

طریقه گرفتن شرح حال و معاینه وضعیت روانی از
درمانجویان

و گزارش پرستاری بخش اعصاب و روان
و ثبت آن در پرونده

ارزیابی روانپزشکی شامل دو بخش است:

بخش سوابق و شرح حال

مانند سوابق روانپزشکی، طبی و خانوادگی.

اطلاعات مربوط به این بخش از درمانجو کسب می شود اما می توان اطلاعات جانبی را از اعضای خانواده، پزشکان معالج قبلی و سوابق قبلی بیمارستانی فرد تهیه نمود.

بخش معاینه وضعیت روانی

که در آن به صورت نظام مند کارکردهای رفتاری، شناختی و هیجانی درمانجو در هنگام مصاحبه بررسی می شود.

Identity Data (I.D)

داده های هویتی

که شامل: نام، سن، وضع تاهل، تعداد فرزند، شغل، زبان، نژاد، محل سکونت، ملیت و مذهب است.

منابع کسب اطلاعات باید ذکر شود: خود درمانجو، اعضای خانواده، دوستان، پلیس و غیره

همچنین باید مشخص شود که درمانجو با اختیار خود مراجعه کرده یا به صورت اجباری و توسط دیگران آورده شده است.

Chief complaint (C.C)

شکایت اصلی:

چه چیزی سبب شد که این زمان به بیمارستان مراجعه کنید؟
عین کلمات درمانجو کلمه به کلمه هر قدر هم که بی ربط و عجیب بود
باید در مورد علت مراجعه یا آورده شدن وی برای درمان ذکر شود.
اگر درمانجو قادر به صحبت نبود، توضیحات سایر منابع اطلاعات در مورد
مشکلات درمانجو باید در قسمت سابقه بیماری کنونی گنجانده شود (با
معرفی وی).

present Illness (P.I)

سابقه بیماری کنونی:

چه وقت متوجه شدید مشکل دارید؟ نشانه ها ناگهانی شروع شدند یا تدریجی؟

این قسمت شرح حال مفیدترین بخش برای تشخیص گذاری است.

چگونگی شروع مشکلات کنونی، سیر آنها، عوامل زمینه ساز و برانگیزاننده (مثل عوامل موقعیتی یا بین فردی) و تداوم بخش (مثل افکار بیمار و اجتنابها) در این قسمت آورده می شوند.

Past Illness

سابقه بیماری های قبلی:

در این قسمت دوره های قبلی بیماریهای جسمی و روانی فرد توصیف می شوند.

چگونگی آغاز و نشانه های بیماریهای گذشته، وسعت ناتوانیها، نوع درمانهای به عمل آمده و اثرات آنها، بستریهای قبلی و نام بیمارستانها و میزان رعایت درمان در این قسمت آورده می شوند.

بیماریهای داخلی، قلب و عروق، غدد، جراحیها، ضربه به سر، سوانح جنگ، اختلالات تشنجی، وابستگی به مواد نیز در این قسمت ثبت می شوند.

سوابق خانوادگی

اطلاعات مربوط به تعداد اعضای خانواده، سن والدین و شغل آنها، در صورت فوت والدین و یا سایر اعضا تاریخ و علت فوت آنها، ترتیب تولد و احساسات فرد در مورد خانواده در این قسمت ثبت می شود.

در این قسمت شرح مختصری در مورد اختلالات روانی، ژنتیکی و سوابق درمانی اعضای خانواده درمانجو نیز داده می شود.

Personal history

سابقه شخصی

دوره های رشدی شخص و هیجانهای غالب مربوط به دوره های مختلف زندگی وی در این قسمت ثبت می شوند.

دوره های پیش از تولد و تولد(زایمان، رابطه با مادر و...)

اوایل کودکی(تولد تا سه سالگی)(حرف زدن، راه رفتن و..)

اواسط کودکی(سه تا یازده سالگی)(مسایل تربیتی و تحصیلی و...)

بلوغ و نوجوانی(پیشرفت تحصیلی، روابط اجتماعی، مشکلات هیجانی و...)

بزرگسالی(سوابق شغلی، نظامی، ازدواج، فرزند داری، قانونی، مذهبی و...)

معاینه وضعیت روانی

M.S.E

توصیف کلی General Description

ظاهر appearance (مناسب یا نامناسب بودن پوشش، جوانتر یا مسن تر از سن به نظر رسیدن، حفظ آراستگی ظاهری، دستهای مرطوب، تعریق پیشانی و ...)

فعالیت روانی حرکتی (psycho motor):

بی حالی (adynamic)

بی قراری (agitation)

بی تعادلی (ataxia)

تیک (tic)

طبیعی (normal)

بی ارادگی (abulia)

پرخاشگری (aggression)

نا آرامی (akathisia)

پرتحرکی (hyperactivity)

لرزش (tremor)

نگرش نسبت به معاینه کننده (Attitude toward examiner)

سرزنده (playful)	همکاری (cooperative)
بد بین (pessimistic)	کنترل گری (manipulative)
دوستانه (friendly)	محافظت کننده (guarded)
رک (frank)	خوش بین (optimistic)
طفره رونده (evasive)	اغوا کننده (seductive)
دوستانه (friendly)	تدافعی (defensive)
خصومت آمیز (hostile)	بی تفاوت (apathetic)

خلق (Mood)

هیجان مستمر و نافذی که ادراک شخص را از دنیا تحت تاثیر قرار میدهد.

روحیه بالا (elevated)

گشاده (expansive)

سرخوشی (elation)

شنگولی (euphoria)

وجد (ecstasy)

سوگوار (mourning)

طبیعی (euthymic)

افسرده (depressed)

ملالت بار (dysphoric)

نا امید (despairing)

در نوسان (swing)

تحریک پذیر (irritable)

مضطرب (anxious)

احساس گناه (guilty)

عاطفه (Affect)

تظاهر بیرونی تجارب درونی در شخص

مطابق با خلق (Mood congruent)

عدم تطابق با خلق (Mood incongruent)

متناسب (Appropriate)

نامتناسب (Inappropriate)

ناپایدار (Labile)

کندی (Blunted)

سطحی (Flat)

گفتار (Speech)

- Talkative پر حرف
- Taciturn کم حرف
- Rapid سریع
- Slow آرام
- Loud بلند
- Soft ملایم
- Emotional احساسی
- Stuttering لکنت زبان

ادراک (Perception)

• تجربه مجدد Rexperience

• تجدید خاطره Recollection

• بازگشت به گذشته Flashback

خطای شناختی Illusion ادراک حسی غلط با وجود محرک خارجی. مثلاً در باغ شاخه درخت را به صورت مار میبیند.

توهم Hallucination ادراک حسی غلط بدون وجود محرک می باشد که شامل انواع مختلف دیداری، شنیداری و غیره است.

فکر Thought

- پرش افکار Flight of ideas
- حاشیه پردازی Circumstantiality
- انسداد فکر Thought blocking
- تفکر مماسی Tangentiality
- هذیان Delusion عقیده نادرستی که بر استنباط غلط شخص متکی است و با استدلال اصلاح نمی شود.
- وسواس فکری Obsession
- هراس Phobia
- اشتغال ذهنی Preoccupation
- افکار خودکشی یا دیگرکشی

نظام حسی و شناخت

- **Alerthness** هوشیاری

سنجش شامل آگاهی از محیط، گیجی، خواب آلودگی

- **Orientation** جهت یابی

سنجش در جهت یابی به شخص، زمان و مکان تقسیم می شود.

- **Concentration** تمرکز و **Attention** توجه

به عنوان نمونه به درمانجو گفته می شود که از ۱۰۰، ۷ تا ۷ کم کند.

حافظه Memory

حافظه فوری (توانایی تکرار ۶ رقم پس از معاینه گر)

حافظه نزدیک (دیروز چه کاهایی انجام دادید؟)

حافظه گذشته نزدیک (چند ماه گذشته)

حافظه دور (خاطرات مربوط به سالها پیش)

• **خواندن و نوشتن** (متناسب با سطح تحصیلات درمانجو)

• **محاسبه** (کمک از جدول ضرب)

• **تفکر انتزاعی و هوش** (چه شباهتی بین سیب و گلابی وجود دارد؟)

قضاوت (Judgment)

- آیا بیمار نتیجه احتمالی رفتار خود را می داند؟
- آیا بیمار میتواند بیش بینی کند در یک موقعیت خاص چه رفتاری انجام دهد؟

• الگوی خواب **sleep pattern**:

طبیعی، پر خوابی، کم خوابی، بی خوابی اول شب، بیدار شدن مکرر، بی خوابی آخر شب، مصرف داروهای خواب آور (با ذکر نوع ، مقدار و طول مصرف)

• اشتها **Appetite**:

معمولی، بی اشتهایی، پراشتهایی، کم اشتهایی

بینش (insight)

- به میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خود اطلاق میشود. سطوح بینش به شرح زیر است:
 ۱. انکار کامل بیماری
 ۲. آگاهی مختصر از بیمار بودن و در عین حال انکار آن
 ۳. آگاهی از بیمار بودن اما گناه آن را به گردن دیگران انداختن

۴. آگاهی از این که بیماری ناشی از چیزی نامعلوم در وجود بیمار است.

۵. بینش عقلانی: قبول بیمار بودن و ناتوانی از استفاده از این آگاهی در تجارب آتی

۶. بینش هیجانی واقعی: آگاهی هیجانی از انگیزه ها و احساسات خود و افراد مهم زندگی که می تواند موجب تغییرات اساسی در زندگی شود.

چگونگی ثبت سیر روزانه درمان در بخش روانی:

ثبت مشاهدات بجای تفسیر و تعبیر آنها

آگاهی مداوم از وضعیت درمانجو

مشاهدات خود را هر روز باید با روز پیش مقایسه کرده و در پرونده بنویسید.

توصیف وضعیت حرکتی درمانجو و شرایط دیگر از جمله همکاری در درمان، چگونگی شرایط خلق، عاطفه، صحبت کردن، تفکر، ادراک، هوشیاری، خواب، اشتها، وضعیت مزاجی و سطح خود مراقبتی او.