

Steps to Wellbeing

Imię i nazwisko:	Data urodzenia:	Data:
------------------	-----------------	-------

PHQ-9 – W ciągu <u>ostatnich 2 tygodni</u> , czy niepokoiły Pana/ią <u>jakiegokolwiek z poniższych problemów?</u> (<i>Należy zakreślić swoją odpowiedź</i>)	W ogóle	Kilka dni	Więcej niż ½ dni	Prawie każdego dnia
1. Niewielkie zainteresowanie lub przyjemność w wykonywaniu różnych czynności	0	1	2	3
2. Poczucie smutku, przygnębienia lub rozpacz	0	1	2	3
3. Trudność w zasypianiu lub spaniu, bądź nadmierne spanie	0	1	2	3
4. Poczucie zmęczenia lub posiadanie niewielkiej energii	0	1	2	3
5. Słaby apetyt lub przejadanie się	0	1	2	3
6. Poczucie w jakiś sposób niskiej samooceny	0	1	2	3
7. Trudność w koncentracji	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie w tak wolny sposób, aby inne osoby mogły to zauważyć, lub wręcz przeciwnie, poczucie zniecierpliwienia i poruszanie się znacznie więcej niż zazwyczaj	0	1	2	3
9. Myśli o byciu martwym lub samookaleczeniu się w jakiś sposób	0	1	2	3

SUMA (z 27)

GAD-7 - W ciągu <u>ostatnich 2 tygodni</u> , czy niepokoiły Pana/ią <u>jakiegokolwiek z poniższych problemów?</u> (<i>Należy zakreślić swoją odpowiedź</i>)	W ogóle	Kilka dni	Więcej niż ½ dni	Prawie każdego dnia
1. Poczucie strachu, niepokoju lub bycia na krawędzi	0	1	2	3
2. Niemożność powstrzymania lub kontrolowania martwienia się	0	1	2	3
3. Martwienie się za bardzo różnymi rzeczami	0	1	2	3
4. Trudność w zrelaksowaniu się	0	1	2	3
5. Poczucie takiego zniecierpliwienia, że z trudnością można usiedzieć w miejscu	0	1	2	3
6. Łatwe denerwowanie się lub irytowanie	0	1	2	3
7. Poczucie strachu, że coś strasznego może się wydarzyć	0	1	2	3

SUMA (z 21)

Skale fobii – z poniższej skali należy wybrać cyfrę wskazującą, do jakiego stopnia unika Pan/i sytuacji lub obiektów wymienionych poniżej, a następnie wpisać tą cyfrę w odpowiednim okienku.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nie unikam		Trochę unikam		Na pewno unikam		Wyraźnie unikam		Poważnie unikam

1. Sytuacja towarzyska z powodu obawy zażenowania lub zrobienia z siebie głupca	
2. Sytuacji z powodu obawy doświadczenia ataku paniki lub innych symptomów strachu (np. utrata kontroli nad pęcherzem moczowym, wymioty)	
3. Sytuacji z powodu obawy przed jakimiś obiektami lub czynnościami (np. zwierzętami, wysokościami, prowadzeniem pojazdu lub lataniem)	

Skala przystosowania społecznego

Nasze problemy często wpływają na naszą umiejętność wykonywania niektórych codziennych czynności. Aby ocenić swoje problemy, należy spojrzeć na wszystkie obszary i wskazać (poprzez zakreślenie odpowiedniej cyfry), do jakiego stopnia dany problem wpływa na Pana/i umiejętność w wykonywaniu czynności

N/D

1. PRACA – Jeśli jest Pan/i emerytem/ką lub zdecydował/a Pan/i nie podejmować pracy z powodów niezwiązanych z danym problemem, należy zaznaczyć okienko N/D (*nie dotyczy*).

☐

0	1	2	3	4	5	6	7	8
W ogóle		Trochę		Na pewno		Wyraźnie		Bardzo poważnie
Nie potrafię pracować								

2. UTRZYMYWANIE DOMU – Czyszczenie, sprzątanie, robienie zakupów, gotowanie, dbanie o dom/dzieci, płacenie rachunków, itd.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
W ogóle		Trochę		Na pewno		Wyraźnie		Bardzo poważnie

3. TOWARZYSKIE ZAJĘCIA WYPOCZYNKOWE – Z innymi ludźmi, np. przyjęcia, wyjścia do pubów, wycieczki, rozrywki, itd.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
W ogóle		Trochę		Na pewno		Wyraźnie		Bardzo poważnie

4. PRYWATNE ZAJĘCIA WYPOCZYNKOWE – Wykonywane samodzielnie, np. czytanie, praca w ogrodzie, szycie, hobby, spacerowanie, itd.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
W ogóle		Trochę		Na pewno		Wyraźnie		Bardzo poważnie

5. RODZINA I RELACJE Z LUDŹMI – Tworzenie i utrzymywanie bliskich relacji z innymi, w tym z osobami, z którymi się mieszka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
W ogóle		Trochę		Na pewno		Wyraźnie		Bardzo poważnie

SUMA

(z 40)

Status zatrudnienia – proszę zaznaczyć, który status najlepiej opisuje Pana/i obecną sytuację:

Osoba pracująca na pełen etat (30 godzin lub więcej)		Osoba na emeryturze	
Osoba pracująca na pół etatu		Osoba zajmująca się domem lub opieką nad innymi	
Osoba bezrobotna		Osoba otrzymująca zasiłek chorobowy	
Osoba studiująca w pełnym wymiarze czasu		Osoba otrzymująca zasiłki, np. dla osób o niskich dochodach	

Steps to Wellbeing

Dorset HealthCare NHS Foundation Trust
Grenville House, 3rd Floor, Nelson Gate, Southampton, SO15 1GX

Tel.: 0800 612 7000

Email: SSTW@dhft.nhs.uk (Dla ogólnych i administracyjnych zapytań)