



دیدگاه‌های روانپزشکان شهر تهران در باره‌ی قوانین بهداشت روان در ایران

دکتر زهرا یدالهی*، دکتر جعفر بوالهری**

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف ارزیابی دیدگاه روانپزشکان شهر تهران نسبت به قوانین موجود بهداشت روان اجرا شده است.
روش: پرسش‌نامه‌ای برای ۳۱۲ نفر از روانپزشکانی که در شهر تهران مشغول به کار بودند، به‌صورت پستی و حضوری فرستاده شد که ۱۶۰ نفر به آن پاسخ دادند. داده‌ها به‌کمک روش‌های آمار توصیفی تحلیل گردید.
یافته‌ها: داده‌ها در گروه‌های سنی زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال و نیز گروه‌های زنان و مردان مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که نزدیک به ۲۰٪ از روانپزشکان از قوانین موجود آگاهی ندارند، بیش از ۷۵٪ آنان با مشکلات قانونی در طی حرفه‌ی خویش روبه‌رو شده‌اند و بیش از ۷۰٪ آنان قوانین موجود را نارسا می‌دانند. این بررسی نشان داد که زنان روانپزشک ۱۲٪ بیشتر از مردان روانپزشک مشکلات قانونی در حرفه‌ی خویش داشته‌اند. ۷۸٪ روانپزشکان بر این باورند که استانداردهایی برای مراقبت از بیماران روانی وجود ندارد و نزدیک به ۶۹٪ بر این باور بوده‌اند که دستگاه قضایی برای حمایت از روانپزشکان، قانونی پیش‌بینی نکرده است. ۶۲٪ آزمودنی‌ها قوانین موجود را در زمینه‌ی امور بستری و ترخیص بیماران روانی نارسا می‌دانند.
نتیجه: قوانین مربوط به بهداشت روانی کشور از دیدگاه روانپزشکان دارای نارسایی هستند.

کلیدواژه: قانون بهداشت روان، بیمار روانی، روانپزشکان، بهداشت روان، روانپزشکی قانونی

مقدمه

در تدوین قوانین حقوقی مربوط به بیماران روانی و نیز دست‌اندرکاران امر درمان این بیماران در سده‌های ۱۶

نقش روانپزشکان و دانش روانپزشکی و روانشناسی

* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمان ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).

E-mail: research@tehranpi.org

** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

مجموعه‌ی قانونی منسجم و متناسب با زبان، شرایط اقتصادی- اجتماعی و نیازهای محلی به بهترین وجه به صورت موردی توسط مسئولان دولت تدوین شده است (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۱۹۹۶a؛ بخش بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۲). دفتر منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی سازمان جهانی بهداشت، با برگزاری نشست‌های گوناگون در کویت، مصر، اسرائیل و یمن، کوشش در انگیزه‌مند کردن این کشورها برای دستیابی به اصول قانونی اولیه در بهداشت روان و روزآمدتر کردن قوانین این کشورها داشته است (کمیته‌ی کارشناسی بهداشت روانی سازمان جهانی بهداشت^۲، ۱۹۹۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶b).

در سال‌های اخیر طرح پژوهشی گسترده‌ای از سوی انستیتو روانپزشکی تهران آغاز شده است و مجموعه‌ی قوانین موجود در ارتباط با بیماران روانی در ایران جمع‌آوری شده است (شاه‌محمدی، اصغرزاده امین، ۱۳۷۸) که انجام آن می‌تواند مقدمات تهیه‌ی پیش‌نویس قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران را فراهم آورد و پژوهش حاضر نیز در راستای همین طرح می‌باشد.

مقدمات این پژوهش به صورت پیش‌نویس یک طرح پژوهشی چند مرحله‌ای از سوی انستیتو روانپزشکی تهران مطرح گردیده است (شاه‌محمدی، ۱۳۷۸). مراحل آغازین آن که بررسی قوانین بهداشت روان همه‌ی کشورها به‌ویژه کشورهای اسلامی می‌باشد در حال انجام است و این پژوهش به‌عنوان یکی از مراحل تهیه‌ی پیش‌نویس قانون بهداشت روان کشور انجام شده است.

و ۱۷ میلادی شناخته و مطرح گردید. پائولوزاکیا^۱ بر این باور بود که تنها پزشکان می‌توانند در مورد حالت‌های روانی افراد داوری کنند. به باور او توجه و تأکید اولیه باید بر فرد استوار باشد تا بر قانون. پس از انقلاب کبیر فرانسه در سده‌ی هیجدهم، فیلیپ پینل^۲ تلاش‌های زیادی در راستای جرم نبودن بیماری روانی انجام داد و توانست اصل عدم مسئولیت «دیوانگان» را به اثبات برساند (موسوی‌نسب و پناهی‌متین، ۱۳۷۲).

پیشرفت‌های دانش روانشناسی در سده‌های ۱۹ و ۲۰، کمک بزرگی به تغییر دیدگاه‌های جامعه و مجامع حقوقی نسبت به بیماران روانی نمود. افرادی چون امیل کرپلین^۳ تقاضای اصلاح حقوق جزایی را در مورد مجانین مطرح نمودند. در سایه‌ی تحولات حقوق جزا و پیشرفت‌های علم پزشکی، گارو فالو^۴ رفتار مجرمانه را از دیدگاه روانشناسی مورد بررسی قرار داد (موسوی‌نسب و پناهی‌متین، ۱۳۷۲).

در پژوهش گسترده‌ای سازمان جهانی بهداشت (۱۹۵۵) نشان داد که قوانین در بسیاری از کشورها برای حفظ جامعه از بیماران روانی می‌باشد. کمیته‌ی کارشناسان بهداشت روان در همان سال گزارش کرد که بیشتر قوانین موجود در کشورها ناکارآمد و برپایه‌ی دیدگاه‌های کهنه بنا شده‌اند. در سال ۱۹۷۲ در بررسی دیگری سازمان جهانی بهداشت نشان داد که در ۲۸ کشور از ۴۳ کشور مورد بررسی، قوانین بهداشت روان نارسا و ناکارآمد بوده‌اند (کوران^۵ و هاردینگ^۶، ۱۹۷۸). در این میان، در مورد ارزیابی موارد بستری بیماران روانپزشکی به‌عنوان شاخص نگرش عمومی نظام بهداشتی- درمانی به این بیماران و امر درمان آنها، نشان داده شد که ایران با حدود ۹۰-۸۰٪ موارد بستری اختیاری در ردیف کشورهایی چون کانادا و انگلیس قرار دارد (همان‌جا).

در سال ۱۹۹۶ بخش بهداشت روان و پیش‌گیری از سوء مصرف مواد سازمان جهانی بهداشت ده اصل اساسی و اولیه را برای بیماران روانی یادآور شده است. این مجموعه با هدف تشریح اصول اساسی قانونی

- | | |
|--|-------------------|
| 1- Paolozacia | 2- Philippe Pinel |
| 3- Emil Kraepelin | 4- Garo Phallo |
| 5- Curran | 6- Harding |
| 7- World Health Organization | |
| 8- WHO Expert Committee on Mental Health | |

قوانین موجود را کافی می‌دانند.

این پژوهش نشان داد که در گروه سنی زیر ۴۰ سال هیچ‌یک از افراد قوانین موجود را کافی نمی‌دانند ولی ۶٪ افراد مورد بررسی در گروه بالای ۴۰ سال قوانین موجود را کافی می‌دانند. در این زمینه تفاوت معنی‌دار آماری میان زنان و مردان دیده نشد.

در بیشتر موارد، وجود ابهام در تعریف جنون، نبودن قوانین بستری به‌ویژه در موارد لزوم و عدم رعایت حقوق کودکان و زنان، از علل مهم نارسایی قوانین دانسته شده است.

یافته‌ها نشان دادند که ۸۲٪ روانپزشکان به شکلی با مشکلات قانونی مرتبط با بیماران روبه‌رو بوده‌اند، ۱۳٪ مشکل خاصی را در این زمینه گزارش نکرده‌اند و ۵٪ از این موضوع آگاهی نداشته‌اند.

۷۵٪ از مردان و ۸۷٪ از زنان مورد بررسی وجود مشکلات یادشده را در این حرفه پذیرفته‌اند. از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار است. دو گروه سنی زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال در این زمینه تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

در مورد قوانین مربوط به بستری کردن بیماران، ۶۲٪ افراد مورد بررسی قوانین موجود را دارای دستورالعمل نمی‌دانستند، ۱۶٪ قوانین موجود را کافی می‌دانستند و ۲۲٪ از این قوانین آگاهی نداشتند.

یافته‌های مربوط به بررسی میزان آگاهی روانپزشکان در مورد حقوق مدنی بیماران روانی و قوانین مربوط به آنها در جدول ۱ آمده است.

در زمینه میزان آگاهی روانپزشکان از حقوق مدنی بیماران تفاوت معنی‌داری در دو گروه سنی زیر ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال، همچنین در زنان و مردان دیده نشد. تنها در مورد حق مالکیت بیماران روانی ۴۳٪ از مردان و ۲۵٪ از زنان وجود حق مالکیت را باور داشتند. به‌طور کلی ۲۰٪ روانپزشکان از قوانین بیماران روانی اظهار ناآگاهی کردند.

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مقطعی - توصیفی است. جمعیت آماری پژوهش را روانپزشکان شهر تهران تشکیل می‌دادند که شمار آنها طبق آمارهای انجمن روانپزشکان ایران ۳۱۲ نفر برآورد شد. پرسش‌نامه برای همه‌ی روانپزشکان شهر تهران به‌صورت پستی فرستاده شد و ۱۶۰ نفر به آنها پاسخ دادند. میزان پاسخ‌دهی اندکی بیش از ۵۰٪ بود. درضمن، به‌دلیل تغییر برخی از آدرس‌ها، ۱۶ پرسش‌نامه برگشت خورد.

پرسش‌نامه‌های این پژوهش برپایه‌ی مطالعه‌ی قوانین بهداشت روان در کشورهای اروپایی و برخی کشورهای مسلمان و مطالعه‌ی قوانین جزایی موجود در کشور (حجتی‌اشرفی، ۱۳۶۹ الف، ۱۳۶۹ ب) و افزودن سؤالاتی (شاه‌محمدی، اصغرزاده امین، ۱۳۷۸) هماهنگ با شرایط خاص بیماران روانی کشور تهیه گردید (کوران و هاردینگ، ۱۹۷۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷) و به ۱۰ روانپزشک، و ۱۰ حقوق‌دان برای تعیین اعتبار صوری و محتوایی آن، داده شد و پس از انجام برخی اصلاحات، پرسش‌نامه‌ی نهایی تهیه و در اختیار روانپزشکان گذاشته شد. این پرسش‌نامه دارای پرسش‌هایی درباره‌ی سن و جنس افراد، اطلاعات روانپزشکان در زمینه‌ی حقوق بیماران روانی، قوانین مربوط به بستری بیماران در قانون بهداشت روان کنونی، و دیدگاه روانپزشکان در زمینه‌ی امکانات حمایتی موجود در کشور می‌باشد. برای رعایت رازداری و پیش‌گیری از پاسخ‌های نامطمئن، نام و نام خانوادگی روانپزشکان از آنها خواسته نشد. داده‌های پژوهش به‌کمک آزمون آماری χ^2 تحلیل گردید.

یافته‌ها

۶۹٪ افراد مورد بررسی مرد و ۳۱٪ زن بودند. در بررسی دیدگاه روانپزشکان نسبت به کفایت قوانین، یافته‌ها نشان دادند که ۸۰٪ آنان، قوانین موجود را

حقوق	بلی	خیر	نمی‌دانم
حق ازدواج	مرد	۴۹/۰	۱۵/۷
	زن	۷۲/۷	۹/۱
حق رأی	مرد	۵۴/۷	۱۴/۱
	زن	۳۹/۱	۳۰/۴
حق مالکیت	مرد	۴۳/۲	۲۵/۴
	زن	۲۵/۰	۳۳/۵
حقوق اطلاع از نحوه‌ی درمان	مرد	۴۸/۰	۲۳/۰
	زن	۶۰/۹	۱۷/۴
حق آزادی	مرد	۳۲/۶	۲۵/۰
	زن	۳۴/۷	۳۴/۷

همان‌گونه که در جدول یادشده دیده می‌شود بیشتر افراد بر این باور بوده‌اند که مهم‌ترین نهاد مسئول تدوین قوانین بهداشت روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجمن علمی روانپزشکان و قوه‌ی قضائیه می‌باشد.

۷۸٪ روانپزشکان براین باور بوده‌اند که استانداردهایی برای مراقبت از بیماران روانی وجود ندارد. ۱۱٪ وجود چنین استانداردهایی را پذیرفته‌اند و ۱۱٪ از وجود این استانداردها آگاهی نداشته‌اند. ۸۴٪ باور داشته‌اند که این بیماران به امکانات و تسهیلات آموزشی دسترسی ندارند، ۸٪ براین باور نبوده‌اند و ۸٪ اطلاعی در این زمینه نداشته‌اند. ۶۹٪ آزمودنی‌های پژوهش، سازمان‌های مسئول نگهداری بیماران روانی را دارای امکانات حمایتی ندانسته، ۲۴٪ این مؤسسات را دارای امکانات حمایتی دانسته و ۶۶٪ از همین گروه، امکانات موجود را محدود دانسته‌اند. بیش از ۷۵٪ از روانپزشکان براین باور بودند که تسهیلات آموزشی برای بیماران روانی موجود نیست.

بحث

این بررسی نشان داد بیشتر روانپزشکان نارسایی قوانین را در زمینه‌ی بهداشت روانی و روانپزشکی باور دارند و بیشتر آنها به‌ویژه زنان با مسایل قانونی در حرفه‌ی خویش روبه‌رو بوده‌اند و از قوانین موجود بهداشت روان انتقاد دارند. مهم‌ترین مسایلی که از دیدگاه روانپزشکان مطرح شده به‌شرح زیر است:

- ۱- بستری و ترخیص بیماران به‌ویژه در موارد اورژانس.

۲- مسئله‌ی حقوق زنان بیمار (TL)، سقط، ازدواج، بدرفتاری با آنان و...

۳- کافی نبودن اطلاعات حقوق‌دانان و قضایی‌ها از مسایل روانپزشکی (برای نمونه، ابهام در تعریف جنون، تعریف جرم برای بیماران روانی و نبودن واژه‌های مشترک).

در بررسی میزان آگاهی روانپزشکان از وجود نهادی که متولی قانونگذاری و اجرای قوانین بهداشت روان باشد، ۵۰٪ آنان نهادی را مسئول این امر ندانسته‌اند. ۲۸٪ برخی از نهادها را مسئول دانسته‌اند و ۲۲٪ در این زمینه ابراز ناآگاهی کرده‌اند. یافته‌های مربوط به آرای روانپزشکان در مورد نهاد متولی قانون بهداشت روان در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برپایه‌ی آرای آنان در مورد نهاد متولی قانون بهداشت روان

فراوانی	درصد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۴۴
انجمن روانپزشکان ایران	۴۴
قوه‌ی قضائیه	۳۲
مجلس شورای اسلامی	۲۰
سازمان نظام پزشکی	۱۸
دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱۶

ناکارآمد بودن قوانین برای مسایل جدید بیماران روانی مسایل بعد روانپزشکی بوده است. در پژوهشی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۵ در ۴۳ کشور دنیا انجام داد نیز ۶۳٪ گروه مورد مطالعه قوانین بهداشت روان را نارسا دانسته‌اند و علت نارسا بودن آن نیز غیر روزآمد بودن قوانین ذکر شده است (کوران و هاردینگ، ۱۹۷۸).

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که بیش از ۸۰٪ روانپزشکان شهر تهران زمانی با مشکلات قانونی مواجه بوده‌اند که این امر بیانگر احتمال زیاد ایجاد مسایل قانونی برای شاغلین در این رشته و نیاز به وجود قوانین مدون می‌باشد. در بررسی تفکیکی برپایه‌ی جنس، ۷۵٪ مردان و ۸۷٪ زنان در حسین حرفه خود با مشکل قانونی مواجه بوده‌اند که این بدان معنی می‌باشد که زنان روانپزشکی نیاز به حمایت قانونی بیشتری دارند.

در مجموع، بیش از ۵۵٪ روانپزشکان قوانین موجود جهت بستری بیماران را ناکافی می‌دانند. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۷۲ توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شد نیز ایران در گروه کشورهایی بود که ۹۰-۸۰٪ موارد بستری، اختیاری می‌باشد (کوران و هاردینگ، ۱۹۷۸). پیشنهاد روانپزشکان این است که در صورت عدم رضایت بیمار و خانواده‌ی او جهت بستری، طبق داده‌های قانون بیمار به اجبار بستری گردد و اختیار والدین در مورد بستری کردن فرزندان محدود شود. با توجه به یافته‌های این پژوهش انجام پژوهش مشابه با یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده برای گروه‌های پزشکی قانونی، حقوق‌دانان، خانواده‌های بیماران روانی و مددکاران اجتماعی سودمند خواهد بود.

دسترسی نداشتن به تمامی روانپزشکان شهر تهران به علت کامل نبودن آمار دقیق روانپزشکان، تطبیق نداشتن برخی آدرس‌ها با محل سکونت روانپزشکان و همکاری نکردن برخی از روانپزشکان در پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها، از محدودیت‌های این پژوهش بودند.

۴- مسئله‌ی حقوق کودکان (برای نمونه، سوء رفتار و حضانت).

از بررسی پاسخ‌ها چنین برمی‌آید که روانپزشکان با سه مسئله‌ی اصلی در قوانین روبه‌رو می‌باشند:

- ۱- نبودن قوانین روز آمد در مورد مسائل جدید مطرح شده در روانپزشکی.
- ۲- وجود ابهام در قوانین موجود.
- ۳- ناکافی بودن قوانین موجود.

در زمینه‌ی آگاهی روانپزشکان از قوانین بستری، مسایل مربوط به متولیان اجرایی و حقوق بیماران روانی، این بررسی نشان داد که ۲۰٪ روانپزشکان از قوانین موجود آگاهی ندارند که این امر گویای آموزش و اطلاع‌رسانی ناکافی در زمینه‌ی شناساندن قوانین موجود بهداشت روان به روانپزشکان می‌باشد. مجموعه‌ی قوانین مربوط به بیماران روانی در ایران توسط آقای دکتر شاه‌محمدی و خانم اصغرزاده امین گردآوری شده است که می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد (شاه‌محمدی، اصغرزاده امین، ۱۳۷۸).

۹۹٪ روانپزشکان بر این باور بوده‌اند که حمایت قانونی از آنان به دلایل زیر ضعیف است:

- ۱- عدم حمایت قانون در موارد تهدید، توهین و تهاجم به روانپزشک.
- ۲- وجود تهدیدات جانی و خسارات وارده از سوی بیماران روانی و عدم مسئولیت جبران خسارات.
- ۳- عدم حمایت از روانپزشکان در موارد عدم قصور و پیش‌آمدن پیامدهای مصرف دارو.
- ۴- عدم توجه کارشناسانه به شکایت‌های بیماران از روانپزشکان برای کشف موارد نهمت و افترا.
- ۵- مشخص نبودن موارد احتمال اتهام به روانپزشک در قانون.
- ۶- عدم کمک به روانپزشک در رازداری.

در حوزه‌ی قوانین مدنی و موارد بستری و ترخیص اجباری نیز بیشتر روانپزشکان مورد بررسی بر این باور بوده‌اند که قوانین موجود نارسا هستند و بیشتر ابهام یا

در پژوهش حاضر، پرسش‌نامه با توجه به حجم گسترده‌ی موارد قانونی و حقوقی بهداشت روان، بسیار کلی تهیه شده بود و جای آن دارد که در بررسی‌های آینده به مفاهیم اختصاصی‌تر پرداخته شود. هم‌چنین بررسی نکردن پایایی ابزار پژوهش، از محدودیت‌هایی به شمار می‌رود که امید است در بررسی‌های آینده این نارسایی نیز در نظر گرفته شود.

طبق نظرات روانپزشکان، در حال حاضر، آنها هیچ نهادی را مسئول پاسخگویی به مسایل قانونی روانپزشکی نمی‌دانند و براین باورند که باید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به‌عنوان نهاد دولتی و انجمن روانپزشکان ایران به‌عنوان نهاد غیردولتی مسئول باشند.

سیاست‌گذاری

با تشکر از تمامی اساتید و روانپزشکانی که در این پژوهش ما را یاری دادند و با تشکر از بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، جناب آقای دکتر جعفر کوشا حقوقدان و کلیه حقوقدانانی که در این امر ما را یاری کردند.

منابع

- بخش بهداشت روان و پیشگیری از سوءمصرف مواد، سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۲). *قانون مراقبت بهداشت روانی: ده اصل اساسی*. ترجمه اقدس دواجی. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
- حجتی اشرفی، غلامرضا (۱۳۶۹ الف). *مجموعه کامل قوانین و مقررات جزایی با آخرین اصلاحات و الحاقات*. تهران، کتابخانه گنج دانش.
- حجتی اشرفی، غلامرضا (۱۳۶۹ ب). *مجموعه قوانین اساسی مدنی*، تهران، کتابخانه گنج دانش.
- شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۸). فراخوان همکاری در تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران. *فصلنامه اندیشه وفتاره*، سال چهارم، شماره ۴، ص ۷۰.