

精神健康全程管理

药师手册

2022



精神健康（分册）
药师在非传染性
疾病实践手册



International
Pharmaceutical
Federation

主译：李亦蕾，郑萍

副主译：蔡晶

翻译人员（按姓氏汉语拼音排序）：

蔡晶（南方医科大学南方医院）

李亦蕾（南方医科大学南方医院）

林桃燕（南方医科大学南方医院）

罗昕（南方医科大学南方医院）

郑萍（南方医科大学南方医院）

Copyright 2022 国际药学联合会（International Pharmaceutical Federation, FIP）版权所有

FIP

Andries Bickerweg 5

2517 JP The Hague

The Netherlands

www.fip.org

FIP 对本手册保留所有权利。在没有注明来源的前提下，任何人不得以任何形式或手段如数字化、人工抄写、录音或以其他方式复制或存储本出版物的任何内容。对于因引用、使用本手册中的任何内容而造成的任何损失，FIP 概不负责。本手册中的引用数据和信息的准确性已经得到验证。

作者

Lauren Blum 博士，全球资深研究员，University of North Carolina, Eshelman 药学院，美国

Amal Akour 博士，药物治疗学副教授，United Arab Emirates University 医学和健康科学学院药理学和治疗学系，阿拉伯联合酋长国/约旦

Sarira El-Den 博士，The University of Sydney 医学与健康学院药理学系高级讲师，澳大利亚

Jiahui Dong, University of North Carolina Eshelman 药学院药学博士生，美国

David Gardner 教授，Dalhousie University 精神病学系教授，加拿大

Hayley Gorton 博士，University of Huddersfield 药学实践高级讲师，英国

Martina Hahn 博士，精神病学专家，欧洲临床药理学学会总委员会成员，德国

Andrea Murphy 博士，副教授，Dalhousie University，加拿大

David Odhiambo，药师，肯尼亚

Claire O'Reilly 博士，高级讲师，The University of Sydney 医学与健康学院药理学系，澳大利亚

Matej Štuhec 博士，临床药理学和药理学教授，欧洲临床药理学学会精神健康临床药师，斯洛文尼亚

编辑部

Gonçalo Sousa Pinto, FIP 实践发展和转型负责人

Dalia Bajis 博士，FIP 提供和伙伴关系负责人

编辑支持

Rúben Viegas, FIP 实践发展和转型项目协调员

推荐引文

国际药理学联合会。精神健康全程管理-药师手册。The Hague: 国际药理学联合会; 2022

封面图片。

© dragana991 | istockphoto.com

内容

摘要	3
鸣谢	4
前言	5
1 简介.....	8
1.1 精神疾病的定义.....	8
1.2 精神健康是一个公共卫生问题.....	8
1.2.1 COVID-19 大流行期间的精神疾病	9
1.3 精神疾病的经济和健康负担.....	10
1.4 药师在当前和未来的精神健康管理中的作用	12
1.5 精神健康服务与治疗的政策支持.....	14
1.5.1 药品政策.....	15
2 促进精神健康和疾病预防	16
2.1 药师在促进精神健康方面的作用	16
2.2 预防药物成瘾、误用和过量.....	18
2.2.1 纳洛酮.....	18
2.2.2 处方监测.....	18
2.3 社会处方.....	19
3 掌握精神疾病的临床表现和症状	20
3.1 精神疾病的筛查.....	22
4 应对精神健康危机.....	24
4.1 精神健康急救.....	26
5 预防自杀和药师降低自杀风险	28
5.1 多项医疗资源的整合.....	28
5.2 限制药物的干预手段.....	28
6 建立和维持治疗关系	30
7 转诊和跨专业合作	31
7.1 跨专业协作治疗模式-文献综述.....	31
8 优化精神类药物的使用	35
8.1 精神疾病患者用药咨询.....	35
8.2 用药咨询的临床治疗意义.....	36
8.2.1 抑郁症和焦虑症的治疗结果--文献综述.....	37
8.2.2 精神分裂症的治疗结果--文献综述.....	39
8.3 将依从性作为需求指标.....	40
8.4 评估和解决药品问题.....	41

8.4.1 药物相互作用.....	41
8.4.2 治疗药物监测.....	42
8.4.3 药物不良反应.....	42
8.4.4 药物基因组学检测.....	42
8.5 制定治疗方案与监测计划.....	43
8.5.1 药学服务计划.....	44
8.5.2 纵向监护.....	45
8.5.3 关心患者全部的健康问题.....	47
8.6 精神类药物的停止使用.....	48
8.7 确保最佳的精神药物治疗.....	49
9 药师在转诊服务中的作用.....	51
9.1 精神健康机构的路标.....	51
9.2 出院时的药学服务和患者随访.....	52
9.3 制定转诊服务的标准工作流程.....	52
10 成效评估：精神健康服务的评估标准.....	54
11 基于实践的药师精神健康角色研究.....	56
11.1 识别健康问题.....	56
11.1.1 确定现有的社区资源.....	56
11.2 方案规划.....	57
11.2.1 文献回顾.....	57
11.2.2 与利益相关者的合作.....	57
11.2.3 方案宗旨和目标.....	57
11.2.4 规划工具：RE-AIM 框架.....	58
11.2.5 规划工具：逻辑模型.....	59
11.3 方案实施.....	59
11.4 方案评价.....	60
11.4.1 质量改进.....	61
12 支持药房团队的精神健康.....	63
12.1 药学工作者的精神健康资源.....	64
13 伦理考量.....	67
14 提供精神健康监护服务的障碍和促进因素.....	70
14.1 障碍.....	70
14.1.1 客观条件和工作环境的障碍.....	70
14.1.2 态度和病耻感.....	70
14.1.3 培训.....	71
14.2 推动药师参与服务.....	71
14.2.1 增加培训机会.....	71
14.2.2 药师的可及性.....	71
14.2.3 政策.....	71
15 结论.....	73
16 参考文献.....	74

摘要

精神疾病是重大的全球健康问题，全球有近 10 亿人受到不同程度的精神健康问题的影响。¹ 尽管精神健康状况对发病率和死亡率有很大的影响，但大部分人没有得到足够的医疗服务保障。在低收入和中等收入国家中，超过 75% 的精神、神经或药物使用障碍患者没有得到治疗，¹ 且 COVID-19 大流行进一步提高了精神疾病发病率以及减少精神健康全程管理服务的可获得性。^{2, 3} 这些问题大多归咎于全球精神健康工作者的短缺和专业知识的匮乏。⁴ 药师可凭专业知识和技能，为患者提供一系列的精神健康管理服务，为改善全球精神健康问题贡献微薄力量。

药师可以改善患者精神健康状况，并阻止更多潜在患者发展为真正的精神疾病患者。凭借工作的优势及扎实的专业知识和技能，药师可识别出正在经历精神疾病折磨的患者，辨别精神疾病的症状，对患者进行筛查，确定患者是否需要转诊以获取进一步的评估或治疗。

药师在工作中经常与患者接触，可以为精神疾病患者提供及时的管理服务。此外，药师在处理精神健康危机中发挥重要作用，可确保患者出现危机状况时得到紧急治疗，如通过药物干预等措施预防自杀的发生。

此外，越来越多的药师参与治疗方案优化的工作。作为药学专家，药师善于发现和解决药物相关的问题，并在制定合理的治疗和监护计划、处方审核、提供全面宣教、提高依从性等方面发挥重要作用。另外，药师应该在信任、公开沟通、合作、相互尊重和共同决策的基础上，努力与患者建立良好的关系。⁵ 在与精神疾病患者合作时，伦理也是一个重要考量因素。

在从事精神健康管理的工作时，我们鼓励药师与医疗团队合作，确保患者得到最佳的治疗效果。为此，药师应该努力为社区内需额外医疗干预的患者建立转诊途径，还应该考虑如何为精神健康管理提供延续性支持。当然，精神健康管理不是一个人的“孤岛”，而是跨专业沟通协作的团队模式。

除了参与精神健康管理服务，药师还有机会参与临床实践相关的研究，如评估环境对新型精神健康服务模式的影响。

药师有很多机会参与精神健康管理并为患者提供服务，包括预防、筛查、管理等等。集知识、技能和经验、专长于一身的药师能担当起减轻全球精神疾病负担的重任，并在社区中提升患者精神健康。

鸣谢

FIP 感谢对本出版物做出贡献的欧洲临床药学学会专家！



前言

世界卫生组织（WHO）将精神健康定义为“一种健康状态，在这种状态下，每个人都能够应对正常水平的的生活压力，能够卓有成效地工作，能够为其社区做出贡献，能发挥自己的潜力”。⁶不管是工作压力、财务问题，还是紧张的社会关系等等，都会对我们的精神健康造成影响。

在过去的十年里，精神健康状况所带来的相关的身体残疾和生活质量下降持续增加，保持良好的精神健康是非常重要的。世界卫生组织最新发布的《世界精神健康报告》显示：在2019年，全球上约有9.7亿人存在精神障碍，其中82%的患者生活在低收入或中等收入国家。焦虑症患者占31%，抑郁症患者占28.9%的，这是两种最常见的疾病类型。⁷

此外，据估计，以残疾调整生命年(DALYs)衡量的7%的全球疾病负担和19%的残疾生活年数可归因于精神和成瘾障碍。⁸这些直接影响日常活动、工作表现和个人生活的幸福感。社会污名化、分散的精神健康管理模式、精神卫生专业人员的能力不足以及缺乏政策支持和缺乏实施新模式的研究证据等因素加剧精神健康治疗和管理的差距。⁹

15-29岁的年轻人是自杀的主要人口群体。¹⁰抑郁症和焦虑症是最常见的精神疾病，困扰了全球3亿多患者。自杀、抑郁和焦虑与社会经济等相关因素有关，如贫困、失业、身体疾病或情绪困扰等。¹¹

《2019-2023年世卫组织精神卫生特别倡议》提及：精神健康的普及着重于扩大精神健康的管理，所谓“健康普及”，指的是全面覆盖所有人群。世卫组织的战略行动是为了推动精神健康政策、宣传和人权，并在社区、初级诊所和医疗机构中扩大干预范围。¹²

COVID-19大流行对医护人员和整个社会对健康、社会、经济及精神产生诸多不利影响。在疫情期间，精神创伤主要表现为恐惧、愤怒、否定、失眠和压力，而所有这些表现都直接影响到患者的生活质量。¹³，患者的家人及朋友也因受COVID-19影响被隔离抑或是发生情绪变化，很可能导致更大的精神健康压力。

14

此外，COVID-19大流行可能增加了世界多地精神疾病的流行率，减少了患者获得健康管理的机会，特别对那些处于医疗资源匮乏地区的人。^{15, 16}在这种情况下，我们的工作重点是要扩大筛查发现精神健康问题的范围、提供精神健康急救、将有精神疾病患者转诊给专家并提供后续管理服务。

我们的药师可以而且有必要参与到精神健康管理工作中。

药师本身是一线医务人员，他们受 COVID-19 大流行的影响，面临更高的传染风险，承受更多的紧张和压力；而作为预防和管理大流行病的一员，药师通过循证手段纠正错误信息、利用新的证据和专业知识、采用新的角色和专业服务来管理药品短缺以及帮助管理患者的精神健康状况。¹⁷

FIP 在精神健康领域做了大量的工作，包括 2015 年 FIP 出版《关注精神健康：药师的贡献》以及 2021 两个活动：关于“[自杀预防、职业倦怠和大流行病：支持药师的精神健康和福祉](#)”（2021 年 9 月 10 日）和“药师在 COVID-19 大流行期间及后期的精神健康保障”（2021 年 10 月 5 日）。

尽管如此，精神疾病成为全球性流行疾病并造成极大的负担，我们的工作重点是扩大和巩固药师在精神健康领域的工作和作用，鼓励 FIP 在内的专业组织支持药师提供精神健康管理的药学服务。

非传染性疾病的工作框架属于 2021 年 FIP 启动的非传染性疾病实践转型计划的一部分。FIP 与国际专家组合作，编写了这本[实践支持手册及其知识和技能指南](#)，列出了在精神健康领域提供有效干预措施和所需的知识和技能。药师在以下工作领域可以发挥重要作用：筛查出有精神健康问题的个人、促进大众精神健康、识别异常精神健康症状、识别精神疾病复发情况、筛选出需要转诊以获得进一步治疗的可能病例，确保有精神疾病患者人身安全和有效地使用药物。特别是在管理药物方面，可能需要与医疗专业人员紧密合作。¹⁸

此外，精神健康是所有其他非传染性疾病（Non-communicable diseases, NCDs）管理中的一个伴随状况，通常慢性躯体疾病可能导致患者产生焦虑或抑郁的情绪，这需要用 NCDs 全程管理的方法来加以解决。

总之，药师可以通过不同角色的切换为精神疾病患者提供支持，包括帮助他们预防、治疗和解决精神健康问题及相关的症状，包括：¹⁹

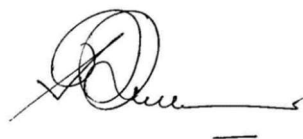
- 促进健康和宣教
- 药物成瘾、药物使用障碍、预防药物过量
- 早期发现
- 分诊和转诊
- 精神健康急救
- 治疗方案的优化
- 帮助制定公共精神健康政策
- 跨专业的合作实践
- 临床研究

《2022年世卫组织世界全球卫生报告》的副标题是：“让所有人享受精神卫生服务”，这也是FIP关于非传染性疾病实践转型计划的愿景。药师是医疗团队的重要成员，他们可以在精神健康疾病的预防、治疗、管理以及提供循证证据的建议等方面发挥重要作用。²⁰ FIP期待在世界各地成员和药师的共同努力下，改进药学实践的内容，为患者和医疗机构提供服务，促进大众的精神健康与福祉。



Dominique Jordan

FIP 主席



Paul Sinclair, 主席

FIP 医药实践委员会



精神健康

FIP 药师在非传染性
疾病实践中的实践手
册

1 简介

1.1 精神疾病的定义

根据世界卫生组织 (WHO) 的定义, 精神健康是一种 "幸福的状态, 在这种状态下, 个人能够意识到自己的能力, 能够应对正常的生活压力, 能够卓有成效地工作, 并且能够为他或她的社区做出贡献"。⁶

另一方面, 《精神障碍诊断与统计手册》--5th 版 (DSM-5) 将精神障碍定义为 "对个体认知、情绪调节或行为等精神活动不同程度障碍的总称, 反映了心理、生理或发育过程中的精神功能障碍。精神障碍通常与社会、职业或其他重要活动中遭受严重痛苦或残疾有关。对于预期或文化上认可的对常见的压力或变故 (如亲人的死亡) 的反应则不属于精神障碍。社会上的越轨行为 (如政治、宗教或性行为) 和主要存在于个人与社会之间的冲突也不属于精神障碍, 除非如上所述, 越轨或冲突是由个人功能障碍造成的。"²¹

DSM-5 提供了一系列精神疾病的诊断标准, 包括神经发育障碍、精神分裂症、双相情感障碍、抑郁症、焦虑症、强迫症、创伤和压力相关障碍、分离性障碍、进食障碍, 以及许多其他疾病。除了 DSM-5 之外, ICD-11 (国际疾病分类, 11th 修订版) 作为另外一种公共资源, 由世界卫生组织指导可用于定义和分类精神健康诊断。与 DSM-5 相似, ICD-11 也有广泛的精神健康疾病的诊断标准。²²

这本手册不会深入探讨每一种精神疾病的细节, 而是介绍了药师在促进精神健康和福祉及其为精神疾病患者提供帮助等方面发挥的诸多作用。

1.2 精神健康是一个公共卫生问题

精神疾病是世界范围内的一个极其重大的公共卫生难题, 其发病率和致残率居高不下, 全球有近 10 亿人受到不同程度的精神健康问题影响。¹ 据估计, 全球每年约 14.3% 的死亡 (约 800 万) 归因于精神障碍。²³ 尽管如此, 大多数人无法获得足够的精神健康服务, 这种状况加剧了精神障碍带来的负面影响。在低收入和中等收入国家, 超过 75% 的精神、神经或药物使用障碍患者没有得到有效的处理¹

精神疾病患者缺乏处理, 主要是由于全球缺乏精神健康工作者。根据《2020 年世界精神卫生报告》, 全球范围内的精神健康工作者短缺的问题令人担忧。

这种短缺的现象在非洲和东南亚地区最为明显。非洲和东南亚地区的每 10 万人口中分别有 1.6 和 2.8 名精神健康工作者，欧洲地区每 10 万人中有 44.8 名精神健康工作者，后者分别比前者高 40 和 20 倍，这两者已形成鲜明对比。在东地中海地区，每 10 万人口中有 8.8 名精神健康工作者，而在美洲地区和西太平洋地区，每 10 万人口中分别有 14.9 和 15.4 名精神卫生工作者。⁴

在比较世界银行不同收入层次的精神健康工作人员时，我们可以更清楚地看到精神健康工作者的差距。

在低收入国家，每 10 万人口中只有 1.4 名精神健康工作者，而高收入国家则有 62.2 名。在中低收入国家，每 10 万人口有 3.8 名，中高收入国家则有 14.7 名精神健康工作者。因此，精神健康工作者在世界不同地区的分布存在明显的差异，在低收入国家的民众获得精神健康服务的可能性要小很多。⁴

在全球范围内，精神疾病已严重影响了身体健康和生活质量，一些国际组织已声明：精神疾病是不容忽视、迫在眉睫的公共卫生问题。

为了突显精神疾病管理的重要性，联合国所有会员国通过了 17 个促国际发展的可持续目标（Sustainable Development Goals, SDG）。首先，可持续发展目标 3.4 指出：到 2030 年，世界应致力于“通过预防和治疗将非传染性疾病的过早死亡率降低三分之一，以促进大众精神健康福祉”。其次，可持续发展目标 3.5 指出：世界应致力于“加强对药物滥用的预防和治疗，特别是麻醉药品和酒精的滥用”。²⁴

为了攻克精神健康这一公共卫生问题，世卫组织已经整合资源并制定数个计划。首先，世卫组织提出了一个精神健康特别倡议（2019-2023 年），确保全球范围内“人人得享精神健康福祉”。该倡议将在 12 个重点国家试行，能让 1 亿多人获得优质和可负担的精神健康管理服务。¹² 世卫组织还制定 2019-2023 年的《第 13 个工作总规划》，呼吁全球关注精神健康这一公共卫生问题。

世卫组织还提出：该工作另一目标是将严重精神疾病的干预治疗（包括药物、社会心理和康复及随访）的服务覆盖率提高到 50%，并将自杀死亡率降低 15%。²⁵ 最后，《世卫组织全面精神健康行动计划（2013-2030 年）》促进精神健康福祉的量化目标囊括这四点：（i）对精神健康进行更有效的管理；（ii）在社区环境中提供全面、综合的精神健康和社会保健服务；（iii）实施促进和预防战略，以及（iv）加强信息系统的建设、循证证据收集和临床研究开展。²⁶

1.2.1 COVID-19 大流行期间的精神疾病

受 COVID-19 大流行的影响，精神健康已日益成为人们关注的焦点。世卫组织 2022 年 3 月的一份报告数据显示，在 COVID-19 大流行的第一年，全球焦虑症和抑郁症的流行率增加 25% 以上。² 据估计，COVID-19 大流行使全球增加了 5320 万例严重抑郁症和 7620 万例焦虑症确诊病例。³

精神疾病的发病率因国家而异，一些国家的精神疾病发病率比其他国家的高。具体来说，在 COVID-19 大流行期间，中低收入国家的精神疾病流行率高于中高收入或高收入国家。此外，不同的精神疾病在各国的流行率大相径庭。例如，抑郁症的发病率从南非的 14.5%到巴西的 63.3%不等，焦虑症的发病率从越南的 7.7%到墨西哥的 49.9%不等，而创伤后应激障碍的发病率从英国的 10.5%到埃及的 52%不等。²⁷ 此外，每个国家的某些人群如青年、女性或已经存在健康问题的人在 COVID-19 大流行期间可能更容易患精神疾病。²

有研究表明，感染 COVID-19 后患精神疾病的风险增加，包括焦虑、抑郁、压力和适应障碍、阿片类药物滥用、成瘾物质滥用以及神经认知决策困难和睡眠障碍。虽然这项研究纳入的人群是感染 COVID-19 而未入院的人，²⁸但那些在感染 COVID-19 前有精神障碍的人患严重疾病和死于病毒感染的风险更大。²

COVID-19 不仅导致精神疾病的发病率增加，而且还导致了精神健康服务的可及性下降。根据世卫组织的数据显示，约三分之一的世卫组织成员国报告了 2021 年 11 月至 12 月期间精神、神经或药物相关的服务受到干扰。受影响最大的项目是学校心理健康辅导和酒精滥用预防管理计划。由于精神健康医疗服务的中断，许多国家开始扩大电子精神健康医疗服务系统。虽然电子或远程精神医疗服务有助于减轻 COVID-19 对医疗的负面影响，但在实行过程中也遇到了一些困难，包括 "基础设施不足、地区发展不平衡和技术知识水平低"，以及与成本、隐私和缺乏经验的供应商有关的问题。²

1.3 精神疾病的经济和健康负担

精神疾病对健康和经济的危害令人震惊、影响深远。在全球范围内，1/5 精神疾病患者可致残，²且与没有精神疾病的人相比，精神疾病患者的死亡率也更高，更有可能导致过早死亡。与没有精神疾病的人相比，严重精神疾病患者的预期寿命减少 10-25 年。²⁹ 对于那些患有重度抑郁症和精神分裂症的人来说，过早死亡的几率比没有这些疾病的人高 40-60%。²⁶ 双相情绪障碍患者的死亡率比普通人群高 35%至 50%。²⁹ 这种死亡率的增加往往是由于自杀或与被忽视和未被治疗的其他身体疾病相关，如癌症、心血管疾病、糖尿病和艾滋病毒感染。²⁶ 患有严重精神疾病的人往往得到较低质量的医疗保健服务，而且还可能因其病情而面临歧视和羞辱。²⁹

精神疾病会使个人的健康状况处于更大风险中，健康行为得不到保障，从而影响了身体其他部位的健康状况。同理，与健康人群相比，有其他健康状况的人患上精神疾病的概率更大。例如，那些患有精神分裂症的人患糖尿病的可能性是普通人的 2 到 3 倍。²⁹ 此外，研究发现有糖尿病和肥胖可能增加患抑郁症的风险，而抑郁症患者可能会增加糖尿病或肥胖的风险。³⁰⁻³² 一项荟萃分析显示，与没有糖尿病的人相比，有 2 型糖尿病的人患抑郁症的风险增加 24%。³³

精神疾病还会导致慢性病患者的预后恶化。一项研究显示，那些同时患有精神疾病的 2 型糖尿病患者比那些没有精神疾病的患者有更高的死亡和住院风险。³⁴ 另一项研究也显示，同时患有抑郁症的糖尿病患者死亡风险增加约 1.5 倍，³⁵ 这些恶化的结局可能是由各种因素造成的。研究表明，患有抑郁症的 2 型糖尿病患者不参加体育活动的增加了一倍，并且不规律饮食的概率增加以及药物依从性也下降。^{36, 37} 因此，精神疾病和糖尿病之间存在一种相互影响的关系，这种关系对其他慢性疾病也是适用。因此，我们必须意识到慢性病对精神疾病的影响，反之亦然。

精神疾病患者可能有更高感染传染病的风险，如 HIV 和肝炎。²⁹ 精神健康状况会使患者感染 HIV 的风险增加约 4-10 倍。罹患精神疾病的患者通常也会拒绝 HIV 的预防工作，包括 HIV 检测和暴露前预防。³⁸ 精神疾病也与结核病有关。²⁹ 研究表明精神疾病患者（包括抑郁症和精神分裂症）比健康人更容易得结核病，³⁹ 而且精神疾病患者的恶性结局比没有精神疾病的风险高，更大可能死于结核病。⁴⁰ 精神疾病患者往往社会经济地位较低，更有可能参与危险的行为，如静脉注射毒品或无保护的性行为。因此，精神疾病患者患上传染病的风险也增加。²⁹

全球范围内，精神疾病高发病率也增加自杀率。在 2019 年，约有 70 万例精神疾病患者死于自杀，即每 100 例死亡中就有 1 例死于自杀，这意味着因自杀而死亡的人数比艾滋病、疟疾、乳腺癌或凶杀案导致的死亡人数还要多。⁴¹ 在 15-29 岁年轻人中，自杀是全球继交通事故、结核病和暴力之后的第四大死因。男性自杀死亡率是女性的两倍以上，且在高收入国家最高，反之，女性的自杀率在中低收入国家最高。自杀率最低的是地中海东部地区（每 10 万人中有 6.4 人死亡），最高的是非洲地区（每 10 万人中有 11.2 人），欧洲地区（每 10 万人中有 10.5 人），以及东南亚地区（每 10 万人中有 10.2 人）。虽然这些数值很高，但除了美洲以外，各地区的自杀率有所下降。从 2000 年至 2019 年，全球自杀率下降了 36%，但是，美洲地区自杀率反而增加了 17%。⁴¹

精神疾病给世界各国带来了巨大的经济负担，但是各国仅将其卫生预算的 2% 左右用于精神健康领域。同样，用于精神健康的国际发展援助费用也从未超过总费用的 1%。¹ 2020 年，各国政府在精神健康方面的人均支出的中位数从 2017 年的 2.50 美元增加到 7.49 美元。然而，高收入国家人均支出为 52.73 美元，而低收入国家为 0.08 美元，中低收入国家为 0.37 美元，中高收入国家为 3.29 美元，只有高收入国家能体会到高支出降低精神疾病发病率带来的益处。此外，超过 80% 的国家报告提到，他们将政府精神卫生总支出不到 20% 费用分配给初级保健、精神健康预防和促进计划中，而大部分资金被分配给精神疾病专科医院。⁴ 考虑到精神疾病对全球经济和卫生系统造成的损失，对全面、整体的精神保健服务缺乏投资令人担忧。目前，抑郁症和焦虑症的诊疗每年给全球经济带来 1 万亿美元损失。总的来说，由于患者健康状况不佳和生产率下降，精神健康疾病估计每年会给全球经济带来约 2.5 万亿美元的负担。据估计，到 2030 年，这一成本可能增加至约 6 万亿美元。因此，政府必须增加对精神健康管理服务的投资。这也是一项具

有成本效益的投资，因为对抑郁症和焦虑症的治疗投资每增加 1 美元，就可以在改善健康和生产力方面获得 4 美元的回报。⁴²

1.4 药师在当前和未来的精神健康管理中的作用

目前，全球精神卫生领域“人才荒”的问题日渐凸显。根据世界卫生组织《2022 年世界精神卫生报告》，精神健康工作者的中位数为每 10 万人中有 13 人，因此，药师在精神健康管理服务中必不可少。⁴³在此背景下，精神疾病造成全球的负担日益加重，急需有效的精神健康管理服务来削弱这些消极影响。

药师是最容易接触患者的医疗服务专业人士。⁴³在大多数国家，药师是最容易接触到的医疗服务专业人员，通常，社区药房是与患者接触的第一站。药师为患者调配药品是医务人员与患者接触的最后环节。因此，与患者接触的这些场景优势能让药师参与到初级保健服务中去，包括精神健康服务，分配和转介患者到其他医疗机构等。⁴⁴

通常不参与精神健康服务的医务人员可以通过参与医疗资源的分配和患者转介（重新分配）等任务，以获得更多参与管理的机会。随着精神健康从业人员的短缺现象越来越严重以及医疗资源分配和转介患者的工作变得越来越普遍，药师将有更多的机会利用他们的优势为患者提供精神健康管理服务。⁴⁵

自 20th 世纪下半叶以来，越来越多的精神病患者从医疗机构转到社区门诊接受治疗，这就需要多学科的合作。⁴⁶

作为药物专家和公共卫生专家，药师可以成为精神健康管理的中坚力量。值得注意的是，资金缺乏不是阻碍药师在精神健康管理中发挥作用的主要因素，而是影响了研究人员对他们的作用进行评估并发表相关文章。然而，随着需求和关注的增加，像 FIP、英国皇家药学会和澳大利亚药学会⁴⁷ 等这些专业协会已经发表了一些框架和报告，来概述了药师在精神健康服务中的作用，这些都为药师融入精神健康管理奠定了理论基础。但在简化、评估和优化药师提供的精神健康管理的方面，我们还有很多工作可以开展：

- **提供个性化的精神健康管理服务**—药师制定适合患者个性化需求的干预措施。不同的患者在不同的社会背景下会遇到不同的精神健康问题，因此可能需要考虑个性化的监护计划。
- **熟悉精神健康服务的环境**—这对药师融入精神健康服务团队至关重要。药师了解到不同的利益相关者和医务人员在精神健康管理服务中的角色，建立明确的合作框架来提供相应的服务，更好开展精神健康管理服务的工作，这样也避免其他医务人员在工作内容上的冲突和竞争。熟悉精神健康管理服务的现状也有助于药师扩大服务范围，从健康宣教到治疗、康复和随访，以及提供优质

服务的至关重要因素。药师将精神健康整合到高效的医疗服务系统中，该系统能储存详尽的患者信息，可以在患者管理中进行数据更新、使用和共享，还可以整合第三方融资机构、管理框架和高效的供应链系统等参与到这个系统中。

- **建立卓越专业技能的药师服务团队**—通过培训的药师已经具备了解决患者用药需求的能力。随着精神健康服务的需求越来越大，药师要用自己的专业技能为患者提供优质的精神健康管理服务。FIP 在这本手册分享了药师在精神健康服务中的最佳实践经验。最后，各国协会需要将这些宝贵的经验和学科发展结合起来，将这些经验纳入本国的药学课程和持续专业发展计划中。这些从 FIP 全球框架中汲取的经验将用于不同地区的精神健康管理工作，同时在全球范围内推动药学的发展，共同推进精神健康管理。⁴⁸
- **药师精神健康服务中坚力量的认可与宣传**—药师持续提供精神健康服务，却没有足够的报酬和广泛的认可。为了避免这一行业发展停滞不前，我们需记录、评估和认可药师在精神健康服务所做出的贡献。这在很大程度上取决于政策宣传，以及药师是否被政策保护。政策不仅承认药师在精神健康服务中的作用，而且使得药师服务的相关规定具有法律效力，特别是在各地政府、国际间的优先事项中，政策和法规的支持显得非常重要。

目前，药师在精神健康管理服务中的工作内容有：^{46,49}

- 药品调剂；
- 药物重整；
- 药物治疗管理；
- 药物审查；
- 用药咨询和宣教；
- 提高依从性和宣教；
- 监测精神药物的安全和疗效；
- 酒精和与酒精相互作用的药物使用咨询和管理；
- 用药建议；
- 初级精神健康管理服务；
- 参与精神健康机构（如医院）的团队中；
- 长效注射剂的监管。

药师在精神健康管理服务的前沿性工作包括：

- 对精神疾病的早期干预，包括扩大精神疾病的筛查；
- 制定相关政策；
- 参与项目和方案的管理；
- 在与医师合作协议范围内开具药物处方并监测；

- 参与专科门诊（如氯氮平门诊、锂离子门诊）的工作；
- 成为医院、精神病院或门诊部团队服务的一员，扩大执业范围；
- 在社区提供精神健康管理服务。

1.5 精神健康服务与治疗的政策支持

卫生政策是指一系列如何提供指导医疗服务和患者评估等医疗工作的原则和目标的统称。这些政策可以是地方性的、全国性的、国际性的，甚至是机构性的，其重点是向医保部门展示他们工作成果。世卫组织将卫生政策定义为对未来的展望，这反过来有助于确立短期和中期的目标和规划。⁵⁰ 卫生政策可以明确工作的重点，向不同医保部门展示明确的角色和目标，并为实现既定目标达成共识。

考虑到药学实践的长远发展，有必要建立一个结构化的服务框架来指导药品调剂和供应之外的药学服务。将药师纳入全球、国家甚至地方机构的卫生政策，可有助于消除药师在提供精神健康管理服务时面临的障碍，包括来自医疗机构中不同领域的合作壁垒。此外，这些政策可有助于药师长期参与到精神健康管理服务中。

世界卫生组织非洲地区办事处提供了精神健康政策和服务计划：⁵¹ 我们的药师在工作中扮演不同的角色，推动政策的改变，改善患者获得精神健康服务和治疗的机会。该计划的重点是向各国各地区提供技术支持，制定基于循证证据的精神健康政策和计划，并让药师通过精神健康服务的价值和原则去实施这些政策和计划。

药师在倡导政策变化时可以采取以下策略：

- **社区参与**—药师通过提供医疗服务，包括精神健康服务，与社区接触，建立一个完善的管理服务体系。本着以患者为中心的服务精神，把患者作为朋友，可以帮助药师在其工作的不同方面展现其精神健康服务提供者的职责。
- **协调和统一伙伴关系及其支持系统**—除了了解患者的精神健康状况，药师还需与关键的利益相关者建立战略伙伴关系，包括医生、精神健康专家、精神科护士、患者家属、生物制药公司和医疗保险公司，以及其他在提供精神健康服务方面发挥作用的人。在各界专业人士的通力合作下，药师最主要的工作内容就是建立一个结构化工作模式，以填补当前服务流程中的不足。这种模式包括在社区对精神健康患者的评估和转诊、药物审查和依从性的咨询等，其目的是让患者获得优质服务，建立一个综合的精神健康服务生态系统。
- **最佳实践模式与发展**—以循证证据为依据，药师有必要在精神疾病患者的持续服务过程中创建最佳实践模式。最佳实践模式将成为精神健康管理的证据来源，并在各个学术推广上重点

推广，如加拿大新斯科舍省政府卫生和健康部资助的布鲁姆计划和澳大利亚的 PharMIbridge 计划。⁴⁶

- **健康政策的制定**—为了提升精神健康管理服务水平，制定精神健康服务的政策和引入新的规定的环节中，药师必须与利益相关者商榷服务模式的框架，并从工作中收集和整理证据。在制定政策时，需考虑对从业人员采取不同的激励模式，包括资金支持和报酬给付，确保相关政策是可行的和可持续的。

考虑到药师在持续改变的环境中执业，那么，倡导政策变动就不会是一次性的活动。因此，从业人员必须实时地调整他们的实践模式，收集新的证据，并建议将这些新管理的服务流程和模式纳入未来的政策框架中。专业协会必须走在时代前列，为药师在精神健康服务的重要作用 and 推进行业发展发声，还要支持精神健康政策的持续改进。

1.5.1 药品政策

目前，选择治疗药品受多方面的影响，其中药品成本和药品可及性可能是精神健康管理工作人员面临的主要挑战。

食品和药品管理部门应实施合理的使用管理策略，提高精神疾病药物使用的患者监护质量，同时平衡药品成本，促进药物充分利用。这可以鼓励包括药师在内的医护人员积极参与抗精神病药物和精神类药物的药品合理使用安全委员会的工作。^{52, 53}

药师可以在制定药物治疗方案和药品调配、确保抗精神病药物的有效性和安全性、决定药物的定价以及进行或开展成本效益研究等多方面做出巨大贡献。此外，作为精神健康领域的药学专家，药师在评估精神疾病管理中的循证证据和监测药物的使用方面具有优势地位。⁵⁴ 药师在多学科的医疗团队中的实际工作，为其提供了在推动药物政策制定的工作经验。

2 促进精神健康和疾病预防

在精神健康领域工作时，药师不仅要考虑如何解决患者当前的精神问题，还要考虑如何促进患者的精神健康，防止患者日后精神状况的恶化。世卫组织将精神健康定义为一种状态，即个人意识到自己有能力应对正常的生活压力，并能继续为社会做出有效的贡献。⁶ 世卫组织对精神健康和精神疾病进行了区分（见图1）。

图 1：世界卫生组织精神健康和心理健康状况连续谱⁵⁵



因此，促进精神健康对于帮助预防精神疾病的发展非常重要。虽然预防精神疾病并不总是有效的，但对于那些有可能存在精神疾病患者，实施促进精神健康的策略仍然是非常必要的。导致个人患上精神疾病的因素并不是单一的，而是各种因素之间的相互作用的结果。在一项由 Sax 研究所为维多利亚州健康促进基金会进行的研究中，研究者对文献进行了全面评估，并列出了以下精神疾病的风险/保护因素：⁵⁶

- **风险因素**--社会孤立和孤独、无保障的就业和失业、不利的工作条件、经济不平等、移民、无家可归、照顾他人、身体健康状况、压力事件（包括亲密伴侣暴力和亲密关系的缺乏），以及少数性取向的个体。
- **保护因素**--就业、体育活动、强大的社会关系和网络、控制饮食和戒酒，以及绿色空间。

不管患者面临的是风险因素还是保护因素，最重要的是需要药师帮助患者实现和保持精神健康。

2.1 药师在促进精神健康方面的作用

药师可以通过许多潜在的方法来促进精神健康；然而，这些作用会因药师的执业环境、本国的药事法规、与精神健康服务相关的医保政策、以及药师必须完成的工作时长而有所不同。

为了确定对某个社区或患者群体最有影响的服务，世界卫生组织撰写了精神健康差距行动方案（the WHO Mental Health Gap Action Programme, mhGAP），在方案中罗列了关于精神健康的问题的框架，可以指导药师全面参与促进精神健康的工作（见表1）。

表 1：世界卫生组织精神健康差距行动方案框架⁵⁵

推进行动方案的四个问题	相关问题
有什么需求？	服务差距体现在哪里？ 服务没有覆盖哪些人群？ 社区层面的精神健康需求是什么？
活动或干预的目的是什么？	你希望达到什么目的？ 短期和长期目标是什么？
需要哪些活动或干预措施？	哪些活动或干预措施可以填补服务空白？ 哪些证据证明这些措施是有效的？
有哪些资源可以利用？	这些活动或干预措施的运用场景？ 谁能执行这些活动或干预措施？ 与谁合作？

正如 mhGAP 社区工具箱中所概述的，对于药师来说，促进精神健康最可行的方法包括非正式的和正式的方式提升对精神疾患的认知。非正式的方法包括与患者进行有关精神健康的谈话，当个人以不友善或污名化的方式谈论精神疾病时进行干预，以及提高患者和社区成员对精神健康和精神疾病的认识。药师可以采用的正式方法包括：研讨会、社区论坛、传单或宣传单、电台广告或活动、报纸或杂志广告等等。最终，药师应该问自己以下问题，来确定他们希望采用的方法：⁵⁵

- 你希望以何种方式如何接触你的社区成员？
- 你想给他们宣讲什么主题？
- 你希望与谁合作？

药师可以选择一系列的主题来促进患者的精神健康，如指导他/她们建立与他人的联系，积极锻炼身体，学习新技能，为他人付出，参与日常活动，减少压力，或获得充足的睡眠。⁵⁷ 药师也可以专注于减少患者与精神疾病和精神病治疗（包括药物和精神治疗）相关的污名化。目前，在英格兰一家药房就有药师促进精神健康和福祉的例子，在那里几乎所有的药房都被列为健康生活药房。通过这种方式，我们鼓励药房团队宣传与此相关的主题，特别是在特定疾病的宣传日时（例如，世界精神卫生日、世界预防自杀日等）。⁵⁸

除了参与重视精神健康宣传计划外，药师还可以利用他们作为医疗服务提供者的工作场景，为患者提供精神健康的政策和国家指导文件等医疗资源信息，如在失业、贫困人口的社会安全网、药物滥用和获取政策等，促进政策在精神健康方面的落地。

药师可以通过很多方法来促进患者的精神健康，他们根据患者的需求来设计和提供个体化的管理方案，可以让药师在特定的工作环境中完成有效、最合适的干预措施。

2.2 预防药物成瘾、误用和过量

药物滥用是一个令人担忧的全球公共卫生问题，每年约有 50 万人死于非法药物使用。此外，据估计，全球有 3500 万人正在经历药物滥用。^{59, 60} 在没有医疗监督的情况下使用精神活性物质会产生社会、经济和健康不良影响，包括但不限于丧失生产力、增加死亡率和发病率、增加医疗开支和其他与社会福利有关的费用。⁶¹ 由于药物滥用在全球范围内的重大影响，医疗合作团队的所有成员应通力解决这一难题。

药师在解决药物滥用和防止药物过量的服务方面具有突出的表现。作为药物专家，药师利用他们的专业知识来帮助那些可能正在与毒瘾作斗争或有药物过量风险的患者。一项防止初级医疗机构阿片类药物滥用的干预措施的系统回顾性研究发现，药师和高级执业临床医生的跨专业团队是最佳合作伙伴，其中药师的工作主要确保剂量适当（如丁丙诺啡和美沙酮的剂量）。⁶² 最近的另一项系统综述突出了药师在发现有药品滥用风险的患者以及发放纳洛酮和辅导患者合理使用等方面发挥重要作用。⁶³ 药师在社区能解决患者药物滥用相关的问题，与他们建立信任关系。

2.2.1 纳洛酮

研究发现，美国农村地区实施药房为基础的“纳洛酮带回家”方案，好处包括在社区更容易获得纳洛酮，减少患者因过量使用阿片类药物带来的污名化，并促进患者正确识别和坦然地咨询纳洛酮正确使用。⁶⁴

纳洛酮是一种阿片类拮抗剂，适用于阿片类药物过量的紧急治疗。建议患者在服用 50 个吗啡毫克当量（MMEs）或更多阿片类药物时，应配备纳洛酮。纳洛酮鼻喷雾剂在一个鼻孔内喷一次，如果患者没有应答，再次进入呼吸抑制状态，就可以每隔两到三分钟重复给药，直到急救人员到来。纳洛酮的一些不良反应包括血压升高、肌肉骨骼疼痛、头痛、鼻腔干燥、水肿、充血和炎症等。

近年来，美国和欧洲一些国家实施纳洛酮带回家的方案使得患者更容易获得纳洛酮。⁶⁵ 这些方案让那些可能存在阿片类药物滥用的人可以获得纳洛酮。美国是一个提供纳洛酮而没有处方要求的国家，患者可以在药店柜台购买。然而，许多州有自己的方案，个人可以由此免费获得纳洛酮。关于纳洛酮的更多信息可以在 <https://www.narcan.com> 中找到。世界各地的患者不需要处方就能获得纳洛酮，因此，药师能在社区药房帮助患者认识和了解纳洛酮的正确使用。许多国家实施了纳洛酮带回家的政策，患者可以优惠的价格或免费获得纳洛酮。

2.2.2 处方监测

处方药监测计划旨在跟踪管控药品的合理使用，并防止滥用。处方药监测计划主要在有电子健康记录的国家实施，包括北美、澳大利亚和欧洲的一些国家。⁶⁶ 然而，在低收入和中等收入国家却难于实施处

方药监测计划，因为这些国家目前没有使用电子健康记录，而是依赖纸质处方。在有监测计划的国家，药师应充分利用处方药监测计划的优势，给患者调剂前应先审核管控药品的处方。而在没有监测计划的国家，药师需审查重复处方记录，明确患者是否存在过度药物治疗的风险。

2.3 社会处方

社会处方就是通过医疗人员识别出患者的非医疗需求（即心理社会需求），然后将患者转诊给社区工作者完成以社区资源为基础的社会活动和支持。社会处方强调了患者可能需要传统医疗范畴外的医疗帮助，体现了各种社会因素对个人健康和福祉的影响，旨在促进整体管理、处理那些可能影响个人健康的环境或社会的问题，⁶⁷从而让有精神健康需求、孤独或孤立、有一种或多种长期疾病、或有复杂社交需求的人获益。⁶⁸在英国，社会处方主要由国家卫生服务机构（National Health Service, NHS）执行，是NHS长期计划的一个关键组成部分，旨在提升个性化的健康管理服务质量。在其长期计划中，NHS重视雇佣额外的负责联系的工作人员，来从事社会处方的工作，并为患者提供恰当的服用。⁶⁹即便英国将社会处方委托给负责联络的工作者，任何医疗服务提供者，包括药师都可以担任社会处方者的工作。药师能通过所在的社区的药房与患者频繁互动，有很大的机会参与社会处方的工作。

社会处方可以包括社会活动和支持，如就业服务、财务咨询、行动支持、照顾者支持、志愿服务、艺术活动、学习活动、园艺、团体支持、健康饮食建议、体育锻炼等。^{67,70}归根结底，任何有助于改善患者福祉的社会活动和支持即可认为是社会处方。因此，药师需要通过社区或志愿者组织充分了解目前社区所提供的服务方能高效参与社会处方工作。

越来越多的证据表明，社会处方在改善健康和福祉发挥重要作用，如提高生活质量、情感幸福，降低抑郁和焦虑水平、加强社区联系，促进精神和身体健康。然而，尽管社会处方蓬勃发展，前期研究的局限性及比较研究方法的困难性使得与社会处方相关文献的影响力参差不齐。^{67,71}因此，社会处方的高质量发展仍是路漫漫其修远兮。关于药师在社会处方的作用研究同样也是寥寥无几。最近的一项研究发现，药师主要通过对患者进行评估，并将他们转介给其他工作者进行额外的管理或服务等方式参与社会处方的活动。该综述还发现，用不同的研究方法评估药师在社会处方的成效褒贬不一，但药师在干预血压血糖、提高生活质量、增加获得其他健康服务等工作还是有成效的。然而，关于药师作为社会处方者的影响的证据不多，目前还不能明确药师工作的价值。⁷²我们的药师可以在继续实施社会处方服务的过程中，提供更多的循证证据

<https://www.udemy.com/course/socialprescribing/> 有一个由社会处方药学协会创建的免费在线课程，可提供给对社会处方感兴趣的药师，这些课程旨在教育社区药师了解社会处方的原则，并帮助他们准备将社会处方整合到自己的工作计划中。⁷³

3 掌握精神疾病的临床表现和症状

精神疾病的临床表现和症状因个人所经历的具体精神疾病不同而差异巨大。虽然药师不会对精神疾病患者进行诊断，但能发现患者潜在临床表现和症状，若发现患者出现有精神疾病的表现和症状则可能需要药师干预或转诊到精神健康管理机构。药师了解患者的症状或治疗效果，然后明确患者的治疗方案是否需要做出调整。因此，药师应该掌握精神疾病的主要临床表现和症状，能判断出可能需要转诊或调整药物的患者。根据美国国家精神疾病联盟的推荐，药师应注意以下几种常见的精神疾病的症状，包括：

74

- 过度担心或恐惧
- 感到过度的悲伤或低落
- 思维混乱或注意力不集中、学习困难
- 极端的情绪变化，包括无法控制的“高涨”或兴奋
- 长时间或强烈的易怒或愤怒
- 远离朋友和社会活动
- 难以理解或与他人相处
- 睡眠习惯改变或感到疲倦和精力不足
- 饮食习惯的改变，如饥饿感增加或缺乏食欲
- 性欲的变化
- 难以感知现实（妄想或幻觉，即一个人体验和感觉到客观现实中不存在的事物）
- 无法察觉自己的感觉、行为或性格的变化（“缺乏洞察力”或无知觉）。
- 过度使用酒精或毒品等物质
- 没有明显原因的多种身体疾病（如头痛、胃痛、隐约和持续的疼痛）。
- 思考自杀问题
- 无法进行日常活动或处理日常问题和压力
- 对体重增加的强烈恐惧或对外观的关注

药师应了解以上常见的精神疾病临床表现，并知道当患者出现症状时该怎么处理，且采取措施让患者认识到症状的发生，以及知道当自己或他人出现这些症状时采取何种措施。随着越来越多的药师参与精神健康管理服务的工作，药学教育者须将有关主题纳入教学课程，让年轻药师快速融入健康管理服务工作。已经执业的药师可能希望寻求更多持续专业发展机会来扩大知识面或参加更多的精神健康管理培训（如精神健康急救，自杀预防培训等）。

除了一般的症状外，药师还应了解社区患者可能遇到的常见的精神疾病类别以及潜在的症状。表 2 列出了 DSM-5 中对精神疾病的分类和描述，以及对应类别的潜在症状。

表 2：常见精神疾病及其症状概述

精神疾病的类别 ²¹	诊断实例 ²¹	DSM-5 描述 ²¹	潜在的症状
焦虑症	惊恐障碍、恐惧症、广泛性焦虑症	存在过度恐惧和焦虑以及相关的行为障碍。在这些疾病中表现明显的惊恐发作。	情绪化： 感到恐惧、忧虑、紧张、躁动、不安、易怒

精神疾病的类别 ²¹	诊断实例 ²¹	DSM-5 描述 ²¹	潜在的症状
			身体方面: 心悸或心跳加速、呼吸急促、出汗、颤抖、疲劳、头痛、失眠、胃部不适、腹泻 ⁷⁵
双向障碍和相关疾病	躁狂、轻躁狂、重度抑郁症	有从躁狂到抑郁的情绪、精力、活动水平、注意力以及处理日常生活行为的转变。 ⁷⁶	躁狂症和抑郁症发作可能持续数周或数月。 躁狂症: 感到非常高兴或兴高采烈, 自视甚高, 精力充沛, 充满伟大的新想法。说话很快, 容易分心或烦躁, 不睡觉或不吃饭, 做出不符合性格的决定。 抑郁症: 症状如下行所述 ⁷⁷
抑郁症和相关疾病	重度抑郁症、持续抑郁症、经前期烦躁障碍	有悲伤、空虚或烦躁的情绪, 并伴随着明显影响个人功能能力的身体和认知变化。	睡眠或食欲改变, 注意力不集中, 精力减退, 对活动缺乏兴趣, 无望或有罪恶感, 身体疼痛, 有自杀念头, 动作改变 (活动减少或烦躁)。 ⁷⁸
进食障碍	厌食症、贪食症、暴食障碍 (Binge Eating Disorder, BED)。	饮食或与饮食有关的行为持续紊乱, 导致食物的消耗或吸收发生改变, 并严重损害身体健康或社会心理功能。	厌食症: 拒绝吃东西, 甚至饿死, 痴迷减肥。感觉烦躁, 缺乏情绪或情感, 害怕在公共场合进食。营养不足导致便秘、心律不齐、低血压、脱水等。 贪食症: 强迫呕吐、滥用泻药或过度运动以摆脱食物/热量。感到自卑、失控、内疚、可耻、远离朋友和家人。潜在的脱水导致心律失常或心脏衰竭。 BED: 进食时失去控制, 导致在短时间内消耗大量的食物。感到尴尬、厌恶、抑郁, 对行为感到内疚。 ⁷⁹
强迫症及相关疾病	强迫症、躯体变形障碍 (Body dysmorphic disorder, BDD)、囤积症	存在癖好、强迫、专注或重复的行为或与专注相关的心理行为。有些障碍的主要特征是反复出现以身体为中心的重复行为, 并反复试图减少或停止这些行为。	强迫症: 反复出现的侵入性、非理性的想法或冲动 (例如, 想到伤害或曾经伤害过某人, 怀疑自己没有做对什么)。 重复性行为: 暂时缓解由强迫症引起的压力 (如洗手、重新算钱、检查门是否锁好)。 ⁸⁰
精神病	精神分裂症 (Schizophrenia)	在以下一个或多个系统出现异常: 妄想、幻觉、思维紊乱 (言语)、严重紊乱或异常的运动行为 (包括精神紧张), 以及其他负面症状。	幻觉 (听到声音、看到东西或闻到别人闻不到的东西)、妄想 (错误的信念)、负面症状 (情绪平淡、说话呆板、不连贯)、记忆力差、难以组织思想或完成任务。 ⁸¹
药物滥用	酒精滥用, 阿片类药物滥用	其基本特征是一组认知、行为和生理症状, 表明该人已经存在重大药物相关问题的情况下仍然继续使用该药物。	眼睛充血, 瞳孔比平时大或小, 外形变差, 体重突然减轻或增加, 声音颤抖, 语速不清, 认

精神疾病的类别 ²¹	诊断实例 ²¹	DSM-5 描述 ²¹	潜在的症状
			知障碍, 缺乏动力, 情绪突然波动, 易怒增加, 出现恐惧、偏执或焦虑的情况。 ⁸²
创伤和与应激相关障碍	创伤后应激障碍, 急性应激障碍	遭遇创伤或压力事件后存在精神困扰。	重新体验的症状, 如闪回、恶梦、侵入性思维, 或回避提醒创伤事件的地方或物体, 难以回忆起该事件, 去意识化症状, 过度警觉(例如, 被类似创伤的刺激物强烈惊吓)。 ⁸³

3.1 精神疾病的筛查

社会对精神疾病患者的污名化越来越严重, 导致精神疾病延误治疗。⁸⁴ 此外, 许多精神疾病患者并没有觉察到自己是否有精神疾病相关症状, 也不知道有什么途径可以减轻症状。⁸⁵ 虽然药师在社区药房中能成功筛查抑郁症患者, 但筛查是否会影响临床治疗或增加经济负担仍未知。⁸⁶ 尽管如此, 药师显然在识别患者潜在的精神疾病的体征和症状、在需要时将患者转介到医疗机构进行诊断和治疗等方面更具“天时地利人和”的优势。⁸⁷

因此, 药师应该储备丰富的专业知识和技能运用于工作中, 如药师在筛查精神疾病患者时, 应该熟悉适当有效的筛查工具(量表), 并知道如何使用、何时使用筛查工具以及如何解释结果。

筛查工具包括一般健康问卷、一般焦虑症评估、失眠严重程度指数、抑郁症患者健康问卷(PHQ)以及抑郁症、焦虑症和压力量表等。⁸⁸ 其中, PHQ-9 是最准确可靠的精神健康筛查工具。⁸⁹ 然而, 这个工具的清单并不详尽, 药师可以根据患者所需筛查的病种来使用其他现有的工具和问卷。我们鼓励药师就工作中如何正确使用筛查工具等问题进行拓展培训。

WHO-5 幸福感问卷是一种常用于评估幸福感的方法。该方法由五个问题组成, 患者使用 Likert 量表记录他们在过去两周的感受。⁹⁰ 研究者将问卷翻译成 30 多种语言供全球使用。⁹¹ 该问卷的系统回顾结果表明, 问卷能有效准确地筛查抑郁症、评估一段时间内幸福感或比较不同人群的幸福感(见表 3)。⁹¹

表 3: WHO-5 幸福感调查表⁹⁰

在过去的两周	所有的时间	大多数情况下	超过一半的时间	不到一半的时间	有些时候	在任何时候
我感到心情愉快, 精神饱满	5	4	3	2	1	0

在过去的两周	所有的时间	大多数情况下	超过一半的时间	不到一半的时间	有些时候	在任何时候
我感到平静和放松	5	4	3	2	1	0
我感到活跃和有活力	5	4	3	2	1	0
我醒来的时候感觉有活力，休息很好	5	4	3	2	1	0
我的日常生活中充满了有趣的事情	5	4	3	2	1	0

计分：原始分数的计算方法是将五个问题中每个问题所选择的数字相加，原始分数的范围从 0 到 25，0 代表最差的生活质量，25 代表最好的。

解释：如果原始分数低于 13 分或患者对任何问题的回答为 0，则建议他们进行重症抑郁症（ICD-10）问卷调查。得分低于 13 分表示幸福感差，是使用 ICD-10 进行抑郁症测试的一个指标。*

监测变化：如果标准化百分比变化 10%以上，这被认为是一个重大变化，可能需要额外的治疗或转诊。

*ICD-10 可在世卫组织出版物《初级健康管理中的福利措施》的附件 2 中找到。⁹⁰

另外一种筛查方法是美国心理健康协会的[精神健康测试](#)网站（[Take a Mental Health Test](#)），其包括对抑郁症、焦虑症、双相情感障碍、创伤后应激障碍、饮食障碍、成瘾、产后抑郁症和精神病的在线评估。⁹²英国的 NHS 也开发了一个可以在线访问的关于[抑郁症和焦虑症的自我评估检测](#)筛查网站（[Depression and Anxiety Self-Assessment Quiz](#)）。⁹³[Here to Help](#) 是不列颠哥伦比亚省精神和药物使用信息合作伙伴的一个项目，其网站包括精神健康、抑郁症、焦虑症和药物使用的筛查。⁹⁴最后，"[Help Yourself.Help Others](#)"是另一个由美国 MindWise Innovations 公司开发的免费在线筛查工具，包括焦虑、抑郁、赌博成瘾、酒精使用障碍、阿片类药物滥用、双相情感障碍等各种情况的筛查。⁹⁵药师可以利用这些免费的在线筛查工具网站来判断患者潜在的精神疾病，当然还有许多其他的工具和资源可用。值得注意的是，这些评估不能诊断精神疾病，只能用于评估患者是否需要提供额外的评估或管理。药师若鼓励患者参与评估，应确保有转诊和跟进的途径，让评估后的患者接受额外的服务或管理。

除了掌握精神疾病的特征和症状以及精神健康筛查工具的知识技能外，药师还需要与患者建立信任的治疗关系（见第 6 章），在安静和私密的环境进行筛查和交流，并鼓励他们转诊到初级精神医师、心理学家、精神病学专家或其他精神健康管理专业人士。

4 应对精神健康危机

药师能与精神疾病患者有频繁的互动，可以识别潜在的精神健康危机的临床表现。因此，药师必须知道这些临床表现是什么，以及如何作出最好的应对，确保患者在经历精神健康危机时得到适当的、即时的治疗。

根据全国精神疾病联盟（National Alliance Mental Illness, NAMI）的描述，精神健康危机是指“一个人的行为使其面临伤害自己或他人的风险和/或无法照顾自己或在社区中无法发挥社会功能的任何情况”。⁹⁶ 精神健康危机的诱发因素诸多，包括与他人关系变化、与亲人冲突、亲人死亡或疏远、创伤或接触暴力、工作或学校压力、开始新的药物治疗、药物漏服、使用药物或酒精等等。然而，诱发因素不仅限于此，而是某些特定的情况或经历可能导致临床表现差异明显的精神健康危机。此外，精神健康危机可能不是由任何事情诱发，可能也只是个人精神疾病的一部分。⁹⁶ 根据 NAMI 的说法，以下情况可能是即将发生的精神健康危机的警告信号。⁹⁶

- 无法完成洗澡、刷牙、梳头、换衣服等日常工作。
- 情绪急剧波动、精力旺盛、无法静止、踱步；突然抑郁、性格孤僻；抑郁期过后突然高兴或平静。
- 烦躁不安、言语威胁、暴力、行为失控、破坏财产。
- 对自己和他人有虐待行为，包括使用药物或自我伤害（切割）。
- 与学校、工作、家庭、朋友隔绝。
- 与现实脱节（精神病）--无法认出家人或朋友，感到困惑，有奇怪的想法，认为自己是一个不存在的人，不明白别人在说什么，听到不存在的声音，看到不存在的东西。
- 偏执狂（或过度的苦恼感和自责感）。

对于那些可能正在经历或有可能经历精神健康危机的人来说，另一个重要的精神健康危机是自杀。自杀可以预防的，因此，药师必须了解常见的自杀警告信号，知道如何直接评估自杀意念，以及在患者有风险时将他们转诊至何处。虽然自杀可预防，但很难预测，它是一个多层面的问题，且临床表现形式多样。所以，掌握 NAMI 所概述的常见警告信号仍然很重要。⁹⁶

- 赠送个人财产
- 说话时好像对方在说再见或要永远离开一样
- 采取结束性措施，如整理个人文件或偿还债务
- 订立或更改遗嘱
- 囤积药品或获取武器
- 关注死亡
- 在一段时间内沮丧后突然变得开朗或平静
- 性格、情绪和/或行为有急剧变化
- 使用药物或酒精的频率增加
- 说诸如“什么都不重要了”、“没有我会过得更好”或“生活不值得”之类的话。
- 逃避朋友、家人和正常活动
- 失恋
- 有彻底的无望和无助感
- 有自杀企图或其他自残行为的历史
- 有家人/朋友自杀或自杀未遂的历史

当在患者身上看到这些症状时，药师抓住机会与他们交谈，直接评估自杀问题，并将他们转介到合适的精神健康服务机构进行治疗。现在，药师利用诸多工具和规范能游刃有余地解决问题。美国药物滥用和精神健康服务管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration，SAMHSA）已经制定了精神健康危机核心要素的指导准则。指导准则包括 10 个基本标准，还纳入到与精神疾病患者的任何回应或对话中（表 4）。虽然药师不是治疗精神疾病患者的核心医务人员，但他们有可能是第一个接触患者的工作人员，所以应该竭尽所能了解以下内容。

表 4：SAMHSA 应对精神健康危机的 10 条准则⁹⁷

准则	描述
避免伤害	对精神健康危机的适当反应需权衡干预措施所带来的风险和益处，并在可能的情况下采用替代方法，如把危险控制在允许“观察性等待”的一段时间。在迫切需要建立人身安全而几乎没有可行的替代方法来解决对患者或他人造成重大伤害的情况下，要运用适当的危机应对措施，包括尽量减少所使用的干预措施的持续时间和负面影响。
以患者为中心干预方式	适当的干预措施、寻求了解患者、他或她的独特情况以及如何将患者的喜好和目标最大限度地纳入危机应对措施中。
共同承担责任	适当的危机应对措施帮助患者重新获得主导权，将患者视为行动的积极伙伴，而不是被动的接受者。
解决创伤问题	关键在于：一旦出现人身安全的威胁，应立即启动对危机或危机造成的伤害的治疗，不可拖延。既往有创伤史能减弱特定干预措施的反应效果；危机应对工作者应适当地寻求合适的方法，而患者应承担起提供关键信息（例如，执行预先签署妥当的文件）。
建立安全感	协助患者实现人身安全的主观目标，需要了解此人需要什么带来安全感（内容也许包含在患者先前制定的危机计划或患者安全计划中），以及哪些干预措施可能提升脆弱感（例如，单独禁闭在一个房间中）。提供这样的帮助还需要给予工作人员充分的时间来了解患者的个人需求，并给予他们自由空间来满足需求。
发现优势	适当的危机应对措施旨在确定和加强患者可以依赖的资源，不仅是为了从危机事件中恢复，也是为了防止危机进一步发生。
关注整个人	处于危机中的严重精神疾病患者是一个完整的人，与既定的精神残疾可能是相关的，但可能是，也可能不是最重要的。
建立信任	对处于精神健康危机中的患者作出适当的反应，并不是轻视他/她，因为他是可靠的事实或情感信息来源，了解这个人的能力和需求很重要。
建立信心	适当的危机应对措施有助于患者康复和复原。干预措施应维护患者尊严，培养患者希望感，并促进正式的系统和非正式资源的参与。
提高与改善	充分的危机应对措施需要在个体化干预计划和干预系统的改善方面来评估患者未被满足的需求。

为了确保以上准则恰当地被运用于精神健康危机的应对措施中，SAMHSA 还公布了精神健康危机的工作准则：⁹⁷

- 及时获得支持和服务
- 以限制性最小的方式提供服务
- 可提供同伴支持
- 提供合理的时间与处于危机中的患者相处
- 做出基于患者个人优势的计划
- 紧急干预措施应考虑患者综合背景来制定整体服务计划
- 危机服务由受过适当培训并有能力评估和有效干预所提出问题的人提供
- 不要拒绝处于自我定义的危机中的人
- 干预者对危机有一个全面的了解
- 优先帮助患者重新获得主导感
- 提供的服务需考虑被服务者的文化、性别、种族、年龄、性取向、健康知识和沟通的需求
- 尊重患者权利
- 以创伤为导向的服务
- 评估和解决精神危机服务中反复出现的问题
- 采取有效的措施，减少未来发生紧急情况的可能性。

4.1 精神健康急救

药师通过参加精神健康急救（Mental Health First Aid，MHFA）培训提高正确处理精神健康危机的技能。MHFA 是 2000 年在澳大利亚开发的课程，旨在“赋予个人所需的知识、技能和信心，以支持[那些]经历精神健康问题或正在经历危机的人，如自杀”。⁹⁸ 后来，这个项目风靡于澳大利亚境外，在 24 个国家推广，全球 400 多万人接受了培训。⁹⁸

越来越多的证据表明，MHFA 培训影响深远。美国 MHFA 汇编了世界各地的研究摘要，包括美国，澳大利亚，印度，加拿大，日本，英国，斯里兰卡，巴基斯坦和瑞典等国家的研究结论。这些研究表明，MHFA 培训增加精神疾病的了解，提高了受训者帮助经历精神健康危机患者重建信心。⁹⁹ 另一荟萃分析也显示，参与 MHFA 培训的人数增加，同时为经历精神健康危机的人提供的帮助量也在增加。¹⁰⁰ MHFA 培训的益处得到学术机构的认可，多次入选世界各地的药学课程。^{101, 102} 关于 MHFA 培训的更多信息，可以查看 2021 年美国 MHFA 发表的研究总结。¹⁰³

参与者在 MHFA 培训中会学习到 MHFA 行动计划（MHFA Action Plan，ALGEE）。ALGEE 作为一个有用的指导工具，可应用在药师与患者交谈时可能遇到的许多不同情况，促进药师与遇到精神健康问题或危机人的交流。美国 MHFA 提供了 ALGEE 用于正在经历惊恐发作的例子，惊恐发作的症状可能包括出汗、颤抖、麻木、头晕、心悸、胸痛、腹部不适、呼吸急促、害怕“发疯”或死亡，或者发冷或潮热。表 5 描述了 ALGEE 行动计划以及在遇到患者出现惊恐发作症状时如何使用。¹⁰⁴

表 5：MHFA 行动计划（ALGEE）¹⁰⁴⁻¹⁰⁸

行动计划步骤 (ALGEE)	描述	遇到惊恐发作患者的实例
A 走近当事人， 评估并协助处 理任何危机	有寻找自杀想法和行为、非自杀性自伤或其他伤害的迹象。在评估一个人的风险时，要牢记隐私和保密性。如果当事人不愿意向你倾诉，鼓励他们与他们信任的人交谈。如果有直接危险生命的，应尽快寻求紧急帮助。	询问患者以前是否发生过这种情况，以及他们是否认为自己现在有惊恐发作。 如果他们以前没有发生过，或者不认为他们现在正在发生，请立即呼叫紧急援助，因为这些症状表示有发生心脏病发作的可能。 如果他们对自己的症状知情，而且认为自己有惊恐发作，请问他们是否愿意接受帮助。如果他们愿意，他们还不认识你时请介绍自己。
L 非评判性地倾 听	让对方分享，不要打断他们，并遵循以下五个技巧：(i) 注意自己的状态；(ii) 采用接受、真诚和同情的态度；(iii) 使用语言技巧来表明你在倾听；(iv) 保持积极的身体语言（例如，开放的身体姿势，舒适的眼神接触）；以及 (v) 认识到文化差异。	直接询问患者，他们认为什么可以帮助他们（例如，坐下来，远离人群）；不要假设你知道什么对他们是最好的。
G 提供支持和信 息	在别人分享他们的经验和情绪后，要准备好提供希望和有用的事实；以尊重和尊严的态度进行对话，不要责备患者的症状。	保持冷静，并向对方保证：向患者解释他们很可能是在经历惊恐发作但并不危险：虽然惊恐发作的感觉很吓人，但症状会过去。当你说话时，使用简短的句子，以清晰、坚定的方式说话。要有耐心，在整个发作过程中与他们在一起。
E 鼓励寻求适当 的专业帮助	一个人越早得到帮助，他们康复的机会就越大，所以要主动帮助他了解更多的治疗方法，包括介绍医生、社会工作者、辅导员等。如果可能的话，提供一份当地和国家资源的清单。	当惊恐发作结束后，如果对方不知道或不知道从哪里获得相关资源，就向他们提供与惊恐发作有关的信息。如果他们看起来很担心，请解释说对惊恐发作有有效的治疗方法，而且可以向他们提供帮助。

<p>E 鼓励其他支持</p>	<p>帮助当事人确定他们在社区内的支持网络 and 计划，并帮助他们制定个性化的情感和身体自我保健计划。自我保健可以自我康复做出贡献，包括锻炼、放松和冥想、阅读认知行为疗法的相关书籍，或者与家人、朋友、教会和其他社会网络接触。</p>	<p>鼓励患者利用其他支持来源，如家庭、朋友或他们所参加的任何社区。同样经历过惊恐发作的人组成的支持小组也可能是有用的。</p>
----------------------------	---	--

除了 MHFA 的 ALGEE 行动计划之外，NAMI 还提供了一些可以用来缓解精神健康危机的一些技巧：⁹⁶

- 保持声音平静
- 避免反应过激
- 倾听对方的意见
- 表示支持和关注
- 避免连续的眼神接触
- 询问对方期望什么帮助
- 保持较低的刺激水平
- 缓慢移动
- 提供选择，而不是试图控制
- 避免接触对方，除非你得到允许
- 要有耐心
- 在行动之前，平和地让患者知晓
- 给他们空间，不要让他们觉得约束
- 不要做出判断性的评论
- 不要争论或试图与对方讲道理

关于更多的资源，药师可以参考澳大利亚 MHFA 的免费[提供精神健康急救的指南](#)

（<https://mhfa.com.au/mental-health-first-aid-guidelines#mhfaesc>）。这个网站向患有抑郁症、恐惧症或饮食障碍的人以及经历过创伤性事件的人提供 MHFA 的指南，还有为来自移民和难民背景的人提供 MHFA 的指南，以及在亚洲国家提供 MHFA 的指南（包括印度、日本、菲律宾和斯里兰卡）。¹⁰⁹ 此外，MHFA 还制定了专门针对[自杀念头和行为](#)的指南。^{109, 110}

（https://mhfa.com.au/sites/default/files/suicidal_thoughts_and_behaviours_-_mhfa_guidelines_2021_0.pdf）

最终，药师们可以利用许多资源来帮助教育自己如何适当地应对精神健康危机。通过利用这些资源，药师将做好充分准备，帮助和支持精神疾病患者，并确保正在经历精神健康危机的人都能得到应有的支持和照顾。

药学教育者也有必要将 MHFA 纳入他们的课程，以便为药学学生在他们未来的职业生涯中应对精神健康危机做好准备。现在，美国、英国和澳大利亚在推广 MHFA 培训，但这种培训有必要在全球范围内推广。^{101, 102, 111-113}

5 预防自杀和药师降低自杀风险

药房团队在预防自杀方面的作用正开始得到认识。自 2012 年以来,越来越多的研究,主要来自加拿大、澳大利亚、美国和英国,强调了药房团队在预防自杀方面的作用和愿望,以及相关的培训需求。^{58, 114-117} 这些研究的研究对象主要是社区药师,其他部门研究较少,虽然有些研究涉及更广泛的药房团队,^{58, 115} 其他研究则更侧重于药师。^{114, 116} 药师及其团队与预防自杀存在相关性:(i) 多项医疗资源的整合;和(ii) 限制性手段。¹¹⁷ 这与世界卫生组织在“生活”指南中的干预措施中的两项一致,即“早期识别和支持任何受影响的人”和“限制获得自杀的手段”。¹¹⁸

5.1 多项医疗资源的整合

药师及其团队谈论自杀问题时,^{58, 114-116} 发现高达 85% 的人与有自杀风险的人至少有过一次互动。¹¹⁶ 在英国、加拿大和澳大利亚,社区药房团队的可及性是谈论自杀的促进因素。^{58, 114} 药师将患者纳入“管理圈”,是一个预防自杀、¹¹⁷ 以及分流和转诊的有效机会。^{58, 114} 为了让药师能安全与有效地预防自杀,基于循证证据的专业培训是十分必要的。^{58, 114} 一项关于药师预防自杀培训的综述提到美国的定制培训,即华盛顿州的注册药师 2018 年后必须接受培训。¹¹⁹ 在英格兰,2021 年有 72000 名接触患者的药师完成了“零自杀联盟”培训,这也是药房质量持续发展计划的一部分。¹²⁰ 关于如何与患者精神健康问题交流的指导,请参见本章。

5.2 限制药物的干预手段

常见的自杀方法因地理区域而异,并受到人口统计学因素的影响。¹²¹ 药物中毒是自残/自杀未遂为特征,也是一些国家常见的自杀方法,特别是在女性群体中。^{122, 123} 药师和药品是密切相关的,因此,药师在预防使用药物进行自杀方面可发挥作用。¹²⁴ 加拿大和澳大利亚的药师报告提及,在要求用药前,药师会根据患者明确或隐含的意愿对死亡风险和分诊进行评估。¹¹⁴ 在美国的一项调查中,21.6% 的社区药师对可能致命剂量的药物做出相应限制措施。¹¹⁵ 在英国,很少有人关注药师提供的药物,尽管有限制处方数量的例子:开处方者通常没有告诉药师,这样做是为了限制获得药物,从而预防自杀。⁵⁸ 这似乎是一种实用的方法,尽管支持这一方法的证据有限。最近,美国对 90 天处方表示担忧,小剂量处方可能更具优势,¹²⁵ 如当药店将扑热息痛(对乙酰氨基酚)的包装大小限制为 32 盒(每次交易最多 100 个)和非药店网点的 16 盒(每次交易最多 32 个)时,扑热息痛中毒导致的死亡减少了 43%。¹²⁶

目前，我们对从别人那里或非法获得的药物(包括从互联网上获得的药物)导致中毒的影响知之甚少。。药师及其团队可预防自杀的证据是来自高收入国家。值得关注的是，农药中毒占全世界中毒事件的 20%。¹¹⁸ 而在低收入和中等收入国家，药店则往往出售杀虫剂。例如，在尼日利亚 Sniper 可能是一种被误用或滥用的农药，¹²⁷ 而这种农药在药店就可以买到，这为药房团队在限制中的作用带来了另一个维度，这一点尚未得到充分探讨。

6 建立和维持治疗关系

药学服务的目标是提供优质治疗管理服务，提高患者生活质量（以患者为中心的监护）。个体化的监护计划是基于患者的用药习惯和偏好来实现治疗目标。在服务周期内需及时随访以评估患者因该计划而产生的实际效果。当患者理解、同意并积极参与治疗方案时，药师应优化每个患者的用药体验和临床结局。¹²⁸ 因此，建立治疗关系是药学服务实践中的一个关键因素，也决定了医疗质量的优劣。

这种关系应该建立在相互信任、相互尊重、公开交流、通力合作和围绕治疗目标共同决策的基础上。建立治疗关系的关键是为患者创建促进交流的机会，而这可以通过药师表现出同理心、积极关注和一致的态度来实现。⁵ 对于有精神障碍的患者，治疗关系是健康实践的基础。¹²⁹ 因为良好的治疗关系可能与更好的治疗效果有关，包括药物依从性、¹³⁰ 临床改善、住院时间、再住院率和患者满意度等方面。¹³¹ 相反，不良治疗关系可能与较差的治疗效果和增加暴力风险有关。^{129, 132}

Skodol 和 Bender 最近的研究探讨了建立和维持临床医生与精神疾病患者的治疗关系。¹³³ 他们提出，精神疾病患者有两种矛盾的特质：一方面是可能阻碍临床医生建立治疗关系的消极性因素，另一方面是愿意接受治疗的适应性（更健康）因素。在长期的精神健康治疗中，与患者形成治疗联盟是治疗关系成功的关键，包括三个阶段：(i) 对治疗最初目标，以及患者和临床医生在治疗目标中达成初步协议；(ii) 在疾病阶段，临床医生或治疗师被患者认为是关怀而真诚的；以及(iii) 认知阶段，患者作为可靠的合作伙伴加入治疗中。

然而，建立良好的治疗关系可能是一种挑战，特别是在急性精神病院。¹²⁹ 非自愿入院和强制用药可能会让患者感到受胁迫和失去自主权。另外，症状的严重程度与治疗质量呈负相关。患者在长期的健康治疗期间还可能出现其他不利的因素，药师应给予更多的关注。

此外，大部分关于精神疾病患者的治疗研究都集中在临床医生和护士身上。尽管世界不同地区的药师在与患者建立良好治疗关系方面做出一定的贡献，但目前药师的工作还远远不够理想。^{134, 135} 然而，目前还没有研究准确评估药师与患者的治疗关系对精神药物的疗效和安全性、用药依从性或治疗目标的影响。那么，没有研究的领域将为药师提供巨大的机会。药师可以通过加强与医疗团队的跨学科合作以及持续关注患者的随访，提供精神病急性发作后的稳定治疗来体现自身的工作价值。为了提高药师工作的积极性，相关组织或协会可对药师与精神疾病患者进行语言和非语言沟通技巧的培训。

药学教育者可能希望在课堂上为学生提供与精神疾病患者交流的机会，发展持续良好的治疗关系。一项荟萃分析发现，与严重精神疾病患者进行面对面的交流，比单纯说教更能改善社会民众对精神疾病患者的态度和行为意向，减少对精神疾病患者污名化。¹³⁶ 一项系统性的研究发现，将患者纳入药学专业的课程，学生和患者本身均可从中受益。学生受益于提高信心、提供沟通技巧和增加知识面，而患者则在个人体验的满意度、对疾病的了解和理论知识的增加等方面受益。¹³⁷ 因此，如果把精神疾病患者请进课堂，药学专业的学生有机会在安全适当的环境与他们沟通交流，提出问题，并加深他们对精神疾病的理解。

7 转诊和跨专业合作

精神疾病及其不良后果在全球范围内越来越受到关注。^{138, 139} 尽管如此, 能够处理精神疾病且训练有素的医疗专业人员仍是短缺。^{43, 140, 141} 一项来自 21 个国家的代表性调查报告显示, 即便在高收入国家, 也存在对重度抑郁症治疗不足的情况。¹⁴⁰ 然而, 尽管药师有很高愿意为精神疾病和成瘾治疗方面贡献力量,¹⁴² 但实际上他们并没有在这些方面施展抱负。^{135, 143}

如前所述, 众所周知, 药师是轻症和慢性病的患者最容易接触的医疗保健专业人士。⁴³ 此外, 药物是管理精神疾病的一个主要手段。¹³⁹ 因此, 药师在为患者提供药物咨询方面起着至关重要的作用, 他们不仅可以帮助患者提高疗效和减少副作用, 而且提高患者对治疗的依从性、优化患者的治疗方案。因此, 将药师纳入精神健康管理团队有助于患者实现治疗目标, 帮助患者解决治疗相关的诸多问题, 也为严重精神疾病患者提供以康复为导向的服务系统。

综上所述, 药师与精神科医生的合作在治疗精神疾病患者方面发挥了重要作用。药师融入医疗团队可改善患者的病情、减少副作用的发生, 并最终提高患者的生活质量。大量文献显示, 当医疗团队纳入一名临床药师时, 与标准治疗相比, 抑郁症或创伤后应激障碍患者的临床结果显著改善。¹⁴⁴ 美国的一项研究也表明, 将精神科药师纳入初级保健产生了积极的治疗效果, 甚至扩大了对抑郁症治疗模式的可及性。¹⁴⁴ 这种整合的程度会因国家的不同而不同。例如, 在英国, 社区药师有权限查阅患者的临床数据, 能与精神健康服务机构进行更多合作。社区药师也可查阅精神疾病患者的数据,¹⁴⁵ 这将促进药师与医疗团队的合作。现在的问题是, 作为医疗团队中为精神疾病患者提供服务的不可或缺的一部分, 药师可以发挥哪些作用?

除了加入医疗团队外, 药师在将患者转介给其他医疗机构方面也扮演着重要的角色。社区药师可能是患者在医疗系统的第一个接触点, 因此, 社区药师必须考虑如何处理患者的转诊问题。药师应该建立合理的转诊模式来处理紧急医治的患者(如精神健康危机的患者和需额外评估或后续服务的患者)。⁴⁹ 转诊患者的地点因不同国家而异, 所以对于希望能参与精神健康服务的药师来说, 重要的是要了解社区为患者提供了哪些资源, 以及如何利用这些资源。

7.1 跨专业协作治疗模式-文献综述

精神疾病的药物治疗效果显著, 但许多患者仍未治愈, 没有达到完全缓解, 还可能出现严重的不良反应。^{146, 147} 在这种情况下, 医生和其他医护人员(如药师、护士)应遵循治疗指南, 检查用药依从性, 并采取措施优化患者的治疗方案。一项来自荷兰初级医疗中心的横断面研究表明, 初级医疗机构的医务人员对抑郁症和焦虑症循证指南的遵守程度非常低。¹⁴⁸ 在这项研究中, 发现只有 27% 的焦虑症患者和 42% 的抑郁症患者接受了符合指南的治疗, 并且患者的症状严重程度并不影响指南的执行。¹⁴⁸ Kessler 等人发表的另一项研究发现, 在美国的初级医疗机构也有类似的结果, 在过去 12 个月中, 只有 21.7% 的重度抑郁症患者得到了充分的治疗。

由于疾病的发展、治疗效果欠佳和不良事件增加，精神分裂症的管理越来越具挑战性。大约 50% 的患者对抗精神病治疗没有反应，75% 的患者治疗后复发。¹⁵⁰ 精神药物与潜在的药物相互作用也令人担忧，这也是药师作为跨专业团队的一部分可以贡献其专业知识的新领域。

从这些例子中可以看出，药师有很多潜在的机会在跨专业的医疗团队做贡献，帮助改善精神疾病患者的治疗效果，提高治疗指南的执行率和解决药物之间的相互作用。

Adler 等人评估了临床药师干预对抑郁症治疗的影响 (n=533)。在这项研究中，临床药师根据抑郁症指南进行面谈和电话咨询，帮助初级精神科医生和患者选择合适的药物、剂量和疗程。在抗抑郁药物使用 6 个月的患者中，临床药师干预组的使用率高于对照组(57.5% vs 46.2%， $p=0.03$)。此外，干预措施有效地提高了入组时未服用抗抑郁药物患者的抗抑郁药物使用率 (32.3% vs 10.9%， $P=0.001$)。事实证明，药师干预在难治性的亚组中同样有效，包括慢性抑郁症和癔症患者。服用抗抑郁药的患者比未服用的患者有更好的修正贝克抑郁量表 (BDI) 结果 (-6.3 分 vs -2.8 分， $p=0.01$)。不过，干预和对照组患者之间的结果差异没有统计学意义 (17.7 BDI 点 vs 19.4 BDI 点， $p=0.16$)。这项研究显示药师干预抑郁症患者的治疗有重要影响，尽管没有对治疗缓解产生直接影响。¹⁵¹

Finley 等人也发表了类似的研究报告。他们研究了抑郁症状严重程度的变化对雇主和受益人的总体医疗费用的影响。¹⁵² 本研究纳入 151 名受益人，有 130 人 (82%) 在药师的监护下至少保持了一年，并被纳入综合分析。从基线到终点，患者健康调查问卷-9 的得分有统计学意义 (11.5±6.6 到 5.3±4.7[mean±SD]， $p<0.0001$)，临床反应率为 68%，缓解率为 56%。在经济亚组分析中 (n=48)，每位患者的年度医疗费用从 6,351 美元降至 5,876 美元，低于预测值 (7195 美元)。雇主的总医疗费用从每名患者 7,935 美元增加到 8,040 美元，低于预测值 (9,023 美元)。¹⁵²

在第二项研究中，Finley 等人研究了协作服务模式对初级服务环境中抑郁症治疗的影响 (干预组 75 名患者和对照组 50 名患者)。¹⁵³ 干预六个月后表现出明显高于对照组的药物依从性 (67% vs 48%， $OR=2.17$ ，95% 置信区间 1.04-4.51， $p=0.038$)。在随机分配到药师服务的成员中，患者满意度明显高于对照组，但结果差异太小，没有统计学意义。¹⁵³ 药师也被允许开具辅助药物 (如用于睡眠的曲唑酮)，但如果需要更换抗抑郁药物，需要得到主治医师的同意。¹⁵³

Stuhec 等人进行了三项不同的研究，研究对象包括患有精神疾病和使用多种药物的老年患者。¹⁵⁴⁻¹⁵⁶ 第一项研究是一项前瞻性的非随机研究，包括患有不同精神疾病的疗养院患者。¹⁵⁴ 临床药师在用药审查表中提供干预措施 (非处方药)，全科医生和精神病医生做出最终的是否接受的决定。该研究共纳入 24 名患者 (平均年龄=80.6， $SD=6.8$)。在医疗审查前，每位患者的平均药品数量为 12.2 ($SD=3.1$)，在研究期结束时降至 10.3 ($SD=3.0$) ($p<0.05$)。在研究期结束时，潜在的 X 型和 D 型药物-药物相互作用分别显著减少了 33.3% 和 42.6% ($p=0.004$)。与药物有关的问题总数为 165 个，其中有 8% (n=165) 表现明显，其余表现为低血压。通过干预，临床药师将风险因素的数量减少了 16 个 (29.1%，n=55)。13 名患者服用苯二氮卓类药物数年，

但他们有药物不良反应（尤其是跌倒），18 名患者中只有 3 名表示接受抗精神病药物（精神分裂症和妄想症）。其他的抗精神病药物用于治疗躁动、痴呆症的行为和心理症状、谵妄和失眠，所有这些药物的适应症都没有被批准用于精神疾病（除了利培酮用于痴呆症的行为障碍）。¹⁵⁴ 这项研究虽然使用了最低限度的排除标准（例如，非随机研究），但仍然显示了药师在真实世界研究中对处方限制发挥重要作用。

在他们的第二项研究中，研究人员纳入了 49 名接受抗精神病药物治疗的患者，他们的年龄在 65 岁以上，并且接受了至少 10 种药物治疗（例如，过度的多药联合治疗）。一位有五年精神病学经验的临床药师通过用药审查提供建议，精神病学家批准或不批准这些建议。作者发现，在临床药师的干预下，患者的药物数量减少了（干预前 15.4 种药物；干预后 12.0 种， $p < 0.05$ ）；但接受临床药师的建议并不能提高抗精神病治疗指南的依从性（ $p = 0.041$ ）。¹⁵⁵ 这项研究显示，接受干预度和临床药师建议之间存在正相关，说明临床药师是改善治疗依从性和降低过度用药的重要合作伙伴。

他们的第三项研究评估了临床药师在斯洛文尼亚的初级治疗机构（如初级医疗诊所）中进行干预的长期影响。¹⁵⁶ 该研究纳入 48 名患者（79.4 岁， $SD = 8.13$ ）。在临床药师提供的用药审查后，药品数量减少了 9.5%。临床药师提出了 198 项与精神药物有关的干预措施，其中全科医生接受了 108 项（55%），所有被接受的干预措施（99.1%）在六个月后仍然保持（除了一项以外）。这项研究还表明，临床药师干预后的药物总数、潜在的不适当药物（PIM）和潜在 X 型药物-药物相互作用（pXDDI）显著减少（ $p < 0.05$ ），并改善了抑郁症、焦虑症、失眠症和精神分裂症治疗指南的依从情况。¹⁵⁶ 这项研究结果很重要，因为几乎所有被接受的干预措施都持续了 6 个月，临床药师可以显著改善治疗指南的依从性（例如，抑郁症为 40%，失眠症为 25%，焦虑症为 19%，精神分裂症为 18%）。¹⁵⁶

另一项研究则侧重于药师对精神健康管理结果的影响。该研究是一项在苏格兰进行、为期 12 个月的研究，其中包括一名临床药师作为初级医疗机构中的独立处方者。在这项研究中，药师可以通过启动和改变药物治疗来自主执业，而不一定要咨询全科医生的意见。该结果显示，患者健康调查表-9（Patient Health Questionnaire-9）和一般焦虑症-7（General Anxiety disorder-7）的得分减少了 50%，结果显著。¹⁵⁷ 后续研究有可能将这些结果转化为持续的医药服务，但仍需进一步评估。

也有一些研究是在精神卫生医院（如精神病院）进行的，临床药师的干预是以不同的形式进行（如团队的一部分、出院咨询、用药审查）。¹⁵⁸⁻¹⁶¹ 斯洛文尼亚研究是在一家小型精神病院进行的一项回顾性观察性前瞻性研究。该项目研究了临床药师在精神病院查房期间的跨学科医疗团队中的建议的影响。¹⁶¹ 临床药师共为 224 名参与者（平均年龄为 59.4 岁，中位数为 56 岁）提出了 315 项建议，其中精神病医生接受了 295 条（93.7%）建议。在医生接受建议后，干预组患者表达的和潜在药物相关问题的数量分别减少 166 人（93.8%）和 129 人（93.8%）。出院三个月后，继续执行已接受的建议有 222 项（70.5%）。¹⁶¹ 精神病医生的接受率非常高，因为药师每次都能在团队内沟通。这些结果表明，临床药师是日常查房的多学科团队中非常重要的成员。^{160, 161} Goren 等人的研究表明，临床药师的干预也可以减少抗精神病药物的多重用药。在他们的研究中，最初有 5.9% 的患者在出院时带上三种或更多的抗精神病药物，但经过临床药师的干预后，数量降至 2.5%，然

后降至 0.0%。¹⁵⁸2020 年的一项系统综述 (n=64) 显示, 将精神科药师纳入跨专业医疗团队是精神科中最常见的药师实践经验, 并与患者治疗结果显著改善有关。¹⁶⁰

总而言之, 通过这些研究可以看出, 药师应该是跨专业精神健康治疗团队中不可或缺的成员。凭借他们的药学专业知识, 他们可以为团队提供独特的专业技能, 并能为改善精神疾病患者的治疗效果做出贡献。

8 优化精神类药物的使用

8.1 精神疾病患者用药咨询

精神疾病患者仍然面临社会污名化；因此，药师需要意识到他们在提供咨询时使用的语言和非语言线索可能很重要，尤其要注意使用婉转的语言和展现同情心。¹⁶² 例如，“您患有抑郁症”会使人对精神疾病产生负面的看法，而“您正有抑郁症的症状”则会使人感到不那么羞耻。在咨询精神疾病患者时，药师应该确保准备好使用以人为本的语言，即强调疾病只是一个人生活的一部分，而不是他们的主要身份。例如，“精神分裂症患者”一词应该被“有精神分裂症的人”所取代。使用的词语也应该是中性的，不应暗示积极或消极的判断。例如，自杀企图不应该被划分为成功或不成功，而应该使用“在自杀企图中幸存下来”的短语。¹⁶³ 如果药师不确定他们是否使用了正确的术语，我们鼓励寻找资源和帮助。例如，由美国 Well Beings 倡议制定的[精神健康语言指南](https://wellbeings.org/mental-health-language-guide/)（<https://wellbeings.org/mental-health-language-guide/>）或由澳大利亚精神健康投诉专员制定的[语言指南](https://www.mhcc.vic.gov.au/sites/default/files/2020-12/Mental-health-language-guide.pdf)（<https://www.mhcc.vic.gov.au/sites/default/files/2020-12/Mental-health-language-guide.pdf>）。

对精神疾病患者的咨询与对躯体疾病患者的咨询是类似的，但还有一些需要注意的地方：（i）抗抑郁药和长效注射用抗精神病药的起效潜伏期；（ii）除苯二氮卓类和 Z 类药物外，所有类别的药物都没有成瘾性；以及（iii）服用抗抑郁药、抗精神病药或情绪稳定剂后，性格不会改变。以上内容会影响治疗的开始和依从性，也是患者关注的问题。¹⁶⁴ 此外，药师应确保患者知情，抗抑郁药在开始用药后（例如在第一和第二周内）可能会使他们的症状恶化。这一点极为重要，因为抗抑郁药与安慰剂相比，在研究中可以看到更高的自杀率（即有自杀的想法、计划和行动、自杀企图和完成自杀）。

药师不妨经常对刚开始使用抗抑郁药的患者进行随访，询问他们的症状。由于互联网上有大量的信息，以“您在互联网上已经读到了什么？”这样一个开放性的问题来开始咨询，可能会很有价值。通过这个问题，药师可以了解到患者的顾虑（例如，特殊的副作用），可以纠正错误的信息，并可以把患者这些担忧纳入管理服务中。

共同决策是精神健康服务的关键。因此，患者需要大量的信息，对是否服药做出决定。患者和其他医疗人员可能会问自己一些重要的问题，这些问题可能是：

- 我为什么要服用这种药？
- 药品如何长期帮助我？
- 我如何处理恶化的症状？（这些症状通常在 10 天内出现。）
- 我应该如何服用，何时服用？
- 最常见的副作用是什么？我可以做些什么来减少这些副作用（例如，在吃饭时服用，在睡前服用镇静药物，用无糖口香糖治疗口干等）？
- 如果我服药与我不服药，我的预后分别是怎样的？（建议在目前国家或国际的疾病指南中查找这些数字，例如，复发率、康复率、缓解率。）
- 我还有什么其他的治疗选择？
- 在我服药期间需要监测哪些参数，应该多长时间测量一次（心电图、实验室检查、血压等）？

- 如果我想停药怎么办？
- 像我这样的个案（包括所有并发症等）中，总体风险效益比是多少？
- 在服用此药期间，由于可能的药物相互作用，我需要避免哪些非处方药？
- 哪些习惯会对治疗效果和耐受性产生影响（例如，吸烟和 CYP 诱导剂，葡萄柚汁对 CYP 抑制剂，低盐摄入对锂水平）？

在咨询过程中，药师可以获得患者的信息，这些信息可能会影响患者的依从性、服药的意愿、用药后的收益以及停药的不可容忍的副作用。因此，药师根据患者个性化的需求向处方医生提出用药建议。相对于医生来说，患者有可能更愿意把他们的顾虑和服药意愿告诉药师，因为药师在大多数情况下不是处方医生。无论在初级医疗机构（直接接触可以开具精神药物的医疗机构）还是在二级和三级医疗机构，药师能够收集到患者信息并有效完成用药建议。以上内容说明了药师在精神健康管理中的重要作用。

因效果不佳（如没有缓解）和药物相关的问题（如不良反应、药物间的相互作用、不适当的剂量），药师可以在各种场合提供药物审查，并建议改变药物治疗方案。药师可以积极进行药物审查和用药咨询和医生紧密合作确保患者的最佳治疗效果，。

在医院中，小组咨询也被称为精神健康宣教小组，是一种对药物类别进行咨询的省时方法，如抗抑郁药、抗精神病药、情绪稳定剂、抗焦虑药、助眠药。在 25~60 分钟的小组讨论中（取决于患者疾病的严重程度），药师可以解释药物作用机制、副作用、重要的药物相互作用、如何和何时服药以及服药时间等。另外，解决抗精神病药物治疗与其他非药物治疗的效果也很重要。

患者咨询的另一个考虑因素是患者的亲属、照顾者、病案管理人员等。家属对疾病认知和理解程度是应对精神疾病的一个重要部分，反映了患者的文化背景。因此，家庭成员对患者的用药依从性有一定的影响。目前，大部分医疗机构已成立并成功实施针对患者及其家属的特定精神健康宣教小组。¹⁶⁵ 药师可以在医院或非住院机构中与小组其他成员合作，也可以单独为患者及其家属提供咨询服务。

个人或团体咨询的最终目的是对患者进行宣教，为他们提供必要的知识，让他们参与到与医疗团队共同决策中。

8.2 用药咨询的临床治疗意义

为了给精神病患者提供充分的咨询和支持，对于药师和患者来说，了解期望的和预期的治疗结果以及不同的治疗方案产生期望的效果所需的时间是很重要的，这将有助于患者了解治疗过程和预期结果，提高患者治疗依从性。

精神疾病的治疗结果包括短期（如四周）和长期结果（如长达 20 年）。在精神药物治疗中，主要的短期结果是由治疗反应、复发和缓解来定义。

在他们与正在接受精神疾病治疗的人的互动中，药师可能会询问患者对治疗效果和症状改变的主观看法。然而，临床实践和研究中使用了不同的有效量表来衡量治疗反应(例如，汉密尔顿抑郁评定量表)。治疗反应是缓解疾病和能够反映长期结果的关键之处。完全缓解意味着完全没有症状，是短期治疗的主要目标。¹⁴⁶ 在精神健康疾病领域，特别是在随机临床试验的背景下，另一个衡量短期结果是标准化平均差异（Standardised Mean Difference, SMD）的统计概念，且 SMD 允许在实验组和对照组之间进行比较。¹⁶⁶

长期结果主要是预防复发、减少住院次数和降低死亡率。虽然短期结果很重要，特别是在治疗的急性期，但长期结果会影响疾病的发展。表 6 总结了抑郁症、广泛性焦虑症和精神分裂症的治疗结果的例子。下面的章节将进一步详细介绍有关治疗结果测量的研究，以及它们对精神健康管理（包括药学实践）的影响。

表 6: 抑郁症、广泛性焦虑症和精神分裂症的治疗结果实例

	抑郁症	广泛性焦虑症	精神分裂症（Schizophrenia）
短期结果	缓解和防止复发 可接受性和耐受性 标准化平均差异（SMD）	缓解 SMD	可接受性和耐受性 SMD
长期结果	治疗缓解，长期缓解	预防复发	反应，更好的缓解机会，有效性（例如，考虑停药），耐受性，再住院，死亡率
结果测量的量表	汉密尔顿抑郁症评定量表	汉密尔顿焦虑评定量表	阳性和阴性综合征量表

8.2.1 抑郁症和焦虑症的治疗结果--文献综述

治疗反应和疾病缓解是抑郁症和焦虑症治疗重要的短期结果。汉密尔顿抑郁症评定量表（HAMD-17）用于衡量抑郁症治疗反应和缓解的黄金标准。治疗反应在 HAMD-17 量表上至少有 50%的改善（例如，减少 50% 的分数），而缓解在 HAMD-17 量表上有 7 分或更少。因此，HAMD-17 量表不应作为诊断工具使用。HAMD-17 量表的评估时间约为每个患者 20 分钟，供药师在内的医护人员使用，还可提供不同语言的翻译。^{146, 167}

缓解抑郁症的序列治疗方案（STAR*D）研究是一项重要的观察性研究，评估了重度抑郁症治疗的临床结果（缓解为主要结果）。¹⁶⁸ 在过去的 7 年里，作者从美国的 23 个精神病院和 18 个初级保健机构招募了超过 4000 名患者，药师可以在患者第一次和第二次发作后，与患者讨论，评估临床结果，这是迄今最大规模和最具影响的抗抑郁药研究。¹⁶⁸ 这项研究由四个阶段的治疗组成。¹⁶⁹

- **第一阶段**--抑郁症患者接受西酞普兰的积极治疗，为期 12~14 周。约 33%的参与者达到缓解，约 10~15%的参与者对治疗有反应，但没有达到缓解。

- **第二阶段**--对西酞普兰不耐受或在第一阶段未达到缓解的患者被换成其他治疗方案（舍曲林、安非他酮、文拉法辛、认知疗法），或在治疗中增加另一种方案（安非他酮、丁螺环酮、认知疗法）。在更换药物的患者中，有 25% 症状消失。在增加治疗药物的患者中，约有 33% 症状消失。
- **第三阶段**--对第二阶段治疗不耐受或未达到缓解的患者被纳入第三阶段。患者再次被要求改用另一种药物（米氮平或去甲替林）或增加治疗药物（锂或三碘甲腺原氨酸）。约有 12~20% 的参与者症状消失。
- **第四阶段**--对第 1-3 阶段的任何治疗都没有反应的患者被停止所有其他治疗，并随机分配到反苯环丙胺或文拉法辛缓释剂与米氮平的组合。约有 7-10% 的患者症状消失。

总的来说，大约 50% 的参与者在两个阶段的治疗后症状消失，大约 70% 在四个阶段后症状消失。STAR*D 试验还显示，在第一次使用西酞普兰治疗失败后，所使用的不同策略之间没有明显差异（即使他们将其换成类似或不同的药物）。所有策略都显示出类似的缓解率。¹⁴⁶

在此基础上，Henssler 等人在 2016 年发表的一项荟萃分析将联合抗抑郁治疗与单药治疗进行了比较，该分析纳入 8688 篇文章和 38 项研究，涉及 4511 名患者。¹⁷⁰ 这项研究显示，联合治疗明显优于单药治疗，但仍需要更多的长期研究。¹⁷⁰

最后，意识到 65 岁以上人群的抑郁症患者一直在增加，研究人员进行了一项随机对照试验的系统综述。该研究评估了抗抑郁药在这群患者中的有效性和耐受性、缓解率、治疗反应和突发的不良事件。作者发现，选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors,SSRIs)在获得缓解或反应方面并不优于安慰剂，但在预防复发方面更具优势。度洛西汀在疾病缓解和反应方面优于安慰剂，但也增加了不良事件的风险。最终，该研究强调了密切监测老年人抗抑郁药使用情况的重要性，并提示药师要努力预防和管理潜在的不良事件。¹⁷¹

与抑郁症类似，焦虑症也可以通过心理治疗和药物治疗。在焦虑症的急性期治疗中，心理和药物治疗方法的疗效是相似的。¹⁴⁷ 在临床实践和试验中，汉密尔顿焦虑评定量表（HAM-A）经常被用来评估治疗的效果。两周后（HAM-A 评分 \geq 20%），疗效的体现对疾病的缓解有明确的预测作用。如果在治疗四至六周后仍未见起效，则说明反应低。SSRIs 被认为是一线治疗方法，而 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂和普瑞巴林也常用于治疗广泛性焦虑症（(Generalized Anxiety Disorder, GAD)）。¹⁴⁷

在短期试验中比较了不同药物对 GAD 的治疗效果，并计算了效应值。该研究纳入了 21 项随机临床试验，持续时间为 8 至 24 周，共有 5935 名参与者。普瑞巴林的效应值（SMD）为 0.50，丁螺环酮的效应值（SMD）为 0.17，这显示出低到中等的效果值。¹⁷² 长期研究显示，在试验（16-52 周）中测试了许多不同的药物（帕罗西汀、艾司西酞普兰、度洛西汀、文拉法辛和喹硫平），结果显示在这些药物预防复发方面效果显著。¹⁴⁸ 药师可以利用这些信息向患者提供教育，重点关注药物不良反应和缓解时间以及治疗效果（如短期和长期）。

8.2.2 精神分裂症的治疗结果--文献综述

精神分裂症是一种进行性精神疾病，主要的结果集中在短期和长期的治疗结果上，而多个荟萃分析得到的是短期结果。^{173, 174} 在最新的荟萃分析中，Huhn 等人在 402 项不同的研究中比较了 32 种不同的抗精神病药物，包括 53463 名参与者。他们发现，抗精神病药物比安慰剂更能减少总体症状（尽管这对六种药物来说没有统计学意义），其 SMD 值从氯氮平的-0.89 到左美丙嗪（levomepromazine）的-0.03 不等。作者还发现抗精神病药物之间存在一些疗效差异，但大多数是渐进连续的。¹⁷⁴

一项针对老年精神分裂症患者的类似荟萃分析已发表，结果显示，就整体症状而言，奥氮平明显优于氟哌啶醇。¹⁷⁵ 在成年精神分裂症患者中也观察到类似的结果。¹⁷³ 一项包括帕利哌酮在内的安慰剂对照研究显示没有明显差异。¹⁷⁵ 所有的荟萃分析都有几个重要的局限性，因为有多种药物和几种合并症的患者被排除在外，而且没有检查对缓解的影响（只有 SMDs）。大多数关于精神分裂症的研究都使用了阳性和阴性综合征量表（Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS）来测量治疗效果。PANSS 是一个相对简短的访谈，需要 45~50 分钟来进行。¹⁷⁶

在不同的登记研究（如队列研究）中计算了精神分裂症治疗的长期结果。^{177, 178} 在第一个登记性队列研究中，纳入了 1972 年至 2014 年芬兰的住院患者（所有精神分裂症患者的队列）。结果显示，抗精神病治疗导致的住院风险比不接受治疗的低。¹⁷⁷ 研究人员在关于这一主题的最新长期研究中调查了长期抗精神病治疗是否会导致较低的死亡率。芬兰 1972 年至 2014 年间的住院治疗也被纳入其中（n=62,250），随访时间长达 20 年。在最长 20 年的随访中，没有使用抗精神病药物的累积死亡率为 46.2%，使用任何抗精神病药物的累积死亡率为 25.7%，使用氯氮平的累积死亡率为 15.6%。结果显示，在长期治疗中，氯氮平对降低死亡率的影响最大。¹⁷⁸

正如 Citrome 等人所总结的那样，在一些关键的前瞻性研究中，包括临床抗精神病药物干预效果试验（Clinical Antipsychotic Trials for Interventions Effectiveness, CATIE）、欧洲首发精神分裂症试验(The European First Episode Schizophrenia Trial, EUFEST)和精神分裂症门诊健康结果（Schizophrenia Outpatient Health Outcomes, SOHO）也对长期缓解效果进行了测试。¹⁷⁹ Citrome 等人的研究发现，慢性精神分裂症患者的抗精神病疗效远远低于首发精神分裂症患者，这意味着早期治疗可以改善疗效（如缓解率）。经过 12 个月的治疗，大约 60%的首发精神分裂症患者病情得到缓解，而慢性精神分裂症患者只有 30%。所有的研究都表明，各种抗精神病药物在疗效和耐受性方面存在差异。¹⁷⁹

对治疗没有反应是很常见的，因为大约 50%的患者对抗精神病药物没有反应，75%的患者会出现治疗复发。氯氮平作为治疗耐药性精神分裂症的一线治疗药物在很多国家延迟使用，因此需要多学科的合作来提高有关药物耐药的及时诊断和治疗随访。¹⁵⁰ 尽管不同的指南提供了不同的建议，但在氯氮平之前，临床经常使用抗精神病药物与其他药物联合。¹⁸⁰ 抗精神病药物的多药联用与一些不良事件相关，包括代谢和代谢综合征（50.0% vs. 34.3%， $p=0.015$ ）以及甘油三酯和高密度脂蛋白胆固醇 TG/HDL 的比率增加（50.7% vs. 35.0%，

$p=0.016$)。¹⁸¹ 晚期使用氯氮平意味着氯氮平疗效可能较低，治疗效果较差，因此需要适当的策略来改善精神分裂症治疗中对氯氮平的管理。¹⁸²

药师可以利用治疗的效果、不良事件及其监测、治疗和不治疗的长期死亡率与患者交流，同时监测潜在的不良事件，并向患者提供所有必要的信息（例如，如何尽量减少抗精神病药物的不良事件），并在每次预约时提供图表。

8.3 将依从性作为需求指标

依从性是一个与预后相关的指标。依从性差对药师和治疗小组来说是一个警告信号，表明这个人比那些有能力按规定服药的人有更高的管理需求。后者对药物治疗的反应可能更强烈，不良反应更少。他们也可能有更好的组织能力、认知能力和其他密切的支持，与他们更好的预后和治疗效果相一致。他们更有可能对自己的疾病有良好的洞察力，疾病不那么严重，合并症（精神和躯体）较少。由于一系列原因，对一种药物的依从性可能较低，而对另一种药物的依从性较好。对药物治疗的反应是很难预测的，而且可能随着时间的推移而有所不同。认为问题出在服药依从性差，是忽略了导致服药依从性差的许多因素。

药师的一个重要角色是帮助那些需要照顾的人。对患者来说，药物治疗可能是第一或第二线的治疗选择，大部分患者的用药依从性很低，也包括那些完全依从但对他们的治疗方案没有反应或不能忍受的人。有时，但并非总是如此，仅仅提高对精神药物的依从性就能大大改善个人的健康和幸福。其他时候，提高依从性会导致更糟糕的结果——精神药物可能伴随较高的不良反应负担和严重的不良反应。把重点放在提高治疗依从性上，认为这样做会有更好的机会获得治疗反应，这可能会导致药师错过患者的需求。

将依从性视为患者预后和健康需求的指标，有助于药师确定优先次序来满足患者的需求。对精神药物治疗依从性低的人，其治疗反应和缓解的比率会降低。提高这些比率不仅仅需要提高服药的规律性，更为重要的是，药师要倾听那些不按规定服药的患者意见，理解患者不按规定服药的原因和理由。低依从性的问题可能与患者的疾病经历（如缺乏洞察力）、对药物的态度（如对长期危害的担忧）以及用药经历（如严重的不良反应、治疗效果不足）有关。了解并解决患者的顾虑可能会提高用药依从性，但也同样可能导致管理策略的改变，包括停止用药、修改用药时间、改用另一种药物或增加一种不同的药物来控制持续的症状或不良反应。采取分类方法将患者从“依从性差”转变为“依从性好”，重点是指标而不是患者。目标需要集中在治疗一致性上，这表明患者的健康团队和患者之间达成协议，尊重患者在决定服用哪种药物、何时服用以及如何服用药物方面的信念和愿望。¹⁸³

患者的自主性和以患者为中心的服务应该是与精神疾病患者建立长期治疗关系的优先事项。在认识低依从性并试图理解和应对它时，需要牢记这一点。理解低依从性的第一步是倾听患者的意见。在不作判断的情况下，支持讨论的问题可以包括：

- 什么原因可能使你难以按规定服药？
- 你是否发现药物在帮助你？

- 你有什么副作用，我们可以谈一谈吗？
- 你对这种药了解多少??

对这些问题和其他问题的回答可用于确定和讨论针对患者价值观和愿望的低依从性的解决方案。将监护计划的变化与患者的利益相一致，无论是仅在评估和随访中还是改变药物治疗方案，都将提高患者对其监护的满意度和对整体护理计划的依从性。

8.4 评估和解决药品问题

给药方式审查、药品审查和药物相互作用检查可以发现药物有关的问题。当然，药师对某一特定患者掌握的信息越多，药物干预效果就越好。直接接触患者比查看病历更耗时，因此需要找到一个平衡点，并确定什么因素导致患者在医院需进行咨询（如多药治疗、合并症数量、严重药物不良反应）。在社区药房，药师直接咨询患者是很普遍的，但在许多国家缺乏长时间咨询（例如，药物审查）的报酬。另外，在这两种情况下，药师必须建立与开方医生的沟通途径，在任何时候都必须遵守保密性。在与精神病患者交流时，透明度也是一个重要因素，所以医务人员互动时应交流信息。然而，用药物相互作用来警告患者可能会降低其依从性。患者、医生和药师之间的三方对话是最理想的。^{184, 185}

应作出努力，由政府偿还这些往往耗时的干预措施。在一些国家（如美国、英国、斯洛文尼亚），临床药师在初级诊所工作，他们提供用药审查的报酬由国家或私人保险系统报销。¹⁸⁶在德国，国家健康保险在2022年开始报销社区药房的用药审查的报酬。

作为用药审查的一部分，临床药师对每个患者进行咨询，并可建议何时开始用药、换药和停药，还可以对患者用药进行监测，包括临床结局的随访（例如，要求第二次预约的时间）。因此，用药审查等服务的报酬是非常必要，还可以增加药物专家的收益。

8.4.1 药物相互作用

药物相互作用可以源于人体内错综复杂的受体结合以及抗精神药物中诸多的 CYP 抑制剂和 CYP 诱导剂，药师检查药物相互作用确保精神疾病患者进行安全有效的药物治疗。必要时，药师可以向医生提出不同的药物治疗建议，避免药物间的相互作用（Drug–drug interaction，DDI）。有研究显示，临床药师能够将急症病房患者的 DDI 数量减少 78%。¹⁸⁷

治疗药物监测可用于评估药物处置过程中相互作用的严重程度，其中抗精神药物是最常见的“受害”药物。然而，精神药物往往也是“肇事”药物（抑制剂或诱导剂），而治疗药物监测并不能监测所有药物类别，因此需要避免使用有相互作用的药物或密切监测无药效或有毒性的药物。

有时患者服用的药物并不在处方的用药清单上，药师要特别询问患者是否服用其他药物（例如避孕药、草药和食品补充剂等），可以发现导致药物相关问题的相互作用。另外，西柚汁是 CYP3A4 的强抑制剂，可以引起严重的药物相互作用，饮食习惯的问题以及饮食习惯的改变也可能与药物相互作用有关。

精神药物的多药联用会出现许多药物的相互作用，会导致镇静、高抗胆碱能负担而产生的抗胆碱能副作用、QTc 延长、低钠血症和其他许多问题。具体的图表，如 QTc 风险图表（www.crediblemeds.org）或抗胆碱能负担评分（www.abccalc.com）可以帮助识别药物相互作用数据库无法识别的 DDI。

使用数据库进行 DDI 检查对于多药治疗的患者来说是非常重要的，但不同的数据库存在差异，增加药师选择的难度。¹⁸⁸ 例如，美国数据库可能不允许药师输入未在美国批准的药物。有些数据库提供更多关于特定药物类别的信息，特别是精神类药物，缺少严重药物相互作用的准确信息。另外使用 CYP 图可能有助于发现甚至避免严重药物处置过程中的相互作用。老年患者的 DDI 在不同的资料中有描述，如 Priscus 或 Beers，因此它们已成为药师日常工作中有用的资源。精神病学家也会积极咨询药师关于药物的 DDI，因此，药师有必要了解能够帮助识别和处理患者的 DDI 资源。¹⁸⁹

8.4.2 治疗药物监测

治疗药物监测是精神病学中一种有效的药物监测模式，因为所有精神药物的治疗药物水平和剂量有关的参考范围都有规定。¹⁹⁰ 药代动力学知识和分析技能使药师能够发现分析步骤中的错误（正确的采样管、抽血时间、运输条件），而且还能帮助解释结果。治疗药物监测可以发现药物有关的问题，如依从性差、药物相互作用和药物吸收问题（例如在减肥患者中）。

8.4.3 药物不良反应

标准化的不良反应分级表可用于评估药物不良反应，最常用的是 UKU（Udvalg for Kliniske Undersogelser）不良反应分级表。格拉斯哥抗精神病药物不良反应评分表（Glasgow Antipsychotic Side-effects Scale）、神经安定药物不良反应评分表（Neuroleptic Side-effects Rating Scale）、抗抑郁药物不良反应检查表（antidepressant side Effect checklist）、多伦多不良反应评分表（Toronto side effect scale）等都可以用于评估不良反应。管理不良反应对提高依从性至关重要，指南和出版物对如何管理特定药物或药物类别的不良反应也给出了具体建议。¹⁹¹⁻¹⁹⁵

8.4.4 药物基因组学检测

遗传多态性对药物水平[细胞色素（CYP）、UDP-葡萄糖醛酸转移酶（UGT）]和药物通过 P-糖蛋白（pg-P）的分布以及药物不良事件（人类白细胞抗原 HLA-A 和 HLA-B）有很大影响。遗传多态性在不同的种族群体中有所不同，但尽管如此，也不能通过种族来预测，各大洲的不同人群的遗传多态性也不相同。¹⁹⁶

药物基因组学检测是在几十年前建立的，可以帮助避免药物不良事件和提高精神病学的反应率。¹⁹⁷在过

去的几十年里，药师运用药物基因组学检测已为精神药物收集了大量的证据。临床药物遗传学实施联盟（www.cipicpgx.org）、药物基因组学知识库（www.pharmGKB.org）和荷兰药物遗传学工作组（<http://upgx.eu>）提供了常用的专家共识指南和数据库。许多精神药物的具体指南在各协会的网站公布（例如，抗抑郁药、抗精神病药、情绪稳定剂等）。

目前，患者是预先检测还是在治疗失败后才检测药物基因组，专家们对此仍有争议。药物基因组监测可以帮助提高疾病的缓解率和减少不良事件发生率。因此，药物基因组学适合于对最大剂量没有反应或在起始剂量后表现出无法耐受副作用的患者。

药师可以采用咽拭子进行药物基因组学检测，无需医生的采血医嘱。解释药物基因组学结果是有挑战性的，因为结果不仅涉及药物与药物之间的相互作用，而且考虑药物与基因之间的相互作用。药物与药物之间的相互作用和药物与基因之间的相互作用都会改变患者的药代动力学状况。基于药物基因组学结果的药物选择不仅可以避免药物不良反应、药物过量和药物毒性，还可以避免药物的无效治疗。此外，医生和药师的通过药物基因组学检测可以减少抑郁症患者的住院时间。¹⁹⁸ 患者对药物基因组学检测寄予希望，因此患者可能主动要求做药物基因组学检测，或至少要求提供相关信息。¹⁹⁹ 因此，药师应该了解这些服务可能带来的益处。

8.5 制定治疗方案与监测计划

精神药物的有效性、耐受性和安全性是广泛而不可预测的。即便使用最先进的药物基因组学技术，最有经验的专家也无法准确预测哪种药物对患者最有效，如抑郁症、焦虑症、精神病或其他精神疾病。尽管患者正在接受治疗，但在生活中仍有未缓解的症状，而且在急性和慢性用药的情况下，与药物有关的不良反应和安全问题有可能加重这种负担。所有参与开具处方的医生、调配药物的药师以及其他医务人员都有义务建立一个合理的、有针对性的治疗和监测计划。

治疗和监测计划的沟通越有效，改善健康和避免不良事件的目标就越可能实现。因此，在实施患者的管理计划时，首先要确保沟通是公开、有效和共享的，这往往不是药师的经验。然而，在地方、监管和国际层面上努力改变这种状况，是所有药师都能实现并受益的共同目标。

在制定治疗精神疾病的药物的治疗和监测计划时，通常有至少三个关键的团队成员参与，即患者、医生和药师。当然，还有一些人扮演着非常重要的角色，包括家庭成员和其他医务人员（如护士、个人护理人员、治疗师）。团队中最重要的人是患者（或法定代表人），他需要参与治疗的计划和监测。当患者参与到短期和长期的治疗管理计划中时，治疗的接受度和满意度会提高。

药师在服务计划中发挥着一系列的作用。有些人直接与专家合作，指导用药、与患者讨论药物治疗方案，例如在既定的精神健康服务中。其他药师则在初级医疗机构中任职，对患者进行咨询，推荐新的药物或改变现有的治疗方案，以应对未经治疗的病症，解决部分反应或与治疗相关的问题（例如，不良反应，获取问

题)，或指导何时停止治疗。大多数药师直接与患者一起工作，但不与患者医疗治疗团队的其他成员一起工作，这可能会克服一些挑战，特别是和团队沟通方面。

无论药师的专业水平或工作环境如何，药师的首要任务是通过合理使用药物和在业务范围内的健康干预措施，让患者获得最佳的治疗。在这种情况下，合理用药包括选择、开始、修改、维持和停止用药。这主要是通过对患者进行直接和频繁的评估和沟通，以及与患者的医疗治疗团队的其他成员，特别是医生及时合作来实现的。

对药物治疗相关结果的监测是一系列的工作，从药师第一次调剂药物就开始了。此后患者将继续接受药师的管理服务。社区药师通常从一开始就承担起监测患者的大部分责任。无论处方标签的说明如何，药师通常都是最终的决策者，决定是否以及何时开始用药，服用什么剂量，何时服用，多长时间服用一次。如果患者不按处方服药，药师应理解患者不这样做的原因，分析原因并纳入不断调整的服务计划中。

8.5.1 药学服务计划

尽管药师的药学服务计划没有被正式认可，但事实上已成为患者整体服务计划的一个组成部分，由患者的健康管理治疗团队的所有成员共同参与。药师的药学服务计划需要与整体服务计划的目标相一致，任何偏差都需要通过团队的沟通并达成共识。在现实中，这种与药师角色相结合的药学服务计划是行之有效、完美无缺的。例如，医生可以预先设定药师会修正服务计划，比如药师会建议患者如何处理精神药物引起的不良反应，如便秘、直立性低血压、镇静或口干，而不需要与患者以外的任何团队成员直接沟通。当药师建议的干预措施不能解决问题时，预先设定药师或患者会咨询处方医生或医疗团队的其他成员，探讨进一步的评估和改变药学监护计划。此外，药师预先设定他们会被患者或医生告知计划的变化，特别是涉及到药物治疗方案的变化时，这样他们就可以对患者的药物使用以及相关的预期的和潜在的、理想和不理想的结果保持一个全面的看法。

然而，基于这些预先设定的方法可能存在问题。当涉及到不止一位处方者时，例如，一位精神病医生和一位家庭医生，以及当患者进行可靠和及时沟通的能力有限时，包括患者对自己的精神疾病或认知问题缺乏了解时，这一点很快就会变得明显。同样，如果涉及到不止一家药房，这种假定的情况的错误可能很快就会出现。在这种情况下，需要在治疗团队成员之间进行更密集的沟通，并提供文件，在某些情况下，需要公开建立沟通计划，以确保卫生工作者以患者的最佳利益最佳地工作。

从药师的角度来看，治疗和监测计划需要根据患者和他们的用药方案进行个体化设计。患者的病情和治疗经历都是独一无二的。一个重度抑郁症复发的患者的治疗方案可能与具有相同诊断表现和情绪障碍史的患者方案相同或者完全不同。同样，监测计划也需要根据患者的病情和用药经验来制定。例如，在开始使用新的抗抑郁药需在一周后对患者进行随访的一般规则，可能并不适合所有患者。一个有焦虑和思维反刍恶化史的患者，如果应用以前抗抑郁药后立即发病时，药师应该早点联系患者，可能在第一周刚开始阶段就要多次联系患者。另一位在数周前因不良反应而停止治疗的患者，目前病情已缓解且稳定，药师可向其提供用药

信息，并说明在开始使用另一种抗抑郁药治疗期间应注意什么，如果在服药后两周内发现任何问题，可直接联系药房。临床实践指南为治疗计划和监测提供了明确的建议，这些建议在应用时可以在最佳证据的指导下提高患者服务的质量。这些针对特定疾病的指南为治疗和计划提供信息，但需要注意的是，修改的内容要满足患者的实际需求，这也是这些指南所希望的。

正如服务计划的制定需要针对个人一样，药学服务计划也需要针对个体化的药物治疗方案。这一点适用于使用不同抗精神病药物的患者的，也适用于服用各种情绪稳定剂和抗抑郁药的患者的监测需求。^{200, 201} 例如，避免的食物类型对患者的安全至关重要，但使用其他精神药物则无需这一项。和精神类药物普遍相关的问题是，空腹吸收和食欲增加。

8.5.2 纵向监护

在药师的患者监护计划中，有两种常见的制定评估周期的方法。一种是基于便利性，这主要是由处方的配药间隔和计划外的药房访问决定的。另一种是基于患者的需要，这通常与配药间隔不一致。从以方便为基础的时间表过渡到首选以患者为中心，需要创新和改变药房的工作流程，例如，当面或通过电话进行随访。

^{202, 203}

近几十年来，由于大量药物的安全性提高，精神药物的调剂间隔时间延长了。最明显的是，作为治疗焦虑症、抑郁症和其他精神疾病的一线疗法，从三环类抗抑郁药变成了选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）和 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs），这促成在治疗过程早期调剂周期从每周一次到每月一次的变化。然而，在开始使用抗抑郁药物后及早随访患者的目的并不只是为了规避用药过量的风险。药师宣教有关抗抑郁药的准确信息，了解和解决患者关切的问题，评估治疗反应、耐受性和接受度，以及重新审视对抗抑郁药的预期（期望和不期望），这是一个持续动态的过程，需要在多次与患者见面时进行多次讨论。在患者开始治疗时，药师应多次对患者进行随访，确定和解决早期的不良反应，回答治疗相关的问题，给予患者关切，提供支持、指导和资源，并确定事事得以落实、事事得以解决。

药师非常注重对开始新疗程的患者进行咨询；精神药物的新开始也不例外。需要计划和利用多次随访的机会。仅仅专注于帮助患者开始一种新的治疗方法并不是一个很适合这个治疗领域的方法，在这个领域需要一种慢性病管理方法。

纵向监护是一个整体的、动态的、综合的计划，记录了重要疾病预防和治疗的目标和计划，以患者为中心，反映了患者的价值观和需求，并依赖于双向的沟通。²⁰⁴ 大多数患者对第一个疗程的反应并不明显，疗效甚至不尽如人意，而且药物在治疗早期可能有许多严重的不良反应，可能会过早地破坏治疗计划。长期使用的患者可能会有严重的、不可逆转的不良反应。因此，作为默认的方法，患者需要一种传统的方法解决以上问题，即纵向随访。表 7 列出治疗过程中不同阶段的活动及其内容，包括在治疗过程开始前以及在早期和稳定期，或预防复发阶段。此外，表 7 列出非药物建议，药师可以以超越药物管理的方式支持患者。表 7 也列出了药师提供的这些非药物治疗活动的例子。^{202, 205}

表 7: 纵向随访--以使用标准抗抑郁药治疗重度抑郁症发作的成年人为例

阶段	患者评估和教育
治疗开始前 第 0 周及之前	接受/同意: <ul style="list-style-type: none"> 确定患者对治疗过程的态度; 在确保可取得一致的治疗效果情况下, 和患者讨论各种选择。 响应: <ul style="list-style-type: none"> 讨论目标症状(包括自我伤害); 就症状改善的预期时间表以及无反应、部分反应、完全或接近完全反应的概率进行教育; 讨论计划的最短治疗时间; 告知患者后续评估和教育计划。 耐受/安全: <ul style="list-style-type: none"> 在开始治疗前要问清楚所关心的问题; 预测常见的干扰性不良反应和不常见/罕见的严重不良反应, 并进行相关教育; 识别可避免的安全问题(药物与药物、药物与疾病的相互作用, 过量使用的风险)。
	非药物建议: <ul style="list-style-type: none"> 确定谁是患者的治疗团队成员和个人支持; 讨论其他形式的治疗以及如何获得这些治疗; 建议社区资源和支持; 询问并支持使用精神健康的自助策略。
早期治疗阶段 第 1 至 12 周	接受/同意: <ul style="list-style-type: none"> 在每次接诊患者时, 询问药物使用情况, 包括剂量和时间; 通过剂量滴定, 核实患者是否准备好接受剂量变化, 如果需要改变计划, 则努力实现治疗效果一致性; 如果依从性低, 调查原因并作出回应。 响应: <ul style="list-style-type: none"> 评估治疗目标的实现情况; <ul style="list-style-type: none"> <3 周: 早期改善 3-8 周: 症状继续减轻 9-12 周: 缓解或接近缓解 耐受/安全: <ul style="list-style-type: none"> 使用特定药物和开放式问题的组合来评估不良反应和安全性问题。 <ul style="list-style-type: none"> <1-2 周: 评估急性耐受性问题 3-12 周: 建立定期计划, 支持早期识别和应对耐受性和安全性问题
	非药物建议: <ul style="list-style-type: none"> 关于个人和社区支持以及其他形式治疗执行情况; 如果患者遇到精神健康危机, 应转介到更高级别的医疗机构; 继续鼓励加强整体精神健康的自助方法。
稳定和预防复发阶段 第 12 周到 1 月或数年	接受/同意: <ul style="list-style-type: none"> 重新审视对讨论治疗时间并根据需要进行修改; 继续询问药物使用情况, 如果依从性低, 则调查原因并作出回应; 继续努力实现治疗一致性的长期目标;

阶段	患者评估和教育
	<ul style="list-style-type: none"> 重温以前讨论过的问题，并参与新的药物治疗教育主题，包括继续治疗与终止治疗的复发风险以及晚期不良反应的自我监测。 <p>响应：</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期评估药物治疗的目标，包括症状和功能，包括自我伤害； 如果治疗反应不理想或症状复发，要准备好提供治疗建议。 <p>耐受/安全：</p> <ul style="list-style-type: none"> 结合特定药物和开放性问题，继续定期监测不良反应和安全问题； 向患者和其他团队成员提供关于不良反应缓解策略的建议。
	<p>非药物建议：</p> <ul style="list-style-type: none"> 承认患者个人成功和成就（例如，社会、职业、娱乐）； 询问并鼓励改善精神健康的自助策略； 支持获得医疗服务；必要时进行宣传，增加为患者服务机会。
终止阶段	<p>接受/同意：</p> <ul style="list-style-type: none"> 准备并讨论患者可以接受的治疗终止计划，并限制疾病复发和药物戒断的风险； 与患者定期接触中，询问在终止过程中遇到的任何问题或与计划的偏差； 与患者和其他团队成员合作，对发现的问题作出回应。 <p>响应：</p> <ul style="list-style-type: none"> 让患者了解治疗终止后疾病复发的风险变化； 在减量阶段和治疗终止后，监测症状复发和功能下降的情况。 <p>耐受/安全：</p> <ul style="list-style-type: none"> 就终止治疗的最佳方法进行宣教； 根据药物和患者的考虑，向治疗小组提供减少剂量计划的建议； 在减量阶段和治疗结束后，对患者进行戒断症状的教育，并就出现戒断症状时如何应对并进行建设性的指导； 为终止阶段的定期会面制定一个计划。
	<p>非药物建议：</p> <ul style="list-style-type: none"> 重新审视支持长期康复和最佳精神健康的自我保健和其他治疗性干预措施； 提供持续的沟通和支持，特别是在治疗终止后的第一年，即复发的高风险期。

8.5.3 关心患者全部的健康问题

患者因单一的精神健康问题而向他们的主治医生求助这是不常见的，除非该患者是个完全健康的人。通常情况下，患者有多种既往史，有些既往史直接影响到患者社会功能和生活质量，有些目前并不在活动期，但都与患者的健康和用药史密切相关。

药师早期会谈时要了解患者目前的健康状况和用药的优先次序，了解并积极参与到患者的身体健康和精神健康问题（包括药物滥用）的管理。只有这样，药师作为患者精神健康治疗团队的重要成员的价值才会变得最为明显。

药师能在临床环境中与医疗团队共同工作并能直接接触到患者的病历，与社区药师相比，其更具优势。他们更容易收集到患者当前健康问题的信息，并就健康优先事项和治疗方案进行实时合作。他们通常也有更

多的时间与患者相处，收集支持药物管理决策所需的具体信息。虽然这些工作环境对药师来说是例外而不是常规，但能表明药师有潜力在制定和实施涵盖整个患者的健康管理计划中发挥关键作用，包括确定躯体和心理健康的优先事项。

Bloom 项目表明，社区药师也可以做到这一点。^{203, 206}

患有一种或多种精神疾病并至少有一个与药物治疗有关的问题的患者有资格参加这个为期六个月的计划。项目的内容包括对项目的描述和全面的评估，对躯体、精神和药物使用问题的审查，以及与当前健康问题有关的过去和现在的用药史。虽然该计划是针对精神疾病患者，但将患者纳入该计划的目的是为了帮助药师与医疗团队一起解决患者优先考虑的健康问题和实现用药治疗目标。例如，一个患有广泛性焦虑症、糖尿病、反复偏头痛、失眠和饮食不规律的患者，在采取措施解决他们对焦虑和失眠用药的担忧之前，可能会优先考虑通过改变他们的饮食和糖尿病药物治疗方案来改善血糖管理。即便是在药师和医生之间有效合作的支持下，能够实现这些目标也可能需要几个月的密切合作。复发性偏头痛可能与其他健康状况有关，在其他问题得到解决后，取消偏头痛预防疗法或减少急性药物干预的使用可能会成为患者的首要任务。针对单一特定疾病(如抑郁症)或高度优先的药物(如氯氮平)的药学规划与旨在全面的规划相比，对患者的健康和生活质量产生广泛影响的潜力有限。

8.6 精神类药物的停止使用

指南提出，根据精神疾病进展不同，患者的治疗时程也有所不同。对首发精神病的治疗时间至少需维持三年。²⁰⁷ 但是如果症状持续反复，用药无法减量，达到治疗时程后也应继续治疗。抑郁症患者即使症状有所缓解，最短的治疗时间也需维持六到九个月。对于抑郁症多次发作且有严重自杀企图的患者，建议持续治疗时间至少两年甚至终身。对于其他疾病，如焦虑症和失眠症，指南建议使用镇静催眠药物，如苯二氮卓受体激动剂（如劳拉西泮、佐匹克隆），应限制在四周或更短时间内。因此，对于治疗各类精神疾病（包括严重和顽固的精神疾病）的药物，其用于治疗时长规划是一个难于解决的问题。²⁰⁸⁻²¹¹

除了少数特殊情况，停止精神药物的长期治疗过程应逐步进行。这样做有两个主要原因：一是减少早期复发的风险；二是控制或避免戒断症状。其中，最难停用的精神药物是 SSRI 和 SNRI 类抗抑郁药（氟西汀除外，因为它的半衰期特别长）和苯二氮卓受体激动剂。抗精神病药物的快速减量和治疗突然终止也可能导致早期复发和戒断效应，包括戒断性运动障碍、胆碱能反弹现象和精神障碍。^{212, 213} 而像安非他酮和锂这样的药物在突然停药时可能不会引起戒断症状，但这样做可能有症状快速反弹的风险。这种现象在多年来病情稳定且无发作的双相情感障碍患者中逐渐减少锂的使用与快速减少锂的使用的临床结局差异中得到了最充分的证实。大多数人在突然停锂后的几个月至两年内会复发，而高达 20% 的患者在数周逐渐停用锂制剂后的五年内也不会复发。²¹⁴

药师是提出逐步减少精神药物剂量计划最适合的团队成员，因为药师们对药物药代动力学、受体动力学、药物戒断综合征、剂量强度、制剂选择，以及当患者戒断症状严重且常规的减量方法难以适应时所需的战略性替代治疗方案，这些方面都有深入的了解。^{215, 216} 药师通过适当的培训和凭着丰富的经验，可以提供一项非常有价值的服务，即计划、实施和监测精神药物治疗的中断方案。这项服务需要确保与处方者合作，以及与患者有计划地进行沟通和监测。

8.7 确保最佳的精神药物治疗

"这是最适合我的药吗？"，这是服用精神药物的患者经常问药师的问题。这个问题反映了患者对所服用药物疗效的不确定性，担心存在副作用或症状不可控，对选择和不确定性感到不知所措。这就要求药师给他们提供意见，这是药师对精神疾病的药物治疗提供第二个方面的建议，也是药师直接参与优化患者精神药物治疗方案的方式之一。⁴⁶ 其他的方式则包括独立的或被授权的处方权，以及在药物审核之后，提供详细的治疗建议（作为药物治疗咨询的一部分）。

药师在专业学位的学习阶段就开始了精神疾病及其药物治疗管理方面培训，并通过持续的专业发展活动，与同行和同事的交流，在执业后持续进行学习。当然，最重要的是通过直接接触患者获得经验。几乎在所有的药房里，药师随时都会遇到服用精神药物的患者，并为其提供教育、建议和资源，给予患者自主选择权，支持患者的治疗计划。这些互动往往会影响患者调整治疗药物。对此，药师有机会评估他们做出的建议的影响力(无论是作为推荐还是不太常见的药师处方)。

但是，药师在指导精神药物的选择、剂量和治疗时间方面的作用并没有得到行业外人士的认可。在许多情况下，治疗团队外的健康服务规划者并不了解这种常见的活动。例如，社区药师在例行的用药审查中发现了一个与药物有关的问题（如目前的药物治疗疗效不佳），药师与医生联系并口述他们的评估和建议，医生认同药师的评估，并接受药师对药物治疗方案的修改建议，处方由医生正式修改，药师和患者共同实施药物治疗方案的修改，并且药师在患者再次见到医生之前已经对其进行多次随访。从外部角度看，虽然药师调配的药品反映了医生所开处方的变化。但是除了他们自己的文件之外，没有任何记录表明药师除了作为药品调剂工作者之外还扮演了其他角色。

虽然没有得到外界的广泛认可，但药师在通过药物管理优化患者健康状况方面的作用是患者急切需要的一项服务。这一点在加拿大新斯科舍省的 **Bloom** 计划试点项目中得到了证明。²¹⁷ 患有精神疾病的参与者如果符合以下任何一项标准，就有资格加入。(i) 目前的药物治疗反应不理想而需要优化治疗；(ii) 遇到影响功能或生活质量的不良反应；(iii) 使用多种药物/不适当的治疗；(iv) 终止治疗困难；或(v) 低依从性或不坚持治疗。81%的参与者表示优化治疗是他们参加社区药房精神健康管理项目的主要原因。相比之下，只有 11%的人是因为不坚持治疗的问题而参加的。患者希望社区药师能指导他们如何改变用药方案，以改善他们的健康。据患者反馈，在出院时，五分之四的健康问题得到了解决或改善，**Bloom** 计划证明了药师有能力提供这种服务。

药师有足够的知识和技能与患者和健康管理团队的其他成员合作，指导药物治疗的干预措施，以改善患者的健康状况。这一方面包括在社区药房工作的药师，以及在初级保健和专门的精神健康管理机构中工作的药师都可以做到。但是加强社会其他人士对这一角色的认识并使其充分发挥作用，还需要进一步探索。

9 药师在转诊服务中的作用

转诊是指通过一系列的措施确保患者在不同的地点或不同层次的医疗机构之间转移时接受具有协调性和延续性的照护。值得注意的是，医疗服务转诊过程中的差错会导致高再入院率和更高的医疗支出。为了应对其中的一些挑战，有必要让不同专业的医疗服务提供者参与进来，以了解转诊服务的范围、预期结果，并就转诊期间的责任达成共识。本质上，无效的医疗转诊是由于无效的沟通、无效的患者教育和无效的责任转移而发生的。²¹⁸

将药师纳入医疗转诊服务计划有助于填补医疗服务方面的差距，尤其是在药物使用方面。药师有机会向患者阐明他们关注的药物，并且与医生合作审查患者的治疗计划以解决用药错误，并减少患者的再入院率。

219

药师在转诊服务中扮演着多种多样的角色，尤其是在精神健康服务方面。药师可以提供初级精神健康服务，包括初步筛查和诊断，以及社会心理咨询和转诊服务。他们还可以通过调剂药品、药物重整和药物治疗监测等工作为精神病患者提供服务。在政策和卫生系统管理层面，药师可以作为学术界人士、政策制定者和思考者，负责制定政策、框架等指导性文件，以及培训下一代的医疗保健从业人员。药学实践的基础是为患者提供高质量的医疗保健服务，以减少患者的痛苦并建立积极的健康状况，更重要的是要认识到转诊服务发生在以下情况：

- 初级卫生保健机构，包括社区药房到专科医院或转诊机构，包括住院和门诊；
- 住院患者转为家庭医生服务，包括在入院后和出院时；
- 患者从专科医疗机构转到普通医疗机构。

我们意识到药师将在这些转诊过程中的多个环节发挥多种关键作用。

9.1 精神健康机构的路标

在对患者进行筛查或诊断后，药师可以将他们转诊到专科或更高级别的医疗机构，包括需要密切监测并进行住院治疗的患者。药师的转诊服务不应局限于分流或向下一个医疗机构发出转诊通知，而应包括向下一级医疗机构提供全面和个性化的过渡支持服务。这应该包括：

- 根据患者接受的初级保健服务、患者的反馈和转诊的不同情况，进行结构化和全面的信息记录。
- 为了确保最佳的服务效果，药师需亲自将患者转诊给下一个医疗站的服务提供者，包括在患者参与下进行初始服务计划的制定。因为我们注意到，在转诊时，经常由于患者的不信任，药师在下一个医疗机构未能遵守新的服务计划，从而影响了服务的质量。
- 将角色和责任分配给下一个机构的特定从业人员，并有明确的交接说明来指导进一步的服务。

9.2 出院时的药学服务和患者随访

在大多数医疗机构中，患者出院时最后接触的是药师。这为药师提供了一个承担责任的好机会，这些责任包括确保患者掌握所有必要的知识，在出院后能坚持他们的治疗计划，减少复发率。因此，在转诊中药师可以承担以下责任：

- 与出院医生和护士合作，审查和优化患者的出院药品清单，以确保患者获得最佳的出院监护计划，能够坚持他们的监护计划，并了解在出院后有一个有利的支持性框架来帮助他们康复。有人指出，精神疾病患者经常面临社会挑战，这可能会导致他们复发，例如，孤独、恶劣的社会环境等等。
- 优化患者出院后的监护计划。考虑到精神疾病需要长时间的监护，我们需要为患者制定一个明确的监护计划，包括他们如何获得处方调整建议，如何接受社会心理辅导等等。在出院时，药师可以主动与初级保健服务提供者联系，以确保在患者出院时他们能够在当地获取医疗支持。这可以包括与患者所在地的社会工作者合作，他们将是患者需要时的第一联系人；与当地的社区药房或初级保健机构合作，在那里进行处方调整；以及与紧急联系人合作，以防患者在出院后担心失去支持。
- 安排患者和医生的门诊随访，以确保患者在出院时不会与医疗机构失去联系，最重要的是，确保服务的连续性。
- 审查并为其他支持患者出院后持续治疗的医疗服务提供者提供过渡期的监护记录。医疗服务提供者可以是初级保健机构、社会工作者，社区药房。服务的内容应涉及到患者监护计划的明确指导，包括什么该做和什么不该做，以及预防措施，以及在需要时去哪里寻求指导或咨询。

9.3 制定转诊服务的标准工作流程

药师在卫生系统工作中意识到转诊时药学服务的重要性。他们也有机会思考并参与设计实施指导服务转接的工作流程。这些工作流程可能包括支持性的政策文件、不同实践环境的服务内容、协调转接的策略，以及目标一致的关键绩效考核指标。考虑到在转诊服务中可能遇到与患者沟通或患者教育中断等问题，所以有必要在药师涉及的领域制定明确的指导标准和具体的工作绩效考核标准。这些标准将包括：

- 标准实施程序的详细说明：
 - 在转诊时需要采集哪些信息；
 - 谁来主导转诊流程；
 - 如何进行转诊；
 - 转诊将在哪里进行，即转介机构或接收机构；以及
 - 转诊流程何时被视为完成。
- 一份核对表，详细列出需要提供的信息，并由转诊和接诊的医疗机构（药师）确认。
- 评估药学服务的关键绩效指标与患者临床结局和出院服务质量挂钩（以激励的模式）。

在有效履行药师在医疗服务更换中的职责时，需要满足一些关键性的要求，包括：

- 查阅患者的医疗记录，为未来的决策提供信息，并促进转诊服务。
- 健全的体制框架，包括不同级别的服务机构之间的长期协议，例如，社区药房和专门的精神病专科医院和康复设施，以实现患者的无缝转接。
- 一个高效可行的薪酬激励计划，对药师在转诊服务中的工作进行补偿，以激励他们在工作中的优秀表现；
- 相关专业机构认可转诊过程中的药学服务是药师的一项专业实践内容，并将其纳入医疗服务模式和专业类别。

证据表明，药师在医疗服务转诊中的作用越来越大，因此需要有更多的药师在这一工作领域中发挥积极作用，特别是在精神健康服务方面，从而使这种作用得以持续、有针对性地扩大。²²⁰

10 成效评估：精神健康服务的评估标准

在进行精神健康服务时，药师需收集数据用来评估这些服务所带来的影响，尤其是新展开的服务。通过收集这些数据，建立一个证据库，用来倡导服务的费用报销、扩大药学服务的范围，改善患者长期的疗效（例如，长期缓解），帮助药师参与持续的医疗质量改进。

评估药学服务的影响有三个层面：结果、过程和平衡。结果层面是评估服务对患者的影响。过程层面是评估提供服务对医疗系统整体的影响。平衡层面是评估系统的一个部分的变化是否对系统的另一个部分产生了不可预知的负面影响。一般来说，过程层面往往是最先看到的，结果层面往往是滞后的，这意味着变化的影响将首先反映在过程层面上。因此，过程层面的积极变化应该体现结果层面的积极变化。²²¹ 在精神健康服务方面，这些评估标准包括：²²²

- **结果**-患者身体机能、症状、生活质量的改善、患者对服务的满意度
- **过程**-接受过精神健康状况筛查的患者百分比，接受精神治疗的患者百分比，平均服务的患者数量，患者平均就诊时间，转诊到精神健康服务机构的患者百分比
- **平衡**-新的精神健康服务是否会影响到药师在药房中履行其他职责的能力？

评估标准会随着在每个层面中选择的具体评估内容不同而存在差异，但在评估精神健康服务的影响时，最好确保体现每个类别。²²³

同样地，药师也可以根据美国医学会所列出的医疗质量的六个领域来制定评估他们服务的标准。^{224, 225} 这六个领域涵盖了重要的概念，这些概念应该被融入药师可能提供的精神健康服务或评估标准中（见表 8）。

表 8：美国医学会的六个医疗质量领域^{224, 225}

医疗保健质量领域	描述
安全	避免对患者造成伤害，旨在帮助患者的服务。
有效	向所有可能受益的人提供基于科学知识的的服务，并避免向不可能受益的人提供服务（避免使用不足和使用不当）。
以患者为中心	提供尊重和顺应患者个人喜好、需求和价值观的服务，以确保患者的价值观指导所有的临床决策。
及时	让患者减少等待和延误。
高效	避免浪费，包括设备、用品、想法和能源的浪费。
公平	提供不因个人特征如性别、种族、地理位置和社会经济地位而有质量差异的服务。

在精神健康服务方面，药师可以选择许多不同的层面来评估他们的服务的影响。在全球范围内，对于哪些标准最适合、最有效地评估精神健康服务的成效，目前还没有达成一致意见，也没有证据表明哪些标准已

在社区药房中得到了验证。但是，研究者正在努力采用全球通用的标准，通过精神健康科学倡议的共同标准来解决“精神健康数据的分散现状”，希望精神健康研究能够更直接地进行“比较、交流和阐述”。²²⁶

虽然仍处于工作的早期阶段，但这一倡议已就成人的六项措施达成一致，并强烈建议在进行精神健康研究时，除了出生时的年龄和性别外，还要收集这些数据点中的每一项（见表 9）。^{226, 227}

表 9：精神健康科学倡议中的共同标准所建议的数据^{226, 227}

规模	描述
DSM-5 第 1 级交叉评估	该评估对精神健康领域进行评估，这些领域对各种精神病诊断都很重要。它涉及 13 个精神领域，包括抑郁、愤怒、狂躁、焦虑、躯体症状、自杀意念、精神病、睡眠计划、记忆、重复的想法和行为、分离障碍、人格障碍和药物引起的运动障碍及其药物不良反应。 ²²⁸
WHODAS 2.0	世界卫生组织残疾评估表 2.0 是对健康状况和残疾的通用评估，可用于所有疾病。它涉及六个机能领域：理解与交流、活动、自我照顾、与他人相处、生活活动和社会参与。 ²²⁹
PHQ-9	患者健康调查问卷是一份用于评估抑郁症的自编问卷。PHQ-9 包括九个问题，可用于评估和监测抑郁症的严重程度。 ²³⁰
GAD-7	广泛性焦虑症量表是一份用于评估焦虑的自编问卷。GAD-7 包括七个问题，可用于诊断 GAD 以及筛查惊恐、社交恐惧症和创伤后应激障碍。 ²³⁰

对于可在药房中使用的成效指标，目前还没有什么权威的指导意见。然而，最近对 64 篇文献进行了系统性的回顾，分析了药师对精神或神经疾病患者的影响。在这篇论文中，Werremeyer 等人发现，药师不论在住院或门诊，还是在普通或专科医院中参与的精神健康服务有助于改善患者预后结果。¹⁶⁰

- **医院** - 药师的参与减少了用药错误和重复住院。
- **门诊、初级保健、专科诊所** - 药师的参与，使得用药安全得到改善，达到治疗目标的可能性更大（包括减少症状和住院）。
- **社区** - 药师的参与可以提高长效注射抗精神病药物的可及性，提高患者依从性。
- **药物滥用的处理** - 药师的参与使患者更容易获得药物治疗，例如纳洛酮。

药师对各种结局指标的影响已经得到了证明，但基于药物的研究而言，指导最合适的结果指标仍然有限。

11 基于实践的药师精神健康角色研究

药师在提供精神健康的药学服务，以及在精神健康服务中进行实践研究时，应综合考虑各种因素对方案或计划的影响。理想情况下，药师应以循序渐进的方式来制定他们的计划，从计划到实施再到评估，充分考虑社区的需求，制定一个全面可以实施和评估的计划。

11.1 识别健康问题

旨在解决社区精神健康问题的药师应该花时间分析来自地方和国家的精神健康大数据，充分了解各地区社区的实际需求。了解某些疾病的发生率和流行率对药师来说是很重要的，因为这可能会凸显出在某个特定领域的工作重点，而药师在这个领域里的药学服务可能会产生最大的影响。为了获得这些数据，药师不妨关注世界卫生组织的[全球健康观察站](https://www.who.int/data/gho)（Global Health Observatory，<https://www.who.int/data/gho>）、[世界银行](https://data.worldbank.org/topic/8)（World Bank，<https://data.worldbank.org/topic/8>）、[我们的数据世界](https://ourworldindata.org/mental-health)（Our World in Data，<https://ourworldindata.org/mental-health>）或其他地方或国家的数据资源。

除了定量数据，药师也可以分析定性的数据。这些数据可以在其他研究人员的研究中找到，也可以由药师自己获得。定性数据可以展露出在定量数据中不容易发现的干预机会。例如，药师可以对某些患者进行访谈或列入关注列表，以确定他们在获得精神健康服务方面所面临的困难，或者他们最愿意接受的药学服务。希望在他们患者中进行研究的药师则需要开始之前确保得到伦理批准。

[社区工具箱](https://ctb.ku.edu/en)（Community Toolbox，<https://ctb.ku.edu/en>）是一个免费的在线资源，包括许多支持个人执行计划的工具包，根据该工具箱，在评估社区的需求和资源时，应解决以下问题：²³¹

- 描述社区的组成和历史，在不同情况下收集其当前关注的的数据；
- 描述什么对社区重要；
- 描述什么对关键利益相关者重要；
- 描述用于表明该问题或目标是否应成为一个优先问题的证据；以及
- 描述解决所确定问题的障碍和资源。

一旦药师了解了他们社区的需求，他们就可以确定他们想通过项目或药学服务解决的具体问题、风险因素等。

11.1.1 确定现有的社区资源

在确定健康管理项目或药学干预措施的重点时，药师还应该对社区现有资源进行了解，确定所在社区中已经存在的服务或项目。这样，药师将能够确保他们不会重复别人已经在做的工作。他们也可以找到机会来

支持现有的项目，扩大其覆盖面或填补空白。作为资源了解的一部分，与当地的利益相关者会面，了解药师可以在社区哪些方面产生影响，对于学习他们在社区中解决精神健康问题的经验，可能会有帮助。

只要药师了解目前社区可以用于解决健康问题的资源，就可以开始计划方案。药师应该在计划过程中投入大量的时间，以确保计划或药学服务能够顺利进行。

11.2 方案规划

11.2.1 文献回顾

项目规划对于确保项目或药学服务的成功至关重要，药师应花时间规划药学服务的项目。药师不妨在计划过程中先进行一次文献回顾，以确定哪些药学服务最有可能解决已确定的健康问题。对于那些实施新方案或新方法的人来说，文献可能是有限的，但回顾在其他领域（如医学、精神病学、社会工作等）进行的研究可能仍然是相关的。查阅文献还可以了解到其他人在实施类似项目时所面临的障碍，使药师能够预先制定计划以避免这些障碍。

11.2.2 与利益相关者的合作

在规划一项方案时，重要的是要确保工作不在一个孤岛上进行。因此，药师应邀请将受到计划或药学服务影响的利益相关者，包括患者和其他医疗服务提供者，参与到计划过程中。正如社区工具箱所概述的，以下是促进利益相关者参与的注意事项。²³²

- 确定你为什么需要或希望其他人参与进来；
- 确定那些完成你的目标需要参与的人；
- 计划招募来自不同背景的参与者和成员；
- 审核来自社区不同部门的代表，以此来确定谁应该参与，谁不应该参与。考虑来自不同人群的代表；
- 创造条件，让尽可能多样化的人和组织参与进来。考虑如何解决障碍，包括语言、儿童保育、交通、时间等；
- 创造一种持续参与的氛围。

如果发展了一个利益相关者团队，方案或干预措施就可以由所有参与方共同设计，这应该有助于促进方案的可接受性和可持续性。

11.2.3 方案宗旨和目标

在制定项目计划时，药师应与项目的利益相关者合作，制定目标和宗旨，指导项目的实施。正如美国疾病控制和预防中心所概述那样，目标是“关于你的计划应该产生什么结果（预期结果）的综合意见”。另一方面，目标也是“描述可能实现的结果以及陈述实现这些结果的方式”。目标应该被清楚地定义，通常建议遵循

SMART 原则—明确性、可量化、可达成、相关性、时限性（S=Specific、M=Measurable、A=Attainable、R=Relevant、T=Time-bound）。²³³ 对于制定的目标应包含其他细节和考虑。

11.2.4 规划工具：RE-AIM 框架

在药师制定他们的项目方案时，有一个工具可能会有所帮助，那就是 RE-AIM 框架。RE-AIM 是 Reach, Effectiveness/efficacy, Adoption, Implementation and Maintenance 的首字母缩写。这个工具已被广泛用于项目规划和评估。在这个[在线互动工具](https://re-aim.org/applying-the-re-aim-framework/re-aim-guidance/use-when-planning-a-project/planning-tool/)里面（<https://re-aim.org/applying-the-re-aim-framework/re-aim-guidance/use-when-planning-a-project/planning-tool/>），可以使用 RE-AIM 框架来概述制定方案时应该提出的重要问题（见表 10）。²³⁴

表 10：RE-AIM 框架和方案规划问题

RE-AIM 框架	问题
到达	该倡议将对谁产生吸引力？ 你将如何以及在哪里接触他们？ 你怎么知道那些参与人是否代表预期的受益人？
有效性/功效	你期望看到最重要的成果是什么？ 你提议实现关键成果的可能性有多大？ 你的方案对那些最需要的人来说是否有效？ 可能会有什么出乎意料的结果？
采纳	你的目标针对的是什么组织结构？ 你估计这些组织机构中有多少会使用该计划？ 谁来实施方案，他们是否有技能和时间？
实施	将如何实施，包括调整和修改该倡议？ 该计划的关键方面将在多大程度上按计划实施？ 一贯的实施有哪些可能的障碍？ 需要考虑哪些成本和资源（包括时间和负担，而不仅仅是金钱）？
维持	长期而言，会发生什么？ 组织能否长期维持现有的计划，是否有计划将受过培训的员工留在原地？ 你的倡议对个别参与者产生持久影响的可能性有多大？ 你将如何宣传干预措施和吸取教训？ 你如何能够在很长一段时期内遵循倡议？ 为了长期维持现有的计划，可能需要做出哪些修改或调整

11.2.5 规划工具：逻辑模型

药师可能希望使用另一个工具来协助方案的规划和实施，那就是逻辑模型。逻辑模型是对一个项目如何实现其预期结果的说明。它概述了一个项目所需的资源、一个项目将实施的活动以及相关的短期和长期影响之间的关系。逻辑模型使团队成员和利益相关者能够讨论并就其方案达成共同愿景。利用该模型还可以确保方案团队有必要的资源来完成项目，从而实现长期目标。逻辑模型通常由五个部分组成：资源/投入、活动、产出、结果和影响（见表 11）。然而，逻辑模型可以有許多不同的描述方式。²³⁵

表 11: 逻辑模型模板（改编自 W.K. Kellogg 基金会）²³⁵

资源/投入	活动	输出	成果	影响
确定实施方案所需的资源（例如，工作人员、资金、基础设施、设备等）。	确定你的方案计划实施的活动或行动（例如，服务、开发教育材料等）。这些可以包括服务、产品和基础设施。	确定你的活动的直接产出(例如，提供的筛查数量，服务的患者数量)，这些通常描述所提供服务的规模或范围。	确定项目的短期影响（例如，态度、行为、知识、技能、地位、功能水平的变化），这些通常是个人层面的结果。	确定计划的长期影响，这应该是计划的总体目标，一般应该是组织、社区和系统层面的变化。

一旦建立了逻辑模型，就可以随着方案实施的进展和方案的变化进行更新和调整。它推动项目小组通过自己的努力来完成最终目标。

药师花时间制定一个全面的计划，并做好充分的准备。

11.3 方案实施

在为项目实施做准备时，药师还必须考虑各种因素，以确保实施的成功。这些因素也可以纳入逻辑模型中，包括：

- **人员配备** - 你或你的员工是否需要额外的培训来提供服务？如果是，将在哪里和什么时候获得？
- **后勤** - 该方案将如何适应你目前的工作流程？什么时候提供服务？每天，还是只有某些日子或时间？
- **规章制度** - 在实施该计划时，你是否会面临任何规章制度方面的阻碍？你是否获得了必要的伦理批准？
- **预算** - 该计划或药学服务将花费多少钱？钱从哪里来？是否有你可以争取的拨款？你提供的服务是否能够得到补偿？
- **资源** - 为实施该计划，你是否需要任何新的资源？
- **数据** - 你要评估哪些指标？你将如何收集和管理数据？谁来监督数据收集？多长时间收集一次数据？数据将被储存在哪里？你将会收集多长时间的数据？
- **文件** - 你将在哪里记录所提供的服务？谁将记录这些服务，何时记录？

除了这些因素，世卫组织还开发了一个实施研究工具包，其中概述了在进行服务时应考虑的几个背景因素，基于这些考虑，执行者可能需要对进行的服务进行调整。这些因素包括社会经济、利益相关者、卫生系

统、机构、自然、政治和文化因素。²³⁶ 药师应该对这些因素进行分析，确定它们是否会影响方案的实施，如果是，则需要对实施计划进行调整。

11.4 方案评价

对于参与以实践为基础的研究或实施一个新项目，另一个重要方面是确定如何对项目进行评估。理想情况下，在实施之前，药师应该制定一个项目评估计划。药师需要确定他们要如何分析他们所收集的数据，以及何时进行分析。药师还应该考虑如何根据收集到的数据来调整他们的计划。

RE-AIM 框架（见 11.2.4 节）也可用于指导项目评估。要问的问题包括²³⁷

- **覆盖面**-有多大比例的潜在合格参与者被排除在外或参与其中，他们的代表性如何？
- **效果**-干预措施对所有开始实施计划的参与者产生了什么影响，对过程性的中间结果和主要结果，以及对积极和消极的（非预期的）结果，包括生活质量的影响？
- **采用**-在这些环境中，有多大比例的环境和干预机构（例如，医务室/医生、药房/药师）被排除在外或参与其中，其代表性如何？
- **实施**-各种干预措施在多大程度上是按照（协议中的）预期进行的，特别是由不同的（非研究性）工作人员在应用环境中进行的时候？
- **维持（个人层面）**-长期效果如何（干预后至少 6 至 12 个月）？失访率是多少？退出者是否具有代表性？失访对有效性的结论有何影响？
- **维持（制度层面）**-不同的干预措施在多大程度上被继续或约定俗成？最初的方案是如何修改的？

为了进一步支持计划评价，世界卫生组织制定了《评价实践手册》，其中包括许多制定评价计划的实际考虑。世卫组织概述了几个评价标准和相关问题（见表 12）。

表 12：世界卫生组织的评价标准和相关问题²³⁸

准则	衡量标准	讲解
相关性	一项干预措施的目标在多大程度上与受益人的要求、国家需求、全球优先事项以及伙伴组织和捐助者的政策相一致。回顾过去，在变化的情况下，与相关性有关的问题用于评估一项干预措施的目标或其设计是否仍然合适。	方案目标在多大程度上与需求有关？还能被证明它们有存在的理由吗？它们是否与地方、国家和全球的优先事项相符？
效率	如何经济地将资源和投入（资金、专业知识、时间等）转化为产出和成果。比较所获得的结果，或者最好是所产生的产出，以及所花费的资源。换句话说，获得的效果与投入是否相称？	是否以最低的成本实现了目标？是否可以用同样的成本获得更好的效果？
效果	考虑到其相对重要性，该计划或倡议的目标已经实现或有望实现的程度。有效性也被用作对一项活动的价值优劣的综合衡量（或判断）--即一个方案在多大程度上实现了或有望实现其主要的相关目标并产生了积极的影响。方案中制定的目标是否正在实现，成功和困难是什么，选择的解决方案有多合适，方案外部因素的影响是什么。	结果或影响在多大程度上得到了实现？所使用的干预措施和工具是否产生了预期效果？使用不同的工具是否可以获得更多的结果？
可持续发展	在主要援助完成后，从干预中获得的利益的延续性，持续的长期利益的概率，净利益随着时间的推移对风险的抵御能力。干预的结果和产出在多大程度上是持久的。评价通常考虑机构变化的可持续性以及公共卫生影响。	结果和影响，包括机构的变化，是否随着时间的推移而持久？如果没有更多的公共资金，这些影响会持续吗？
影响	对一项发展干预措施直接或间接、有意或无意产生的积极或消极、主要或次要的长期效应进行分组。	干预措施完成后，结果是否仍然明显？

社区工具箱也为评估过程提供了有价值的见解，并建议评估方案至少包括：²³⁹

- 关键评价内容，评估目标的实现情况，对参与者的影响，以及对社区的影响。
- 用于评估的数据类型（即，你需要什么类型的数据来回答问题）。
- 数据收集的方式（即，你将使用什么方法来收集这些数据）；
- 实验设计[一种排除对你的数据的有效性（例如，可信度）的怀疑的方法。包括将你收集的信息与来自类似群体（该群体的评估方案与你的不完全相同）的数据进行比较]。

最后，任何已完成的评估都应项目利益相关者分享，以确保他们继续参与项目。

11.4.1 质量改进

当项目评估开始时，药师分析收集到的数据，他们可能也希望通过质量改进，以完善他们所提供的服务。一个常用的质量改进模式包括两个不同的部分。该模式的第一部分由三个问题组成，药师在开发新的服务时应该问自己，即：²⁴⁰

- 我们试图完成什么？

- 我们如何知道一个变化是否改进？
- 我们可以做出什么改变而促进改进？

在这三个问题之后进入模型的第二个组成部分：计划-执行-研究-行动（Plan-Do-Study-Action, PDSA）循环。PDSA 循环是一种方法，通过这种方法收集数据，然后根据收集的数据进行改变或调整。这是一个反复循环的过程，包括根据三个问题而制定药学服务计划，实施药学服务，并根据收集到的数据对药学服务进行调整，为下一次的循环做准备。²⁴⁰ 通过利用这个过程，药师将能够把新的服务整合到实践中，并不断评估和改进，最终使患者受益。

本章所述的步骤并不包括药师在实施项目或参与研究时的每一个考虑因素，但强调了药师应该考虑的主要因素。药师参与精神健康服务的机会与日俱增（正如本手册中所述），更多的药师有必要参与基于实践的研究，以证明药师对精神和福祉的重要影响。随着这一领域研究的不断深入，药师们可以利用这些数据来帮助支持政策和促进服务费用的改革，从而进一步支持药师融入精神健康管理服务中去。

12 支持药房团队的精神健康

药师不仅要解决患者的精神健康问题，也需要重视自己和药房同事的精神健康。近年来，特别是在 COVID-19 大流行期间，药学团队的精神健康和职业倦怠问题普遍存在。职业倦怠在这个行业的许多不同方面都有体现，因此，努力解决这个问题至关重要。虽然职业倦怠本身不是一种精神健康疾病，但它可以增加精神疾病的风险，所以这是一个需要解决的重要问题。²⁴¹

根据世界卫生组织的说法，职业倦怠是一种 "职业现象"，是由于在工作场所的长期压力造成的，通常有以下三个症状：²⁴²

- 感觉到能量耗尽或疲惫。
- 对自己的工作有更大的心理落差，或与自己的工作有关的消极主义或愤世嫉俗的感觉；
- 专业效力降低。

职业倦怠会产生持续的影响，不仅会影响到经历职业倦怠的个人，也会影响到他们的患者。职业倦怠与高胆固醇血症、2 型糖尿病、冠心病、肌肉骨骼疼痛、长期疲劳、胃肠道问题、呼吸系统问题等的患病风险增加有关。经历职业倦怠还可能导致失眠、抑郁症状、需使用精神药物和抗抑郁药物，以及因精神疾病住院。²⁴¹

关于对患者的影响，已经有研究表明，较高的职业倦怠水平与较差的患者安全和较低的服务质量有关。^{241, 243-245} 在一项专门针对护士和外科医生的研究中证明，职业倦怠与更差的安全和服务质量以及患者的低满意度有关。^{246, 247}

鉴于职业倦怠对医疗服务提供者个人和他们的患者所造成的后果，在药学行业中解决这个问题是很重要的。职业倦怠的发生率因执业环境、国家和许多其他因素而异。然而，研究表明，在不同的国家，职业倦怠的发生率相近。例如，沙特阿拉伯的一项研究显示，药师的职业倦怠率约为 60%，法国药师的职业倦怠率为 56%，日本约为 50%，而美国约为 61%。²⁴⁸⁻²⁵¹ 虽然职业倦怠一直是医疗保健领域的隐患，但在 COVID-19 大流行期间，职业倦怠问题更为突出。在大流行期间，药师有更多的工作要求，包括提供 COVID-19 核酸检测和疫苗接种等新服务，再加上资源减少，包括缺乏个人防护设备和药品短缺，导致了职业倦怠发生持续高发。^{252, 253}

除了研究工作倦怠的普遍性外，许多研究也探讨了导致行业内高工作倦怠率的基本因素，以及增加个人发生工作倦怠风险因素。评估药学专业人员职业倦怠的研究发现，年龄较小和工作年限较短是职业倦怠的常见风险因素。^{248, 250, 251, 254-256} 工作时间长、缺乏系统支持的工作环境以及持续的压力源是来自于工作环境的风险因素。^{250, 251, 254, 255, 257.}

除了这些风险因素外，各研究对某些因素是否增加风险的评价也不尽相同。例如，一些研究表明，女性会增加职业倦怠的风险，而其他研究表明，男性更容易出现职业倦怠。^{249, 251, 256-258} 药师应牢记这些因素，但也应意识到任何人，包括自己，都有可能产生倦怠，重要的是要意识到这些症状，以便迅速调整。

可以采取许多策略来帮助预防和解决职业倦怠。世界卫生组织提供了以下建议，以防止职业压力、职业倦怠和疲劳。^{259, 260}

- 为员工制定明确和一致的目标；
- 经常提供培训，以提高工作的有效性和应对策略；
- 为遇到工作压力的同事提供以工作为重点的咨询；
- 鼓励发展精神健康保护团体和资源的交流网络；
- 最大限度地提高工作人员的自主性和决策参与度；
- 组织工作，通过优化工作量和工作时间，确保安全的人员配置水平，鼓励定期休息和利用灵活的时间来减少工作压力；
- 优化轮班时间以避免疲劳，优先考虑顺时针的轮班；以及
- 在紧急行动期间为卫生工作者提供住宿，并提供食品服务、卫生设施和娱乐机会。

同样，临床系统改进研究所（Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI）也开发了一种资源，从系统的角度概述了促进医疗工作者的精神健康所应采取的步骤。通过分析，ICSI 确定了五个基本要素。²⁶¹

- **团队文化**-培养同事之间和谐共处团队文化。
- **协作服务**-协调传统上可能孤立运作的专业知识和服务，方便药师工作。
- **双向沟通**-制定一个强有力的内部沟通战略，包括"自上而下"以及"自下而上"的直接沟通，和频繁参与支持你的员工沟通。
- **持续改进**-持续评估员工的需求，注意不同工作单位的特殊需求。
- **解决问题**-提供系统性的干预措施（如政策、协议和方案）和药师自我指导的干预措施（如播客、应用程序），并有一个持续的评估计划。

12.1 药学工作者的精神健康资源

除了工作环境层面的改变，在个人层面也可以采取一些干预措施。首先，药学团队的每一位成员都有机会为创造一个可以讨论精神健康问题并能提供必要帮助的工作环境做出贡献。英国的心理健康慈善机构 Mind 已经开发了许多资源（见 <https://www.mind.org.uk/workplace/mental-health-at-work/>），可供药师用来帮助支持他们团队成员的精神健康。²⁶² 其中一项资源（见 <https://www.mind.org.uk/media-a/4661/resource4.pdf>）概述了当药师遇到精神健康问题的员工时，应该采取的步骤和支持策略。这项资源包括指导如何创造一种可以公开讨论精神健康问题的工作文化，如何进行精神健康的对话，如何支持有精神健康问题的成员，以及如何管

理成员的休假和回归工作。²⁶³ 在精神健康领导委员会的支持下，Mind 还开发了[工作中的心理健康](https://www.mentalhealthatwork.org.uk/)网站（见 <https://www.mentalhealthatwork.org.uk/>），其中包括各种工具包和资源，以促进药学工作者的精神健康。²⁶⁴

此外，药学团队的成员可以采取一些措施来保护自己的健康。然而，这些行为不能取代受过训练的精神健康服务专家所提供的服务，如果药学团队成员对自己的精神健康有担忧，应尽快寻求帮助。

首先，药学团队成员应该制定一个自我保健计划。根据 MHFA 的说法，自我保健包括 "你可以定期参与的活动来减少压力并保持短期和长期的健康和福祉"。²⁶⁵ 根据 MHFA，自我保健计划应包括⁶⁵

- 关注身体和精神健康；
- 管理和减少压力；
- 识别情感和精神需求；
- 培养和维持关系；
- 在生活的不同领域实现平衡。

此外，鉴于在医疗保健领域工作的额外压力，SAMHSA 已经为医疗保健专业人员开发了一个帮助应对压力和同情心疲劳的资源。在这个[资源](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-01-01-016_508.pdf)中（见 https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-01-01-016_508.pdf），体育锻炼、睡眠和饮食良好、不增加酒精或药物的使用、与家人和朋友保持联系，以及在工作中向同事寻求支持等一些自我保健活动，可以包括在自我保健计划中。一些另外的活动被推荐为潜在的减压措施，包括：视觉化、渐

进式肌肉放松、有意识的运动（如瑜伽）、冥想、呼吸练习、幽默、写日记或绘画，以及精神或宗教活动。²⁶⁶ 最后，自我保健计划是高度个性化的，应该根据个人的需要和兴趣来制定。

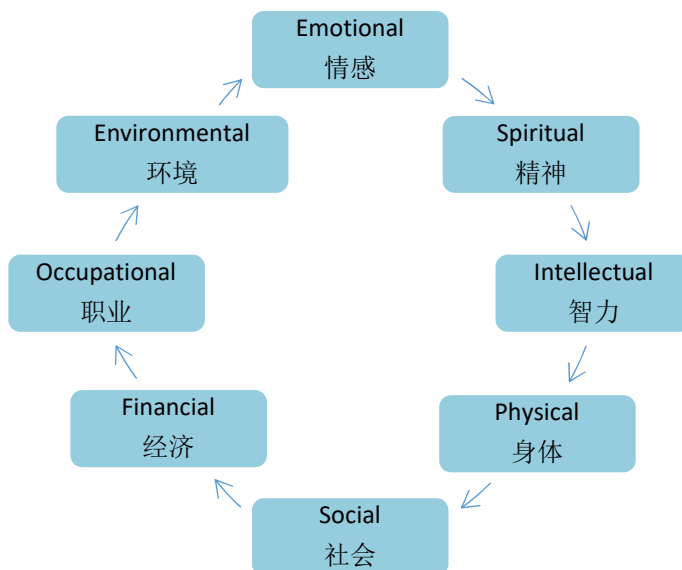
根据 SAMHSA 的说法，有八个维度的健康有助于个人的整体健康（见图 2）。在自己的生活中评估每一个维度，并确定在该领域改善健康是很重要的。例如，改善身体健康可能包括更健康的饮食，参加更多的体育活动，更多的睡眠，减少或消除酒精或烟草的使用。另一方面，社会健康可能包括认识新朋友，与朋友重新联系，或确保有足够的时间与家人在一起。在 [SAMHSA 的指南](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4958.pdf)中（见 <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4958.pdf>），个人可以制定个性化的计划，在这些领域中维护自己的健康，改善精神健康状态，提高幸福感。²⁶⁷

在一些国家，也有专门为保护药师精神健康提供的服务，药师可能会想去争取这些服务。例如，在澳大利亚，有“药师支持服务”，这是一个为药师提供 24 小时服务热线的慈善机构。在英国，有“药师支持”，这是一个提供支持服务的慈善机构，旨在增加药师及其家人、退休药师和药学学生的福祉。

最后，网上还有许多额外的资源，可以支持药师或其他正在与自己的精神健康作斗争的人。虽然每个国家都会有自己的特定资源，但也可以使用一些国际资源。例如，[国际预防自杀协会](https://www.iasp.info/)（见 <https://www.iasp.info/>）提供了关于国际帮助热线和危机中心的信息。[查找帮助热线](https://findahelpline.com/i/iasp)（<https://findahelpline.com/i/iasp>）是一个免费的在线工具，它将人们与 50 多个不同国家的帮助热线联系起来。

药学团队必须互相支持，照顾自己和团队成员的精神健康。同样重要的是，倡导工作系统层面的变革，以进一步促进精神健康，增加福祉，并减少药师的职业倦怠风险。

图 2: SAMHSA 的八个健康维度



13 伦理考量

当为精神病患者提供服务时，药师要意识到可能出现许多不同的伦理问题，并对如何驾驭潜在复杂的伦理问题有所认知。大体上，这些问题可以围绕非恶意、有利、自主和公正这四个主要的伦理原则来组织（见表 13）。²⁶⁹

表 13：四个主要道德原则概述²⁷⁰

道德原则	描述
非恶意	提供者不应该对患者或社会造成伤害，应该确保他们不是故意制造伤害或损害。这一原则还要求任何风险或潜在的伤害不应超过某一医疗决定（即，治疗、干预等）的好处。
效益	提供者应始终努力使患者和社会受益。与“非恶意”不同，“有益”不仅关注避免伤害，而且还关注提供利益。
自主	提供者应确保遵循患者的信仰和意愿，即使这并不总是符合他们的最佳利益。这一原则包含了其他重要的概念，包括隐私、保密性和知情同意。这一原则是在治疗精神病患者时通常会考虑的一个问题。
公正	提供者应确保资源的公平分配，并确保所有人获得公平、适当的医疗保健服务。

虽然这四项主要的伦理原则在照顾精神病患者时，会以不同的方式出现，但有一些常见的伦理情况可能会出现。下面将讨论这些情况。

在考虑与患者自主权有关的问题时，很可能会出现与知情同意、隐私和保密有关的情况。也有可能要求医疗服务提供者将自主权的重要性与其他伦理原则（如有利和无害）进行权衡的情况。

知情同意--知情同意要求患者能够理解并自愿决定是否接受某种治疗或操作。然而，在照顾那些患有精神疾病的人时，这一概念就变得复杂了。为了提供知情同意，必须向患者提供关于某一特定治疗的所有必要信息。知情同意的过程也需要医疗服务提供者和患者之间积极沟通与对话，并让患者得到他们所有问题的答案。广义上讲，同意过程应包括以下信息：²⁷¹

- 治疗的目的以及为什么要提出治疗；
- 治疗的具体内容，包括频率、给药方式等；
- 治疗的好处和风险；
- 拟议处理方法的替代方案；
- 副作用或治疗可能对患者的日常生活产生的其他潜在影响；
- 治疗的费用或保险范围；
- 放弃治疗的后果；
- 谁将提供治疗。

除获得知情同意所需的所有信息外，值得注意的是，知情同意的不仅仅是患者简单地签署一份表格：还需要持续的沟通，而且必须允许患者在任何时候撤回他们的同意。²⁷¹

当患者的精神能力或能力因其精神疾病的影响而受到质疑时，知情同意就变得更加复杂。“精神能力”和“能力”这两个词在不同国家有不同的法律定义，但概念是一样的：患者必须有同意接受治疗的精神能力。能力或资格通常是通过评估每个患者的以下四个方面来确定的：²⁷²

- **沟通选择**- 患者必须能够沟通他们是否接受或拒绝某种特定的医疗服务。此外，还要求患者能够坚持自己的决定，而不是不断地改变自己的想法。然而，如果患者改变主意，这本身并不表明他们缺乏沟通选择的能力。然而，频繁地改变决定可能提示缺乏这方面的能力，特别是如果它们可以与患者特定精神疾病联系起来的情况下。
- **理解相关信息**- 患者必须能够理解与他们分享的有关潜在医疗的信息。这可以通过让患者重复或重新表述与他们分享的相关治疗信息来评估。然而，医疗服务提供者应确保他们使用易于理解的词语和短语来传播信息。
- **理解情况及其后果**- 患者不仅要理解与他们分享的有关医疗信息，他们还必须理解这些信息对他们个人的影响。在考虑一种潜在的医疗方法的好处和风险及其发生的可能性时，这一点尤其重要。患者应该能够解释这些风险并理解对他们生活的潜在影响。为了评估这一方面，医务人员需要向患者解释他们对自己疾病的理解、对治疗的需要、可能的结果以及相关人员的动机。
- **理性地利用信息**- 患者必须能够理性地评估、分析信息并最终做出决定。了解情况需要患者了解一个决定会如何影响他们，而推理过程需要患者能够权衡信息做出决定。这方面评估的是患者如何得出他们的决定；因此，为了评估患者的这一情况，提供者应该评估患者做出决定的心理过程。

这些信息通常会由患者的精神健康服务提供者来评估，但重要的是药师要意识到这些因素，并考虑它们会如何影响药学服务方式。如果患者不能提供同意，医疗服务提供者应尽量遵循患者在无能力提供知情同意之前可能表达的意愿。这些愿望可以采取法律文件的形式，如生前遗嘱，也可以由指定的个人或代理人传达。如果患者之前没有表明他们的意愿，应努力寻找一个人，如家庭成员或伴侣，这个人可以为患者的利益最大化而为他们做决定。²⁷¹

隐私和保密 鉴于精神疾病所带来的自卑感，确保所有患者的隐私和保密性是非常重要的。这一点在像药店这样的公共场所尤为重要。当与患者讨论精神健康问题时，药师应该尽力提供一个私人空间，使谈话不会被其他人听到。这是一个非常重要的考虑因素，也是患者在药房接受精神健康服务时最关心的问题。²⁷³ 除此之外，药师还应该注意其他几个方面。

虽然与患者隐私相关的法律在每个国家都会有所不同，但一般来说，与患者的诊断、治疗、预后等有关的信息应该是保密的，患者没有明确同意，不能与任何人分享。根据世界精神病学协会的《精神病学道德准则》，"除非在紧急情况下，包括即将威胁到其他人，或在适当的法律强制下，从业人员在未经患者同意的情况下，不发布有关患者的信息"。而且，即使从业人员获得了同意，他们也应该只发布最有限的必要信息。因此，药师必须采取措施，确保他们不分享机密信息，他们也应该意识到什么样的情况需要他们分享机密信息。²⁷⁴ 例如，如果一个患者要伤害自己或他人，药师应该考虑报告。如果患者虐待儿童或老人，这一信息通常需

要报告。如果发生其他情况，药师应以他们最好的专业判断来决定是否要打破保密性并进行报告。但是，如果患者或其他人有受到伤害的危险，向有关部门报告这些信息是合理的。²⁷⁵

非自愿治疗 另一个与知情同意和隐私有关的问题是**非自愿治疗**。有时，可能有必要违背患者的意愿让他们接受治疗。这通常是在公共安全受到威胁的情况下，如果患者不接受治疗会有很大的风险，或者在患者缺乏充分理解其决定的能力时。这是一种困难的情况，因为它需要反思自主性、受益性和非恶意原则之间的差异。根据美国精神病学协会的规定，非自愿治疗应该“确保采用限制性最小的、临床上合适的替代方法，并尽可能地尊重知情同意程序和患者的决策能力”。一般来说，非自愿治疗的形式是住院、法院强制性的治疗或药物治疗。²⁷⁵

公正 最后，在公正的概念中，重要的是确保向所有患者提供平等和公平的服务。这包括提供文化上适当的和有针对性的服务。文化如何在精神疾病的治疗中表现出来？我们在此举一个赠送和接受礼物的例子。在一些文化中，接受患者的礼物是非常不可取的，无论礼物的大小，因为这可能会破坏医疗机构和患者之间的治疗关系。然而，在其他文化中，拒绝礼物可能会损害治疗关系。因此，根据提供服务的社区和文化背景来解释这些情况是很重要的。药师可能面临的另一个问题是，传统治疗和草药在治疗精神疾病中的作用。有些文化对这些药物的重视程度可能高于传统的药物治疗。因此，药师应该考虑所有四个伦理原则的相互作用（见表 13）。²⁷⁶ 当面对这些情况时，药师可以问自己以下问题来帮助自己掌握这些伦理原则的相互作用。²⁷⁷

- 患者的疾病有多严重？是急性还是慢性？
- 他们的病情可以通过常规治疗方法治愈或控制吗？
- 常规治疗的侵入性或毒性如何？副作用是什么？
- 关于传统医学的安全性和有效性的证据质量如何？
- 患者对服用传统药物的风险和益处的了解程度如何？
- 患者是否自愿接受与传统医学有关的风险？
- 患者对服用传统药物的愿望有多强烈？他们有多大的毅力？

为了提供公平、公正的医疗保健服务，应该考虑到患者的文化背景和身份。药师应让自己了解患者的文化背景，以确保他们尽可能提供最高质量的服务。

14 提供精神健康监护服务的障碍和促进因素

14.1 障碍

14.1.1 客观条件和工作环境的障碍

药师参与提供精神健康服务往往受到许多阻碍，包括：

- **有限的时间**-药师有许多日常职责，可能没有时间或能力在他们的工作环境中实施新的精神健康服务内容，特别是在人手不足的情况下。随着药师在药学服务中扮演越来越多的新角色（从疫苗接种到服务点测试，再到强化药物治疗管理），他们提供更多服务的能力也随之降低。²⁷³ 这也被患者认为是一个阻碍，他们认为药师太忙了，无法讨论与他们的精神疾病有关的问题。²⁷⁸
- **报酬**-在大多数国家，药师提供的精神健康服务是没有报酬的。在缺乏适当报酬的情况下，再加上现有的高工作负荷，使得药师很难为患者提供持续的精神健康服务。²⁷⁹
- **无法获得医疗记录**-药师，尤其是那些在社区中执业的药师，通常无法获得患者的医疗记录。这使药师无法清楚地了解患者的健康状况，也无法确定潜在的服务领域。因此，他们为精神疾病患者提供服务的能力是有限的。²⁸⁰
- **隐私问题**-患者认为缺乏隐私性和药房繁忙的环境是在药房中接受精神健康服务的一个重要阻碍。因此，即使患者愿意接受药师提供的精神健康服务，但如果不能在一个安静、私密的地方提供这些服务，他们也可能不愿意接受。²⁸¹
- **服务模式**-在现有的服务模式下，药师对精神健康服务的参与程度有所下降。特别是，在将药师纳入多学科的精神健康服务团队时，存在着许多挑战，因此，药师往往在为精神疾病患者提供服务的团队中被忽略。这可能是由于各种因素造成的，这些因素包括认为药师对团队没有用处，或者担心药师试图将他们的服务范围扩大。然而，这些阻碍通常多见于那些以前没有与药师合作过的人中。⁴⁹

14.1.2 态度和病耻感

药师参与精神健康服务的另一个障碍是与精神疾病患者有关的偏见。^{142, 282, 283} 这种偏见很普遍，因此，药师可能会对提供精神健康服务有所保留，因为他们认为这些人可能有暴力倾向或太难沟通。^{273, 282} 虽然有些研究发现，药师对精神疾病患者有积极的态度，但也有其他研究发现，偏见和消极的观点仍然存在。对精神疾病患者的消极态度也可能是由于缺乏对药师进行精神疾病及其对患者影响等方面的教育。因此，那些没有接触过精神健康话题或没有接受过专门的精神健康培训的药师可能会对精神疾病患者持有偏见。⁴⁹ 患者经常说，偏见是阻碍他们接受精神疾病治疗的一个主要因素。事实上，一些研究也证实了，与健康人群相比，精神疾病患者从药师那里得到的咨询、监测和随访服务更少。²⁷³ 对精神疾病患者的偏见和消极态度是药师提供精神健康服务的一个重要障碍，但是，通过加强培训和教育，这个障碍是可以解决的。

14.1.3 培训

增加药师提供的精神健康服务的一个重要障碍是缺乏培训，这可能导致人们对提供精神健康药学服务缺乏信心。²⁷³ 如果在学校中没有充分涉及与精神健康有关的课题，那么药师在毕业时就会缺乏为患者提供这些服务的必要技能。这也导致了具有为精神疾病患者提供药学服务能力的药师的短缺。^{140, 141}

14.2 推动药师参与服务

鉴于精神疾病全球普遍存在，药师有必要更多地参与精神健康管理服务。尽管有这些挑战，但在个人和系统层面都可以采取一些措施来克服障碍，增加药师对精神健康服务的参与程度。

14.2.1 增加培训机会

在全球范围内，专注于精神健康服务的培训和教育应该被纳入药学课程。为了让药学专业的学生在毕业后能与这些患者群体打交道，他们应该接受本手册中所讨论的主题教育，并能在实践中发展核心技能。药学专业的学生应该有机会学习以精神健康为主题的选修课程，接受精神健康急救培训和以精神健康服务为主题的体验式实习。此外，与精神疾病患者进行面对面的接触可以减少患者的自卑感并改善自身对精神疾病患者的态度。²⁷³

执业药师也应该寻求持续的专业发展机会，进一步建立这方面的知识和技能，包括精神健康急救或自杀预防培训。随着药师不断寻求这些方面的培训，他们对提供精神健康服务的信心也会不断增强。²⁸⁴ FIP 同时出版了《[FIP 知识与技能参考指南：精神健康服务手册的配套资料](https://www.fip.org/file/5174)》（见 <https://www.fip.org/file/5174>），以支持药师在该领域的专业发展。该指南概述了药师在精神健康方面的角色和服务所需的知识和技能，旨在对药师、教育者和持续发展的提供者有所帮助。

14.2.2 药师的可及性

作为最容易接触到患者的医疗服务提供者之一，药师比医疗系统中的其他人更有机会与精神疾病患者互动。药师利用他们的优势为患者提供精神健康服务。研究发现，患者和药师团队之间的积极关系减少了患者的自卑感，使他们更愿意与药师讨论精神健康问题。^{278, 285} 而且，由于隐私是患者经常提到的问题，药师应该考虑患者自身希望如何解决这个问题，例如，可以通过在药房创造一个私人空间，或者通过电话提供精神健康服务。²⁷⁸ 最后，药师还可以利用他们的亲和力来提高他们的精神健康服务能力。如果患者没有意识到药师可以通过多种方式为他们提供精神健康服务，通过宣传活动也可以有效地提高人们对药学服务的兴趣。²⁸⁶

14.2.3 政策

政策需要抓住药师在精神健康服务中的关键作用，以促进药师的服务与精神健康实践领域的结合。如果不执行这样的政策，可能会导致药师间断地参与到精神健康服务中。此外，还应该实施一些政策，以确保药

师为他们提供的服务得到回报。最后，药学协会和团体应该努力制定政策和提供资源，鼓励他们辖区内的药师更多地参与到精神健康服务中来。

15 结论

随着全球精神疾病的负担不断增加，全世界的药师都迫切需要增加他们在精神健康提供的药学服务。本手册概述了药师可以通过许多不同的方式来改善患者的精神健康，包括筛查精神疾病、应对精神健康危机、将患者转诊到其他服务机构、作为跨专业团队的一部分工作、优化精神药物的使用以及参与药学服务的改革等工作。

除了这些角色之外，药师还必须考虑自己的精神健康，以及药师团队的精神健康，并采取措施确保他们得到必要的服务和资源，以支持他们的精神健康和福祉。

总之，尽管在实施其中一些服务时可能存在障碍，但药师仍有许多机会来增加自身对精神健康服务的参与，并最终改善社区的精神健康环境。

16 参考文献

1. World Health Organization. World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health: 2020. updated [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>.
2. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief. 2022. [accessed: 13 March 2022]. Available at: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV_Sci_Brief-Mental_health-2022.1.
3. Santomauro OF, Herrera AMM, Shadid J et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021;398(10312):1700-12. [accessed: 13 March 2022]. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext).
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. 2021. [accessed: 16 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>
5. Robert J. Cipolle LMS, Peter C. Morley,. *Pharmaceutical care practice*. 2012. [accessed: 21 May 2022]. Available at: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookID=491>.
6. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. 2018. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
7. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: [Internet]. 2022. [accessed: 22 June 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
8. Rehm J, Shield KO. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(2):10. [accessed: 27 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30729322/>.
9. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(50):28. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28425023/>.
10. World Health Organization. Mental health [Internet]. WHO; 2021. updated 2021. [accessed: 16 September 2021]. Available at: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.
11. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: [Internet]. 2017. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSO-MER-2017.2-eng.pdf>.
12. World Health Organization. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. Geneva: [Internet]. 2019. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>.
13. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(4):317-20. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233719/>.
14. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res*. 2020;9:636. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>.
15. World Health Organization. COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey Geneva: 2020.

- updated [accessed: 29 Sept]. Available at: <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>.
16. Kola L. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(6):535-50. [accessed: Available at.
 17. Elbeddini A, Wen CX, Tayefehchamani Y et al. Mental health issues impacting pharmacists during COVID-19. *J Pharm Policy Pract*. 2020;13:46. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://ioppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-020-00252-0>.
 18. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. The role of pharmacy in mental health and wellbeing [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://www.rpharms.com/recognition/all-our-campaigns/policy-a-z/pharmacy-in-mental-health-and-wellbeing>.
 19. International Pharmaceutical Federation (FIP). Focus on Mental Health: The contribution of the pharmacist. The Hague: [Internet]. 2015. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://www.fip.org/file/1363>.
 20. Hayden JC, Parkin R. The challenges of COVID-19 for community pharmacists and opportunities for the future. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(3):198-203. [accessed: 16 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434603>.
 21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). [accessed: 05 April 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
 22. World Health Organization. International Classification of Diseases nth Revision: updated [accessed: 29 May 2022]. Available at: <https://icd.who.int/en>.
 23. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334-41. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25671328>
 24. United Nations. Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs: updated [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>.
 25. World Health Organization. Thirteenth General Programme of Work 2019-2023: 2019. updated [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019--2023>.
 26. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030: 2021. updated [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>.
 27. Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K et al. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021;11(1):10173. [accessed: 13 March 2022]. Available at: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-89700-8>.
 28. Xie Y, Xu E, Al-Aly Z. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. *BMJ*. 2022;376:eo68993. [accessed: 13 March 2022]. Available at: <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-068993>.
 29. World Health Organization. Premature death among people with severe mental disorders. [accessed: 14 March 2022]. Available at: https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf.
 30. Pan A, Lucas M, Sun Q et al. Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Arch Intern Med*. 2010;170(21):1884-91. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21098346>.
 31. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-9. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194822>.

32. Buttery AK, Mensink GBM, Busch MA. Healthy behaviours and mental health: findings from the German Health Update (GEDA). *European Journal of Public Health*. 2015;25(2):219-25. [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku094>.
33. Nouwen A, Winkley K, Twisk J et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2010;53(12):2480-6. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711716>.
34. Guerrero Fernandez de Alba I, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B et al. Association between mental health comorbidity and health outcomes in type 2 diabetes mellitus patients. *Sci Rep*. 2020;10(1):19583. [accessed: 29 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33177607>.
35. van Dooren FEP, Nefs G, Schram MT et al. Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2013;8(3):e57058. [accessed: 13 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589463/>.
36. Egede LE. Effect of depression on self-management behaviors and health outcomes in adults with type 2 diabetes. *Curr Diabetes Rev*. 2005;1(3):235-43. [accessed: 16 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18220600>.
37. Koopmans B, Pouwer F, de Bie RA et al. Depressive symptoms are associated with physical inactivity in patients with type 2 diabetes. The DIAZOB Primary Care Diabetes study. *Fam Pract*. 2009;26(3):171-3. [accessed: 13 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19321598>.
38. American Psychological Association. The impact of mental health across the HIV care continuum: 2019. updated [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://www.apa.org/pi/aids/resources/exchange/2019/01/continuum>.
39. Hayward SE, Deal A, Rustage K et al. The relationship between mental health and risk of active tuberculosis: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(1):eo48945. [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/1/e048945>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34992103>.
40. Ruiz-Grosso P, Cachay R, de la Flor A et al. Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227472. [accessed: 11 May 2022] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31923280>.
41. World Health Organization. One in 100 deaths is by suicide: 2021. updated [accessed: 14 March 2022]. Available at: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>.
42. Health TLG. Mental health matters. *The Lancet Global Health*. 2020;8(11):e1352. [accessed: 14 March 2022]. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30432-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30432-0/fulltext).
43. Manolakis PG, Skelton JB. Pharmacists' Contributions to Primary Care in the United States Collaborating to Address Unmet Patient Care Needs: The Emerging Role for Pharmacists to Address the Shortage of Primary Care Providers. *AJPE* 2010;74(10) [accessed 17 May 2022] Available at: <https://www.ajpe.org/content/74/10/S7>.
44. World Medical Association. WMA Resolution on Task Shifting from the Medical Profession: 2019. updated 2019. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-task-shifting-from-the-medical-profession/>.
45. Centers for Disease Control and Prevention. Sharing and Shifting Tasks to Maintain Essential Healthcare During

- COVID-19 in Low Resource, non-US settings: 2020. updated 2020/02/11/. [accessed: 11 June 2022]. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/task-sharing.html>.
46. El-Den S, Collins JC, Chen TF et al. Pharmacists' roles in mental healthcare: Past, present and future. *Pharm Pract (Granada)*. 2021;19(3):2545. [accessed: 17 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8456342/>.
47. Pharmaceutical Society of Australia. Mental Health Care Framework: updated [accessed: 11 June 2022]. Available at: <https://my.psa.org.au/s/article/Mental-Health-Care-Framework>.
48. International Pharmaceutical Federation. FIP Global Competency Framework: 2020. updated 2020. [accessed: 17 May 2022]. Available at: <https://www.fip.org/file/5127>.
49. Rubio-Valera M, Chen T, O'Reilly C. New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(10):10967-90. [accessed: 10 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25337943/>.
50. University of North Dakota. What is Health Policy?: 2020. updated 2020/04/13/T14:24:31+00:00. [accessed: 13 May 2022]. Available at: <https://onlinedegrees.und.edu/blog/what-is-health-policy/>.
51. World Health Organization. Health Policies and Service Delivery. WHO I Regional Office for Africa. [accessed: 17 May 2022]. Available at: <https://www.afro.who.int/health-topics/health-policies-and-service-delivery>.
52. Laing R. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning*. 2001;16(1):13-20. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11238425/>.
53. Okoro RN, Nduaguba SO. Community pharmacists on the frontline in the chronic disease management: The need for primary healthcare policy reforms in low and middle income countries. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*. 2021;2:100011. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667276621000111>.
54. Organization WH. Improving access to and appropriate use of medicines for mental disorders Geneva: World Health Organization; 2017. updated 2017. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254794>.
55. World Health Organization. The mhGAP Community Toolkit: Mental Health Gap Action Program. 2019. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>.
56. Rickwood DJ, Thomas KA. Mental wellbeing risk & protective factors. 2019. [accessed: 21 May 2022]. Available at: <https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/General/VicHealthAttachment-1---Evidence-review-of-risk--protective-factors.pdf?la=en&hash=4CFF1B8DDE01E3CE257289448655A136AB5B4C16>.
57. Mind. Wellbeing. [accessed: 21 May 2022]. Available at: <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/wellbeing/wellbeing/>.
58. Gorton HC, Littlewood D, Lotfallah C et al. Current and potential contributions of community pharmacy teams to self harm and suicide prevention: A qualitative interview study. *PLoS One*. 2019;14(9):eo222132. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222132>.
59. World Health Organization. Alcohol. 2022. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/alcohol>.

60. World Health Organization. Opioid overdose. 2022. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>.
61. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. HEALTH CARE SYSTEMS AND SUBSTANCE USE DISORDERS. 2016. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424848/>.
62. Lagisetty P, Klasa K, Bush C et al. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. PLoS One. 2017;12(10):eo186315. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186315>.
63. Thakur T, Frey M, Chewing B. Pharmacist roles, training, and perceived barriers in naloxone dispensing: A systematic review. Journal of the American Pharmacists Association. 2020;60(1):178-94. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1544319119303206>.
64. Cid A, Daskalakis G, Grindrod K et al. What Is Known about Community Pharmacy-Based Take-Home Naloxone Programs and Program Interventions? A Scoping Review. Pharmacy (Basel). 2021;9(1):30. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7931101/>.
65. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Take-home naloxone: updated [accessed: 15 May 2022]. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en.
66. Islam MM, McRae IS. An inevitable wave of prescription drug monitoring programs in the context of prescription opioids: pros, cons and tensions. BMC Pharmacol Toxicol. 2014;15:46. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138942/>.
67. The King's Fund. What is social prescribing?: 2020. updated 2020/11/04/. [accessed: 25 May 2022]. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing>.
68. NHS England. Social prescribing: updated [accessed: 25 May 2022]. Available at: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>.
69. NHS England. Delivering universal personalised care: updated [accessed: 25 May 2022]. Available at: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/upc/>.
70. Larter Consulting. Social prescribing - a highly practical way to address the social determinants of health: 2020. updated 2020/06/10/T00:32:08+00:00. [accessed: 26 May 2022]. Available at: <https://larter.com.au/social-prescribing-highly-practical-way-address-social-determinants-health/>.
71. Pescheny JV, Randhawa G, Pappas Y. The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence. European Journal of Public Health. 2020;30(4):664-73. [accessed: 03 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31199436>.
72. Lindsey L, Hughes S, Lindsey APRaL. Social prescribing in community pharmacy: a systematic review and thematic synthesis. The Pharmaceutical Journal. 2021. [accessed: 28 May 2022]. Available at: <https://pharmaceutical-journal.com/article/research/social-prescribing-in-community-pharmacy-a-systematic-review-and-thematic-synthesis-of-existing-evidence>.
73. Social Prescribing Pharmacy Association. Free Pharmacy Tutorial - Social Prescribing for Community Pharmacy: updated [accessed: 25 May 2022]. Available at: <https://www.udemy.com/course/socialprescribing/>.

74. National Alliance on Mental Illness. Know the Warning Signs updated [accessed: 06 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-illness/Warning-Signs-and-Symptoms>.
75. National Alliance on Mental Illness. Anxiety Disorders updated [accessed: 06 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Anxiety-Disorders>.
76. National Institute of Mental Health. Bipolar Disorder: 2020. updated [accessed: 06 May 2022]. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>.
77. National Health Service. Symptoms - Bipolar disorder: 2021. updated 2021/02/11/12:14 p.m. [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/bipolar-disorder/symptoms/>.
78. National Alliance on Mental Illness. Depression: updated [accessed: 06 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Depression>.
79. National Alliance on Mental Illness. Eating Disorders: updated [accessed: 06 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Eating-Disorders>.
80. National Alliance on Mental Illness. Obsessive-compulsive Disorder: updated [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Obsessive-compulsive-Disorder>.
81. National Alliance on Mental Illness. What is Schizophrenia? : updated [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Schizophrenia>.
82. Indian Health Service. Warning Signs of Substance and Alcohol Use Disorder: updated [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.ihs.gov/asap/familyfriends/warningsignsdrug/>.
83. National Alliance on Mental Illness. Posttraumatic Stress Disorder: 2017. updated [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Posttraumatic-Stress-Disorder>.
84. Knaak S, Mantier E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence based solutions. Healthcare Management Forum. 2017;30(2):111-6. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/>.
85. Fernandez A, Pinto-Meza A, Bellon JA et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. General Hospital Psychiatry. 2010;32(2):201-9. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834309002436?via%3Dihub>.
86. Miller P, Newby D, Walkom E et al. Depression screening in adults by pharmacists in the community: a systematic review. International Journal of Pharmacy Practice. 2020;28(5):428-40. [accessed: 19 May 2022]. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijpp.12661>.
87. Ayorinde AA, Porteous T, Sharma P. Screening for major diseases in community pharmacies: a systematic review. International Journal of Pharmacy Practice. 2013;21(6):349-61. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23683090/>.
88. Houston JP, Kroenke K, Faries DE et al. A Provisional Screening Instrument for Four Common Mental Disorders in Adult Primary Care Patients. Psychosomatics. 2011;52(1):48-55. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21300195/>.
89. El-Den S, Chen TF, Gan Y-L et al. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare

- settings: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018;225:503-22. [accessed: 17 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28866295>.
90. World Health Organization. Wellbeing Measures in Primary Health Care/The DEPCARE Project. 1998. [accessed: 14 May 2022]. Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf.
91. Topp CW, Ostergaard SD, Søndergaard S et al. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167-76. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25831962>.
92. Mental Health America. Take a Mental Health Test: updated [accessed: 14 May 2022]. Available at: <https://screening.mhanational.org/screening-tools/>.
93. National Health Service. Depression and anxiety self-assessment quiz: 2021. updated 2021/02/01/4:10 p.m. [accessed: 14 May 2022]. Available at: <https://www.nhs.uk/mental-health/self-help/guides-tools-and-activities/depression-anxiety-self-assessment-quiz/>.
94. HereToHelp. HereToHelp: updated [accessed: 14 May 2022]. Available at: <https://www.heretohelp.bc.ca/screening/online/>.
95. Help Yourself. Help Others. Help Yourself. Help Others: updated [accessed: 14 May 2022]. Available at: <https://www.helpyourselfhelpothers.org/>.
96. National Alliance of Mental Illness. Navigating a Mental Health Crisis -A NAMI resource guide for those experiencing a mental health emergency. 2018. [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.nami.org/Support-Education/Publications-Reports/Guides/Navigating-a-Mental-Health-Crisis/Navigating-A-Mental-Health-Crisis>.
97. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Practice Guidelines: Core Elements for Responding to Mental Health Crises. 2009. [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://store.sarnhsa.gov/product/Core-Elements-for-Responding-to-Mental-Health-Crises/srno9-4427>.
98. Mental Health First Aid International. Mental Health First Aid International: updated [accessed: 08 May 2022]. Available at: <https://mhfainternational.org/>.
99. Mental Health First Aid USA. Research and Evidence Base: 2013. updated 2013/10/18/T16:17:07-04:00. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/about/research/>.
100. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One.* 2018;13(5):eo197102. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29851974>.
101. El-Den S, Moles R, Choong H-J et al. Mental Health First Aid training and assessment among university students: A systematic review. *J Arn Pharrn Assoc (2003).* 2020;60(5):e81-e95. [accessed: 17 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32019720>.
102. Pham L, Moles RJ, O'Reilly CL et al. Mental Health First Aid training and assessment in Australian medical, nursing and pharmacy curricula: a national perspective using content analysis. *BMC Medical Education.* 2022;22(1):70. [accessed: 11 June 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03131-1>.
103. Mental Health First Aid USA. MHFA Research Summary. 2021. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/wp-content/uploads/2021/04/MHFA-Research-Summary-April-2021.pdf>.

104. Mental Health First Aid USA. How to Help Someone Who is Having a Panic Attack: 2018. updated 2018/12/04/T14:59:13+00:00. [accessed: 08 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/2018/12/how-to-help-someone-who-is-having-a-panic-attack/>.
105. Mental Health First Aid USA. What You Learn: 2013. updated 2013/10/18/T16:16:07-04:00. [accessed: 08 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/take-a-course/what-you-learn/>.
106. Mental Health First Aid USA. Five Tips for Nonjudgmental Listening: 2019. updated 2019/08/15/T13:32:12+00:00. [accessed: 07 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/2019/08/five-tips-for-nonjudgmental-listening/>.
107. Mental Health First Aid USA. ALGEE: How MHFA Helps You Respond in Crisis and Non-crisis Situations: 2021. updated 2021/04/15/T13:07:55+00:00. [accessed: 08 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/2021/04/algee-how-mhfa-helps-you-respond-in-crisis-and-non-crisis-situations/>.
108. Mental Health First Aid Australia. Mental Health First Aid Action Plan: updated [accessed: 06 June 2022]. Available at: <https://mhfa.com.au/file/algee-action-plan-new-brand-webpng>.
109. Mental Health First Aid. Mental Health First Aid Guidelines: updated [accessed: 08 May 2022]. Available at: <https://mhfa.com.au/mental-health-first-aid-guidelines>.
110. Kelly CM, Jorrn AF, Kitchener BA et al. Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. BMC Psychiatry. 2008;8(1):17. [accessed: 11 June 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-17>.
111. Robinson JD, Maslo TE, McKeirnan KC et al. The impact of a mental health course elective on student pharmacist attitudes. Curr Pharm Teach Learn. 2020;12(7):885-92. [accessed: 29 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32540052>.
112. Frick A, Osae L, Ngo S et al. Establishing the role of the pharmacist in mental health: Implementing Mental Health First Aid into the doctor of pharmacy core curriculum. Curr Pharm Teach Learn. 2021;13(6):608-15. [accessed: 19 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33867054>.
113. Gorton HC, Macfarlane H, Edwards R et al. UK and Ireland survey of MPharm student and staff experiences of mental health curricula, with a focus on Mental Health First Aid. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice. 2021;14(1):73. [accessed: 11 June 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40545-021-00364-1>.
114. Murphy AL, Ataya R, Hirnneilnan D et al. Community pharmacists' experiences and people at risk of suicide in Canada and Australia: a thematic analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(11):1173-84. [accessed: 01 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29936597>.
115. Carpenter OM, Lavigne JE, Colmenares EW et al. Community pharmacy staff interactions with patients who have risk factors or warning signs of suicide. Res Social Adm Pharm. 2020;16(3):349-59. [accessed: 04 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31182418>.
116. Murphy AL, O'Reilly CL, Ataya R et al. Survey of Australian and Canadian Community Pharmacists' Experiences With Patients at Risk of Suicide. Psychiatr Serv. 2020;71(3):293-6. [accessed: 14 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31744430>
117. Gorton H. What could UK pharmacy teams learn about suicide prevention from North America? The Pharmaceutical

- Journal. 2019. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://pharmaceutical-journal.com/article/research/what-could-uk-pharmacy-tearans-learn-about-suicide-prevention-frorn-north-arnerica>.
118. World Health Organization. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. 2021. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026629>.
119. Carpenter DM, Lavigne JE, Roberts CA et al. A review of suicide prevention programs and training policies for pharmacists. *J Arn Pharrn Assoc* (2003). 2018;58(5):522-9. [accessed: 04 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30017371>.
120. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Pharmacy Quality Scheme outcomes: updated [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://psnc.org.uk/services-cornrnmissioning/pharmacy-quality-scherne/pharmacy-quality-scherne-outcornes/>.
121. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative: 2014. updated [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications- detail-redirect/9789241564779>.
122. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epiderniol Community Health*. 2008;62(6):545-51. [accessed: 01 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477754>.
123. Office for National Statistics. Suicides in England and Wales: 2020. updated [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcornrnunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesinth eunitedkingdorn/2020registrations>.
124. Murphy AL, Hillier K, Ataya R et al. A scoping review of community pharmacists and patients at risk of suicide. *Can Pharm J* (Ott). 2017;150(6):366-79. [accessed: 01 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29123596>.
125. Barnett BS CA, Phatak A,. Intentional Overdose Prevention in the Era of the go-Day Prescription. *Psychiatry Servies*. 2022;73(4):460-2. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.202100050>.
126. Hawton K BH, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ*. 2013. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f403>.
127. National Agency for Food and Drug Administration and Control. NAFDAC Responds To The Abuse And Misuse Of Sniper (100 MI) Pack Size And Other Brands Of Agricultural Formulations Of Dichlorvos Products - NAFDAC: 2019. updated 2019/07/12/. [accessed: 14 May 2022]. Available at: <https://www.nafdac.gov.ng/nafdac-responds-to-the-abuse-and-rnisuse-of-sniper-100-ml-pack-size-and-other-brands-of-agricultural-forrnulations-of-dichlorvos-products/>.
128. Worley MM, Schommer JC, Brown LM et al. Pharmacists' and patients' roles in the pharmacist-patient relationship: Are pharmacists and patients reading from the same relationship script? *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2007;3(1):47-69. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17350557/>
129. Bolsinger J, Jaeger M, Hoff P et al. Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;10:965. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6974619>
130. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L et al. The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLoS One*. 2012;7(4):e36080. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22558336/>.

131. Totura CMW, Fields SA, Karver MS. The Role of the Therapeutic Relationship in Psychopharmacological Treatment Outcomes: A Meta-analytic Review. *Psychiatric Services*. 2018;69(1):41-7. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945182/>.
132. Beauford JE, McNeil DE, Binder RL. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *Am J Psychiatry*. 1997;154(9):1272-6. [accessed: 02 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9286188>.
133. Skodol A, Bender D. Establishing and maintaining a therapeutic relationship in psychiatric practice. 2018. [accessed: 23 April 2022]. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/establishing-and-maintaining-a-therapeutic-relationship-in-psychiatric-practice/print>.
134. Scheerder G, De Coster I, Van Audenhove C. Pharmacists' Role in Depression Care: A Survey of Attitudes, Current Practices, and Barriers. *Psychiatric Services*. 2008;59(10):n55-60. [accessed: 01 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18832501/>.
135. Akour A, Halloush S, Nusair MB et al. Gaps in pharmaceutical care for patients with mental health issues: A cross sectional study. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2022. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://link.springer.com/10.1007/s11096-022-01391-x>.
136. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):963-73. [accessed: 01 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23032675>.
137. Nguyen W, O'Reilly CL, Moles RJ et al. A systematic review of patient interactions with student pharmacists in educational settings. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2021;61(6):678-93.e3. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34483057>.
138. Pilowsky DJ, Rojas G, Price LN et al. Building Research Capacity Across and Within Low- and Middle-Income Countries: The Collaborative Hubs for International Research on Mental Health. *Academic Psychiatry*. 2016;40(4):686-91. [accessed: 13 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26895931/>.
139. Lake J. Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care. *The Permanente Journal*. 2017. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2017/6497-urgent-need-for-improved-mental-health-care-and-a-more-collaborative-model-of-care.html>.
140. Thornicroft G, Tansella M. Are community mental health services relevant in low- and middle-income countries? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2014;23(2):n5-8. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6998198/>.
141. Rathod S, Pinninti N, Irfan M et al. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health Services Insights*. 2017;10:n7863291769435. [accessed: n May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398308/>.
142. Murphy AL, Phelan H, Haslam S et al. Community pharmacists' experiences in mental illness and addictions care: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2016;n(1):6. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821700/>.
143. Guillaumie L, Moisan J, Gregoire J-P et al. Perspective of community pharmacists on their practice with patients who have an antidepressant drug treatment: Findings from a focus group study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2015;n(2):e43-e56. [accessed: 02 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443641/>.

144. Davis B, Qian J, Ngorsuraches S et al. The clinical impact of pharmacist services on mental health collaborative teams: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2020;60(5):S44-S53. [accessed: 03 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32600986/>.
145. Brydges S, Rennick-Egglestone S, Anderson C. Men's views of antidepressant treatment for depression, and their implications for community pharmacy practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2020;16(8):1041-9. [accessed: 01 June 2022]. Available at.
146. Stahl S, Stein D, Lerer B. *Essential Evidence-Based Psychopharmacology*, 2nd Edition. 2014. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.cambridge.org/us/academic/subjects/medicine/mental-health-psychiatry-and-clinical-psychology/essential-evidence-based-psychopharmacology-2nd-edition>.
<https://www.cambridge.org/us/academic/subjects/medicine/mental-health-psychiatry-and-clinical-psychology>.
147. Baldwin OS, Anderson IM, Nutt DJ et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403-39. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24713617>.
148. Smolders M, Laurant M, Verhaak P et al. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31(5):460-9. [accessed: 19 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19703640>.
149. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) *JAMA* 2003;289(23) 3095-105 [accessed 11 May 2022] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12813115>
150. Tang Y, Horvitz-Lennon M, Gellad WF et al. Prescribing of Clozapine and Antipsychotic Polypharmacy for Schizophrenia in a Large Medicaid Program. *Psychiatr Serv*. 2017;68(6):579-86. [accessed: 04 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28196460>
151. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(3):199-209. [accessed: 04 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15121348>.
152. Finley PR, Bluml BM, Bunting BA et al. Clinical and economic outcomes of a pilot project examining pharmacist focused collaborative care treatment for depression. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2011;51(1):40-9. [accessed: 19 May 2022]. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247825>.
153. Finley PR, Rens HR, Pont JT et al. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2003;23(9):1175-85. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14524649>
154. Stuhec M, Bratovic N, Mrhar A. Impact of clinical pharmacist's interventions on pharmacotherapy management in elderly patients on polypharmacy with mental health problems including quality of life: A prospective non randomized study. *Sci Rep*. 2019;9(1):16856. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31728029>.
155. Stuhec M, Gorenc K. Positive impact of clinical pharmacist interventions on antipsychotic use in patients on excessive polypharmacy evidenced in a retrospective cohort study. *Global Psychiatry*. 2019;2(2):155-64. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://sciendo.com/article/10.2478/gp-2019-0013>.

156. Stuhec M, Lah L. Clinical pharmacist interventions in elderly patients with mental disorders in primary care focused on psychotropics: a retrospective pre-post observational study. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2021;11:20451253211011007. [accessed: 06 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34025980>.
157. Buist E, Mclelland R, Rushworth GF et al. An evaluation of mental health clinical pharmacist independent prescribers within general practice in remote and rural Scotland. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2019;41(5):1138-42. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31493208>.
158. Goren JL, Beck SE, Mills BJ et al. Development and delivery of a quality improvement program to reduce antipsychotic polytherapy. *J Manag Care Pharm*. 2010;16(6):393-401. [accessed: 19 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20635830>.
159. Gunterus A, Lopchuk S, Dunn C et al. Quantitative and economic analysis of clinical pharmacist interventions during rounds in an acute care psychiatric hospital. *Ment Health Clin*. 2016;6(5):242-7. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007593/>.
160. Werremeyer A, Bostwick J, Cobb C et al. Impact of pharmacists on outcomes for patients with psychiatric or neurologic disorders. *Ment Health Clin*. 2020;10(6):358-80. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7653731/>.
161. Stuhec M, Tement V. Positive evidence for clinical pharmacist interventions during interdisciplinary rounding at a psychiatric hospital. *Sci Rep*. 2021;11(1):13641. [accessed: 09 May 2022]. Available at: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-92909-2>.
162. Fisher A, Manicavasagar V, Kiln F et al. Communication and decision-making in mental health: A systematic review focusing on Bipolar disorder. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1106-20. [accessed: 19 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26924609>.
163. Volkow ND, Gordon JA, Koob GF. Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2021;46(13):2230-2. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>.
164. Schofield P, Crosland A, Waheed W et al. Patients' views of antidepressants: from first experiences to becoming expert. *Br J Gen Pract*. 2011;61(585):142-8. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21439171>.
165. Gassmann W, Christ O, Lampert J et al. The influence of Antonovsky's sense of coherence (SOC) and psychoeducational family intervention (PEFI) on schizophrenic outpatients' perceived quality of life: a longitudinal field study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:10. [accessed: 23 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23294596>.
166. Andrade C. Mean Difference, Standardized Mean Difference (SMD), and Their Use in Meta-Analysis: As Simple as It Gets. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(5) [accessed 22 June 2022] Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965803/>
167. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: the treatment and management of depression in adults. 2010. [accessed: 14 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132433/>
168. National Institute of Mental Health. Questions and Answers about the NIMH Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Study - Background: 2006. updated [accessed: 17 May 2022]. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-research/practical/stard/backgroundstudy>.
169. National Institute of Mental Health. Questions and Answers about the NIMH Sequenced Treatment Alternatives to

- Relieve Depression (STAR*D) Study - All Medication Levels: 2006. updated [accessed: 17 May 2022]. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-research/practical/stard/allmedicationlevels>.
170. Henssler J, Bschor T, Baethge C. Combining Antidepressants in Acute Treatment of Depression: A Meta-Analysis of 38 Studies Including 4511 Patients. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):29-43 [accessed: 18 May 2022] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27582451>.
171. Tham A, Jonsson U, Andersson G et al. Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder-A systematic review and a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;205:1-12. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27389296>.
172. Hidalgo RB, Tupier LA, Davidson JRT. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *J Psychopharmacol*. 2007;21(8):864-72. [accessed: 02 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17984162>.
173. Leucht S, Cipriani A, Spineli L et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382(9896):951-62. [accessed: 18 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810019>.
174. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10202):939-51. [accessed: 19 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31303314>.
175. Krause M, Huhn M, Schneider-Thoma J et al. Antipsychotic drugs for elderly patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;28(12):1360-70. [accessed: 14 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30243680>.
176. Kay SR, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia - PubMed. 1987. [accessed: 17 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3616518/>.
177. Tiihonen J, Taipale H, Mehtala J et al. Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy With Psychiatric Rehospitalization Among Adults With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(5):499-507. [accessed: 02 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30785608>.
178. Taipale H, Tanskanen A, Mehtala J et al. 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN₂₀). *World Psychiatry*. 2020;19(1):61-8. [accessed: 03 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31922669>.
179. Citrome L, Mc Evoy JP, Todtenkopf MS et al. A commentary on the efficacy of olanzapine for the treatment of schizophrenia: the past, present, and future. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:2559-69. [accessed: 05 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31564881>.
180. Essock SM, Schooler NR, Stroup TS et al. Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *Am J Psychiatry*. 2011;168(7):702-8. [accessed: 09 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536693>.
181. Kessing LV, Thomsen AF, Mogensen UB et al. Treatment with antipsychotics and the risk of diabetes in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2010;197(4):266-71. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884948>.
182. Nielsen J, Nielsen RE, Correll CU. Predictors of clozapine response in patients with treatment-refractory schizophrenia:

- results from a Danish Register Study. *J Clin Psychopharmacol.* 2012;32(5):678-83. [accessed: 19 May 2022] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22926603>.
183. Horne R WJ, Barber N, Elliott R, Morgan M, . Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. 2005. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2027234>.
184. Hahn M, Roll SC. Increasing drug therapy safety in psychiatry: implementing a pharmacist on the ward. *Pharmacopsychiatry.* 2012;45(6):A7. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1326750>
185. Hahn M, Roll SC. A new approach to pharmaceutical care: experiences with the "Eichberger" Model in a psychiatric clinic in Germany. 2012;28(9):24-6. [accessed: 11 May 2022]. Available at: https://journals.scholarsportal.info/details/11720360/v28iooog/24_anatpciapeig.xml&sub=all.
186. Stuhec M. Clinical pharmacist consultant in primary care settings in Slovenia focused on elderly patients on polypharmacy: successful national program from development to reimbursement. *International Journal of Clinical Pharmacy.* 2021;43(6):1722-7. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34228266>.
187. Hahn M, Reiff J, Hiemke C et al. [Drug-drug-interactions in psychiatry]. *Psychiatr Prax.* 2013;40(3):154-8. [accessed: 05 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23345188>.
188. Hahn M, Roll SC. [Validation of interaction databases in psychopharmacotherapy]. *Nervenarzt.* 2018;89(3):319-26. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741062>.
189. Hahn M, Ritter C, Roll SC. Validation of pharmacist-physician collaboration in psychiatry: 'the Eichberger-model'. *International Journal of Clinical Pharmacy.* 2018;40(5):1001-4. [accessed: 04 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29796963>.
190. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry.* 2018;51(1-02):9-62. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28910830>.
191. Choy Y. Managing side effects of anxiolytics. 2007;14:68-76. [accessed: 01 June 2022]. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Managing-side-effects-of-anxiolytics-Choy/sdd6eo3od38g8d23ecacd36g5c1ge1b81bd4c81f>
192. Uzun S, Kozumplik O. Management of side effects of antidepressants - brief review of recommendations from guidelines for treatment of major depressive disorder. *Psychiatr Danub.* 2009;21(1):91-4. [accessed: 02 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19270629>.
193. Murru A, Popovic D, Pacchiarotti I et al. Management of adverse effects of mood stabilizers. *Current Psychiatry Reports.* 2015;17(8):603. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084665>.
194. Stroup TS, Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry.* 2018;17(3):341-56. [accessed: 03 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30192094>.
195. Brown KA, Samuel S, Patel DR. Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. *Transl Pediatr.* 2018;7(1):36-47. [accessed: 02 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29441281>.
196. Bradford LO. CYP2D6 allele frequency in European Caucasians, Asians, Africans and their descendants.

- Pharmacogenomics. 2002;3(2):229-43. [accessed: 04 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11972444>
197. de Leon J, Arranz MJ, Ruano G. Pharmacogenetic testing in psychiatry: a review of features and clinical realities. *Clin Lab Med*. 2008;28(4):599-617. [accessed: 29 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059065>.
198. Battig VAD, Roll SC, Hahn M. Pharmacogenetic Testing in Depressed Patients and Interdisciplinary Exchange between a Pharmacist and Psychiatrists Results in Reduced Hospitalization Times. *Pharmacopsychiatry*. 2020;53(4):185-92. [accessed: 01 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32045941>.
199. Kastrinos A, Campbell-Salome G, Shelton S et al. PGx in psychiatry: Patients' knowledge, interest, and uncertainty management preferences in the context of pharmacogenomic testing. *Patient Educ Couns*. 2021;104(4):732-8. [accessed: 11 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33414028>.
200. Gardner DM TM. Antipsychotics and their side effects. Cambridge University Press. 2011. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/antipsychotics-and-their-side-effects/antipsychotic-side-effects-and-monitoring-implications/DFFDC6F168D7D414587D4FCF856068AB>.
201. Procyshyn RM B-BK, Jeffries JJ. Clinical handbook of psychotropic drugs. 24th edition. Hogrefe Publishing. 2021. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.hogrefe.com/us/shop/clinical-handbook-of-psychotropic-drugs-90216.html>.
202. Murphy AL, Gardner DM, Jacobs LM. The patient experience in a community pharmacy mental illness and addictions program. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC*. 2019;152(3):186-92. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31156732>.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/prnc/articles/PMC6512187/>.
203. Murphy AL, Gardner DM, Jacobs LM. Patient care activities by community pharmacists in a capitation funding model mental health and addictions program. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):192. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898682>.
204. Dykes PC, Samal L, Donahue M et al. A patient-centered longitudinal care plan: vision versus reality. *J Am Med Inform Assoc*. 2014;21(6):1082-90. [accessed: 5 June 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/prnc/articles/PMC4215040/>.
205. Haslam L, Gardner OM, Murphy AL. A retrospective analysis of patient care activities in a community pharmacy mental illness and addictions program. *Res Social Adm Pharm*. 2020;16(4):522-8. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327736/>.
206. Murphy AL, Simon K, Pelletier E et al. Bloom Program pharmacy teams' experiences providing mental health services during the COVID-19 pandemic. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC*. 2021;155(2):93-100. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35300022>.
207. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (NICE Guideline 178). 2014. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/i-recommendations>.
208. Pottie K, Thompson W, Davies S et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2018;64(5):339-51. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29760253/>.

209. Reeve E, Moriarty F, Nahas R et al. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. *Expert Opin Drug Saf.* 2018;17(1):39-49. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29072544/>.
210. Framer A. What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2021;11:2045125321991274. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33796265/>.
211. Read J. The experiences of 585 people when they tried to withdraw from antipsychotic drugs. *Addict Behav Rep.* 2022;15:100421-. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35434245>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006667/>.
212. Brandt L, Schneider-Thoma J, Sifis S et al. Adverse events after antipsychotic discontinuation: an individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(3):232-42. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35183280/>.
213. Monahan K, Cuzens-Sutton J, Siskind D et al. Quetiapine withdrawal: A systematic review. *Aust N z J Psychiatry.* 2021;55(8):772-83. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33059460/>.
214. Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC. Discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders: risks and implications. *Bipolar Disord.* 1999;1(1):17-24. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1399-5618.1999.10106.x?sid=nlm%3Apubmed>.
215. Gallagher HC. Addressing the Issue of Chronic, Inappropriate Benzodiazepine Use: How Can Pharmacists Play a Role? *Pharmacy.* 2013;1(2):65-93. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.mdpi.com/2226-4787/1/2/65>.
216. Ng BJ, Le Couteur DG, Hilmer SN. Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients. *Drugs Aging.* 2018;35(6):493-521. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29705831/>.
217. Murphy AL, Gardner OM. A simulated patient evaluation of pharmacist's performance in a men's mental health program. *BMC Res Notes.* 2018;n(1):765-. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30367674>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6204042/>.
218. GoMoHealth. Combatting the Top Challenges During Transitions of Care: 2019. updated 2019/n/20/T17:34:53+00:oo. [accessed: 11 June 2022]. Available at: <https://gomohealth.com/2019/challenges-during-transitions-of-care/>.
219. Erickson AK. Transitions of care: The next frontier for hospital and community-based pharmacists. *Pharmacy Today.* 2016;22(4):34-7. [accessed: 11 June 2022]. Available at: [https://www.pharmacytoday.org/article/S1042-0991\(16\)00513-2/fulltext](https://www.pharmacytoday.org/article/S1042-0991(16)00513-2/fulltext).
220. Kristeller J. Transition of Care: Pharmacist Help Needed. *Hosp Pharm.* 2014;49(3):215-6. [accessed: n June 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971101/>.
221. Institute for Healthcare Improvement. Science of Improvement: Establishing Measures updated [accessed: 22 May 2022]. Available at: <http://www.ihp.org:80/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementEstablishingMeasures.aspx>.
222. Integrated Behavioral Health Partners. Process Measures updated [accessed: 23 May 2022]. Available at: <http://www.ibhpartners.org/get-started/evaluation/process-measures/>.

223. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*. 2018;17(1):30-8. [accessed: 23 May 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5zz5149/>.
224. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. updated 2001. [accessed: Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>].
225. Agency for Healthcare Research and Quality. *Six Domains of Health Care Quality*: updated [accessed: 22 May 2022]. Available at: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>.
226. International Alliance of Mental Health Research Funders. *Driving The Adoption of Common Measures*: 2021. updated 2021/01/13/T12:27:32-05:00. [accessed: 23 May 2022]. Available at: <https://iamhrf.org/projects/driving-adoption-common-measures>.
227. National Institute of Mental Health Data Archive. *NIMH Common Data Elements*: updated [accessed: 23 May 2022]. Available at: <https://nda.nih.gov/contribute/nimh-common-data-elements.html>.
228. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR Online Assessment Measures*: 2013. updated 2013. [accessed: 12 May 2022]. Available at: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>.
229. World Health Organization. *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*: 2012. updated [accessed: 23 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>.
230. Pfizer. *Instruction Manual - Instructions for PHQ and GAD-7 Measures*: updated [accessed: 23 May 2022]. Available at: <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>.
231. University of Kansas. *Assessing Community Needs and Resources | Community Tool Box*: updated [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://ctb.ku.edu/en/assessing-community-needs-and-resources>.
232. University of Kansas. *8. Increasing Participation and Membership | Community Tool Box*: updated [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://ctb.ku.edu/en/increasing-participation-and-membership>.
233. Centers for Disease Control and Prevention. *Developing Program Goals and Measurable Objectives*: updated [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.cdc.gov/std/program/pupestd/developing%20program%20goals%20and%20objectives.pdf>.
234. *Interactive RE-AIM Planning Tool* updated [accessed: 28 May 2022]. Available at: <https://re-aim.org/applying-the-re-aim-framework/re-aim-guidance/use-when-planning-a-project/planning-tool/>.
235. W. K. Kellogg Foundation. *Logic Model Development Guide*: 2004. updated 2004. [accessed: 28 May 2022]. Available at: <https://wkkf.issuelab.org/resource/logic-model-development-guide.html>.
236. World Health Organization. *Implementation research toolkit*. 2014. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523>.
237. *Assessments - RE-AIM*: updated [accessed: 28 May 2022]. Available at: <https://re-aim.org/assessments/>.
238. World Health Organization. *WHO evaluation practice handbook*. 2013:viii, 151. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96311>
239. University of Kansas. *Chapter 36. Introduction to Evaluation | Section 5. Developing an Evaluation Plan | Community Tool Box*: updated [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://ctb.ku.edu/en/table-of->

[contents/evaluate/evaluation/evaluation-plan/main.](#)

240. Berwick OM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ : British Medical Journal*. 1996;312(7031):619-22. [accessed: 22 May 2022] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350403/>.
241. Salvagioni DAL Melanda FN, Mesas AE et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017;12(10):eo185781. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28977041>.
242. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019. [accessed: 18 March 2022]. Available at: <https://www.who.int/news/item/28-os-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
243. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):475-82. [accessed: 03 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27785668>.
244. Dewa CS, Loong D, Bonato S et al. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ open*. 2017;7(6):eo15141. [accessed: 30 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28637730>.
245. Garcia Cd L, Abreu LCd, Ramos JLS et al. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):E553. [accessed: 21 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31480365>.
246. Al-Ghunaim TA, Johnson J, Biyani CS et al. Surgeon burnout, impact on patient safety and professionalism: A systematic review and meta-analysis. *Am J Surg*. 2021;Soo02-9610(21)00759-5. [accessed: 14 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34974884>.
247. Jun J, Ojemeni MM, Kalamani R et al. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021;119:103933. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33901940>.
248. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T et al. A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC Public Health*. 2016;16:534. [accessed: 19 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939052/>.
249. Balayssac D, Pereira B, Viro J et al. Burnout, associated comorbidities and coping strategies in French community pharmacies—BOP study: A nationwide cross-sectional study. *PLoS One*. 2017;12(8):eo182956. [accessed: 19 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5553933/>.
250. Jones GM, Roe NA, Loudon L et al. Factors Associated With Burnout Among US Hospital Clinical Pharmacy Practitioners: Results of a Nationwide Pilot Survey. *Hosp Pharm*. 2017;52(11):742-51. [accessed: 19 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735761/>.
251. Aljuffali LA, Alshabanah MO, Almalag HM. Cross-sectional study to evaluate burnout among pharmacy staff in Saudi Arabia during COVID-19 pandemic. *Saudi Pharm J*. 2022. [accessed: 19 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8801617/>.
252. Johnston K, O'Reilly CL, Scholz B et al. Burnout and the challenges facing pharmacists during COVID-19: results of a

- national survey. International Journal of Clinical Pharmacy. 2021;43(3):716-25. [accessed: 20 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33851288>.
253. Johnston K, O'Reilly CL, Scholz B et al. The experiences of pharmacists during the global COVID-19 pandemic: A thematic analysis using the jobs demands-resources framework. Research in Social & Administrative Pharmacy. 2022. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8975180/>.
254. Calgan Z, Asian D, Yegenoglu S. Community pharmacists' burnout levels and related factors: an example from Turkey. International Journal of Clinical Pharmacy. 2011;33(1):92-100. [accessed: 16 March 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21365401>.
255. Patel SK, Kelm MJ, Bush PW et al. Prevalence and risk factors of burnout in community pharmacists. J Am Pharm Assoc (2003) 2021;61(2) 145-50 [accessed 02 May 2022] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33069594>.
256. Dos Santos PM, da Silva CR, Costa D et al. Burnout in the Pharmaceutical Activity: The Impact of COVID-19. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:771462. [accessed: 06 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35126195>.
257. Kang K, Absher R, Granko RP. Evaluation of burnout among hospital and health-system pharmacists in North Carolina. Am J Health Syst Pharm. 2020;77(6):441-8. [accessed: 29 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31950988>.
258. Lange M, Joo S, Couette PA et al. Impact on mental health of the COVID-19 outbreak among community pharmacists during the sanitary lockdown period. Ann Pharm Fr. 2020;78(6):459-63. [accessed: 19 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7539790/>.
259. International Labour Organization. Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care [Publication]. 2018. updated 2018/12/19/, [accessed: 01 May 2022]. Available at: http://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_655277/lang--en/index.htm.
260. World Health Organization. Occupational stress, burnout and fatigue: updated [accessed: 01 May 2022]. Available at: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occup-stress-burnout-fatigue>.
261. Dvorkin J, Ellison D, Hemmila T et al. Supporting the Mental Health of Healthcare Workers - Institute of Clinical Systems Improvement. 2021. [accessed: 15 May 2022]. Available at: https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2021/12/ICSI-Supporting-the-Mental-Health-of-Healthcare-Workers_v1.1.pdf.
262. Mind. Mental health at work: updated [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://www.mind.org.uk/workplace/mental-health-at-work/>.
263. Mind. Resource 4: How to support staff who are experiencing a mental health problem. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://www.mind.org.uk/media-a/4661/resource4.pdf>.
264. Mind. Home. Mental Health At Work. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthatwork.org.uk/>.
265. Mental Health First Aid USA. Self-care: Where Do I Start? : 2021. updated 2021/09/28/T13:49:15+00:00. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/2021/09/self-care-where-do-i-start/>.
266. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Tips for Healthcare Professionals: Coping with Stress and Compassion Fatigue.6. [accessed: 01 May 2022]. Available at: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-01-01-016_508.pdf.
267. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Creating a Healthier Life: A Step-By-Step Guide to

- Wellness. 2016. [accessed: 02 May 2022]. Available at: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4958.pdf>.
268. Mind. Wellness Action Plan. [accessed: 15 May 2022]. Available at: <https://www.mind.org.uk/media/12145/mind-wellness-action-plan-workplace.pdf>.
269. Holm S. Principles of Biomedical Ethics, 5th edn.: Beauchamp T L, Childress J F. Oxford University Press, 2001, £19.95, pp 454. ISBN 0-19-514332-9. Journal of Medical Ethics. 2002;28(5):332-. [accessed: 16 March 2022]. Available at: <https://jme.bmj.com/content/28/5/332.2>.
270. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. MPP. 2021;30(1):17-28. [accessed: 15 March 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32498071>.
271. Neilson G, Chaimowitz G. Informed Consent to Treatment in Psychiatry. Can J Psychiatry. 2015;60(4):1-11. [accessed: 16 March 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459249/>.
272. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988;319(25):1635-8. [accessed: 01 May 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3200278>.
273. Calogero S, Caley CF. Supporting patients with mental illness: Deconstructing barriers to community pharmacist access. Journal of the American Pharmacists Association. 2017;57(2):248-55. [accessed: 12 June 2022]. Available at: [https://www.japha.org/article/S1544-3191\(16\)31006-8/fu1text](https://www.japha.org/article/S1544-3191(16)31006-8/fu1text). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28153705>.
274. World Psychiatric Association. Code of Ethics for Psychiatry. WPA. 2020. [accessed: 16 March 2022]. Available at: https://www.wpanet.org/files/ugd/842ec8_1d812c6b8a4f4d24878ee1db8a6376f6.pdf.
275. American Psychiatric Association. APA Commentary on Ethics in Practice. 2015. [accessed: 28 April 2022]. Available at: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Ethics/APA-Commentary-on-Ethics-in-Practice.pdf>.
276. Hoop JG, DiPasquale T, Hernandez JM et al. Ethics and Culture in Mental Health Care. Ethics & Behavior. 2008;18(4):353-72. [accessed: 16 March 2022]. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10508420701713048>.
277. Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D et al. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. Ann Intern Med. 2002;137(8):660-4 [accessed: 08 June 2022] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12379066>.
278. Murphy AL, Martin-Misener R, Kutcher SP et al. From personal crisis care to convenience shopping: an interpretive description of the experiences of people with mental illness and addictions in community pharmacies. BMC Health Services Research. 2016;16(1):569. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12613-016-1817-4>
279. Crespo-Gonzalez C, Dineen-Griffin S, Rae J et al. A qualitative exploration of mental health services provided in community pharmacies. PLoS One. 2022;17(5):eo268259. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0268259files/2710/article.html>.
280. Torjesen I. Access to patient records: Britain lags behind other countries. The Pharmaceutical Journal. 2018. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pharmaceutical-journal.com/article/feature/access-to-patient-records-britain-lags-behind-other-countries>.
281. Hall B, Kelly F, Wheeler AJ et al. Consumer perceptions of community pharmacy-based promotion of mental health and well-being. Health Promot J Austr. 2021;32(1):26-31. [accessed: 04 June 2022]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31821666>.

282. Aluh DO, Anyachebelu OC, Ajaraonye CI. Comparison of pharmacists' mental health literacy: Developed versus developing countries. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2020;60(5):S64-S72. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32580909/>.
283. Muhorakeye o, Biracyaza E. Exploring Barriers to Mental Health Services Utilization at Kabutare District Hospital of Rwanda: Perspectives From Patients. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:638377. [accessed: 05 May 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33828506/>.
284. Witry M, Karamese H, Pudlo A. Evaluation of participant reluctance, confidence, and self-reported behaviors since being trained in a pharmacy Mental Health First Aid initiative. *PLoS One*. 2020;15(5):eo232627. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32365115/>.
285. Knox K, Fejzic J, Mey A et al. Mental health consumer and caregiver perceptions of stigma in Australian community pharmacies. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;60(6):533-43. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764013503149>.
286. O'Reilly CL, Wong E, Chen TF. A feasibility study of community pharmacists performing depression screening services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2015;11(3):364-81. [accessed: 12 June 2022]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741114003179>.

国际
药品
联邦

基金会
国际
药品

安德里斯-比克维格 5 号
2517 JP 海牙