

• 护理管理 •

综合医院住院患者自杀风险评估指标体系的建立

谭蓉¹, 胡德英², 周文娟¹, 许珂², 刘义兰²

摘要:目的 构建综合医院住院患者自杀风险评估指标体系,为临床护理人员评估自杀提供工具。方法 采用文献研究法、焦点小组讨论法、德尔菲专家咨询法筛选评估指标,运用层次分析法确定指标权重,建立住院患者自杀风险评估指标体系。结果 2轮专家咨询问卷有效回收率分别为94.29%、90.91%,权威系数分别为0.849、0.857,协调系数分别为0.308、0.343;最终构建的住院患者自杀风险评估指标体系包括3个一级指标、8个二级指标及24个三级指标,并确定各级指标权重。结论 住院患者自杀风险评估指标体系被专家认可,可进一步开展临床实证研究。

关键词:住院患者; 自杀; 风险评估; 指标体系; 德尔菲法; 自杀评估

中图分类号:R472 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.01.048

Development of an indicator system for evaluating inpatients suicide risk in general hospital Tan Rong, Hu Deying, Zhou Wenjuan, Xu Ke, Liu Yilan. Department of Orthopedics, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To develop an indicator system for evaluating inpatients suicide risk in general hospital and to provide an assessment tool for clinical nurse. **Methods** Literature review, focus group discussion, and expert consultation were employed to develop the indicators, then analytic hierarchy process was used to determine the weight of indicator. **Results** The questionnaire return rate was 94.29% in round 1 and 90.91% in round 2 of expert consultation. The authority coefficients were 0.849 and 0.857, and the coordination coefficients were 0.308 and 0.343, respectively. The indicator system consisted of 3 first-level indicators, 8 second-level indicators and 24 third-level indicators, and the weights of indicators were identified. **Conclusion** The indicator system for evaluating inpatients suicide risk was approved by the experts, and should be validated in clinical practice.

Key words: inpatients; suicide; risk assessment; indicator system; Delphi; suicide assessment

患者自杀事件已成为医院认证联合委员会的第五大警训事件^[1]。自杀风险评估是实施自杀预防的首要措施。研究发现,评估住院患者自杀风险,识别出高风险的个体,将预防的关口前移,有助于医护人员作正确判断并采取预防措施^[2-3]。有自杀倾向的患者若能得到精神卫生专业人员的及时介入,自杀被认为是可以预防的。但缺乏合适的自杀风险评估工具是不能有效预防和减少自杀事件的主要原因^[4]。国外研制的一些应用较为广泛的自杀评估量表^[5-7],由于医疗文化背景及工作模式的差异,并不太适合我国直接使用。而目前我国学者编制的自杀评估工具主要针对肿瘤患者、大学生、军人、精神病患者等人群^[8-11],尚缺乏适合综合医院临床使用的住院患者自杀风险评估工具。林云芳等^[12]编制的自杀危险因素量表用于躯体疾病患者的自杀预警,存在条目多、评估耗时等问题,不适用于护理人员快速筛查自杀患者。因此,本研究探索建立综合医院住院患者自杀风

险评估指标体系,旨在为护理人员简单快捷、精确有效筛查临床自杀风险患者提供工具。

1 对象与方法

1.1 拟定评估指标 课题研究小组共6人,其中4人从事临床护理、心理护理、患者安全领域工作10年以上(主任护师1人,副主任护师1人,主管护师2人;硕士2人,博士和本科各1人);另2人为研究生。以系统论模型(System Model)和生物社会心理模型^[13](Biopsychosocial Model)为理论基础,依据评估指标体系的构建原则,参照国内外相关精神卫生政策与服务指南及相关文献,结合我国国情和住院患者自杀特点,初步拟定指标条目池并开展焦点小组访谈。访谈对象为我院心理护理小组及自杀预防小组成员,共5人[博士1人,硕士1人,本科3人;主任护师1人,副主任护师2人,主管护师2人;工作年限10~29(19.76±4.59)年]。访谈内容主要包括对目前指标体系的意见和建议、如何兼顾减轻护理人员工作负担与有效评估出自杀风险患者,以及修订时应该遵循的原则等。经过反复论证与修改,形成综合医院住院患者自杀风险评估指标体系初稿,主要包括生理因素、精神心理因素和社会因素3个一级指标,11个二级指标,30个三级指标。

1.2 遴选咨询专家 根据本研究的目的是德尔菲法

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 骨科 2. 护理部 (湖北 武汉,430022)

谭蓉:女,硕士,护师

通信作者:胡德英, Hudeying2006@126.com

科研项目:国家自然科学基金面上项目(71673100)

收稿:2019-08-01;修回:2019-09-16

的要求,通过知网、万方、维普数据库,检索发表住院患者自杀、心理危机与干预、患者安全相关论文的作者。入选标准:①临床护理、护理管理、心理护理及危机干预、公共卫生事业管理等领域经验丰富的专家;②具有中级以上职称且在其专业领域工作 10 年以上,或具有副高级以上职称且在其专业领域工作 5 年以上;③支持本研究,能够客观中肯地提出意见并且愿意参加咨询;④发文量 5 篇以上、H 指数大于 2(至多有 H 篇论文分别被引用至少 H 次)。最终选择来自全国 3 个省市 5 所三级医院和 3 所高等院校的 35 名专家为函询对象。

1.3 确定专家咨询问卷 第一部分内容:①专家基本信息;②专家对本研究内容的熟悉程度;③专家对本研究内容的判断依据。第二部分内容:对各级评估指标重要性进行评分。设意见栏和空白栏,供专家对各指标提出修改意见和增加指标。

1.4 专家咨询过程 本研究共开展 2 轮咨询。主要以电子邮件的形式向专家发送咨询问卷,其中地理位置就近的专家直接以面见的形式发放,告知专家本课题研究的目的是内容,请专家尽可能 2 周内回复。以同时满足均数 > 3.5 分,变异系数 < 0.2 ,满分比 > 0.2 为指标筛选标准^[14]。

1.5 统计学方法 将专家咨询数据经双人核对后录入 Excel2007,采用 SPSS19.0 软件进行统计分析。专家积极系数用问卷回收率表示,专家意见的协调程度用变异系数和 Kendall's 协调系数(W)表示。通过层次分析法(AHP)确定一级指标的相对重要性,即选取第 2 轮咨询中应答积极、经验丰富的 15 名专家,依据 Saaty 相对重要性等级表对 3 个一级指标的相对重要性进行两两对比。依据 Saaty 标度确定二级指标、三级指标的重要性程度。最后利用 Yaahp 软件建立层次模型、构造判断矩阵并进行一致性检验,得出评估指标的权重^[15]。

2 结果

2.1 专家基本情况 2 轮均回复且数据有效 30 人,其中男 5 人,女 25 人;年龄 32~62(43.10 $\pm$ 6.55)岁;工作年限 9~36(21.57 $\pm$ 7.77)年;本科 11 人,硕士 15 人,博士 4 人;中级职称 11 人,副高级 15 人,高级 4 人;从事心理危机与干预 4 人,心理护理 9 人,卫生事业管理 3 人,临床护理 3 人,护理管理(含研究)11 人。

2.2 专家积极系数 第 1 轮发放 35 份问卷,回收率为 100%,其中 33 份为有效问卷,问卷有效率为 94.29%。第 2 轮发放问卷 33 份,回收 30 份,回收率 90.91%,均为有效问卷。

2.3 专家权威系数 本研究第 1 轮权威程度 Ca 为 0.849,第 2 轮 Ca 为 0.857。

2.4 专家意见的协调程度 第 1 轮一、二级指标 Kendall's W 系数分别为 0.255、0.123;第 2 轮分别为

0.243、0.387。2 轮总体协调系数分别为 0.308、0.343(均 $P < 0.01$)。

2.5 专家咨询结果 经过 2 轮专家咨询,最终形成住院患者自杀风险评估指标体系,包含 3 个一级指标,8 个二级指标,24 个三级指标,见表 1。

3 讨论

3.1 专家代表性、积极性和权威性分析 专家的选择是德尔菲咨询法的关键,直接关系到指标的科学性、客观性以及指标体系的可靠性。本研究专家来自心理危机与干预、心理护理、卫生事业管理、临床护理管理等不同领域。工作年限为(21.57 $\pm$ 7.77)年,硕博学历占 60%以上,在各自领域有较深的理论知识或实践经验,保证了良好的代表性。2 轮专家咨询的积极系数分别为 94.29%、90.91%,说明专家对本研究的重视度较高。第 1 轮有 24 名专家对指标提出详细的修改意见和建议,第 2 轮有 8 名专家对指标的描述和归类提出修改建议,体现了专家较高的积极性和对本研究持续的支持^[16]。一般认为,专家权威系数 > 0.70 为可接受范围,2 轮专家咨询的权威系数分别为 0.849、0.857,权威程度较高,表明本次研究结果较可靠。专家协调程度可以反映专家对指标的评价是否存在较大的分歧。2 轮总体协调系数分别为 0.308、0.343,说明专家意见基本趋于一致,指标体系的协调程度较为理想。

3.2 评估指标体系的内容及权重分析

3.2.1 生理因素指标 生理因素权重值居一级指标权重第 2 位。其包含“躯体疾病”和“症状困扰”2 个二级指标,其中,“躯体疾病”的组合权重在单项指标中最高,可能因为躯体疾病是住院患者自杀的诱发或促进因素。生理因素维度下三级指标:“患有难以治愈的严重躯体疾病”、“严重或慢性躯体疾病引发的无法耐受的剧烈疼痛”,分别位于三级指标权重值第 1、2 位。研究表明,在自杀死亡者中,躯体疾病患者尤其是不可治愈的或疼痛性的慢性疾病患者可达 25%~75%^[17]。本研究认为躯体疾病因素是住院患者与其他人群自杀的最大不同之处,和一般人群相比,住院患者自杀具有其特殊性,综合医院就诊的患者绝大部分患有躯体疾病,躯体疾病限制了个人的躯体功能,当无法满足日常基本需求时,很可能会导致负性情绪问题^[18]。此外,医院环境的陌生性及治疗的密集性,也可能导致患者产生心理不适应性^[19]。慢性躯体疾病或恶性肿瘤患者大多伴有疼痛症状,当疾病引起的慢性疼痛得不到缓解,即使使用镇痛药仍然无效,这使得患者不得不长期处于身体疼痛和心理恐惧的双重煎熬之下。长此以往,疼痛会导致患者失眠加剧,生活质量急剧变化,患者甚至会对疼痛感到无助和绝望,再加上癌症治疗的高额费用,此时为摆脱这种境况,他们很可能借助自杀来逃避疼痛和失眠

的折磨^[20-22]。因此,临床护理工作中应重视此维度内容,及时发现患者因疾病引起的并发症、严重疼痛和失眠症状等,根据患者病情变化和心理状况,实施有

针对性的心理疏导,减少对疾病的焦虑和恐惧,缓解躯体疾病引发的疼痛和睡眠障碍,提高患者对疾病的应对能力和适应能力。

表 1 住院患者自杀风险评估各级指标及权重

指 标	重要性赋值($\bar{x} \pm s$)	CV	满分率(%)	权重	组合权重
I-1 生理因素	4.70±0.54	0.114	73.33	0.3278	—
II-1 躯体疾病	4.87±0.35	0.079	86.67	0.6667	0.2185
III-1 患有难以治愈的严重躯体疾病	4.80±0.41	0.085	80.00	0.6667	0.1457
III-2 疾病或治疗所致的严重并发症	4.57±0.57	0.124	60.00	0.3333	0.0728
II-2 症状困扰	4.80±0.41	0.085	80.00	0.3333	0.1092
III-3 严重或慢性躯体疾病引发的无法耐受的剧烈疼痛	4.73±0.45	0.095	73.33	0.7500	0.0819
III-4 严重或慢性躯体疾病导致的失眠	4.27±0.58	0.137	33.33	0.2500	0.0273
I-2 心理精神因素	4.97±0.18	0.037	96.67	0.4111	—
II-3 认知失调	4.90±0.31	0.062	90.00	0.1759	0.0723
III-5 绝望感	4.83±0.46	0.095	86.67	0.4173	0.0302
III-6 消极的应对方式	4.63±0.56	0.120	66.67	0.3103	0.0224
III-7 消极自我评价	4.70±0.47	0.099	70.00	0.1860	0.0135
III-8 刻板的或非黑即白等	4.33±0.66	0.153	43.33	0.0864	0.0062
II-4 精神障碍	4.57±0.63	0.137	63.33	0.4412	0.1813
III-9 情感障碍	4.97±0.18	0.037	96.67	0.4429	0.0803
III-10 患有精神疾病	4.73±0.52	0.110	76.67	0.3873	0.0702
III-11 有精神疾病家族史	4.47±0.73	0.163	60.00	0.1698	0.0308
II-5 人格特征	4.63±0.85	0.184	76.67	0.1148	0.0472
III-12 冲动性及攻击性人格	4.33±0.71	0.164	46.67	0.7500	0.0354
III-13 追求完美主义	4.43±0.57	0.128	46.67	0.2500	0.0118
II-6 自杀先兆	4.87±0.43	0.089	90.00	0.2681	0.1102
III-14 自杀未遂史	4.90±0.31	0.062	90.00	0.3338	0.0368
III-15 言语流露自杀想法	4.70±0.65	0.139	80.00	0.5246	0.0578
III-16 近期生活习惯改变	4.57±0.57	0.124	60.00	0.1416	0.0156
I-3 社会因素	4.57±0.50	0.110	56.67	0.2611	—
II-7 家庭社会支持	4.90±0.31	0.062	90.00	0.5000	0.1305
III-17 严重的家庭矛盾	4.57±0.57	0.124	60.00	0.2121	0.0277
III-18 曾经遭遇家庭暴力	4.67±0.55	0.117	70.00	0.1808	0.0236
III-19 家族成员或朋友发生过自杀行为或自杀未遂	4.50±0.57	0.127	53.33	0.5011	0.0654
III-20 住院前独居	4.43±0.57	0.128	46.67	0.1060	0.0138
II-8 负性生活事件	4.47±0.57	0.128	50.00	0.5000	0.1307
III-21 近期有重要的亲密关系丧失	4.83±0.38	0.078	83.33	0.1981	0.0259
III-22 近期遭受重大挫折	4.77±0.50	0.106	80.00	0.3873	0.0506
III-23 近期冲突性的人际关系	4.40±0.56	0.128	43.33	0.2748	0.0359
III-24 目前处于失业状态	4.43±0.77	0.175	60.00	0.1398	0.0183

3.2.2 精神心理因素指标 精神心理因素权重值在一级指标中权重最高。此维度包含 4 个二级指标“精神障碍”、“自杀先兆”、“认知失调”、“人格特征”。“精神障碍”组合权重在单项指标中处于第 2 位。“情感障碍”、“患有精神疾病”、“言语流露自杀想法”组合权重在精神心理因素维度位于前 3 位。在国外,针对心理精神问题,综合医院有专门的精神科医生或心理咨询师对有需要的患者进行心理评估或干预治疗^[23]。梁红等^[24]研究表明,非精神科医务工作者对抑郁症的核心症状不了解,对患者的心理关注度低,较难正确识别抑郁症,也难以合理利用有效资源对患者进行

干预,贻误治疗时机。受中国传统文化影响,很多患者认为罹患精神心理疾病具有“耻辱性”,不愿意到医院接受治疗,或者在咨询医生时以躯体疾病症状来掩盖心理精神疾病,这在一程度上延误甚至恶化了心理治疗而使抑郁情绪加重,最终发生自杀行为。有研究表明,抑郁症、与抑郁有关的绝望会增加自杀风险^[25],这与本研究结果相符。鉴于抑郁症与患者自杀的密切关系,综合医院应加强对抑郁情绪或抑郁症患者的关注和筛查,广泛开展抑郁症科普知识宣传,向医务工作者、患者及其家属介绍抑郁症的基本概念、影响因素、临床表现、药物治疗等。医护人员早期

积极评估、识别住院患者常见心理问题、精神心理障碍、自杀高危人群,并给予及时干预,对预防住院患者自杀具有重要意义^[26]。

3.2.3 社会因素指标 社会因素维度包含“家庭社会支持”和“负性生活事件”2 个二级指标。“家族成员或朋友发生过自杀行为或自杀未遂”组合权重在社会因素维度最高。有研究表明,患者过去的自杀行为是再次发生自杀的一个有力预测因子^[27]。家庭作为自杀未遂患者的主要支持系统,当其自杀预防认知与需求未得到满足时,患者出院后仍处于归属感差、孤立无援的困境,再次自杀的风险也较高^[28]。Nguyen 等^[29]对 3 263 名非裔美国人调查表明,与家人的主观亲密关系和与朋友接触的频率与自杀意念或未遂呈负相关,说明家庭功能对自杀成因起重要作用。良好的社会支持可以增加患者的归属感,减轻负性生活事件带来的各种压力与不适,增强患者战胜疾病、接受治疗的信心,促进心理健康,从而减少自杀风险的产生。因此,针对情感支持缺乏的患者,护理人员在评估其家庭支持系统及其来源、数量后,应帮助患者从不同社会关系人群获得不同类型社会支持,尤其是容易出现社会支持匮乏的老年患者或长期住院患者,更应主动提供专业性或非专业性社会支持,协助患者解决当前最受困扰的问题,以促进患者情绪稳定及心理康复,防止自杀行为。

4 小结

本研究通过 2 轮德尔菲专家咨询及层次分析法构建指标体系,确定指标权重,指标体系从患者自杀相关生理、心理、社会因素方面进行系统的评估,尽可能让护理人员在较短时间内获取更全面的信息,减少护理人员因为表格条目众多带来的抵触感,增加积极性和依从性。但是由于国内对构建住院患者自杀风险评估指标体系的认识不深,对内容和侧重点也存在分歧。因此,本指标体系尚需在临床进一步验证完善。

参考文献:

- [1] The Joint Commission. Detecting and treating suicide ideation in all settings[J]. Sent Event Alert, 2016, 24 (56):1-7.
- [2] Façanha J, Santos J C, Cutcliffe J. Assessment of suicide risk: validation of the nurses' global assessment of suicide risk index for the Portuguese population[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2016, 30(4): 470-475.
- [3] Johnston M E, Nelson C, Shrivastava A. Dimensions of suicidality: analyzing the domains of the SIS-MAP suicide risk assessment instrument and the development of a brief screener[J]. Arch Suicide Res, 2013, 17(3): 212-222.
- [4] Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review[J]. Br J Psychiatry, 1998, 173(12):462-474.
- [5] Nimeus A, Stahlfors F H, Sunnqvist C, et al. Evalua-

tion of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale[J]. Eur Psychiatry, 2006, 21(7): 471-477.

- [6] Nelson C, Johnston M, Shrivastava A. Improving risk assessment with suicidal patients: a preliminary evaluation of the clinical utility of the Scale for Impact of Suicidality-Management, Assessment and Planning of Care (SIS-MAP)[J]. Crisis, 2010, 31(5): 231-237.
- [7] Posner K, Brown G K, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults[J]. Am J Psychiatry, 2011, 168 (12):1266-1277.
- [8] 郭静,卢庆华,陈新华,等. 自杀风险评估量表的重译和信效度检验[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(24):1841-1845.
- [9] 郑爱明,陈图农,朱婷婷,等. 大学生自杀倾向问卷的编制及信效度检验[J]. 中国临床心理学杂志, 2012, 20(6): 756-758.
- [10] 梁小庆,张俐,冯正直. 军人自杀意念量表的初步编制[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(2):182-184.
- [11] 杨明丽,杨婷. 住院精神病人自杀风险评估量表的初步编制[J]. 临床心身疾病杂志, 2015, 21(5):62-66.
- [12] 林云芳,邓云龙,唐秋萍. 躯体疾病患者自杀危险因素调查表的初步编制[J]. 中国临床心理学杂志, 2009, 17(6): 696-698.
- [13] 程婧. 自杀行为形成机制研究综述[J]. 河北联合大学学报(社会科学版), 2008, 8(4):29-32.
- [14] Barry M M, Battel-Kirk B, Dempsey C. The CompHP core competencies framework for health promotion in Europe[J]. Health Educ Behav, 2012, 39(6):648-662.
- [15] 刘伟,黄清波,丁素云. 急诊科预检分诊系统质量评价标准的构建[J]. 护理学杂志, 2016, 31(13):45-47, 86.
- [16] 陈舒清,赵丽萍,田旭. 儿科护理人员岗位胜任能力评价指标体系的构建[J]. 护理学杂志, 2017, 32(3):69-72.
- [17] 邓云龙,钟瑜,潘辰. 躯体疾病住院患者自杀意念预警量表初步编制[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2014, 23 (5):469-471.
- [18] Tanriverdi D, Cuhadar D, Ciftci S. Does the impairment of functional life increase the probability of suicide in cancer patients? [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15 (21):9549-9553.
- [19] 林云芳. 综合医院住院病人自杀意念及危险因素的研究[D]. 长沙:中南大学, 2009.
- [20] Mehta A, Chan L S, Cohen S R. Flying blind: sources of distress for family caregivers of palliative cancer patients managing pain at home[J]. J Psychosoc Oncol, 2014, 32(1):94-111.
- [21] 马丽丽,王文丽,赵丽萍. 癌症患者疼痛信念的研究进展[J]. 护理学杂志, 2013, 28(23):84-86.
- [22] 张鑫炎,刘东玲,杨飒,等. 护士处方在癌性疼痛管理应用的研究现状[J]. 护理学杂志, 2018, 33(9):106-109.
- [23] 毕波. 沈阳市综合医院急诊室自杀未遂患者干预的一年随访研究[D]. 沈阳:中国医科大学, 2010.
- [24] 梁红,费立鹏,张艳平,等. 发展中国家三城市非精神科门诊医务人员掌握抑郁症知识情况的初步调查[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2007, 33(1):48-50.
- [25] Lynch M A, Howard P B, Elmallakh P, et al. Assess-