

Znaczenie komunikacji farmaceuty z pacjentem w terapii bólu nowotworowego

Importance of communication between pharmacists and patients in cancer pain therapy

Małgorzata Chmielewska¹, Anna Kostrzewa-Itrych¹, Tomasz Kostrzewa²,
Tomasz Hermanowski¹

¹ Zakład Farmakoekonomiki, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Biotechnologii Molekularnej, Pracownia Chemii Makromolekuł Biologicznych, Wydział Chemii, Uniwersytet Gdański

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie wybranych aspektów komunikacji farmaceuty z pacjentem onkologicznym oraz jego rodziną w osiągnięciu skuteczności i bezpieczeństwa leczenia przeciwbólowego. Omówiono specyfikę nawiązywania relacji na linii farmaceuta – pacjent, zaprezentowano rozwój nowego kierunku farmacji onkologicznej, w tym opieki paliatywno-hospicyjnej, a także poddano uwadze zagadnienie nabywania przez farmaceutę umiejętności rozmowy z pacjentem oraz ustawicznego kształcenia kompetencji społecznych niezbędnych w codziennej pracy. (*Farm Współ* 2017; 10: 29-35)

Słowa kluczowe: komunikacja interpersonalna, opieka farmaceutyczna, ból nowotworowy

Summary

The purpose of this paper is to present the importance of selected aspects of communication between pharmacist and cancer patient and his family in ensuring effective and safe analgesic treatment. The authors discuss the specifics of establishing relations between the pharmacist and the patient, present the development of a new direction of pharmacy oncology, including palliative and hospice care. The paper addresses also the necessity of learning how to talk to the patient and improve social skills needed in everyday work. (*Farm Współ* 2017; 10: 29-35)

Keywords: communication, pharmaceutical care, cancer pain

Wstęp

Ból jest jednym z najbardziej przykrych doznań fizycznych i psychicznych. Jego specyficzny wymiar obserwowany jest w chorobach nowotworowych. Często długotrwałemu odczuwaniu dolegliwości bólowych towarzyszy – lęk, przygnębienie i gniew, co może prowadzić do utraty nadziei oraz depresji. W problem bólu nowotworowego włączana jest również rodzina pacjenta.

W łagodzeniu cierpień i znoszeniu bólu, który jest odczuwany subiektywnie, ogromne znaczenie ma nie tylko odpowiedni dobór leków przeciwbólowych, ale

również ich prawidłowe stosowanie przez pacjentów. Aby zapewnić opiekę zdrowotną wysokiej jakości, niezbędna jest skuteczna komunikacja z pacjentem, koordynacja działań i praca zespołowa personelu medycznego [1,2]. Jakość rozmowy z pacjentem wpływa na stopień zrozumienia informacji o objawach chorobowych oraz akceptację postawionej diagnozy i leczenia.

Podstawy komunikacji interpersonalnej

Komunikacja jest podstawowym elementem związków i relacji międzyludzkich. Od efektywności porozumiewania się z innymi osobami zależy zdolność

do motywowania, określania zadań, organizowania, rozwiązywania problemów i otrzymywania informacji. Efektywne komunikowanie się oznacza pracę nad sobą, zmianę swojego zachowania, pogłębianie wiedzy z różnych dziedzin, zwracanie uwagi na uczucia, oczekiwania i potrzeby drugiej osoby, a przede wszystkim upewnianie się, że przekazana informacja jest zrozumiała. Odkodowanie komunikatu nie zawsze jest zgodne z intencją nadawcy, ponieważ przekazywane wiadomości zawierają elementy werbalne i niewerbalne, których użycie może być niespójne, a nawet sprzeczne. Ważne jest, aby komunikat słowny (werbalny) był wzmocniony komunikatem pozasłownym (niewerbalnym), warunkując jasność przekazu [3].

Często gesty, mimikę, postawę ciała, posługiwanie się przestrzenią oraz barwę, tonację i tempo mowy – określa się wspólnie jako „język ciała” lub „mowę ciała”. Ważnym typem informacji w mowie ciała jest postawa. Wyprostowana – wskazuje na zaufanie do samego siebie oraz pewność wewnętrzną, przez co wzmocnia nasze wypowiedzi. Przesadnie natomiast wyprostowana postawa z wysoko uniesionymi barkami nie oddziałuje korzystnie na rozmówcę. Ludzie przyjmujący taką postawę mają trudności z przekazaniem swoich oczekiwań i rzadko osiągają cel rozmowy. Należy unikać ruchów niepotrzebnych lub nieświadomych, takich jak: kołysanie, huśtanie się, bębnienie palcami lub zabawę długopisem. W profesjonalnych rozmowach ważne jest dopasowanie do rozmówcy swoich uczuć, a z nimi również mimiki. W sytuacji kontaktu z pacjentem konieczne jest przyjęcie przyjaznego wyrazu twarzy. Najważniejszym warunkiem dobrze przebiegającej rozmowy jest kontakt wzrokowy, który wyraża nasze zainteresowanie i uwagę. Głos łączący wypowiedziane kwestie z mową ciała. Emitowanie głosu ma znaczny wpływ na zrozumienie oraz siłę przekonywania wypowiedzianych słów. Niska tonacja głosu oddziałuje bardziej przekonująco i uspokajająco niż tonacja wysoka, która często towarzyszy zdenerwowaniu. Aby zostać dobrze zrozumianym, należy mówić w odpowiednim i niezbyt szybkim tempie, wyraźnie oraz odpowiednio głośno [4].

Zrozumiały komunikat charakteryzuje się dobitnością, prostotą (używaniem łatwych, ogólnie znanych pojęć) oraz strukturyzacją (uporządkowaniem informacji tak, aby były zrozumiane – tzw. trzymanie się „głównego wątku”). Zamiast objaśnień teoretycznych powinno się stosować mówienie pogładowe – obrazujące i porównujące [3].

Komunikacja z pacjentem

Aby komunikacja z pacjentem była efektywna, farmaceuta powinien posiadać nie tylko dużą i aktualną wiedzę dotyczącą leków, ale również umiejętność przekazywania tej wiedzy w sposób jasny i zrozumiały. Inaczej może okazać się, że ani dobre intencje ani wiedza nie będą wystarczające, jeśli zostaną przekazane w nieodpowiedni sposób. Z jednej strony należy wiedzieć, jak przekazać informację, z drugiej – słuchać i rozumieć, co mówią inni. Lepsze zrozumienie pacjenta i jego problemów zdrowotnych przez farmaceutę jest możliwe dzięki znalezieniu wspólnego dla obu stron znaczenia danego przekazu.

Jednym z niezbędnych determinantów skutecznej komunikacji jest aktywne słuchanie, które stanowi trójdzelną umiejętność: okazywanie zainteresowania, podtrzymywanie rozmowy oraz wnioskowanie za pomocą parafrazowania i podsumowań [5]. W tym celu należy utrzymywać z pacjentem kontakt wzrokowy oraz potwierdzać zainteresowanie. Szczególnego znaczenia nabiera umiejętność parafrazowania, czyli powtarzania swoimi słowami tego, co zostało usłyszane, ułatwiając wzajemne skupienie się na rozmowie i wyciągnięcie odpowiednich wniosków [6].

Aktywne słuchanie wymaga od farmaceuty:

- zrozumienia przekazu od pacjenta, co oznacza skoncentrowanie się na wypowiedzi, zaakceptowanie komunikatu i uchwycenie tego, co nie zostało powiedziane;
- zwrócenia uwagi na język ciała: postawę, wyraz twarzy, mimikę i gesty pacjenta;
- wzięcia pod uwagę płci, wieku oraz wykształcenia pacjenta;
- kontrolowania emocji, aby nie zniekształcały przekazu od pacjenta;
- wyrozumiałości.

Aktywne słuchanie wymaga także stawiania pytań otwartych i zamkniętych oraz powtarzania komunikatu, który został nam przekazany. Pytania otwarte rozpoczynają się zaimkiem pytającym (np. jak, co, kiedy, dlaczego), mogą przyjąć również formę prośby (np. opowiedz mi, opisz mi), warunkując udzielenie dłuższej odpowiedzi. Pytania te pozwalają pacjentowi wypowiedzieć się, a farmaceucie dają możliwość zapoznania się z zagadnieniem i uzyskania większej ilości informacji. Pytania zamknięte są stawiane w celu uzyskania precyzyjnej odpowiedzi. Na tego rodzaju pytania można odpowiedzieć „tak” lub „nie”, pomagając one ukierunkować pacjenta na określone i ograniczone

zagadnienie. Zamknięciem procesu słuchania powinna być szczerą, wspierająca i natychmiastowa informacja zwrotna [3,7,8].

Na różnych etapach procesu komunikacji pojawiają się przeszkody, które zakłócają wysyłanie lub odekodowanie komunikatu. Mogą być związane ze środowiskiem i samymi uczestnikami komunikacji. Bariery środowiskowe nierzadko dotyczą przestrzeni, w której odbywa się rozmowa. W aptece zakłócenie może być związane np. z hałasem, umeblowaniem (wysoki stół) oraz nieprawidłową organizacją pracy personelu [4].

Bariery związane z uczestnikami procesu komunikacji przeszkadzają w wysłaniu lub odebraniu komunikatu i wiążą się z najtrudniejszym etapem komunikacji – słuchaniem. Przeszkody w uzyskaniu informacji mogą pojawić się ze strony zarówno farmaceuty, jak i pacjenta. Porównywanie, domyślanie się (często prowadzące do błędnej interpretacji), przygotowywanie odpowiedzi zanim usłyszysz się i zrozumie komunikat, filtrowanie wypowiedzi (w celu potwierdzenia swojej tezy), osądzenie, utożsamianie się (odbiorca zaczyna odpowiadać, zanim usłyszysz pełny komunikat), udzielanie rad, sprzeciwianie się, przekonanie o swojej racji, skojarzenia i zjednywanie (zbyt częste przytakiwanie nie jest sposobem zaskarżenia sympatii) to liczne błędy, które mogą być notowane ze strony farmaceuty. Wśród innych utrudnień procesu komunikacji należy wymienić: zbytne zaangażowanie emocjonalne lub odwrotnie, brak zainteresowania pacjentem, uwarunkowania kulturowe i społeczne rozmówców, a także brak umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Do barier przypisywanych pacjentowi należą: brak wiary w profesjonalizm i wiedzę farmaceuty oraz w skuteczność systemu opieki zdrowotnej, poczucie przedmiotowego traktowania, bagatelizowanie lub zbytne przejmowanie się swoim stanem zdrowia. Należy także zwrócić uwagę na przeszkody administracyjne, finansowe i czasowe. Aspekty formalne związane z realizacją recept i wydawaniem leków mogą prowadzić do braku czasu na rozmowę z pacjentem [9,10].

Przeszkody w porozumiewaniu się mogą być skutecznie usuwane dzięki umiejętności rozróżniania stylów komunikacyjnych oraz odpowiedniego reagowania. Sposobem komunikacji gwarantującym poszanowanie uczuć drugiej osoby jest posługiwanie się *stylem asertywnym*. Oznacza on wyrażanie opinii i potrzeb w sposób bezpośredni i w atmosferze zaufa-

nia. Osoba asertywna dba w rozmowie o poszanowanie praw i uczuć swoich oraz rozmówcy, cechuje ją pewność, siła, empatia, otwartość oraz uczciwość. W rozmowie asertywnej odmowa nie jest odbierana przez proszącego jako negatywne nastawienie do niego, lecz jako brak obiektywnych możliwości spełnienia prośby. Każda ze stron jest gotowa na negocjacje i wysłuchanie argumentów drugiej strony, radzi sobie z krytyką, nie uciekając do wrogości [3].

Osoby posługujące się *stylem pasywnej* komunikacji nie wyrażają swoich uczuć w sposób bezpośredni. Rozmowa z takimi osobami jest trudna, ponieważ nie przedstawiają one w sposób jasny swoich potrzeb, zwykle oczekują od innych domyślenia się. Ponadto w warstwie wysyłanych komunikatów niewerbalnych przekazują inne informacje, myśląc tym samym odbiorcę. Styl pasywny przerzuca odpowiedzialność na inne osoby i powoduje utratę niezależności oraz stłumienie własnych potrzeb i uczuć. Osoby posługujące się tym stylem nie nawiązują kontaktu wzrokowego, unikają wyrażania własnego zdania, pomniejszają znaczenie swoich wypowiedzi oraz podporządkowują swoje działania potrzebom innych.

Osoby posługujące się *stylem agresywnym* nie mają problemów z wyrażaniem własnych uczuć, emocji lub nastrojów, niestety nie szanując przy tym praw i uczuć swoich rozmówców. W ich wypowiedziach często pojawiają się elementy złości, sarkazmu, ironii, poczucia wyższości i nieomyślności. Agresywny styl komunikowania charakteryzuje się używaniem nagłych i onieśmielających gestów. Tego typu postawa jest często stosowana w stosunku do osób zależnych od rozmówcy lub przy konieczności osiągnięcia wyznaczonego celu. Pewne elementy agresywnego stylu rozmowy mogą również pojawić się w sytuacji zagrożenia nawet u osób, które zwykle się nim nie posługują [11].

Opieka farmaceuty nad pacjentem z chorobą nowotworową

W procesie leczenia onkologicznego może pojawić się wiele sytuacji wpływających na bezpieczeństwo farmakoterapii lub brak efektu terapeutycznego, w których farmaceuta ze względu na kompleksową wiedzę może odgrywać znaczną rolę wspomagającą członków zespołu medycznego i pacjenta.

Z badań ankietowych wynika, że pacjenci nie rozumieją prawie połowy informacji przekazywanych przez lekarza. Wykazano, że około 60% pacjentów wychodzących od lekarza zapomina, co zostało im

przekazane, a tylko w przypadku 20% pacjentów lekarze sprawdzają, czy zostali zrozumiani [12]. Elementy przyczyniające się do zapominania informacji mogą być następujące: wiek pacjenta, stan emocjonalny, obniżony nastrój, problemy ze słuchem, niezrozumiałe słownictwo używane przez lekarza. Pacjenci, zwłaszcza starsi, często wybiórczo słuchają komunikatu i zapamiętują tylko negatywne i wstrząsające informacje.

Efektywność pomocy pacjentowi może być na wysokim poziomie, jeśli zostanie wzmocniona współpracą między farmaceutami a lekarzami. Istnieje duża potrzeba zmiany relacji między lekarzem a farmaceutą, by stał się on bardziej zaangażowany w farmakoterapię i zasygnalizował lekarzowi występujące problemy. Jednocześnie, osoby przychodzące do apteki powinny otrzymać precyzyjną i kompleksową informację o przepisanych lekach [13].

Jedną z rozwijających się na świecie gałęzi farmacji jest farmacja onkologiczna. W USA i krajach Unii Europejskiej jeszcze do niedawna zadania farmacji onkologicznej ograniczały się do przygotowania leków cytotoksycznych i tworzenia standardów bezpiecznej i efektywnej chemioterapii. Gwałtowny rozwój tej dziedziny spowodował, że obecnie do zadań farmaceutów onkologicznych należą również: udzielanie informacji o leku, monitorowanie stężeń leku w organizmie pacjenta, uczestniczenie w ustalaniu odpowiedniej diety, tworzenie i obsługa systemów *unit dose* (urządzenia ułatwiające przygotowanie leków w dawkach dziennych na pacjenta), a także współudział w tworzeniu karty przebiegu choroby pacjenta lub kart opieki farmaceutycznej (ang. *Pharmaceutical Care Plan*, PCP) oraz analiza farmakoeconomiczna [14].

W deklaracji działalności ESOP (*European Society of Oncology Pharmacy*) podkreślono, że sytuacja pacjenta onkologicznego musi być traktowana całościowo. Usługa farmaceutyczna nie powinna skupiać się tylko na przygotowaniu i wydaniu cytostatyku, ale winna uwzględniać poradę na temat leczenia przeciwbólowego i przeciwwymiotnego, odpowiedniego żywienia oraz opieki psychologicznej i socjologicznej nad pacjentem. Ponadto, badania krajowe i międzynarodowe wskazują, że 6-13% hospitalizacji wynika z niewłaściwego zapisywania i stosowania leków. Stąd rola farmaceuty szpitalnego, w tym farmaceuty onkologicznego nie może jedynie ograniczać się do zakupu, odpowiedniego przechowywania, dystrybucji i produkcji leku, ale powinna być ukierunkowana na czynny udział w przyjmowaniu pacjenta na oddział,

terapii schorzeń oraz wypisywaniu ze szpitala. W celu racjonalizacji wydatków ponoszonych przez szpital należy zastanowić się nad: standaryzacją farmakoterapii w procedurach leczniczych, indywidualizacją wraz z optymalizacją terapii farmakologicznej dla pacjenta i doradzaniem przed wypisem ze szpitala w zakresie stosowania przepisanych leków.

Farmaceuta onkologiczny jako członek zespołu terapeutycznego, bierze również udział w opiece paliatywno-hospicyjnej, w tym psychologicznej [15]. Według definicji WHO, opieka paliatywna „jest działaniem poprawiającym jakość życia pacjentów oraz ich rodzin, mierzących się z problemami związanymi z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji, nienagannej ocenie i leczeniu bólu, problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych”. Istotą opieki paliatywnej nad osobami cierpiącymi z powodu choroby nowotworowej w zakresie farmakoterapii jest zwalczanie dolegliwości takich jak: ból, nudności, wymioty, zaparcia, biegunki, duszności, suchość ust, czkawka, jadłowstręt, kacheksja, niepokój, lęk i depresja. Realizacja opieki paliatywnej wymaga zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu, złożonego z lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych, duchownych i wolontariuszy. Praca farmaceuty w hospicjum służy przede wszystkim pacjentowi i jego rodzinie, stanowiąc bezpośrednią pomoc oraz uzupełnienie pracy lekarza i pielęgniarki. Udział farmaceuty w opiece paliatywno-hospicyjnej jest zróżnicowany w zależności od rodzaju i miejsca sprawowania opieki. Może on świadczyć usługi farmaceutyczne w aptece szpitalnej lub dziale farmacji szpitalnej a także pełnić rolę konsultacyjną lub doradcą w opiece stacjonarnej, domowej, jak i ambulatoryjnej. Farmaceuci pracujący w aptekach ogólnodostępnych także mogą uczestniczyć w opiece paliatywno-hospicyjnej. Wśród obsługiwanych przez nich osób są przecież pacjenci hospicjów domowych i poradni medycyny paliatywnej oraz członkowie ich rodzin, którzy podczas realizacji recept korzystają z porad dotyczących farmakoterapii i postępowania nefarmakologicznego. Farmaceuta może przybliżyć zasady postępowania z pacjentem onkologicznym w domu (postępowanie z pościelą i z wydaliniami pacjenta, zasady zapobiegania bólowi, sposób rozmowy z osobą chorą na nowotwór) oraz poinformować o grupach wsparcia i wolontariuszach [16,17].

Zadania farmaceuty w obszarze edukacyjnym opieki paliatywno-hospicyjnej dotyczą szkolenia pacjenta, jego rodziny i opiekunów, wolontariuszy oraz innych członków zespołu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii [18]. Edukacja prowadzona przez farmaceutę może mieć różne formy. W przypadku pacjentów hospicjów domowych jest to najczęściej informowanie o prawidłowym stosowaniu leków, działaniach niepożądanych, omawianie wątpliwości dotyczących konieczności stosowania leków opioidowych. Edukacja pacjenta może obejmować korzystanie z różnych postaci leków lub urządzeń pomiarowych (np. inhalatory, turbuhalery, glukometry, systemy transdermalne). Przykładową tematyką kursu dla wolontariuszy w hospicjum może być: wyjaśnienie pojęć (np. lek, odpowiednik leku, nazwa handlowa i międzynarodowa, drabina analgetyczna), aplikacja różnych postaci leku, zasady prawidłowego stosowania leków ze szczególnym uwzględnieniem leków o przedłużonym uwalnianiu [19-21].

Edukacja farmaceutów w zakresie komunikacji z pacjentem

Studenci uczelni medycznych wskazują na zbyt ogólny i teoretyczny zakres przekazywanej wiedzy oraz brak możliwości zdobycia praktycznych umiejętności skutecznej komunikacji w toku edukacji. Ten zakres wiedzy traktowany jest jako przedmiot paramedyczny, a formy zajęć – głównie wykłady, nie gwarantują skuteczności w nabywaniu ważnych umiejętności przez przyszłych lekarzy lub farmaceutów [22].

W roku akademickim 2009/2010 w Pracowni Oceny Jakości Kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, zapoczątkowano ankietowe badania absolwentów farmacji. Ankietę do badań opracowano pod kątem uzyskania informacji na temat programu studiów, sposobu realizacji zajęć dydaktycznych oraz przekazywanych treści. W roku akademickim 2010/2011 przeprowadzono ogólnopolskie, ankietowe badania absolwentów farmacji po odbyciu 6-miesięcznego stażu w aptece ogólnodostępnej. Z powyższej ankiety wynika, że w codziennej praktyce aptecznej wymagane są następujące umiejętności: odpowiednie podejście do pacjenta, właściwy sposób rozmowy oraz zadawania pytań niezbędnych do zdiagnozowania i rozwiązania problemu, a także umiejętność negocjacji, asertywności, prawidłowego komunikowania się oraz radzenia sobie z „trudnymi” pacjentami (np. agresywnymi, uzależnionymi). Farmaceuci wskazali

również na: brak praktycznych umiejętności obsługi pacjenta i realizacji elementów opieki farmaceutycznej, potrzebę zajęć z psychologii, zbyt małą ilość zajęć praktycznych niezbędnych w aptece, potrzebę aktywnych zajęć z farmakologii (omawianie leków na konkretnych przykładach pod kątem przeciwwskazań, interakcji oraz działań niepożądanych). W podsumowaniu ankiety wskazano, że opieka farmaceutyczna wyznacza nowe trendy rozwoju aptekarstwa oraz daje szanse rozwoju i wykorzystania wiedzy wyniesionej z uczelni w codziennej praktyce. Konieczne są nowe inicjatywy oraz starania o usankcjonowanie i stworzenie prawnych podstaw do wprowadzenia opieki farmaceutycznej w aptekach ogólnodostępnych. Należy wskazać kierunki zmian wykonywania zawodu farmaceuty oraz jego roli w podnoszeniu świadomości zdrowotnej oraz zapewnianiu bezpieczeństwa farmakoterapii, zwłaszcza w kontekście rosnącego samoleczenia pacjentów [23].

Opinie o potrzebie prowadzenia edukacji w zakresie komunikacji z pacjentem wyrażają także farmaceutyci podczas szkoleń organizowanych od 2005 r. przez Okręgowe Izby Aptekarskie na terenie wielu miast południowej Polski. Z opinii uzyskanych od uczestników wynika, że osoby wykonujące zawód farmaceuty powinni doskonalić umiejętności komunikacji w celu stworzenia dobrego zespołu w miejscu pracy oraz budowania zaufania u pacjentów. Podkreślano również, że udział w przedmiotowych zajęciach pozwala na osobisty rozwój a zdobyta wiedza jest praktycznie wykorzystana nie tylko w pracy, ale także w życiu osobistym [22]. Należy zauważyć, że kilka lat później wprowadzone zostało Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa [24], które definiuje zakres kwalifikacji absolwenta kierunku farmacja obejmując *wymóg wiedzy* o zasadach komunikacji interpersonalnej w relacjach farmaceuta – pacjent oraz farmaceuta – pozostali pracownicy ochrony zdrowia, jednak pomijając te kompetencje w *zakresie umiejętności*. Od absolwenta oczekuje się już tylko znajomości kierowania zespołem bez wskazania na umiejętności rozmowy z pacjentem. Wymogi w przewadze obejmują wiedzę specjalistyczną, a warto zaznaczyć, że aby opanować i stosować instrumenty komunikacyjne potrzebna jest nie tylko teoria, ale praktyka, stąd wskazanie zarówno w aktach prawnych wymogu

umiejętności komunikacji, a następnie wytyczenie w programach edukacyjnych warsztatów i ćwiczeń z kompetencji społecznych może skutecznie podnieść efektywność pracy farmaceuty i jakość usług [3,25].

Podsumowanie

Rzeczywiste umiejętności komunikacji interpersonalnej z pacjentem mają istotne znaczenie w efektywnym prowadzeniu opieki farmaceutycznej przy uwzględnieniu różnych jednostek chorobowych. Rozwijanie opieki farmaceutycznej, uwzględniającej dobrą znajomość leku i umiejętności oraz kompetencje społeczne zapewni właściwe prowadzenie farmakoterapii oraz pozwoli na lepsze poznanie, zrozumienie, a w efekcie spełnienie oczekiwań pacjenta, co ma szczególne znaczenie w chorobach nowotworowych.

W odniesieniu do przyszłości zawodu farmaceuty warto podnieść problem zmiany jego roli zawodowej ukierunkowanej na większą współpracę z lekarzem w zakresie prowadzonej farmakoterapii. Łączenie

wiedzy o lekach z wiedzą kliniczną może pomóc w rozwoju tej profesji jako zawodu klinicznego, co dodatkowo uwarunkuje, że to pacjent, a nie lek znajdzie się w centrum uwagi.

Dla zapewnienia wysokiej jakości usług niezbędnym jest kształcenie i ustawiczne dokształcanie farmaceutów w zakresie umiejętności przekazania informacji fachowej w sposób zrozumiały dla pacjenta zgłaszającego się do apteki.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Małgorzata Chmielewska
Zakład Farmakoekonomiki, Wydział Farmaceutyczny,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
☎ (+48 22) 57 20 855
✉ m_chmielewska@o2.pl

Piśmiennictwo

1. Erstadt BL, Draugalis JR, Waldrop SM i wsp. Patients' Perceptions of Increased Pharmacy Contact. *Pharmacotherapy*. 1994;14(6):724-8.
2. Stewart M, Brown J, Donner A i wsp. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Farm Pract*. 2000;49:796-804.
3. Chmielewska M. Jak skutecznie negocjować? Wykłady. Studium Farmakoekonomiki, HTA, Marketingu, i Prawa Farmaceutycznego. Warszawa: Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej; 12. i 20.03.2016.
4. Makara-Studzińska M. Komunikacja z pacjentem. Lublin: Czelej Wydawnictwo; 2012. str. 16-66.
5. Bolton R. *People Skills: How to Assert Yourself, Listen to Others, and Resolve Conflicts*. New York: Touchstone Press; 1986. str. 29-48.
6. Kozyra B. Komunikacja bez barier. Warszawa: MT Biznes; 2008. str. 122-139.
7. Zygadło E. Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne. Warszawa: Wyd. Farmapress; 2005. str. 34-70.
8. Owczarek A (red.). Rozmowa z pacjentem w aptece. Warszawa: Wyd. MedPharm Polska; 2006. 27-31.
9. Jachowicz R (red.). *Farmacja Praktyczna*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2010. str. 215-23.
10. Owczarek A (red.). Rozmowa z pacjentem w aptece. Warszawa: Wyd. MedPharm Polska; 2006. str. 1-14.
11. Jachowicz R (red.). *Farmacja Praktyczna*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2010. str. 223-26.
12. Zygadło E. Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne. Warszawa: Wyd. Farmapress; 2005. str. 68-69.
13. Zygadło E. Znaczenie informacji o leku i komunikacji z pacjentem w działalności apteki. *Czasopismo Aptekarskie* 2008; 11(179):35-6.
14. Liekweg A, Westfeld M, Jaehde U. From oncology pharmacy to pharmaceutical care: new contributions to multidisciplinary cancer care. *Sup Care Cancer*. 2004;12(2):73-9.
15. Burak J, Andersz Sz, Karpińska J, Gąsior J, Fedorowicz O. Rola farmaceuty w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową. *Farm Wsp*. 2015;8:21-7.
16. Pawłowski L, Wapniarska I, Lichodziejewska-Niemierko M. Rola farmaceuty w opiece paliatywno-hospicyjnej – aspekty organizacyjne i prawne. *Med Paliat Prakt*. 2009;3(1):19-20.
17. Needham DS, Wong CK, Campion PD. Evaluation of the effectiveness of UK community pharmacist's interventions in community palliative care. *Paliat Med*. 2002;16:219-25.
18. Blom L, Krass I. Introduction: the role of pharmacy in patient education and counseling. *Patient Educ Couns*. 2011; 83(3):285-7.
19. Adcock H. How pharmacy can benefit patients and professionals in palliative care. *Pharm J*. 2005;274:301.
20. Gibbs M. Aspects of palliative pharmacy care. *Pharm J*. 2005;275:421.

21. Pawłowski L, Wapniarska I, Lichodziejewska-Niemierko M. Rola farmaceuty w opiece paliatywno-hospicyjnej – aspekty organizacyjne i prawne. *Med Paliat Prakt.* 2009;3(1):21-2.
22. Jacennik B (red.). *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia.* Warszawa: Wyd. Vizja Press & It; 2010. str. 95 i 99.
23. <http://zzief.umlub.pl/Farmakoekonomika/Podsumowanieankietyprof.Pawlaczyka6.02.13.pdf> (stan z dnia 09.08.2016).
24. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. (Dz. U. z 2012 r. poz. 631):28-44
25. Kimberlin CL. Communicating with Patients: Skills Assessment in US Colleges of Pharmacy. *Am J Pharm Educ.* 2006;70(3):67.