

中华护理学会团体标准

T/CNAS 38—2023

住院精神疾病患者自杀风险护理

Nursing for suicidal risk in hospitalized patients with mental disorders

2023-10-14 发布

2024-01-01 实施

中华护理学会 发布

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华护理学会提出并归口。

本文件起草单位：北京回龙观医院、上海市精神卫生中心、厦门市仙岳医院、南京脑科医院、山西医科大学第一医院、中南大学湘雅二医院、广西壮族自治区脑科医院、北京大学第六医院、浙江大学医学院附属第一医院。

本文件主要起草人：许冬梅、高静、邵静、王翠玲、王晨、李菲菲、谷嘉宁、屈燕花、施忠英、胡德英、林美容、钱瑞莲、张燕红、赵娟、李素萍、陈琼妮、骆伟娟、王涌、陶思怡。

住院精神疾病患者自杀风险护理

1 范围

本文件规定了住院精神疾病患者自杀风险护理的基本要求、风险评估及针对自杀风险的护理措施。本文件适用于各级各类精神专科医院、综合医院精神科的注册护士，其他机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

T/CNAS 04—2019 住院患者身体约束护理

GB 51058—2014 精神专科医院建筑设计规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

自杀 suicide

蓄意或自愿采取各种手段来结束自己生命的危险行为。

3.2

自杀未遂 attempted suicide

主动结束自己生命但未导致死亡的结局。

4 基本要求

- 4.1 应在评估的基础上，根据自杀风险的严重程度，遵循个体化原则制订护理措施。
- 4.2 应与精神科专科医生、患者及照护者、心理治疗师等沟通协作，共同制订和实施护理措施。
- 4.3 应保护患者隐私，持尊重、正性鼓励的态度，提供心理支持。
- 4.4 应按照 GB 51058—2014 中的规定为患者提供安全的病房环境。
- 4.5 应指导患者遵医嘱服药，服药到口，确保药物服下。
- 4.6 应对患者及照护者开展针对疾病知识、自杀防范的安全教育。

5 风险评估

- 5.1 应对新入院患者进行自杀风险评估，宜采用附录 A 中的护士用自杀风险评估量表（NGASR），0～

5 分为低风险，6~8 分为中风险，9~11 分为高风险，≥12 分为极高风险。

5.2 对于新入院患者，应连续评估 3 d，中风险及以上患者每天评估 1 次，低风险患者每周评估 1 次，病情波动时及时评估，出院前再次评估。

6 针对自杀风险的护理措施

6.1 自杀低风险患者

6.1.1 应指导患者拟定适合自己的作息时间表，包括生活起居、社交活动等。

6.1.2 应指导患者进行放松训练。

6.1.3 应指导患者进行生活技能训练，包括人际交往训练、解决问题及应急技能训练等。

6.2 自杀中风险患者

6.2.1 对于自杀中风险的患者，应在患者床头卡、护士站设粉色警示标识。

6.2.2 可与患者共同制订住院期间的安全计划，包括识别警告信号、寻求护士帮助等。

6.2.3 应与患者及照顾者进行一对一访谈，寻找患者内、外部资源，内部资源包括自信、优势、能力、知识储备、性格等，外部资源包括家庭社会支持系统、社交能力等，与患者共同制订情感宣泄的方法。

6.2.4 宜指导患者列出可在自杀危机期间提供支持的人、机构或场所。

6.2.5 宜为患者提供行为治疗和/或个别、团体心理治疗。

6.2.6 宜鼓励患者写出预防自杀的方案并经常复习。

6.2.7 宜鼓励患者进行不少于 12 周的有氧运动，每周不少于 3 次，每次运动时间不少于 30 min。

6.3 自杀高风险、极高风险患者

6.3.1 对于自杀高风险及以上的患者，应在患者床头卡、护士站设红色警示标识。

6.3.2 应将患者安置于 24 h 有专人看护的房间或在工作人员视线范围内，床位远离窗户。

6.3.3 应重点关注凌晨、交接班、节假日等自杀的高发时间段，以及卫生间、洗漱室、单间病室等高发地点。

6.3.4 应关注患者情绪突然改变时的行为变化。

6.3.5 针对自杀未遂患者，宜采取认知行为治疗（见附录 B），改变患者负性认知。

6.3.6 对有自杀自伤行为的患者，可按照 T/CNAS 04—2019 中的规定实施保护性约束。

6.3.7 对存在自杀先兆表现的患者（见附录 C），应遵医嘱及时采取药物或心理治疗。

6.3.8 应接纳、鼓励、疏导患者，允许患者发怒、哭泣，宣泄负性情绪。

6.3.9 应与患者共同探讨自杀观念的诱因，并制订应对策略。

6.3.10 宜帮助患者分析面临的问题，寻找生存下去的特定理由及患者在乎或曾经在乎的事物。

附录 A

(资料性)

护士用自杀风险评估量表 (NGASR)

条目	赋分	得分
1. 绝望感	3	
2. 近期负性生活事件 (如失业、经济困难、面临诉讼)	1	
3. 被害妄想或有被害内容的幻听	1	
4. 情绪低落、兴趣丧失或愉快感缺乏	3	
5. 人际和社会功能退缩	1	
6. 言语流露自杀意图	1	
7. 计划采取自杀行动	3	
8. 严重精神问题和/或自杀的家族史	1	
9. 近期亲人死亡或重要亲密关系丧失	3	
10. 精神病史	1	
11. 丧偶	1	
12. 自杀未遂史	3	
13. 社会-经济地位低下	1	
14. 饮酒史或酒精滥用	1	
15. 罹患晚期疾病	1	
总分		

注：每个条目答“否”记 0 分，答是则记赋值分数，总分为 25 分。

附录 B

(资料性)

认知行为治疗的关键要素

步骤	项目	内容
第 1 步	评估	采用附录 A 中的护士用自杀风险评估量表，评估患者的自杀程度
第 2 步	认知重建	在认知行为治疗过程中，患者自主觉察不良信念和认知再评价训练都是以引导患者沉思和改变认知固化为目标的训练，帮助患者处理与自杀行为密切相关的信念或想法
第 3 步	问题解决	针对自杀相关的特定问题制订解决方案，具体步骤为选择一个问题，生成选项，对每个选项的可能结果进行评级，选择最佳选项，并评估每个选项的效果，提升解决问题的能力
第 4 步	讨论生存理由	共同探讨生存下去的理由
第 5 步	危机应对计划	列出应对自杀危机行动的具体方法
第 6 步	预防自杀复发练习	假设让患者再次面对自杀未遂前的情景，要说出自己的思想、情感、行为和生理感觉，并要求使用在治疗过程中学习到的技巧或策略来成功地解决问题

附 录 C
(资料性)
自杀先兆表现

类别	具体表现
心理反应	心情紧张、焦虑不安、平时爱说爱笑的人，突然郁郁寡欢、愁眉苦脸；平时抑郁少言寡语的人，突然和周围的人同乐起来等
躯体反应	头痛、手脚发麻、出汗、呼吸短促、全身紧张发抖等
动作行为	准备最喜欢的衣物、净身、注意打扮、突然变得活泼可爱、主动与打过架的人和好、给亲人朋友送礼品留念、处理遗产、准备自杀工具等
发出求助信号	问“人生为了什么？”“人活着真没有意思”“做人真难呀”“活着没意思，不如死了”“我们的缘份已尽”、向亲人和朋友写信或口头说些祝福的话