

© Borgis

Narzędzie pomocne dla lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego w oszacowaniu uwarunkowań stanu zdrowia i leczeniu pacjentów odwiedzanych w ich domach

*Andrzej Brodziak¹, Ewa Zarzyka², Ewa M. Ziółko²

¹Instytut Medycyny Pracy i Medycyny Środowiskowej w Sosnowcu
Dyrektor Instytutu: dr n. med. Piotr Z. Brewczyński

²Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie
Dyrektor Instytutu: dr hab. n. med. Ewa M. Ziółko, prof. PWSZ w Nysie

THE TOOL USEFUL FOR GENERAL PRACTITIONERS, HOME HEALTH CARE NURSES AND SOCIAL WORKERS IN ASSESSING DETERMINANTS OF THE HEALTH STATUS AND TREATMENT OF PATIENTS VISITED IN THEIR HOMES

Summary

The tool useful for general practitioners, home health care nurses and social workers in assessing determinants of the health status and treatment of patients visited in their homes.

The authors emphasize that it is necessary to distinguish between the traditional model of the acquisition of data about the medical problem, reported by the patient in the doctor's office, usually at his desk and the more valuable way to become acquainted with the essence of the problem by going to the place of residence of the patient.

During the home visit it is possible to familiarize yourself with the various determinants of health. Family members can be asked and it is possible to evaluate the relationships that exist between the patient and his closest people. One can visually assess their living conditions and possible environmental harm.

For several years, the second model is realized some time by general practitioners and home health care nurses. Recently this model is promoted also for so called "health care therapists" who are members of the so-called "teams of home health care". The authors, being convinced of the merits of this "home and environmental model" of practical medicine have developed a method of recording and illustrating data collected during visits in patient's home.

The elaborated tool helps to communicate and discuss information among general practitioners, home health care nurses, social workers of primary health care centers and specialists. The method improves the formulation of the plan of further therapeutic steps and corrective interventions in psychosocial relations and living conditions of patients.

Key words: general practitioner, home health care nurse, social worker, primary health care

WSTĘP

Jak się wydaje, istnieją dwa różne modele oceny i rozwiązywania problemów zdrowotnych pacjentów.

Ogromna większość zgłoszeń potrzeby uzyskania pomocy odbywa się w trakcie pierwszej wizyty pacjenta u lekarza pierwszego kontaktu lub w innym ambulatorium. Czasami są to podobne okoliczności zachodzące w izbie przyjęć szpitala.

W tym klasycznym modelu obsługi problemu medycznego wprawdzie odbywa się rozmowa z pacjentem przy biurku lekarza. W trakcie tej rozmowy chory opisuje swoje

skargi, objawy i podaje inne dane, jakie przewidywane są przez schemat tzw. wywiadu lekarskiego. Najczęściej lekarz przeprowadza później tzw. badanie fizykalne.

Należy zauważyć, że w tym klasycznym modelu odbioru danych o problemie zdrowotnym wszystkie dane pochodzą z jednego tylko „kanału przekazu informacji” o chorym, jakim jest relacja słowna pacjenta. Tylko czasami choremu towarzyszą członkowie rodziny i lekarz pobiera wtedy część danych także od nich.

Innym, odmiennym modelem pozyskiwania danych o chorym jest udanie się tam, gdzie on przebywa. Wizyty

domowe są czasami realizowane przez tzw. lekarzy rodzinnych. W takich okolicznościach lekarz może odebrać informacje o chorym nie tylko od niego. Może on wtedy niejako rozejrzeć się i zapoznać z uwarunkowaniami środowiskowymi stanu zdrowia pacjenta. Łatwiej jest wtedy o kontakt z członkami rodziny chorego. Co więcej lekarz może zauważyć specyficzne przejawy relacji, jaka zachodzi np. między pacjentem a jego partnerem, albo między pacjentem a jego rodzicami. Może on wtedy zadać pytania istotne dla oceny tej relacji. Może on ocenić wtedy także warunki bytowe pacjenta i zachodzące tzw. szkodliwości środowiskowe.

Po ustanowieniu funkcji tzw. pielęgniarki środowisko-rodzinnej i rozbudowie struktur podstawowej opieki zdrowotnej takie rozeznanie w domu pacjenta przeprowadza często pielęgniarka na pierwszej wizycie lub na kolejnych wizytach w domu pacjenta. Zachodzi wtedy konieczność zrelacjonowanie jej spostrzeżeń lekarzowi POZ. Ustalane przez nią uwarunkowania zdrowia są istotne także dla ewentualnych działań pracowników socjalnych. Czasami kompletne dane o pacjencie i sytuacji w jego domu są użyteczne także dla specjalistów – konsultantów.

Ten drugi, opisywany model pozyskiwania danych jest, mówiąc przenośnie, podobny do czynności śledczych, jakkolwiek dokonywanymi w tym wypadku z przyjaznych pobudek chęci udzielenia pomocy choremu. Ów model obrazuje, być może całkiem przypadkowo, scenariusz serialu o doktorze Housie.

Niedawno podkreślono w czasopiśmie lekarskich korzystne cechy tego „wizytacyjnego” modelu rozeznania uwarunkowań stanu zdrowia pacjentów.

W magazynie „Pro medico” czytamy np. o „nowym zawodzie”, jakim ma być tzw. „terapeuta środowiskowy” (1). Autorzy artykułu z uznaniem piszą o nowelizacji ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego formułującej tzw. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (NPOZP) (2). Właśnie ów NPOZP ustanawia nowy zawód terapeuty środowiskowego. Autorzy realizując postanowienia tego programu, zalecili tworzenie tzw. Zespołów Leczenia Środowiskowego.

Relacjonując działania owego ZLS, piszą: „...jako specjalista odwiedzam pacjenta w domu i poświęcam mu godzinę czasu; rozmawiamy; widzę jego mieszkanie – środowisko, w którym żyje, widzę i rozmawiam z jego rodziną, najbliższymi (...). Jednego człowieka może odwiedzić w jego domu kilku specjalistów (...). Po powrocie do »siedziby zespołu« opisuję wizytę i omawiam z kolegami. Pracujemy w zespole. Wymieniamy pomysły, decydujemy czy, jak często i przez kogo dany pacjent ma być odwiedzany. Co ma się wydarzyć na skutek naszych wizyt (...).”

Co prawda wspomniany NPOZP lansuje omawiany w naszym artykule ów drugi „wizytacyjny” model rozeznania uwarunkowań stanu zdrowia pacjenta, należy jednak podkreślić, iż w organizacji służby zdrowia model taki przewidziano już dawno, ustanawiając funkcję pielęgniarki środowiskowej, działającej na ogół na zlecenie lekarzy rodzinnych.

Propagowanie przez NPOZP „nowego zawodu” terapeuty środowiskowego rozszerza jedynie ów model niejako „na lekarzy” i to głównie lekarzy psychiatrów, co niewątpliwie jest inicjatywą cenną.

Mając możliwość rozmów z wieloma pielęgniarkami środowiskowymi w trakcie seminariów, prowadzonych w ramach tzw. studiów pomostowych dla pielęgniarek uzupełniających swoje doświadczenie, dostrzegliśmy potrzebę i możliwość opracowania dodatkowego narzędzia, które byłoby pomocne dla pielęgniarki środowiskowej i innych członków zespołu leczącego (lekarz rodzinny, lekarze specjaliści, czasami pracownik socjalny), w oszacowaniu i odnotowaniu stanu zdrowia i sytuacji odwiedzanych pacjentów.

Powstał mianowicie zamysł, aby sformułować procedurę i opracować niezbędne jej elementy tak, aby dostępne było narzędzie odnotowujące i ilustrujące nie tylko stan zdrowia pewnego wizytowanego w jego domu pacjenta, ale i dostrzegane wtedy różne uwarunkowania jego samopoczucia i zdrowia. Dla ułatwienia dalszych wywodów jako skrótową nazwę tego narzędzia proponujemy „Stan zdrowotny w domu” (S-Z-w-D).

Głównymi celami tego narzędzia są: 1. ułatwienie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego uwarunkowaniach pomiędzy wszystkimi członkami zespołu pracowników medycznych biorących udział w leczeniu konkretnego pacjenta, 2. ułatwienie wyznaczania dalszych kroków postępowania terapeutycznego, zwłaszcza w sytuacji koniecznych działań interdyscyplinarnych (nie tylko leczenie, ale i opieka pielęgniarska, konsultacje specjalistów i pomoc socjalna).

OGÓLNE ZAŁOŻENIA – TEORETYCZNE METODY

Najbardziej istotną czynnością opisywanej tu procedury, wykonywaną przez pielęgniarkę środowiskową, niezbędną dla osiągnięcia jednostkowego zastosowania omawianej metody, jest pozyskanie od pacjenta danych dotyczących ośmiu autorskich „skal” (domen) określających nie tylko stan zdrowia, ale także doznawane obciążenia egzystencjonalne, bytowe i socjalne, możliwe szkodliwości środowiskowe oraz czynniki wyznaczające odporność psychiczną. Zakładamy więc, iż pierwotną wersję ustaleń i odnotowanie „stanu zdrowotnego w domu pacjenta” (pierwszy krok użycia narzędzia „S-Z-w-D”) dokonuje pielęgniarka środowisko-rodzinna.

Metodologia formułowania tych „skal” jest zgodna z zasadami tworzenia narzędzi socjologicznych. Jak wiadomo, strukturalizowany wywiad socjologiczny dotyczący danego obszaru jest tworzony zgodnie z konkretnymi zapotrzebowaniami, wynikającymi z rozważenia danych o problemie znanych z literatury i doświadczeń osobistych.

Proponujemy, aby do przewidywanych domen włączyć niektóre obszary opisane w naszych wcześniejszych pracach, dotyczących oceny stanu zdrowia (3, 4) oraz dołączyć domeny określające uwarunkowania środowiskowe.

Przewidywany schemat pobierania danych przedstawiamy w tzw. aneksie¹ zawierającym wytyczne do strukturalizowanego wywiadu i oceny stanu zdrowia i sytuacji wizytowanego pacjenta. Opracowany strukturalizowany wywiad zamieściliśmy w aneksie tak, aby stanowił on protokół dla wielokrotnego wykorzystywania pomocny dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.

Istotną częścią narzędzia jest metoda graficznej ilustracji wyników dokonanej oceny sytuacji pewnego pacjenta. Ów etap ilustrowania proponujemy realizować przy pomocy tzw. wielowymiarowych wykresów (tzw. profili na kształt rozet) zastosowanych po raz pierwszy prawdopodobnie w tzw. „The World Justice Project – rule of law index” (5).

OKREŚLENIE OBSZARÓW NAJBARDZIEJ ISTOTNYCH DLA SZCHARAKTERYZOWANIA STANU ZDROWIA I JEGO UWARUNKOWAŃ ŚRODOWISKOWYCH

W przedstawionych wcześniej rozważaniach (3) proponowaliśmy następującą definicję „stanu zdrowia”.

Stan zdrowia jest aktualną sytuacją organizmu człowieka, która jest wyznaczona nie tylko przez stan narządów ciała, czyli zaistniałe, niekorzystne przemiany struktury organizmu, ale i przez zachodzące ważne psychiczne uwarunkowania samopoczucia, nieuzewnętrznione, lecz potencjalnie istotne jeszcze, na danym etapie życia, uwarunkowania genetyczne oraz stopień wydolności funkcjonalnej ciała i wielkość przeżywanej przestrzeni życiowej (3).

Przyjmując tę definicję jako podstawę wyznaczenia treści planowanego strukturalizowanego wywiadu, jaki byłby realizowany przez pielęgniarkę środowiskową, przewidzieliśmy następujące „skale” (domeny, obszary):

1. Przegląd stanu somatycznego, stosowanego leczenia i odżywiania oraz uwarunkowania genetyczne.
2. Niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie.
3. Samotność – zaangażowanie uczuciowe – partner.
4. Relacje z innymi ludźmi, komunikatywność, ogólna kondycja psychiczna.
5. Brak wyzwań – pełne zaangażowanie zawodowe i społeczne.
6. Warunki bytowe.
7. Brak lub obecność szkodliwości środowiskowych.
8. Funkcjonalna wydolność ciała.

Domeny nr 2, 3, 4, 5 strukturalizowanego wywiadu pielęgniarki środowiskowej przewidziano dla praktycznego i prostego oszacowania wzorców zachowań i psychicznych uwarunkowań samopoczucia i zdrowia. Wywiad przeprowadzany w obrębie domen 6 i 7 pozwala na oszacowanie środowiskowych uwarunkowań stanu zdrowia. Domena nr 8 jest uzupełnieniem oszacowania stanu zdrowia.

Jak już wspomniano, poszczególne elementy wymienionych domen strukturalizowanego wywiadu zamieszczamy w aneksie, który stanowi roboczy protokół (wzór

zapisu rezultatów przeprowadzanego wywiadu) pomocny dla pielęgniarki środowiskowej i wykorzystywany później przez innych członków zespołu leczącego chorego i sprawującego nad nim opiekę.

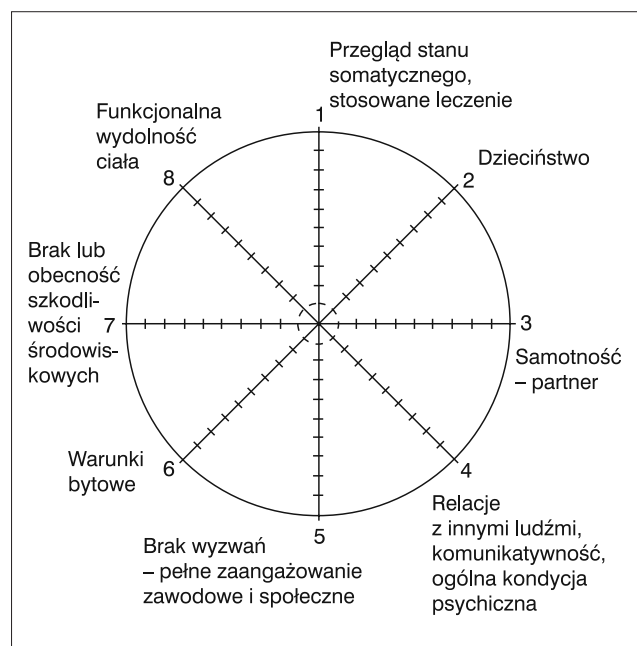
SPOSÓB GRAFICZNEGO ILUSTROWANIA STANU ZDROWIA I UWARUNKOWAŃ ŚRODOWISKOWYCH ODWIEDZANYCH PACJENTÓW

Procedura proponowanej metody przewiduje zebranie danych dla rozróżnionych wyżej obszarów, stosując metodologię wywiadu strukturalizowanego. Przewiduje się, że wynik uzyskany dla każdego takiego wymiaru zostanie odłożony na jednej z ośmiu osi wielowymiarowego profilu – rozety. Taki sposób ilustracji graficznej, jak wspomniano jest zapożyczony z projektu „The World Justice Project – rule of law index” (5).

To działanie prowadzi do uformowania mapy sporządzonej przy pomocy wykresu uwidocznionego na rycinie 1.

Należy zwrócić uwagę na następujące cechy takich wielowymiarowych profili. Wynikają one z przewidzianej przez nas konstrukcji owej mapy – rozety, i bardzo szybko są intuicyjnie przyswajane i akceptowane przez użytkowników tego grafu.

1. Poszczególne skale wielowymiarowego profilu mogą być skalami nominalnymi (np. skala Richtera lub Boforta) lub skalami kumulatywnymi dla których określa się ilość punktów uzyskanych dla poszczególnych pytań niepowiązanych ze sobą relacją narastającej gradacji. Mogą to być także tzw. „siatki repertuarowe”, które są sposobem zapisu danych wynikającym z tzw. teorii konstruktów osobistego George’a Kelly’ego (6, 7).



Ryc. 1. Matryca wielowymiarowego profilu dostosowanego do potrzeb narzędzia wspomagającego pielęgniarkę środowiskową i członków zespołu terapeutycznego podstawowej opieki zdrowotnej.

¹Aneks dostępny na stronie internetowej czasopisma „Medycyna Rodzinna” (www.medrozdinna.pl).

2. Skale należy poddać normalizacji, np. takiej, aby w każdej z nich uzyskiwać wartości z przedziału $< 1, 10 >$.
3. Skale należy zorientować tak, aby wynik korzystny zajmował miejsca zewnętrzne, a wynik negatywny miejsca położone blisko centrum wykresu.
4. W takich okolicznościach wyniki uzyskane dla osoby przejawiającej niewiele niekorzystnych wydarzeń i doznań będą zajmowały znaczny obszar zakreślony przez obwiednię. Umożliwia to szybkie zapoznanie się z konkluzją wyniku sumarycznego.
5. Po nabyciu wprawy w interpretacji takich wykresów, niejako jednym rzutem oka będzie można oszacować sytuację konkretnej, zbadanej osoby.

WYNIKI WSTĘPNEGO SPRAWDZENIA UŻYTECZNOŚCI METODY

Praca niniejsza ma na celu taki sposób przedstawienia metody, aby zrozumiałe były jej podstawy teoretyczne i sposób jej stosowania. W niniejszym podrozdziale przedstawiamy jedynie wstępne wyniki jej zastosowania.

Opisana procedura posłużyła do pobrania danych od 16 pacjentów odwiedzonych w ich domach przez pielęgniarkę środowiskową (przez jedną z nas – 2) oraz od 4 pacjentów wizytowanych w ich domach przez lekarza (jednego z nas – 1). Ze względu na ograniczoną objętość pracy przedstawiamy dane pozyskane jedynie od dwóch pacjentów. Dane te ujmujemy w postaci krótkich epikryz, listy pozyskanych odpowiedzi, ponumerowanych zgodnie z protokołem wywiadu przedstawionym w aneksie oraz poprzez zamieszczenie wykresów wielowymiarowych profili.

Pacjent F.R.

Krótką epikryza: mężczyzna, lat 19, uczeń liceum ogólnokształcącego. Skarży się na rozlane bóle brzucha, które występują od kilku miesięcy, nieregularnie, jakkolwiek tylko w ciągu dnia, ale niezależnie od innych uchwytnych zależności. Pacjent stracił na wadze ok. 3 kg.

Dane pozyskane w trakcie strukturalizowanego wywiadu (dla skal kumulatywnych i nominalnych [] podano nr pytania, jeśli odpowiedź była „tak”, dla siatek repertuarowych { } po numerze pytania podawano wartość +, lub -1 lub - 0) (ryc. 2).

[1.18, 1.21]

[2.2, 2.9]

[3.8 (związki o charakterze koleżeńskim)]

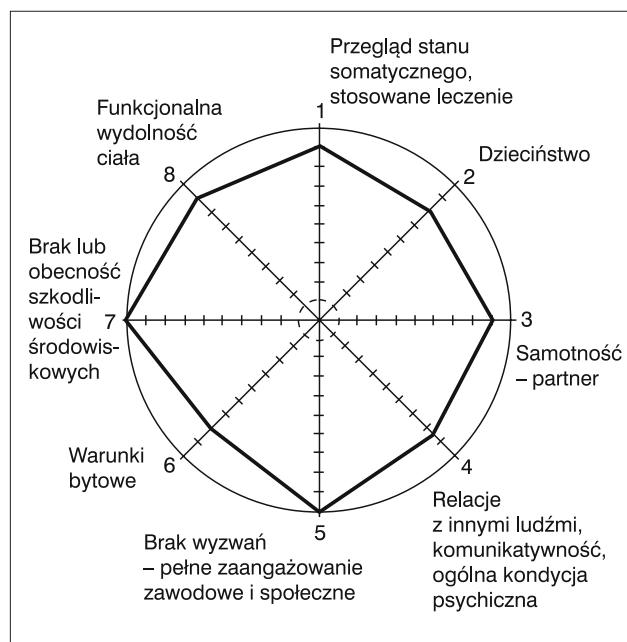
{4.1+, 4.2+, 4.3-0, 4.4+, 4.5-0, 4.6-0, 4.7+, 4.8+, 4.9+, 4.10+} = +7, czyli 85% skali

{5.1+, 5.2+, 5.3+, 5.4+, 5.5+, 5.6+, 5.7+, 5.8+, 5.9+, 5.10+} = +10, czyli 100% skali

{6.1-0, 6.2+, 6.3+, 6.4+, 6.5-0, 6.6+, 6.7+, 6.8-0, 6.9+, 6.10-0} = +6, czyli 80% skali

{7.1+, 7.2+, 7.3+, 7.4+, 7.4+, 7.5+, 7.6+, 7.7+, 7.8+, 7.9+, 7.10+} = +10, czyli 100% skali

{8.1+, 8.2+, 8.3+, 8.4+, 8.5-0, 8.6-0, 8.7+, 8.8+, 8.9+, 8.10+} = +8, czyli 90% skali



Ryc. 2. Ilustracja wyników pozyskanych w trakcie wizyty domowej u pacjenta F.R.

WYNIKI POZYSKANE OD PACJENTA, PRZEDSTAWIONE PRZY POMOCY WIELOWYMIAROWEGO PROFILU

Pacjent R.K.

Krótką epikryza: mężczyzna, lat 45, nie pracuje, utrzymywany przez rodzinę, od kilku lat znaczne nadużywanie alkoholu. Rodzina chorego poprosiła na wizytę lekarza domowego z powodu wystąpienia drgawek.

Dane pozyskane w trakcie strukturalizowanego wywiadu (ryc. 3):

[1.1, 1.2 (podejmuje okresowo leczenie odwykowe), 1.5, 1.6 (dość często napady drgawek po próbie odstawienia alkoholu), 1.7 (od kilku lat uzależnienie od alkoholu), 1.13 (ojciec zmarł w wieku 50 lat) 1.15 (dziadek zmarł na zawał serca w wieku 52 lat), 1.18, 1.19 (niewłaściwe odżywianie się z powodu częstego upijania się), 1.20 (alkoholizm od ok. 7 lat)]

[2.1 (śmierć ojca), 2.6 (ojciec był także alkoholikiem), 2.10 (nadopiekuńcza matka)]

[3.3 (rozpad współżycia z partnerem)]

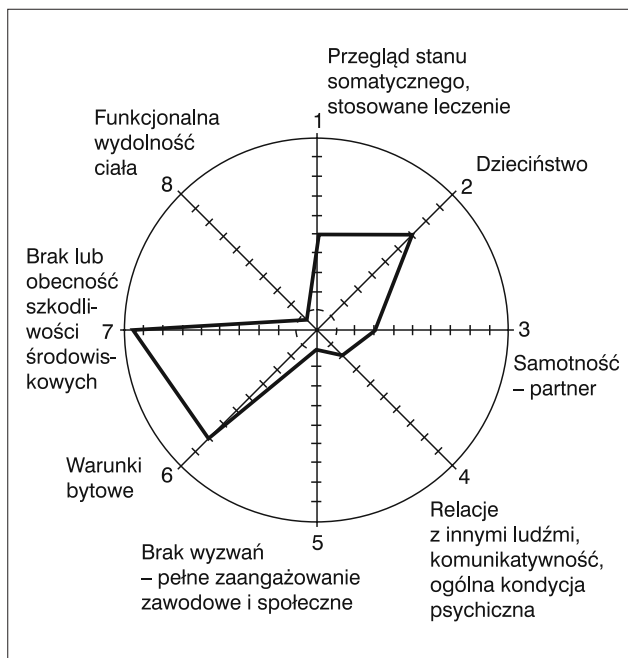
{4.1-1, 4.2-1, 4.3-0, 4.4-0, 4.5-0, 4.6-0, 4.7-1, 4.8-1, 4.9-1, 4.10+1} = +6, czyli 20% skali

{5.1-1, 5.2-0, 5.3-0, 5.4-1, 5.5-1, 5.6-1, 5.7-1, 5.8-1, 5.9-1, 5.10-1} = +8, czyli 10% skali

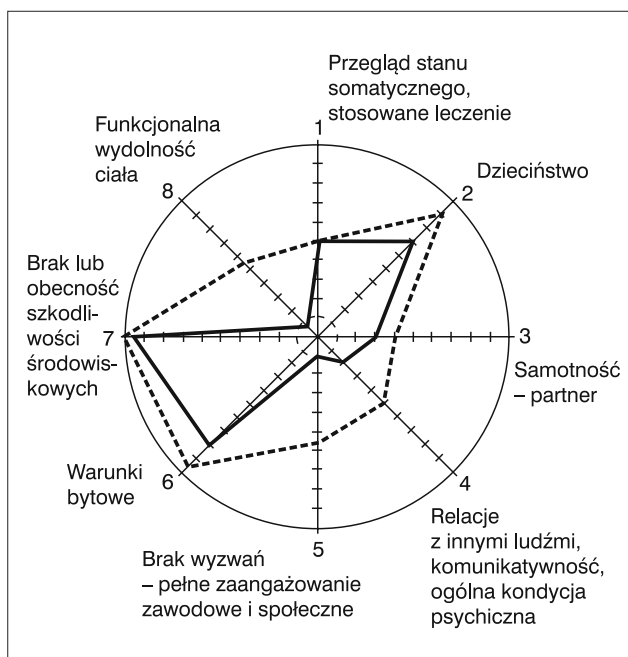
{6.1-0, 6.2-0, 6.3+, 6.4+, 6.5+, 6.6+, 6.7+, 6.8-0, 6.9+, 6.10-0} = +6, czyli 30% skali

{7.1+, 7.2+, 7.3-1, 7.4+, 7.4+, 7.5+, 7.6+, 7.7+, 7.8+, 7.9+, 7.10+} = +9, czyli 95% skali

{8.1-1, 8.2-1, 8.3-1, 8.4-1, 8.5-1, 8.6-0, 8.7+, 8.8-1, 8.9-1, 8.10-1} = -9, czyli 5% skali



Ryc. 3. Ilustracja wyników pozyskanych w trakcie wizyty domowej u pacjenta R.K.



Ryc. 4. Wykresy dwóch wielowymiarowych profili dotyczących pacjenta R.K. i jego matki H.K.

Dane dla H.K. – matki pacjenta R.K.

Krótką epikryza: matka pacjenta R.K. cierpi z powodu kilku zespołów objawów (otyłość, bóle reumatyczne). Jej samopoczucie psychiczne nie jest dobre. Matka pacjenta martwi się uzależnieniem swojego syna od alkoholu.

Dane pozyskane w trakcie strukturalizowanego wywiadu (ryc. 4):

[1.1, 1.2, 1.5, 1.12, 1.13, 1.14, 1.15, 1.19]

[2.1]

[3.4]

{4.1-0, 4.2+, 4.3-0, 4.4-1, 4.5-0, 4.6-1, 4.7-0, 4.8-0, 4.9-0, 4.10+} = 0, czyli 50% skali

{5.1-0, 5.2-0, 5.3-0, 5.4-0, 5.5-0, 5.6-0, 5.7-0, 5.8+, 5.9-0, 5.10-0} = +1, czyli 55% skali

{6.1+, 6.2-0, 6.3+, 6.4+, 6.5+, 6.6+, 6.7+, 6.8+, 6.9+, 6.10+} = +9, czyli 95% skali

{7.1+, 7.2+, 7.3+, 7.4+, 7.5+, 7.6+, 7.7+, 7.8+, 7.9+, 7.10+} = +10, czyli 100% skali

{8.1-0, 8.2-0, 8.3+, 8.4-0, 8.5-1, 8.6+, 8.7+, 8.8-0, 8.9-0, 8.10-1} = +1, czyli 55% skali

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Proponowana metoda ma usprawnić współdziałanie przedstawicieli kilku zawodów uczestniczących współcześnie w procesie leczenia i opiekowania się chorym w oparciu o przychodnię Podstawowej Opieki Zdrowotnej (8-11).

Kilku autorów dostrzega potrzebę rozważań nad sposobami porozumiewania się osób współuczestniczących w leczeniu chorych (12-15).

Obecnie pielęgniarka środowiskowo-rodzinna posługuje się dokumentami o nazwach: „Karta środowiskowa rodziny – Wywiad środowiskowy rodziny”, „Indywidualna historia pielęgowania”, „Wizyta patronażowa u dziecka” (8).

Proponując przedstawione narzędzie, nie postulujemy skasowania wymienionych dokumentów. Nasza metoda, zawierając zapis strukturalizowanego wywiadu, uściśla pobieranie danych i prowadzi do sporządzenia przejrzystej, graficznej ilustracji obrazującej sytuację bytową i społeczną pacjenta. Ilustracja ta umożliwi szybkie i sprawne przekazanie danych o chorym i jego rodzinie przez pielęgniarkę środowiskową lekarzowi rodzinnemu i pracownikowi socjalnemu. Należy podkreślić, iż co prawda przewidujemy, aby w owym wielowymiarowym profilu odnotować w sposób skrótowy także stan somatyczny, stosowane leczenie, sposób odżywiania się i uwarunkowania genetyczne, lecz jest oczywiste, iż szczegóły tego aspektu stanu pacjenta musi uściślić lekarz poprzez badanie fizykalne i zlecenie ewentualnych badań dodatkowych.

Przytoczone przykładowe dane uświadamiają, jak znaczne mogą być różnice w zakresie psychicznych uwarunkowań stanu zdrowia. Zastosowany sposób ilustracji ułatwia uświadomienie sobie tych różnic. Przytoczone przykłady uwypuklają, jak bardzo w procesie leczenia pewnego chorego pomocne byłoby współdziałanie psychologa i stosowanie psychoterapii rodzinnej.

Należy zauważyć, że przedstawiona metoda ułatwia porównywanie danych uzyskanych od kilku członków rodziny. Możliwe jest także odnoszenie profili pacjentów do profilu własnego lekarza lub pielęgniarki.

Jest możliwe naniesienie kilku profili na jeden wykres. Ułatwia to uchwycenie istoty relacji rodzinnych i udzielenie porad o charakterze psychologicznym i socjalnym.

Standaryzacja zbierania danych o sytuacji bytowej, społecznej i uwarunkowaniach psychologicznych samopoczucia ułatwia ustalenie i zapamiętanie listy porad o charakterze tzw. „psychoterapii pośredniej”.

WNIOSKI

1. Wdrożenie proponowanej metody, jak się wydaje, skłania, aby osoby uczestniczące w leczeniu pacjenta uwzględniały nie tylko jego stan somatyczny, ale także uwarunkowania stanu zdrowia psychiczne, bytowe, jak i zachodzące szkodliwości środowiskowe.
2. Sporządzony protokół ułatwia przekazanie informacji o spostrzeżeniach dokonanych w trakcie wizyty domowej innym osobom uczestniczącym w leczeniu chorego i przeprowadzenie dyskusji nad dostrzeżenymi uwarunkowaniami.
3. Sporządzony protokół ułatwia nie tylko zaplanowanie działań, które powinny być następnymi etapami leczenia, ale także działań, które miałyby charakter interwencji w zastaną sytuację psycho-socjalną.
4. Dopiero próby praktycznego wykorzystania zaproponowanej metody dostarczają wskazówek dotyczących wskazanych modyfikacji i uzupełnień poszczególnych domen zaprojektowanego standaryzowanego wywiadu.
5. Wydaje się, że dopiero długotrwałe stosowanie opisanej metody pozwoli na sformułowanie optymalnego zestawu elementów zaplanowanego wywiadu strukturalizowanego. □

nadesłano: 24.04.2012

zaakceptowano do druku: 31.05.2012

Piśmiennictwo

1. Rudzka-Jasińska E, Czuma K: Nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego. *Pro Medico* 2011; 11: 9-10.
2. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z dnia 28 grudnia 2010 r.; <http://prawo.lego.pl/prawo/rozporzadzenie-rady-ministrow-z-dnia-28-grudnia-2010-r-w-sprawie-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego>.
3. Brodziak A, Wojtkowiak D, Muc-Wierzgoń M et al.: Współczesne rozumienie pojęć choroby i stanu zdrowia. *Ann Acad Medicae Siles* 2006; 60: 248-253.
4. Brodziak A, Muc-Wierzgoń M, Ziółko E, Kwiatkowska A: Próba sformułowania metody pomocnej dla oszacowania stanu zdrowia osób starszych. *Ann Acad Med Siles* 2007; 61: 255-260.
5. Agrast M, Botero J, Ponce A: The World Justice Project – rule of law index. Editor.: 740-15 seet, N. W., Washington D.C. 20005, USA; <http://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index>.
6. Brodziak A: Teoria konstruktów osobistego. *Przegląd Lekarski* 1994; 50: 341.
7. Brodziak A: Teoria konstruktów osobistego i siatek repertuarowych jako narzędzie przewidywania inklinacji do szeroko pojmowanej narkomanii. *Ann Acad Med Siles* 1994; 28: 166.
8. Kilańska D: *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Tom 1 i 2. Makmed, Lublin 2010.
9. Latkowski B: *Postępowanie lekarzy rodzinnych w wybranych stanach nagłych*. PZWL, Warszawa 2008.
10. Sutton C: *Psychologia dla pracowników socjalnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2004.
11. Sierpowska I, Kluwer W: *Pomoc społeczna – wprowadzenie*. Kraków 2010.
12. Motyka M: *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
13. Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J: Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. *J Palliat Med* 2010;13(9): 1071-1077.
14. Doroszkiewicz H, Bień B: Quality of teamwork of family doctors and community nurses in primary care for the elderly in two organizational settings – opinions of the family doctors. *Adv Med Sci* 2007; 52 (Suppl 1): 85-88.
15. Götze H, Perner A, Anders D, Brähler E: Mutual communication is often lacking – interviews with professional care givers on ambulatory palliative care. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 60-64.

Adres do korespondencji:

*Andrzej Brodziak

Institut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec

tel.: +48 (32) 266-08-85

e-mail: andrzejbrodziak@wp.pl