

نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک - بیمار و چالش‌های مرتبط با آن

امید آسمانی^{۱*}

مقاله‌ی مروری

چکیده

پزشکی تلفیقی از علم و هنر است. یک پزشک خوب علاوه بر آگاهی از علوم پزشکی، باید هنر برقراری ارتباط با بیمار را نیز داشته باشد. کلید ارتباط کارآمد در رابطه‌ی پزشک و بیمار، اعتماد است. خدشه‌دار شدن این اعتماد، منجر به برقراری یک رابطه‌ی ناکارآمد و مبتنی بر نیاز صرف از طرف بیمار می‌گردد. برقراری یک رابطه‌ی خوب بین پزشک و بیمار، نتایج درمانی مثبتی نیز در بر خواهد داشت. در دو دهه‌ی گذشته، تغییرات عمده‌ای در روابط پزشک و بیمار رخ داده است؛ به‌گونه‌ای که محوریت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، به سمت بیمار و ارزش‌های او متمایل شده است. در مراقبت‌های بیمارمحور، پزشک، بیمار را به‌عنوان انسانی مانند خودش، در نظر گرفته و طرز تلقی‌ها، باورها و نگرانی‌های او را در کنار تشخیص بالینی خود مد نظر قرار می‌دهد. در این مقاله تلاش شده است تا ضمن ارائه‌ی معرفی کوتاهی از مفهوم ارتباط پزشک - بیمار و چگونگی شکل‌گیری آن در بستر زمان، به معرفی و مقایسه‌ی مدل‌های مطرح در روابط پزشک - بیمار (مانند مدل پدرسالاری و ...) پرداخته شود و بارزترین نقاط قوت و ضعف هر یک از مدل‌های ارتباطی معرفی گردد. در پایان، به تحلیل اجمالی مدل ارتباط پزشک - بیمار در مراکز درمانی ایران پرداخته شده و ضرورت تدوین یک مدل ارتباطی بر اساس ارزش‌های اسلامی پیشنهاد گردیده است.

واژگان کلیدی: ارتباط پزشک - بیمار، مدل‌های ارتباطی، مهارت‌های ارتباطی، پدرسالاری، اخلاق پزشکی، ایران

^۱ دانشجوی PhD اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

* نشانی: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی شیراز، ساختمان کتابخانه، طبقه ۹، گروه اخلاق پزشکی، کدپستی: ۷۱۳۴۸۵۳۱۸۵،

تلفن ۰۰۷۱۱-۲۳۴۸۹۸۰، Email: asemano@sums.ac.ir

مقدمه

برای انجام صحیح کارهاست که به خودی خود بازده کار را کاهش و سوء تفاهمات را افزایش می‌دهد (۷). به‌طور کلی، مطالعات محققان نشان می‌دهد که برقراری یک ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، عنصری کلیدی در رضایت‌مندی بیمار و [حتی پزشک] بوده و در جلب همکاری بیمار جهت پیگیری دستورالعمل‌های درمانی و مشارکت بیمار در فرآیند درمان و استقبال از طرح‌های درمانی بسیار مؤثر است (۸). در این مقاله تلاش شده است تا ضمن ارائه‌ی معرفی کوتاهی از مفهوم ارتباط پزشک - بیمار و چگونگی شکل‌گیری آن در بستر زمان، به معرفی و مقایسه‌ی مدل‌های مطرح در روابط پزشک - بیمار پرداخته شود و بارزترین نقاط قوت و ضعف هر یک از مدل‌های ارتباطی معرفی گردد.

شکل‌گیری مفهوم ارتباط پزشک - بیمار

همیشه ارتباط بین پزشک و بیمار، ارتباط عمیقی با «مدل بیماری»^۳ غالب در هر دوره‌ی زمانی داشته است. به‌طور مثال، در قرن هجدهم، علایم^۴ همان بیماری بودند و لذا در آن زمان، مدل بیماری بر اساس تفسیر علایم شخصی هر بیمار شکل می‌گرفته است. بدیهی است که لازمه‌ی این مدل «علایم محور»، پرداختن به حفظ حاکمیت بیمار بوده است. اما با ظهور بیمارستان‌ها در اواخر قرن هجدهم و رشد سریع دانش میکروبیولوژی و مهارت‌های جراحی، «مدل زیست‌پزشکی»^۵ بیماری، جایگزین «مدل علایم‌محور» شد و حاکمیت بیمار به حاکمیت پزشک بدل گردید. اصطلاح «پزشک هم‌چون دارو» که Balint در سال ۱۹۶۴ ارائه کرد، حاکی از طبیعت دینامیک ارتباط پزشک و بیمار در این مدل است؛ او معتقد بود که قدرتمندترین وسیله‌ای که پزشک در اختیار دارد، خود اوست. وی هم‌چنین اصطلاح «سرمایه‌گذاری دوطرفه»^۶ را در ارتباط پزشک و بیمار مطرح می‌کند و معتقد است که این

امروزه، نقش محوری ارتباط بین پزشک و بیمار در ارائه‌ی موفق خدمات اولیه‌ی سلامت^۱ و در کارآمدی خدمات پزشکی، به اثبات رسیده است. هم‌چنین، مطالعات نشان داده‌اند که وجود یک ارتباط مؤثر نه تنها به بیمار کمک می‌کند تا احساس بهتری داشته باشد، بلکه در بازیابی سلامت کامل بیمار نیز کمک‌کننده خواهد بود. از طرف دیگر، برقراری یک ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار، غالباً منجر به افزایش رضایت شغلی پزشک نیز می‌شود (۳-۱).

اساساً، ارتباط پزشک با بیمار زمانی شکل می‌گیرد که بیمار آگاهانه خواستار خدمات پزشک باشد و پزشک نیز آگاهانه او را به‌عنوان یک بیمار بپذیرد. این ارتباط دوجانبه و مبتنی بر رضایت، اغلب به‌عنوان یک ارتباط قراردادی^۲ توصیف می‌شود. شکل‌گیری این ارتباط به معنای تحمیل و الزامی شدن یک‌سری از وظایف و الزامات حقوقی [و اخلاقی و حرفه‌ای] است و لذا درک زمان آغاز و پایان این ارتباط بسیار حائز اهمیت است (۴). اهمیت وجود یک ارتباط درمانی مناسب بین پزشک و بیمار را هرگز نمی‌توان نادیده گرفت؛ چرا که در غالب موارد، تشخیص صحیح مشکل بیمار و درمان مؤثر آن، مستقیماً وابسته به کیفیت این ارتباط است.

برقراری ارتباط صحیح با بیمار، مستلزم درک این مطلب است که بیمار تنها مجموعه‌ای از علایم و ارگان‌های آسیب دیده نیست؛ بلکه پزشک باید بیمار را انسانی دارای نگرانی‌ها و آرزوهای خاص خود ببیند که در جست‌وجوی کمک و بهبودی، با اعتماد و اطمینان خاطر به او مراجعه کرده است (۶). ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت، بدون ارتباط مدبرانه و دوراندیشانه که از مسؤولیت‌های اصلی کارکنان حرفه‌ی سلامت می‌باشد، امکان‌پذیر نخواهد بود. ارتباط مؤثر پایه و اساس درک متقابل است و در مقابل ارتباط ضعیف، مانعی

³ Model of illness

⁴ Symptoms

⁵ Biomedical model

⁶ Mutual investment

¹ Primary health care

² Contractual relationship

مدل‌های ارتباطی پزشک - بیمار

الف) مدل عملکردی یا نقش‌محور

Parsons اولین دانشمند جامعه‌شناسی بود که ارتباط پزشک و بیمار را تئوریزه و آن را در اوایل دهه‌ی ۱۹۵۰ ارائه کرد. مدل عملکردی^۴ و نقش‌محور^۵ او بر این فرض استوار گردیده است که بیماری، شکلی از یک انحراف از حالت طبیعی و همراه با یک نقص عملکردی^۶ است و لذا به همسوسدن مجدد با کل ارگانسیم اجتماعی نیاز دارد؛ از طرف دیگر، چون بیماری غالب افراد را از کار و مسؤولیت‌هایشان باز می‌دارد، در صورت کنترل‌نشدن، مخل نظم اجتماع خواهد بود؛ بنابراین، برای حفظ نظم اجتماعی و کنترل این انحراف، نیازمند در نظر گرفتن شکلی مورد قبول برای «نقش بیمار»^۷ هستیم. پس باید بیماری را حالتی گذرا قلمداد کنیم و امیدوار باشیم که فرد به نقش عملکردی نرمال خود برگردد. لذا Parsons برای عملیاتی کردن «نقش بیمار»، چهار خصوصیت هنجاری را بر می‌شمرد: الف- افراد، پاسخگوی (مسبب) بیماری خود نیستند. ب- تا زمان خوب شدن، بیمار از الزامات [مسؤولیت‌های] نرمال خود معاف است. ج- بیماری ناخواستنی و نامطلوب است و د- شخص بیمار باید خواستار کمک حرفه‌ای باشد.

برای Parsons، نقش پزشک، ارائه‌دادن خدمات و گفت‌وگو در مورد این هنجارها با بیمار، جهت کنترل انحراف از حالت طبیعی در آن‌هاست. ارتباط پزشک - بیمار در نظر Parsons نمونه‌ی کاملی از ارتباطات «مؤثر اثرناپذیر»^۸ در جامعه‌ی مدرن است؛ به طوری که در این ارتباط، پزشک و بیمار توسط یک فاصله‌ی احساسی^۹ محافظت می‌شوند.

بنابراین، آموزش‌های پزشکی و انتظارات موجود از نقش اجتماعی پزشک، این هنجار اجتماعی شده را برای پزشک

سرمایه‌گذاری به مرور زمان به هر دو طرف - پزشک و بیمار - سود می‌رساند (۹). در طول قرن نوزدهم و نیمه‌ی اول قرن بیستم نیز همان مدل قدیمی ارتباط پزشک - بیمار مبتنی بر وابستگی بیمار به سلطه‌ی حرفه‌ای پزشک ادامه یافت و باور چنین بود که بیمار از عملکردهای پزشک سود خواهد برد و بنابراین، آنچه بیمار ترجیح می‌داد، اغلب مغلوب یا نادیده گرفته می‌شد. با ورود به نیمه‌ی دوم قرن بیستم، ارتباط پزشک و بیمار به صورت یک مدل تصمیم‌سازی مشترک^۱ تکامل یافت که در این مدل، بیمار یک عامل خود اختیار^۲، با باورها و ارزش‌های شخصی محسوب می‌شد (۱۰). درست به همین دلیل است که بعضی از نویسندگان، در پیش انداختن کلمه‌ی «بیمار» در اصطلاح «ارتباط بیمار-پزشک» تعدد داشته‌اند. به طور کلی، ارتباط پزشک - بیمار به نحوی است که بدون لحاظ کردن یکی از طرفین ارتباط، دیگری نیز استقلال معنایی نخواهد داشت؛ بدون وجود بیمار، پزشک و علم پزشکی به کار نمی‌آید و بدون وجود پزشک و علم پزشکی نیز بیماران سودی نخواهد برد و تنها طبیعت است که به احوال آنان حکمرانی خواهد کرد. این چنین است که بعضی از نگارندگان در مقالات علمی خود، این ارتباط دوجانبه را یک ارتباط دوقطبی^۳ نام نهاده‌اند (۱۱).

تاکنون مدل‌های مختلفی با هدف تئوریزه کردن ارتباط پزشک - بیمار، به جامعه‌ی پزشکی معرفی شده است؛ هر مدل بر اساس ویژگی‌ها و عوامل تأثیرگذار در ارتباط پزشک - بیمار و با لحاظ نمودن مدل بیماری، مدل تصمیم‌گیری درمانی (بیمارمحور، پزشک‌محور، بیماری‌محور) و بعضی فاکتورهای دیگر به تبیین حالت‌های ممکن در ارتباط پزشک و بیمار پرداخته‌اند. در این راستا، این مقاله به معرفی مقایسه‌ای مدل‌های مطرح در ارتباط پزشک - بیمار می‌پردازد و مدل ارتباطی حاکم در مراکز بهداشتی - درمانی ایران را به صورت اجمال، مورد بررسی قرار می‌دهد.

⁴ Functionalist model

⁵ Role-based model

⁶ Dysfunctional deviance

⁷ Sick role

⁸ Affective neutrality

⁹ Emotional distance

¹ Shared decision making model

² Autonomous agent

³ Dimer

ب- مدل مشارکت دوجانبه^۵

این مدل در ابتدا توسط Szasz و Hollender در سال ۱۹۵۶ پیشنهاد گردید. اساس و مبنای این مدل آن است که برابری انسان‌ها باید به صورت دوطرفه، برای همه‌ی آن‌ها سودمند باشد. در این مدل، پزشک اقرار نمی‌کند که دقیقاً می‌داند چه چیزی برای بیمار بهتر است، بلکه پزشک می‌داند که برابری انسان‌ها برای یک ساختار اجتماعی مبتنی بر مساوات و دموکراسی^۶ ضروری است. بنابراین، در مفهوم مشارکت دوجانبه در رابطه‌ی پزشک و بیمار مهم است که برهم‌کنش آن‌ها بر اساس داشتن قدرت مساوی، استقلال دوجانبه و رضایت برابر باشد. این امر در نهایت به بیماران اجازه می‌دهد که از خود مراقبت کنند. بیماری‌های مزمن مانند دیابت یا فشار خون، مثال‌های خوبی برای اجرای این مدل هستند. این مدل بیش‌ترین مسئولیت را برای بیمار ایجاد می‌کند و خصوصیت ویژه‌ی آن، درجه‌ی بالای دلسوزی و عناصر آن دوستی، مشارکت و ارائه‌ی توصیه‌های تخصصی پزشکی است. بنابراین، بیمار تنها باید پذیرای درمانی باشد که پزشک برای او انتخاب کرده است (۹).

مدل شورایی یا انجمنی^۷ Veatch نیز یک مدل مبتنی بر احترام دوجانبه بین پزشک و بیمار است. در این مدل پزشک و بیمار دوست یکدیگرند و بر اساس برابری^۸، تقابل دوجانبه^۹، اعتماد و وفاداری با یکدیگر رفتار می‌کنند (۱۶).

مدل ارتباط تعاملی^{۱۰} Ozar نیز در این دسته قرار می‌گیرد و می‌توان آن را نوعی مدل مشارکتی دانست که در آن پزشک و بیمار، برابرند^{۱۱}؛ چرا که نقش هر یک در فرآیند تصمیم‌گیری، اهمیت اخلاقی برابری دارد. در این مدل، پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی شریک یکدیگر هستند و با وجود

ایجاد نمود که در راستای علایق بیمار عمل نماید نه علایق مادی خود؛ و به‌جای جزئی‌نگری‌های فردگرایانه^۱ به مساوات‌طلبی جهان‌شمول^۲ توجه کند. در این حالت، چون پزشکان دارای دانش تخصصی و تکنیکی بودند، دادن اتونومی و سلطه‌ی حرفه‌ای به آن‌ها، در راستای نظم اجتماعی قابل توجه خواهد بود، به‌طوری که توسط انتظارات جامعه از نقش آن‌ها و با اجتماعی شدن نقش پزشکان کنترل می‌گردید (۱۲).

مدل Parsons به تدریج از سوی منتقدان مورد نقد و چالش قرار گرفت (۱۳، ۹). مطرح شدن بیماری‌هایی چون سرطان ریه، ایدز و چاقی به‌عنوان بیماری‌هایی که خود بیمار در ابتدا به آن‌ها می‌تواند نقش داشته و مؤثر باشد، اولین خصوصیت «نقش بیمار» Parsons را زیر سؤال برد. هم‌چنین، واکنش منفی پزشکان نسبت به مرگ بیماران، نسبت به بیمارانی که آن‌ها را دوست نداشتند و بیماران دردمساز، خوش‌بینانه بودن موفقیت Parsons در اجتماعی کردن یا حتی جهانی کردن پزشک و قائل شدن نقش «مؤثر اثرناپذیر» برای آن‌ها را آشکار ساخت.

هم‌چنین، ضعف توضیحات Parsons در انطباق با بیماری‌های مزمن، مدل اجتماعی او را ناکارآمد کرد. از طرف دیگر، چون در مدل او «نقش بیمار» توسط تاریخچه و فرهنگ آن شخص خاص تعریف می‌شود (۱۴)، لذا می‌تواند در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت باشد (۱۵)؛ یعنی منتقدان نشان دادند که تغییرات بین‌فرهنگی و بین‌شخصی در «نقش بیمار» و هنجارهای آن راه یافته است.

در نهایت، باید اضافه کرد که اساس «نقش پزشک» در مدل Parsons بر پایه‌ی یک ارتباط بلندمدت با پزشک خانواده، بنا نهاده شده است؛ رشد تخصص‌گرایی در پزشکی و افول طبابت خانوادگی^۳ این مدل نقش‌محور دوقطبی^۴ را ناقص کرده است.

⁵ Mutual participation

⁶ Egalitarianism and democracy

⁷ Collegial Model

⁸ Equality

⁹ Mutuality

¹⁰ Interactive

¹¹ Equals

¹ Personalized particularism

² Egalitarian universalism

³ Solo family practitioner

⁴ Dyadic role model

ج - مدل قراردادی

در واقع، با تغییر اقتصاد بازار و فردگرایی بیش از پیش جامعه‌ی غرب، مدل اقتصادی^۶ یا کارآفرینی^۷ در رابطه‌ی پزشک و بیمار مطرح شد. در این مدل، پزشکی دیگر یک حرفه نبود، بلکه یک تجارت قلمداد می‌شد و بیماران، مشتریان آن بودند.

در این حالت، پزشکان به‌عنوان کارآفرین یا کارگردانان مراکز کارآفرین، درگیر در یک رقابت دوجانبه شدند که در بهترین حالت، ارتباط قراردادی^۸ و در بدترین حالت ارتباط خصمانه^۹ ماحصل آن بود. اساس مدل کارآفرینی، قراردادهای مستقیم و کاملاً مشخص کتبی است و لذا هیچ ارتباط انسانی در این میان مطرح نمی‌شود. همچنین، عدم تقارن قدرت در طرفین قرارداد، یک تهدید همیشگی به حساب می‌آید؛ بدان معنی که پزشک در این قرارداد، بالادست است؛ چرا که دانش و تجربه‌ی بیش‌تر و بالاتری دارد و حداقل این‌که بیمار نیست، نمی‌ترسد و اساساً، در حال حاضر، هیچ درد فیزیکی ندارد (۱۳).

ارتباط پزشک - بیمار در مدل قراردادی^{۱۰} Robert Veatch نیز بر تعهدات و الزامات طرفین ارتباط تأکید می‌کند. وی هر دو طرف را تاجرانی می‌داند که خواستار منفعت بردن از یکدیگر هستند؛ اما در عین حال، مهم‌ترین اصول مورد نیاز در این مدل ارتباطی، شرافت، اعتماد، آزادی و عدالت معرفی شده است (۱۸، ۱۹). برعکس، در مدل ارتباط تجاری May، گفت‌وگو و مذاکره در مورد خدمات پزشکی، ارتباطی تهی از احترام و شرافت را برای بیماران به‌دنبال دارد؛ به‌عبارت دیگر، اتونومی بیمار در این مدل در معرض تهدید است. May معتقد است که در این مدل، مطلوبیت فرآیند تصمیم‌گیری و الزامات طرفین - ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی و بیمار - وابسته به شرایط قرارداد است (۱۸).

تفاوت در شأن اخلاقی، نقطه‌ی اشتراک این همکاری، نیاز بیمار به مراقبت‌های درمانی است. در این مدل مانند مدل سازمانی، پزشک تعهد اخلاقی اولیه‌ای برای پوشش دادن نیاز بیمار دارد و این تعهد از ارتباط بین پزشک و جامعه مشتق شده است (۱۷).

مدل کنشگر^۱ و مدل توافق دوجانبه^۲ Loewy RS و Loewy EH (۱۳) نیز به نوعی، مشارکتی هستند. در مدل کنشگر، پزشک و بیمار شریک یکدیگرند و این شراکت توأم با احترام و توجه دوطرفه نسبت به یکدیگر است. در این مدل، تعهد پزشک نسبت به بیمار، ریشه در تعهد قبلی او نسبت به مصلحت بیمار^۳ و ضرورت بیان این مصلحت از زبان بیمار دارد. در چنین مدلی، هرگونه ارتباطی، در یک چارچوب اجتماعی شکل می‌گیرد. مدل توافق دوجانبه نیز که برگرفته از نظرات Dewey و Habermas می‌باشد، مستلزم نگرشی است که «بتواند تأثیر متقابل و پویای اجزای اجتماعی و روان‌شناختی ارتباطات را توضیح بدهد». اساساً فرض این مدل در مراکز درمانی چنین است که ضعف یکی از طرفین ارتباط (شریک اول یا دوم) و قدرت طرف مقابل (شریک دوم یا اول) رابطه‌ی مکملی دارند. این مدل، مدلی پویا معرفی شده که در آن فعالیت تعاملی بین دیدگاه‌های مختلف، مشکلات را قابل حل خواهد کرد.

مدل میثاقی^۴ May را نیز شاید با کمی اغماض بتوان در این گروه جای داد. ارتباط پزشک و بیمار در این مدل، چیزی فراتر از یک قرارداد است. May اعتقاد دارد که ایده‌آل‌ها و امتیازات خاصی^۵ که از جانب جامعه به گروه درمانی اعطا شده است، الزاماتی فراتر از قرارداد، بر گروه درمان بار می‌کند. در حقیقت، در مدل میثاقی May، ارزش‌ها و اهداف طرفین قرارداد و درک نقش آن‌ها در ارتباط پزشک و بیمار مد نظر قرار گرفته است (۱۸).

⁶ Economic model

⁷ Entrepreneurial model

⁸ Contractual relationship

⁹ Adversarial relationship

¹⁰ Contractual model

¹ Interactive model

² Consensus model

³ Patient's good

⁴ May's covenant model

⁵ Ideals and privileges

تاکنون، مورد ارجاع بسیاری دیگر از مقالات قرار گرفته است (۲۰). آن‌ها معتقدند که طی دو دهه‌ی اخیر بحث‌های مفصلی در مورد نقش بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی رخ داده است تا بلکه بتواند به تعارض بین اتونومی و سلامت بیمار و ارزش‌های شخص بیمار در قبال ارزش‌های درمانی پایان بدهند. در این راستا، Emanuel EJ و Emanuel LL در تعریف رابطه‌ی ایده‌آل پزشک-بیمار پنج مدل را بر اساس درک اهداف تعامل پزشک و بیمار، الزامات پزشک، نقش ارزش‌های بیمار و مفهوم اتونومی او ارائه داده‌اند:

ه- مدل پدر سالارانه

این مدل به نام‌های مدل پدرانه - مادرانه (والدینی)^۵ یا مدل کشیشانه یا کشیشی^۶ هم شناخته شده است. در این مدل ارتباط پزشک - بیمار به نحوی است که از دریافت بهترین مداخله‌ی درمانی جهت ارتقای سلامت بیمار اطمینان حاصل می‌شود. در این راستا، پزشکان از مهارت خود جهت تعیین وضعیت پزشکی بیمار و تشخیص بهترین آزمایش‌ها و درمان‌ها استفاده می‌کنند. سپس یک سری «اطلاعات انتخاب شده» را برای بیمار بازگو کرده و او را برای پذیرش مداخله‌ای که پزشک آن را بهترین می‌داند، تشویق می‌کنند.

در این مدل، پزشک با قدرت تمام، زمان شروع مداخله را اعلام می‌کند. آنچه بین اتونومی و بهزیستی بیمار یا بین انتخاب ارزشی بیمار و سلامتی او، برگزیده می‌شود، بهزیستی و برگرداندن سلامتی است. در حقیقت، در این مدل، پزشک است که پایان و وسیله‌ی رسیدن به پایان را مشخص می‌کند؛ درست همان‌طور که «پدر، بهتر می‌داند»، این پزشک است که اهداف را علی‌رغم این واقعیت که اهدافی چون سلامتی، رستگاری یا زیبایی، موضوعاتی بسیار خصوصی و کاملاً شخصی هستند، تعیین و رهبری می‌کند (۱۳).

مدل فعال - منفعل^۷ Szasz و Holender نیز که بر پایه‌ی شدت بیماری (حاد، غیر حاد و مزمن) شکل گرفته

مدل ارتباط تجاری^۱ Ozar نیز که در این گروه قرار می‌گیرد، مراقبت‌های بهداشتی را به شکل کالا فرض می‌کند؛ به‌طوری که در آن پزشک آنچه را که تولید کرده است، می‌فروشد و بیمار مشتری آن کالای تولیدی است؛ لذا اساس این ارتباط بر پایه‌ی آن کالا، قیمت آن و مبادله‌ی واقعی کالا بر اساس قیمت توافقی است. در این‌جا معیار ارائه‌ی خدمات پزشکی، نیاز بیمار نیست؛ بلکه چیزی است که بیمار برای خریدنش تمایل دارد و می‌تواند هزینه‌های پزشک را در کم‌ترین زمان و با کم‌ترین تلاش برگرداند. در این‌جا پزشک است که دوست دارد مشتری‌هایی همیشه داشته باشد. نقش مشتری در این مدل، انفعال محض نیست؛ او اطلاعات و توصیه‌های پزشک را می‌خرد و سپس با استفاده از این کالا، خرید بعدی خود را تعیین می‌کند (۱۷).

د- مدل تفضلی یا اصولی May

May اولین بار در مقاله‌ی ۱۹۷۵ خود به معرفی مدلی پرداخت که به اعتقاد نگارنده در هیچ‌کدام از دسته‌بندی‌های فوق جای نمی‌گیرد. در این مدل اصولی، که نگارنده آن را مدل تفضلی^۲ می‌نامد، ارتباط پزشک و بیمار یکی از اصول حرفه‌ی پزشکی^۳ تلقی می‌شود. پزشک به بیمار و جامعه خدمت می‌کند و در عین حال، به هیچ روی به آن‌ها بدهکار و مدیون نمی‌شود. در این مدل، یک منت‌گذاری، لطف و مرحمت قابل توجه در برابر بیماران شکل می‌گیرد؛ مرحمتی که توسط اصلی که پیشنهاد می‌کند پزشکان مطلقاً هیچ دینی به بیماران نشان ندارند، استمرار می‌یابد و این تنها به‌خاطر خوبی خودخواسته‌ی^۴ پزشکان است که عموم مردم، این چنین مهربانانه و بزرگووارانه خدمت می‌گیرند (۱۸).

مدل‌های ارتباطی Emanuel

Emanuel EJ و Emanuel LL در سال ۱۹۹۲ به تبیین پنج مدل ارتباط پزشک - بیمار پرداختند که از آن زمان

^۱ Commercial model

^۲ Condescension model

^۳ Code of medical Profession

^۴ Self-generating goodness

^۵ Parental model

^۶ Priestly model

^۷ Activity-passivity

دانش و مهارت) و مردم عادی وجود دارد. اگرچه بیمار و نیازهای او اساس حرفه‌ی پزشکی را می‌سازد، بیمار در این مدل، منفعل، دریافت‌کننده و غیر فعال است؛ چرا که آموزش ندیده، فاقد مهارت و لذا بی‌اطلاع است. بنابراین، اگر چه نیازهایی که پاسخ داده می‌شود مربوط به بیمار است، در حقیقت این پزشک است که تعیین می‌کند بیمار به چه چیز احتیاج دارد. فرض این مدل آن است که بیماران، توان درک اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی مربوط به بدن‌شان را ندارند و لذا این وظیفه را به پزشکان محول کرده‌اند. نقش بیماران در این مدل، تنها ارائه‌ی گزارشی صحیح از واقعیات - تجربه‌ی آن‌ها - است (۱۷).

و- مدل آگاهاننده

مدل علمی^۶، مدل مهندسی^۷ و مدل مشتری‌مدار^۸ نیز نام‌های دیگری است که برای مدل آگاهاننده^۹ به‌کار می‌روند. در این مدل، هدف از ارتباط پزشک - بیمار آن است که پزشک تمام اطلاعات مرتبط را فراهم و بیمار بر آن اساس، مداخله‌ی درمانی مد نظرش را، بر اساس بهترین انطباق با ارزش‌هایش، انتخاب کند و سپس پزشک، مداخله‌ی انتخاب‌شده را اجرا نماید.

در واقع، در این مدل پزشکان به‌جای این‌که خود را به‌صورت اولیه خدمات‌دهندگان به بیمار قلمداد کنند، خود را خادمان علم یافته‌اند (۱۳). بنابراین، در مدل آگاهاننده، تفاوت کاملاً واضحی بین واقعیات و ارزش‌ها وجود دارد. ارزش‌های بیمار به‌خوبی شناخته و تعریف شده است و آنچه را که بیمار ندارد، همان واقعیات بالینی است؛ واقعیاتی که فراهم کردن آن‌ها، بر عهده‌ی پزشک و از الزامات اوست. در این مدل، هیچ جایگاهی برای ارزش‌های پزشک، درک او از ارزش‌های بیمار یا قضاوت او در مورد ارزش‌های بیمار وجود ندارد. پزشک تأمین‌کننده‌ی تکنیک‌های تخصصی و فراهم‌کننده‌ی

است، اساساً پدرسالارانه و بسیار مشابه ارتباط والدین-کودک خردسال^۱ است. در این مدل، بیمار هم‌چون شخص بی‌یاوری است که خواستار دانش تخصصی پزشک می‌باشد. درمان، چیزی جدای از بیمار و نقش اوست و بی‌توجه به نتیجه‌ی آن انجام می‌شود. این مدل تنها در موارد حاد یا اورژانس قابل توجیه است (۱۳، ۱۹).

هم‌چنین، مدل راهنما - پیروی‌کننده^۲ Szasz و Holender را نیز می‌توان نوعی مدل پدرسالارانه^۳ غیرمستقیم یا تضعیف شده قلمداد کرد؛ بدان معنی که در این مدل، رنجوری و دردمندی بیمار هوشیار (دارای احساسات و خواسته‌های مستقل) و خواستار کمک، او را مشتاق همکاری کردن می‌کند و پزشک را در موقعیت قدرت قرار می‌دهد. لذا، پزشک راهنمایی می‌کند و انتظار دارد که بیمار بدون پرسیدن سوآلی - بی‌چون و چرا - در اجرای آن‌ها همکاری کند. این مدل را می‌توان مشابه ارتباط والدین-کودک^۴ (نوجوان) تصور کرد (۹). در این مدل، ظرفیت بیمار برای یک انتخاب منطقی و آگاهانه فرو کاهیده می‌شود (اگر چه اتونومی و قدرت بیمار به‌طور کامل از بین نرفته است). اغلب بیماران بستری و به شدت بیمار، در این مدل قرار می‌گیرند (۱۳).

مهم‌ترین اصل اخلاقی در مدل کشیشی Veatch نیز اصل «سود برسان و به بیمار آسیب نزن» می‌باشد. در این مدل، پزشک در علم پزشکی و هم‌چنین نسبت به ارزش‌ها و باورهایی که انتخاب درمانی بیماران را شکل می‌دهد، انسان شایسته‌ای به‌حساب می‌آید (۱۶).

مدل ارتباط سازمانی^۵ Ozar را نیز می‌توان در این گروه قرار داد. آنچه در این مدل غالب است، حرفه‌ی پزشکی می‌باشد؛ پزشک نماینده‌ی این حرفه، در یک زمان و مکان مشخص و وظیفه‌ی او ارائه‌ی حرفه به بهترین شکل ممکن است. در این مدل تمایز واضحی بین افراد حرفه‌ای (واجد

¹ Parent-infant

² Guidance-co-operation

³ Paternalism model

⁴ Parent-child relationship (adolescent)

⁵ Guild model

⁶ Scientific model

⁷ Engineering model

⁸ Consumer model

⁹ Informative model

همچنین، در این مدل اتونومی به معنای خودفهمی^۴ است؛ بدان بدان معنا که بیمار می‌آید تا بفهمد که کیست و این که چگونه گزینه‌های مختلف درمانی بر هویت او سوار می‌شوند.

ح- مدل مشورتی

هدف از ارتباط پزشک و بیمار در این مدل، کمک به بیمار برای تعیین و انتخاب بهترین ارزش مرتبط با سلامتی^۵ است، به طوری که در شرایط بالینی، بهترین کارایی را داشته باشد. نقش پزشک، ترسیم اطلاعات بر شرایط بالینی بیمار و سپس کمک به شفاف‌سازی انواع ارزش‌هایی است که ریشه در گزینه‌های درمانی موجود دارند. نهایتاً این مدل آن‌جاست که پزشک و بیمار درگیر در اندیشه‌ای می‌شوند که کدام ارزش‌های مرتبط با سلامتی را بیمار می‌تواند و نهایتاً باید دنبال کند.

در مدل مشورتی^۶ پزشک تنها از ارزش‌هایی صحبت می‌کند که بر سلامتی بیمار اثر گذاشته یا از وضعیت بیماری او تأثیر پذیرفته‌اند. در حقیقت، قصد پزشک چیزی جز اقرار اخلاقی^۷ بیمار نیست و نقش او نقش دوست یا معلمی است که بیمار را درگیر در گفت‌وگویی می‌کند که کدام مسیر را انتخاب کند. در این مدل، پزشک نه تنها نشان می‌دهد که بیمار چه کار می‌تواند انجام بدهد، بلکه به بیمار می‌فهماند و امید می‌دهد که بهترین کار کدام است و بنابراین نشان می‌دهد که بیمار باید چه کار بکند و کدام تصمیم درمانی، قابل ستایش است. مفهوم اتونومی بیمار در این‌جا معادل خودارتقای اخلاقی^۸ است.

ط- مدل ابزاری

در این مدل، ارزش‌های بیمار فاقد اهمیت هستند. هدف پزشک، جایی فراتر از بیمار قرار می‌گیرد و بعضاً بیمار فدای آن غایت می‌گردد. برای مثال، به هدف بزرگ‌تری چون جامعه یا رسیدن به اهداف علمی پرداخته می‌شود. مطالعات

اسبابی است که بیمار بتواند به وسیله‌ی آن‌ها، کنترل خود را اعمال نماید. مفهوم اتونومی بیمار در این مدل، کنترل بر تصمیم‌گیری‌های پزشکی است.

Veatch نیز در مدل مهندسی خود، پزشک را همچون لوله‌کشی می‌داند که علاوه بر تعمیرات، اتصال لوله‌ها را نیز بدون در نظر گرفتن سایر اطلاعات مرتبط - یعنی گفت‌وگوهای سازنده‌ای که بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های خود به آن‌ها احتیاج دارد- انجام می‌دهد. پزشک در این مدل، فاقد تمامیت اخلاقی^۱ است (۱۶).

ز- مدل تفسیری

هدف از ارتباط پزشک و بیمار در این مدل، روشن کردن ارزش‌های بیمار و آنچه او واقعاً می‌خواهد، است. در مدل تفسیری^۲ به بیمار کمک می‌شود تا از بین مداخلات موجود، آن را که به ارزش‌هایش جامه‌ی عمل می‌پوشاند، برگزیند. نقش پزشک در این‌جا مشابه مدل آگاهاننده می‌باشد، با این تفاوت که پزشک علاوه بر نقش آگاهی‌دهنده، تلاش می‌کند تا ارزش‌های بیمار برای خود بیمار، تفسیر و شفاف شود و بنابراین، سعی دارد تا بیمار در فرآیند مشترک درک ارزش‌هایش با پزشک شرکت کند. لذا در این مدل، ارزش‌های بیمار ضرورتاً ثابت و برای خود بیمار شناخته‌شده نیستند، بلکه اغلب تکوین‌نیافته است و پزشک باید در همسوسازی این ارزش‌ها برای بیمار روشن‌نگری کند و در نهایت، پزشک بهترین مداخلات و آزمایشات منطبق بر ارزش‌های بیمار را تعیین می‌نماید. باید توجه داشت که در این مدل، پزشک دیکته‌کننده نیست، بلکه بیمار است که در نهایت مشخص می‌کند که کدام ارزش‌ها و فرآیند درمانی، بهترین هماهنگی را با شخصیت واقعی او دارند. همچنین، پزشک هیچ‌گونه قضاوتی در مورد ارزش‌های بیمار نخواهد داشت، بلکه به او کمک می‌کند تا ارزش‌هایش را بفهمد و آن‌ها را در شرایط پزشکی به‌کار ببرد. لذا پزشک در این مدل یک مشاور^۳ است.

⁴ Self-understanding

⁵ Health-related value

⁶ Deliberative model

⁷ Moral persuasion

⁸ Moral self-development

¹ Moral integrity

² Interpretive model

³ Counselor

اصول اخلاقی، حرفه‌ای و نقص در مهارت‌های ارتباطی باشد. بدیهی است که رضایت بیماران نیز در تناسب با کاهش هزینه‌های درمان، کاهش استرس ناشی از رضایت در مراجعه به پزشکی امین و واثق، و اطمینان از عملکرد صحیح و شرافتمندانه‌ی پزشک در شرایط ضعف موقعیتهی بیماران افزایش می‌یابد.

نگاهی به مدل ارتباط پزشک - بیمار در ایران

مراکز درمانی در ایران به سه دسته‌ی دولتی، خصوصی و نیمه‌خصوصی قابل تقسیم شدن هستند. پزشکان، پرستاران و کلیه‌ی پرسنل درمان در مراکز بهداشتی - درمانی دولتی مانند بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های آموزشی - درمانی، به سبب حمایت‌ها و پشتوانه‌هایی که دولت در راستای سیاست‌های اجتماعی خود برای حمایت، حفظ و برقراری حقوق آحاد جامعه فراهم می‌کند، هر کدام به‌نوعی کارمند دولت محسوب می‌شوند. این افراد در مقایسه با کسانی که در بخش خصوصی کار می‌کنند، ویژگی‌های منحصر به فردی دارند که پتانسیل تأثیرگذاری بر ارتباط پزشک - بیمار را دارد.

هم‌چنین، غالب مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی - درمانی دولتی، از سطوح متوسط و پایین جامعه می‌باشند؛ اگرچه دلایل متعددی برای مراجعه‌ی این اقشار به مراکز دولتی وجود دارد، می‌توان ادعا نمود که هزینه‌های سنگین درمان در بخش خصوصی، از مهم‌ترین دلایل مراجعه‌ی مردم به مراکز دولتی به‌حساب می‌آید. بنابراین، با در نظر گرفتن فاکتورهای فوق و سایر دلایل خاصی که انتخاب مردم را برای مراجعه به این مراکز جهت می‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که از ویژگی‌های غالب مراجعات بیماران به این مراکز، دریافت قطعی یکی از خدمات بهداشتی - درمانی دولتی باشد. بنابراین، می‌توان حدس زد که مراجعاتی که فقط برای آگاهی یافتن یا مشورت کردن صرف در مورد یک بیماری یا بررسی گزینه‌های درمانی ممکن (اگرچه در مراکز خصوصی هم به میزان بسیار کم‌تری دیده می‌شود) باشد، در مراکز دولتی به میزان قابل توجهی کم‌تر است.

Tuskegee¹ (۲۱) و Willow Brook² (۲۲) نمونه‌هایی از اجرای این مدل هستند.

در مدل ابزاری^۳، بیمار فاقد اتونومی فرض می‌شود و سعی بر آن است که بیمار از هر تلاشی که مخالف هدف اصلی از پیش انتخاب‌شده برای رابطه‌ی پزشک - بیمار است، بازداشته شود. توجه پزشک به بیمار تنها برای رسیدن به چیزی خارج از بیمار است؛ در عین حال، ممکن است بیمار از این رابطه سود ببرد یا نبرد. در این مدل ارتباطی، بیمار حق انتخاب ندارد و تنها باید پذیرای درمانی باشد که پزشک برای او انتخاب کرده است. همان‌طور که گفته شد، این مدل ارتباطی غالباً در جریان تحقیقات زیست‌پزشکی تحقق پیدا می‌کند و می‌تواند ماهیتی پژوهشی - درمانی داشته باشد.

مقایسه‌ی اجمالی مدل‌های ارتباط پزشک - بیمار

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است، مدل‌های مطرح در ارتباط پزشک - بیمار از نظر شناخته شده بودن ارزش‌های بیمار، رضایت کلی بیمار در هر مدل و در مقایسه با سایر مدل‌ها، نقش پزشک در آن مدل و قدرت اتونومی بیمار، با هم مقایسه شده‌اند. هم‌چنین، نگارنده سعی داشته است تا بارزترین نقاط قوت و ضعف هر مدل را بیان کرده و برآوردی کلی و مقایسه‌ای از هزینه‌های درمان در چارچوب هر مدل ارائه دهد.

لازم به ذکر است که نگارنده، هزینه‌های مادی - اعم از هزینه‌های وارده بر فرد و خانواده و هزینه‌های اجتماعی مانند حق بیمه و سایر حمایت‌های دولتی - و هم‌چنین هزینه‌های غیرمادی مانند هزینه‌های روحی و عاطفی وارده بر بیمار و خانواده‌ها را مورد توجه قرار داده است.

به‌نظر می‌رسد که بخش قابل توجهی از هزینه‌های درمان در جوامع امروز، ناشی از افت اعتماد بیماران به پزشکان و جامعه‌ی پزشکی، بی‌طرف ندانستن پزشکان در توصیه‌های درمانی و عدم توجه کادر درمانی به رعایت صحیح و دقیق

¹ Tuskegee syphilis experiment

² Willow Brook hepatitis study

³ Instrumental model

جدول شماره ۱ - مقایسه‌ی مدل‌های ارتباط پزشکی - بیمار

ردیف	مدل‌های ارتباطی پزشکی-بیمار	شناخته شده بودن ارزش‌های بیمار برای خودش/رضایت کلی بیمار ^۱	نقش پزشک	نوع ارتباط	اتونومی بیمار	بارزترین نقاط قوت	بارزترین نقاط ضعف	هزینه‌های منطقی درمان/علت ^۲
۱	مدل عملکردی یا نقش محور	ممکن است (نا)شناخته شده باشد/ ++	حافظ سلامت جامعه	بیماری محور یا نقش محور	در چارچوب نقش هنجاری تعریف شده قوی است	توجه به نظم و توسعه‌ی اجتماعی	اولویت نداشتن حقوق یا خواسته‌های بیمار در صورت تعارض با هنجار تعریف شده	++/انتخاب بیمار در چارچوب هنجار تعریف شده، انعطاف پذیر است
۲	مدل پدر سالارانه	اهمیتی ندارد/ +	قیمت تمام عیار بیمار در امور درمانی	پزشک محور	ضعیف است و بیمار قدرتی بر تصمیمات پزشکی ندارد	اطمینان بیمار از دریافت بهترین مداخله‌ی ممکن	عدم توجه به انتخاب ارزشی بیمار	++/توجه صرف به نیاز پزشکی بیمار مطابق نظر پزشک؛ امکان سوء استفاده از بیمار، بیمه و ...
۳	مدل آگاهاننده	شناخته شده است/ ++	فراهم کننده‌ی اطلاعات تخصصی (تکنسین)	بیمار محور	قوی است؛ بیمار بر تصمیمات پزشکی اعمال قدرت می‌کند	توجه به ارزش‌های دیگران (بیمار)، به رسمیت نشناختن پزشک	اشتباه بیمار در تصمیم‌گیری؛ انفعالی بودن پزشک؛ توجه بیش از حد به اتونومی بیمار	++++/احتمال غیر تخصصی و اشتباه بودن تصمیمات درمانی بیمار؛ امکان سوء استفاده
۴	مدل تفسیری	مبهم تا ناشناخته است/ +++	فراهم کننده‌ی اطلاعات، مفسر و مشاور	بیمار محور	در نهایت بیمار محور است	توجه به ارزش‌های دیگران (بیمار)، به رسمیت شناختن پزشک	انفعالی بودن پزشک؛ احتمال عدم انطباق بهترین مداخله‌ی درمانی با ارزش‌های بیمار	+++ /احتمال عدم انطباق انتخاب ارزشی بیمار بر بهترین انتخاب تخصصی؛ امکان سوء استفاده
۵	مدل مشورتی	مبهم تا شناخته شده/ +++	مشاور	بیمار محور	قوی است؛ نهایتاً بیمار مسیر نهایی را درک و انتخاب می‌کند.	توجه به ارزش‌های تأثیرگذار بر سلامتی بیمار، به رسمیت شناختن پزشک	انفعالی بودن پزشک	+++ /احتمال عدم انطباق انتخاب ارزشی بیمار بر بهترین انتخاب تخصصی؛ امکان سوء استفاده

۶	مدل ابزاری	اهمیتی ندارد/ +	دیکتاتور حاکم بر تمام امور درمانی و تصمیمات بیمار	هدف محور	بسیار ضعیف است؛ گاهی بیمار قربانی می‌شود	امکان ورود به ناشناخته‌های پزشکی	احتمال آسیب بیمار؛ نگاه ابزاری به بیمار؛ تسلیم بودن مطلق بیمار در برابر دیکتاتوری پزشک	اغلب به صورت پژوهشی مطرح می‌شود نه درمان؛ امکان سوء استفاده وجود دارد
۷	مدل مشارکت دوجانبه	شناخته شده است/ ++++	دوست قابل اعتماد و متعهد به رفع نیاز بیمار	بیمار محور	ضعیف است و قرار است به کمک پزشک ارتقا پیدا کند	تأکید بر تعهدات اجتماعی پزشک؛ تأکید بر دلسوزی، وفاداری، دوستی، اعتماد و برابری پزشک و بیمار	عمل پزشک صرفاً وابسته به تعهدات اجتماعی او شده است	++/ غالب تصمیمات به سبب اعتماد به عملکرد پزشک و بهترین انتخاب تخصصی است؛ امکان سوء استفاده
۸	مدل قراردادی	شناخته شده یا به تدریج شناخته می‌شود/ +++	تاجر مآب	تجاری یا کالا محور	در ظاهر خوب ولی در عمل ضعیف است	منفعت بردن طرفین قرارداد در صورت وجود کنترل و نظارت؛ قیمت متناسب با کیفیت است	بیمار پایین دست است؛ ارتباط محوریت انسانی ندارد؛ امکان سوء استفاده از بیمار برای فروش کالا و خدمات	++++/ قراردادهای جنبه‌ی شخصی دارند؛ امکان سوء استفاده وجود دارد
۹	مدل تفضلی یا اصولی May	اهمیتی ندارد/ +	انسانی نیکوکار و فداکار	پزشک محور	می‌تواند ضعیف یا متوسط باشد	وجود نوعی نگاه خدمت رسانی همراه با مهربانی و بزرگواری	منت‌گذاری بر سر بیماران؛ امکان فرار پزشک از مسؤلیت و پایمال شدن حقوق بیمار	++/ توجه صرف به نیاز پزشکی بیمار مطابق نظر پزشک؛ امکان سوء استفاده از بیمار، بیمه و ...
<p>^۱ رضایت کلی بیمار به صورت تخمینی و بر اساس محتوای هر مدل تعیین شده است. در این تخمین، عواملی چون هزینه‌ی درمان، دیدگاه پزشک نسبت به خواسته‌ی واقعی بیمار و حتی نقش پزشک لحاظ گردیده است. تعداد بیش‌تر علامت‌ها، نشان دهنده‌ی رضایت‌مندی بیش‌تر بیمار از کادر درمانی در مقایسه با سایر مدل‌هاست. ^۲ تعداد علامت‌ها نشان دهنده‌ی میزان تقریبی هزینه‌ی درمان در آن مدل خاص در مقایسه با سایر مدل‌هاست. اصلی‌ترین دلیل نگارنده برای تعیین تقریبی این هزینه‌ها نیز در قسمت علت آورده شده است.</p>								

طرف دیگر، به سبب شلوغی این مراکز و نوبت‌دهی‌های بعضاً طولانی‌مدت، بیماران، توصیه‌های ارائه شده را غالباً با

لذا این تصور پذیرفتنی است که اغلب این بیماران متکی بر عملکرد و توصیه‌های پزشک بیمارستان دولتی باشند؛ از

نتیجه گیری

از ویژگی‌های یک مدل خوب، اصالت در مبنای انعطاف‌پذیری و جامع و مانع بودن آن است. برای نیل به این هدف، پایه و اساس یک مدل کارآمد باید به درستی انتخاب شده باشد و چارچوب فکری آن انعطاف‌پذیری و جامع و مانع بودن را در ساختارش القا کند. مدل‌های مطرح مانند Emanuel EJ ، Holender و Szasz و Emanuel LL و ... که بر مبنای بیماری، اتونومی بیمار و ... شکل گرفته‌اند، اصالتی مبتنی بر مشاهدات تجربی داشته و فراگیری مناسبی را نیز فراهم نیاورده‌اند. ضرب‌المثل همه را نمی‌شود با یک چوب راند^۱ (۲۳) یا عبارت: احتیاجی به مدل‌های جدید نیست، فقط از بیمار بپرسید! (۲۴) حاکی از ناکارآمدی تک مدل‌ها در ارائه‌ی یک مدل ارتباطی جامع و مانع است. قابل انکار نیست که هر ارتباط پزشکی - بیماری با توجه به سیاق ارتباط، هدف ارتباط، کارآمدی هر بار مواجهه بین پزشک و بیمار و انتظارات خاص طرفین ارتباط از یکدیگر، منحصر به فرد است. به‌علاوه، هر یک از این ابعاد در فرهنگ‌ها و برهه‌های زمانی مختلف تغییرپذیرند؛ بنابراین، غالب مدل‌های معرفی‌شده، فرهنگ‌وابسته و تاریخ‌وابسته هستند. هم‌چنین، زمینه و شرایط نابرابر کلینیکی نیز در طراحی آن‌ها موثر بوده است. بنابراین، اساساً باید این مدل‌های ارتباطی را، مدل‌هایی پویا و وابسته به فرهنگ و شرایط جامعه‌ی تولیدکننده‌ی آن‌ها دانست (۱۹)؛ و لذا می‌توان نتیجه گرفت که به آسانی جهان‌شمول نخواهند شد. بنابراین، لازم است تا جوامع اسلامی نیز مدل ارتباطی خاص خود را طراحی و تبیین نمایند. نیاز به یک یا چند مدل ارتباط اسلامی کارآمد، جهت اجرا در فرهنگ و سیاق جوامع اسلامی کاملاً احساس می‌شود. بدیهی است که چنین مدلی نیز مستثنی از قاعده‌ی فوق‌الذکر نبوده و تنها در سیاق مکتب اسلام، قابل بررسی و اجرا خواهد بود؛ چرا که اساس این مدل، مستلزم پذیرش اصول و فروع اسلامی است.

جان و دل پذیرا خواهند بود.

در این وضعیت، منطقی‌تر آن است که در غالب ارتباطات پزشک- بیمار، به‌دنبال ردپای حاکمیت رفتار پدرسالارانه باشیم. به‌هرحال، با وجود این‌که سعی می‌شود در مراکز دولتی، مشورت و آگاهی لازم نیز در حد امکان در اختیار بیماران قرار گیرد، اما پدرسالاری با توجه به فاکتورهای مذکور، غالب‌ترین نوع تعامل پزشک با بیمار است. این شرایط در مراکز خصوصی کاملاً متفاوت است. امروزه، شاهد توسعه‌ی روزافزون مراکز بهداشتی-درمانی خصوصی هستیم. مراکزی که اولویت اول آن‌ها در ارائه‌ی خدمات بهداشتی - درمانی را وضعیت اقتصادی آن‌ها تعیین می‌کند. در این شکل ارائه‌ی خدمات درمانی - خدمات درمان تجاری - اگرچه سعی می‌شود که بیمار، واقعاً یک بیمار باشد، اما در واقع تنها یک مشتری است و رضایت این مشتری، اصلی‌ترین عامل دوام این تجارت محسوب می‌شود. در این شرایط، از شدت پدرسالاری -حاکمیت فروشنده‌ی خدمات درمانی و نادیده‌گرفتن خواسته‌های بیمار - کم شده و مدل‌های تفسیری، آگاهاننده و مشورتی، مدل‌های جایگزین در ارتباط پزشک-بیمار می‌شوند. در عین حال، با توجه به گسترش و دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی، به‌نظر می‌رسد، مدل‌های تفسیری و مشورتی در این مراکز بیش از مدل آگاهاننده استفاده می‌شوند.

¹ One shoe does not fit all

سپاسگزاری

از جناب آقای دکتر علیرضا باقری، عضو محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، به‌خاطر استفاده از نظرات ارزشمندشان در تهیه‌ی پیش‌نویس اولیه‌ی مقاله و توصیه‌های کاربردی ایشان در نگارش مقاله قدردانی به‌عمل می‌آید. از سرکار خانم دکتر زهرا قاضی نیز به‌خاطر استفاده از نظرات بالینی ایشان و کمک در تهیه‌ی پیش‌نویس مقاله تشکر می‌گردد. از همکاری کلیه‌ی اعضای گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز به‌خصوص جناب آقای دکتر سید ضیاء الدین تابعی که در تهیه‌ی این کار از راهنمایی‌ها و حمایت‌های ایشان نیز بهره‌برده‌ام سپاسگزاری می‌شود. از سرکار خانم رؤیا نصرالهی نیز به جهت تایپ و غلط‌گیری متن مقاله قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1- Kerse N, Buetow S, Mainous AG 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med* 2004; 2(5): 455-61.
- 2- Corkill C. The doctor patient relationship. In: George IS. *Cole's Medical Practice in New Zealand* 2011, 10th Edition. New Zealand: Medical Council of New Zealand; 2010, p. 34-40.
- 3- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152(9): 1423-33.
- 4- Anonymous. The physician-patient relationship. *Legal issues in health care: a guide for health care providers in Tennessee*. Tutorial #1. University of Tennessee Health Science Center: Nov 2007.
- 5- Hellin T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia* 2002; 8(3): 450-4.
- ۶- معین ا، عنبری اکمل ک. ارتباط پزشک و بیمار. دانشور پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۱۷ (شماره ۸۵): ص ۷۱-۸۰.
- ۷- ابن احمدی آ، حیدری ن. آیا راهکارهای مناسبی جهت تسهیل انتقال خبر بد به بیمار وجود دارد؟ مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۲): ۱۶-۲۸.
- ۸- شاکری نیا ا. آموزش مهارت انتقال اخبار بد: ضرورت توانمند شدن در یک مهارت بالینی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ ۳ (ویژه نامه): ۲۹-۳۸.
- 9- Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* 2007; 5(1): 57-65.
- 10- Anonymous. *Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine. <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/physpt.html> (accessed in 2011)
- 11- Ganesh K. Patient-doctor relationship: changing perspectives and medical litigation. *Indian J Urol* 2009; 25(3): 356-60.
- 12- Hughes J. *The Doctor-Patient Relationship: A Review* [dissertation]. Chicago, Illinois (USA). University of Chicago; 1994.
- 13- Loewy EH, Loewy RS. *Textbook of Healthcare Ethics*, 2nd Edition. New York: Springer; 2004, p. 97-105.

- 19- Hui EC. The centrality of patient-physician relationship to medical professionalism: an ethical evaluation of some contemporary models. *Hong Kong Med J* 2005; 11(3): 222-3.
- 20- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267(16): 2221-6.
- 21- Brandt AM. Racism and research: the case of the Tuskegee Syphilis Study. *Hastings Cent Rep* 1978; 8(6): 21-9.
- 22- Ingelfinger FJ. Ethics of experiments on children. *N Engl J Med* 1973; 288(15): 791-2.
- 23- Lussier M, Richard C. Because one shoe doesn't fit all: a repertoire of doctor-patient relationships. *Can Fam Physician* 2008; 54(8): 1089-92.
- 24- Clarke G, Hall RT, Rosencrance G. Physician-patient relations: no more models. *Am J Bioeth* 2004; 4(2): W16-9.
- 14- Parsons T. Definition of health and illness in light of American values and social cultures. In: Caplan AL, Engelhardt HT, McCartney JJ, eds. *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*. California: Addison-Wesley; 1981, p. 57-82.
- 15- Glazer G. The good patient. *Nurs Health Care* 1981; 2(3): 144-7, 164.
- 16- Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? *Hastings Cent Rep* 1972; 2(3): 5-7.
- 17- Ozar DT. Patients' autonomy: three models of the professional-lay relationship in medicine. *Theor Med* 1984; 5(1): 61-8.
- 18- Sabatini MM. Health Care Ethics: Models of the Provider-Patient Relationship. CBS Interactive Business Network Resource Library. http://findarticles.com/p/articles/mi_hb6366/is_n3_v10/ai_n28705938/ (accessed in 2011)

A review of the models of physician-patient relationship and its challenges

Omid Asemani¹

Medical Ethics PhD Student, Department of Medical Ethics and Philosophy of Health, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abstract

Medicine is known as a combination of science and art. Besides knowledge, a good physician should be equipped with the art of establishing communication with patients. The keystone of any efficient relationship like a therapeutic one is trust, and its deterioration makes the relationship deficient and based on mere need. Therefore, establishing an efficient relationship brings about positive results in treatment. In the last two decades, the trend in the physician-patient relationship has greatly changed, so that patient-centered care is now in focus. In this kind of relationship, physicians recognize patients as respectable human beings with their unique beliefs, attitudes, and concerns, etc. In this paper we intend to provide a brief introduction to the concept of physician-patient relationship and its chronological changes. Also, common models of physician-patient relationships (e.g. paternalistic, etc) are introduced, compared, and their most obvious strengths and weak points are analyzed. At the end, a succinct analysis on the dominant model(s) of physician-patient relationship in Iran's medical settings has been provided, and the necessity of compiling a model based on Islamic values is proposed.

Keywords: physician-patient relationship, physician-patient relationship (PPR) models, communication skills, Medical Ethics, Iran

¹ Email: Asemanio@sums.ac.ir