

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دانشکده پرستاری-مامایی

گروه روان پرستاری

فرم ارزیابی اولیه و شرح حال روان پرستاری (Psychiatric Nursing Initial Assessment & History Taking Form)

شرح	موارد ارزیابی
	۱) اطلاعات شناسنامه‌ای بیمار (Identifying Data / Demographic) (Information): • نام و نام خانوادگی • سن • جنس • وضعیت تأهل • تعداد فرزندان • تحصیلات • شغل • مذهب • محل سکونت • تاریخ بستری • منبع اطلاعات • میزان اعتبار اطلاعات • نام دانشجو / مصاحبه‌کننده • تاریخ مصاحبه
	۲) شکایت اصلی (Chief Complaint): • شکایت اصلی از زبان بیمار • شکایت اصلی از زبان همراه / خانواده
	۳) تاریخچه بیماری فعلی (History of Present Illness): • زمان شروع علائم • نحوه شروع علائم • سیر بیماری حاد □ مزمن □ متناوب □ عودکننده □ • پیشرونده □ • علائم اصلی فعلی • عوامل تشدیدکننده • عوامل کاهش‌دهنده • رویداد استرس‌زای اخیر • تأثیر بر خواب، اشتها، عملکرد روزانه، روابط خانوادگی / اجتماعی، شغل / تحصیل
	۴) سابقه روان پزشکی قبلی (Past Psychiatric History):

	• سابقه مراجعه به روان‌پزشک، روان‌شناس / مشاور • تشخیص‌های قبلی • سابقه بستری روان‌پزشکی (تعداد دفعات بستری، محل بستری‌های قبلی و مدت بستری‌های قبلی) • پایبندی به درمان خوب □ متوسط □ ضعیف □ • پاسخ به درمان‌های قبلی • سابقه ECT (تعداد جلسات و پاسخ به ECT) • سابقه اقدام به خودکشی • سابقه خودآسیب‌رسانی • سابقه رفتار پرخطر پرخطرانه
	۵) سابقه پزشکی (Past Medical History): • بیماری‌های جسمی مهم • بیماری‌های مزمن (دیابت، فشار خون، بیماری قلبی، بیماری تیروئید، بیماری نورولوژیک...) • ضربه به سر • سابقه تشنج • سابقه از دست دادن هوشیاری • بستری غیرروان‌پزشکی • سابقه جراحی • آلرژی دارویی • آلرژی غذایی • مشکلات جسمی مؤثر بر وضعیت روانی
	۶) تاریخچه دارویی (Medication History): • داروهای روان‌پزشکی فعلی • داروهای غیرروان‌پزشکی فعلی • نام دارو / دوز / دفعات مصرف • همکاری در مصرف دارو • فراموشی مصرف دارو • قطع خودسرانه • عوارض دارویی تجربه‌شده • حساسیت دارویی
	۷) سابقه مصرف مواد (Substance Use History): • مصرف سیگار • مصرف الکل • مصرف مواد مخدر / محرک / توهم‌زا • سن شروع • مدت مصرف • دفعات مصرف • علائم ترک • سابقه ترک • سوءمصرف داروهای نسخه‌ای
	۸) سابقه خانوادگی (Family History): • ترکیب خانواده • روابط بیمار با اعضای خانواده • سابقه اختلالات روان‌پزشکی در خانواده

	• سابقه خشونت در خانواده • بیماری‌های جسمی مهم خانوادگی • الگوی حمایت خانوادگی
	۹) تاریخچه فردی و رشدی (Personal and Developmental History): • وضعیت بارداری و تولد • رشد و تکامل اولیه • مشکلات دوران کودکی • سوءاستفاده جسمی، روانی و جنسی • ارتباط با همسالان • ویژگی‌های رفتاری در کودکی
	۱۰) تاریخچه تحصیلی (Educational History): • آخرین مدرک تحصیلی • عملکرد تحصیلی • مشکلات یادگیری و رفتاری در مدرسه • افت تحصیلی / ترک تحصیل
	۱۱) تاریخچه شغلی (Occupational History): • شغل فعلی • رضایت از شغل • سابقه تغییر شغل • سابقه بیکاری و علت • روابط با همکاران • تأثیر بیماری بر اشتغال • منبع درآمد
	۱۲) تاریخچه اجتماعی (Social History): • روابط اجتماعی • انزوای اجتماعی • سرگرمی‌ها • حمایت اجتماعی • مشکلات حقوقی / قضایی • سابقه زندان
	۱۳) تاریخچه ازدواج و روابط عاطفی (Marital and Relationship History): • وضعیت تأهل • مدت ازدواج • کیفیت رابطه با همسر • رضایت زناشویی • سابقه جدایی و طلاق • روابط عاطفی مهم قبلی • حمایت همسر/ شریک عاطفی • نقش بیماری در رابطه زناشویی
	۱۴) باورها، ارزش‌ها و معنویت (Spiritual / Religious / Cultural History): • باورهای مذهبی • اعتقادات معنوی و ارزش‌های مهم فرد

	• ملاحظات فرهنگی در مراقبت
	۱۵) معاینه وضعیت روانی (Mental Status Examination): ۱-۱۵) ظاهر عمومی (General Appearance): • وضعیت نظافت و بهداشت • تماس چشمی • حالت چهره • سن ظاهری نسبت به سن واقعی ۲-۱۵) رفتار و فعالیت روانی-حرکتی (Behavior / Psychomotor Activity): • آرام / بی‌قرار • کندی روانی-حرکتی • تحریک‌پذیری و رفتار پرخاشگرانه • رفتار کنارمگیرانه • تیک • کاتاتونیا • رفتارهای عجیب و نامتناسب ۳-۱۵) گفتار (Speech): • سرعت گفتار کند ☐ طبیعی ☐ تند ☐ • حجم صدا کم ☐ طبیعی ☐ بلند ☐ • فشار گفتار • فقر گفتار / مکث طولانی ۴-۱۵) خلق (Mood) • خلق گزارش شده توسط بیمار (افسرده، تحریک پذیر، سرخوش، خشمگین...) ۵-۱۵) عاطفه (Affect): • عاطفه استنباط شده از صحبت‌های بیمار توسط پرستار ۶-۱۵) جریان فکر (Thought Process / Form of Thought): • منطقی بودن، • هدفمندی • انسجام • کندی تفکر • پرش افکار • بلاک فکر • حاشیه‌پردازی • شل شدن تداعی‌ها • تفکر مماسی ۷-۱۵) محتوای فکر (Thought Content): • افکار وسواسی • هذیان

	• بدبینی • افکار مرگ و خودکشی (قصد و برنامه) • افکار دیگرکشی • افکار آسیب به دیگران ۸-۱۵) ادراک (Perception): • توهمات • خطای ادراکی • مسخ شخصیت (Depersonalization) • مسخ واقعیت (Derealization) ۹-۱۵) شناخت (Cognition): • سطح هوشیاری • جهت‌یابی سه‌گانه به مکان، زمان و شخص • حافظه فوری، اخیر و دور • تمرکز و توجه (سریال اعداد و محاسبه ریاضی) • تفکر انتزاعی ۱۰-۱۵) بینش (Insight): • سطح ۱: انکار کامل بیماری (اصلاً قبول ندارد مشکلی دارد) • سطح ۲: آگاهی اندک (همزمان هم قبول دارد و هم انکار می‌کند) • سطح ۳: آگاهی بدون شناخت علت (می‌داند بیمار است ولی علت درونی آن را نمی‌داند) • سطح ۴: آگاهی با فرافکنی (قبول دارد حالش بد است ولی دیگران یا عوامل بیرونی را مقصر می‌داند) • سطح ۵: بینش فکری (قبول بیماری و علت آن ولی عدم رعایت دستورات دارویی) • سطح ۶: بینش عینی واقعی (درک کامل از احساسات و انگیزه‌ها که منجر به تغییر رفتار و همکاری درمانی می‌شود) ۱۱-۱۵) قضاوت (Judgment): • تصمیم‌گیری در موقعیت فرضی ۱۲-۱۵) قابلیت اعتماد (Reliability): • قابل اعتماد، نسبتاً قابل اعتماد، غیر قابل اعتماد
	۱۶) ارزیابی خطر (Risk Assessment): • خودکشی (افکار خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی، علائم روان‌پریشی، احساس بی ارزشی...) • آسیب به خود • آسیب به دیگران (افکار آسیب به دیگران، تهدید کلامی و فیزیکی، دسترسی به وسیله خطرناک تحریک‌پذیری شدید، توهم و هذیان مرتبط با خشونت...) • فرار (سابقه فرار، تمایل به ترک بخش، بی‌قراری شدید، عدم بینش به بیماری...) • پرخاشگری

• منابع:

- ✓ کوشان، محسن. سعید، واقعی. روان‌پرستاری (بهداشت روان ۱ و ۲). انتشارات اندیشه رفیع
- ✓ کاپلان. سادوک. خلاصه روان‌پزشکی ویرایش دوازدهم، ۲۰۲۲. ترجمه دکتر فرزین رضاعی و همکاران. انتشارات ارجمند
- ✓ نورمن ال. کلنتر. دبی استیل. روان‌پرستاری ویرایش هشتم ۲۰۱۹. ترجمه حسینعلی سخندان و همکاران. انتشارات جامعه نگر
- ✓ Mary C. Townsend. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Sixth edition. 2014
- ✓ Sheila L. Videbeck. Psychiatric Mental Health Nursing. Eight edition. 2020