

ICS 11.020

CCS C 05



团 体 标 准

T/CALC 008-2025

住院肿瘤患者自杀风险评估与预防管理规范

Standards for the management of suicide risk assessment and prevention
for hospitalized cancer patients

2025-05-14 发布

2025-06-01 实施

中国生命关怀协会 发 布

目 次

前言 I

1 适用范围 1

2 术语和定义 1

3 基本要求 2

4 住院肿瘤患者自杀风险评估 2

5 住院肿瘤患者自杀预防措施 3

6 质量管理 5

附录 A（资料性）住院肿瘤患者自杀风险评估量表 6

附录 B（资料性）住院肿瘤患者自杀风险告知书 7

附录 C（资料性）住院肿瘤患者环境安全管理清单（十条） 9

参考文献 10

前 言

本标准是根据 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》规定进行编写。

本标准由中国生命关怀协会人文护理专业委员会提出。

本标准由中国生命关怀协会归口。

本标准主要起草单位：华中科技大学同济医学院附属协和医院、苏州大学附属第一医院、复旦大学附属肿瘤医院、中国人民解放军南部战区总医院、湖南省肿瘤医院、北京回龙观医院、郑州大学第一附属医院、武汉市精神卫生中心、西安交通大学第一附属医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、江西省肿瘤医院、北京协和医院、四川大学华西医院、南京大学医学院附属鼓楼医院、湖北省肿瘤医院、武汉市中心医院、武汉市第一医院、遵义医科大学附属医院、海军军医大学第三附属医院、河南省人民医院、武汉大学人民医院、武汉大学中南医院、山东第一医科大学附属肿瘤医院、南方医科大学南方医院、华中科技大学同济医学院护理学院、重庆市九龙坡区人民医院、河南省肿瘤医院、中国人民解放军海军军医大学护理系、随州市中心医院、中国医学科学院肿瘤医院、辽宁省肿瘤医院、孝感市中心医院、仙桃市第一人民医院、中国人民解放军中部战区总医院、博尔塔拉蒙古自治州人民医院、华中科技大学协和京山医院、温州医科大学附属第二医院、南华大学护理学院、绍兴文理学院、深圳市坪山区人民医院、潜江市中心医院。

本标准主要起草人：胡德英、李惠玲、陆箴琦、谢红珍、湛永毅、许冬梅、刘延锦、丁小萍、辛霞、汪晖、孙丽、洪金花、郭娜、蒋艳、袁玲、胡龙霞、王惠芬、付阿丹、王莉、邓仁丽、李丽、许妍、蔡忠香、朱小平、孟英涛、周春兰、张可可、林婉婷、朱秀琴、何博、徐晓霞、黄璐璐、吴菁、吴圆圆、董雪、于乐静、史琛、代艺、彭淑华、何丽、熊丹莉、胡洁、谭蓉、刘丽、许丽、张继春、汪艳、张春梅、张垠莹、周依、陈莹、昌子艳、何春燕。

本标准顾问：孙晖、伍钢、张庆民、刘义兰、刘晓虹、江光荣、董四平。

本标准于 2025 年 5 月 14 日首次发布。

住院肿瘤患者自杀风险评估与预防管理规范

1 适用范围

本标准规定了住院肿瘤患者自杀风险评估与预防管理的基本要求、风险评估、预防措施及质量管理等内容。

本标准适用于各级各类医院实施住院肿瘤患者自杀风险评估与预防管理，其他医疗机构可参照执行。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

自杀 suicide

个体蓄意或自愿以各种手段结束自己生命的行为。

2.2

自杀意念 suicidal ideation

有伤害自己生命的意愿，无明确计划、行动准备和实际行为。

2.3

自杀计划 suicidal plan

制定了明确的伤害自己生命的计划，无行动准备与实际行为。

2.4

自杀准备 suicidal preparation

准备了自杀的工具和方法，没有采取伤害自己生命的行为。

2.5

自杀未遂 attempted suicide

采取过伤害自己生命的行为，该行为没有直接导致死亡的结局。

2.6

自杀风险 suicide risk

采取自杀行为的可能性大小，包括自杀意念、自杀计划、自杀准备、自杀未遂。

2.7

自杀预防 suicide prevention

一种基于证据的综合性自杀预防策略，根据自杀的风险因素与保护因素确定自杀预防具体方法，旨在减少伴随死亡意图的致命性自我伤害行为。

2.8

肿瘤 tumor

机体在各种致癌因子作用下，局部组织细胞增生所形成的新生物。它分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。

2.9

住院肿瘤患者 hospitalized cancer patients

经病理学诊断为恶性肿瘤，并正在医疗机构接受住院治疗的患者。

2.10

环境安全 environmental safety

医院通过优化物理空间设计、移除危险物品、加强监控与管理措施等，最大限度地减少患者实施自杀行为的机会，同时保障其隐私和尊严，确保患者住院安全。

3 基本要求

3.1 医院应营造关爱生命的氛围，展现人文关怀精神。

3.2 医院应制定肿瘤患者自杀风险评估与预防管理制度及流程，并建立应急响应机制。

3.3 医院应组建肿瘤患者心理危机干预多学科团队，团队成员包括肿瘤科医生、心理咨询师、护士、社工、志愿者等，明确各成员职责及分工。

3.4 医院应对医护人员开展肿瘤患者自杀风险评估与预防的教育培训。

3.5 病区应对肿瘤患者及家属进行自杀预防的健康宣教。

3.6 医护人员应保护肿瘤患者隐私，除非遇到需要打破保密限制的情形。

3.7 病区应定期检查住院环境安全，针对发现的问题及时予以处理。

4 住院肿瘤患者自杀风险评估

4.1 评估原则

4.1.1 多维度：结合肿瘤患者既往史、身体、心理、家庭社会支持及环境安全等内容，多维度评估患者自杀风险。

4.1.2 全面性：采用观察法、访谈法、量表法以及查看医疗记录等多种方法，全面评估肿瘤患者的自杀风险。

4.1.3 动态性：贯穿肿瘤患者住院全程，根据治疗阶段、病情变化、心理状态、风险等级等，及时动态调整评估频次。

4.1.4 人文性：评估过程应注意倾听与共情，尊重患者感受。

4.2 评估流程

4.2.1 入院时对所有肿瘤患者采用患者健康问卷（PHQ-9）进行筛查。

4.2.2 当 PHQ-9 筛查总分 ≥ 5 分或第 9 条目 ≥ 1 分，宜采用住院肿瘤患者自杀风险评估量表（见附录 A）对患者进行自杀风险评估，该量表为他评量表。

4.2.3 根据评估得分划分风险等级，并采取相应的预防措施。

4.2.4 当患者转科、出院前、病情发生重大变化、情绪状态明显改变、发生重大负性生活事件、出现自杀言语或行为征兆等情况时进行复评。

4.3 评估内容

4.3.1 既往史：入院时了解肿瘤患者有无自杀未遂史、物质滥用史等，有无直系亲属罹患精神疾病、自杀未遂等家族史。

4.3.2 身体状况：评估患者肿瘤类型及分期，有无严重症状（如剧烈疼痛）及严重并发症，是否病情恶化等。

4.3.3 心理行为状况：评估肿瘤患者有无重度抑郁情绪、绝望感、认知受损、社交活动减少、自杀言语或行为征兆，有无自杀意念、自杀计划、自杀准备等表现。

4.3.4 家庭社会支持状况：了解肿瘤患者家庭成员之间的情感支持情况，有无存在长期关系紧张或激烈冲突等情形，有无发生重大负性生活事件，有无经济负担等。

5 住院肿瘤患者自杀预防措施

5.1 营造关爱生命氛围

5.1.1 病区每月举办科学易懂、内容丰富的患者教育活动，让肿瘤患者感受到对健康与生命的呵护。

5.1.2 宜在病区设置心理支持场所，创造舒适环境，倾听肿瘤患者叙事和心声。

5.1.3 病区设置心理护理与人文关怀宣传专栏，每季度更换栏目内容。

5.1.4 病区组织开展世界预防自杀日义诊等活动，提高对肿瘤患者自杀问题的认知和关注。

5.2 培训医护人员

5.2.1 培训目标：掌握肿瘤患者自杀风险因素、预警信号及预防措施等相关知识；熟练使用评估工具；掌握高风险患者转介途径；掌握与自杀风险患者的沟通技巧等。

5.2.2 培训内容：包括肿瘤患者心理特点、自杀基础知识、自杀风险评估、自杀防范及自杀高危患者转介；标准化评估工具的使用；相关共识、标准与指南；相关法律法规及伦理规范；沟通技巧等。

5.2.3 培训形式：分层培训并覆盖全员。采用理论与实践相结合、线上线下相结合的方式，如专题讲座、焦点小组讨论、自杀应急预案演练等。

5.2.4 培训考核：包括理论考试和情景模拟考核。通过考核者颁发培训合格证书。

5.3 实施风险等级护理措施

5.3.1 低风险患者：了解肿瘤患者的心理行为状态，让其充分表达内心感受，提供心理支持，如倾听、共情、积极关注等；关注患者身体状况，减轻患者不适症状；了解患者家庭社会支持状况，要求家属留陪；移除病房可能用于自杀的工具等；每 3 天评估 1 次。

5.3.2 中风险患者：密切观察肿瘤患者的心理行为变化，针对患者个体化问题，提供心理疏导；处理患者躯体不适症状，积极观察治疗效果；联接家庭社会支持，要求家属 24 小时留陪；可将患者调至靠近护士站且远离窗户的位置，限制患者单独活动，外出检查需家属或医护人员陪同；每天评估 1 次。

5.3.3 高风险患者：严密监护患者的心理行为状况，立即启动心理危机干预多学科团队协助，采用危机干预、认知行为疗法等方法，稳定情绪，保证患者安全；高度重视并有效控制患者躯体症状；家属 24 小时留陪，并及时报告医护人员患者异常情况；每班评估 1 次，风险等级变化随时调整评估频次。

5.4 交接与记录

5.4.1 应及时告知科室医护人员肿瘤患者自杀的相关信息，确保预防措施协调一致。

5.4.2 应详细交接肿瘤患者自杀风险等级，落实相应的预防措施并记录。

5.4.3 应认真对待肿瘤患者直接或间接表示想要自杀的所有陈述和信息，包括观察患者言行，询问主管医生、家属、社工、志愿者、同病室病友等，查看病史记录等。

5.4.4 联合主管医生，与患者家属签署《住院肿瘤患者自杀风险告知书》（见附录 B）。

5.4.5 可设立黄色安全警示标识，放置在护士站。

5.5 巡视与观察

5.5.1 应密切观察有自杀风险的肿瘤患者的位置（如房间、床号），患者位置应为工作人员所知晓。

5.5.2 巡视并核查肿瘤患者在床状态，监测其如厕或洗漱时长，减少其独处时间。

5.5.3 应重点关注肿瘤患者自杀高发时段（如夜间、清晨、查房结束后等）的去向，如去向不明，应及时与患者及家属取得联系，予以确认。

5.5.4 应主动观察肿瘤患者特殊行为，如患者夜间没有入睡、在病房徘徊、写遗书、哭泣等，应提高警惕，主动关怀。

5.6 与患者沟通

5.6.1 了解肿瘤患者病情变化，与患者沟通时做到心中有数。

5.6.2 与肿瘤患者建立信任关系，耐心倾听、共情患者对疾病的担忧、恐惧和需求，表达同理心与关怀。

5.6.3 应用鼓励、支持及安慰的语言，增强肿瘤患者应对疾病的效能和希望。避免使用刺激性语言。

5.6.4 明确肿瘤患者当下困难，共同探讨除自杀以外的多种解决方案，如调整治疗方案、加入病友互助小组、实施预立医疗照顾计划等。

5.6.5 打破肿瘤患者僵化封闭的情绪状态，宜采用一些容易执行的措施，如在床边陪伴患者、陪同其散步，邀请家人及朋友来院探望等。

5.6.6 可与肿瘤患者共同制定住院期间的安全计划，如指导患者在感到绝望或想要自杀时，尝试表达自己的情绪和身体状态，主动求助医生、护士、家人、朋友等，或拨打心理危机干预热线。

5.7 环境安全

5.7.1 为肿瘤患者提供一个安全和支持性的环境。

5.7.2 按照住院肿瘤患者环境安全管理清单（见附录 C），定期检查病区环境安全状况并记录，持续改进。

5.8 转诊与出院随访

5.8.1 有自杀风险的肿瘤患者转诊至新的卫生服务机构时，应向卫生服务机构提供患者自杀风险相关信息，保持诊疗的连续性。

5.8.2 对有自杀风险的出院肿瘤患者，在随访时应了解其当前状况，给予关怀性沟通和针对性指导，保持患者适宜身心状态。

6 质量管理

6.1 质量评价内容：包括住院肿瘤患者自杀风险评估准确率、预防措施执行率、患者自杀行为发生率等指标。

6.2 评价方法及频次：采用现场查看环境、询问医护人员、查阅资料（如肿瘤患者自杀相关不良事件报告及原因分析）、问卷调查等工作形式，病区应每月对住院肿瘤患者自杀风险评估与预防质量管理进行评价，医院内主管职能部门可每季度进行质量检查，及时反馈并整改。将住院肿瘤患者自杀风险评估与预防质量管理纳入医院质控体系。

6.3 持续改进：应分析评价结果，对工作亮点进行院内推广及宣传，对发现的问题及时分析原因并制定改进措施及追踪。将质控结果纳入科室绩效考核。运用质量管理工具（如 PDCA、QCC 等）推进住院肿瘤患者自杀风险评估与预防质量持续改进，不断完善管理制度及评价机制。

附录 A
(资料性)
住院肿瘤患者自杀风险评估量表

表A.1 住院肿瘤患者自杀风险评估量表

条目	有	无
A 既往史		
A1 自杀未遂史	3	0
A2 物质滥用史	1	0
A3 家族史（如直系亲属有精神疾病、自杀未遂）	1	0
B 身体状况		
B1 严重症状	1	0
B2 严重并发症	1	0
B3 病情恶化或治疗无效	1	0
C 心理行为状况		
C1 重度抑郁情绪	1	0
C2 绝望感	1	0
C3 社会疏离	1	0
C4 言语流露自杀意图	1	0
C5 自杀计划	3	0
C6 自杀准备，如准备刀具、绳索、囤积药品等	3	0
D 家庭社会支持状况		
D1 与配偶、父母、子女长期关系紧张或发生激烈冲突	1	0
D2 近期发生重大负性生活事件	1	0
D3 经济负担重	1	0
D4 家庭社会支持利用度不足	1	0

注：“有”为1分（其中A1、C5、C6各计3分）；“无”为0分，总分22分。0~5分为低风险，6~15分为中风险，≥16分为高风险。若A1、C5、C6任意一条为“有”，则视为自杀高风险。

附录 B
(资料性)
住院肿瘤患者自杀风险告知书

科室_____姓名_____性别_____年龄_____床号_____住院号_____诊断_____

尊敬的患者家属或监护人：

您好！为了更好地保证患者安全，避免患者在住院期间发生自杀不良事件，经综合评估，目前患者存在自杀风险因素，可能对其健康甚至生命安全造成影响，需积极采取预防措施，特告知如下，请充分理解并密切配合。谢谢支持！

(一) 家属或监护人需要知晓的患者自杀风险因素

- 1.既往史：患者有自杀未遂史、物质滥用史、家族史。
- 2.身体状况：诊断为头颈/胸部/腹部/乳腺/妇瘤/骨软组织肉瘤/黑色素瘤/淋巴瘤等恶性肿瘤，有严重症状，有严重并发症，病情恶化或治疗无效。
- 3.心理行为状况：出现抑郁、绝望感、社交活动减少，出现自杀言语或行为征兆，如“我不想活了”，拒绝治疗或提及死亡，准备刀具、绳索、囤积药品、交代后事等。
- 4.家庭社会支持状况：与配偶、父母、子女长期关系紧张或发生激烈冲突，近期发生重大负性生活事件，经济压力大，家庭社会支持利用度不足。

(二) 家属或监护人需要知晓的患者自杀预防措施

- 1.知晓患者自杀风险等级及当前表现，与医生、护士签署《住院肿瘤患者自杀风险告知书》。
- 2.识别自杀言语或行为征兆，一旦发现异常情况，应立即采取防范措施，并通知医务人员。
- 3.识别并移除环境中可能用于自杀的工具或药品等，且告知其他探视者不可带入医院。限制患者到阳台、楼顶等危险公共区域逗留。
- 4.需 24 小时留陪看护，家属之间做好交接班，确保患者在家属视线范围内活动，避免患者独处。
- 5.明确患者在床状态及去向，如去向不明，及时与患者取得联系，予以确认。
- 6.做好患者日常生活协助，关注其检查/治疗/手术/会诊等情况，以积极态度正面告诉患者相关结果，减轻其焦虑、抑郁及恐惧情绪。
- 7.多陪伴患者并与之多聊天，耐心倾听其感受和痛苦，给予情感支持。
- 8.知晓医院心理咨询门诊时间，或心理危机干预热线等。

(三) 责任声明

家属或监护人意见：

医护人员已将患者自杀风险以及不良后果向我告知，我予以理解，将全力配合医护人员做好患者自杀预防工作。

患者签名：_____ 年__月__日

家属签名：_____ 与患者关系_____ 年__月__日

医护人员陈述：

我已将患者自杀风险以及不良后果告知患者家属或监护人，并且解答了自杀预防相关问题。

医生签名：_____ 年__月__日

护士签名：_____ 年__月__日

附录 C
(资料性)
住院肿瘤患者环境安全管理清单（十条）

表C.1 住院肿瘤患者环境安全管理清单（十条）

类别	管理措施
1 病房设计	病房门采用防反锁设计，门上设有观察窗。卫生间门设计为向外开启，卫生间设置一键呼叫按钮等。
2 照明和布局	病房和公共区域光线充足，避免死角。
3 监控系统	设有监控系统，监控应覆盖到位，尤其是在病区出入口、走廊，确保实时监控。
4 阳台、楼顶	阳台安装防护栏，楼顶通道实施封闭管理，加强巡视，限制患者到此区域逗留。
5 窗户	病区窗户限制推开宽度与角度，宽度 $\leq 10\text{cm}$ 或角度 $\leq 30^\circ$ ，可安装限位器，定期检查维修。
6 锐器	入院时检查患者携带的生活物品，禁止携带水果刀、剃须刀等，病房统一配备，如需使用可到护士站借用并用后归还。医护人员使用注射器、剪刀、手术刀片等锐器后，及时回收，禁止遗留在病房。
7 易碎品	检查易碎品携带与使用情况，如玻璃制品、水银体温计，在患者情绪波动较大时，注意移除易碎物品。
8 绳索物	输液管、被服、约束带等长条物品使用后及时清点回收。观察危重患者的输液、给氧等是否处于治疗状态，呼叫铃等仪器设备线路是否处于正常连接状态，防止患者拔掉其用作自杀工具。
9 药品	口服药如镇静催眠药，由护士统一发放，发药到手，看服到口，防止患者囤药后一次性服用。
10 危险化学品	危险化学品放置在患者不易拿到的地方，妥善管理。

参考文献

- [1]T/CALC 001-2022 病区护理人文关怀管理规范[S].
- [2]T/CNAS 38-2023 住院精神疾病患者自杀风险护理[S].
- [3]胡德英, 刘义兰, 孙晖. 患者自杀风险管理指导手册(汉英对照)[M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2021.
- [4]刘义兰, 胡德英, 杨春. 护理人文关怀理论与实践[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2017.
- [5]胡德英, 熊宇, 丁小萍, 等. 自杀风险管理方案在综合医院住院患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(08): 971-974.
- [6]谭蓉, 胡德英, 刘义兰, 等. 住院患者自杀风险评估量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(09): 1096-1099.
- [7]中国生命关怀协会人文护理专业委员会. 医院护理人文关怀实践规范专家共识[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(10): 843-847.
- [8]唐丽丽. 中国肿瘤心理临床实践指南 2020[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [9] Wan Q, Ding X, Hu D, et al. A study of the epidemiology and risk factors for attempted suicide and suicide among non-psychiatric inpatients in 48 general hospitals in Hubei province, China, 2015-2017[J]. General Hospital Psychiatry, 2020, 63:21-29.
- [10] Teng F, Hu D, Zhou Y, et al. Psychiatric Distress and Suicidal Tendencies in Adult Cancer Survivors: Verifying the Validity of the Brief Symptom Inventory-18 for Identifying Suicidal Ideation in the Hospitalized Population of Mainland China[J]. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2022. 29(2), 403-411.
- [11]陈莹, 胡德英, 丁芳, 等. 住院患者自杀防范培训体系的构建[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(12): 1831-1836.
- [12]滕芬, 胡德英, 周依, 等. 自杀标准化术语及分类的发展与应用进展[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(11): 1740-1745.
- [13]许珂, 胡德英, 谭蓉, 等. 患者自杀风险筛查与评估的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(03): 467-471.
- [14] Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour [EB/OL]. [2024-2-19]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>.
- [15]杜睿, 江光荣. 自杀行为的分类与命名: 现状、评述及展望[J]. 中国临床心理学杂志, 2015, 23(04): 690-694.