

## ZAŁĄCZNIK B:

### OCENA W TRAKCIE INTERWENCJI PM+

**UWAGA:** Ocenę tę należy wypełnić na początku każdej sesji PM+.

Imię i nazwisko osoby pomagającej: \_\_\_\_\_ Dzisiejsza data \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko klienta: \_\_\_\_\_ Numer sesji: \_\_\_\_\_

### PSYCHLOPS (wersja stosowana w trakcie interwencji)<sup>24</sup>

Poniżej znajduje się kwestionariusz dotyczący Pana/Pani i Pana/Pani samopoczucia.

#### Pytanie 1

*To jest problem, o którym Pan/Pani powiedział(-a), że sprawia Panu/Pani największe trudności, kiedy pytałem/ pytałam o to za pierwszym razem.*

**(Osoba pomagająca – proszę przed sesją wpisać ten problem w polu poniżej).**

*Jak bardzo wpłynął on na Pana/Panią w ciągu ostatniego tygodnia? (Zaznacz jedno pole poniżej).*

0 1 2 3 4 5

Nie miał żadnego wpływu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miał bardzo poważny wpływ
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------

<sup>24</sup> Kwestionariusz ten, powielony za zgodą, stanowi zaadaptowaną wersję 5 kwestionariusza During-therapy PSYCHLOPS. Zob. [www.psychlops.org](http://www.psychlops.org). Wszelkie prawa zastrzeżone © 2010, Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London.

## Pytanie 2

To jest kolejny problem, o który powiedział(-a) Pan/Pani, że sprawia Panu/Pani trudności, gdy pytałem/pytałam o to za pierwszym razem.

(Osoba pomagająca – proszę przed sesją wpisać ten problem w polu poniżej).

--

Jak bardzo wpłynął on na Pana/Panią w ciągu ostatniego tygodnia? (Zaznacz jedno pole poniżej).

0 1 2 3 4 5

Nie miał żadnego wpływu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miał bardzo poważny wpływ
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------

## Pytanie 3

To jest rzecz, o której powiedział(-a) Pan/Pani, że jest trudna do zrobienia, kiedy pytałem/pytałam o to za pierwszym razem.

(Osoba pomagająca – proszę przed sesją wpisać ten problem w polu poniżej).

--

Jak trudno było Panu/Pani wykonywać tę rzecz w ciągu ostatniego tygodnia? (Zaznacz jedno pole poniżej).

0 1 2 3 4 5

Nie było to wcale trudne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo trudne
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

## Pytanie 4

a. Jak się Pan/Pani czuł(-a) w ostatnim tygodniu? (Zaznacz jedno pole poniżej).

0 1 2 3 4 5

Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bardzo źle
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------

b. Ocena myśli samobójczych

**UWAGA:** Jeśli klient wskazał odpowiedź 4 lub 5 na pytanie 4a lub jeśli ma w wywiadzie myśli lub plany samobójcze w trakcie udziału w interwencji PM+, wypełnij ocenę myśli samobójczych. W przypadku pozostałych klientów należy przejść do pytania 5.

Teraz chciałbym/chciałabym zadać Panu/Pani kilka pytań dotyczących Pana/Pani bezpieczeństwa.

<p>1. Czy w ciągu ostatniego tygodnia poważnie myślał(-a) Pan/Pani, lub planował(-a) Pan/Pani odebrać sobie życie?</p>	TAK	NIE	
<p>Jeśli tak, poproś klienta o opisanie swoich myśli lub planów. Wpisz szczegółowe informacje tutaj:</p>			
<p>Jeśli klient odpowiedział „Nie” na pytanie 1, możesz zakończyć ocenę. Jeśli klient odpowiedział „Tak” na pytanie 1, przejdź do pytania 2.</p>			
<p>2. Jakie działania podjął(-ęła) Pan/Pani, aby odebrać sobie życie?</p>	<p>Wpisz szczegółowe informacje tutaj:</p>		
<p>3. Czy planuje Pan/Pani odebrać sobie życie w ciągu najbliższych dwóch tygodni?</p>	TAK	NIE	NIE JESTEM PEWIEN/PEWNA
<p>Jeśli odpowiedź brzmi „Tak” lub „Nie jestem pewien/pewna”, poproś klienta, aby opisał/opisała Ci swój plan. Wpisz szczegółowe informacje tutaj:</p>			
<p>Jeśli klient odpowie „Tak” na pytanie 3, oznacza to, że planuje odebrać sobie życie w najbliższej przyszłości i natychmiast należy skontaktować się z superwizorem. Jeśli nie jesteś pewien/pewna, czy istnieje ryzyko, że klientowi stanie się krzywda, powiedz mu/jej, że chcesz skontaktować się ze swoim superwizorem, aby zadać mu/jej dalsze pytania.</p>			

### Pytanie 5

- a. Teraz, gdy jest Pan/Pani w trakcie tej interwencji, być może zauważył(-a) Pan/Pani, że ważne stały się również inne problemy.

Jeśli tak, to proszę o wskazanie tego, który sprawia Panu/Pani największą trudność lub jeśli żadne inne problemy nie stały się ważne, proszę to również powiedzieć.

- b. W jakim stopniu te inne problemy wpływały na Pana/Panią w ciągu ostatniego tygodnia?

(Osoba pomagająca – proszę zaznaczyć jedno pole poniżej, lub zostawić puste, jeśli żadne inne problemy nie stały się ważne).

0 1 2 3 4 5

Nie miał żadnego wpływu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miał bardzo poważny wpływ
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------

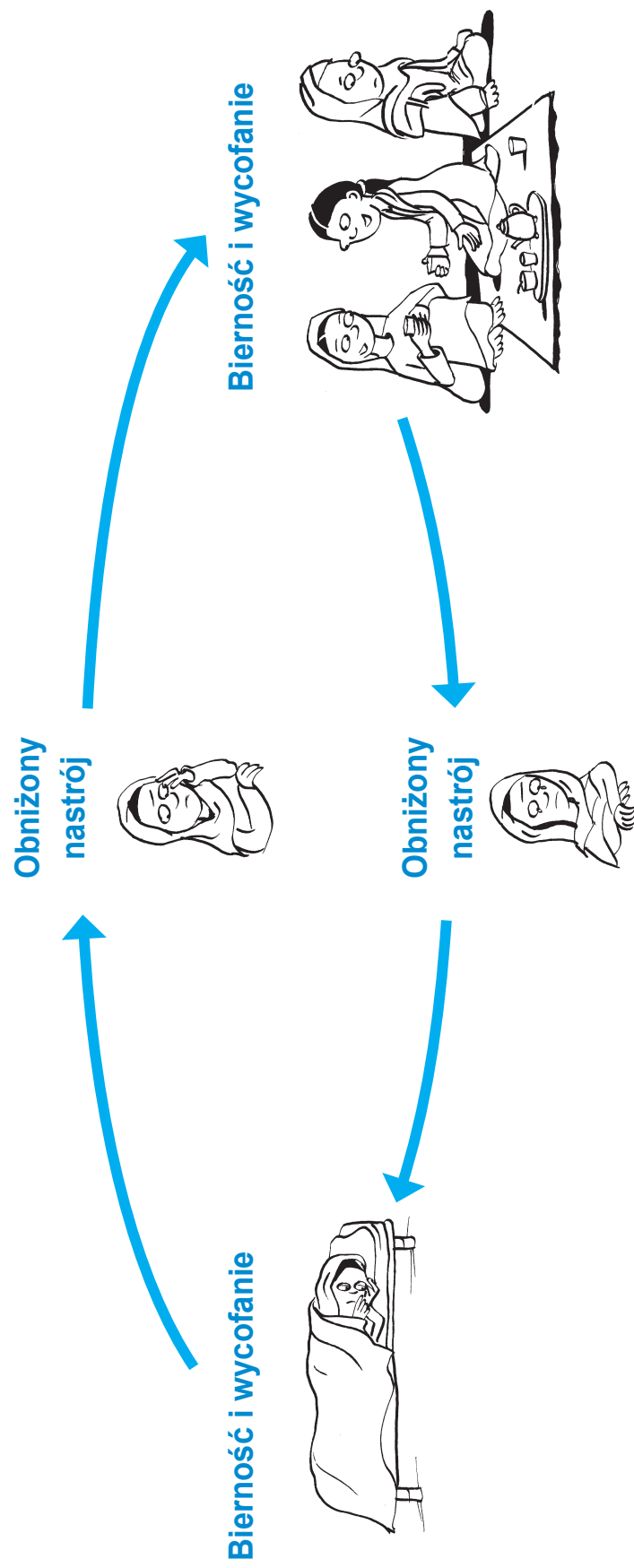
### Uwagi (do wypełnienia przez osobę pomagającą)

Proszę zamieścić tu wszelkie wartości odnotowania uwagi na temat klienta, takie jak sposób, w jaki wyglądał/zachowywał się podczas tej sesji.







Całkowita ocena wg PSYCHLOPS przed interwencją: \_\_\_\_\_<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Jeśli odpowiedzi na zarówno P1 (Problem 1), jak i P2 (Problem 2) zostały wypełnione, łączna ocena wynosi: P1b + P2b + P3b + P4. Jeśli odpowiedź na P1 (Problem 1) została wypełniona, a P2 (Problem 2) pominięty, to łączna ocena wynosi: (P1b x 2) + P3b + P4.

## Zacznij i działaj: Cykl beczynności



## Kalendarz tygodniowy

GODZINA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA	NIEDZIELA
 Wczesne Rano OD 7:00 DO 10:00							
 Rano OD 10:00 DO 12:00							
 Pora Lunchu OD 12:00 DO 14:00							
 Po Południu OD 14:00 DO 17:00							
 Wieczór OD 17:00 DO 20:00							
 Późny Wieczór OD 20:00 DO 23:00							