



全国高等教育自学考试指定教材 社区护理学专业(独立本科段)

社区精神卫生护理

附：社区精神卫生护理自学考试大纲

课程代码
3628
[2007年版]

组编/全国高等教育自学考试指导委员会

主编/刘晓虹

北京大学医学出版社

全国高等教育自学考试指定教材
社区护理学专业（独立本科段）

社区精神卫生护理

（2007 年版）

（附：社区精神卫生护理自学考试大纲）

全国高等教育自学考试指导委员会 组编

主 编 刘晓虹

副主编 刘登堂

编 者 （按姓氏笔画为序）

仇瑶琴 刘涛生 刘晓虹 刘登堂

李丽萍 唐云翔 薛海波

主 审 朱紫青

参 审 冯正仪 曹新妹

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

社区精神卫生护理/刘晓虹主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 6

全国高等教育自学考试指定教材. 社区护理学专业.
独立本科段

ISBN 978-7-81116-110-6

I. 社… II. 刘… III. 精神障碍—护理学—高等教育—
自学考试—教材 IV. R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 074218 号

社区精神卫生护理 (2007 年版)

主 编: 刘晓虹

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

责任编辑: 江 宁 责任校对: 杜 悦

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 12.75 字数: 317 千字

版 次: 2007 年 12 月第 1 版 2007 年 12 月第 1 次印刷 印数: 1—2000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-110-6

定 价: 20.00 元

版权所有 违者必究

凡属质量问题请与教材供应部门联系

组 编 前 言

21 世纪是一个变幻莫测的世纪，是一个催人奋进的时代。科学技术飞速发展，知识更替日新月异。希望、困惑、机遇、挑战，随时随地都有可能出现在每一个社会成员的生活之中。抓住机遇，寻求发展，迎接挑战，适应变化的制胜法宝就是学习——依靠自己学习，终身学习。

作为我国高等教育组成部分的自学考试，其职责就是在高等教育这个水平上倡导自学、鼓励自学，为每一个自学者铺就成才之路。组织编写供读者学习的教材就是履行这个职责的重要环节。毫无疑问，这种教材应当适合自学者增强创新意识、培养实践能力、形成自学能力，也有利于学习者学以致用，解决实际工作中所遇到的问题。具有如此特点的书，我们虽然沿用了“教材”这个概念，但它与那种仅供教师讲、学生听，教师不讲、学生不懂，以“教”为中心的教科书相比，已经在内容安排、形式体例、行文风格等方面都大不相同了。希望读者对此有所了解，以便从一开始就树立起依靠自己学习的坚定信念，不断探索适合自己的学习方法，充分利用已有的知识基础和实际工作经验，最大限度地发挥自己的潜能，达到学习的目标。

祝每一位读者自学成功。

本教材由全国考委医药学类专业委员会遴选作者、安排编写、组织审稿，保证了医药学类自考教材的质量。

欢迎读者提出意见和建议。

全国高等教育自学考试指导委员会

2007 年 1 月

编者前言

《社区精神卫生护理》是教育部全国高等教育自学考试委员会组织编写的全国高等教育自学考试医药类社区护理学专业（独立本科段）必修课程的规划教材之一。本教材主要为通过大专学历自学考试的护士进一步获取知识、达到大学本科学历或学位而编写，重点讲述社区精神卫生护理的基本理论、基本知识和基本技能。

本教材共10章。包括绪论、常见精神障碍、社区儿童与老人的常见精神病症、自杀及其防治、精神障碍的预防及康复、应激与心身疾病、社区重点人群的心理卫生、社区常用心理评估、心理咨询与心理治疗、社区人群的心理健康教育等内容。

本教材紧扣“社区”、“精神卫生”、“护理”3个关键词，力求较显著区别于颇具“医院”、“精神疾病”、“医疗”特点的同类教材，以期为从事精神卫生服务的社区护士提供一本专业特色鲜明的适用教材。为此，本教材编写人员大量参阅了精神病学、精神病护理学和社区护理学的教材，在相关专家的指导下，反复推敲、多次调整本教材的内容结构，最终形成这本“从精神病症到自杀防治、从精神障碍康复到心理卫生、从心理评估到心理咨询……最后是心理健康教育”的排序，旨在使将从事社区精神卫生工作的护士更全面、深入地掌握防治精神疾病的系统理论，较显著地提升社区精神卫生服务的专业水平和实践能力，并为其日后成为社区精神卫生工作的骨干人才奠定扎实基础。

本教材反映了社区护理和精神卫生的进展，理论的深度和广度达到了该专业课程的本科水平，便于已获大专学历者自学。

本教材在编写过程中承蒙教育部全国高等教育自学考试指导委员会、编者所在各医学院校和北京大学医学出版社的指导和支持；承蒙主审朱紫青教授、参审冯正仪教授、曹新妹主任护师的严格把关，副主编刘登堂副主任医师、编者兼学术秘书唐云翔博士及各位编者的鼎力合作，在此一并呈上由衷的诚挚谢意。

本教材编写时间较紧，编者水平有限，若有不当之处，恳请同行及读者指正，吾等将不胜感激。

刘晓虹

2007年3月

目 录

社区精神卫生护理

第一章 绪论	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 社区精神卫生服务的对象、任务及模式	(3)
第三节 社区护士的心理素质与角色功能	(5)
第四节 社区精神卫生的法律与伦理问题	(7)
第二章 常见的精神障碍	(11)
第一节 精神障碍概述	(11)
第二节 精神分裂症	(14)
第三节 心境障碍	(20)
第四节 人格障碍	(28)
第三章 社区儿童与老人的常见精神病症	(33)
第一节 儿童孤独症	(33)
第二节 痴呆	(39)
第四章 自杀及其防治	(52)
第一节 概述	(52)
第二节 自杀的预测	(55)
第三节 自杀的防治	(58)
第五章 精神障碍的预防与康复	(64)
第一节 精神障碍的预防	(64)
第二节 精神障碍的康复	(69)
第六章 应激与心身疾病	(76)
第一节 健康概述	(76)
第二节 应激	(78)
第三节 应对	(85)
第四节 心身疾病	(89)
第七章 社区重点人群的心理卫生	(96)
第一节 妇女的心理卫生	(96)
第二节 儿童的心理卫生	(101)
第三节 老年人的心理卫生	(106)

第四节 慢性病患者与意外伤残者的心理卫生·····	(110)
第八章 社区常用心理评估 ·····	(113)
第一节 智力评定·····	(113)
第二节 人格评定·····	(124)
第三节 临床精神症状评定·····	(130)
第九章 心理咨询与心理治疗 ·····	(141)
第一节 心理咨询概述·····	(141)
第二节 心理治疗概述·····	(147)
第三节 心理咨询与心理治疗的主要理论与技巧·····	(151)
第十章 社区人群的心理健康教育 ·····	(159)
第一节 心理健康教育概述·····	(159)
第二节 社区人群的心理健康教育·····	(165)
第三节 社区人群心理健康教育的具体实施·····	(169)
后 记 ·····	(176)

附 社区精神卫生护理自学考试大纲

社区精神卫生护理课程自学考试大纲出版前言·····	(179)
目 录 ·····	(180)
I 课程性质与设置目的·····	(181)
II 课程内容与考核目标·····	(182)
III 有关说明与实施要求·····	(193)
附录：试题类型举例·····	(195)
后 记 ·····	(197)

第一章 绪 论

社区精神卫生是介于精神卫生与社区医学之间的一门课程，同时作为培训本科层次社区护士的自考教材，必须兼有鲜明的专业特色和较强的实用价值。

第一节 概 述

本节重点阐述社区精神卫生的相关概念、对象及任务。

一、基本概念

(一) 精神卫生

精神卫生 (mental health)，也称心理卫生，指维护与促进人类心理健康、预防精神疾病的保健措施。《简明不列颠百科全书》关于 mental health 的描述为：“个体心理在本身及环境条件许可范围所能达到的最佳状态，但不是指十全十美状态。mental health 包括一切旨在改进和保持上述状态的措施，诸如 mental illness (精神疾病) 的康复和预防、减轻充满冲突的世界所带来的精神压力，以及使人处于能按身心潜能进行心理活动的健康水平。”由上述阐述可见，精神卫生既可被视为一种心理健康的状态，又可被视为一种增进心理健康的措施。

(二) 社区精神卫生及其相关概念

1. 社区精神卫生 从字面上解读，可视为“增进心理健康的措施”。有学者提出，“社区精神卫生是社区心理学的核心概念，是指确信社区应对其成员的心理健康负责，社区精神卫生机构应该为预防心理问题提供服务，并促使社区及整个体系运转良好。”

2. 社会精神病学 主要研究影响精神障碍发生发展的心理、社会、文化、生态学等因素及其作用规律，并着重探讨利用上述有关因素防治精神障碍。

3. 社区精神卫生服务 是应用社会精神病学的理论、研究方法和临床医学、预防医学等医疗技术，对社区范围内全体人群用科学的方法，促进人群心理健康，提高个体承受应激和适应社会的能力，从而减少心理和行为问题。

4. 社区精神卫生保健 被认为是精神医学的重要组成部分，是以地区社会为单元，研究精神疾病的治疗、预防、康复和社会适应的统筹安排管理。以期通过严密的组织管理机构，有效地实施精神卫生保健工作，管理社会上散在的精神病人，延缓精神疾病的复发；促进与维护社会秩序；增强安定和谐；提高民族健康素质。

二、我国社区精神卫生服务简况及发展趋势

社区精神卫生服务是以居民健康为主的综合性服务，把预防、保健、诊疗、护理、康复、健康教育等融为一体，部分解决社区内居民的精神疾病防治。我国的精神卫生服务工作，始于 1958 年在南京召开的全国第一次精神病防治会议，迄今已有近 50 年的历史。那次

会议制定了“积极防治、就地管理、重点收容、开放治疗”的工作方针，提出了药疗、工疗、娱疗及教育疗法相结合的工作方法。20 世纪 70 年代末，我国部分地区建立了由卫生、民政、公安部门为主组成的精神疾病防治领导小组。1990 年 12 月 28 日，全国人大常委会通过了我国第一部《残疾人保障法》，将精神残疾和智能残疾列入残疾范畴，全面提及残疾人的权利保障，以便于他们平等参与各项社会活动。1991 年 12 月国务院批转《中国残疾人事业八五计划纲要》。卫生、民政、公安三部及中国残联又据此制定了全国精神病防治康复的“八五”实施方案。依靠初级卫生保健组织，在城乡建立精神病三级防治网。根据不同条件，建立不同类型、具有中国特色的社区精神卫生服务模式。其中，城市三级精神病防治网采用上海模式；农村的精神疾病防治、康复方面，出现了烟台、沈阳及四川等地的模式。1990 年以来，我国较为广泛地开展了社会-心理康复工作、家庭治疗、对病人及家属的心理教育等。1996 年，国务院批转《中国残疾人事业九五计划纲要》，提出对重性精神病患者开展社会化、开放式、综合性的康复工作。社区精神卫生工作在广度和深度上获得进一步发展，如进行心理保健知识教育、开设心理咨询服务，对社区康复期精神病人及慢性精神病人进行治疗、管理、预防复发及康复的全方位服务。有的地区组织家访小组、工娱治疗站等，指导、协助精神病人尽早回归社会。但全国范围内的社区精神卫生服务尚未普及，各地精神疾病防治工作的发展很不平衡。

1989 年，中国残联康复学会精神残疾康复专业委员会正式成立，学术团体发展迅速，成员现已几乎遍及全国各地，对推动精神康复事业的发展起了重要作用。1995 年，中国康复医学会精神病康复专业委员会成立，已召开数次大型学术会议；我国还与世界社会心理康复协会（WAPR）联合举办了精神康复研讨会等。

从 1991 年起，在世界卫生组织的支持下，上海、杭州、济南、沈阳、苏州 5 城市联合，对精神分裂症病人家属进行了为期一年的以疾病知识教育为重点的集体教育研究（简称“家庭教育”）。采取集体讲课与讨论，分次向病人家属介绍精神病的知识，如精神症状的识别，应对病态行为的技巧、药物治疗的重要性、副作用及处理、维持治疗的重要性、疾病复发的征象、以及家庭气氛与精神健康的关系，如何做好家庭监护与为病人创造良好的康复环境等内容。研究表明：家属接受教育组的病人与对照组比较，在复发率下降、住院率减少、社会功能缺损程度减轻等指标上具有显著性统计学意义。同时说明家庭教育对病人家属也有良好作用；改变了照料者（病人家属）对疾病的认识、期望和态度，提供了有关应对知识，集体形式的家庭教育，有利于家属间的情感疏泄，在相互交流中取得帮助和支持。此“WHO/中国五城市的家庭教育”研究和山东省烟台市的“中国农村精神分裂症患者及其家属心理教育及药物治疗的随访研究”，均获得 WAPR 的亚历山大-格拉尼克奖。

2001 年我国制定“十五”规划的具体方案吸取了上海等地的城市精神卫生服务和山东等地的农村精神卫生服务的成功经验，形成了可推向全国的社区精神卫生模式。“十五规划”把精神卫生试点服务的范围扩大为 4 亿人群。

近年，社区心理卫生服务领域正在扩展，许多城市开始开展心理咨询、心理热线、危机干预等服务，使更多的精神疾病患者及需要心理卫生服务的人们得到服务。

第二节 社区精神卫生服务的对象、任务及模式

本节主要就社区精神卫生服务的对象、任务及模式简介如下。

一、社区精神卫生服务的主要对象

社区精神卫生是为所在辖区的全体居民提供全方位的精神卫生服务。现阶段，依据2004年9月20日国务院办公厅批转卫生部等7部门《关于进一步加强精神卫生工作指导意见》的精神。社区精神卫生服务主要涉及以下几类重点人群：

1. 儿童心理行为问题的预防和干预 加强对幼儿家长等的心理健康教育和精神卫生知识培训，提高早期发现儿童心理行为问题的能力。依靠社区工作队伍和网络，在心理健康教育和精神卫生专业技术人员的指导下，针对不同年龄儿童的特点，开展心理健康教育（包括技能训练）与咨询服务，为儿童提供心理指导和帮助。

2. 妇女心理行为问题和精神疾病的研究和干预 加强妇女孕产期心理健康保健和常见心理行为问题的识别及处理工作，降低其产前、产后不良心理反应发生率；维护有精神疾病和不良心理行为问题的妇女的权益，做好产妇的心理健康咨询和指导工作。

3. 老年心理健康宣传和精神疾病干预 利用现有精神卫生资源，建立老年性痴呆干预网络，普及老年性痴呆和抑郁等精神疾病的预防知识，开展心理健康咨询活动并提供有效的支持和帮助，提高老年人生活质量。

4. 灾后人群/救灾工作中的精神卫生救援 积极参与重大灾害后受灾人群心理干预和心理应激救援工作，评估受灾人群的精神卫生需求，确定灾后心理卫生干预的重点人群，提供电话咨询、门诊治疗等危机干预服务。

5. 在职人群/身心残障人士的康复指导 充分发挥社区卫生服务体系在精神疾病患者治疗与康复中的作用，根据实际情况在社区建立精神康复机构，借助各级残联的优势，共同推广社会化、综合性、开放式精神疾病治疗与康复模式，完善医疗转诊制度，帮助身心残障人士（身体残疾伴有心理障碍者和精神疾病患者）早日康复。

6. 被监管人群/其他人群的健康普及教育 面向社区人群广泛宣传，普及推广精神卫生常识，显著提高普通人群的心理健康知识和精神疾病预防知识知晓率。

二、社区精神卫生服务的主要任务

1. 开展精神疾病的流行病学调查 此为开展社区精神卫生保健工作的基础。通过调查，掌握全社区人口中各种精神疾病的患病率，病人的治疗与管理情况，病人对家庭和社会的影响，从而制定本社区精神卫生服务的规划和措施。调查方法可参照《精神疾病流行病学调查手册》。

2. 开展多种形式的社区精神卫生服务

(1) 精神疾病的社区医疗，是社区精神卫生的最基本服务形式。病人出院后，需定期接受随访，以巩固疗效，防止复发；对某些拒绝入院就医或病情许可可在家接受治疗的病人，社区精神卫生医师可设立家庭病床，定期访视。社区住院部还可收治症状明显、家庭照顾有困难，或具有自伤、伤人、影响社会秩序的病人。社区精神卫生服务还应协助所在街道办好精

神病人工疗站，定期了解群众性监护网络的精神病人情况，及时对监护人员给以精神卫生知识的指导，帮助基层及时发现新病人，做到早期发现，早期治疗。

(2) 精神疾病的社区康复：旨在使病人恢复正常的精神功能、重新回归社会，成为自食其力的劳动者。可组织病人在社区参加工疗站、康复站、福利工厂等，在专业人员指导下接受药物、心理、社交及职业等全面康复训练。

3. 培训基层精神卫生保健人员 根据不同对象，给予不同类型的培训。

(1) 基层卫生人员，如乡村医生、工厂车间卫生员、街道红十字站卫生员以及机关单位保健医生等，为其讲授精神病的常见症状、临床表现、诊治方法、药物副作用和意外事件的紧急处置等。

(2) 基层精神卫生专职或兼职医生，如各乡镇医院、街道医院、厂矿医院、学校医院的精神卫生医生，可举办精神卫生医生培训班，为其系统讲授精神疾病、心理学及社区精神卫生的有关知识。使其掌握常见精神疾病的诊治、康复、预防和管理方法。

4. 精神卫生宣教 普及精神卫生知识，引导大众正确认识精神疾病与友善对待精神病人，更有利于精神病人的早期发现与早期治疗，争取良好预后，防止复发及预防精神残疾。把精神卫生的科学知识传授给大众，有助其了解精神疾病与心理失衡的科学求助途径，主动将可疑精神失常者送往就医。科普宣传可利用电视、广播、报纸等各种形式，宣传对象应包括病人、病人的亲属、邻居、同事、单位各级领导、村与居委会干部及卫生工作积极分子。根据不同对象，采用不同方式，宣传内容应因人而异。

此外，社区精神卫生服务的任务还包括管理、指导/参谋、监察（测）、信息、评估和科研，限于教材篇幅，在此不详尽阐述。

三、社区精神卫生的干预模式

对大多数精神病人进行治疗的最基本场所并非医院，而是社区。许多精神病人在其疾病稳定期仍存在中度至重度的角色功能受损，需要在社区继续接受综合性干预。以下简介几种目前国外主要的干预模式。

1. 个案管理 美国发展的一种个案管理的组织形式，指定某一个或一组人为个案管理者，确保病人获得持续性及综合性的服务。具体包括以下的连续过程：识别个案对象；评估服务需求（包括治疗和护理需求，康复训练等）；设计个案管理服务方案；协调与监控服务的内容和质量；再评估服务方案实施质量和效益；修改服务方案并重复运行，并提供 24 小时服务监控。

2. 主动式社区治疗程序（PACT） 一个团队使用高整合方法，应包括个案管理及一些主动性治疗干预。该程序专为适应及功能较差的精神病人而设计，以利于预防复发、增强社会及职业功能。主要针对每个病人的应对技能缺陷、资源能力、以及社区生活需要，采用因人而异的社区治疗程序。PACT 还强调服药的依从性，及时与精神科医生取得联系。

3. 过渡性康复站 此方式由 Fairweather 等在 1960 年提出，他们从住院机构挑选那些能和睦相处或在症状及社会功能上彼此互补的病人，先在医院内接受训练，然后转到监护下过渡性康复站继续恢复性治疗，康复站与医院通常保持着密切联系。该方式强调病人的自理能力，并对其临床情况的微小进步、体现的内聚力和相互支持，进行鼓励。

4. 自助团体 此模式又包括两种组织形式。

(1) 治疗性自助团体：旨在使病人及其家庭在治疗计划及实施方面扩大影响，能较少地依赖专业人员，减少对精神障碍的偏见，并致力于为治疗和研究精神障碍获得充分的支持。此类组织主要分为3种形式：病人组织、治疗性自助组织和家属组织。

(2) 心理社会俱乐部：此社区照顾模式的主要功能在于积极推动病人自助、体现反偏见价值。

5. 综合性康复措施 旨在使慢性分裂症病人或精神残疾者通过药物维持治疗、家庭干预、环境支持、功能恢复、技能训练摆脱依赖性，提高生活质量和重返社会。药物维持治疗本身对精神障碍者而言就是康复措施之关键内容，只有通过药物治疗使病情得到控制，病人才能进一步接受其他的心理社会康复措施。其康复措施，具体包括药物维持治疗、心理咨询、家庭行为治疗、职业康复和社会康复等综合性手段。

第三节 社区护士的心理素质与角色功能

本节主要介绍从事社区精神卫生的护士必备的心理素质与角色特征。与专门收治重症精神病患者的医疗机构的护士不同，从事社区精神卫生的护士主要面对轻度或康复期的精神病患者和大量精神正常人群，其需以现代护士素质为基础，兼有社区护士和精神科护士的双重角色特征。

一、社区精神卫生护士的心理素质

该类人员必须具备社区护士的共性素质，由于精神卫生专业的特殊性，又必须兼有该服务的独特心理素质。至少需具备以下角色特征。

1. 爱心与同情 精神病人发病时失去正常理智，又不能自控，其怪异思维、无礼言语和粗暴行为等不近人情甚至伤及无辜，常人乃至相当一些非精神科医护人员都难以接受。但从事精神卫生的社区护士则需深刻了解：精神病患者的思维不由自主、行为完全受其症状支配时，他们就像完全不懂事的婴幼儿，格外需要护士予以博大关爱与悉心呵护。一则案例写道：“一位精神科老护士正认真执行治疗时，突然被一名受幻觉支配的精神病人袭击，病人狠狠地掐住老护士的脖子，差点置她于死地，但被攻击的老护士没有怨言和退缩，反而更加用心地呵护和关心病人。”这，便是对精神病患充满爱心的最生动体现。当人们看见精神病患者衣衫褴褛甚至赤身裸体、不堪入目时，唯恐避之不及；从事精神卫生的护士却要尽可能维护患者的个人尊严，想方设法替患者“遮身掩体”，没有对精神病患的深切同情，很难履行其岗位的神圣职责。

2. 抗压与包容 精神病病人在发作期不但否认自己有病，甚至视护士为某人的“帮凶”，常出现敌对情绪及言行，在其异常精神状态支配下，动辄对他人拳脚相加，与之互动最密切的护士随时可能被伤及。这就要求护士在面对精神病患时，具有更强的应对非理性暴力行为的抗衡能力和忍辱负重的大度胸襟，做到“四不”，即不畏精神病患者的错乱言行；不计精神病患者的无礼相待；不辱精神病患者的病态人格；不戏精神病患者的离奇构想等。

3. 独立与协作 从事社区精神卫生的护士常需独自巡视所在区域的服务对象，遭遇精神病患者急性发病等突发事件时，应能独立地自行决策和妥善处置；在执行社区精神卫生的综合性预防工作中，又需与其他医护人员及病患亲属等精诚协作，默契配合。此类护士要求

能遇事独当一面，又擅长与人共事。

4. 敏锐与冷静 敏锐的观察力，是护士等专业工作者获取广博知识、熟练技能和保持优良职业道德的必备条件之一。精神病患大多情况下无主诉能力或不能主动叙述病情，有的病人甚至有意隐瞒其病情，医护人员略有疏忽，极易发生病患自伤或他伤等意外。护士必须始终保持较高的警觉性，充分利用与病人接触的机会，密切关注其心理动态（面部表情、皮肤颜色、举止行为）等，随时觉察其异常倾向并予以及时处理。

5. 严谨与灵活 面对精神病患的思维逻辑混乱、判断表述能力和自我保护意识显著低下的状况，从事社区精神卫生的护士更应坚持严谨的工作作风，容不得半点敷衍和侥幸，给药、观察等各环节稍有不慎即可酿成大错，危及患者健康和生命。但在与精神病患的沟通方式上，则需要因病患病情轻重、发作期或康复期区别对待，不宜总抱定某种模式不变。即使是对同一个病患，也要求护士时而像朋友，时而像长辈；时而循循善诱，动之以情；时而果断地晓以利害，或刚柔相济，兼而有之。

二、社区精神卫生护士的角色功能

社区精神卫生工作的性质、任务及其工作范围，决定了社区精神卫生护士的角色功能。随着大众对精神卫生保健的需求不断增加，社区护士的角色功能也日臻丰富。美国护理学家佩普洛（Peplau, Hidegard）认为护理是“一种具有治疗性和教育性的人际关系发展过程。”社区精神卫生护理的对象既有精神疾病人群，也有需要保健护理的亚健康人群。前者因思维、情感及行为异常而需重点看护；后者包括老弱妇孺等相对较弱势人群，故要求社区精神卫生护士承担多种角色功能。

1. 治疗者 随着精神卫生事业的发展，精神病患者在接受药物治疗的同时，需辅以各种有益其康复的其他治疗，如心理治疗、行为治疗、音乐疗法、体育疗法等。这就要求社区精神卫生护士掌握相关学科的知识如心理学、伦理学、行为科学等，既要配合专科医生执行精神病患的药物治疗，又要运用心理治疗的基本技术为老弱妇孺等其他人群提供心理干预。

2. 管理者 社区护士与工作在医疗机构内护士的最大差别在于，每个护士都要独立面对多个受众，要发挥团队工作的合力，常需要带领一组人去执行心理健康任务，这就需要社区护士具备计划管理能力、人际沟通能力与团队协作能力，能够依据社区人群的特征策划精神卫生项目，并配套制定相应规章制度以确保各项任务的顺利实施。要能够因地制宜地利用社区的潜在资源，合理安排康复期精神病患就近诊治，全方位、分步骤地开展社区精神卫生工作。

3. 照顾者 部分丧失日常生活自理能力、不能维护自身安全的精神病患者及自我保护能力较弱的老弱妇孺，均需要社区精神卫生护士给予呵护与照顾。在他们感到恐惧、焦虑时，需要得到护士的支持或保护；在他们遭遇精神重创、产生心理危机时，需要及时给予安抚和关照。

4. 辅导者 辅导精神病患者矫正病态行为，引导其恢复正常的生活和社会适应功能。在精神病患的康复过程中，训练其遵守生活秩序、奉行社区规则、恰当与人交往等，促其尽早回归社会。此外，对遭遇精神重创的老弱妇孺，也需即时予以心理辅导，助其尽快摆脱心理困境。

5. 教育者 心理健康教育是社区精神卫生工作的重要内容，社区护士要能够清楚、准

确无误地为病患及其家人传授精神疾病康复和防止复发的必要知识，为社区其他人群讲解心理健康维护的常识，强化公众的精神疾病三级预防意识，指导公众培养良好的生活方式，建立科学、健康的行为规范。通过社区护士的深入教育，促使公众掌握精神卫生的自我监测，遭遇精神创伤时主动寻求心理援助，以达到预防精神疾病，促进身心健康的目的。

第四节 社区精神卫生的法律与伦理问题

本节以护理伦理学原则及患者的基本权利和义务等相关理论为基础，着重介绍与社区精神卫生密切关联的法律及伦理问题。

一、社区精神卫生的法律问题

社区精神卫生的法律问题，首先需以精神卫生立法为参照。

（一）精神卫生立法的双重意义

精神卫生立法一方面保护病患就医的权益、病患及家属的人身安全和控告医护违法行为等权利；另一方面也保护医护工作者的从业权益、职业自主权以及正当医护活动中的人身安全等。精神卫生行为，涉及一般法律的广泛内容，又有其自身特殊性。广大从事精神卫生的护士若对法律赋予病患、医护人员的权利等知之不多，必然影响其对病患及自身合法权益的保护。以下扼要介绍精神卫生护理行为所涉及法律问题。

（二）精神卫生与知情同意

知情同意（informed consent）是精神科护理中必不可少的伦理、法律的行为准则。

1. 知情同意的基本要素 知情同意包括“知情”、“同意”两个部分，均为患者的权利。通常患者接受诊治前需先让其完成知情同意，是为尊重和保护患者的权利，也体现医护人员的义务，并非为防范医护人员的职业风险。知情同意主要包括4个基本要素，简介如下，① 提供信息，指向患者提供有关社区精神卫生的各种信息。主要包括状态的判断和预测，诊治的程序及其患者的可预见风险与获益，其他可供选择的诊疗方法，诊疗价格，自愿接受、拒绝、中断诊疗的权利和风险，患者信息的保密性等。② 信息的理解，此乃患者做诊疗决定的前提。故医护人员除向患者提供充分、准确的信息，还需了解、评估患者所具文化程度和知识结构等可能影响其理解信息的各种因素，如信息陈述完整与否、患者的情绪、信息的负荷等。③ 做决定的能力，此指患者有否做出接受或拒绝诊疗的正确决定的能力。尽管许多人日常生活中能自行做决定，但疾病过程中接受治疗与否则无法独自决定。如未成年人、精神病患者和老年人存在“做决定能力受损”时，即需要其监护人为其做决定。④ 自愿参加，此乃知情同意过程的目的。为尊重患者对诊疗过程的自主性，事先需申明，无论患者或其家人接受、拒绝或中途退出诊疗，医护人员会一如既往地确保其日后的疾病诊疗过程中利益不受任何损害。

2. 精神病患者的知情同意 主要指精神病患者在接受诊疗过程中有两种情况需特别加以注意。① 具备“做决定能力”的精神病患者，应由其自行完成知情同意过程，也是患者自身的权益；② 不具备“做决定能力”的精神病患者，应与其合法代理人或监护人完成知情同意过程，合法代理人或监护人的合理排序通常依次为配偶、父母、其他直系亲属、一般亲属等。

判断某人有无知情同意过程的决定能力之参考标准有4：① 能否正确理解相关信息；② 能否明了自身状况；③ 能否理性分析其接受诊疗及过程的后果；④ 能否正确表达自己的决定。

医护人员对以上第4个标准一般较容易判断，但对前3个标准的判定，则需要借助医学、心理学的评估方法和工具。

（三）精神疾病患者的刑事与民事法律问题

1. 精神疾病患者的刑事犯罪 根据我国刑法第十五条规定，精神疾病患者只有在不能辨认或无法控制自身行为时造成的危害结果，才可不负刑事责任。

2. 精神疾病患者的民事问题 精神疾病患者的民事诉讼问题，主要涉及财产处理、婚姻家庭及子女抚养等方面。精神疾病患者的财产处理，包括合同、遗嘱等，需以《中华人民共和国民事诉讼法》相关法律条款为依据。

（四）精神科护理涉及的法律问题

法律规定，医疗机构从业人员必须恪守职业道德，重视患者的生命，尊重患者的人格。但如果职业道德教育滞后，又缺乏有力度的法律惩处，就可能出现玩忽职守、侵害患者合法权益的现象。1997年3月14日公布、1997年10月1日施行的新刑法第335条规定：“医护人员由于严重失职，造成就诊人员死亡或者严重损害就诊人员身体健康的，处3年以下有期徒刑或者拘役。”精神科护理涉及的法律问题可分失职行为和侵权行为，但二者既有区别又有密切联系；了解其有助于加以防范。

1. 失职行为 指医护人员因主观不良行为或明显疏忽大意，给患者造成严重后果的行为。

（1）延误救治的行为。医护人员对危急重患者未采取任何急救措施或转院治疗，以致贻误诊断治疗或丧失抢救时机的行为即失职行为。

（2）未尽职守的行为。精神疾病患者常发生自伤或他伤等意外情况，若值班护士巡视病房期间未能恪尽职守地及时发现患者自缢而致其死亡，或因失职造成患者走失并发生严重事故等行为均属失职行为。

（3）查对失当的行为。护士由于查对不严或错误、交接班不清，导致打错针、发错药等失职行为。精神药物毒性剧烈，其用药的查对失当后果严重，尤其年老体弱者，口服1~2片氯氮平即可致死。

（4）忽略规则的行为。精神病患者的自我保护意识差、反应迟钝、主诉不准确，若护士在执行消毒隔离制度和无菌技术操作规程稍有疏忽，极易造成患者的交叉感染或全身严重感染，甚至败血症、死亡等失职后果。

（5）草率文书的行为。指未认真或未如实填写护理文件等失职行为。如体温曲线的记录、危重病情记录等护理文书，是医嘱和确定治疗措施的重要依据，具法律意义。涉及医患纠纷案件时，护理记录常是最关键的证据，若其本身有误，将无法提供法律依据。

（6）违反道德的行为。护士不严守道德规范要求，禁不住患者的百般纠缠，为戒酒、戒毒者提供酒或毒品等，属更严重的渎职行为。

其他失职行为，如未定时检查危重患者的生命体征、未发现精神病患者的严重躯体疾患、甚至疏忽大意将药物剂量看错等。

2. 侵权行为 指医护人员侵害精神病患者的权利而导致患者利益受损的行为。

(1) 剥夺患者权利的行为。中世纪欧洲的“疯人院”模式虽已不复存在，但社会上仍普遍存在歧视精神病患者的现象，甚至剥夺患者接受治疗护理的权利。但若精神专科医护人员中发生上述现象，则属涉及法律的侵权行为。

(2) 泄露患者隐私的行为。暴露精神病患者病态表现，可对一些痊愈的患者造成严重心理伤害。如某些女性躁狂症患者在发病期可有异常性行为，即使护士无意将此暴露，也可导致严重后果。护士有责任将患者发病症状的知情限制在一定范围，否则易致侵权行为。

(3) 侵犯患者身体的非职业行为。为控制病情、消除患者潜在社会威胁之目的将其约束，受法律保护，属侵犯患者身体的职业行为。但若仅因患者顶撞护士或护士的不当要求被患者拒绝而将其约束，即属违反职业道德的行为。如约束过程中致患者骨折或其他严重后果，属技术事故。但若有故意的主观企图，或报复性侵犯患者，则属严重侵权行为。

(4) 有辱患者尊严的行为。在患者精神错乱、意识不清、认知障碍时要弄、嘲笑患者或获取非法利益，均为粗暴侵权行为。

侵权行为乃法律追究的行为，须承担民事责任。

由于人们长期对精神病患者的偏见，精神病患者社会地位低下，其合法权益经常受到侵害，若精神科医护人员再不对此加以重视，精神卫生保健中就会潜伏较多的法律问题。随着各项卫生立法逐步健全，从事精神卫生工作的社区护士应熟悉、运用相关法律，确保精神病患者的权益不被侵犯。

二、社区精神卫生的伦理问题

(一) 精神卫生与伦理道德

精神卫生的伦理道德，既有职业伦理的一般问题，又有专业领域的独特准则。

1. 尊重患者的人格与权利 这是本专业医护人员应遵循的首要伦理道德规范。面对精神病患者的怪异思维、无礼言语、攻击行为等病态表现，或病人失去正常理智又不能自控时，精神卫生工作者仍应尊重和保护他们，在实际护理工作中深表同情与关怀，以礼相待。无论病人的表现如何，精神卫生工作者不能因患者的言行荒诞、躁狂、幼稚、愚笨、纠缠、赘述等而喝斥患者，或以患者的病态表现为谈笑话题，有辱其尊严；切忌与病人口角、争辩。如给异性患者做检查，应寻求与其同性别人员的陪同，保护病人的同时也保护医护人员，防止患者因病态思维支配，不能自控其情志诱惑等。

2. 保护患者的个人隐私 此乃精神疾病患者应受保护、关系重大的权利。精神病患者大多病情复杂，且与其个人经历、家庭教养、社会环境等各种因素有关，采集病史可能涉及患者的隐私，故保护其隐私是精神卫生工作者必须遵循的职业道德规范。在维护患者个人尊严的基础上，应恪守保护性医疗制度的原则，绝不向任何无关人员泄露患者的病情及其隐私。杜绝患者得知其隐私被泄露而痛不欲生，甚至萌发自杀意念，或因精神再遭重创而加重病情。疾病恢复期患者也可因隐私被暴露而不堪精神重负，陷入自罪、自卑，日后可能长时间影响正常生活或突发意外。

3. 掌握与患者沟通的分寸 与精神疾病患者建立良好的护患关系，同样是精神卫生工作者胜任岗位职责的关键。与患者交往时，精神卫生工作者尤应注意把握分寸。如态度自然大方，举止端庄稳重；女医护人员不宜过分打扮，对异性患者不宜过分殷勤，以免其因受病态思维支配，产生误解、幻想等不利其康复的情感思维倾向。与异性患者谈话或予以其他心

理干预时，不宜在单间病室停留时间过长，护士应尽可能靠近门坐，留有退路，以防意外。

4. 贯穿慎独精神于工作全程 精神疾病患者是缺乏自我保护意识或能力的弱势群体，更需要精神卫生工作者始终秉承科学态度和严谨作风，一丝不苟，尽职尽责。特别是精神病患者在其思维混乱、无法评判医护人员工作质量的状态下，更要求精神卫生工作者恪守“慎独”精神，严谨工作作风，认真负责地对待精神病患者。此外，精神病患者可能因丧失理智而拒绝就医，但生命权是其最基本的权利，精神卫生工作者有责任监护其生命权不被剥夺，必要时将发作期患者强制送医。

（二）精神疾病患者的待遇

世界精神卫生联盟的《卢克色尔精神病人人权宣言》（1989）规定，精神疾病患者享有与其他公民同等的基本权利，具体如下。

1. 有权享受尊严、人道及良好的待遇，享受医学提供的各种技术手段。
2. 有权免受不正当的强制，免受医疗的歧视以及社会、经济、文化、种族、肤色、宗教、性别、年龄诸因素而导致的不公平限制。
3. 有权充分了解自身的疾病状况。
4. 有权维护个人的隐私及声誉。
5. 有权保护个人财产。
6. 有权免受躯体和精神的凌辱，免受医学的忽视与遗弃。
7. 有权接受合理的医学、道德和法律保障下包括住院在内的治疗。
8. 被强制入院的患者，有权获得公允的代理、法律质询及申述。
9. 有权最大限度地实现患者自决和自我负责。治疗应有实效并能为社会所接受，而且应尽可能减少对患者的侵扰和限制。所实施治疗旨在有益于患者本人，而不是为其家庭、社会、医务人员或政府的利益。对于生活自理能力因疾病而受损害的患者，治疗应包括社会心理康复，使之重获生活技能，并安排其就业、收入、居所以及出院后的继续治疗等。

（刘晓虹）