

DLA KLIENTA	TE POLA WYPEŁNI TERAPEUTA				
Zestaw C - po zakończeniu	KOD TERAPEUTY: <i>(KMOT)</i>	KOD KLIENTA: <i>(KMOK)</i>	KOD INSTYTUCJI: <i>(KMOP)</i>	ROZPOCZĘCIE TERAPII <i>(KMOR)</i>	DATA BADANIA: <i>(KMOD)</i>
				M M - R R	M M - R R

OCENA TERAPII PO JEJ ZAKOŃCZENIU	KCT	Pomyśl o całej swojej terapii. Ustosunkuj się do twierdzeń poniżej. Zaznacz środkowe pole jeśli dane zdanie Cię nie dotyczy.				
		zdecydowanie tak	raczej tak	nie dotyczy	raczej nie	zdecydowanie nie
Cele terapii były dla mnie jasne. <i>KCT1</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobrze rozumiałem/am, po co wykonuję zadania w terapii. <i>KCT2</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmosfera w ośrodku/poradni pomagała mi w terapii. <i>KCT3</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuci pracujący w ośrodku/poradni byli pomocni. <i>KCT4</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadania, które mi zadawał terapeuta były jasne i zrozumiałe. <i>KCT5</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadania, które mi zadawał terapeuta pomagały mi w dążeniu do wyzdrowienia. <i>KCT6</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W moim ośrodku/poradni, pracownicy wiedzieli dokładnie, co mają robić. <i>KCT7</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiedy łamałem/am zasady terapii, konsekwencje nie były ani za ciężkie, ani za lekkie. <i>KCT8</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoby, które leczyły się razem ze mną nie przeszkadzały mi w osiągnięciu wyznaczonych celów. <i>KCT9</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otrzymywałem/am informacje o postępach mojej terapii. <i>KCT10</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCENA PRACY TERAPEUTÓW	KCR	Pomyśl o terapeucie, z którym pracowałeś/aś. Ustosunkuj się do twierdzeń poniżej. Zaznacz środkowe pole jeśli dane zdanie Cię nie dotyczy.				
		zdecydowanie tak	raczej tak	nie dotyczy	raczej nie	zdecydowanie nie
Terapeuta słuchał mnie uważnie. <i>KCR1</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta analizował przyczyny moich problemów i razem ze mną szukał rozwiązań. <i>KCR2</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem/am, że mogę powiedzieć terapeucie o wszystkich moich problemach. <i>KCR3</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem/am, że terapeuta mnie ocenia. <i>KCR4</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem/am, że terapeuta mnie akceptuje. <i>KCR5</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta dostosowywał terapię do mnie. <i>KCR6</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czułem/am się dobrze w obecności terapeuty. <i>KCR7</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój terapeuta używał kiedyś narkotyków i jego doświadczenie pomogło nam w terapii. <i>KCR8</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czułem/am presję ze strony terapeuty. KCR9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta wyznaczał mi cele, które były możliwe do osiągnięcia. KCR10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta chwalił mnie za pozytywne wyniki w terapii. KCR11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta miał inne cele niż ja w tej terapii. KCR12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta dawał mi możliwość dokonywania własnych wyborów. KCR13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OCENA WŁASNEJ POSTAWY W TERAPII</b>  KCW	Pomyśl o sobie i swojej postawie wobec terapii. Ustosunkuj się do twierdzeń poniżej. Zaznacz środkowe pole jeśli dane zdanie Cię nie dotyczy.				
	<b>zdecydowanie tak</b>	<b>raczej tak</b>	<b>nie dotyczy</b>	<b>raczej nie</b>	<b>zdecydowanie nie</b>
Byłem/am mocno zaangażowany/a w moją terapię. KCW1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angażowałem/am się w działania społeczności terapeutycznej. KCW2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angażowałem/am się w pracę zespołową w terapii. KCW3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W trakcie terapii czułem/am, że jestem nic nie wart/a. KCW4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W trakcie terapii nie marnowałem/am swojego wolnego czasu. KCW5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myślę, że życie bez używania narkotyków jest lepsze. KCW6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W trakcie terapii otrzymywałem/am pomoc od bliskich. KCW7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W trakcie terapii czułem/am, że nie mam ochoty nic robić. KCW8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasami łamałem/am ustalone zasady. KCW9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opisz, co najbardziej pomogło Ci w tej terapii:

xKCW10

(uzupełnij pole)

Opisz, co najbardziej przeszkadzało Ci w tej terapii:

xKCW11

(uzupełnij pole)

Opisz, co byś zmienił/a gdyby można było cofnąć się w czasie i rozpocząć terapię jeszcze raz:

xKCW12

(uzupełnij pole)