

میانگین زمان مشاوره پزشکان عمومی و عوامل مؤثر بر آن در شهر گرگان

دکتر وحید خوری: * دانشیار، مرکز تحقیقات قلب و عروق، گروه فارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر ادوین بیوکیانس: پزشک عمومی، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

شیما چنگیزی: کارشناس ارشد اقتصاد و مدیریت بیمارستانی، مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی گلستان، گرگان

دکتر ابوالقاسم پور رضا: استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و بهداشتی - درمانی تهران

رمضان زینعلی: پزشک، مدیریت درمان، سازمان تأمین اجتماعی گلستان، گرگان

فصلنامه پاییش

سال هشتم شماره اول زمستان ۱۳۸۷ صص ۴۷-۳۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۸/۹

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۵ اسفند ۱۳۸۷]

چکیده

فرآیند مشاوره یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مراقبت از بیمار به شمار می‌آید. تحقیق حاضر با هدف تعیین متوسط زمان مشاوره و عوامل مؤثر بر آن در پزشکان عمومی شهر گرگان انجام شده است. در این پژوهش، ۶۲۰ مورد مشاوره، از ۶۲ پزشک عمومی، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها پس از ورود به رایانه تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان دادند که متوسط زمان مشاوره در گرگان $6/9 \pm 2/6$ دقیقه بود. زمان مشاوره با افزایش میانگین اقلام داروهای تجویزی و افزایش تعداد دفعات قطع مشاوره، افزایش می‌یافتد ($P < 0.05$). زمان مشاوره با عواملی از قبیل تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار، سطوح تحصیلی وی و حجم تجویز نسخ توسط پزشک ارتباط مستقیم داشت ($P < 0.05$). زمان مشاوره در پزشکان شهر گرگان، نسبت به بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، کمتر است.

عوامل متعددی مانند تعداد زیاد بیماران در اتاق انتظار و حجم زیاد تجویز توسط پزشک می‌تواند این کاهش را توضیح دهد.

کلیدواژه‌ها: زمان مشاوره، پزشک عمومی، تجویز غیرمنطقی

* نویسنده پاسخگو: کیلومتر ۲ جاده گرگان - ساری، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، مجموعه فلسفی، مرکز تحقیقات قلب و عروق گلستان

تلفن: ۰۱۷۱-۴۴۲۱۶۵۱-۲

E-mail: vaph99@yahoo.com

مقدمه

می‌شوند. پزشکان برای بیمارانی که مشکلات جدیدی مطرح می‌کنند، وقت بیشتری نسبت به بیمارانی صرف می‌کنند که از مشکلات بحث شده قبلی شاکی هستند^[۵]. در مشاوره طولانی، احتمال تجویز دارو توسط پزشک کمتر است^[۶].

به علت وجود تفاوت‌های عمدۀ در ساختار نظام‌های بهداشتی کشورهای مختلف، اختلافات چشمگیری در زمان مشاوره دیده می‌شود و عوامل تعیین کننده زمان مشاوره در یک کشور، قابل تعمیم به کشورهای دیگر نیست^[۷].

با توجه به اهمیت اندازه‌گیری فرایند و زمان مشاوره، بر آن شدید تا اجرای این مطالعه، زمان مشاوره و عوامل تأثیرگذار و مداخله‌گر آن در پزشکان شهر گرگان را تعیین کنیم.

مواد و روش کار

مطالعه انجام شده از نوع توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی بوده است.

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق، پزشکان عمومی شهرستان گرگان بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به برآورده واریانس ۸ دقیقه‌ای برای زمان مشاوره^[۵] و دقت ۲ دقیقه‌ای در سطح اطمینان ۹۵ درصد، برای دسترسی به اهداف پیش‌بینی شده، حداقل ۶۲۰ مورد زمان مشاوره پزشک با بیمار مورد مشاهده قرار گرفت.

با توجه به تعداد ۱۹۰ پزشک عمومی در سطح شهر گرگان، حداقل از هر سه پزشک، یک پزشک و در کل، ۶۲ پزشک انتخاب شدند و به ازای هر پزشک ۱۰ بیمار مورد مشاهده قرار گرفتند. سپس با مراجعه مستقیم به پزشک، بدون اطلاع وی از هدف اصلی تحقیق، زمان مشاوره مشخص شد.

هم‌زمان با این عمل، بیماران خارج شده از مطب، پرسشنامه‌ای را در ارتباط با داروهای تجویز شده و رضایت از پزشک پر کردند. فرم‌های پر شده و داده‌های آنها دسته‌بندی و رابطه بین زمان مشاوره و پارامترهای مورد بررسی، توسط آزمون‌های آماری بررسی شدند. اطلاعات به دست آمده، پس از ورود به رایانه، از طریق نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

برای بررسی رابطه متغیرهای مستقل کیفی با زمان مشاوره از آزمون U و من ویتنی و کروسکال والیس و جهت ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون‌های ضربی همبستگی پیرسون استفاده شد.

مهم‌ترین عوامل مرتبط با تجویز غیرمنطقی دارو شامل بیمار (اطلاعات غلط دارویی، عقاید گمراه کننده و ناتوانی در ارتباط با پزشک)، فرد تجویز کننده (فقدان آموزش و دوره‌های بازآموزی، فقدان اطلاعات دارویی مناسب، حجم زیاد کاری و فشار بیمار به پزشک)، صنایع داروسازی (ادعاها گمراه کننده و تشویق پزشک به تجویز دارو)، شرکت‌های پخش دارویی (کمبودهای مقطوعی دارو) و قوانین دارویی (در دسترس بودن داروهای با اینمی پایین و عدم نظارت در مصرف خودسرانه دارو) هستند^[۱]. با توجه به موارد یاد شده در مورد خطاهای دارویی و عوامل مؤثر بر آن به نظر می‌رسد برای جلوگیری از تجویز غیرمنطقی دارو، شناخت هر یک از عوامل مؤثر در نسخه نویسی، تجویز دارو، نسخه پیچی و پایش بیمار می‌تواند به جلوگیری از تجویز غیرمنطقی دارو کمک کند و یکی از مهم‌ترین عواملی که از طرف بیمار مطرح می‌شود و به پزشک ارتباط دارد، زمان مشاوره پزشک است.

زمان مشاوره عبارت است از زمان طی شده از لحظه ورود بیمار به اتاق مشاوره تا لحظه ترک اتاق توسط بیمار. البته مراجعت بعدی بیمار برای بررسی نتایج آزمون‌های آزمایشگاهی و تصویر برداری نیز جزء زمان مشاوره محسوب می‌شود^[۲].

استفاده صحیح و مناسب از زمان برای یک مشاوره مطلوب و مؤثر ضروری است. مشخص شده است که مشاوره طولانی‌تر، هم بازده بیشتری دارد و هم نیاز بیمار به مشاوره‌های بعدی را کمتر می‌کند. توصیه شده که هر مشاوره ایده‌آل باید حدود ۱۰ دقیقه طول بکشد. اگر چه مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زمان واقعی مشاوره، عددی بین ۱ تا ۲۹ دقیقه بوده است^[۳].

با توجه به این که اکثر پزشکان با عامل محدودیت زمان مواجه هستند، بررسی‌های زیادی در ارتباط با زمان مشاوره از جنبه‌های گوناگون، از قبیل میزان رضایت بیمار، الگوهای تجویز دارو، فشار کاری پزشک، درآمد پزشک و غیره، صورت گرفته است^[۴].

آن دسته از ویژگی‌های مربوط به پزشک که بیشترین تأثیر را در زمان مشاوره دارند عبارتند از: سن پزشک، جنس پزشک، نگرش پزشک به مشکلات روحی - روانی و تعداد بیماران در اتاق انتظار به متابه ویژگی‌های مربوط به پزشک که بیشترین تأثیر را در زمان مشاوره دارند^[۵].

سن و طبقه اجتماعی بیمار، مشکلات روحی - روانی و مسائل رفتاری در بیمار، از عوامل تعیین کننده در زمان مشاوره محسوب

بیماران دیپلمه به $2/6 \pm 6/6$ دقیقه کاهش و در بیماران بالاتر از

دیپلم به $7/7 \pm 2/2$ دقیقه افزایش یافت ($P < 0.001$).

تأثیر جنسیت بیمار در میزان میانگین زمان مشاوره، در بیماران مرد، $6/3 \pm 2/2$ دقیقه و در بیماران زن، $2/8 \pm 7/5$ دقیقه بود ($P < 0.001$). اطلاعات دارویی بیمار در میانگین زمان مشاوره تأثیری نداشت. وجود سابقه بیماری قبلی در فرد در میانگین زمان مشاوره تأثیر معنی داری داشت. به طوری که میانگین زمان مشاوره در بیماران با سابقه قبلی بیماری، $5/9 \pm 2/8$ و در بیماران بدون سابقه قبلی، $2/3 \pm 7/3$ دقیقه افزایش یافت. وجود مشکلات روانی - اجتماعی در فرد، در بیمارانی که با این مشکل روبرو بوده‌اند، میانگین زمان مشاوره $2/1 \pm 12/7$ دقیقه بود؛ در حالی که در بیماران فاقد مشکلات روانی - اجتماعی، میانگین مورد نظر $2 \pm 6/4$ بوده است ($P < 0.001$).

در جدول شماره ۲، رابطه بین متغیرهای کمی مربوط به بیمار با میانگین زمان مشاوره نشان داده شده است. سن بیمار، تعداد مشکلات مطرح شده از طرف بیمار، تعداد دفعات قطع مشاوره (نمودار شماره ۱)، تعداد بیماران در اتاق انتظار (نمودار شماره ۲)، میانگین تعداد اقلام داروهای نسخه شده (نمودار شماره ۳)، تعداد اقلام داروهای تزریقی با میانگین زمان مشاوره، رابطه معنی‌دار داشته‌اند، ولی رابطه سن و مدت طبابت پزشک با زمان مشاوره معنی‌دار نبوده است.

نتایج تحقیق نشان می‌دهند (جدول شماره ۲) که در میان پزشکان عمومی گرگان، زمان مشاوره بیماران جوان‌تر (پایین‌تر از ۲۰ سال)، زیاد و همزمان با افزایش سن تا ۴۰ سالگی، زمان مشاوره کم می‌شود. بعد از آن، همزمان با افزایش سن بیمار، زمان مشاوره به صورت معنی‌داری (در بیماران مسن بالای ۶۰ سال) افزایش می‌یابد ($P < 0.001$).

یافته‌ها

۶۲۰ مورد مشاوره از ۶۲ پزشک عمومی شهرستان گرگان مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد، ۴۶۰ (۷۴/۲ درصد) مشاوره مربوط به پزشکان مرد و ۱۶۰ (۲۵/۸ درصد) مورد مربوط به پزشکان زن بوده است.

اکثریت بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان در مطالعه ما از طبقه اجتماعی پایین (۹۵/۳ درصد)، بدون سابقه بیماری قبلی (۶۹ درصد) و بدون مشکلات روانی - اجتماعی (۹۳ درصد) بودند. همچنین از اکثر بیماران در حین معاينه توسط پزشکان تاریخچه بیماری (۷۶/۱ درصد) و تاریخچه دارویی (۹۲ درصد) گرفته شده است.

برای انجام معاينات فيزيکي، اکثر بیماران به صورت سريالي (۵۶/۸ درصد) معاينه شده‌اند. بيماري جسمي، مهم‌ترین شكایت بيماران در تقریباً ۸۷ درصد از موارد بود. ۹۴/۸ درصد از بيماران، از پزشکان رضایت کامل داشتند. در تقریباً ۹۰ درصد از بيماران، دارو تجویز شد و اکثر بيماران (۹۳/۴ درصد) دارای تحصيلات دیپلم و زير دیپلم بودند.

جدول شماره ۱، رابطه بین متغیرهای كيفي مربوط به پزشک را با میانگین زمان مشاوره نشان مي‌دهد. میانگین زمان مشاوره با متغیرهایی از قبيل محل طبابت پزشک، پرسيدن تاریخچه بيماري و دارويي، تجویز دارو برای بيمار، آشنایي پزشک با سابقه بيماري فرد، تجدید نسخه‌های قبلی، بررسی نتایج پاراکلينيك و انجام معاينه فيزيکي، ارتباط معنی‌داری داشته است. ولی زمان مشاوره با جنس پزشک، آموزش پزشک در مورد نحوه مشاوره و اعتقاد پزشک به اهمیت مشاوره، ارتباط معنی‌داری نداشت. رابطه بین متغیرهای كيفي مربوط به بيمار و میانگین زمان مشاوره در مورد عامل ميزان تحصيلات در بيماران زير دیپلم $2/5 \pm 7$ دقیقه بود که اين ميزان در

جدول شماره ۱- رابطه متغیرهای کیفی مربوط به پزشک با زمان مشاوره در پزشکان عمومی شهرستان گرگان

P	میانگین زمان مشاوره به دقیقه (SD \pm)	متغیر
<0/001		محل طبابت
	6/7 \pm 2/6	شهر
	7/5 \pm 2	روستا
>0/5		جنس پزشک
	6/9 \pm 2/5	مرد
	6/9 \pm 2/6	زن
<0/001		آشنایی پزشک با بیماری فرد
	7/5 \pm 2/4	دارد
	5/3 \pm 2/2	ندارد
>0/09		آموزش پزشک در مورد نحوه مشاوره
	6/2 \pm 2/2	بله
	6/9 \pm 2/6	خیر
>0/5		اعتقاد پزشک به اهمیت زمان مشاوره
	6/2 \pm 2/2	بله
	6/9 \pm 2/6	خیر
<0/001		تجدید نسخه قبلی
	5/8 \pm 2/5	بله
	7/1 \pm 2/5	خیر
<0/001		درخواست بررسی پاراکلینیک
	5/4 \pm 2/1	بله
	7 \pm 2/6	خیر
<0/001		پرسیدن تاریخچه بیماری از بیمار
	7/4 \pm 2/5	بله
	5/1 \pm 2	خیر
<0/001		پرسیدن تاریخچه دارویی از بیمار
	7/1 \pm 2/5	بله
	4/5 \pm 2/1	خیر
<0/001		انجام معاینه فیزیکی
	4/2 \pm 1/1	خیر
	6/4 \pm 2/1	سریالی
	8/8 \pm 2/4	خوابیده
<0/001		تجویز دارو توسط پزشک
	7/1 \pm 2/5	بله
	5/3 \pm 2/4	خیر

جدول شماره ۲- ارتباط متغیرهای کمی مربوط به پزشک و بیمار

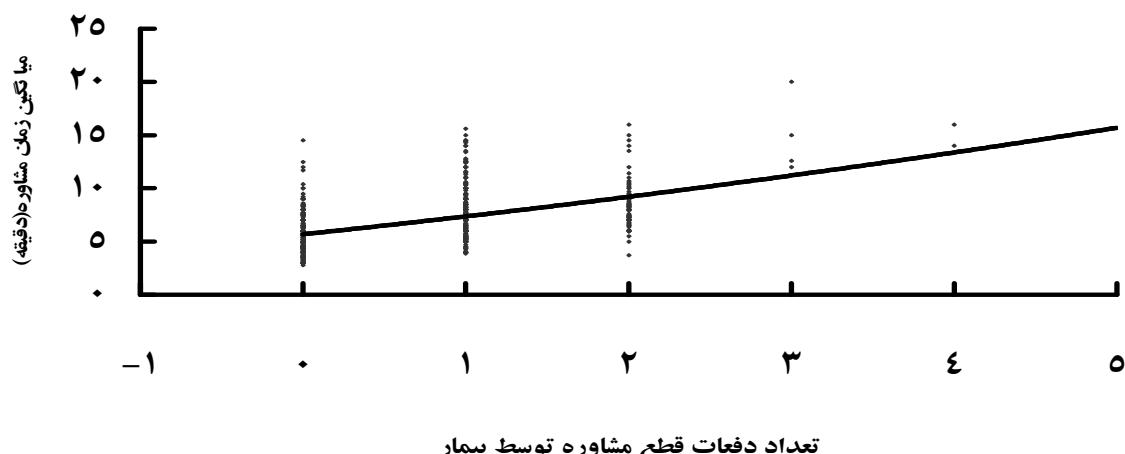
با زمان مشاوره در پزشکان عمومی شهرستان گرگان*

متغیر	زمان مشاوره
عوامل مربوط به پزشک	
سن پزشک	-۰/۰۰۹
مدت طبایت	- ۰/۰۳۰
تعداد اقلام داروهای تزریقی	۰/۱۶۵ ***
تعداد اقلام داروهای با سابقه مصرف قبلی	- ۰/۲۳۴ ***
تعداد اقلام داروهای نسخه شده	- ۰/۱۹۴ ***
عوامل مربوط به بیمار	
تعداد بیماران در اتاق انتظار	- ۰/۱۷۹ ***
تعداد مشکلات مطرح شده	۰/۶۷۰ ***
سن بیمار	۰/۲۹۹ ***
تعداد دفعات قطع مشاوره	۰/۴۹۶ ***

* آماره از نوع همبستگی پیرسون بوده است.

** رابطه در سطح $P < 0.01$ معنی دار است.

نمودار شماره ۱- ارتباط بین میانگین زمان مشاوره و تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار در پزشکان عمومی شهر گرگان*



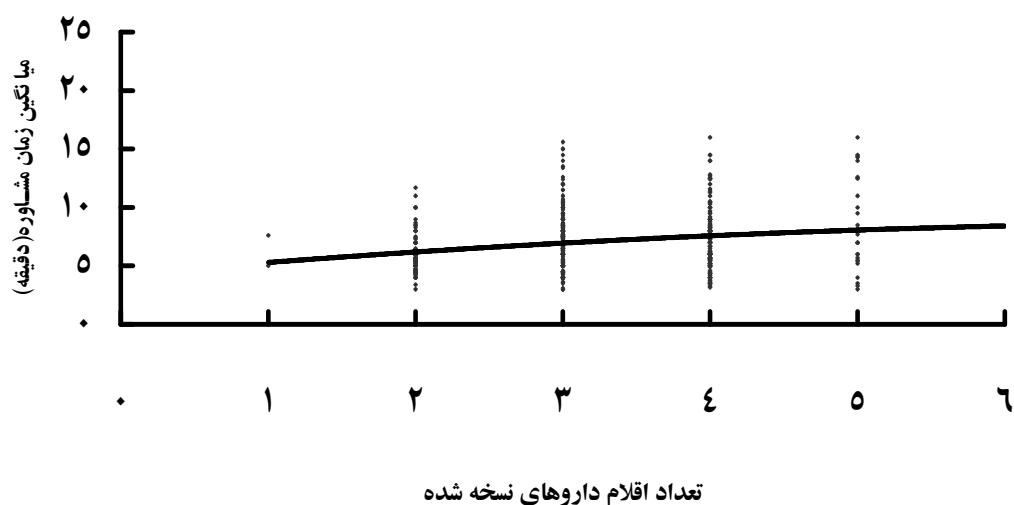
* همان طور که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، همزمان با افزایش تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار، میانگین زمان مشاوره به صورت معنی‌دار و تقریباً خطی افزایش می‌یابد.

نمودار شماره ۲- ارتباط بین میانگین زمان مشاوره و تعداد بیماران در اتاق انتظار در پزشکان عمومی شهر گران



* همان طور که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، میانگین زمان مشاوره به صورت معکوس و تقریباً خطی و معنی‌دار، با افزایش تعداد بیماران در اتاق انتظار کاهش می‌یابد.

نمودار شماره ۳- ارتباط بین میانگین زمان مشاوره و تعداد اقلام داروهای نسخه شده در پزشکان عمومی شهر گران



* همان طور که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، همزمان با افزایش تعداد اقلام داروهای نسخه شده، میانگین زمان مشاوره به صورت تقریباً خطی و معنی‌دار افزایش می‌یابد.

عامل فوق يكى از مهم‌ترین جنبه‌های زمان مشاوره محسوب می‌شود. به اين معنی که پزشكani که بيماران را معاینه دقيق نمی‌کنند زمان مشاوره کوتاه‌تر دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که آموزش پزشكani در مورد نحوه مشاوره، تأثیر معنی‌داری در زمان مشاوره نداشته است. نتایج تحقيقات Howie نشان داد که پزشكani آموزش دیده، زمان مشاوره کوتاه‌تر داشتند [۸] که تا حدودی مشابه نتایج تحقيق حاضر است. در توجيه علت فوق می‌توان به مؤثر نبودن نحوه آموزش، فشار بيمار و مشكلات اقتصادي اشاره کرد. البته برای فهم علت دقیق اين مسئله، به تحقيقات گسترشده‌تری نياز است.

متغيرهای کمی مربوط به پزشك

مطالعه ما نشان داد که هر چه مدت طبابت پزشك بيشتر شود، زمان مشاوره کاهش می‌يابد که ارتباط فوق از نظر آماری معنی‌دار نبود. نتيجه مطالعه Howie بيانگر ارتباط معکوس بين مدت طبابت و زمان مشاوره است [۸] که تأييد کننده يافته تحقيق حاضر است. در مطالعه حاضر، افزایش تعداد اقلام داروهای نسخه شده و همچنين تعداد اقلام داروهای تزریقی به صورت مستقيم، سبب افزایش زمان مشاوره شد (جدول شماره ۲). ولی در مطالعه Lothian نتایج معکوسی به دست آمد. يعني پزشكani با زمان مشاوره کمتر، سرعت تجویز داروی بيشتری داشتند [۱۷]. در هر حال، برای فهم دقیق علت تفاوت نتایج تحقيق حاضر و مطالعات قبلی، به تحقيقات گسترشده‌تری، نياز است.

متغيرهای کيفي مربوط به بيمار

نتایج تحقيق ما نشان می‌دهند که زمان مشاوره در مورد بيماران زن بيشتر از بيماران مرد است.

مطالعات قبلی نيز نشان دهنده نتایج مشابهی هستند [۸، ۵]. Deveugele در توضیح این يافته، پر صحبت بودن بيماران زن و درگيری بيشتر بيماران زن با مسائل روحی - روانی را دليل منطقی ذکر می‌کند [۵]. توضیح فوق می‌تواند دليل خوبی برای يافته‌های تحقيق حاضر نیز باشد.

در مطالعه ما، همزمان با افزایش تحصيلات بيمار به سطح بالاتر از دипلم، زمان مشاوره افزایش يافت ($P < 0.001$). در صورتی که در تحقيقات قبلی، ارتباط منطقی بين دو پارامتر فوق مشخص نشد [۵]. در توضیح اين تفاوت، می‌توان به تغيير در مقیاس اندازه‌گيری تحصيلات و سطوح متفاوت فرهنگی و اجتماعی بين ايران و كشورهای اروپايی اشاره کرد [۵]. در هر حال، می‌توان

بحث و نتيجه گيري

نتایج اين تحقيق نشان می‌دهند که ميانگين زمان مشاوره در ميان پزشكani عمومي شهر گرگان، $6/9 \pm 2/6$ دقيقه است. اين زمان از نتایج به دست آمده در مطالعات Devegele [۵]، Howie [۸]، Hasan [۹] كمتر بوده است. در ادامه، با بحث در مورد عوامل مؤثر بر زمان مشاوره در اين مطالعه، دليل كمتر بودن زمان مشاوره در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات فوق را بررسی می‌كنيم. به طور کلي، عوامل مؤثر در زمان مشاوره به دو دسته عوامل مربوط به پزشك و عوامل مربوط به بيمار تقسيم می‌شوند و هر كدام از اين دو گروه در قالب متغيرهای كيفي و كمي، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

متغيرهای کيفي مربوط به پزشك

زمان مشاوره پزشكani زن و مرد تفاوت معنی‌داری با يكديگر نداشت. Roter [۱۰] و Bensing [۱۱] نشان دادند که زمان مشاوره پزشكani زن بيشتر از پزشكani مرد است. در صورتی که در مطالعه Deveugele ارتباط معنی‌داری بين جنس پزشك و زمان مشاوره مشاهده نشد [۵]. نتيجه تحقيقات قبلی در شهر گرگان نشان دادند که در پزشكani زن، ميانگين اقلام تجویزی، تعداد داروهای تزریقی و تداخلات دارویی نسبت به پزشكani مذکور كمتر است [۱۲، ۱۳]. با توجه به اين که افزایش هر يك از پارامترهای فوق می‌تواند سبب افزایش زمان مشاوره شود، كمتر بودن پارامترها احتمالاً مسبب کاهش ميانگين زمان مشاوره پزشكani مؤثر و عدم تأثير معنی‌دار آن، نسبت به پزشكani مذکور، در تحقيق حاضر شده است. در هر حال، مطالعات بيشتری برای روشن شدن علت تفاوت‌های فوق باید انجام شود.

در مطالعه ما، زمان مشاوره در پزشكani که تاریخچه دارویی و بيماري از بيمار خود می‌گيرند به صورت معنی‌داری بيشتر از پزشكani بود که به اين کار مبادرت نمی‌ورزند. نتيجه تحقيقات قبلی توسيط Hulka [۱۴] و Camasso [۱۵] بيانگر يافته‌های مشابه تحقيق حاضر بود که اين نتيجه می‌تواند بيانگر اهمیت پرسيدن تاریخچه دارویی و بيماري در افزایش زمان مشاوره و رضایت بيمار باشد.

با انجام معاینه فيزيکي، زمان مشاوره به صورت معنی‌دار افزایش می‌يابد. زمان مشاوره در مواردي که معاینه به صورت خوابide انجام می‌شود نيز، نسبت به معاینه سريپاي، افزایش معنی‌داری داشته است و آقای Hulka نتيجه مشابهی را گزارش نمود [۱۴]. ارتباط دو

با استفاده از تحلیل رگرسیون خطی ($R^2 = 0.647$)، اهمیت هر یک از پارامترهای کمی در زمان مشاوره سنجیده شد. نتایج تحلیل نشان می‌دهند که بهترین پارامتر مؤثر در زمان مشاوره، تعداد مشکلات مطرح شده توسط بیمار و بعد از آن به ترتیب، تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار، سن بیمار، تعداد اقلام داروهای نسخه شده، تعداد اقلام داروهای با سابقه مصرف قبلی، تعداد بیماران در انتظار و تعداد اقلام داروهای تزریقی هستند. این نتایج نشان می‌دهند که اگر ۷ پارامتر فوق و تأثیر آن در زمان مشاوره درست سنجش شود، می‌توان تخمین مناسبی در زمان مشاوره، مطابق فرمول زیر، به دست آورد:

$$\text{زمان مشاوره} = \frac{1}{0.26+} + \frac{1}{0.270+} + \frac{1}{0.229-} - \frac{1}{0.111+} - \frac{1}{0.114+} \times (\text{تعداد مشکلات مطرح شده از طرف بیمار}) + \frac{1}{0.483+} + \frac{1}{0.836-} \times (\text{تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار}) -$$

$$(\text{تعداد بیماران در انتظار}) + \frac{1}{0.476+} \times (\text{میانگین اقلام داروهای نسخه شده}) - \frac{1}{0.0+} \times (\text{میانگین اقلام داروهای با سابقه مصرف قبلی}) + \frac{1}{0.270+} \times (\text{میانگین اقلام داروهای تزریقی}) + \frac{1}{0.0+} \times (\text{سن بیمار})$$

زمان مشاوره در شهر گرگان نسبت به بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکا کمتر است. کوتاه بودن زمان مشاوره می‌تواند ناشی از عوامل وابسته به بیمار از قبیل تعداد زیاد بیماران در انتظار و پایین بودن سطح تحصیلات و یا عوامل مربوط به پزشک مثل عدم انجام معاینه بالینی، عدم پرسش درباره سابقه بیمار و عدم آموزش در مورد فرآیند مشاوره باشد.

کاهش زمان مشاوره می‌تواند عواقبی از قبیل افزایش میانگین اقلام تجویزی، افزایش میانگین اقلام تزریقی، افزایش درخواست آزمایش‌های تشخیص طبی، کاهش رضایت بیمار و کاهش ایمان و اعتقاد بیمار به پزشک را به دنبال داشته باشد. بنابراین، توجه به این مقوله در برنامه‌ریزی‌های بخش بهداشت و درمان اهمیت بسیار زیادی دارد و ارتقای سطح آن می‌تواند موجب صرفه جویی منابع انسانی و مالی و استفاده بهینه از این منابع در جامعه شود.

نتیجه‌گیری کرد که با افزایش سطوح تحصیلی در جامعه، احتمالاً زمان مشاوره پزشکان نیز افزایش خواهد یافت.

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که اطلاعات بیمار در مورد داروها، سبب افزایش زمان مشاوره شد، ولی این افزایش معنی‌دار نبود. عدم ارتباط بین زمان مشاوره و اطلاعات داروبی بیمار، نشان می‌دهد که اگر چه پزشک زمان بیشتری را برای آموزش توصیه‌های داروبی به بیمار صرف کرده، ولی همچنین وقت بیشتری نیز احتمالاً صرف موضوعات دیگری از قبیل تشخیص، اخذ تاریخچه بیماری و تاریخچه داروبی، معاینه فیزیکی و قطع مشاوره توسط بیمار شده است. در مطالعات دیگر [۶] نیز نتایج مشابهی به دست آمداند.

متغیرهای کمی مربوط به بیمار

نتایج مطالعه ما حاکی از این بود که افزایش تعداد بیماران در انتظار به صورت خطی، با ضریب همبستگی پیرسون نزدیک به ۱، سبب کاهش زمان مشاوره می‌شود که احتمالاً می‌تواند بیانگر تأثیر عوامل اقتصادی و فشار بیمار بر روی زمان مشاوره باشد (جدول شماره ۲). Deveugele نیز نشان داد که در مواردی که در انتظار، تعداد بیماران خیلی زیاد یا خیلی کم باشند، ارتباط معنی‌داری بین زمان مشاوره و تعداد بیماران به صورت معکوس وجود دارد [۵]. در بیماران مسن، زمان مشاوره به صورت معنی‌داری افزایش می‌باشد که مطالعه Howie در بیماران بالاتر از ۶۵ سال [۸] و همچنین مطالعه Deveugele نیز نشان داد که به ازای هر سال افزایش سن بیمار، زمان مشاوره ۱/۲ ثانیه افزایش می‌باشد [۵]. در توجیه مطلب فوق می‌توان به این موارد اشاره کرد که بیماران مسن عموماً بیماری‌های مختلفی دارند و داروهای زیادی مصرف می‌کنند که احتمال تداخل داروبی و عوارض جانبی زیاد است و واکنش‌های هموستاتیک ضعیفی دارند که سبب افزایش وقوع عوارض جانبی در بیماران مسن تر می‌شود. بنابراین، دلایل فوق می‌توانند توجیه کننده افزایش زمان مشاوره در بیماران مسن باشند.

رابطه بین پارامترهای کمی و زمان مشاوره

منابع

1- Hogerzeil H. Promoting appropriate drug prescription: an international perspective. British Journal of Clinical Pharmacy 1995; 39: 1-6

2- World Health Organization, Public education in rational drug use: report of an informal consultation, Action Programmed on Essential Drugs, WHO/DAP/94.1; 1994

3- Silva N. The consultation and doctor-patient communications. Family Physician 1999; 22: 16-20

4- Freeman GK, Horder J, Howie J, Hungin APS, Hill A, Shah N, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. British Medical Journal 2002; 324: 880-82

- ۵- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal* 2002; 325: 1-6
- ۶- Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 143-47
- ۷- Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 119-22
- ۸- Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *British Medical Journal* 1999; 319: 738-43
- ۹- Hasan MY, Das M, Mourad F. Drug utilization and antibiotics prescribing in primary health care centers in Sharjah. *EMHJ* 1997; 3: 444-51
- ۱۰- Roter D, Lipkin M J, Kortgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care visits. *Med Care* 1991; 11: 1083-93
- ۱۱- Bensing JM, van den Brink-Muinen A, de Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993; 31: 219-29
- ۱۲- روشنده غلامرضا. بررسی کیفی شیوع تداخل دارویی در نسخ پزشکان شهر گرگان در تابستان و پائیز سال ۱۳۸۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گلستان* ۲، ۱۳۸۱ ۲۵-۴۰
- ۱۳- بیک نژاد ایوب. بررسی اثرات آموزش چهره به چهره در کاهش تداخلات دارویی نسخ بیمه‌ای پزشکان شهرستان گرگان در زمستان ۱۳۸۰ و بهار ۱۳۸۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گلستان* ۲، ۱۳۸۱ ۲۸-۴۰
- ۱۴- Hulka BS, Romm FJ, Parkerson GR Jr. Peer review in ambulatory care: use of explicit criteria and implicit judgments. *Med Care* 1979; 17: 1-73
- ۱۵- Camasso MJ, Camasso AE. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. *Soc Sci Med* 1994; 38: 733-48
- ۱۶- Buchnan IC, Richardson IM. Time study of consultations in general practice. In: Scottish health services statistics, no 27. Edinburgh: Scottish Home and Health Department, 1973
- ۱۷- Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 48-54