

(Savižudybės grėsmę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo forma)

**SAVIŽUDYBĖS GRĖSMĘ IŠGYVENANČIŲ ASMENŲ PSICHOSOCIALINIS
VERTINIMAS**

1. Asmens vardas, pavardė		
2. Psichosocialinio vertinimo data, laikas		
3. Kontaktas vertinimo metu <input type="checkbox"/> Bendradarbiaujantis <input type="checkbox"/> Nebendradarbiaujantis (kiek galima pasitikėti vertinimo rezultatais, ar nenoriai atsiskleidžia, ar atsiribojęs)		
A dalis: Dabartinė situacija		
4. Paskutinis iki kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą tyčinio žalojimosi atvejis: 4.1. Data..... 4.2. Aplinkybės: 4.3. Sukelta grėsmė gyvybei: 4.4. Tyčinio žalojimosi būdas: 4.5. Planas: neplanuotas / iš anksto apsvarstytas būdas / detaliam suplanuotas 4.6. Pasiruošimas savižudybei: nebuvo / tik atsisveikinimo laiškas / detalesnis pasiruošimas 4.7. Tikslas nusižudyti: buvo / nebuvo / neaišku 4.8. Reakcija į tyčinį susižalojimą: gailisi / pyksta, kad išgelbėtas / kita		
5. Dabartinės savižudiškos mintys / ketinimai: 5.1. Kiek laiko paskutiniu metu svarsto apie savižudybę? 5.2. Pagrindiniai postūmiai savižudybei		
6. Dabartinė būseną: 6.1. Pagrindiniai stresoriai 6.2. Vyraujantys jausmai (ypač neviltis, vienišumas, ažitacija, pyktis, gėda, pažeminimas, savęs kaltinimas) 6.3. Kliesėsiai / haliucinacijos, jų pobūdis		
7. Ar asmens saugumui užtikrinti reikia intensyvaus stebėjimo (visą parą)? <i>Rekomenduotina, jei pažymėtas vienas ar daugiau iš toliau nurodytų variantų</i>	<input type="checkbox"/> Taip (pereiti prie C dalies)	<input type="checkbox"/> Ne

<input type="checkbox"/> Tyčinis žalojimasis su aiškiai įvardytu ketinimu numirti, planavimu, pasiruošimu savižudybei, asmuo nusivylęs, kad išliko gyvas <input type="checkbox"/> Dabartinis ketinimas nusižudyti (išsakomas, numanomas iš būsenos) <input type="checkbox"/> Asmuo negali kontroliuoti savižudybės minčių, atsakyti už savo veiksmus <input type="checkbox"/> Kludiesiai, haliucinacijos, susiję su savižudybės grėsme <input type="checkbox"/> Kita (detalizuoti):.....		
B dalis: Rizikos ir apsauginiai veiksniai		
<p>8. Ankstesnė su savižudybėmis susijusi patirtis:</p> <p>8.1. Buvo (-ę) tyčinio žalojimosi atvejis (-ų) (skaičius.....)</p> <p>8.2. Žalojosi per paskutinius 3 mėn. <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne</p> <p>8.2.1. Kokiais būdais?.....</p> <p>8.2.2. Kada paskutinį kartą žalojosi?.....</p> <p>8.3. Ankstesnis žalojimosi:</p> <p>8.3.1. būdas.....</p> <p>8.3.2. kūno dalis (-ys), kurios buvo žalojamos.....</p> <p>8.4. Turi artimųjų, kurie nusižudė.....</p> <p>8.5. Turi artimųjų, kurie tyčia žalojosi, bandė nusižudyti.....</p> <p>8.6. Kaip vertina savęs žalojimąsi / ankstesnius žalojimosi atvejus.....</p>		
<p>9. Polinkis į rizikingą elgesį ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas:</p> <p>9.1. Piktnaudžiavimas / priklausomybė psichoaktyviosiomis medžiagomis (nurodyti, kokiomis)</p> <p>9.2. Impulsų kontrolės problemos (polinkis rizikingai elgtis, kai paveiktas jausmų)</p> <p>9.3. Ankstesnis agresyvus elgesys</p>		
<p>10. Kiti bendri rizikos veiksniai:</p> <p>10.1. Izoliacija, vienišumas (-a)</p> <p>10.2. Išsiskyres (-usi)</p> <p>10.3. Darbo neturėjimas</p> <p>10.4. Finansiniai sunkumai</p> <p>10.5. Socialinės paramos stoka</p> <p>10.6. Netektys</p> <p>10.7. Diskriminacija</p> <p>10.8. Patirtas smurtas (seksualinis, fizinis, emocinis, nepriežiūra)</p> <p>10.9. Lėtinės ligos, skausmas</p> <p>10.10. Kita (įrašyti):</p>		
<p>11. Apsauginiai veiksniai</p> <p>11.1. Išsako priešastis gyventi</p> <p>11.2. Dalyvauja gydymo programoje (pvz., lankosi pas psichikos sveikatos priežiūros specialistą)</p> <p>11.3. Šeimos / artimųjų parama</p> <p>11.4. Jaučiasi įsipareigojęs šeimai ar kitiems artimiesiems</p> <p>11.5. Įsitraukęs į darbinę veiklą / mokyklos gyvenimą</p> <p>11.6. Kita psichosocialinė parama (veiklos grupės, draugai)</p> <p>11.7. Savižudybei prieštaraujantys religiniai įsitikinimai</p> <p>11.8. Kita:</p>		
<p>12. Ar yra hospitalizacijos stacionarines psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ poreikis?</p> <p><i>Rekomenduotina, jei pažymėtas vienas ar daugiau iš toliau nurodytų variantų</i></p>	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne

<input type="checkbox"/> Dabartinė būseną reikalauja atidesnio vertinimo <input type="checkbox"/> Reikalingas būsenos stebėjimas parenkant gydymą <input type="checkbox"/> Menki apsauginiai veiksniai ir aukšti bendri rizikos veiksniai <input type="checkbox"/> Ankstesni bandymai nusižudyti ir dabartinis psichosocialinės pagalbos planas nepakankamas <input type="checkbox"/> Piktnaudžiavimas / priklausomybė psichoaktyviosiomis medžiagomis <input type="checkbox"/> Impulsyvumas <input type="checkbox"/> Kita (detalizuoti):.....	
C dalis: Tolesnės pagalbos teikimo plano aptarimas	
13. Asmens kontaktinis telefonas ir elektroninio pašto adresas	14. Pastabos dėl susisiekiimo su asmeniu
15. Ankstesnė pagalba (pvz., psichofarmakologija, psichoterapija, konsultavimas, kita): 15.1. Ar anksčiau kreipėsi pagalbos?..... 15.2. Ar pagalba buvo veiksminga?..... 15.3. Hospitalizacijų psichikos sveikatos priežiūros profilio stacionare per paskutinius 12 mėn. skaičius.....	
16. Aptartas tolesnės pagalbos asmeniui teikimo planas: <input type="checkbox"/> Sutarta dėl tolesnės pagalbos: asmens psichikos sveikatos centre / siuntimas gydytis stacionare / dienos stacionare / kita (įrašyti)..... <input type="checkbox"/> Užtikrintas aplinkos saugumas / pašalintos savijudybės priemonės <input type="checkbox"/> Į saugumo užtikrinimą įtraukti artimieji	
17. Su tolesne pagalba asmuo: <input type="checkbox"/> Sutinka, motyvuotas <input type="checkbox"/> Nesutinka, atsisako tolesnės pagalbos (<i>Kaip mėginta skatinti motyvaciją?</i>)	
18. Situacija ir tolesnės pagalbos asmeniui teikimo planas aptartas su šiais artimaisiais (jų vardai, pavardės ir kontaktiniai telefonai):	
19. Jei asmuo nepilnametis, kiek tėvai / globėjai gali bendradarbiauti gydymo metu: 19.1. Įsitraukę, gali palydėti į konsultacijas 19.2. Bendradarbiavimas nenuoseklus, abejoja gydymo reikalingumu 19.3. Atsiriboję, nėra galimybių bendradarbiauti	

20. Išvados		
21. Rekomendacijos dėl tolesnės pagalbos		
22. Informuota	<input type="checkbox"/> Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga <input type="checkbox"/> Valstybinė vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba <input type="checkbox"/> Kita (nurodyti).....	
23. Vertinimą atliko	(vardas, pavardė, pareigos)	(parašas)
24. Sutikimas dėl informavimo	Sutinku, kad dėl mano sveikatos būklės būtų informuojami artimieji mano nurodytais kontaktais: 1. 2. 3.	(Asmens vardas, pavardė) (parašas)

ASMENS SAVISAUGOS PLANAS

Asmens vardas, pavardė: _____

Savisaugos plano užpildymo data: _____

1. Tolesnės pagalbos planas:

1.1. _____

1.2. _____

1.3. _____

2. Įspėjamieji mano savižudybės krizės ženklai (mintys, vaizdiniai, nuotaika, situacijos, elgesys):

2.1. _____

2.2. _____

2.3. _____

3. Mano saugumo planas siekiant išvengti savižudybės krizės:

3.1. Ką darysiu, kad ištvėrčiau sunkų periodą?

3.1.1. _____

—

3.1.2. _____

—

3.1.3. _____

—

3.2. Artimieji, kurie man gali padėti:

3.2.1. Vardas, pavardė, ryšys

_____ Tel. _____

3.2.2. Vardas, pavardė, ryšys

_____ Tel. _____

3.2.3. Vardas, pavardė, ryšys

_____ Tel. _____

3.3. Kur galiu kreiptis:

3.3.1. Telefoninės pagalbos linijos tel.

3.3.2. Mano psichikos sveikatos centras (skubi / nemokama pagalba)

3.3.3. Skubiosios medicinos pagalbos skyrius

3.3.4. Gydytojas

3.3.5. Greitoji medicinos pagalba

4. Kaip pasirūpinti aplinkos saugumu (pašalinti galimas savižudybės priemonės ir kt.):

-

-

5. Dēl ko man verta gyventi:

-

Asmuo (parašas): _____

Specialistas (vardas, pavardė, parašas): _____
