

ZAŁĄCZNIK A: OCENA PRZED INTERWENCJĄ PM+

Uwaga: Ocena wstępna powinna być przeprowadzona w trakcie sesji odrębnej od pierwszej sesji interwencji. Zazwyczaj przeprowadza się ją 1–2 tygodnie przed rozpoczęciem interwencji.

Twoje imię i nazwisko: _____

Dzisiejsza data: _____

Imię i nazwisko _____

Dane kontaktowe klienta: _____

Punkt	Spis treści
1	Wprowadzenie i ustna zgoda
2	Dane demograficzne
3	PSYCHLOPS (wersja przed interwencją)
4	Ocena nasilenia trudności emocjonalnych
5	Ocena myśli samobójczych
6	Niepełnosprawności mogące wynikać z zaburzeń psychicznych, neurologicznych lub związanych z używaniem substancji psychoaktywnych
7	Formularz podsumowujący i udzielenie informacji zwrotnych

2. INFORMACJE DEMOGRAFICZNE



Dziękuję Panu/Pani za udział w tej rozmowie. Chciałbym/Chciałabym teraz zadać Panu/Pani pewne pytania. Proszę pamiętać, że nie ma dobrych ani złych odpowiedzi na te pytania. Proszę opowiedzieć o swojej obecnej sytuacji. Zacznę od kilku pytań ogólnych.

1	Zapisz płeć zgodnie z obserwacją	Kobieta	1
		Mężczyzna	2
2	Ile ma Pani/Pan lat?	_____ lat	
3	Ile lat w sumie uczył(-a) się Pan/Pani <u>w szkole, szkole pomaturalnej lub wyższej?</u>	_____ lat	
4	Jaki jest Pan/Pani <u>obecny stan cywilny?</u> (Wybierz jedną, najlepszą opcję)	Nigdy nie był(-a) w związku małżeńskim	1
		Obecnie w związku małżeńskim	2
		W separacji	3
		Rozwiedziony(-a)	4
		Wdowiec/wdowa	5
		W związku partnerskim	6
5a	Która z tych opcji najlepiej opisuje Pana/Pani <u>główną sytuację zawodową?</u> (Wybierz jedną, najlepszą opcję)	Praca etatowa (patrz: 5b)	1
		Praca na własny rachunek, np. jako właściciel/ka firmy lub gospodarstwa rolnego (patrz 5b)	2
		Praca niezarobkowa, np. wolontariat lub działalność charytatywna	3
		Student/studentka	4
		Prowadzenie domu / gospodarstwa domowego	5
		Na emeryturze	6
		Bezrobotny(-a) (powody zdrowotne)	7
		Bezrobotny(-a) (inne powody)	8
		Inna (określić) _____	9
5b	Jeśli klient ma pracę zarobkową, lub jest samozatrudniony(-a), zapytaj: Jaki jest Pana/Pani zawód? (Co robi Pan/Pani w pracy?) (Wpisz odpowiedź w odpowiednie miejsce)		

3. PSYCHLOPS (wersja przed interwencją)¹⁷

Instrukcje zapisane *kursywą* należy przeczytać klientowi. Pozostałe instrukcje są przeznaczone wyłącznie dla osoby oceniającej.

Poniżej znajduje się kwestionariusz, dotyczący Pana/Pani i Pana/Pani samopoczucia. Najpierw zadam Panu/Pani kilka pytań dotyczących trudności, z którymi obecnie się Pan/Pani zмага. Proszę pomyśleć o tych trudnościach, bez względu na to, jak są poważne lub niewielkie.

Pytanie 1

- a. *Proszę wybrać trudność, która jest dla Pana/Pani najbardziej uciążliwa? Zapisz krótkie podsumowanie opisu problemu klienta. Jeśli to konieczne, zapytaj: „Czy może mi Pan/Pani opisać ten problem?” (Wpisz opis w polu poniżej).*

- b. *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 2

- a. *Proszę wybrać inny problem, który jest dla Pana/Pani uciążliwy. Zapisz krótkie podsumowanie opisu problemu klienta. Jeśli to konieczne, zapytaj: „Czy może mi Pan/Pani opisać ten problem?” (Wpisz opis w polu poniżej).*

¹⁷ Kwestionariusz ten, powielony za zgodą, stanowi zaadaptowaną wersję 5 kwestionariusza Psychological Outcome Profiles Questionnaire (PSYCHLOPS). Zob. www.psychlops.org. Wszelkie prawa zastrzeżone © 2010, Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London. Zaadaptowana wersja, użyta w niniejszej publikacji WHO, różni się tym, że (a) nie pyta się w niej o to, kiedy dana osoba zainteresowała się problemem; (b) pyta się w niej o to, jak dana osoba czuła się w ostatnim tygodniu, a nie jak czuła się sama ze sobą w ostatnim tygodniu (P4); (c) poszukuje się w niej opisu problemu (P1a i P2a); oraz (d) używa się w niej słowa „interwencja”, a nie „terapia”.

b. 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

a. Proszę wybrać jedną rzecz, którą trudno Panu/Pani wykonać z powodu Pana/Pani problemu (lub problemów).
(Wpisz opis w polu poniżej).

b. Jak trudne było wykonanie tej rzeczy 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

Jak się Pan/Pani czuł(-a) w minionym 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
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------

Ocena wg PSYCHLOPS

- Kwestionariusz PSYCHLOPS został zaprojektowany jako narzędzie do pomiaru efektów interwencji. W związku z tym wynik sprzed interwencji jest porównywany z późniejszymi wynikami (w trakcie i po interwencji). Różnica to „ocena zmiany”.
- Wszystkie odpowiedzi w kwestionariuszu PSYCHLOPS są oceniane w sześciopunktowej skali od zera do pięciu. Im wyższa wartość, tym większe nasilenie doświadczanych trudności przez daną osobę.
- Nie każde pytanie w kwestionariuszu PSYCHLOPS jest przeznaczone do oceny punktowej. Punktowane są tylko pytania dotyczące problemów (pytanie 1b i 2b), funkcjonowania (pytanie 3b) i samopoczucia (pytanie 4).
- Inne pytania dostarczają użytecznych informacji, ale nie przyczyniają się do uzyskania oceny zmiany. PSYCHLOPS składa się zatem z trzech obszarów (Problemy, Funkcjonowanie i Dobrostan) oraz czterech punktowanych pytań.
- Maksymalna ocena PSYCHLOPS wynosi 20.
- Maksymalna ocena za każde pytanie wynosi 5.
- 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 na P2 (Problem 2) pominięta, to łączna ocena wynosi: $(P1b \times 2) + P3b + P4$. Innymi słowy, ocena P1b (Problem 1) jest podwojona. Dzięki temu maksymalna ocena PSYCHLOPS pozostaje na poziomie 20.

Całkowita ocena wg PSYCHLOPS przed interwencją: _____

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA-9 (PHQ-9)

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem "✓")	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	0	1	2	3
2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiegś krzywdy	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

W ogóle nie utrudniły <input type="checkbox"/>	Trochę utrudniły <input type="checkbox"/>	Bardzo utrudniły <input type="checkbox"/>	Niezmiernie utrudniły <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------------------------

5. OCENA MYŚLI SAMOBÓJCZYCH



Przed chwilą rozmawialiśmy o różnych trudnościach emocjonalnych, których ludzie mogą doświadczać. Czasami, gdy ludzie czują się bardzo smutni i pozbawieni nadziei w swoim życiu, przychodzi im do głowy myśl o śmierci lub o odebraniu sobie życia. Te myśli nie są rzadkie i nie powinien/nie powinna się Pan/Pani wstydzić, że ma Pan/Pani takie myśli, jeśli je Pan/Pani ma. Następane pytania, które Panu/Pani zadam, dotyczą właśnie tego rodzaju myśli. Czy nie ma Pan/Pani nic przeciwko temu? Czy możemy kontynuować?

<p>1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca poważnie myślał(-a) Pan/Pani lub planował(-a) Pan/Pani odebranie sobie życia?</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, podziękuj mu/jej za odpowiedź na pytania i możesz zakończyć ocenę.</p> <p>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 pewny(-a)”, poproś klienta, aby opisał 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 należy natychmiast skontaktować się z superwizorem. Pozostań z tą osobą podczas wykonywania tej czynności (W razie potrzeby patrz: scenariusz poniżej).</p> <p>Jeśli nie jesteś pewien, czy klient podejmie działania w kierunku odebrania sobie życia w najbliższej przyszłości, powiedz mu/jej, że chcesz skontaktować się ze swoim superwizorem, aby zadać mu/jej dalsze pytania.</p>						

Scenariusz dla osób, które planują odebranie sobie życia w najbliższym czasie



Na podstawie tego, co mi Pan/Pani opisał(-a) obawiam się o Pana/Pani bezpieczeństwo. Jak wspominałem/łam na początku tej rozmowy, w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia muszę skontaktować się z moim superwizorem. Jest to bardzo ważne, dzięki temu będziemy mogli jak najszybciej uzyskać dla Pana/Pani najlepszy rodzaj pomocy. Zrobię to teraz, dobrze?

6. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MOGĄCE WYNIKAĆ Z ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH, NEUROLOGICZNYCH LUB ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Poniższe pozycje polegają na Twoich obserwacjach i ocenie zachowań klienta. *Nie* zadawaj tu klientowi żadnych pytań. Zakreśl TAK lub NIE, aby wskazać swoją ocenę i w razie potrzeby podaj szczegóły.

Zachowanie	Szczegóły
<p>8.1 Czy klient Cię rozumie (nawet jeśli mówi tym samym językiem lub dialektem)?</p> <p>(Np. czy rozumie podstawowe słowa, pytania lub wykonuje polecenia?)</p>	<p>TAK / NIE</p> <p>Jeśli nie, podaj szczegóły:</p>
<p>8.2 Czy klient jest w stanie w adekwatnym stopniu podążać za tym, co dzieje się podczas oceny?</p> <p>(Np. czy potrafi przypomnieć sobie ostatnio omawiane tematy, czy rozumie kim jesteś i co z nim robisz; czy w jakimś stopniu rozumie dlaczego zadajesz mu/jej pytania? Rozważ, czy klient jest tak zdezorientowany, nietrzeźwy lub pod wpływem środka psychoaktywnego, że nie jest w stanie nadążyć za tym, co się dzieje – następnie zakreśl właściwą odpowiedź).</p>	<p>TAK / NIE</p> <p>Jeśli nie, podaj szczegóły:</p>
<p>8.3 Czy odpowiedzi klienta są dziwaczne i/lub wysoce nieadekwatne?</p> <p>(Np. czy używa wymyślonych słów, czy wpatruje się w przestrzeń przez długi czas, mówi do siebie, opowiada bardzo dziwaczne lub niewiarygodne historie).</p>	<p>TAK / NIE</p> <p>Jeśli tak, proszę podać szczegóły:</p>
<p>8.4 Czy z odpowiedzi i zachowań klienta wynika, że nie ma on/ona kontaktu z rzeczywistością lub z tym, co dzieje się podczas przeprowadzania oceny?</p> <p>(Np. ma urojenia lub przekonania i podejrzenia, które nie mają sensu (są dziwaczne) lub nie są realistyczne w lokalnym kontekście danej osoby, ma paranoje, np. wysoce nierealistyczne przekonanie, że ktoś próbuje go skrzywdzić)</p>	<p>TAK / NIE</p> <p>Jeśli tak, proszę podać szczegóły:</p>

Rozważ wykluczenie klienta z PM+, jeśli na pytanie 8.1 lub 8.2 odpowiedziałeś NIE, a na pytanie 8.3 lub 8.4 – TAK.

8. FORMULARZ PODSUMOWUJĄCY I PRZEKAZANIE INFORMACJI ZWROTNEJ

KRYTERIA	ODPOWIEDŹ/ OCENA	WYKLUCZENIE (Zaznacz, jeśli odpowiedź na którekol- wiek pytanie brzmi TAK)	REAKCJA DOT. KLIENTÓW WYKLUCZONYCH	DANE WPROWA- DZONO (PODPIS/ DATA)
Ocena całkowita wg PSYCHLOPS				
Ocena całkowita wg NARZĘDZIA OCENY POZIOMU FUNKCJONOWANIA (np. WHODAS 2.0) ²¹			Niski wynik na jednej z tych dwóch skal oznacza, że interwencja PM+ nie jest wskazana	
Ocena całkowita wg NARZĘDZIA OCENY NASILENIA TRUDNOŚCI EMOCJONALNYCH ²²				
Czy klient ma mniej niż 18 lat ?	TAK / NIE		Jeśli dana osoba ma mniej niż 18 lat i wykazuje oznaki problemów ze zdrowiem psychicznym i problemów psychospołecznych, skontaktuj się z placówką zdrowia psychicznego, opieką społeczną lub lokalną organizacją lub siatką wsparcia zajmującą się ochroną, odpowiednio do sytuacji	
Czy klient planuje odebrać sobie życie w ciągu najbliższych dwóch tygodni?	TAK / NIE		Zadzwoń do swojego superwizora. Skontaktuj się z odpowiednią instytucją opiekuńczą	
Czy u klienta mogą występować ciężkie zaburzenia psychiczne, neurologiczne lub związane z używaniem substancji psychoaktywnych? (Na podstawie obserwacji – poz. 8.1–8.4.)	TAK / NIE		Skontaktuj się z odpowiednią instytucją opiekuńczą	







Zakreśl kółkiem właściwą decyzję na podstawie powyższej tabeli podsumowującej

WŁĄCZONO Przekaż informację zwrotną (scenariusze na następnej stronie)	WYKLUCZONO Przekaż informację zwrotną i w razie potrzeby skieruj dalej
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

²¹ Warunkiem włączenia danej osoby do programu jest uzyskanie oceny 17 lub wyższej w WHODAS 2.0.

²² Jeśli do oceny poziomu problemów emocjonalnego używa się PHQ-9, to warunkiem włączenia danej osoby do programu jest ocena 10 lub wyższa.

Kalendarz tygodniowy

GODZINA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA	NIEDZIELA
 WZESNE 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							

Ćwiczenie „Zarządzania stresem”

