

华西临床医学丛书

精神科护理学

（供护理本科专业使用）

主 编 李小麟

副主编 张树森

JSKHLX



四川大学出版社

华西临床医学丛书

精神科护理学

(供护理本科专业使用)

主 编	李小麟 (四川大学华西医院)
副主编	张树森 (四川大学华西医院)
主 审	孙学礼 (四川大学华西医院)
编 者	张树森 (四川大学华西医院)
	孙学礼 (四川大学华西医院)
	李晓玲 (四川大学护理学院)
	李小麟 (四川大学华西医院)

四川大学出版社
2002年·成都

责任编辑:孙 激 杜泽镐(特约)

责任校对:石大明

封面设计:罗 光

责任印制:李 平

图书在版编目(CIP)数据

精神科护理学/李小麟主编. —成都:四川大学出版社, 2002.1

ISBN 7-5614-2301-2

I. 精... II. 李... III. 精神病学:护理学
IV. R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 001507 号

书名 精神科护理学

作 者 李小麟 主编
出 版 四川大学出版社
地 址 成都市一环路南一段 24 号 (610065)
印 刷 华西医科大学印刷厂
发 行 四川大学出版社
开 本 787mm×1 092mm 1/16
印 张 15.5
字 数 346 千字
版 次 2002 年 1 月第 1 版
印 次 2002 年 7 月第 2 次印刷
印 数 3 001~6 000 册
定 价 24.00 元

◆读者邮购本书,请与本社发行科
联系。电 话:85408408/85401670/
85408023 邮政编码:610065

◆本社图书如有印装质量问题,请
寄回印刷厂调换。

版权所有◆侵权必究

前 言

随着医学模式的转变，精神卫生越来越受到人们的重视，人们更加清楚地认识到精神心理健康的重要性。精神心理健康是 21 世纪人类所追求和向往的，也是精神卫生人员的重要的课题和目标。由于社会工业化进程的加快，社会竞争的激烈，人们承受的社会、心理压力增大，出现各种异常精神活动的个体逐渐增多，人们对精神卫生服务的需求增加。因此，必须重视精神科护理教育，加强对精神科护理的教育投入，为护理学生和在职人员提供优秀的学习材料就显得非常重要。

本书以社会-心理-生物学模式为指导，从精神卫生和现代护理观出发，应用护理程序，就护理对象在医院、社区中经常出现的心理问题、心理障碍、精神疾病，从其基本概念、典型症状、治疗、护理和康复作了系统的介绍。全书共 16 章。第一、第二、第三章概述了精神科护理的发展、相关护理模式、护理理论及精神科系统化整体护理，第四、第五章介绍了治疗性护患关系和沟通技巧，第六章介绍了精神疾病的症状学，第七至第十三章介绍了各类精神障碍病人的护理。第十四、第十五章介绍了精神病的躯体治疗及心理治疗，第十六章介绍了精神障碍的预防和医院内外的康复。本书供高等护理专业学生使用，也可供其他护理专业学生、临床护理人员、社区卫生工作者使用。

此书在编写的过程中，得到了四川大学华西医院心理卫生中心著名专家刘协和教授的耐心指导和大力支持，他对各章节的编写、内容等方面提供了详细的指导性意见，在此特别向他致以衷心的感谢。另外在编写的过程中，还得到了四川大学华西医院护理部成翼娟主任、护理系李继平主任的大力支持和帮助，在此一并表示诚挚的感谢。

李小麟

2001 年 11 月

目 录

第一章 绪 论	(1)
第一节 精神病护理的发展简史	(1)
一、精神医学的发展简史	(1)
二、精神科护理学的发展历史	(2)
三、精神科护理的发展趋势	(4)
四、精神科医疗护理服务发展上的一些问题	(5)
第二节 精神科护理特点及任务	(6)
一、精神科护理的特点	(6)
二、精神科护理的主要任务	(6)
第三节 精神科医疗护理队伍及人员要求	(7)
一、精神科医疗护理队伍	(7)
二、精神科病房分类	(8)
三、精神科临床护理形式	(8)
四、精神科护理人员的要求	(9)
五、对精神科病人应有的认识	(10)
第四节 精神科护理人员的角色功能	(12)
一、护理过程中的角色与功能	(12)
二、护士在社区中的角色与功能	(13)
三、发展趋势中的角色与功能	(14)
第二章 精神科护理的基本概念及理论	(15)
第一节 临床精神科护理的基本概念	(15)
一、精神科护理的定义和目标	(15)
二、精神科护理的相关概念	(16)
三、精神科护理临床应用模式	(16)
第二节 罗伊的适应模式	(18)
一、适应模式的基本概念	(18)
二、适应模式的主要假定	(19)
三、适应模式及其要素	(19)
四、适应模式对护理实践的指导意义	(21)
第三节 压力与适应	(23)
一、压力的概念及意义	(24)
二、压力与适应	(24)
三、压力与疾病	(26)

四、压力与护理	(27)
五、护理工作的压力应对	(28)
第三章 精神科系统化整体护理	(29)
第一节 精神科系统化整体护理简介	(29)
第二节 护理程序在精神科整体护理中的运用	(29)
一、精神科护理评估	(30)
二、精神科护理诊断	(33)
三、常见的精神科护理诊断	(34)
四、护理计划	(35)
五、实施	(36)
六、护理评价	(36)
第四章 治疗性人际关系	(37)
第一节 护理人员与病人之间的治疗性人际关系	(37)
一、治疗性人际关系的概念	(37)
二、治疗性人际关系的目标	(38)
三、社交性和治疗性人际关系的区别	(38)
四、建立治疗性关系的基础	(39)
五、护理人员在治疗性护患关系中的角色与功能	(39)
六、治疗性人际关系的影响因素	(40)
第二节 治疗性人际关系建立的过程	(42)
一、互动前期	(42)
二、介绍期	(42)
三、工作期	(43)
四、结束期	(43)
第五章 治疗性沟通	(45)
第一节 精神科护理中治疗性沟通的重要性	(45)
第二节 沟通的基本概念	(45)
一、沟通的定义	(45)
二、沟通的分类	(46)
三、沟通的组成	(46)
四、沟通过程	(47)
五、影响沟通的因素	(48)
第三节 治疗性沟通的原则与方式	(48)
一、治疗性沟通的原则	(48)
二、发展治疗性沟通的方式	(49)
第四节 治疗性沟通的技巧与交谈艺术	(51)
一、治疗性沟通技巧	(51)
二、交谈的艺术	(53)

第五节 治疗性沟通的障碍	(54)
第六章 精神病症状学	(56)
第一节 相关概念	(56)
一、精神病症状学	(56)
二、正常和异常	(56)
三、单一症状和综合征的问题	(57)
第二节 感知觉的障碍	(57)
一、知觉的概念	(57)
二、错觉	(57)
三、非幻觉性知觉障碍	(57)
四、幻觉	(58)
第三节 思维障碍	(60)
一、思维的定义和特点	(60)
二、思维联想障碍	(60)
三、思维逻辑障碍	(62)
四、思维内容障碍	(62)
第四节 情感障碍	(64)
一、情感的有关概念	(64)
二、情感障碍	(64)
第五节 意志、行为障碍	(65)
一、意志障碍	(65)
二、行为障碍	(65)
第六节 智能障碍的概念及其分型	(66)
一、智能和智能障碍的概念	(66)
二、智能障碍的分型	(66)
三、精神发育迟滞四个等级的临床特征	(67)
第七节 自知力的定义和在诊断中的意义	(68)
第八节 精神障碍的检查与诊断	(68)
一、采取病史的原则和内容	(68)
二、精神状态检查的原则和内容	(69)
第七章 精神病人危机状态的防范与护理	(71)
第一节 暴力行为的护理	(71)
一、护理评估	(72)
二、护理诊断	(73)
三、护理措施	(73)
四、护理评价	(75)
第二节 自杀行为的防范与护理	(76)
一、自杀的概述	(76)

二、护理评估	(77)
三、护理诊断	(82)
四、护理措施	(82)
五、护理评价	(82)
第三节 出走行为的防范与护理	(83)
一、护理评估	(83)
二、护理诊断	(84)
三、护理措施	(84)
四、护理评价	(84)
第四节 嗜食的防范与护理	(85)
一、护理评估	(85)
二、护理诊断	(85)
三、护理措施	(85)
四、护理评价	(86)
第五节 木僵病人的护理	(86)
一、护理评估	(86)
二、护理诊断	(87)
三、护理措施	(87)
第八章 思维障碍病人的护理	(89)
第一节 思维障碍的概述	(89)
第二节 精神分裂症	(89)
一、概述	(89)
二、病因和发病机制	(90)
三、精神分裂症的临床特征	(91)
四、病程与疾病分类	(92)
五、精神分裂症的诊断	(93)
六、治疗原则及预后	(95)
第三节 精神分裂症病人的护理	(95)
一、护理评估	(95)
二、护理诊断	(96)
三、护理措施	(97)
四、护理评价	(98)
五、护理诊断和护理措施举例	(99)
第九章 情感障碍病人的护理	(110)
第一节 情感与情感障碍的概述	(110)
第二节 情感性精神障碍	(110)
一、双相情感障碍	(111)
二、抑郁症	(112)

第三节 情感性精神障碍的病因·····	(114)
一、生物生理因素·····	(114)
二、心理因素·····	(115)
三、社会文化因素·····	(115)
第四节 情感性精神障碍的诊断、治疗、预后及预防·····	(115)
一、诊断·····	(116)
二、鉴别诊断·····	(116)
三、治疗·····	(117)
四、预防·····	(118)
第五节 情感性精神障碍的护理过程·····	(118)
一、护理评估·····	(119)
二、护理诊断·····	(121)
三、护理措施·····	(121)
四、护理评价·····	(127)
第十章 应激性障碍病人的护理·····	(128)
第一节 应激性障碍·····	(128)
一、病因与发病机制·····	(128)
二、临床特点与分型·····	(128)
三、应激性障碍的治疗·····	(130)
四、应激性障碍的护理·····	(130)
五、护理措施举例·····	(132)
第十一章 焦虑障碍病人的护理·····	(134)
第一节 焦虑与焦虑障碍的概述·····	(134)
一、焦虑及焦虑障碍的概念·····	(134)
二、焦虑的程度·····	(135)
三、适应性与非适应性反应·····	(135)
四、引起焦虑的特定的相关因素·····	(136)
第二节 常见的焦虑障碍·····	(136)
一、焦虑症·····	(136)
二、强迫症·····	(138)
三、恐惧症·····	(140)
第三节 焦虑障碍病人的护理·····	(142)
一、护理评估·····	(142)
二、护理诊断·····	(143)
三、护理措施·····	(143)
四、护理评价·····	(146)
五、焦虑障碍病人的护理措施举例·····	(146)

第十二章 躯体形式障碍病人的护理	(152)
第一节 躯体形式障碍的概述	(152)
第二节 常见的躯体形式障碍	(152)
一、躯体化障碍	(153)
二、疑病症	(153)
三、转换障碍	(154)
第三节 躯体形式障碍的病因	(154)
一、与人格特质有关	(154)
二、与发展障碍有关	(154)
三、与生活压力有关	(155)
四、与焦虑有关	(155)
五、与知觉和认知的异常有关	(155)
第四节 躯体形式障碍的治疗原则与预后	(155)
一、心理治疗	(155)
二、药物治疗	(156)
三、预后	(156)
第五节 躯体形式障碍的护理过程	(156)
一、护理评估	(156)
二、护理诊断	(157)
三、护理措施	(158)
四、护理评价	(160)
五、主要护理诊断及措施举例	(160)
第十三章 精神活性物质依赖与滥用病人的护理	(162)
第一节 概 述	(162)
一、基本概念	(162)
二、精神活性物质的分类	(163)
三、病因及发病机理	(163)
第二节 中枢神经系统抑制药物依赖	(164)
一、阿片类药物依赖	(164)
二、酒精依赖	(166)
三、苯二氮卓类药物依赖	(167)
第三节 中枢神经系统兴奋药物依赖	(168)
一、苯丙胺依赖	(168)
二、可卡因依赖	(168)
三、致幻剂类药物依赖	(170)
第四节 挥发性有机溶剂滥用和依赖	(171)
第五节 多药滥用	(171)
第六节 检测和诊断	(172)

一、药物滥用和依赖的实验室检测·····	(172)
二、性传播疾病的实验室检查·····	(172)
三、免疫功能检查·····	(173)
四、诊断及鉴别诊断·····	(173)
第七节 药物依赖的治疗和护理·····	(174)
一、药物依赖的治疗·····	(174)
二、药物滥用的护理·····	(175)
三、护理措施举例·····	(176)
四、药物滥用的预防·····	(177)
第十四章 精神疾病的躯体治疗及护理·····	(180)
第一节 精神科药物治疗的概述·····	(180)
第二节 抗精神病药物·····	(181)
一、抗精神病药物的分类·····	(181)
二、抗精神病药物的作用机制·····	(182)
三、临床应用·····	(183)
四、抗精神病药物所致不良反应和处理·····	(184)
第三节 抗抑郁药物·····	(187)
一、分类·····	(188)
二、药物作用机制·····	(189)
三、临床应用·····	(189)
四、不良反应及处理·····	(190)
第四节 抗躁狂药物·····	(191)
一、碳酸锂·····	(191)
二、具有心境稳定作用的抗癫痫药物·····	(194)
第五节 抗焦虑药物·····	(194)
一、作用机制·····	(195)
二、临床应用·····	(195)
三、不良反应及处理·····	(195)
第六节 电抽搐治疗·····	(195)
一、作用机制·····	(196)
二、适应证与禁忌证·····	(196)
三、并发症及处理·····	(196)
四、治疗方法·····	(197)
五、电抽搐治疗中的护理·····	(198)
第七节 护理人员在精神科躯体治疗中的角色与功能·····	(199)
一、治疗前进行护理评估·····	(199)
二、共同参与治疗方式的选择和保证治疗方案的执行·····	(199)
三、进行有关治疗的卫生教育·····	(199)

四、监测治疗效果·····	(199)
五、各种治疗措施的配合和护理·····	(199)
六、治疗后的继续追踪·····	(199)
七、参与其他的治疗·····	(200)
八、参与临床的研究·····	(200)
第八节 在药物治疗和电抽搐治疗中护理程序的运用·····	(200)
一、潜在危险性伤害·····	(200)
二、躯体活动功能障碍·····	(200)
三、感觉及知觉改变·····	(201)
四、思维过程改变·····	(201)
五、营养状况改变·····	(201)
六、睡眠形态紊乱·····	(201)
七、排泄障碍·····	(201)
八、口腔黏膜改变·····	(202)
九、皮肤完整性受损·····	(202)
十、性功能障碍·····	(202)
十一、自我照顾能力缺失·····	(202)
十二、不遵从·····	(203)
第十五章 精神科心理治疗及护理·····	(204)
第一节 心理治疗的概述·····	(204)
一、心理治疗的定义·····	(204)
二、心理治疗的主要目的和作用·····	(204)
三、心理治疗的形式·····	(205)
四、心理治疗的基本要点·····	(205)
第二节 个别心理治疗技术·····	(206)
一、个别心理治疗的理论基础·····	(206)
二、个别心理治疗的原则·····	(207)
三、个别心理治疗的作用·····	(207)
四、个别心理治疗的形式·····	(208)
五、护士在个别心理治疗中的角色与功能·····	(209)
六、个别心理治疗中护理过程的运用·····	(209)
第三节 团体心理治疗·····	(210)
一、团体治疗的理论基础·····	(211)
二、团体治疗的原则·····	(211)
三、团体治疗的类型·····	(212)
四、团体治疗的治疗性因素·····	(213)
五、护理人员在团体治疗中的角色与功能·····	(214)
六、团体治疗中护理过程的运用·····	(215)

第十六章 精神障碍的预防和康复·····	(217)
第一节 精神障碍的预防·····	(217)
一、精神障碍三级预防的概念·····	(217)
二、各类精神障碍的预防·····	(218)
第二节 社区精神卫生护理·····	(219)
一、社区精神卫生护理的有关概念·····	(219)
二、社区精神卫生的现状·····	(219)
三、我国社区精神卫生护理的发展趋势·····	(220)
四、社区精神卫生护理工作的范围·····	(220)
五、护理人员在社区精神卫生护理中的角色与功能·····	(220)
六、社区精神卫生护理过程·····	(221)
第三节 精神疾病的康复护理·····	(222)
一、精神科康复护理的概述·····	(222)
二、精神疾病康复的目的与原则·····	(223)
三、影响精神病人康复的因素·····	(223)
四、精神疾病的医院康复·····	(224)
五、精神疾病的社区康复·····	(227)
第五节 精神病人的家庭护理·····	(229)
一、家庭护理的定义·····	(229)
二、精神病人家庭护理的特性与功能·····	(229)
三、精神疾病家庭护理的目标·····	(230)
四、精神疾病家庭护理的常见护理诊断·····	(230)
参考文献·····	(231)

第一章 绪 论

学习目标 学生完成本章的学习后，能够：

1. 叙述中西方精神医学的发展；
2. 认识精神医学的发展与精神科护理学的发展的整体性；
3. 了解精神科护理学发展的历史及发展趋势；
4. 认识精神科护理发展中的阻碍因素；
5. 熟悉精神科护理的特点；
6. 掌握精神科护理的工作范围；
7. 掌握精神科护理人员应具备的条件；
8. 掌握精神科护理人员在护理过程中、社区护理中的角色与功能；
9. 认识对精神病人应有的正确认识。

第一节 精神病护理的发展简史

一、精神医学的发展简史

(一) 西方精神医学简史

从有人类历史以来，精神疾病就一直困扰着人们，并且带来极大的社会问题。精神医学发展的历史就是人们不断认识精神疾病、并且长期与精神疾病抗争的历史。在史前时期，人们把精神疾病的病因归于超自然现象，认为精神病人是因为魔鬼附体、灵魂离体或者触犯某些禁忌而受到人、神诅咒致使产生疯狂怪异行为。因此在治疗方面由巫师通过各种仪式、祈祷、鞭打、挨饿、火烧等方法来驱赶魔鬼治疗精神疾病。到了古希腊罗马时期，人们开始以科学的眼光看待精神疾病，并以人道方式来治疗精神疾病。然而，自东罗马灭亡后，欧洲大陆即进入了所谓的黑暗时期，人们对精神疾病的认识和处理又回到从前。西方精神医学的真正发展是从 19 世纪逐渐开始的，在资产阶级革命浪潮影响下，欧美精神病学领域内爆发了普遍而深刻的革新运动，精神病人的锁链被解除了，开始进入医院接受治疗。1814 年希区 (Dr.Hitch) 将美国的疗养院改成医院形式和体制，并聘用受过训练的女性人员照顾精神病人。在此时期，精神病学的临床与理论研究也逐渐繁荣起来，尤其是 19 世纪末与 20 世纪初，一大批卓越的精神病学家涌现出来，如德国的雷丕林 (Kraepelin, 1855—1926)，以临床观察为基础，以病因学为根据，提出了临床疾病分类学原则。在治疗学方面：焦瑞克 (Wagrer Jauregg) 创造了高热疗法；1933 年沙蔻 (Sakel) 创用了胰岛素昏迷治疗；1935 年梅德纳 (VonMeduna) 的药物痉挛治疗和后来的电痉挛治疗。同时，在治疗上有心理分析学派创建的心理分析治疗，如梦的解析、自由联想等。

20 世纪以来,许多精神病学家对精神病的病因、发病机制分别从大脑解剖学、生理学和心理学不同角度进行了大量的研究和探讨,以阐明精神现象的实质和精神病理现象的发生机理。由于学术观点不同,形成了精神病学中的各种学派。其中,最著名的是弗洛伊德(S.Freud, 1856—1939)创立的心理分析学派,将精神医学带入“心因性病因论”的研究范畴,被认为是精神医学的第二次革新运动。

由于精神疾病治疗的发展,特别是 1953 年后抗精神病药物的出现,使医院的门户开放的政策得以实现。1953 年,英国医生仲斯(Maxwell Jones)提出了“治疗性社区”的观点,强调社会环境对病人治疗的重要性,而主张应鼓励病人使用社会环境,多提供病人治疗性的经验,让病人成为治疗过程中的参与者,一起来解决问题、计划活动,并发展所需的原则及规定。在此观念的倡导下,出现了精神医学的第三次革新即社区精神卫生运动的展开。精神医学的第四次革命开始于 20 世纪 70 年代以来的生物医学的发展,使精神医学进入现代医学模式。

(二) 中国精神医学发展简史

中国传统医学关于精神疾病的论述甚丰,远在殷代甲骨文中就有心疾、首疾的记载。在春秋战国时代的医典《内经》中,就把人的精神活动归之于“心神”的功能,还论述了在剧烈的情感变化下,能引起精神异常,如“怒伤肝、喜伤心、虑伤脾、忧伤肾”等。到了秦汉,历代医学家又先后编著的著名的医学典著,如《素问》、《灵枢》、《难经》、《伤寒论》和《金匱要略》,都对诸多精神症状作了详细的描述,归类为“狂、躁、谵妄、癫、痫”等名称,并概括地论述了这类疾病的病因、发病原理及症状。在此后的一千多年,中国的精神医学基本上是沿着此思路缓慢向前发展的。与西方古代相比较,我国精神医学在当时是比较先进的。但是,由于我国医学的理论是建立在阴阳五行学说的基础上的经验医学,所以在精神医学的理论上几千年来并没有多大的发展。从 19 世纪末开始,国外精神医学的迅速发展并传入我国,国外一些教会在我国相继成立了精神病医院与收容所,使西方的精神医学理论也逐渐传入我国。中华人民共和国成立后,我国精神医学的发展进入了一个新的历史时期。在建国初期,精神疾病的防治工作主要致力于建立新的精神病医院,收容和治疗无家可归或影响社会治安的精神病人。在 20 世纪 60—70 年代,全国各地开展了一些城乡精神病防治工作。20 世纪 80 年代以来,我国经济和医药卫生事业的发展,精神病学的临床、教学、科研工作都开始繁荣起来,与国际精神病学界的交流也逐渐增多,逐步走向世界。

二、精神科护理学的发展历史

精神科护理学是随着精神医学的发展,以及政治、经济、宗教、社会文化等因素的转变而逐步发展成为一门独立的专业。护士的角色功能、工作范围等都随着时代的变化和社会的进步而不断发展。护士从最初的单纯生活照顾者的角色,发展到兼顾病人生理、心理、社会文化的整体的照顾者、治疗者、教育者、支持者、咨询者等多种角色与功能。护理的范围也由精神疾病的防治拓展到社区心理卫生。

在中世纪,精神病人被视为魔鬼附身,采用禁锢、酷刑、火焚来“驱魔”而导致许多病人被残害,对病人根本谈不上有任何护理。我国精神科护理的发展起步晚,真正得

到发展是在新中国成立以后。下面，我们从欧美精神科护理的发展过程看，其分成三个阶段。

（一）萌芽期（1890 年以前）

18 世纪后期，法国医生比奈尔（Pinel）首先去掉精神病人身上的锁链，使病人从囚禁中解放出来，提倡给精神病人以劳动和人道主义待遇，才开创了精神科护理的先河。1860 年，护理学创始人南丁格尔在《人口卫生管理原则》一书中，强调病房的清洁及个人卫生、新鲜空气和运动，注意病人的饮食和睡眠，以及对病人的态度等为主的理念。1873 年，美国 Linda Richards 女士以此理念致力于精神科护理工作，并发展出一项改善精神科护理的计划，主张对精神病人的照顾品质应该和一般内科病人的照顾品质一样完善。这奠定了精神科护理的基础模式。此阶段的精神科护理以看管、照顾为主。

（二）成长期（1890 年—1940 年）

1890—1940 年期间，伴随精神医学的发展，精神科护理的职能开始拓宽，护理的角色功能由协助病人日常生活及一般身体照顾，扩展到协助观察病情、详细记录，为医生诊治提供参考。20 世纪 30 年代，精神医学发展了很多躯体治疗方法，如睡眠治疗、胰岛素休克治疗、药物抽搐治疗、电抽搐治疗法等，使精神科护理增加了许多治疗性的内容，这要求精神科护士增加许多内外科护理知识和技术来协助治疗病人。因此精神科护理在治疗中成为更有意义的角色。在躯体治疗发展的同时，精神医学也注重发展精神动力学的研究，开始提倡无意识的心理因素对人的行为和人际关系及日常生活的影响，使精神科护理内容不仅是发展更有效的护理技能，还须具备生理、心理的知识来做为执行护理的基础。在精神科护理教育方面，1935 年起美国开始有护理本科教育，并开设了精神科护理课程，有了第一本精神病护理教材。1936—1945 年美国有 3 所大学开设了精神科护理硕士教育，建立了精神科护理学会。由于精神科躯体治疗的推进和教育的进步，使精神科护理拓展为一个重要的专业领域。

（三）成熟期（1940 年—迄今）

此期精神科护理在专业的领域上更进一步，进入了整体性护理的新境界。第二次世界大战后，由于经济和社会的变迁，社会对精神科医疗服务的需求增加，促进了精神科护理的发展。精神科护士的工作范围从医院走到了社区和家庭。1954 年，前苏联医生普普金撰写的《精神病护理》一书，详细阐述了精神病房的组织管理，对医护人员的要求，对精神病人的基础护理和症状护理，强调尊重病人、爱护病人、恢复病人的权利、废除约束、改善生活、开展文娱活动和劳动等，使精神科护理更加规范，开始步入新的历程。1952 年佩普洛的《护理的人际关系》一书中论及精神科护士的角色、功能及基本技巧，此书为精神科护理学发展提出了系统的理论架构。1963 年后，在社区精神卫生运动的推动下，精神科护理的功能逐步由院内封闭的护理，开始走向社区、家庭护理和精神疾病的预防保健及康复。

我国在 1950 年以前，由于经济落后等诸多因素的影响，精神疾病的治疗及护理都得不到重视和发展，精神病院数量少，设施简陋，精神科专业人员极少，技术力量薄弱。1950 年以后，精神科护理事业受到重视，各级精神病院在全国各地先后建立，改善了设施，大量受过培训的护士加入精神科护理专业队伍，加强了护理的技术力量。20

世纪 50 年代后期,在南京、上海、北京、成都等大城市的精神病院把病人从关押和约束中解放出来,组织他们参加工疗和娱乐体育活动,成立工休会,让病人参加病房管理,实行开放和半开放管理模式。

1966 年—1975 年,精神科护理受到干扰和破坏,护理质量和业务水平显著下降。20 世纪 80 年代,随着国家的振兴和富强,国家卫生部、各级政府、中华护理学会都很重视精神科护理队伍的建设及精神科护理的科研工作,中华护理学会也多次组织精神科护理学术交流活动,在 1990 年成立了全国精神科护理专业委员会并制定了精神卫生保健护理等各项管理制度,使精神科护理工作得到健康有序的发展。护士知识结构和文化水平都有了很大的提高。通过在职学习、脱产学习、自考、电大、大学等多种途径,各地已培养了大批大专、大学本科和硕士毕业的护理人才从事精神科护理工作,使精神科护理质量、业务水平、教学、研究等都有了很大进步。10 多年来,我国护理人员在国内外专业杂志上发表了许多护理科研文章,并出版了《精神科护理学》、《精神科临床护理》、《护理精神病学》等专著。特别是近年来,整体护理的开展、精神病人的心理护理、康复护理、社区护理等发展很快,全国各省、市、地区经常组织精神科护理学术活动。1990 年在中华护理学会成立了精神科护理专业委员会,各省也相继成立了省、市的精神科护理专业委员会,大大促进和推动了我国精神科护理的发展。

三、精神科护理的发展趋势

提高人类的精神健康水平和生活质量是精神卫生工作者的奋斗目标。随着社会的进步,人类对精神健康的重视,精神卫生工作者不仅要重视精神障碍者的预防、治疗、康复等问题,也要关注人类群体的精神健康问题。护士在不同场所都应该为人类提供精神卫生服务。面向 21 世纪,精神科护理的发展趋势有下面几个方向。

(一) 向综合性的临床护理发展

从健康的定义上看,人是一个完整的个体,其生理、心理和社会的健康处在同等重要的位置。精神健康服务和躯体健康服务融为一体是发展的必然趋势,而且病人的心理问题将是护理工作的重点。护士不仅要有能力帮助病人解决生理上的问题,还要有能力帮助病人解决心理社会方面的问题。这就要求我们护理人员不仅要有很好的精神科专业知识,还要有其他学科的综合知识和技能。西方国家趋向于发展包含精神专科的综合医院。目前国内也趋向含神经科、内外科、精神科的综合医院发展。

(二) 向开放型护理方向发展

医学模式的转变,强调人与周围环境的协调和社会适应。封闭式的治疗与管理影响了精神病人身心健康。病人会因为长期住院而与社会隔离,造成其社会功能的减退,阻碍他们重返社会。实行开放式护理,增加病人与社会的联系,能促进病人精神康复和重返社会。

(三) 向社区—家庭护理方向发展

现代抗精神病药物的应用和精神病治疗方法的增多,使精神病人的症状能较快缓解,而不需要长期住院治疗。这不仅可缩短住院时间,减少住院综合征的产生和社会功能的退缩,而且大大减少病人的住院经济开支和满足了病人就近就医的需要。社区—家