

萨提亚模式赋能对急诊服毒自杀未遂者及家庭照顾者的影响

徐丹丹¹, 杨卫红², 赵佳², 吴利娟³, 范雨欣¹, 张鑫月², 石金河¹, 王卫珍¹

摘要:目的 探讨萨提亚模式赋能对急诊服毒自杀未遂者及家庭照顾者的影响。方法 选取急诊科收治的服毒自杀未遂者及家庭照顾者 88 对, 随机分为对照组与干预组各 44 对。对照组给予常规护理, 干预组在对照组基础上实施以家庭系统修复为核心的萨提亚模式赋能干预。结果 出院时两组各 43 对自杀未遂者及家庭照顾者完成研究, 出院第 90 天对照组 32 对、干预组 31 对完成随访。出院时及出院第 90 天, 干预组家庭照顾者反刍思维消极元认知评分显著低于对照组, 自我宽恕、创伤后成长、家庭复原力评分显著高于对照组(均 $P < 0.05$)。干预组患者出院 3 个月内再自杀行为发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。结论 萨提亚模式赋能家庭照顾者可有效改善其心理状态及家庭复原力, 从而降低急诊服毒自杀未遂者出院后再自杀行为发生风险。

关键词: 服毒; 自杀未遂; 家庭照顾者; 萨提亚模式; 反刍思维; 自我宽恕; 创伤后成长; 家庭复原力

中图分类号: R472.2 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.18.001

Effects of Satir model empowerment on emergency patients with suicide attempts after deliberate self-poisoning and their family caregivers

Xu Dandan, Yang Weihong, Zhao Jia, Wu Lijuan, Fan Yuxin, Zhang Xinyue, Shi Jinhe, Wang Weizhen. Department of Emergency Medicine, The First Affiliated Hospital of Xinxiang Medical University, Xinxiang 453600, China

Abstract: **Objective** To explore the effects of Satir model empowerment on emergency patients with suicide attempts after deliberate self-poisoning and their family caregivers. **Methods** Eighty-eight pairs of emergency patients with suicide attempts after deliberate self-poisoning and their family caregivers were randomized into a control group or and an intervention group, with 44 pairs in each group. The control group received routine nursing care, while the intervention group additionally received Satir model empowerment intervention, focusing on family system repair. **Results** At discharge, 43 pairs in each group completed the study. At 90 days after discharge, 32 pairs in the control group and 31 pairs in the intervention group completed the follow-up. At both discharge and the 90-day follow-up, the family caregivers' scores of negative beliefs about rumination in the intervention group were significantly lower than those of the control group, and their scores of self-forgiveness, post-traumatic growth, and family resilience were significantly higher than those of the caregivers in the control group (all $P < 0.05$). The incidence of repeat suicide behaviors within 3 months post-discharge was significantly lower in the intervention group than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Empowering family caregivers using the Satir model effectively improves their psychological state and family resilience, thereby reducing the risk of repeat suicide behaviors after discharge in emergency patients with suicide attempts after deliberate self-poisoning.

Keywords: deliberate self-poisoning; suicide attempt; family caregiver; Satir model; rumination; self-forgiveness; post-traumatic growth; family resilience

在我国, 服毒(农药)是自杀未遂者最常见的方式, 家庭矛盾为主要诱因, 具有显著的社会关联性^[1-2]。服毒自杀不仅严重损害患者身心健康, 同时事件创伤性丧失体验(包括生命完整性丧失、家庭角色断裂及社会联结受损等)及持续性认知冲突对家庭照顾者造成深远影响, 导致家庭复原力渐进性耗竭^[3-4]。自杀人际关系理论证实, 这种耗竭与患者再

自杀风险形成双向恶性循环^[5]; 家庭照顾者支持能力削弱加剧患者再自杀风险, 而患者危机行为反向加重家庭照顾者负担^[6]。然而, 当前研究多聚焦患者个体层面(如质性研究、风险评估)^[7-8], 忽视了对家庭照顾者的早期干预以修复支持系统, 致使家庭照顾者陷入反刍思维恶化、自我宽恕缺失等“二次危机”, 进一步削弱其支持患者的能力, 增加患者再自杀风险。萨提亚模式以家庭系统修复为核心, 通过外化叙事、冰山隐喻、意义重构、家庭雕塑、赋能沟通等核心技术改善家庭互动规则^[9], 能有效修复家庭照顾者的心理创伤并提升其应对逆境、恢复功能的复原力^[10], 有望为患者重构支持性生存环境, 间接降低患者再自杀风险。急诊科是收治服毒自杀未遂者的首要窗口和启动早期干预的关键节点, 本研究基于萨提亚模式赋能急诊

作者单位: 新乡医学院第一附属医院 1. 急救医学科 2. 护理部 (河南 新乡, 453600); 3. 广东省人民医院(广东省医学科学院) 医学研究部

通信作者: 王卫珍, 1010344659@qq.com

徐丹丹: 女, 硕士, 主管护师, m13598626974@163.com

科研项目: 国家重点研发计划政府间重点项目(2023YFE0114300)

收稿: 2025-04-09; 修回: 2025-06-21

服毒自杀未遂者的家庭照顾者,重构支持性生存环境,构建“家院联动”护理路径,对自杀未遂者及家庭照顾者取得了较满意的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 3 月至 2024 年 4 月我院收治的急诊服毒自杀未遂者及其主要家庭照顾者为研究对象。纳入标准:①患者因家庭矛盾首次口服农药自杀中毒;格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale,GCS)≥14 分,意识清楚可配合;②家庭照顾者为患者的配偶、父母或成年子女,年龄≥18 岁;承担主要医疗决策责任;住院期间直接照顾时间≥4 h/d,起主要照顾作用;③患者及家庭照顾者均知情,同意参与本研究。排除标准:家庭照顾者存在严重沟通障碍影响交流。剔除标准:研究过程中患者或家庭照顾者主动退出、失访或患者住院期间因重度中毒救治无

效死亡,若患者出院后死亡,其家庭照顾者自动退出随访评估流程(不纳入出院第 90 天数据分析)。采用 G-power 软件以出院时家庭照顾者的家庭复原力总分估算样本量,基于两组各 5 例研究对象的预试验结果,预期效应值 0.64,α=0.05,1-β=0.80,计算得出两组最小样本量和为 79。考虑约 10%脱落率,最终纳入急诊服毒自杀未遂者及家庭照顾者 88 对。采用计算机生成的随机数字(随机序列由独立统计人员生成并密封保存),通过按顺序编号、密封不透光信封实现分配隐藏,分为对照组与干预组各 44 对。住院期间两组各 1 例患者因中毒后并发多器官功能衰竭死亡,出院时两组各 43 对参与随访。两组患者一般资料比较见表 1;两组家庭照顾者一般资料比较见表 2。本研究经新乡医学院第一附属医院伦理审查委员会批准(EC-022-137)。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			引发自杀的主要家庭矛盾类型(例)			
		男	女		初中及以下	高中或中专	大专及以上	亲密关系冲突	代际控制冲突	经济分配矛盾	疾病照护压力
对照组	43	14	29	38.37±14.93	21	15	7	28	8	5	2
干预组	43	15	28	35.27±12.94	23	14	6	30	7	4	2
统计量		$\chi^2=0.052$		$t=1.028$	$Z=-0.447$						
P		0.820		0.306	0.655			0.956*			

注:* 为 Fisher 精确概率法。

表 2 两组家庭照顾者一般资料比较

组别	人数	性别(人)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	与患者关系(人)			文化程度(人)		
		男	女		配偶	父母	子女	初中及以下	高中或中专	大专及以上
对照组	43	16	27	38.16±12.28	21	12	10	18	20	5
干预组	43	18	25	40.03±11.73	26	10	7	15	22	6
统计量		$\chi^2=0.195$		$t=0.722$	$\chi^2=1.243$			$Z=-0.661$		
P		0.659		0.472	0.537			0.509		

1.2 干预方法

住院期间,对照组给予自杀未遂者及家庭照顾者急诊常规护理,包括患者病情观察、护理、基础情绪支持及向家庭照顾者提供必要病情信息与事实性解答。干预组在常规护理基础上对家庭照顾者实施萨提亚模式赋能干预,从患者入院开始,贯穿住院全程并延续至出院后 3 个月,具体如下。

1.2.1 组建团队 组建由 6 人组成的跨学科核心团队,所有成员完成叙事沟通培训,医生重点接受方案伦理与流程衔接培训。团队成员包括急诊科主任医师 1 名(负责方案医学安全性评估与急诊流程的衔接),急诊科护士长 1 名(负责将干预融入护理流程、资源协调及规范执行),精神科副主任医师 1 名(具有多年叙事医学经验,负责设计心理社会评估模块、指导核心沟通技术、培训执行护士并把控干预质量),研究助理 1 名(急诊护士,护理学硕士,国家二级心理咨询师资质,负责融合基础心理支持策略、情绪疏导指

导,协助方案设计、人员培训、数据收集整理和初步分析),以及执行护士 2 名(均有≥10 年中毒救治经验并通过中华急诊专科护士认证,负责在结构化方案指导下,标准化干预步骤实施与记录)。

1.2.2 制订干预方案与质控 基于萨提亚模式,根据文献回顾和由 7 名跨学科专家(2 名外院精神科主任医师、2 名临床心理学教授、1 名萨提亚模式认证培训师及 2 名急诊科主任医师)进行专家会议共同制订干预方案,并进行预试验以完善。萨提亚模式赋能方案见表 3。赋能干预由 2 名执行护士主导。执行护士接受了精神科医师关于萨提亚模式赋能干预的标准化操作培训并通过严格考核(≥90 分)。对 2 名执行护士实施的所有住院期干预会谈,随机抽取总会谈次数的 15%进行录像,由研究助理进行独立盲评,以评价干预执行的一致性和质量。精神科医师定期审阅抽查结果和疑难案例,提供专业督导。关键条目一致性 Cohen's Kappa 值为 0.74,表明干预实施具有良好

的一致性。

1.2.3 实施干预方案 萨提亚模式赋能全程以家庭照顾者为直接对象,自杀未遂者仅在病情稳定、意识清醒且自愿前提下辅助参与互动,其核心在于修复家庭互动规则。①住院期(第 1~7 天):执行护士每日引导家庭照顾者进行 1~2 次、每次 30~45 min 的结构化家庭会谈。会谈内容围绕萨提亚模式核心技术(外化叙事、冰山隐喻、意义重构、家庭雕塑及赋能沟

通等)展开,并在干预不同阶段侧重不同目标(若患者急诊科住院≥7 d,按计划完成或前 7 d 内完成计划干预,后续仅常规护理;<7 d,优先保障核心模块,在住院期间尽可能完成更多次数的干预,剩余次数在出院后 72 h 内通过电话/视频方式完成)。②出院后随访:执行护士于出院第 3、7、30、60、90 天对家庭照顾者进行 5 次电话随访,每次 10~15 min,建立“家院联动”的安全防护网络。

表 3 住院期及出院后随访阶段的萨提亚模式赋能方案

干预节点	干预目的与方式
住院第 1 天	构建治疗联盟;执行护士运用认知情感映射技术营造护患互信氛围;运用外化叙事技术,引导家庭照顾者绘制“创伤时间轴”,识别家庭冲突触发点(如那场争吵);患者病情稳定时,鼓励补充关键事件细节;指导家庭照顾者启动记录患者情绪观察表
住院第 2 天	解构自杀标签;运用外化叙事技术,指导家庭照顾者将自杀事件客体化为和患者共同对抗的“黑雾”;运用期限存在主义技术,在患者意识清醒时,引导家庭照顾者与其进行“生命意义对话”(如生命只剩 3 天,你想为彼此做什么?)
住院第 3 天	重塑家庭角色;基于前两天发现的未解决冲突,运用家庭雕塑技术,指导家庭照顾者在患者体力允许时,通过角色互换练习(家庭照顾者扮演患者),促进其对患者需求的理解
住院第 4 天	重构家庭沟通规则;运用冰山隐喻技术(如冰山探索地图),指导家庭照顾者开展“家庭融冰成长”工作坊,探索行为背后的情感需求;引导家庭照顾者家庭雕塑,具象化情感距离(如背对→牵手等);指导其创造家庭抗逆口号(如我们一起驱散“黑雾”),患者参与口号确认
住院第 5 天	重建家庭边界;运用认知解离技术,指导家庭照顾者制作“生命历程图”,标注关键转折点;通过角色扮演训练(家庭照顾者主导冲突场景重演),练习将问题与人分离的技巧“问题≠人”,并用“记忆盒子”将患者自杀诱因封存;明确家庭新规则
住院第 6 天	缔造家庭抗逆符号;运用意义建构技术,指导家庭照顾者绘制家庭韧性蓝图;引导其与患者共同栽种“生命树”(实物绿植),赋予“向死而生”的具象意义;指导其与患者共同制订“家庭时光胶囊”计划,完成出院后第 3、7、30、60、90 天的积极“未来对话”(书信、音频、视频)
住院第 7 天	建立家庭安全网;运用赋能沟通技术(如您正经历风暴,但风雨终将过去);训练家庭照顾者一致性表达(如当你说……,我感到……);指导其与患者共同制订简短危机应对清单(含“希望卡”使用规则、15 min 应急愉悦活动等),患者仅提供需求建议;为家庭照顾者颁发家庭抗逆证书
出院后随访	疗效巩固;建立“家院联动”安全防护网络。执行护士提醒家庭照顾者按计划开启“家庭时光胶囊”,强化其主动运用危机应对清单的能力,患者参与度由家庭照顾者根据其状态灵活调整。如第 3 天,启动家庭首轮危机应对,与患者共同回看栽种的“生命树”视频,重拾家庭意义;第 7 天,评估沟通模式,强化积极应对策略(如这一周为患者做到的 3 件小事);第 30 天,识别潜在危机信号(如患者归还贵重物品、情绪退缩等)并求助;出院第 60 天,重温共同承诺,强化仪式感(拍照记录“生命树”生长),巩固抗逆技能;出院第 90 天,举行家庭庆祝仪式,评估效果

1.3 评价方法 研究助理对两组家庭照顾者分别于干预前、出院时及出院第 90 天对反刍思维、自我宽恕、创伤后成长和家庭复原力进行调查,并记录患者出院 3 个月内是否发生再自杀行为。①反刍思维消极元认知信念量表(Negative Beliefs about Rumination Scale,NBRS)^[11]:该量表含有害因子、不可控因子、人际和社会后果因子 3 个因子共 11 个条目,采用 4 级评分,总分 11~44 分。评分越高,表示反刍思维消极元认知信念越强。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.91。②状态自我宽恕问卷(State Self-Forgiveness Scale,SSFS)^[12]:该问卷含自我报复、自我和善 2 个维度共 10 个条目,采用 Likert 5 级评分法,总分 10~50 分,评分越高表示自我宽恕程度越高。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.87。③简体中文版创伤后成长量表(Chinese-Posttraumatic Growth Inventory,C-PTGI)^[13]:该量表含人生感悟、个人力量、新的可能性、与他人关系、自我转变 5 个维度共 20 个条目,采用 6 级评分法,总分 0~100 分,评分越高表示创伤后成长水平越高。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.93。④中文版家庭复原力量表(Chinese-Family Resilience Assessment Scale,C-FRAS)^[14]:该

量表含家庭沟通和问题解决、使用社会资源、维持积极态度、赋予逆境意义 4 个维度共 44 个条目,采用 4 级评分法,总分 44~176 分,评分越高表示家庭复原力水平越高。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.89。

1.4 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行统计描述、 t 检验、 χ^2 检验、秩和检验、广义估计方程,遵循意向性分析原则处理纵向失访数据,缺失值通过多重插补法(链式方程生成 20 个数据集,纳入 C-FRAS 时点评分及协变量,按 Rubin 规则合并)控制偏倚。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组家庭照顾者不同时间点反刍思维消极元认知评分比较 见表 4。

表 4 两组家庭照顾者不同时间点反刍思维消极元认知评分比较 分, $\bar{x}\pm s$

组别	人数	干预前	出院时	出院第 90 天*
对照组	43	33.44±8.77	29.02±8.56	27.16±9.04
干预组	43	33.73±7.98	22.04±7.02	18.36±3.37
t		0.160	4.135	5.981
P		0.873	<0.001	<0.001

注:两组比较,Wald $\chi^2_{\text{组间}}=8.920,P=0.003$;Wald $\chi^2_{\text{时间}}=42.150,P<0.001$;Wald $\chi^2_{\text{交互}}=6.740,P=0.034$ 。*对照组 32 人(剔除 11 人)、试验组 31 人(剔除 12 人)。

2.2 两组家庭照顾者不同时间点自我宽恕评分比较 见表 5。

表 5 两组家庭照顾者不同时间点自我宽恕评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	人数	干预前	出院时	出院第 90 天 *
对照组	43	16.64±4.15	19.90±5.40	20.15±5.72
干预组	43	15.86±3.15	34.15±6.89	37.97±8.64
<i>t</i>		0.982	10.674	11.277
<i>P</i>		0.329	<0.001	<0.001

注:两组比较, $Wald\chi^2_{\text{组间}} = 10.37, P = 0.001$; $Wald\chi^2_{\text{时间}} = 38.26, P < 0.001$; $Wald\chi^2_{\text{交互}} = 7.85, P = 0.020$ 。* 对照组 32 人(剔除 11 人)、试验组 31 人(剔除 12 人)。

2.3 两组家庭照顾者不同时间点创伤后成长评分比较 见表 6。

表 6 两组家庭照顾者不同时间点创伤后成长评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	人数	干预前	出院时	出院第 90 天 *
对照组	43	58.84±15.08	66.30±15.08	68.29±13.67
干预组	43	58.61±15.16	81.59±16.10	87.63±9.15
<i>t</i>		0.071	4.545	7.710
<i>P</i>		0.944	<0.001	<0.001

注:两组比较, $Wald\chi^2_{\text{组间}} = 15.830, P < 0.001$; $Wald\chi^2_{\text{时间}} = 61.440, P < 0.001$; $Wald\chi^2_{\text{交互}} = 9.620, P = 0.008$ 。* 对照组 32 人(剔除 11 人)、试验组 31 人(剔除 12 人)。

2.4 两组家庭照顾者不同时间点家庭复原力评分比较 见表 7。

表 7 两组家庭照顾者不同时间点家庭复原力评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	人数	干预前	出院时	出院第 90 天 *
对照组	43	72.20±16.07	81.32±16.15	85.14±14.52
干预组	43	73.09±16.88	123.03±22.57	137.94±20.65
<i>t</i>		0.250	9.855	13.716
<i>P</i>		0.803	<0.001	<0.001

注:两组比较, $Wald\chi^2_{\text{组间}} = 5.140, P = 0.023$; $Wald\chi^2_{\text{时间}} = 48.920, P < 0.001$; $Wald\chi^2_{\text{交互}} = 7.970, P = 0.021$ 。* 对照组 32 人(剔除 11 人)、试验组 31 人(剔除 12 人)。

2.5 两组患者出院后 3 个月内结局 对照组共 11 例患者死亡,其中 10 例因首次服毒中毒并发症死亡,1 例因再次服毒自杀死亡(致死性自杀);干预组共 12 例患者死亡,其中 11 例因首次服毒中毒并发症死亡,1 例因再次服毒自杀死亡(致死性自杀)。对照组存活的 32 例患者中,17 例发生非致死性自杀行为(出院后第 1 个月 9 例,第 2 个月 5 例,第 3 个月 3 例);干预组存活的 31 例患者中,2 例发生非致死性自杀行为(出院后第 1 个月 1 例,第 3 个月 1 例)。出院后 3 个月内,对照组发生再自杀行为(含致死性与非致死性)18 例,干预组发生 3 例,两组再自杀行为发生率比较,

$\chi^2 = 14.180, P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 萨提亚模式赋能可有效改善急诊服毒自杀未遂者家庭照顾者的心理状态 本研究显示,干预组家庭照顾者出院时及出院第 90 天的反刍思维评分显著低于对照组,自我宽恕及创伤后成长评分显著高于对照组(均 $P < 0.05$),表明萨提亚模式赋能家庭照顾者能在短期内持续地改善其心理状态。其核心作用机制体现在:①阻断自责循环。运用外化叙事(如将自杀事件客体化为共同对抗的“黑雾”),切断家庭照顾者“照顾失职”的归因链条,建立合作联盟,降低其反刍思维,奠定自我宽恕认知基础。②重建情感联结。借助“家庭融冰成长”工作坊揭示行为背后的情感需求,通过家庭雕塑(角色互换、位置调整)具象化修复情感隔离,促进相互理解,使家庭照顾者创伤体验转化为成长动力。③延伸时间视角。“生命树”隐喻(向死而生)和“未来对话”技术,结合出院后 5 次随访巩固家庭照顾者自我接纳进程,完成从自我否定到自我宽恕的深层转变。④赋能情感释放。通过一致性沟通训练(如当你说……,我感到……的表达句式),促进情感释放,提升创伤后成长水平。这与非自然创伤性事件对家庭照顾者的负面影响研究^[15-16]形成对照,凸显萨提亚模式打破恶性循环的有效性。

3.2 萨提亚模式赋能可显著提升急诊服毒自杀未遂者家庭照顾者的家庭复原力 本研究显示,干预组家庭照顾者出院时及出院第 90 天的家庭复原力评分显著高于对照组(均 $P < 0.05$),表明萨提亚模式赋能家庭照顾者有利于提升其家庭复原力。核心机制可能因为萨提亚模式的关键技术精准激活家庭复原力的 4 个维度:①赋予逆境意义。通过外化叙事(如“黑雾”隐喻)和意义重构(如“生命树”),将创伤事件转化为家庭照顾者与患者共同成长契机。②优化家庭沟通与问题解决。借助“家庭融冰成长”工作坊揭示深层情感需求,运用家庭雕塑具象化调整互动模式(如背对→牵手),提升冲突应对效能。③强化积极态度。赋能沟通技术肯定家庭照顾者内在资源与潜能,增强其抗逆信念。④促进社会资源利用。整合上述技术构建“家院联动”支持网络(如希望卡、随访咨询)。由此,家庭照顾者角色从“应激传递器”转化为“抗逆缓冲器”^[17],显著提升了家庭照顾者家庭复原力。

3.3 萨提亚模式赋能家庭照顾者有利于减少自杀未遂者的再自杀行为 本研究显示,出院 3 个月内干预组患者再自杀行为发生率显著低于对照组($P < 0.05$),表明该干预不仅改善家庭照顾者心理状态及家庭复原力,同时构建了支持性家庭环境,间接降低患者的再自杀行为发生率。这一发现与 Cui 等^[18]揭示的家庭复原力与患者行为之间的二元交互作用研

究相呼应,家庭照顾者家庭复原力的提升可为患者营造更具支持性的生存环境^[19],形成一种双向的良性循环。其核心作用机制体现在构建了“全程多层次连续支持性生存干预链”:①形成支持性家庭环境。家庭照顾者心理状态及家庭复原力的改善,共同为患者提供了情感缓冲与支持的基石,契合萨提亚模式以家庭系统修复为核心的理念,也与自杀人际关系理论强调家庭成员间双向影响的观点一致^[5]。②早期建立安全沟通规则。住院期即通过核心技术(如一致性表达训练)建立安全的家庭对话规则,减少患者的情感孤立感。③延续强化危机应对能力。出院后利用共同制订的危机应对清单(将护理干预转化为家庭照顾者的自助工具),及出院后 3 个月高风险期^[20]的多次定期随访,持续巩固了家庭应对危机的能力。相比常规护理缺乏系统性家庭支持,该模式为患者提供了持续的情感缓冲与支持,从根本上阻断了“应激→沟通恶化→自杀行为”的恶性循环^[21]。这为急诊科构建“家院联动”协同的自杀预防路径提供实践依据,有效弥补了当前干预中对家庭系统支持的忽视。建议将包含家庭支持要素的系统随访(尤其是基于萨提亚模式核心)纳入服毒自杀未遂者出院后的常规高危期管理。

4 结论

萨提亚模式赋能家庭照顾者可有效改善其心理状态及家庭复原力,从而间接降低急诊服毒自杀未遂者出院后 3 个月内再自杀行为发生率。该模式通过赋能家庭照顾者重构支持性生存环境,为降低患者再自杀风险提供了可操作的临床路径。但本研究样本主要来自新乡地区,未来研究可纳入少数民族、城市核心家庭等不同背景的家庭照顾者,同时关注自杀死亡者家庭照顾者的心理需求,探索针对性的心理干预方案。

参考文献:

[1] 魏艳欣,汪心婷,刘宝鹏,等. 山东省农村自杀未遂者自杀行为的聚类分析[J]. 山东大学学报(医学版), 2021, 59(11):108-113.

[2] 胡德英,柳丽茗,邓先锋,等. 568 例急诊科自杀未遂患者特征分析与管理对策[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18):15-17.

[3] 郭红玉,孙雪. 家庭健康对话在家庭护理中的研究进展[J]. 护理学杂志, 2024, 39(1):121-125.

[4] 郑悦,许焯勍,王建玉,等. 自杀未遂病患与家属的信息沟通及家属的照顾能力研究[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2018, 38(3):316-322.

[5] 江源. 人际需求损害和正情绪功能对青年人群自杀行为的影响研究[D]. 西安:第四军医大学, 2013.

[6] Hua L L, Lee J, Rahmandar M H, et al. Suicide and suicide risk in adolescents [J]. *Pediatrics*, 2024, 153(1): e2023064800.

[7] 张春苗,王志稳,李献云,等. 自杀未遂住院的抑郁症患者自杀前心理体验的定性研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2023, 37(10):840-845.

[8] Bottomley J S, Smigelsky M A. Bereavement in the aftermath of suicide, overdose, and sudden-natural death: evaluating a new measure of needs[J]. *Assessment*, 2023, 30(4):1052-1064.

[9] Wretman C J. Saving Satir: contemporary perspectives on the change process model[J]. *Soc Work*, 2016, 61(1):61-68.

[10] Carballo J J, Llorente C, Kehrmann L, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents [J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2020, 29(6):759-776.

[11] 钱淑红,姜英杰,谢媚,等. 反刍思维消极元认知信念量表测评大学生的效度和信度[J]. 中国心理卫生杂志, 2025, 39(4):367-372.

[12] 戴天娇. 青少年自我宽恕对负性情绪线索下前瞻记忆的影响[D]. 北京:中央民族大学, 2024.

[13] 汪际,陈瑶,王艳波,等. 创伤后成长评定量表的修订及信效度分析[J]. 护理学杂志, 2011, 26(14):26-28.

[14] 董超群,高晨晨,赵海峰. 家庭复原力评估量表汉化及用于慢性病患者家庭的信效度分析[J]. 护理学杂志, 2018, 33(10):93-97.

[15] Fisher J E, Zhou J, Liu A G, et al. Effect of comorbid anxiety and depression in complicated grief on perceived cognitive failures[J]. *Depress Anxiety*, 2020, 37(1):54-62.

[16] Bränström R, Pachankis J E, Jin J, et al. Self-schemas and information processing biases as mechanisms underlying sexual orientation disparities in depressive symptoms: results from a longitudinal, population-based study [J]. *J Psychopathol Clin Sci*, 2023, 132(6):681-693.

[17] 刘柯炎. 萨提亚家庭治疗模式缓解主干家庭代际冲突研究[D]. 沈阳:辽宁大学, 2024.

[18] Cui P, Shi J, Li S, et al. Family resilience and its influencing factors among advanced cancer patients and their family caregivers: a multilevel modeling analysis[J]. *BMC Cancer*, 2023, 23(1):623.

[19] Chen H, Hemmingsson T, Forsell Y, et al. Death of a parent during childhood and the risk of ischemic heart disease and stroke in adult men [J]. *Psychosom Med*, 2020, 82(9):810-816.

[20] Gesese A A, Ochan O O. Suicidal behavior, suicidal ideation and patterns among youths in Anywaa Zone, Gambella, Southwest Ethiopia: a mixed-methods study [J]. *BMC Psychiatry*, 2022, 22(1):389.

[21] 范亚荣. 青少年抑郁症患者家庭复原力的影响因素及主要照顾者体验的混合性研究[D]. 太原:山西医科大学, 2024.

(本文编辑 韩燕红)