

目錄

第一章 精神醫學及護理發展史	
壹、精神醫學發展史	1-1
貳、精神科護理發展史	1-2
參、台灣精神醫學與護理	1-3
第二章 精神衛生護理人員的角色與功能	
壹、護理專業角色型態與模式	2-1
貳、護理人員的角色及功能之運用	2-2
參、台灣精神衛生護理的發展	2-4
第三章 精神科護理的倫理與法律	
壹、倫理意涵	3-1
貳、倫理理論	3-1
肆、護理倫理的決策	3-2
伍、醫護法規	3-3
陸、精神科護理業務與責任	3-3
柒、精神病人的權利	3-4
捌、精神科常見的醫療疏失與法律問題	3-5
玖、預防醫療糾紛之措施	3-6
第四章 精神疾病之病因、診斷與症狀	
壹、精神疾病的病因	4-1
貳、精神疾病的診斷分類	4-10
參、精神疾病的臨床症狀	4-25
第五章 精神科護理過程的運用	
壹、護理過程 (Nursing Process)	5-1
貳、護理評估 (nursing assessment)	5-1
參、護理診斷 (或護理問題) (nursing diagnosis)	5-11
第六章 治療性人際關係與治療性溝通	
壹、治療性人際關係	6-1
肆、治療性溝通	6-7
第七章 思覺失調類群及其他精神病症之護理	
壹、概念	7-1
貳、思覺失調症 (Schizophrenia)	7-1
伍、情感思覺失調症 (schizoaffective disorder)	7-12
陸、妄想症 (delusional disorder)	7-12
第八章 情緒障礙症之護理	
壹、憂鬱症	8-1
貳、雙相情緒障礙症 (bipolar disorder)	8-10

第九章 焦慮症之護理	
壹、焦慮的定義	9-1
貳、焦慮程度	9-1
參、適應與防衛機轉	9-3
肆、臨床症狀與診斷準則	9-3
伍、病因	9-6
陸、治療	9-8
柒、護理過程	9-8
第十章 強迫症及相關障礙症之護理	
壹、疾病分類與診斷準則	10-1
貳、強迫症 (Obsessive - Compulsive Disorder; OCD)	10-1
參、病因	10-3
肆、治療與預後	10-4
伍、護理	10-4
第十一章 創傷及壓力相關障礙症之護理	
壹、疾病分類與診斷準則	11-1
貳、病因	11-6
參、治療與預後	11-6
肆、護理	11-7
伍、災難後照護	11-8
第十二章 身體症狀及相關障礙症之護理	
壹、疾病分類與診斷準則	12-1
貳、病因	12-3
參、治療與預後	12-5
肆、護理	12-5
第十三章 人格障礙症之護理	
壹、疾病分類與診斷準則	13-1
貳、A 群人格障礙症	13-2
參、B 群人格障礙症	13-3
肆、C 群人格障礙症	13-5
伍、病因	13-6
陸、治療	13-7
柒、護理	13-8
第十四章 肌體治療	
壹、藥物治療 (Drug Therapy)	14-1
貳、快速安神法 (RT)	14-17
參、電氣痙攣療法 (ECT)	14-17
第十五章 心理治療	
壹、定義	15-1
貳、分類	15-1
參、心理治療在護理過程的運用	15-4

第十六章 行為治療	
壹、定義	16-1
貳、相關理論	16-1
參、行為改變技術與應用.....	16-3
第十七章 團體治療	
壹、團體治療 (Group Therapy) 的特性	17-1
貳、團體治療的結構	17-1
參、團體治療的過程	17-1
肆、團體治療的理論架構.....	17-2
伍、團體治療的有效因素.....	17-2
第十八章 環境治療	
壹、定義	18-1
貳、治療性環境的標準	18-1
參、環境治療的功能	18-1
肆、環境治療需具備的特性	18-2
伍、環境治療的型態	18-3
陸、環境治療的臨床運用.....	18-3
第十九章 危機處置及護理	
壹、危機	19-1
貳、暴力行為	19-5
參、自殺行為	19-12
肆、自殺處置的法律問題.....	19-18
第二十章 物質相關及成癮障礙症之護理	
壹、物質相關障礙症 (Substance-Related Disorders)	20-1
貳、目前台灣地區普遍濫用的物質：	20-1
參、解毒治療 (Detoxification)	20-11
肆、復健治療	20-11
伍、護理評估	20-12
陸、護理診斷	20-14
柒、一般性護理原則	20-14
第二十一章 兒童及青少年精神病症之護理	
壹、神經發展障礙症 (neurodevelopmental disorders)	21-1
貳、預防	21-7
第二十二章 老年精神病症之護理	
壹、譫妄 (delirium)	22-1
貳、失智症 (dementia)	22-3
參、老年憂鬱症 (geriatric depression)	22-8
第二十三章 社區精神心理衛生之護理	
壹、對精神疾患的基本理念	23-1
貳、社區心理衛生.....	23-1
參、社區精神居家照護服務	23-4
肆、社區精神護理人員的角色與功能.....	23-5

第一章 精神醫學及護理發展史

壹、精神醫學發展史

一、西方精神醫學史

(一) 超自然時期（西元前 1500 年以前）

對於疾病的解釋，深受邪靈妖魔的超自然觀念所影響，認為精神疾病的種種怪異行為乃由於魔鬼附身、遭天譴或受咒詛而造成。

(二) 希臘羅馬時期（西元前 460~348 年前）

開始以科學眼光看精神疾病，認為精神疾病是一種疾病。

(三) 黑暗時期（西元 200~1700 年）

重拾「鬼神學說」，以驅魔儀式—酷刑來治療精神病患者。再度陷入黑暗期。

(四) 人道改革時期（文藝復興時期）

博愛精神與人道主義盛行，開始重視人的尊嚴，主張心理疾病和身體疾病並無不同。

1. 飛利浦·畢乃爾（Phillipe Pinel, 1745~1826）

相信精神疾病與身體疾病同屬於疾病，主張不應以鐵鍊囚禁精神病人，奠定日後以人道主義來護理精神病患的基礎，為精神醫學的第一次革新運動，被稱為「精神病人之父」。

(五) 近代精神醫學（十九世紀初期~二十世紀中期）

1. 克雷佩林（Emil Kraepelin, 1883），將精神疾病之病因、症狀、病程及預後作系統化的整理與分類，創立「敘述性精神醫學（descriptive psychiatry）」為「現代精神醫學之父」。

2. 佛洛伊德（Sigmund Freud, 1856~1939）首位以心理學觀點解釋精神疾病病因、並運用心理分析理論之治療技巧（夢的解析、自由聯想與抗拒解析等）來治療精神病患，將精神醫學帶入「心因性病因學」，稱為精神醫學的第二次革新運動。

3. 布魯勒（Eugen Bleuler, 1857~1939）提出了思覺失調症的「4A」症狀（如下），被尊稱為「思覺失調症之父」。

聯想（Association）障礙：聯想鬆散（loosening of association）

自閉（Autism）

情感（Affect）冷漠：不當的情感表現（inappropriate affect）

情感矛盾（Ambivalence）

(六) 現代精神醫學 (二十世紀中期~迄今)

1952 年，抗精神病藥物之發現，使病患的錯亂行為得以控制，精神病院的治療政策由監護、消極療養，轉變為開放、積極治療；運用三段五級概念，使精神疾病在預防、治療與復健三方面有所進展。

1. 瓊斯 (Maxwell Jones, 1953)

推動「治療性社區」(therapeutic community)，強調環境治療之重要，展開社區心理衛生運動，倡導去機構化 (deinstitutionalization)，讓長期住院的個案回歸社區接受療護，帶動精神醫學的第三次革新運動。

2. 二十世紀末，抗精神病藥物研發、增進對於腦神經生理的認識及其與精神活動的交互作用，精神醫學之研究方向擴展涵蓋：精神藥理學、分子遺傳學、神經生理學、及精神神經內分泌學等領域。生物精神醫學之發展：是精神醫學的第四次革新運動。

貳、精神科護理發展史

一、監禁式護理 (西元 1860 年以前)

視精神病患為妖魔鬼怪化身，加以殘酷管理，為精神病患照護的黑暗時期。

二、管理式護理 (西元 1860~1890 年) / 人道照護式護理

受到畢乃爾醫師影響，開始用人道的方式照顧精神病患。1814 年，英國希區 (Samuel Hitch) 醫師首先在療養院裡雇用受過訓練的女性護理人員，以耐心、愛心、友善的態度來照顧病患，首創精神科護理的概念與體系。

1882 年，美國第一所培育精神科護理人員的護理學校在麻薩諸賽州的威弗利 (Waverley) 醫院成立，課程內容：身體照顧與保護、管理病人的技巧為主，很少有心理方面的課程。

三、描述性護理 (西元 1890~1930 年) / 觀察記錄式護理

受到克雷佩林 (Kraepelin) 醫師的影響，精神科護理人員觀察病患的症狀與行為，並加以詳細的描述與記錄，提供醫師診治時的參考。

四、肌體性護理 (西元 1930~1950 年) / 生理照護取向護理

1930 年代，精神醫學發展了身體治療，精神科護理人員需運用內外科的護理知識與技術來照顧病患，使精神科護理趨向專業化。

五、精神動力護理（西元 1950~1970 年）／心理照護取向護理

- （一）蘇利文（Sullivan）：人際關係理論
- （二）佩普洛（Hildegard Peplau, 1909~1999）：1952 年出版護理的人際關係，被尊稱為「精神衛生護理之母」。

六、整體性護理（西元 1970 年至今）

1953 年，英國瓊斯醫師提出「治療性社區」，強調環境本身即為治療，建議以健全社區生活中的正常互動關係，輔以藥物治療。

參、台灣精神醫學與護理

一、台灣精神醫學的發展

- （一）「中華民國精神衛生法」
1990 年 12 月 7 日公布施行，2007 年第三次修正公佈，2008 年 7 月實施。
- （二）「精神衛生法施行細則」
1991 年，針對精神衛生法之「精神衛生體系」、「病人之保護及權利保障」、「精神醫療業務」等各項，予以明確規範，以保障精神病患接受照護之各項權益。

二、台灣精神衛生護理的發展

- * 1960 年鍾信心女士在美國取得精神科護理碩士學位後返國任教，對精神科護理貢獻良多，是為台灣「精神科護理鼻祖」。
- * 中華民國精神衛生護理學會為了提升精神護理相關領域護理人員的專業素養及能力，推展精神護理認證工作：

（一）社區基礎精神衛生護理能力鑑定

鑑定項目包含：治療性人際關係、精神衛生護理評估、藥物治療、建構自我、自我管理、疾病管理、就業及就學輔導及資源連結等必備能力。

（二）精神衛生護理師

筆試通過後，才能參加第二階段情境考試。

	治療性 人際關係	精神衛生 護理評估	藥物 治療	暴力/自殺 處置	行為 治療	支持性團 體治療
筆試	V	V	V	V	V	V
情境考試	V	V	隨機抽取一項			

(三) 精神衛生臨床護理專家

民國 101 年推動此項認證工作。

申請者須已取得精神衛生護理師證書及社區精神衛生護理能力合格證明外，具護理相關碩士學位（含）以上者，其精神衛生護理及實務課程修業另由認證委員會認定之。

(四) 精神專科護理師

2012 年由台灣專科護理師學會完成第一屆甄審，精神專科護理師為內科專科護理師分組之一，訓練課程需涵蓋內科及精神科。

三、台灣精神醫學與護理現況

(一) 衛生署

2013 年 7 月改制為「衛生福利部」，其下設「心理及口腔衛生司」主責國人心理健康事務

(二) 精神醫療人力

精神醫療團隊成員：包括醫師、護理人員、臨床心理治療師、社會工作人員、職能治療師等專業人士。

(三) 精神醫療服務設施

精神醫療照護的服務方式，包括：門診、急診、全日住院、強制住院、強制社區治療、居家治療、日間型和住宿型精神復健機構（含康復之家、社區復健中心）、精神護理之家。

(四) 心理衛生政策

1. 擴增精神醫療設施，已達全國醫療網每萬人口 10 床之目標。
2. 擴大建置社區精神病患個案管理系統，強化社區精神醫療保健。
3. 辦理藥癮戒治計畫：提供戒治醫療、替代療法及建置心理輔導。
4. 推動自殺防治中心關懷網絡，推動及辦理自殺防治守門人訓練，提升守門人對於自殺高危險群的辨識與轉介能力。設立自殺防治諮詢「安心專線」0800-788995（0800 請幫幫救救我），由精神醫療專業人員提供 24 小時諮詢服務，以協助民眾即時處理心理與情緒問題。

四、台灣精神醫療之展望

- (一) 一級預防 (Primary Prevention)：進行社區心理衛生預防宣導工作、建立支持系統。
- (二) 二級預防 (Secondary Prevention)：縮短治療期程及降低藥物副作用
- (三) 三級預防 (Tertiary Prevention)：去機構化，以社區為導向的復健。

第二章 精神衛生護理人員的角色與功能

壹、護理專業角色型態與模式

一、護理模式

(一) 功能性護理 (functioning nursing)

護理人力不足時，功能性護理的方式可節省人力，但欠缺良好的照護品質。

(二) 成組護理 (team nursing)

此種方式無固定一位護理人員專屬某個案的主要負責照護者。

(三) 主治或全責護理 (primary nursing)

主治或全責 (primary nursing) 的護理方式是目前精神科病房採用的方式，每位個案從入院到出院皆固定由一位護理人員負責擬定所有住院期間的護理計畫、照護及出院準備服務，個案享有個別及完整之持續性照護。

二、護理專業角色型態

(一) 主治或全責護理人員 (Primary Nurse; PN)

一對一的護案關係 (nurse-client-relationship; N-C-R) 可促進護理人員與個案信任關係的建立，全責護理師沒上班的時候則由病房內其他的代理護理人員 (associate nurse) 依據主治護理師所擬定的護理計畫繼續照護個案。

(二) 個案管理 (case management)

是以個案為收案單位，提供個別性及完整性的照顧，包括病人出院後之追蹤護理、居家照顧、轉介、或社區聯繫工作。

(三) 精神科聯繫照會護理師 (Psychiatric Consultation Liaison Nurse)

精神科聯繫照會護理師 (PCLN, PLN) 被需要服務的單位照會去直接處理個案的心理問題是為直接照會，若協助提升照會單位護理人員本身能力去處理該個案問題則是間接照會。

1. 具備足夠的精神科護理專業知識與技能：須是具碩士學位的精神專科護理師始能擔任。
2. 工作重點在於協助照會者思考及處理其無法解決的問題：不是對照會者做深入的心理探討。
3. 聯繫照會護理師與照會者間為平等且平行的關係：不是督導或教員、對照會者沒有評值或獎懲的權力、也沒有行政權力或責任，照會者在被協助的過程中仍有充分自主權，可以採納、部分選擇或再進一步與 PCLN 討論，問題解決責任是由照會者承擔。

(四) 具備與其他專業或資源系統連繫合作的管道：與精神醫療團隊 (醫師、護理人員、社工師、心理師、職能治療師等) 或其他資源系統保持密切的聯繫與合作，在處理照會問題時，適時尋求協助或轉診。