



## 目錄

# 精神科護理學

---

精神衛生護理的發展史 .....	2
精神科護理基本概念.....	6
心理防衛機轉及溝通.....	8
溝通分析理論.....	12
精神疾患之概論 .....	14
精神科各種治療 .....	18
思考障礙之護理 .....	28
情感性疾患.....	32
人格疾患 .....	36
焦慮與身體疾患 .....	40
譫妄與失智症.....	46
物質濫用 .....	50
兒童少年精神護理.....	54
意外事件護理.....	58

## 精神衛生護理的發展史

精神衛生護理的發展受到精神醫學的影響，而在各時期有不同的發展重點

### 精神醫學的發展史

革新運動	發展重點	重要影響人物	發展內容
第一次	人道治療	1. 1793 年法國畢乃爾 (Phillipe Pinel) 2. 1883 年 德國克雷佩林 (Emil Kraepelin)	1. 卸下精神病人的鐵鍊 2. 提出描述性精神醫學，開啟「器質性病因論」的研究，影響後期發展 DSM-IV 和 ICD-10
第二次	心因性病因論	1896 年奧地利佛洛伊德 (Sigmund Freud)	提出精神分析學說奠定動態精神醫學，以自由聯想 (free association) 及夢的解析 (dream analysis) 來解釋一個人潛意識中的精神內容
第三次	治療性社區	1953 年英國瓊斯 (Maxwell Jones)	強調環境治療，醫院中治療的氣氛及專業人員間的合作，病人與工作人員以平等的地位互動，進而增強其行為控制力，而不需行為或場所規範加以約束，更重視病人回歸社會，所以康復之家、日間留院等方式陸續成立
第四次	生物精神醫學	70 年代以後	陸續提出生物化學及神經介質說、分子遺傳學、神經生理學、精神神經內分泌學的研究，重視診斷標準、生物指標、腦部攝影、生化檢驗，以客觀角度診斷並治療病人，此期各種精神藥物開始蓬勃發展而形成主流

## 中華民國精神衛生法

### ◆ 第一章 總則

第 3 條 本法用詞定義如下：

- 一、精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。

### ◆ 第三章 病人之保護及權益保障

第 18 條 對病人不得有下列行為：

- 一、遺棄。
- 二、身心虐待。
- 三、留置無生活自理能力之病人於易發生危險或傷害之環境。
- 四、強迫或誘騙病人結婚。
- 五、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為。

第 19 條 經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，應置保護人一人，專科醫師並應開具診斷證明書交付保護人。前項保護人，應考量嚴重病人利益，由監護人、法定代理人、配偶、父母、家屬等互推一人為之。嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之直轄市或縣（市）主管機關另行選定適當人員、機構或團體為保護人；戶籍所在地不明者，由其住（居）所或所在地之直轄市或縣（市）主管機關為之。保護人之通報流程、名冊建置等事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 22 條 病人之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視。對病情穩定者，不得以曾罹患精神疾病為由，拒絕就學、應考、僱用或予其他不公平之待遇。

第 24 條 未經病人同意者，不得對病人錄音、錄影或攝影，並不得報導其姓名或住（居）所；對於嚴重病人，應經其保護人同意。精神照護機構，於保護病人安全之必要範圍內，設置監看設備，不受前項規定之限制，但應告知病人；於嚴重病人，應告知其保護人。

第 25 條 住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非因病人病情或醫療需要，不得予以限制。精神照護機構因照護、訓練需要，安排病人提供服務者，機構應給予病人是當獎勵金。

#### ◆第四章 協助就醫、通報及追蹤保護

第 34 條 精神照護機構於病人擅自離開該機構時，應即通知其保護人；病人行蹤不明時，應即報告當地警察機關。警察機關發現前項擅離機構之病人時，應通知原機構，並協助送回。

#### ◆第五章 精神醫療照護業務

第 35 條 病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：

- 一、門診。
- 二、急診。
- 三、全日住院。
- 四、日間留院。
- 五、社區精神復健。
- 六、居家治療。
- 七、其他照護方式。前項居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之。

第 38 條 精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知本人或保護人辦理出院，不得無故留置病人。

精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。直轄市、縣（市）主管機關應於轄區內建置二十四小時緊急精神醫療處置機制，協助處理病人護送就醫及緊急安置之醫療事務。

第 42 條 緊急安置期間，不得逾五日，並應注意嚴重病人權益之保護及進行必要之治療；強制鑑定，應自緊急安置之日起二日內完成。經鑑定無強制住院必要或未於前開五日期間內取得強制住院許可時，應即停止緊急安置。強制住院期間，不得逾六十日。但經二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師鑑定有延長之必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以六十日為限。強制住院期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制住院必要者，指定精神醫療機構應即為其辦理出院，並即通報直轄市、縣（市）主管機關。強制住院期滿或審查會認無繼續強制住院之必要者，亦同。經緊急安置或強制住院之嚴重病人或其保護人，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。嚴重病人或保護人對於法院裁定有不服者，得於裁定送達後十日內提起抗告，對於抗告法院之裁定不得再抗告。聲請及抗告期間，對嚴重病人得繼續緊急安置或強制住院。

第 50 條 施行第四十七條及前條治療方式之精神醫療機構，應善盡醫療上必要之注意，經說明並應依下列規定取得書面同意後，始得為之：

- 一、病人為成年人，應經本人同意。但於嚴重病人，得僅經其保護人同意。
- 二、病人為未滿七歲之未成年人，應經其法定代理人同意。
- 三、病人為滿七歲之未成年人，應經其本人及其法定代理人之同意。但於嚴重病人，得僅經其法定代理人同意。

## 精神科護理基本概念

### 精神衛生三級預防

	初級預防	次級預防	三級預防
內容	1. 促進心理健康，預防或減少心理疾病發生 2. 減少社區中精神疾患的發生率	1. 早期診斷、早期治療轉介，避免其慢性化 2. 早期改善或減輕病症，預防惡化，縮短病程	1. 減少疾病殘留及障礙 2. 減少造成家庭社會之後遺症
對象	1. 一般社區民眾 2. 社會問題之民眾、高危險群者	疑似精神病病人	已罹患精神疾病者
措施	提供一般社區居民情緒管理之資訊，提供健康諮詢，篩檢憂鬱指數	提供危機處理，對自殺者給予危機處理，並接受心理轉導	職能工作訓練、輔導職能復健
機構	1. 生命線、張老師 2. 社區心理衛生中心 3. 心理輔導中心 4. 家庭協談中心	1. 精神科專科病房、門診 2. 醫院精神科急診室、衛生所	1. <u>中途之家</u> ： 提供不需回家的慢性精神病人居住的場所 2. <u>日間留院</u> ： 提供病人生活技能及人際訓練 3. <u>庇護性工廠</u> ： 為提供精神病人職能訓練的工作場所 4. <u>養護照護</u> ： 症狀穩定呈慢性化，但無法自我生活照顧需接受醫療體系照護

### 精神科病人機構化及去機構

	定義
機構化	因長期住院，導致病人過度依賴醫院及服從權威，而缺乏解決問題的能力
去機構化	1. 將長期轉出至社區治療減少機構化效應 2. 幫助住院病人能回歸適應社會生活 3. 提供病人自主權，自己設計活動的項目與內容