|  |  |
| --- | --- |
| ICS | 11.020 |
| CCS | |  | | --- | | D:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T.pngD:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T后面的反斜杠.png GXAS |   C 01 |

团体标准

T/GXAS XXXX—XXXX

儿童青少年非自杀性自伤风险评估规范

Specification for risk evaluation of non-suicidal self-injury of children and adolescents

XXXX - XX - XX发布

XXXX - XX - XX实施

广西标准化协会  发布

1. 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。

本文件由南宁市第五人民医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：南宁市第五人民医院、玉林市退役军人医院（玉林市第四人民医院）、百色市第二人民医院、防城港市精神病医院、钦州市精神病医院、北海市合浦精神病医院。

本文件主要起草人：方晖、郑丹丹、范喜英、陆强、雷黎、黄淑津、磨丽莉、黄英明、何梅、夏春梅、车红英、廖有兴、罗惠芳、曾启全、曾镇涛。

儿童青少年非自杀性自伤风险评估规范

* 1. 范围

本文件界定了非自杀性自伤的术语和定义，规定了评估原则、人员要求、评估流程、评估内容等要求。

本文件适用于医疗机构的儿童青少年非自杀性自伤风险评估。

* 1. 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

* 1. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

非自杀性自伤 non-suicidal self-injury，NSSI

个体在无自杀动机的情况下直接对自身组织的故意伤害的行为。

1. 一年内发生多次，该行为或其结果引起有临床意义的痛苦，或妨碍人际、学业或其他重要功能方面。
   1. 评估原则
      1. 保密原则

评估过程中应遵循保密原则，尊重并保护儿童和青少年的隐私权，不应对个体造成进一步的心理伤害或创伤。同时也应注意合法的信息分享，特别是存在自我伤害或他人伤害风险时。

* + 1. 全面性原则

评估应包括生物、心理、社会和环境等多个方面的因素，应关注个体的心理健康状况、应对策略、家庭环境、社会支持系统以及任何潜在的创伤历史。同时通过共病评估来进行鉴别诊断。

* + 1. 客观性原则

评估者应以客观、中立的态度进行评估，遵循实事求是，并基于客观数据和来访者的心理现象作出判断，不可带入个人价值观和偏见。

* + 1. 个性化原则

评估计划应根据每个儿童或青少年特定需求和情况进行个性化设计。考虑个体的年龄、性别、文化背景、以及他们自身对自伤行为的理解和解释。

* 1. 人员要求

具备心理学、精神医学、临床社会工作或咨询心理学等心理健康相关领域执业证书的医生、护士、心理治疗师、社会工作者等。

具有在儿童和青少年心理健康领域工作的经验，特别是有关自伤、抑郁、焦虑、创伤后应激障碍（PTSD）等问题的评估经验，能熟练使用标准化评估工具和方法，准确识别风险因素和保护因素。

* 1. 评估流程

非自杀性自伤风险评估流程见图1。

监测和复评

实施评估

评估结果判断

接诊

建立沟通与信任

制定干预策略

建立档案记录

1. 非自杀性自伤风险评估流程图
   1. 评估内容与要求
      1. 接诊

双方自我介绍，建立良好信任关系；注意做好倾听，给予鼓励和支持，适当共情，避免唐突打断患者；恰当运用肯定技术，肯定患者的真实感受，接纳患者。

* + 1. 建立沟通与信任

评估开始前，首先建立一个安全、尊重和理解的环境，增强儿童或青少年的信任感和舒适度。

解释评估的目的、过程以及保密性原则，确保他们理解并同意参与。

* + 1. 实施评估
       1. 访谈评估

收集基本信息，应包括：

1. 一般资料：姓名、性别、年龄、民族、籍贯、学历层次；
2. 主诉：主要症状、就诊的主要原因；
3. 现病史：实施相关因素、演变过程等；
4. 个人史：个人性格特点、兴趣爱好、成长经历、近期是否经历重大事件、身边朋友是否有人实施自伤；
5. 家族史：家庭结构、父母的职业和性格特点、经济状况、社会地位、家庭成员间关系、成长过程中的特殊事件、精神疾病。
   * + 1. 量表评估

使用《自杀/自伤风险评估及防范记录表》（见附录A）来系统了解自伤行为背后的原因与动机，自伤的方法、频率、部位和实践，评估个体的心理健康状况，包括存在的任何心理疾病（如焦虑、抑郁、创伤后应激障碍等）。评估风险因素和保护因素，包括个人的应对策略、社会支持系统以及家庭功能等。

* + 1. 评估结果判断

评估人员根据《自杀/自伤风险评估及防范记录表》测评结果以及根据收集的信息判断自伤行为的严重程度和风险等级。

* + 1. 制定干预策略

根据评估结果和风险等级，制定个性化的干预策略，可包括药物干预、心理干预、患者的安全管理、家属参与患者安全决策、以家庭为中心的健康教育、情绪自我管理策略、自伤替代疗法、学校和社区支持等多方面的措施。

* + 1. 建立档案记录

对所接诊的儿童青少年建立档案记录。应有专人负责管理，进行日常管理、协调与持续质量评价评估质量。

应严格保护患者隐私，不应泄露患者信息。

妥善处理投诉，定期收集患者反馈意见，核实、分析与整改。

* + 1. 监测和复评

定期监测进展情况和个体的反应，调整干预措施以应对新的挑战或需求。根据需要进行复评，确保干预效果，并支持长期的恢复和发展。

2. （资料性）  
   自杀/自伤风险评估及防范记录表

自杀/自伤风险评估及防范记录表见表1。

* 1. 自杀/自伤风险评估及防范记录表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 年龄 | |  | | 床号 | |  | | 住院号 | |  | |
| 诊断 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 风险因 素 | 评估内容 | | 分值 | 评估日期 | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 绝望感 | | 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 被害妄想或有被害内容的幻听 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 情绪低落/兴趣丧失或愉快感缺失 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 人际和社会功能退缩 | | 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 言语流露自杀意图 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 计划采取自杀行动 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 自杀家族史 | | 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 近亲人死亡活重要亲密关系丧失 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 精神病史 | | 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 自杀未遂史 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 社会-经济地位低下 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 饮酒史或酒滥用 | | 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 罹患晚期疾病 | | 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 总分 | | | 23 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 预防措 施 | 1；2；3；4；5；6；7；8；9；10；11 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 预防效果 | | 未发生 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 已发生 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 护士签名 | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 护士长签名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. 评分结果判断：一般风险（≤5分），中度风险（6～8分），高度风险（9～11分），极高度风险（≥12分）。 2. 评估为中、高危的病人立即填写此表。 3. 高危病人在晨间护理查房时、交接班时进行评估，每天记录1次。 4. 防范措施:1、在一览表有防自杀标识。2、责任护士对患者进行健康宣教，鼓励患者正确认识疾病。3、积极进行危机干预，做好病人的心理护理，帮助病人树立战胜疾病的信心，告知患者采用救助方式代替自杀行为。4、安置在重症室，限制病人的活动范围，保证病人安全。5、留陪护（安置在陪人房）。6、做好物品的安全检查。7、当班护士熟记自杀风险患者的床号，姓名和病情，观察病人的日常活动，及时发现病人异常行为的先兆，提前做好防范工作。8、严防藏药。9、严格执行交接班制度，做好床边交接班和评估。10、高危患者在护士站的登记表上做好标识。11、按医嘱给予保护性约束。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

