان داد که بیماران از چهار استراتژی تردید، پذیرش، کسب اطمینان و چانه‌زنی استفاده نمودند. متناظر با هر یک از این استراتژی‌ها نیز پزشکان از استراتژی‌های توجیهی/افغانی، اندازی، قطعیت، واگر/باید، استفاده می‌نمایند (۱۹). چاوشیان و همکاران (۱۳۹۴)، نیز پژوهشی با عنوان «قدرت رسمی و شیوه‌های ابراز مقاومت در گفتگوهای روزمره در یک چایخانه» انجام دادند. نتایج نشان داد که اعضای چایخانه با روش‌های غیر مستقیمی هم‌چون کولونی شدن در بین گروه‌های خودی در فضایی مانند چایخانه، در بیان طنزآمیز خاطره خود از مواجهه مستقیم با قدرت رسمی، نوعی بی‌تفاوتی اجتماعی را در مقابل افزایش فشار قدرت رسمی بر حوزه زندگی روزمره نشان می‌دهند (۹).

عزیزی (۱۳۹۳)، پژوهشی با عنوان «بررسی شیوه‌های بروز روابط قدرت در شوخی‌های روزمره در یک چایخانه» انجام داد. نتایج نشان داد که مفاهیمی نظیر فرهنگ و قدرت تا چه اندازه در تاروپود زندگی اجتماعی ما جریان یافته و تا چه اندازه درآمیخته با زندگی روزمره ماست، و آن چه در نگاه اول ممکن است یک شوخی ساده به نظر برسد تا چه اندازه برسازنده مفاهیم فرهنگی در متن گفتگو، و تحت تاثیر قواعد و ساختار قدرتی است که در پس و پشت این تعاملات ظاهری قرار دارد و از آن تبعیت می‌کند (۴). هستر و اگلین<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)، در پژوهش خود با استفاده از تحلیل مکالمه به این نتیجه رسیدند که تمهیدهای گفتگویی در روابط اجتماعی، ساختارهای از پیش موجود شناختی نبوده بلکه تابع موقعیت بوده و متأثر از روندهای گفتگو شکل گرفته و تغییر می‌کنند (۱۶). بیکر<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، نیز در پژوهش خود با روش

<sup>۱</sup>. Hester & Eglin

<sup>۲</sup>. Baker

تحلیل مکالمه به این موضوع می‌پردازد که چگونه در موقعیتی ویژه، انتظامی اجتماعی و اخلاقی توسط طرفین تعامل بر ساخته می‌شود. وی به این نتیجه دست می‌یابد که نظم‌های تعاملی و ارتباطی متکی بر قاعده‌ها و الگوهای بی‌ست که در جریان و فرآیند تعامل تولید می‌گردند (۵).

### پیرنگ‌های نظری

#### اتنومتدولوژی؛ خاستگاه نظری تحلیل مکالمه

تحلیل مکالمه نخستین بار توسط تئورسین‌های روش‌شناسی مردم‌نگار<sup>۱</sup> مطرح شد. روش‌شناسی مردم‌نگار در صدد شناسایی آن دسته از رویه‌ها و قواعد اجتماعی است که اعضای یک جامعه برای خلق نظم اجتماعی به کار می‌گیرند (۲۴). آن چه بیش از همه برای اتنومتدولوژیست‌ها اهمیت دارد کشف قواعد، روابط سازه‌ای و صورت‌های بر ساخت این نظم زبانی - اجتماعی است (۳).

اتنومتدولوژی بر این اصل استوار است که انسان‌ها در خلال تعامل و گفتگو در یک موقعیت، به ایجاد یک نظم اجتماعی محلی مبادرت می‌ورزند (۲۴). از نگاه این نظریه نظم چیزی نیست جز دستاورد عملی و پیوسته جاری افراد معقول (۳۱). اتنومتدولوژیست‌ها نظم را امری سیال و می‌دانند که پیوسته از راه تعاملات اجتماعی در حال تغییر و دگرگونی است (۱۲).

اتنومتدولوژی را باید به عصر گذار جامعه‌شناسی مربوط دانست؛ یعنی زمانی که نظریه اجتماعی از قطعیت‌های جهانشمول و تئوری‌های عام - میدان به سوی نظریه‌ای زمینه‌ای و بافت‌گرا در قالبی چون پساساخت‌گرایی و پست مدرنیسم، در حرکت بود. اما اتنومتدولوژی چیزی میان این دو بود؛ از یک سو با تأکید خود بر موقعیت‌مندی تجربه، از کل‌گرایی نظریه پیش از خود می‌گسست و از طرف دیگر با پذیرش قابل تحلیل بودن این تجربه خرد و زمینه‌ای، رادیکالیسم تئوری‌های پس از خود را در طرد مقوله شناخت نمی‌پذیرفت.

اتنومتدولوژیست‌ها، گفتگو را سنگ بنای دیگر صورت‌های تعامل می‌دانند؛ گفتگو رایج‌ترین صورت کنش متقابل است (۲۶). توجه به گفتگو را باید محصول علاقه ریشه‌ای آنان به زبان و بازی‌های زبانی دانست. نظم از این منظر محصول بازی‌های زبانی است. بنابراین کشف نظم موقعیت‌مند، یعنی کشف قواعد حاکم بر بازی زبانی صورت گرفته در آن موقعیت (۱۷). فرمالیسم نهفته در نظریه اتنومتدولوژیستی که به نوعی یادآور جامعه‌شناسی صوری زیملی است، سعی در کشف فرم‌های بر سازنده مکالمه برای دستیابی به شیوه‌های تولید نظم تجربی و محلی توسط کنشگران درون آن موقعیت دارد.

<sup>۱</sup>. Ethnomethodology

## چیستی و فرآیند تحلیل مکالمه

تحلیل مکالمه به تحلیل و تفسیر محتویات متن، که مشخصاً برای مقاصد پژوهشی تولید شده‌اند تمایل چندانی ندارد، در عوض به تحلیل صوری موقعیت‌های روزمره علاقمند است (۱۴). هدف از تحلیل مکالمه، عبارت است از مشخص کردن اصول و ساز و کارهایی که کنشگران به هنگام اجرای یک عمل در یک موقعیت و رابطه متقابل با مخاطبان‌شان، با استفاده از آن‌ها ساختارهای بامعنا و منظمی در زنجیره رویدادها و فعالیت‌های مولد این رویدادها به وجود می‌آورند (۶). تحلیل مکالمه روشی فرمالیستی‌ست که به بررسی صورت‌های تعامل و کنش متقابل در بستر زندگی روزمره علاقمند است. برای نمونه روش-شناسان مردم نگار از طریق تحلیل مکالمه روی یک گفتگوی تلفنی ساده با تمرکز بر مواردی چون مکث‌ها، توالی‌ها، سکوت‌ها و ... به قواعد و در نتیجه ساختارهای آن مکالمه مانند ساختار نوبت‌گیری، دست می‌بایند.

این گونه نیست که تحلیل مکالمه به معانی و محتوای گفتگو بی‌تفاوت بوده و آن را ندیده بگیرد، بلکه بر آن است قواعد و رویه‌های برساننده مکالمه در انتقال و هدایت معانی نقش اصلی را دارند (۱۴). به عنوان نمونه در همان مثال مکالمه تلفنی، شکل‌های زبانی به کار رفته از طرف هر یک از طرفین گفتگو، در محتوای پاسخ طرف مقابل بسیار اثرگذار خواهد بود. مکث‌ها، سکوت‌ها یا ادای خسته و یا بالعکس هیجانی جملات از طرف گوینده (الف) در نوع پاسخ دریافتی از گوینده (ب) مؤثر می‌باشد و ممکن است روند محتوایی مورد انتظار طرفین مکالمه را از اساس مفروض خود منحرف سازد. در این جا وجهی از تصادف و پیش‌بینی‌ناپذیری موقعیت مطرح بوده که خاصیت زندگی روزمره است و لذا هر تجربه را به امری خود-بنیاد و یکه بدل می‌سازد. تحلیل مکالمه، توجهی ویژه به پرفرمنس یا اجرای مکالمه دارد که خود ناچاراً به نوعی بداهه‌گویی و بازی زبانی مبتنی است. اجرای کلامی هر کس، به فرم‌های زبانی به کار رفته در اجرای دیگری وابسته است. تحلیل مکالمه علاقمند به کشف مکانیسم همین وابستگی و ارتباط می‌باشد.

اتنومتدولوژیست‌ها برخی از دستورالعمل‌های روش شناختی برای انجام بهتر تحلیل مکالمه را بدین صورت تشریح کرده‌اند (۲۸):

۱. منظور از «طراحی» نوبت در گفتگو اشاره به دو پدیده متمایز است: اول، انتخاب یک فعالیت که یک نوبت برای انجام آن طراحی شده است. دوم، جزییات برساخت شفاهی که فعالیت آن نوبت از طریق آن انجام می‌گیرد.
۲. یکی از اهداف اصلی تحلیل مکالمه، شناسایی نظام یا الگوهای زنجیره‌ای‌ست که در حین تعامل به رفتارهای شفاهی ساختار می‌بخشند.
۳. در تحلیل مکالمه، محقق می‌بایست تحلیل خود را بر تحلیل شرکت کنندگان مکالمه از رفتار یکدیگر متمرکز کند.

یکی از ویژگی‌های اساسی تحلیل مکالمه آن است که رویکردی به شدت زنجیری و متوالی دارد (۱۵). پروسه تحلیل مکالمه از چهار مرحله کلی و اساسی تشکیل شده است: ۱. ضبط تعاملات طبیعی، ۲. پیاده کردن متن نوارها، ۳. تحلیل بخش‌های انتخابی از متن، ۴. گزارش تحقیق (۲۹). بخش اصلی در تحلیل مکالمه، تحلیل متن است. در این راستا، ابتدا می‌بایست یک یا چند گزاره خاص از متن را به مثابه مؤلفه‌های بالقوه نظم در آن گفتگو، مشخص نمود. در مرحله بعد باید مجموعه‌ای از مواردی که این مؤلفه از نظم را می‌توان در آن پیدا نمود، به گرد هم جمع کرد. سپس باید مشخص نمود که چگونه از این مؤلفه به منزله ابزاری برای تولید نظم در تعاملات استفاده شده است و این مؤلفه کدام یک از مشکلات موجود در نظام و سازمان تعاملات را رفع می‌کند. در ادامه تحلیل روش‌ها صورت می‌گیرد که آن مشکلات سازماندهی معمولاً برای آن پیش آمده است. یکی از متداول‌ترین نقاط شروع تحلیل، تحقیق درباره نحوه شروع گفتگوست و این که کدام اعمال زبانی برای ختم این گفتگو به شکل منظم به کار گرفته می‌شوند (۱۴). در تحلیل مکالمه هدف غایی کشف قواعد، رویه‌ها و در نتیجه ساختار صوری آن بازی زبانی است که نظم گفتگویی به واسطه آن تحقق یافته است. انگیزه کشف همین الگوهاست که اتنومتولوژیست‌ها را به همه جوانب صوری مکالمه هم‌چون ساختار نوبت‌ها، وقفه‌ها، تداخل کلامی، اختلال، توالی‌ها، تصحیح و ... علاقمند می‌سازد (۲۹).

### پیشینه نظری

#### رویکرد بیمار محور در تعامل پزشک - بیمار

فوکو در نیمه دوم قرن بیستم اعلام کرد که عصر آینده را باید عصر تفوق بدن‌ها دانست (۱۵). این بدن‌مندی سبب اهمیت یافتن مجموعه‌ای از علوم و دانش‌ها هم‌چون پزشکی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی، سکسیولوژی و ... گردیده که به نحوی با بدن به مثابه منبعی از سلامت، رنجوری، قدرت و اروتیسم در ارتباط‌اند. در چنین شرایطی مسأله تعامل پزشک - بیمار به موضوعی جذاب و مناقشه برانگیز برای جامعه - شناسان پزشکی بدل گردید.

تعامل پزشک - بیمار به مثابه یک تجربه موقعیت‌مند روزمره از آن حیث قابل توجه است که بیمار و پزشک هر کدام به شبکه پیشانقشی خودویژه‌ای تعلق دارند. بیمار در یک شبکه ارجاعی غیر حرفه‌ای و عامه از دوستان و خویشان هم‌دل قرار داشته که سعی بر گزینش پزشکی دارند که به مسائل ایشان علاقه نشان دهد. در مقابل پزشک در یک نظام ارجاعی حرفه‌ای متشکل از پزشکان دیگر و کلینیک‌ها قرار می‌گیرد که بر تشخیص آسیب‌های بدن و درمان مطلوب آن تأکید می‌ورزد (۲۳). این زمینه پیشانقشی در تعامل موقعیت‌مند مبتنی بر نقش‌های پزشک و بیمار، موجب به وجود آمدن انتظارات نقشی متقابلی از طرفین می‌شود. مثلاً پزشک انتظار شکیبایی، گزارش دقیق علایم بیماری، رعایت توصیه‌ها، مصرف

صحیح داروها و ... را برای تشخیص و درمان بهتر بیماری دارد و از سوی دیگر بیمار انتظار همدلی، درد و دل، تخصیص زمان کافی و ... دارد تا به اصطلاح دست خالی از مطب خارج نشود.

جامعه‌شناسان پزشکی معمولاً باور مدل‌های پزشکی زیستی مبنی بر مشارکت متقابل پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری را رد کرده و معتقدند که این روابط در نهایت پزشک-محورند<sup>(۱)</sup>. تحقیقات چندی نیز حاکی از نارضایتی بیماران در تعاملات خود با درمانگران و احساس عدم مداخله و فرودستی ایشان بوده است<sup>(۲)</sup> و (۲۱) و (۳۰). در مقابل مدل بیومدیکال<sup>۱</sup> (پزشکی زیستی) که در آن بیمار دریافت‌کننده غیر فعال خدمات درمانی از سوی فردی صاحب فن تلقی می‌گردد<sup>(۲۷)</sup>، مدل‌های مشارکت متقابل قرار دارند که در آن پزشک و بیمار با یکدیگر تعاملی مثبت داشته و در تصمیم‌گیری‌های تعیین‌کننده سهیم هستند<sup>(۲۷)</sup>.

پزشکی بیمارمحور رویکردی متعالی از مدل‌های مبتنی بر مشارکت متقابل پزشک-بیمار است<sup>(۱۳)</sup>. رویکرد بیمارمحور بر آن نیست که سلسله مراتب رابطه پزشک-بیمار را در جهت عکس نسبت به رویکرد پزشک‌محور، بر استیلائی نقش بیمار استوار سازد. این رویکرد اساساً هر گونه تمسک به اقتدار نقشی را زیر سوال برده و سعی دارد با اعطای قدرت تصمیم به بیمار، به مثابه عنصر فرودست در رابطه مذکور، وی را در پروسه درمان مداخله دهد. در رویکرد بیمارمحور پزشک ضمن آگاهی از منابع قدرت در دسترس خود، سعی می‌کند با اتخاذ موضعی صمیمی و همدلانه، از سیطره اقتدار نقشی خود بر پروسه درمان جلوگیری کند. رویکرد بیمارمحور به تعبیر کردلا<sup>(۱۱)</sup>، مبتنی بر صدای هم‌نوع می‌باشد. از نظر وی صدای هم‌نوع شکلی اقتدارگریز از گفتمان پزشکی است. این گفتمان بر شکلی از رفتار و گفتار پزشک متکی است که در آن رابطه وی با بیمار در مسیری از همدلی و تفاهم بسط می‌یابد.

با توجه به آن چه گفته شد می‌توان برخی مفاهیم حساس‌کننده را بازشناخت که می‌توانند با تعیین قرائن و ممیزه‌های یک تعامل بیمارمحور به منظور بازشناسی آن، حساسیتی نظری تولید نمایند. برای تشخیص و بازشناسی یک تعامل بیمارمحور، باید مفاهیم خاصی را در متن یک مکالمه پیگیری نمود؛ مفاهیمی که دال بر عدم سلسله مراتب نقشی میان پزشک-بیمار و یا اقتدار نقشی یک سو، مشارکت دو سو، پزشک و بیمار در فرآیند تشخیص و درمان، و نیز امکان سوژگی و فاعلیت، و در واقع عدم انفعال بیمار در مراحل معاینه و درمان، باشند. اما بدیهی است که این مفاهیم نمی‌توانند به همان صورت ذهنی و سوپژکتیو در یک مکالمه روزمره بروز و ظهور یابند. از این رو باید نمودهای عینی و ایزکتیو آن‌ها در قالب نشانه‌هایی هم‌چون صمیمیت، همدلی، احترام متقابل، عدم اختلال در گفتگو، عدم تزامم‌ها و وقفه‌ها، پیگیری متقابل گفته‌ها، و حتی توناژ و لحن صداها، نحوه نشست و برخاست‌ها و ... پیگیری و شناسایی گردد.

<sup>۱</sup>. Biomedical

<sup>۲</sup>. Cordella



### روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر در رویکرد کیفی و به روش تحلیل مکالمه انجام گرفته است. بدین منظور متن چهار مکالمه ضبط شده از چهار جلسه معاینه پزشکی، میان چهار زوج پزشک-بیمار، مورد تحلیل قرار گرفت. مکالمات مذکور در بیمارستان دولتی رسول اکرم در محله ستارخان واقع در منطقه ۲ شهرداری تهران ضبط گردید. این مکالمات ابتدا به صورت متن پیاده‌سازی گردیده و سپس بدنه اصلی متن با حذف برخی زوائد جهت تحلیل انتخاب شد. متن انتخابی با روش تحلیل مکالمه مورد بازخوانی و بررسی قرار گرفته تا مکانیسم برساخت این تعامل به عنوان نمونه‌ای از الگوی بیمارمحور در تعاملات درمانی، استخراج شود. در این راستا سعی گردید به همه جوانب صوری مکالمه هم‌چون ساختار نوبت‌ها، وقفه‌ها، تداخل کلامی، اختلال، توالی‌ها، تصحیح و ... توجه گردیده، قواعد اصلی و زیربنایی متن و مناسبات بین این قواعد کشف شده و کارکرد آن‌ها در برساخت تعامل بیمارمحور مشخص شود.

### یافته‌ها

در این بخش، متن سه مکالمه ضبط شده از سه جلسه معاینه پزشکی، پیاده‌سازی و سامان‌دهی شده است. مکالمه اول بین یک پزشک زن جوان متخصص اُرتوپدی و یک پیرزن بیمار مبتلا به آسیب‌دیدگی پا، ضبط شده است. مکالمه دوم مربوط به معاینه یک پسر جوان مبتلا به سردرد توسط یک پزشک مرد میانسال متخصص مغز و اعصاب می‌باشد. مکالمه سوم مربوط به معاینه یک دختر جوان مشکوک به کرونا، توسط یک پزشک عمومی مرد میانسال، و در نهایت مکالمه چهارم نیز میان یک پزشک زن میانسال متخصص گوارش و یک پسر جوان مبتلا به رفلاکس معده بوده است.

### مکالمه ۱

بیمار: سلام خانم دکتر ... [بیمار با مقداری آه و ناله از درد می‌نشیند] ...

پزشک: سلام مادر جان ... بفرمایین ... خدا بد نده؟

بیمار: سلامت باشین ... ساقی پام خیلی درد میکنه خانم دکتر به نظرم شکسته ... [ناله می‌کند]

پزشک: ببینم پاتونو، شلوارتو بیار بالا ... [صدای جزیی بالا آوردن پاچه شلوار] ... یکم کبوده

بیمار: یعنی خیلی بده؟!

پزشک: نه! روی اون تخت دراز بکش پاتو ببینم عزیزم ... [بیمار با آه و ناله به سمت تخت رفته دراز می‌کشد

... صدای صندلی نشان می‌دهد که پزشک هم به سمت تخت رفته] ... آخی! خب حالا پاتون چطور این جور شد؟!

بیمار: [با چند بار لمس پا بیمار آخ می‌کشد ... دکتر به ابزارهایی دست می‌زند] ... والا خانم دکتر چیزی می-

خواستم از روی کمده بردارم [کمی مکث] ...

پزشک: خب؟!

بیمار: بدون چارپایه زیر پام گذاشتم برم بالا که سر خورد و افتادم ... [بیمار با لمس مجدد ناله می‌کند] ...  
 پزشک: آخی! ... مگه بچه‌ها خونه نبودن؟ پس این بچه‌های بی وفا کجا بودن کمکت کنن؟!  
 بیمار: [بیمار آرام می‌خندد] ... آخه خانم دکتر اونام میرن پی زندگی خودشون  
 پزشک: یکم به پشت بچرخ ... [دکتر با ابزارهایی ور می‌رود ... بیمار با کمی ناله کردن می‌چرخد]  
 بیمار: بعضیاشون ازدواج کردن، بعضیاشون سر کار میرن  
 پزشک: به سلامتی. ولی دیگه یه مدتی باید از شما مراقبت کنن  
 بیمار: چطور؟ یعنی شکسته پام؟  
 پزشک: احتمالاً یک آسیب‌دیدگی ... ولی واسه اطمینان یه عکس می‌نویسم بگیرین  
 [سکوت بیمار ... فقط یکی دو آه] ...  
 پزشک: آروم بیاین پایین ... عکسو گرفتین برام بیارین ... مراقب باشین [پزشک روی صندلی می‌نشیند و  
 بیمار با ناله از تخت پایین می‌آید] ...  
 بیمار: ممنون خانم دکتر زحمت کشیدین ...  
 پزشک: خواهش می‌کنم ... فعلاً این مسکن رو بخورین تا عکس حاضر شه  
 بیمار: چیز دیگه لازم نیس بخورم؟  
 پزشک: نه همین ... عکسو گرفتین بیارین ... مراقب باشین  
 بیمار: خیلی ممنونم مادر [با ناله راه می‌رود ... در مطب بسته می‌شود]

## مکالمه ۲

[صدای در زدن بیمار و سپس باز شدن آن]  
 پزشک: بفرمایید لطفاً  
 بیمار: خدایه آقای دکتر، وقت بخیر  
 پزشک: تشکر، بفرمایید.. بنشینید  
 [کمی مکث.. پزشک در حال نوشتن متنی روی کاغذ.. کمی وقفه]  
 پزشک: ببخشید.. بفرمایید در خدمتم  
 بیمار: آقای دکتر واقعیتش چند روزیه که سردردهایی دارم.. کلافه و نگرانم کرده خیلی  
 پزشک: بیشتر توی کدوم قسمتهای سر؟ خفیفه یا شدید؟  
 بیمار: جلو پیشیونی و دو طرف سرم.. حالت تیر کشیدن.. [با دست به نواحی دردناک اشاره می‌کند.. دست به  
 پیشیانی می‌کشد]  
 پزشک: [که با صدای چرخیدن صندلی از جا بلند شده و به سمت بیمار می‌آید]، لطفاً سرتو صاف نگه دار،  
 قوز نکن.. معمولاً توی راه رفتن یا نشستن گردنتو قوز می‌کنی؟ چشمتو کامل باز کن و به این نقطه نگاه کن  
 [پزشک نقطه‌ای را به بیمار نشان می‌دهد و از او می‌خواهد به آن نقطه خیره شود]  
 بیمار: تقریباً فک کنم این جور باشه..  
 پزشک: مشخصه، لحظه‌ای که داخل شدی پیدا بود

بیمار: مخصوصاً توی نشستن.. یا کار با کامپیوتر که می‌کنم.. یا خوندن کتاب.. چطور آقای دکتر؟  
[پزشک گامی عقب می‌رود با دستگاهی روی میز و گویا چراغ قوه چشمی مخصوص را بر می‌دارد.]

پزشک: ان شاءالله طوری نیست.. باید سعی کنی حرکات گردنت رو اصلاح کنی.. کتاب زیاد میخونی؟  
[پزشک هم‌چنان با دستگاه (گویا همان وسیله مخصوص پزشکی) و می‌رود و چیزی را تنظیم می‌کند]  
بیمار: بله [لبخند کوتاه رضایتی می‌زند].. تقریباً زیاد.. به خاطر درس.. البته مطالعه آزاد هم می‌کنم رمان و داستان و این‌ها..

پزشک: خیلی خوبه.. رشته‌ات چیه؟ [در همان حال به بیمار نزدیک می‌شود].. چشم‌ها رو کاملاً باز کن و به این نقطه خیره شو

بیمار: فوق لیسانس ادبیات.. ممن.. [تشکر بیمار کامل نمی‌شود] ..  
پزشک: بسیار خوبه.. حالا به این سمت نگاه کن.. [کمی مکث و گویا معاینه چشمی را انجام می‌دهد].. حالا زانوها رو از صندلی آویزون کن

بیمار: چطور وضعیته آقای دکتر؟ [پاهای خود را از صندلی آویزان می‌کند]  
[پزشک بدون آن که چیزی بگوید، چکش مخصوص را از روی میز و می‌دارد و دو ضربه به زانوها می‌زند]  
بیمار: آقای دکتر چیز خاصی که نیس؟

[پزشک وسیله را روی میز قرار داده و به سمت صندلی رفته و می‌نشیند]  
پزشک: نه خداروشکر. چیز خاصی نیس.. بیشتر به خاطر وضعیت گردنه که باعث این دردها میشه.. این سه حرکت رو که می‌گم باید هر روز انجام بدی

[پزشک سریع بر می‌خیزد و حرکات را به صورت آموزشی به بیمار نشان داده و توضیح می‌دهد]  
پزشک: هر حرکت رو به تعداد ۲۰ بار تکرار می‌کنی .. [شروع به نوشتن روی کاغذ می‌کند] .. این دو تا دارو رو هم..

بیمار: آقای دکتر پس واقعاً طوری نیست؟ خیلی نگران بودم..  
پزشک: نه خیالت راحت.. برو به زندگیت برس.. این داروها رو بخور. حرکات رو انجام بده و نشستنت رو هم اصلاح کن آقای ادیب کتابخون!

بیمار: [خنده آرامی می‌کند] بسیار ممنونم جناب دکتر. تشکر. حتماً  
[بیمار بر می‌خیزد و به سمت در رفته و خداحافظی می‌کند]

### مکالمه ۳

[در آرام باز شده و بیمار یالله گفته وارد می‌شود]

بیمار: سلام وقت شما بخیر

پزشک: سلام تشکر .. بفرمایید این جا بنشینید [با دست به صندلی بیمار اشاره می‌کند]

بیمار: آقای دکتر ایشالا که حالتون خوب باشه.. من چند روزیه سرماخوردگی دارم.. ولی شک دارم که کرونا باشه.. خیلی ترس و نگرانی دارم  
 پزشک: چی بوده علائمتون؟  
 بیمار: سردرد، گلود درد و آب ریزش بینی.. این سه تا بیشتر بوده  
 پزشک: سرفه هم داشتی؟  
 بیمار: نه اصلاً.  
 پزشک: از کی شروع شده علائمتون؟  
 بیمار: از دو روز پیش.. داشتم توی حیاط خونه ورزش می‌کردم.. ولی انگار بادخور شد بدنم و از فرداش اون علائم اومد..

پزشک: آفرین دختر ورزشکارا! الان همه علائم کلاً مشکوک به کروناس، ولی جای نگرانی نیست  
 [پزشک از روی میز یک چوبک معاینه ور می‌دارد]  
 پزشک: حالا لطفاً دهاتونو باز کنین و صورتتون رو بیارین جلو  
 [بیمار کمی به جلو خم شده و دهان خود را باز می‌کند. پزشک درون حلق را معاینه می‌کند]  
 بیمار: باور کنین خیلی ترسیدم آقای دکتر  
 پزشک: نگران نباشین عزیزم، انشالله طوری نیست.. نک انگشتتون رو بذارین روی میز  
 [پزشک دستگاه اکسیژن‌سنج را از روی میز بر می‌دارد و شروع به سنجش اکسیژن خون می‌کند]  
 پزشک: خب، نرماله اکسیژن خون.. بذارین دما و فشار خونتون رو هم بگیرم  
 [پزشک تب‌سنج و دستگاه فشار خون را برداشته و یکی یکی اندازه می‌گیرد]  
 بیمار: چطوره اندازه‌ها آقای دکتر؟  
 پزشک: خوبه مشکلی نیست تب ندارین و فشار خون هم نرماله  
 بیمار: ولی ترسم از اینه که کرونای خفیف باشه و کم کم علائمش بیاد  
 پزشک: یه خانم ورزشکار که نباید آن قدر نگران باشه! [بیمار آرام می‌خندد] شما بدنتون سالمه. ولی من برای اطمینان یه تست براتون می‌نویسم توی همین آزمایشگاه بغل انجام بدین بیارین. نگران نباشین  
 بیمار: خیلی ممنونم جناب دکتر.. چشم میارم خدمتتون  
 [بیمار خداحافظی کرده و از اتاق خارج می‌شود]

#### مکالمه ۴

[در نیمه باز به آرامی کنار زده شده و بیمار وارد می‌شود]  
 پزشک: بفرمایید  
 بیمار: یاالله خانم دکتر.. سلام، خسته نباشید  
 پزشک: سلام تشکر، بفرمایید بنشینید  
 [بیمار به آرامی صندلی را جابجا کرده و می‌نشیند]  
 پزشک: خب بفرمایید، در خدمتم

بیمار: سلامت باشید خانم دکتر، واقعیتش..

[گوشی همراه پزشک همین لحظه زنگ می خورد و پزشک با چند لحظه مکث صدا را قطع می کند]

پزشک: معذرت می خواهم

بیمار: خواهش می کنم، واقعیتش خانم دکتر مدتی احساس سوزش سردل می کنم.. کمی هم به سمت چپ

بالای قفسه سینه میزنه این سوزشه.. بیشتر صبحها یا بعد غذا.. یعنی این جوری نبودما..

پزشک: خب! از کی این جور شده؟

بیمار: سه چهار ماهه غذام همش شده غذای بیرون و فست فود، بده فک کنم.. سه چهار هفته س این سوزش

اومده.. گاهی هم به درد معده برای به زمان کوتاه..

پزشک: ای بابا فست فود چرا؟! خوب نیس.. ترش هم می کنین؟ دهانتو لطفاً وا کن

[پزشک روی میز گویا دنبال وسیله ای می گردد.. آن را بر می دارد]

بیمار: چی بگم خانم دکتر! درست می فرمایین.. اما خانومم.. [دهان خود را برای معاینه باز می کند.. چند ثانیه

طول می کشد] بله اول صبحا بیشتر یکم تلخه گلوم.. چیز خاصی؟

پزشک: خب خانومتون چی؟! نه یکم علائم رفلاکسه ظاهراً.. دراز بکشید رو تخت لطفاً..

[بیمار کمی با سر و صدا جابجا شده و روی تخت دراز می کشد]

بیمار: چند مدتی باردار هست و نمی تونه زیاد آسپزی کنه، بیشتر آماده می خوریم..

پزشک: [همان طور که آماده معاینه می شود] آخی! می بینید خانوما نباشن چی میشه؟! پیرهن رو بالا بزنید

لطفاً

[بیمار به آرامی و کوتاه می خندد.. پزشک با دست کشیدن روی شکم و چند ضربه آرام معاینه می کند.. چند

سوال کوتاه می پرسد و بیمار جواب می دهد]

پزشک: بفرمایید بلند شید.. [به پشت میز خود برگشته و شروع به نوشتن می کند]

بیمار: مشکل خاصی هست خانم دکتر به نظرتون؟

پزشک: نه رفلاکس و کمی نفخه.. باید این داروها رو بخورین و رعایت کنین.. یک ماه دیگه بیاین دوباره..

بیمار: خیلی ممنونم، لطف کردین

پزشک: خواهش می کنم

[بیمار خداحافظی کرده از اتاق خارج می شود]

### تحلیل مکالمه ها

عبارات داخل آکلاد صداهای فرعی ضبط شده هستند که به خاطر اهمیت شان در ارتباط دادن بخش های اصلی مکالمه و نیز در فرآیند تحلیل متن، پیاده سازی شده اند. یک نگاه کلی به متن مکالمه ها و نحوه استقرار پیاپی گفته های پزشکان و بیماران نشان می دهد که یک دیالوگ تقریباً کامل دو طرفه میان آن ها قابل تشخیص است (در مکالمه ۲، در دو جا و بیشتر به اقتضاء فرآیند معاینه پزشکی، گفتگوی

دو طرفه به طور جزئی قطع می‌گردد. اول آن‌جا که تشکر بیمار از پزشک کامل نمی‌شود (مداخله کلامی پزشک) و دوم آن‌جا که سوال بیمار به دلیل تمرکز پزشک بر معاینه بدون پاسخ مانده و بیمار سوال را مجدداً به نحو دیگری تکرار می‌کند. در مکالمه ۴ نیز آن‌جا که تلفن پزشک زنگ می‌خورد، و نیز آن‌جا که برای معاینه گفته بیمار موقتاً قطع می‌شود: (اما خانومم..). به عبارتی هر گفته پزشک با پاسخی از بیمار و هر گفته بیمار با پاسخی متقابل همراه بوده و این روند دموکراتیک استقرار پیاپی بدون انقطاع (یا حداقل انقطاع) تا پایان مکالمه برقرار می‌باشد. تداخل و تزامم کلامی در این مکالمات به ندرت دیده می‌شود. بنابراین استقرار متناظر گفته‌ها بنیادی‌ترین و اولین قاعده قابل تشخیص در این مکالمه‌هاست (قاعده اول). روند نوبت‌گیری در مکالمه‌ها بسیار سنجیده و همدلانه بوده و بیمار مغلوب اقتدار نقشی پزشک نشده است.

از سوی دیگر، پزشک با به کارگیری نشانه‌های زبانی ویژه یک مکالمه صمیمانه و شخصی (در مکالمه اول: آخی، مادر، خدا بد نده، عزیزم، مراقب باشین و ...، در مکالمه دوم: آقای ادیب کتابخون!، مکالمه سوم: عزیزم، دختر ورزشکار!، مکالمه چهارم: آخی!) زمینه را برای همدلی بهتر بیمار فراهم آورده است. در واقع پزشک با به کارگیری این نشانه‌های زبانی همدلانه و عمیقاً شخصی، برای بیمار نقش یک شنونده آشنا را ایفا کرده است. از طرفی بیمار توانسته است به دلیل عدم احساس اقتدار نقشی پزشک، موقعیت خود در زیست‌جهان شخصی را به نوعی شبیه‌سازی و اجرا نماید (در مکالمه اول: نقش مادری و یا چیزی نزدیک به آن، در مکالمه دوم: نقش فرزندی پسر و یا برادر کوچک‌تر، و در مکالمه سوم نقش فرزندی دختر و یا خواهر کوچک‌تر، مکالمه چهارم: نقش یک دوست نزدیک). در واقع پزشک با کنار گذاشتن مفروضات پیشانقشی خود (مانند استفاده از یک زبان رسمی و سلسله مراتبی) و به کارگیری بازی‌های زبانی یک تعامل شخصی، چنین امکانی را فراهم نموده است. همچنین تولید یک فرم مفرح در مکالمه از طریق گزاره‌هایی شخصی (مکالمه اول: بچه‌های بی‌وفا!، مکالمه دوم: آقای ادیب کتابخون!، مکالمه سوم: خانم ورزشکار!، مکالمه چهارم: می‌بینید خانوما نباشن چی میشه؟!، بازسازی یک زیست‌جهان همدلانه را تقویت نموده است. به عبارتی از یک مضمون کلیشه‌ای (بی‌وفایی فرزندان از نظر والدین!)، یک عبارت کنایی - آبرونیک (ادیب کتابخوان!) و یک گزاره مطایبه‌آمیز (خانم ورزشکار!، مضرات نبودن خانم‌ها!)، برای اجرای یک نمایش همدلانه استفاده شده است. اما در این‌جا مضمون این کلیشه‌ها و کنایه‌های کلامی نیست که اهمیت زیادی دارد، بلکه نفس تکراری بودن، متعارف بودن و یا در واقع آشنا بودن این عبارات مهم است. بدین ترتیب می‌توان این قاعده مستخرج دوم را آشنایی‌سازی نامید. قاعده‌ای که یک فرم و تکنیک رایج در مکالمات شخصی و دوستانه در جهت رسیدن به یک تجربه مشترک و متوازن است (مثلاً هنگامی که دو نفر برای شروع یک مکالمه دوستانه عبارت کلیشه‌ای امروز چقدر هوا خوبه! را به کار می‌گیرند. لازم به توضیح نیست که در این‌جا هم مضمون این عبارت چندان مهم نیست بلکه تکنیک آشنایی‌سازی که در آن به کار رفته اهمیت اساسی را دارد).

الگوی انبساط کلام نیز قاعدهٔ جالب توجه دیگری است که در این مکالمه قابل ردیابی است (قاعده سوم). این الگو، تکنیک بسیار مهمی در مکالمات صمیمانهٔ روزمره است. بر خلاف مواجهات غیر شخصی و حرفه‌ای، که افراد سعی می‌کنند گزاره‌هایی هرچه موجزتر و معطوف به هدف به کار گیرند، در مکالمات شخصی و دوستانه به کارگیری قاعدهٔ انبساط کلام حاکی از آن است که فراهم کردن امکانی دو طرفه برای هم صحبتی بیشتر و رسیدن به صمیمیت، خود یک هدف است. در مکالمات مورد مطالعه، هنگامی که پزشکان علت بیماری را می‌پرسند، بیمار اول چنین پاسخ می‌دهد: «والا خانم دکتر چیزی می‌خواستم از روی کمد وردارم ..»، بیمار دوم می‌گوید: «تقریباً زیاد [مطالعه می‌کنم] .. به خاطر درس .. البته مطالعه آزاد هم می‌کنم رمان و داستان و این‌ها ..»، و بیمار سوم جواب می‌دهد: «داشتم توی حیاط خونه ورزش می‌کردم .. ولی انگار بادخور شد بدنم و از فرداش اون علائم اومد ..»، بیمار چهارم نیز می‌گوید: «سه چهار ماهه غدام همش شده غذای بیرون و فست فود، بده فک کنم ..». مکتبی که در امتداد کلام بیمار هست به نوعی اجازه گرفتن از طرف مقابل برای تکمیل توضیحات است. هم‌چنین بیمار با این مکتب قصد دارد از اهمیت توضیحات خود برای پزشک، اطمینان حاصل کند. در مکالمهٔ اول و در ادامه پزشک پاسخ می‌دهد: «خب؟». اکنون بیمار به نوعی اجازه یافته مسأله را بیشتر بسط دهد. ادامه می‌دهد: «بدونه چارپایه زیر پام گذاشتم برم بالا که سر خورد و افتادم ...». در ادامه باز هم پزشک امکان بسط بیشتر توضیحات بیمار را با به کارگیری همان تکنیک فراهم می‌آورد: «آخی! .. مگه بچه‌ها خونه نبودن؟ پس این بچه‌های بی‌وفا کجا بودن کمکت کنن؟!»، بیمار نیز مکالمه را ادامه داده می‌گوید: «آخه خانم دکتر اونام میرن پی زندگی خودشون ..». این نکته برای پزشک حائز این کارکرد نیز هست که با اطلاع از وضعیت بیمار، وی را تنها یافته و لزوم مراقبت فرزندان از او را یادآوری می‌نماید. در مکالمه دوم پزشک پاسخ می‌دهد: «خیلی خوبه .. رشته‌ات چیه؟». پرسشی بودن این گزاره، امکان بسط گفتگو را فراهم می‌سازد؛ بیمار مجدداً پاسخ می‌دهد: «فوق لیسانس ادبیات ..». در مکالمه سوم نیز پزشک در پاسخ به بیمار گفته است: «آفرین دختر ورزشکار! الان همه علائم کلاً مشکوک به کروناست، ولی جای نگرانی نیست ..». عبارت سادهٔ جای نگرانی نیست، نوعی فضای همدلانه برای تفصیل بیشتر احساس‌ها و درونیات بیمار را فراهم می‌سازد؛ بیمار پاسخ می‌دهد «باور کنین خیلی ترسیدم آقای دکتر» و پزشک برای فرو نشانیدن هراس می‌گوید: «نگران نباشین عزیزم، انشالله طوری نیست ..». صمیمیت لحن و شخصی شدن گفتار پزشک، جسارت بیمار را برای ادامه گفتگو تقویت می‌کند: «ولی ترسم از اینکه که کرونای خفیف باشه و کم کم علائمش بیاد». پزشک مجدداً با یک ارجاع شخصی به توانایی بیمار (ورزشکار بودن وی)، ضمن آشکار کردن توجه خود به گفته‌های قبلی بیمار (و در نتیجه ایجاد احساس امنیت و همدلی در بیمار)، مکالمه را به نتیجه می‌رساند: «یه خانم ورزشکار که نباید آن قدر نگران باشه! [بیمار آرام می‌خندد] شما بدنتون سالمه. ولی من برای اطمینان یه تست براتون می‌نویسم توی همین آزمایشگاه بغل انجام بدین بیارین. نگران نباشین». در مکالمه چهارم نیز پزشک در پاسخ گفته: «ای بابا فست فود چرا؟! خوب

نیس...». طرح این پرسش، بیمار را به ادامه مکالمه مشتاق می‌کند: «درست می‌فرمایین.. اما خانومم..». «خانومتون چی؟!» و این مکالمه تداوم می‌یابد. این تکنیک کمک کرده است که لحن کلام در یک سیر خطی، صمیمانه‌تر شود. اکنون بیمار قادر می‌شود حتی با لحنی متبسم پاسخ پزشک را بدهد.

در انتهای گفتگوها پزشک از تکنیک و قاعده نشانه‌گردانی برای تغییر جهت مکالمه استفاده می‌کند (قاعده چهارم). در مکالمه اول پزشک برای مشارکت دادن بیمار و اطرافیان او در پروسه درمان، از این قاعده کمک می‌گیرد. این گفته پزشک که «به سلامتی. ولی دیگه یه مدتی باید از شما مراقبت کنن»، ضمن ارتباط با روند قبلی گفتگو، مکالمه را در مسیر تازه‌ای می‌اندازد. فعل «مراقبت کردن» در این جمله، اشاره به فرزندان بیمار دارد. پزشک با گفتن این عبارت علاوه بر گرداندن یا تغییر مسیر مکالمه، سعی دارد مغلوب نقش بیمار نیز نشده و با بازگشتن به جایگاه نقشی خود، پروسه ویزیت بیمار را تکمیل نماید. در مکالمه دوم نیز پزشک در ادامه گفتگوی شخصی‌تر خود با بیمار، به یک باره عبارت «بسیار خوبه!..» حالا به این سمت نگاه کن..» را استفاده می‌کند. در این جا هدف اصلی آن است که روند معاینه با تعامل و مشارکت بیمار تداوم یابد و در ادامه با ادای گزاره «نه خداروشکر. چیز خاصی نیس.. بیشتر به خاطر وضعیت گردنه که باعث این دردها می‌شه.. این سه حرکت رو که می‌گم باید هر روز انجام بدی»، ضمن تلطیف کردن ذهن بیمار نسبت به مسأله، نقشی فعال و مشارکتی برای وی در فرآیند درمان تعیین می‌کند. در مکالمه سوم، با ادای عبارت «ولی جای نگرانی نیس...» از سوی پزشک، وی امکان تغییر مسیر گفتگو به سمت فرآیند معاینه را فراهم می‌سازد: «حالا لطفاً دهانتونو باز کنین و صورتتون رو ببارین جلو». در مکالمه چهارم پزشک در ادامه عبارت «آخی! می‌بینید خانوما نباشن چی میشه؟!»، عبارت «پیرهن رو بالا بزیند لطفاً» را ادا می‌نماید. در این جا پزشک پس از یک مکالمه همدلانه، با چرخشی جدی به جایگاه نقشی خود، قصد دارد فرآیند معاینه و نتیجه‌گیری را تکمیل نماید. در واقع نشانه‌گردانی از سوی پزشک اگر چه در هر یک از مکالمات نمودهای متفاوت و اغراض گوناگونی داشته (در مکالمه اول: جهت‌دهی بیمار به سوی نقش مراقبتی فرزندان، در مکالمه دوم: احاله نقشی فعال و مشارکتی به بیمار، در مکالمه سوم: فراهم نمودن زمینه معاینه فیزیکی، مکالمه چهارم: تکمیل فرآیند معاینه و نتیجه‌گیری)، ولی کارکرد بنیادی آن باز گرداندن تعامل و گفتگو به زمینه درمانی و در واقع به نتیجه رساندن کار است. در واقع پزشک که در مسیر تشخیص و برای ایجاد صمیمیت، از موقعیت نقشی خود خارج شده، اکنون باید به جایگاه نقشی خود باز گردد.

تعدیل نقشی در تعامل پزشک و بیمار، همان اصل مهم در رویکرد بیمارمحور است که با مسلط شدن کامل هر یک از این دو نقش بر دیگری مخالف است. بخش پایانی مکالمه‌ها با به کارگیری نشانه‌هایی از قبیل تجویز عکس‌برداری و مسکن (مکالمه اول)، تجویز دارو و توصیه حرکات ورزشی مشخص (مکالمه دوم)، تجویز دارو و تست تشخیصی کرونا (در مکالمه سوم) و تجویز دارو و مراقبت غذایی (مکالمه چهارم)، گذر از مرحله تشخیص به سمت پروسه درمان را نشان می‌دهد. بیمار به سبب احساس



نزدیکی و صمیمیتی که در طول مکالمه به دست آورده، تشخیص‌های مذکور پزشکان را بدون هیچ گونه مداخله منفی پذیرفته است.

با یک نگاه کلی، در این مکالمه‌ها می‌توان سه مرحله را از هم تشخیص داد؛ فرآیندی که می‌توان آن را فرآیند زیربنایی هر تعامل بیمارمحور و به نوعی الگویی پیشنهادی برای آن دانست. در مرحله اول پزشک در ابتدای پروسه ویزیت بیمار، در جایگاه نقشی اصلی خود به عنوان یک مرجع علمی قرار دارد؛ موقعیتی که از موقعیت نقشی بیمار منفک است (مرحله انفکاک نقشی پزشک - بیمار). در مرحله دوم پزشک با ابتکار عملی که به خرج می‌دهد، در راستای کشف علت بیماری، از نقش اصلی خود خارج شده و رابطه شخصی و صمیمانه‌ای با بیمار برقرار می‌کند (مرحله آمیزش نقشی پزشک - بیمار). در مرحله سوم و پس از کشف علت، پزشک مجدداً به نقش اصلی خود بازگشته و سعی می‌کند پروسه ویزیت را تکمیل کرده و پایان دهد؛ در این مرحله پزشک باید موقعیت خود را به عنوان موقعیتی متفاوت احیاء و تثبیت کند (مرحله افتراق نقشی پزشک - بیمار). البته بیمار نیز نقش فعالی در تکمیل بازی پزشک داشته و به نوعی هر دو با اجراهایی متناسب و متناظر، این شکل از تعامل را به وجود می‌آورند. باید به نقش صداهای فرعی که به صورت عبارات زمینه‌ای درون آکلاد آورده شده است نیز توجه داشت. بدون پیاده‌سازی این صداهای فرعی، کشف ارتباط میان بخش‌های اصلی مکالمه‌ها دشوار می‌نمود. هم‌چنین گاه این عبارات تکمیلی، علت تغییر لحن یکی از طرفین مکالمه را روشن می‌کند. مثلاً در مکالمه اول، عبارت: [بیمار با مقداری آه و ناله از درد می‌نشیند] که در ابتدای مکالمه آمده علت لحن همدلانه پزشک را وقتی که می‌گوید «خدا بد نده؟!» را مشخص می‌سازد. یا عبارت: [بیمار با آه و ناله به سمت تخت رفته دراز می‌کشد] نیز توضیح دهنده لحن همدلانه پزشک در دیالوگ بعد از آن است.

بنا به آن چه از تحلیل مکالمه‌ها به دست آمد و با توجه به روندها و الگوهای استخراج شده، تعاملات مورد مطالعه از نوع بیمارمحور بوده‌اند. در واقع الگوی شناسایی شده سه مرحله‌ای که می‌تواند به طور کلی به عنوان الگوی یک تعامل بیمارمحور لحاظ گردد از یک سو، و نیز چهار قاعده استخراج شده که همگی قواعدی مربوط به سطحی شخصی، صمیمانه و همدلانه از تعاملات انسانی و روزمره می‌باشند از سوی دیگر، بر چنین نتیجه‌ای (بیمارمحور بودن مکالمات) دلالت دارند.

شکل شماره (۱)، الگوی سه مرحله‌ای کشف شده برای یک تعامل بیمارمحور را نشان می‌دهد. هم‌چنین چهار قاعده اساسی کشف شده در مکالمات مورد مطالعه، در جدول شماره (۱) ارائه شده‌اند. هم‌چنین معنای این قواعد، کارکرد نمایشی و نقشی آن‌ها در مکالمه‌ها و نشانه‌های متنی مرتبط و قابل استخراج برای این قواعد نیز، در جدول ذکر گردیده است. آخرین ستون جدول نیز نشان می‌دهد که هر یک از این قواعد به کدام مرحله از مراحل سه‌گانه شناسایی شده در الگو، تعلق دارد.



شکل شماره (۱): الگوی سه مرحله‌ای استخراج شده برای یک تعامل بیمار محور

جدول شماره (۱): قواعد استخراج شده از خوانش مکالمه‌ها به روش تحلیل مکالمه

ردیف	قاعده استخراجی	معنا	کارکرد نمایشی (کارکرد نقشی)	نشانه‌های متنی	مرحله مشاهده شده در الگو
۱	استقرار مناظر گفته‌ها	استقرار پیاپی و بدون انقطاع دیالوگ‌ها تا پایان مکالمه	فقدان وقفه و بی‌پاسخی (و یا به حداقل رساندن آن) در مکالمه (توجه دو جانبه به مکالمه)	عدم تداخل و تراحم کلامی، عدم انقطاع و انفصال (به جز در مکالمه دوم و در دو مورد جزئی: اول آن جا که تشکر بیمار از پزشک کامل نمی‌شود (مداخله کلامی پزشک) و دوم آن جا که سوال بیمار به دلیل تمرکز پزشک بر معاینه بدون پاسخ می‌ماند و بیمار سوال خود را مجدداً به نحو دیگری تکرار می‌کند. در مکالمه ۴ نیز آن جا که تلفن پزشک زنگ می‌خورد، و نیز آن جا که برای معاینه، گفته بیمار موقتاً قطع می‌شود: اما خانومم.. استفاده از کلیشه‌های معنایی، عبارات کنایی-آیرونیک و عبارات مطالبه‌آمیز	هر سه مرحله
۲	آشنایی‌سازی	استفاده از اصطلاحات، گفته‌ها و کلیشه‌های رایج برای غرابت-زدایی از موقعیت	ایجاد قرابت و نزدیکی با موقعیت و مخاطب (همدلی یا شنونده)	(مکالمه اول: بچه‌های بی‌وفا، مکالمه دوم: آقای ادیب کتابخون، مکالمه سوم: خانم ورزشکار! مکالمه چهارم: می‌بینید خانم‌ها نباشن چی میشه!)	دوم
۳	الگوی انبساط کلام	فراهم کردن امکانی دو طرفه برای هم صحبتی بیشتر و رسیدن به صمیمیت در مکالمه	امکانی برای برقراری رابطه‌ای قوی‌تر با جزئیات بیشتر (صمیمیت دو جانبه در مکالمه)	استفاده از نشانگان پرسشی-عاطفی برای بسط همدلانه گفتگو به ویژه توسط پزشک (مکالمه اول: مثل: خوب؟، چرا؟، چی شد مگه؟، مگه کسی نبود کمک کنه؟!، مکالمه دوم: چه رشته-ای خوندین؟، بسیار خوب، مکالمه سوم: آفرین دختر ورزشکارا! جای نگرانی نیس و.. مکالمه چهارم: ای بابا فست فود چرا؟! خانومتون چی؟!، می‌بیند خانوما نباشن چی میشه؟!)	دوم
۴	نشانه‌گردانی	استفاده از نشانه‌هایی مرتبط با روند قبلی گفتگو، جهت تغییر مسیر در روند مکالمه	کنترل بر روند مکالمه (حفظ یا بازگشت به موقعیت نقشی)	(مکالمه اول: «به سلامتی. ولی دیگه یه مدتی باید از شما مراقبت کن»، مکالمه دوم: «چیز خاصی نیس.. بیشتر به خاطر وضعیت گردنه.. این سه حرکت رو که می‌گم باید هر روز انجام بدی»، مکالمه سوم: «جای نگرانی نیس.. لطفاً دهانتون باز کنین و صورتتون رو بیارین جلو»، مکالمه چهارم: «پیرهن رو بالا بزنید لطفاً»)	سوم

### نتیجه گیری

پژوهش حاضر بر آن بود تا توان تحلیل مکالمه را در بازشناخت الگوی بیمارمحور در تعامل پزشک - بیمار، ارزیابی کرده و نشان دهد که چگونه این روش قادر است نحوهٔ برساخت یک تعامل بیمارمحور را توضیح دهد. در این راستا متن چهار مکالمهٔ ضبط شده از چهار جلسهٔ معاینهٔ پزشکی، پیاده‌سازی و تحلیل گردید. تحلیل‌های انجام شده روی این متون توانست چهار قاعدهٔ کلیدی و اساسی را استخراج نموده و مسیر مکالمه‌ها را بر اساس آن‌ها توضیح دهد. این قواعد شامل قاعده‌های استقرار متناظر یا یک به یک گفته‌ها، آشنایی‌سازی، الگوی انبساط کلام و نشانه‌گردانی بودند. کارکردهای نمایشی و نقشی این قواعد و مناسبات کشف شدهٔ بین آن‌ها، نشان داد که همهٔ این قواعد مشخصه‌های یک تعامل شخصی و صمیمانه هستند، و لذا تعاملات مورد مطالعهٔ این پژوهش از نوع مشارکت متقابل و بیمارمحور بوده‌اند. همچنین تحلیل مکالمه‌ها نشان داد که می‌توان یک الگوی سه مرحله‌ای را در روند مکالمات مورد مطالعه، تشخیص داد. این الگوی سه مرحله‌ای استخراج شده را می‌توان الگوی حاکم بر یک تعامل بیمار محور در نظر گرفت.

نتایج این تحلیل نشان داد که روش تحلیل مکالمه از قدرت بالایی برای تحلیل کیفی تعاملات پزشک - بیمار برخوردار بوده و می‌تواند با کشف قواعد ساختاری و فرمال نهفته در متن مکالمه، رویکرد حاکم بر فرآیند گفتگو را تشخیص دهد. قدرت روش تحلیل مکالمه در مطالعاتی از این دست را باید در مفروضات روش‌شناسی ویژهٔ آن جست. این روش با آن که به معانی نشانه‌های زبانی به کار رفته در یک مکالمه بی‌توجه نیست، فهم نحوهٔ ارتباط بین این نشانه‌ها، الگوهای صوری که با یکدیگر می‌سازند و قواعدی که هدایت‌کنندهٔ این الگوهاست را مهم‌تر می‌داند. این شیوهٔ برخورد با زبان، امکان افشاگری و پرده‌برداری از واقعیت‌های متنی را به شکل عمیق‌تری فراهم می‌سازد؛ چرا که یک تحلیل محتوایی صرف به سبب توقف در سطح معنای صریح گزاره‌ها، امکان کشف مناسبات پنهانی در اعماق متن را نخواهد یافت. ترفندهای بازی و تکنیک‌های اجرایی که بازیگران صحنه‌های اجتماعی در تعاملات روزمرهٔ خود به کار می‌برند، نه در قالب معانی تنها بلکه در ژست‌ها، فرم‌ها و فیگورهای متنی که پوشیده و مکتوم است لانه می‌کند. روش تحلیل مکالمه با تشخیص این قواعد متنی پنهان، کمک زیادی در افشا، برملاسازی و شناخت آن‌ها خواهد نمود.

### تعارض منافع

«بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.»

## منابع

1. Armstrong, D. (1995). The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17, P.p: 393-404.
2. Armstrong, David. (2012). *Medical Sociology*, translated by Mohammad Tavakol, Tehran: Country Welfare Organization. (In Persian)
3. Atkinson, P. (2008). *Ethnomethodology: A Critical Review*. Washington: University of Washington.
4. Azizi, Alireza. (2014). "Placement of culture in the game of power: investigating the ways of power relations in everyday jokes in a tea house", *Journal of Anthropology*, Vo. 12, No. 20, P.p: 113-137. (In Persian)
5. Baker, C. (2018). "Locating culture in action: Membership categorization in texts and talk". In A. Lee & C. Poynton (Eds.). *Culture and text: Discourse and methodology in social research and cultural studies*. P.p: 99-113.
6. Bergmann, J. (2004). *Conversation Analysis: A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE.
7. Blakey, Norman. (2017). *Paradigms of Research in Human Sciences*, translated by Hamid Reza Hosni et.al., Tehran: Hozeh and University Research Institute. (In Persian)
8. Blanchard, J., Lurie, N. (2004), Respect: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care, *J FamPract*, No. 53, P.p: 721-730.
9. Chavoshian, Hassan et al. (2015). "Official power and ways of expressing resistance in everyday conversations in a teahouse using critical dialogue analysis and semiotics", *Journal of Social Sciences*, Vo. 12, No. 1, P.p: 277-298. (In Persian)
10. Chien-Yu, CH. (2010). The analysis of communication problems and language barriers between patients and physicians in California, Chung Shan Medical University, for the Degree Master of Science.
11. Cordella, M. (2007). Unveiling stories to the oncologist: a matter of sharing and healing. *Panace*, IX, (26), P.p: 230-238.
12. Craib, Ian. (2013). *Modern social theory*, translated by Abbas Mokhber, Tehran: Agah. (In Persian)
13. Emanuel, j. & Emanuel, L. (2014). Four Models of the Physician- Patient Relationship. *Journal of the American Medicine*. N. 16, P.p: 5-13.
14. Flick, Uwe. (2012). *An introduction to qualitative research*, translated by Hadi Jalili, Tehran: Nei.
15. Foucault, Michel. (2014). *History of Sexuality (V. 1)*, translated by Nikou Sarkhosh and Afshin Jahandideh, Tehran: Nei. (In Persian)
16. Hester, S., Eglin, P. (2019). *Culture in Action: Studies in Membership Categorization Analysis*, Washington, DC: International Institute for Ethnomethodology and conversation Analysis, and University Press of America.
17. Jalaipour, Hamidreza and Mohammadi, Jamal. (2015). *Late theories of sociology*, Tehran: Nei. (In Persian)
18. Kalantari, Samad et al. (2009). "Discourse analysis; Emphasizing critical discourse as a qualitative research method", *Sociological Studies*, No. 4, P.p: 7-28. (In Persian)
19. Kalateh Sadati, Ahmad, Iman, Mohammad Taghi and Bagheri Lankarani, Kamran (2015). "Discussion strategies in the interaction of a doctor with a competing patient", *Razi Journal of Medical Sciences*, Vol. 22, No. 134, P.p: 28-40. (In Persian)
20. Klitzman H. (2001). Sexualization of the doctor-patient relationship: Is it ethically permissible?, *Journal of family practice*, Vol. 52.

21. Lee S. J., Back A. L., Block S. D., Stewart S. K. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am SocHematolEduc Program* 1, P.p: 464-483.
22. Massoudnia, Ibrahim. (2005). "The influence of social class on the perception of rheumatoid arthritis patients about disease symptoms and pain", *Daneshvar*, No. 13, P.p: 46-37. (In Persian)
23. Massoudnia, Ibrahim. (2014). *Medical Sociology*, Tehran: University of Tehran. (In Persian)
24. Mohammadpour, Ahmad. (2013). *Anti-Method*, Tehran: Jamee Shenasan. (In Persian)
25. Nouri, Mohsen. (2010). "Ethnomethodology", *Social Sciences Monthly Book*, No. 27, P.p: 80-85. (In Persian)
26. Ritzer, George. (2016). *Sociological theory in the contemporary era*, translated by Mohsen thalathi, Tehran: Elmi Publications. (In Persian)
27. Shafaati, Masoumeh and Zahedi, Mohammad Javad. (2012). "Examination of the biological, social and psychological patterns of the doctor-patient relationship: passing the biomedical model", *Bioethics*, No. 5, P.p: 151-186. (In Persian)
28. Silverman, David. (2015). *Qualitative research method in sociology*, translated by Mohsen Thalathi, Tehran: Jamee Shenasan. (In Persian)
29. Ten Have, P. (2012). *Doing Conversation analysis: A Practical Guide*. London: SAGE.
30. Tongue JR., Epps HR., Forese LL. (2005). Communication skills for patientcentered care: Research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients, *J Bone Joint Surg Am*, 87, P.p: 652-658.
31. Weigert, A. (2011). *Sociology of Everyday Life*. New York: Longman.