

综合医院内科住院病人抑郁状况调查

陈庆红, 舒德海, 刘宇宁*, 曹伟, 张可
(马鞍山钢铁公司总医院精神科, 安徽 马鞍山 243000)

中图分类号: R395.1 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2003)03-0232-01

Investigation on Depression of Inpatients in Medical Ward in General Hospital

CHEN Qing-hong, SHU De-hai, LIU Yu-ning, et al
Ma Steel Hospital, Ma An Shan, 243000, China

【Abstract】 Objective: To investigate the depression of inpatients in general hospital. **Methods:** 252 inpatients in medical ward were investigated by SDS. **Results:** there were 100(39.7%) cases with depression symptoms according to SDS(SDS total scores \geq 50). There were significant correlations between the incidence of depression and kind of disease or education level. **Conclusion:** There are 39.7% patients with depression symptoms in medical ward of general hospital.

【Key words】 SDS; Depression

综合医院内科住院病人的抑郁情绪引起了包括精神科在内的临床各科医师的关注,因此本调查用抑郁自评量表(SDS)^[1]对252例内科住院病人进行评定,以了解抑郁情绪在内科住院病人中的发生率及其相关因素。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

252例患者均为马鞍山钢铁公司总医院的内科住院病人,排除既往有功能性精神病和器质性疾病引起的抑郁障碍患者。男性134例,女性118例;年龄范围16~83岁,平均51.32±16.17岁,文化程度:文盲25例,小学46例,中学(含初中、高中和中专)98例,大学(大专以上)83例。

1.2 研究方法

1.2.1 研究人员 由培训合格的4名精神科医师完成,其中主任医师1名,主治医师3名。

1.2.2 调查工具 SDS由患者自行填写,对文化程度低不能理解或看不懂SDS问题的患者,由研究人员逐条念,让患者独自作出评分,强调评定时间为过去一周。SDS抑郁严重指数=总分(累加分)/80(满分)×100%^[2],该值越大,病情越重,50%以下为无抑郁,50~59%为轻度抑郁,60~69%为中度抑郁,70%以上为重度抑郁。

2 结果

2.1 SDS自评结果

252例患者SDS标准总分均值为46.73±11.75,与国内常模^[4]33.46±8.55相比差异显著($P < 0.01$),有抑郁情绪者100例(39.7%),其中轻度62例(24.6%),中度29例(11.5%),重度9例(3.6%);抑郁发生率男性40.8%,女性38.5%,二者无显著性差异($\chi^2 = 0.11, P > 0.05$);<50岁者抑郁发生率为35.6%,50~60岁43.8%,>60岁42.4%,三者无显著性差异($\chi^2 = 1.11, P > 0.05$);文化程度文盲者抑郁发生率为78.9%,小学68.6%,中学40.8%,大学10.9%,有显著差异($\chi^2 = 46.57, P < 0.01$);对SDS评定标准总分 ≥ 50 分的患者无1例达到抑郁症诊断标准。

2.2 不同内科病人抑郁状况比较

比较发现不同内科疾病患者抑郁情绪发生率之间有明显差异($\chi^2 = 13.39, P < 0.05$),其发生率依次为:心血管58.1%,内分泌55%,肾病44.4%,消化33.3%,呼吸31.3%,神经内科23.1%。

3 讨论

本组资料显示综合医院内科住院病人39.7%存在不同程度的抑郁情绪,且SDS评分与国内常模相比^[3],明显高于常模,与国内相关报道一致^[4-6]。随着医学模式从单纯的生物医学向生物—心理—社会整体医学模式转变,有关心理、社会和文化维度在疾病发生、发展和预后中的作用日益受到人们重视。内科疾病多为慢性疾病,通常这些躯体疾病的症状、治疗和不良预后都可能作为心理应激源,引起病人的抑郁情绪反应。因此,要求我们在综合医院大力开展联络会诊精神病学服务(CLPS)加强精神科与

* 江西省高安市人民医院药剂科

的因子为自变量进行多因素逐步判别分析,结果作案现实动机、生活能力损害、现实检验能力损害进入判别方程,见表2。

表2 责任能力因素的 Fisher 分类判别

因素	无责任	部分责任	完全责任
作案无现实动机	0.95	4.20	12.86
生活能力有损害	24.62	30.86	23.60
现实检验能力有损害	12.15	30.25	37.15
常数	-25.50	-52.01	

2.3 责任能力总分比较

表2中3项因素相加得责任能力总分。结果分裂症无责任能力组为 3.68 ± 0.66 , 部分责任能力组 3.05 ± 0.39 , 完全责任能力组为 2.90 ± 0.74 。经 t 检验分裂症无责任能力组与后两组统计差异均有显著性 ($P < 0.05$), 而部分责任能力组与完全责任能力组间统计差异无显著性。

3 讨 论

刑事责任能力,是指一个人辨认和控制自己行为的能力,亦即一个人辨认自己行为的性质、意义和后果并自觉地控制自己行为的能力。目前我国有关精神障碍患者责任能力评定的主要依据是我国新刑法第十八条的有关规定,即精神病人在不能辨认或不能控制自己行为时造成危害结果,经法定程序鉴定确认的,不负刑事责任^[4,5]。也就是说,精神障碍患者责任能力的评定要依有两个标准:医学标准—医学诊断和法学标准—辨认力和控制力,两者缺一不可^[6,7]。医学标准,我们可以遵循现行的国内国外通用的精神疾病诊断标准,这对精神科医师并无太大问题。精神科医师由于较少接受法律知识的专门训练,对于法学标准往往难以准确把握,尤其是当精神症状与危害行为间关系不明确时更是如此,所以

往往造成责任能力评定的分歧。因此鉴定实践中准确把握法学标准是责任能力评定的关键。

本研究根据罗杰斯责任能力量表,从法学标准方面编制了一13个条目的责任能力量表。经统计分析表明,对受害人有选择、作案有诱因、对作案工具有选择、作案后有潜逃、对作案有罪错性认识、对作案后果有认识、生活能力有损害、工作学习能力有损害、现实检验能力有损害和无现实作案动机等条目在三组的分布差异显著,尤其是无现实作案动机、生活能力有损害、现实检验能力有损害三个条目更为突出。以上三个条目相加的总分作为责任能力总分。分裂症完全责任能力组、部分责任能力组责任能力总分与无责任能力组差异有显著性,说明该责任能力量表有较好的判别效度。但精神分裂症完全责任能力组责任能力总分与部分责任能力组差异无显著性,这也许与条目较局限或两组病例数较少有关,有待今后扩大样本进行进一步研究。

参 考 文 献

- 1 胡雄,王巧艳.精神分裂症司法鉴定293例案例分析.中国民政医学杂志,1996,8(5):273-275
- 2 胡泽卿,刘协和.罗杰斯刑事责任评定量表的信度和效度研究.中国临床心理杂志,1997,5(1):11-13
- 3 张琳. Rogers 刑事责任能力评定量表述评.国外医学精神病学分册,1999,26(1):1-6
- 4 张伟,刘协和,霍克钧.精神病人责任能力评定标准.国外医学精神病学分册,1995,22(4):215-219
- 5 郑瞻培编著.司法精神医学基础.上海医科大学出版社,1997
- 6 程鹏方,霍克钧.精神分裂症缓解状态的责任能力评定.四川精神卫生,1994,7(1):37-38
- 7 胡泽卿,刘协和,马义玲,等.精神病人刑事责任能力鉴定的专家系统开发.华西医科大学报,1997,28(3):307-310

(收稿日期:2002-06-06)

(上接第232页)

其他临床科室之间的联合和协作,提高非精神科医生的精神卫生知识,提高对精神障碍的识别和处理能力,从心理、社会和生物多维度为患者提供医疗和康复服务。

参 考 文 献

- 1 张明园.精神科评定量表手册(第二版).长沙:湖南科学技术出版社,1998.35-38
- 2 沈渔邨.精神病学(第四版).北京:人民卫生出版社,2001.201-203

- 3 王春芳.抑郁自评量表对1340例正常人评定分析.中国神经精神疾病杂志,1986,12(5):267-268
- 4 张长春.内科住院病人的抑郁状态.健康心理学杂志,1999,7(1):82-83
- 5 石晓燕,杨倩,宋连香,等.117例内科疾病患者并发焦虑和抑郁症状的研究.华西医学,1997,12(1):60-62
- 6 李雯.综合医院抑郁障碍的临床特点和治疗.中国心理卫生杂志,2000,14(6):424-425

(收稿日期:2002-06-19)