

## مدت زمان صحبت اولیه بیماران چقدر طول می‌کشد؟ گزارش کوتاه

## چکیده

دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۰۹ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۱۸ آنالیز: ۱۳۹۴/۰۷/۱۶

علی لباغ<sup>۱</sup>رسول معصومی<sup>۲\*</sup>میثاق رئیس<sup>۳</sup>

**زمینه و هدف:** این نگرانی از سوی برخی پزشکان وجود دارد که عدم قطع صحبت اولیه بیماران، منجر به طولانی شدن بیش از حد ویزیت‌های پزشکی می‌شود. هدف این مطالعه بررسی زمان صحبت اولیه بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان امام‌خمینی (ره) تهران بود.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی - مقطعی در ماه‌های مرداد تا مهر سال ۱۳۹۰ در اورژانس بیمارستان امام‌خمینی (ره) تهران انجام گرفت. به صورت نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۰۰ بیمار وارد این مطالعه شدند. بیمارانی که شرایط تهدیدکننده حیات را نداشتند وارد مطالعه و بیماران بدحال و نیز بیماران غیر ایرانی از مطالعه کنار گذاشته شدند. داده‌های دموگرافیک بیماران و زمان صحبت اولیه آنها ثبت و اندازه‌گیری شد.

**یافته‌ها:** ۵۶٪ شرکت‌کنندگان مرد بودند. ۷۹٪ دارای سطح تحصیلات دیپلم به پایین و بیشتر افراد نمونه دارای قومیت فارس (۶۰ نفر) بودند. بیماران به طور متوسط  $71/60 \pm 2/37$  ثانیه صحبت کردند. کمترین مدت زمان ۲۲/۵۱ ثانیه و بیشترین ۲۰۶/۵۱ ثانیه بود. اختلاف معناداری بین سن ( $P=0/001$ ) و جنس ( $P=0/032$ ) با میزان صحبت اولیه وجود داشت. اما سطح تحصیلات ( $P=0/996$ ) و قومیت ( $P=0/266$ ) تأثیر معناداری بر میزان صحبت اولیه نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه میزان صحبت اولیه بیماران کمتر از مقداری است که باعث افزایش زمان ویزیت‌های پزشکی شود.

**کلمات کلیدی:** مهارت‌های ارتباطی، بخش اورژانس، مدت زمان ویزیت، صحبت آغازین بیمار.

۱- گروه آموزشی طب اورژانس و رئیس مرکز مهارت‌های بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- گروه آموزش پزشکی و مدیر مرکز مهارت‌های بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، مرکز مهارت‌های بالینی

تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۴۸۶

E-mail: rasoul911@gmail.com

## مقدمه

باعث شود که بیمار، کلیه اطلاعات شخصی بیماری و وضعیت سلامتی خود را به پزشک انتقال بدهد.<sup>۶</sup> عدم توانایی پزشک در برقراری ارتباط صحیح با بیمار، بالقوه می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات فراوانی باشد. این نارضایتی، طیف وسیعی از مشکلات را در بر می‌گیرد. از خشم و رفتارهای تکانشی بیمار گرفته تا عدم همکاری بیمار با کادر درمان و اعتقاد بیمار به قصور پزشکی حتی در صورت کامل بودن روند درمان و در نهایت شکایت قانونی از پزشک.<sup>۷</sup> با توجه به دلایل گفته شده، امروزه بر اهمیت یادگیری و آموزش مهارت‌های ارتباطی بسیار تأکید می‌شود<sup>۸</sup> و "بازتاب این تأکید را

پزشکان برای ارائه خدمات با کیفیت، نیازمند داشتن مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیماران هستند.<sup>۱</sup> ارتباطات مؤثر، تأثیر مثبتی بر پیامدهای مهم از جمله رضایت بیمار، پایبندی به درمان‌های توصیه شده و خودمدیریتی بیماری‌های مزمن، اثرات روانی و هیجانی دارد.<sup>۲-۵</sup> اولین مرحله در روند درمان، مصاحبه پزشک با بیمار می‌باشد. داشتن مهارت‌های ارتباطی مناسب یکی از ابزارهایی است که این امکان را به پزشک می‌دهد تا اعتماد بیمار را جلب نموده و

شود. همچنین تأثیر شاخص‌های سن، جنس، قومیت و میزان تحصیلات در مدت زمان صحبت کردن اولیه بیماران مورد بررسی قرار گرفت.

## روش بررسی

این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۰ در درمانگاه اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) تهران انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل تمام بیمارانی بود که در بازه زمانی اول مرداد تا آخر مهر به این درمانگاه مراجعه کرده بودند.

به صورت نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۰۰ بیمار وارد این مطالعه شدند. این بیماران در تقسیم‌بندی رایج تریاژ بخش اورژانس بر اساس شاخص شدت اورژانس (Emergency Severity Index (ESI)، در اولویت پنجم بوده‌اند که بر اساس تعریف، بیمارانی هستند که شرایط تهدیدکننده حیات را نداشتند و جهت تشخیص و درمان به منابع تشخیصی اورژانس (مانند آزمایشگاه و تصویربرداری) نیاز نداشتند و به اصطلاح بیماران سرپایی محسوب می‌شدند. بیماران بد حال که توانایی شرکت در مصاحبه را نداشتند و بیماران غیر ایرانی از مطالعه کنار گذاشته شدند.

داده‌های اولیه بیماران شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات و قومیت) و میزان صحبت بیماران بود. برای محاسبه زمان صحبت بیماران، یکی از پژوهشگران در بخش واحد درمان سریع (Fast Track) اورژانس مستقر شده و به‌عنوان اولین پزشک، بیماران را مورد مصاحبه قرار می‌داد. وی از بیماران یک سؤال باز اولیه می‌پرسید و به آن‌ها اجازه می‌داد که شروع به صحبت نمایند. در طول مصاحبه صحبت بیماران قطع نمی‌شد و سعی می‌شد تا با رعایت اصول مهارت‌های ارتباطی و به‌کارگیری اصول همدلانه، بیمار را در طول مصاحبه همراهی کرد. زمان صحبت بیماران به صورت نامحسوس توسط کورنومتر به صدم ثانیه اندازه‌گیری شد. داده‌های به‌دست آمده از بیماران (سن، جنس، قومیت، سطح تحصیلات و میزان صحبت کردن بیمار) ثبت شد و سپس توسط SPSS software, version 16 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری One-way و Pearson Correlation Coefficient, Student's t-test

می‌توان در بیانیه‌های مجامع جهانی، رهنمودهای دانشکده‌های پزشکی و استانداردهای حرفه‌ای و آموزشی پزشکان مشاهده کرد.<sup>۹</sup> برای نمونه یکی از شش صلاحیت اصلی هر پزشک از دیدگاه شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی تخصصی (ACGME)، داشتن مهارت‌های ارتباطی و بین فردی است.<sup>۱۰</sup>

در کانادا نیز بر اساس سیستم مبتنی بر صلاحیت CanMEDS یکی از نقش‌های اصلی هر پزشک، برقرار کننده ارتباط (Communicator) ذکر شده است.<sup>۱۱</sup> یکی از هشت توانمندی که کسب آن برای دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در هنگام فراغت از تحصیل ضروری شناخته شده است، مهارت‌های برقراری ارتباط می‌باشد.<sup>۱۲</sup>

زمانبندی مصاحبه از عوامل مؤثر در یک ارتباط است و مدت زمانی که به بیمار اجازه صحبت داده می‌شود، در این زمانبندی نقش مهمی دارد. بیشتر بیماران داستان‌های مختصری در ارتباط با بیماریشان می‌گویند و در برخی موارد دیگر به دلیل اضطراب ناشی از بیماری، مسایل غیرجدی‌تر را در ابتدای مصاحبه می‌گویند و گاهی مسائل جدی‌تر و مشکلات سخت‌تر را برای انتهای مصاحبه نگه می‌دارند. بنابراین دادن زمان کافی به بیمار برای صحبت کردن امکان دریافت علائم بیشتری را فراهم می‌کند که در تشخیص و روند درمان بسیار کمک کننده خواهد بود.<sup>۶</sup>

در مطالعات مختلف نشان داده شده است که بیماران در ابتدای مصاحبه چندان طولانی صحبت نمی‌کنند.<sup>۱۳-۱۷</sup> در راهنمای ارتباطی کالگری کمبریج که در آموزش مهارت‌های ارتباط با بیماران به دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد، در قسمت شروع مصاحبه و گردآوری داده‌ها، توصیه شده است که به‌منظور برقرار ارتباط مناسب‌تر و کسب اطلاعات بیشتر، صحبت اولیه بیمار در ابتدای مصاحبه توسط پزشک قطع نشود.<sup>۱۶</sup> از سوی دیگر این گمانه از سوی برخی از پزشکان ایرانی مطرح می‌شود که با وجود شواهد کافی مبنی بر این که بیماران در ابتدای مصاحبه چندان طولانی صحبت نمی‌کنند، این مساله در مورد بیماران ایرانی صدق نمی‌کند و قطع نکردن صحبت آنها در ابتدای مصاحبه می‌تواند منجر به طولانی شدن بیش از حد ویزیت‌های پزشکی شود. به همین منظور در این مطالعه سعی شد زمان صحبت اولیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اورژانس بیمارستان امام تهران اندازه‌گیری

ANOVA برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معناداری P برای تمام آزمون‌ها ۵٪ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از بین ۱۰۰ نفر شرکت‌کننده در این مطالعه، ۵۶ نفر (۵۶٪) مرد و ۴۴ نفر (۴۴٪) زن بودند. میانگین و انحراف‌معیار سن مردان و زنان به ترتیب برابر با  $34/64 \pm 1/66$  سال و  $39/54 \pm 1/71$  سال بود. ۷۹ نفر از افراد شرکت‌کننده دارای سطح تحصیلات دیپلم به پایین (۷۹٪)، تعداد ۱۹ نفر دارای تحصیلات فوق دیپلم تا لیسانس (۱۹٪) و تعداد دو نفر نیز دارای تحصیلات لیسانس به بالا بودند (۲٪). بیشتر افراد نمونه دارای قومیت فارس (۶۰ نفر) و پس از آن به ترتیب دارای قومیت‌های آذری (۲۲ نفر)، لر (شش نفر)، کرد (پنج نفر)، شمالی (چهار نفر)، بلوچ (دو نفر) و عرب (یک نفر) بودند. بر اساس جدول ۱، بیماران به‌طور متوسط  $71/60 \pm 2/37$  صحبت کردند. کمترین مدت زمان ۲۲/۵۱ ثانیه و بیشترین مدت زمان ۲۰۶/۵۱ بود. زنان به‌طور میانگین بیشتر از مردان صحبت کردند و افراد دارای قومیت لر و آذری به‌طور میانگین بیشتر از بقیه قومیت‌ها

صحبت کردند. رابطه بین سن و مدت زمان صحبت کردن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل نشان داد همبستگی مثبت و معناداری بین این دو متغیر وجود داشت ( $r=0/382$ ,  $P=0/001$ ). به‌طوری که با افزایش سن، مدت زمان صحبت کردن بیمار افزایش پیدا نمود.

آزمون Independent t-test برای مقایسه میزان صحبت کردن اولیه در زنان و مردان انجام شد. تفاوت معناداری در سطح  $P<0/05$  بین مدت زمان صحبت کردن مردان ( $64/60 \pm 3/19$ ) و زنان ( $80/52 \pm 4/12$ ) وجود داشت ( $P=0/032$ ).

تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی تأثیر سطح تحصیلات بیمار بر مدت زمان صحبت اولیه اجرا شد. از لحاظ آماری تفاوت معناداری در مدت زمان صحبت اولیه برای چهار گروه سطح تحصیلاتی وجود نداشت ( $P=0/996$ ).

همچنین تحلیل One-way ANOVA برای بررسی تأثیر قومیت بیمار بر مدت زمان صحبت اولیه اجرا شد. از لحاظ آماری تفاوت معناداری در مدت زمان صحبت اولیه برای شش گروه قومیتی وجود نداشت ( $P=0/266$ ).

جدول ۱: مدت زمان صحبت اولیه شرکت‌کنندگان بر حسب متغیرهای دموگرافیک

میانگین (ثانیه)	انحراف‌معیار	کمینه (ثانیه)	بیشینه (ثانیه)
۷۱/۶۰	۲/۳۷	۲۲/۵۱	۲۰۶/۵۱
<b>مجموع</b>			
۶۴/۶۰	۳/۱۹	۲۲/۵۱	۱۷۰/۸۰
<b>جنسیت</b>			
۸۰/۵۲	۴/۱۲	۲۴/۷	۲۰۶/۵۱
<b>سطح تحصیلات</b>			
۷۱/۶۰	۳/۷۱	۲۲/۵۱	۲۰۶/۵۱
۷۱/۸۹	۳/۷۰	۳۳/۵۹	۱۷۰/۸۰
۶۹/۲۸	۱/۰۴	۶۱/۸۷	۷۶/۶۸
۷۲/۳۳	۳/۴۱	۲۲/۵۱	۱۷۰/۸۰
۷۹/۰۶	۴/۰۵	۳۵/۰۶	۲۰۶/۵۱
۸۴/۸۲	۶/۴۱	۲۲/۷۵	۱۷۷/۴۵
۳۷/۴۵	۱/۰۹	۲۴/۷۰	۵۳/۷۱
۴۹/۱۷	۱/۶۷	۲۷/۷۷	۶۴/۸۴
۷۶	۲/۲۶	۶۵/۴۰	۶۸/۶۱

## بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، سطح تحصیلات و قومیت بر میزان صحبت اولیه بیماران تأثیر معناداری نداشت.

در برخی مطالعات این فاکتورها، عامل تأثیرگذار قلمداد شده است.<sup>۲۴،۲۳</sup> یکی از دلایل عدم معناداری این عوامل در پژوهش حاضر را می‌توان به تعداد نمونه پایین در برخی زیر گروه‌ها نسبت داد، برای نمونه در مورد سطح تحصیلات، فقط دو نفر لیسانس به بالا بودند و در مورد قومیت‌ها فقط پنج نفر کرد، چهار نفر شمالی و دو نفر بلوچ بودند. پس، این عدم معناداری را باید با احتیاط تفسیر کرد.

با انجام مطالعات مشابه، می‌توان به درک عمیق‌تری از مهارت‌های برقراری ارتباط، مشکلات و محدودیت‌های آن در جامعه ایرانی رسید.

یافته‌های حاصله از این بررسی‌ها، به آشکار شدن تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی با جوامع غربی کمک خواهد کرد. این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز مطالعات بیشتری در حوزه مهارت‌های ارتباطی در آینده باشد.

مطالعاتی در حجم گسترده‌تر که یافته‌های بومی بیشتری از مهارت‌های ارتباطی در اختیار پزشکان ایرانی قرار بدهند. با در اختیار داشتن داده‌های دقیق‌تر و جامع‌تر از مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران، می‌توان روند تشخیصی و درمانی بیماران را بهبود بخشید و همچنین راهنمای کاربردی جهت استفاده پزشکان ایرانی فراهم آورد. مهمترین محدودیت این مطالعه شلوغ بودن فضای اورژانس بود، به دلیل ازدحام، امکان فراهم کردن فضایی آرام، خصوصی و ایده‌آل برای انجام مصاحبه، میسر نبود. این مشکل می‌تواند روی زمان صحبت کردن بیماران تأثیر داشته باشد.

محدودیت دیگر، تعداد نمونه پایین به‌خصوص در زیر گروه‌ها بود که لازم است در تعمیم نتایج این مطالعه، احتیاط‌های لازم در نظر گرفته شود.

بر اساس یافته‌های این مطالعه میزان صحبت اولیه بیماران کمتر از مقداری است که باعث افزایش زمان ویزیت‌های پزشکی شود.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل پایان‌نامه تحت عنوان بررسی زمان صحبت اولیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) در مقطع دکترای پزشکی در سال ۱۳۹۰ و کد ۲۱۳۳۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

این مطالعه با هدف بررسی زمان صحبت اولیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. به‌طور متوسط مدت زمان صحبت اولیه بیماران ۷۱/۶۰ ثانیه طول کشید. جنسیت بیماران بر مدت زمان صحبت اولیه تأثیر معناداری داشت و زنان به‌طور میانگین بیشتر از مردان صحبت کردند. بین سن و مدت زمان صحبت کردن هم رابطه مثبت و معناداری وجود داشت و با افزایش سن مدت زمان صحبت کردن بیمار افزایش پیدا می‌کرد. ولی سطح تحصیلات و قومیت بیماران تأثیر معناداری بر مدت زمان صحبت اولیه نداشت.

یکی از دلایل اصلی که باعث می‌شود پزشکان، صحبت بیماران را پیش از اینکه خود بیمار صحبتش را به اتمام برساند قطع کنند، نگرانی آنها از زیاد صحبت کردن بیماران و صرف وقت بیش از حد می‌باشد.<sup>۱۶</sup> در حالی که نتیجه این مطالعه نشان داد که بیماران به‌طور متوسط کمی بیش از یک دقیقه صحبت می‌کنند که زمان زیادی محسوب نمی‌شود. Langewitz و همکارانش نیز در مطالعه‌ای مدت زمان ۹۲ ثانیه (حدود یک و نیم دقیقه) را ذکر کردند.<sup>۱۷</sup>

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان بیشتر از مردان صحبت می‌کنند. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که بیماران زن نسبت به بیماران مرد سؤالات بیشتری می‌پرسند، خواهان اطلاعات بیشتری هستند و ارتباط خوبی با پزشکان برقرار می‌کنند.<sup>۱۸-۲۰</sup> حتی این امر در مورد پزشکان نیز صادق است. در دو مطالعه مرور نظام‌مند نشان داده شده است که پزشکان زن مدت زمان بیشتری را صرف ارتباط و مشاوره با بیماران می‌کنند و رویکرد آن‌ها بیشتر بیمار محور است.<sup>۲۱ و ۲۲</sup>

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که با افزایش سن، مدت زمان صحبت کردن بیمار افزایش پیدا می‌کند. یکی از دلایل این امر می‌تواند این باشد که با افزایش سن، تجربه، مهارت‌های سخنوری، تعاملات اجتماعی و اعتماد به نفس بیماران در صحبت کردن افزایش می‌یابد. دلیل دیگر، انتظارات بالای افراد بزرگسال از پزشک و نظام سلامت است. افراد بزرگسال بیشتر دوست دارند در مورد مسائل غیر پزشکی و مشکلات زندگی با پزشکشان صحبت کنند و صرفاً نمی‌خواهند در مورد بیماری‌شان حرف بزنند.

## References

1. Levinson W, Hudak P, Tricco AC. A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):3-17.
2. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994;272(20):1583-7.
3. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277(7):553-9.
4. Fagerlind H, Kettis A, Bergström I, Glimelius B, Ring L. Different perspectives on communication quality and emotional functioning during routine oncology consultations. *Patient Educ Couns* 2012;88(1):16-22.
5. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998;47(2):133-7.
6. Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-patient communication in managed care. *West J Med* 1995;163(6):527-31.
7. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2003;16(2):157-61.
8. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21(6):563-70.
9. Zamani A, Shams B, Moazzam E. Communication skills training for physicians as a strategy for enhancing patients' satisfaction: a model for continuing education. *Iran J Med Educ* 2004;4(1):15-22.
10. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach* 2007;29(7):648-54.
11. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The CanMEDS Framework, 2005. [Internet] 2005 [cited 2015 Oct 15]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>.
12. Mirzazadeh A, Mortaz Hejri S, Jalili M, Asghari F, Labaf A, Sedaghat Siyahkal M, Afshari A, Saleh N. Defining a competency framework: the first step toward competency-based medical education. *Acta Med Iran* 2014;52(9):710-6.
13. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101(5):692-6.
14. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281(3):283-7.
15. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 2001;33(7):528-32.
16. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
17. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325(7366):682-3.
18. Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. Patient characteristics that influence physician behavior. *Med Care* 1982;20(6):630-8.
19. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;26(7):657-75.
20. Verbrugge LM, Steiner RP. Physician treatment of men and women patients: sex bias or appropriate care? *Med Care* 1981;19(6):609-32.
21. Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M. Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *J Health Serv Res Policy* 2013;18(4):242-8.
22. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288(6):756-64.
23. Karliner LS, Hwang ES, Nickleach D, Kaplan CP. Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient Educ Couns* 2011;84(2):223-8.
24. Kale E, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns* 2010;81(2):187-91.

## How long it takes patients' initial statements of concerns? *brief report*

### Abstract

Received: 08 Feb. 2015 Accepted: 09 Aug. 2015 Available online: 08 Oct. 2015

Ali Labaf M.D.<sup>1</sup>  
Rasoul Masoomi M.Sc., Ph.D.  
Student in Medical Education<sup>2\*</sup>  
Misaq Raeisi M.D.<sup>3</sup>

1- Department of Emergency  
Medicine, Clinical Skills Center,  
Tehran University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Medical  
Education, Clinical Skills Center,  
Tehran University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran.

3- Faculty of Medicine, Tehran  
University of Medical Sciences,  
Tehran, Iran.

**Background:** There is a concern by some doctors that not interrupting the patients' initial statements of concerns can lead to too long medical visits. Therefore, in this study, the duration of the patients' initial statements of concerns was studied.

**Methods:** This descriptive cross sectional study was conducted from August to October, 2011 in the Emergency Department of Imam Khomeini Hospital in Tehran. 100 patients entered the study through convenience sampling. Based on a 5 level triage system Emergency Severity Index (ESI), patients who were not life-threatening conditions (level 5) entered the study and critically ill patients and foreign patients were excluded from the study. Demographic data of the patients and durations the patients' initial statements of concerns were recorded and measured.

**Results:** Fifty-six percent of patients were men. 79 percent of them had academic degree less than diploma and most of them have Persian ethnicity (60 percent). The mean age of the participants was 37.09 (SD, 1.68). The mean durations of patients' initial statements was 71.60±2.37 seconds. The minimum time was 22.51 seconds and the maximum time was 206.51 seconds. There was significant difference between age (P=0.001, r=0.382) and gender (P=0.032, df=98, t= -2.17) with the durations of patients' initial statements. But education level (P=0.996, F (2, 97)=0.004) and ethnicity (P=0.266, F (6, 93)=1.3) did not have a significant effect on the durations of patients' initial statements.

**Conclusion:** According to the findings of this study, duration of patients' initial statements of concerns is less than what which leads to an increase the time of medical visits.

**Keywords:** communication skills, duration of medical visit, emergency department, patients' initial statements.

\* Corresponding author: Engelab-e-Islami St., Qods St., Clinical Skills Center, Tehran, Iran.  
Tel: +98- 21- 88989486  
E-mail: rasoul911@gmail.com