

مجموعه مقالات دومین هم‌اندیشی  
تحلیل گفتمان و کاربرد شناسی

به کوشش : فردوس آفاگل زاده



انجمن زبان‌شناسی ایران

## بررسی انواع پاسخ‌های بیماران در گفت‌وگو پزشک و بیمار

شهلا شریفی

دانشیار گروه زبان‌شناسی

دانشگاه فردوسی مشهد

sh-sharifi@um.ac.ir

فرزانه غنی

دانشجوی کارشناسی‌ارشد زبان‌شناسی

دانشگاه فردوسی مشهد

farzane\_ghani@yahoo.com

### چکیده

این مقاله به بررسی انواع پاسخ‌های بیماران در گفت‌وگو پزشک و بیمار می‌پردازد. داده‌های این پژوهش از طریق ضبط مکالمه‌ی ۱۵ بیمار زن در رده‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال که به یک پزشک متخصص زنان مراجعه کرده بودند گردآوری شده است. ضبط مکالمات توسط خود پزشک انجام گرفته و به هنگام ضبط، بیماران در جریان ضبط مکالمه خود قرار نداشتند، اما پس از ضبط از این امر آگاه شدند و تنها مکالمات بیمارانی در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است که اجازه‌ی استفاده از مکالمات ضبط شده‌شان را به محققین داده‌اند. پس از ضبط مکالمات، این مکالمات پیاده‌سازی و براساس چهارچوب وی. آر. ام.<sup>۱</sup> استایلز (۱۹۹۲)، تحلیل شده‌اند. نتایج تحقیق نشان داد که پاسخ‌های گروه فاش‌سازی بیشترین بسامد را در داده‌های گردآوری شده از بیماران داشتند و گروه تصدیق با اختلاف بسیار کم، در مرتبه‌ی دوم به لحاظ بسامد قرار گرفته است و گروه تصحیح هم در جایگاه سوم قرار گرفته است. گروه پرسش در رده بعدی قرار گرفت و گروه‌های شرح و تأیید و مشورت با بسامد بسیار پایین به ترتیب پاسخ‌های بعدی مورد استفاده توسط بیماران بودند.

**کلیدواژه‌ها:** پزشک و بیمار<sup>۲</sup>، انواع پاسخ‌های زبانی<sup>۱</sup>، طبقه‌بندی<sup>۲</sup>.

<sup>۱</sup> Verbal response mode (VRM)

<sup>۲</sup> physician- patient

۱. مقدمه

روابط انسانی همیشه دارای پیچیدگی‌های زیادی هستند. یکی از این روابط که بیشتر ما با آن حداقل یک‌بار روبرو شده‌ایم، رابطه‌ی میان پزشک و بیمار است. همان‌طور که می‌دانیم، همه‌ی ما در زندگی به پزشک مراجعه کرده‌ایم و در این مکالمات بیشتر نقش شنونده را داشته‌ایم. پزشک در جوامع مختلف دارای اقتدار زیادی است. پزشکان از قدرت اجتماعی بالایی برخوردار هستند و همین امر موجب شده تا آنان در مکالمه با بیماران خود ویژگی‌های خاصی داشته باشند که آن ویژگی‌ها را در مکالمات معمولی مشاهده نمی‌کنید. هر انسانی ویژگی‌های شخصیتی خاص خود را دارد. افراد به هنگام صحبت، به نحوی اجتناب‌ناپذیر، شواهدی مبنی بر خاستگاه شخصیت و حتی دیدگاه و افکار خود ارائه می‌کنند و از این رو، اغلب به کمک گفتار گویندگان می‌توان به نحوه‌ی نگرش آن‌ها نسبت به مخاطبین پی برد (باطنی، ۱۳۷۴: ۲۰۴-۲۰۵).

گفتمان بین پزشک و بیمار هم در این محبت دارای اهمیت است. بنابراین اهمیت موضوع، نگارندگان تصمیم گرفتند تا داده‌های مربوط به ۱۵ بیمار و یک پزشک متخصص زنان را مورد تحلیل قرار دهند. در این مقاله از چهارچوب استایلز بهره گرفته شده است. با استفاده از این چهارچوب انواع پاسخ‌های بیماران طبقه‌بندی شده‌اند. در گفتمان پزشکی و بویژه محبت روان‌درمانی، استایلز صاحب سبک بوده و خود، بعد از بررسی فراوان داده‌های متنی، به چهارچوبی جامع دست یافته است.

۲. پیشینه‌ی پژوهش

در بحث پیشینه‌ی مربوط به گفتمان پزشکی پژوهش‌های انجام‌شده در داخل ایران، بیشتر در محبت قدرت و از حیث خاستگاه اجتماعی به این مسأله

<sup>1</sup> Verbal response mode

<sup>2</sup> taxonomy

## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

پرداخته‌اند. در ادامه به بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌های صورت گرفته در داخل و خارج از ایران می‌پردازیم.

### ۱.۲. پیشینه‌ی پژوهش در خارج از ایران

ویسنر<sup>۱</sup> (۱۹۶۷)، نشان داد که کارکنان رده‌پایین، هنگام صحبت با پزشکان و پرستاران، بیشتر از ساختارهای امری غیرمستقیم استفاده می‌کنند تا به این وسیله، از بار تحمیلی بودن درخواست خود کاسته، مخاطب را به انجام آن ترغیب کنند (اروین-تریپ، ۱۹۷۶: ۳۵).

بایرن و لانگ<sup>۲</sup> (۱۹۷۶)، در تحقیق خود بروی گفتار پزشکان و بیماران، شش مرحله برای جلسات معاینه و مشاوره‌ی پزشکی در نظر گرفتند، ۱. برقراری ارتباط با بیمار؛ ۲. کسب اطلاع از حضور بیمار در مطب؛ ۳. بخش معاینه؛ ۴. ارائه‌ی اطلاعات در مورد بیماری؛ ۵. پیشنهادهای درمانی و ۶. مرحله‌ی اتمام جلسه. نتایج حاکی از این بود که مرحله‌ی چهارم (ارائه اطلاعات در مورد بیماری) بسیار محدود بود و در برخی موارد کاملاً حذف می‌شد که خود نشان‌دهنده‌ی تمایل پزشک به حفظ رابطه‌ی یک‌طرفه قدرت و وجود رابطه‌ی نابرابر بین آن‌هاست (درو و هریتیج<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲: ۲۳۷).

فاولر<sup>۴</sup> (۱۹۷۹)، در تحقیق خود بیان کرد که جملات امری به عنوان ابزارهایی محسوب می‌شوند که افراد طبقه‌ی بالا برای اعمال قدرت بر افراد طبقه‌ی پایین در گفتار به کار می‌برند. فاولر بیان می‌کند که پزشک در گفتگوی با بیمار از مستقیم‌ترین جملات امری استفاده می‌کند.

وست (۱۹۸۴)، در خصوص رابطه‌ی قدرت بین پزشک و بیمار بیان می‌کند که جایگاه پزشک از نظر اجتماعی به وی موقعیت برتری می‌دهد و پزشک به

<sup>۱</sup> R. J. Wisner

<sup>۲</sup> P. Byrne & B. Long

<sup>۳</sup> P. Drew & J. Heritage

<sup>۴</sup> R. Fowler

هنگام گفتگو با بیمار، از موضع قدرت صحبت کرده و به خود اجازه می‌دهد که هرگاه بخواهد گفتار وی را قطع کند (کوئس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳: ۱۱). مطالعه‌ی دیگری که وست در سال (۱۹۹۰)، در زمینه‌ی تفاوت‌های گفتار پزشکان زن و مرد انجام داده است، نشان‌دهنده‌ی این بود که پزشکان مرد در هنگام دستور به بیماران، بیشتر از جملات امری مستقیم استفاده می‌کنند، ولی پزشکان زن برای بیان دستور، بیشتر از گونه‌ی گفتاری غیرمستقیم استفاده می‌کنند.

فیشر و گروس<sup>۲</sup> (۱۹۹۰)، هم در تحقیقی نشان دادند که قدرت به عنوان یکی از ویژگی‌های ساختار اجتماعی در گفتار پزشکان و بیماران زن ظهور می‌کند. آنها در تحقیق خود بیان کردند که پزشکان به علت موقعیت برتر، در موضع قدرت قرار دارند و برای همین، بیشتر به طرح پرسش می‌پردازند و انتخاب موضوع صحبت و شروع و خاتمه با آن‌هاست و بیمار بیشتر نقش یک پاسخگو را دارد (فیشر و گروس، ۱۹۹۰: ۲۲۵-۲۵۰).

لایلز<sup>۳</sup> (۲۰۰۱)، در خصوص رابطه‌ی بین پزشک و بیمار، نشان داده که در جلسات پزشکی به جای استفاده از روش پزشک‌محور باید از شیوه بیمار‌محور استفاده شود. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که استفاده از این شیوه تأثیر چشم‌گیری بر روند بهبود حال بیماران داشته است (لایلز و همکاران، ۲۰۰۱: ۳۴-۲۸).

اینس ورت-واخن<sup>۴</sup> (۱۹۹۲)، در مورد تغییر موضوع مکالمه میان پزشک و بیمار نتیجه می‌گیرد که تغییر موضوع مکالمه بین پزشک و بیمار بیشتر از جانب پزشک بوده و نشان‌دهنده‌ی موضع قدرت پزشک است. وی همچنین در پژوهش خود (۲۰۰۰)، به نحوه‌ی پرسش و پاسخ مکث و قطع گفتار توجه کرده است و

<sup>۱</sup> D. Coates

<sup>۲</sup> S. Fisher & S. B. Groce

<sup>۳</sup> J. Swiss lyles

<sup>۴</sup> N. Ainsworth - Vaughn

## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

بیان داشته است که دانش پزشکی، خود عامل ایجاد قدرت در رابطه‌ی پزشک و بیمار است. همچنین، او به این نتیجه دست یافته که پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن از موضع قدرت صحبت می‌کنند.

سرنی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، به تجزیه و تحلیل کارکرد ویژگی‌های کنش‌های گفتاری در تعامل پزشک-بیمار پرداخته است. وی در بخشی از نتیجه‌گیری مقاله‌ی خود اظهار داشته است که آنچه در مورد نقش‌ها و کارکرد کنش‌های گفتاری گفته شده است، ممکن است اشاره به حفظ رابطه‌ی نامتقارن بین پزشکان و بیماران داشته باشد. با وجود این، تمایل به کاهش سلسه مراتب و نقش‌های مذاکراتی وجود دارد.

ادگیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، به توصیف مهارت گفتمان در تعاملات پزشک و بیمار در انگلیس و تحلیل تشخیص در تعاملات پزشکی در نیجریه پرداخته است. وی اعلام می‌دارد که تعاملات پزشک‌محور، برتری خاصی دارند که در آن پزشکان اطلاعات را گرفته و تأیید می‌کنند و به بیماران دستور می‌دهند، در حالی که بیماران اطلاعات گرفته و سعی در پاسخ مناسب به اقدامات پزشک دارند. علاوه بر این، از اصول مکالمه تخطی صورت گرفته و از اصول ادب به منظور افزایش تشخیص در تعاملات استفاده می‌شود. در بخشی از نتیجه‌گیری او بیان می‌کند که وجود دیگر جنبه‌های تعاملات پزشک-بیمار، مثل انواع دیگر ارتباطات پزشکی بجز جنبه‌های تشخیصی مثل تجویز، ثبت، گزارش و درمان، از جمله دکتر-دکتر، پرستار، پرستار-پرستار و غیره تشخیص داده شده است.

مینارد و هریتیج<sup>۳</sup> با بررسی پژوهش‌های اخیر تحلیل‌گفتمان در زمینه مصاحبه‌های پزشکی بیان کردند که پزشکان باید برای تحلیل ارتباط با بیمار

<sup>۱</sup> M. Černý

<sup>۲</sup> W. Adegbite

<sup>۳</sup> D. W. Maynard & J. Heritage

## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

بیان داشته است که دانش پزشکی، خود عامل ایجاد قدرت در رابطه‌ی پزشک و بیمار است. همچنین، او به این نتیجه دست یافته که پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن از موضع قدرت صحبت می‌کنند.

سرنی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، به تجزیه و تحلیل کارکرد ویژگی‌های کنش‌های گفتاری در تعامل پزشک-بیمار پرداخته است. وی در بخشی از نتیجه‌گیری مقاله‌ی خود اظهار داشته است که آنچه در مورد نقش‌ها و کارکرد کنش‌های گفتاری گفته شده است، ممکن است اشاره به حفظ رابطه‌ی نامتقارن بین پزشکان و بیماران داشته باشد. با وجود این، تمایل به کاهش سلسه مراتب و نقش‌های مذاکراتی وجود دارد.

ادگیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، به توصیف مهارت گفتمان در تعاملات پزشک و بیمار در انگلیس و تحلیل تشخیص در تعاملات پزشکی در نیجریه پرداخته است. وی اعلام می‌دارد که تعاملات پزشک‌محور، برتری خاصی دارند که در آن پزشکان اطلاعات را گرفته و تأیید می‌کنند و به بیماران دستور می‌دهند، در حالی که بیماران اطلاعات گرفته و سعی در پاسخ مناسب به اقدامات پزشک دارند. علاوه بر این، از اصول مکالمه تخطی صورت گرفته و از اصول ادب به منظور افزایش تشخیص در تعاملات استفاده می‌شود. در بخشی از نتیجه‌گیری او بیان می‌کند که وجود دیگر جنبه‌های تعاملات پزشک-بیمار، مثل انواع دیگر ارتباطات پزشکی بجز جنبه‌های تشخیصی مثل تجویز، ثبت، گزارش و درمان، از جمله دکتر-دکتر، پرستار، پرستار-پرستار و غیره تشخیص داده شده است.

مینارد و هریتیج<sup>۳</sup> با بررسی پژوهش‌های اخیر تحلیل‌گفتمان در زمینه مصاحبه‌های پزشکی بیان کردند که پزشکان باید برای تحلیل ارتباط با بیمار

<sup>۱</sup> M. Černý

<sup>۲</sup> W. Adegbite

<sup>۳</sup> D. W. Maynard & J. Heritage

تلاش کنند تا بتوانند در درک بیماری مشارکت کنند و رویکرد تحلیل گفتمان و تحقیق، ابزاری در همین جهت است.

ریمولت<sup>۱</sup> (۱۹۷۴)، تحلیل گفتمان در مصاحبه‌های پزشکی را بررسی کرده و نشان داد که پزشکان و بیماران و والدین‌شان در موضوعات کاملاً مجزا صحبت کرده و از مسائل احساسی طفره می‌روند و به جای آن توضیحات شبه‌علمی می‌دهند که بیماران و والدین درک نمی‌کنند.

پوتنام و استایلز<sup>۲</sup> (۱۹۹۳)، در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مصاحبه‌های پزشکی (مشاوره‌ها) از مبادلات کلامی و مقوله‌های گفتاری بین پزشک و بیمار تشکیل شده است. آنها به ارائه‌ی هفت مقوله‌ی اصلی مبادلات می‌پردازند که عبارتند از: الف. شرح و تفسیر؛ ب. پرسش‌های بسته؛ پ. بررسی؛ ت. هدایت؛ ث. پرسش؛ ج. توضیح؛ ج. دست‌والعمل. با در نظر گرفتن مبادلات جدید که مصاحبه‌های پزشکی را مؤثرتر و انسانی‌تر می‌سازد، به این نتیجه می‌رسند که مبادلات کلامی چهارچوبی ارائه می‌دهند که می‌توان به نوآوری‌ها تحقق بخشید.

شایخ (۲۰۰۱)، با استفاده از سیستم وی. آر. ام. استایلز (۱۹۹۲)، عنوان کرده که مصاحبه‌های پزشکی از سه بخش تشکیل شده که عبارتند از: تاریخچه‌ی پزشکی، معاینه‌ی پزشکی و نتیجه‌گیری. هر یک از این بخش‌ها اهداف متفاوتی دارند. او به این نتیجه رسید که در بخش پیشینه‌ی پزشکی و معاینه‌ی پزشکی، پزشکان از بیماران دقت بیشتری دارند و بیماران اطلاعات بیشتری دارند در حالی که در بخش نتیجه‌گیری میزان دقت و اطلاعات طرفین یکسان می‌شود. همچنین او معتقد است که این سیستم رمزگشایی به محققان این اجازه را

<sup>۱</sup> G. Rainbault

<sup>۲</sup> S.M. Putnam & W. B. Stiles



## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتن پزشک و بیمار - شهلا شریفی

می‌دهد که روابط نقشی پیچیده را بر مبنای طبقه‌بندی پاره گفتارها آزمایش کنند.

استایلز<sup>۱</sup> (۱۹۹۲)، در پژوهش دیگری عنوان می‌کند که ساختار هر تبادل مشکل از کنش گفتارهاست که در مصاحبه‌ها باهم مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، الف. سؤالات پزشکان و پاسخ‌های بله-خیر بیماران یا ب. دستورات پزشکان و موافقت بیماران. استایلز هفت اصل مبادله را شرح می‌دهد که هر یک در مصاحبه‌های متعدد از نظر تجربی به دست آمده‌اند و عبارتند از: شرح و بیان، سؤالات بسته، تصحیح، راهنمایی، پرسش، توضیح و دستورالعمل.

استایلز (۱۹۸۲)، در پژوهشی دیگر دریافت که برخی از تبادلات مربوط به فعالیت‌های اصلی پزشکی در مصاحبه بود مثل ۱. گوش‌دادن به شرح بیمار و جستجو برای داده‌های خاص در پیشینه ۲. هدایت بیماران از طریق اقدامات تشخیصی و تحقیق درباره‌ی واکنش‌های فردی در معاینه ۳. ارائه‌ی اطلاعات پزشکی و تجویز رژیم‌درمانی در پایان. همچنین، این مقاله نتایج زیر را در بر داشت: ۱. مصاحبه با افراد مسن در هر سه بخش، شرح بیشتری داشت و در بخش تاریخچه، تبادلات سؤال بسته کمتر بود؛ ۲. بیماران با تحصیلات بالاتر و موقعیت اجتماعی بالاتر تبادلات پرسشی کمتری با پزشکان در بخش معاینه و داشتند و همچنین، در بخش نتیجه‌گیری تبادلات پرسش بسته کمتری داشتند. افراد با طبقه‌ی اجتماعی بالاتر در دو بخش اول توضیحات بیشتری می‌گرفتند و در بخش نتیجه‌گیری بیشتر مورد سؤال قرار می‌گرفتند؛ ۳. بیماران سفیدپوست در هر سه بخش در تبادلات شرح بیشتر شرکت داشتند، اما بیماران سیاه‌پوست بیشتر در بخش تاریخچه و نتیجه‌گیری در تبادلات سؤالات بسته شرکت داشتند.

<sup>1</sup> W. B. Strels and et.al

استایلز (۱۹۷۹)، در پژوهش دیگری به بررسی خصوصیات انواع پاسخ‌های زبانی در مصاحبه‌های پزشکی بین پزشک و بیمار پرداخته و بیان می‌کند که بیماران تاریخچه می‌دهند و پزشکان اطلاعات را به بیماران منتقل می‌کنند.

### ۲.۲. پیشینه‌ی پژوهش در داخل ایران

پژوهش‌های داخلی در زمینه روابط بین پزشک و بیمار بسیار محدود است. میرسعیدی (۱۳۷۶)، در رساله‌ی خود با «عنوان بررسی صورت‌های خطاب در زبان فارسی با توجه به نقش اجتماعی افراد» بیان کرده که بیماران زن برای خطاب به پزشک از ضمیر و صورت خطاب جمع استفاده می‌کنند. هاشمی (۱۳۸۱)، هم در رساله‌ی خود با عنوان «بازتاب رابطه قدرت در گفتار پزشک و بیمار» به غالب بودن عامل قدرت در گفتار پزشک و بیمار اذعان می‌کند. ناصح (۱۳۸۹)، در مقاله‌ی خود بیان کرده است که در گفتار پزشک و بیمار، کاربرد صورت خطاب مفرد توسط پزشک بیش از صورت جمع و کاربرد صورت جمع توسط بیمار بیش از صورت مفرد بوده است.

خدابخش و منصوری (۱۳۹۰)، به تعریف همدلی در روابط پزشک و بیمار پرداخته و مزیت‌های این نوع ارتباط را بر شمرده‌اند. آنها همچنین در نتیجه‌گیری بیان می‌کنند که همدلی در بهبود روابط پزشک و بیمار نقشی اساسی ایفا می‌کند.

### ۳. چهارچوب نظری تحقیق

از آنجا که استایلز در ارائه‌ی چهارچوب خود به ارائه‌ی تعاریفی پرداخته است، ما نیز آنها را بیان می‌کنیم. استایلز معتقد است که هر پاره‌گفتار بین دو نفر یا تجربه‌ی گوینده است یا دیگری، این تجربه شامل افکار، احساسات، ادراکات و فعالیت‌های ارادی است. به عبارت دیگر، هر پاره‌گفتار، یا تجربه‌ی من است یا دیگری. مثلاً در گفته «می‌خوام برم ماهیگیری» منبع، تجربه‌ی گوینده است ولی

## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشکی و بیمار - شهلا شریفی

در «میخواهی بری ماهیگری؟» منبع، تجربه‌ی دیگری است. در نتیجه در تولید یک گفته، گوینده می‌تواند نمایانگر تجربه از دیدگاه خودش باشد یا دیدگاه مشترک. در جملات بالا، همگی از چهارچوب ارجاع گوینده استفاده می‌کنند. منبع تجربه، فرضیه‌ی تجربه و چهارچوب ارجاع همگی تشکیل‌دهنده‌ی مبنا و اساس طبقه‌بندی «وی.آر.ام» هستند.

در بحث ارجاع، همان‌طور که می‌دانیم، خود واژه‌ها به چیزی اشاره نمی‌کنند، بلکه این سخنگویان زبان‌اند که با کلمات به چیزی اشاره می‌کنند. ارجاع به فعالیتی می‌گویند که در آن گوینده یا نویسنده از صورت‌های زبانی‌ای استفاده می‌کنند تا شنونده یا خواننده را به سمت هدفی مشخص هدایت کنند و قادر به تشخیص چیزی کنند. به این صورت‌های زبانی «عبارات ارجاعی» گویند. استفاده از یک صورت ارجاعی مشخص بستگی به گوینده و دانش مشترک بین او و شنونده دارد. ارجاع، ارتباط بسیار نزدیکی با اهداف گوینده و تفکرات شنونده دارد. فرایند ذهنی در تشخیص ارجاع را «استنتاج» می‌گویند (بول، ۱۳۸۵: ۱۷).

استایلز انواع پاسخ‌های بیماران به پزشک را براساس این‌که منبع تجربه گوینده است یا دیگری و بر اساس فرضیه‌ی تجربه، چهارچوب ارجاع را به هشت دسته تقسیم کرده است. طبقه‌بندی «وی.آر.ام» دارای هشت گروه است که عبارتند از «فاش‌سازی»، «تصحیح»، «مشورت»، «تأیید»، «پرسش»، «تصدیق»، «شرح» و «بازتاب». در اعمال طبقه‌بندی، هرپاره گفتار دو بار رمزگشایی می‌شود، یک‌بار با توجه به صورت دستوری یا معنی ادبی و یک بار با توجه به محتوای ارتباطی یا معنای کاربردشناختی. بنابراین، طبقه‌بندی شامل شصت و چهار ترکیب صورت-محتوای ممکن می‌باشد. هشت نوع محض و صرف، که در آن صورت و محتوا مشترک هستند و پنجاه و شش نوع ترکیبی که در آن صورت و محتوا متفاوت‌اند (استایلز، ۱۹۹۲: ۱۶). در رمزگشایی پاره‌گفتارها اول صورت دستوری و بعد معنای کاربردشناختی نوشته می‌شود. در تحلیل داده‌های

## مجموعه مقالات دومین هم‌اندیشی تحلیل گفتمان و کاربردشناسی

گردآوری شده از انواع پاسخ‌های بیماران هر جمله طبق تعریف دوباره رمزگشایی شد. جدول زیر طبقه‌بندی انواع پاسخ‌های زبانی نشان داده شده است.

منبع تجربه	فرضیه تجربه	چهارچوب ارجاع	نوع پاسخ
گوینده	گوینده	گوینده	«فاش‌سازی»: بیانگر افکار، احساسات، ادراکات یا نیت است.
		دیگری	«تصحیح»: بیانگر اطلاعات عینی است.
	دیگری	گوینده	«مشورت»: سعی در راهنمایی و هدایت رفتار، پیشنهادات، اجازه ممنوعیت‌ها دارد.
		دیگری	«تأیید»: مقایسه تجربه گوینده با دیگران است. توافق، عدم توافق، دانش مشترک یا عقاید.
دیگری	گوینده	گوینده	«پرسش»: درخواست اطلاعات یا راهنمایی دارد.
		دیگری	«تصدیق»: پذیرای ارتباط دیگران، خوش‌آمدگویی
	دیگری	گوینده	«شرح»: توضیح‌دهنده دیگری است. قضاوت‌ها یا ارزیابی تجربه دیگری یا رفتارش است.
		دیگری	بازتاب: سخنان دیگری را در قالب واژگان بیاوریم. تکرارها، بیان مجدد، واضح‌سازی

جدول ۱. طبقه‌بندی انواع پاسخ‌های زبانی

غیرقابل‌درک و رمزگشایی<sup>۱</sup>: برای پاره‌گفتارهای غیر قابل‌درک استفاده می‌شود (استایلز، ۱۹۹۲: ۱۶).

همان‌طور که در جدول (۱)، مشاهده می‌شود، گروه اول فاش‌سازی بیانگر احساسات، افکار و نیت شخص است. در این گروه هم منبع تجربه و هم فرضیه تجربه و چهارچوب ارجاع همگی گوینده می‌باشد، چون خود شخص در این مورد سخن می‌گوید. گروه تصحیح فقط چهارچوب ارجاع دیگری را داشته و از این

<sup>۱</sup> Uncodable

### بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

نظر با فاش سازی تفاوت دارد. همان طور که می بینیم، گروه های دیگر بسته به نوع و محتوا هر یک چهارچوب ارجاع، فرضیه تجربه و منبع متفاوتی دارند. طبق جدول (۱)، پاره گفتارهایی که در ضبط قابل شنیدن و واضح نباشد، قابل رمزگشایی نخواهد بود و بنابراین، در گروه غیرقابل رمزگشایی قرار می گیرند. در جدول (۲)، انواع پاسخ ها را مشاهده می کنید که از نظر ساختار و صورت شرح داده شده اند.

فاش سازی	اخباری، اول شخص (من) یا اول شخص جمع (ما) زمانی که مرجع شامل دیگری نباشد.
تصحیح	اخباری؛ سوم شخص (او)
مشورت	امری، دوم شخص یا فعل اجازه نهی یا اجبار
تأیید	اول شخص (جمع) زمانی که مرجع شامل دیگری هم باشد.
پرسش	پرسشی، جابجایی فاعل و فعل یا با کلمات پرسشی
تصدیق	پاره گفتارهای غیرشمارش؛ برای مخاطب یا خوش آمدگویی به کار می رود.
شرح	دوم شخص (تو) فعل نشان دهنده ی توانایی مخاطب می باشد. ارزیابی
بازتاب	دوم شخص (تو) فعل نشان دهنده ی تجربه شخصی یا فعالیت های ارادی می باشد.

جدول ۲. انواع پاسخ های زبانی و صورت های زبانی مربوط به آنها

#### ۱.۳. بررسی صورت انواع پاسخ ها

همان طور که در جدول (۲)، مشاهده می کنید، گروه «فاش سازی» دارای ساختار اول شخص، اخباری است. پس اگر بیمار جملاتی اخباری در شرح بیماری خود بیان کند، در گروه فاش سازی قرار می گیرد. به عنوان مثال، وقتی بیمار بگوید «من دل درد داشتم» جمله، اخباری و چون اول شخص است، در گروه فاش سازی قرار می گیرد.

گروه «تصحیح»، مشخصه‌ی سوم‌شخص و اخباری دارد. پس اگر بیمار جمله‌ای مانند «مسأله‌ای نداره دیگه» را در پاسخ به پزشک بگوید، یعنی گروه تصحیح را به کار برده است.

گروه «مشورت»، دارای ساختار امری و دوم شخص است. پس در پاره‌گفتار «این سونوگرافی رو هزینه‌اش رو بنویسید لطفاً» بیمار درخواست امری داشته است، بنابراین، در گروه مشورت قرار می‌گیرد.

گروه «تأیید»، اول شخص جمع است و تفاوت آن با گروه فاش‌سازی در این است که در گروه تأیید مرجع شامل دیگری هم هست. برای مثال، در جمله‌ی «آره، باید شکر کنیم» جمله در گروه تأیید قرار می‌گیرد، زیرا مرجع شامل دیگری هم هست.

گروه «پرسش»، که ساختار آن کاملاً مشخص است و به هرنوع پاره‌گفتار پرسشی چه با حروف پرسشی و چه با جابه‌جایی فاعل و فعل اطلاق می‌شود. به عنوان مثال، گفته‌ی «چرا این جوری شدم؟» پرسش است.

گروه «تصدیق»، به پاره‌گفتارهای غیرشمارش برای مخاطب گفته می‌شود و شامل بله و خیر است. به عنوان مثال در پاسخ به پرسش پزشک [هجده هفته هستی؟] «بله»، در گروه تصدیق قرار می‌گیرد.

گروه «شرح»، نشانه‌ی دوم شخص و نشان‌دهنده‌ی توانایی مخاطب یا ارزیابی است. مثلاً بیمار در گفته‌ی «شما داشتین با اون خانمه صحبت می‌کردین». گروه شرح را به کار برده است.

گروه «بازتاب»؛ در این طبقه‌بندی طبق جدول نشانه‌ی تجربه‌ی شخصی است و ویژگی دوم شخص را دارد و به عنوان مثال، در گفته‌ی «تو آرزو می‌کردی زیاد پول داشتی» دیده می‌شود. این نوع پاسخ به هیچ وجه در جملات بیماران به کار نرفته است. حال که به تحلیل تمام گروه‌ها پرداختیم، می‌دانیم که

## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

این طبقه‌بندی نمایانگر روابط کوچک<sup>۱</sup> است و راهی برای ارتباط بین گوینده به دیگری. این روابط به شکل‌گیری روابط انسانی می‌انجامد بنابراین، رمزگذاری «وی.آرام»، برای درک و توصیف روابط بین انسان‌ها (صمیمت، جایگاه، نقش‌های اجتماعی) است.

در این تحقیق قصد داریم تا میزان تطبیق چهارچوب گفته‌شده را با پاسخ‌های بیماران فارسی‌زبان سنجیده و از نظر بسامد، بیشترین نوع پاسخ‌های ارائه شده از جانب بیماران را به دست آوریم.

### ۴. روش تحقیق

پژوهش حاضر داده‌بنیاد است. داده‌ها از ۱۵ بیمار زن مراجعه‌کننده به یک پزشک متخصص زنان به دست آمده است. بنابراین، تک‌جنسیتی است. در این تحقیق فقط روی پاسخ‌های بیماران تمرکز شده است. برای جمع‌آوری داده به مطب خصوصی پزشک متخصص زنان مراجعه کردیم و از پزشک محترم خواستیم تا داده‌های مورد نیاز را از بیماران در محیط کاملاً طبیعی به دست آورند. بیماران در جلسه ویزیت از ضبط صدایشان بی‌اطلاع بودند و فقط پزشک در جریان قرار داشت. برای ضبط صدا از یک دستگاه ضبط صدا با نام "V-8 leono" استفاده شده است. در پایان از افراد شرکت‌کننده رضایت‌نامه‌ای مبتنی بر رضایت آنها جهت استفاده از پاسخ‌هایشان گرفته شد و هرکدام که تمایلی به شرکت در تحقیق نداشتند، حذف شدند. واحد تحلیل در این تحقیق جمله می‌باشد.

### ۵. تحلیل داده‌ها

در تحلیل داده‌های بیماران ابتدا تمام پاسخ‌های بیماران و پزشک پیاده‌سازی شد تا تحلیل بهتر و آسان‌تری صورت گیرد. همچنین، جملات مورد نظر در صورت ترکیب به دو جمله یا بیشتر تقسیم و بعداً هر یک جداگانه رمزگشایی شد. در اینجا فقط نمونه‌هایی از هر کدام از انواع پاسخ‌های بیماران را تحلیل می‌کنیم. نمونه‌های «فاش‌سازی»:

ب: نه، دیگه نمی‌خورم.

فاش‌سازی-فاش‌سازی

ب: به چند روزی درد داشتم.

فاش‌سازی-فاش‌سازی

ب: من خیلی خارش دارم.

فاش‌سازی-فاش‌سازی

نمونه‌های «تصدیق»:

ب: بگو همرو شماره بزنه.

تصدیق-تصدیق

ب: باشه.

ب: خب دارو بهش بدم؟

تصدیق-تصدیق

ب: آره دیگه.

نمونه‌های «تصحیح»:

ب: کیستش نوعش چی بود؟

تصحیح-تصحیح

ب: خوش خیم بود.

ب: همه‌ی چیزا بهم خورده.

تصحیح-تصحیح

نمونه‌های «پرسش»:

ب: اون برای چیه؟

ب: فارجه؟

ب: مشکلی نداره؟

ب: برم دوباره پیشون؟



## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

نمونه های «شرح»:

ب: امگا ۳ دادین.

ب: این گفتین همین طوری.

ب: گفتین مشکلی نداشت.

ب: گفتین کیست جدید گرفتی.

نمونه های «مشورت»:

ب: همون برش دار خانم دکتر. مشورت-مشورت

ب: اگه یک دوره بدین. مشورت-مشورت

نمونه های «تأیید» (لازم به ذکر است که موارد یافت شده برای این گروه، هم کم بسامد بودند و هم غالباً «تایید» بودند بنابراین، امکان ارائه ی نمونه های بیشتر نیست.)

ب: همین آزمایشم ر باید بگیریم. تأیید-تأیید

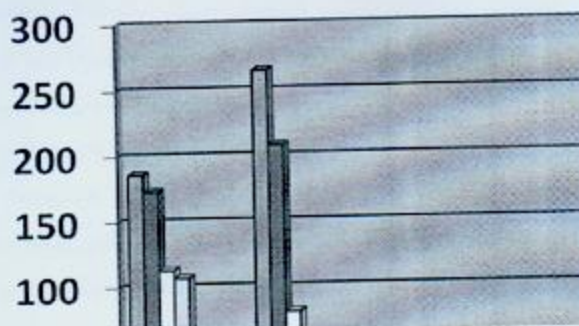
ب: واقعاً باید خدارو شکر کنیم. تأیید-تأیید

گروه «بازتاب» در این گفتمان به هیچ وجه دیده نشد.

پس از تحلیل داده ها با توجه به محتوا و صورت، بسامد هر کدام از گروه ها مشخص شد که در جدول زیر مشاهده می شود.

محتوا	صورت	انواع پاسخها
۲۶۵	۱۸۶	فلس سازی
۲۰۸	۱۷۳	تصدیق
۸۱	۱۱۳	تصحیح
-	۱۰۷	پرسش
۲۹	۲۲	شرح
۲۷	۷	مشورت
۲	۴	تأیید
۶۱۲	۶۱۲	کل جملات

جدول ۱. انواع پاسخ های بیماران و بسامد آنها



نمودار ۱. بسامد انواع پاسخ‌ها

طبق جدول و نمودار (۱)، مشاهده می‌شود که گروه «فاش‌سازی» بیشترین بسامد را در مکالمات بیماران داشته است. در این گروه، اول شخص مفرد به کار می‌رود و همچنین، بیمار تمایل دارد تا بیشتر درباره‌ی خودش و بیماری‌اش صحبت کند. پس از گروه فاش‌سازی، گروه «تصدیق» و «تصحیح» بیشترین میزان پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهد. استایلز معتقد است شخصیت افراد با گفتار آنها مرتبط است و گفتار هر کس به نوعی شخصیت او را نشان می‌دهد. در نتیجه، افراد براساس جایگاه و شخصیت خود، صحبت می‌کنند. به نظر می‌رسد این‌که فاش‌سازی بین بیماران زن و در مواجهه با پزشک زن متخصص زنان صورت گرفته است، بیشترین آمار را دارد؛ شاید به این دلیل باشد که بیماران با پزشک هم‌جنس خود احساس راحتی بیشتری دارند.

گروه دوم که بیشترین آمار را دارد، «تصدیق» است، در این گروه که شامل پاره‌گفتارهایی از جمله «بله»، «خیر»، «ایبیم»، «ایم» و... می‌باشد فرد فقط برای ابراز وجود و بیان موافقت یا عدم موافقت، این پاره‌گفتارها را به کار می‌برد و از آنجا که بافت پزشکی از قدرت یک طرفه پزشک برخوردار است در نتیجه،

## بررسی انواع پاسخ های بیماران در گفتمان پزشک و بیمار - شهلا شریفی

بیمارانی که از سطح اجتماعی پایین تری برخوردار هستند در تأیید گفت های شخص بالاتر قرار می گیرند.

گروه «تصحیح»، گروهی است که درباره ی سوم شخص و خبری است. در این گروه شخص بیمار درباره شخص سومی یا چیزی صحبت می کند. در این گروه، بیماران درباره پزشک دیگر، بیمار دیگر و یا گاهی شخص سومی صحبت می کردند که در این گروه گنجانده شد.

گروه «پرسش»، که در رده ی چهارم قرار گرفته است، فقط صورت پرسش را داشته و هر کدام بسته به بافت دارای محتوای متفاوتی می باشند.

گروه «شرح»، توضیح دهنده توانایی یا ارزیابی از فرد مقابل است و به پاره گفتارهایی اختصاص دارد که بیماران در مواجه با پزشک به کار می بردند. به عنوان مثال بیماران برای گفتن پاسخی که مربوط به پزشک بود از این نوع پاسخ بهره می بردند.

گروه «مشورت» از گروه های بسیار کم بسامدی بود که در گفتار بیماران مشاهده شد. این گروه که مشخصی امری دارد، در گفتار بیمارانی به کار رفت که از پزشک تقاضایی داشتند.

گروه «تأیید» که مشخصه ی آن اول شخص جمع بود، در موارد اندکی مشاهده شد. برای مثال، بیمار خودش را با شخص دیگری جمع کرده و کار انجام شده را به هر دو نسبت می داد. این گروه بسامد کمی در این نوع یافت داشت. گروه «بازتاب»، در این تحقیق اصلاً مشاهده نشد و بنابراین لحاظ نشد.

### ۶. نتیجه گیری

براساس جدول (۱)، بعد از گروه های پرسامد «فاش سازی»، «تصدیق» و «تصحیح»، گروه «پرسش» گروه بزرگ تری را تشکیل می دهد. «شرح»، «مشورت»، «تأیید» و «بازتاب» از گروه های کم کاربردتری هستند.

بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که افراد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی متفاوت در بافت‌های مختلف، از جمله بافت پزشکی از انواع مختلفی پاسخ برای ایجاد ارتباط استفاده می‌کنند. همچنین، افراد در بافت پزشکی، بیشتر، از «فاش‌سازی» استفاده می‌کنند. شاید به دلیل رابطه‌ی یک‌طرفه‌ای «قدرت»، بیماران تمایل زیادی به طرح «پزشک» نداشته و بیشتر به «تأیید» و «تصدیق» گفته‌های پزشک پرداخته‌اند. این نتایج برگرفته از نوع خاصی از گفتمان پزشک و بیمار است که در آن پزشک مؤنث با بیماران مؤنث مکالمه داشته است. برای تعمیم این نتایج، لازم است گفتمان‌های دیگر که در آنها جنسیت پزشک و بیماران متفاوت باشند نیز مورد بررسی قرار گیرند.

#### منابع

- باطنی، محمدرضا. (۱۳۷۴). *مسائل زبان‌شناسی نوین (ده مقاله)*. تهران: نشر آگاه.
- ترادگیل، پیترو. (۱۳۷۶). *زبان‌شناسی اجتماعی: درآمدی بر زبان و جامعه*. ترجمه‌ی محمد طباطبایی. تهران: نشر آگاه.
- مدرسی، یحیی. (۱۳۶۸). *درآمدی بر جامعه‌شناسی زبان*. تهران: موسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.
- میرسعیدی، کیانوش. (۱۳۷۶). «بررسی صورت‌های خطاب در زبان فارسی با توجه به نقش اجتماعی افراد». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی.
- ناصر، محمدمبین، زهرا، استاد زاده. (۱۳۸۹). «تحلیل زبانی-اجتماعی گفتمان پزشک و بیمار فارسی زبان». *مجله زبان‌شناسی و گویش‌های خراسان*، دانشگاه فردوسی مشهد، شماره ۲.
- هاشمی، معصومه. (۱۳۸۱). «بازتاب رابطه قدرت در گفتار پزشک و بیمار». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بول، جورج. (۱۳۸۵). *بررسی زبان*. ترجمه‌ی علی بهرامی. تهران: انتشارات رهنما.

- Ayesha Shaikh, Lynne M. Knobloch, and William B. Stiles. (2001), "The Use of a Verbal Response Mode Coding System in Determining Patient and Physician Roles in Medical Interviews" *HEALTH COMMUNICATION*, 13(1), 49-60.
- Coates, J. (1993). *Women, men and language*, London: Longman.
- Drew, P. and J. Heritage. (1992), *Talk at work*. London: Cambridge University Press.
- Ervin-Tripp, S. (1976), "Is Sybil there?" The structure Of Some American English Directives". *Language In Society* (5), pp.25-66.
- Fisher, S and S.B. Groce, (1990), "Accounting Practices in Medical Interviews", *language in Society* (19) pp.225-250.
- Fowler, R. etal. (1979). *language and control*. London: Routledge.
- Lyles, J. S. (2001), "Evidence-Based Patient-Centered Interviewing", [www.Turner-white.com](http://www.Turner-white.com)
- Stiles, William B. (1992), *Describing Talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes*, sage publication.
- William B. Stiles and Samuel M. Pljtnam, (1992), "Verbal Exchanges in Medical Interviews: Concepts and measurement", *Sot. Sci. Med.* Vol. 35, No. 3, pp. 347-355.
- William B. Stiles, Samuel M. Putnam, Matthew H. Wolf, and Sherman A. James, (1979), "Interaction Exchange Structure and Patient Satisfaction with Medical Interviews", *Medical Care*, Vol. XVII, No. 6, 15.
- Yule, George (1947), *Pragmatics*, oxford university press.

