

Research Paper

Prevalence of Involuntary Hospital Admission Among Patients Referred by  
Judicial Authorities to A Psychiatric Hospital in Iran



Somayeh Shokrgozar<sup>1</sup>, Mohadeseh Varasteh<sup>1</sup>, \*Adele Isanazar<sup>1</sup>, Maryam Zavarmousavi<sup>1</sup>, Mahnaz Fallahi-Khesht Masjedi<sup>2</sup>

1. Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.  
2. Raz Counseling and Psychological Services Center, Rasht, Iran.



**Citation** Shokrgozar S, Varasteh M, Isanazar A, Zavarmousavi M, Fallahi-Khesht Masjedi M. Prevalence of Involuntary Hospital Admission Among Patients Referred by Judicial Authorities to A Psychiatric Hospital in Iran. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2022; 30(4):314-325. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.30.4.1761.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/JGUMS.30.4.1761.1>



Received: 13 Jul 2021

Accepted: 26 Dec 2021

Available Online: 01 Jan 2022

**Keywords:**

Referral, Judicial system, Psychiatric hospital, Involuntary hospital admission

**ABSTRACT**

**Background** An important group of patients admitted to psychiatric hospitals are patients who are referred by court letters which deprive the physician of authority to make a decision, leading to involuntary hospital admission. One of the medical principles is to pay attention to patients' rights.

**Objective** This study aims to investigate the prevalence of involuntary hospital admission in patients referred by judicial authorities to a psychiatric hospital in Iran.

**Methods** This study was conducted on the medical records of 217 patients referred by judicial authorities to Shafa Psychiatric Hospital in Rasht, Iran in 2018. Their information such as demographic characteristics, referral reasons, criminal history, history of psychiatric disorders, history of hospitalization in a psychiatric hospital, diagnosis, and type of psychiatric disorder were extracted using a checklist. After collecting data, they were analyzed in IBM SPSS v.21 software

**Results** Most of the patients were male (96.8%) and single (57.6%) living in urban areas (78.8%); 78.3% had a history of hospitalization, 82.5% had a history of mental illness; 94.9% had a diagnosed psychiatric disorder. The most commonly diagnosed psychiatric disorder was schizophrenia (37.5%). The most common reasons for referral were dispatch and hospitalization (44.9%) and the need for treatment (29.6%). There was a significant relationship between the history of psychiatric disorder and criminal history, but the factors of age, education, and employment status had no significant relationship with the history of psychiatric disorders.

**Conclusion** With just one court letter, we cannot label a person as a mentally-ill patient. The high percentage of the final diagnosis of psychiatric disorders indicates a good agreement between judicial authorities and the medical centers in referring individuals which highlights the need for more communication between them for referring patients.

**\* Corresponding Author:**

Adele Isanazar

**Address:** Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

**Tel:** +98 (133) 3666268

**E-Mail:** adele.isanazar@yahoo.com

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Various laws and regulations has long been formulated to protect the social rights of individuals in society including mentally-ill patients [1]. Involuntary hospital admission refers to the hospitalization of patients against their will. Involuntary hospital admission of mentally-ill patients is usually done to protect them and to protect the society against their abnormal behaviours [2]. In most societies, jurisdictions allow involuntary hospital admission of a mentally-ill patient, although the definition of mental illness varies in the jurisdiction of different countries in terms of the period of admission before independent examination, involuntary hospitalization, and the role of scientific decision-making supported by judicial authorities [4]. In the jurisdictions of different countries, almost the same procedures are used for the admission, detention and compulsory treatment of the mentally ill, which demonstrates compliance with international standards and the integration of human rights principles [5]. The purpose of this study is to investigate the referral cases from judicial authorities to Shafa Psychiatric Hospital in Rasht, Iran in 2018 to help solve the problem of involuntary hospital admission.

### 2. Methods

This is a descriptive cross-sectional study. The study population included the medical records of all patients referred to Shafa Hospital by judicial authorities in 2018. For sampling, the census method was used. The inclusion criteria was availability of all cases admitted by a court letter and the exclusion criteria was incomplete information in medical records. All eligible files were first confirmed using the Hospital Information System (HIS) and then the files were delivered based their numbers from the hospital archives department and the information including demographic characteristics (age, gender, place of residence, marital status, education, occupation), reasons for referral (psychiatric symptoms, risk of self-harm, risk of harm to others, need for treatment), criminal history, history of psychiatric disorders, history of hospitalization in a psychiatric hospital, and type of psychiatric disorder were extracted from medical records and court letters were extracted using a checklist. After collecting the information, they were entered in IBM SPSS v.21 software, and analyzed using the inferential statistics, including t-test and chi-square test.

### 3. Results

In this study, most of cases was for patients who were male (96.8%), and single (57.6%) living in urban areas (78.8%). In 217 referral cases, the most common reason for referral was "dispatch and hospitalization" (44.9%) followed by "the need for treatment" (29.6%). Most of referral cases (94.9%) had a history of psychiatric disorders, while the percentage of cases without a history of psychiatric disorders was only 5.1%. The most common reported history of psychiatric disorders was "schizophrenia" (40.4%) followed by "substance abuse" (27.1%). Of 217 cases, 251 had mentioned the type of psychiatric diagnoses (some with more than one diagnosed type; e.g. both personality disorder and major depressive disorder). The most common type of diagnosed psychiatric disorder was "schizophrenia" (37.5%) followed by "substance use disorder" (21.9%) and "bipolar disorder" (15.5%). The results of Chi-square test showed a significant relationship between the history of psychiatric disorder and criminal history ( $X^2= 10.336$ ,  $P=0.001$ ), but the history of psychiatric disorder had no significant relationship with age, education, and employment status in referral cases.

### 4. Conclusion

Based on our findings, although the reasons for the majority of involuntary hospital admissions in the study hospital were the dispatch & hospitalization and the need for treatment, and most of patients had psychiatric disorders, in some cases, the reason for referral was inappropriate. Since hospitalization imposes additional financial and psychological burden on the individual, despite the legal requirements for involuntary hospital admissions, the patients need to be visited by a psychiatrist prior to hospitalization; if there was no need for hospitalization, it should be informed to the judicial authorities and the mere existence of a court letter cannot be a criterion for involuntary hospital admission and give the patient the title of mentally-ill person. This indicates the need for more coordination between the judicial authorities and the medical centers in admitting these patients to the hospitals.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the Guilan University of Medical Sciences (Code: IR.GUMS.REC.1398.260). Ethical principles are fully observed in this article.

### **Funding**

This study was extracted from the thesis of second author. This research has not received any financial support from profit and non-profit organizations.

### **Authors' contributions**

Conceptualization, visualization, project administration, and resources: All authors; Methodology and formal analysis: Mahnaz Fallahi-Khesht; Original draft preparation: Somayeh Shokrgozar, Adele Isanazar, Maryam Zavar-mousavi; Editing & review, Investigation and supervision: Somayeh Shokrgozar, Adele Isanazar; Data collection: Mo-hadeseh Varasteh.

### **Conflicts of interest**

The authors declared no conflict of interest.

### **Acknowledgements**

The authors would like to thank the HIS manager in Shafa Hospital for cooperation in collecting information.

مقاله پژوهشی

بررسی بستری اجباری در پرونده‌های بیماران معرفی شده از مراجع قضایی به بیمارستان روان پزشکی

سمیه شکرگزار<sup>۱</sup>، محدثه وارسته<sup>۱</sup>، \*عادلہ عیسیٰ نظر<sup>۱</sup>، مریم زوارموسوی<sup>۱</sup>، مهناز فلاحی خشت مسجدی<sup>۲</sup>

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری-شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.  
 ۲. مرکز تخصصی مشاوره و خدمات روان شناختی راز، رشت، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۲ تیر ۱۴۰۰  
 تاریخ پذیرش: ۰۵ دی ۱۴۰۰  
 تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

**زمینه:** گروه مهمی از بیماران بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی، بیمارانی هستند که با نامه‌های قضایی ارجاع می‌شوند که اختیار را از پزشک معالج برای بستری یا عدم بستری فرد سلب می‌کند و منجر به بستری اجباری می‌شود. یکی از اصول پزشکی توجه به حقوق بیماران می‌باشد.

**هدف:** از این مطالعه، بررسی پرونده‌های افراد ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا می‌باشد.

**روش‌ها:** این مطالعه بر روی پرونده‌های ۲۱۷ فرد ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا شهر رشت در سال ۱۳۹۷ انجام شد. متغیرهای جمعیت‌شناختی، علل ارجاع، سابقه کیفری، اختلالات روان پزشکی، سابقه بستری، تشخیص روان پزشکی از پرونده‌های موجود جمع‌آوری شد. با استفاده از تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در پرونده‌های بررسی شده، بیشترین جمعیت شامل ۹۶/۸ مرد، ۷۸/۸ شهری و ۵۷/۶ مجرد بودند. ۷۸/۳ سابقه بستری و ۸۲/۵ هم سابقه بیماری‌های روان پزشکی، ۹۴/۹ تشخیص روان پزشکی داشتند. بیشترین تشخیص اختلال «اسکیزوفرنی» با ۳۷/۵ موارد بود. از نظر دلیل ارجاع، ۴۹/۹ اعزام و بستری و ۲۹/۶ را نیاز به درمان تشکیل می‌دادند. بین سابقه اختلال روان پزشکی با سابقه کیفری رابطه معناداری وجود داشت، اما بین سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و سابقه ابتلا به اختلال روان پزشکی رابطه معناداری وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** تنها با وجود یک نامه، نمی‌توان عنوان «بیمار روان پزشکی» را به فرد نسبت داد. از طرفی، درصد بالایی از تشخیص نهایی، نشان‌دهنده ارتباط بهتر مراجع قضایی با سیستم درمانی در ارجاع افراد می‌باشد که لزوم ارتباط هرچه بیشتر سیستم قضایی و مراکز درمانی را برای ارجاع بیماران روشن می‌کند.

کلیدواژه‌ها:

ارجاعی، مراجع قضایی، بیمارستان روان پزشکی، بستری اجباری

مقدمه

سلامت روان، اجبار ممکن است در برخی شرایط خاص استفاده شود. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> برای بستری اجباری سه شرط اساسی را ضروری می‌داند: الف- ابتلاء فرد به بیماری روانی با شدت تعریف شده، ب- خطر آسیب به خود یا دیگران، و ج - مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت [۳].

در اکثر جوامع، حوزه‌های قضایی اجازه بستری اجباری بیمار را در صورت داشتن اختلال روانی می‌دهند. تعریف اختلال روانی در حوزه‌های قضایی کشورهای مختلف، متفاوت است [۴].

از دیر باز، تدوین قوانین و مقررات گوناگون برای حفظ حقوق اجتماعی افراد جامعه مورد توجه بوده است. بیماران روانی نیز به عنوان بخشی از اجتماع، از این امر جدا نبوده و در تمام دوره‌ها مورد توجه قانون‌گذاران بوده‌اند [۱]. بستری اجباری به معنی بستری کردن بیماران برخلاف تمایل خودشان اطلاق می‌شود. بستری اجباری بیماران روان پزشکی، معمولاً برای حمایت از شخص مبتلا به بیماری و حمایت از جامعه در مقابل رفتارهای نابهنجار او انجام می‌شود [۲]. در همه کشورهای با قانون‌گذاری

1. World Health Organization

\* نویسنده مسئول:

عادلہ عیسیٰ نظر

نشانی: گیلان، رشت، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری شناختی و اعتیاد کاوش.

تلفن: ۱۳۶۳۷۱۶ (۹۱۱) ۹۸+

رایانامه: adele.isanazar@yahoo.com

روان پزشکی، قانونی می‌باشند. هدف از انجام این مطالعه، بررسی پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان شفا در سال ۱۳۹۷ می‌باشد تا با انجام این مطالعه و نتایج آن و اجماع مراجع قانونی و بیمارستان به رفع این معضل کمک شود.

## روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی بوده است. جمعیت مورد مطالعه شامل پرونده تمام بیمارانی بوده که از مراجع قضایی و یا با نامه قضایی در سال ۱۳۹۷ به بیمارستان شفا که یک مرکز آموزشی درمانی در شهر رشت می‌باشد، ارجاع شده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بوده است. معیارهای ورود تمام پرونده‌های بستری با نامه قضایی و معیار خروج شامل نقص اطلاعات در ثبت پرونده‌های موجود بوده است. پس از اخذ مجوز در ابتدا، برای تدوین متغیرهایی که باید مورد بررسی قرار می‌گرفت، برای اطمینان از ثبت موارد ضروری، حذف موارد غیر ضروری و تهیه فهرست، ده پرونده به صورت آزمایشی توسط همکاران طرح، بررسی شد. در مرحله اجرا، کلیه پرونده‌هایی که با نامه قضایی به بیمارستان ارجاع شده بودند، ابتدا از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی تعیین شده و سپس پرونده‌ها بر اساس شماره آن از بخش بایگانی بیمارستان تحویل گرفته شد و اطلاعات از طریق فهرست تهیه شده شامل: مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات، و شغل)، دلایل ارجاع (علائم روان پزشکی، خطر آسیب به خود، خطر آسیب به دیگران، نیاز به درمان)، سابقه کیفری، سابقه اختلالات روان پزشکی، سابقه بستری در بیمارستان روان پزشکی، تشخیص روان پزشکی نوع اختلال از پرونده‌ها و نامه‌های قضایی به دست آمد و فرم‌های مربوطه جمع‌آوری و تکمیل شدند. در مطالعه حاضر، مقادیر متغیرهای کیفی به صورت فراوانی (درصد) نشان داده شد. برای بررسی ارتباط بین سابقه اختلال روان پزشکی و متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون کای دو استفاده شد. با استفاده از تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

این مطالعه وضعیت ۲۱۷ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان شفا که از مراجع قضایی به این مرکز اعزام شده بودند، مورد بررسی قرار داد. میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌های مورد بررسی  $۱۱/۱۶ \pm ۳۷/۵$  بوده است.

از بین ۲۱۷ پرونده ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا رشت، ۳۱۴ مورد علت ارجاع ثبت شد (در برخی پرونده‌ها دلایل ارجاع بیش از یک مورد بوده است). بیشترین علت ارجاع را «نگهداری و بستری» با (۴۴/۹) ۱۴۱ مورد و نیاز به درمان با (۲۹/۶) ۹۳ مورد بود. اطلاعات مربوط به داشتن سوابق کیفری نشان داد که

در حوزه‌های قضایی کشورهای مختلف، روش‌های تقریباً مشابهی برای پذیرش، بازداشت و درمان اجباری بیماران روانی استفاده می‌شود که نشان‌دهنده تبعیت از استانداردهای بین‌المللی و ادغام اصول مبتنی بر حقوق بشر است [۵]. بستری کردن اجباری بیماران می‌تواند اثرات مخربی بر آن‌ها داشته باشد و سبب از دست دادن کار، از دست دادن حق نگهداری از فرزندان و برچسب‌زدن اجتماعی شود [۶].

سازمان بهداشت جهانی با تأکید بر این مطلب که بستری اجباری، محرومیت از آزادی به شمار می‌رود و سبب آسیب فردی و برچسب‌های سیاسی، قضایی و اجتماعی می‌شود، به ضرورت تأیید بستری اجباری فرد توسط مرجع بی‌طرف اشاره نموده است. این مرجع که از سوی دستگاه قضایی به وجود می‌آید، باید دیدگاه‌های بیمار، خانواده و نماینده قانونی وی را در نظر بگیرد [۳]. سال‌هاست که درباره بستری اجباری از نظر قانونی و اخلاقی دیدگاه‌های گوناگونی مطرح شده است. به همین دلیل رویکرد کشورها در این زمینه بر پایه نوع فرهنگ، قوانین جاری و ساختار مراقبت‌های بهداشت روان، متفاوت است [۳].

مهم‌ترین موضوعی که در بیشتر قوانین حقوق بشر بر رعایت آن در بستری اجباری تأکید شده، وجود بیماری روانی در فرد با توجه به معیارهای بین‌المللی است. نوع شدت و درجه بیماری روانی در قوانین بهداشت روان کشورها به گونه‌ای متفاوت تعریف شده است. در قوانین مختلف بهداشت روان، تشخیص معیارهای بستری اجباری به یک یا دو نفر از کارکنان آموزش دیده بهداشت روان که مستقل از یکدیگر، فرد را معاینه می‌کنند، سپرده شده است. این کارکنان آموزش دیده، شامل روان‌پزشکان، پزشکان، روان‌پرستاران، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی هستند. سازمان بهداشت جهانی نیز برای تشخیص معیارهای بستری اجباری، معاینه دو فرد آموزش دیده و برای تأیید ضرورت بستری اجباری، دخالت یک مرجع مستقل را ضروری دانسته است که اغلب از سوی دستگاه قضایی تعیین می‌شوند [۳].

یکی از اهداف مهم در روان پزشکی این است که استفاده از پرونده‌های غیرداوطلبانه را به حداقل برساند، زیرا استفاده از اجبار، مسائل بالینی، اخلاقی و قانونی را دربر دارد [۷]. در روان پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌های پزشکی به کارگیری مداخله‌های غیراختیاری در برخی شرایط ضرورت پیدا می‌کند [۳]. هنوز در ایران قوانین مشخصی در این حوزه وجود ندارد و بستری اجباری فرد تنها از طریق مراجع قضایی امکان‌پذیر است [۲]. مطالب بیان‌شده در زمینه رعایت حقوق تمام بیماران علی‌رغم وجود تعارضات و قید و شرط، اهمیت لزوم رعایت حقوق بیماران و توجه به رضایت آن‌ها را خاطر نشان می‌کند. در کل استان گیلان بیمارستان شفا تنها بیمارستان روان پزشکی می‌باشد و یکی از چالش‌هایی که این بیمارستان با آن مواجه است، نامه‌های قضایی الزام‌آور برای بستری بیماران است که برخی از آن‌ها بدون نظر

۲۳ درصد) ۵۰ نفر دارای سابقه کیفری، (۳۱ درصد) ۶۸ نفر بدون سابقه کیفری و (۴۶ درصد) ۱۱۸ نفر نیز هیچ گونه اطلاعاتی از سابقه کیفری آن‌ها وجود نداشت. بیشترین درصد افراد ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا دارای سابقه اختلالات روان پزشکی بودند (۹۴/۹) ۲۰۶ مورد و مراجعین بدون سوابق اختلالات روان پزشکی تنها (۵/۱) ۱۱ مورد بودند (جدول شماره ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی پرونده‌های ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا رشت

| متغیر                             | وضعیت               | تعداد (درصد) |
|-----------------------------------|---------------------|--------------|
| جنسیت                             | مرد                 | ۲۱۰ (۹۶/۸)   |
|                                   | زن                  | ۷ (۳/۲)      |
| محل سکونت                         | روستا               | ۳۶ (۲۱/۲)    |
|                                   | شهر                 | ۱۷۱ (۷۸/۸)   |
| وضعیت تأهل                        | مجرد                | ۱۲۵ (۵۷/۶)   |
|                                   | متاهل               | ۵۵ (۲۵/۳)    |
|                                   | سایر                | ۳۷ (۱۷/۱)    |
|                                   | کمتر از ۳۰ سال      | ۶۲ (۲۸/۶)    |
| سن                                | بین ۳۱ تا ۴۰ سال    | ۸۵ (۳۹/۲)    |
|                                   | بین ۴۱ تا ۵۰ سال    | ۳۸ (۱۷/۵)    |
|                                   | بالای ۵۰ سال        | ۳۲ (۱۴/۷)    |
| تحصیلات                           | بیسواد              | ۱۳ (۶)       |
|                                   | ابتدایی             | ۴۱ (۱۸/۹)    |
|                                   | سیکل                | ۸۴ (۳۸/۷)    |
|                                   | دیپلم               | ۵۵ (۲۵/۳)    |
|                                   | فوق دیپلم           | ۱۸ (۸/۳)     |
|                                   | لیسانس              | ۶ (۲/۸)      |
| شغل                               | بیکار               | ۱۶۱ (۷۴/۲)   |
|                                   | کارمند              | ۲ (۰/۹)      |
|                                   | بازنشسته            | ۳ (۱/۴)      |
|                                   | آزاد                | ۵۱ (۲۳/۵)    |
| علت ارجاع                         | علائم روان پزشکی    | ۱۲ (۳/۸)     |
|                                   | خطر آسیب به خود     | ۱۱ (۳/۵)     |
|                                   | خطر آسیب به دیگران  | ۳۷ (۱۷/۶)    |
|                                   | نیاز به درمان       | ۹۳ (۳۹/۶)    |
|                                   | بررسی تشخیصی        | ۳۰ (۹/۶)     |
|                                   | جهت نگهداری و بستری | ۱۴۱ (۴۴/۹)   |
| سابقه کیفری                       | داشتند              | ۵۰ (۲۳)      |
|                                   | نداشتند             | ۶۸ (۳۱)      |
|                                   | نامشخص              | ۱۱۸ (۴۶)     |
| سوابق اختلالات روان پزشکی         | اختلال خلقی افسردگی | ۱ (۰/۵)      |
|                                   | اختلال خلقی دو قطبی | ۳۳ (۱۴/۲)    |
|                                   | اسکیزوفرنی          | ۹۱ (۴۰/۴)    |
|                                   | اضطراب              | ۱ (۰/۵)      |
|                                   | اختلال شخصیت        | ۱۹ (۸/۴)     |
|                                   | مصرف مواد           | ۶۱ (۲۷/۱)    |
|                                   | سایر                | ۲۰ (۸/۹)     |
| تشخیص روانپزشکی بر حسب نوع اختلال | داشتند              | ۲۰۶ (۹۴/۹)   |
|                                   | نداشتند             | ۱۱ (۵/۱)     |



جدول ۲. توزیع فراوانی انواع سوابق اختلالات روان پزشکی در پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان شفا شهر رشت

| سوابق اختلالات روان پزشکی | تعداد (درصد) |
|---------------------------|--------------|
| اختلال خلقی افسردگی       | ۱ (۰/۵)      |
| اختلال خلقی دو قطبی       | ۳۳ (۱۴/۲)    |
| اسکیزوفرنی                | ۹۱ (۴۰/۴)    |
| اضطراب                    | ۱ (۰/۵)      |
| اختلال شخصیت              | ۱۹ (۸/۴)     |
| مصرف مواد                 | ۶۱ (۲۷/۱)    |
| سایر                      | ۲۰ (۸/۹)     |
| جمع                       | ۲۲۵ (۱۰۰)    |

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مراجعین بدون تشخیص روان پزشکی نوع اختلال تنها ۵/۱ درصد از موارد مورد تحقیق را تشکیل می‌دادند (جدول شماره ۲).

از میان ۲۱۷ پرونده‌های ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا، ۲۰۶ مورد دارای تشخیص روان پزشکی نوع اختلال بودند. در این پرونده‌ها، تعداد ۲۵۱ مورد از انواع تشخیص‌های روان پزشکی نوع اختلال ثبت شده بودند (برخی پرونده‌ها بیش از یک تشخیص روان پزشکی نوع اختلال داشتند مثل: اختلال شخصیت و اختلال خلقی افسردگی) به طوری که بیشترین تشخیص روان پزشکی - نوع اختلال را «اسکیزوفرنی» با (۳۷/۵) ۹۴ مورد، «مصرف مواد» با (۲۱/۹) ۵۵ مورد و سپس «اختلال دوقطبی» با (۱۵/۵) ۳۹ مورد از ارجاع شدگان را تشکیل می‌دادند (جدول شماره ۳).

نتایج آماری نشان داد، بین سابقه اختلال روان پزشکی با سابقه کیفری (۱=df، P=۰/۰۰۱،  $\chi^2=۱۰/۳۳۶$ ) رابطه معناداری وجود دارد، اما بین سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و سابقه ابتلا به

داده‌های مورد بررسی نشان داد، از ۲۱۷ پرونده ارجاع شده از مراجع قضایی تعداد ۲۲۵ مورد دارای سابقه اختلالات روان پزشکی بودند (در برخی پرونده‌ها سابقه بیش از یک اختلال روان پزشکی ثبت شده بود)، به طوری که بیشترین سابقه اختلال روان پزشکی را «اسکیزوفرنی» با (۴۰/۴) ۹۱ مورد و بعد از آن «مصرف مواد» با (۲۷/۱) ۶۱ مورد و سپس «اختلال دو قطبی» با (۱۴/۲) ۳۳ مورد از ارجاع شدگان را تشکیل می‌دادند.

بیشتر پرونده‌های ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا رشت دارای سابقه بستری در بیمارستان روان پزشکی بودند (۷۸/۳) و مراجعین بدون سابقه بستری در بیمارستان روان پزشکی تنها ۲۱/۷ از موارد مورد تحقیق را تشکیل می‌دادند. بالاترین دفعات بستری برابر با ۲۲ دفعه و کمترین تعداد بستری نیز یک بار بود.

بیشترین درصد بیماران ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا دارای تشخیص روان پزشکی نوع اختلال بودند (۹۴/۹ درصد) و

جدول ۳. توزیع فراوانی انواع تشخیص روان پزشکی نوع اختلال در پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان شفا شهر رشت

| تشخیص روان پزشکی نوع اختلال | تعداد (درصد) |
|-----------------------------|--------------|
| اختلال خلقی افسردگی         | ۱ (۰/۴)      |
| اختلال خلقی دوقطبی          | ۳۹ (۱۵/۵)    |
| اسکیزوفرنی                  | ۹۴ (۳۷/۵)    |
| اضطراب                      | ۰ (۰)        |
| اختلال شخصیت                | ۲۸ (۱۱/۲)    |
| مصرف مواد                   | ۵۵ (۲۱/۹)    |
| سایر                        | ۳۴ (۱۳/۵)    |
| جمع                         | ۲۵۱ (۱۰۰)    |

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

جدول ۴. رابطه بین سابقه اختلال روان پزشکی با سابقه کیفری، سن، تحصیلات و اشتغال در نمونه‌های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان شفا شهر رشت

| P     | X <sup>2</sup> | سابقه اختلال روان پزشکی |           | متغیر            |
|-------|----------------|-------------------------|-----------|------------------|
|       |                | تعداد (درصد)            |           |                  |
|       |                | نداشتند                 | داشتند    |                  |
| ۰/۰۰۱ | ۱۰/۳۳۶         | ۲(۱)                    | ۴۸(۲۲/۱)  | داشتند           |
|       |                | ۱۸(۸۳)                  | ۵۰(۲۳)    | نداشتند          |
| ۰/۱۸۸ | ۴/۷۸۷          | ۱۶(۷/۴)                 | ۴۶(۲۱/۲)  | کمتر از ۳۰ سال   |
|       |                | ۱۳(۶)                   | ۷۲(۳۳/۲)  | بین ۳۱ تا ۴۰ سال |
|       |                | ۶(۲/۷)                  | ۳۲(۱۴/۷)  | بین ۴۱ تا ۵۰ سال |
|       |                | ۳(۱/۴)                  | ۲۹(۱۳/۴)  | بالای ۵۰ سال     |
| ۰/۶۲۵ | ۳/۴۹۱          | ۲۳(۱۰/۶)                | ۱۱۵(۵۳)   | زیر دیپلم        |
|       |                | ۱۰(۴/۶)                 | ۴۵(۲۰/۷)  | دیپلم            |
|       |                | ۵(۲/۳)                  | ۱۹(۸/۸)   | بالتر از دیپلم   |
| ۰/۳۷۱ | ۰/۸۰۲          | ۱۲(۵/۵)                 | ۴۴(۲۰/۳)  | شاغل             |
|       |                | ۲۶(۱۲)                  | ۱۳۵(۶۲/۲) | بیکار            |

مجله دانشکده علوم پزشکی گیلان

در برزیل و آلمان بود که در آن‌ها ریسک بستری اجباری در افراد با تحصیلات بالاتر یک عامل خطر برای بستری اجباری بود [۱۱، ۱۲].

اغلب شرکت کنندگان در این مطالعه بیکار بودند که این یافته موافق با مطالعات دیگر [۹، ۱۰، ۱۳] بود و می‌تواند ناشی از این باشد که بیکاری یک نشانه برای شرایط فرهنگی اقتصادی ضعیف است و این عامل ارتباط بین فقر و بیماری‌های روانی و جسمی شناخته شده است [۱۴]. شناخت اینکه چرا افراد با محرومیت اقتصادی، بیشتر دچار بستری اجباری می‌شوند، می‌تواند ناشی از عدم مراقبت و نظارت بر درمان و گرفتن خدمات درمانی باشد که این امر به مطالعات بیشتری نیاز دارد. برنامه‌های بازتوانی شغلی باید یک اولویت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی باشد، زیرا بیکاری بر مبنای شواهد، پایه یک استرس شدید در بیماران با مشکلات روانی است.

در این مطالعه، بستری در افراد شهرنشین بیشتر بود که همسو با نتایج سایر مطالعات بود [۱۵، ۱۶]. این یافته مرتبط با شیوع بیشتر اختلالات روانی در مناطق شهری است و بسیاری از مطالعات نیز به بررسی این ارتباط به‌ویژه در بیماران اسکیزوفرنی پرداخته‌اند [۱۷، ۱۸]. شاید عواملی همانند عناصر محیط اجتماعی (مثل نابرابری اجتماعی و قرنطینی اجتماعی) و عوامل استرس‌زای فیزیکی (مثل آلودگی و سر و صدا) می‌توانند چگونگی تأثیر منفی محیط شهری بر سلامت را نشان دهند. اطلاعات بیشتر جامعه شهری از قوانین قضایی مربوط به بستری و دسترسی آسان به این‌گونه خدمات می‌تواند آمار بستری اجباری

اختلال روان پزشکی رابطه معناداری در موارد ارجاعی از دفتر قضایی به مرکز روان پزشکی وجود نداشت (جدول شماره ۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به ارزیابی پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان شفا شهر رشت از طریق مراجع قانونی در سال ۱۳۹۷ و نیز بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی و عوامل بالینی و زمینه‌ای مرتبط با آن می‌پردازد.

با توجه به عوامل جمعیت‌شناختی، جنسیت مرد با ریسک بالاتر بستری اجباری همراه بود که این یافته هماهنگ با نتایج مطالعات قبلی بود [۹، ۸]. این مسئله می‌تواند ناشی از نگرش متفاوت فرهنگی و اجتماعی نسبت به درمان بین زنان و مردان و همچنین شیوع بالاتر رفتارهای خطرناک و خشونت‌در مردان نسبت به زنان باشد [۸].

در این مطالعه، ریسک بستری در افراد مجرد بیشتر بود که همسو با نتایج سایر مطالعاتی بود که در آن‌ها در افراد مجرد، تنها، بیوه و جدانشده ریسک بستری اجباری بیشتری را نشان داده بودند [۸-۱۰] که می‌تواند نشانه ارتباط شناخته شده بین تنهایی، روابط اجتماعی ضعیف‌تر، حمایت اجتماعی اندک با مشکلات شدید روانی باشد.

اغلب بیماران تحصیلات زیر دیپلم داشتند. این یافته همسو با مطالعاتی بود که در چین و نروژ انجام شده بود که در آن‌ها اغلب بیماران تحصیلات ابتدایی داشتند [۵، ۱۰] و متفاوت با مطالعات



را بیشتر کند، اما بررسی دلیل بستری اجباری در افراد شهرنشین نیازمند مطالعات بیشتری است.

در مطالعه حاضر، در بررسی نامه‌های قضایی علت ارجاع و بستری ۴۴/۹ موارد و سپس نیاز به درمان با ۲۹/۶ موارد بوده است. اغلب موارد در این مرکز صرفاً داشتن نامه قضایی منجر به بستری اجباری بیماران می‌شود. در مطالعه نصرافهانی و همکاران مشخص شد، در بیشتر کشورهای مورد بررسی بر لزوم رعایت اصولی مثل ملاک خطرناک بودن و نیاز به درمان برای بستری اجباری فرد و لزوم تشخیص تأکید شده است [۳].

در مطالعه یانگ<sup>۲</sup> و همکاران مشخص شد، بستری و درمان اجباری اکثراً زمانی است که بیماری مبتلا به بیماری روان‌پزشکی شدید است و درمان اجباری برای حفظ سلامت و امنیت وی و دیگران نیاز است [۱۹].

مطالعه موسلی و همکاران نیز از لزوم نیاز به درمان برای بستری اجباری بیماران با اختلال روانی شدید حمایت کرد [۲۰]. نتایج این مطالعات مشابه مطالعه حاضر بوده که در آن یکی از علل ارجاع نیاز به درمان ذکر شده است. شاید علت این شباهت‌ها را بتوان این‌گونه توجیه کرد که بیماران با اختلال روانی شدید یا علائم سایکوز به دلیل نداشتن بینش کافی نیاز به درمان را احساس نمی‌کنند و یا به دلیل خشونت و درگیری با خانواده امکان مراجعه توسط خودشان یا خانواده کم می‌باشد. پس می‌توان نتیجه گرفت، در صورت وجود خطر برای خود فرد یا سایر افراد جامعه لزوم بستری اجباری این بیماران نیاز است.

در مطالعه لبون بائوم<sup>۳</sup> و همکاران مشخص شد، تقریباً سه چهارم تمام بستری‌ها اجباری بوده است و بیمارانی که یک هفته قبل از بستری یک ویزیت روان‌پزشکی توسط یک روان‌پزشک یا پزشک خانواده داشتند با احتمال بیشتری به صورت اجباری بستری شدند [۲۱].

در این مطالعه، ارجاع از طرف سیستم قضایی برای اعزام و بستری بوده بدون اینکه بیمار ویزیت اولیه روان‌پزشکی داشته باشد. مطابق با نتایج مطالعه ذکر شده توسط لبون بائوم می‌توان گفت، در برخی موارد که خطر بالای آسیب به خود یا دیگران وجود دارد، باید یک الزام قانونی برای بستری اجباری وجود داشته باشد [۲۱]. در مطالعه مدوومس<sup>۴</sup> و همکاران شایع‌ترین علت ارجاع، خطر آسیب به خود بوده (۲۸ درصد) و در ۴۹ درصد موارد، دلیل آن بیماری روان‌پزشکی بوده و ۱۹ درصد موارد علت ارجاع نامتناسب بوده است [۲۲].

در این پژوهش هم ۹/۳ از پرونده‌هایی که بررسی شدند هیچ اختلال روان‌پزشکی نداشتند. هر چند علت اکثر بستری‌های

اجباری، خطر آسیب به خود یا دیگران است و علت آن هم اکثر موارد بیماری روان‌پزشکی است، در مواردی علت ارجاع نامتناسب بوده و از آنجایی که بستری بار مالی و روانی اضافی بر فرد تحمیل می‌کند، علی‌رغم الزامات قانونی برای بستری اجباری نیاز است که فرد قبل از بستری توسط روان‌پزشک ویزیت شده و در صورت نداشتن اندیکاسیون بستری با مراجع قانونی هماهنگ شود و صرف داشتن نامه قضایی برای بستری الزام‌آور نباشد. در حالی که بیماران روان‌پزشکی یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه می‌باشند، توجه به حقوق این قشر از بیماران نیز باید مدنظر قرار گیرد. در مطالعه نصرافهانی و همکاران مشخص شد، در بیشتر کشورهای مورد بررسی بر لزوم رعایت اصولی مثل ملاک خطرناک بودن، نیاز به درمان برای بستری اجباری فرد، تشخیص اندیکاسیون بستری اجباری توسط دو نفر و تعیین اندیکاسیون یادشده توسط مرجع بی‌طرف تأکید شده است [۳].

در میان ۲۱۷ پرونده ارجاع شده از مراجع قضایی به بیمارستان شفا، ۲۰۶ مورد دارای تشخیص روان‌پزشکی نوع اختلال بودند. در این پرونده‌ها، ۲۵۱ مورد از انواع تشخیص‌های روان‌پزشکی نوع اختلال ثبت شده بود (برخی پرونده‌ها بیش از یک تشخیص روان‌پزشکی نوع اختلال داشتند مثل اختلال شخصیت و اختلال خلقی افسردگی) به طوری که بیشترین تشخیص روان‌پزشکی - نوع اختلال را «اسکیزوفرنی» با ۳۷/۵ مورد و سپس «مصرف مواد» با ۲۱/۹ و سپس «اختلال دو قطبی» با ۱۵/۵ از ارجاع‌شدگان را تشکیل می‌دادند.

در مطالعه حبیب، در ۱۹۹ بیمار بستری اجباری، بیشتر بیماران (۵۷/۸ درصد) اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی تشخیص داده شده‌اند. دسته‌های بعدی شایع اختلالات مربوط به مواد (۲۶/۶ درصد) و اختلالات خلقی (۲۱/۶ درصد) است. پنج بیمار (۲/۵ درصد) در ترخیص هیچ تشخیصی نداشتند [۲۳].

در مطالعه کورالی و همکاران ۵۶/۵ از کل بیماران در بخش‌های اجباری روان‌پزشکی بزرگسالان بستری شده بودند. دو تشخیص شایع اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی (۲۲/۲) بود و ۶/۶ حداقل یک بستری غیرارادی داشتند. بیشترین تشخیص در بیماران بستری غیرارادی اسکیزوفرنی ۳۰ درصد یا سایر اختلالات روان‌پریشی ۲۵ درصد بود [۲۴]. مطالعات حبیب و کورالی و همکاران شباهت زیادی با مطالعه حاضر دارد. با توجه به اینکه نداشتن بینش نسبت به بیماری در اختلالات روان‌پریشی و فاز حاد خلقی شیوع بالایی دارد، می‌توان این‌طور استنباط کرد که این افراد طبعاً برای بستری ارادی مقاومت بیشتری خواهند کرد.

از نقاط قوت این مطالعه این است که بیمارستان شفا تنها مرکز آموزشی و درمانی روان‌پزشکی استان گیلان می‌باشد و تمامی موارد ارجاع قانونی استان را دربر می‌گیرد. بنابراین، نتایج

2. Zhang  
3. Lebenbaum  
4. Meadows

جمع آوری داده ها: محدثه وارسته.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی دوره پزشکی می باشد. از مسئول سیستم اطلاعات بیمارستانی بابت همکاری در گردآوری اطلاعات این مطالعه قدردانی می گردد.

آن می تواند در کل استان بسط پیدا کند. از محدودیت های این مطالعه می توان به محدود بودن تعداد نمونه ها، بررسی پرونده به جای افراد، نقص پرونده ها در تکمیل اطلاعات مورد نیاز برای مطالعه و اینکه مطالعه تنها در یک مرکز روان پزشکی انجام شده و اطلاعات محدود به یک استان را در بر می گیرد، اشاره کرد. با توجه به اینکه رعایت حقوق بیماران که یکی از اصول و پایه های بنیادی پزشکی است و دلایل لازم برای بستری از نظر مراجع قضایی و از نظر علم پزشکی تفاوت هایی باهم دارند، این مسئله لزوم ثبت برخی قوانین و تغییرات در نحوه برخورد با این بیماران و ارجاع آن ها در پی دارد. بنابراین، پیشنهاد می شود یک قانون ثابت که مورد توافق پزشکان و سیستم قضایی باشد برای ارجاع و لزوم بستری این بیماران تدوین شود.

باتوجه به یافته های به دست آمده در این مطالعه، می توان بیان کرد، در حال حاضر درصد زیادی از پرونده های ارجاعی از مراجع قضایی به بیمارستان شفا با نامه هایی با دلایل (نیاز به درمان) و (بستری و نگهداری) می باشند که این دلایل در اکثر نامه ها به طور مشترک مشاهده می شود و اختیار را از پزشک معالج سلب می کند و وی را مجبور به بستری همه این افراد ارجاع شده می کند. تنها با وجود یک نامه نمی توان به بیمار عنوان بیمار روان پزشکی را داد، بلکه نیاز به مصاحبه و گرفتن شرح حال دقیق از بیمار است. این مسئله ضرورت ارتباط هرچه بیشتر نظام های قضایی در زمینه ارجاع افراد و مراکز درمانی روان پزشکی را نشان می دهد. عدم اختیار پزشک معالج حاضر در مرکز روان پزشکی در مقابل نامه قضایی نیز مسئله ای است که باعث زیر سوال رفتن اصل رعایت حقوق بیمار می شود.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مطالعه کلیه اصول و استانداردهای کمیته ملی اخلاق رعایت شده است. این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان و با کد اخلاق IR.GUMS.REC.1398.260 به تصویب رسیده است.

#### حامی مالی

این پژوهش هیچ گونه کمک مالی از سازمان های دولتی و خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

#### مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی، تجسم، مدیریت پروژه و منابع: تمامی نویسندگان؛ روش شناسی و تحلیل رسمی: مهناز فلاحی خشت مسجدی؛ آماده سازی پیش نویس اصلی: سمیه شکرگزار، عادلہ عیسی نظر، مریم زوارموسوی؛ ویرایش و بررسی: سمیه شکرگزار، عادلہ عیسی نظر؛

## References

- [1] Valipour M, Zarghami M, Masoudzadeh A, Khalilian AR, Targari AH, Mosavi ST. [Study of psychiatrists' knowledge, attitude, and practice toward compulsory admission of psychiatric patients and its related laws in Iran in 2006 (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2007; 17(61):148-60. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-276-en.html>
- [2] Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Lehtinen V, Joukamaa M. The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland. *European Journal of Health Law*. 2003; 10(2):183-99. [DOI:10.1163/092902703769681614] [PMID]
- [3] Nasr Esfahani M, Attari Moghadam J, Rasoulia M, Ghalehbandi MF, Saberi SM, Samimi-Ardestani SM, et al. [Involuntary treatment and hospitalization: Review of mental health acts (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(1):4-16. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-409-en.html>
- [4] Cronin T, Gouda P, McDonald C, Hallahan B. A comparison of mental health legislation in five developed countries: A narrative review. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2017; 34(4):261-9. [DOI:10.1017/ipm.2017.48] [PMID]
- [5] Dey S, Mellisop G, Diesfeld K, Dharmawardene V, Mendis S, Chaudhuri S, et al. Comparing legislation for involuntary admission and treatment of mental illness in four South Asian countries. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019; 13:67. [DOI:10.1186/s13033-019-0322-7] [PMID] [PMCID]
- [6] Way BB, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*. 2001; 52(2):214-8. [DOI:10.1176/appi.ps.52.2.214] [PMID]
- [7] Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 184(2):163-8. [DOI:10.1192/bjp.184.2.163] [PMID]
- [8] Curley A, Agada E, Emechebe A, Anamdi Ch, Ng XT, Duffy R, et al. Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016; 47:53-9. [DOI:10.1016/j.ijlp.2016.02.034] [PMID]
- [9] Hustoft K, Larsen TK, Brønnick K, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Voluntary or involuntary acute psychiatric hospitalization in Norway: A 24 h follow up study. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2018; 56:27-34. [DOI:10.1016/j.ijlp.2017.10.011] [PMID]
- [10] Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Liang W, Li H, Yi J, et al. Voluntary and involuntary psychiatric admissions in China. *Psychiatric Services*. 2015; 66(12):1341-6. [DOI:10.1176/appi.ps.201400566] [PMID]
- [11] Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz Ch, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry*. 2019; 19:127. [DOI:10.1186/s12888-019-2096-5] [PMID] [PMCID]
- [12] Chang TMM, Ferreira LK, Ferreira MP, Hirata ES. Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(11):2347-52. [DOI:10.1590/0102-311x00041313] [PMID]
- [13] Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P. Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: A 1-year retrospective analysis. *Acta Biomedica*. 2018; 89(6-S):17-28. [DOI:10.23750/abm.v89i6-S.7392] [PMID] [PMCID]
- [14] Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R, et al. A life less lonely: The state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017; 52(6):627-38. [DOI:10.1007/s00127-017-1392-y] [PMID] [PMCID]
- [15] Karasch O, Schmitz-Buhl M, Mennicken R, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: Using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction. *BMC Psychiatry*. 2020; 20:401. [DOI:10.1186/s12888-020-02803-w] [PMID] [PMCID]
- [16] Keown P, McBride O, Twigg L, Crepez-Keay D, Cyhlarova E, Parsons H, et al. Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: An ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *The British Journal of Psychiatry*. 2016; 209(2):157-61. [DOI:10.1192/bjp.bp.115.171009] [PMID]
- [17] van Os J, Hanssen M, de Graaf R, Vollebergh W. Does the urban environment independently increase the risk for both negative and positive features of psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37(10):460-4. [DOI:10.1007/s00127-002-0588-x] [PMID]
- [18] Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2012; 38(6):1118-23. [DOI:10.1093/schbul/sbs096] [PMID] [PMCID]
- [19] Zhang S, Mellisop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience Bulletin*. 2015; 31(1):99-112. [DOI:10.1007/s12264-014-1493-5] [PMID] [PMCID]
- [20] Canova Mosele PH, Chervenski Figueira G, Antônio Bertuol Filho A, Ferreira de Lima JAR, Calegari VC. Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psychiatry Research*. 2018; 265:13-8. [DOI:10.1016/j.psychres.2018.04.031] [PMID]
- [21] Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, Kurdyak P. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: A population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*. 2018; 4(2):31-8. [DOI:10.1192/bjo.2017.4] [PMID] [PMCID]
- [22] Meadows G, Calder G, van Den Bos H. Police referrals to a psychiatric hospital: Indicators for referral and psychiatric outcome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1994; 28(2):259-68. [DOI:10.1080/00048679409075637] [PMID]
- [23] Habit T, van Rooyen FC, Hiemstra LA. Involuntary admission of psychiatric patients in the Northern Cape Province and the

accuracy of the initial psychiatric assessment done by the referring general practitioners. *South African Family Practice*. 2007; 49(6):14-14c. [DOI:10.1080/20786204.2007.10873566]

- [24] Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé JM, Roelandt JL, Chevreur K. Involuntary psychiatric admissions and development of psychiatric services as an alternative to full-time hospitalization in France. *Psychiatric Services*. 2017; 68(9):923-30. [DOI:10.1176/appi.ps.201600453] [PMID]