

精神健康全程管理中 药师专业发展的知识和技 能参考指南

配套资料

2022



FIP Development Goals

精神健康（分册）

FIP 药师在非传染性
疾病的实践手册



ADVANCING
PHARMACY
WORLDWIDE

主译：李亦蕾，郑萍

副主译：

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。对于因引用或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。

作者和编辑：

Dalia Bajis 博士，Provision and Partnerships 项目负责人，FIP，荷兰

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

封面图片：

改编自 © dragana991 | istockphoto.com 和 ©Yutthana Gaetgeaw | istock.com

推荐书目：

国际药学联合会（FIP），精神健康全程管理中药师服务专业发展的知识和技能参考指南--FIP 药师精神健康服务手册的配套资料。海牙：国际药学联合会 2022。

内容

鸣谢	5
1 背景.....	6
2 FIP 能力和专业发展框架	8
3 药师职业发展：知识和技能参考指南	10
3.1 关于指南.....	10
3.2 指南内容.....	10
3.3 适用人群.....	11
3.4 合理使用.....	11
3.5 资格认证.....	11
4 药师精神健康全程管理培训课程/项目的设计要点.....	21
4.1 为药师量身定做的精神健康全程管理的培训内容	21
4.2 继续教育机构应考虑的因素.....	22
参考文献.....	24

鸣谢

FIP 感谢作者和审稿人对本出版物的贡献！

FIP 和作者感谢专家组成员对本参考指南提出的宝贵意见和建议！

专家姓名	所属机构和国家
Sarira El-Den 博士	The University of Sydney, 医学与健康学院药学系讲师, 澳大利亚
Claire O'Reilly 博士	The University of Sydney, 医学与健康学院药学系高级讲师, 澳大利亚
Matej Štuhec 教授	临床药理学和药理学教授, 欧洲临床药学协会精神健康临床药师, 斯洛文尼亚

FIP 感谢欧洲临床药理学学会（European Society of Clinical Pharmacy, ESCP）对本出版物的修订做出的专业贡献！



1 背景

世界卫生组织（World Health Organization, WHO）认为，精神疾病是非传染性疾病的主要病种之一¹。在全球范围内，超过 10 亿人遭受精神和成瘾性疾病的影响，这些疾病在不同性别中的发病率相同，并且可能导致过早死亡。^{2,3} 这种过早死亡被认为是对《经济、社会、文化权利国际公约》第 12 条“健康权”的侵犯。⁴ 联合国大会在《政治宣言》中已经具体提到：糖尿病、心血管疾病、癌症和慢性呼吸系统疾病等非传染性疾病已严重威胁人类健康与生命。⁵ 为了使精神疾病得到全球的重视，联合国大会在精神健康方面加强了宣传力度，有针对性地推动精神健康管理和疾病治疗。

尽管 WHO 已经将精神疾病纳入非传染性疾病的范畴，但在提高精神健康意识，保证持续治疗，以及消除疾病带来的自卑感方面仍需更多的努力。⁶ 因此，通过适当的培训、接触并融入到初级保健的工作中，药师队伍是可以在精神健康服务方面发挥作用的。药师有足够的能力和机会在社区中接触到有实际需求的患者，并提升其治疗效果。在培训专业医护人员和其他社区工作人员方面，WHO 也制定了基于循证证据的维护精神健康行动方案，为全球范围内的精神健康培训和患者服务制定了标准。⁷

FIP 是代表全球药师、药学科学家和药学教育工作者的国际组织，在 FIP2022 年出版的《[精神健康全程管理·药师手册](#)》一书，为药师在精神健康服务工作提供了循证建议，并总结了精神健康治疗的重要成果。⁸⁻¹⁰ 尽管存在一些困境，如医疗机构和工作系统层面的障碍、其他医务人员消极态度和对患者的歧视等，但药师可以通过参与精神健康服务来改善这样的困境。缺乏培训是药师参与精神健康服务的另一个重大障碍，这可能让药师对如何提供恰当的精神健康药学服务缺乏信心。如果药学课程内容设计没有包含与精神健康有关的主题，那么药师在毕业后就会缺乏相应的技能。医疗机构或社区药房等缺乏训练有素的药师，就无法为精神疾病患者提供有效的药学服务。鉴于此，医疗机构或学术组织可以采取有效手段来克服这些困难，提高药师对精神健康服务的参与度，并为药师在精神健康服务方面提供专业持续发展（Continuing Professional Development, CPD）机会。

政府和国家需要组织药师及其团队成员积极参与精神健康培训，包括精神健康急救（Mental Health First Aid, MHFA）。MHFA 是一项国际公认的、有循证基础的培训课程。这项课程能为药师和药学学生提供专业知识储备，从而解决社区居民的精神健康需求。¹¹⁻¹³ 前期研究表明，基于理论知识和案例学习为基础的精神健康培训课程有助于改变药师在精神健康服务的认知，增加荣誉感和信心，提升知识储备和临床技能。¹⁴ 各个领域专家在精神健康相关服务方面对药师进行培训，这对药学服务的质量也有积极的影响。

15

众所周知，药师有很多机会参与精神健康管理并为患者提供包括预防、筛查和管理等多项服务。药师充分掌握精神健康管理的知识和技能后，在减轻全球精神疾病的负担、促进社区精神健康方面将产生

积极的影响。本出版物是 2022 年《[精神健康全程管理](#)》的配套出版物的《[药师手册](#)》，明确提供了社区药师所需的理论知识和临床技能要点，有利于在全球范围内进一步指导如何对药师进行精神健康服务的相关培训。

为支持全世界的药师提升自身水平，在精神健康服务中安全有效地提供服务和干预，本指南旨在：

- 为药师提供精神健康服务的理论知识和临床技能；
- 提供发展能力框架来指导药师在精神健康服务方面的持续发展；
- 强调继续教育提供者应重点关注的内容，以支持药师的专业发展。

2 FIP 能力和专业发展框架

药师作为药物专家，是患者健康服务团队中的关键成员。然而，药师必须通过专业持续发展（CPD）来保持和提高他们的工作能力，并对日益复杂的医疗保健环境做出积极的回应。FIP 认为：药师有责任保持和发展系统的专业知识、临床技能和具有正确的工作态度，以确保在整个职业生涯中具备持续发展的专业能力。¹⁶ 发展和保持专业能力的方法之一是接受以能力提升为目标的继续教育培训，这是一种结构化的培训和评估手段。通过这种方式帮助药师获得所需的知识和技能，使他们能够在一定条件下按照特定的标准完成工作。¹⁶ 以能力提升为目标的培训，最终达到的结果是明确的，学习者能够地知道他们必须做什么，培训者也能清楚地知道要提供什么样的培训或学习内容，医疗机构清楚地知道他们的员工需要什么样的专业技能。基于能力提升的培训重点是“执行”，而不仅仅是“知道”。^{17,18} 随着以能力提升为基础的培训 and 继续教育在卫生专业领域被广泛接受，能力和专业发展框架在组织教育设计课程、规范职业准入、确定实践标准和促进专业知识发展等多方面都具有重要意义。¹⁸ FIP 制定了两个全球框架，分别描述了基础和高级药学实践的通用专业能力，即 FIP 全球专业能力发展框架¹⁹ 和 FIP 全球高级专业能力发展框架。

20

2020 年更新的 [FIP 全球能力框架](#)（Global Competency Framework, GbCF）是一套能力和核心行为细则，普遍适用于全世界的药学工作者，特别是早期从业（基础级）的药师。¹⁹ GbCF 包括 124 条行为准则，分为 23 个专业能力领域和 4 个广泛的专业能力框架（医药公共卫生、医药健康管理、组织和管理以及专业和个人能力）。

[FIP 全球高级发展框架](#)（Global Advanced Development Framework, GADF）是 FIP GbCF 的补充框架。FIP GADF 旨在支持药师和制药科学家的高级专业能力的发展和认证，并覆盖了专业能力发展的各个阶段的目标。²⁰ GADF 包括六个发展能力框架：专业实践、团队协作、团队领导、疾病管理、健康教育、培训与发展以及研究与评估。

GbCF 和 GADF 旨在清晰地引导药师个人的职业能力发展方向，并获得核心知识和技能以及更广泛、更灵活的专业技能和应用能力，为药师进入高级专业临床实践阶段铺平道路。

FIP 建议药师使用本知识和技能参考指南时，结合 FIP 的能力和专业知识发展框架，以明确自身职业发展有关的理论知识、临床技能和行为准则（图 1）。药师将需要整合自身的理论知识、临床技能、工作态度和价值取向等多方面的能力并运用于实际工作中。FIP 的参考指南将为相应的知识和技能提供指导，实现核心知识和技能的融会贯通。FIP 提供的工具，包括能力框架、以实践为基础的配套手册以及知识和技能参考指南等相关资料，为药师持续的继续教育提供信息，亦可作为注册或从业许可准入的标准，或者用于药师对自身专业能力和职业发展的自我评价体系。

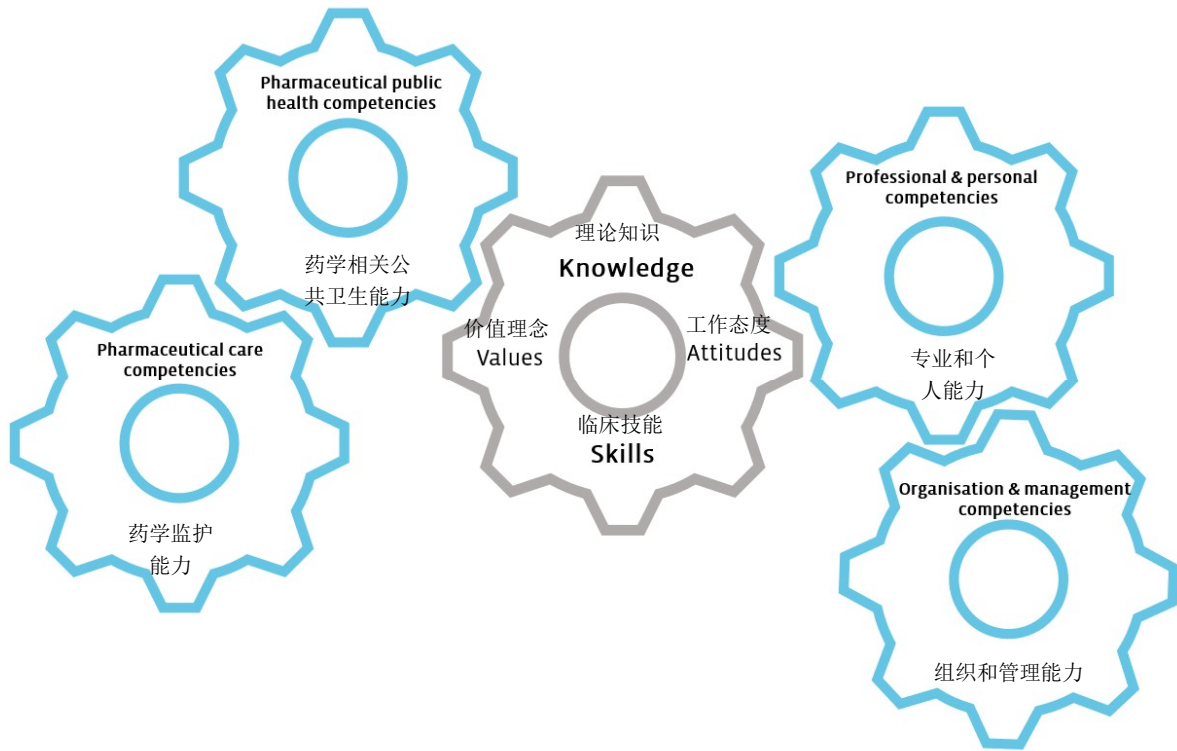


图 1 能力框架是基于 FIP 全球专业能力框架，涵盖理论知识、临床技能、工作态度和价值理念等多个维度的综合表现。⁸

3 药师职业发展：知识和技能参考指南

3.1 关于指南

本指南提供了全面的药学服务所需知识和技能清单，以帮助药师在精神疾病药学工作中提高专业技能和更新知识体系。本指南是对《FIP 药师精神健康全程管理手册》的补充，由专家组讨论后确定（见致谢）。

表 1 和表 2 列出了 FIP 建议的药师在精神健康全程管理工作领域所需的能力清单^{8,9}，并由具有精神疾病药学专业知识背景的专家组成员进行了内容审查。

3.2 指南内容

本指南包括两部分：

第一部分（表 1）描述了药师提供精神健康全程管理药学服务所需的知识内容。在指南中，知识领域分为三类（图 2）。

广泛领域-内容涵盖医学背景知识与临床指标、药品调配、公共卫生和用药宣传；伦理和合作。其中许多类别都与 FIP 全球专业能力框架（GbCF）的能力组合相关联。

核心领域--确定了与精神健康全程管理中药师的角色和与提供的服务相关的关键知识要点。

特殊领域 – 某些特定工作场景下所需的临床技能。

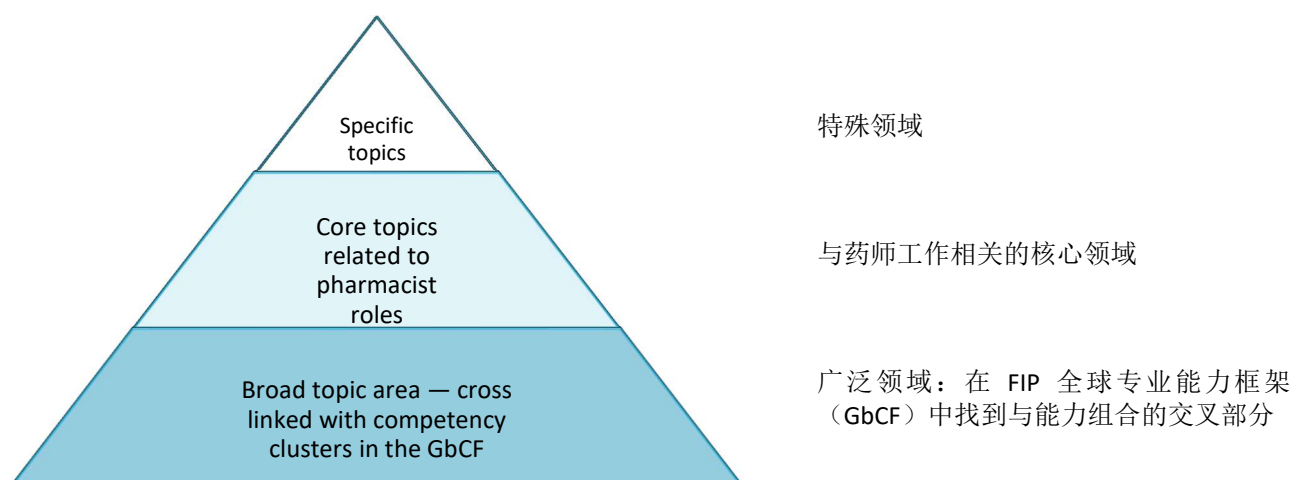


图 2.知识指南中主题分组的层次结构

3.3 适用人群

本参考指南旨在为药师参与精神健康全程管理的工作提供参考信息，适用于所有参与精神健康全程管理的药师，并可根据个人情况结合其职业发展阶段，调整其工作内容。指南还提供了实施策略来支持药师履行职责，并为药师的继续教育提供精神健康领域的课程和项目来支持药师的职业技能提升。

3.4 合理使用

本参考指南可用于：

- 作为职业发展目标，支持药师提高精神健康服务方面的服务技能。
- 帮助药师在精神健康全程管理的工作中完善其药学服务内容。
- 为继续教育提供者设计培训计划提供参考。

3.5 资格认证

至关重要的是要认识到：药师的执业必须遵循当地、国家和管辖区对培训、认证的监管，以及专业和道德标准的要求，这些要求可能包括：

- 与之匹配的精神健康全程管理的工作内容与培训内容。
- 药师职业行为准则。
- 国家规定的培训计划或资质认证。
- 执业注册的要求。
- 专业培训机构的资质要求。
- 药师和其他医疗保健专业人员的工作范畴对应的法律规定。

表 1.精神健康全程管理中药师的理论知识储备* 10,21-39

治疗领域	
人体系统	对以下知识的理解：
神经系统	<ul style="list-style-type: none"> • 中枢神经系统（大脑和脊髓）、周围神经系统（神经和神经节）的解剖、功能以及可能发生的疾病。

躯体健康	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 精神健康状况与慢性躯体状况之间的关系，特别是与肌肉骨骼、呼吸系统、心血管、内分泌、胃肠道和生殖系统有关。
精神健康状况	对以下知识的理解：
焦虑及相关疾病（如、恐惧症、广泛性焦虑症、强迫症、创伤后应激障碍）	<ul style="list-style-type: none"> 焦虑症及相关疾病的风险因素、体征和症状；诊断标准、预防和筛查工具（例如，广泛性焦虑症-7 量表（GAD-7）²⁶）；药物和非药物治疗方案；监测和治疗反应量表；随访方法；以及加重因素。
抑郁症（如重度抑郁症、持续性抑郁症、经前抑郁症）	<ul style="list-style-type: none"> 抑郁症的风险因素、体征和症状；诊断标准、预防和筛查工具（例如，患者健康问卷[PHQ-9]²⁷⁻²⁹）；药物和非药物治疗选择；监测和治疗不良反应；随访方法；以及患者病情恶化因素。
药物相关成瘾性疾病（如酒精、阿片类药物或尼古丁）	<ul style="list-style-type: none"> 药物相关成瘾性疾病的风险因素、体征和症状；诊断标准、预防和筛查工具（例如，酒精、吸烟和物质筛查测试[ASSIST]³⁰）；药物和非药物治疗选择；监测治疗反应的程度；后续方法；以及患者病情恶化因素。
双相障碍	<ul style="list-style-type: none"> 双相障碍的风险因素；体征和症状；诊断标准；预防和筛查工具（如情绪障碍问卷[MDQ]³¹）；药物和非药物治疗方案；监测治疗反应的程度；随访方法；以及患者病情恶化因素。
精神分裂症和其他精神病	<ul style="list-style-type: none"> 精神分裂症和其他精神病的风险因素；体征和症状；诊断标准；预防和筛查工具（如临床全球印象-精神分裂症[CGI-SCH]量表 32）；药物和非药物治疗选择；监测和治疗反应量表；随访方法；以及患者病情恶化因素。
儿童神经发育障碍（例如，注意力缺陷/多动症[Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD]）	<ul style="list-style-type: none"> 神经发育障碍的症状；诊断标准；药物和非药物治疗选择；并发症；多模式干预和发展目标。
儿童自闭症谱系障碍	<ul style="list-style-type: none"> 自闭症谱系障碍，挑衅行为，多学科管理方法（包括药物治疗）。
喂养和饮食失调（例如，厌食症、神经性贪食、暴食障碍）	<ul style="list-style-type: none"> 喂养和饮食失调的原因；体征和症状；诊断；管理；风险因素和合并的躯体或精神疾病。 筛查可能有饮食障碍风险的人（例如，Sick, Control, One, Fat & Food [SCOFF] 问卷）。³³
公共卫生	
公共卫生战略	对以下知识的理解：
宣教	<ul style="list-style-type: none"> 精神健康危机的临床表现和症状。 宣传活动，包括反歧视、提供关于健康饮食、体育活动、戒烟戒酒以及控制体重的教育与支持。

	<ul style="list-style-type: none"> 保持精神健康的方法（例如，锻炼、放松和冥想、自我调节；与家人、朋友和其他人的社交）。 通过正向访谈以寻求积极的有创造性的改变。 精神疾病患者或照护者的支持团体。
精神疾病的预防、早期发现和风险评估	<ul style="list-style-type: none"> 疾病的早期表现和行为问题。 精神健康需求和相关的风险因素的评估（例如，社交隔离，无保障的就业和失业，缺乏支持的工作条件，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）。 预防和筛查工具，如 WHO-5 福利调查问卷³⁴；针对特定国家的精神健康急救法或国际筛查指南。
筛选和转诊	<ul style="list-style-type: none"> 药学服务领域的转诊体系。 随访内容包括评估治疗方案的成功率、新发症状、管理恶化的体征和症状、必要时调整用药方案和更新患者的用药清单。
针对临床实践的研究	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 如何运用实践研究结果支持社区精神健康服务（例如，服务质量提升、潜在受众人群、社区特定需求）。 多学科跨专业合作开展有需求的活动并作出干预措施，填补服务空白。
药学服务	
药品分类	对以下知识的理解：
选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs）	<ul style="list-style-type: none"> 常见药品包括西酞普兰、舍曲林、帕罗西汀、艾司西酞普兰等。 作用机制；药理学；药代动力学（如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学）；药效学；不良反应、禁忌症和相互作用；剂量范围和给药途径；治疗地位；监护要点。
选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂（Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitors, SNRIs）	<ul style="list-style-type: none"> 常见药品包括文拉法辛、度洛西汀等。 作用机制；药理学；药代动力学（如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学）；药效学；不良反应、禁忌症和相互作用；剂量范围和给药途径；治疗地位；监护要点。
三环类抗抑郁药（Tricyclic Antidepressants, TCAs）	<ul style="list-style-type: none"> 常见药品包括氯米帕明、阿莫沙平、阿米替林、地昔帕明、去甲替林、多塞平等。 作用机制；药理学；药代动力学（如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学）；药效学；不良反应、禁忌症和相互作用（特别是老年患者）；剂量范围和给药途径；治疗地位；监护要点；TCAs 的抗胆碱能副作用。

<p>单胺氧化酶抑制剂 (Monamine Oxidase Inhibitors, MAOIs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 常见药品包括可逆性 (如吗氯贝胺) 和非可逆性 MAOIs (如苯乙肼、司来吉兰、反苯环丙胺)。 • 作用机制; 药理学; 药代动力学 (如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学); 药效学; 不良反应、禁忌症和相互作用 (特别是老年患者); 剂量范围和给药途径; 治疗地位; 监护要点。 • 可逆性和非可逆性 MAOIs 的区别。 • 服用非可逆性 MAOIs 时的饮食指导。
<p>苯二氮卓类</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 常见苯二氮卓类药物包括氯硝西泮、阿普唑仑、劳拉西泮、咪达唑仑、氯氮卓等。 • 作用机制; 药理学; 药代动力学 (如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学); 药效学; 不良反应、禁忌症和相互作用 (特别是老年患者); 剂量范围和给药途径; 治疗地位; 监护要点; 停药和停药后的治疗方案; 老年患者使用苯二氮卓的注意事项。
<p>中枢神经系统激动剂</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 常见药品包括哌甲酯、苯丙胺、右苯丙胺、二甲磺酸右苯亚胺等。 • 作用机制; 药理学; 药代动力学 (如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学); 药效学; 不良反应、禁忌症和相互作用 (特别是老年患者); 剂量范围和给药途径; 治疗地位; 监护要点。 • 合并症和 ADHD 治疗。
<p>第一代抗精神病药物</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 常见第一代抗精神病药物包括氯丙嗪、氟哌啶醇、奋乃静、Flphenazine 等。 • 作用机制; 药理学; 药代动力学 (如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学); 药效学; 不良反应、禁忌症和相互作用 (特别是老年患者); 剂量范围和给药途径; 治疗地位; 监护要点。
<p>第二代抗精神病药物</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 常见第二代抗精神病药物包括氯氮平、利培酮、奥氮平、喹硫平、齐拉西酮、阿立哌唑、帕利哌酮、鲁拉西酮等。 • 作用机制; 药理学; 药代动力学 (如吸收、分布、代谢和排泄、毒理学); 药效学; 不良反应、禁忌症和相互作用 (特别是老年患者); 剂量范围和给药途径; 治疗地位; 监护要点。 • 新型多巴胺激动剂 (如依匹哌唑、卡利拉嗪) 及其在治疗地位; • 抗精神病药物多药联合; 氯氮平的监测; 合并症的处理。
<p>情绪稳定剂</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 常见情绪稳定剂包括锂、丙戊酸、卡马西平、拉莫三嗪、奥卡西平等。 • 作用机制; 药理学; 药代动力学; 药效学; 药物方面 (如吸收、分布、代谢和排泄、毒性); 不良反应、禁忌和相互作用; 给药剂量和给药途径; 治疗地位; 监护要点; 血药浓度监测; 联合治疗的用法用量等。
<p>健康和医药信息</p>	<p>对以下知识的理解:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 患者对药品信息的需求和认知以及对其疾病的认识。

	<ul style="list-style-type: none"> 精神健康方面的非药物咨询和自我管理。
用药错误和药物不良反应	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 精神治疗药物不良反应的相关安全警戒，并根据当地政策实施最佳预防措施。 熟悉向药物警戒管理部门报告不良事件的程序；确定何时报告、如何准确报告；如何遵守地方和国家政策相关的法规。 与药品包装和标签有关的用药错误以及应对方法。 在临床实践中，精神药物的处方、供应、储存和管理相关的风险以及应对措施。
精神健康方面的非药物支持	对以下知识的理解：
社会心理支持	<ul style="list-style-type: none"> 社会心理干预(如动机访谈、认知行为治疗、咨询和心理治疗)的循证基础和治疗地位。
自我管理的教育	<ul style="list-style-type: none"> 自我管理的技巧和支持系统的选择，包括选择支持和改善精神健康的生活方式。
生活方式的改变	<ul style="list-style-type: none"> 改变生活方式（如改善饮食、增加体育活动和冥想）作为精神健康管理的重要组成部分，可帮助患者实现治疗目标。 精神障碍患者的各种有效的自我管理技能（即自我管理行为）。 熟悉本领域的转诊系统的其他成员和机构，包括：体重管理专家、营养学家、运动生理学家、精神健康专家、支持小组/会议或结构小组机构。他们可以对如何改变并维持健康的生活方式进行额外指导，并为患者建立非药物管理的治疗和监测计划（保留每次问诊的图表资料）。
精神疾病患者的支持	对以下知识的理解：
患者评估	<ul style="list-style-type: none"> 疾病复发或现有症状恶化的征兆。 可使用的筛查工具，如患者健康问卷（PHQ-9）²⁷，抑郁症症状快速问卷（QIDS-SR）³⁵，或贝克抑郁症问卷（BDI）^{36,37}，以及汉密尔顿抑郁症评分表（HAMD-17）。³⁵
用药依从性	<ul style="list-style-type: none"> 评估患者的用药依从性。 了解患者依从性不佳的原因，包括社会经济状况、与医疗机构/精神健康管理团队相关、病情相关、治疗方案相关以及患者相关（行为、信念和心理状态）等因素。 依从性差所带来的影响（有证据表明依从性差与疾病的复发和较差的预后相关）。 提高依从性的手段，如咨询技巧、动机访谈、反馈式教育（Teach-back method）、确保患者能在需要的时候得到药师的服务、利用团队进行服务、让

	<p>患者了解治疗的好处、减少治疗的障碍（如费用支出、问诊地点、互联网的使用等）、指导患者在药师休息时间自行访问和使用健康管理工具。</p>
制定和实施服务计划	<ul style="list-style-type: none"> • 提供以有效的临床实践证据为基础的药学服务，以支持医务人员制定监护计划，并严格评估治疗方案和进行处方审核。 • 合理用药（为特定患者提供其所需药物，并保证给药剂量符合其自身的情况），使得整个社区、国家的患者能以最低的成本在保证治疗效果的情况下实现合理用药。
监测	<ul style="list-style-type: none"> • 监测患者的精神健康状况，包括确定监测指标以及其优先级，并加强教育，提升患者对合理监测的接受度。 • 身体健康监测指标，包括体重、腰围、体重指数、用药依从性、血压、肝功能、是否存在 QT 间期延长的心电图、肝功能指标检查、骨矿物质密度、副作用、全血检查、电解质（维生素 D、维生素 B12、叶酸、锌、镁）等。
精神健康危机的预防和管理	对以下知识的理解：
精神健康疾病的恶化或复发	<ul style="list-style-type: none"> • 精神健康恶化的流行率、征兆和临床症状。 • 精神健康恶化风险较高的人群。
对精神健康危机的应对	<ul style="list-style-type: none"> • 应对精神健康危机，包括：征兆（自杀意念）和症状；预防；风险/加重因素（例如，无法进行正常的日常活动，情绪快速波动，情绪更加激动，出现可能伤害自己或他人的行为，与学校、工作、家庭、朋友隔离，脱离现实，[精神病]，偏执狂）；以及针对不同级别健康危机的合理治疗。 • 精神健康急救。³⁸ • 应对精神健康危机时必须践行的价值观（例如，物质滥用和精神健康服务管理局[Substance Abuse and Mental Health Services Administration's, SAMHSA]的 10 项指导原则）。³⁹
滥用药物	<ul style="list-style-type: none"> • 可待因、赛克力嗪、氯胺酮、曲马多、伪麻黄碱等药品的供应和使用中应考虑其潜在的被滥用的可能和相应的风险。 • 形似和音似的药名的混淆。 • 高危精神药物和需要严格监测以指导使用的药物（例如，锂、氯氮平）。 • 长期使用有较高滥用风险的药物（例如，含有可待因或二氢可待因的非处方药品、镇静抗组胺药、圣约翰草）所带来的相关风险。
戒毒	<ul style="list-style-type: none"> • 鸦片类和阿片类药物的戒毒过程；快速戒毒带来的风险以及如何将这些风险降至最低；影响戒毒的因素。
患者沟通	对以下知识的理解：
沟通障碍	<ul style="list-style-type: none"> • 沟通障碍，包括文化和语言障碍。

文化方面的考量	<ul style="list-style-type: none"> 加强文化方面的考量，以便更好地与患者互动，让患者感到舒适、真实并愿意继续寻求进一步的帮助；帮助少数民族社区使用精神健康服务。 沟通和系统障碍影响了患者对跨文化和跨语言沟通策略和服务需求。 关注患者精神健康自我管理中的情感和偏好，以及如何将患者的种族和文化特征加入其支持方案中。
患者信息	<ul style="list-style-type: none"> 药品信息和关于生活方式调整的非药物建议，以支持精神健康状况的改善（例如，戒酒、锻炼、支持小组/会议或小组讨论等）。
特殊人群	对以下知识的理解：
新生儿	<ul style="list-style-type: none"> 新生儿戒断综合症的基本病理生理学和管理目标。 母亲怀孕期间接触阿片类药物和其他非法药物对新生儿带来的影响；以及在出生后的头几天如何处理新生儿因药物中毒和戒断症状所带来的健康问题。
儿童和青少年	<ul style="list-style-type: none"> 治疗和监测存在精神健康障碍的儿童和青少年所需的具体信息，包括：体征、症状、诊断、经批准/适用于儿童和青少年的药物、药物浓度的最佳目标范围、并发症和相关疾病（例如：惊恐障碍、广泛性焦虑症、分离焦虑症、社交恐惧症、特定恐惧症、强迫症和抑郁症）。
孕妇和哺乳期妇女	<ul style="list-style-type: none"> 精神药物的致畸性和有精神疾病的女性的备孕注意事项。 治疗和监测患有精神疾病的孕妇（特别是在围产期阶段），并制定合理的监护计划。
老年人	<ul style="list-style-type: none"> 治疗和监测患有精神病的老年人，包括精神障碍的体征、症状和诊断；基于患者主要器官功能的最佳药物浓度范围、用药禁忌以及不合理的用药。 规避老年痴呆的潜在风险，包括关注精神健康状况（例如，治疗抑郁症），可以预防或推迟痴呆症的发生。 区别阿尔茨海默病或其他形式的痴呆症的早期表现与其他精神疾病如抑郁症。
临终关怀	<ul style="list-style-type: none"> 精神患者终末期的治疗和监测，包括设定药物治疗的最佳目标。在生命的最后阶段，精神疾病治疗的目的是对症处理。 了解有关精神患者的临终关怀政策，并认识到姑息治疗或临终关怀的药学服务内容，可能因环境改变而改变，关注潜在的药物相互作用以及决定何时停药。
组织和管理	
预算和报销	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 有关药品支出和报销的相关药品法律、法规和指南，以及如何与各种药品、医生的诊疗、新型医疗服务和报销协议相匹配（如医疗合作协议、初级医疗保健机构中临床药师的配备）。
政策、法规和准则	对以下知识的理解：

政策变化	<ul style="list-style-type: none"> 关注精神健康新型药学服务模式实施、药师主导的精神健康全程管理和宣教对政策的影响等多方面，收集整理临床研究的结果，以支撑相关政策的变革和实施。
规章制度	<ul style="list-style-type: none"> 有关精神疾病患者和医药的相关医药法律、法规和指南，以及它们如何适用于各种制药场景和工作场景。
专业人士	
跨专业的临床实践	对以下知识的理解：
药师和其他团队成员的职责	<ul style="list-style-type: none"> 作为多学科团队的一部分，药师在精神健康服务工作内容包括：优化药物治疗方案、药物调剂、提供用药信息、用药宣教、在专科诊所工作以及独立开具协议处方等。 药师及其团队成员工作与患者需求相匹配。 支持药师的工作内容、培训需求、合理薪酬和政策改变等相关规定的应用，利于药师真正融入医疗团队中。 提供药学监护和药物审核。 在与患者和医疗团队合作时，药师参与治疗方案的共同决策。 对医疗团队的其他成员提供精神健康支持。
全方位的专业发展	<ul style="list-style-type: none"> 医生、护士、药师和其他医护人员在不同的工作场景中进行跨学科合作，药师可作为医院病房、初级医疗保健诊所和专科门诊等多学科医疗团队的一部分，全程参与患者的住院和门诊就诊过程。
道德规范	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 在实施精神疾病管理前应获得患者或家属的知情同意。 精神疾病患者同意接受治疗后，临床医生是否考虑到患者担心的问题，如个人经济和医疗保障等。 授权书的内容应包括：是否为非自愿治疗、是否对自杀想法保密等。 是否集思广益、共同决策。 是否遵守临终关怀相关的政策。
个人和职业发展	
个人和职业属性	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 医生、护士、药师和其他医护人员之间的跨学科合作。 通过发展个人和专业技能，如自我评估、领导能力、创新和创业精神以及专业水平来为患者提供全面的药学服务。 药师需要成为终身学习者。

继续教育和继续职业发展	对以下知识的理解：
	<ul style="list-style-type: none"> • 需要掌握最新的临床药学知识和技能，以便在一系列精神健康全程管理中识别、处理和解决复杂的药物相关问题。 • 在精神健康治疗和服务提供方面，药师自我教育和培训需求。

*药师需接受培训后方可使用表中提及的筛查工具。

使用规则应遵守当地和国家的法规和准则。

表 2. 精神健康全程管理的药师的相关临床技能^{10,40}

公共卫生	
宣教	<ul style="list-style-type: none"> • 根据患者所在的环境制定个体化药学服务计划，确定患者所需的精神健康服务的内容。 • 减少对精神障碍患者的歧视，提高对精神健康的认知和重视。 • 与医生、精神病学专家、精神科护士、患者家属、医药公司、医疗保险公司以及所有在精神健康全程管理方面发挥作用的各界人士等建立战略合作关系。 • 目前，社区精神健康评估、精神疾病患者的转诊、用药清单审查、药物依从性管理和用药咨询等方面均存在不足，建立标准化服务流程、整合综合性精神健康医疗服务系统显得极其重要。 • 为精神疾病患者提供连续的和优质的服务。 • 支持政策变化。 • 参与建设支持性照护项目，如由加拿大新斯科舍省政府新斯科舍省卫生和健康部资助的 Broom 计划。⁴⁰ • 在适当的时候参与处方的开具（如当患者被转诊到社区，进一步接受药师服务时）。 • 关注可能遇到精神健康问题和危机的个体或其他医务工作者，并为他们提供相关资讯。
筛查	<ul style="list-style-type: none"> • 使用有效的风险评估工具，评估病患个体存在精神健康问题的风险。 • 根据当地的政策法规，尽可能纳入更多的患者进行精神健康检查。 • 向医疗机构或管理部门等重要机构发送精神疾病的发病情况和筛查结果。
药品管理	
精神健康危机	<ul style="list-style-type: none"> • 识别存在可能发生精神健康危机的高危人群。 • 药师应在工作职责范围内对患者进行精神健康问题和危机的全程管理。
沟通技巧和激励性访谈	<ul style="list-style-type: none"> • 对精神疾病患者采用合理的动机访谈的策略和技术，以改善患者的异常行为、减轻其焦虑。
多学科合作	

	<ul style="list-style-type: none"> 药师在多学科医疗团队中的工作能推动合理用药方案的实施。
道德准则	
考虑因素	<ul style="list-style-type: none"> 患者对以下信息拥有知情同意权： <ul style="list-style-type: none"> 治疗目的； 治疗方案的具体内容，包括频率和给药方式； 治疗的利弊； 替代方案； 副作用或治疗后的潜在影响； 治疗费用或保险覆盖范围； 放弃治疗的后果； 谁为患者治疗。 考虑患者的精神状态与接受能力。 尊重患者的隐私。 在采取非自愿治疗时，依然要尊重患者自身的意愿。 确保在采取非自愿治疗时，使用限制性最小的临床方法。 确保向所有患者提供平等和公平的医疗服务。
政策、法规和指南	
	<ul style="list-style-type: none"> 促进政策制定，来支持药师在精神健康管理方面的作用。 鼓励药师与医生、精神疾病专家、精神科护士和患者、医疗保险公司以及支持团体等建立战略伙伴关系，以拓展精神健康全程管理服务的内容。
个人和职业发展	
教育和培训	<ul style="list-style-type: none"> 制定和实施教育和培训计划，以提高药师在精神健康全程管理中的服务技能。 建立患者、与药师之间的伙伴关系，以支持药师在精神健康服务方面的教育和发展。
自己和同事的精神健康	<ul style="list-style-type: none"> 关注同事的身体和精神健康状况。 加强自我管理和减少压力的影响。 能关注到同事的情感和精神需求。 与同事培养并维持良好的关系。 劳逸结合，培养生活情趣。
临床决策的制定	<ul style="list-style-type: none"> 在临床实践中整合并发展有效的临床干预手段。 通过提供治疗相关信息和专业知

4 药师精神健康全程管理培训课程/项目的设计要点

4.1 为药师量身定做的精神健康全程管理的培训内容

目前，FIP 认为药师和医务人员的培训和专业课程对精神健康全程管理服务的维持和发展起着关键作用。我们建议以持续专业发展(CPD)的形式开展药师专业能力的培训，培训内容包括药师当前和将来的工作范畴。以《FIP 精神健康全程管理-药师手册》和本书中第 3 章的知识和技能参考指南为基础，培训内容将侧重于关注药师在精神健康全程管理的角色和提供的药学服务。在培训结束后，药师应能够在以下领域展现其专业知识和应用技能：

- 药品调剂；
- 药物重整；
- 药物治疗方案的管理；
- 用药清单审查；
- 用药咨询和宣教；
- 依从性宣教；
- 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；
- 参与精神健康医疗机构中（如医院）的团队服务；
- 长效注射剂的监管。

药师在精神健康全程管理服务的前沿性工作包括：

- 对精神疾病的早期干预，包括扩大精神疾病筛查；
- 制定政策；
- 参与项目和方案的管理；
- 在法律法规的范围内，开具协议药物处方并给与药学监护；
- 参与专科门诊（如氯氮平门诊、锂剂门诊）的工作；
- 成为医院、精神病院或门诊部医疗服务团队的一员，扩大执业范围；
- 在社区提供精神健康治疗服务。

4.2 继续教育机构应考虑的因素

为了提高药师在精神健康全程管理方面的能力和水平，培训课程提供者应关注以下几个方面的内容，来支持社区、医疗机构和协会开展有效的培训项目、撰写指南和探讨继续教育的创新性等。

继续教育、持续发展和专业培训应缩小临床需求与专业能力的差距

精神健康全程管理的继续教育内容应符合当地的需要，并反映个人的专业发展需求，通过培训学习获得进步。

- 复杂的卫生系统和医疗环境可能会阻碍患者获得合理的精神健康服务。药师可根据当地需求参与精神健康全程管理工作。
- 药师需要持续终身学习与个人专业领域相关的知识与技能。因此，精神健康管理的继续教育应注重解决个人的专业提升需求，并提供一个全面的培训体系学习知识、技能和职业规范。
- 考虑本科生学习课程中的不足，临床实际工作的专业发展应以临床需求为导向，然后通过课程、继续教育和培训来为各层次的药师建立专业发展计划。

精神健康培训项目的国内外合作

开展药师精神健康培训项目的合作项目，可以：

- 共享资源；
- 越来越多的相关国际组织参与精神健康全程管理的工作，如世界卫生组织、联合国和 FIP 等，这样可以促进具备专业知识与技能的药师在多学科治疗团队中工作。

培训方案的质量保证和认证

精神健康专业的 CPD 课程已达到监管或专业机构所规定的标准和基准并已被认证。已认证的 CPD 课程不仅可以提供高质量的学术价值，而且能满足临床的需求。此外，培训课程和项目的认证有利于培训内容的标准化。

CPD 培训目标应与参与精神健康管理药师的需求相一致。

根据表 1 和表 2 的内容，药师可了解个人知识和技能的存在的不足，并选择合适的 CPD 培训内容。。

CPD 组织者和 FIP Seal 认证

FIP（Provision Partnerships Programme, PPP）计划提供了一个全球平台，帮助 FIP 成员根据当地的需求来促进药学队伍的专业建设。FIP 提供了通过培训达到职业发展目标的机会。FIP 可以与成员抓住变革性的机会，加速推动所有药学部门和药学队伍角色的发展。

2021 年，FIP 制定了标准，确保专业发展和培训计划的质量与 FIP 的使命、愿景和 21 项发展目标相一致。FIP Seal 是对培训计划的整体质量与 FIP 目标、愿景、使命的一致性的认可。有意者索取申请表和应遵循的规定，进行自我评估（请发电子邮件给 Dalia Bajis 博士，dalia@fip.org）。

本指南所概述的知识和技能为药师提供了一个参考，他们可以据此评估自己在与精神疾病药学工作相关的能力。结合 FIP 的全球专业能力框架，本指南也是设计和实施持续培训计划的参考工具。尽管本指南很全面，但我们承认它可能不完全适用于所有的药学实践领域。因此，我们鼓励药师和专业继续教育机构将课程个性化以满足不同需求。⁴¹

参考文献

1. World Health Organization (WHO). Non communicable diseases; 2021 [accessed: 14 June 2022]. Available at: <https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness. The scandal of premature mortality: Br J Psychiatry. Cambridge Core. Cambridge University Press. 2018 [accessed: 19 June 2022]. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/physical-health-disparities-and-mental-illness-the-scandal-of-premature-mortality/06CD314810155127BFE42EEDFFFE49BB>
3. Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. SpringerLink. Springer US. 2019 [accessed: 14 June 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
4. Saul B, Kinley D, Mowbray J. The International covenant on economic, social and cultural rights: Commentary, cases, and materials. OUP Oxford. 2014. doi: 10.1093/law/9780199640300.001.0001
5. Lawrence D, Hancock KI, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: Retrospective analysis of population based registers. BMJ. 2013;346:f2539. doi.org/10.1136/bmj.f2539
6. World Health Organization (WHO) - Regional Office for Europe. Integrating the prevention, treatment and care of mental health conditions and other noncommunicable diseases within health systems; 2019. [accessed: 19 June 2022] Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/397786/Mental-Health-Conditions-ENG.pdf
7. Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhgap) intervention guide Updated systematic review on evidence and impact. Evidence-Based Mental Health. 2021. doi.org/10.1136/ebmental-2021-300254
8. International Pharmaceutical Federation (FIP). Focus on Mental Health: The contribution of the pharmacist. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2015. [accessed: 30 June 2022]. Available at: <https://www.fip.org/file/1363>
9. International Pharmaceutical Federation (FIP). Beating non-communicable diseases in the community: The contribution of pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2019. [accessed: 30 June 2022]. Available at: <https://www.fip.org/file/4694>
10. International Pharmaceutical Federation (FIP). Mental health care: A handbook for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2022. Available at: <https://www.fip.org/file/5173>
11. Frick A, Osa 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): 608-615. doi.org/10.1016/j.cptl.2021.01.027
12. O'Reilly CL, Bell JS, Kelly P et al. Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour a controlled trial. Aust NZ J Psychiatry 2011 45(7), 549-557. doi:10.3109/00048674.2011.585454
13. 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 Med Educ. 2022;22, 70. doi.org/10.1186/s12909-022-03131-1
14. Crespo-Gonzalez C, Dineen-Griffin S, Rae J et al. Mental health training programs for community pharmacists, pharmacy staff and students: A systematic review. Res Social Adm Pharm. 2022; [In press]. doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.06.006
15. Rubio-Valera M, Chen TF, O'Reilly CL. New roles for pharmacists in community mental health care: A narrative review. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10) 10967-10990. doi:10.3390/ijerph111010967
16. International Pharmaceutical Federation (FIP). Continuing Professional Development/Continuing Education in Pharmacy:

- Global Report. The Hague, The Netherlands: International Pharmaceutical Federation; 2014
17. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Competency-Based Training. 2022 [accessed: 16 May 2022]. Available at: <https://unevoc.unesco.org/home/Competency-Based+Training&context=>.
 18. Udoh A, Bruno-Tome A, Ernawati D et al. The development, validity and applicability to practice of pharmacy- related competency frameworks: A systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(10):1697-1718. doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.014
 19. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Global Competency Framework - supporting the development of foundation and early career pharmacists - Version 2. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2020. [accessed: 18 June 2022]. Available at: <https://www.fip.org/file/5127>
 20. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Global Advanced Development Framework: Supporting the advancement of the profession version 1. The Hague; 2020; [accessed: 16 June 2022]. Available at: <https://www.fip.org/file/4790>
 21. Australian Medicines Handbook. [digital]. 2022
 22. Therapeutic Guidelines [digital] Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2021. Available at: <https://www.tg.org.au>
 23. O'Reilly CL, Bell JS, Chen TF. Consumer-led mental health education for pharmacy students. *Am J Pharm Educ.* 2010; 74(9), 167. doi.org/10.5688/aj7409167
 24. El-Den S, Collins JC, Chen TF et al. Pharmacists' roles in mental health care: Past, present and future. *Pharm Pract* 2021; 19(3), 2545. doi.org/10.18549/PharmPract2021.3.2545
 25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
 26. Spitzer R L, Kroenke K, Williams JB et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092. doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092
 27. Gilbody S, Richards D, Brealey S et al. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ) A diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2007;22(11):1596-602. doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y
 28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB The PHQ-9. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9)606-13. doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
 29. Patient health questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2). American Psychological Association; [accessed: 26 Jun 2022]. Available at: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>
 30. Humeniuk R. The alcohol, smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2010. [accessed:30 June 2022] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>
 31. Hirschfeld RM. The mood disorder questionnaire. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2002;04(01):9-11. doi: 10.4088/pcc.vo4no104
 32. Haro JM, Karnath SA, Ochoa S et al. The clinical global impression-schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:16-23. doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x

33. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. [Internet] 2003 [accessed: 26 Jun 2022] Available at: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2003/0115/p297.html#afp20030115p297-t3>
34. Topp CW, Ostergaard SD, Sirndergaard S et al. The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):167-76. doi.org/10.1159/000376585
35. Rush AJ, Bernstein IH, Trivedi MH et al. An evaluation of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology and the Hamilton Rating Scale for depression: A sequenced treatment alternatives to relieve Depression trial report *Biol Psychiatry* 2006;59(6):493-501. doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.022
36. Richter P, Werner J, Heerlein A et al. On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology* 1998;31(3):160-8. doi.org/10.1159/000066239
37. Lee A, Park J. Diagnostic test accuracy of the Beck Depression Inventory for detecting major depression in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nurs Res*. 2021. doi.org/10.1177/10547738211065105
38. 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). doi.org/10.1371/journal.pone.0197102
39. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHSA's working definition of recovery. [accessed: 26 Jun 2022]. Available at: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>
40. Murphy AL, Jacobs LM, Gardner DM. Pharmacists' experiences with the Bloom Program Application process. *Can Pharm J (Ott)*. 2020;154(1):42-51. doi.org/10.1177/1715163520968120
41. International Pharmaceutical Federation (FIP). The FIP handbook for providers of programmes-supporting the FIP platform for provision through partnerships-advancing pharmacy worldwide. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2022. Available at: <https://www.fip.org/file/5109>

国际
药学
联邦

Andries Bickweg 5

2517 JP 海牙

荷兰

T +31 (0)70 302 19 70

F +31 (0)70 302 19 99

fip@fip.org

www.fip.org

| 精神健康参考指南/1-07-2022