

W zależności od warunków lekarz musi w porozumieniu z pacjentem decydować o tym, w jakiej formie ma on prowadzić swoją dokumentację. W sytuacji gdy jeden z rozmówców siedzi na rogu, położenie komputera powinno być tak dobrane, aby wprowadzanie danych nie ograniczało w poważny sposób komunikacji i prowadzenia rozmowy.

Należy unikać zakłóceń wywołanych przez osoby trzecie, częste pukanie, dzwonienie telefonu lub pracującą aparaturę.

Z możliwie nielicznymi wyjątkami należy trzymać się ustalonego czasu trwania rozmowy. Jakość prowadzonej rozmowy zależy od ilości i nadmiaru częściowo niezrozumiałych informacji.

### 20.3 Zasadnicze aspekty podczas prowadzenia rozmowy

Nie zawsze można sprostać balansowaniu pomiędzy bliskością a koniecznym dystansem.

Podczas prowadzenia rozmowy należy również wziąć pod uwagę aktualne samopoczucie pacjenta, zarówno pod względem somatycznym, jak i psychospołecznym.

#### **! WAŻNE**

Trudne sytuacje, którym towarzyszy napięcie i lęk, niepewność i bezradność oraz niedostatek własnych kompetencji w negocjacjach, zmniejszają u każdego człowieka zdolność pojmowania, koncentracji i zapamiętywania. Dlatego też ważne fragmenty rozmowy nierzadko ulegają zatarciu, a pacjent wydaje się potem niewystarczająco poinformowany, zaskoczony czy przytłoczony.

Pytania zmieniają się wraz z przebiegiem choroby. Kompleksowe leczenie, szczególnie w dziedzinie onkologii, wyzwala u pacjenta i jego bliskich zwiększoną potrzebę informacji i rozmowy.

Zasięganie opinii innych osób jest ogólnie przyjętym krokiem ograniczającym strach, niepewność i poczucie bezradności. Można je po-

strzegać jako ważny komponent w dążeniu do znalezienia wspólnego rozwiązania. Przeciwnie, opinie różnych specjalistów w obrębie określonych grup zawodowych, niekiedy tylko inny dobór słów przy tym samym stanie rzeczy lub w postępowaniu diagnostycznym, mogą wywoływać niepewność, sceptycyzm, a nawet prowadzić do przerwania leczenia.

W trakcie rozmowy pojawiają się ważne pytania dotyczące subiektywnych hipotez powstawania i teorii chorób u konkretnych pacjentów, co częściowo przyczynia się do subiektywnego wskazywania winnych w środowisku prywatnym, zawodowym lub lekarskim.

Znajomość własnego ciała i wiedza pacjenta o swoim organizmie, jego obecnym stanie i przeszłości chorobowej zależą między innymi od stanu poinformowania, wieku, wiedzy o zabiegach operacyjnych, przebiegu leczenia itd.

W trakcie rozmowy można niekiedy zaobserwować zaskakujące zmiany tematu, a także zdawkowe, wykrętne odpowiedzi ze strony pacjenta lub lekarza. Kryje się za tym często „wrażliwy obszar”, z którym należy obchodzić się ostrożnie.

Zasadniczo ważne jest, aby w miarę możliwości podzielić rozmowę na przejrzyste bloki tematyczne, na zakończenie każdego z nich postawić pytania kontrolne, na koniec zaś przedstawić zrozumiałe, proste podsumowanie całości lub odpowiedzieć na pytania pacjenta.

Zabrania się stosowania wszelkiego rodzaju pojęć obcych dla pacjenta, w szczególności z zakresu medycyny. On sam nie zawsze ma odwagę dopytać o niezrozumiałą definicję, krępuje się i pozostaje częściowo niedoinformowany.

Należy unikać ograniczania pacjenta pytaniami zamkniętymi lub sugestywnymi. To samo dotyczy częstego przerywania rozmowy przez pacjenta oraz udzielania „uległych” odpowiedzi, które wnoszą więcej niepewności i zniechęcenia niż jasności.