

# 青少年自杀行为及干预的研究

李梦映

[关键词] 自杀; 青少年; 干预性研究

现代社会由于经济危机、失业率增加等原因, 干预各国的自杀率呈逐年上升趋势, 自杀已成为一个公共卫生问题。在许多国家, 自杀已成为居民前 10 位死因之一, 美国每 2 h 有 1 名青少年自杀, 2003 年青少年因自杀导致的死亡人数超过艾滋病、肿瘤、心肺疾患、出生缺陷的总和<sup>[1]</sup>。在我国, 自杀是 15~34 岁青少年人群的第 1 位死因。因此, 研究和预防青少年的自杀行为具有重要意义。

## 1 自杀行为的研究

我国对自杀行为的系统研究起步较日本及西方国家晚, 大陆地区到 20 世纪 90 年代才开始对自杀行为有所关注, 由于高校大学生自杀人数增加, 2003 年浙江省自杀死亡的大学生有 7 名, 北京和上海各 20 多名, 武汉地区 3 个月内发生 12 起大学生自杀事件, 青少年自杀行为开始得到重视。随着国务院、教育部、卫生部对学校心理健康教育的重视, 对青少年自杀行为的研究, 逐步由大学生向 15~34 岁一般人群扩大, 由对发生自杀者的个案研究扩展到自杀意念、自杀计划、自杀倾向者的人格特点、心理因素、社会因素等的研究。

自杀行为包括一个从自杀意念的产生、自杀计划的制订、采取行动、自杀死亡逐步发展的过程。目前对自杀尚未有统一的定义和分类。美国国立精神卫生研究所将自杀行为分为自杀意念、自杀未遂、自杀死亡<sup>[2]</sup>。日本的研究者根据自杀行为的后果将自杀者分为自杀成功和自杀未遂<sup>[3]</sup>。国内的调查将自杀行为分成自杀意念、计划、行动(自杀未遂)和自杀死亡进行研究。

## 2 流行特征

自杀行为的性别特征较明显, 国外自杀者是男性高于女性, 中国无论是自杀意念、自杀未遂和自杀成功均为女性高于男性, 农村高于城市。

自杀意念多发生于儿童少年时期, 自杀未遂以青少年及青年为主, 绝大多数成功的自杀者>15 岁。据调查, 在有自杀行为的青少年中, 2/3 的自杀者在 20~24 岁, 15~34 岁自杀死亡人数占 40%<sup>[4,5]</sup>。

美国在 2003 年对九~十二年级(初三到高三)中学生的调查发现, 19.0% 的中学生曾认真考虑过自杀, 14.8% 的中学生曾制订自杀计划, 8.8% 的中学生曾尝试自杀, 2.6% 的中学生因自杀受伤而到医院治疗<sup>[6]</sup>。我国 2005 年由北京大学儿

童青少年卫生研究所牵头, 进行了我国第 1 次全国规模的城市青少年健康危险行为调查。结果显示, 19.6% 的受试者曾考虑过自杀, 6.0% 曾制订自杀计划, 2.4% 曾采取自杀措施, 其中初三、高三学生自杀意念发生率最高, 其后迅速下降<sup>[7]</sup>。

香港自杀意念的报告率为 39%~42%, 大陆地区的自杀意念、自杀计划和自杀未遂的报告率分别为 5.1%~33.2%、2.3%~11.9%、1.4%~4.0%<sup>[8-13]</sup>。

各地区青少年自杀意念、自杀计划、自杀未遂的报告率差异较大, 可能与调查对象、调查方法、评估标准不同有关。

## 3 影响因素

3.1 社会因素 社会文化对自杀所持的态度、媒体对自杀行为的过分报道、人际关系的冲突等都会导致自杀行为的发生。中国传统宗教、文化都对自杀持宽容态度, 这些都在一定程度上影响了青少年对自杀行为的态度。另外, 由于青少年的心理不成熟, 缺乏足够的识别能力, 媒体对此过分报道, 都会给青少年造成自杀能解决问题的错误观点。

人际关系障碍与自杀关系密切。日本学者认为现代社会人际交往范围狭小, 交往方式的间接化和虚拟化是导致自杀的直接因素<sup>[14]</sup>。国内研究表明, 青少年自杀意念和自杀行为与人际关系不适应、被欺侮呈正相关<sup>[15]</sup>。南京危机干预中心调查显示, 恋爱和学习压力分别占大学生自杀原因的 44.2% 和 29.8%。

3.2 学校环境和不良的教育方式 在青少年自杀的社会心理危险因素中, 学校问题是重要因素, 考试失败、休学、失学的个体, 自杀的危险分别是对照组的 3.3、6.1、5.1 倍<sup>[16]</sup>。学习压力也是我国青少年自杀的一个主要危险因素, 由于我国“唯有读书高”的文化传统, 父母对孩子的期望以及长期以来学习成绩高于一切的教学机制, 都给青少年带来了极大的心理压力。解荣章等<sup>[17]</sup>对 34 名自杀的青少年进行调查, 发现学习压力和家长、老师的粗暴不当的教育方法占青少年自杀原因的 32.35% 和 23.53%。

3.3 家庭因素 家庭是社会的基本单位, 父母的言行会影响青少年的成长发育, 家族中有自杀者的青少年自杀的危险性更高。研究表明: 父母不和, 家庭缺乏凝聚力, 父母分居、离异或死亡, 对孩子爱的剥夺, 父母亲的抑郁、心理健康问题、物质滥用、自杀行为, 以及父母对孩子的虐待都易于导致孩子的自杀行为<sup>[18]</sup>。杨沛生等<sup>[19]</sup>对河南省农村中学生自杀相关行为调查表明, 大家庭中学生自杀的报告率低, 单亲家庭、父母缺失家庭中学生的自杀相关行为报告率明显高于其他类型家庭。当一个人心理严重失衡, 又没有人和组织帮助他拂去阴影, 极可能造成心理崩溃, 甚至选择自杀。

3.4 个人因素 自杀行为的发生与个体对待负性事件的心理承受能力、个人精神健康等有关。香港的一项对 12~17 岁年龄组的病例对照研究发现, 有过自杀企图或自我伤害的人

[作者单位] 梧州市疾病预防控制中心(广西 梧州 543000)

[作者简介] 李梦映(1973—), 女, 广西南宁人, 主管医师, 大专学历, 研究方向为学校卫生、食品卫生和环境卫生。

[收稿日期] 2010-05-14

出现抑郁症状、感到生活压力以及产生自杀意念均高于对照组<sup>[20]</sup>。芬兰的一项研究表明, 孩子 8 岁时表现出的抑郁症状与其 18 岁后产生的自杀行为相关联<sup>[21]</sup>。另外, 据统计, 在自杀未遂者中仅有 5%~20% 的人没有精神障碍, 自杀未遂者所患的精神障碍包括抑郁障碍(多为继发性)、酒依赖、药物依赖、焦虑性障碍、人格障碍、躯体形式障碍等<sup>[22]</sup>。

#### 4 自杀行为的干预对策

很多研究已证实, 外在干预对自杀的预防有重要作用。日本京都府立大学曾对有过自杀的青年进行调查, 结果通过自己努力而放弃的占 34%, 通过咨询放弃的占 24%, 自然消解的占 22%<sup>[14]</sup>, 因此, 应对青少年自杀行为进行积极干预。

目前, 我国大陆对青少年自杀行为的干预主要是以几方面:

4.1 开展生命教育, 普及心理卫生知识的宣教 健康的心理有助于提高青少年对自杀行为的认识。在校学生的心理健康教育方面, 我国大陆地区的起步较晚, 1994 年以后, 政府及教育主管部门出台了若干加强心理健康教育的文件, 2005 年上海市出台《上海市中小学生生命教育指导纲要(试行)》, 第 1 次明确规定对中小学生进行生命教育。

因此, 以学校为基地开展预防教育, 包括生命教育、挫折教育、生活技能培训等, 加强对青少年心理卫生知识的教育, 培养他们形成健康的人格品质, 提高其心理免疫力, 使之能正确看待、处理各种问题和挫折, 更好地适应社会, 珍惜生命。

4.2 改善家庭及学校的社会心理环境 青少年处于一个心理发育不成熟, 对新事物较敏感而缺少社会实践经验的阶段, 遇到困难或挫折时, 如果得不到及时的疏导和心理支持, 极易走上极端。因此, 学校应利用创建健康促进学校等活动, 加强学校的文化建设, 开展多种形式的活动, 形成良好的学校社会环境, 家庭成员间应加强沟通, 形成良好的家庭环境, 利用网络、电话等多种方式加强学校老师与家长间的交流, 及时了解学生的学习、心理动态, 及早发现学生异常的情况, 对预防青少年的自杀有重要的作用。

4.3 关注高危人群 在对自杀行为的干预中, 识别并关注高危人群是重要的。以学校为基础, 发挥基层学校卫生工作者的优势, 开展青少年危害健康行为调查、心理咨询等工作, 并逐步建立学生心理档案, 对发现有明显心理障碍的学生(如抑郁、精神分裂倾向等)或有自杀意念的学生给予重点关注, 及时予以心理支持。

4.4 采取适当的应对策略, 积极干预 在进行干预的同时, 应注意干预方式, 因为自杀的预防教育针对性不强或应用不当, 反而压抑、减少危机青少年的求助行为<sup>[23]</sup>。目前我国的干预主要是开展三级预防, 针对普通的学生, 通过校医、心理咨询师、治疗师等, 根据青少年的心理特点提供心理咨询, 利用电视、网络等媒体宣传精神卫生知识, 提高公众的精神卫生意识, 建立预防自杀热线等方式, 使青少年学会以积极的应对方式对待生活、学习中的压力。对有自杀意念者、自杀未遂者及其同学、亲友及时进行心理疏导, 防止产生模仿性的自杀行为。

#### 5 自杀行为的研究方法

未遂)的影响因素、人格特征及青少年对自杀的态度等方法的研究, 较为常用的是运用各种量表和问卷进行。如: 问题行为早期发现测验(PPCT)、儿童行为量表(CBCL)、艾森克人格问卷(EPQ)、大学生心理健康调查表(UPI)、自杀态度问卷、中国城市青少年健康危险行为调查问卷等。对自杀死亡者的研究多采用访谈法或文献法, 通过对自杀者亲属的访谈资料、门诊的自杀病例记录、媒体报道等来收集资料。还有 1 种方法是纯粹的理论探讨, 主要是对青少年自杀的原因、干预对策等方面的研究讨论。

#### 6 建议

我国对自杀的干预研究尚处于理论探讨阶段, 仍未制订出一套有效干预体制, 对自杀行为的影响因素、心理特征、具体的干预方法的研究也较少, 对于干预效果的评估也没有一个统一的方法, 有待我们今后进一步的探寻。

在对心理危机的应对方式上, 过于注重知识的传播, 缺少有针对性的行为干预和具体的技能和方法, 青少年出现心理问题往往不知道如何求助, 这应引起我们的重视。

另外, 目前对自杀行为的原因分析多集中在自杀意念的研究上, 对从自杀意念产生到真正发生自杀的过程缺乏系统分析, 因而不利于制订有针对性的危机预防措施。

青少年自杀行为是由多种原因综合作用的结果, 具有突发性强、致死率高的特点, 只有全社会重视, 由社会、学校、家庭、个人共同构筑一个立体的支持系统, 才能有效地防止自杀行为的发生。

#### [ 参考文献 ]

- [ 1 ] Moskos MA, Achilles J, Gray D. Adolescent suicide myths in the United States[ J ]. Crisis, 2004, 25(4): 176—182.
- [ 2 ] 景璐石, 黄颐, 冯军. 青少年自杀的流行病学研究进展[ J ]. 中国行为医学科学, 2008, 17(1): 92.
- [ 3 ] 胡金生. 日本对自杀的心理学研究[ J ]. 应用心理学, 2002, 8(1): 58.
- [ 4 ] 赵静波, 李建林. 儿童和青少年的自杀行为[ J ]. 国外医学精神病学分册, 1997, 24(3): 163—166.
- [ 5 ] 赵梅, 李建林. 自杀的国内外研究现状[ J ]. 上海精神医学, 2000, 12(4): 222—225.
- [ 6 ] Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States[ J ]. J Sch Health, 2004, 74(8): 307—324.
- [ 7 ] 季成叶. 中国城市青少年健康危险行为调查报告(2005 年)[ M ]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007.
- [ 8 ] Lam TH, Stewart SM, Yip PS, et al. Suicidality and cultural values among Hong Kong adolescents[ J ]. Soc Sci Med, 2004, 58(3): 487—498.
- [ 9 ] 范存欣, 马绍斌, 王惠苏, 等. 青少年自杀相关问题及影响因素分析[ J ]. 疾病控制杂志, 2005, 9(3): 219.
- [ 10 ] 冯珊珊, 张雪琴. 广州市大学生自杀意念及其影响因素研究[ J ]. 中国学校卫生, 2008, 29(5): 414—416.
- [ 11 ] 孙莹, 陶芳标, 高茗. 合肥市中学生自杀行为与若干心理因素的相关研究[ J ]. 中华流行病学杂志, 2006, 27(1): 33—36.
- [ 12 ] 陶芳标, 郑迎军. 青少年自杀行为及其影响因素的研究[ J ]. 中国公共卫生, 1999, 15(3): 247—248.
- [ 13 ] 王皓翔, 李芳健, 王家骥, 等. 广州市青少年自杀未遂及其影响

- 因素研究[J]. 中国全科医学, 2006, 9(9): 732—733.
- [14] 胡金生. 日本对自杀的心理学研究[J]. 应用心理学, 2002, 8(1): 58.
- [15] 张晓玲, 沈丽琴, 董勇, 等. 中学生自杀意念和自杀行为及相关因素分析[J]. 中国全科医学, 2004, 7(13): 971—973.
- [16] Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology risk factors, and approaches to prevention[J]. Paediatr Drugs, 2003, 5(4): 243—265.
- [17] 解荣章, 马芳, 朱丽华. 青少年自杀及预防对策[J]. 中国健康教育, 2002, 18(3): 176.
- [18] 金红霞, 冯志颖. 青少年自杀行为的研究[J]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(6): 374.

- [19] 何剑. 浅析青少年自杀心理因素及危机干预[J]. 浙江工商大学学报, 2005, 71(2): 82.
- [20] Wong Joy PS, Stewart SM, Ho SY, et al. Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents[J]. Soc Sci Med, 2005, 61(3): 591—599.
- [21] Haavisto A, Courander A, Multimaki P, et al. Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. A prospective 10-year follow-up study[J]. Soc Psychiatry Epidemiol, 2005, 40(11): 912—921.
- [22] 马长锁, 方明昭. 自杀未遂者的社会心理因素及临床特点[J]. 国外医学: 精神病学分册, 2000, 27(04): 207—211.

[编辑] 汤伊明

(上接第 956 页)

验收合格的设备办理有关手续, 完成设备技术档案、发放帐卡及运转记录等。

## 5 医疗设备的使用

医疗设备的使用与维护严格执行“三定两严制度”: 即定人使用、定人管理、定期保养, 严格遵守操作规程, 严格交接手续。同时还应注意如下几个问题<sup>[4]</sup>。

上机人员必须经过培训, 由设备管理部门、培训部门等共同考核, 签发《设备操作证》, 方可上机操作。

每次上机要认真如实地填写使用记录, 使用记录包括运转时间、运转情况、交接等, 使用记录定期上报设备管理部门, 汇总整理存入设备技术档案。

对于没有按操作规程使用医疗设备造成的损坏, 要追究责任, 给予处罚。

使用科室不得私自调转移动医疗设备。

## 6 医疗设备的维修

医疗设备要定期维护保养, 使用者要保持设备清洁, 维修工程师要定期给设备内部除尘、润滑、加固等, 认真填写维护记录, 维护记录按时放入设备技术档案。设备管理部门要加强对医疗设备维修管理, 大型医院有专业维修人员具备一定的维修能力, 可以承担国产设备中、小故障修理。进口医疗设备维修, 一般是厂家不开放维修市场, 由自己的专业维修人员修理, 这样设备管理部门要有专人监督配件更换, 确认故障事项后付费。

## 7 医疗设备成本效益分析

各使用单位每月按时将下述内容上报设备管理部门: 医疗设备使用小时数、诊断治疗人次、设备收入、消耗品用量、故障次数(停机小时数)、设备水电费、维修费用、使用人员及变化情况。

设备管理部门根据设备的折旧年限, 计算设备的年折旧率(电子设备使用年限为 6 年, 通用设备使用年限为 10 年), 计算折旧费。

医疗设备管理部门要掌握全院医疗设备使用情况, 定期统计其使用率、完好率和故障率。

设备管理部门根据设备使用单位上报数据, 开展医疗设备效益分析, 验证、考核使用单位。

## 8 医疗设备的淘汰与报废

8.1 报废设备每年 3 月份报废 1 次 对使用到龄的设备由使用科室提出申请, 报医疗设备管理部门汇总, 组织医务科、动力、维修部门等相关人员参加技术鉴定, 并报院长办公会通过实施。

8.2 医疗设备淘汰标准 (1)设备尚能使用, 但性能差, 型号落后, 精确度达不到使用要求者。(2)进口设备无零配件供应不能运转者。(3)超过使用寿命周期, 经常出现故障, 尚未达到报废条件者。

8.3 医疗设备报废标准 (1)超过使用年限, 无修复使用价值者。(2)结构陈旧性能明显落后, 准确度受到严重影响, 关键的零配件无处购买, 无法修复。(3)产品质量低劣, 不能正常运转, 又无法改装利用者。(4)严重影响使用安全, 能源耗费大造成严重公害又不能改装利用者。(5)一次设备大修费超过原价值 60% 者。

8.4 上缴主管部门 淘汰报废的医疗设备残值上交上级主管部门, 作为医疗设备更改基金。

总之, 医疗设备的全程管理是发挥医院资产效能可靠保证, 是医疗质量可靠保证, 医疗设备全程管理的任何一个环节疏漏, 都可以造成医院资源的浪费, 甚至造成国有资产流失, 应当引起医院管理者的高度重视。

## [参考文献]

- [1] 彭里. 实验技术与实验室管理[M]. 成都: 成都电子科技大学出版社, 2000. 1.
- [2] 韩荣芳. 应用 CVP 分析法配置大型医用设备[J]. 中国卫生经济, 1998, 17(6): 48—49. 62.
- [3] 兰武. 项目管理在卫生装备工作中的意义及应用(之一)[J]. 中国卫生经济, 1998, 17(6): 41.
- [4] 孙桂芳. 国有资产管理[M]. 上海: 立信会计出版社, 1998. 3.

[编辑] 汤伊明