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 ابولقاسم پوررضا: استادیار ،گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و بهداشتی ـ درمانی تهران
رمضان زینعلی: پزشک، مدیریت درمان، سازمان تأمین اجتماعی گلستان، گرگان

فصلنامه پایش
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، از۶۲ پزشک عمومی، مورد بررسی قرارگرفتند. داده‌ها پس از ورود به رایانه تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان دادند که متوسط زمان مشاوره در گرگان ۲/۶±۶/۹ دقیقه بود. زمان مشاوره با افزایش میانگین اقلام داروهای تجویزی و افزایش تعداد دفعات قطع مشاوره، افزایش می‌یافت (P<۰/۰۵).

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<۰/۰۵). 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 ـ ساری، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، مجموعه فلسفی، ،مرکز تحقیقات قلب و عروق گلستان
تلفن: ۲-۴۴۲۱۶۵۱ -۰۱۷۱
E-mail:vaph99@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

مقدمه

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 (ادعاهای گمراه کننده و تشویق پزشک به تجویز دارو)، شرکت‌های پخش دارویی (کمبودهای مقطعی دارو) و قوانین دارویی (در دسترس بودن داروهای با ایمنی 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 مراجعه 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 ـ روانی و تعداد بیماران در اتاق انتظار به مثابه ویژگی‌های مربوط به پزشک که بیشترین تأثیر را در زمان مشاوره دارند[۵].

سن و طبقه اجتماعی بیمار، مشکلات روحی ـ روانی و مسائل رفتاری در بیمار، از عوامل تعیین کننده در زمان مشاوره محسوب 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 عمده 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 شدیم تا با 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 ـ 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 برآورد 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 ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

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 و۱۶۰ (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 ـ اجتماعی (۹۳ درصد) بودند. همچنین از اکثر بیماران در حین معاینه توسط پزشکان تاریخچه بیماری (۷۶/۱ درصد) و تاریخچه دارویی (۹۲ درصد) گرفته شده است.

برای انجام معاینات فیزیکی، اکثر بیماران به صورت سرپایی (۵۶/۸ درصد) معاینه شده‌اند. بیماری جسمی، مهم‌ترین شکایت بیماران در تقریباً ۸۷ درصد از موارد بود. ۹۴/۸ درصد از بیماران، از پزشکان رضایت کامل داشتند. در تقریباً ۹۰ درصد از بیماران، دارو تجویز شد و اکثر بیماران (۹۳/۴ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند.

جدول شماره ۱، رابطه بین متغیرهای کیفی مربوط به پزشک را با میانگین زمان مشاوره نشان می‌دهد. میانگین زمان مشاوره با متغیرهایی از قبیل محل طبابت پزشک، پرسیدن تاریخچه بیماری و دارویی، تجویز دارو برای بیمار، آشنایی پزشک با سابقه بیماری فرد، تجدید نسخه‌های قبلی، بررسی نتایج پاراکلینیک و انجام معاینه فیزیکی، 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 کیفی مربوط به بیمار و میانگین زمان مشاوره در مورد عامل میزان تحصیلات در بیماران زیر دیپلم ۲/۵ ±۷ دقیقه بود که این میزان در بیماران دیپلمه به ۲/۶ ±۶/۶ دقیقه کاهش و در بیماران بالاتر از دیپلم به ۲/۲±۷/۷ دقیقه افزایش یافت (P<۰/۰۰۱).

تأثیر جنسیت بیمار در میزان میانگین زمان مشاوره، در بیماران مرد، ۲/۲± ۶/۳ دقیقه و در بیماران زن، ۲/۸ ±۷/۵ دقیقه بود (P<۰/۰۰۱). اطلاعات دارویی بیمار در میانگین زمان مشاوره تأثیری نداشت. وجود سابقه بیماری قبلی در فرد در میانگین زمان مشاوره تأثیر معنی‌داری داشت. به طوری که میانگین زمان مشاوره در بیماران با سابقه قبلی بیماری، ۲/۸±۵/۹ و در بیماران بدون سابقه قبلی، ۲/۳ ±۷/۳ دقیقه افزایش یافت. وجود مشکلات روانی - اجتماعی در فرد، در بیمارانی که با این مشکل روبرو بوده‌اند، میانگین زمان مشاوره۲/۱ ±۱۲/۷ دقیقه بود؛ در حالی که در بیماران فاقد مشکلات روانی ـ اجتماعی، میانگین مورد نظر ۲ ±۶/۴ بوده است(P<۰/۰۰۱).

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 بازمان 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<۰/۰۰۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

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

متغیر	میانگین زمان مشاوره به دقیقه (±SD)	P
محل طبابت		<۰/۰۰۱
شهر	۶/۷ ± ۲/۶	
روستا	۷/۵ ± ۲	
جنس پزشک		>۰/۵
مرد	۶/۹ ± ۲/۵	
زن	۶/۹ ± ۲/۶	
آشنایی پزشک با بیماری فرد		<۰/۰۰۱
دارد	۷/۵ ± ۲/۴	
ندارد	۵/۳ ± ۲/۲	
آموزش پزشک در مورد نحوه مشاوره		>۰/۰۹
بلی	۶/۲ ± ۲/۲	
خیر	۶/۹ ± ۲/۶	
اعتقاد پزشک به اهمیت زمان مشاوره		>۰/۵
بلی	۶/۲ ± ۲/۲	
خیر	۶/۹ ± ۲/۶	
تجدید نسخه قبلی		<۰/۰۰۱
بلی	۵/۸ ± ۲/۵	
خیر	۷/۱ ± ۲/۵	
درخواست بررسی پاراکلینیک		<۰/۰۰۱
بلی	۵/۴ ± ۲/۱	
خیر	۷ ± ۲/۶	
پرسیدن تاریخچه بیماری از بیمار		<۰/۰۰۱
بلی	۷/۴ ± ۲/۵	
خیر	۵/۱ ± ۲	
پرسیدن تاریخچه دارویی از بیمار		<۰/۰۰۱
بلی	۷/۱ ± ۲/۵	
خیر	۴/۵ ± ۲/۱	
انجام معاینه فیزیکی		<۰/۰۰۱
خیر	۴/۲ ± ۱/۱	
سرپایی	۶/۴ ± ۲/۱	
خوابیده	۸/۸ ± ۲/۴	
تجویز دارو توسط پزشک		<۰/۰۰۱
بلی	۷/۱ ± ۲/۵	
خیر	۵/۳ ± ۲/۴	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

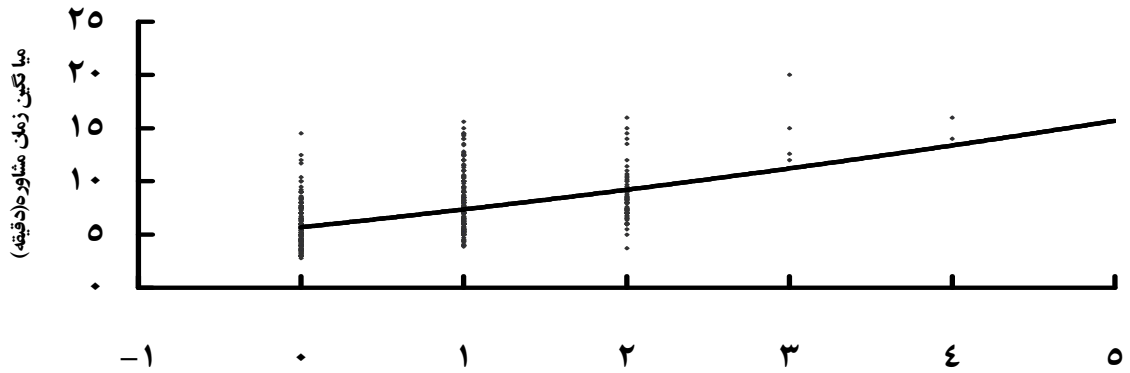
جدول شماره ۲- ارتباط متغیرهای کمی مربوط به پزشک و بیمار با زمان مشاوره در پزشکان عمومی شهرستان گرگان*

متغیر	زمان مشاوره
عوامل مربوط به پزشک	
سن پزشک	-۰/۰۰۹
مدّت طبابت	- ۰/۰۳۰
تعداد اقلام داروهای تزریقي	۰/۱۶۵ **
تعداد اقلام داروهای با سابقه مصرف قبلی	- ۰/۲۳۴ **
تعداد اقلام داروهاي 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 $P<۰/۰۱$ معنی‌دار است.

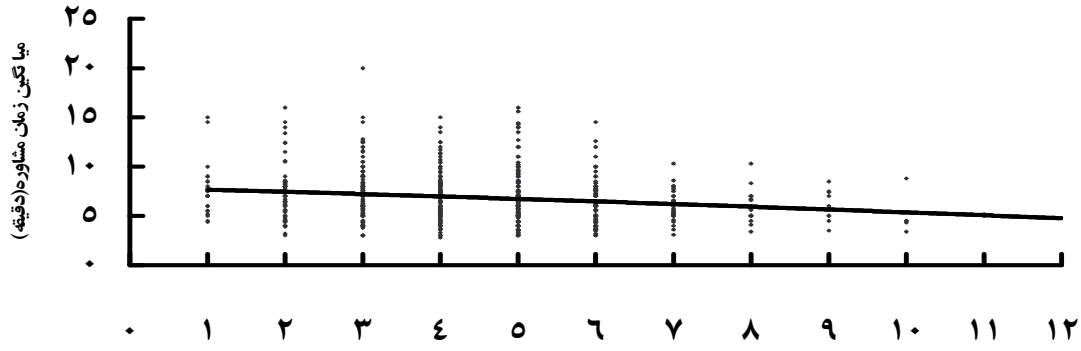
نمودار شماره ۱- ارتباط بین میانگین زمان مشاوره و تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار در پزشکان عمومی شهر گرگان*



* 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.

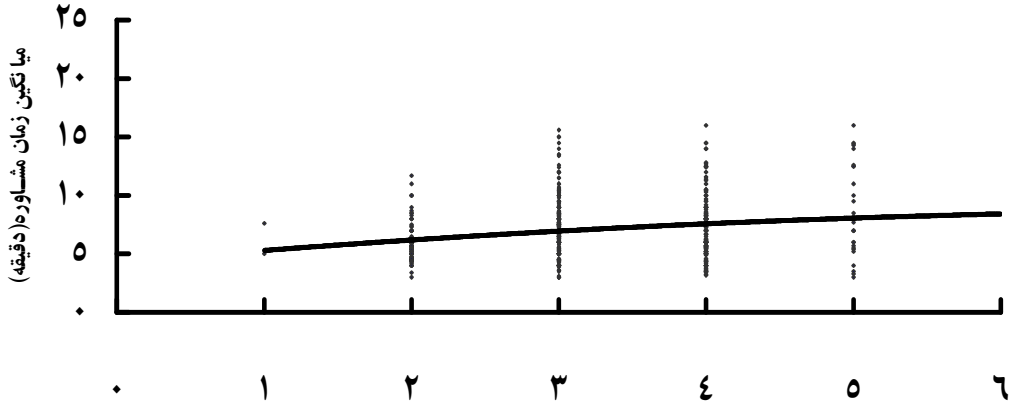
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

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



* 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 گرگان



* 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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان می‌دهند که میانگین زمان مشاوره در میان پزشکان عمومی شهر گرگان، ۶/۹±۲/۶ دقیقه است. این زمان از نتایج به دست آمده در مطالعات Howie [۵]، Devegele [۸]، و Hasan [۹] کمتر بوده است. در ادامه، با بحث در مورد عوامل مؤثر بر زمان مشاوره در این مطالعه، دلیل کمتر بودن زمان مشاوره در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات فوق را بررسی می‌کنیم.

به طور کلی، عوامل مؤثر در زمان مشاوره به دو دسته عوامل مربوط به پزشک و عوامل مربوط به بیمار تقسیم می‌شوند و هر کدام از این دو گروه در قالب متغیرهای کیفی و کمی، مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

متغیرهای کیفی مربوط به پزشک

زمان مشاوره پزشکان زن و مرد تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت. Roter [۱۰]، Bensing [۱۱] و Howie [۸] نشان دادند که زمان مشاوره پزشکان زن بیشتر از پزشکان مرد است. در صورتی که در مطالعه Deveugele ارتباط معنی‌داری بین جنس پزشک و زمان مشاوره مشاهده نشد[۵]. نتایج تحقیقات قبلی در شهر گرگان نشان دادند که در پزشکان زن، میانگین اقلام تجویزی، تعداد داروهای تزریقی و تداخلات دارویی نسبت به پزشکان مذکر کمتر است [۱۲، ۱۳]. با توجه به این که افزایش هر یک از پارامترهای فوق می‌تواند سبب افزایش زمان مشاوره شود، کمتر بودن پارامترها احتمالاً مسبب کاهش میانگین زمان مشاوره پزشکان مؤنث و عدم تأثیر معنی‌دار آن، نسبت به پزشکان مذکر، در تحقیق حاضر شده است. در هر حال، مطالعات بیشتری برای روشن شدن علت تفاوت‌های فوق باید انجام شود.

در مطالعه ما، زمان مشاوره در پزشکانی که تاریخچه دارویی و بیماری از بیمار خود می‌گیرند به صورت معنی‌داری بیشتر از پزشکانی بود که به این کار مبادرت نمی‌ورزند. نتایج تحقیقات قبلی توسط Hulka [۱۴] و Camasso [۱۵] بیانگر یافته‌های مشابه تحقیق حاضر بود که این نتیجه می‌تواند بیانگر اهمیت پرسیدن تاریخچه دارویی و بیماری در افزایش زمان مشاوره و رضایت بیمار باشد.

با انجام معاینه فیزیکی، زمان مشاوره به صورت معنی‌دار افزایش می‌یابد. زمان مشاوره در مواردی که معاینه به صورت خوابیده انجام می‌شود نیز، نسبت به معاینه سرپایی، افزایش معنی‌داری داشته است و آقای Hulka نتایج مشابهی را گزارش نمود[۱۴]. ارتباط دو عامل فوق یکی از مهم‌ترین جنبه‌های زمان مشاوره محسوب می‌شود. به این معنی که پزشکانی که بیماران را معاینه دقیق نمی‌کنند زمان مشاوره کوتاه‌تری دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که آموزش پزشکان در مورد نحوه مشاوره، تأثیر معنی‌داری در زمان مشاوره نداشته است. نتایج تحقیقات Howie نشان داد که پزشکان آموزش دیده، زمان مشاوره کوتاه‌تری داشتند [۸] که تا حدودی مشابه نتایج تحقیق حاضر است. در توجیه علت فوق می‌توان به مؤثر نبودن نحوه آموزش، فشار بیمار و مشکلات اقتصادی اشاره کرد. البته برای فهم علت دقیق این مسئله، به تحقیقات گسترده‌تری نیاز است.

متغیرهای کمی مربوط به پزشک

مطالعه ما نشان دادکه هر چه مدت طبابت پزشک بیشتر شود، زمان مشاوره کاهش می‌یابد که ارتباط فوق از نظر آماری معنی‌دار نبود. نتیجه مطالعه Howie بیانگر ارتباط معکوس بین مدت طبابت و زمان مشاوره است [۸] که تأیید کننده یافته تحقیق حاضر است.

در مطالعه حاضر، افزایش تعداد اقلام داروهای نسخه شده و همچنین تعداد اقلام داروهای تزریقی به صورت مستقیم، سبب افزایش زمان مشاوره شد (جدول شماره ۲). ولی در مطالعه Lothian نتایج معکوسی به دست آمد. یعنی پزشکان با زمان مشاوره کمتر، سرعت تجویز داروی بیشتری داشتند[۱۷]. در هر حال، برای فهم دقیق علت تفاوت نتایج تحقیق حاضر و مطالعات قبلی، به تحقیقات گسترده‌تری، نیاز است.

متغیرهای کیفی مربوط به بیمار

نتایج تحقیق ما نشان می‌دهند که زمان مشاوره در مورد بیماران زن بیشتر از بیماران مرد است.

مطالعات قبلی نیز نشان‌دهنده نتایج مشابهی هستند[۵، ۸]. Deveugele در توضیح این یافته، پر صحبت بودن بیماران زن و درگیری بیشتر بیماران زن با مسائل روحی ـ روانی را دلیل منطقی ذکر می‌کند [۵]. توضیح فوق می‌تواند دلیل خوبی برای یافته‌های تحقیق حاضر نیز باشد.

در مطالعه ما، همزمان با افزایش تحصیلات بیمار به سطح بالاتر از دیپلم، زمان مشاوره افزایش یافت (P<۰/۰۰۱). در صورتی که در تحقیقات قبلی، ارتباط منطقی بین دو پارامتر فوق مشخص نشد[۵]. در توضیح این تفاوت، می‌توان به تغییر در مقیاس اندازه‌گیری تحصیلات و سطوح متفاوت فرهنگی و اجتماعی بین ایران و کشورهای اروپایی اشاره کرد[۵]. در هر حال، می‌توان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

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 دارویی بیمار، نشان می‌دهد که اگر چه پزشک زمان بیشتری را برای آموزش توصیه‌های دارویی به بیمار صرف کرده، ولی همچنین وقت بیشتری نیز احتمالاً صرف موضوعات دیگری از قبیل تشخیص، اخذ تاریخچه بیماری و تاریخچه دارویی، معاینه فیزیکی و قطع مشاوره توسط بیمار شده است. در مطالعات دیگر [۶] نیز نتایج مشابهی به دست آمده‌اند.

متغیرهای کمی مربوط به بیمار

نتایج مطالعه ما حاکی از این بود که افزایش تعداد بیماران در اتاق 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 اتاق 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 می‌یابد 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 می‌یابد [۵]. در توجیه مطلب فوق می‌توان به این موارد اشاره کرد که بیماران مسن معمولاً بیماری‌های مختلفی دارند و داروهای زیادی مصرف می‌کنند که احتمال تداخل دارویی و عوارض جانبی زیاد است و واکنش‌های هموستاتیک ضعیفی دارند که سبب افزایش وقوع عوارض جانبی در بیماران مسن‌تر می‌شود. بنابراین، دلایل فوق می‌توانند توجیه کننده افزایش زمان مشاوره در بیماران مسن باشند.

رابطه بین پارامترهای کمی و زمان مشاوره

با استفاده از تحلیل رگرسیون خطی(R^2=۰/۶۴۷)، 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 اتاق 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:

زمان مشاوره= (۱/۸۳۶+۱/۴۸۳)× (تعداد مشکلات مطرح شده از طرف بیمار) +۱/۱۱۱×(تعداد دفعات قطع مشاوره توسط بیمار) - ۰/۱۱۴×(تعداد بیماران در اتاق انتظار) +۰/۴۷۶× (میانگین اقلام داروهای نسخه شده) - ۰/۲۲۹×(میانگین اقلام داروهای با سابقه مصرف قبلی) +۰/۲۷۰× (میانگین اقلام داروهای تزریقی) +۰/۰۲۶(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 اتاق 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.

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]

5- 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

6- Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. J R Coll Gen Pract 1983; 33: 143-47

7- Wilson A. Consultation length in general practice: a review. Br J Gen Pract 1991; 41: 119-22

8- 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

9- Hasan MY, Das M, Mourad F. Drug utilization and antibiotics prescribing in primary health care centers in Sharjah. EMHJ 1997; 3: 444-51

10- Roter D, Lipkin M J, Kortgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care visits. Med Care 1991; 11: 1083-93

11- 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- روشندل غلامرضا. بررسی کیفی شیوع تداخل دارویی در نسخ پزشکان شهر گرگان در تابستان و پائیز سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی گلستان ۱۳۸۱، ۲، ۴۰-۲۵

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 ـ درمانی گلستان ۱۳۸۱، ۲، ۴۰-۲۸

14- 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

15- 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

16- 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

17- 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.6.3]