

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KOMUNIKACE
V LÉKÁRNĚ

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Vladimír Fabera, CSc.

Hradec Králové, 2006

Lucie Cýrusová

Děkuji PhDr. Vladimíru Faberovi, CSc. za pomoc a cenné připomínky při vypracování diplomové práce.

OBSAH:

I. ÚVOD	4
II. TEORETICKÁ ČÁST	5
1. Psychologie komunikace	5
2. Komunikace verbální	7
3. Komunikace neverbální	10
4. Komunikace s veřejností	11
5. Psychologické faktory zdraví a nemoci	13
6. Komunikace s pacienty	17
7. Komunikace v lékárně	23
8. Provozně-technické vývojové etapy (PTVE)	32
9. Samoléčení	33
III. PRAKTICKÁ ČÁST	37
1. Cíle a předpoklady	37
2. Popis použité metodiky	38
3. Charakteristika sledovaného vzorku	41
4. Výsledky	45
6. Diskuse	68
IV. ZÁVĚR	75
V. POUŽITÁ LITERATURA	76

I. ÚVOD

Úlohou lékárníka je podat pacientovi lék a informace. Už tento fakt vynucuje skutečnost, aby proběhla mezi pacientem a lékárníkem komunikace. Je to lékárník, který má vést při výdeji léku komunikaci. Měl by být schopen komunikaci začít, řídit a také ukončit.

Toto je nesnadný úkol, protože s kolika různými lidmi jsme hovořili, tolik různých osobností jsme potkali. Proto se nelze divit, že naše komunikace s některými lidmi občas trochu „skřípe“. Psychologie nám může napomoci v pochopení chování a jednání lidí, se kterými se setkáváme. Může nám dát návod, jak lidi poznávat, jak s nimi jednat. Jednat znamená i komunikovat. Komunikovat na úrovni jistě neumí každý, ale komunikaci se můžeme učit.

Lékárník má poměrně dobrý důvod, proč si osvojovat komunikační schopnosti. Tím důvodem je pacient, jeho spokojenost, jeho důvěra, která se projevuje tím, že se do lékárně opět vrací.

Tato diplomová práce se zabývá psychologickými aspekty komunikace s pacienty. V teoretické části se proto zaměřuje kromě psychologie komunikace například také na psychologické faktory zdraví a nemoci. V praktické části jsem se formou polostrukturovaných rozhovorů pokusila alespoň částečně zjistit, jak je komunikace v lékárně vnímána a hodnocena z pohledu pacientů. Výsledky by mohly napovědět mnoho o tom, co lékárníci dělají v průběhu komunikace správně a naopak, co je třeba na komunikaci s pacienty změnit, zlepšit.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychologie komunikace

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií. (6;9)

Slovo „komunikace“ pochází z latiny. Původní latinské slovo „communicare“ znamenalo „spojovat“. Thesaurus linguae latinae (jeden z nejobsáhlejších latinských slovníků) má pro slovo „communicare“ jednoznačný ekvivalent: „participare“ tj. spolupodílet se s někým na něčem, mít podíl na něčem společném, spoluúčastnit se. (15;63)

Psychologii lidské komunikace zajímají záměry komunikujících, funkce jejich komunikace a motivace k ní, dorozumění i nedorozumění v procesu komunikace a účinky na psychiku jak příjemce, tak reproduktora, k nimž dochází při předávání sdělení (slovních i neslovních) či při společném sdělení situace. Důležitou roli hraje reciprocita (možnost obrátit tok informací), cirkularita koloběhu sdělování, synchronicita (ve stejnou chvíli komunikují dvě a více osob) nebo sériovost komunikace, vždy přítomné emoce a jejich vliv na komunikační akt, poznávací procesy a zkušenosti.

Lidská komunikace má jen výjimečně lineární, jednosměrný charakter. Komunikaci sami produkujeme, ale sami jsme také jejím „produktem“: pozměňuje naše myšlení, postoje a emoce. Komunikací můžeme změnit druhého člověka a vlivem komunikování se sami měníme.

Protože veškeré komunikování se uskutečňuje v jistém čase, prostoru a za určitých okolností, klíčové postavení zaujímá zkoumání **komunikačního kontextu**. Ten je dvojitý. Vnitřní – *mentální* a vnější – *fyzický*. V mentálním kontextu každého komunikujícího je přítomno množství představ a kategorií, které svébytně ovlivňují jeho chápání a používání komunikačních nástrojů. Vnitřní kontext je jednak vědomý stav naší mysli, ale také neuvědomovaný. K vnějšímu kontextu patří nejen aktuální sociální a fyzický (věcný) kontext, ale i ustálený kontext kulturní, zvykový, jazykový. (24;17-20)

Motivace ke komunikaci

Motivaci komunikovat má každý člověk. Je v něm přítomna v různé intenzitě, která kolísá a závisí na řadě okolností. Co nás motivuje ke komunikaci?

Motivace kognitivní. Chceme, či potřebujeme něco sdělit, vyjádřit se: o světě, o sobě, o druhých.

Motivace sdružovací. Častou motivací komunikovat je uspokojit potřebu kontaktu.

Motivace sebepotvrzovací. Komunikováním s druhými lidmi i sami v sobě nalzáme a potvrzujeme svou osobní identitu. Stáváme se sami sebou.

Motivace adaptační. Komunikujeme proto, abychom hráli svoji roli, potvrzovali její přijetí a osvojení. Přizpůsobujeme se přitom rolovým stereotypům, hrajeme konvenční komunikační hry a signalizujeme jimi svou konformitu anebo se konvencím vzpíráme. Všemi těmito postupy se sociálně integrujeme a adaptujeme na společenský řád.

Motivace „přesilová“. Můžeme být motivováni potřebou uplatnit se.

Existenciální motivace. Komunikací strukturujeme a fázujeme čas a průběh svého života, tak abychom zaplašili nudu, pocity bezsmyslnosti, abychom se vyhnuli depresi a melancholii. Komunikujeme, abychom zůstali psychicky zdraví. (24; 23-25)

Sociálně- psychologické studie rozhovorů a sociální komunikace naznačily, co vše je možno diagnostikovat v nejjednodušším sdělení: sdělujeme si informace (informací se rozumí taková zpráva, která snižuje naši nejistotu); sdělujeme si tzv. metakomunikační klíče (smysl toho, co se říká); sdělujeme si postoj k věci, o které hovoříme; sdělujeme svůj postoj k posluchači; sdělujeme si i svá sebepojetí (za koho se sami považujeme); sdělujeme si žádoucí pravidla vzájemného styku; sdělujeme si žádosti. (15;66-69)

Hlavními druhy komunikace jsou komunikace **verbální** (slovní, z lat. Verbum = slovo) a komunikace **nonverbální** (komunikace s použitím neslovních, neřečových prostředků). (10;22) Existuje ještě jeden komunikační kanál, je jím **sdělování činy**. „To nejdůležitější, co já říkám, to obvykle nejsou slova, ale to, co dělám a co má pro druhého určitý hodnotový důsledek.“ (16;103)

2. Komunikace verbální

Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou i více osob pomocí slov. Jde o výběr, kombinování a produkci jazykových znaků, proces vzájemného sdělování, percepce (vnímání) a recepci (příjem) slovních sdělení a porozumění jim. (24; 85-86)

Obecně se uznává, že řeč je vývojově nejvyšší, tj. jak fylogeneticky, tak i ontogeneticky nejvyspělejší forma sociální komunikace. Řečí je možno co nejpřesněji určit předmět sdělení, tj. to, co chceme sdělit. Má možnost naznačovat různé alternativy, vyjadřovat kauzální vztahy. Má možnost daleko přesnějšího vyjádření toho, o čem soustavně pojednává logika. V mezilidském styku se setkáváme s uměním mluvit, ale i s uměním naslouchat. V sociální komunikaci je důraz kladen nejen na to, co se říká, ale i na atmosféru, ovzduší, které panuje mezi komunikujícími. (16;123,124)

Druhy našich slovních projevů v sociální interakci jsou: monolog – samomluva; dialog – rozhovor, rozmluva; konference – projednávání; konverzace – rozprávění; diskuse – ostrá výměna názorů; debata – pohovoření; disputace – rozklad. (16;137)

Dialog

Slovo dialog, dia-logos, označovalo metodu určenou starořeckými mysliteli a rétory k odkrývání pravdy. Dnes slovo dialog synonymicky splývá s rozhovorem. Rozhovor je rozmluva dvou či více lidí na jedno, či více témat. Z psychologického hlediska je pozoruhodná kvalita rozmluvy: její autentičnost, včetně opravdového zájmu vést rozhovor, a důkladnost a kompetence při probírání tématu. Psychologickou hloubku tématu limitují atributy jako:

- Příprava na rozhovor (důkladná, povrchní)
- Iniciativa v rozhovoru (zda se všichni účastníci zapojují)
- Reagování („k věci“, bezodkladné, postranní, aktivní)
- Role účastníků (ustálené/nejasné, hierarchizované/nehierarchizované)
- Akceptování pocitů
- Stereotypy v myšlenkových pochodech: o druhých účastnících, o tématu rozmluvy
- Kontext (osobní rozhovor, pracovní, dostatek času, příjemné místo aj.). (24; 96-98)

Pro dialog je charakteristické střídání rolí: role mluvčího a role poslouchajícího. Hovořit při rozhovoru ve dvou není zdaleka tak jednoduchou záležitostí, aby ji bylo možné vyjádřit prostým obrazem „vysílání něčeho“. V pozadí slovního projevu je možno vždy diagnostikovat záměr hovořící osoby. Je to smysl sdělení pro hovořícího. Tento smysl se nemusí krýt s tím, který mu dá posluchač! Posluchač, dříve než jeho partner začne hovořit, si začíná vytvářet různé hypotézy o tom, co mu asi druhý chce říci, s čím přijde, kdy se dostane k věci atp. Psychologie zde hovoří o předjímání – anticipaci. Slyší-li posluchač zprávu, musí ji nejdříve dešifrovat a dekodovat. Zde mluvíme o smyslu zprávy pro příjemce. Odhalení záměru hovořícího je prvořadým úkolem posluchače. Přičemž záměr mluvčího a záměr, jenž je odkryt posluchačem se nemusí vždy krýt. Dalším momentem, který v rozhovoru dvou osob můžeme zaznamenat, je účinek slovního sdělení na příjemce (posluchače).

Brzdící silou v dialogu mohou být: strach, abychom se neshodili; namyšlenost; pochybnosti; snaha druhého ovládnout; odlišnost významů používaných slov; příliš velké očekávání; upospíchanost; přílišná touha odlišovat se; nezralost osobnosti aj. (16;138-146)

Zdravá komunikace

Zdravá komunikace je nazývána také komunikací funkční – v protikladu k dysfunkčním výměnám, jako jsou dvojvazebné či agresivní pomluvy, lhaní, simulace aj., jež nenaplňují funkce informovat, pobavit apod. Zdravou komunikaci lze označit také jako kvalitní. Kvalitní komunikace spoluvytváří celkovou **kvalitu našeho života**. Pokud je člověk nepřetržitě vystaven nezdravé komunikaci po dlouhou dobu, zanechává to stopy v jeho mysli, komunikace ovlivňuje poznávání, posuzovací procesy, preference, může narušit charakter. Naopak je známo, že zdravá komunikace blahodárně působí na průběh většiny tělesných onemocnění.

Charakteristiky zdravé komunikace

Bezprostřednost reakce: Budiž zdůrazněno, že malý časový odklad nemusí být na závadu, naopak. Ovšem časté odkládání reakcí, odklady hodinové či několikadenní, mlčení, únikové tendence, „nečitelnost“ adresáta, kdy nevíme, co si o daném sdělení myslí a jak se cítí, vede k poruchám momentálního kontaktu i vztahu.

Kognitivní přizpůsobování: Nelze funkčně komunikovat bez toho, aniž se přizpůsobujeme stanoviskům, slovníku a rovněž mimoslovnímu repertoáru druhého.

Zájem o druhého: Svůj zájem dáme najevo, když pozorně nasloucháme, jsme trpěliví, náš pohled je přátelský, náš hlas je přátelský, signalizujeme uznání za drobný pokrok v komunikaci, povzbuzujeme, jsme zaangažováni. Součástí projevovaného zájmu při komunikaci tváří v tvář je **kontakt z očí do očí**.

Reciprocita: Princip vzájemnosti, synchronie, reciprocity zakládá zdravě vyvážený dialog i komunikaci. I pro pasivnějšího účastníka je důležité, aby možnost vzájemné spoluprotvorby komunikace měl, aby jeho příspěvky nebyly diskvalifikovány např. tím, že ho druhý neposlouchá, že ho nenechá domluvit apod.

„Třikrát ne“: Není dobré zahrnout druhé(ho) nadbytkem **požadavků**. Snadno to u adresáta vyvolá panický mikrozáchvat, že na všechny požadavky nebude stačit. Obrana před touto panickou reakcí ho povede k tomu, že na některé z požadavků raději „zapomene“ (vytěsni je). Není dobré zahrnovat druhé(ho) přílišnou **kritikou**. I zde se automaticky spustí obranný mechanismus, a to již při druhé, třetí výtce. Kritizovaný se uchyluje k popření, projekci, racionalizaci, agresii, podléhá únikovým tendencím. Třetí „ne“ platí vyjadřování **zklamání**. Vyjádřit zklamání samozřejmě můžeme (bezprostředně), neměli bychom ho však „rozpitvát“, ustavičně připomínat a dramatizovat.

Vlastnosti zdravě komunikujícího jedince

- Pozitivně vidí sám sebe, věří si;
- Dokáže být, vždy podle dané situace, jak empatický, tak neústupný, umí být vstřícný i odměřený;
- Není rivalizující typ, což nevylučuje náročnost kladenou na sebe;
- Umí pracovat na tvorbě kompromisu;
- Ustoupí-li, neobviňuje;
- Hodnotí teprve tehdy, až vyslechne celou informaci;
- Je otevřený změnám a rozmanitosti názorů;
- Nediskvalifikuje ani ve vztahové, ani ve věcné rovině;
- Umí komunikaci řídit, regulovat její směr a strukturovat ji;
- Umí neutralizovat konflikty, kolize a napětí nebo jich tvořivě využít;
- Nezamlouvá, neodbíhá, nemlží;
- Sám se umí uměřeně „odhalit“. (24; 213-220)

3. Komunikace neverbální

Při nonverbálním komunikování jde o to, co si sdělujeme výrazem obličeje, oddálením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, „tónem“ řeči, úpravou zevnějšku atp. (13;32) Sociální psychologové ukazují, že si beze slov sdělujeme : emoce; zájem o sblížení; dojem o tom „kdo jsem“; snahu ovlivnit postoj partnera; snahu řídit chod vzájemného setkání určitým směrem. (15;74)

Mimika (sdělování výrazy obličeje)

Jedná se o velmi silný dorozumívací prostředek, umocňující pozitivně nebo negativně verbální kontakt. Mimikou vyjadřujeme city a emocionální stavy (radost, smutek, překvapení, strach, spokojenost, zájem, štěstí, neštěstí, úzkost, nedůvěru atd.). (10; 29)

Pohled (řeč očí)

Je to řeč očí – pohledů druhých lidí na nás a našich pohledů na ně, co tvoří vlastní jádro mimoslovní sociální komunikace. (13; 75) Jedná se o činnost oční partie obličeje v mezilidském styku (tedy kam, na koho, jak dlouho a jak často se jeden na druhého dívá, jak jsou oči otevřené, jak jsou velké panenky, jaké jsou vrásky kolem očí, jaké jsou mrkací pohyby apod.). (10; 30) Dlouhodobými pokusy je prokázáno, že dlouhotrvající a setrvalý pohled do očí je nepříjemný. Zrovna tak je nepříjemná absolutní absence pohledu do očí. Ukazuje se, že nejpříjemněji se cítí člověk, s kterým udržujeme oční kontakt po dobu přibližně padesáti procent času s ním stráveného. (4;8-10) Oční kontakt je důležitý při každém rozhovoru, nepomáhá nám pouze vnímat pocity druhé osoby, ale projevujeme jím zájem o člověka, se kterým hovoříme, a o problémy, které nám předkládá. Vytváříme tak snadněji pocit důvěry a porozumění. (22;17)

Proxemika (sdělování přiblížením a oddálením)

Nejen výrazy obličeje, ale i tak nevinným způsobem, jako je přiblížení k druhé osobě nebo naopak odstoupení od ní, jí něco sdělujeme. Na základě řady zjištění o optimální vzdálenosti mezi dvěma lidmi vykryštovalo pojetí tzv. osobní zóny člověka. Rozumí se jí myšlená čára ohraničující prostor kolem člověka, do kterého tento člověk nerad pouští druhé lidi. Je možno říci, že velikost osobní zóny je závislá na osobnosti lidí, kteří vstupují do vzájemného styku, na jejich kulturních, etnických i rasových charakteristikách, na jejich věku, pohlaví, zdravotním stavu, na jejich schopnosti rozumět partnerově řeči, na míře jejich znalosti druhého člověka, na

velikosti prostoru, který je k dispozici, na míře přátelské úrovně vzájemného vztahu. (13; 43-50)

Haptika (sdělování bezprostředním kontaktem)

Haptika vyjadřuje dorozumívání formou dotyků. Ty se realizují přímým kontaktem „kůže na kůži“ nebo nepřímým – přes oděv. (10; 32)

Posturika (sdělování fyzickým postojem)

Nebo také: přenášení informací polohou těla, tj. konfigurací všech končetin, krku, hlavy a trupu (natočení hlavy k partnerovi nebo její odvrácení, sklon hlavy, nakročení). Ovlivňuje ji kvalita vzájemných vztahů, temperament a aktuální psychická atmosféra. (10; 32)

Kinezika (sdělování bezděčnými pohyby)

Kinezika vyjadřuje informace spontánními pohyby rukou, nohou, hlavy a těla. Tyto pohyby, které neustále vysíláme, představují signály informující o našich citech, záměrech, postojích, emocionální aktivitě.

Gestika (mluva rukou)

Gesta pomáhají při komunikaci tím, že nahrazují řeč, vyjadřují naše pocity, pomáhají kontrolovat komunikaci, udržují pozornost a doprovázejí řeč. (10;32) Gesta ovšem mohou za určitých okolností vyjadřovat pravý opak toho, co je sdělováno slovy. (13;72)

Paralingvistika (svrchní tóny řeči)

Mezi písemně nezaznamenané – paralingvistické – charakteristiky řeči patří: hlasitost řeči, výška tónu řeči, rychlost řeči, objem řeči, plynulost řeči, intonace – melodie řeči, chyby v řeči, správnost výslovnosti, kvalita řeči – věcnost hovoru, členění řeči – frázování. (13;134-135) Obecně se jedná o akustické projevy řeči. (10;33)

4. Komunikace s veřejností

Komunikace s veřejností má nejčastěji podobu oslovování příjemců produktem – tiskovinou, televizním pořadem, billboardem, katalogem, reklamním sloganem.. Masová komunikace bývá většinou chápána jako komunikace masmediální, tj. komunikování tisku, rozhlasu, televize a dalších médií s adresáty svého působení. I pro masmediální komunikaci platí rys vzájemnosti. Na straně adresáta se nezřídka dostavuje výrazná změna v myšlení postoji či cítění, je nastartován vnitřní dialog, vzbuzena zvědavost. (24;132) Masmédia jsou často určujícími „nosiči témat“: iniciátory toho, o

čem se začne uvažovat, mluvit, politicky jednat. Masmédia nabízejí vlastní deskripci (přepis, popis) světa. Preskripce značí „předepisování“, někdy dokonce skryté „příkazování“ toho, co máme přijmout, jak se máme (za)chovat apod. (24;138-142)

Reklamní slogany

V jistém smyslu symbolizuje úspěšný slogan efektivnost stručné komunikace: je odhadem recipientovy reakce, dokáže ho pohnout ke koupi, ke změně, k aktivitě. V hlubší psychologické rovině slogan oslovuje lidské potřeby a instinkty, představy o sobě a o světě, představy o žádoucím a výhodném, chce vzbudit touhu, chtění, vyvolat novou potřebu. Slogan je zpravidla velmi jednoduchý a stručný. Firmy si vytvářejí jednak stabilní, dlouhodobě neměnné slovní logo, aby při pouhém zaslechnutí nebo zběžném pohledu byla firma okamžitě identifikována. Jednak je k logu na přechodnou dobu připojen další slogan, další „minipříběh“. S objevením se reklamy začíná existovat také kritika reklamy, která se soustřeďuje na rozbor klišé, na iluzotvornost, lživost, banalitu a další atributy reklamních produktů. (24;147-150)

Vliv internetu na lidskou komunikaci

Vliv internetu na lidskou komunikaci lze hodnotit jako obohacující, nebo také neblahý. Analýza neblahého vlivu si všímá dopadů na kvalitu řeči a myšlení (ochuzování slovní zásoby, anglismy a expanze počítačové terminologie), dopadů na životní styl, zdravotní a psychický stav (hrozba „závislosti“) apod. Přínosem internetu pro komunikační možnosti je umožnění informační dostupnosti a prostupnosti, interaktivnost při výměně zpráv a rychlost při zprostředkování kontaktu. Předností komunikování v internetové síti je rychlost a možnost jednoduše předávat i graficky náročná data, kopírovat, dobírat se informačních zdrojů, dělit se o poznání a sdílet ho. (24;151-154)

5. Psychologické faktory zdraví a nemoci

Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu života, je bezpochyby náročnou, nebo jinak řečeno, svízelnou životní situací. (1;51)

Emergentní (kritická, nouzová) situace

V takovéto situaci se nepochybně nalézají všichni ti, kdo onemocněli náhle, byla jim sdělena nepříznivá diagnóza, právě prodělali vážnější úraz apod. Pro psychiku těchto lidí je typické, že zpravidla následně po sobě proběhnou stavy šoku, popření, úzkosti, agrese, deprese a následného vyrovnání a smíření se s daným stavem.

Šok je akutní emoční reakcí, odrážející krizový stav pacienta. Pacient je zaplaven protichůdnými pocity. Zoufalstvím, bezradností, nepřátelstvím vůči zdravým lidem, iracionálními pocity viny, beznadějí, sebeustrukčnými tendencemi apod. Důležitá jsou ze strany zdravotníků opakovaná ujištění o poskytování pomoci, zajištění vysoce kvalitní léčby, neuzavírání dveří naději. (4;21-23)

Popření je jedním z nejstarších psychických obranných mechanismů. (8;308) Jde o nevědomý posun reality do podoby, v níž by nemocný rád svoji současnost a budoucnost viděl. Popření působí jako nárazník mezi nemocným a strachem a je nezbytným předstupněm pro následné přijetí reality. Proto není dobré je z naší strany násilně prorážet. Hrozí ale nebezpečí, že nemocný nebude dodržovat zásady a léčebné postupy. (4;21-23) Protože se jedná o nevědomý mechanismus, odolává často racionální argumentaci. (8;308)

Úzkost. Je profesionální povinností zdravotníků úzkost snižovat. Přístup k těmto pacientům má být vlídný a pevný. Je nutno vysvětlit, co se bude dít, jaký bude vývoj a průběh pacientovy situace. Informace mu tak pomohou vytvořit pevnější strukturovanou vizi své budoucnosti a snáze překlenout fázi úzkosti. (4;22)

Agrese není primárně adresována ani zdravotnickému personálu, ani blízkým lidem, na které dopadá, ale jakémusi zlému osudu. Ten však není po ruce, zatímco zmíněné osoby ano. Optimálním přístupem k nemocným v této fázi, je přístup permissivní, který jim nejen dovolí a umožní, ale dokonce pomůže jejich agresi ventilovat, ovšem správným směrem. (8;308)

Deprese. Zde se téměř vždy jedná o určitý bludný interakční kruh. Deprese je současně příčinou i následkem zhoršujícího se stavu. Depresivní člověk hůře spolupracuje, zhoršení zdravotního stavu pak vede k prohloubení deprese. (4;21-23)

Stejně jako u agrese je třeba pacientům poskytnout čas na truchlení a nemá cenu je povzbuzovat apelem na jejich silnou vůli. Je třeba od samého začátku je vést k tomu, aby se naučili rozlišovat mezi pláčem, který jim přináší úlevu, a pláčem, který je potápí do sebelítosti a beznaděje. (8;308)

Smíření. Je to proces, cestu, kterou nemocný musí projít, aby našel své nové místo ve světě. (8;308)

Nemoc, stejně jako tělesné postižení, klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí a motivaci, neboť u nemocného nejde jen o to smířit se s faktem svého onemocnění a přijmout pasivně vše, co choroba s sebou přináší, ale nemocný je postaven před úkol vyrovnat se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho a přijímat jako fakt další nutné nepříjemné i bolestivé diagnostické a terapeutické postupy. Pro nemocného je tedy jeho choroba obvykle těžkou zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků. (1;52)

Pacientovo subjektivní pojetí zdraví a nemoci

Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání vlastní choroby a psychické reakce na nemoc, jsou důležitým článkem při léčbě a ošetřování nemocných, protože zpětně ovlivňují průběh onemocnění. (1;52)

V medicíně se objevují fundované snahy o hlubší porozumění tomu, jak pacient vnímá pojmy typu zdraví, nemoc, jak vnímá nabízené postupy léčby. Vědecký zájem o pacientovu perspektivu vidění problémů začal kolem 70. let minulého století a trvá dodnes. Zjednodušeně v něm můžeme odlišit čtyři přístupy.

Nejstarší z přístupů kladl důraz na pacientovy představy a přesvědčení o nemoci. Badatelé se zajímali především o **afektivní aspekty** pacientova pohledu na nemoc, o emoce, které prožívá, o postoje, které k nemoci zaujímá.

Druhý je přístup, který zkoumá pacientovy laické „teorie“ nemoci, jeho výklad nemoci, myšlenková schémata při vysvětlování nemoci. Akcentuje tedy poznávací, **kognitivní aspekty** pacientova pohledu na nemoc. (17;109-111) Ukazuje se, že pacientovy představy o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při jeho *vnímání* jeho

vlastního zdravotního stavu a zároveň ho i ovlivňují při jeho *interpretaci* toho, jak na tom zdravotně je a co se s ním ze zdravotního hlediska děje.

Jde například o to, zda příznaky, které se u něho objevily, vidí jako příznaky nemoci, nebo drobnosti, kterých není třeba si všímat. Jde pak i o to, zda vidí návštěvu u lékaře, případně hospitalizaci jako nejvhodnější způsob, jak změnit to, co negativního se u něho objevilo.

Odborně se zde hovoří o dvou základních úkolech:

1. Vnímání příznaků a jejich rozpoznávání jako závažných příznaků nemoci;
2. Porozumění, pochopení a výklad (interpretace) toho, co dané příznaky znamenají.

Celkově je možné říci, že představa, že určitý příznak musí každý člověk stejně snadno a rychle objevit a stejně ohodnotit jako kdokoliv druhý, je zcela nepřijatelná. Přehled faktorů, které ovlivňují vnímání (vidění a rozpoznání) příznaku i jeho hodnocení, ukazuje, že tzv. *kognitivní faktory* – myšlenky lidí, jejich názory, představy, postoje a přesvědčení – zde hrají mimořádně důležitou roli. (14;23,25)

Co obsahuje myšlenková představa či přesněji kognitivní schéma nemoci?

- *Identifikaci* – přesné určení nemoci – například jejím pojmenováním;
- *Důsledky této nemoci* pro člověka touto nemocí postiženého a pro skupinu lidí s ním úzce spojených – např. jak asi probíhá léčení nemoci, s jakými bolestmi je nemoc spojena, jaké důsledky bude mít nemoc pro rodinu pacienta, pro jeho zaměstnání, další perspektivu atp.;
- *Představy o příčinách nemoci* – co asi tuto nemoc způsobilo, proč u pacienta k této nemoci došlo, co udělal špatně či co opomněl atp.;
- *Dobu trvání nemoci* – jak tato nemoc omezuje životaschopnost a pracovní schopnost, a to jak v době léčení, tak v dlouhodobé perspektivě;
- *Možnost léčení dané nemoci* – zda klasická forma léčení stačí na to, aby nemoc odstranila. (14; 26)

K uvedeným pěti hlediskům bylo doplněno ještě šesté – osobní smysl zdraví a nemoci. Rozumí se jím důležitost zdraví pro daného člověka, smysl, který přikládá své nemoci, bolesti, utrpení.

Třetí v pořadí je přístup, který zkoumá jak afektivní, tak kognitivní aspekty a přidává k nim ještě pacientův způsob reagování na nemoc. Jeho názory na to, co by on sám měl

udělat pro zvládnutí nemocí a obtíží, které mu nemoc přináší. Tento přístup přidává ještě pacientovy **autoregulační aktivity**.

Čtvrtý je přístup, který tvrdí, že pacientovy názory na nemoc jsou výsledkem pacientova lidského zrání, mění se pod vlivem životních zkušeností, vlastního uvažování. Působí však na ně také rodinné vlivy, komunita, v níž pacient žije (včetně jejích kulturních, náboženských aj. pohledů na nemoc a zdraví), jakož i vliv zdravotníků. K předchozím aspektům tedy přibývají **vývojové a socializační aspekty**. (17;111)

Rozdílnost přizpůsobení se chorobě u jednotlivých nemocných je dána závažností onemocnění, jeho prognózou a náročností léčby, tak i osobností nemocného a jeho sociální situací.

U **akutních onemocnění**, zvláště pokud jsou doprovázena intenzivní bolestí, předpokládáme častější výskyt neadekvátních reakcí, neboť obvykle nemocnému v počátku onemocnění chybí dostatek informací, které se týkají jeho zdravotního stavu. Nezbytná pracovní neschopnost, nutnost hospitalizace a tím vytržení pacienta z normálního životního rytmu mohou vést až k panickým reakcím, s výraznými motorickými, někdy agresivními projevy, nebo na druhé straně k uzavření se okolnímu světu, stažení se do sebe a rezignaci.

Chronické onemocnění, pokud nepředstavuje vitální ohrožení, skýtá obvykle nemocnému čas, aby se na ně přiměřeně adaptoval. Pokud nemocný není schopen přijmout fakt existence své choroby, můžeme se u něj setkat rovněž s řadou neadekvátních reakcí, jako je například bagatelizace nebo popření choroby, což se projevuje i v neochotě spolupracovat se zdravotníky, v nedodržování léčebného režimu, až přímém odmítání léčby. Setkáváme se u těchto nemocných někdy s tzv. **disimulací**, kdy nemocný zastírá, zatajuje příznaky choroby. Naopak také může nemoc vyvolat **nozofilní či hypochondrické reakce**, nemocný se výrazně soustřeďuje na svoje onemocnění, zvýšeně se pozoruje, kontroluje, dožaduje se dalších vyšetření, léčby a léků a pro jejich dosažení tzv. **agruje** (vědomě i nevědomě zveličuje svoje potíže a zdravotní problémy).

S agravací se častěji setkáváme u starších a opuštěných pacientů, pro něž je obtížnější naučit se sebeobslužnosti v nemoci, popřípadě u těch nemocných, kterým

onemocnění přináší určitý zisk (nemoc v rodině může posilovat rodinná pouta, nemocný získává určité výhody, nemusí být odpovědný za chod rodinného života apod.). (1;55)

Pro zdravotníka je často velmi důležité poznat a pochopit osobnost nemocného, dokázat přizpůsobit svoji komunikaci s ním tomu, co je nemocný schopen a ochoten chápat a akceptovat. (1;32)

6. Komunikace s pacienty

Přehled komunikačních dovedností

Převážně **verbální**: otázky a výzvy, objasňování, souhrny, výklad, projev porozumění.

Převážně **neverbální**: pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu, respekt. (3;19)

Zvládnout **dovednosti mezilidského vztahu** znamená: umět povzbudit vzájemnou komunikaci; přiměřeně emočně reagovat; umět navodit u pacienta stav uvolnění; dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru; umět sladit své neverbální a verbální projevy; umět udržet oční kontakt s pacientem.

Zvládnout **komunikační dovednosti** znamená: užívat správně cílené, problém uzavírající otázky; konkretizovat problém v pravou chvíli; umět udělat krátká a výstižná shrnutí; komunikovat srozumitelně. (22;25)

Naslouchání

Naslouchat druhému znamená aktivně ho vnímat. Naslouchat znamená vnímat nejen co pacient říká, ale také jak to říká a sledovat přitom jeho mimiku a pohyby. Mimika hodně prozradí o zdravotním stavu pacienta, o jeho strachu, nedůvěře nebo naopak o pozitivním přístupu k procesu léčení. (10; 29) Pohybová aktivita pacienta odráží jeho zdravotní stav. (10;32) Teprve všechny tyto podněty jsou předpokladem k tomu, abychom mohli lépe poznat skutečný smysl pacientova sdělení. Při naslouchání se stává, že nevědomě věnujeme něčemu větší nebo menší pozornost. Jako by zde fungoval nějaký „filtr“. Představují ho zpravidla sociokulturní faktory, vzdělání i životní zkušenost, náš aktuální psychický stav. Doporučuje se proto naslouchat nejen druhému, ale i sobě. Můžeme se tak spíše vyhnout projekci vlastních pocitů a názorů na pacienta.

S nasloucháním úzce souvisí respekt. Je to spíše postoj, přístup k lidem. Tento postoj je patrný z našeho jednání. Znamená to, že v době vymezené pro pacienta se věnujeme výhradně jemu. Respekt je známkou naší spoluúčasti na pacientově situaci a výrazem naší důvěry k němu.

Empatie

Jsme-li empatictí, víme, co prožívá druhý, jaké má pocity, sami však takové prožitky jako on nemáme. Díky empatii můžeme pacienta lépe poznat a porozumět mu.

Projev porozumění

Máme projevít, že se snažíme pacientovi porozumět, že víme, jaké má pocity. Porozumění znamená pochopení vztahu mezi příčinou a následkem, jímž může být určitý pacientův pocit, myšlenka, názor, postoj nebo psychický stav. Přijímáme názor druhého, jsme otevřeni možnosti vyslechnout jej. Projevem porozumění se stává interakce dvou osob komunikací – to znamená vzájemnou a otevřenou výměnou informací a sdělováním pocitů. V projevech porozumění bychom se neměli ukvapovat. Je lépe si počkat, než hádat a pronášet ukvapené výroky. Porozumění neznamenaá souhlas, můžeme porozumět a nesouhlasit.

Výklad

Výkladem zde rozumíme objasnění souvislostí a vztahů, kterých si dosud pacient nebyl vědom. Pomáhají mu porozumět sobě a jeho situaci. Pomocí výkladu se z nevědomého stává vědomé. Výklad se týká vztahu mezi obrazem nemoci a vnitřním pacientovým světem. Výklad není verdiktem, který by byl kategoricky formulován jako ortel. Výklad je výrazem toho, že lékař (zdravotník) pacientovi porozuměl. I vhodný okamžik k jeho sdělení má značný význam. Pacient jej nejlépe přijme a nejvíce mu porozumí, když už je sám svým poznáním blízko tomu, co výklad obsahuje. Nesprávný výklad mate a zavádí. Vychází z nesprávného porozumění. Je výsledkem nedostatečné empatie a nepozornosti při naslouchání. Může mít iatropsychoapatogenní vliv.

Zájem, podpora

Zájem o pacienta projevujeme často nonverbálně, a sice např. pohledem, který častěji k němu obracíme, přikyvováním hlavou a nakloněním se směrem k pacientovi. V rámci podpory připomínáme pacientovi pozitivní aspekty jeho života. Podpora je důležitá v krizových životních situacích a má značný význam jako součást pomoci těžce somaticky nemocným.

Rady

Jde-li o dietu, režim dne, životosprávu, užívání léků, pak podává lékař i lékárník zcela jednoznačné rady, doporučení. V psychologické oblasti je situace zcela jiná. Pomoc spočívá v tom, že pomáháme hledat pacientovi jeho orientaci v životní situaci, aby sám dokázal najít řešení a rozhodl se pro něj. (3;19-27)

Role pacienta v interakci s lékařem

Nelze opomenout, že **každá nemoc** zasahuje nejen do biologické, ale též do psychologické a sociální sféry postiženého a že pacient k nám přichází jako osobnost a nikoliv jako porouchaný stroj, který je nutné opravit. (6;14)

Často bývá upozorňováno na vliv úzkosti a strachu pacienta z rozhovoru s lékařem. Kvůli tomuto strachu, úzkosti a obavám dochází k mnoha těžkostem v pacientově sdělování. Příkladem může být nesouvislost sdělení, rozvláčnost rozhovoru o nepodstatných věcech, zamlčení některých podstatných příznaků a poznatků, maskování, předstírání atp. Svou roli hraje intelektuální vyspělost, zkušenost a obeznamenost daného pacienta se zdravotním problémem, který je tématem rozhovoru. Pacienti, kteří se setkávají poprvé v životě s daným zdravotním problémem, patří k nejobtížnějším.

Odhaduje se, že až dvě třetiny pacientů přicházejí k praktickému lékaři s obavami, že v jejich případě jde o vážnou nemoc – například rakovinu, o vážné kardiovaskulární onemocnění či o chronickou nemoc, která se bude zhoršovat a znemožní jim pokračovat v dosavadním způsobu života. Toto očekávání má pak vliv na pacientovu interpretaci všeho, co mu lékař řekne, co udělá, jak se na něho podívá atp.

Kvůli obavám a očekávání pacienta často dochází k tomu, že pacient „neslyší“, „nechápe“ a „nepamatuje si“, co mu lékař řekl. (14;76)

Komplexní přístup k nemocnému

Biopsychosociální model požaduje respektování tří složek: biologické, psychologické a sociální, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji nemoci. Stejně tak se uplatňují při její léčbě. Je samozřejmé, že podíl jednotlivých složek se u konkrétních stavů liší. Jako příklad těch stavů, na jejichž vzniku se psychosociální vlivy málo nebo vůbec neuplatňují, uvádíme některé úrazové stavy, intoxikace, degenerativní onemocnění aj. Naopak je tomu například v případě neuróz, psychosomatických onemocnění nebo nádorových onemocnění. V rámci biopsychosociálního modelu se

lékař zajímá o větší šíři informací o pacientovi, hledá vztahy mezi událostmi v jeho životě a současným klinickým obrazem. Předpokladem postupu dle zásad biopsychosociálního modelu je „senzibilizace“ lékaře k verbálním i nonverbálním projevům pacienta, aby byl schopen postihnout skutečný smysl jeho sdělení. K „senzibilizaci“ lékařů mohou přispět balintovské skupiny lékařů, které můžeme charakterizovat jako strukturovanou skupinovou diskusi odkrývající zejména problémy ve vztahu mezi lékařem a pacientem. (2;26-30)

Nedirektivní psychoterapeutický rozhovor

Psychoterapeutický přístup definujeme jako cílenou integraci psychoterapeuticky působících prvků verbální a neverbální povahy v klinické praxi lékaře. Lékař může tyto prvky cíleně a individualizovaně používat při jednání s nemocným. Vytváří tak podmínky pro vznik a rozvoj příznivého interpersonálního vztahu mezi sebou a nemocným. (3;14,15) Pacienti, kteří se setkávají ve zdravotnických zařízeních s dobrou interpersonální komunikací, jsou spokojenější s poskytovanou zdravotní službou, je možno spolehnout se na jejich spolupráci, protože lépe pochopí doporučení a rady jim poskytnuté. (23;15)

Pacienta při psychoterapeutickém rozhovoru provázíte, dáváte mu svou komunikací možnost najít vlastní řešení situace, vyventilovat tenzi, obavy. Při tomto typu rozhovoru se iniciativa nechává na pacientovi, dáváme jemně najevo, že s ním sympatizujeme, co říkáme akceptujeme, projevujeme zájem, empatii. Plná **akceptace a úcta** k pacientovi brání vzniku nejistoty a manipulací, vytváří atmosféru sympatií a zájmu o problém. Vciťující porozumění vzhledem k pacientovi vychází především z empatie a ovládnutí reflexí. **Reflexe** je co nejpřesnější zachytávání pocitů pacienta, odpověď na to, co vidím a slyším. Jde o důležitou zpětnou vazbu, kdy formulujeme odpovědi ve smyslu, že pacientovi rozumíme, že vnímáme jeho pocity. **Autenticita zdravotníka** znamená otevřenost, nemanipulativní jasnost komunikace.

Techniky používané při nedirektivním rozhovoru:

1. *Parafrázování* - Jedná se o shrnutí podstatných bodů pacientova sdělení. Je běžné, že lidé hovoří déle, v souvětích a potom čekají na naši odezvu.
2. *Zrcadlení* - Pokud pacientův výrok odzrcadlíme, na konci poklesneme hlasem a vyčkáme na jeho další reakci, můžeme zjistit, co pacient skutečně prožívá.

3. *Empatické poznámky* - Jedná se o empatické reakce zdravotníka na pacientovo sdělení, zejména pokud je toto sdělení emocionálně podbarveno. Empatické poznámky by měly vyznít autenticky a přirozeně.
4. „*HM*“ *terapie* - Někdy doprovázíme pacientovu komunikaci pouze souhlasným kýváním hlavy a verbálním „hm“ doprovodem. I toto je produktivní způsob komunikace, možnost pro pacienta jak se vyprávět. (1;135-138)

Nepsychoterapeutický přístup

Opakem psychoterapeutického přístupu je přístup nepsychoterapeutický, nepsychoterapeutické chování, které nejenže pacientovi nepomáhá ale může více či méně zatěžovat a vytváří živnou půdu pro iatropatogenii (poškození pacienta zdravotníkem).

Příčiny nepsychoterapeutického přístupu:

1. Příčinou mohou být *pacienti* samotní – lidé nesympatičtí, problémoví, kteří se chovají nevhodně nebo nezvykle.
2. Příčinou jsou nežádoucí *osobnostní rysy zdravotníka* – sebepoznávání, další vzdělávání, nějaká forma práce na sobě umožňuje lépe zvládat nároky zdravotnické profese.
3. Chybí *motivace* pro vykonávanou práci – rozčarování z rozporu mezi teorií a praxí, ze ztráty ideálů či původní motivace, důvodem může být i změna pracoviště.
4. Příčinou jsou nevhodně zafixované *postoje* zdravotníka nebo pracoviště – na pracovištích, kde celkově dochází jen k malým změnám, kde se personál nemění, kde se zaběhnou určité způsoby práce a v těch se pokračuje i potom, co už ztratily svůj smysl, tam kde se personál málo vzdělává, může dojít k zafixování postojů, které neslouží nebo škodí pacientům.
5. Příčinou je chronická únava z povolání tj. *syndrom z vyhoření* – může být jak akutní, tak chronický. Kromě obvyklých příznaků stresu dochází k postupnému poklesu zájmu o práci a uspokojení z ní. Objevují se různá, zpočátku většinou nezávažná onemocnění, která se mohou stávat závažnějšími nebo chronickými. Nastupuje pocit trvalé fyzické a psychické únavy, podrážděnost, narůstají konflikty s okolím, se spolupracovníky, nálada kolísá mezi zoufalstvím, nespokojeností a agresivitou. Výrazně klesá výkonnost a s ní postupně i sebedůvěra. (1;175-179)

Co kladně ovlivňuje pacienta, aby dodržel příkazy lékaře:

- Přesvědčení pacienta, že mu to, co lékař radí, doporučuje či předepisuje, skutečně pomůže ;
- Přátelský dialog lékaře s pacientem, při němž je pacient chápán jako partner;
- Když se lékař nechová nadřazeně;
- Ochota lékaře naslouchat pacientovi;
- Dobré komunikační schopnosti lékaře (i pacienta);
- Sociální opora pacienta – v jeho zázemí (rodině, přátelských vztazích atp.);
- Když chápe pacient své onemocnění jako vážné;
- Když se jedná o určitou nemoc, která se v obecném povědomí nezlehčuje (např. diabetes mellitus).

Co záporně ovlivňuje dodržování zdravotních rad a příkazů:

- Když je pacientem adolescent;
- Když pacient uhýbá konfrontaci s nemocí;
- Když pacient vidí, že příznaky nemoci již odezněly;
- Když pacient pochází z kulturního či etnického prostředí, kde se nepovažuje za moc důležité poslouchat, co lékař přikazuje;
- Když pacient musel příliš dlouho čekat na ošetření (např. v čekárně);
- Když léčení trvá příliš dlouho (podle pacientova úsudku);
- Když pacient musí brát příliš mnoho léků;
- Když časový rozvrh braní léků neharmonizuje s pacientovým denním režimem;
- Když pacient vidí, že se jeho stav zhoršuje vzdor tomu, že dělá mnoho pro to, aby se uzdravil;
- Když pacient nechápe, jaký mají předepsané léky vztah k tomu, co mu je;
- Když pacient věří, že jemu se nemůže nic stát;
- Když pacient nerozumí tomu, co je napsáno v doprovodném textu k léku, v tzv. příbalovém letáku (nerozumí tomu přes 50% pacientů). (14;47,48)

7. Komunikace v lékárně

Farmacie spolu s ostatními zdravotnickými a ještě některými dalšími profesemi (pedagogové, psychologové aj.) se řadí do kategorie pomáhajících povolání (helping professions). Znamená to, že kromě odborného vzdělání a osvojených vědomostí a dovedností, sehrává důležitou roli v práci i lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. (5; 12)

Lékárník, farmaceut musí představovat osobnost harmonickou, klidnou, sebevědomou, ne však povýšenou, vystupující vždy pohotově a důsledně s velikou dávkou odbornosti, s lidskou účastí a porozuměním. Během hovoru s pacientem musí lékárník citlivě reagovat na duševní stav nemocného, musí působit dojmem odborníka, kterému záleží na uzdravení jednotlivce. (21;57-58)

V českých lékárenských podmínkách lze v dispenzační činnosti spatřovat lékárníkův pozitivní přínos k optimalizaci farmakoterapie, k zefektivnění účinku léků a k snížení terapeutického rizika či zvýšení terapeutické bezpečnosti. Je úlohou lékárníka, aby pacient obdržel o vydávaném léku úplnou, jednoznačnou, srozumitelnou a jmenovitě pro něj platnou informaci o léku, který bude užívat. (21;26)

Pro kladný průběh působení na pacienta má veliký význam zevní vzhled expedienta, jeho gestikulace, mimika, tón hlasu, způsob mluvení, celkový přístup k dané osobě.

Pacient by si měl vytvořit příznivý úsudek o celkovém přístupu k sobě a měl by odcházet z lékárny s přesvědčením, že obdržel právě nejvhodnější lék pro svoji chorobu, měl by odcházet s vůlí respektovat pokyny zdravotníků, týkající se léčby. Zvláštní význam pro úspěšnou léčbu má využití placebového efektu, které je možno zvýšit přitažlivějším vzhledem a balením léků, podáním v příjemné emoční atmosféře, v klidu a bez chvatu.

Součástí lékárníkova přístupu k návštěvníkovi musí být snaha oprostit se od monologu a naopak vstoupit s danou osobou do **dialogu** a aktivní účasti návštěvníka na verbální komunikaci dosáhnout jeho zájmu o podávanou informaci. Vhodný výběr slov i tónu rozhovoru musí být navíc doplněn o schopnost rozeznat, které informace a v jakém rozsahu lze danému návštěvníkovi sdělit. (21;57-58)

Komunikace při výdejní činnosti

V profesionálním životě lékárníka se komunikace stává nedílnou součástí zaměstnání. Komunikaci v lékárně lze definovat jako schopnost interpretace odborných

informací konkrétnímu pacientovi. Lze ji rozdělit na komunikaci všeobecnou a komunikaci odbornou. Výsledkem všeobecné komunikace by mělo být úspěšné navázání kontaktu s pacientem. Všeobecná komunikace spolu s odbornými znalostmi je základem komunikace odborné. Ta se liší podle toho, zda je vydáván lék na lékařský předpis nebo volně prodejný, zda jde o lék nový nebo pacientem už užívaný. (18; 13-19)

Výzkumy ukázaly, že při nijak závažné zdravotní situaci odchází od průměrně dobrého lékaře průměrně inteligentní pacient s tím, že **třetinu** podstatných informací nestačil zaznamenat, zapamatovat si, protože je v situaci tísně, stresu a regrese, nebo prostě proto, že jim neporozuměl a je mu trapné se zeptat. (6;38-39)

Lékárna proto nesmí být vnímána jako místo pouhého trpného výdeje, neboť ona je prakticky poslední institucí, kde se pacient setkává se zdravotníkem a taková situace přímo nabízí široké působení na pacientovu psychiku. (21;46)

Při výdejní činnosti, kdy posláním lékárníka je poskytnutí odborných vědomostí a zkušeností, může dojít díky nesprávnému způsobu komunikace k nejrůznějším chybám a zkreslením. To pak bývá na závadu nejen vzájemných vztahů farmaceuta a pacienta, ale – v závažnějším případě – jde též na vrub efektu terapie u pacienta. (10;23)

K tomu, abychom byli schopni s lidmi účinně jednat, musí být splněny tyto skutečnosti:

- Formální a věcná správnost (přiměřenost sdělení);
- Schopnost navázat a udržet s lidmi slovní kontakt též na emoční úrovni (zásady úspěšného jednání, vedení dialogů apod.). (10;25)

Lékárník je tím, kdo rozhovor s pacientem iniciuje a aktivně vede. Ve chvíli, kdy hovoří pacient, řídí lékárník komunikaci tím, že pacienta k hovoru vybízí či klade otázky. Správně strukturovat rozhovor s pacientem a dobře komunikovat znamená, získat si jeho důvěru. (4;13) Doporučuje se zprvu nechat pacienta hovořit spontánně, bez většího zasahování, pak najít těžiště a udržet „nit rozhovoru“. V hledání těžiště problému napomáhá zachycení jednak **verbálních klíčů** (důležitá slova o problémech, starostech, pocitech), ale také **neverbálních klíčů** (změny v mimice, pantomimice, v očním kontaktu, ale i tónu, tempu řeči apod.). Na klíče je třeba reagovat, těžiště problému rozvinout a soustředit se na něj. V tom pomáhá kladení **otevřených otázek**, vyžádání **objasnění**, požádání o **příklad, komentování** neverbálních klíčů.

Vyplácí se nejdůležitější část informace **shrnout** v závěru a případně si ji nechat zopakovat. Začátky a konce se obvykle pamatují nejlépe, v začátku však nebývá člověk ještě zcela zkoncentrovaný.

Současně je potřebné průběžně **ověřovat**, zda pacient všemu opravdu porozuměl. Zda se zeptal na vše, na co se chtěl zeptat. Lékárník by se měl zeptat, co a jak pacient pochopil. Dále by měl zjistit, zda pacient rozumí všemu, co je pro něj důležité. (10;25-26)

Souhrnně lze říci, že v průběhu komunikace lékárníka a pacienta musí dojít k objasnění důvodu pacientovy návštěvy, shromáždění anamnestických údajů a následně by lékárník měl navrhnout řešení. Zatímco v osobních věcech platí pro lékárníka nikdy neradit direktivně, měl by být direktivní všude tam, kde se jedná o doporučení k léčebným postupům. (7;16,17)

Umět klást otázky a umět naslouchat a analyzovat slyšené je dovednost, kterou na celém světě mnoho zdravotníků postrádá. Často jen proto, že tuto součást své práce podceňují, a zapominají přitom, že teprve v systematicky budovaném vztahu s pacientem se vytváří atmosféra důvěry a spolupráce. (6;15)

Vzdáme-li se mýtu, že umění komunikace je dar, který je každému automaticky dán, a přistoupíme-li na realistický názor, že je to dovednost, kterou se můžeme naučit a v níž se můžeme stále zdokonalovat, otevíráme tak pro sebe možnost účinněji využít své komunikační schopnosti a dovednosti nejen ve standardních situacích, ale posléze i v situacích náročných. (6;11-12)

Výdejní činnost a informace

Prakticky každý moderní lék je obklopen celou řadou informací udávaných výrobcem i odbornou literaturou. Souhrn těchto informací je pak vodítkem pro optimalizaci účinku daného léku. (21;27)

Všeobecné informace platí pro celé skupiny léků (např. pro léky stejné aplikační formy nebo stejné farmakoterapeutické skupiny atd.). Informace **jedinečné** (specifické) pak mají platnost vždy pro daný konkrétní lék, kde pak dochází k dalšímu členění na informace **základní**, tj. ony zprávy, které mají pro uživatele podstatný význam, zatímco informace **doplňkové** jsou nosiči pro daného uživatele významu nepodstatného. Zde se tedy zřetelně jeví relativita informací. (21;29)

Pokud se týká odborných znalostí, je mnohými lidmi lékárník považován za odborníka na léky. Jeho odbornost je vnímána jako odbornost související hlavně s léky (znalostmi o potenciálních nežádoucích účincích, dávkování, složení přípravků), obecně méně se zdravím. Dominantními se v práci lékárníka stávají informace.

Jaká je v této souvislosti definice „**užitečné**“ informace: užitečná informace by měla být dostatečně vyčerpávající a sdělována tak, aby konzumenti mohli učinit informovaný výběr týkající se toho, jak dosáhnout nejvyššího prospěchu léků a jak předcházet poškozením. Důležitý je jak **obsah**, tak **podání** informace.

Kritéria „užitečnosti“ informace u léků, jejichž výdej je vázán na předpis:

- Vědecky přesná,
- Nestranného obsahu,
- Dostatečně specifická a vyčerpávající,
- Pochopitelná a prezentovaná v čitelném formátu,
- Aktuální,
- Umožňující pacientovi užít lék správně, aby dosáhl maxima užítku a vyvaroval se poškození. (21;18-19)

Aby naplnil svou základní povinnost, lékárník musí odevzdat lék minimálně s tlumočením signatury formulované lékařem, avšak samostatně může rozhodnout o poskytování širší a mnohostrannější informace o vydávaném léku a vědomě tak přispět k optimalizaci procesu medikamentózní léčby, přičemž rozsah podaných informací je předmětem jeho vlastního uvážení. (21;25)

Správná dispenzační praxe

Na úrovni správné dispenzační praxe (SDP) zde vedle postupů rutinní povahy nacházíme postup, který pozůstává z:

1. Informace o způsobu užití či použití,
2. Interpretace eventuálních interakcí vydávaného léku s jinými léky či s potravou,
3. Interpretace vedlejších a nežádoucích účinků léku,
4. Interpretace vztahu lék a jeho aplikační forma,
5. Interpretace vztahu lék a výkonu určitých profesí a činností,
6. Informace o uchování léku v domácích podmínkách. (21;46,49)

Byly vypracovány standardy lékárenské péče, jejichž jednou součástí je i dispenzační minimum. Základním cílem je poskytování informací souvisejících s farmakoterapií, které jsou orientovány na konkrétního pacienta, a které mají zajistit jeho účinnou a bezpečnou léčbu.

Pokud se zaměříme pouze na část komunikace s pacientem, potom:

- Farmaceut se soustředí ve své výdejní činnosti na to, aby byl pacient i během léčby v co nejlepší pohodě.
- Farmaceut vysvětluje pacientovi správné užívání léků, zacházení se zdravotními pomůckami.
- Farmaceut pomáhá pacientovi vhodnými radami v samoléčení, případně ho odesílá k lékaři.
- Farmaceut by měl umožnit pacientovi osobní konzultaci, pokud o to projeví zájem.
- Farmaceut poskytne slovní nebo písemnou informaci k vydávaným lékům, informuje o jejich správném užívání a dalších vlastnostech, které jsou nezbytné pro dosažení správného a bezpečného účinku.
- Informace nebo rada má být vždy správná, jasná, srozumitelná, jednoznačná.
- Charakter a množství informací a také způsob podání by měl být „ušit na míru“ pacientovi.
- Informace by měly být předány pacientovi diskrétním způsobem. (25;92)

Selektivní dispenzace

Průzkumy ukázaly, že ne každý nemocný a ne každý lék zasluhuje pozornost na úrovni intenzivní informace. Zdá se, že je možné uskutečnit výběr z celkového počtu pacientů, kteří danou lékárnou navštěvují a zvolit k intenzivnímu pohovoru jen ty, kteří odpovídají předem stanoveným kritériím. Mohou to být (podle Reiseny):

1. Pacienti ve věku nad 65 let;
2. Pacienti, kteří mají předepsáno více léků;
3. Pacienti, jejichž léky mají vysoký obsah informací;
4. Pacienti z určité sledované skupiny (např. diabetici, kardiaci, hypertonici, alergici apod.).

Diferencovaný přístup k návštěvníkům lze nazvat selektivní dispenzací. Je to proces cíleně oddělující pacienty přicházející s požadavky řešitelnými na rutinní úrovni

rozhodovacího procesu, od návštěvníků, jejichž předpis či ústně formulovaný požadavek přináší vznik problému. (21;54,55)

Ochota pacienta ke spolupráci

Ukazuje se, že ne každý nemocný je schopen či ochoten dbát rad zdravotníků a nedostatečná ukázněnost při lékové terapii se pak projevuje řadou negativních jevů v průběhu léčby. V té souvislosti se v odborné literatuře objevil výraz „compliance“ anebo jeho záporný tvar „non-compliance“, vysvětlovaný jako neochota pacienta dělat to, co mu zdravotník doporučí. (21;36-37)

Compliance lze definovat jako ochotu a schopnost jednotlivce řídit se radou týkající se zdraví, užít léčivo podle předpisu, dodržovat léčbu, zúčastňovat se podle plánu určených klinických návštěv a dokončit doporučená vyšetření. Z této definice také vyplývá hierarchické pojetí vztahu pacient – poskytovatel, v němž pacient přijímá podřízenou roli. Mnoho autorů argumentuje tím, že tato hierarchie sama o sobě negativně ovlivňuje compliance pacienta. (11;20)

Adherence – dodržování léčby (nebo také spolupráce na léčbě) je definována jako míra, do které se chování nemocného (z hlediska užívání medikace, dodržování diety nebo změny životního stylu) shoduje s radou nebo doporučením lékaře. (21;37)

Konkordance – je založena na názoru, že práce lékaře a pacienta je jednáním mezi rovnými, a tudíž je jejím cílem terapeutické spojenectví mezi nimi. Jeho síla spočívá v předpokladu respektování denního programu pacienta a vytvoření otevřenosti ve vztahu, takže oba – lékař i pacient – společně mohou pokračovat na základě skutečnosti a nikoli nepochopení, nedůvěry či utajování. Zdůrazňuje se tedy aktivní účast pacienta na léčbě nikoliv pouhé pasivní „řízení se radou“, které je vlastní pojmu compliance.

Kontinuance – nový a prozatím nepřiliš vžitý a používaný pojem znamená nepřerušované trvání určitého jednání, v tomto případě farmakoterapie. (11;21)

S neukázněností pacientů ve smyslu jejich vztahu k medikamentózní terapii je nutné vážně se zabývat z následujících důvodů:

1. Nedodržováním léčebných postupů se zpochybňují a negativně ovlivňují terapeutické záměry.
2. Nedodržování léčebných postupů je drahé a stojí společnost značné finanční částky.

Známe-li důsledky neukázněnosti pacientů, pokud se farmakoterapie týče, musíme též pátrat po příčinách, které k neukázněnosti (či naopak ukázněnosti) vedou nebo mohou vést.

Příčiny lze podle literárních pramenů souhrnně tvořit: pacientova choroba, pacientova osobnost, činnost zdravotníků, vlastní léčba, pacientovo sociální prostředí.

Pro lékárníka platí, že na pacienty v bilaterálním vztahu „lékárník – pacient“ **pozitivně** působí zejména:

- Systematické a trpělivé informování o předepsaném léku,
- Snaha o přátelský přístup k nemocnému,
- Ochota vyslechnout stesky pacienta.

Negativní dopad mají především tyto postoje:

- Žádná informace nebo její omezení na nezbytné minimum,
- Distancované, chladné zacházení,
- Kritika lékařského předpisu.

U vlastní léčby **ovlivňují postoje nemocného tyto faktory**: množství předepsaných léků, délka léčby, frekvence dávkování, aplikační forma léků, vedlejší účinky léků, srozumitelnost informace (ústní, písemná). Průzkumy ukázaly, že non-compliance roste s počtem užívaných léků, a z toho vyplývající složitosti návodu pro počínání pacienta. Podstatná je také frekvence použití. Se vzrůstajícím počtem předepsaných dávek denně klesá pacientova compliance. Nikoliv nedůležitým aspektem k problematice pacientovy kázně či nekázně je sociální okolí. Kladně působí podpora rodiny a přátel. (21;35-40)

Technické zajištění výdejní činnosti

Pomůcky pro lékárníky

Aby lékárník mohl realizovat správnou dispenzační praxi (SDP) a poskytnout zevrubné informace o hromadně vyráběných léčivech (HVLP) či parafarmaceuticích, potřebuje mít o lécích značně hluboké vědomosti. Je ovšem nepravděpodobné, ba dokonce nemožné, aby mohl mít ve své paměti uloženy všechny podrobnosti o všech HVLP a parafarmaceuticích, se kterými přichází do styku. Ke své poradenské činnosti tedy potřebuje mít k dispozici pomůcky, které mu pomohou potřebné vědomosti získat nebo si osvěžit.

Tištěné zdroje

K realizaci SDP mohou samozřejmě posloužit knižní, časopisecké nebo firemní zdroje. Jejich nevýhodou však je pracná manipulace přímo u výdejní táry, zdlouhavost a v neposlední řadě i nepříliš dobrý dojem, který u pacienta může listování v materiálech zanechat.

Výpočetní technika

Lékárník má k dispozici vyčerpávající informace v mikroverzi automatizovaného informačního systému léčivých přípravků (AISLP). Použití AISLP prostřednictvím PC přímo na táře je sice časově i eticky přijatelnější nežli získávání informací z tištěných materiálů, avšak přece jen manipulace s počítačem při poměrně rychlém spádu výdejní práce dispenzanta zdržuje.

Lékařenské piktogramy

Piktogramy, čili specifické lékařské obrázkové písmo, vznikly na základě zjištění, že informace se v denní praxi neustále opakují.. Soubor českých piktogramů je rozdělen do skupin: 0 – pokyny pro výdej, 1 – způsob užití léku, 2 – zákazy, 3 – upozornění, 4 – uskladnění, 5 – klinická data (interakce, vedlejší účinky apod.).

Letmý pohled na piktogramy soustředěné na minikartě uložené před odebíraným HVLP upozorní dispenzujícího lékárníka na nezbytnost informovat pacienta o skutečnostech, které piktogramy připomínají. (21;79-83)

Pomůcky pro pacienty

Je obecně známo, že v ordinaci lékaře neobdrží většinou nemocný podrobnější návod k užívání léků a dále, že si ho také většinou nestačí zapamatovat. Další informace mohou získat pacienti z příbalových letáků, příkládaných k HVLP. Obsah letáků není vždy účelně zaměřen na fakta, která pacient potřebuje znát o svých lécích. Podrobnější studium příbalových letáků ukazuje, že jejich obsahová náplň a stylizace přesahují často percepční schopnosti laika.

V každém případě je nutno, aby byl pacient v lékárně při výdeji pokud možno i ústně podrobně poučen o užívání a aby mu byly poskytnuty všechny dostupné pomůcky, které by užívání léků usnadnily a usměrnily.

Dávkovací zařízení

Je to obdélníková krabice z umělé hmoty, do níž je pro pacienta vložena jednotlivá denní dávka léků. Krabice je rozdělena přepážkami pro 7 dnů týdne, které jsou dále

členěny na 4 části pro uložení léků, užívaných v různou denní dobu. Pacient má přehled o tom, zda léky v příslušnou denní dobu využil.

Informační listy

Informační listy obsahují přehledné informace o správném užívání jednotlivých léků a obvykle umožňují vepsání podrobnějších konkrétních pokynů dle předpisu lékaře. Krátké listy většinou obsahují nejvýše 10 stručných informací, nebo varování. V informačních listech se širším obsahem může být až kolem 100 informací, zaměřených na potenciální nežádoucí účinky léku, kontraindikace, varování, různá doporučení.

Předtištěné informační blankety

Jedná se o lístky nebo karty, opatřené záhlavím, do nichž v případě potřeby vypisuje farmaceut nemocným základní údaje nezbytné pro správné užití předepsaných léků. Tato metoda měla sice velmi dobré výsledky ve zvýšení zdravotního uvědomění nemocných, byla však poměrně složitá, proto bylo raději doporučeno využití předem natištěných informací.

Lékové kalendáře

Obsahují následující údaje – název přípravku, jeho koncentraci, terapeutický účinek, základní návod k užití a denní dobu určenou k užívání. Tyto údaje vypisuje při výdeji léků do kalendáře farmaceut. Dále je na formuláři uveden čtrnáctidenní nebo jednoměsíční kalendář, sloužící k záznamům pacienta o frekvenci užívání. Lékový kalendář přináší pacient s sebou na kontrolní vyšetření k lékaři a dále do lékárny spolu s lékařským předpisem.

Nálepky

Nálepky představují nejjednodušší a současně nejstručnější způsob upozornění nebo varování pacienta. Lékárník při výdeji vhodnou nálepku nalepí na obal vydávaného přípravku.

Piktogramové informace na obalu HVLP

Jde jen o určitou vybranou část celého souboru piktogramů, piktogramy použitelné pro laickou veřejnost.

Podrobnější instrukční materiály

Jedná se zdravotně výchovné brožury. Jsou určeny ke zvýšení zdravotního uvědomění celé populace v otázkách léků. (21;83-89)

8. Provozně-technické vývojové etapy (PTVE)

1. PTVE

Oficina spojuje v sobě činnost výrobní a činnost výdejní a dominují jí dekorativní stojatky a tzv. recepturně-expediční tára s neméně atraktivními lékárenskými vahami. Příprava individuálně připravovaných léčivých přípravků (IPLP) se uskutečňuje v oficíně přímo před očima návštěvníků. Lékárna 1. PTVE se ve svém původním pojetí dochovala od počátku zhruba do poloviny 20. století, i když v průběhu své existence prošla svébytným výrazovým vývojem.

2. PTVE

Vzniká zcela spontánně počátkem padesátých let jako odpověď na neustále se vzmáhající příliv HVLP a narůstající množství návštěvníků lékáren a jako snaha o zklidnění přípravy IPLP a její větší hygienu. Manifestuje se ve dvojitým provedení. Zatímco první varianta pouze upravuje stávající prostředí (výdejní část táry bývá opatřena přepážkou se zabudovaným a většinou zaskleným expedičním oknem), varianta druhá je radikálnější a přesouvá celé pracoviště pro přípravu IPLP do nového prostoru, do samostatné přípravny léků.

3. PTVE

Styk s veřejností je zde obvykle uskutečňován prostřednictvím jednoho či více výdejních oken ve stěně oddělující čekárnu od výdejního prostoru. Dané uspořádání bylo negativně pacienti vnímáno.

4. PTVE

Dominantním rysem této etapy byl vznik tzv. dispenzačního boxu situovaného v samostatné dispenzační místnosti a fyzické oddělení výdeje léků na předpis od výdeje léků bez předpisu. Byly zde poprvé vytvořeny předpoklady pro výdejní práci vsedě a byla naznačena možnost individuálního přístupu pacienta k výdejnímu pracovišti a tím i k diskrétnímu sdělování potřebných informací.

5. PTVE

Základní varianta (a) je prohloubením etapy předchozí v tom smyslu, že dovoluje lékárníkovi, aby sám reguloval přístup pacientů k výdejnímu pracovišti a důsledně naplnil požadavek diskrétního pohovoru, jakožto nedílné součásti správné dispenzační praxe. Varianta (b) myšlená pro realizaci tzv. selektivní dispenzace je při zachování situace obdobně 4. nebo 5. PTVE, varianta (a) vybavena separátní, pouze k tomu vybavenou místností, kam jsou zváni k hlubšímu pohovoru vybraní pacienti.

6.PTVE

Začala přibližně roku 1991 a trvá do současnosti. Nezdá se být ničím jiným, než znovu oživenou 2. PTVE (druhá varianta), avšak v moderním dobovém provedení. Klady lze snad někde vidět v použití moderních architektonických výrazových prvků a materiálů. Mezi zápory patří většinou žádný nebo nepatrný přínos ve smyslu prohlubování správné dispenzační praxe, příklon k obchodnímu pojetí officín a odklon od zdravotnického pojmání lékáren. (21;64-69)

Tato etapa se manifestuje zhruba třemi nestejně zastoupenými vývojovými směry: lékárny, které se svým celkovým pojetím přiklonily spíše ke komerčnímu chápání profese, lékárny vznikající ve spojení s nejrůznějšími hypermarkety a supermarkety v tzv. shopping centrech, lékárny rozvíjející ideu klinické farmacie v ambulantní praxi, poradenství, SDP. (12;13)

9. Samoléčení

Samoléčení je možno chápat jako snahu léčit si sám nezávažné zdravotní potíže, a to na základě určitého kvanta znalostí, považovaných za dostačující. Samoléčení může mít širší dimenzi než jen použití léčiv, a proto je zasazeno do obsáhlejšího kontextu „sebepéče“, která zahrnuje veškerá opatření používaná při nezávažných poruchách zdraví bez vědomí lékaře. (10;18) Pro laika je přitom obtížné orientovat se v soukolí zdravotnictví. Neporozumění občana moderní medicíně vede k její iracionální spotřebě, odklonu k alternativním metodám či nesprávnému užívání volně dostupných léků.

Informovaná sebepéče je termín, který vyjadřuje pozitivní odpovědný postoj a aktivity k vlastní osobě v oblasti somatické i psychické. Zahrnuje ochranu a podporu zdraví, cílenou prevenci, obezřetnost k varovným známkám nemocí, aktivní podíl na včasné diagnostice, léčbě a rehabilitaci. Tento postoj je racionální a vychází z aktuálních poznatků lékařské vědy a je kompatibilní s jejími doporučenými postupy. Informace jsou zpracovány tak, aby byly srozumitelné i těm, kteří nemají zdravotnické vzdělání. Základní text laických informací je zpracován pro jednotlivé aplikace popř. doplněné schématickými obrázky jako letáky do ordinací a lékáren, pro internet, ke zpracování zvukovému (např. formou rozhovoru s odborníkem), pro video-klipy. Cílovou skupinou projektu je celá populace, eventuálně skupiny pacientů, pro které je

relevantní daný odborný námět (např. diabetici, hypertonici, pacienti s kardiovaskulárním rizikem). (20;174,175)

Pro farmaceuta se nabízí při výdeji léků či parafarmaceutik bez předpisu významně větší pole působnosti než při výdeji léků na lékařský předpis. Zde farmaceut může rozhodovat:

1. Jak kupujícímu vysvětlit eventuální nevhodnost vlastní volby léku.
2. Jaký lék doporučit.
3. Jak lék dávkovat.
4. Jak postupovat při zjištěných kontraindikacích, nežádoucích účincích.
5. Zda prodej léků odmítnout.
6. Rozsah poskytnutých informací.
7. Volit úroveň projevu tak, aby byl adekvátní odhadnutým percepčním schopnostem pacienta.
8. Volit přiměřené doplňkové pomůcky. (21;25,26)

Patří k profesionální zodpovědnosti lékárníka porozumět faktorům, které určují bezpečné a účinné užití volně prodejných léků, dotazovat se pacientů na symptomy a doporučit nejvhodnější přípravek, a v případě potřeby se obracet na lékaře.

Z faktorů, které ovlivňují rozhodovací proces, jsou to věk, délka trvání symptomů, kontraindikace, současné užívání dalších léků nebo alkoholických nápojů, předcházející užívání léků, přesná povaha symptomů, léková i obecná anamnéza, ale i požadavek specifického léku.

Řada pacientů požadujících určitý lék není adekvátně informována o situacích, ve kterých lze lék užít bezpečně a efektivně. V mnoha případech jsou nemístně ovlivněni tvrzeními výrobců, v jiných zase hledají specifický přípravek na základě informací z druhé ruky.

Je-li lékárník přesvědčen, že by konkrétní přípravek mohl ohrozit zdraví pacienta, je jeho profesionální zodpovědností odmítnout prodej tohoto přípravku pacientovi. (21;20)

Poznámky k prodeji

Komunikace při prodeji v lékárně je zcela odlišná od komunikace v obchodech. Znamená dotazovat se, navrhnout řešení a vybírat vhodný lék či přípravek. Dobře nebo

špatně vybrat znamená pro klienta pomoc nebo poškození. Hlediska odborná a ekonomická tak představují spojité nádoby.

Koupě produktu je ze strany klienta psychickým procesem, který má tyto fáze:

- Zaujetí pozornosti;
- Vznik zájmu;
- Přání vlastnit;
- Rozhodnutí koupit;
- Provedení koupě.

Pozornost je zaujata v okamžiku, kdy se klient „pozastaví“ a rozmýšlí nad produktem. Dochází k tomu doma, během sledování reklamního pořadu v televizi, při rozhovoru s přáteli, v lékárně. V jistém smyslu komunikuje již sám produkt – zavedenou firemní značkou, obalem, umístěním v lékárně.

Zájem je vzbuzen v okamžiku, kdy klient začne uvažovat o výrobku, produktu či službě a o tom, co mu přinese. Komunikační strategie je v lékárně založena na podání informací o přínosu či užitečnosti produktů.

Přání produkt vlastnit bývá určováno módními trendy, cenou, dostupností a šíří sortimentu, do které produkt patří. V případě, že tato určující kritéria chybí, je komunikační terén „panenský“, a tím i velmi příznivý pro práci s klientem. Mohou být podány informace navozující přání vlastnit. Aby toto přání vzniklo, je potřeba produkty prezentovat přehledně a názorně. Informace je nutno podávat postupně a pomalu, aby mohly být v psychice „zpracovány“.

Podávat informace o sortimentu produktů předpokládá, že jsme sami o produktech dobře informováni. Informace prezentujeme pravdivě. I když zvýrazníme přednosti, uvedeme i limity možností a specifická omezení.

U klientů, kteří produkt chtějí vybrat sami nebo ho již vybrali, hrozí nebezpečí, že volba je chybná. Buď jsou mylné jejich farmaceutické znalosti, nebo jsou desinformováni díky pádu do některé z reklamních „pastí“. V tomto případě je na místě snaha poopravit znalosti klienta bez projevu převahy nad ním. Důležité je zdůrazňovat objektivní fakta a činit objektivní závěry. V případě, že klient vybírá či vybral správně, je třeba jeho volbu pozitivně komentovat a ocenit její správnost.

Tam, kde klient žádá o konzultaci, jaký produkt vybrat a koupit, je důležité klienta zprvu pozorně a trpělivě vyslechnout, než začneme hovořit. Dojem, kterým máme v této

chvíli zapůsobit, je dojem člověka „k dispozici“. V optice klienta musí být vstřícný přístup nazírán jako hodnota, kterou obdržel k lékům navíc.

Fáze koupě. Lékárník není pouhým prodavačem léků. To, co k produktu prodává, je i jeho odbornost. V optice klienta proto musí stát odbornost lékárníka v popředí, Ať již vydává lék na recept nebo přípravek prodává, musí spolu s ním podat či prodat i kvalifikované informace. (4; 52-55)

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle a předpoklady

Společnost v uplynulých letech prošla určitým vývojem. Změnil se životní styl mnohých lidí. Proto lze očekávat, že i lékárníci budou veřejností vnímáni jinak než tomu bylo dříve. Je na nich, aby se dokázali uplatnit i v těchto změněných podmínkách. Je proto nutné poznat své pacienty. Vědět, co potřebují, co od lékáren a lékárníků očekávají.

Cílem této práce je zjistit, jak pacienti vnímají komunikaci s lékárníky. Zajímalo mě, čeho si pacienti v lékárně všímají, čeho si všímají na lékárnících. Také mě zajímalo, jak hodnotí to, co v lékárně vidí a zažijí.

V současnosti nestačí již jen podat pacientovi správný lék, ale důležitý je i správný objem informací podaný správným způsobem, přiměřeným pacientovi. Přibývá tedy na významu komunikačních schopností lékárníků. Schopnost komunikace není nikomu od přírody dána. Musíme se jí učit. Už proto, že v této době není samozřejmostí, že pacient přijde do lékárny právě k nám. Stejně tak může jít do jakékoli jiné. Aby tomu tak nebylo, měli bychom mít pro pacienty nejen léky, které potřebují, ale také příjemný, ochotný, informovaný a komunikativní personál. Lze předpokládat, že alespoň vstřícný přístup a odborné znalosti jsou v současnosti u lékárníků samozřejmostí. Co je ale pro pacienty samozřejmostí?

Je možné, že v této uspěchané době nebudou zejména mladší klienti lékáren věnovat zvláštní pozornost komunikaci v lékárně. Naproti tomu větší vnímavost očekávám u starších klientů lékáren. Lze předpokládat, že pacienti budou stále více vyžadovat větší soukromí při výdeji léků tak, aby jim mohly být diskrétně předány potřebné informace. Celkově se zvyšuje zájem lidí o vlastní zdraví, je proto možné, že se budou také častěji obracet na lékárníky s žádostí o radu při výběru léků. Lze ale také předpokládat sílící vliv reklamy a internetu.

2. Popis použité metodiky

V praktické části této práce jsem k průzkumu mínění pacientů využila metody polostandardizovaného rozhovoru.

Rozhovor jako výzkumná a diagnostická metoda je bezprostřední formou dotazování, založenou na přímé ústní komunikaci mezi výzkumným pracovníkem nebo diagnostikem na jedné straně a zkoumanou osobou na straně druhé. Cílem je získání informace od zkoumané osoby k výzkumným nebo diagnostickým účelům.

Podle míry závaznosti typu a pořadí otázek se rozlišuje rozhovor standardizovaný, (strukturovaný), dále polostandardizovaný (polostrukturovaný) a konečně nestandardizovaný (nestrukturovaný).

V případě metody polostandardizovaného rozhovoru základní postup bývá zpravidla dán předem, tazatel však může podle situace klást doplňující otázky. (9;108,109)

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že na rozdíl od dotazníku umožňuje individuální přístup k respondentovi, a tím dává možnost objasnit a upřesnit dané téma i položenou otázku a možnost bezprostředně reagovat na získané informace. Rozhovorem je možné dozvědět se více informací, názorů a připomínek.

Nevýhodou je časová náročnost a informace od menšího počtu respondentů než u dotazníků. Hlavním problémem je možnost ovlivnění respondentů tazající osobou. (19;35)

Tématické okruhy

V praktické části diplomové práce jsem se zajímala o několik tématických okruhů. Uvedla jsem dotazovanému nejdříve čeho se okruh dotýká. Položila jsem základní otázku. Případně jsme si objasnili některé termíny, vztahy. Bylo-li to třeba, pokládala jsem doplňující otázky. Zaznamenala jsem si postřehy, názory a postoje pacientů. Aby bylo v některých případech možné zhodnocení získaných údajů, bylo nezbytné, aby pacienti provedli určité zobecnění svých názorů.

Do tématických okruhů zvolených pro polostrukturované rozhovory jsem zařadila témata vztahující se k problémům probíraným v teoretické části. Některé oblasti byly v rozhovorech probrány detailněji, některých jsme se dotkli pouze povrchově.

1. okruh – výběr lékárny

Téměř každý člověk se jistě někdy ocitl v situaci, že mu v domácí lékárnice došel potřebný lék, nebo dostal předpis na lék od lékaře. Potom je třeba zajít do lékárny. Na počátek rozhovoru proto byla zvolena otázka, podle čeho pacienti volí, kterou lékárnu navštíví.

Předpokládala jsem, že mnoho pacientů po návštěvě lékaře zvolí hned nejbližší lékárnu. V tomto případě jsou jistě ve výhodě nemocniční lékárny a lékárny v objektech poliklinik. Rozhodně však bude důležitá pro mnoho lidí i výše doplatků a cen. Zajímalo mě ale také, zda pro někoho bude důležitá dobrá osobní zkušenost s konkrétním lékárníkem. Zda i toto je důvod pro to, aby se pacient vracel do stejné lékárny.

V této době „boje o pacienta“ by zjištěné výsledky mohly být poučné a inspirativní pro řadu lékárníků. Ne všechny faktory, například umístění lékárny, ovšem lékárníci mohou ve skutečnosti snadno ovlivnit. Naproti tomu vstřícný přístup a umění hovořit s pacienty má schopnost osvojit si mnoho z lékárníků.

2. okruh – verbální komunikace: informace

Zajímala jsem se o to, jaké informace běžně pacienti dostávají o lécích, které vyzvedávají na recept. Dále jsme hovořili o tom, zda poskytnuté informace považují za dostatečné. Jestli, a v jakém případě, by požadovali více informací. Také jsme diskutovali o způsobu, jakým jim jsou informace podávány.

3. okruh – verbální komunikace: odborné výrazy

Dotkli jsme se problému používání odborných výrazů lékárníky. Otázkou bylo, zda se pacienti setkávají s tím, že lékárníci užívají nesrozumitelné odborné výrazy. Předpokládala jsem, že lékárníci si uvědomují, že pro jistotu vzájemného pochopení a porozumění je třeba užívat jednoduché, obecně známé pojmy. Bylo by vhodné používat „jazyk pacienta“.

4. okruh – zpětná vazba

Zajímala mě také problematika zpětné vazby. Konkrétně, jak často se pacienti setkávají s tím, že si lékárník ověří, zda porozuměli poskytnutým informacím. Je to otázka toho, jakou informaci si pacienti o léku z lékárny odnáší. Tato informace tvoří základ farmakoterapie, podle ní pacienti léky užívají. Podílí se do značné míry na

výsledku léčby. V současné době je ale také velký tlak, aby pacienti v lékárně čekali co nejkratší dobu. To může lékárníky nutit k redukování předávaných informací na nezbytně nutné minimum. Stejně tak tomu může být i s ověřováním, zda a jak byly informace pacienty přijaty.

5. okruh – otázka vztahu lékaře a lékárníka

Hovořili jsme o situaci, kdy se vyskytnou nejasnosti, problémy v souvislosti s užíváním léku. Na koho se pacienti obrátí s dotazem, lékaře nebo lékárníka. V tomto případě jsem předpokládala převahu odpovědí vyjadřujících se pro lékaře. Domnívám se, že řada pacientů vychází z toho, že jejich lékař má více informací o lécích, které užívají a užívali, o jejich zdravotním stavu. Lékárník je také patrně veřejností vnímán jednostranně jako specialista přes léky.

Zajímala jsem se také o to, jestli někdy před pacienty lékárník kritizoval lékaře. Předpokládala jsem, že tento nešvar se bude stávat zřídka, protože si lékárníci uvědomují, že může výrazně ovlivnit vztah pacienta k léku nebo léčbě. Důsledkem může být nedůvěra v lék, neužívání léku, úplné přerušení terapie.

6. okruh – interiér lékárny

Diskutovali jsme o tom, jaké uspořádání výdejního místa považují pacienti v lékárně v současnosti za neoptimálnější. Protože ve městě, kde proběhl průzkum, byla v minulosti centrální lékárna s dispenzačními boxy, považovala jsem za možné, že se někteří respondenti vysloví i pro tuto možnost uspořádání výdeje léků. Dispenzační boxy určitě představují diskretnější prostředí, než fronta před tárou. Také zde nevzniká takový tlak na lékárníka, aby pacienty odbavil co nejrychleji.

7. okruh – neverbální komunikace

V tomto okruhu jsem se zajímala, zda si pacienti všímají vzhledu lékárníka. Pokud se o vzhled zajímali, pak jsme hovořili o tom, co na něm považují za důležité. I svým vzhledem, upraveností lékárníci komunikují se svým okolím, pacienty. V této souvislosti mne například zajímalo, zda pacienti stále považují bílý oděv u lékárníka za samozřejmost, zda jej vyžadují.

Snažila jsem se také zjistit, jestli si pacienti všímají u lékárníků takových prvků neverbální komunikace jako jsou gesta, tón řeči apod.

8. okruh – osobnostní předpoklady lékárníka

Požádala jsem pacienty, aby se pokusili vyjádřit, které vlastnosti by lékárník měl mít tak, aby byli spokojeni s jeho péčí v lékárně. Očekávala jsem, že zde budou kladeny vysoké nároky především na odbornost a ochotu a vstřícný přístup k pacientům. V podstatě jsou považovány v očích veřejnosti za samozřejmost. Jaké jsou ale další žádané vlastnosti u lékárníků?

Zajímala jsem se i to, co naopak lidem na lékárnících vadí. Stejně jako v případě otázky na začátku rozhovoru si myslím, že některé z odpovědí by mohly být inspirativní a poučné. Mohli bychom zjistit, čeho se vyvarovat, jakých chyb se v jednání s pacienty nedopouštět.

9. okruh - samoléčení

Zajímala jsem se o to, jaké rady a informace pacienty nejvíce ovlivní při koupi volně prodejných léků. Předpokládala jsem výsadní pozici lékárníka v poskytování informací o volně prodejných lécích. Současně mne například zajímalo, jaký vliv reklamy při nákupu léků pacienti přiznají. Určitě někteří pacienti budou spoléhat i na doporučení lékaře při koupi léků.

10. okruh – internet a zásilkové služby

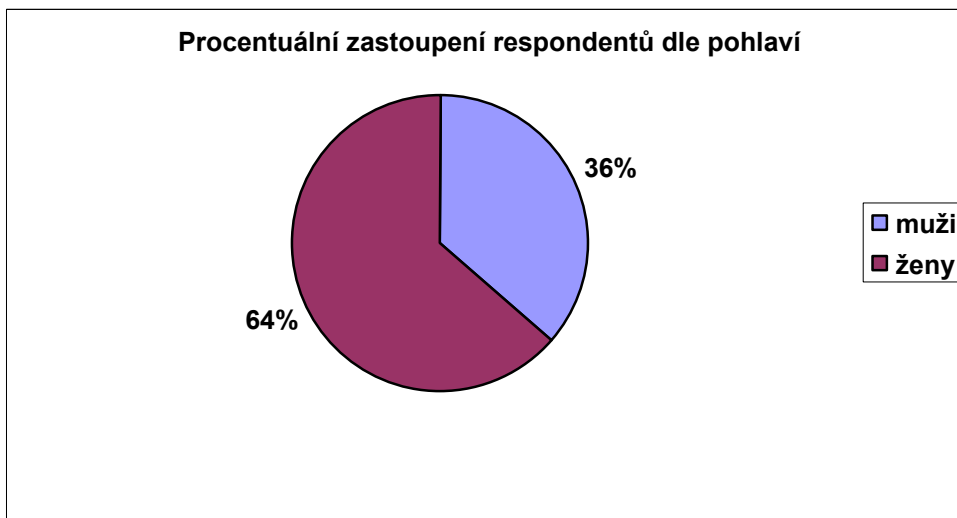
V souvislosti se změnou životního stylu lze očekávat zvýšený zájem o alternativní způsoby získávání léků. Otázkou bylo, zda využívají pacienti k nákupu léků internet. Je možné, že využívají i zásilkové služby, které nabízejí ke koupi některá parafarmaka například na stránkách časopisů.

3. Charakteristika sledovaného vzorku

Průzkum probíhal v období říjen 2005 – březen 2006. Probíhal především v městě Kladně. Kladno je město s přibližně 75 000 obyvateli a asi 25 lékárnami. Zúčastnili se jednak pacienti v průběhu návštěvy lékárny, jednak pacienti čekající na ošetření u lékaře. Celkem se průzkumu zúčastnilo 110 respondentů.

Z toho 40 mužů a 70 žen, viz graf č. 1.

Graf č. 1 Procentuální zastoupení respondentů dle pohlaví



Ve vzorku převažovaly ženy, které lékárny navštěvují o něco častěji než muži. Současně byly častěji ochotny spolupracovat na tomto průzkumu.

Z celkového počtu respondentů jich 23 mělo mezi 20-30 lety (10 mužů a 13 žen), mezi 31-60 lety mělo 62 respondentů (16 mužů a 46 žen), 25 respondentů bylo více než 60ti letých (14 mužů a 11 žen). Graf č. 2. znázorňuje procentuální vyjádření věkové struktury všech respondentů. Grafy č. 3 a č. 4 znázorňují procentuální zastoupení zmíněných věkových kategorií mužů a žen.

Graf č. 2 Věková struktura respondentů



Graf č. 3 Věková struktura mužské části vzorku

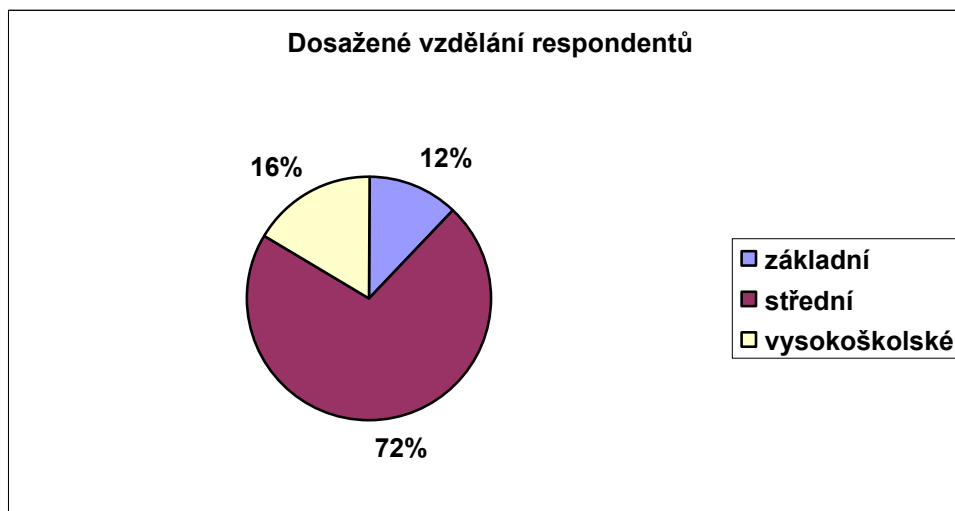


Graf č. 4 Věková struktura ženské části vzorku

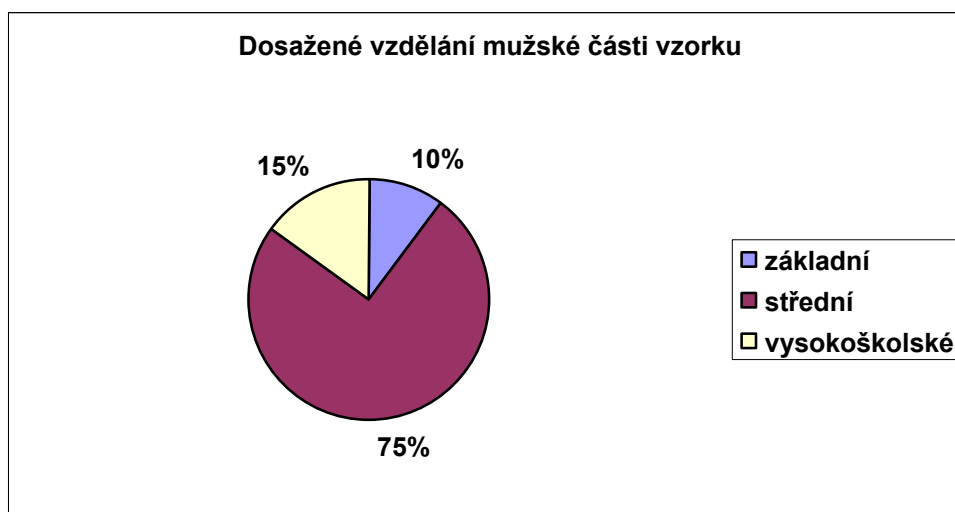


Následující grafy vystihují, jakého vzdělání respondenti dosáhli, v jakém procentuálním zastoupení. Základní vzdělání mělo 13 respondentů (4 muži a 9 žen), střední vzdělání mělo 79 respondentů (30 mužů a 49 žen), vysokoškolského vzdělání dosáhlo 18 respondentů (6 mužů a 12 žen).

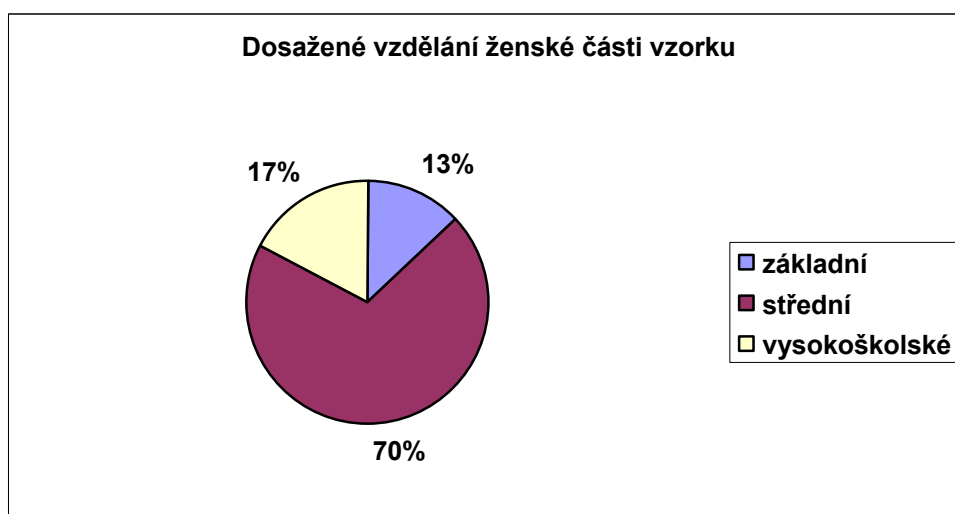
Graf č. 5 Dosažené vzdělání respondentů



Graf č. 6 Dosažené vzdělání mužské části vzorku



Graf č. 7 Dosažené vzdělání ženské části vzorku



Z grafů vyplývá převaha respondentů se středoškolským vzděláním, do něhož ovšem byli zahrnuti i respondenti s vyučením, což se podílí na výši dosaženého procenta těchto respondentů. Konstatování se týká jak mužské, tak ženské části vzorku.

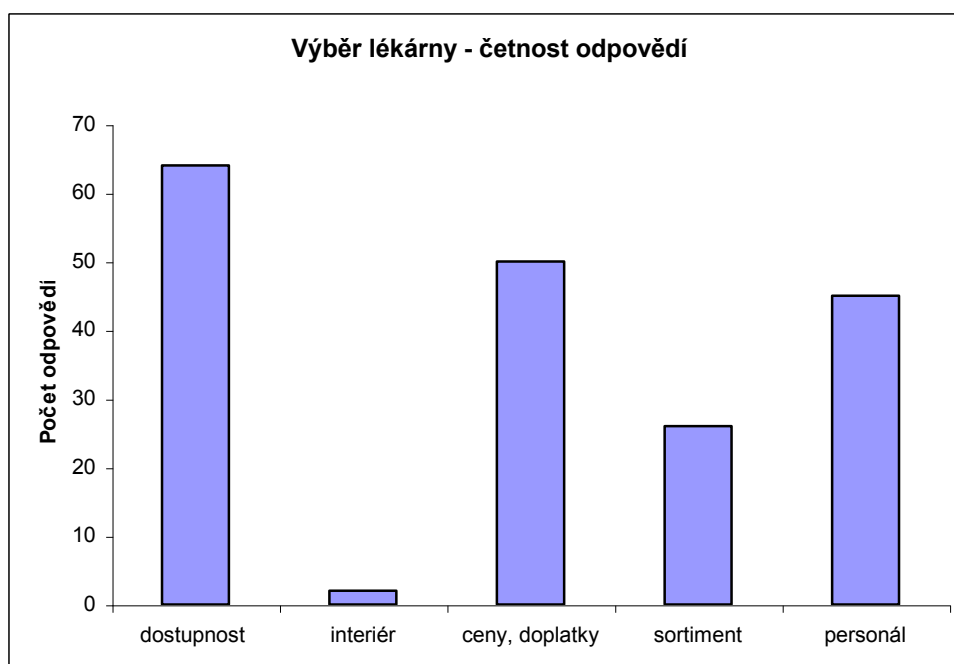
4. Výsledky

Výsledky představují zpracované informace získané z polostrukturovaných rozhovorů od popsaného vzorku respondentů. V některých případech bylo nutné pacienty požádat o jakési zobecnění vysloveného názoru, aby by možné přiřadit jej k určité kategorii odpovědí.

1. okruh – výběr lékárny

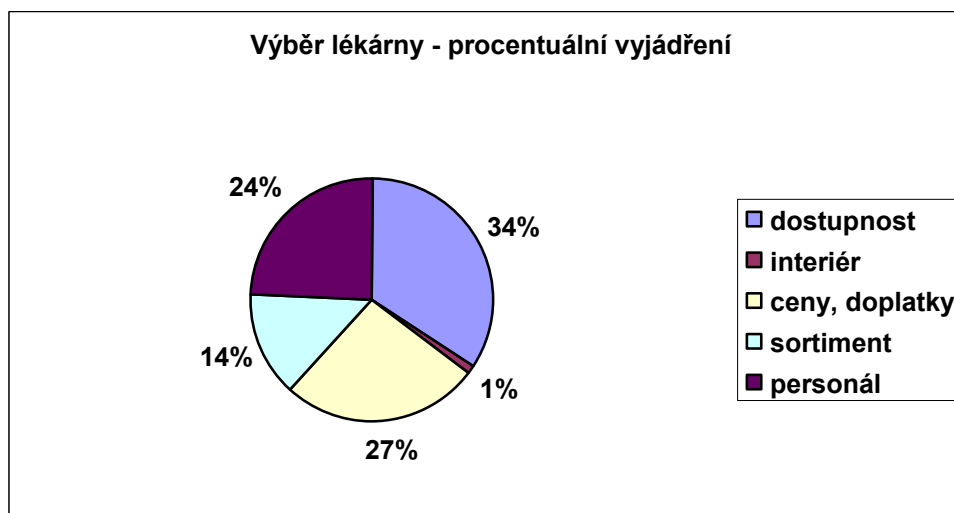
Respondentům byla položena otázka, co je nejvíce ovlivní při výběru lékárny. Každý respondent mohl uvést více možností, protože ne vždy je možný jen jeden důvod. Nejčastěji se respondenti vyslovovali pro to, že je pro ně nejdůležitější dostupnost lékárny. Následovaly ceny, doplatky a těsně za nimi se umístil význam chování personálu. Získané informace jsou zpracovány v grafu č. 8.

Graf č. 8 Výběr lékárny – četnost odpovědí



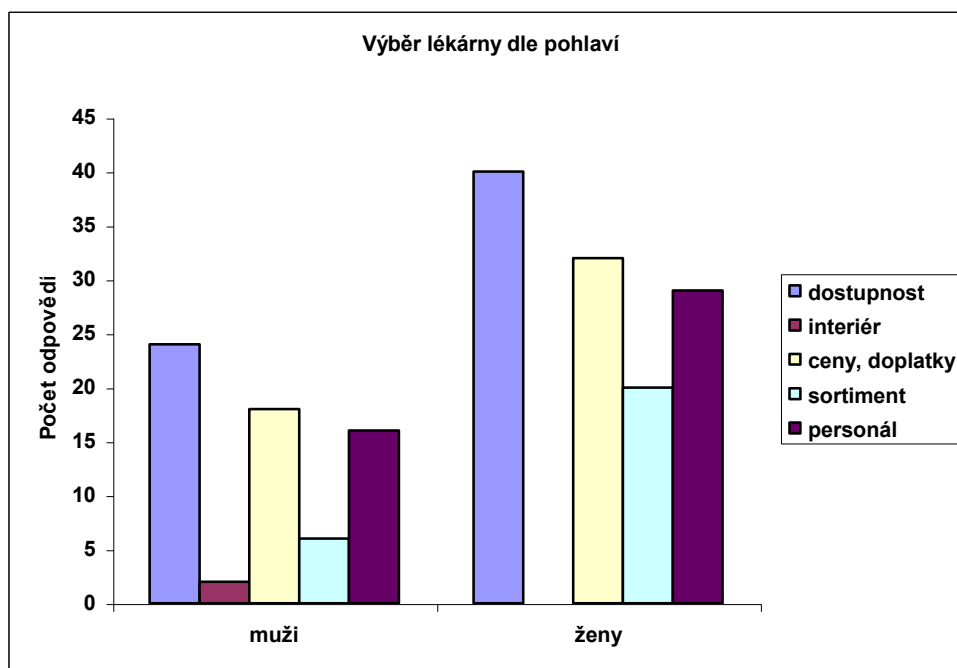
Procentuální zastoupení odpovědí znázorňuje graf č. 9. Nejvíce rozhoduje dostupnost lékárny (34%). Téměř shodného výsledku dosáhl význam doplatků a cen pro pacienty (27%) a chování personálu lékárny. To přitáhlo opakovaně do lékárny 24% respondentů. Podstatně menšího významu dosáhl sortiment lékárny (14%). Zcela zanedbatelně o návštěvě lékárny rozhoduje její vzhled, interiér (1%).

Graf č. 9 Výběr lékárny – procentuální vyjádření



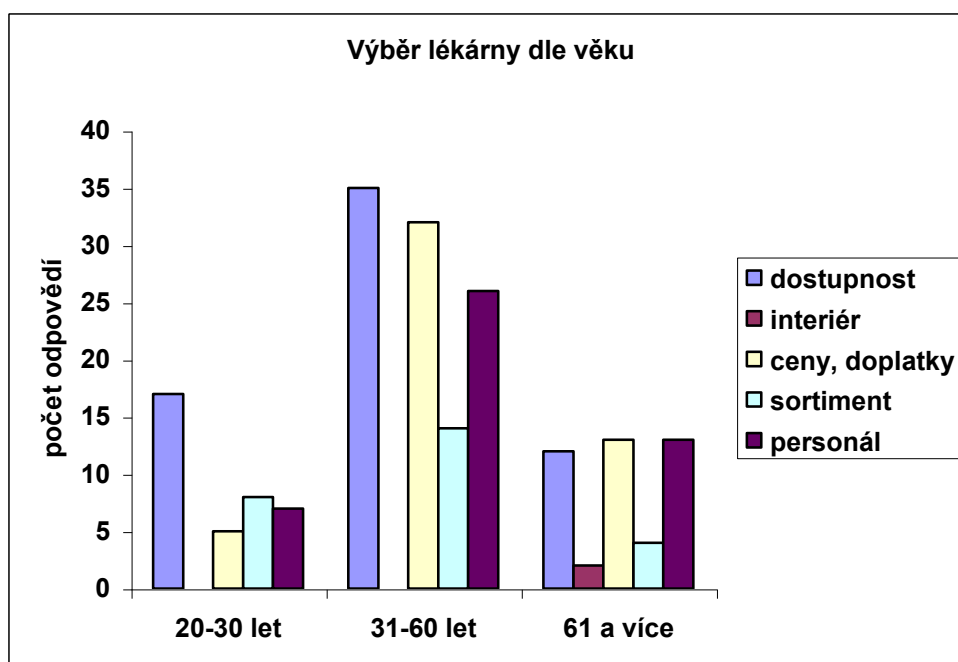
Graf č. 10 upřesňuje, jak je to s výběrem lékárny u mužské a u ženské části vzorku. Jak vyplynulo z předchozího grafu, interiér hraje zanedbatelnou roli při výběru lékárny. Žádná z dotazovaných se nevyslovila pro tento důvod pro výběr lékárny. Naopak u žen hraje o něco větší roli otázka vhodného sortimentu zboží v lékárně, než u mužů.

Graf č. 10 Výběr lékárny dle pohlaví



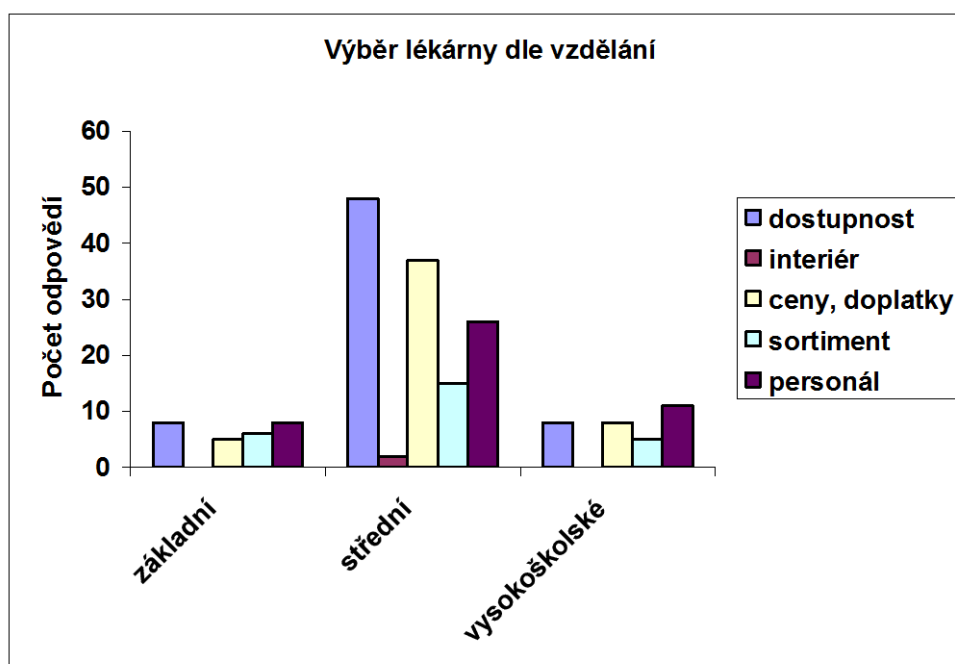
Následující graf dává přehled o problematice výběru lékárny z hlediska věkového složení respondentů. Za povšimnutí stojí, že pro respondenty ve věku mezi 20- 30 lety dostupnost lékárny významně důležitější než ostatní hlediska volby. Pro respondenty ve věku 31-60 let a nad 60 let má poměrně malý význam pro výběr lékárny sortiment, zatímco u nejmladší věkové kategorie tomu tak není.

Graf č. 11 Výběr lékárny dle věku



V grafu č. 12 je zachycena situace podle vzdělání respondentů. U respondentů se základním vzděláním byly vyjádřeny shodně vysoké nároky na dostupnost lékárny a chování personálu lékárny. Mezi středoškoláky převažují požadavky na dostupnost lékárny, následují ceny a doplatky, na třetím místě se umístil vliv chování personálu. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti preferovali na prvním místě chování personálu, potom teprve rozhodovala dostupnost lékárny a přibližně stejně také ceny a doplatky.

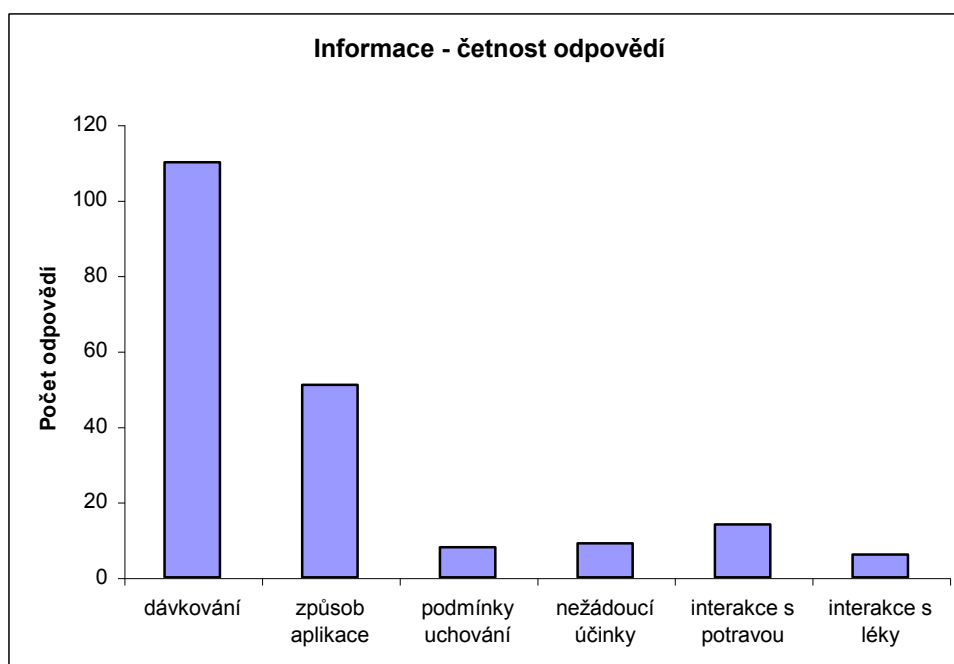
Graf č. 12 Výběr lékárny dle vzdělání



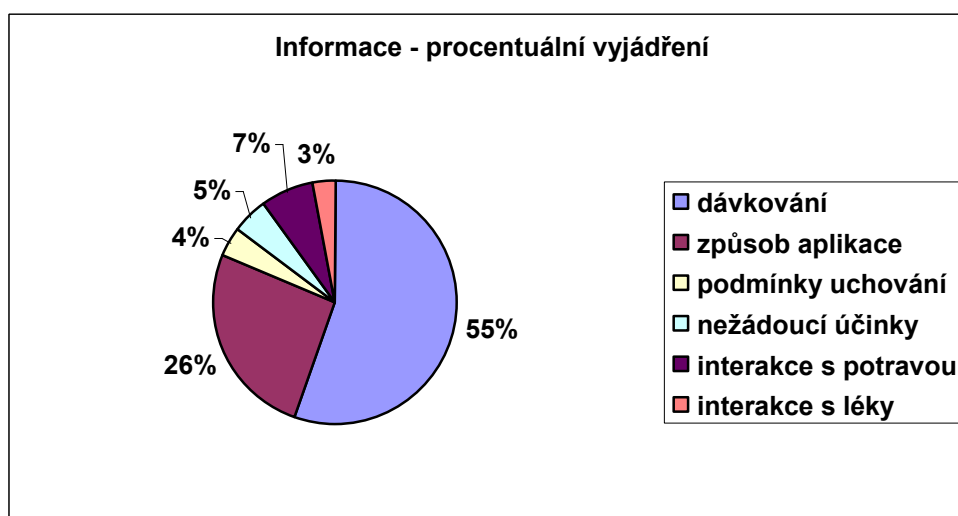
2. okruh – verbální komunikace: informace

Nejdříve jsem se zajímala o to, jaké informace pacienti v lékárně dostávají o lécích, které vyzvedávají na předpis. Všichni respondenti odpověděli, že k léku na předpis se v lékárně dozvědí alespoň dávkování. Téměř polovině respondentů bývá poskytnuta také informace o způsobu aplikace. Podstatně méně často bývají podávány další informace. Nejvíce z nich pak informace o interakci vydávaného léku s potravou. Některým pacientům bývají také podávány informace o podmínkách uchování léku, nežádoucích účincích, eventuálně o interakci léku s jinými současně užívanými léky. Situace je popsána v grafu č. 13. Graf č. 14 vyjadřuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

Graf č. 13 Informace – četnost odpovědí

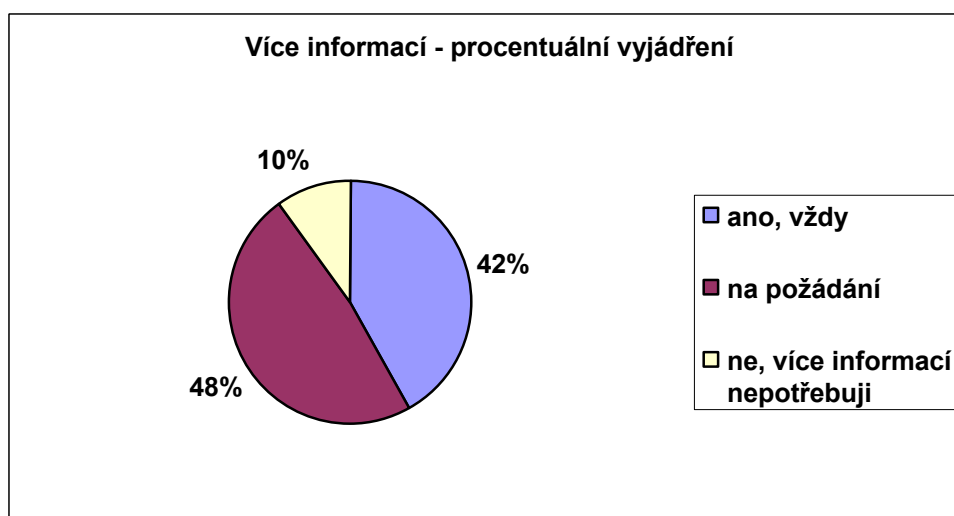


Graf č. 14 Informace – procentuální vyjádření



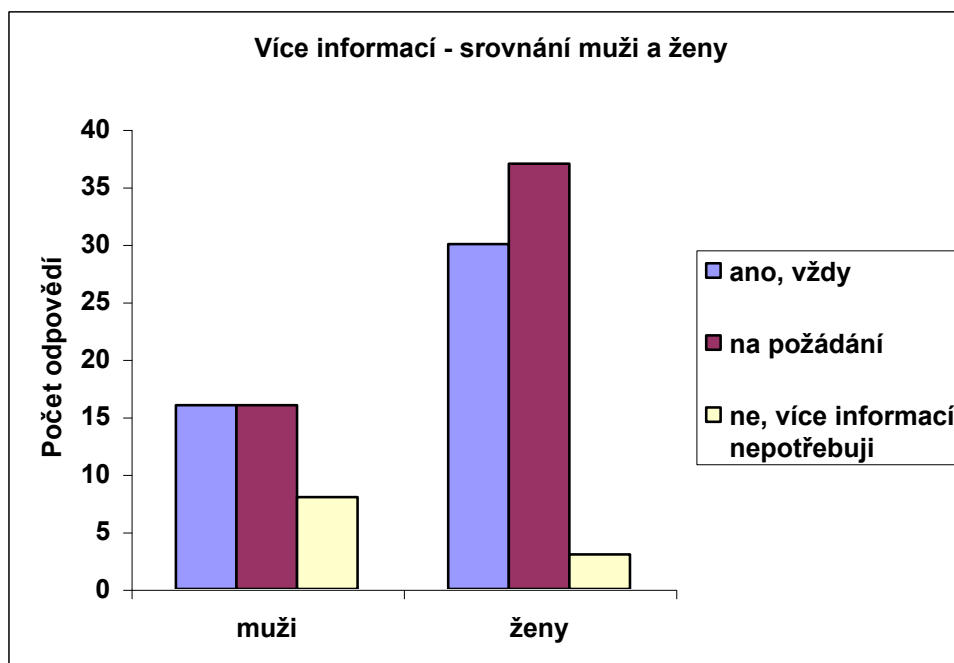
Následně jsem se zajímala o to, zda by respondenti uvítali více informací o vydaném léku. Zjistila jsem, že více informací by přijalo až 90% respondentů. Z toho 42% by uvítalo informaci vždy. Téměř polovina respondentů by chtěla více informací jen v případě, pokud si je sama vyžádá. Zbýlých 10% pacientů nemá potřebu vyslechnout si další informace. Situaci vyjadřuje graf č. 15.

Graf č. 15 Více informací – procentuální vyjádření



Zajímavě dopadlo srovnání nároků na více informací mezi muži a ženami. Muži výrazně častěji než ženy se vyjadřovali pro to, že nepotřebují více informací, než jim bývá podáváno. Toto je vystiženo v grafu č. 16.

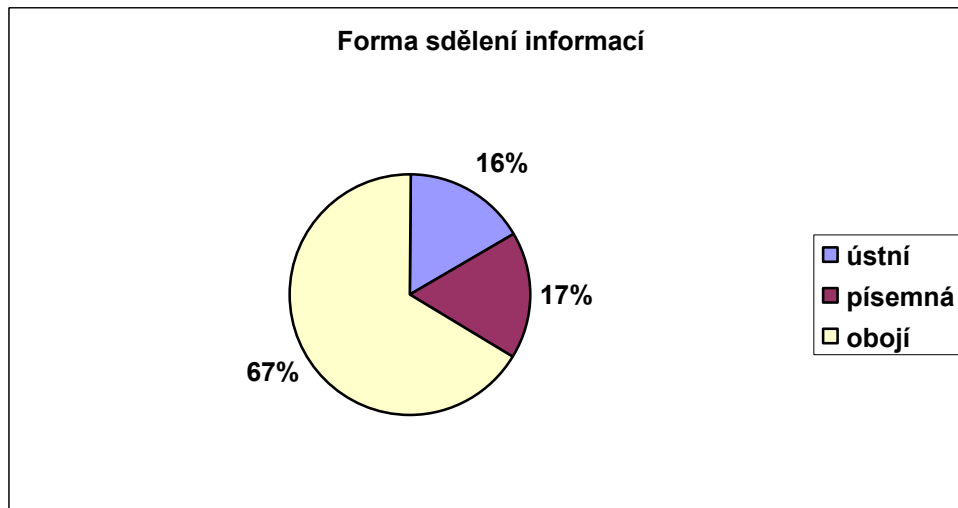
Graf č. 16 Více informací – srovnání mužské a ženské části vzorku



Dále mě zajímalo, jaká forma sdělení informací je pro pacienty nejpříjemnější. Ukázalo se, že pro většinu respondentů (67%) je optimální, jak si vyslechnout informaci z úst lékárníka, tak mít ji zaznamenanou v písemné podobě nejčastěji na obalu léku.

Ostatní respondenti dávali v podstatě stejným dílem přednost buď formě písemné nebo formě ústní (17% a 16%). Toto mínění je zachyceno v grafu č.17.

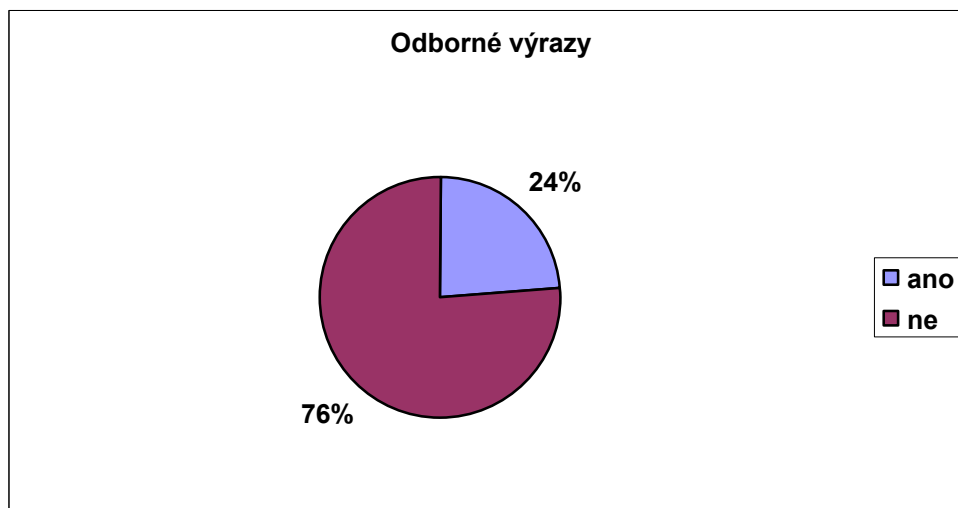
Graf č. 17 Forma sdělení informací



3. okruh – verbální komunikace: odborné výrazy

Respondenti byli dotázáni, zda se jim stává, že lékárník používá při komunikaci s nimi nesrozumitelné odborné výrazy. Bohužel plných 24%, tedy téměř čtvrtina respondentů se setkala s tím, že lékárník v průběhu rozhovoru s nimi užíval nesrozumitelné odborné výrazy. Výsledek vystihuje graf č. 18.

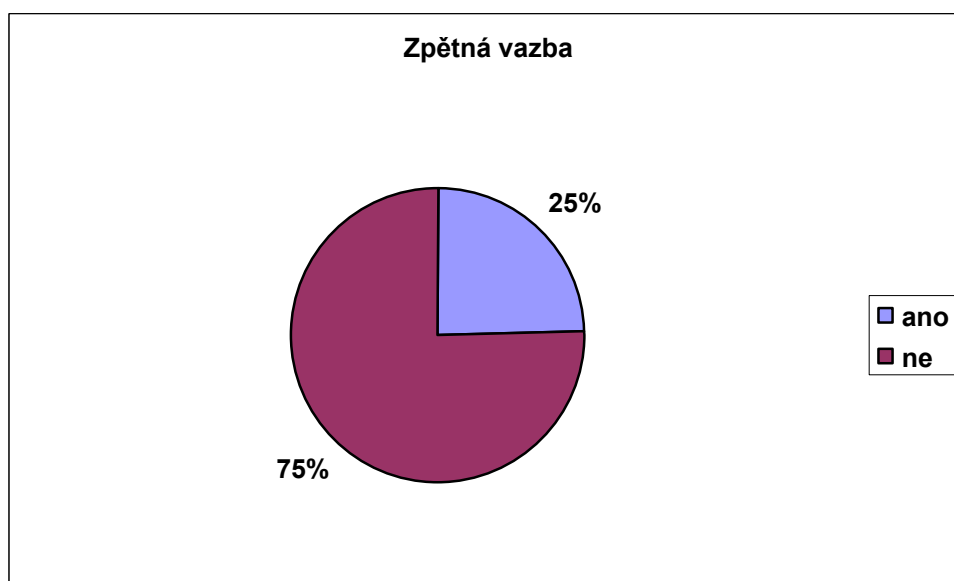
Graf č. 18 Odborné výrazy



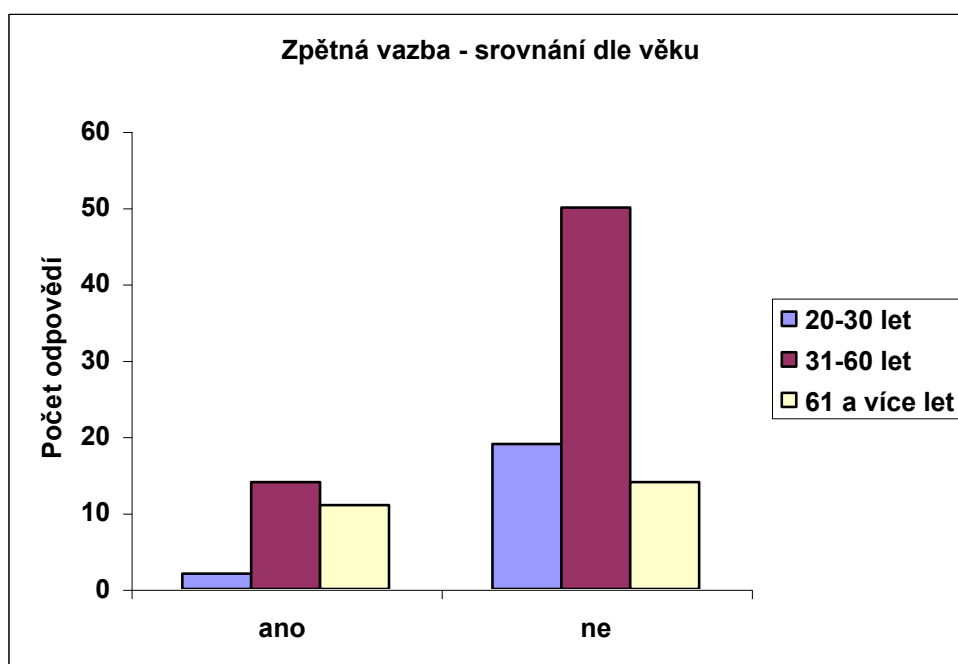
4. okruh – zpětná vazba

Respondentům byla položena otázka, zda se jim stává, že si lékárník ověří, jestli porozuměli dávkování a dalším informacím, které jim podal. 25% respondentů se vyjádřilo na tento dotaz kladně. 75% respondentů se neseťkává s tím, že by si lékárník ověřil, zda porozuměli informacím. Z uvedených skutečností vyplývá i struktura grafu č. 19. Graf č. 20 potom vyjadřuje, jak vnímají otázku zpětné vazby jednotlivé věkové kategorie.

Graf č. 19 Zpětná vazba



Graf č. 20 Zpětná vazba – srovnání dle věku



Tento graf ukazuje, že respondenti ve věku 20-30 let se setkali s užíváním zpětné vazby jen výjimečně. U prostřední věkové kategorie se tento trend zlepšuje. Zatímco u nejstarších respondentů dochází k vyrovnávání situace. Tito respondenti se setkali u užíváním zpětné vazby téměř v polovině případů.

5. okruh – vztah lékař a lékárník

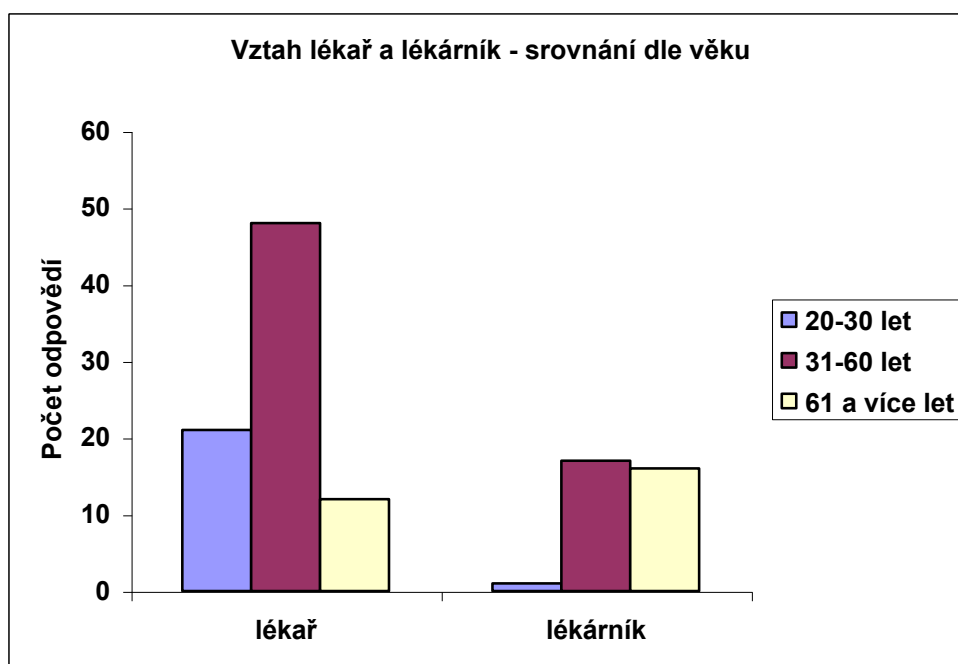
Dotazovala jsem se, na koho by se respondenti obrátili v případě nejasností, problémů s užíváním léku, zda na lékaře nebo lékárníka. 30% respondentů uvedlo, že by se s dotazem obrátilo na lékárníka. Většina (70%) respondentů by kontaktovala lékaře. Získané informace zachycuje graf č. 21. 5 dotazovaných neupřednostnilo ani lékaře ani lékárníka.

Mladší a střední věkové kategorie výrazně preferují v tomto vztahu lékaře. Stav se stává vyrovnanější až ve vyšším věku. U respondentů nad 60let již nepatrně převážil výběr lékárníka před lékařem. Blíže viz graf č.22.

Graf č. 21 Vztah lékař a lékárník

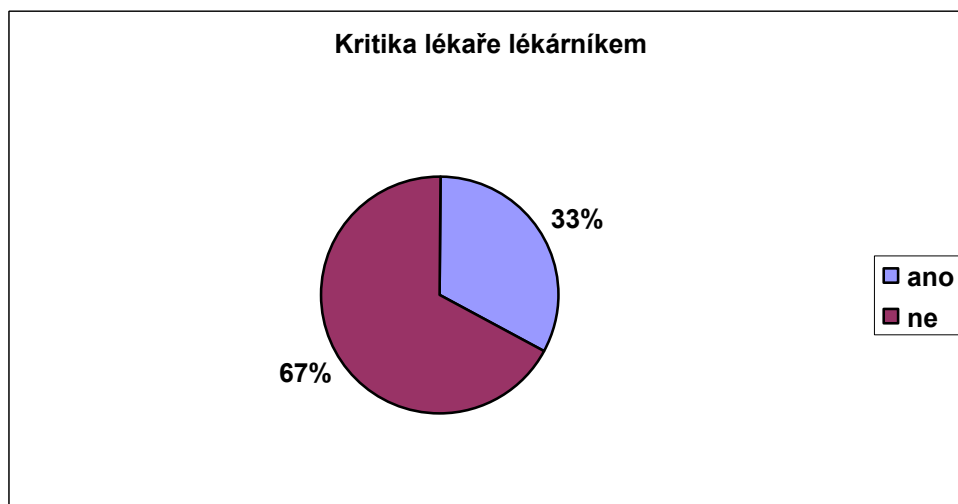


Graf č. 22 Vztah lékaře a lékárník – srovnání dle věku



Ve vztahu lékaře a lékárníka z pohledu pacientů jsem se ještě zaměřila na otázku kritiky lékaře ze strany lékárníka. Ptala jsem se, zda někdy před nimi lékárník kritizoval lékaře. Vyhodnocení odpovědí je v grafu č. 23. Vyjadřuje, že třetina respondentů se setkala v lékárně s kritikou lékaře.

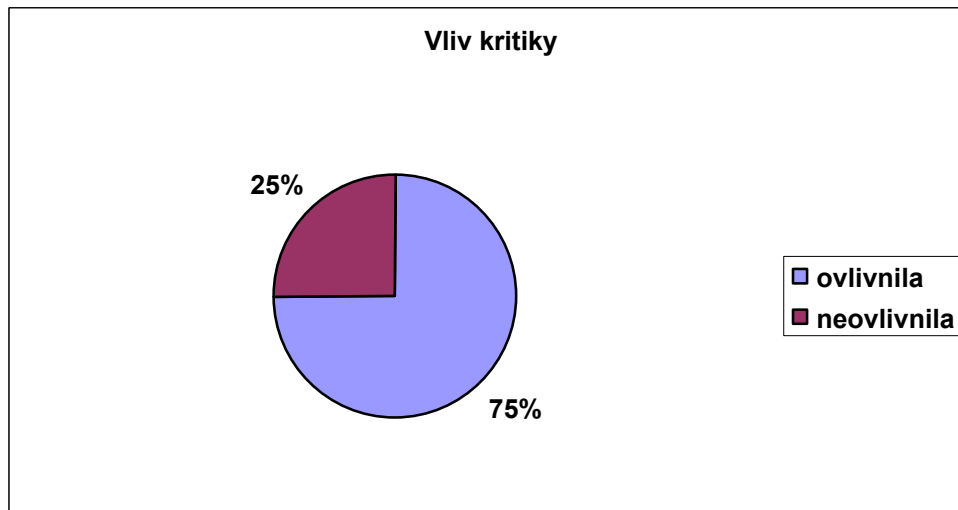
Graf č. 23 Kritika lékaře lékárníkem



Pokud se pacienti s kritikou setkali, pak mne zajímalo, zda a jakým způsobem na ně zapůsobila. Jedna čtvrtina dotazovaných uvedla, že je kritika neovlivnila. Nejčastěji

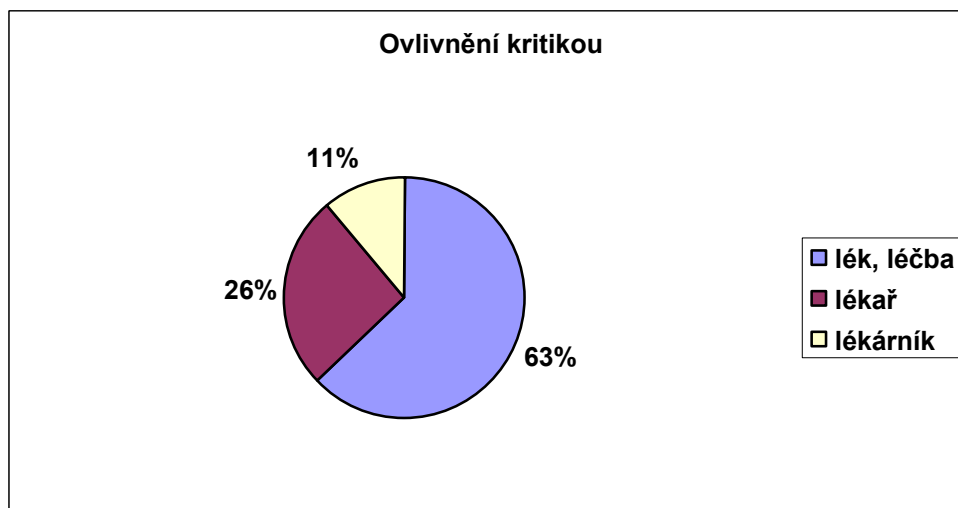
dodávali, že se jednalo o stížnosti lékárníka na nečitelný lékařův rukopis. Situace je uvedena v grafu č. 24.

Graf č. 24 Vliv kritiky



Následně mě zajímalo, jakým způsobem byli pacienti ovlivněni. Nejčastěji bylo udáváno ovlivnění vztahu k léku (nedůvěra) a léčbě jako takové (63%). Následovalo ovlivnění vztahu k lékaři (26%). Ovlivněn byl i vztah k lékárníkovi (11%). Dokládá to graf č. 25.

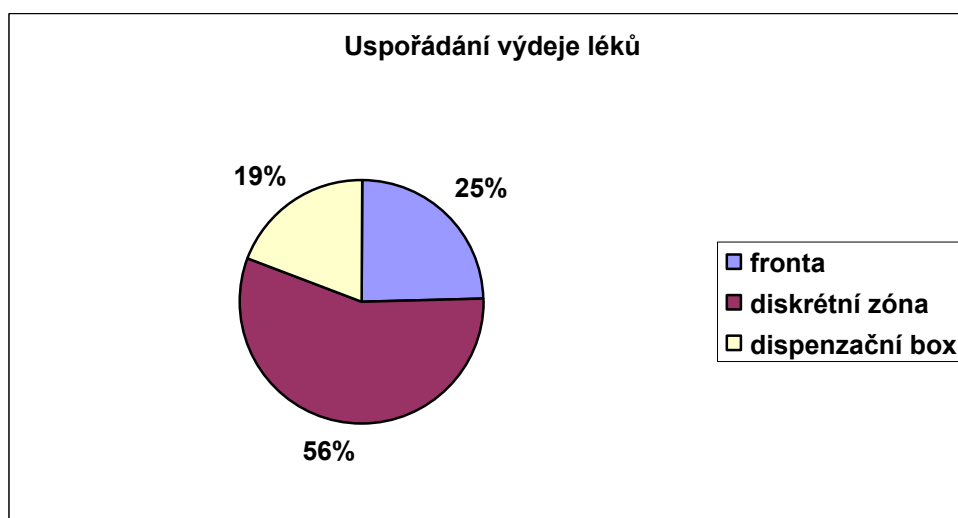
Graf č. 25 Ovlivnění kritikou



6. okruh – interiér lékárny

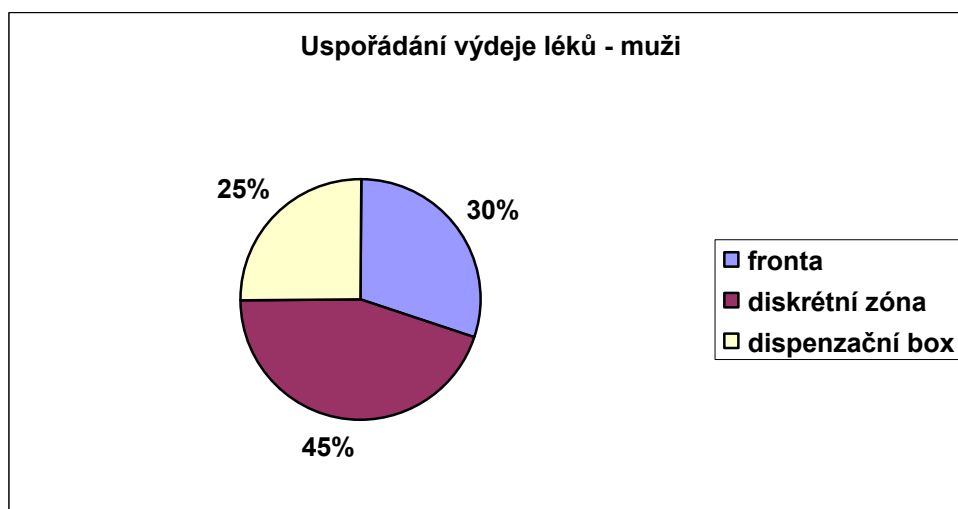
Zajímalo mě, jaké uspořádání výdejního místa považují dotazovaní za optimální. Nejvyšší procento dotazovaných (56%) by uvítalo používání diskrétních zón v lékárnách. Pro nezanedbatelnou část respondentů (19%) by bylo podle jejich vyjádření optimální znovuzavedení dispenzačních boxů. Zbytku respondentů (25%) vyhovuje čekání i výdej léků ve frontě čekajících pacientů, viz graf č. 26.

Graf č. 26 Uspořádání výdeje léků

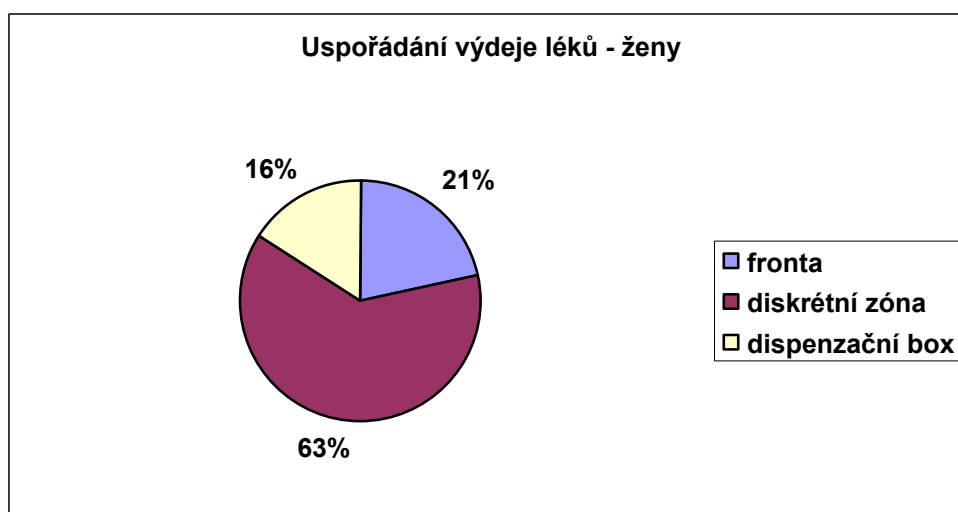


Nalezla jsem rozdíl v preferencích uspořádání výdeje léků z hlediska pohlaví. Muži ve srovnání se ženami nemají tak vyhraněný požadavek na používání diskrétních zón. Můžeme to zjistit porovnáním z následujících grafů.

Graf č. 27 Uspořádání výdeje léků – muži

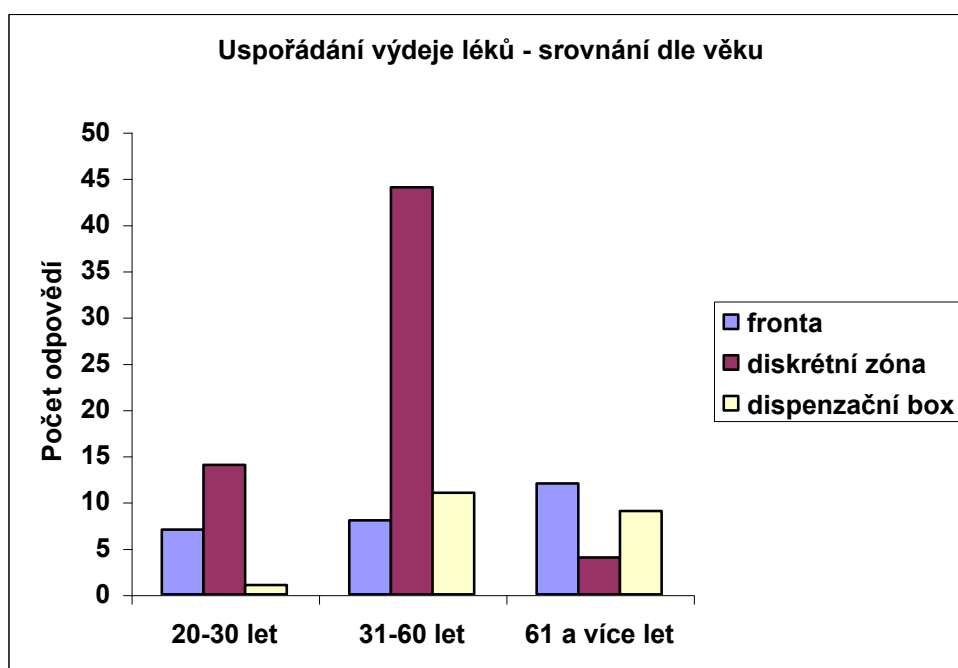


Graf č. 28 Uspořádání výdeje léků – ženy



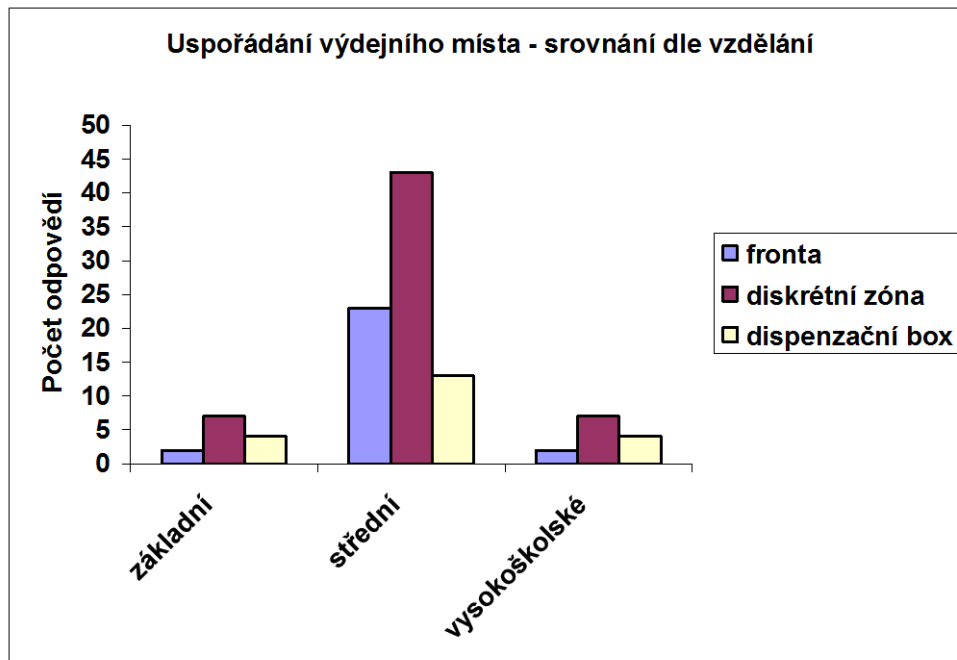
Při porovnávání výsledků z hlediska stáří respondentů se mi jevil především výraznější rozdíl v míře preference dispenzačních boxů u nejmladších respondentů v porovnání se staršími. Nejmladší respondenti, jak uváděli neměli zkušenosti s dispenzačními boxy, proto je ani neupřednostňovali. Srovnání je znázorněno v grafu č. 29.

Graf č. 29 Uspořádání výdeje léků – srovnání dle věku



Dosažené vzdělání výsledky neovlivnilo. Dokumentuje to následující graf, podle kterého respondenti se základním a respondenti s vysokoškolským vzděláním udávali shodné preference.

Graf č. 30 Uspořádání výdejního místa – srovnání dle vzdělání



7. okruh – neverbální komunikace

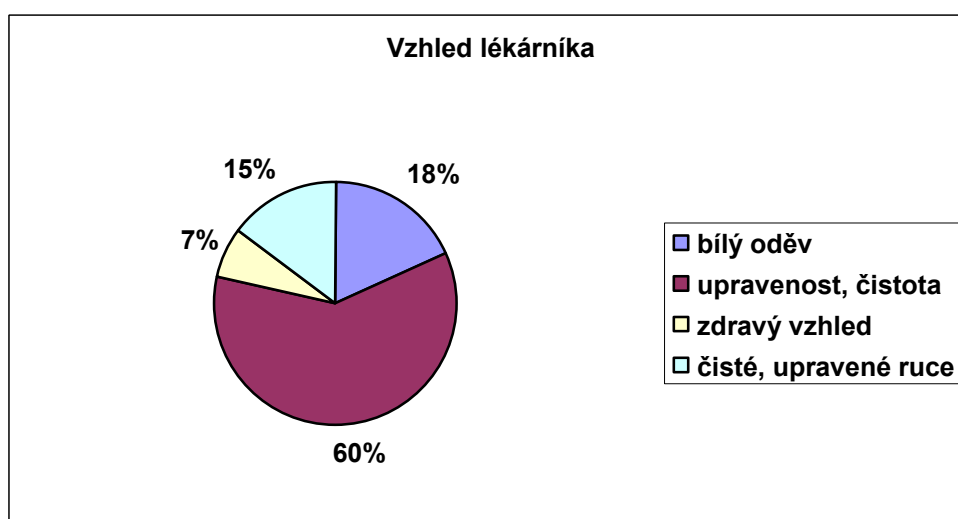
Nejdříve jsem se dotazovala, zda-li je pro respondenty důležitý vzhled lékárníka. Z celkového počtu respondentů jich 91% uvedlo, že pro ně vzhled lékárníka je důležitý. Viz graf č. 31.

Graf č. 31 Význam vzhledu lékárníka



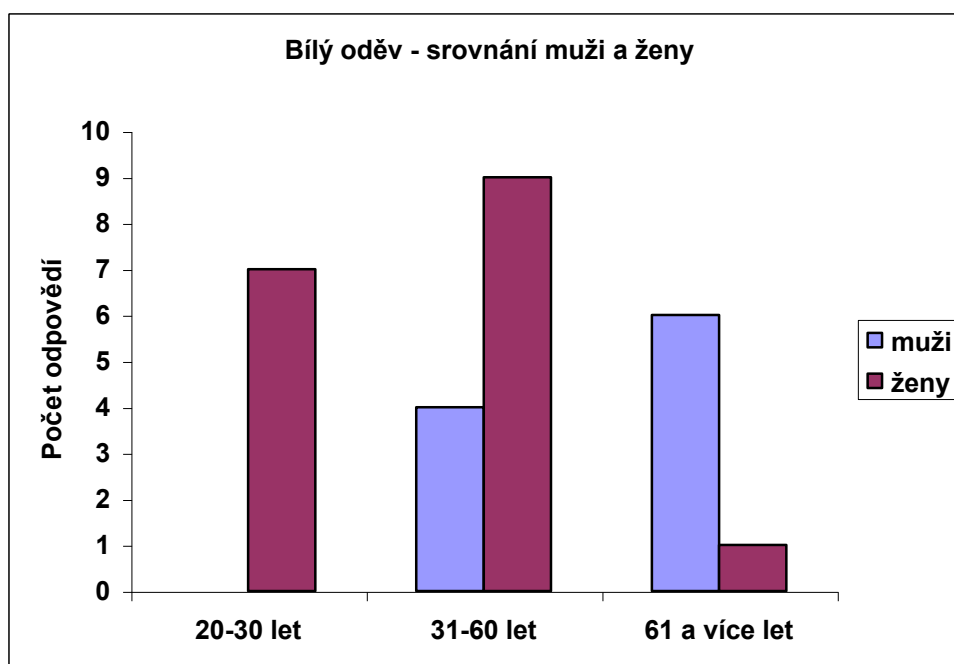
U kladně odpovídajících jsem požádala, aby uvedli, co považují za důležité na vzhledu lékárníka. Lze shrnout, že za nejdůležitější je na lékárníkovi považována čistota a upravenost (60%). S velkým odstupem se na druhém místě umístil bílý oděv na lékárnících (18%). Poměrně vysoké procento respondentů se vyslovilo ještě pro čistotu a upravenost rukou (15%). Číselně vyjádřit lze též zastánce zdravého vzhledu u lékárníků (7%). Vše je shrnuto v grafu č. 32.

Graf č. 32 Vzhled lékárníka



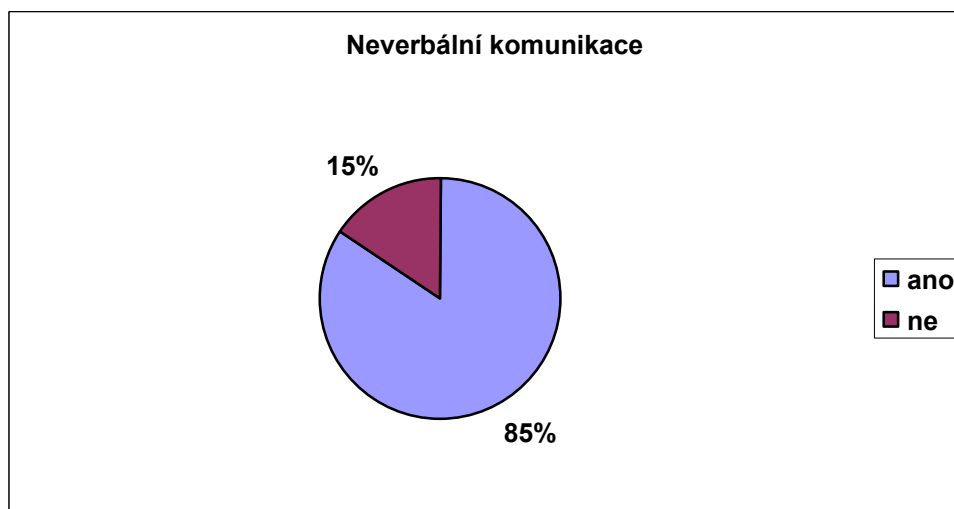
Když jsem se podrobněji zaměřila na to, jak je tomu s vyžadováním nošení bílého oděvu, zjistila jsem, že jej často vyžadují starší muži respondenti. Zato muži mezi 20-30 lety jej nevyžadovali. Mezi ženami bílý oděv preferovaly mladší a střední generace. Situace je zachycena na následujícím grafu č. 33.

Graf č. 33 Bílý oděv –srovnání muži a ženy



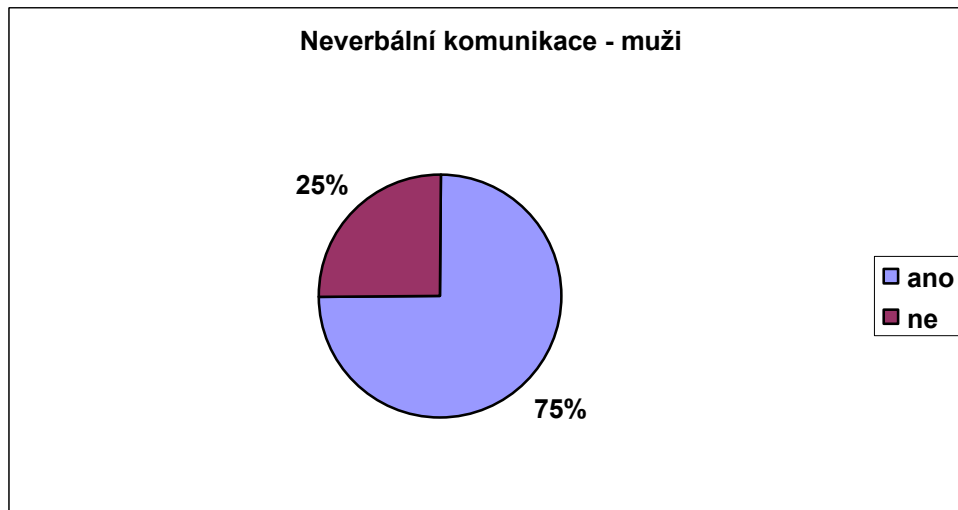
Na téma neverbální komunikace mne dále zajímalo, zda si pacienti všímají jejích konkrétních projevů u lékárníků. Ukázalo se, že ne všichni dotazovaní (15%) si všímají, respektive nepovažují za důležité, co je jim mimoslovně sdělováno. Větší část respondentů (85%) si však projevů neverbální komunikace všímá a uvědomuje si je. Tak to znázorňuje graf č. 34.

Graf č. 34 Neverbální komunikace



Vnímavější k projevům neverbální komunikace jsou ženy, jak vyplývá ze srovnání následujících dvou grafů č. 35 a č. 36.

Graf č. 35 Neverbální komunikace – muži

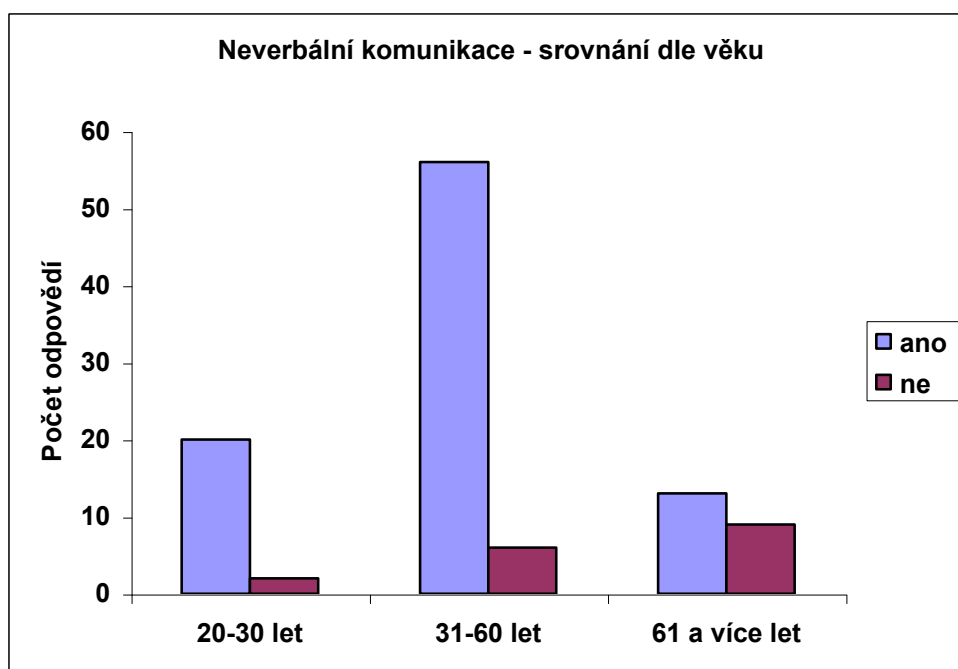


Graf č. 36 Neverbální komunikace – ženy



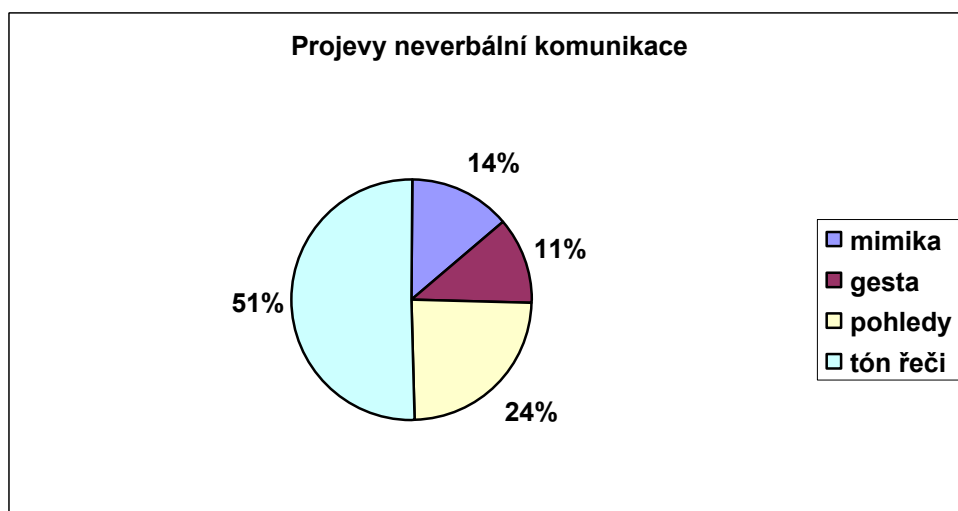
Současně lze říci, že si neverbální komunikace všimají spíše mladší dotazovaní. Více v následujícím grafu č. 37.

Graf č. 37 Neverbální komunikace – srovnání dle věku



Nejvíce respondenti uváděli, že vnímají tónu řeči (51%). Dále je pro dotazované důležitý oční kontakt (24%). Pozornost je věnována také gestům (11%) a mimice (14%), jak je vyobrazeno v grafu č. 38.

Graf č. 38 Projevy neverbální komunikace

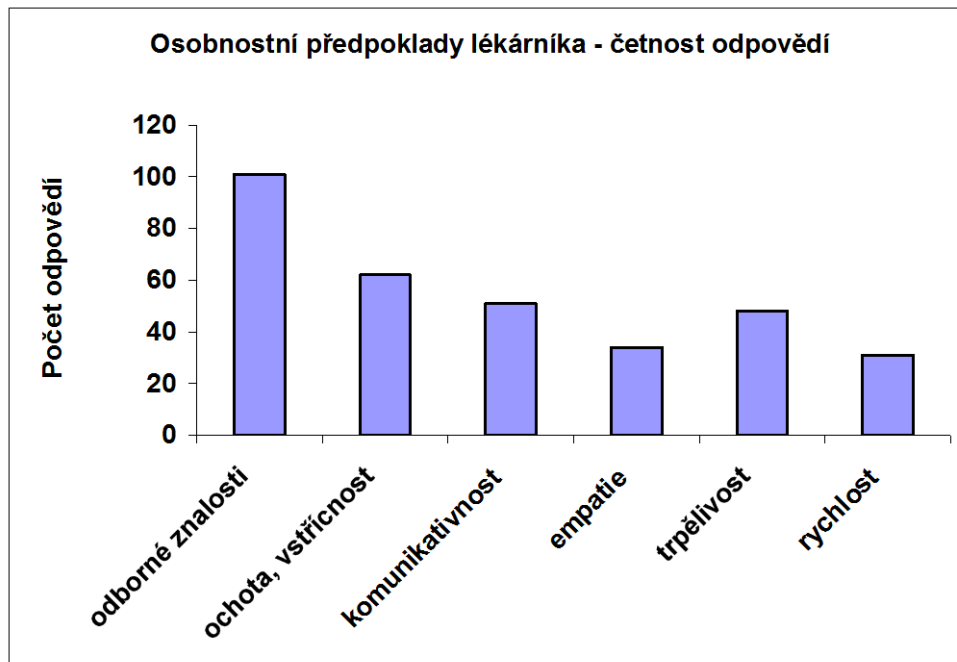


8. okruh – osobnostní předpoklady lékárníka

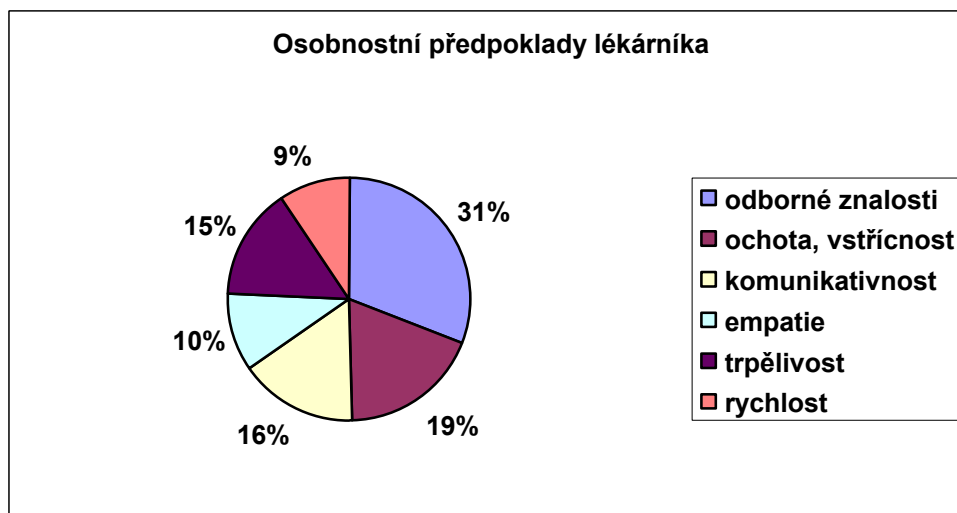
Požádala jsem respondenty, aby vyjádřili, jaké vlastnosti a schopnosti by lékárník měl mít tak, aby mohli vyslovit spokojenost s jeho jednáním a chováním. Téměř všichni respondenti vyslovili požadavek odborných znalostí u lékárníka. Přibližně polovina

respondentů požadovala také vstřícnost, komunikativnost a trpělivost. Asi pro třetinu dotazovaných je důležitá empatie a rychlost. Tyto výsledky jsou shrnuty v grafu č. 39. Následuje graf č. 40 s procentuálním vyjádřením uvedených výsledků.

Graf č. 39 Osobnostní předpoklady lékárníka – četnost odpovědí



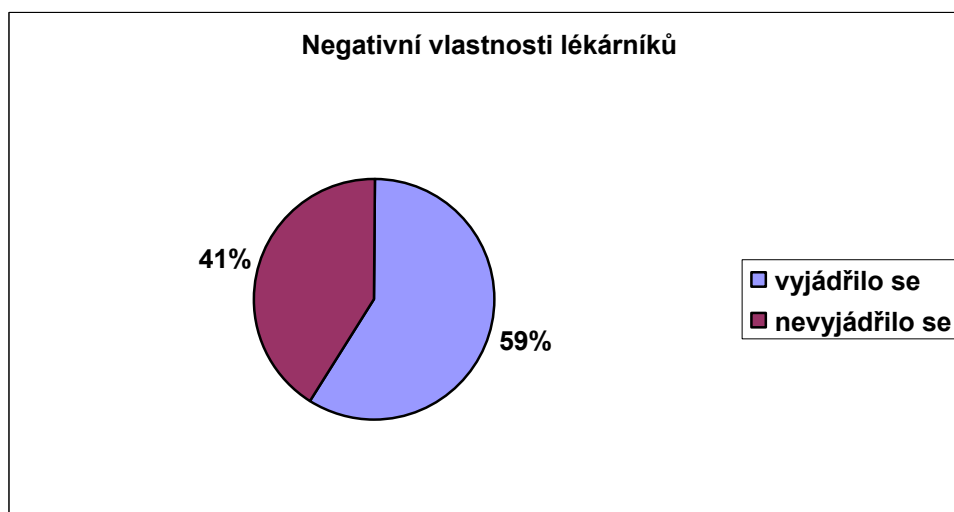
Graf č. 40 Osobnostní předpoklady lékárníka – procentuální vyjádření



Položila jsem dotazovaným také otázku, zda jim na lékárnících něco vadí. Případně konkrétně, co jim vadí. Ne všichni respondenti se na toto téma vyjádřili, respektive

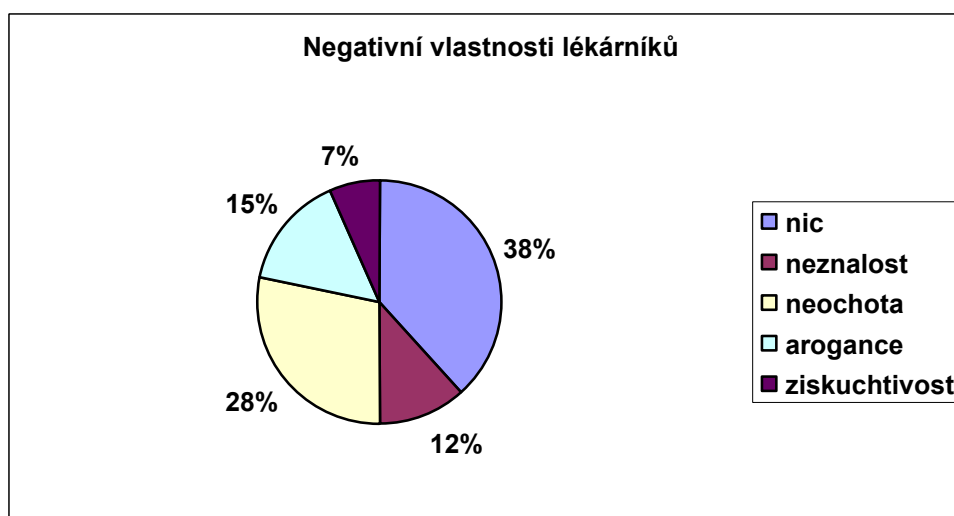
neuedli konkrétní odpověď, nevěděli. 59% dotazovaných mělo připomínky, viz graf č.41.

Graf č. 41 Negativní vlastnosti lékárníků



Výsledkem této otázky byla poměrně pestrá škála názorů, kterou bylo těžké číselně zhodnotit. Některé názory bylo třeba zobecnit a přiřadit k obsahově podobným. Nejvíce těchto respondentů (38%) se vyslovilo, že jim na lékárnících nic nevádí. Nejčastěji si ovšem respondenti stěžovali, že se setkávají s neochotou (28%). Následovaly výtky k arogantnímu, hrubému, bezohlednému chování některých lékárníků (15%). Dále byla zmiňována neznalost, především v souvislosti s novými léky na trhu (12%). Někteří dotazovaní vnímali výrazně negativně ziskuchtivost ze strany lékárníků (7%). Výsledky jsou vyjádřeny v grafu č. 42.

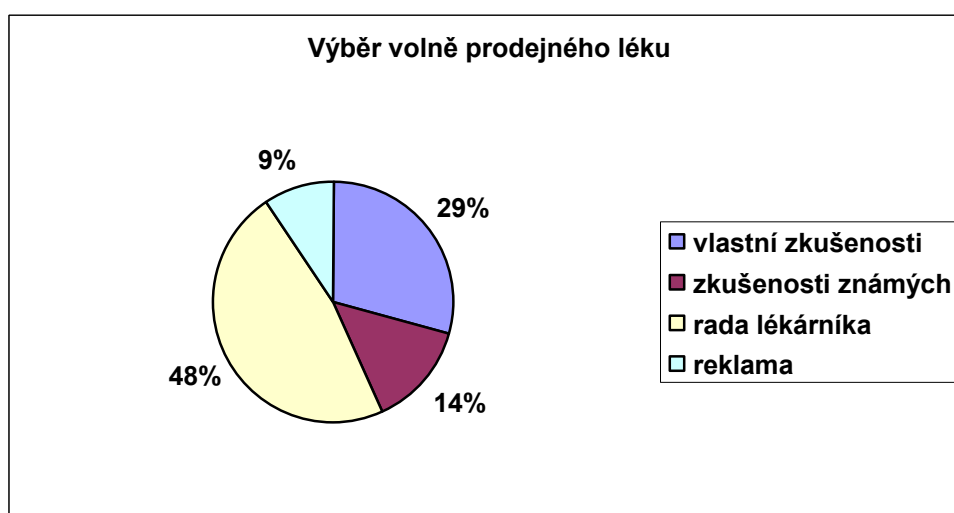
Graf č. 42 Negativní vlastnosti lékárníků



9. okruh - samoléčení

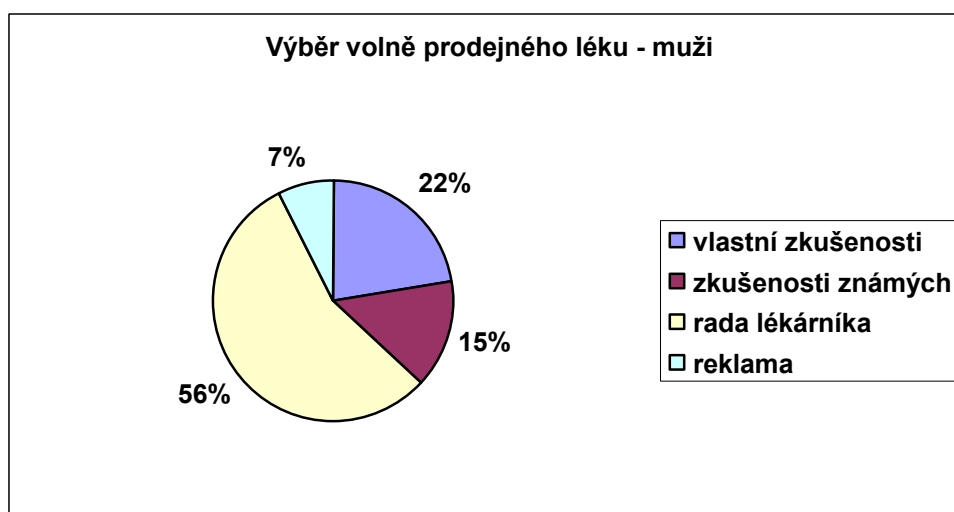
Zajímala jsem se o to, jaké informace, rady a doporučení respondenty nejvíce ovlivní při koupi volně prodejných léků. Při porovnání dosažených výsledků vyšlo najevo, že nejvíce respondenty ovlivní rada lékárníka (48%). Mnoho z dotazovaných se také řídí vlastní zkušeností (29%). Využívány jsou i zkušenosti z okruhu svých známých (14%). Pouze 9% respondentů připustilo, že se při výběru léku nechá ovlivnit reklamou. Výsledky jsou obsahem grafu č. 43.

Graf č. 43 Výběr volně prodejného léku

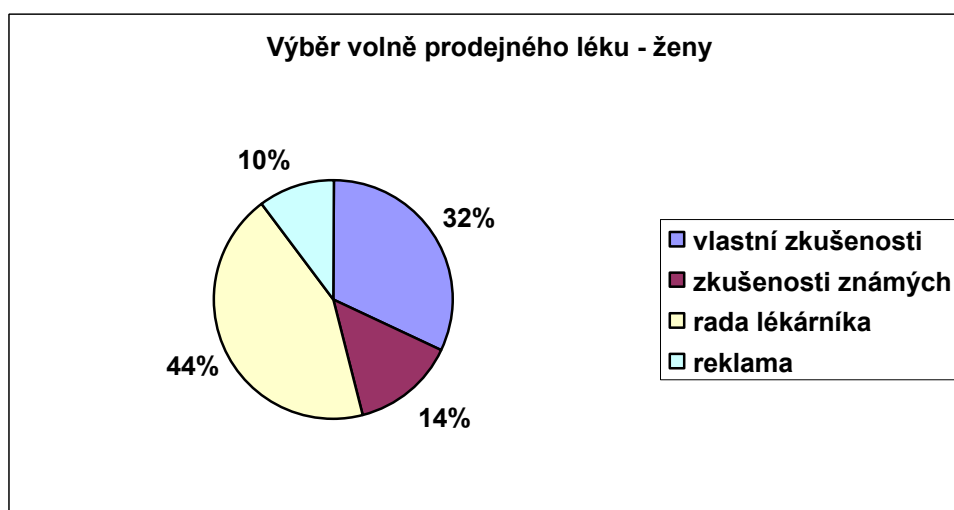


Porovnáním odpovědí mužů a žen jsem zjistila, že ženy o něco více než muži dají na vlastní zkušenosti a také na reklamu. Naopak méně často využívají rad lékárníků. Srovnání odpovědí mužské a ženské části vzorku je možné z grafů č. 44 a 45.

Graf č. 44 Výběr volně prodejného léku – muži



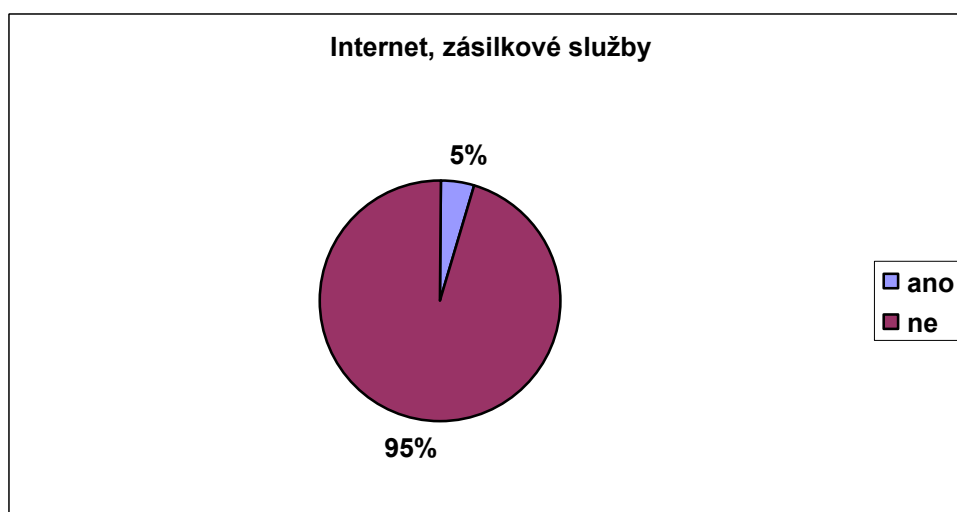
Graf č. 45 Výběr volně prodejného léku – ženy



10. okruh – internet a zásilkové služby

Na závěr jsem se dotazovala, zda někdo z respondentů nezískává parafarmaka prostřednictvím internetu nebo zásilkových služeb. Pouhých 5 dotazovaných odpovědělo kladně, což představuje 5%. Jednalo se o respondenty středního věku, se středoškolským vzděláním, převažovali muži. Výsledek je vyjádřen grafem č. 46.

Graf č. 46 Internet a zásilkové služby



6. Diskuse

Cílem této práce bylo zjistit, zda a jak pacienti vnímají komunikaci s lékárníky. Zajímalo mě, čeho si pacienti v lékárně všímají, čeho si všímají na lékárnících. Také mě zajímaly jejich hodnocení a názory. Výsledky průzkumu měly ukázat, jaké jsou požadavky pacientů na lékárny a lékárníky v současné době.

Mezi respondenty převažovaly ženy středního věku, které byly nejčastějšími návštěvnicemi v lékárně, kde jsem průzkum prováděla. Přesto se mi podařilo v některých případech nalézt zajímavé rozdíly v názorech v souvislosti s pohlavím, věkem nebo vzděláním.

1. okruh – výběr lékárny

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že nejčastěji (34%) jsou dotazovaní ovlivněni dostupností lékárny. To znamená, že jdou do nejbližší lékárny po návštěvě u lékaře, nejbližší lékárny v místě bydliště, nejbližší lékárny v místě zaměstnání, do první lékárny při cestě.

Dále se ukázalo, že si respondenti lékárnu vybírají dle toho, jaké jsou zde výše doplateků a ceny léků. To bylo v případě více než čtvrtiny respondentů.

Téměř shodný počet respondentů (24%) uvedl, že si lékárnu vybírá na základě chování personálu. Znamená to poměrně velký vliv jednání a chování lékárníků a

farmaceutických asistentů na to, jestli pacient lékárnou navštíví nebo nikoli. Dobré zkušenosti s ochotným, odborně erudovaným personálem, který umí také informace vhodně sdělit, jsou pro pacienty pádným důvodem, aby lékárnou opět navštívili.

Pro 14% dotazovaných byla také důležitá otázka sortimentu lékárnou. Většinou respondenti podotýkali, že se lékárnou navzájem sortimentem příliš neliší. Složení sortimentu přitom ovlivňuje o něco více ženy než muže, a to například při výběru kosmetiky různých značek, jak uváděly.

Jen jedno procentní význam měl vzhled a interiér lékárnou. Důvodem zde může být, že jen málo lékáren je v ČR odlišných od popisu, který byl uveden v teoretické části práce jako lékárnou 6. PTVE. Několik lékáren dalo na kouzlo starých apatyk ve stylu 1. PTVE. Několik dalších bychom našli s dispenzačními boxy.

Při srovnání dle věku respondentů jsem zjistila, že pro nejmladší generaci je výrazně nejdůležitější dostupnost lékárnou. Naproti tomu její vzhled u nich nehraje zcela žádnou roli. V porovnání se staršími respondenty kladou ovšem větší důraz na sortiment lékárnou. Důležité je i chování personálu lékárnou. Až po něm následují ceny. Pro dotazované prostřední věkové kategorie je nejdůležitější dostupnost lékárnou, následují ceny a doplatky, třetí je chování personálu. Zatímco pro nejstarší respondenty je chování personálu lékárnou stejně rozhodující jako ceny a doplatky, nepatrně méně důležitá je dostupnost lékárnou.

Při srovnání dle dosaženého vzdělání lze konstatovat, že pro respondenty se základním vzděláním je stejně důležitá dostupnost jako chování personálu. Pro dotazované se středoškolským vzděláním byla opět nejdůležitější dostupnost, dále ceny s doplatky a chování personálu lékárnou. Vysokoškolsky vzdělaní vybírají lékárnou nejvíce dle chování personálu, následuje dostupnost shodně s cenami a doplatky.

V porovnání s výsledky diplomové práce z roku 2003 (22;67), kde převažoval výběr lékárnou hlavně dle cen a přístupu lékárníků, zde se ukázal větší vliv dostupnosti lékárnou. Přitom výběr dle cen nebo přístupu lékárníků byl v obou případech dle procentuálního vyjádření srovnatelný.

2. okruh – verbální komunikace: informace

Jistě je potěšující zjištění, že všichni respondenti sdělili, že je jim k vydávanému léku poskytnuta minimálně informace o dávkování. Přibližně polovina dotazovaných bývá informována o způsobu aplikace. Ostatní informace jim bývají sdělovány podstatně méně často. Nejčastěji byly zmíněny informace o interakcích s potravou.

Přítom 42% dotazovaných uvedla, že by uvítala vždy více informací o lécích, které jsou jim vydávány. Lze usoudit, že lékárníci mají v tomto směru ve vztahu ke svým pacientům co zlepšovat. Téměř polovina dotazovaných by ovšem dala přednost doplnění informací pouze pokud sama bude mít zájem a zeptá se. Je tedy na lékárnících, aby se svými pacienty o lécích hovořili a usoudili, jaký je správný objem podaných informací. Bohužel, v této souvislosti jsou lékárníci v nevýhodě v porovnání s lékaři pro nedostatek adekvátních informací o pacientovi. Nemají například kompletní lékovou anamnézu pacienta atp. Samotné informace, podané pacientem o jeho lékové anamnéze, nejsou spolehlivým vodítkem. Za zmínku stojí, že více dotazovaných mužů než žen uvedlo, že další informace nepotřebují.

V porovnání s těmito výsledky uváděli respondenti v předchozí diplomové práci větší míru informovanosti o interakcích léků a jejich nežádoucích účincích. (22; 44)

V otázce formy, jakou jim mají být informace sděleny dvě třetiny dotazovaných uvedly spokojenost s tím, když je jim informace o léku, minimálně dávkování, sděleno jak ústní, tak písemnou formou.

3. okruh – verbální komunikace: odborné výrazy

Z výsledků průzkumu se ukázalo, že přibližně čtvrtina respondentů se setkala s užíváním nesrozumitelných odborných výrazů lékárníky. Domnívám se, že je to škoda, protože je třeba zabránit nedorozuměním, které z toho mohou vyplynout. S pacienty bychom měli najít společný jazyk, abychom společnými silami vzdorovali nemocem a podporovali zdraví.

4. okruh – zpětná vazba

Podle výsledků se jen čtvrtina dotazovaných setkává s tím, že se jich lékárník optá, zda porozuměli dávkování. Respondenti ve věku 20-30 let se s užíváním zpětné vazby setkávají dokonce jen výjimečně. Poměrně málo kladných odpovědí uvedla také prostřední věková kategorie. Lepší situace je v případě nejstarších respondentů, kde asi polovina se setkává s tím, že lékárník si ověřuje, jak byla sdělená informace přijata. Celkem je možné zhodnotit, že tyto výsledky jsou srovnatelné s těmi, které byly dosaženy i v předchozí diplomové práci. (19; 52).

V této uspěchané době je jistě těžké, abychom chtěli po pacientech, aby v lékárně trpělivě počkali, až na ně přijde řada, vyslechli si potřebný komentář k obdrženému

léku, a následně se vyjádřili, jak informacím porozuměli. Ale právě to, jak pacienti pochopí, jak mají lék užívat a jak jej užívají, tvoří základ farmakoterapie.

5. okruh – vztah lékař a lékárník

Mojí snahou bylo zjistit, jak si stojí lékárník v porovnání s lékařem v očích veřejnosti v případě, že se vyskytnou nejasnosti nebo problémy s užíváním léku. Respondenti se poměrně jednoznačně vyslovili, že by se s dotazem obrátili na lékaře (70%). Nejčastěji to odůvodnili tím, že lékař má více informací o léčbě, lécích, které užívali a užívají, dále možnost předepsat jiný lék, poslat je na vyšetření a podobně. Někteří z pacientů se domnívají, že lékárník nemá dostatek medicínských znalostí, aby jim pomohl.

Provedla jsem i srovnání, jak je to v této otázce mezi generacemi. Tam se ukázalo, že mladší respondenti by se jednoznačně častěji obraceli na lékaře. Naproti tomu ve věkové kategorii nad 61 let převažovala rozhodnutí obrátit se s žádostí o radu a pomoc na lékárníka.

Pokud mohu porovnat s předchozí diplomovou prací, tam se pro lékaře vyslovilo 51% a 26% uvedlo, že jim nezáleží, kdo jim informaci sdělí. (22;61)

V otázce kritiky lékaře lékárníkem jsem zjistila, že 33% dotazovaných bylo v lékárně svědky kritizování lékaře. Tři čtvrtiny z těchto respondentů také kritika nějakým způsobem ovlivnila. Nejvíce udávali, že snížila důvěru v lék (účinnost, vedlejší účinky) nebo v samotnou léčbu (63%). Dále zmiňovali ovlivnění vztahu k lékaři. 11% dotazovaných také přiznalo, že kritika změnila i jejich vztah přímo k lékárníkovi, který lékaře kritizoval. Z uvedených skutečností lze usoudit, že jde o jev všeobecně neprospěšný, který by se neměl vyskytovat.

Čtvrtinu respondentů, kteří se s ní setkali, kritika neovlivnila. Většina z nich uvedla, že se jednalo o kritiku nečitelného rukopisu. Postěžování lékárníka v takové chvíli jim přišlo lidsky pochopitelné.

Na kritiku lékaře lékárníkem se dotazovali také v předchozí diplomové práci, kde byly zjištěny podobné výsledky, tj. 26% dotazovaných uvedlo, že se s ní setkalo. (22;64)

6. okruh – interiér lékárny

Dotazovaní se dosti jednoznačně vyjádřili pro větší soukromí při výdeji léků. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že nejžádanější mezi respondenty je vytvoření

diskrétních zón (56%). Pacienti by si jistě zasloužili minimálně stejně diskrétní prostředí, jaké je běžně poskytnuto například klientům bank. Vysoké procento dotazovaných se vyslovilo také pro znovuzavedení dispenzačních boxů.

Domnívám se, že diskrétní zóny by mohly být zavedeny v mnohých lékárnách. Provedení je jednoduché. Vyžaduje jen, aby je pacienti respektovali a nechali soukromí lékárníkovi a pacientovi, který je na právě obsluhován. Zavedení dispenzačních boxů by jistě bylo o něco složitější.

Při porovnání mezi muži a ženami jsem zjistila, že ženy výrazně častěji preferují diskrétní zóny. Mezi respondenty muži se i dosti vysoké procento vyslovilo, že jim postačuje výdej léku s řadou čekajících pacientů za zády.

Když jsem srovnávala mezi různými věkovými kategoriemi, zjistila jsem větší požadavek pro zavedení dispenzačních boxů u nejstarších respondentů. Zatímco nejmladší je příliš nepožadují.

Výsledky přibližně odpovídají také předchozím diplomovým pracím, kde se pro větší soukromí v lékárnách také vyslovovala většina respondentů. (19;53, 22;57)

7. okruh – neverbální komunikace

Z průzkumu vyplynulo, že vzhled lékárníka považuje za důležitý 90% respondentů. Ukázalo se, že nejdůležitější je čistota a upravenost. Naproti tomu bílý oděv byl důležitý jen pro 18% respondentů. Zdá se, že není nutné, aby chodili lékárníci oblečení v bílém. Přimlouvala bych se ovšem za tuto tradici. Myslím si, že lékárníky pojí s ostatními zdravotníky v očích veřejnosti.

Dále jsem zjistila, že 85% dotazovaných věnuje pozornost neverbálním projevům lékárníků. Více podle předpokladu si jich všímají ženy. Zvláště všímavá je nejmladší věková kategorie. K nejdůležitějším prvkům neverbální komunikace se podle respondentů řadil tón řeči (51%) a oční kontakt (24%).

Dosažené výsledky dobře korespondují s výsledky z předchozích diplomových prací. Tam rovněž tón řeči patřil mezi nejčastěji vnímané nonverbální projevy. Stejně tak ženy a mladší věkové skupiny byly všímavější. (19; 45)

8. okruh – osobnostní předpoklady lékárníka

Téměř všichni respondenti vyslovili požadavek dostatečných odborných znalostí u lékárníka. Více než polovina respondentů dále požaduje ochotu a vstřícnost. Hodně jich také požadovalo komunikační schopnosti a trpělivost.

Lze říci, že podobné požadavky na lékárníky byly shledány i podle výsledků z předchozích let. (22;66)

Znamená to, že ideální lékárník by měl disponovat dostatečnými odbornými znalostmi, být ochotný a vstřícný k pacientům. Měl by mít dobré komunikační schopnosti. Měl by být schopen empatie. V zásobě by měl mít dostatek trpělivosti. Měl by být přiměřeně rychlý. Toto jsou zajisté ideály, kterým nezbývá než se přibližovat.

Pro zajímavost mohu uvést, že někteří respondenti zdůraznili, že by lékárníci měli jednat slušně, diskrétně a s úsměvem. Pro někoho je to samozřejmost, pro jiné ne.

Jak napověděla další část tohoto tématického okruhu, nebývají uvedené ideály vždy dosaženy. Je možné poučit se z toho, co se v mínění veřejnosti na lékárnících nelíbí. Nejčastěji byla zmíněna neochota. Tato skutečnost je zarážející v době, kdy se pacient může snadno obrátit, odejít do jiné lékárny, a už se nevrátit. Na dalším místě byla zmíněna arogance, jinými slovy povýšené, nadřazené chování lékárníků. Komentář k tomuto poznatku je v podstatě stejný jako u předchozího případu. Dále byla respondenty kritizována neznalost, neschopnost poradit. Vytýkána byla lékárníkům také jejich ziskuchtivost. Nejčastěji ji udávaly respondentky se slovy, že cítí v lékárně výraznou snahu, aby jim byl prodán dražší lék. Někteří z respondentů uvedli, že snížení obchodní přírážky na 29% není dostatečné. Obávám se, že obraz lékárníků v očích veřejnosti pod vlivem událostí ve zdravotnictví na přelomu roku 2005 a 2006 a později velmi utrpěl. Lékárníci by si měli kladným přístupem k pacientům své místo obhájit.

9. okruh - samoléčení

V otázce výběru volně prodejného léku se ukázala být nejdůležitější rada lékárníka (48%). V tomto ohledu u veřejnosti plní lékárník úlohu hlavního poradce. Dále vychází také respondenti často z vlastních zkušeností. Právě ženy dají o něco méně na radu lékárníka v porovnání s muži, a naopak více vycházejí z vlastních zkušeností. Připustily také větší vliv reklamy při výběru volně prodejných léků. Někteří z respondentů také nakupují léky dle rad lékaře.

Respondenti ve věku 20-30 let samozřejmě uvedli, že méně nakupují na základě vlastních zkušeností, ale zase mají pro ně větší vliv zkušenosti známých a také reklama. Zajímavé je, že také nejstarší respondenti jsou více ovlivněni reklamou než střední věková skupina.

10. okruh – internet a zásilkové služby

Pouze 5% respondentů uvedlo, že k nákupu parafarmak využívá internet, případně zásilkovou službu. Jednalo se o respondenty středního věku, mezi nimiž převládali muži. Očekávala jsem, že této služby bude využíváno více. Tento trend do budoucna lze jistě předpokládat.

IV. ZÁVĚR

Lékárny zaujímají důležité místo v systému zdravotní péče. Pacient v nich často zakončuje složitou cestu po zdravotnických zařízeních. V jiném případě sem přichází přímo s žádostí o lék, o radu. Role lékárníka tkví nejen v poskytování léků a informací o nich, ale i v přiměřeném psychologickém působení na pacienty. Komunikace, vedená způsobem šitým na míru každému jednotlivému pacientovi, může mít účinek významně podporující terapii. Lze ji popsat jako jakousi přidanou hodnotu k vydávanému léku. Je v zájmu lékárníků, aby se jednalo o hodnotu kladnou, protože ta může pacienty přivést znovu do lékárny.

V této práci se potvrdilo, že pacienti vnímají bedlivě komunikaci s lékárníky a také ji posuzují a hodnotí. Všimají si verbální komunikace, jejímž základem jsou informace o lécích. V této souvislosti se ukázalo, že pacienti by často uvítali více informací o vydávaných lécích. Většinou pacientů jsou komplexně hodnoceny i prvky neverbální komunikace. Vliv na komunikaci má také prostředí, v němž probíhá. Zde se potvrdil trend z poslední doby, kdy pacienti pocítují větší potřebu soukromí při poskytování informací. Zdá se, že zavádění diskretních zón by mohlo být prostředkem, který podpoří vzájemnou komunikaci lékárníků s pacienty. Překvapivě v porovnání s předchozími průzkumy nevzrostl počet pacientů, kteří objednávají léky přes internet.

Na závěr lze říci, že lékárny mají své postavení v systému zdravotní péče. To je současnost. Aby budoucnost byla stejná a ještě lepší, je třeba přicházet s novými nápady a řešeními. Léky má každá lékárna, ale kvalitní spolupráce s pacienty založená na dobré komunikaci, třeba formou poradenství, je možná jedním z řešení budoucnosti lékáren. Proto by bylo vhodné mít v lékárně personál se znalostí psychologie, včetně psychologie komunikace.

V. POUŽITÁ LITERATURA

1. Bartošíková, I., Jičínský, V., Jobánková, M., Kvapilová, J.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 1. vyd., Brno, IPVZ v Brně, 2000, 203
2. Beran, J.: Psychoterapeutický přístup v klinické praxi, Praha, H&H, 1992, 170
3. Beran, J.: Základy komunikace s nemocným, 1. vyd., Praha, Karolinum, 1997, 72
4. Bláha, K.: Setkání v lékárně: Komunikace s pacientem, Praha, Pragma, 2000, 62
5. Fabera, Vl.: Psychologické kontexty profese lékárníka, Solutio 2003/2004, Praha, Medeon, 2003
6. Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně, 2. vyd., Praha, Galén, 1999, 165
7. Honzák, R., Práznovcová, L.: Komunikace v lékárně, Praha, Panax, 2000, 85
8. Honzák, R. a kol.: Psychosociální důsledky porušení tělesné integrity, Praktický lékař, 85, 2005, 5, 305-309
9. Janoušek, J. a kol.: Metody sociální psychologie, 1. vyd., Praha, SPN, 1986, 256
10. Kolář, J., Macešková, B., Zachovalová, J.: Lékárenství: Lékárenská činnost výdejní II, 1. vyd., Brno, Professional Publishing, 2001, 96
11. Kolář, J.: Compliance, adherence, konkordance, kontinuanace, Časopis českých lékárníků, 2003, 8, 20
12. Kolář, J.: Možnosti dalšího vývoje lékárenství (V.) – Soukromé zóny, konzultační místnosti, Časopis českých lékárníků, 2004, 4, 13
13. Křivohlavý, J.: Jak si navzájem lépe porozumíme, 1. vyd., Praha, Svoboda, 1988, 239
14. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2002, 200
15. Křivohlavý, J.: Rozhovor lékaře s pacientem, 1. vyd., Brno, IPVZ v Brně, 1988, 100
16. Křivohlavý, J.: Já a ty, 2. vyd., Praha, Avicenum, 1986, 250
17. Mareš, J.: Pacientovo subjektivní pojetí zdraví a nemoci, Praktický lékař, 86, 2006, 2, 109-114
18. Práznovcová, L.: Komunikace v lékárně, Solutio 2003, Praha, Medeon 2003
19. Ramianová, J.: Komunikace a přístupy lékárníků z pohledu pacientů (Diplomová práce), Hradec Králové, 2002, Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy
20. Seifert, B. a kol.: Informovaná sebek péče jako nástroj podpory procesu standardizace ve zdravotnictví, Praktický lékař, 85, 2005, 3, 174-176

21. Smečka, Vl., Kolář, J.: Lékárenství: Lékárenská činnost výdejní I, 1. vyd., Brno, Professional Publishing, 2000, 96
22. Strmisková, H.: Komunikace v lékárně (Diplomová práce), Hradec Králové, 2003, Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy
23. Válková, L.: Úvod do praktického lékařství a komunikačních dovedností, Praha, Galén, 1999, 39
24. Vybíral, Z.: Psychologie lidské komunikace, 1. vyd., Praha, Portál, 2000, 264
25. Zajícová, M.: Dispenzační minimum, jak by dnes mělo vypadat – obecný pohled praktikujícího lékárníka, Praktické lékařství, 2005, 2, 92-93