

《精神卫生法》颁布后精神专科医院患者入院方式的现状调查

袁媛 蒋国庆

【摘要】 目的 了解《中华人民共和国精神卫生法》颁布后精神专科医院患者的入院方式。方法 随机抽取重庆市精神卫生中心 2013 年 5 月 1 日~2016 年 4 月 30 日收治住院的精神障碍患者住院病历 313 份,采用自制调查量表对入院方式等进行横断面调查。结果 313 例患者中自愿入院者 128 例(40.9%),非自愿入院 185 例(59.1%)。两组患者临床诊断分布、自知力、治疗意愿的差异有统计学意义($P < 0.01$);非自愿入院患者中严重精神障碍患者比例更高($P < 0.01$)。Logistic 回归显示治疗意愿是非自愿住院的危险因素($OR=3.231$, $95\%CI=1.657-6.300$, $P < 0.01$)。结论 精神卫生法颁布实施以来,精神专科医院精神障碍患者入院方式仍以非自愿住院为主,受患者治疗意愿影响。

【关键词】 精神障碍; 横断面研究; 入院方式

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.09.005

Status of admission style in psychiatric hospital after Mental Health Law issued YUAN Yuan, JIANG Guo-qing. Department of Psychiatry, Chongqing Mental Health Center, Chongqing 400030, China

【Abstract】 **Objective** To explore the admission style of psychotic patients in psychiatric hospital after Mental Health Law issued. **Methods** Totals of 313 psychotic inpatients in Chongqing Mental Health Center from May 1, 2013 to April 30, 2016 were assessed by self-made questionnaire. **Results** In all patients, 128 (40.9%) were voluntary admission, while 185 were involuntary admission (59.1%). Clinical diagnosis, insight and attitudes toward treatment were statistically significant between two groups ($P < 0.01$). Proportion of severe mental disorders were significantly higher in involuntary admission group ($P < 0.01$). Logistic regression showed that treatment attitude ($OR=3.213$, $95\%CI=1.657-6.300$, $P < 0.01$) was influencing factor of involuntary hospitalization. **Conclusions** Involuntary hospitalization is the major admission style of psychotic patients after Mental Health Law issued. Treatment attitude may have an impact on it.

【Key words】 Mental disorders; Cross-sectional studies; Admission style

中国目前约有 1.73 亿人患有不同程度的精神障碍^[1]。精神专科医院作为诊疗救治精神障碍患者的主要医疗机构,为患者精神障碍发作时提供专业的精神卫生医疗服务。患者在入院时常因精神障碍损害其现实检验能力,而由家属或送诊者决定其是否入院。我国精神卫生法颁布之前,由于立法的缺失,导致精神障碍患者的入院治疗处于一种混乱的局面,不仅严重损害公民的人身权利,有时还扰乱社会公共秩序^[2],患者主要以非自愿方式入院^[3]。2003 年我国 17 个城市精神卫生中心对精神障碍患者入院资料的调查研究显示,患者非自愿住院率高达 81.5%^[4]。2012 年湖南某精神科非自愿住院率为 61.8%^[5]。2013 年 5 月 1 日《中华人民共和国精神卫

生法》(简称《精神卫生法》)正式颁布实施,用立法的方式尊重并鼓励精神障碍患者自愿住院治疗,同时也从法律法规的视角,严格限定了非自愿住院的条件、程序及复核救济措施^[6]。《精神卫生法》颁布之后有学者报道河南某精神专科医院 80.22% 的患者以非自愿方式入院^[7]。杭州某精神专科医院自愿住院比例仅为 22.14%^[8]。有学者报道 1999 年成都地区精神专科患者非自愿住院率为 89.5%^[9],在此之后我国西南地区精神专科医院患者入院就诊方式鲜有报道。本研究旨在对《精神卫生法》颁布以后,精神障碍患者的入院方式及其相关因素进行调查,为以后有针对性地对影响患者入院方式的各项因素进行评估和干预提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用随机数字表法,随机抽取 313 份于 2013 年 5 月 1 日~2016 年 4 月 30 日在重庆市精神

作者单位: 400030 重庆市精神卫生中心精神科
通讯作者: 蒋国庆 Email: 1159424975@qq.com

卫生中心住院的精神障碍患者住院病历。

1.2 方法 采用自制调查表收集患者的信息,包括一般资料、精神障碍诊断、自知力、治疗意愿、入院方式、是否符合严重精神障碍。精神障碍诊断符合国际精神与行为障碍分类第10版(ICD-10);自知力按沈渔邨^[10]主编的《精神病学》中自知力标准评为完整、部分及无自知力;治疗意愿根据患者入院时精神检查的合作程度分为拒绝、被动配合和主动求治;根据《精神卫生法》第三章27、30条,将入院方式分为自愿住院组与非自愿住院组;根据《精神卫生法》,本研究中“严重精神障碍”是指疾病症状严重,导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识,或者不能处理自身事务的精神障碍,包含精神分裂症、偏执性精神病、癫痫性精神病、分裂情感性障碍、双相情感障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等。

1.3 统计学方法 采用SPSS 18.0进行统计分析,对计数资料采用频数和百分比描述,采用 χ^2 检验和Logistic回归进行分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的一般资料 本研究共抽取病历313例,其中男性155例(49.5%),女性156例(49.8%),缺失性别资料者2例(0.7%);年龄30岁及以下132例(42.2%),31~60岁137例(43.8%),61岁及以上44例(14.0%);受教育程度:小学及以下97例(30.9%),中学178例(56.8%),大专及以上38例(12.3%);婚姻状况:未婚131例(41.8%),已婚151例(48.2%),离异/丧偶30例(9.6%),缺失1例(0.4%);入院时间2013年5月1日~2014年4月30日121例(38.6%),2014年5月1日~2015年4月30日83例(26.5%),2015年5月1日~2016年4月30日109例(34.9%)。

2.2 不同入院方式患者一般资料的比较 见表1。本研究中自愿住院者128例(40.9%),非自愿住院者185例(59.1%),不同入院方式患者受教育程度的差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 不同入院方式患者精神障碍诊断的比较 见表2。313例患者中,精神障碍诊断分别为:精神分裂症189例(60.3%);情感障碍49例(15.6%);神经症/应激障碍26例(8.3%);物质依赖障碍25例(7.9%);器质性精神障碍24例(7.9%)。不同入院方式患者临床诊断分布的差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.4 不同入院方式患者入院时自知力及治疗意愿的比较 见表3。入院时完全自知力者15例(4.8%),部分自知力23例(7.3%),无自知力275例(87.9%)。不同入院方式患者入院时自知力的差异有统计学意义

($P < 0.01$)。入院时主动求治者27例(8.6%),被动配合29例(9.3%),拒绝治疗257例(82.1%),两组患者治疗意愿的差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.5 不同入院方式患者严重精神障碍的比较 本研究入院时符合严重精神障碍者270例(86.2%),不符合者43例(13.8%),其中自愿住院组严重精神障碍患

表1 不同入院方式患者一般资料的比较(例,%)

项目	自愿住院组 (n=128)	非自愿住院组 (n=185)	χ^2 值	P值
性别*				
男	56(44.1)	99(53.8)	2.834	0.092
女	71(55.9)	85(46.2)		
年龄(岁)				
≤30	47(36.7)	85(46.0)	2.701	0.259
31~60	62(48.4)	75(40.5)		
≥61	19(14.9)	25(13.5)		
受教育程度				
小学及以下	31(24.2)	66(35.7)	6.689	0.035
中学	76(59.4)	102(55.1)		
大专及以上	21(16.4)	17(9.2)		
婚姻状况#				
未婚	49(38.3)	82(44.6)	3.016	0.398
已婚	64(50.0)	87(47.3)		
离异/丧偶	15(11.7)	15(8.1)		
精神障碍家族史				
有	29(22.7)	42(23.0)	0.004	0.951
无	99(77.3)	141(77.0)		
固定收入				
有	31(24.2)	38(20.5)	0.596	0.440
无	97(75.8)	147(79.5)		

注: *两组各缺失一例; #非自愿住院组缺失一例

表2 不同入院方式患者精神障碍诊断的比较(例,%)

项目	自愿住院组(n=128)	非自愿住院组(n=185)
精神分裂症	68(53.1)	121(65.4)
情感障碍	25(19.5)	24(13.0)
神经症/应激障碍	19(14.9)	7(3.8)
物质依赖障碍	6(4.7)	19(10.3)
器质性精神障碍	10(7.8)	14(7.5)

注: $\chi^2=28.699, P=0.001$

表3 不同入院方式患者入院时自知力及治疗意愿的比较(例,%)

项目	自愿住院组 (n=128)	非自愿住院组 (n=185)	χ^2 值	P值
入院时自知力				
完全	13(10.2)	2(1.1)	18.774	<0.001
部分	14(10.9)	9(4.9)		
无	101(78.9)	174(94.0)		
入院时治疗意愿				
主动求诊	23(18.0)	4(2.2)	32.565	<0.001
被动配合	18(14.0)	11(5.9)		
拒绝治疗	87(68.0)	170(91.9)		

者 100 例 (78.1%), 非自愿住院组 170 例 (91.9%), 两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2=12.099, P=0.001$)。

2.6 非自愿住院危险因素的 Logistic 回归分析 见表 4。以组别 (自愿住院组和非自愿住院组) 为因变量, 以是否为严重精神障碍、入院时自知力、治疗意愿为自变量, 进行二分类 Logistic 回归分析, 结果显示, 治疗意愿是非自愿住院的危险因素。

表 4 非自愿住院危险因素的 Logistic 回归分析

自变量	B 值	S.E.	Wals 值	P 值	OR 值	95% CI
是否为严重精神障碍	0.201	0.500	0.161	0.688	1.222	0.459~3.254
入院时自知力	-0.067	0.485	0.019	0.889	0.935	0.361~2.419
入院时治疗意愿	1.173	0.341	11.854	0.001	3.231	1.657~6.300
常量	-2.835	0.894	10.059	0.002	0.059	

3 讨论

2001 年《世界卫生报告》指出, 全球近 4.5 亿人患有不同程度的精神障碍^[11]。2006 年 12 月联合国大会通过《残疾人权利公约(CRPD)》, 其根本目的就是消除歧视, 确保精神障碍患者与他人平等的享有权利, 促进、保护和确保全面、平等享受所有人权和基本自由的残疾人, 并促进尊重其固有的尊严^[12]。而长期以来, 是否限制精神障碍患者的自主权, 一直是精神医学的争议。1983 年世界上第一部精神卫生法在法国诞生, 此后世界各地相继出台精神卫生领域的法律法规。在西方国家, 关于精神障碍患者住院方式的研究正在进行, 然而, 在不同的文化背景下, 其结果也截然不同。2011 年美国德克萨斯州精神专科的非自愿住院率为 38.2%^[13]。一项来自欧洲的数据显示, 2014 年精神专科的非自愿住院率为 49.52%^[14]。爱尔兰非自愿住院率每年每 10 万人口仅为 44 人次, 而同年都柏林的资料显示非自愿住院的比例为 14.1%^[15]。本研究显示, 我国《精神卫生法》颁布以来, 精神专科医院精神障碍患者非自愿住院比例占 59.1%, 仍高于自愿住院率 40.9%。这一结果与其他发达国家数据相差较大。可能原因在于: (1) 我国精神卫生立法较晚, 相关法律制度实施运行尚需要时间; (2) 调查资料来源中国西部地区, 经济文化水平处于发展阶段, 整体精神卫生水平低、识别率低、就诊率低, 患者只有严重到一定程度才会就诊。

本研究显示非自愿住院患者的一般特征是: 30~60 岁、已婚、中学文化、无固定收入、男性、精神分裂症居多。与 2013 年全国 16 家精神专科医院的调查结果一致^[16]。2015 年郑州某精神专科医院调查结果显示, 精神障碍患者的年龄、婚姻状况、受教

育程度以及家庭收入等方面比较, 差异有统计学意义^[17]。而本研究中, 仅受教育程度的差异有统计学意义。

自知力是精神病学用于评定患者精神障碍的重要指标之一。具有完整自知力的患者, 不仅对其全部精神症状能加以辨识, 并且还能进一步正确分析其症状的原因。具有部分自知力的患者, 对部分症状有正确认识。而无自知力者, 即对精神症状丧失判断力, 否认他们是不健康的, 甚至拒绝治疗^[10]。本研究发现具有完全自知力的患者 13.4% 以非自愿方式入院, 进一步分析发现这部分患者是伴有明显自杀观念甚至曾经有自杀未遂史的抑郁症患者; 而无自知力患者 63.3% 以非自愿方式入院。有研究报道, 精神障碍患者入院方式与自知力、治疗意愿呈相关性, 自愿住院患者的自知力较非自愿者好, 治疗合作度更高^[18]。

本研究显示符合严重精神障碍的患者有 62.9% 以非自愿方式入院。这与 2012 年湖南某综合医院精神障碍患者入院时非自愿住院的严重精神障碍患者所占比例相当^[5]。挪威的一项研究显示, 急性期精神障碍患者约有 44% 以非自愿住院方式入院, 进一步分析发现涉及司法犯罪, 明显的幻觉和妄想, 较低的自我生活功能以及极高的侵略风险, 是非自愿住院治疗的预测因素^[19]。

本次研究发现, 患者入院时的治疗意愿是患者非自愿入院方式的影响因素。精神障碍在一定程度上影响患者的现实检验能力、认知功能以及社会执行功能。患者越是拒绝, 越是难以治疗, 越是影响其各项能力。拒绝治疗可能是因为精神障碍剥夺了患者“同意治疗的能力”^[20]。从医生的角度, 评估不治疗可能对患者和他人的人身安全或社会安全带来一定程度的危险。既往研究显示, 精神障碍患者自身的治疗态度与其生活质量相关, 治疗态度越积极的患者, 其生活质量较治疗态度消极的患者好^[21]。因为患者的精神症状越严重、其生活能力越差, 生活质量越差^[22]。患者的治疗态度越积极, 其治疗的依从性越好, 精神障碍的复发和再入院的频率较消极者明显降低^[23-24]。因此在面对拒绝治疗的患者时, 其治疗态度可能激发医生采取更为积极的行为方式。

精神障碍患者作为弱势群体, 其自主权关系生命健康, 应当在立法上给予尊重和保护^[25]。非自愿入院者以缺乏自知力、拒绝治疗的精神分裂症以及严重精神障碍者为主体。因此在入院时专科医生可以根据这些相关因素进行评估, 对具有典型特征的患者在以治疗为目的, 充分保障其人格尊严的前提下实施非自愿住院。

本研究不足之处在于,单中心横断面研究,是对既往病历资料的回顾性评价,可能存在回忆偏倚;本中心在西南地区精神专科有一定技术实力,患者多以疑难病例为主体,因此可能存在偏倚,对全国精神专科患者的入院方式现状的代表性有限。

综上所述,本研究发现,低文化、低收入、青年男性、无自知力、拒绝治疗、精神分裂症以及严重精神障碍患者非自愿住院的风险较高。如何减少他们的非自愿住院事件,笔者认为应就这一特征人群进一步研究,分析其高风险原因,从而提出有针对性的改善措施;另一方面对具有这些特征的患者,政府等相关部门应积极管理,改善救治救助政策。加强普及精神卫生知识,提高百姓对精神障碍的正确知晓程度,从而提高患者的自我觉察,促进患者自主自愿就医。

参 考 文 献

- [1] Xiang YT, Yu X, Ungvari GS, et al. China's National Mental Health Law: a 26-year work in progress [J]. *Lancet*, 2012, 379(9 818): 780-782.
- [2] 吴婉云,李娜玲.论我国精神障碍患者强制住院治疗制度的完善与发展[J].*中国医药导报*, 2015, 12(33): 132-136; 141.
- [3] 齐咏华,亢明.精神障碍者非自愿住院的立法缺陷及完善策略分析[J].*医学与社会*, 2010, 23(10): 85-87.
- [4] 潘忠德,谢斌,郑瞻培.我国精神障碍者的入院方式调查[J].*临床精神医学杂志*, 2003, 13(5): 270-272.
- [5] 勾蕾,王小平.综合医院精神障碍患者入院方式现状调查[J].*中国神经精神疾病杂志*, 2013, 39(11): 671-674.
- [6] 万传华.论《精神卫生法》的自愿原则[J].*中国卫生法制*, 2013, 21(5): 40-43.
- [7] 李强,王翠鹏,王章元,等.精神障碍患者的入院方式调查探析[J].*中国现代药物应用*, 2016, 10(6): 282-283.
- [8] 孙晓花,宋海东,金翠梅,等.精神专科医院封闭病房患者入院方式调查[J].*预防医学*, 2016, 28(10): 1 029-1 030; 1 033.
- [9] 李伯珊,胡泽卿,毛文君,等.精神疾病患者入院形式及其影响因素的回归分析[J].*华西医学*, 2001, 16(2): 149-151.
- [10] 沈渔邨.精神病学[M].5版.北京:人民卫生出版社, 2011: 166.
- [11] Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, et al. Voluntary and Involuntary Psychiatric Admissions in China[J].*Psychiatr Serv*, 2015, 66(12): 1 341-1 346.
- [12] Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the rights of Persons with Disabilities[J].*Int J Law Psychiatry*, 2014, 37(3): 245-252.
- [13] Hashmi A, Shad M, Rhoades HM, et al. Involuntary detention: do psychiatrists clinically justify continuing involuntary hospitalization? [J].*Psychiatr Q*, 2014, 85(3): 285-293.
- [14] Montoya AM, Labrador CD, Hernandez TR. Involuntary hospitalization in a mental health unit in 2014 [J].*European Psychiatry*, 2016, 33: S455-S455.
- [15] Curley A, Agada E, Emechebe A, et al. Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables[J].*Int J Law Psychiatry*, 2016, 47: 53-59.
- [16] Adelufosi AO, Adebowale TO, Abayomi O, et al. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia[J].*Gen Hosp Psychiatry*, 2012, 34(1): 72-79.
- [17] 刘英洁.精神障碍患者的入院方式调查分析[J].*中国现代药物应用*, 2015, 9(16): 289-290.
- [18] 李功迎,陈景清,马红霞,等.精神障碍者的自知力与自愿入院和自愿治疗的关系[J].*中国行为医学科学*, 2002, 11(3): 272-274.
- [19] Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, et al. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry[J].*Int J Law Psychiatry*, 2013, 36(2): 136-143.
- [20] 王岳.反思精神障碍强制医疗的“危险性”原则[J].*中国卫生法制*, 2014, 22(3): 4-10.
- [21] Adelufosi AO, Adebowale TO, Abayomi O, et al. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia[J].*Gen Hosp Psychiatry*, 2012, 34(1): 72-79.
- [22] Hamaideh S, Al-Magaireh D, Abu-Farsakh B, et al. Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia[J].*J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2014, 21(5): 455-465.
- [23] 荣晗,徐丹,刘铁榜,等.基于ROMI的住院精神分裂症患者服药依从性及相关因素研究[J].*神经疾病与精神卫生*, 2017, 17(6): 406-409.
- [24] Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care[J].*J Clin Psychiatry*, 2006, 67(3): 453-460.
- [25] 曾培培,强美英.论精神障碍患者的自主权问题——以《精神卫生法》自愿原则为视角[J].*医学与哲学*, 2016, 37(7): 73-75.

(收稿日期:2017-07-29)