

Kwestionariusz wstępny

Osoba badana (PIQ-S)

Wersja 3 (Październik 2023)

Prawa autorskie © Uniwersytet w Newcastle 2023

Tłumaczenie ACIA z języka angielskiego na język polski zostało
sfinansowane przez Fundację JiM.



Fundacja Jim

Kwestionariusz wstępny – osoba badana (PIQ-S)

Prosimy o wypełnienie tego kwestionariusza i odesłanie go do nas w dołączonej kopercie lub przesłanie e-mailem na wskazany adres.

Niektóre osoby potrzebują wsparcia lub pomocy w wypełnianiu formularzy – inne nie. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, możesz porozmawiać z osobą, która Ci pomoże. Jeżeli potrzebujesz pomocy, prosimy o informację – pomożemy Ci odpowiedzieć na pytania.

Jeżeli masz dodatkowe pytania lub potrzebujesz naszej pomocy, możesz napisać do nas maila lub zadzwonić do nas.

Prosimy o wypełnienie jak największej części tego kwestionariusza. Jeżeli nie możesz lub nie chcesz odpowiedzieć na któreś pytanie, możesz je pominąć.

Podczas wywiadu szerzej omówimy Twoje odpowiedzi.

Informacje na Twój temat:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Płeć:

Mężczyzna

☐

Kobieta

☐

Inna

Jeżeli wolisz opisać swoją płeć w inny sposób, prosimy o taką informację:

Preferowany zaimek osobowy:

Pytania

1. Jaki jest Twój obecny status związku? (Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- ☐ Żonaty/mężatka
- ☐ Kawaler/panna
- ☐ Poszukuje partnera/partnerki/osoby partnerskiej
- ☐ Nie jestem zainteresowan_ związkiem
- ☐ W stałym związku (partnerskim)
- ☐ Mieszkanie z partnerem/partnerką/osobą partnerską
- ☐ W separacji z partnerem/partnerką/osobą partnerską
- ☐ Zarejestrowany związek partnerski dwóch osób tej samej płci
- ☐ Rozwiedzion_
- ☐ Inny (jaki?) _____

2. Czy kiedykolwiek był_ś w związku z inną osobą (tworzył_ś „parę”)?

- ☐ Tak ☐ Nie

3. Czy masz dzieci (niepełnoletnie lub dorosłe)? albo przybrane dzieci?

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli nie, należy przejść do pytania 4

Jeżeli tak, ile?

4. Czy mieszkasz sam_?

Jeżeli nie, należy przejść do pytania 7

- ☐ Tak ☐ Nie

5. Jeżeli tak, w jakiego rodzaju lokalu mieszkasz?

- ☐ We własnym domu/mieszkaniu
- ☐ W wynajmowanym domu/mieszkaniu

6. Czy w domu/mieszkaniu otrzymujesz wsparcie od specjalistów?

- ☐ Tak ☐ Nie

7. Jeżeli mieszkasz z inną osobą, prosimy o podanie informacji, kim jest ta osoba:

(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- ☐ Moi rodzice
- ☐ Mój brat albo siostra
- ☐ Inny członek rodziny
- ☐ Partner/partnerka
- ☐ Przyjaciół(e)
- ☐ Współlokator(ka), który(-ra) nie jest przyjacielem/przyjaciółką
- ☐ Opiekun(ka)
- ☐ Mieszkam w placówce zapewniającej opiekę (np. domu opieki społecznej, zakładzie opiekuńczo-rehabilitacyjnym)
- ☐ Mieszkam w mieszkaniu chronionym
- ☐ Mieszkam w innych warunkach (jakich?) _____

8. Jaki jest Twój obecny status zatrudnienia? *(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)*

- ☐ W trakcie kształcenia lub szkolenia
- ☐ Opiekun/pełnię obowiązki opiekuna
- ☐ Wolontariusz/ka
- ☐ Osoba pracująca/samozatrudniona w pełnym wymiarze czasu pracy
- ☐ Osoba pracująca/samozatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy
- ☐ Osoba bezrobotna i poszukująca pracy
- ☐ Osoba bezrobotna i niezdolna pracy
- ☐ Emeryt(ka)
- ☐ Inny (jaki?) _____

9. Jeżeli jesteś zatrudnion_, które z poniższych określeń najlepiej opisuje Twój zawód?

- ☐ Kierownik / dyrektor / urzędnik wyższego szczebla
- ☐ Specjalista (np. lekarz, nauczyciel, prawnik)
- ☐ Inżynier/specjalista średniego szczebla/pracownik techniczny
- ☐ Stanowisko administracyjne/biurowe
- ☐ Rzemieślnik/fachowiec (np. elektryk, hydraulik, mechanik itd.)
- ☐ Opieka, wypoczynek i usługi
- ☐ Sprzedaż i obsługa klienta
- ☐ Operator procesów, instalacji i maszyn
- ☐ Rolnictwo / budownictwo
- ☐ Bezrobotny(-na)
- ☐ Inny zawód (jaki?) _____

10. Niektóre osoby mogły być zatrudnione w przeszłości, inne – nie. Jeżeli pracował_ś (praca zarobkowa lub wolontariat), wskaż listę wykonywanych dotąd prac: *Jeżeli potrzebujesz dodatkowego miejsca, możesz wpisać informacje na końcu kwestionariusza.*

11. Prosimy o zaznaczenie obszarów, w których otrzymujesz wsparcie:

- ☐ W domu (np. przygotowywanie posiłków, ubieranie się, higiena osobista)
- ☐ W pracy (np. wykonywanie zadań zawodowych, interakcja ze współpracownikami)
- ☐ Opieka zdrowotna (np. przyjmowanie leków, korzystanie z usług medycznych)
- ☐ Finanse (np. świadczenia socjalne i/lub dla osób niepełnosprawnych)
- ☐ Aktywność społeczna (np. nawiązywanie i utrzymywanie przyjaźni)
- ☐ Działania związane z uczeniem się przez całe życie (np. nauka strategii samodzielnego zarządzania)
- ☐ Życie w społeczności (np. transport, zarządzanie pieniędzmi)
- ☐ Dalsze kształcenie lub kolejne etapy nauki (np. szkoła wyższa/universytet)
- ☐ Organizacja (np. prowadzenie kalendarza, planowanie codziennych zajęć)
- ☐ Nie otrzymuję wsparcia

12. Czy specjalista stwierdził, że cierpisz obecnie na którykolwiek z poniższych problemów zdrowotnych i chorób, w tym schorzeń neurologicznych ? *(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)*

- ☐ Problemy ze snem
- ☐ Problemy żołądkowo-jelitowe (w tym ból brzucha, biegunka, zaparcia, refluks kwasowy, wymioty lub wzdęcia)
- ☐ Zespół jelita drażliwego (IBS)
- ☐ Zapalenie okrężnicy
- ☐ Wysokie ciśnienie krwi
- ☐ Choroba wieńcowa lub choroba serca
- ☐ Astma
- ☐ Padaczka
- ☐ Nowotwór
- ☐ Artretyzm
- ☐ Demencja lub utrata pamięci
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Otyłość
- ☐ Wysoki poziom cholesterolu
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne (jakie?) _____

13. Czy obecnie przyjmujesz jakieś leki/stosujesz jakąś formę leczenia ze względu na stan zdrowia fizycznego? *Jeżeli nie, należy przejść do pytania 14*

☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, prosimy o wskazanie leków/form leczenia, które obecnie stosujesz i w związku z jaką chorobą/stanem:

Choroba/stan	Leki / forma leczenia
.....	
.....	
.....	

14. Czy specjalista zdiagnozował u Ciebie obecnie którekolwiek z poniższych zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych? *(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)*

- ☐ Depresja
 - ☐ Zaburzenie dwubiegunowe
 - ☐ Zaburzenia lękowe
 - ☐ Psychoza lub schizofrenia
 - ☐ Zaburzenia odżywiania
 - ☐ Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)
 - ☐ Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD)
 - ☐ Zespół Tourette'a
 - ☐ Zaburzenia osobowości
 - ☐ Zespół stresu pourazowego (PTSD)
 - ☐ Żadne z powyższych
 - ☐ Inne zaburzenia psychiczne lub neurorozwojowe (należy podać jakie)
-

15. Czy obecnie stosujesz którekolwiek z poniższych metod leczenia zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych?

- ☐ Leki
- ☐ Terapia psychologiczna
- ☐ Inne
- ☐ Nie

16. Jeżeli tak, prosimy o opisanie metody leczenia, którą stosujesz obecnie (np. nazwę leków lub terapii): *Jeżeli nie, należy przejść do pytania 17*

Zaburzenie/stan	Leki / terapia psychologiczna
.....	
.....	
.....	

17. Czy specjalista zdiagnozował w przeszłości u Ciebie którekolwiek z poniższych zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych?

(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- ☐ Depresja
 - ☐ Zaburzenie dwubiegunowe
 - ☐ Zaburzenia lękowe
 - ☐ Psychoza lub schizofrenia
 - ☐ Zaburzenia odżywiania
 - ☐ Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)
 - ☐ Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD)
 - ☐ Zespół Tourette'a
 - ☐ Zaburzenia osobowości
 - ☐ Zespół stresu pourazowego (PTSD)
 - ☐ Żadne z powyższych
 - ☐ Inne zaburzenia psychiczne lub neurorozwojowe (należy podać jakie)
-

18. Czy w przeszłości stosował_ś którekolwiek z poniższych metod leczenia zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych?

- ☐ Leki
- ☐ Terapia psychologiczna
- ☐ Inne
- ☐ Nie

19. Jeżeli tak, prosimy o opisanie metody leczenia, jaką stosował_ś w przeszłości (np. nazwę leków lub terapii): *Jeżeli nie, należy przejść do pytania 20*

Zaburzenie/stan	Leki / terapia psychologiczna
.....	
.....	
.....	

20. Czy kiedykolwiek miał_ś problemy z kontrolowaniem emocji?

- ☐ Tak ☐ Nie

21. Czy konsultował_eś się w tej sprawie ze specjalistą, np. z doradcą lub psychologiem?

- ☐ Tak ☐ Nie

22. Czy kiedykolwiek brał_ś jakieś leki ze względu na swoje samopoczucie?

☐ Tak

☐ Nie

23. Jeżeli tak, prosimy o wskazanie leków, jakie stosował_ś w przeszłości (np. nazwę leków lub terapii):

Choroba/stan	Leki / terapia psychologiczna
.....	
.....	
.....	

24. Jakie obawy masz obecnie? (prosimy o opisanie)

**25. Na koniec prosimy o pomoc w zaplanowaniu procesu diagnozy
Dlaczego chcesz właśnie teraz poddać się diagnozie?**

26. Co skłoniło Ciebie lub inną osobę do rozważenia zaburzeń ze spektrum autyzmu (często określanych jako ASD)?

☐ Uważam, że mam ASD

☐ Ktoś inny uważa, że mam ASD

27. Chcielibyśmy, żeby proces diagnozy był dla Ciebie jak najbardziej dogodny. Zapoznaj się proszę z poniższą listą udogodnień i zaznacz te, które Twoim zdaniem powinniśmy spróbować zapewnić:

- ☐ Dostosowanie do potrzeb osób z zaburzeniem słuchu, mowy lub wzroku
- ☐ Dostosowanie środowiska fizycznego, np. dostęp przez drzwi automatyczne
- ☐ Dostosowanie środowiska sensorycznego
- ☐ Dodatkowe wsparcie podczas oceny
- ☐ Dostępny i dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami parking
- ☐ Bliskość toalet
- ☐ Bliskość spokojnej przestrzeni
- ☐ Forma komunikacji (np. e-mail, telefon lub poczta)
- ☐ Wsparcie związane z trudnościami w uczeniu się
- ☐ Dostosowania informacji, np. łatwy do odczytania tekst
- ☐ Inne (jakie?)

Data wypełnienia:

Dziękujemy za wypełnienie tego kwestionariusza.

Prosimy o odesłanie kwestionariusza do nas w załączonej kopercie lub emailem na wskazany adres

W przypadku pytań prosimy o kontakt

Proszę wpisać tu wszelkie inne uwagi.

Korzystanie z ACIA i szkolenia

Wywiad Kliniczny do diagnozowania autyzmu u osób dorosłych (ACIA) powinien być stosowany wyłącznie po przeszkoleniu.

Fundacja JiM we współpracy z Uniwersytetem Newcastle prowadzi kursy online, które dostarczają wiedzę i materiały niezbędne do wykorzystania narzędzia ACIA w ocenie możliwych zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) u osób w wieku 16 lat i starszych.

Aby dowiedzieć się więcej i zapisać się, odwiedź: <https://jim edukacja.org/> lub wyślij e-mail na adres ACIA@jim.org



Fundacja Jim

Newcastle University
Newcastle upon Tyne
NE1 7RU
United Kingdom