

华老年医学杂志,2015,34(12):1289-1292.

[15] Kutner N G, Zhang R, Allman R M, et al. Correlates of ADL difficulty in a large hemodialysis cohort[J]. Hemodial Int,2014,18(1):70-77.

[16] Verlaan S, Ligthart-Melis G C, Wijers S L J, et al. High prevalence of physical frailty among community-dwelling malnourished older adults—a systematic review and meta-analysis[J]. J Am Med Dir Assoc,2017,18(5):374-382.

[17] 周雨婷,蔡小霞,林亚妹,等. 老年维持性血液透析患者衰弱及其影响因素[J]. 中国老年学杂志,2021,41(8):1667-1670.

[18] Takeuchi H, Uchida H A, Kakio Y, et al. The prevalence of frailty and its associated factors in Japanese hemodialysis patients[J]. Aging Dis,2018,9(2):192-207.

[19] 范利. 老年肌少症与衰弱综合征之间的关系[J]. 中华保健医志,2014,16(6):415-416.

[20] Steffl M, Bohannon R W, Sontakova L, et al. Relationship between sarcopenia and physical activity in older people:a systematic review and meta-analysis[J]. Clin Interv Aging,2017,12:835-845.

[21] Fouque D, Kalantar-Zadeh K, Kopple J, et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease[J]. Kidney Int,2008,73(4):391-398.

[22] Clarkson M J, Bennett P N, Fraser S F, et al. Exercise interventions for improving objective physical function in patients with end-stage kidney disease on dialysis:a systematic review and meta-analysis[J]. Am J Physiol Renal Physiol,2019,316(5):F856-F872.

[23] Ruiz J G, Dent E, Morley J E, et al. Screening for and managing the person with frailty in primary care:ICFSR Consensus Guidelines[J]. J Nutr Health Aging,2020,24(9):920-927.

(本文编辑 宋春燕)

急诊分诊精神行为异常评估指标的构建

宋亚男¹,牟灵英¹,代会贞²,杨丽梅²,丁翠翠²,郝冉冉¹

Development of an indicator set for mental and behavioral abnormalities in emergency triage Song Yanan, Mu Lingying, Dai Huizhen, Yang Limei, Ding Cuicui, Hao Ranran

摘要:目的 构建急诊分诊精神行为异常评估指标,为急诊分诊护士快速筛查精神行为异常患者提供工具。方法 采用文献研究、半结构式访谈等方法提炼指标,初步形成指标条目池;实施2轮专家函询,应用层次分析法确定指标权重;将指标应用于484例急诊患者以检验信度。**结果** 2轮专家函询问卷有效回收率分别为95.24%、100%;专家权威系数分别为0.808、0.825;指标总体的肯德尔和谐系数分别为0.253、0.266(均 $P<0.01$)。急诊分诊精神行为异常评估指标包括5项一级指标、38项二级指标,指标条目水平内容效度指数0.857~1.000,平均内容效度指数0.996;指标总体KR-20值为0.809,折半信度系数为0.743。**结论** 急诊分诊精神行为异常评估指标较合理、可靠,可进一步开展临床验证性研究。

关键词:急诊; 预检分诊; 精神行为异常; 评估指标; 筛查工具

中图分类号:R472.2 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.09.045

急诊科是急危重症患者首诊科室,会接触大量存在异常精神行为的患者^[1]。当急诊就诊患者出现行为、情绪急性紊乱时,应果断识别,积极采取干预措施^[2]。目前,国外已有学者研制精神科急诊分诊标准,并应用于综合医院急诊科^[3],但该分诊标准更倾向于精神疾病患者,且产生的背景与我国不同,其在国内的适用性有待检验。除精神障碍患者外,导致急诊就诊患者精神行为异常的因素还包括醉酒、中毒、外伤、情绪激动等,但目前使用较广泛的急诊预检分诊分级标准(2018年版)^[4],对精神行为异常的分诊分级描述较为笼统,导致急诊分诊护士使用难度大,缺乏便利。国内在精神疾病专科医院急诊科针对精神行为异常评估时多使用焦虑/抑郁量表、攻击行为量表等^[5],尚未形成符合急诊分诊工作特点、能够全

面识别精神行为异常的评估指标。鉴此,本研究建立急诊分诊精神行为异常评估指标,为护士提供筛查工具。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取来自四川省南充市及山东省潍坊市、济宁市、泰安市、青岛市的21名专家进行函询。专家纳入标准:①本科及以上学历,中级及以上职称;②在急危重症护理学或精神病学相关领域工作≥10年;③自愿参与本研究。剔除标准:①问卷熟悉程度选择“很不熟悉”;②问卷填写不完整;③函询过程中退出。20名专家完成2轮函询,男3人,女17人;年龄30~岁8人,41~岁5人,51~60岁7人;本科17人,硕士3人;中级职称7人,副高级8人,正高级5人;工作年限10~年9人,21~年4人,30年以上7人;护理教育3人(其中急危重症方向2人),急诊护理管理3人,急危重症护理9人,急诊内科、急诊外科、急诊神经科医生各1人,精神病学医生和心理咨询师各1人。

作者单位:1.潍坊医学院护理学院(山东 潍坊,261053);2.潍坊医学院附属医院急诊科

宋亚男:女,硕士在读,学生

通信作者:牟灵英,mlyjzk65@163.com

收稿:2021-12-04;修回:2022-01-23

1.2 方法

1.2.1 初步拟订评估指标条目池 由 6 人组成研究小组,均具有本科及以上学历。急诊科护理人员 2 人,具有多年急诊分诊工作经验;精神病学研究领域医生 1 人、心理门诊咨询师 1 人,具有 20 年以上的精神病学、心理学相关领域工作经验;护理研究生 2 人,研究方向为急危重症护理。检索中国生物医学文献数据库、中国知网、万方数据、PubMed、Web of Science 等数据库中公开发表的关于急诊分诊精神行为异常评估的文献。中文检索词为急诊、急诊科,预检分诊、分诊、急诊分诊,精神行为、精神状态,评估指标。英文检索词为 emergency, emergency department, preview triage, triage, emergency triage, mental behavior, mental state, evaluation indicators, evaluation index。检索时间均为建库至 2021 年 4 月。2 名小组成员对检索出的文献进行分析,纳入内容涉及急诊分诊异常精神行为识别、评估、处置的中英文文献。纳入 21 篇相关文献^[1,3,6-24],分析后提炼出急诊分诊精神行为异常评估涉及暴力攻击、自杀、自伤、心理精神症状等内容。在此基础上采用目的抽样法选取潍坊市 2 所医院急诊科护士长各 1 名、急诊内外科医生各 1 名、急诊分诊护士各 2 名进行半结构化访谈。访谈提纲:①您接诊或护理过精神行为异常患者吗?请谈谈您对精神行为异常的理解。②您认为导致急诊就诊患者精神行为异常的因素有哪些?③您认为应从哪些方面评估急诊就诊患者精神行为状况?访谈后结合临床护理实践,对访谈结果进行分析、梳理、提炼。研究小组按照标准化、有效性和精炼性特点,遵循专业性、科学性和重要性的原则,初步形成急诊分诊精神行为异常评估指标,经过小组成员 4 次讨论修改,形成急诊分诊精神行为异常评估指标,包括 5 项一级指标、42 项二级指标。

1.2.2 专家咨询 自行设计专家函问卷,说明研究目的、研究方法、背景;各级指标名称及评定,按照 Likert 5 级评分法对指标重要性进行赋值,从不重要至非常重要依次赋 1~5 分,同时设“修改意见”和“需增加的内容”栏;问卷最后设专家熟悉程度、判断依据等选项。本研究进行 2 轮专家函询,均通过纸质版问卷或微信文件的方式发放和回收。研究小组整理分析有效问卷、专家建议,结合指标筛选标准调整、修改指标,经讨论后形成第 2 轮函询问卷。2 轮函询后,专家意见趋于一致,结束函询。指标纳入标准:重要性赋值均数>3.50,变异系数<0.25,满占比>0.2^[25]。

1.2.3 检验指标信效度 制订内容效度评价表,从参加函询的 20 名专家中选择 7 名副高级及以上职称的专家对条目相关性进行评分,1~4 分依次为“非常不相关”至“非常相关”,计算内容效度。2021 年 6~7 月便利选取潍坊医学院附属医院急诊科 484 例年龄>14 岁、无语言交流和行动障碍的就诊患者进行预评估,某指标评估“是”赋值 1,评估“否”赋值 0,计

算指标信度。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件分析数据。专家函询的可靠性采用熟悉程度(Ca)、判断系数(Cs)、权威系数(Cr)表示, $Cr=(Ca+Cs)/2$ 。专家意见一致性采用肯德尔和谐系数(W)表示。内容效度通过条目水平内容效度指数($I-CVI$)、平均内容效度指数($S-CVI/Ave$)、全体一致性内容效度指数($S-CVI/UA$)表示,信度采用 KR-20 值、折半信度系数。使用层次分析法并结合 Yaahp10.3 软件确定指标权重。利用专家对各指标的重要性赋值均数,进行两两比较确定 Saaty 标度,构建判断矩阵进行一致性检验,计算各指标权重。采用乘积法计算组合权重。

2 结果

2.1 专家积极性和权威程度 使用问卷回收率表示专家积极性。第 1 轮问卷有效回收率为 95.24%,第 2 轮为 100%。共 11 名(55.0%)专家提出建设性意见。2 轮专家 Cr 分别为 0.808、0.825。

2.2 专家意见协调系数 见表 1。

轮次	指标	W	χ^2	P
第 1 轮	一级指标	0.128	10.206	0.037
	二级指标	0.270	221.030	0.000
	总体	0.253	232.693	0.000
第 2 轮	一级指标	0.132	10.567	0.032
	二级指标	0.274	202.573	0.000
	总体	0.266	223.211	0.000

2.3 专家函询结果 第 1 轮专家函询后,调整 1 个二级指标的表述;合并 6 个二级指标;删除 5 个二级指标;增加 4 个 2 级指标。第 2 轮函询后各指标均符合条件,未进行修改。急诊分诊精神行为异常评估指标函询结果及权重,见表 2。

2.4 信效度检验 经计算,指标 $I-CVI$ 为 0.857~1.000, $S-CVI/Ave$ 为 0.996, $S-CVI/UA$ 为 0.821。指标总体 KR-20 值为 0.809,折半信度系数为 0.743。

3 讨论

3.1 急诊分诊精神行为异常评估指标具有较好的可靠性 如何快速识别患者现存或潜在的异常精神行为,是急诊分诊护士的重要职责。综合医院急诊医护人员并非精神疾病专科工作人员,缺乏对异常精神行为的判别及诊断能力^[6],仅依靠主观经验难以对精神行为进行准确识别和全面分析。本研究通过文献研究、德尔菲专家函询等方法,构建急诊分诊精神行为异常评估指标。参与函询的专家均有超过 10 年的急危重症或精神病学相关工作经验,其中 13 名专家为副高级及以上职称,2 轮函询问卷的有效回收率均在 80%以上,专家权威系数均>0.70,符合德尔菲专家函询要求^[26],表明专家具有较高的积极性和权威性;专家意见的肯德尔和谐系数分别为 0.253、0.266,差异有统计学意义(均 $P<0.01$),表明专家意见较集

中,一致性较高;构建的判断矩阵一致性检验均<0.1,各指标权重设置较合理。当指标体系中 *I-CVI* 值达到 0.78 以上,*S-CVI/Ave* 值达到 0.90 以上,*S-CVI/UA* 达到 0.80 以上时,即可认为有较好的内容效度;信度系数达到 0.6 可认为内部一致性好^[27]。本研究指标均满足上述标准,具有较好的可靠性。

表 2 急诊分诊精神行为异常评估指标函询结果及权重

指标	重要性赋值 (分, $\bar{x} \pm s$)	变异系数	满分比	权重	组合权重
1 暴力攻击行为	4.95±0.22	0.05	0.95	0.347	—
1.1 在急诊科大声吵嚷喊叫,无视他人劝阻	4.85±0.49	0.10	0.90	0.179	0.062
1.2 正常接诊过程中,对急诊科或医护人员进行尖锐地批评和指责	4.80±0.62	0.13	0.90	0.119	0.041
1.3 对他人施以谩骂或威胁等行为	4.85±0.49	0.10	0.90	0.179	0.062
1.4 向医护人员提出与诊疗无关、不切实际的要求	4.55±0.69	0.15	0.65	0.073	0.025
1.5 散布流言蜚语,制造伤害性舆论	4.50±0.69	0.15	0.60	0.057	0.020
1.6 故意破坏医院公共物品、设施(如电话、血压计、计算机、体温计等)	4.80±0.52	0.11	0.85	0.119	0.041
1.7 袭击他人并导致外伤	5.00±0.00	0.00	1.00	0.241	0.084
1.8 拒绝医护人员提供的治疗或护理	4.20±0.95	0.23	0.50	0.033	0.012
2 自杀/自伤行为	4.85±0.37	0.10	0.85	0.251	—
2.1 因服毒(药)、自缢、溺水等自杀未遂行为前来急诊就诊	4.80±0.41	0.09	0.80	0.191	0.048
2.2 因咬伤、切割伤、抓伤、烧伤等自伤行为前来急诊就诊	4.95±0.22	0.05	0.75	0.120	0.030
2.3 在急诊科就诊时出现自我伤害行为(如抓挠皮肤或头发、以头撞墙、用拳击墙、击打、咬伤自己)	4.95±0.22	0.05	0.95	0.418	0.105
2.4 言语中流露出自杀的想法	4.85±0.37	0.08	0.85	0.271	0.068
3 心理精神状态	4.80±0.41	0.09	0.80	0.190	—
3.1 出现明显混乱或迷茫,分不出时间、地点、人物等	4.90±0.31	0.06	0.90	0.185	0.035
3.2 自言自语或沉默不语	4.00±0.92	0.23	0.30	0.025	0.005
3.3 莫名哭泣或大笑	4.30±0.47	0.11	0.30	0.063	0.012
3.4 语调提高,语气不耐烦	4.15±0.88	0.21	0.45	0.035	0.007
3.5 感知觉异常(幻视、幻听、幻嗅、幻触等)	4.70±0.47	0.10	0.70	0.116	0.022
3.6 敏感多疑	4.05±0.95	0.23	0.35	0.030	0.006
3.7 易激惹	4.75±0.55	0.12	0.80	0.132	0.025
3.8 定向障碍	4.20±0.77	0.18	0.40	0.039	0.007
3.9 惊恐不安	4.30±0.47	0.11	0.30	0.063	0.012
3.10 过度通气(表现为呼吸加深加快、眩晕、四肢末端及颜面麻木、手足抽搐等)	4.10±0.55	0.14	0.25	0.051	0.010
3.11 额面部或掌心部出汗	3.95±0.95	0.24	0.30	0.021	0.004
3.12 静坐不能	4.50±0.69	0.15	0.60	0.168	0.032
3.13 重复询问相同或类似问题	4.00±0.73	0.18	0.25	0.025	0.005
3.14 不受控地重复某一动作或某句话	4.25±0.64	0.15	0.35	0.047	0.009
4 既往史	4.70±0.57	0.15	0.75	0.144	—
4.1 有冲动和暴力攻击行为史	4.60±0.82	0.18	0.75	0.066	0.009
4.2 有酗酒或吸毒史	4.60±0.82	0.18	0.75	0.066	0.009
4.3 近 1 年有精神类疾病史(如抑郁症、焦虑症、精神分裂症等)	4.90±0.31	0.06	0.90	0.213	0.031
4.4 近 1 年有精神卫生医院住院史	4.80±0.70	0.15	0.90	0.145	0.021
4.5 近 1 年有精神科或心理科就诊史	4.65±0.59	0.13	0.70	0.094	0.014
4.6 近 1 年有抗焦虑、抗抑郁、治疗失眠药物的用药史	4.65±0.49	0.11	0.65	0.094	0.014
4.7 有自缢、咬伤、切割、抓伤、烧伤等非致命性自我伤害史	4.70±0.66	0.14	0.80	0.120	0.017
4.8 有服毒(药)、自缢、溺水等自杀未遂行为	4.85±0.49	0.10	0.90	0.169	0.024
4.9 近 1 个月因同一症状前来急诊就诊≥3 次	4.25±0.44	0.11	0.25	0.033	0.005
5 家庭与社会功能	4.40±0.75	0.18	0.55	0.068	—
5.1 家族中存在神经精神疾病史、自伤史、自杀史或自杀未遂史(二系三代内)	4.55±0.76	0.17	0.70	0.493	0.034
5.2 经历重大应激性生活事件(家庭暴力、父母离异、感情或婚姻失败、虐待、亲人去世、车祸、地震等)	4.45±1.10	0.25	0.70	0.311	0.021
5.3 近 1 个月与周围人群发生激烈矛盾且矛盾未得到有效解决	4.40±0.82	0.19	0.55	0.196	0.013

3.2 急诊分诊精神行为异常评估指标内容分析

0.347,在一级指标中居第 1 位。该维度下的二级指标“袭击他人并导致外伤”(组合权重 0.084)居第 1

3.2.1 暴力攻击行为 暴力攻击行为的权重值为

位,在所有二级指标中居第2位。急性酒精中毒、吸毒、精神障碍人群在病情急重的情况下首选急诊就诊,急诊科医护人员更易遭受暴力攻击。二级指标“在急诊科大声吵嚷喊叫,无视他人劝阻”“对他人施以谩骂或威胁等行为”组合权重均为0.062;“正常接诊过程中,对急诊科或医护人员进行尖锐地批评和指责”“故意破坏医院公共物品、设施(如电话、血压计、计算机、体温计等)”组合权重均为0.041。繁忙拥挤的急诊环境、疾病治疗等因素会加重患者就诊压力,并通过情绪变化、言语语态、肢体动作等表现出来^[28]。提示急诊科护理人员在工作中应注意识别发生暴力攻击行为前的征象,可用来攻击他人的物品应放置在远离患者的安全位置,积极沟通以降低暴力风险。必要时实施药物控制、身体约束或联系安保人员,进行报警。

3.2.2 自杀/自伤行为 自杀/自伤行为的权重为0.251,居第2位。“在急诊科就诊时出现自我伤害行为”(组合权重0.105)在二级指标中居第1位。急诊预检分诊分级标准(2018年版)中将“正在进行的自伤/他伤行为”分级列为Ⅰ级,明确指出对此类患者要立即进行评估和治疗^[4],专家也十分重视这一指标,重要性赋值分数为4.95。护理人员发现自伤行为患者后可为其提供安全、安静的单独病房进行持续观察。急诊科应建立有效干预机制,设立精神病学或心理学急诊门诊,安排专科医生值班,以便及时提供针对性心理评估和干预,防止患者就诊过程中对自身或他人带来更大伤害。“言语中流露出自杀的想法”(组合权重0.068)在该维度中居第2位。自杀意念是自杀未遂和自杀死亡的危险因素。有自杀意念的人更可能有自杀未遂史和精神疾病史,并伴有焦虑、认知障碍、酒精滥用等异常精神行为^[29]。研究表明,急诊科加强对异常精神行为的识别,能够降低患者因自杀、自残等行为再次入院的风险^[30]。对自杀/自伤患者,除立即对症救治外,还应积极关注就诊时的精神状态和行为表现,及时识别现存或潜在的异常状态,防范再次发生自杀/自伤行为。

3.2.3 心理精神状态 心理精神状态的权重为0.190。“出现明显混乱或迷茫,分不出时间、地点、人物等”(组合权重0.035)在该维度中居第1位。当个体处于过度紧张、压力过大、睡眠不足、焦虑不安等状态下,易产生思维混乱。“静坐不能”(组合权重0.032)居第2位。静坐不能表现为运动性坐立不安,常见于服用抗精神病药物的精神障碍人群。由于难以忍受的不适,易引起患者烦躁不安、暴力攻击,甚至出现自杀行为,因此静坐不能本身就是发生暴力和自杀的危险因素^[31]。急诊就诊患者由于身处医院陌生环境、对就诊流程缺乏了解等,易表现出焦躁、易激惹、孤独等心理精神状态。因此,对心理精神状态改变的患者,要明确导致其发生改变的原因,如精神疾

病、躯体疾病、物质中毒等,采取相应干预措施。

3.2.4 既往史 既往史权重为0.144。“近1年有精神类疾病史(如抑郁症、焦虑症、精神分裂症等)”(组合权重0.031)在既往史维度中位居第1。随着精神疾病发病率的逐年上升,急诊科已成为精神障碍患者就诊的主要科室之一^[32],而拥挤、繁忙的急诊环境也会加剧精神障碍症状,患者就诊过程可能出现焦虑、自杀或暴力行为。针对此类患者,护理人员应为其提供安全环境,密切监测患者状态。采取合适的沟通技巧,避免在患者面前大笑或与他人耳语,减少外部刺激。“近1个月因同一症状前来急诊就诊 ≥ 3 次”组合权重为0.005。多次就诊的患者由于诊疗效果不佳,过度担心病情,易出现疑病、焦虑、精神衰弱等异常状态^[33]。当患者躯体症状持续存在或加重时,为求快速缓解躯体症状,仍会选择急诊就诊,这在一定程度上导致医疗资源浪费,同时延误患者获取有效治疗。急诊科护理人员在实际工作中应重视反复就诊患者的心理精神状态,予以适当引导或转诊至心理学科,确保患者及时对症治疗。

3.2.5 家庭与社会功能 家庭与社会功能的权重为0.068。“家族中存在神经精神疾病史、自伤史、自杀史或自杀未遂史(二系三代内)”(组合权重0.034)在家庭和社会功能维度中居第1位,“经历重大应激性生活事件”(组合权重0.021)居第2位。研究表明,缺少家庭与社会支持,经历离婚、失业、分居等消极事件的人群易对生活失去信心,出现不良情绪反应,甚至是自杀意念^[29]。因此筛查急诊患者精神行为异常时,还需关注其家庭与社会功能状况。

4 小结

本研究基于文献研究、德尔菲专家函询等方法构建急诊分诊精神行为异常评估指标。研究结果显示,该评估指标具有较好可靠性和实用性。依据指标,利于提高急诊护理人员对精神行为异常就诊患者的识别能力,同时采取有效合理的干预、处置流程,减少伤害行为的发生。本研究函询专家大部分来自山东省,调查区域较局限;构建的指标尚未在临床工作中进行广泛应用、分析。今后研究过程中将进一步完善指标,加深实证研究以探讨其临床应用效果。

参考文献:

- [1] Saunders N R, Gill P J, Holder L, et al. Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: a population-based study [J]. CMAJ, 2018, 190 (40): E1183-E1191.
- [2] Mothibi J D, Jama M, Adefuye A O. Assessing the knowledge of emergency medical care practitioners in the Free State, South Africa, on aspects of pre-hospital management of psychiatric emergencies [J]. Pan Afr Med J, 2019, 33: 132.
- [3] Sands N, Elsom S, Colgate R, et al. Development and

- interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale[J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2016, 25(4): 330-336.
- [4] 急诊预检分诊专家共识组. 急诊预检分诊专家共识[J]. *中华急诊医学杂志*, 2018, 27(6): 599-604.
- [5] 王威, 潘轶竹, 马征, 等. 精神科急诊患者攻击行为危险因素初步研究[J]. *精神医学杂志*, 2016, 29(3): 170-173.
- [6] Peltzer-Jones J, Nordstrom K, Currier G, et al. A research agenda for assessment and management of psychosis in emergency department patients [J]. *West J Emerg Med*, 2019, 20(2): 403-408.
- [7] Alekseeva N, Geller F, Patterson J, et al. Urgent and emergent psychiatric disorders[J]. *Neurol Clin*, 2012, 30(1): 321-344.
- [8] Odiari E A, Sekhon N, Han J Y, et al. Stabilizing and managing patients with altered mental status and delirium[J]. *Emerg Med Clin North Am*, 2015, 33(4): 753-764.
- [9] Woods P, Almvik R. The Brøset violence checklist (BVC) [J]. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2002, 4(12): 103-105.
- [10] Luck L, Jackson D, Usher K. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments [J]. *J Adv Nurs*, 2007, 59(1): 11-19.
- [11] Douglass A M, Luo J, Baraff L J. Emergency medicine and psychiatry agreement on diagnosis and disposition of emergency department patients with behavioral emergencies[J]. *Acad Emerg Med*, 2011, 18(4): 368-373.
- [12] Digel Vandyk A, Young L, MacPhee C, et al. Exploring the experiences of persons who frequently visit the emergency department for mental health-related reasons[J]. *Qual Health Res*, 2018, 28(4): 587-599.
- [13] Nager A L, Pham P K, Grajower D N, et al. Mental health screening among adolescents and young adults in the emergency department [J]. *Pediatr Emerg Care*, 2017, 33(1): 5-9.
- [14] Xiao H Y, Wang Y X, Xu T D, et al. Evaluation and treatment of altered mental status patients in the emergency department: life in the fast lane[J]. *World J Emerg Med*, 2012, 3(4): 270-277.
- [15] Powley D. Reducing violence and aggression in the emergency department[J]. *Emerg Nurse*, 2013, 21(4): 26-29.
- [16] Chapman R, Perry L, Styles I, et al. Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas[J]. *Br J Nurs*, 2009, 18(8): 476, 478-483.
- [17] Simpson S A. A survey of clinical approaches to suicide risk assessment for patients intoxicated on alcohol[J]. *Psychosomatics*, 2019, 60(2): 197-203.
- [18] Margari F, Lorusso M, Matera E, et al. Aggression, impulsivity, and suicide risk in benign chronic pain patients — a cross-sectional study[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2014, 2(10): 1613-1620.
- [19] Hickey L, Hawton K, Fagg J, et al. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide[J]. *J Psychosom Res*, 2001, 50(2): 87-93.
- [20] Cheung A, Somers J M, Moniruzzaman A, et al. Emergency department use and hospitalizations among homeless adults with substance dependence and mental disorders[J]. *Addict Sci Clin Pract*, 2015, 10: 17.
- [21] Van Der Linden M C, Balk F J E, Van Der Hoeven B J H, et al. Emergency department care for patients with mental health problems, a longitudinal registry study and a before and after intervention study[J]. *Int Emerg Nurs*, 2019, 44: 14-19.
- [22] Abar B, Holub A, Lee J, et al. Depression and anxiety among emergency department patients: utilization and barriers to care[J]. *Acad Emerg Med*, 2017, 24(10): 1286-1289.
- [23] Nentwich L M, Wittmann C W. Emergency department evaluation of the adult psychiatric patient [J]. *Emerg Med Clin North Am*, 2020, 38(2): 419-435.
- [24] Powell C. The Delphi technique: myths and realities[J]. *J Adv Nurs*, 2003, 41(4): 376-382.
- [25] Jünger S, Payne S A, Brine J, et al. Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: recommendations based on a methodological systematic review[J]. *Palliat Med*, 2017, 31(8): 684-706.
- [26] 徐志晶, 夏海鸥. 德尔菲法在护理研究中的应用现状[J]. *护理学杂志*, 2008, 23(6): 78-80.
- [27] 吴明隆. 问卷统计分析实务 SPSS 操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2021: 243-244.
- [28] 马玉娇, 李丹琳, 战青. 工作场所暴力的高危因素及护患情绪绪识别质性研究的系统评价和 Meta 整合[J]. *中西医结合护理(中英文)*, 2019, 5(5): 32-36.
- [29] Wei S, Li H, Hou J, et al. Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals in China[J]. *Psychiatry Res*, 2018, 26(2): 78-83.
- [30] Hickey L, Hawton K, Fagg J, et al. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide[J]. *J Psychosom Res*, 2001, 50(2): 87-93.
- [31] 张东旭, 杨晶洁. 经典与非经典抗精神病药物对精神分裂症患者的疗效、社会功能及安全性的影响[J]. *国际精神病学杂志*, 2020, 47(5): 917-920.
- [32] 吴晓娜, 麦麦提·如孜, 赵国富, 等. 某综合医院急诊科精神障碍收治情况的现状调查[J]. *国际精神病学杂志*, 2019, 46(2): 293-296.
- [33] 张峰, 李雪艳, 周璇, 等. 综合医院内科门诊多次就诊患者的心理状态和人格特质[J]. *中国健康心理学杂志*, 2020, 28(2): 186-190.

(本文编辑 宋春燕)