

Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire – ANRQ

V.2004 (Aktualizacja 2017) © M-P Austin

Poniższe pytania są skonstruowane w taki sposób, by pomóc Pani i Pani lekarzowi stwierdzić, czy potrzebuje Pani dodatkowego wsparcia w tym przełomowym czasie. Niektóre z pytań mogą wydawać się trudne, ale prosimy, by mimo to spróbowała Pani wybrać odpowiedzi, które najlepiej do Pani pasują. Proszę pamiętać, że nie ma złych i dobrych odpowiedzi.

Prosimy uzupełnić wszystkie pytania, chyba że została Pani poinstruowana, aby pominąć któreś z nich. Po wypełnieniu ankiety Pani lekarz omówi z Panią udzielone odpowiedzi. Jeśli którekolwiek z pytań wydaje się być dla Pani problematyczne, prosimy powiadomić o tym lekarza.

Suma

<p>P1. Czy kiedykolwiek zdarzyło się Pani doświadczyć trwającego 2 tygodnie lub dłużej czasu, gdy czuła się Pani zmartwiona, smutna lub przygnębiona?</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli nie, proszę przejść do pytania P1.c.</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na pytania P1.a, P1.b i P1.c.</p>	<input type="text"/>				
<p>Jeśli tak, to czy: P1.a. zakłóciło to w poważny sposób Pani pracę bądź relacje z przyjaciółmi i rodziną?</p>	<p>Wcale nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Nieznacznie <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Dość mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>	
<p>P1.b. spowodowało, że szukała Pani profesjonalnej pomocy? Czy udała się Pani do: <input type="checkbox"/> Psychiatry <input type="checkbox"/> Psychologa <input type="checkbox"/> Lekarza rodzinnego</p> <p>Czy brała Pani leki/ leki ziołowe? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Jeśli tak, proszę podać nazwisko lekarza/psychologa: _____</p> <p>Jeśli tak, proszę podać nazwę leku / leków: _____</p>					<input type="text"/>	
<p>P1.c. Czy miała Pani kiedykolwiek inne problemy ze zdrowiem psychicznym? (<i>np. zaburzenia odżywiania, psychozę, chorobę dwubiegunową, schizofrenię</i>) Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli tak, proszę wyszczególnić je tutaj: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					<input type="text"/>	
<p>P2. Czy w relacji z partnerem doświadczą Pani wsparcia emocjonalnego z jego strony?</p>	<p>Tak, bardzo dużego <input type="checkbox"/></p>	<p>Tak, dosyć dużego <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Odczuwam niewielkie wsparcie <input type="checkbox"/></p>	<p>Wcale nie doświadczam wsparcia <input type="checkbox"/></p>	<p>Nie mam partnera <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>

©M-P Austin. Powielone za zgodą. PKORP.Czerwiec04 (zaktualizowano w maju 2017)

<p>P3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeżyła Pani jakiś stres, zmianę lub stratę? (np. separacja, przemoc domowa, utrata pracy, żaloba, itp.)</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli nie, proszę przejść do pytania P4.</p> <p>Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na pytanie P3.a.,</p>	<input type="checkbox"/>			
<p>Jeśli tak:</p>						
<p>P3.a. Jak bardzo była Pani przygnębiona wskutek tych przeżyć?</p>	<p>Wcale <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Nieco <input type="checkbox"/></p>	<p>Dość mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<p>P4. Czy określiłaby się Pani jako osobę, która często się martwi?</p>	<p>Absolutnie nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Nieco <input type="checkbox"/></p>	<p>Dość mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<p>P5. Czy brak porządku w Pani życiu (np. konkretnego planu dnia, porządku w mieszkaniu) powoduje u Pani zły nastrój?</p>	<p>Absolutnie nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Nieco <input type="checkbox"/></p>	<p>Dość mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<p>P6. Czy ma Pani poczucie, że pojawiają się osoby, które pomogą Pani w opiece nad dzieckiem?</p>	<p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Dosyć mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Nieco <input type="checkbox"/></p>	<p>Zdecydowanie nie <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>

Teraz, kiedy spodziewa się Pani dziecka, być może zaczyna Pani myśleć o swoim dzieciństwie. Jakie ono było?

<p>P7. Czy była Pani ofiarą przemocy emocjonalnej w okresie dorastania?</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>				
<p>P8. Czy kiedykolwiek była Pani ofiarą przemocy <input type="checkbox"/> seksualnej lub <input type="checkbox"/> fizycznej</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>				
<p>P9. Czy w okresie dorastania odczuwała Pani wsparcie emocjonalne ze strony swojej mamy?</p>	<p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Dosyć mocno <input type="checkbox"/></p>	<p>Trochę <input type="checkbox"/></p>	<p>Nieco <input type="checkbox"/></p>	<p>Zdecydowanie nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Nie mam <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>

©M-P Austin. Powielone za zgodą. PKORP.Czerwiec04 (zaktualizowano w maju 2017)

Czy ma Pani jakieś inne obawy, o których chciałaby Pani dzisiaj porozmawiać?

© M-P Austin. Powielono za zgodą. ANRQ. Czerwiec 04 (zaktualizowano w maju 2017).