

# ARKUSZ DANYCH O PACJENCIE Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI ORAZ JEGO ŚRODOWISKU

## I. DANE O PACJENCIE I ŚRODOWISKU

1. Imię i nazwisko wiek

2. Stan cywilny stan rodzinny

3. Adres zamieszkania

z kim mieszka

warunki mieszkaniowe

4. Osoba opiekująca się chorym (imię i nazwisko, adres, telefon)

5. Wykształcenie zawód

6. Wykonywana praca pełniona funkcja

7. Źródło utrzymania

8. Pełnione role społeczne

9. Sposób spędzania wolnego czasu

10. Upodobania

11. Nałogi (kawa, alkohol, inne środki, podać ilość)

12. Przyzwyczajenia dotyczące snu, żywienia, higieny, wypoczynku, ćwiczeń fizycznych, rozkładu dnia itp.

## II. DANE O HOSPITALIZACJI I STANIE ZDROWIA

1. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym

pierwszy kolejny

2. Stan prawny (na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego):

a) pisemna zgoda chorego lub jego przedstawiciela ustawowego

b) zgoda sądu opiekuńczego

c) przyjęcie bez zgody chorego

3. Bezpośrednia przyczyna hospitalizacji

4. Diagnoza lekarska

5. Czas trwania kolejnych remisji

6. Przebyte choroby, w tym nosicielstwo chorób

7. Skłonność do alergii (na co jest uczulony)

8. Funkcjonowanie układów:

– nerwowego,

– krążenia,

– oddechowego,

– pokarmowego,

– kostno-stawowo-mięśniowego,

– moczowego,

– płciowego

### III. STAN PSYCHICZNY PACJENTA

1. Jaki jest aktualny stosunek pacjenta do choroby: zaprzecza, pomniejsza, wyolbrzymia,

akceptuje diagnozę lekarską.

2. Jak pacjent reaguje na chorobę i hospitalizację (podkreśl lub dopisz): lękiem, strachem, gniewem, agresją, przygnębieniem, apatią, niepokojem, obojętnością, podekscytowaniem itp.

– choroba jest dla pacjenta ulgą, przeszkodą, stratą, korzyścią, wartością (podkreśl lub dopisz)

– w jakim stopniu choroba utrudnia pacjentowi życie osobiste, rodzinne, zawodowe

i blokuje jego potrzeby i dążenia?

– czy pacjent chce się leczyć? (tak, nie)

– czy pacjent zgadza się na proponowane leczenie? (tak, nie)

– czy będzie współpracował z pielęgniarką? (tak, nie)

– czy pacjent chciałby coś zmienić w swojej sytuacji (zmiana placówki, oddziału, pracowni terapii, zespołu leczącego, sali, proponowanego programu leczenia, punktów regulaminu oddziału itp.)?

– jakie ma trudności w adaptacji do pobytu w placówce?

– jakie ma życzenia dotyczące odwiedzin?

– kto jest dla pacjenta znaczącą osobą, którą chciałby widywać częściej niż inne?

– jakie ma doświadczenia, ewentualnie przeżycia z poprzednich hospitalizacji?

– czego chciałby uniknąć? co mu wówczas najbardziej pomogło w jego sytuacji?

– które z zajęć terapeutycznych lubi najbardziej?, które zajęcia go męczą lub drażnią?

#### IV. OSOBOWOŚĆ PACJENTA I WŁAŚCIWOŚCI JEGO PROCESÓW PSYCHICZNYCH

##### **Dzieciństwo i młodość:**

- rodzina – wychowany przez rodziców, dziadków, krewnych, sieroctwo, jednak, liczne rodzeństwo, którym jest dzieckiem z kolei, środowisko z którego pochodzi, stan materialny rodziny;
- atmosfera domu – bezpieczeństwo, wzajemna miłość, wsparcie, jasne reguły i akceptowane wymagania, nadmierna pobłażliwość, brak zainteresowania dziećmi, nadopiekuńczość, dyscyplina, zakazy, nakazy, nadmierna surowość, kary cielesne;
- rodzice lub opiekunowie – dominujący, agresywni, impulsywni, osądzający, karzący, skonfliktowani między sobą, rozgrywający swoje sprawy z udziałem dzieci, żyjący zgodnie, kochający się, religijni, dbający wzajemnie o autorytet wobec dzieci;
- kontakty z rówieśnikami – wychowywany w domu, w przedszkolu, aprobowany, lubiany, towarzyski, dominujący, częste konflikty z dziećmi, izolujący się, preferowany rodzaj zabawy;
- zapamiętane silne przeżycia z wczesnego dzieciństwa;
- szkoła – w jakim wieku rozpoczął naukę, uczył się dobrze, źle, przeciętnie, czy sprawiał kłopoty nauczycielom, czy odczuwał niechęć do chodzenia do szkoły i czym się to przejawiało – wagary, bójki, ucieczki, powtarzanie klasy;
- młodość – zainteresowania, grupy rówieśnicze, hobby, pierwsze doświadczenia z płcią przeciwną (wiek), dominujące uczucia na wspomnienie o młodości;
- objawy nieprzystosowania w dzieciństwie i młodości – moczenie nocne, jąkanie się, tiki, grymasy, obgryzanie paznokci, lęki nocne, nadmierna nieśmiałość, fobie itp.

## **Dojrzałość:**

- zdobycie wykształcenia i zawodu – zgodnie z zamiłowaniem, pod presją rodziców, nie lubi swojego zawodu, jest usatysfakcjonowany wyborem, osiągnął zadowolenie, sukces zawodowy, jest doceniany, dobrze wynagradzany, samodzielny w pracy, awansuje, stanowisko kierownicze, praca łatwa, trudna, obciążająca psychicznie, monotonna, jest niedoceniany, dyskryminowany, zagrożony zwolnieniem z pracy;
- służba wojskowa (tak, nie) – silne przeżycia, szok, upokorzenie, zadowolenie, zdobycie zawodu;
- małżeństwo – pierwsze, następne, rozwód, separacja, porzucenie, konflikty, zazdrość, niedobrane, zgodne, kochające, dobrane, wspólne zainteresowania, oparcie;
- dzieci (posiada, nie posiada) – małe, dorosłe, samodzielne, studiujące, sprawiające kłopoty (jakie), ustabilizowane;
- role społeczne (pełni, nie pełni) – polityczne, zawodowe, społeczne, pełni chętnie, niechętnie, nie wywiązuje się, zrezygnował;
- przeżycia traumatyzujące – śmierć bliskich, choroba przewlekła, katastrofa, uwięzienie, utrata współmałżonka (śmierć, odejście, rozwód), utrata pracy, brak środków do życia, utrata mienia, prestiżu itp.

## **Stan psychiczny pacjenta w chwili przyjęcia na oddział:**

- wygląd zewnętrzny – ubiór, higiena, budowa ciała (otyłość, wychudzenie), wygląd a wiek pacjenta, wyraz twarzy (mimika sztywna, twarz maskowata), wyraz oczu, postawa ciała, tiki, grymasy itp.;
- zachowanie się oraz nastrój pacjenta – spokojny, pobudzony psychomotorycznie, nieruchomy, stereotypie, zachowuje się dziwacznie, niespokojny, zmanierowany, nastrój obojętny, chwiejny, wesoły, żywy, smutny, przygnębiony, napięty, sztywny, niedostosowany;
- zaburzenia spostrzegania, uwagi, pamięci, myślenia – omamy, iluzje, trudności ze skupieniem uwagi, rozpraszanie, zanik pamięci, luki pamięciowe, konfabulacje, niepamięć wsteczna i następcza, omamy pamięciowe, rozkojarzenie myślenia i rozerwanie wątków myślowych, przyspieszenie, spowolnienie, zatamowanie myślenia, gonitwa myśli, urojenia;
- zaburzenia świadomości i orientacji – senność patologiczna, zawężenie pola świadomości, przymglenie świadomości, majaczenie, zamroczenie, splątanie, orientacja w miejscu, czasie, sytuacji własnej;
- inteligencja – mowa, zdolność komunikowania się, poczucie choroby psychicznej, treść pytań, jakie zadaje pacjent, bogactwo słownictwa, właściwe używanie terminów, myślenie abstrakcyjne, poziom zrozumienia tego, o czym się rozmawia, gadatliwość, małomówność, wady wymowy, neologizmy, brak poczucia choroby psychicznej, niedostateczne lub przesadne poczucie choroby, nastawienie hipochondryczne, krytycyzm wobec zjawisk chorobowych dawnych i obecnych;
- orientacja w sprawach zdrowia – pacjent potrafi identyfikować swoje potrzeby i zna sposoby ich zaspokajania, radzi sobie ze stresem, właściwie wykorzystuje mechanizmy obronne, współpracuje z lekarzem i pielęgniarką, jest zdolny do samoopieki, ma satysfakcjonujące relacje z rodziną i środowiskiem, jest świadomy zagrożeń dla zdrowia psychicznego, ewentualnie ujawnia braki w części lub całości opisanych umiejętności i cech;
- życie popędowe – obniżenie lub zanik, skłonności samobójcze, skłonność do działań impulsywnych.