

精神科住院患者暴力行为原因分析及预防性护理

史炳悦

西安翻译学院 陕西 西安 710105

摘要: 本文针对精神科住院患者暴力行为频发的临床难题,深入剖析其成因及预防性护理策略。暴力行为受精神症状、治疗因素、环境管理及社会家庭等多重因素驱动,具有突发性和高风险性。研究指出,通过科学运用暴力风险评估工具识别高危人群,并实施环境优化、人员强化管理、患者个体化干预、制度完善及家庭社会支持等综合护理措施,能有效降低暴力事件发生率,保障医患安全,提升精神科护理质量。

关键词: 精神科;住院患者;暴力行为;原因分析;预防性护理

引言:精神科住院患者暴力行为是临床护理中极具破坏性的安全事件,严重威胁医护人员与患者的人身安全,并扰乱正常的诊疗秩序。此类行为多由幻觉妄想等精神病性症状直接诱发,且具有突发、反复的特征。随着精神卫生需求的增加,如何精准识别暴力风险并实施有效预防,已成为精神科护理的核心课题。本文旨在系统分析暴力行为的成因,探讨基于风险评估的预防性护理策略,为构建安全、和谐的住院环境提供理论依据与实践指导。

1 精神科住院患者暴力行为的概述

1.1 暴力行为的定义与分类

精神科住院患者暴力行为是指患者在住院诊疗期间,受精神症状、心理状态及外界刺激等多重因素影响,突发的、具有攻击性、破坏性的异常行为,是精神科临床高发的危险事件,不仅会损伤医患人身安全,还会扰乱病房正常诊疗秩序。该行为依据攻击对象可分为三类,一是自身暴力行为,包含自伤、自残、自杀等针对自身的伤害行为;二是针对他人的暴力行为,具体为殴打、辱骂、推搡医护人员、病友及探视家属等行为;三是物品暴力行为,主要表现为砸毁病房设施、医疗器械、生活用品,撕扯被褥衣物等破坏公共财物的行为^[1]。同时根据行为诱因可分为症状性暴力、冲动性暴力、预谋性暴力,其中症状性暴力在精神科住院场景中最为常见,多由幻觉、妄想等精神病性症状直接引发。

1.2 暴力行为的流行病学特征

结合近年精神科临床流行病学调研数据可知,住院精神疾病患者暴力行为发生率整体处于较高水平,是精神科护理不良事件的核心类型之一。从人群特征来看,暴力行为高发人群集中在中青年男性患者,此类人群情绪冲动性更强,且多伴随物质滥用、人格异常等问题,而青少年及老年患者暴力发生率相对偏低。从疾病类型

分析,精神分裂症、躁狂发作、双相情感障碍、偏执型精神障碍患者为暴力行为高危群体,重度抑郁伴激越症状、脑器质性精神障碍患者也存在较高发作风险。从时间分布来看,暴力行为多发生在患者入院1周内的适应期、病情波动期及夜间值守薄弱时段,日常活动、病友冲突、护理操作干预过程中也易突发暴力事件,多数暴力行为具有突发性、无规律性、反复性的显著特征。

2 精神科住院患者暴力行为的原因分析

2.1 患者自身因素

患者自身因素是引发精神科住院暴力行为的核心内因,也是最主要的致病诱因。首先是精神症状驱动,幻觉、被害妄想、关系妄想是首要诱因,患者会受虚假感知和错误信念支配,认为自身遭受迫害、嘲讽,进而产生防御性、攻击性暴力行为,躁狂患者的情感高涨、活动增多、易激惹症状,也会使其因微小刺激突发冲动暴力。其次是心理性格特质影响,多数高危患者存在偏执、冲动、暴躁、自卑敏感等不良性格,情绪调节能力极差,无法有效疏导负面情绪^[2]。另外,患者的认知功能受损、自控能力下降,部分患者合并脑器质性损伤、酒精或药物依赖,加之睡眠严重紊乱、躯体不适,会进一步降低情绪耐受阈值,轻微外界刺激即可诱发暴力冲动,引发攻击行为。

2.2 治疗相关因素

临床治疗相关的各类因素,是诱发患者暴力行为的重要外在诱因,贯穿患者住院诊疗全程。药物治疗方面,部分患者服药后会出现烦躁、激越、失眠、肢体震颤等药物不良反应,躯体的不适感会加剧情绪焦躁,诱发冲动暴力;同时部分患者对服药、打针等治疗手段存在抵触心理,拒绝配合治疗,易与医护人员发生冲突引发暴力。在诊疗操作过程中,约束保护、强制给药、体格检查等侵入性操作,会让患者产生被控制、被侵犯的

感受,激发其反抗心理。治疗方案调整、病情反复、治疗效果未达患者预期,会导致患者出现焦虑、绝望、愤怒等负面情绪,若医护人员未及时做好沟通疏导,负面情绪持续累积,最终会以暴力行为的形式宣泄出来。

2.3 环境与管理因素

病房环境与医院管理漏洞是诱发住院患者暴力行为的关键外部条件。环境层面,精神科病房空间相对封闭、人员密集,患者长期处于单一枯燥的环境中,缺乏娱乐活动和情绪宣泄渠道,易产生压抑、烦闷、躁动等情绪。同时病房噪音、光线不适、床位拥挤、卫生条件不佳等问题,会持续刺激患者神经,加重情绪紊乱,病友间的日常摩擦、作息冲突也极易激化矛盾引发暴力。管理层面,部分医护人员风险防范意识薄弱,对患者情绪和行为变化观察不细致,未能及时预判风险;护理人力配置不足、夜间值守薄弱、风险巡查频次不足,导致高危隐患无法及时排查。

2.4 社会与家庭因素

社会支持缺失与家庭关爱不足是患者暴力行为发生的重要深层诱因,对患者心理状态影响深远。家庭层面,多数精神疾病患者存在家庭关系不和谐、亲属接纳度低的问题,部分家属存在歧视、排斥、漠视患者的态度,探视频次少、沟通不足,甚至因长期患病产生厌烦、放弃心理,导致患者缺乏亲情支撑,产生孤独、自卑、怨恨等负面情绪。部分患者患病前长期遭遇家庭矛盾、家暴、亲属关系破裂等问题,心理创伤持续存在,住院后易情绪失控引发暴力。社会层面,社会大众对精神疾病的偏见与误解,让患者存在严重的病耻感,担心康复后无法回归社会、遭受歧视,长期处于焦虑压抑状态,加之社会支持体系不完善,患者缺乏专业的心理疏导和社会帮扶,多重压力叠加极易诱发冲动暴力行为^[3]。

3 精神科住院患者暴力行为的风险评估

3.1 暴力风险评估工具

科学规范的风险评估工具是精准预判精神科患者暴力行为的核心支撑,可有效提升风险防控的专业性与精准度。目前临床常用的专业评估工具种类丰富,各有适配场景。其中,暴力风险评估量表(HCR-20)应用最为广泛,从历史因素、临床现状、风险管理三个维度全面评估患者暴力风险,适配各类住院精神疾病患者。Broset暴力倾向量表适用于急性期住院患者,可快速筛查短期暴力冲动风险,操作简便、耗时较短,适合日常床边快速评估。冲动性量表、攻击性量表可辅助评估患者性格冲动特质,儿童青少年精神患者可专用儿童暴力风险评估量表。各类量表需由专业医护人员规范操作,结合患

者症状、行为、病史综合评分,依据评分划分低、中、高风险等级,为后续防控护理提供精准依据。

3.2 高危患者的识别

精准识别暴力高危患者是预防精神科住院暴力行为的首要环节,医护人员需结合病史、症状、行为、心理等多维度综合判断。病史层面,有既往暴力攻击史、自伤伤人史、冲动肇事史,以及合并物质滥用、脑器质性疾病、人格障碍的患者,均为核心高危人群。症状层面,近期出现幻觉妄想加重、情绪极度不稳定、易激惹、无故暴躁、言语威胁攻击他人、拒绝治疗、睡眠严重障碍的患者,暴力发作风险大幅升高。行为层面,出现踱步、握拳、瞪视、语速急促、情绪亢奋、刻意挑衅病友或医护人员、破坏物品等前驱行为的患者,需重点预警。同时,入院初期病情未稳定、治疗依从性极差、负面情绪极度强烈、家庭社会支持严重缺失的患者,也需纳入高危管理名单,实施重点监护观察。

4 精神科住院患者暴力行为的预防性护理策略

4.1 环境优化策略

优化病房环境是预防精神科患者暴力行为的基础护理措施,可从物理环境与氛围环境两方面改善,减少环境诱因。物理环境优化上,需合理规划病房布局,保证病房通风良好、光线柔和、温湿度适宜,避免强光、噪音刺激,合理控制病房人员密度,避免床位拥挤、空间狭小引发患者烦躁^[4]。定期排查病房安全隐患,清除尖锐物品、重物、易燃易爆等危险物品,加固病房设施,从源头杜绝暴力伤人、毁物的硬件条件。氛围环境优化上,丰富病房文娱活动,设置阅读、手工、音乐放松区域,组织轻度康复训练和趣味活动,为患者提供情绪宣泄渠道。同时保持病房整洁温馨,营造平和、舒适、安全的住院氛围,有效缓解患者压抑、焦虑、躁动的负面情绪,降低暴力发作概率。

4.2 人员管理策略

强化医护人员管理与值守防控,是筑牢暴力行为预防防线的关键举措。首先需优化护理人力配置,合理排班,重点加强夜间、交接班、用餐活动等高危时段的人员值守,杜绝空岗、脱岗现象,确保全程实时监控患者状态。其次,定期开展医护人员专项培训,涵盖暴力风险识别、应急处置、沟通技巧、心理疏导、自我防护等内容,提升医护人员预判风险、化解冲突、应急控险的专业能力。要求医护人员密切观察患者言行举止,动态监测高危患者情绪变化,做到早发现、早干预、早疏导。同时规范医护人员服务行为,杜绝生硬、冷漠、刺激性言语,避免因服务不当激化医患矛盾,对情绪异常

患者主动安抚、耐心沟通,及时化解潜在暴力风险。

4.3 患者干预策略

针对性的患者个体化干预,是从根源上预防暴力行为的核心护理手段。医护人员需结合患者病情、风险等级、性格特征制定个性化干预方案,对高风险患者实施一对一重点监护与心理干预,定期开展心理疏导,倾听患者诉求,缓解其焦虑、愤怒、被害等负面情绪,纠正患者歪曲的认知与错误信念。严格落实药物治疗护理,督促患者规范服药,密切观察药物疗效与不良反应,及时反馈病情变化,协助医生调整治疗方案,快速控制精神病性症状。同时开展行为矫正训练,引导患者学会合理宣泄情绪、控制冲动行为,培养良好的情绪管理能力与人际交往能力。对出现暴力前驱行为的患者,及时采取安抚、隔离、转移注意力等干预措施,快速平复患者躁动情绪,规避暴力发作。

4.4 制度管理策略

完善的管理制度是规范护理流程、规避暴力风险的重要保障,需建立全流程、标准化的管控体系。首先健全暴力风险评估制度,要求患者入院、病情变化、每日查房时均需完成动态风险评估,精准划分风险等级,落实分级护理管控。其次完善病房安全管理制度,细化出入院管理、探视管理、危险品排查、日常巡查等流程,明确各岗位人员职责,做到责任到人。建立暴力事件应急预案与上报制度,明确暴力发作时的处置流程、人员分工、防护措施,发生不良事件后及时上报、复盘分析、总结整改,规避同类问题重复发生。同时落实交接班核对制度,重点交接高危患者的情绪状态、风险隐患、护理重点,确保护理工作连续性,全方位筑牢制度防控屏障。

4.5 家庭与社会支持策略

强化家庭与社会支持,能够从根源上缓解患者心理压力,大幅降低暴力行为发生率。家庭层面,医护人员需定期开展家属健康宣教,讲解精神疾病相关知识、患者

情绪特点及暴力诱因,消除家属认知误区与歧视心理,引导家属给予患者包容、关爱与理解^[5]。鼓励家属定期探视、线上沟通,给予患者亲情陪伴,缓解患者孤独压抑情绪,同时指导家属掌握基础的情绪安抚技巧,配合医院开展康复护理。社会层面,联合社区、公益组织搭建社会支持体系,普及精神疾病知识,消除社会偏见与病耻感。为出院及住院患者提供心理帮扶、康复指导、社会融入服务,改善患者生存环境,让患者感受到社会关怀,有效缓解负面情绪,减少冲动暴力行为的发生。

结束语

精神科住院患者的暴力行为是生物、心理、社会等多维度因素共同作用的结果,防控难度较大。通过科学的风险评估与识别,结合环境优化、规范化管理、个性化干预及家庭社会支持等综合预防性护理策略,能显著降低暴力事件发生率。这不仅保障了医患安全,也体现了以人为本的护理理念。未来应持续完善防控体系,提升护理人员的应急处置能力,为精神疾病患者营造更安全、温暖的康复环境。

参考文献

- [1]彭小冬,周志坚,毕建强,等.深圳市社区严重精神障碍不服药患者发生暴力行为的影响因素分析[J].中华精神科杂志,2021,54(2):125-131.
- [2]韩电,邓意志,王小平.精神分裂症患者攻击暴力行为研究的文献计量与知识图谱分析[J].中国临床心理学杂志,2023,31(5):1132-1139.
- [3]骆名进,王科杰,陶平宇,等.社区有暴力行为精神分裂症患者的愤怒情绪特征分析[J].中国心理卫生杂志,2024,38(10):840-845.
- [4]唐丽,孟有婷.住院老年精神分裂症患者暴力行为调查及相关因素的Logistic回归分析[J].东南大学学报(医学版),2025,44(2):220-228.
- [5]戴梅花.住院精神分裂症患者暴力行为的相关影响因素及其管理措施分析[J].黑龙江医药,2023,36(2):420-423.