

KARTA PRACY 1

MONITOROWANIE OBJAWÓW DEPRESYJNYCH W PRZYPADKU OSÓB Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAŁĄ SOMATYCZNĄ

| Czy w ciągu ostatniego miesiąca... | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| czułeś się/czułaś się bezwartościowo | | |
| miałeś/miałaś problemy z koncentracją uwagi | | |
| miałeś/miałaś myśli samobójcze | | |

Jeżeli pacjent odpowie pozytywnie na którekolwiek powyższe pytanie, kolejnym krokiem powinno być przeprowadzenie dalszej oceny stanu psychicznego lub skierowanie do specjalisty psychiatry.

Należy rozważyć też, czy depresja nie wynika z leków stosowanych w chorobie somatycznej lub w inny sposób nie wiąże się z kondycją fizyczną pacjenta.

KARTA PRACY 2

ANALIZA DOLEGLIWOŚCI PSYCHICZNYCH PACJENTA BORYKAJĄCEGO SIĘ Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA SOMATYCZNĄ

A. Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani

- 1) niewielkie zainteresowanie lub nieodczuwanie przyjemności z wykonywania czynności;
- 2) uczucie przygnębienia, zatroskania lub beznadziejności;
- 3) poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę?

B. Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani

- 1) problemy ze skupieniem się, np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji;
- 2) 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;
- 3) uczucie zmęczenia lub brak energii?

DODATKOWO: Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani

- 1) kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen albo zbyt długi sen;
- 2) brak apetytu lub przejadanie się?

C. Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani

- 1) myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy?

KARTA PRACY 3

SKALA OCENY SKŁONNOŚCI SAMOBÓJCZYCH OPRACOWANA NA UNIWERSYTECIE COLUMBIA (C-SSRS) – DLA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z WYKORZYSTANIEM SYSTEMU TRIAGE

- Czy pragnął/pragnęła Pan/Pani nie żyć lub pragnął/pragnęła Pan/Pani zasnąć i już nigdy się nie obudzić?

.....

- Czy rzeczywiście myślał/myślała Pan/Pani o zabiciu się?

.....

- Czy myślał/myślała Pan/Pani o tym, jak mógłby/mogłaby Pan/Pani to zrobić?

.....

- Czy miał/miała Pan/Pani takie myśli i miał/miała Pan/Pani zamiar działać zgodnie z nimi?

.....

- Czy zaczął/zaczęła Pan/Pani opracowywać lub opracował/opracowała już Pan/Pani szczegóły tego, w jaki sposób się zabić? Czy ma Pan/Pani zamiar zrealizować ten plan?

.....

- Czy kiedykolwiek zrobił/zrobiła Pan/Pani coś, zaczął/zaczęła robić coś lub podjął/podjęła przygotowania mające na celu odebranie sobie życia?

.....

- Czy było to w ciągu ostatnich 3 miesięcy?

.....