

# خودمحوری گفتار پزشکان و نقش جنسیت در مکالمه پزشک و بیمار

بهار سلمانیان<sup>۱</sup>، زینب محمدابراهیمی<sup>۲\*</sup>، بلقیس روشن<sup>۳</sup>، فرهنگ بابامحمودی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری زبان‌شناسی همگانی، دانشگاه پیام نور، تهران

۲. استادیار زبان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

۳. دانشیار زبان‌شناسی و زبان‌های خارجی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

پذیرش: ۹۲/۶/۶

دریافت: ۹۲/۳/۲۸

## چکیده

در ارتباط کلامی پزشک- بیمار، پزشکان خودمحوری کلامی بیشتری دارند. یکی از عوامل تأثیرگذار در تغییر میزان خودمحوری کلامی، نقش متغیر جنسیت است. هدف از این مطالعه، بررسی میزان خودمحوری در ارتباط کلامی پزشک- بیمار و تغییرات حاصل از متغیر جنسیت است تا با آگاهی از آن بتوانیم مدل ارتباطی مناسب‌تری در این تعامل پزشکان و بیماران تعریف کنیم. برای رسیدن به این هدف، به جمع‌آوری اطلاعات ۲۶ پزشک و ۱۰۱ بیمار در مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران پرداختیم، مکالمات را ضبط و پیاده کردیم، به کدگذاری و شمارش پاره‌گفتارها براساس «سبک پاسخگویی کلامی» استایلز پرداختیم و با استفاده از آزمون‌های آماری، میزان خودمحوری و تأثیر جنسیت را تحلیل کردیم. پزشکان ۱۰/۴ برابر بیماران از پاره‌گفتارهای مؤثر بر خودمحوری استفاده کردند. بیشترین میزان خودمحوری در بیماران، در مرحله نتیجه‌گیری و کمترین آن در مرحله معاینه بود. بیشترین میزان خودمحوری پزشکان در مرحله معاینه و کمترین آن در مرحله شرح‌حال‌گیری بود. در بیماران، بین خودمحوری زن و مرد اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P > 0/05$ ) در بین بیماران، روستاییان، افراد با تحصیلات پایین‌تر و سن ۶۱ به بالا، خودمحوری بیشتری داشتند. بین خودمحوری پزشکان زن و مرد اختلاف معنی‌دار وجود نداشت ( $P > 0/05$ )؛ اما سن کمتر و درجه علمی پایین‌تر باعث افزایش آن شد. تفاوت جنسیتی بین پزشک و بیمار باعث افزایش

دوماهنامه جستارهای زبانی  
شماره ۲ (پیاپی ۲۳)، خرداد و تیر ۱۳۹۴، صص ۱۲۹-۱۵۰

خودمحوری پزشکان و تشابه جنسیتی باعث کاهش آن شد. پزشکان نسبت به بیماران خودمحوری بیشتری داشتند. در شرح حال گیری، پزشک بیشتر به جمع آوری اطلاعات می پردازد؛ اما در معاینه، بیمار کاملاً حالت انفعالی دارد. خودمحوری با موقعیت و طبقه شغلی ارتباط مستقیم داشت. زمانی که تفاوت جنسیتی وجود داشت، طبقه اجتماعی تعیین کننده بود و موجب بالا رفتن خودمحوری پزشک شد. رعایت آداب کلامی از سوی بیمار از خودمحوری کاست.

**واژگان کلیدی:** تعامل کلامی پزشک و بیمار، خودمحوری کلامی، تفاوت جنسیتی، سبک پاسخگویی کلامی استایلز.

## ۱. مقدمه

گفت و گوی بین پزشکان و بیماران از تبادلات کلامی تشکیل شده است که شرکت کنندگان از آن ها استفاده می کنند تا به اهداف خود در این رویارویی برسند. بیمار رفتار کلامی خاصی را شروع می کند و انتظار رفتارهای تکمیلی را از پزشک دارد و بالعکس. هر مقوله کنش کلامی کار خاصی را در تبادلات برعهده دارد؛ یعنی با مقوله های کنش کلامی دیگر که ارتباط های عملکردی دارند پیوستگی دارد (Stiles, 1991: 51). به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران، ارتباط مجموعه ای از مهارت ها است و مهارتی آموختنی به شمار می رود. در تعامل بین پزشک و بیمار، همگان معتقدند که کیفیت ارتباط با توجه به آثار آن در درمان بسیار مهم است؛ به سخن دیگر، ارتباطی که یک پزشک در روند درمان با بیمار برقرار می کند می تواند نقطه اصلی در درمان محسوب شود. پزشک باید با یک گوش اطلاعات پزشکی و با گوش دیگر اطلاعات روان شناختی را کسب کند (Sandler, 1980: 928)؛ اما بیشتر پزشکان در مورد نحوه برقراری یک ارتباط مناسب و تأثیر آن بر روند درمان، آموزش لازم را کسب نکرده اند. این ارتباط ممکن است در مدل های مختلف زیر طبقه بندی شود (Emanuel, 1992: 222):

۱. **مدل والدینی<sup>۱</sup>:** پزشک با استفاده از مهارت خود، از بهترین روش ها استفاده می کند و یک سری اطلاعات انتخاب شده را برای بیمار بازگو می کند و او را برای پذیرش مداخله ای که آن را بهترین می داند، تشویق می کند. دخالت بیمار در این مدل محدود است.

۲. مدل آگاهاننده<sup>۲</sup>: پزشک بیمار را از بیماری، تشخیص و راه‌حل‌های ممکن درمانی آگاه می‌کند و بیمار می‌تواند نوع درمان را انتخاب کند.
۳. مدل تفسیری<sup>۳</sup>: پزشک به بیمار کمک می‌کند از میان روش‌های درمانی، روشی را انتخاب کند که با شرایط و موقعیتش سازگارتر است. پزشک نقش مشاور را دارد و به بیمار نشان می‌دهد که ارزش بیمار و خواسته او را نیز در نظر دارد.
۴. مدل مشورتی<sup>۴</sup>: بیمار به کمک پزشک، بهترین راه درمان شناخته شده را می‌یابد، پزشک مزایا و معایب هر راه درمانی را متذکر می‌شود و ارجحیت هر روش را به طور مستدل بیان می‌کند و در نهایت، با هم برای بهترین روش تصمیم می‌گیرند. پزشک مانند یک معلم یا دوست عمل می‌کند.
- در هر مکالمه‌ای، هریک از طرفین انتظارات متفاوتی از خود و دیگری در هریک از بخش‌های مکالمه دارند و طبق این انتظار می‌کوشند گفت‌وگو را هدایت کنند؛ بنابراین، تلاش می‌کنند از پاره‌گفتارهای خاص به میزان بیشتری استفاده کنند تا برای حصول به نتیجه دلخواه خود، کنترل مسیر گفت‌وگو را به دست گیرند. از دیدگاه علمی، این تلاش از سوی هریک از طرفین گفت‌وگو، خودمحوری<sup>۵</sup> نامیده می‌شود.
- مطالعات نشان می‌دهند که جنسیت افراد در تعامل کلامی و خودمحوری کلامی مؤثر است. این مفهوم کلی وجود دارد که زنان از وضعیت پایین‌تری نسبت به مردان برخوردارند. زنان به حفظ مکالمه تمایل دارند؛ در حالی که مردان تمایل بیشتری دارند که حالت سلسله‌مراتبی، برتری و کنترل خود را حفظ کنند. زنان به طور نسبی، پایگاه اجتماعی کم‌ثبات‌تر و نقش‌های اجتماعی محدودتری دارند و این امر در رفتار زبانی آنان بازتابی قابل توجه دارد (مدرسی، ۱۳۸۷: ۱۶۹). این حس عدم برابری وضعیت زنان و مردان باعث می‌شود که نوع واژگان و کلام به کاررفته توسط آنان متفاوت باشد (Tannen, 1990: 222; Tannen, 1994: 137).



در این پژوهش، بخشی از این تأثیرها را بررسی می‌کنیم تا پاسخی برای پرسش‌های زیر بیابیم:

۱. آیا پزشکان در مکالمات خود با بیماران، از خودمحوری کلامی بیشتری برخوردارند؟
  ۲. آیا متغیر جنسیت در میزان خودمحوری کلامی بین پزشک و بیمار تأثیر دارد؟
- برای پاسخ به پرسش‌های بالا، با استفاده از دستورالعمل استایلز (Stiles, 1991: 56)، میزان خودمحوری کلامی بین پزشک و بیمار در هر یک از مراحل شرح‌حال‌گیری، معاینه و نتیجه‌گیری را اندازه گرفتیم و نقش متغیر جنسیت در تغییرات میزان خودمحوری را بررسی کردیم.

## ۲. پیشینه پژوهش

مطالعات براون و لوینسن (Brown & Levinson, 1978: 56) و استایلز (Stiles, 1991: 57) نشان داد خودمحوری در گفتار با موقعیت و طبقه شغلی ارتباط مستقیم دارد و چندان به خصوصیت فرد وابسته نیست. این موضوع ممکن است به نوع فرهنگ، ادب و احترام افراد به موقعیت بیمار یا طبقه پایین‌تر نسبت به پزشک معالج خود یا فردی از طبقه بالاتر مربوط باشد که در مکالمات سعی می‌کنند باعث رنجش خاطر پزشک معالج خود نشوند.

استایلز، پوتنام، جیمز و وولف در تحقیق خود، خودمحوری و توجه در گفتار مردان و زنان آمریکا را بررسی کردند (Stiles, Putnam, James & Wolf, 1979: 355). این پیش‌فرض در آمریکا وجود دارد که زنان نسبت به مردان، سهم کمتری در مکالمه دارند و این موضوع در این پژوهش ثابت شد. همچنین این تحقیق نشان داد که زنان از مردان بیشتر توجه می‌کنند؛ به‌ویژه در مواردی که متأهل هستند.

در مطالعات کنسلر و پوتنام مشخص شد که در مکالمات نابرابر، فردی خودمحورتر محسوب می‌شود که طبق طبقه‌بندی استایلز، از پاره‌گفتارهای توصیه، تأیید، بازتاب و تفسیر بیشتری استفاده کند که نشان‌دهنده آگاهی از افکار دیگران است (Cansler & Stiles, 1981: 459). در این پژوهش، مکالمه تعدادی از دانشجویان سال اول با استاد و همان تعداد دانشجوی سال سوم با همان استاد، بررسی شد. در این مقایسه، دانشجویان سال سوم از

دانشجویان سال اول، در گفتار خودمحورتر بودند.

شاپ، ون در استاک و میوسن پژوهشی را باعنوان «بررسی گفتمان بیمار و پزشک» در هلند انجام دادند (Cshaap, Van der staak & Meeuwesen, 1991: 1143). در این پژوهش، مکالمه ۸۵ بیمار و پزشک ضبط شد، با استفاده از روش طبقه‌بندی کلامی استایلز تحلیل و بررسی شد و عواملی نظیر نوع شکایت بیمار، جنسیت بیمار و جنسیت پزشک مورد تحقیق قرار گرفتند. طبق نتایج به دست آمده، فرضیه نابرابری مکالمه بین پزشک و بیمار تأیید شد. نتیجه دیگر، تأثیر جنسیت بر نوع گفتار بود. آن‌ها نشان دادند که بیماران خانم مدت‌زمان بیشتری صحبت می‌کردند. در بین پزشکان نیز، مردان در گفتار خودمحورتر از زنان بودند.

بنابر مطالعات استایلز، لیال، نایت و دیگران (Stiles, Lyall, Knight, Ickes, Waung & Hall, 1997: 759) و هال، ایریش، روتر و دیگران (Hall, Irish, Roter, Ehrlich & Miller, 1994: 384)، در زمانی که تفاوت جنسیتی وجود دارد، طبقه اجتماعی تعیین‌کننده خواهد بود و موجب بالا رفتن خودمحوری کلامی پزشک و پذیرش بیمار در مکالمه می‌شود. میرسعیدی (۱۳۷۶) در رساله خود باعنوان «بررسی صورت‌های خطاب در زبان فارسی با توجه به نقش اجتماعی افراد»، بیان می‌کند که بیماران، به‌ویژه بیماران زن، برای خطاب قرار دادن پزشک، از ضمیر و صورت خطاب جمع استفاده می‌کنند.

ناصر و استادزاده در مقاله خود، به بررسی رابطه قدرت در گفتار پزشک و بیمار فارسی‌زبان پرداختند (ناصر و استادزاده، ۱۳۸۹: ۱۵۳). در تحقیق آن‌ها مشخص شد که عامل قدرت در گفتار پزشک و بیمار مشهود است و چهار متغیر غیرزبانی جنسیت، طبقه اجتماعی، سن و تحصیلات بر میزان کاربرد نشانگرهای قدرت مؤثر هستند. در بین پزشکان، کاربرد خطاب مفرد بیش از کاربرد صورت جمع است؛ ولی در بین بیماران، کاربرد صورت جمع غالب است.

شریفی و غنی در مقاله خود، مکالمه ۳۰ بیمار زن با یک پزشک متخصص زنان زن را طبق اصول استایلز بررسی کردند (شریفی و غنی، ۱۳۹۱: ۱۵۵). آن‌ها نتیجه گرفتند که شاید بیماران به دلیل رابطه یک‌طرفه قدرت، به طرح پرسش تمایل زیادی نداشتند و بیشتر به تأیید و تصدیق گفته‌های پزشک می‌پرداختند.

رهر، محمودی و کریم خانلویی در مقاله خود، تفاوت رفتار زبانی زنان و مردان را



براساس نظریه تسلط در جامعه فارسی‌زبانان ارزیابی کردند (رهبر و دیگران، ۱۳۹۱: ۱۳۵). آن‌ها رابطه جنسیت و قطع گفتار را بررسی کردند و نشان دادند که زنان و مردان در محیط‌های مختلف، براساس کاربرد قطع گفتار، رفتار متفاوتی از خود نشان می‌دهند. امیر محمدیان (۱۳۹۱) در رساله دکتری خود با عنوان بررسی چگونگی بیان درد در سخنگویان فارسی‌زبان در چارچوب تحلیل زبان درد هلییدی، به بررسی الگوهای زبانی پرداخت که بیماران فارسی‌زبان از آن‌ها برای بیان درد استفاده می‌کنند. وی نشان داد که بیماران فارسی‌زبان علاوه بر الگوها، از عبارات قیدی نیز استفاده می‌کنند. وی همچنین نشان داد که جنسیت تأثیری بر میزان استفاده از الگوها در بیان درد ندارد.

### ۳. مبانی نظری

گفتمان پزشک و بیمار ممکن است با روش‌های متفاوتی تحلیل و بررسی شود. استایلز در روش «سبک پاسخگویی کلامی»<sup>۱</sup> یا به اختصار VRM، با کمی کردن پاره‌گفتارها و قرار دادن آن‌ها در ۸ طبقه و کدگذاری و شمارش آن‌ها، توصیفی دقیق و جزئی ارائه می‌کند و گفتمان را به صورت کمی و قابل تجزیه و تحلیل، ارائه می‌کند. طبقه‌بندی VRM، طبقه‌بندی ادراک مبنا و نظامی جامع برای کدگذاری کنش کلامی است؛ بنابراین، هر پاره‌گفتار قابل درک، قابلیت کدگذاری دارد (Stiles, 1992: 15).

در این روش، هر پاره‌گفتار از منظر تجربه‌گوینده و شنونده، به طور جداگانه کدگذاری می‌شود. در تولید یک پاره‌گفتار، گوینده ممکن است در مورد تجربه دیگری پیش‌فرضی داشته باشد یا نداشته باشد. در عبارات غیرپیش‌فرضی، نیاز به یک فرضیه درباره تجربه تنها از سوی گوینده است؛ در حالی که در عبارات پیش‌فرضی، آن پاره‌گفتار به یک پیش‌فرض درباره دیگری نیاز دارد تا بتواند معنی شود؛ به سخن دیگر، چارچوب تجربه متفاوت است. سه اصل «منع تجربه»، «پیش‌فرض تجربه» و «چارچوب تجربه»، مبنای طبقه‌بندی VRM را تشکیل می‌دهند. این سه اصل دوتایی دارای ارزش «گوینده» و «دیگری» است. هر ترکیب یکی از حالت‌ها را بیان می‌کند که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ طبقه‌بندی سبک‌های پاسخگویی کلامی (Ibid: 16)

منبع تجربه	پیش‌فرض درمورد تجربه	چارچوب ارجاعی	خلاصه‌ای از معیارهای VRM	سبک
گوینده	گوینده	گوینده	اخباری اول شخص مفرد یا جمع؛ مرجع «دیگری» نیست.	آشکارسازی <sup>۷</sup> (D) بیان‌کننده افکار، احساسات، ادراکات یا نیت است.
		دیگری	اخباری سوم شخص؛ برای مثال «او» یا اسم مفرد	آگاه‌سازی <sup>۸</sup> (E) بیانگر اطلاعات عینی است.
	دیگری	گوینده	امری یا دوم شخص با فعل کسب اجازه یا نهی یا اجبار	توصیه <sup>۹</sup> (A) سعی در راهنمایی دارد. شامل هدایت رفتار، پیشنهاد، دستور، اجازه و نهی است.
		دیگری	اول شخص جمع (ما) که ارجاع شامل دیگری هم می‌شود؛ یعنی با استفاده از کلمه «ما» هم به گوینده اشاره دارد و هم به «دیگری».	تأیید <sup>۱۰</sup> (C) به مقایسه تجربه گوینده با دیگری می‌پردازد؛ شامل موافقت، مخالفت یا تجربیات و عقاید مشترک است.
دیگری	گوینده	گوینده	با استفاده از کلمات پرسشی یا تغییر صدا	پرسش <sup>۱۱</sup> (Q) درخواست اطلاعات و راهنمایی است.
		دیگری	پاره‌گفتارهای غیرواژگانی یا بدون مضمون، واژگان خطابی یا احوالپرسی	تصدیق <sup>۱۲</sup> (K) دلالت بر دریافت اطلاعات از دیگری دارد؛ پذیرش و احوالپرسی است.



## ادامه جدول ۱

منبع تجربه	پیش فرض در مورد تجربه	چارچوب ارجاعی	خلاصه‌ای از معیارهای VRM	سبک
	دیگری	گوینده	دوم شخص مفرد یا جمع؛ فعل بر توانایی دیگری دلالت دارد؛ عباراتی که نشان‌دهنده ارزیابی هستند.	تفسیر <sup>۱۳</sup> (I) قضاوت یا ارزیابی تجربه یا رفتار دیگری است.
		دیگری	دوم شخص مفرد یا جمع؛ فعل بر تجربه یا عمل ارادی دلالت دارد.	بازتاب <sup>۱۴</sup> (R) تجربه دیگری را در قالب کلمات بیان می‌کند. این امر از طریق دوباره‌گویی، تکرار و توضیح انجام می‌پذیرد.

در به‌کارگیری این طبقه‌بندی، هر پاره‌گفتار دو بار کدگذاری می‌شود؛ یک بار با توجه به صورت<sup>۱۵</sup> دستوری آن و بار دیگر با توجه به نیت ارتباطی یا معنای کاربردی<sup>۱۶</sup>. این طبقه بندی دارای ۶۴ ترکیب ممکن صورت- نیت است. ۸ ترکیب آن سبک خالص<sup>۱۷</sup> هستند که صورت و نیت آن‌ها یکسان است و ۵۶ ترکیب آن سبک آمیخته<sup>۱۸</sup> هستند که صورت و نیت در آن‌ها متفاوت است؛ برای مثال، پاره‌گفتار «ممکن است دهانتان را باز کنید؟» به صورت «QA» کدگذاری می‌شود که صورت سؤالی است و نیت توصیه.

گفتمان پزشک و بیمار را می‌توانیم بر مبنای VRM، در سه بخش «شرح حال گیری»، «معاینه بدنی» و «نتیجه‌گیری» ارزیابی کنیم. موضوعات VRM بیمار کاملاً با موضوعات VRM پزشک متفاوت است؛ هرچند هر دو در مورد موضوعات یکسان هستند و در یک موقعیت با هم تعامل کلامی دارند (Stiles, Putnam, James & Wolf, 1979: 335; Stiles, 1982: 4; Stiles & Jacob, 1984: 315). در سیستم VRM، می‌توانیم تفاوت کلام و پاره گفتارهایی را که پزشک و بیمار در هر مرحله از فرآیند گفتمان به‌کار برده‌اند، به صورت منسجم توصیف و اندازه‌گیری کنیم. البته تبادلات غیرکلامی نیز وجود دارند که در این نوع



تحلیل مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.

در رابطه‌ای که استایلز بنا نهاد، از تقسیم تعداد پاره‌گفتارهای فرد که نشان‌دهنده افکار و اطلاعات دیگران است (بازتاب، تأیید، تفسیر و توصیه) بر تعداد کل پاره‌گفتارهای کدگذاری شده عددی به دست می‌آید که میزان خودمحوری را نشان می‌دهد (Stiles, 1992: 1992). هرچه عدد به دست آمده بالاتر باشد، خودمحوری بیشتر است؛ به سخن دیگر، سهم آن فرد در ارتباط کلامی بیشتر است، تعداد بیشتری از انواع خاص پاره‌گفتار را به کار می‌برد و از موقعیت برتری برخوردار است.

بررسی نقش جنسیت در میزان خودمحوری، آگاهی لازم در شکل‌گیری نحوه ارتباط و هدایت گفت‌وگو را در جهت کسب نتایج مناسب‌تر فراهم می‌کند. در این مطالعه، ضمن بررسی میزان خودمحوری کلامی در مراحل مختلف گفتمان پزشکی و بیمار براساس سبک پاسخگویی کلامی استایلز، نقش متغیر جنسیت در تغییر میزان خودمحوری کلام را مورد بررسی قرار می‌دهیم تا با تعیین فرآیندهای ارتباطی به صورت شاخص‌های تعریف‌شده و قابل اندازه‌گیری، گامی مؤثر در جهت آموزش پزشکان برای درمان مطلوب‌تر بیماران برداشته شود.

#### ۴. روش تحقیق

این تحقیق را با استفاده از روش میدانی و تحلیل آماری داده‌ها، در جامعه آماری پزشکان متخصص عضو هیئت علمی، در پنج مرکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام دادیم. جمعیت نمونه را به صورت تصادفی و در صورت توافق با مشارکت در مطالعه انتخاب کردیم. مکالمات بین ۲۶ پزشک و ۱۰۱ بیمار را با یک دستگاه ضبط صوت خبرنگاری ضبط و برای تحلیل داده به صورت نوشتاری پیاده کردیم، سپس طبق اصول طبقه‌بندی استایلز به تفکیک و کدگذاری پاره‌گفتارها پرداختیم، کدها را شمارش کردیم و به تفکیک پاره‌گفتارهای (جملات، بندهای وابسته) مربوط به پزشک و بیمار را براساس جنسیت دسته‌بندی نمودیم؛ به این ترتیب، دستیابی به یک توصیف دقیق از مکالمات بین پزشک و بیمار، براساس اصول علمی ممکن شد.



## ۵. یافته‌ها

از بین ۲۶ پزشک، ۱۱ نفر (۴۲/۳ درصد) زن و ۱۵ نفر (۵۷/۳ درصد) مرد و همگی متأهل بودند و از بین ۱۰۱ بیمار، ۶۹ نفر (۶۸/۳ درصد) زن و ۳۲ نفر (۳۱/۷ درصد) مرد بودند. میانگین سنی پزشکان ۴۰/۶ سال (کمترین ۳۳ و بیشترین ۵۸ سال) و میانگین سنی بیماران ۴۴/۷ سال (کمترین ۱۲ و بیشترین ۸۸ سال) بود. زبان به‌کاررفته در مکالمات، شامل زبان فارسی معیار، زبان ترکیبی فارسی و گویش محلی مازندرانی و گویش محلی بود (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲ مشخصات پزشکان و درصد فراوانی آنها

تعداد (درصد فراوانی)	مشخصات پزشکان	
۱۱ (۴۲/۳)	زن	جنس
۱۵ (۵۷/۷)	مرد	
۲ (۷/۷)	دانشیار	مرتبه علمی
۲۴ (۹۲/۳)	استادیار	
۲۶ (۱۰۰)	متأهل	تأهل
۱۸ (۷۳/۱)	فارسی	نوع زبان مکالمه
۱ (۳/۸)	گویش مازندرانی (محلی)	
۷ (۲۳/۱)	ترکیبی	
۱۵ (۵۷/۷)	۴۰-۳۰	سن
۹ (۳۴/۶)	۵۰-۴۱	
۲ (۷/۷)	۵۱ و بالاتر	

جدول ۳ مشخصات بیماران و درصد فراوانی آنها

درصد فراوانی	مشخصات بیماران	
۶۸/۳	زن	جنس
۳۱/۷	مرد	
۷۹/۲	شهر	محل سکونت
۲۰/۸	روستا	

## ادامه جدول ۳

درصد فراوانی	مشخصات بیماران	
۶۱/۴	زیردیپلم	تحصیلات
۳۵/۶	دیپلم و کاردانی	
۳	کارشناسی و بالاتر	
۸۸/۲	متأهل	تأهل
۱۸/۸	مجرد	
۶۲/۴	فارسی معیار	زبان مکالمه
۲۱/۸	ترکیبی فارسی و گویش محلی	
۱۵/۸	گویش محلی	
۱۵/۸	۲۰ >	سن
۲۴/۸	۴۰ - ۲۱	
۴۹/۵	۶۰ - ۴۱	
۹/۹	۶۱ و بالاتر	

میزان خودمحموری در گفتار براساس مجموع تعداد پاره‌گفتارهای تأیید، تفسیر، بازتاب و توصیه و تعداد کل پاره‌گفتارها در مکالمات بین پزشک و بیمار را به تفکیک در جدول شماره ۴ نشان داده‌ایم. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که به‌طور میانگین، پزشکان ۱۰/۴ برابر بیماران (۲۰۱۴ به ۱۹۳) از پاره‌گفتارهای مؤثر در خودمحموری استفاده کردند. بیشترین میزان خودمحموری در گفتار پزشکان در مرحله معاینه و کمترین آن در مرحله شرح‌حال‌گیری بود. بیشترین میزان خودمحموری در گفتار بیماران در مرحله نتیجه‌گیری و کمترین آن در مرحله معاینه دیده شد. تفاوت این میزان دور از انتظار نیست؛ زیرا در مرحله معاینه بدنی، پزشک بخش‌های مختلف بدن را معاینه می‌کند و بنابر دانش خود، مناسب هر بخش و یا هر مطلبی سخن می‌گوید. در مرحله شرح‌حال‌نویسی قضیه برعکس است؛ زیرا بیمار از سابقه وضعیت خود سخن می‌گوید.

جدول ۴ میزان خودمحموری در گفتار براساس تعداد پاره‌گفتارهای تأیید، تفسیر، بازتاب و توصیه و تعداد کل پاره‌گفتارها

شاخص‌ها	مراحل مکالمه	تعداد پاره‌گفتارهای تأیید، تفسیر، بازتاب و توصیه	تعداد کل پاره گفتارها	میزان خودمحموری در گفتار
بیمار	شرح حال گیری	۹۰	۲۷۸۰	۰/۰۳۲
	معاینه	۴	۲۹۸	۰/۰۱۳
	نتیجه‌گیری	۹۹	۲۱۳۳	۰/۰۴۶
	جمع سه مرحله	۱۹۳	۵۲۱۱	۰/۰۳۷
پزشک	شرح حال گیری	۲۵۷	۲۴۸۶	۰/۱۰۲
	معاینه	۳۰۹	۷۱۳	۰/۴۳۳
	نتیجه‌گیری	۱۴۲۸	۴۵۷۷	۰/۳۱۴
	جمع سه مرحله	۲۰۰۴	۷۷۷۶	۰/۲۵۸

نقش جنسیت، محل سکونت، تأهل، میزان تحصیلات، سن و زبان مکالمه بیماران بر میزان خودمحموری کلامی بیماران، در جدول شماره ۵ قابل مقایسه است.

جدول ۵ میزان خودمحموری کلامی گفتار بیماران، به تفکیک جنسیت، محل سکونت، تأهل، میزان تحصیلات و زبان مکالمه

میزان خودمحموری کلام	میانگین پاره گفتارهای AA, II, CC, RR	جمع پاره گفتارهای AA, II, CC, RR	میانگین پاره گفتارها	تعداد کل پاره گفتارها	تعداد (نفر)	گروه	
						متغیر	گروه
۰/۰۳۳	۱/۷۰	۱۱۷	۵۰/۹۳	۳۵۱۴	۶۹	زن	جنسیت
۰/۰۴۵	۲/۳۸	۷۶	۵۳/۰۳	۱۶۹۷	۳۲	مرد	
۰/۰۳۶	۱/۸۳	۱۴۶	۴۹/۵۴	۴۰۱۳	۸۰	شهر	محل سکونت
۰/۰۳۹	۲/۲۴	۴۷	۵۷/۰۵	۱۱۹۸	۲۱	روستا	

## ادامه جدول ۵

میزان خودمحوری کلام	میانگین پاره گفتارهای AA, II, CC, RR	جمع پاره گفتارهای AA, II, CC, RR	میانگین پاره گفتارها	تعداد کل پاره گفتارها	تعداد (نفر)	گروه	
						متغیر	
۰/۰۳۶	۰/۹۰	۱۷	۲۴/۸۴	۴۷۲	۱۹	مجرد	تأهل
۰/۰۳۷	۲/۱۵	۱۷۶	۵۷/۸۰	۴۷۳۹	۸۲	متأهل	
۰/۰۴۲	۱/۹۴	۱۲۰	۴۶/۲۴	۲۸۶۷	۶۲	زیر دیپلم	تحصیلات
۰/۰۳۲	۱/۸۰	۶۵	۵۵/۶۱	۲۰۰۲	۳۶	دیپلم و کاردانی	
۰/۰۲۳	۲/۶۷	۸	۱۱۴	۳۴۲	۳	کارشناسی و بالاتر	
۰/۰۲۸	۱/۵۰	۹۴	۵۳/۵۷	۳۳۷۵	۶۳	فارسی معیار	زبان مکالمه
۰/۰۵۷	۲/۳۶	۵۲	۴۱/۱۸	۹۰۶	۲۲	ترکیبی فارسی- محلی	
۰/۰۵۰	۲/۹۴	۴۷	۵۸/۱۳	۹۳۰	۱۶	محلی	
۰/۰۲۷	۰/۸۱	۱۳	۳۰	۴۸۰	۱۶	۲۰ و پایین تر	سن
۰/۰۲۳	۱/۳۶	۳۴	۵۸/۶۸	۱۴۶۷	۲۵	۲۱-۴۰	
۰/۰۴۳	۲/۱۸	۱۰۹	۵۱/۱۸	۲۵۵۹	۵۰	۴۱-۶۰	
۰/۰۵۲	۳/۷۰	۳۷	۷۰/۵۰	۷۰۵	۱۰	۶۱ و بالاتر	

نتایج نشان داد که در بین بیماران، خودمحوری کلامی مردان بیشتر از زنان و در روستاییان بیشتر از شهری‌ها است. در بین سطوح مختلف تحصیلی، هرچه میزان تحصیلات پایین‌تر بود، خودمحوری بالاتر رفته است. خودمحوری هنگامی که زبان مکالمه ترکیبی بود، بالاترین میزان را داشت و نسبت‌های بعدی مربوط به زبان محلی و فارسی معیار بود. در سنین مختلف، بیشترین میزان مربوط به بازه سنی ۶۱ و بالاتر و کمترین مربوط به بازه سنی ۲۱-۴۰ بود.



نقش جنسیت، درجه علمی، سن و زبان مکالمه پزشکان بر میزان خودمحوری کلامی آن‌ها را در جدول شماره ۶ نشان داده‌ایم.

جدول ۶ میزان خودمحوری کلامی پزشکان، به تفکیک جنسیت، درجه علمی، زبان مکالمه و سن

میزان خودمحوری کلام	جمع پاره‌گفتارهای AA,II,CC,RR	تعداد کل پاره‌گفتارها	تعداد (نفر)	متغیر	
۰/۲۵۵	۸۰۷	۳۱۵۵	۱۱	زن	جنسیت
۰/۲۵۷	۱۱۸۹	۴۶۲۱	۱۵	مرد	
۰/۲۶۶	۱۸۳۸	۶۹۰۸	۲۴	استادیار	درجه علمی
۰/۱۸۲	۱۵۸	۸۶۸	۲	دانشیار	
۰/۲۴۶	۱۳۵۷	۵۵۱۱	۱۸	فارسی معیار	زبان مکالمه
۰/۲۹۶	۵۵۶	۱۸۷۳	۷	ترکیبی فارسی-محلی	
۰/۲۰۹	۸۲	۳۹۲	۱	محلی	
۰/۲۶۳	۱۱۲۸	۴۲۸۱	۱۵	۳۰-۴۰	سن
۰/۲۴۸	۶۹۸	۲۸۰۵	۹	۴۱-۵۰	
۰/۲۲۶	۱۶۹	۷۴۵	۲	۵۱ و بالاتر	

هرچند پزشکان در برابر بیماران خودمحوری کلامی بیشتری دارند، آزمون t-test بین خودمحوری کلامی پزشکان زن و مرد اختلاف معنی‌دار نشان نداد (۰/۲۵۷ برابر ۰/۲۵۵) ( $P > 0.05$ )؛ اما با بالا رفتن درجه علمی، از این میزان کاسته شد. بالاترین خودمحوری کلام زمانی دیده شد که پزشک از زبان ترکیبی برای مکالمه استفاده کرد. با بالا رفتن سن پزشکان، این میزان کاهش یافت. تأثیر تشابه جنسیتی یا تفاوت آن در میزان خودمحوری کلام پزشکان را در جدول شماره ۷ نشان داده‌ایم. زمانی که جنسیت پزشک و بیمار متفاوت بود، میزان محوریت کلام پزشک افزایش و درحالت تشابه جنسیتی کاهش یافت.

جدول ۷ میزان خودمحوری گفتار پزشکان، به تفکیک جنسیت

جنسیت	خودمحوری کلامی
پزشک مرد - بیمار زن	۰/۲۶۶
پزشک مرد - بیمار مرد	۰/۲۱۳
پزشک زن - بیمار زن	۰/۱۷۰
پزشک زن - بیمار مرد	۰/۲۳۸

## ۶. بحث و نتیجه‌گیری

اطلاعات به دست آمده در این مطالعه، همانند مطالعات سایر محققین ( Stiles & Putnam, 1979: 355; Knight & Stiles, 1987: 727; Stiles & Shapiro, 1988: 728; McCaughey & Stiles, 1983: 78; Cansler & Stiles, 1981: 459; Stiles & Waszak, 1979: 158) تأیید می‌کند که تعامل کلامی بین پزشک و بیمار فرآیندی پویا و دوطرفه است و براساس انتظارات هریک از طرفین در هر بخش مکالمه، میزان تلاش آنان در کنترل و هدایت مکالمه و نوع و میزان پاره‌گفتارهای آنان تغییر می‌یابد. به‌طور کلی، پزشکان در این نوع مکالمه از خودمحوری کلامی بسیار بیشتری نسبت به بیماران برخوردار هستند؛ اما نسبت آن در مراحل مختلف تعامل کلامی، متفاوت است. شریفی و غنی در تحقیق خود، بیان کردند که بیماران به دلیل رابطه یک‌طرفه قدرت ازسوی پزشک خود، کمتر اظهارنظر می‌کنند و تنها به تصدیق می‌پردازند (شریفی و غنی، ۱۳۹۱: ۱۵۵).

خودمحوری کلامی پزشکان از کمترین میزان در مرحله شرح‌حال‌گیری به بیشترین میزان در مرحله معاینه تغییر یافت؛ درحالی که بیماران بیشترین خودمحوری را در مرحله نتیجه‌گیری نشان دادند و در دو مرحله دیگر، به‌ویژه در مرحله معاینه، کمترین خودمحوری را داشتند. این تغییرات از دیدگاه بالینی غیرمنتظره نیستند؛ زیرا در بخش شرح‌حال‌گیری، کلام پزشک بیشتر پرسش است که برای جمع‌آوری اطلاعات صورت می‌گیرد و بیمار در دادن اطلاعات، بیشتر از آشکارسازی و بازتاب استفاده می‌کند. در معاینه بدنی، پزشک بیشتر از توصیه استفاده می‌کند؛ ولی بیمار به دادن اطلاعات ادامه می‌دهد. در قسمت نتیجه‌گیری، پزشکان بیشتر از توصیه برای ارائه درمان استفاده می‌کنند و بیمار بیشتر از قبل، از پرسش استفاده می‌کند.

در این مطالعه نشان دادیم که نسبت این خودمحوری و هدایت مکالمه ازسوی پزشک در مرحله شرح حال گیری، معاینه و نتیجه گیری، به ترتیب  $3/2$ ،  $33/3$  و  $6/8$  برابر خودمحوری بیمار بوده است. تفاوت زیاد خودمحوری در بخش معاینه، شاید به این دلیل باشد که بیمار در این وضعیت، بنا بر شرایط، کاملاً در حالت منفعل قرار دارد و به این دلیل، محوریت کلام در دست پزشک است.

این نتایج با کار استایلز در کارولینای شمالی آمریکا همخوانی دارد. در تحقیق وی، نسبت خودمحوری کلامی پزشک به بیمار در این سه مرحله، به ترتیب  $6/6$ ،  $10/2$  و  $2/4$  برابر بود (Stiles, 1979: 355). تفاوت نسبت‌ها در این دو مطالعه، شاید به این دلیل باشد که در ایران، پزشک برای مردم از جایگاه بالاتری برخوردار است و بیماران به دلیل آشنایی کمتر با حقوق خود، کم‌روتر هستند و خودمحوری کمتری دارند؛ به‌ویژه در مرحله معاینه که پزشکان اجازه کنترل بیمار و ورود به حریم خصوصی بیمار، معمولاً تا حد نزدیکان درجه یک را می‌یابند. در ایران، این اختلاف با نسبت بسیار بالاتری دیده می‌شود.

با توجه به جایگاه اجتماعی پزشک در جامعه ایرانی، در این مطالعه نشان دادیم که میزان خودمحوری پزشک، به‌طور کلی  $6/97$  برابر بیمار بوده است. با توجه به شرایط مرحله معاینه بیمار، بالاترین خودمحوری پزشک در مرحله معاینه، به میزان  $0/433$  به‌دست آمد. تحقیقات دیگر در این زمینه نشان داده‌اند که خودمحوری کلامی بالای  $0/5$ ، به‌ندرت وجود دارد (Stiles, Lyall, Knight, Ickes, Waung & Hall, 1997: 759).

در این مطالعه، نشان دادیم که بین میزان خودمحوری و کنترل مکالمه بیماران مرد و زن، اختلاف معنی‌دار وجود دارد و خودمحوری کلامی بیماران مرد بیشتر از بیماران زن است (تقریباً  $1/7$  برابر). این مطلب با مطالعات دیگران همخوانی دارد (زاهاریس و پیتمن، 2004؛ اسلاتر، ادواردز و هال، 2002؛ بلنچ، هال، روتر و دیگران، 2008). مکالمه از دیدگاه مردان ابزاری است که اگر بتوانند، با آن موقعیت خود را بالا می‌برند؛ اما زنان خود را در تعامل با دیگران در یک شبکه می‌بینند و با گفت‌وگو به دنبال تأیید و حمایت هستند و می‌کوشند خود را از رانده شدن توسط دیگران حفظ کنند (Tannen, 1990: 225). گرچه خودمحوری کلامی پزشکان مرد نیز بیش از پزشکان زن بود، اختلاف بین آنان معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )؛ شاید به این دلیل که موقعیت و طبقه اجتماعی هر دو گروه نسبت به بیماران در یک سطح و بالاتر



بوده است.

در این مطالعه، همسو با نظر استایلز، لیال، نایت و دیگران (Stiles, Lyall, Knight, Ickes, ) و هال، ایریش، روتر و دیگران (Hall, Irish, Roter, ) (Waug & Hall, 1997: 759) و Ehrlich & Miller, 1994: 384)، دانستیم که پزشکان مرد زمانی که بیمارشان زن بود، خودمحوری کلامی بیشتری داشتند و زمانی که بیمارانشان مرد بودند، از خودمحوری کلامی کمتری برخوردار بودند. پزشکان زن هنگامی که بیمار مرد داشتند، نسبت به زمانی که بیمارشان زن بود از خودمحوری کلامی بیشتری برخوردار بودند. این حقیقت نشان می‌دهد که هرگاه جنسیت پزشک و بیمار برابر باشد، میزان خودمحوری کلامی پزشک کمتر از زمانی است که تفاوت جنسیتی بین آن‌ها وجود دارد.

با افزایش سن، رفتار زبانی تغییر می‌کند (Chambers & Trudgill, 1980: 99). در سنین مختلف بیماران، بیشترین میزان خودمحوری کلامی، به ترتیب مربوط به بازه سنی ۶۰-۴۱ و ۶۱ و بالاتر بود. از آنجا که افراد مسن احساس نزدیکی و صمیمیت بیشتری می‌کنند، فاصله کمتری بین خود و پزشک احساس می‌کنند و در نتیجه، بیشتر از عباراتی استفاده می‌کنند که بر خودمحوری کلامی دلالت می‌کند (Brown & Levinson, 1960: 272) یا با بالا بردن خودمحوری، اهمیت خود را نشان می‌دهند (Tannen, 1994: 56).

با افزایش سن پزشکان و کسب درجه علمی بالاتر، میزان خودمحوری کلامی آن‌ها کاهش یافته است. افزایش توأمان تجربه و علم، نیاز آنان به بهره‌گیری از پاره‌گفتارهای مؤثر بر خودمحوری را کاهش می‌دهد؛ به سخن دیگر، با افزایش تجربه، پزشک بیشتر به گوش کردن تمایل دارد تا صحبت کردن (Slater, Edwards & Hall, 2002: 341-357).

در مجموع، نتیجه می‌گیریم که پزشکان در تعامل کلامی با بیمار به میزان قابل توجهی خودمحوری کلامی بیشتری دارند؛ هرچند این میزان در مراحل مختلف شرح‌حال‌گیری، معاینه و نتیجه‌گیری متفاوت بود. متغیر جنسیت نیز از عوامل تأثیرگذار بر خودمحوری کلامی به‌شمار می‌رود. در بیماران، بین خودمحوری زن و مرد اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P > 0.05$ )؛ اما اختلاف بین خودمحوری پزشکان زن و مرد معنی‌دار نبود ( $P > 0.05$ ). تفاوت جنسیتی بین پزشک و بیمار باعث افزایش خودمحوری پزشکان شد و تشابه جنسیتی آن‌ها باعث کاهش آن.



خودمحموری کلامی پایین در افراد با موقعیت پایین، نشان می‌دهد که آن‌ها از به‌کار بردن عباراتی که آن‌ها را در مرکز قرار می‌دهد (توصیه، تفسیر، تأیید و بازتاب)، خودداری می‌کنند. محوریت افراد با درجه‌ی نزدیکی تغییر می‌کرد و بالا می‌رفت که این امر می‌تواند به این معنا باشد که متعاملین سطح خودمحموری را به‌منظور نشان دادن اهمیت خود اعمال می‌کنند. به‌طور خلاصه، از آنجا که پزشکان نباید فراموش کنند که ارتباطشان با بیماران بیشتر کلامی است و نتیجه‌ی مکالمات بین آنان، یافتن راه‌های مؤثرتر و سریع‌تر برای درمان مشکل بیمار است، آگاهی یافتن از عوامل مؤثر، همچون میزان خودمحموری و جنسیت هریک از طرفین، می‌تواند برای رسیدن به نتیجه‌ی دلخواه، به کمک پزشکان و بیماران آید.

## ۷. پی‌نوشت‌ها

1. parental
2. informative
3. interpretive
4. counselor
5. presumptuousness
6. verbal response mode
7. disclosure
8. edification
9. advisement
10. confirmation
11. question
12. acknowledgement
13. interpretation
14. reflection
15. form
16. pragmatic meaning
17. pure mode
18. mixed

## ۸. منابع

- رهبر، بهزاد؛ محمودی بختیاری، بهروز و گیتی کریم خانلویی (۱۳۹۱). «رابطه‌ی جنسیت و قطع گفتار: بررسی جامعه‌شناختی زبان». *جستارهای زبانی*. ش ۴ (پیاپی ۱۲). دانشگاه

- تربیت مدرس.
- شریفی، شهلا و فرزانه غنی (۱۳۹۱). «بررسی انواع پاسخ‌های بیماران در گفتمان پزشکی و بیمار». *مجموعه مقالات دومین هم‌اندیشی تحلیل گفتمان و کاربردشناسی*. دانشگاه فردوسی مشهد.
  - مدرسی، یحیی (۱۳۸۷). *درآمدی بر جامعه‌شناسی زبان*. تهران: مؤسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.
  - محمدیان، امیر (۱۳۹۱). *بررسی چگونگی بیان درد در سخنگویان فارسی‌زبان در چارچوب تحلیل زبان درد هلیدی*. رساله دکتری. دانشگاه فردوسی مشهد.
  - میرسعیدی، کیانوش (۱۳۷۶). *بررسی صورت‌های خطاب در زبان فارسی با توجه به نقش اجتماعی افراد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی. واحد تهران مرکزی.
  - ناصح، محمدمین و زهرا استادزاده (۱۳۸۹). «تحلیل زبانی- اجتماعی گفتمان پزشک و بیمار فارسی‌زبان». *زبان‌شناسی و گویش‌های خراسان*. ش ۲. دانشگاه فردوسی مشهد.

#### References:

- Blanch, D.C.; J.A. Hall; D.L. Roter & R.M. Frankel (2008). "Medical student gender and issues of confidence". *Patient Education and Counseling*. Vol. 72. pp. 374-381.
- Brown, P. & S. Levinson (1978). "Universals in language usage: Politeness phenomena". In E. N. Goody, (Ed.), *Questions and Politeness: Strategies in Social Interaction*. pp. 56- 324. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Brown, R. & A. Gilman (1972). *The Pronoun of Power and Solidarity*. Laver and Hutcheson.
- Cansler, D. C. & W.B. Stiles (1981). "Relative status and interpersonal presumptuousness". *Journal of Experimental Social Psychology*. Vol. 17. pp.



459-471.

- Chambers, J.K. & P. Trudgill (1980). *Dialectology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emanuel E.J. & L.L. Emanuel (1992). "Four models of the physician-patient relationship". *JAMA*. 276(16). pp. 221-6.
- Hall, J.A.; J.T. Irish; D.L. Roter; C.M. Ehrlich & L.H. Miller (1994). "Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting". *Health Psychol.* Vol. 13. pp. 384-92.
- Knight, D. P. & W.B. Stiles (1987). "Gender and verbal interaction in therapy". *Paper Presented at the Society for Psychotherapy Research Meeting*. Ulm, Federal Republic of Germany.
- McCaughey, K.J. & W.B. Stiles (1983). "Courtroom interrogation of rape victims: Verbal response mode use by attorneys and witnesses during direct examination vs. cross-examination". *Journal of Applied Social Psychology*, 13, pp. 78-87.
- Mirsaedi, K. (1997). *Survey of Kinds of Addressing in Persian Language According to the Social Roles of Persons*. M.A. Thesis. Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran [In Persian].
- Modarresi, Y. (2008). *An Introduction to Sociolinguistics*. Tehran: Institute for Humanities and Cultural Studies [In Persian].
- Mohammadian, A. (2012). *Studying How Pain is Expressed by Persian Speakers According to Halliday's Model*. Ph.D. Dissertation. Faculty of Letters and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad [In Persian].
- Naseh, M. & Z. Ostadzadeh (2010). "A sociolinguistic analysis of the doctor-patient talk in Persian". *Journal of Linguistics & Khorasan Dialect*. Ferdowsi University of Mashhad. Vol. 2 , No. 2. pp. 139-153 [In Persian].
- Rahbar, B.; B. Mahmoodi Bakhtiari & G. Karimi Khanlooi (2013). "The

- relationship between gender and speech interruption: a sociolinguistic study". *Language Related Research (Comparative Language and Literature Research)*. Vol. 3, No. 4(12). pp. 135-147 [In Persian].
- Sandler, G. (1980). "The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests". *Am. Heart J.* 100, I. pp. 928-93.
  - Schaap, C.; L. Meeuwesen & C. van der Staak (1991). "Verbal analysis of doctor-patient communication". *Social Science Med.* 32(10). pp. 1143-50.
  - Sharifi, S. & F. Ghani (2012). "Evaluation of the response of patients in the physician-patient dialogue". *Proceedings of the Second Seminar of Discourse Analysis and Pragmatics*. pp. 155-173 [In Persian].
  - Slater, W.; K.J. Edwards & T.W. Hall (2002). "Gender differences in spirituality among college students". *Paper Presented at the National Convention of the Christian Association for Psychological Studies*. Chicago, IL
  - Stiles W.B. (1992). *Describing Talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes*. Sage: Newbury Park
  - -----; C.S. Waszak & L.R. Barton (1979). "Professorial presumptuousness in verbal interactions with university students". *J. Expl Soc. Psychol.* 15. pp. 158-169.
  - Stiles, W.B. & M.C. Jacob (1984). "Question- asking by patients in initial medical interviews: Sequential analysis of verbal antecedents and consequences". *Paper Presented at the Midwestern Psychological Association Convention*. Chicago, Illinois.
  - Stiles, W.B. (1982). "Psychotherapeutic process: Is there a common core"? In L. E. Abt & I. R. Stuart (Eds.), *The Newer Therapies: A Sourcebook*. NewYork: Van Nostrand Reinhold. pp. 4-17.
  - ----- (1991). "Quality control in qualitative research". *Manuscript Submitted for Publication*.
  - Stiles, W.B.; D.A. Shapiro & J.A. Firth-Cozens (1988). "Verbal response mode



use in contrasting psychotherapies: A within- subjects comparison". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56. pp. 727-733.

- Stiles, W.B.; S.M. Putnam; S.A. James & M.H. Wolf (1979). "Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews". *Social Science & Medicine*. 13A. pp. 335-341.
- Stiles, L.M.; D.P. Lyall; W. Knight; M. Ickes; C.L. Waung & B.E. Hall (1997). "Gender differences in verbal presumptuousness and attentiveness". *Personality and Social Psychology Bulletin*. Vol. 23. Issue. 7. pp. 759-772.
- Tannen, D. (1990). *You Just Don't Understand*. Random House.
- Tannen, D. (1994). *Gender and Discourse*. Oxford University Press.
- Zaharias, G. & L. Piterman (2004). "Doctors and patients: gender interaction in the consultation". *Academic Medicine*. 79(2): pp. 148-155.