

T/GXAS

团 体 标 准

T/XXX XXXX—XXXX

住院精神障碍患者心理护理服务规范

Specification for psychological nurse of inpatients with mental disorder

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

广西标准化协会 发 布

前 言

本文件参照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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西护理学会提出、归口并宣贯。

本文件起草单位：广西壮族自治区脑科医院、首都医科大学附属北京安定医院、南京脑科医院、广州医科大学附属脑科医院、重庆市精神卫生中心、右江民族医学院附属医院、贵港市人民医院、梧州市第二人民医院、钦州市精神病医院、防城港市精神病医院。

本文件主要起草人：邓金兰、覃凤琼、陈美贵、邓远新、黄欣、覃正斌、张春丹、罗兰芳、叶凡佩、蓝军、王智、程艮、曹香、叶君荣、廖慧黠、黄曲云、杨昆城、黄杏飞、叶开群、夏春梅。

住院精神障碍患者心理护理服务规范

1 范围

本文件界定住院精神障碍患者心理护理相关术语和定义、缩略语，规定基本要求、心理护理分级评估、心理护理干预计划、心理护理实施、效果评价、随访管理、档案管理的要求。

本文件适用于精神专科医院、综合医院精神科住院患者心理护理工作；康复机构、社区精神照护机构可参照执行。

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。

WS/T 431 护理分级

T/GXAS 1263 住院精神障碍患者分级护理规范

T/GXAS xxxx 住院精神障碍患者康复期团体叙事护理规范

3 术语和定义

WS/T 431、T/GXAS 1263界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

心理护理 psychological nursing

以精神科护理评估为基础，综合心理支持、认知干预、情绪调节、危机处置、家庭协同等护理技术，改善住院精神障碍患者情绪、认知、社会功能，提升心理韧性、预防复发的系统性护理服务。

4 缩略语

下列略语适用于本文件。

BVC：中文版布罗塞特攻击行为量表（中文版Broset-Violence-Checklist）。

NGASR：护士用自杀风险评估量表（Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale）。

SAS：焦虑自评量表（Self-RatingAnxietyScale）。

SDS：抑郁自评量表（Self-Rating Depression Sale）。

5 基本要求

5.1 环境场所

5.1.1 应独立设置心理访谈室、团体治疗室、危机干预室，采光通风符合精神科建筑规范，温湿度适宜，无尖锐、可自伤危险物品。

5.1.2 个体访谈空间应具备隔音、隐私保护条件，配备单人沙发、记录桌椅；团体室可容纳8~12人，预

留安全疏散通道。

5.1.3 病区日常活动区营造人文氛围，设置情绪宣泄角、正念放松区，配置减压教具。

5.1.4 高危患者监护区域应 24 h 视频监控，科室配备应急呼叫装置。

5.2 护理人员

5.2.1 从事心理护理人员应持有护士执业证，完成精神科心理护理专项培训并考核合格；开展系统心理干预者宜持有心理咨询师/心理治疗师相关资质。

5.2.2 应熟练掌握 NGASR、BVC、SDS、SAS、擅自离院筛查表 5 类量表规范操作，可独立识别自伤、自杀、冲动、外走、NSSI 风险。

5.2.3 掌握缓和沟通、正念放松、叙事、家庭访谈、危机稳定化基础心理护理技术；高风险个案应具备 24 h 监护、即时危机处置能力。

5.2.4 恪守心理服务伦理，严格保护患者隐私，仅在自杀、伤人等危及生命场景启动强制告知流程。

6 心理护理分级评估

6.1 接诊初评

6.1.1 患者入院 2 h 内完成 NGASR 自杀风险评估；4 h 内完成 BVC 攻击风险、擅自离院风险筛查；入院 24 h 内完成 SDS、SAS 情绪量表测评。《护士用自杀风险评估量（NGASR）》见附录 A，《中文版布罗塞特攻击行为量表（中文版 BVC）》见附录 B，《擅自离院风险因素筛查表》见附录 C；抑郁自评量表（SDS）见附录 D，焦虑自评量表（SAS）见附录 E。

6.1.2 初评采用非评判、共情沟通方式收集病史、应激事件、既往自伤/自杀史、家庭支持系统，同步建立护患信任，告知院内紧急求助渠道。

6.1.3 初评记录完整录入护理病历，同步对接责任医师，形成医护评估联动。

6.2 分级评估

结合三项维度综合判定心理护理等级，与 T/GXAS 1263 护理等级同步动态更新：

- a) 躯体自理分级：Katz/Barthel 指数（见 T/GXAS 1263 附录 A、附录 B）；
- b) 安全风险：NGASR 自杀、BVC 冲动、擅自离院量表低/中/高风险，
- c) 情绪程度：SDS、SAS 标准划分轻度/中度/重度焦虑抑郁。

6.3 各类风险评估频次

6.3.1 攻击暴力（BVC）

风险评估频次如下：

- a) 高风险（>2 分）：每周复评；出现易怒、吵闹、威胁行为即时复测；连续 2 周 0 分停止常规评估；
- b) 中风险（1~2 分）：每周复评；
- c) 低风险（0 分）：波动时评估。

6.3.2 自杀风险（NGASR）

风险评估频次如下：

- a) 高风险（≥9 分）：每周复评 1 次；病情波动、出现自伤意念/行为即时复评；连续 2 周低风险可停止常规复评；

T/XXX XXXX—XXXX

- b) 中风险（6~8分）：每周复评1次；
- c) 低风险（≤5分）：仅病情变化时动态评估。

6.3.3 擅自离院风险

风险评估频次如下：

- a) 高风险（≥5分）：每周复评1次；存在寻找出逃迹象即时复测；
- b) 中风险（3~4分）：每周复评1次；
- c) 低风险（≤2分）：病情变化评估。

6.3.4 情绪量表（SDS/SAS）

重度焦虑抑郁每周复测；中度每2周复测；轻度每月随访复测。

7 心理护理干预计划制定

7.1 分级干预匹配规则

7.1.1 一级（基础支持型）

7.1.1.1 适用无中高风险、轻度情绪、二/三级护理患者。

7.1.1.2 核心内容包括入院适应宣教、日常情感陪伴、疾病知识科普、基础情绪疏导、常规出院准备等。

7.1.2 二级（专业干预型）

7.1.2.1 适用中度焦虑抑郁、中风险自杀/冲动、一级护理患者、治疗不配合、家庭冲突明显者。

7.1.2.2 在基础支持上增加：认知矫正、放松训练、个体叙事、家庭访谈、每周团体心理活动等。

7.1.3 三级（危机强化型）

7.1.3.1 适用重度焦虑抑郁、高自杀/冲动/外走风险、特级护理、有自伤/NSSI行为、幻觉妄想支配行为紊乱者。

7.1.3.2 叠加危机稳定技术、24h专人陪护、高频动态评估、多学科会诊、家庭安全计划制定、每日情绪干预。

7.2 计划动态调整

7.2.1 护理等级、风险等级、情绪量表任一指标变化，应24h内修订干预计划。

7.2.2 干预连续2周无改善、自伤/冲动频率未下降，组织医护联合个案讨论，更换干预技术、提升干预频次。

7.2.3 干预目标分为短期（1~2周：减少冲动/自伤冲动、稳定睡眠食欲）、长期（全程：提升情绪调节、改善人际、预防复发）。

8 心理护理实施

8.1 通用支持性心理护理（所有患者必做）

8.1.1 入院阶段：主动接待，介绍病区制度、医护团队、活动安排，消除陌生恐惧。

8.1.2 日常照护：晨晚间、治疗前后开展简短沟通，主动倾听主诉，采用“我句式”共情回应，不评判、

不否定患者感受。

8.1.3 信息支持：分层讲解精神疾病机制、药物作用、不良反应、康复周期，纠正认知误区。

8.1.4 出院筹备：提前 1~2 周开展出院心理建设，告知社区随访、心理热线、线上心理云平台求助渠道（广西心理援助热线 0772-3136120）。

8.1.5 家属同步宣教：指导家属避免指责、学会共情陪伴，掌握基础情绪安抚方法。

8.2 专业心理干预技术实施

8.2.1 情绪调节技术

采用渐进式肌肉放松、腹式呼吸、蝴蝶拍、着陆技术、情绪遥控器保险箱技术，急性情绪发作时即时使用，单次 10 min~15 min，每日 1~2 次。

8.2.2 认知行为护理干预

识别负性自动思维，引导客观验证认知偏差，布置日常正向活动作业，减少回避行为。

8.2.3 叙事护理

每周 1 次个体叙事，团体叙事按 T/GXAS xxxx 住院精神障碍患者康复期团体叙事护理规范的规定执行，帮助重构疾病认知，修复创伤体验。

8.2.4 家庭访谈干预

每月至少 1 次家庭沟通访谈，梳理家庭互动模式，减少冲突，建立家庭支持系统，共同制定居家安全预案。

8.3 心理危机专项护理（三级干预患者）

8.3.1 高自杀/自伤/NSSI 风险：专人床旁陪护，病区移除绳索、刀具、玻璃等危险物品，每班重点交接自杀意念、冲动冲动。

8.3.2 急性情绪崩溃、激越冲动：优先稳定化干预，限制环境刺激，必要时遵医嘱保护性约束，约束期间每 30 min 心理安抚 1 次。

8.3.3 出现强烈自杀计划、实施行为：立即启动院内危机流程，精神科医师紧急会诊，必要转监护室 24 h 特级监护。

8.4 多学科联动干预

8.4.1 医护联动：每周医护查房同步评估心理状态，调整药物+心理护理协同方案。

8.4.2 社工联动：患者出院前对接社区康复资源，困难家庭对接免费心理服务。

9 效果评价

9.1 动态评价指标

9.1.1 过程指标：出勤率、干预配合度、每周自伤/冲动发作频次、睡眠饮食改善情况。

9.1.2 量化量表：SDS、SAS、NGASR、BVC 复测分值变化。

9.1.3 结局指标：人际沟通改善、治疗依从性、家属满意度、院内安全不良事件发生率。

9.2 干预方案优化

- 9.2.1 每月汇总全部患者心理护理评价数据，形成质控台账。
- 9.2.2 对连续 4 周干预无效个案开展专题复盘，重新评估风险，调整干预频次与技术。
- 9.2.3 每季度开展全院心理护理质量评审，收集护士、患者、家属反馈，修订干预流程、培训内容。

10 随访管理

- 10.1 患者出院后第 1 个月内开展随访，可线上/线下结合，复测情绪与风险量表。
- 10.2 随访重点识别复发先兆、自伤冲动、服药情况，更新个性化安全应对计划。
- 10.3 随访记录统一归入患者终身护理档案，出现高风险立即联系家属及属地精神卫生机构干预。评价与持续改进。

11 档案管理

对所接诊的住院精神障碍患者建立档案记录，有专人负责管理，进行日常管理、协调与持续质量评价心理干预质量。应保护患者隐私，不泄露患者信息。

附录 A

(资料性)

护士用自杀风险评估量 (NGASR)

A.1 护士用自杀风险评估量 (NGASR)

护士用自杀风险评估量 (NGASR) 见表 A.1。

表 A.1 护士用自杀风险评估量 (NGASR)

护士用自杀风险评估量表 (NGASR) 中文版	赋分	得分	有无时限
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. 酒瘾或物质滥用史。	1		
15. 罹患晚期疾病。	1		
总分	25		
评分结果判断: <input type="checkbox"/> 低度危险 (≤5 分) <input type="checkbox"/> 中度危险 (6-8 分) <input type="checkbox"/> 高度危险 (≥9 分)			

A.2 护士用自杀风险评估量表 (NGASR) 评定细则

A.2.1 每个条目答“否”记 0 分, 答是则记赋值分数, 总分为 25 分

A.2.2 评定时限均为最近半年: 1~5。

A.2.3 评定时没有时限: 8~15项。

附录 B

(资料性)

中文版布罗塞特攻击行为量表 (中文版 BVC)

B.1 中文版布罗塞特攻击行为量

中文版布罗塞特攻击行为量表见B.1。

表 B.1 中文版布罗塞特攻击行为量表 (中文版 BVC)

项目	有	无
混乱	1	0
易怒	1	0
喧闹	1	0
肢体攻击	1	0
语言攻击	1	0
物品攻击	1	0
总分	5	
评分结果判断: <input type="checkbox"/> 低度危险 (0分) <input type="checkbox"/> 中度危险 (1-2分) <input type="checkbox"/> 高度危险 (>2分)		

B.2 中文版布罗塞特攻击行为量表 (中文版 BVC) 评定细则

B.2.1 混乱: 出现明显的混乱和定向力丧失。如分不清时间、地点、人物等。

B.2.2 易怒: 容易生气或恼怒, 无法容忍别人的存在等。

B.2.3 喧闹: 行为明显大声或吵闹。如摔门、说话时大声喊叫等。

B.2.4 肢体攻击: 有明显用肢体威胁他人的意图。如摆出攻击的姿势、拽别人衣服、挥动手臂、抬腿、握紧拳头或做出要用头顶人的样子等。

B.2.5 语言攻击: 说话声音突然提高并有恐吓和威胁他人的明确意图。如语言攻击、说粗话、漫骂、以咆哮、攻击的方式表达中立看法等。

B.2.6 物品攻击: 攻击对象为物品但不是人。如乱扔物品、砰砰的敲打或砸窗户、踢、敲打或用头撞击物品、砸家具等。

附录 C

(资料性)

擅自离院风险因素筛查表

C.1 擅自离院因素筛查表

擅自离院因素筛查表见表C.1。

表 C.1 擅自离院因素筛查表

擅自离院风险因素筛查表	赋分	得分
1. 曾有出走史	5	
2. 有记忆力减退、定向障碍	2	
3. 无自知力、强制住院	1	
4. 有明显的幻觉、妄想	1	
5. 对住院治疗感到恐惧	1	
6. 有寻找出走机会的表现	2	
总分	12	
评分结果判断： <input type="checkbox"/> 低度危险（≤2 分） <input type="checkbox"/> 中度危险（3-4 分） <input type="checkbox"/> 高度危险（≥5 分）		

C.2 擅自离院风险因素筛查表评定细则

- C.2.1 曾有出走史：在家中最近半年有擅自离家，或者近几次/本次住院期间有擅自离院史。
- C.2.2 有记忆力减退、定向障碍：包括意识障碍或痴呆引起的记忆力和定向力问题。
- C.2.3 无自知力、强制住院：被家属强制/哄骗送入院，住院依从性低的患者。
- C.2.4 有明显的幻觉、妄想：包括明显的阳性症状，尤其是命令性幻听和妄想等。
- C.2.5 对住院治疗感到恐惧：对住院产生紧张、恐惧的情绪，可以是继发于精神症状。
- C.2.6 有寻找出走机会的表现：包括有外走企图和计划，存在故意避开家属，研究门窗等行为表现。

附 录 D
(资料性)
抑郁自评量表 (SDS)

D.1 抑郁自评量表 (SDS)

抑郁自评量表 (SDS) 见表D.1。

表 D.1 抑郁自评量表 (SDS)

序号	项目	没有或 很少时间	少部分 时间	相当多 时间	绝大部分时间或全部 时间
1	我觉得闷闷不乐, 情绪低沉	1	2	3	4
2	我觉得一天之中早晨最好	1	2	3	4
3	我一阵阵哭出来或觉得想哭	1	2	3	4
4	我晚上睡眠不好	1	2	3	4
5	我吃得跟平常一样多	1	2	3	4
6	我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	1	2	3	4
7	我发觉我的体重在下降	1	2	3	4
8	我有便秘的苦恼	1	2	3	4
9	心跳比平常快	1	2	3	4
10	我无缘无故地感到疲乏	1	2	3	4
11	我的头脑和平常一样清楚	1	2	3	4
12	我觉得经常做的事情并没有困难	1	2	3	4
13	我觉得不安而平静不下来	1	2	3	4
14	我对未来抱有希望	1	2	3	4
15	我比平常容易生气激动	1	2	3	4
16	我觉得做出决定是容易的	1	2	3	4
17	我觉得自己是个有用的人, 有人需要我	1	2	3	4
18	我的生活过得很有意思	1	2	3	4
19	我认为如果我死了, 别人会生活得更好	1	2	3	4
20	平常感兴趣的事我仍然感兴趣	1	2	3	4
SDS 量表总分: _____ 分					
注1: 在过去1周, 根据自身生活中出现以上症状的频率, 在每个项目对应的得分上划“✓”。					

D.2 评分

D.2.1 评分方法: 共20个条目, 其中10个为正向评分, 10个为反向评分 (分别是第2、5、6、11、12、14、16、17、18、20)。

D.2.2 分析指标: 主要统计指标为总分。将20个项目的各个得分相加, 即得粗分; 用粗分乘以1.25以后取整数部份, 就得到标准分。

D.2.3 结果解释: 标准分的分界值为53分。53~62分, 轻度抑郁; 63~72分, 中度抑郁; ≥73分, 重度抑郁。

附 录 E
(资料性)
焦虑自评量表 (SAS)

E.1 焦虑自评量表 (SAS)

焦虑自评量表 (SAS) 见表E.1。

表 E.1 焦虑自评量表 (SAS)

序号	项目	没有或很少时间	少部分时间	相当多时间	绝大部分时间或全部时间
1	我觉得比平常容易紧张或着急	1	2	3	4
2	我无缘无故地感到害怕	1	2	3	4
3	我容易心里烦乱或觉得惊恐	1	2	3	4
4	我觉得我可能将要发疯	1	2	3	4
5	我觉得一切都很好, 也不会发生什么不幸	1	2	3	4
6	我手脚发抖打颤	1	2	3	4
7	我因为头痛、颈痛和背痛而苦恼	1	2	3	4
8	我感觉容易衰弱和疲乏	1	2	3	4
9	我觉得心平气和, 并且容易安静坐着	1	2	3	4
10	我觉得心跳得很快	1	2	3	4
11	我因为一阵阵头晕而苦恼	1	2	3	4
12	我有晕倒发作, 或觉得要晕倒似的	1	2	3	4
13	我吸气呼气都感到很容易	1	2	3	4
14	我的手脚麻木和刺痛	1	2	3	4
15	我因为胃痛和消化不良而苦恼	1	2	3	4
16	我常常要小便	1	2	3	4
17	我的手脚常常是干燥温暖的	1	2	3	4
18	我脸红发热	1	2	3	4
19	我容易入睡, 并且整夜睡得很好	1	2	3	4
20	我做恶梦	1	2	3	4
SAS 量表总分:					

E.2 评分

E.2.1 评分方法: 共20个条目, 其中15个为正向评分, 5个为反向评分 (分别是第5、9、13、17、19)。

E.2.2 分析指标: 主要统计指标为总分。将20个项目的各个得分相加, 即得粗分; 用粗分乘以1.25以后取整数部份, 就得到标准分。

E.2.3 结果解释: 标准分的分界值为50分。50~59分, 轻度焦虑; 60~69分, 中度焦虑; ≥70分, 重度焦虑。

参 考 文 献

- [1] WS/T 431—2023 护理分级
 - [2] T/GXAS 1263—2026 住院精神障碍患者分级护理规范
 - [3] 中华人民共和国精神卫生法（2018 修正）
 - [4] 刘哲宁.精神科护理学（第5版）[M]. 人民卫生出版社，2022
 - [5] 郭静. 护士用自杀风险评估量表（NGASR）信效度研究 [D]. 山东大学，2018
 - [6] 中国心理学会临床与咨询心理学工作伦理守则
-