

رابطه پزشک - بیمار و فنون مصاحبه

گوش دادن فعال: گوش دادن فعال آن است که علاوه بر گوش دادن به آنچه گفته می شود، فرد به احساسات ناگفته ی موجود در فضای گفتگو نیز توجه کند. یعنی درمانگر مشاهده گر شرکت کننده در زندگی بیمار است. پزشکان و درمانگران برای تشخیص و درمان مشکلات بیماری به مهارت گوش دادن فعال نیاز دارند.

محتوای تعامل: آن چیزی که پزشک و بیمار واقعاً می گویند. (آنچه فرد در مورد خودش باور دارد، آنچه می خواهد دیگران در موردش باور داشته باشند و خود واقعی فرد).

فرایند: آن چیزی که منظورشان است.

پزشک باید هم محتوای تعامل و هم فرایند را در نظر گیرد زیرا در ارتباط بین دو نفر همزمان و در سطح متعددی در جریان است.

Rapport تفاهم: تفاهم بر وجود درک و اعتماد بین پزشک و بیمار دلالت دارد. تفاهم احساس خودآگاه و خودبخودی وجود پاسخ دهی هماهنگ است که سبب پیدایش اتحاد درمانی سازنده می شود. مشخصه یک رابطه موثر برقراری تفاهم است.

شش راهبرد برای شکل گیری تفاهم به نقل از آتمر:

۱- تامین احساس راحتی بیمار و مصاحبه

۲- یافتن ناراحتی بیمار و ابراز همدردی

۳- ارزیابی بینش بیمار و متحد شدن با او

۴- نشان دادن مهارت و کاردانی

۵- برقراری اقتدار به عنوان درمانگر و پزشک

۶- ایجاد تعادل بین نقش یک شونده و دلسوز، متخصص و صاحب اقتدار

فشارهای اجتماعی در دوران کودکی زندگی بیمار ارزیابی شود.

استرس ها، فشار های گذشته و حال باید تا حد امکان تعیین شود.

همدلی (empathy): شیوه ای برای تقویت تفاهم است و یکی از ویژگیهای ضروری روانی پزشکان محسوب می شود.

همدلی یک توانایی یکسان در نوع بشر نیست. نمی توان همدلی را به وجود آورد اما می توان از طریق آموزش، مشاهده و تامل در **خود آن را تعمیق و متمرکز** کرد. در همدلی نشانه های غیرکلامی مانند وضعیت قرار گیری بدن و تظاهر چهره مورد توجه قرار می گیرد. در روان پزشکی بالینی تجربه انسان بودن برای درک دیگران کافی است.

انتقال (transference): انتقال یک سری انتظارات، باورها و پاسخ های هیجانی که بیمار وارد رابطه پزشک-بیمار می کند است. انتقال به تجارب مستمر بیمار یا مظاهر مهم قدرت در طول زندگی اش مربوط است.

نگرش های انتقالی: نگرش بیمار نسبت به پزشک تکرار نگرش های وی نسبت به مظاهر قدرت است. این نگرش از یک اعتماد بنیادی واقع گرا تا عدم اعتماد بنیادی فرق دارد و حتی ممکن است آرمانی سازی مفرط و حتی تخیلات شهوانی را شامل شود. (منظور از اعتماد بنیادی واقع گرا: انتظار اینکه پزشک غالباً علاقه عمیقی به بیمار دارد است و منظور از عدم اعتماد بنیادی: انتظار اینکه پزشک احتمالاً تحقیر کننده و بدرفتار است، می باشد)

نقش روانپزشک از بسیاری جهات با اطبای غیرروانی پزشک متفاوت است. با این حال انتظار بسیاری از بیماران از روانپزشک مشابه انتظارشان از اطبای غیرروانپزشک است.

واکنشهای انتقالی در مورد روان پزشکان شدیدتر است. هر چه روانپزشک خنثی تر برخورد کند و ناشناخته تر باشد، تخیلات و نگرانی های انتقالی بیمار بیشتر تحریک شده و به پزشک فرافکنی خواهد شد. پس از آنکه تخیلات برانگیخته فرافکنی شدند روانپزشک می تواند به بیمار کمک کند تا در مورد نحوه تاثیر این تخیلات و نگرانی ها بر تمامی روابط مهم زندگی بینش پیدا کند.

انتقال متقابل (Counter transference):

پزشک و بیمار هر دو نسبت بهم واکنش های انتقالی متقابل پیدا می کند. انتقال متقابل ممکن است به صورت احساسات منفی ظاهر شود که برای رابطه پزشک - بیمار مخرب است ولی ممکن است شامل واکنش هایی باشد که به طور نامتناسبی مثبت، همراه با آرمانی سازی و یا حتی شهوانی هستند. بیماران از پزشک انتظاراتی نظیر کفایت - عدم استثمار - عینیت گرایی - راحتی و آرامش دارند. پزشکان نیز انتظارات ناخودآگاه و یا ناگفته ای از بیماران دارند.

اگر شدت ابراز شده علائم بیماران با اختلال زیست شناختی قابل تشخیص و آشکار مطابقت داشته باشد و اگر درمان را بپذیرند و با آن مبارزه نکنند و از نظر هیجانی خود را کنترل کنند و قدردان باشند. پزشک آنها را بیماران خوبی می شناسد.

اگر این توقعات برآورده نشود پزشک ممکن است بیمار را سرزنش کند و او را دوست نداشتنی، غیرقابل معالجه و یا بد تلقی کند.

بیزاری از بیمار

پزشکی که فعالانه از بیماری خوشش نمی آید ممکن است در برخورد با او بی تاثیر باشد. هیجان، هیجانی متقابل را می پروراند. تسلط بر هیجانات مستلزم توانایی پس کشیدن از واکنش های انتقال متقابل شدید و بررسی بدون هیجان زدگی علت واکنش خودشکنانه بیمار نسبت به پزشک است. خصومت سبب می شود که کمک پزشک به بیمار انجام نشود.

اگر پزشک درک کند که ضدیت بیمار تا حدودی حالت دفاعی و برای دفاع از خویشتن است و احتمالاً بازتاب ترس های انتقال بیمار از بی احترامی، سوءرفتار و نومییدی است کمتر خشمگین شده و همدلی بیشتری نشان می دهد.

پزشکان که نیاز قوی ناخودآگاه برای همه دانی و هم توانی دارند ممکن است در مورد برخی از بیماران مشکلات بخصوصی پیدا کند.

اگر پزشک تا حد امکان از نیازها و قابلیت‌ها و محدودیتهای خود آگاه باشد چنین بیمارانی تهدید کننده نخواهند بود. این بیماران عبارتند از:

- بیمارانی که مکرراً تلاش‌های دیگران برای کمک به خود با شکست مواجه می‌سازند. (مثل بیماران مبتلا به بیماری قلبی شدید که به مصرف دخانیات و الکل ادامه می‌دهند)
- بیمارانی که همکاری نمی‌کنند (نظیر بیمارانی که درمان را زیر سوال برده یا رد می‌کنند)
- بیمارانی که خواهان مشورت با پزشک دیگری هستند.
- بیمارانی که با درمان بهبود نمی‌یابند.
- بیمارانی که برای پوشاندن مشکلات هیجانی خود به شکایات جسمی متوسل می‌شوند (مثل بیمارانی که دچار اختلال جسمانی‌سازی، اختلال درد، خودبیمارانگاری یا اختلالات ساختگی اند)
- بیمارانی که دچار اختلالات شناختی مزمن اند (مثل افراد مبتلا به دمانس نوع الزایمر)
- بیمارانی که نمود شکست حرفه‌ای بوده و به همین دلیل تهدیدی برای هویت و عزت نفس پزشک اند (مثل بیماران رو به مرگ و یا مبتلا به درد مزمن)

پزشک و تمایلات جنسی

اگر پزشکی احساس کششی قوی نسبت به بیماری احساس کند و برای عمل روی این کشش وسوسه شود، قدمی پس گذاشتن و ارزیابی موقعیت ضروری است.

در تخصص‌های دیگر و بخصوص در روان پزشکی منع اخلاقی و حتی قانونی در ارتباط عاشقانه با بیماران حائز اهمیت است.

تخیلات ناخودآگاه در بیماران مثل: نجات یافتن - مراقبت شدن - دوست داشته شدن (چنین تخیلاتی ذاتاً غیرواقع‌گرایانه و محکوم به ناامیدی اند)

تخیلات ناخودآگاه در پزشک مثل: همه‌توانی - نجات بخشی - محبوبیت
نومیدی اگر در یک رابطه عاشقانه بین پزشک و بیمار به وجود آید بخصوص برای بیمار ممکن است مخرب باشد.

جنبه دیگری از تمایلات جنسی در ارتباط با موضوع انتقال متقابل، پرسش از بیمار در مورد مسایل جنسی اخذ سابقه جنسی است. بی‌میلی در این زمینه ممکن است بازتاب اضطراب پزشک در مورد تمایلات جنسی خود و یا حتی کشش ناخودآگاه به بیمار باشد. حذف این سوالات موجب ممانعت از بحث در مورد مطالب حساس دیگر می‌شود.

خودپایی احساسات انتقال متقابل

احساسات انتقال متقابل را نباید همیشه با منفی دیگر نگرست.

این احساسات اگر شناخته شده و تحلیل شوند می‌توانند برای درک بهتر بیماری که این احساس‌ها را برانگیخته است به پزشک کمک کنند.

مثال: اگر پزشکی در حضور بیماری خاص، احساس خستگی و بی حوصلگی کند و مطمئن است که این حالت به اشتغال ذهنی شخصی او مربوط نیست ممکن است تصور کند که بیمارش برای اجتناب از بحث در مورد مسایل واقعی و نگرانیهای ناراحت کننده، مطالب جزئی و بی اهمیت را مطرح می کند.

پزشکان بیمار

مشکلات حاصل از این موقعیت عبارتند از:

۱- انتظار اینکه پزشک خود قادر به کنترل مصرف دارو و درمان خود است.

۲- ترس از اینکه بیمار از مهارت یا کفایت پزشک معالج انتقاد کند.

برای پزشک بیمار شدن معادل از دست دادن کنترل، وابسته شدن و آسیب پذیر و هراسان به نظر رسیدن است. بیماران پزشک ممکن است در پزشکان معالیشان که خود را در وجود آنها مجسم می کنند ترس ایجاد کنند و موجب انکار و اجتناب از سوی پزشک معالج شود.

مدل های رابطه پزشک - بیمار

پزشک با هوش و حساس در مورد بیماران مختلف و حتی در مورد یک بیمار در موقعیتهای بالینی مختلف رویکردهای متفاوتی در پیش می گیرد که عبارتند از:

۱- مدل پدرمآبانه

۲- مدل آگاهی دهنده

۳- مدل تفسیری

۴- مدل مشورتی

این مدل ها هیچ یک برتری ذاتی نسبت به سایر مدلها ندارند و پزشک در برخورد با بیمار در طی هر بار ملاقات ممکن است از هر چهار مدل فوق استفاده نماید.

مشکلات اغلب نه به دلیل استفاده از یک مدل خاص بلکه بدین دلیل بروز می کند که پزشک به طور غیرقابل انعطافی فقط از یک رویکرد استفاده می کند و حتی در مواقع ضروری نیز نمی تواند روش خود را تغییر دهد. این روشها فی نفسه گویای وجود یا فقدان صمیمیت در روابط بین فردی نیستند.

۱- مدل پدر مآبانه (مدل استبدادی)

فرض بر این است که پزشک بهتر از همه می داند. پزشک درمان را تجویز می کند و از بیمار انتظار می رود که بدون پرسش و چون و چرا درمان را به کار بندد - پزشک می تواند در مواردی که تشخیص دهد، صلاح بیمار است اطلاعات مربوط به بیماری را به بیماری منتقل کند. بیشتر پزشک سوال می کند و بر روند مصاحبه تسلط دارد.

در چه شرایطی مدل پدرمآبانه مناسب است: ۱- در شرایط اضطراری پزشک باید کنترل اوضاع را در دست داشته باشد و بدون تامل زیاد تصمیماتی حیاتی اتخاذ کند.

۲- برخی بیماران احساس می کنند که بیماری آنها را از پای درآورده است و از اینکه پزشک مسوولیت آنها را بر عهده می گیرد احساس آسودگی می کنند.

در موقعیت پدرمآبانه به طور کلی خطر تقابل ارزش ها وجود دارد.

۲- مدل آگاهی دهنده Informative

پزشک اطلاعات را در اختیار بیمار قرار می دهد و بیمار ازادانه به تمامی داده های موجود دسترسی می یابد. انتخاب کاملاً به عهده بیمار گذاشته می شود مثلاً پزشک آمار بقای ۵ ساله روشهای درمانی مختلف سرطان پستان را ذکر می کند و از بیمار انتظار دارد بدون مداخله وی تصمیم بگیرد. این مدل برای برخی مشاوره های یکباره ممکن است مناسب باشد که در آنها هیچ نوع ارتباطی وجود ندارد و بیمار پس از مشاوره تحت مراقبت معمول پزشک شناخته شده ای قرار می گیرد. این روش ارائه صرف اطلاعات ممکن است از نظر بیمار سرد و غیردلسوزانه جلوه کند، زیرا در این مدل پزشک به نحو غیرواقع بینانه ای بیمار را خود مختار تصور می کند.

۳-مدل تفسیری

پزشک در صدد بر می آید بیمارش را بهتر بشناسد و شرایط زندگی و خانواده و ارزشها و امیدها و آرزوهای آنها را درک کند، بهتر می تواند توصیه هایی مبتنی بر ویژگیهای منحصر به فرد بیمار ارائه کند.

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۳۳۳۳۸۰۰۲(رشت)

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳(لاهیجان)