

گزارش نهائی طرح تحقیقاتی

تدوین چهارچوب مفهومی رابطه پزشک و بیمار براساس مبانی

اسلامی

Physician - Patient Relationship conceptual
framework based on the Islamic Teachings

مجری:

دکتر محمد رضا رزاقی

همکاران:

دکتر لیلا افشار

دکتر محمد حسن قدیانی

دکتر علیرضا زالی

مصوب فرهنگستان علوم پزشکی کشور

خلاصه -ارتباط پزشک و بیمار، مواجهه ای بالینی است که برای هر یک از طرفین آن نقش‌هایی تعیین شده است. ایفای درست این نقش برای کارکرد مناسب این ارتباط و دستیابی به نتیجه دلخواه ضروری است.

این نتیجه دلخواه عبارت است از دستیابی به روند درمانی موفق است و بدین منظور بایستی ارتباطی شفا بخش میان پزشک و بیمار شکل گیرد. اما در عمل تقلیل این ارتباط به سطح ارتباط مکانیکی و شیء انگاری بیمار منجر به بروز مشکلاتی گردیده است. از سوی دیگر در دیدگاه اسلامی انسان و کرامت او دارای تعریفی درخور و بایسته است و از همین رو پزشک و بیمار هر دو در انسانیت خویش با هم برابرند اما مسئولیت‌ها و تکالیف پزشک به سبب جایگاه خاصی که دارد بیشتر است. چرا که اسلام پزشک را نمودی از صفت شافی خداوند می‌داند. به همین منظور و برای طراحی مدلی که در آن ارتباط شفابخش، هسته مرکزی پزشکی باشد و تبیین ماهیت و ویژگی‌های این ارتباطا توجه به مفاهیم بنیادین اسلامی این مطالعه طراحی گردید.

تعریف ما از بهبودی یا شفا بر اساس آموزه‌های اسلامی شامل سه جز خواهد بود: بهبود از بیماری در صورت امکان، کاهش درد و رنج بیمار در شرایطی که بهبودی امکان پذیر نیست و یافتن معنایی در پی تجربه بیماری.

این مطالعه از نوع مطالعات کیفی و با استفاده از روش تئوری زمینه ای انجام گرفت. داده های این مطالعه با ۱۷ نفر از اعضاء هیئت علمی با تخصص های مختلف بالینی و با تجربه و سابقه ارتباط موثر با بیماران جمع آوری گردید. سپس تحلیل وکدگذاری درسطوح سه گانه انجام گردید. در نهایت از متن تجربیات شرکت کنندگان درمجموع کدهای استخراج شده در سطوح اولیه، زیر طبقات، طبقات و تم ها دسته بندی شدند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مجموعه این اجزاء در مدل ارتباطی پزشک و بیمار در چهار طبقه ارزش‌گذاری، توازن قوا، تعهد و پای‌بندی و ویژگی های پزشک قابل دسته بندی اند که خود منجر به سه نتیجه ارتباطی ضروری برای وقوع بهبود و شفا می گردد. این سه عبارتند از: اعتماد، امید و شناختن بیمار. این سه به نوبه خود در زمینه و تمی که مبتنی بر توجه به ابعاد معنوی رابطه پزشک با بیمار است معنا یافته و اهمیت خود را نشان می دهند.

مقدمه

ارتباط پزشک و بیمار، نوع خاصی از ارتباط بین اشخاص و با ماهیت خدماتی به شمار می‌رود که برای هر یک از طرفین این ارتباط نقش‌هایی تعیین شده‌است. و برای کارکرد مناسب این ارتباط و دستیابی به نتیجه دلخواه، هر یک از دو سوی این ارتباط بایستی نقش خود را به درستی ایفا نمایند. به همین منظور اخلاق پزشکی در این حوزه و با تعاریف مشخص از نوع رابطه موجود، دست به تبیین و تئوریزه کردن این ارتباط زده است.

اگر ارتباط پزشک و بیمار را یک مواجهه بالینی تعریف کنیم نتیجه یک ارتباط کارآمد، دستیابی به روند درمانی موفق است و بدین منظور بایستی ارتباطی شفا بخش میان پزشک و بیمار شکل گیرد. اما آنچه امروزه و در عمل با آن مواجه هستیم کاستن این امر به سطحی است که در آن بدن بیمار ماشین فرض شده و صاحبان حرف پزشکی تکنیسین‌هایی دانسته می‌شوند که کارشان ترمیم این ماشین است. در حالیکه برقراری ارتباط صحیح با بیمار، نیازمند درک این نکته است که بیمار تنها مجموعه‌ای از علائم و ارگان‌های آسیب دیده نبوده بلکه انسانی است دارای شان و کرامت، با نگرانی‌ها و آرزوهای خاص خود که در جستجوی کمک و بهبودی، به پزشک مراجعه کرده است. اهمیت وجود چنین ارتباط درمانی مناسبی را نمی‌توان نادیده گرفت؛ چرا که در غالب موارد، تشخیص صحیح مشکل بیمار و درمان مؤثر آن، مستقیماً وابسته به کیفیت این ارتباط است و اعتماد دو جانبه و پذیرش یکدیگر و درک قابلیت اثرگذاری پزشک به خاطر تخصص و مهارتش از جمله ملزومات این ارتباط است.

توسعه‌ی چنین ارتباطی به بیمار اجازه می‌دهد که شخصی‌ترین و خصوصی‌ترین موضوعات تاثیر گذار بر درمان را در یک محیط امن و سازنده با پزشک خود در میان بگذارد.

امروزه در پزشکی نوین مغرب زمین فلسفه رایج در طب همان کاستن بدن بیمار به مجموعه‌ای از ارگان هاست، قابل انکار نیست که چنین رویکردی منجر به پیشرفت‌های بسیاری در این علم شده است اما در عین حال و بطور همزمان ریشه بسیاری از مشکلات شکل گرفته در سیستم سلامت نیز بوده است.

گرچه صداهای مخالف با این دیدگاه در دوران مدرن پزشکی نیز شنیده می‌شوند اما در تاریخ پزشکی باستان و با توجه به نقش تاثیرگذار پزشکان ایرانی و بویژه در دوران اسلامی نشانه‌ها و شواهد بارزی از توجه به این موضوع دیده می‌شود و این پیشینه قوی به ما این امکان را می‌دهد که با تکیه بر مبانی خود دست به تبیین و طراحی مدلی برای ارتباط پزشک و بیمار

روابط انسانی در اسلام، جایگاهی مهم و حسّاس دارند، تأکید فراوان اسلام بر حقّ النّاس، خوش رفتاری، امانت داری و ... مؤیّد همین واقعیت است. اسلام رابطه‌ی پزشک و بیمار را یک رابطه‌ی ارزش محور و مقدّس می‌داند، به طوری که روایات فراوانی، در خصوص جایگاه والای این رابطه نزد خداوند و موضوع آن (علم الابدان) نقل شده است. به طور کلی، ارکان روابط اصیل انسانی در اسلام بر چند اصل کلی استوار است: نخست توجه به حسن فاعلی یا همان نیت درست، عمل به وظیفه و تکلیف، توجه به نتیجه حاصل از عمل و در نهایت حفظ کرامت انسانی. علاوه بر اینها توجه به ابعاد غیر مادی وجود انسان نیز دارای اهمیت است. بدیهی است که رابطه پزشک و بیمار نیز تابعی از این اصول خواهد بود.

در این سیستم تفکری گرچه پزشک و بیمار در انسانیت خویش با هم برابرند اما مسؤولیت‌ها و تکالیف پزشک به سبب جایگاه خاصی که دارد بیشترتر است. چرا که اسلام پزشک را نمودی از صفت شافی خداوند می‌داند. اسلام همواره تأکید دارد که قدرت و نعمت بیشتر، قرین تکلیف بیشتر است و بهره مندی فرد از عطای علم و ثروت و یا قدرت بیشتر، مسؤولیت‌های او را بزرگتر می‌کند. یکی از مصادیق شکر برخورداري پزشک از این نعمت، تکلیف او در مواجهه با بیمار و نوع ارتباطی است که با بیمار خود برقرار می‌نماید که همانا مصداق بارز کلام امام حسین علیه السلام است که می‌فرماید:

"نیازمندی‌های مردم به شما از جمله نعمت‌های الهی است، از انجام آن‌ها خسته نشوید."

در این مدل ارتباطی، هدف و غایت، رشد، کمال و تعالی انسان است. بنابراین این مدل باید قادر باشد طرفین ارتباط را متناسب با شرافت حقیقی آن‌ها متعالی کند.

برای این منظور ما نیاز به مولفه‌های بنیادی و محتوایی داریم تا بر اساس آنها اعمال اخلاقی و ارزش‌های آنان را تعریف کنیم. می‌دانیم که بنیان‌های اخلاق پزشکی نوین بر نظام اخلاقی نتیجه‌گرا شکل گرفته است. گرچه فلسفه اخلاق وظیفه‌گرا در حوزه پزشکی تاثیر مشهودی داشته و از دیرباز با تدوین سوگندنامه و دستورالعمل‌هایی به تبیین وظایف پزشک در قبال بیمار دست زده است اما نظام حاکم بر اخلاق پزشکی در دنیا متأثر از نتایج حاصل از یک رفتار بوده و ارزیابی اخلاقی هر کاری بر اساس ملاک‌های عملی از سود و زیان فردی و اجتماعی آن صورت می‌پذیرد. در همین راستا چهار اصل اخلاق پزشکی نیز به نتایج عمل ناظرند و فاعل عمل و ویژگی اخلاقی او در این میان نقشی نداشته و در واقع حسن فاعلی که در نظام ارزشی دینی دارای جایگاه والائی است نادیده گرفته می‌شود. در حالیکه در بینش اسلامی علاوه بر اهمیتی که نتایج

اعمال دارند، ارزش عمل به صرف نتایج آن ارزیابی نشده و نیت و قصد باطنی فاعل می تواند ارزش یک فعل را افزایش داده یا از ارزش آن بکاهد.

چنانچه پیامبر اکرم می فرماید: " ان الله لا ينظر الى صورتكم و اعمالكم انا ينظر الى قلوبكم و نياتكم "

بنابراین در نظام اخلاقی اسلامی علاوه بر حسن فعلی یا نتایج حاصل از یک عمل بایستی حسن فاعلی یا نیت فرد با توجه به والاترین هدف زندگی، یعنی رسیدن به کمال، مدنظر قرار گیرد.

بدیهی است که شکل گیری مفهوم ارتباط بین پزشک و بیمار ارتباط زیادی با مدل بیماری غالب در هر دوره زمانی داشته است. به عنوان مثال زمانی که علائم بیماری همان خود بیماری تصور می شدند، مدل بیماری نیز تابع تفسیر شخصی از علائم هر بیمار بود و لازمه این مدل حفظ حاکمیت بیمار به عنوان صاحب آن علائم. اما با رشد دانش پزشکی و تعریف مدل زیست پزشکی بیماری، حاکمیت پزشک جایگزین حاکمیت بیمار گردید. برای نخستین بار در تاریخ پزشکی مدرن در حدود اوایل نیمه دوم قرن هجدهم پارسونز ارتباط پزشک و بیمار را تئوریزه کرد و تا به امروز، قالب این ارتباط بارها دستخوش تحولاتی در جهت هماهنگی و پاسخ به نیازها و پیشرفتهای روز شده است؛ به طور کلی، رویکرد و مبنای شکل گیری مدل های ارتباطی پزشک و بیمار در این بازه زمانی، شاهد تغییراتی چون پزشک محوری، بیمار محوری و یا مدل مبتنی بر تصمیم سازی مشترک میان این ارتباط بوده است. در طی قرن نوزدهم و نیمه اول قرن بیستم همان مدل قدیمی ارتباط پزشک و بیمار مبتنی بر وابستگی بیمار به صلاحیت حرفه ای پزشک ادامه یافت و باور عمومی چنین بود که بیمار از تصمیم و عملکرد پزشک سود خواهد برد و بنابراین ترجیحات او اغلب نادیده گرفته می شد و در نیمه دوم قرن بیستم ارتباط پزشک و بیمار به سمت مدلی از تصمیم سازی مشترک پیش رفت.

اما قابل انکار نیست که ارتباط پزشک و بیمار در مواجهه با هر بیمار جدید، با توجه به نوع ارتباط، هدف آن و کارآمدی نقش پزشک و انتظارات موجود، منحصر به فرد بوده و بعلاوه از عناصر فرهنگی هر برهه زمانی تاثیر می پذیرد. بنابراین غالب مدل های تعریف شده وابسته به فرهنگ و تاریخ خاص خود هستند. به همین دلیل لازم است تا مدل ارتباطی خاص هر جامعه با توجه به مولفه های آن جامعه بازتعریف و طراحی شود.

بر همین اساس آلترناتیوی در مقابل رویه رایج قرار می گیرد که در آن پزشکی به عنوان ارتباطی مبتنی بر رضایت طرفین به منظور تاثیر بر سلامت افراد از طریق عمل بر روی و در درون بدن انسان تعریف خواهد شد. در چنین نظامی کانون و

مرکز پزشکی برقراری ارتباط خواهد بود و هدف از این ارتباط بهبود یا شفایابی برای بیمار و رضایت خاطر پزشک است. در واقع چنین رویکردی منجر به تکامل دو طرف این ارتباط خواهد شد. این امر به معنای نفی اهمیت استفاده از ابزارها و تکنیک هائی نوین نبوده بلکه بدیهی است که در نظر گرفتن این ابزارها در حرفه پزشکی جز ضروری ارتباط درمانی می باشد، در عین حال که عنصر کافی نخواهند بود. بنابراین در این ارتباط تمامی عناصر بایستی در راستای هدف نهائی عمل پزشکی یعنی انجام بهترین و درست ترین اقدام ممکن برای هر بیمار شکل بگیرند و علاوه بر آن تعالی انسانی دوسوی این رابطه نیز در نظر گرفته شود.

در این مدل، ارتباط شفابخش، هسته مرکزی پزشکی خواهد بود و بر همین اساس می توان ماهیت و ویژگی های این ارتباط را با شناسائی مفاهیم بنیادین آن ترسیم نمود و سپس مدلی مبتنی بر بنیان های اسلامی تبیین نمود. در همین راستا تعریف از بهبودی یا شفا بر اساس آموزه های اسلامی شامل سه جز خواهد بود: بهبود از بیماری در صورت امکان، کاهش درد و رنج بیمار در شرایطی که بهبودی امکان پذیر نیست و یافتن معنائی در پی تجربه بیماری

اهداف پژوهش

هدف کلی:

تدوین چهار چوب مفهومی ارتباط پزشکی و بیمار بر مبنای آموزه های اسلامی

اهداف اختصاصی:

۱- تعریف مفاهیم بنیادین در ارتباط پزشکی و بیمار

۲- تهیه و تدوین چهار چوب مفهومی ارتباط طب از منظر آموزه های اسلامی

هدف کاربردی (Applied objectives):

طراحی مدل ارتباط پزشکی و بیمار بر مبنای آموزه های اسلامی

مرور متون

از قرنها پیش، رعایت موازین اخلاقی در حرفه پزشکی شکیمدو نو مکتوب شده است. درسو گندنامهبقر اطکهمر بو طبه حدود ۲۵۰۰

سالپیشاستویژگی هاو تعهداتبیر ایپزشکودانشجویپزشکیباتوجهبهمعیارهایآنزماندر جشدهاستکههبخشاصلیانمر بو طبهرا بطهپزششکوبیما راست. در تماممقرر اتاخلاقپزشکیچهدر قالبسو گندنامهها، قوانینبینالمللیوکشوری

حتیقدمیترینقانونحکومتیناظربهمسائلپزشکییعنیقانونحورایی) و حتمیاناتمامهها، تاکیداصلیبر محوررا بطهپزششکوبیماراستواراست. درسو گندنامهبیقر اطآمدهاست: برنامهیکار مندرجهتبهبودبیمارانبر حسبتواناییبودرایتمنخواهد بود، نهدرجهتآزار آنانیازرا هبدهخواهی.

سابقهپزششکیدر ایرانبر اساسبرخیمنابعبهدورانقبلاز بقراطبر می گرددو ایرانباستانهمبهمهلخاذا نشواز نظر دارا بودنطبیبانحاذقزبانزدو دودور دورهقبلاز اسلامقوانینزیادیدر موردطبیبو طبابتدراوستاوجودداشتهوچنینهنظر میرسد کهدر زمانیکهسایر ممالکفاقدتشکیلاتطبیبودند رایراندر اینمورد دستور العملها بدقیقوجودداشتهاست. از قدیمیترینزمانها در ایرانکار طبابتبایدانتوا مبودهاست.

طبباستانایرانبا آئینزرتشتوتعلیماتواستاپیوند جدائیناپذیریداشتهاستوپزشکاناز میانطبقهرو حانیونکهعالیترینطبقةهازمیانطبقاتچهارگانه بودندانتخابمیشدند. دربخشوندیدادوستاگفتارهایدربارهویژگیهایپزشکانآمدهاست.

شرایططبیباینبودهکهکتبزیادیمطالعهمکردهودرفنخودتجربهکافیداشتهباشد، باحوصلهوصبر بهسخنانبیمارانگوشفرا دهدوبیمارراباوج دانیبیدار معالجهمکندواز خدا بترسد.

در آئینزرتشت، مهارتدر درمانبیمارانتنهابعیار شایستگیپزشکنبودهبلکهشخصیتاخلاقیدار ا بودنوجداندر مرتبهبالا تریقرارداشتهاست. دربابنخستکلیلهودمنهبرخیاز صفاتطبیبخوبشمردهشدهاست: "فاضلتریناطباءآناستکههممعالجتازجهتذخیرهآخرتمواظبتنماید. بهصوابآنالایقتر کهبر معالجتتمواظبتنمائیوبدانالتفاتکنیکهمردمانقدر طبیبندانند."

پسازبعثتیامبرگرامیاسلاموپذیرشاسلامتوسطایرانیانموازیناخلاقپزشکینیزباتوجهبهتاکیدیکهاسلامبر مکارماخلاقیداشتهجایگاهوا لاتریافتند.

اهمیتاخلاقدر اسلامبهحدیاستکهخداونددر یکیا از آیاتقرانیامبررا بهسبباخلاقیکوشمبستانیدودر آیهدیگر خلقزیبایممبر رااستشکید جامعهاسلامیمعر فیمینماید. رسولاکرمخوددر حدیثیمیفر مایندمنهجهتتکمیل مکارماخلاقیمبعوثشدهام.

در تمدناسلامپزشکیواخلاقیاتحاکمبر آنازدر خششزیادیبر خوردار گردیدچراکهآئینمقدساسلامبهدانشوحرفهپزششکیبهایبسیار دادهاسته ودرروایاتاسلامیشغلودانشپزشکیمعالولوهمتر از علومالهیعنوا نشدهاست.

در تعابیر اسلامیو تعبیراتروائیداتیبیهمتا پیروردگار و پیامبر گرامیطیبیخواندهشدهاندوسر چشمهایندانشنیزو حیوعقلمعر فیشدهویز شکیرها وردومعجزهپیامبرانراستیندانتهدهاست. از پیامبر گرامینقلشدهاستکه هفرمودند: العلمعلمانعلمالادیانو علمالابدان .

امیرالمومنیندرد پیامبر(ص) می فرماید: طیبیدوار بطبهقداحکممر اهماهواحمیمواسمه .
یعنیو(پیامبر) طیبیاستکه هبر سر بیمار انگرداناست، مرهمها یوسموندوداغنهادن (جراحی) او کار سازاست.

بدیهیاستکه هاستفادهاز تعابیر رایجدر پز شکیدر مورد پیامبر نشاندهندهارز شواهمیتاینحرفهاز نظر همسوئیاهد پیامبراناست.

درزمینهمقرر ایتیز شکویروابطیزشکوبیمار نیز رهنمودهایسازندهایدركلماتپیامبروائمهوجوددارد. در حدیثیاز حضر تامیرالمومنین (ع)

در خصوصبژ گیهایطیبیآمد هاستکه " منتطبیفلیتقالهولینصحو لیجتهد"
یعنیهر کسبهکار پز شکیمیپزداز دبا ید تقویپیشهکنندوآموز شدهودر کار خودجهدواجتهادبورزد.

احساسمسئولیتپز شکدر مقابلبیمار، از مهمترینواصلیترینعناصر اثر گذار برار تباطیزشکوبیمار استو همینخصوصیتاستپز شکر ابر عایتوظایر
فاخلاقى، قانونى وشرعى خوددر مورددرمانیبیمار، وادار مى سازد.

امامصادق (علیهالسلام)، در بارهمسئولیتپز شکسخنیاز حضر تمسیح (علیهالسلام) نقلفرمودهاند که مسیح (علیهالسلام) می گفت
: انالتار كشفاءالمجر و حمنجر حهشیر یكلجار جهلامحاله ...؛

آنکههدر مانکردنزخم، زخم دیده ای را واگذار د، ناگزیر، شریککسی استکهز خمر ابر بدنوی نشاندهاست.

بر همیناساساغلبکتابهایکه هتوسطپز شکانودانشمندانمسلماندر زمینهپز شکینگاشتهشدهاستاز توصیههایاخلاقیحالینبودهوبر خیاز آنانکه:
ابها یمستقلیهمدر خصوصاخلاقواخلاقپز شکینگاشته اند.

کتابالحاویرازی، پز شکودانشمندانای، یکیز کتابهایاستکه هحاویمعیارهایاخلاقیحرفهپز شکیاست.

راز یدر اینکتابیر خیازویژگیهایشخصیتپز شکر اتوصیفکردهاست: "

پز شکبایدظاهر یا رستهداشتهاشد، چهره، اندامها، موها و لباسو مناسبو تمیز باشد. گشاده رووخوش گفتار باشد.

از ترش روئی، شتابزدگیوی پروائیدر کارها خوددار بکند، لحنیمایمداشتهودر اخلاقوبر خور دنیکو باشد.

باییمارانمهربانبوده نسبتبها آناندلسوز باشدودر هنگاماعمالپز شکوخودبر بالینیبیمار حاضر باشد. "

بهگفتههر از پز شکبایدشخصیتخودرا بهگونهایبینمایاند کهبیمار اورا رجمندبشمار آور دو با جانودلدستور اتاورا اجرا کند.

بعلاوهبا یدبر ابر اقدامدرمانیخودرا موظفبه رعایتدقت، امانتوا حساستعهد نسبتبهبیمار بداند.

"خواص التلامیذ"

رازیدر کتاباً لطالبالرو حانیبهیبیاناصولعلماخلاقپر داختهودر رساله‌ها بیراییکیاز شاگردان خود

وظائفدانشجویانپزشکیور عایتاصولا خلاقیمربوطبهطبیبر اتوصیهنمودهاست.

راز یخوداز ویژگیها یا خلاقیشایسته‌ها بیر خور دار بود هو اور اپزشکیمهر بانو خوشسلو کدانسته‌اند.

از معاصر انراز پیزشکیبهنا ماسحاق بود هو از جمله کتابها یا و کتابیبهنا مر اهنما پیزشکانحوا وینکاتیدر رابطها خلاقیبز شکویمیمار است.

ابوعلی سینانیز کتابیبهنا مافیعلما لا خلاقدار دومقالهچهار ماز چهار مقاله‌نظامیعر و ضیبیهمعلمطبوهدا یتطبیباختصاصدارد.

بهعنوانمثال نظامیدر آنجامیگوید کهطبییبایدنیکواعتقادبود امر ونهیشر عرامعظمادارد.

همچنیندر کتابچهار مقاله‌نظامیعر و ضیبیچنیناً مدهاستکه: اماطیبیباید کهرقیقالخلق، حکیمانفسوجیدالحدسباشد...

هر طیبیکهشرفنسانسانینشناسدر قیقالخلقنبود.

در همینزمینهسو گندنامهو پندنامها یقدیمیتوسطپزشکانمبقر نچهار مهجری، علیبنعباسهوازی، تالیفشدهاست.

در پندنامها هوازی چنیناً مدهاست کهپزشکیایددر در مانبیمارانحسنتدبیر و معالجه‌ها ناچه‌ها غذاچه‌ها دار و بکوشد و منظور شددر در ماناستفاده‌ها پو

لپرسستینباشد و بیشتر اجر و ثوابدر نظر دارد. همچنینگفته‌هاست:

پزشکحلیمو پا کچشمومهر بانو خیرر سانوخوشز بانباشد و در در مانبیمارانبهخصوص صمسکینانوفقر ابهجدبکوشد و در فکر سودو اجراز ایندسته‌ها

بوده، بلکه اگر ممکنشود دار و راز کیسه‌ها خودبه‌ها نهادهد و اگر اینکار ممکنگرده، بهدر مانا‌ها پر داخته، شبوروز بهبالیشانحاضر شود؛ خصوص

اگر بیمار یا‌ها حادو تندباشد، چرا کهبیماریها یحاذز و دگر گونیوتغییر پیدا کنند.

در کتابخالصه‌ها حکمهقیلیشیر از ینبیز بخشها یفر او انیبهنحوهسلو کپزشکور عایتاخلاقدر اینحرفهمربوطاست.

از مجموع اینمطالبعینمشخصمیشود کهپزشکیاید با توجهبه‌ها همیتشغلیوموقیعتاجتماعیخودنسبتبهکنترل رفتار خویشیشاز دیگراناهتما

میورز دو یا یدبه‌ها خلاقیاتا ینحرفه‌ها یبندباشد.

جر جانیبز شکنام دار ایر اینبیز در اثر بیهنامخفیعالئیمقالها و لر ابهوصیته‌ها یکهطیبیباید بدانگوشیدار داختصاصدا دهومینو یسد:

طیبیر اکهبهنزدیکبیمار آید، پساز آنکهشهر طها یا مانندنیوشفقتمردمیبه‌ها یا و ردهباشد و چشمو گوشوز بانا ز همهناسپند بهانگاهداشته‌ها باشد

بنابر اینترویجوتوسعه‌مفاهیماسلامیمیتوانددر ارتقاءسطحکمییوکیفیارتباطاتانسانیدر حوزهو حیطه‌ها یسلامتیو پزشکیمفیدبوده‌ها مکانظر اح

یمدلیمبتنیبر اینالگوها و سازگار با فرهنگایرانیا سلامیجامعه‌ها و جودارد.

مواد و روش ها:

نوع مطالعه:

این مطالعه به منظور تبیین و طراحی مدل ارتباط پزشک و بیمار بر مبنای آموزه های اسلامی طراحی شده است. بدین منظور این مطالعه بر آن است تا با استفاده از روش نظریه مبنائی **Grounded Theory** چهارچوب مفهومی ارتباط شفابخش میان پزشک و بیمار را تبیین نموده مولفه های موثر بر آن را شناسائی نماید. تمرکز مطالعه بر ارتباط شفابخش به دلیل ظرفیت بالقوه ای است که در که این ارتباط برای ارتقاء کیفیت زندگی بیمار و تکامل و رشد پزشک وجود دارد. برای مشاهده و دریافت این نوع از ارتباط پزشکانه که تجربه از مواجهه مؤثر با بیماران خود داشتند و این تجربه و علاقه را در طول دوران کاری خود و نوشته ها و مقالات منتشر شده نشان داده بودند، وارد مطالعه شدند.

بهمنظور بررسیمفاهیم بنیادیلازماستازروشتتحقیقاستفادهشود کهخودمشملمبر دورویکرداساسیتحقیقیکیفیتو تحقیقکمیاست. فلسفهزیربنایتحقیقکمیپوزیتیویسممنطقیبودهواعتقادبرایناستکههدانشاز طریقکاربرداصولیمنطقیومستدلوجودمیآیدوبرایجلوگیریازتور شبایدمحققاز تعاملبانمونههایپژوهشودوریکند.

اینشيوهتتحقیقبهمنظورتوصیفمتغیرها،بررسیارتباطاتبینمتغیرهاوتعیینتعاملاتعلتومعلولیبینمتغیرهایپژوهشکار می رود. در مقابل

تحقیق کیفی و یکر دیسیستماتیک، تعاملیو ذهنیتگر است که بر پایه فلسفه تفسیر یوانسانی بنا گردیده است.

این شیوه تحقیق برایتو صیغور آتقاء شناختاز تجاربش ریمور داستفاده قرار میگیرد. با

این اعتقاد که تعیین کمیو عدد یا حساساتو تجارب انسانی بسیار مشکلاستو در تحقیقات

کیفیدنبال کشفو شناختما هیتمنحصر بهفرده، پویاو کاملانسانی هستیم با این پیش فرض

که تحقیقتپیدها بیچیدهو پویا بود که همتنها با مطالعهها شاخصینبر قرار یتعاملاتودرز مینها جتما عیتاریخی آنها قابلشناساییاست.

هیچیکاز تحقیقاتکیفیا کمیبر یکدیگر بر ترینداشته بلکه همکملیکدیگرند.

وهدف مطالعههاست که همشخص می کند کدام شیوهبرای انجام تحقیقمناسبترمیباشد.

حالاتو جهبهویژگیها یمفهومور دمطالعه کهدارایماهیتتفسیریو دهور در تعاملبا افراد با محیطشکلمیگیر دو محققدر صد کشفاطلاعاتعمی

قبلاستفادهاز تجاربو ذهنیاتخود افراد استاجرا یتحقیقبه شیوهکیفیمناسب دهور چونهدفتحلیلسیستمیکمتونوفرهماوردن شناخت، بینشینو،

تصویریاز واقعیتوراهنما بیجهتعملاست. از بینروشها یتحقیقکیفی، روشتحلیلحتواکیفیمناسبمینماید.

تحلیلحتواکیفیدر مطالعاتز یادیمور داستفادهقرار گرفتهوتاریخچهطولانینیز دارد.

تحلیلحتوبهعنوانیکروش تحقیقیو یکابزار اصولیو معقولتوصیفکیفیتیکدیدمیباشد.

همچنینهمحققانایناجاز هر امیدهد که پیامدها ینظر برابرایافزایشدر کخودشاناز دادهها آزمایشکنند.

در تحلیلحتوا فرضبراین است که چهوقتتحلیلهدستهها یکسان، کلمات، عبارتها و قسمتها یمساویدر معانییکسانطبقهبنندیشود.

تحلیلحتواکیفیکروش تحقیقیبرایجاداستنباطها یقابلقبولو تکرار شوندهاز اطلاعاتدادهها بهمفاهیمآنها باهدفراهمکردندانوشو آگاهیو

بینشجدید، ارائهواقعیویکر اهنا یمعلیبرایانجامکاراست.

هدفاین است که بهیکتوصیفگستردهاز پدیدهبازدهتتحلیلدستیایمکه اینبازدهتتحلیلمفاهیمما مقولهها یشرحدهند هییدیدههاست.

معمولاهدفاً نمفاهیمیا مقولهها ایناست که همکمدل، سیستممفهومی، نقشهیا مقولهها یمفهومیرایجادکنیم.

در مطالعاتیکهمه دفاتتوصیفیکدیدمه استاز تحلیلحتویقرار دادیاستفاده میشود و معمولاً زمانیکهتئوریادبیاتتحقیق در موردیکدیدمهمحد

وداستبکار میروند. محققیندر اینروشاز بکارگیریطبقاتاز قبلتعیینشدها جتنا بمیورزند.

در عوضاجاز همیدهند که طبقاتونامشاناز درون دادهها بیرون بیاید. بنابر این محققدر دادهها غرقشدهتابهدر کوبصیرتجدیدیدستپیدا کند.

ابتداتحلیل دادهها با خواندنمکرر متنبرای غوطهور شدندر آنها و یافتنیکحسکلی (شبیهخواندنیکداستان) شروع میشود.

سپس متون کلمه به کلمه خوانده می شود تا کدها استخراج شوند این یک فرایند پیوسته و مداوم است چرا که داده ها تا نامگذار یا نه است.

پس از آن کدها بر اساس تفاوتها به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه ها را با طبیعت آنها نیز تعیین می شود.

این طبقه بندیها بر اساس ماند هیو گروه بندی کدها به داخل خوشه معانی است. بطوریکه تعداد خوشه ها بین ۱۵-۱۰

عدمی باشد هم چنین بر اساس و با طبیعت زیر طبقات بر خیز آنها در داخل طبقات تجدید تر می تواند تر کیوساز ماند هیو دور و با طبیعت آنها را به منظور توسعه و کم کب هساز ماند هیو مجد د به شکلی کدر خشماتیک بر اساس یک ساختار سلسله هم را تعیین نشان داد.

سپس باید بر این هر کد زیر طبقه، طبقه... تعریف داشته باشیم. در پایان در گزارشتنا یجمله ها بیبر این هر کد و طبقات از داده ها آورده شود.

باتوجه به هدف مطالعه محقق مکن است که هر و با طبیعت طبقه ها از زیر طبقات بر اساس توافق، سابقه (تقدم) و یا پیامد تعیین نمایند.

از مزایای بر وی کد قرار داد یا ناست که محقق مستقیماً از داده ها می نتواند مشارکت کنندگان در تحقیق بدو نتحمله عقیده، طبقاتی اتور یها یا زیست تعیینش ده سود می برد.

تحلیل محتوا یکی از تکنیک های سیستماتیک جهت تحلیل محتوا یا اطلاعاتی عمدتاً از داده های مبتنی بر حاصل از یکسری سوالات باز است که به هر کرات

استفاده می شود.

ایده ها حاصلی این فرایند تحلیلی، از یک طرف حفظ مزایای تحلیل محتوا و کیفیت آن که در چارچوب انتشار تباطی قرار می گیرد و از طرف دیگر انتقال این مزایا به مراکز کیفیت تفسیر و تحلیل می باشد.

از آنلیز محتوای در مواردی که تولید اتور یها یکی از روشها در داده ها دارن استفاده می شود.

هدف این پژوهش توصیفی جامعی از تعامل سازنده میان پزشک و بیمار و راههای رسیدن آنها به استفاده از ساز ماند هیو داده ها و تعیین معیارها و

ملاک های این رابطه بر مبنای آموزه های اسلامی است.

برای دستیابی به محققها اطلاعات مناسب و پایا، لازم است ویدار ابتفکر انتزاعیو حساسیت نظر یها باشد. یعنی بصیرت

نسبت به موضوع، توانایی معنادار هیو داده ها، توانایی در کوجدا کردن موارد درمربوط نامربوط را داشته باشد که این تواناییها در سایه تجربه های،

تجربه شخصی، و مرور بر مطالعات حاصل می گردد.

نمونہ پڑوہش :

روشنمونہ گیری یدر مطالعات کیفیہ مبتنی بر ہدف و ہر اسامعیار ہا یور و دہم مطالعہ و بہ صورت تدریجی تار سیدندادہ ہا بہ اشباعا دامہمیہا بد۔
انتخابنمونہ مناسب اثر قابلتو جہیہر کیفیت پڑوہشدارد۔

مور سو پار توناصلبد ستآور دناطلاعات تغنیو عمیق راہنما بیبر اینمونہ گیری پڑوہش کیفیہ می دانند۔

بنابر ایند ر پڑوہش کیفیہ معمولا واحدها اینمونہ ہر اساس ہدف خاصیکہ مور دتو جہمحققا ستوبر اساس نیاز پڑوہشانتخابمیشوند، تااطلاعات تغنیو ع
میقاز آنہا بد ستآید۔ ایننوعنمونہ گیری رانمونہ گیری ہدف مند مینامند۔

نمونہ ہا یولہیہر ایناساسانتخابشدند کہچہنوعدادہہا بیا حتمالا ابتدا یکار لاز مہو بد ستآید۔

برایہمیہا کردنچنیننمونہا یافرادیانتخابشدند کہقادر بہ بیانفہم پڑوہش ہوںند۔ دراینپڑوہشباتوجہبہ ہدف مطالعہ کہمتعیینمعیارہا یارتباط
مؤثر پزشکی و بیمار بودشرکتکنندگانبر اساسنمونہ گیری ہدف منداز بیناعضاء ہیئتتعلیمیوزشکان با سابقہانتخابشدند۔

پساز برقراریتماستلفنیوتوضیح مختصر یاز ہدفکار با مراجعہ حضوری مصاحبہ نیمہ ساختار مند با آنان انجام گردید۔

آنچہدر انتخابنمونہ ہا مہم بودداشتتوانا بیمشارکتکنندگاندر دناطلاعات عمیقو غیر تبطباموضو عبود۔ در اینمطالعہنمونہ گیری ہمبتنیبر ہ

دہو ہوسعیمیشوداز افراد کلیدیومؤثریکہبیشتریناطلاعاترا درمورد فرایندارتباط مؤثر پزشکی و
بیمار باز گومیکنند، برایمصاحبہاستفادہشود۔ شاخصہا یا انتخابیافرادی عبارت بود از:

پزشکان متخصص بالینی با سابقہ کار

تجربہ ارتباط مؤثر و مناسب با بیماران خود

برایتعیینحجمنمونہدر تحقیقاتکیفیہر جہمعیار دقیقہو جوندندارد۔ امامتوتحقیقاتیاعلم ۶-۸

واحداطلاعاتیرادر نمونہ ہا ہمسانو در صورتیرا کندہو دنتعداد ۱۲-۲۰ نفر را توصیہ میکنند۔

نمونہ گیری بتاز مانر سیدنبہا اشباعاطلاعات یعنیتاز مانیکہتمجدیددیگر بتولیدنشودادامہمیہا بد۔

دراینپڑوہشباتوجہبہنتایج حاصل از کد گذاری، خلاصہ ساز یوطبقہبند یا نہاوتکرار اکثر تمہادر مصاحبہ ہا یاخر بہ نظر رسیداطلاعات پساز از
جام ۱۶ مصاحبہ ہا شاعر سید بنابر اینمونہ گیری برابہاتما مرساندیم۔

درانتخابنمونہ ہا سعیشد بر اساسیافتہہا یا حاصل از شناختا ولیہو سابقہ فعالیت حرفہ ای افراد انتخاب شوند۔

ویژگی دیگر نمونہ ہا ی تحقیق حاضر بر خوردار یاز حداکثر تنوعبود۔ شرکت کنندگاناز حداکثر تنوعدر سابقہ کاری، رشتہ تخصصی و دامنہ

فعالیت بر خور دار بودند.

این نوع نمونه گیری بیا حد اکثر تنوع در بر گیرنده ها انتخابه د فدار نمونه ها بیا است که هدا من هوسیعیا ز اطلاعات مور دنظر پڑ وهشگر را بدست می دهند.

محیط پژوهش:

یک صحرای طبیعی است.

محیط تحقیقی

بعبار تدیگر تحقیق در محلی که فاد مور دنظر بسر میبرند و تجربیات آنها در آنرو بیدهد و یاد ر محلها بیکه متوسط شر کتکنند گانا نتخاب میشود صو

رتمی گیر د. مشارکتکنندگان در این پژوهش از محیط بیابانها و آموزشی و بخش های بالینیا نتخاب شدند و در مکانیکها ز نظر آنها مناسیبو دمور دمصاحبها قرار گرفتند.

روش جمع آوری داده ها

مسئولیت هر پژوهشگر که کار تفسیر یا انجام میدهد این است که اطلاعات جمع آوری شده را با دقت برسی کند تا بتواند اصل هر معنی را بر و نبکشد.

و دیگر جزئیات که نسبت به مینها بیا اهدا فاصلیه پژوهش در کنار گذار ده شوند. شیوه جمع آوری داده ها، مصاحبها ز نو عنیمها ختار مند بود.

این روش به دلیل عمیق بودن و انعطاف پذیریمنا سبت تحقیقات کیفی است. پرسش ها یا ولیه بسیار کلیمتر حمی

شدند و پاسخ تفسیر یو توضیحی مشارکتکننده، هدایتگر مسیر سوالا تبعید بود. داده ها یا نمط العها ز طریق مصاحبها فر دی جمع آوری گردید.

همانطور که ذکر شد روش اصلی جمع آوری داده ها مصاحبها یفر دینیمها ختار یافتهبود.

برای این منظور راهنما مصاحبها تعدادی سوال باز و کلیته بیهشده که به محقق جهت حفظ جزئیات مصاحبها کمی کرد

(راهنما مصاحبها در پیوست شماره ۱ آمده است).

جهت رعایت حقوق شرکتکنندگان، قبلا ز بر گزار یجلسه مصاحبه، در نشستیکه بطور جدا گانه با هر یک از شرکتکنندگان داشتیم هدف تحقیق و روش

ارشر حداد هشد و سپس رضایت آگاهانه شفاهی آنان برایشر کتدر تحقیقاخذ شد.

طی جلسها مصاحبها بصورت تبا ز و نیمها ختار یافتهبود از مشارکتکنندگان خواسته میشود که بیشتر توضیح دهند با تا کید بر تجار بگذشته و آ

نچتها به حال تجربهمود هاند. قبلا ز شر و عمصاحبه، پژوهشگر سعی می کرد

تا ارتباطا مناسیباشر کتکنندگان بر قرار کرده و حسا اعتماد و همکاری را در آنها ایجاد نماید.

محلوز مانمصاحبهبطنظر مشار کتکنند گانتعینشد کهدر تمامموارد بیمار ستانیا محلکار آنها بود
باتعینقبلیمحتلوسطشر کتکنند گانانجامشد.

مدتزمانمصاحبهباتوجهبهعوامل محیطی، میزان تحمل، اطلاعاتو تمایلشر کتکنند گانتعینمیشد .

خوشبختانهها کثر مشار کتکنند گاناینپژوهش بسیار علاقمندو مشتاقبهصحتومصاحبهبپژوهشگر در تحقیق حاضر شدند.

از همانابتدادر مورد نیاز بهدرار تباطوبدنبا یکدیگرو تماسمصاحبهبکنندهبا افراد در جهتیر سیدنسوالا تکمیلیو چکنمودنیافتهها بهمشار کتکنند گانتوضیحدادهمیشد. مصاحبهباضبوطوبالافاصلهپساز مصاحبهبواتتقالفا یلصوتیبهکامپیوتر، کلمههیکلمهبر رویکاغذ نوشتهوتاپیشد. نهابتتلاشبر ایحفظمصاحبهبها یضبطشدهوبویژهمحرمانهماندنفرادبعمالآمد. سپس تجزیهوتحلیلو کدگذار یا ولیهدادهها صورتگرفت.

بهمنظور برر سیدیدهها زوایایمختلفوتاییدوتکمیلیافتهها علاوهبر مصاحبهبها از دستنوشتهها یبر خیمشار کتکنند گانویادآور یهیا یخود محققا ستفادهشد.

پژوهشگرایادآور هابعنوانراهنما جهتیر سیدنسوالا تدیگرو مشخصکردنابعادریزتر، تعیینافرا دیویژگیهایدیگریاز مشار کتکنند گانبعدیکه بایددر نظر گرفتهشوند استفادهمیکرد. یادآور هابرافکار محققا کمشدهوسوالا توجها تیر امطر حمیکنند کههدایتگرمحققدر مراحل بعدی میشدند.

طولمدت مصاحبهبین ۹۰-۳۰ دقیقهبر اساس تحمل، اطلاعاتو علاقهوتمایلمشار کتکنند گانمتغیر بود .

روشتجزیهوتحلیل دادهها:

استخر اجمعیاز مصاحبهبها یحاو بسوالا تبار و وظیفهسنگیناستکهز مانودقتزیادیمیطلبد. تایلوراز سختیاینفر آیند کیفیاد کردهاست. اما در عینحال خاطر نشانمیسازد کهاگر فر آیند تفسیر یادر جهبالا یتوجهمحقق، آنچنانکههشایستهفر آیند تفسیر استانجامشود نتایجارز شمندی خواهدداشت.

در تحلیل محتوا کیفی، جمعآور ی دادههاو آنالیز آنها با یدهمز مانصور تپذیرد.

بهمنظور بهحد اکثر ساند نشانسموقیتمحققبا یدباشرو عجمآور ی دادهها با غوطهور یکاملدر دادهها اقدامبهکدگذار یا نهانماید.

جهتتجزیهوتحلیل آنالیز محتویرو شهایمختلفمطر حشدهاستکههمگیبر یشرهدر یکشیوهکلیدار ند کهعبارتنداز:

غوطهور سازی، تنز لو تفسیر در هر سه اینفاز هاهد فمحقق دستیا بیبهد انشجدید از دادهها یخامو دستنخور دهمیباشد.

در مر حلغوطهوری، محققکاملا با دادهها در گیر شده بو بهحسیاز کلدادهها قبلاز مر تسباز یمجدد آنها دستمیباشد.

بنابر این محققدر اینمر حلغوشرو عبهدستو پنجهنر مکر دنیهدادهها نمودو حسیاز کلدادهها یتحقیقبدستمیآورد.

اینکار با گوشدادنیهتوصیفهایشر کتکنندهها شر وعشدهو با باز خوانیمکر دادهها دامهمیباشد

محققبا غوطهور شدن در دادهها بهجمالاتو مفاهیماصلیا ندستمیباشد.

در ابتدا متمصاحبخطبهخطمر ور شدهتا دادهها بهتکهها بمعنادار کوچکتر یشکستهشوند.

در ابتدا تعداد زیاد یواحد معنایاز مصاحبهمها و دستنوشتهها حاصل میشود از مجموع عیشاز

۱۰۰۰ واحد معنایی، کدها بیکهها یکدیگر تشابهو همپوشانیداشتند پساز باز بینیبیشتر در یکدیگر ادغام شدهو کدها یشخصیحصاصلگر دید که

پایهها یاصلیطبقاتنها بپیرا تشکیل میدادند.

در اینمر حلجمالاتاصلیاستخر اجوبصورتکدهایباز بانمشار کتکنندگانویا کدهایدالاتانگیز بیکه محققبر اساس دادهها ساختهبودنبتگر دید.

مر حلبعدیگاهشیا تنزلاستکههدفاز اینمر حلکهکاستناز مقدار دادهها یخامتار سیدنیهدادهها بیاستکهصر فابهمسوالا تحقیقمر تبطباشند.

سپسشکستندادهها بهتمهها بیبا قابلیتمدیر بتیبیشتر وقسمتها یتمدار است.

ونهایتاساز ماندهیمجدد دادهها بهمحورهای بیکههمسوالا تحقیقپاسخدهند.

در اینمر حلپهژ وهشگر کدها و طبقاتا ولیها یکهدر جریانکد گذار یا ولیپهیدار شدهرا بایکدیگر از جهتتفاوتو تشابه مقایسهکردهو کدها یشابه

هاز نظر مفهومی باهمادغام نمودو طبقهها یمربوطیههمپدیدار شدند. کهتعداد آنها نیز کاستهشد. در اینمر حلهمیز اندادهها یخامکاهش یافته

بطوریکه دادهها یا یجاد شدهپاسخگوییسوال تحقیقبودند.

پژوهشگر در اینمر حلهمیز تقسیم دادهها را ابهبخشهای موضوعیانجام دادو همچنین تقسیمجدد دادهها بمقوللهها بیکهها مکانبرر سیمجدد پر

سشها یتحقیققرار همساز دنیز انجامشد. در حقیقتاینمر حلهمر حلپها یشواصلا حطباتبود.

چرا کههدر مر حلها و لتعداد زیاد یطبقههشکلگرفتهبود کهلازمبود تعداد آنها کاستهشود.

مقایسهخوشهها یاز یر طبقاتبهما اجاز هداد تا بدانیم یر طبقهها چگونه میتوانند تحتیک طبقه بزرگتر قرار گیرند.

بدینترتیبکمکم طبقاتتاماهیتتفسیر بیافتند.

از شر و عمطالع، پژ و هشگر اید هو بینشها یخود در ادر مور دد ادهها که بصور تیا داشتو شته بود نیز بکار گرفت

همچنین پژ و هشگر در جریان تجزیه و تحلیل دادهها از دیگر اگراهما استفاده نمود و سعی کرد انواع احوالات ممکنار تباطیبی مفاهیم را متصور شود در مرحله تفسیر از کدها به منظور دستهبندی و دیفر دند ادهها به بصورتیکه شناسنا ختم منسجم و باز بینیشدهیا توضیحیاز آنها را ائدهها استفاده هم میشود.

در اینمر حلهمحققا لگوهار اشناسا بیکر دهننتیجهگیر یا ولیهر اتست نمود، بهمعنادر یکننتیجه خاص دستیا فتهو همگیر ادر یکچار چو یا نالیز یقرار میدهد. همچنین در اینمر حلهمحققر و ندر شکلگیر ی مفهوم مور دبر سیر انیز مشخص نمود. بطور کلی ۴ طبقها صلیاز دادهها منتج شد :

در اینرو شجمعا و رید ادهها و نالیز آنها همزمان بصورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در تحلیل محتوی ۷ گام زیر مور داستفاده قرار گرفت :

1- فرمولهکر دنسوالپژ و هشبر ایگرفتن پاسخ

2- انتخاب مصاحبهشونده و انجام مصاحبه

3- طرح کلی فرایند کد گذاری

4- اجرای فرایند کد گذاری

5- تعریف طبقات

6- تعیین اعتبار

7- تحلیل نتایج فرایند کد گذاری

دقت و اعتبار علمی مطالعه

قابل ذکر است که هر و ندر بر سیر و ایوپا یا بیدر تحقیقات کیفی اینرو ندر مطالعات کمی متفاوت میباشند و بیشتر به قابلیت اعتبار

(مقبولیت)، تایید، قابلیت و استکیوانتقال آنها بر میگردد.

قابلیت اعتبار یا مقبولیت مطابق با نظر پهر و اییدا خلیاست.

یعنی بشرکت کنندگان معنا بیر اشناسا یمی کنند که خودشان به یک موقعیت یا شرایط نسبت داده اند و حقیقتیافتهها در زمینه اجتماع خودشان را بیان کرد

دهاند. یافتهها را محقق با دید با دراکا تمر دمتحت مطالعه سازگار باشد. تضمین مقبولیت که نشان دهند هاطمینا نبه صحت دادهها استرا

محقق با درگیر بطولانیمد تبامشارکت کنندگان و موضوع انجام می دهد.

در این پژوهش و هشتم محقق به مدت چند ماه با موضوع تحقیق درگیر بود و کوشید تا ارتباط مناسبی با شرکت کنندگان برقرار کند و گاه برای انجام مصاحبه‌ها لازم شد که هشر کتکنندگان را در چندین نوبت ملاقات کند، گذراندن زمان کافی با مشارکت کنندگان در مصاحبه (حد اقل یک ساعت)، توضیح روشها و شفاف‌سازی اهداف مطالعه و ایجاد یک جو دوستانه در مجموع برقرار بیکار تباط مثبت، شرایطی فراهم کرد تا آنها در محیط امن و متعادل با هم صحبت کنند و به راحتی به اشتها و منجر به شناخت بهتر از مینه پژوهشگر دد.

همچنین در مصاحبه محقق سعی در حصول داده‌ها و در نظر گرفتن عقاید شخصی خود کرد و اصول مصاحبه‌ها را و عمیق‌تر عایت نمود.

ضمناً این که کاملاً در مقابل عایت اطلاعات تغییر منتظر همو شیار و حساسو پذیرای آنها بود.

قابلیت پذیرایی برای همو شیار و همو شیار، موضوعات و تفسیر رسیدها استر ادب الکنیمتوان نشانها اثر داده‌ها را در منابع بیابیم.

برای افزایش قابلیت یادگیری و همو شیار نبود که هر احلت تحقیق و تصمیمات اخذ شده در طول آن را بطور دقیق ثبت و گزارا شمیکند تا در صورت نیاز امکان پیگیری تحقیق را برای دیگران فراهم شود و بنا بر این پژوهشگر از ابتدای کار کلیه فعالیتها و تصمیمگیریها را ثبت کرد تا در صورت نیاز به علاقمندان ارائه کند.

قابلیت انتقال عبارت است از احتمال معین در بودنیافته‌ها مطالعه همو شیار دیگران در موقعیتها یمشابه است.

تعیین قابلیت انتقال بیشتر توسط افراد یک همو شیار و اندازه یافته‌ها استفاده کنند صورت میگیرد.

جهت قابلیت انتقال یافته‌ها پژوهشگر تلاش میکند که داده‌ها را با غنای کامل توصیف کند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش:

- 1- کسب رضایت آگاهانه در فرایند پژوهش
(شامل بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در پژوهش، روش جمع‌آوری و ضبط داده‌ها، نقش پژوهشگر و مشارکت کنندگان در پژوهش، آسودگی در مدت همکاری است).
- 2- محرمانه نگه داشتن اطلاعات (اعماز نام، نوارها، مصاحبه‌ها، نوشتارها) و به کارگیری یکدیگر به جای اسم.
- 3- داشتن حق کنارگیری شرکت کنندگان از پژوهش در هر زمان
- 4- در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست مشارکت کنندگان

محدودیت‌های پژوهش‌ها و نگاهشان:

ممکن است شمار کتکنندگان به دلایلی اطلاعات عمیق در باره پدیده مورد بررسیرا نهند.

در این مطالعه سعی شد با نمونه گیری مبتنی بر هدف این مشکل بر طرف شد و اطلاعات تیار و ایو یا یا بیمناسبت جمع آور یگردد.

یافته ها و بحث:

در این فصل نتایج و یافته های پژوهش (مطالعه کیفی) با ارائه اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در مطالعه آغاز و سپس با ارائه فرایند کدگذاری با رویکرد تحلیل محتوی به شیوه قراردادی طبقات استخراج شده از تجربیات، مشارکت کنندگان در پژوهش از مصاحبه ها ادامه یافته است. در معرفی هر طبقه سعی شده است که از زیر طبقات با ارائه نقل قولهای مستقیم از توصیفات مشارکت کنندگان حمایت شود تا خواننده بتواند روند تجزیه و تحلیل داده ها را بهتر پیگیری کند.

توصیف تجربیات مشارکت کنندگان

در این قسمت طبقا تا استخراج شده از تجربیات مشارکت کنندگان در رابطه با مفهوم ارتباط موثر پزشک و بیمار و عوامل موثر بر آن با توجه به گامها به هفتگان به تحلیل محتوی قرار داد یا ارائه میشود. طبقات توسط میانان مستقیم مشارکت کنندگان در مصاحبه ها مشاهده تا خواننده بهتر به درک و ششتر یا زروند پیدا ر شدن آنها دست یابد.

معرفی شرکت کنندگان:

در این پژوهش با توجه به نتایج حاصل از کدگذاری، خلاصه سازی و طبقه بندی آنها و تکرار اکثر تمها در مصاحبه ها یا خر به نظر رسید اطلاعات پس از از جام ۱۷ مصاحبه ها شبا عر سیده، بنابراین نمونه گیری را به تمام رساندیم.

شرکت کنندگان در مطالعه همگی از مدر سینوا عضاء هیئت علم ی بودند و تمامی خود را بر ای مشارکت در پژوهش اعلام نمودند. طیف سنی شرکت کنندگان بین ۴۰ تا ۶۰ سال بود ۱۲ نفر از مشارکت کنندگان مرد و ۵ نفر زن بودند. طول مدت صاحب بین ۹۰-۱۲۰ دقیقه بود بر اساس تحمل، اطلاعات و علاقه و تمایل مشارکت کنندگان متغیر بود. شرکت کنندگان در رشته های تخصصی فعالیت داشتند که به لحاظ ماهیت با بیماران مزمن و یا دارای بیماری های تحدید کننده حیات سروکار داشتند و این امر نیاز به ارتباط و

تماس مداوم و موثر با بیمار را ضروری می‌نمود. در مورد متخصصین اطفال نیز به دلیل ماهیت پایش رشد و سلامتی کودک در طول زمان، تداوم این ارتباط به میزان زیادی در نوع رابطه پزشک با بیمار خود و خانواده او تاثیر گذار بود. (جدول یک)

۷ نفر از شرکت کنندگان در مرتبه علمی استادی، ۸ نفر دانشیار و ۲ نفر استادیار بودند.

ردیف	جنسیت	تخصص	رتبه علمی
۱	مرد	جراحی عمومی	استاد
۲	زن	زنان و زایمان	دانشیار
۳	مرد	داخلی اعصاب	استاد
۴	مرد	جراحی اطفال	استاد
۵	مرد	ارولوژی	دانشیار
۶	مرد	طب فیزیکی و توانبخشی	استاد
۷	زن	زنان و زایمان	دانشیار
۸	زن	اطفال	دانشیار
۹	زن	اطفال	دانشیار
۱۰	مرد	داخلی عصب اطفال	استاد
۱۱	مرد	اطفال	دانشیار
۱۲	زن	اطفال	استادیار
۱۳	مرد	چشم	استاد
۱۴	مرد	قلب اطفال	استادیار
۱۵	مرد	جراحی پلاستیک	دانشیار
۱۶	مرد	جراحی عمومی	استاد
۱۷	مرد	قلب	دانشیار

جدول یک - مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

بهبولندر هم‌تنید گیمرا اهلسو متاهفتمآ نالیز محتوی یعنیطر حکلیر ایند کد گذار یو تحلیل

آنها، اجرا فر ایند کد گذاری، تعریف طبقات محتوی، تعیین اعتبار و تحلیل نتایج فر ایند کد گذار یا اینمرا اهل بطور همزمان انجام گرفت . پساز انجام مصاحبه، محقق با گوشکردن مکرر مصاحبه‌ها یضبط شده، متن کامل مصاحبه‌ها، مشاهدات و یادداشت‌ها یدر عصر ابر و بیر گه‌ها یخا صبار عایتا وصلنسخه نویسی یدر حاشیه نسخه‌ها نوشت. تمام عبارات و بیانات مشارکت کنندگان بطور کاملو کلمه به کلمه یدر بر نامه word نسخه نویسی شد و تجزیه و تحلیل محتوی بر روی آن صورت گرفت و کد گذار یباز انجام شد. سپس تحلیل و کد گذار یدر سطوح سه‌گانها انجام گردید. به این ترتیب آنها یبازاز متن تجزیه‌شده کت کنندگان در مجموع کدها یا استخراج شده در سطوح مختلف به شرح زیر می‌باشد:

کدها یا اولیه [?]

زیر طبقات [?]

طبقات [?]

تم [?]

شایان ذکر است که در مرحله اول نالیز کدهای اولیه در قالب واحد معنایی استخراج شد.

در مرحله بعدی بتدریج این کدها با حذف کدها ی مشابه و هم‌پوشان کمتر شده و هر فتهر فته خود را به صورت زیر طبقات و طبقات نشان دادند. پژوهشگر در طی جلساتی فر ایند پدیدار شدن تمها از واحدها ی معنایی را با دیگر همکاران تحقیق مرور کرد و در مورد آنها به توافق رسید. سپس داده‌ها استخراج شده به صورت تیکه‌ها ی طبقه‌ها ی یقرا ر گرفتند و آنها شده و آنگاه هر یک از طبقات به تفصیل توصیف گردید.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مجموعه این اجزاء در مدل ارتباطی پزشک و بیمار منجر به سه نتیجه ارتباطی ضروری برای وقوع بهبود و شفا می‌گردد. این سه عبارتند از: اعتماد، امید و شناختن بیمار. این سه به نوبه خود در زمینه و تمی که مبتنی بر توجه به ابعاد معنوی رابطه پزشک با بیمار است معنا یافته و اهمیت خود را نشان می‌دهند.

اجزاء مدل ارتباطی پزشک و بیمار در فر ایند شفا

۱- ارزش گذاری

اولین طبقه از طبقات مدل عبارتست از ارزشی و اعتباری که پزشک برای بیمار خود قائل می شود. این طبقه خود شامل سه زیر سازه یا زیر طبقه قضاوت نکردن، برقراری ارتباط و حضور موثر است. این فرایند ارزشی از آنجا آغاز می شود که پزشک بایستی بیمار خود را از موضعی غیر قضاوت مندانه مورد توجه قرار دهد. و او را به عنوان انسانی دارای شأن و کرامت در نظر بگیرد. این موضوع شامل تمام بیماران از طبقات اجتماعی فرهنگی متفاوت و با بیماری های مختلف می شود. این نکته توسط یکی از مصاحبه شوندگان چنین بیان شد: "من با همه مریض هام با سطوح فرهنگی مختلف یکجور برخورد می کنم خیلی وقت ها همکارام بمن گفتن تو توی این منطقه با این سطح فرهنگ نمی تونی کار کنی ولی من می خواهم کار ارزشمند خودم را ارائه بدم و این فرقی نمی کنه" و یا یکی دیگر از مصاحبه شوندگان چنین اظهار کرد که: "من به عنوان یک پزشک نمی تونم پیام خودم را درست منتقل کنم مگر اینکه به این درک و باور رسیده باشم که کسی که روبروی من نشسته من مسئول سلامتی اون هستم و باید بهش احترام بگذارم." یا "احترام گذاشتن به آدم ها بچه و بزرگ فرق نمی کنه".

پزشکان همچنین اظهار داشتند که برای برقراری ارتباط با بیمار توجه به ویژگی های فردی بیماران و همچنین تجربیات مشترک انسانی بسیار موثر است. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان گفت: "بچه ها گاهی وقت ها می گن ما جای دیگه نمی ریم تا دکترمون این هست، من چیزی به آنها نداده ام یا هدیه نداده ام این برقراری یک ارتباط عاطفیه که اینا وابسته شدن" و یا مشارکت کننده دیگری چنین اظهار داشت که: "من همیشه تلاشم اینه که رابطه عاطفی هم با بیمار و هم با خانواده اش داشته باشم این به ایجاد اعتماد کمک می کنه." این شکل از ارتباط باعث می شود که بیماران به عنوان یک انسان در نظر گرفته شوند و نه صرفاً یک جسم بیمار. یکی از شرکت کنندگان در این خصوص اظهار داشت که: "باید هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی به بیمار کمک کنیم". در واقع این شکل از پزشکی باعث می شود که به بیمار به عنوان مجموعه یکپارچه ای از بدن و روان و روح نگاه کنیم.

سومین زیر طبقه در طبقه ارزش گذاری عبارت است از حضور موثر در کنار بیمار و یا توجه کامل نسبت به او. در این خصوص یکی از پزشکان شرکت کننده گفت: " با همه حواسم به مریض توجه می کنم و این از خیلی چیزها پیشگیری می کنه "

وقتی که پزشک در زمان ملاقات با بیمار حضور فعال دارد جدای از مدت زمانی که صرف او می کند، منجر به برقراری ارتباط درست و ایجاد اعتماد در بیمار می شود. همانطور که یکی از شرکت کنندگان چنین اظهار داشت که: " وقتی با مریض صحبت می کنی به مادر بچه آرامش میدی همین کار ساده همه چیز را متحول می کنه.....شاید فقط گوش کردن کافی باشه.....برقراری یه رابطه عاطفیه."

به علاوه حضور موثر به پزشک این امکان را می دهد که تجربه بیمار از بیماری و رنج خود را به خوبی دریابد و مرهمی بر رنج های او باشد. چنین امری نیاز به توجه به بیمار، درک او و همدردی با او دارد. " خودم حس می کنم که اون احساس آرامش هست" مشارکت کننده دیگری گفت: " اگر مریض احساس کنه شما خسته اید و حوصله ندارید و فکرت جای دیگه است اعتقادی پیدا نمی کنه و درمانش هم تاثیری نداره."

۲- توازن قوا

پزشکانی که در این مطالعه شرکت کردند گزارش کردند که در اغلب مواقع سعی در توانمندتر کردن بیمار خود و یا خانواده او داشته اند. گاهی این کار را با درگیر کردن بیمار در فرایند درمان خود کرده اند. چنانکه یکی از پزشکان اظهار داشت که: " توضیح دادن برای بیمار یا خانواده اش بسیار موثره و اغلب آنها را پیگیر درمان می کنه."

یکی دیگر از راه های برقراری تعادل و توازن قوا عبارتست از آموزش بیمار. این امر با توضیح و ترجمه اصطلاحات پزشکی به زبان قابل فهم برای بیمار آغاز می شود و با دادن آموزش های لازم به بیمار برای مراقبت از خود تداوم می یابد. برای مثال یکی از پزشکان در این خصوص گفت: " به مریض می گم تو باید هر هفته با من در ارتباط باشی. دارو ها را قطع می کنم و فقط با یک آموزش ساده مریض شرایط بهبودی را پیدا می کنه " " برای اینکه ارتباط کلامی منه که آرامش میده و ازش برای آموزش مریض استفاده می کنم". مشارکت کننده دیگری در

این رابطه گفت: "باید توان این را داشته باشیم که با هر کس به زبان خودش صحبت کنیم..... پزشک باید این این مهارت را داشته باشه تا بتونه پیامش را منتقل کنه"

برخی اوقات لازم است که پزشک از قدرت و اتوریته خود برای تشویق بیماری که مسئولیت های خود را در قبال درمان نمی پذیرد استفاده کند. مثلاً یکی از پزشکان چنین گفت که: "من به مریضام میگم اگه فکر می کنی به من می تونی اعتماد کنی حرف های منو گوش کن و بعد با هم مسیر را پیش میریم." پزشکان شرکت کننده در مطالعه اظهار داشتند که بهطور شهودی به درک این نکته می رسند که چه بیمارانی و در چه زمانی نیاز به این اعمال قدرت دارند و این موضوع به میزان زیادی به نیازهای بیمار و شکل و نوع رابطه پزشک و بیمار بستگی دارد.

۳- تعهد و پابندی

ویژگی مشترک پزشکان این مطالعه پایداری آنها در نوع و محل کار خود بود. برای مثال اکثر آنها برای چندسال در محل فعلی کار خود فعالیت می کردند. این امر منجر به برقراری ارتباطات ثابتی با بیمارانی می شد. این شکل از ارتباط به نوبه خود باعث ایجاد صمیمیتی میان پزشک و بیمار می شد که گاه از آن به صورت احساس رابطه فامیلی نام برده می شد. در این رابطه یکی از پزشکان شرکت کننده در مطالعه گفت: "همیشه به دانشجویانم می گفتم شما فکر کنید مریض خواهر شماست". یا مشارکت کننده دیگری چنین اظهار داشت که: "به نظر من پزشک باید نسبت به مریضش حس یک فامیل نزدیک را داشته باشه."

تجربه ارتباط طولانی مدت با هم، بویژه در شرایط بحران های سلامتی، منجر به شکل گیری تاریخچه مشترکی میان پزشک و بیمار می شود که رابطه درمانی قوی و غنی را شکل می دهد.

تعهد پزشک نسبت به بیمار خود در غالب فعالیت های مراقبتی خود را نشان می دهد. برخی از این کارها خارج از الزامات معمول ارتباط پزشک و بیمارند مانند ویزیت در منزل یا تماس تلفنی با بیمار و غیره. برخی دیگر در

چهارچوب اقدامات معمول و روتین هر روزه می گنجد اما در هر حال نشانه احترام و توجه پزشک نسبت به بیمار خود هستند.

برای مثال پزشکی چنین اظهار کرد: " من وقتی مریض بدحال دارم از صبح تا شب خودم ده دفعه زنگ می زنم برای اینکه اطمینان حاصل بشه."

شرکت کننده دیگری گفت: من برای معاینه یک مریض که نمی تونست حرکت کنه به خونش رفتم بعد تلفنم را بهش دادم و قدم به قدم بر اساس تجربه ای که داشتم کارهای لازم را بهش می گفتم و این منجر به این شد که اعتماد کنه و نتیجه درمانش رو خیلی بهتر کنه."

مشارکت کننده دیگری گفت: " یکی از کارهایی که من انجام میدم اینه که منشی من شماره تماس بیمارانی که برای صحبت با من تماس می گیرند را یادداشت می کنه و من بعد از ویزیت آخرین بیمار به تمام آنها زنگ می زنم. این باعث اعتماد آنها به من میشه."

این اقدامات مراقبتی و حمایتی چه کوچک و چه بزرگ، نشان دهنده تعهد پزشک نسبت به بیمار خود حتی در شرایطی است که ممکن است داروها و فناوری های پزشکی اثر بسیار کمی در درمان بیمار داشته باشند. در این مورد مشارکت کننده ای اظهار داشت:

۴- ویژگی های موثر پزشک در برقراری ارتباط

اینکه پزشک نسبت به تشخیص و درمان خود اطمینان داشته باشد و این امر را به نحو موثری به بیمار منتقل کند برای شکل گیری ارتباط شفافبخش بسیار مهم است. چنین امری منجر به ایجاد حس اعتماد در بیمار می شود.

توان اداره و کنترل احساسات خود نیازمند این است که پزشک بتواند عواطف و احساسات خود را بخوبی شناخته و در مقابل واکنش های هیجانی بیمار خونسردی خود را حفظ نماید. در این رابطه یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت که: "مدیریت معنیش این نیست که آدم به اداره رو مدیریت کنه، باید خودش را مدیریت کنه."

قدرت تفکر به معنای آگاهی مداوم نسبت به آنچه در سطوح مختلف در حال رخ دادن استبه نوبه خود از اهمیت زیادی برخوردار است. توجه به اینکه آیا آنچه بیمار شرح می دهد از سر ترس است یا نگرانی، از سر افسوس است

یا احساس گناه.....

در نهایت دانش تخصصی نیز در ایجاد ارتباط موثر از اهمیت زیادی برخوردار است. بیمار باید بتواند نسبت به دانش و مهارت پزشک خود اعتماد کند و در عین حال محدودیت های پزشک و نیاز او به مشورت با سایر پزشکان را نیز درک نماید. در این رابطه مشارکت کننده ای گفت: " حتی اگر بیمار فوت کرده باشه خانواده بیمار متوجه می شوند که من آنچه را که از دستم بر میامده انجام داده ام با هر کس که لازم بوده مشورت کرده ام."

جدول دو – اجزاء مدل ارتباطی

اجزاء مدل ارتباطی پزشک و بیمار در فرایند شفا بخشی		
طبقه	زیر طبقه	تعریف
ارزش گذاری	قضاوت نکردن	پذیرش بیمار به عنوان یک انسان ارزشمند
	برقراری ارتباط	برقراری ارتباط با توجه به ویژگی های فردی بیماران
	حضور موثر	حضور ذهنی و فکری در لحظه مواجهه با هر بیمار، شامل گوش دادن فعال به بیمار، درک و توجه به تجربیات ذهنی بیمار در مورد مشکل خود و احساس همدردی
توازن قوا	همکاری و مشارکت در روند درمان	مشارکت دادن بیمار در تصمیم گیری برای انتخاب روش های تشخیصی و درمانی
	آموزش	توضیح اصطلاحات پزشکی و آموزش مراقبت از خود
	هدایت	استفاده از قدرت پزشک در راستای اقدام موثر برای بهبود بیمار
تعهد و پایبندی	تداوم ارتباط	امکان دسترسی به همان پزشک در طی روند درمان برای بیمار در غالب موارد وجود داشته
	در دسترس بودن در شرایط بحرانی	حضور و مراقبت بر بالین بیمار در شرایط بحرانی
	رها نکردن	تلاش برای کاستن از رنج بیمار در مواردی که بهبود امکان پذیر نباشد
ویژگی های پزشک	اعتماد به نفس	اطمینان پزشک نسبت به فرایند درمان
	مدیریت احساسات	توانائی شناخت و مدیریت موثر احساسات و عواطف
	قدرت تفکر	توان آگاهی از عوامل موثر درونی و محیطی
	دانش علمی	دانش کافی تخصصی

نتایج ارتباطی

اجزاء شکل دهی روند ارتباط موثر چنانچه به درستی بکار گرفته شوند منجر به سه نتیجه ارتباطی ضروری برای وقوع بهبودی یا شفا خواهند شد.

اعتماد- از شکل گیری روند ارزشدهی به بیمار و تعهد نسبت به او در طول زمان، اعتماد لازم میان بیمار و پزشک او شکل می گیرد. یکی از شرکت کنندگان چنین اظهار کرد که: "مریض باید پزشک مورد اعتماد خودش را پیدا کند در غیر این صورت به تاثیر دارو درمان ایمان نخواهد داشت."

بدست آوردن اعتماد بیمار به این معنا نیست که این دسته از پزشکان هیچ وقت اشتباه نمی کنند بلکه نشان دهنده این است که تمام تلاش خود را انجام داده اند و در عین حال اشتباهات خود را نیز می پذیرند. پزشکی در این رابطه گفت: "مریض متوجه میشه که من همه تلاش خودم را کرده ام حتی اگر نتیجه لازم را نداشته باشه."

امید به عنوان یک نتیجه دیگر عبارتست از این که یک ارتباط شفابخش می تواند برای بیمار و یا خانواده او امیدآفرین باشد. نه همیشه بدان معنا که امیدی برای بهبودی وجود دارد بلکه گاه به این مفهوم که امیدی برای چند روز خوب، امیدی برای سپاسگزاری و امیدی برای بخشش وجود دارد.

پزشکان برای اعلام وضعیت های مخاطره آمیز به گونه متفاوتی عمل می کنند. در یک ارتباط موثر و شفابخش بیمار احساس همدردی و همراهی پزشک با خود را درک می کند. و در جستجوی امید واهی از سوی پزشک نیست. بلکه احساس خوشایند و خوبی که بیمار تجربه می کند گاه بدون وجود اقدام درمانی موثر نیز وجود دارد.

در این خصوص یکی از شرکت کنندگان چنین گفت: "اگر ما بتونیم برای خانواده بیماری را تبیین کنیم، مرگ را تبیین کنیم بجای اینکه تو سر خودش بزنه که مریضش داره میمیره آن را آماده رفتن می کنه. با توجه به اینکه بدون کجا داره می ره و آنجا چه خبره"

یکی دیگر از نتایج روند موثر ارتباطی ایجاد حس شناخته شدن توسط بیمار است. نتیجه ای که هم ناشی از ارزش قائل شدن برای بیمار است و هم به دلیل احساس تعهد نسبت به او. در چنین موقعیتی بیمار به عنوان یک فرد مشخص از سوی پزشک شناخته شده و به خاطر می ماند. در این خصوص پزشکی چنین اظهار کرد که: "هرچه طرفین ارتباط پزشک و بیمار از هم شناخت بیشتری داشته باشند نتایج بهتری بدست میاد."

زمینه یا تم ارتباط

همانطور که گفته شد ارتباط موثر شفابخش به شکل واقعی خود زمانی معنا می یابد که در زمینه فرهنگی جامعه ما مورد توجه قرار گیرد. بر همین اساس توسعه مفاهیم سلامت می تواند در ارتقاء سطح کیفیت ارتباطات انسان در حوزه حیطه های سلامت و پیشگیری از بیماریها و بهبود سلامت روانی و جسمانی مبتنی بر الگوهای قابل پذیرش و سازگار با فرهنگ ایران اسلامی باشد. بر همین اساس توجه به ابعاد غیر جسمانی وجود انسان با توجه به آنچه در مقدمه و مرور منابع گفته شد زمینه ایست که این مدل معنای راستین خود را در قالب آن می یابد. در واقع در زیربنای این ارتباط و به عنوان پیش نیاز آن توجه به شأن انسان به عنوان مخلوقی آفریده خداوند دارای اهمیت است. در همین زمینه یکی از شرکت کنندگان چنین گفت: "آنجائی که هیچ کار فیزیکی برای مریض نمی تونه انجام بده آنجا حیطه برقراری رابطه روانی و معنوی است..... یعنی این نیته که این رابطه را مستمر می کنه". یا شرکت کننده دیگری اظهار داشت: "بخش خیلی کمی از رابطه پزشک و بیمار در بحث فیزیکی خلاصه میشه هرچی به پزشک عملش عمیق تر باشه رابطه اش با مریض بیشتر بشه این جزو زندگی میشه یعنی بعد از اینکه همه کارها رو کرد و از همه مشورت گرفت میشینه دعا می خونه." مشارکت کننده دیگری چنین اظهار داشت که: لذت های روانی و عاطفی پایدارند و با باورهای دینی ما همراهند." و پزشک دیگری گفت: "اعتقاد من اینه که این شغل لطف خداست، این لطف خداست که ما را محل رجوع بیماران قرار داده."

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه و مصاحبه های انجام شده نشان دادند که پزشکانی که تجربه برقراری ارتباط موثر با بیماران خود را داشته اند درک تقریباً یکسانی از فرایند رابطه درمانی شفابخش دارند. در این دیدگاه شفا یافتن عبارت است از بهبودی در زمانی که ممکن باشد، کاستن از رنج بیمار زمانی که بهبود امکان پذیر نیست و نهایتاً یافتن معنایی در پی تجربه بیماری. کانون چنین درمان شفابخشی نه به تمامی در بیمار قرار دارد و نه در پزشک بلکه در فضائی است که ارتباط موثر میان این دو آن را شکل میدهد و مبتنی بر زمینه باورهای مشترک، اعتماد و امید است. مدل ارتباطی شفابخش میان پزشک و بیمار مشتمل بر اجزائی است که عبارتند از احترام به بیمار و

ارزشمند دانستن او به عنوان یک انسان، توجه کافی به بیمار و نیازهای او چه جسمی و چه روانشناختی، درک عدم توازن قوا در رابطه پزشک و بیمار و تلاش برای برقراری تعادل در آن و توجه و تصریح اعتماد، امید و ایمان. مطالعه حاضر این رابطه شفابخش را در ارتباط موثر پزشک و بیمار مدلسازی کرده و مبتنی بر تجربه شرکت کنندگان در مطالعه است.

اینکه این مدل تا چه اندازه در مناسبات پزشکی امروز دارای اهمیت است در سه سطح قابل ارزیابی است. نخست آنکه ارتباط شفابخش در میان پزشک و بیمار منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیمار می شود. اعتماد متقابل، امید و شناخته شدن نتایج این ارتباط و بایستی به همان اندازه که برای بیماران اهمیت دارند برای پزشکان نیز مهم باشند.

دوم آنکه جنبه هائی از این ارتباط به ماهیت بیماری فرد و شدت آسیب زندگی آن مربوطند و همچنین نوع درمان های لازم نیز در این رابطه دارای اهمیت هستند. باورهای بیمار و پزشک نیز نقش تعیین کننده ای در نحوه پاسخ به درمان دارند.

سوم آنکه رابطه درمانی شفابخش بر هر دو سوی آن تاثیر دارند. برخی از پزشکانی که در این مطالعه شرکت کرده بودند سابقه کار در شرایط سخت (مانند جبهه های جنگ و یا مناطق بشدت محروم) را تجربه کرده بودند و همچنان از یادآوری خاطرات آن خوشنود بودند. این تجربه در بسیاری موارد در تعارض با آسفتگی هائی قرار می گیرد که امروزه از رفتار پزشکان گزارش می شود. این امر نشان دهنده این است که چنین ارتباطی تاثیر مثبت خود را بر تجربه کار و زندگی پزشکان نیز گذاشته است.

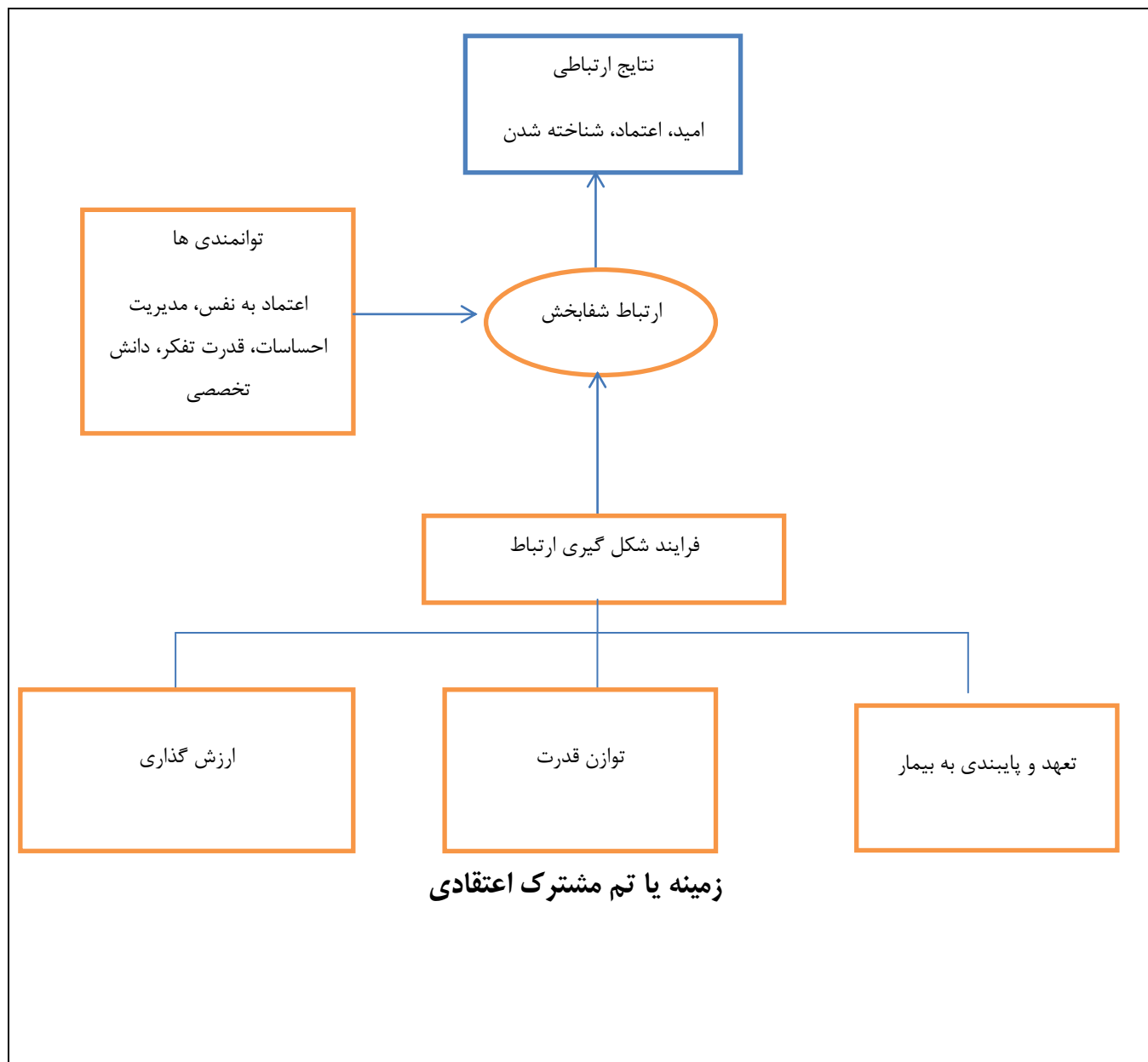
در پایان می توان چنین اظهار کرد که برقراری ارتباط موثر و شفابخش میان پزشک و بیمار مبتنی بر باورها و اعتقاداتی که ارزش انسان را در کرامت ذاتی او می داند و بر این اساس پزشکی را عطیه ای می شمارد، به زندگی پزشک و بیمار هر دو معنا و رضایت باطن می بخشد. این امر می تواند پیشنهاد دهنده این باشد که راه حل بخشی از مشکلات موجود در نظام سلامت را نباید تنها در ارتقاء سیستم های درمانی و یا تغییر در شیوه های پرداخت جستجو کرد بلکه در باز تعریف ارتباط معنادار و شفابخش پزشک و بیمار، می توان درمانی برای این آسفتگی یافت.

بدیهیست که این مطالعه دارای محدودیت‌های بوده است. نخست آنکه مشارکت‌کنندگان ما بطور هدفمند انتخاب شده بودند و نشانگر معناداری از جامعه آماری پزشکان به حساب نمی‌آیند. اما قابل توضیح است که قصد ما از انجام این مطالعه ارائه مدل ارتباطی پزشک و بیمار بوده و به همین منظور نیازمند انتخاب هدفمند شرکت‌کنندگان در پژوهش بوده ایم. بر همین اساس مدل پیشنهادی این مطالعه بیش از آنکه توضیح‌دهنده وضع موجود باشد، استاندارد برای ارتقاء و دستیابی خواهد بود.

بر مبنای مدل پیشنهادی می‌توان ابزاری برای ارزیابی رابطه پزشک و بیمار طراحی نمود که قابلیت تعمیم داشته باشد. اطلاعات حاصل از مصاحبه معمولاً تحت تاثیر درک مصاحبه‌شوندگان دارای محدودیت‌های خواهد بود، انجام یک مطالعه طولی به منظور مشاهده نحوه عمل افراد در مواجهه با بیمار می‌تواند مدل پیشنهادی را توسعه داده و عملیاتی‌تر سازد.

به عنوان یک نتیجه می‌توان چنین اظهار کرد که ارتباط ضفابخش میان پزشک و بیمار مبتنی بر آموزه‌های اسلامی دارای ساختاری قابل مشاهده و فهم است و منجر به نتایج مهمی در فرایند درمان بیمار خواهد شد. این مدل مفهومی قابلیت تعمیم به سایر حوزه‌های ارتباطی نظام سلامت را نیز خواهد داشت.

مدل ارتباط شفا بخش پزشک و بیمار



تقدیر و تشکر:

بدین وسیله از کلیه اساتیدی که صمیمانه در انجام این مطالعه با ما همکاری و همراهی نمودند سپاسگزاری می نمائیم.

منابع

Michael D. Mendoza, Sandy G. Smith, Milton “Mickey” Eder, John Hickner, The Seventh Element of Quality: The Doctor-Patient Relationship. FAMILY MEDICINE VOL. 43, NO. 2 • FEBRUARY 2011

Thalia A. Arawi. The Ethics of the Muslim Physician and the Legacy of Muhammad, JIMA: Volume 43, 2011

Wendy Levinson, Debra L. Roter, John P. Mullooly, Valerie T. Dull, Richard M. Frankel. Physician-Patient Communication; The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. JAMA, February 19, 1997- Vol 277, No, 7

Ngair Kerse, Stephen Buetow, Arch G. Mainous , Gregory Young Gregor Coster, Bruce Arroll, Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. ANNALS OF FAMILY MEDICINE VOL. 2, NO. 5 .2004

Arch G. Mainous , Meredith A. Goodwin, Kurt C. Stange, Patient-Physician Shared Experiences and Value Patients Place on Continuity of Care. . ANNALS OF FAMILY MEDICINE VOL. 2, NO. 5 .2004

Moira Stewart, Continuity, Care, and Commitment: The Course of Patient-Clinician Relationships. ANNALS OF FAMILY MEDICINE VOL. 2, NO. 5 .2004

John G. Scott, Deborah Cohen, Barbara DiCicco-Bloom, RN, William L. Miller, Kurt C. Stange, Benjamin F. Crabtree. Understanding Healing Relationships in Primary Care. ANNALS OF FAMILY MEDICINE VOL. 6, NO. 4 ♦ JULY/AUGUST 2008

امید آسمانی. نگاه‌ی به مدل‌های ارتباطی پزشک - بیمار و پالشی‌ها می‌تواند تبیان. . مجله‌های ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۵ (۴) ۱۳۹۱

آهنگر یفرشته، آئین‌پزشکی در اسطوره‌های تاریخ ایران باستان. . مجله‌های ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۳ (۵) ۱۳۸۹

آیت‌الله محمد رضا. مدلی برای ساختار اصیل اخلاق پزشکی اسلام می‌تواند اخلاق و تاریخ پزشکی

اصفهانیمحمد مهدی. اندیشه مومهر حکیمانهدر رفتار طبیبانه، نیمنگاهیبهبایستههاوشایستهها در خدماتپزشکی.

مجلههاخلاقوتاریخپزشکی.

افشار لیلایا. حریمخصوصیدرار تباطیبیبیماروکادر درمانی، اخلاقکاربردیدر ایرانواسلام، پژوهشکدهمطالعاتفرهنگیواجتماعی، ۱۳۸۹

افشار لیلایا، نعمتیعلی. حریمخصوصیدر پژوهشهایمعطوفبهانسائبر مبنایآموزشهایاسلامی، فصلنامهعلمی -

پژوهشیراهبرد فرهنگ، سالسوم، شمارههشتمونهم، زمستان ۸۸ و بهار ۸۹، ص ۵۹ تا ۷۴

تابعیسیدضیالالدین، پارسائیحکیمه. رابطپزشکشویبیمار. فصلنامهخلاقپزشکی. ۲ (۴). ۱۳۸۷.

تابعیسیدضیالالدین، پاسالارمهدی، کیانیمهرزاد. اخلاقپزشکیدر خلاصهالحکمه. مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی، ۴ (۴) ۱۳۹۰

حیدرنیامحمدعلی، اخلاقپزشکیدر مقالهطباز چهارمقالهنظامیعیروسی. فصلنامهخلاقپزشکی. ۲ (۴). ۱۳۸۷.

زالیمحمد رضا. مبانینوینارتباطپزشکشویبیمار. تهرانمرکز تحقیقاتگوارشو کبد.

زراعتکار مریم، محمودیانفرزاد . بررسیاخلاقطبا بتدریجیا از متونکهنایرانواسلام

. فصلنامهخلاقپزشکیسالسوم، شمارههفتم، بهار ۱۳۸۸

چنگیزیآشتیانیسعید، شمسیمحسن، کبیرینیا کبری. نقشر ازیدرآموزشپزشکینوین. مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی، ۳ (۲) ۱۳۸۹

حیدریعلیاحسان، کشاورز حسین، نوریسپهر محمد. مروریر مبانیاخلاقپزشکیدر کتابقانونبوعلیسینا. مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی، ۵

(۵) ۱۳۹۱

خدادوستکاظم، حسینیسیدفاضل، محجلشجامحمدعلی. اخلاقپزشکیواهمیتآندرایرانباستانواسلام.

مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی، ۳ (۵) ۱۳۸۹

شاکرینیا ایرج. ارتباطپزشک - بیمارونقشآندر رضایتمندیبیماراناز فراینددرمان. مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی، ۲ (۳) ۱۳۸۸

طباطبائیسید محمود. بر خیمعیارهایاخلاقپزشکیاز دیدگاهمحمد بنزکریایرازی. مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی.

عزیزیمحمد حسین. پیشینههاخلاقپزشکیدر برخیا از آثار کهنطبیبوادیبیران. فصلنامهخلاقپزشکی. ۱ (۱) ۱۳۸۶.

کراچیانثانیفاطمه، سلطانیعباسعلی. نگاهیبهبجایگاهپزشکاندر ایرانباستانوقانوننحمورابی. مجلههایرانیاخلاقوتاریخپزشکی، ۴ (۲)

۱۳۹۰

علیا کبرولایتی. مقدمهاییر تاریخپزشکیاسلاموایران. فصلنامهخلاقپزشکی. ۲ (۴). ۱۳۸۷..

Burns N, Grove S. The practice of nursing research conduct, critique and utilization, Philadelphia: WB.Saunders2001

. ادیب‌حاج‌باقریم، روش‌گراندتئوری. چاپاول: بشری ۱۳۸۵

.Elo s,Kyngs H. The qualitative content analysis processes; Journal of advanced nursing 2008; 62(1):107-15

.Hsish Hf, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis.

Qualitative health research 2005; 15(9): 1277

.Mayring P. Qualitative content analysis , Forum: Quantative social research,1(2), Retrieved March 10, from http://www.qualitative_research.net/fqs-text/2-00/02-00mayring-e.htm:2005

.Streuberts H J, carpenter DR. Qualitative Research in nursing.3rd ed: Lippincott Williams and Wilkins. 2003; p:

.Bassett C. Qualitative Research in Health Care. First Publish. Whurr Publisher's 1th. London. 2004; p:

.Strauss A, Corbin J. Basic of Qualitative Research Techniques and procedures of developing Gronded theory, Sage, Thousand Oaks, C. A ,1998

.Holloway I, Wheeler S. Qualitative research for nurses. Australia: Blackwell Science 2002

Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis .Sage publications Ltd, 2006; p:84-119

. Forman J, Damschroder LJ. Qualitative content analysis.Empirical Research for Bioethics: A primer Oxford, uk: Elsevier publishing .2008:356-62.