

MAGDALENA TWARDZIAK<sup>1</sup>  
BARBARA JACENNIK<sup>2</sup>  
Wydział Psychologii  
Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

## **KOMUNIKOWANIE PRZEJAWÓW DEPRESJI W ROZMOWACH KLIENTÓW APTEK Z FARMACEUTAMI**

### **Pharmacy customers' references to depression symptoms in the context of pharmacist – patient communication**

#### **Abstract**

Customers of pharmacies in conversations with their pharmacists, when asking for help in choosing a treatment, often refer to various symptoms, including depression. Communication with the pharmacists is an important factor in shaping the consumers' health knowledge and behaviors. The aim of the study was to investigate specific characteristics of pharmacist – patient conversations during which patients refer to depressive symptoms. The questionnaire included questions addressing various independent factors related to the communicative situation which may affect the number and kind of reported depressive symptoms. The study participants were 60 pharmacists (with university level and postsecondary education). The results of the statistical analysis confirmed the hypotheses about differences in reported symptoms of depression. A hypothesis that the confidence of customers in their communication with the pharmacists increases with the age and education of the pharmacists was confirmed only in part. In addition, the results revealed that factors such as community size, number of pharmacies in a community and number of employees per work shift significantly correlate with more intensive communication of depressive symptoms.

Key words: interpersonal communication, depression, pharmaceutical care

#### **WPROWADZENIE**

Depresja to jedna z najczęstszych form zaburzeń psychicznych zaliczana, obok manii i dystymii do zaburzeń nastroju. Zgodnie z wynikami badania EZOP zaburzenia tego rodzaju można rozpoznać u 3,5% respondentów ankiety, czyli u blisko milio-

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: magda.twardziak@wp.pl

<sup>2</sup> Adres do korespondencji: jacennik@vizja.pl

na Polaków w wieku produkcyjnym (Kiejna, 2012). Do psychologa lub psychiatry zgłasza się po pomoc tylko część osób ujawniających symptomy depresji. Zanim chory znajdzie się w gabinecie terapeuty, często szuka wsparcia gdzie indziej, np. w aptece. Osoby z depresyjnymi zaburzeniami nastroju często proszą farmaceutów o pomoc w wyborze leków bezreceptowych, skarżąc się jednocześnie na specyficzne dolegliwości.

W niniejszym projekcie badawczym, postanowiłyśmy zbadać to zjawisko. Postawiliśmy szereg pytań dotyczących częstości i charakteru rozmów, w których mogą być ujawniane przejawy depresji, oraz warunków związanych z opieką farmaceutyczną, które takim rozmowom sprzyjają. Wnioski z projektu badawczego mogą służyć do opracowania lepszych programów szkolenia w zakresie opieki farmaceutycznej.

### DEPRESJA I JEJ OBJAWY

Depresja to szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, który wymaga pomocy lekarskiej (Pużyński, 2009). Zespoły depresyjne mogą przebiegać w postaciach typowych. Występuje wówczas nasilenie objawów dostrzegalnych, do których zalicza się zaburzenia nastroju podstawowego, objawiającego się smutkiem, przygnębieniem, anhedonią, a czasem zubożeniem. W postaci atypowej występują niektóre elementy depresji, ale bez zaburzeń nastroju podstawowego (tzw. depresja poronna, subdepresja).

Depresja przybiera postać zaburzenia afektywnego jednobiegunowego, rzadziej dwubiegunowego, kiedy to depresja występuje naprzemiennie z manią (Greszta, 2006). Kluczowymi przyczynami depresji jednobiegunowej są czynniki psychologiczne i środowiskowe (Zimbardo, 1999). Można przypuszczać, że prawie każdy w swoim życiu prezentował pewne objawy depresji, np. tracąc kogoś bliskiego przeżywamy głęboki smutek; jeśli nie uda nam się osiągnąć jakiegoś celu popadamy w złość, pragniemy odizolować się od całego świata. Takie pojedyncze epizody są tylko namiastką tego, z czym borykają się na co dzień osoby z depresją.

### SYMPTOMY DEPRESJI

„O wystąpieniu depresji świadczy szereg objawów, utrzymujących się u chorego przynajmniej przez dwa tygodnie” (Althaus, Hegel, Reiners, 2008, s. 20). Depresja jest zespołem objawów, w którym, nie tylko występuje obniżony nastrój, ale także doświadczenia natury fizycznej, psychicznej oraz behawioralnej (Hammen, 2006). Te symptomy są przyczyną bardzo szkodliwego, poważnego i długotrwałego stanu, który klinicznie może być diagnozowany jako zespół depresyjny. Cechy zespołu depresyjnego dotyczą objawów funkcjonowania afektywnego, poznawczego, zachowania i funkcjonowania fizycznego. Osoby cierpiące na depresję mogą mieć objawy o odmiennym charakterze oraz o różnym nasileniu, a także liczba objawów może być inna.

W depresji wyróżniamy objawy i cechy podstawowe – osiowe oraz objawy niespecyficzne nazywane wtórnymi (Pużyński, 2009). Cechy podstawowe pomagają w rozpoznaniu klinicznego obrazu depresji typu endogennego. Są to zespoły objawów, które mają takie nasilenie, iż są widoczne dla lekarza w ocenie klinicznej, ponadto sam pacjent, a także jego najbliższe otoczenie potrafi je zauważyć.

Bilikiewicz wymienia objawy takie jak: „obniżenie podstawowego nastroju; osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane też zahamowaniem psychoruchowym; objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych; lęk” (Bilikiewicz, 2006, s. 328). Inne objawy to objawy niespecyficzne nazywane wtórnymi, które jak można przypuszczać, są przejawem reakcji osobowościowych chorych na obecność objawów podstawowych (Pużyński, 2009). Oznacza to, że depresja wtórna występuje w procesie lub w rezultacie innego schorzenia somatycznego bądź psychicznego. Charakterystycznym objawem wtórnym jest depresyjne zaburzenie myślenia. Do objawów wtórnych w stosunku do objawów podstawowych w depresji zaliczamy także zaburzenia funkcjonowania chorego w grupie społecznej, objawiające się osłabieniem kontaktów z otoczeniem.

### SPECYFIKA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

#### DEFINICJA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Po raz pierwszy określenie to pojawiło się w Stanach Zjednoczonych w latach 70-tych XX wieku. Według Mikeala (1975 za: Łazowski, 2005) jest to „opieka, jakiej wymaga i jaką otrzymuje dany pacjent, która zapewnia bezpieczne i racjonalne stosowanie leków”. W późniejszych latach pojęcie to miało odniesienie do wszelkich działań związanych z przygotowaniem i rozporządzaniem lekami. W 1980 roku powstała pełniejsza definicja utworzona przez Brodie i wsp., według której opieka farmaceutyczna zawiera w sobie określenie potrzeb lekowych danego pacjenta, nie ogranicza się tylko do wydania potrzebnego leku, ale także obejmuje udzielenie najważniejszych wskazań przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia, które mają zapewnić bezpieczną i skuteczną farmakoterapię.

Najbardziej znaną i używaną definicją opieki farmaceutycznej jest definicja stworzona przez Charlesa Heplera i Lindę Strant w 1990 roku, w której autorzy twierdzą, iż opieka farmaceutyczna to odpowiedzialne działanie farmaceuty, zapewniające bezpieczeństwo farmakoterapii oraz uzyskanie podniesienia jakości życia pacjenta. Międzynarodowa Federacja Farmaceutów w 1998 roku dodała do tej definicji, że opieka farmaceutyczna ma na celu uzyskanie efektów, które mają poprawiać bądź utrzymywać jakość życia pacjenta. Opieka farmaceutyczna to nie jednorazowe doradztwo, ale ciągłość i cykliczność spotkań z pacjentem z jednoczesnym prowadzeniem dokumentacji przebiegu całego procesu opieki. Jest to cel skierowany głównie do osób cierpiących na choroby przewlekłe, w których jakość życia utrzymywana na tym samym poziomie jest już bardzo istotnym osiągnięciem.

W Polsce po raz pierwszy definicja opieki farmaceutycznej pojawiła się w zapisach ustawy o izbach aptekarskich z 19 kwietnia 1991 roku (Dz.U. z 2008 r. nr 47 poz. 273). Brzmi ona następująco: „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: (...) sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na udokumentowanym procesie, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”. W roku academic-

kim 2008/2009 w Polsce wprowadzono zajęcia z opieki farmaceutycznej na wydziałach farmaceutycznych.

Elementem definicji opieki farmaceutycznej jest współpraca farmaceuty z pacjentem i lekarzem. Współdziałanie na poziomie farmaceuta-pacjent wynika z potrzeb zdrowotnych pacjenta, tu relacja budowana jest na podstawie zaufania pacjenta do farmaceuty. Natomiast współpraca między farmaceutą a lekarzem uwzględnia sprecyzowanie zakresu odpowiedzialności, aby farmaceuta nie wchodził w kompetencje lekarza próbując postawić diagnozę. Z punktu widzenia polskiego prawa o zawodzie farmaceuty nie ma określonej ustawy, która precyzyjnie określa jego uprawnienia zawodowe, a także zakres odpowiedzialności w kontrolowaniu farmakoterapii określonego pacjenta.

Obowiązkiem farmaceuty jest zdobycie pewności, że pacjent wie jak ma stosować zalecony lek, zgodnie z wcześniejszym wspólnie opracowanym planem opieki. Ważnym elementem opieki farmaceutycznej jest ścisła współpraca farmaceuty z lekarzem. W tym układzie ważnym partnerem jest też pacjent, który ma prawo decydować w sprawach związanych ze swoim zdrowiem.

#### KOMUNIKACJA FARMACEUTA – PACJENT

Komunikacja z pacjentem stanowi jeden z niespecyficznych czynników leczących. Pełny i spójny przekaz informacji o przyjmowanym leku i chorobie, daje pacjentowi możliwość sprawniejszego odnalezienia się w roli chorego, jak również zrozumienia procesu choroby i wynikających z niej ograniczeń. Komunikacja werbalna jest niezbędnym elementem w pracy farmaceuty. Aptekarz przekazuje informacje jak stosować lek przepisany przez lekarza, ale także doradza i informuje o lekach bezreceptowych, tzw. OTC (*over-the-counter*). Komunikacja buduje relacje międzyludzkie i sprzyja większemu zaufaniu pacjentów do aptekarzy.

Ważnym efektem prawidłowej komunikacji farmaceutów z pacjentami jest większa racjonalność zakupu i stosowania leków przez konsumentów. Programy i kampanie mające na celu poprawę racjonalności stosowania leków korzystają z dwóch typów strategii: (a) oddziaływanie poprzez komunikację społeczną oraz (b) kształtowanie środowiska sprzyjającego racjonalnemu stosowaniu leków poprzez metody zarządzania i regulacje prawne (por. Chetley, Hardon, Hodgkin, Haaland, Frelsle, 2007).

#### PROBLEM I HIPOTEZY

##### CEL I PRZEDMIOT BADAŃ

Celem badania była analiza treści i charakteru rozmów klientów aptek z farmaceutami. Przedmiotem analizy były pisemne wypowiedzi farmaceutów opisujące przypadki osób proszących o leki bez recepty (*over-the-counter*) na objawy depresji. Poza charakterem zgłaszanych objawów depresyjnych, zbadano również wpływ niezależnych czynników związanych z sytuacją komunikowania na liczbę i rodzaj zgłaszanych objawów depresyjnych.

Postawiono szereg pytań szczegółowych:

1. Czy występują różnice w częstości odniesień do poszczególnych objawów depresji w rozmowach klientów aptek z farmaceutami?
2. Czy zaufanie klientów aptek wzrasta z wiekiem i wykształceniem farmaceutów?
  - a) Czy farmaceuci starsi wiekiem częściej rozmawiają z klientami zgłaszającymi objawy depresji niż młodszy farmaceuci?
  - b) Czy farmaceutom starszym wiekiem klienci zgłaszają więcej objawów depresji niż młodszymi farmaceutom?
  - c) Czy objawy depresji są zgłaszane częściej magistrów farmacji niż technik farmacji?
3. Czy ujawnianie objawów depresji przez klientów aptek jest zależne od poziomu anonimowości interakcji z farmaceutą? W odniesieniu do tego pytania badawczego przyjęto założenie, że głównym czynnikiem wpływającym na anonimowość interakcji farmaceuta – klient jest liczba potencjalnych kontaktów społecznych.
  - a) Czy w większych miejscowościach klienci aptek zgłaszają farmaceutom więcej objawów depresji?
  - b) Czy w miejscowościach z większą liczbą aptek klienci zgłaszają farmaceutom więcej objawów depresji?
  - c) Czy w aptekach z większą liczbą pracowników na zmianie klienci zgłaszają więcej objawów depresji?

Na podstawie powyższych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy weryfikowane w badaniu:

1. Częstość występowania odniesień do poszczególnych rodzajów objawów depresji w interakcji pacjent – farmaceuta jest zróżnicowana.
2. Zaufanie pacjentów, a tym samym liczba zgłaszanych w interakcji z farmaceutą objawów depresji wzrasta wraz z wiekiem, wykształceniem i stażem pracy farmaceutów.
3. Ujawnianie objawów depresji przez pacjentów jest zależne od poziomu anonimowości interakcji z farmaceutą.

#### METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Osoby badane wypełniały kwestionariusz (załącznik 1) z pytaniami zamkniętymi mierzącymi zmienne takie jak: wiek, płeć, rodzaj wykształcenia farmaceutycznego (magister lub technik), staż pracy, liczba aptek w miejscowości, liczba pracowników na zmianie oraz częstość zgłaszania się pacjentów proszących o leki przeciwdepresyjne. W drugiej części kwestionariusza farmaceuci byli proszeni o opisanie przykładowych rozmów z pacjentem zgłaszającym stany psychiczne i somatyczne lub zachowania, które mogą być przejawami depresji.

Części opisowe ankiety zostały następnie przepisane w wersji elektronicznej i poddane analizie treści. Do analizy ilościowej treści wykorzystano program stworzony przez Barbarę Jacennik i Tomasza Zwierzchowskiego „Analiza tekstów”. Analizę statystyczną wykonano przy pomocy programu statystycznego SPSS for Windows 12.0 PL. Program do analizy tekstów zastosowano w celu odszukania wyrażen wskazujących na objawy depresji, używanych przez klientów aptek w rozmowach opisanych przez farmaceutów. Po wstępnej analizie jakościowej wypeł-

nionych kwestionariuszy stworzono kategorie wyrażen odpowiadających przejawom depresji (tabela 1).

Tabela 1

*Kategorie wrażeń odpowiadające objawom depresji*

Objaw	Wyrażenie
Zły nastrój	na poprawę nastroju, obniżony nastrój, zły nastrój.
Sen	nie mogę spać, tylko bym spał, tylko bym spała, trudności z zasypianiem, problemy z zasypianiem, wybudzenie w nocy, źle sypiam, bezsenność.
Zmęczenie	osłabiony, zmęczony, brak energii.
Brak apetytu	nie mogę jeść, mało jem, spadek wagi.
Placzliwość	często płaczę, czasem płaczę, chce mi się płakać.

## UCZESTNICZY BADANIA

Przebadano 60 farmaceutów pracujących w aptekach w wieku 22–50 lat ( $M = 32,72$ ), 50 kobiet (83,3%) w wieku 23–50 lat ( $M = 32,46$ ) i 10 mężczyzn (16,7%) w wieku 22–45 lat ( $M = 34,00$ ). W badanej próbie było 30 techników farmacji i 30 magistrów farmacji. Najwięcej uczestników badania pracowało w aptekach w dużych miejscowościach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (38,3%), następnie w miejscowościach do 100 tysięcy (26,7%), i w miejscowościach do 5 tysięcy (20%), najmniej respondentów pracowało w miejscowościach do 10 tysięcy mieszkańców (15%).

## WYNIKI

**Rodzaje objawów depresji zgłaszane w rozmowach klient – farmaceuta**

W opinii farmaceutów, najczęściej zgłaszanymi objawami były: zły nastrój (21,67%), zaburzenia snu (18,33%) i zmęczenie (18,33%), następnie placzliwość (13,33%) i brak apetytu (5%). Pacjenci aptek w analizowanych rozmowach zgłaszali do trzech objawów ( $M = 0,77$ ).

**Zaufanie klientów aptek a wiek, staż pracy i wykształcenie farmaceutów**

Przyjęto założenie, że wiek, wykształcenie i staż pracy farmaceutów to czynniki, które wpływają na zaufanie klientów i, w konsekwencji, liczbę zgłaszanych objawów depresji. Z uwagi na to, że respondentami ankiety byli farmaceuci, a nie klienci aptek, wyniki odnoszą się do percepcji i opinii farmaceutów na temat zachowań i postaw klientów.

**Zgłaszanie objawów depresji a wiek farmaceutów**

Zanotowano statystycznie istotną korelację między wiekiem farmaceutów a postrzeganą przez farmaceutów liczbą zgłaszanych przez klientów objawów depresji,  $r(60) = 0,31$ ;  $p < 0,01$ .

Farmaceutów uczestniczących w badaniu podzielono według wieku na dwie grupy. W młodszej grupie w wieku 22–30 lat, było 29 osób. W starszej grupie w wieku 31–50 lat, było 31 osób. Średnia liczba zgłaszanych objawów w młodszej grupie wiekowej wynosiła  $M = 0,52$ ;  $SD = 0,69$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych



w starszej grupie wiekowej była wyższa i wynosiła  $M = 1,00$ ;  $SD = 1,03$ . W oparciu o test t Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była istotna statystycznie,  $t(58) = 2,12$ ;  $p < 0,05$ . W rozmowach z farmaceutami ze starszej grupy wiekowej zgłaszano więcej symptomów depresji.

#### **Zgłaszanie objawów depresji a staż pracy farmaceutów**

Wyniki analizy relacji farmaceutów z rozmów z klientami, wskazują na występowanie związku pomiędzy stażem pracy a postrzeganą przez farmaceutów liczbą zgłaszanych przejawów depresji,  $r(60) = 0,27$ ;  $p < 0,05$ .

#### **Zgłaszanie objawów depresji a rodzaj wykształcenia farmaceutów**

Nie zanotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem farmaceutów a postrzeganą przez nich liczbą zgłaszanych przejawów depresji. Średnia liczba zgłaszanych objawów w kontakcie z technikami farmacji wynosiła  $M = 0,60$ ;  $SD = 0,77$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych w kontakcie z magistrami farmacji wynosiła  $M = 0,93$ ;  $SD = 1,01$ . W oparciu o test t-Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była nieistotna statystycznie,  $t(58) = 1,43$ ;  $p > 0,05$ .

Otrzymano jednak zbliżoną do istotności statystycznej korelację pomiędzy wykształceniem farmaceutów a postrzeganiem przez nich zgłaszanych zaburzeń snu,  $Chi^2(1) = 2,78$ ;  $p < 0,09$ . Zaburzenia snu były częściej zgłaszane magistrów farmacji.

#### **Ujawnianie objawów depresji przez klientów aptek a poziom anonimowości interakcji z farmaceutą**

Przyjęto założenie, że wielkość miejscowości, liczba aptek w miejscowości oraz liczba osób pracujących na zmianie to czynniki, które wpływają na to czy klient czuje się anonimowo w interakcji z farmaceutą, a tym samym zgłasza więcej objawów. Założono, że poczucie anonimowości klienta apteki zależy od prawdopodobieństwa, że farmaceuta jest osobą znajomą lub mającą wspólnych znajomych z klientem. Zakładano, że większemu poczuciu anonimowości klientów sprzyja lokalizacja apteki w większej miejscowości (większa liczba potencjalnych kontaktów społecznych), większa liczba aptek w miejscowości i większa liczba osób pracujących na zmianie.

#### **Wielkość miejscowości a zgłaszanie farmaceutom objawów depresji**

Nie zanotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wielkością miejscowości, w której znajdowała się apteka, a postrzeganą przez farmaceutów liczbą zgłaszanych przejawów. Średnia liczba zgłaszanych objawów w mniejszych miejscowościach wynosiła  $M = 0,65$ ;  $SD = 0,89$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych w większych miejscowościach wynosiła  $M = 0,96$ ;  $SD = 0,93$ . W oparciu o test t Studenta stwierdzono, że różnica ta była nieistotna statystycznie,  $t(58) = 1,28$ ;  $p > 0,05$ . Otrzymano jednak zbliżoną do istotności statystycznej korelację pomiędzy wielkością miejscowości a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w większych miejscowościach,  $Chi^2(1) = 2,8$ ;  $p < 0,09$ .

### **Liczba aptek w miejscowości a liczba zgłaszanych objawów depresji**

Średnia liczba zgłaszanych objawów w miejscowościach z mniejszą liczbą aptek (poniżej 6) wynosiła  $M = 0,61$ ;  $SD = 0,84$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych w miejscowościach z większą liczbą aptek (6 lub więcej) wynosiła  $M = 0,93$ ;  $SD = 0,96$ . W oparciu o test t Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była nieistotna statystycznie,  $t(58) = 1,36$ ;  $p > 0,05$ .

Zanotowano statystycznie istotną zależność pomiędzy liczbą aptek w miejscowości, a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w miejscowościach z większą liczbą aptek,  $Chi^2(1) = 5,43$ ;  $p < 0,05$ .

### **Liczba pracowników na zmianie a liczba zgłaszanych objawów depresji**

Średnia liczba zgłaszanych objawów dla aptek z mniejszą liczbą personelu (1–2 osoby) wynosiła  $M = 0,53$ ;  $SD = 0,79$ . Średnia liczba zgłaszanych objawów dla aptek z większą liczbą personelu (3 lub więcej osób) była wyższa i wynosiła  $M = 1,08$ ;  $SD = 0,98$ . W oparciu o test t Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była istotna statystycznie,  $t(58) = 2,40$ ;  $p < 0,05$ . W aptekach z większą liczbą personelu, w rozmowie z farmaceutą zgłaszano średnio większą liczbę symptomów depresji.

Zanotowano istotną statystycznie zależność pomiędzy liczbą osób na zmianie a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w aptekach z większą liczbą osób na zmianie,  $Chi^2(1) = 4,53$ ;  $p < 0,05$ .

## **INTERPRETACJA WYNIKÓW I WNIOSKI**

Otrzymane wyniki potwierdziły hipotezę, w której założono, że częstość występowania odniesień do poszczególnych objawów depresji w interakcji farmaceuta – klient jest zróżnicowana. Najczęściej zgłaszanymi objawami były zły nastrój (21,67%) i płaczliwość (13,33). Zaburzenia snu (18,33%), zmęczenie (18,33%), brak apetytu (5%). Są to objawy zgłaszane przez pacjentów farmaceutom i należą do cech depresji jednobiegunowej. Nastrój dysmorficzny jest najczęściej zgłaszanym objawem depresji (Zimbardo, 1999).

W wyniku analizy treści rozmów częściowo potwierdziła się hipoteza, w której założono, że istnieje związek między wiekiem, wykształceniem i stażem pracy farmaceutów a zaufaniem klientów aptek. Wyniki wskazują na umiarkowaną korelację między wiekiem farmaceutów a liczbą zgłaszanych przez pacjentów objawów. Pacjenci przekazywali więcej informacji na temat swoich dolegliwości farmaceutom ze starszej grupy wiekowej (31–50 lat), niż farmaceutom młodszym (22–30 lat). Klienci częściej wybierali do rozmów farmaceutów ze starszej grupy wiekowej. Można przypuszczać, że klienci sugerowali się tym, iż osoby starsze mają większe doświadczenie i skuteczniej mogą udzielić porady i pomocy. Zaobserwowano również słabą statystycznie istotną korelację między stażem pracy a liczbą zgłaszanych przejawów depresji.

Z analizy treści relacji farmaceutów z rozmów z klientami wynika, że rozmowy z technikami nie różniły się od rozmów z magistrami farmacji pod względem informacji na temat objawów depresji. Otrzymano wynik zbliżony do istotności statystycznej wskazujący na efekt wykształcenia jedynie w zakresie jednego z objawów



depresji. W przypadku zaburzeń snu częściej zwracano się do farmaceutów z wyższym wykształceniem.

Kolejna hipoteza weryfikowana w badaniu dotyczyła związków między warunkami w jakich przebiegały interakcje z farmaceutami a rodzajem i liczbą zgłaszanych objawów. Przyjęto założenie, że wielkość miejscowości, większa liczba aptek w miejscowości oraz większa liczba osób na zmianie powodują, iż pacjent czuje się bardziej anonimowo. A tym samym zgłasza więcej objawów. Ta hipoteza częściowo się potwierdziła. Pomiedzy wielkością miejscowości a zgłaszanymi przejawami depresji nie zanotowano zależności, natomiast zanotowano, że zły nastrój był częściej zgłaszany w miejscowościach powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Istotna zależność wystąpiła także między liczbą aptek w miejscowości (6 lub więcej), a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w miejscowościach z większą liczbą aptek. Hipoteza o związku między anonimowością a liczbą zgłaszanych objawów potwierdziła się również wtedy, gdy miarą anonimowości była liczba osób pracujących na zmianie. W aptekach z więcej niż dwiema osobami na zmianie zgłaszano większą liczbę objawów depresji. Wykazano również różnice w charakterze zgłaszanych objawów, zły nastrój był częściej zgłaszany w aptekach z większą liczbą osób na zmianie. Klienci z objawami depresji są zazwyczaj mało mówni, nie chcą być zauważeni. W dużych aptekach w miastach czują się anonimowo, bo jest mniejsze prawdopodobieństwo spotkania kogoś znajomego, co daje możliwość większej swobody w rozmowie z farmaceutą.

Przeprowadzone badanie umożliwiło wyciągnięcie następujących wniosków: (1) częstość występowania odniesień do poszczególnych objawów depresji w interakcji pacjent–farmaceuta jest zróżnicowana; (2) zaufanie pacjentów wzrasta z wiekiem, wykształceniem i stażem pracy farmaceutów; (3) ujawnianie objawów depresji przez pacjentów jest zależne od poziomu anonimowości interakcji z farmaceutą.

Praca w aptece stwarza okazję do obserwacji ludzi z objawami różnych chorób, w tym depresji. Istnieje także możliwość obserwacji wielu zjawisk związanych z niedopracowanym systemem działania służby zdrowia. Jednym z wielu czynników poprawiającym jakość życia pacjenta jest opieka farmaceutyczna. Niestety w Polsce jeszcze nie jest rozwinięta i bywa mylona ze zwykłym doradztwem. Klient z objawami depresji jest najsłabszym elementem skutecznej terapii. Często zdarza się, że zamiast pójść do lekarza udaje się najpierw do apteki. Tam napotyka na bariery np. kolejkę i związane z nią objawy niecierpliwości. W takich sytuacjach dobrym rozwiązaniem byłaby propozycja opieki farmaceutycznej i dodatkowe pomieszczenie w aptece do rozmowy z klientem. Niestety niewiele aptek prowadzi opiekę farmaceutyczną i posiada dodatkowe pomieszczenie. Przy okienku pacjent może jedynie przedstawić swoje dolegliwości, zapytać o lek, który może mu pomóc, jak go dawkować. Farmaceuci zazwyczaj starają się pomóc w miarę swoich możliwości, które są ograniczone ze względu na obecność innych osób stojących w kolejce.

Ważnym elementem w pracy farmaceutów są szkolenia, mające podnieść kwalifikacje nie tylko w zakresie wiedzy o działaniu leków, ale także skuteczności prowadzenia komunikacji z klientem. Zasady opieki farmaceutycznej zawierają zalecenie, aby dopytywać pacjentów o dodatkowe objawy choroby (Rutter, 2009). Jeśli pacjent zgłasza ból głowy, należy dopytać jakiego rodzaju jest ten ból i jaka może

być jego przyczyną. W depresji występuje często napięciowy ból głowy. Farmaceuta powinien sprawdzić czy u pacjenta nie występują: brak apetytu, zaburzenia snu, obojętność oraz inne objawy depresji. Jeśli pojawiły się takie dolegliwości należy koniecznie skierować pacjenta do lekarza, a nie rutynowo polecać leki mające w składzie dziurawiec<sup>3</sup>.

Wyniki badania wskazują, że farmaceuci stykają się dosyć często z pacjentami zgłaszającymi niektóre symptomy depresyjne. Pracownicy aptek powinni zatem być dobrze przygotowani w zakresie komunikacji z pacjentami i wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych, gdyż mogą mieć istotny wpływ zarówno na przekonania, jak i zachowania osób z objawami depresji.

#### BIBLIOGRAFIA

- Althaus, D., Hegel, U., Reiners, H. (2008). *Depresja?* Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Bilikiewicz, A (red.) (2006). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL.
- Chetley, A., Hardon, A., Hodgkin, C., Haaland, A., Fresle, D. (2007). *How to improve the use of medicines by consumers*. World Health Organization. Uzyskano 19.11.2013 z: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/Manual2\\_How-toImprove.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/Manual2_How-toImprove.pdf).
- Greszta, E. (2006). *Depresja wieku dorastania*. Warszawa: Academica SWPS.
- Hammen, C. (2006). *Depresja*. Gdańsk: GWP.
- Jacennik, B., Zwierzchowski, B. (2010). Analiza tekstów – program do ilościowej analizy treści. Udostępniony z: <http://pobieranie.vizja.pl/analiza-tekstow>.
- Kiejna, A. (2012). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych: dane z badania EZOP Polska. Uzyskano 10.04.2013 z: [http://www.ezop.edu.pl/Rozpowszechnienie\\_wybranych\\_zaburzen\\_psychicznych\\_dane\\_z\\_badiana\\_EZOP\\_Polska.pdf](http://www.ezop.edu.pl/Rozpowszechnienie_wybranych_zaburzen_psychicznych_dane_z_badiana_EZOP_Polska.pdf).
- Łazowski, J. (2005). *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Farmapress.
- Pużyński, S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL.
- Rutter, P. (2009). *Opieka farmaceutyczna. Objawy, rozpoznanie i leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. – O zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2008 r. nr 47 poz. 273). Uzyskano 18.08.2010 z: <http://lex.pl/serwis/du/2008/0273.htm>.
- Zimbardo, P. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

---

<sup>3</sup> Są to preparaty skuteczne w łagodnych dolegliwościach depresyjnych, jednakże wchodzi w interakcje z innymi lekami osłabiając lub zwiększając ich siłę działania.