



درمان اجباری بیماران مبتلا به اختلالات روانی از منظر حقوق مدنی

رضا زمانی

دانش آموخته کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

Rezazamani160@gmail.com

نگار خدائی نژاد

دانشجوی کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

negarxodaie@gmail.com

جعفر ارجمند دانش

استادیار، فقه و مبانی حقوق اسلامی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

(نویسنده مسئول)

Ja_danesh@yahoo.com

چکیده

بیماران اختلالات روانی نیز مانند دیگران حق آزادی و انتخاب دارند. حق دارند که خود را درمان کنند. حق دارند که درمان مورد علاقه خود را انتخاب و یا پیشنهادهای درمانی را رد کنند و نپذیرند؛ اما گاهی ماهیت بیماری منجر به این می‌شود که فرد مبتلا به صورت موقت یا دائم توان تصمیم‌گیری برای خود را از دست بدهد. اگر چه مطابق آموزه‌های حقوق مدنی، شخصیت انسان محترم است و هیچ کس نمی‌تواند شخصیت جسمی انسان را مورد تعرض قرار دهد، اما درمان اجباری بیماران مبتلا به بیمارهای روان، به دلیل اینکه واجد منافعی است که جامعه از آن بهره‌مند می‌شود در زمره‌ی استثنائات حاکم بر تعرض به شخصیت جسمی انسان محسوب می‌شود. اگر چه از منظر حقوق پزشکی رضایت آگاهانه ضروری است، از نظر آموزه‌های حقوق مدنی، شخصیت انسان محترم است و تعرض به آن مردود است، و در تدوین قوانین مربوط به بستری اجباری، دوگانگی دیدگاه پزشکی و دیدگاه رعایت آزادیهای شهروندی همواره مورد توجه بوده است لیکن در خصوص بیماران مبتلا به اختلالات روانی، باید ملاحظات عام کنار گذاشته شود و با توجه به وضعیت خاص این بیماران، درمان اجباری این بیماران قابل توجیه است.

کلیدواژه‌ها: اختلال روانی، بیمار روانی، حقوق مدنی، درمان اجباری



مقدمه

یکی از هدف‌های مهم قانون‌گذاری در بهداشت روان، ایجاد تعادل میان دو اصل حمایت از جامعه و مسئولیت‌پذیری اجتماع در برابر بیماران روانی است. این باور عمومی که بیماران روانی مسئولیت‌پذیر و خودمختار نیستند، رفتارهای منطقی ندارند و دیگران می‌توانند برخلاف میل آن‌ها رفتار کنند، سبب تدوین قانون بهداشت روان، به‌عنوان شالوده حمایت از حقوق این بیماران گردیده است. امروزه بستری اجباری در حال محدود شدن به بیمارانی است که احتمال بالایی برای وارد کردن آسیب جدی به خود یا جامعه دارند. این بیماران درصد کمی از کل افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی را شامل می‌شوند و حتی برای این بیماران بهتر است با بستری اجباری تا حد ممکن درمان نشوند؛ برای مثال اگر خانواده حمایت‌گری دارند که می‌تواند مراقبت لازم را به عمل آورد، ترجیح بر این است که بیمار به‌طور اجباری بستری نشود. نگاهی به قوانین بهداشت روان کشورهای نشان می‌دهد که درصد موارد بستری اجباری و اختیاری به کل بستری‌ها در کشورهای مختلف، تفاوت‌های چشمگیری دارد با توجه به میزان افراد مبتلا به اختلالات روانی در جامعه و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی سنگین ناشی از این‌گونه بیماری‌ها برای فرد و خانواده و جامعه و با عنایت به وجود خلأ قانونی در مورد نحوه شناسایی این بیماران و رعایت حقوق آنان در مراحل مختلف بستری، درمان و ترخیص، در راستای ارتقای سلامت روان جامعه و رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و قانون‌گذاری جامع برای حمایت از این قشر از افراد جامعه، لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی جهت طی تشریفات قانونی مربوط تدوین شده است.

۱- بیماری روانی

بیماری‌های روانی عبارت از بیماری‌هایی هستند که غالباً عملکرد و فعالیت ذهنی و ادراکی را از شکل طبیعی خارج می‌سازند و با ایجاد وقفه در رشد طبیعی قوای ادراکی انسان موجب ناهنجاری در فعالیت طبیعی این قوا، شخص را مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی می‌کند. (کی‌نیا، ۱۳۷۶: ۶۱۸) از جمله نشانه‌های بیماری روانی، افسردگی، کاهش واکنش هیجانی که گاهی شدت آن تا مرز نداشتن احساس لذت می‌رسد و هیجان‌های بسیار شدید، نامتناسب خشم، خوشحالی یا ناشکیبایی و پریشانی است. (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۶: ۱۵۵) طبق ماده «۱» آیین‌نامه اجرایی قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، بیماران روانی به بیمارانی اطلاق می‌شود که بیماری آن‌ها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد و به مدت طولانی (حدود ۲ سال) دوام یابد و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود. به استناد جزء «۵» بند «الف» ماده ۱۹۲ این قانون، مسئولیت بیماران روانی مزمن به سازمان بهزیستی کشور واگذار شده است. لازم به ذکر است اکثر بیماری‌های واگیر و غیر واگیر جسمی، ممکن است در یک مقطع زمانی مشخص به درمان‌های دارویی پاسخ نداده و مزمن شود. مثل آرتروز، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و... اما همه این بیماران تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند.

۲- اختلال روانی

اختلال روانی که از بیماری‌های شایع و گسترده عصر حاضر و بیش از هر چیز دستاورد انقلاب صنعتی و نتیجه ماشینی شدن زندگی انسان‌هاست دارای مفهوم وسیعی است که ارائه تعریفی مشترک و قابل قبول از آن بسیار دشوار است. اختلال روانی نوعی بیماری همراه با تظاهرات رفتاری و روان‌شناختی است. همچنین آشفتگی که امکان دارد در اثر یک بیماری جسمانی، اجتماعی، روان‌شناختی، ژنتیکی یا شیمیایی باشد که در بیمار نشانه‌ای بخصوص ایجاد می‌کند. اختلال روانی عمیقاً بر توانایی‌های تفکر، احساس و عمل یک شخص تأثیر می‌گذارد. (Barondes SH، ۱۹۹۹: ۵۵۹) اختلال روانی عبارت است از ناخوشی‌هایی که خود را به صورت تظاهرات روانی یا رفتاری نشان می‌دهند و موجب زجر و ناراحتی قابل ملاحظه‌ای می‌شود و یا عملکرد شخص را مختل می‌کند. بیماری‌های روانی ضمن کاهش عملکرد فرد تأثیر سه‌گانه‌ای در رفتارهای فرد دارند و به‌عنوان علت بعضی از رفتارهای ناهنجار شناخته می‌شوند. علت آن می‌تواند



اختلالات بیولوژیک، اجتماعی، روان شناختی ژنتیک، بدنی یا شیمیایی باشد. ارزیابی آن بر اساس میزان انحراف از وضعیت طبیعی (نرمال) صورت می گیرد و هر بیماری علائم و نشانه های خاص خود را داراست. (گنجی، ۱۳۷۹: ۵)

۳- درمان اجباری

تدوین قوانین و مقررات گوناگون برای حفظ حقوق اجتماعی و اقتصادی افراد جامعه آر دیرباز مورد توجه بوده است. لوحه های گلی به جای مانده از دوران سومریان و سنگ نبشته های دوران باستان در بین النهرین، مصر، چین و مانند آن نشان می دهند که در بسیاری از زمینه ها قوانین صریح و روشنی نوشته شده است. بیماران روانی نیز به عنوان بخشی از اجتماع از این امر جدا نبوده و در تمام دوره ها مورد توجه قانون گذاران بوده اند. از آنجا که بیماری های روانی دارای سیمایه های بسیار گوناگونی بوده و بینش انسان ها پیوسته در حال دگرگونی است، تدوین قوانینی فراگیر که در بر گیرنده حقوق تمام بیماران روانی باشد، دشوار می نموده است. با این همه آگاهی روانپزشکان و همه کسانی که با بیماران روانی سرو کار دارند از قوانین تدوین شده درباره آن ها نقش موثری در پیشبرد اهداف درمانی حقوقی و انسانی دارد. بستری اجباری به بستری کردن بیماران بر خلاف تمایل خودشان اطلاق می شود. بستری اجباری بیماران روانپزشکی، معمولاً برای حمایت از شخص مبتلا به بیماری و حمایت از جامعه در مقابل رفتارهای ناهنجار او انجام می شود. طی دهه های اخیر، در کشورهای غربی توجه ویژه ای به قوانین سلامت روان داشته اند و تغییراتی را در درمان اجبار بیماران روانپزشکی انجام داده اند. (Tuohimaki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila, ۲۰۰۳: ۱۰۴) در کشورهایی که قوانینی برای بستری اجباری بیماران روانی دارند، به طور کلی، قانون این اجازه را به روان پزشک یا مراقبان بهداشت روان می دهد تا افرادی که به علت بیماری روانی برای خودشان یا دیگران خطرناک هستند (Riecher- Rossler A, Rossler, ۱۹۹۲: ۸۵) و یا نمی توانند از خودشان مراقبت کنند را بدون رضایت خودشان بستری کنند. در این کشورها طول مدت بستری اجباری بیماران محدود بوده و طی این مدت پزشکان باید دلایل کافی برای ادامه بستری بیماران به دادگاه ارائه دهند و معمولاً دو یا چند پزشک باید به درمان اجباری رأی دهند. (Bluglass R, Bowden, ۱۹۹۰: ۱۲۲)

۴- حقوق بیماران روانی

از آن جا که افراد مبتلا به اختلال روانی، بخش آسیب پذیری از اجتماع را تشکیل می دهند، آگاهی و دانش لازم درباره حقوق آنان، ضروری است. (عماری و قدوسی، ۱۳۹۷: ۳۸۲) در گذشته، بیمار از حق استقلال و تصمیم گیری برای درمان خود محروم بود و پزشک و دیگر افراد تیم بهداشتی درمانی باید برای او تصمیم گیری می کردند و او نیز با اعتماد این تصمیم گیری ها را می پذیرفت. لذا حقوق بیمار همان بود که پزشک برای او تعیین می کرد. در حالی که در تعاریف جدید از «حقوق بیمار» تغییر اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، مراقبت های بهداشتی و حیطه اختیارات و تصمیم گیری بیماران ایجاد شده است. (جولایی و حاجی بابایی، ۱۳۸۳: ۳۳) اگرچه تدوین منشور حقوق بیماران نقطه شروعی برای حرکت در راستای توجه همه جانبه به تأمین حقوق بیماران و تنظیم و تعریف صحیحی از روابط ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات بهداشتی- درمانی است، اما با توجه به نظرات ذی نفعان در خصوص ضرورت این حقوق و تأثیر عوامل مختلف، سیاست گذاران را در طراحی برنامه های ترویجی و نظارتی جهت بهبود و وضعیت رعایت حقوق بیمار رهنمون خواهد ساخت (پار ساپور و دیگران، ۱۳۸۸: ۸۰) و حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روان شناختی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول وی در شرایط خاص بیماری است که شایسته است توسط تمامی کارکنان مورد توجه قرار گیرد و به اجرا درآید. حقوق یک بیمار مبتلا به اختلالات روانی، عبارتست از: «وظایفی که روان پزشکان، پزشکان و تیم پزشکی و روان پزشکی در قبال او دارند.» (دیناری، ۱۳۹۳: ۱۸) حقوق تعیین شده برای بیماران در منشورهای دنیا کم و بیش مشابه است. سازمان جهانی بهداشت نیز حقوقی را جهت بیماران تعیین نموده است که از جمله می توان به حق برخورداری از اطلاعات، حق محرمانه بودن اطلاعات و رازداری، حق رضایت آگاهانه، حق اختیار یا استقلال رأی، حق برخورداری از آموزش سلامت، حق ابراز اعتراض و شکایت و حق جبران خسارت اشاره کرد. (وسکویی اشکوری و دیگران، ۱۳۸۸: ۵۳) این حقوق در مورد بیماران روانی ویژگی های خاص خود را دارد. نکته مهم این است



که برخی از حقوق ذکر شده در بالا در رابطه با طیف گسترده بیماران مبتلا به اختلالات روانی به طور نسبی، قابل اعمال و اجراء می باشد و بستگی به نوع و شدت بیماری و وضعیت روحی و جسمی آن ها دارد. البته این بدین معنا نیست که این دسته بیماران را از طیفی از حقوق خود محروم ساخت. بلکه باعث افزایش اقدامات درمانی و مراقبتی خواهد شد. از سوی دیگر، پزشکان بدون آگاهی از مفاهیم اخلاقی و مضامین و استانداردهای مرتبط با آن از جمله حقوق بیمار، قادر به روبرو شدن با چالش های پیش رو نیستند و نخواهند توانست خود را با نیازهای حاصل از تغییرات دموگرافیک و تکنولوژیک قرن بیست و یکم منطبق سازند. لذا توجه به این مفاهیم برای ارائه مراقبت با کیفیت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از سوی دیگر، پرسنل تیم درمانی در طی کار با بیمار با در نظر داشتن حقوق اساسی بیمار می توانند کارایی و کیفیت مراقبت بهداشتی ارائه شده را به حداکثر برسانند. (وسکویی اشکوری و دیگران، ۱۳۸۸: ۵۳)

در مبحث حقوق بیمار یکی از موضوعات مورد توجه در سال های اخیر، رعایت حقوق بیماران بستری در مراکز بهداشتی و درمانی روان پزشکی و نیاز به وجود قوانین پیشرفته برای حفاظت از بیماران روانی شدید بوده است. حقوق افراد مبتلا به اختلال روانی به روش های گوناگون نقض می شود. در موارد بسیاری بیماران روانی بدون نظارت و وجود هیچ قانونی، از حق داشتن زندگی آزاد محروم شده اند. به این مفهوم که بسیاری از آنان با وجود توانایی تصمیم گیری در مورد زندگی و آینده خود به اجبار سال ها در مؤسسات و مراکز بهداشت روان بستری می شوند. آنان به دلایل گوناگون از جمله پایین بودن اعتبارات بهداشتی- درمانی، کمبود تخت های بستری از حق دسترسی به مراقبت های اساسی سلامت محروم می شوند. مسائل مربوط به رضایت آنان از فرآیند درمان و خدمات ارائه شده در این مراکز معمولاً نادیده گرفته می شود. در طول مدت بستری بیمار روانی در بسیاری از بیمارستان ها، خودمختاری و آزادی افراد به دلیل وجود محدودیتهای نامناسب نادیده گرفته می شود. (عباسی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۸۰)

از آن جا که بیماری های روانی دارای سیمایه های گوناگونی بوده و بینش انسانها پیوسته در حال دگرگونی است، تدوین قوانینی فراگیر که در برگیرنده حقوق تمام بیماران روانی باشد، دشوار می نموده است. با این همه، آگاهی روان پزشکان و همه کسانی که با بیماران روانی سروکار دارند از قوانین تدوین شده درباره آن ها نقش موثری در پیشبرد اهداف درمانی، حقوقی و انسانی دارد. در بین رشته های مختلف پزشکی در ایران، رشته تخصصی روان پزشکی از نظر میزان شکایات به علل مختلف در رتبه شانزدهم قرار دارد. این در حالی است که بیش از ۸۰ درصد پزشکان کشور خواهان تصویب قوانینی مبنی بر رعایت حقوق بیماران هستند. (والی پور و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۴۸)

۵- معیارهای درمان اجباری

در تدوین قوانین مربوط به بستری اجباری، دوگانگی دیدگاه «پزشکی» و دیدگاه «رعایت آزادی های شهروندی» همواره مورد توجه بوده است. در حالی که دیدگاه «پزشکی»، معیار «نیاز به درمان» را برای بستری اجباری فرد کافی می داند، هواداران حقوق بشر بر این باورند که تنها اندیکاسیون بستری اجباری فرد، وجود خطر آسیب به خود یا دیگران است. (Chodoff,)



۱۹۸۴:۳۸۴P) گزارش رسمی شورای اروپا در حمایت از حقوق بیماران روانی (شورای اروپا، ۲۰۰۰)، معیارهای زیر را برای بستری اجباری ضروری دانسته است:

- الف- وجود اختلال روانی
 - ب- خطر جدی آسیب به خود و دیگران
 - ج- امتناع از بستری یا ناتوان از رضایت دادن
 - د- فقدان درمان مناسب دیگر.
- یکی از الگوهایی که امروزه برای بستری اجباری مورد توجه تدوین کنندگان قوانین بهداشت روان قرار دارد، الگوی استون می باشد (Hoge, S. K., Appelbaum, ۱۹۸۹:۱۷۰) که شرایط مورد تأکید در آن عبارتند از:

- الف - وجود تشخیص قطعی یک بیماری روانی شدید
- ب- رنج و درماندگی شدید بیمار
- ج- در دسترس بودن یک درمان مؤثر
- د- ناتوانی فرد برای تصمیم گیری
- ه- مناسب بودن درمان.

انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۹۸۳) پس از معرفی الگوی استون بهره گیری از آن را در قوانین شهروندی پیشنهاد نموده است. همان گونه که بیان شد، سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نیز برای بستری اجباری سه شرط اساسی را ضروری می داند:

- الف- ابتلای فرد به بیماری روانی با شدت تعریف شده
- ب- خطر آسیب به خود و یا دیگران
- ج- مناسب ترین محیط با کمترین محدودیت.

۱-۵- ابتلا به بیماری روانی

مهم ترین موضوعی که در بیشتر قوانین حقوق بشر، بر رعایت آن در بستری اجباری تأکید شده، وجود بیماری روانی در فرد با توجه به معیارهای بین المللی است. اما نوع شدت و درجه بیماری روانی در قوانین بهداشت روان کشورها به گونه ای متفاوت تعریف شده است. در حالی که برخی بستری اجباری را برای بیماری های روانی خاص مانند روان پریشی» به کار می برند، گروهی از اصطلاح «بیماری روانی شدید» و شماری از کشورها نیز تعاریف گسترده تری دارند. برای نمونه در برخی کشورها برای بستری اجباری فرد از تشخیص معینی استفاده می گردد (دانمارک و آلمان، تشخیص پسیکوز و ایرلند تشخیص بیماری روانی، دمانس شدید و ناتوانی ذهنی)؛ در حالی که در برخی کشورها استرالیا، بلژیک، فنلاند، فرانسه، پرتغال، لوگزامبورگ، یونان، ایتالیا، هلند، اسپانیا و سوئد)، تشخیص معینی برای بستری اجباری عنوان نشده است. سازمان ملل در اصل چهارم قطعنامه اجلاس عمومی خود (۱۹۹۱) تأکید می کند که نباید جنبه های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و هم چنین عضویت فرد در گروه های نژادی، مذهبی و فرهنگی در تشخیص بیماری روانی دخالت داده شود.

۲-۵- خطرناک بودن و نیاز به درمان داشتن

در الگوی «انگلیسی» بستری اجباری، وجود «بیماری روانی» با درجه معینی در نظر گرفته شده که «نیاز به درمان» را برای فرد، ضروری می سازد؛ افزون بر آن آسایش بیمار و حمایت از سایر افراد نیز مورد تأکید قرار گرفته است. برخی کشورها که در تدوین قانون بهداشت روان خود از این الگو بهره گرفته اند، عبارتند از: دانمارک، فنلاند، فرانسه، یونان، ایتالیا، ایرلند، ژاپن، نروژ، سوئد، سوئیس و بیشتر مناطق استرالیا. تا پیش از سال ۱۹۶۹ بیشتر قوانین بهداشت روان، معیار نیاز به درمان» را برای بستری اجباری کافی می دانستند. پس از آن، معیار «خطر آسیب رساندن فرد به خود و دیگران» که قانون بهداشت روان آمریکا پایه گذار آن بود از مهم ترین ملاک های بستری اجباری به شمار می آمد. نخستین بار در ایالت کالیفرنیا آمریکا این معیار برای بستری نمودن اجباری بیماران روانی به کار گرفته شد و سپس سایر ایالت ها نیز از آن پیروی نمودند. برخی از



کشورهایی که بر پایه این الگو قانون گذاری کرده اند، عبارتند از: اتریش، بلژیک، کانادا (انتاریو)، آلمان، اسرائیل، هلند، ایرلند شمالی، روسیه، تایوان و برخی نواحی استرالیا.

۶- لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی

منظور از لایحه حمایت از بیماران روانی، کلیه بیماران نیست زیرا شیوع بیماران روانپزشکی در جامعه بالاست. بسیاری از آنان توانایی انجام امور و اداره کردن آن را دارند و مشکلی از حیث دفاع از مصالح شخصی خود ندارند اما دسته دوم کسانی هستند که بیماری شدید دارند و حقوقشان تضییع می شود لذا نیاز به حمایت قانون دارند. پیش بینی بستری اجباری و شرایط آن: برای بستری اجباری توافق حداقل دو روانپزشک و تأییدیه پزشکی قانونی باید اخذ گردد.

- تدوین مواد قانونی برای بیماران کیفری

- بازبینی شرایط بیماران تحت قیمومت

- در نظر گرفتن خدمات بیمه دولتی و بیمه تکمیلی

- مشخص کردن وظایف نیروی انتظامی و پلیس، وظایف اورژانس کشوری

- پیش بینی بیمارستان قضایی

- به رسمیت شناخته شدن حقوق شهروندی بیماران

- ممنوعیت انگ یا توهین به این اشخاص و تعیین نحوه برخورد با متخلفین

- مشخص شدن حق تحصیل، اشتغال، تصمیم گیری، اعمال رضایت آگاهانه و... برای این افراد.

هر گاه بنا به نظر پزشکی قانونی بیماری احراز شود به واژه چالش برانگیز جنون بر می خوریم. چرا که این واژه تعریف مشخصی در سیستم قضایی ندارد. این لفظ مبهم است و واژه روانپزشی نیز معادل جنون نیست زیرا روان پریش ها می توانند افرادی بسیار توانمند باشند که در دوره خاصی مشکل پیدا می کنند، اما فعالیت آن ها نرمال و طبیعی است. بر همه این ها نمی توان لفظ مجنون به معنی قانونی آن را به طور مطلق به کار برد. اما زمانی که این برجسب به بیمار چسبید، به راحتی حذف نمی شود به ویژه اگر از طریق سیستم قضایی ارجاع داده شده باشد، از بین بردن این انگ بسیار مشکل است و تبعات مرتبط با حقوق شهروندی دارد؛ بنابراین در بستری اجباری زبان مشترک با سیستم قضایی وجود ندارد. در سال ۱۳۹۲ برای واژه «جنون» تعریف مختصری شد و آن عبارت بود از فردی که دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده و قوه تمیز باشد. البته این یک گام به جلو بود، ولی همچنان بر سر تعریف فقدان اراده و قوه تمیز ابهام وجود دارد. بیماران به دلیل ماهیت علائمی که دارند ممکن است برای سایر مردم آزاردهنده باشد لذا وقتی در سیستم قضایی و پلیس درگیر می شوند یا مسئولانی را مورد خطاب قرار می دهند یا توهین می کنند، معمولاً اولین اتفاقی که می افتد کتک خوردن آنهاست.

شخصی که بیماری او به هر دلیلی عود و حالت حاد پیدا کرده و در این حالت توهین به یک مقام مملکتی داشته باشد، مورد ضرب و شتم جدی، حبس و... قرار می گیرد در حالی که در سایر کشورها قبل از هرگونه اقدامی، پزشکی قانونی و کارشناس پرونده را بررسی می کند. علاوه بر این بیمارانی که به هر دلیلی پس از خاتمه دادگاه محکوم شده و در زندان هستند به سختی می توانند از خدمات روانپزشکی بهره مند شوند زیرا آنان علائم عینی واضحی ندارند. در این موارد اگر سریع اقدامی صورت نگیرد خطرناک است. معمولاً از زمانی که علائم بیماری روانی در زندان آغاز می شود تا زمانی که به دست یک روانپزشک برسد، ممکن است حدود یک ماه به طول بینجامد. در اکثر نقاط دنیا برای بیماران کیفری مراکز حفاظت شده ای دارند که تحت نظر سیستم قضایی کشور است. ولی ما در کشورمان این مراکز را نداریم. در این مراکز بیماران کیفری که مشکل پیدا می کنند تحت درمان قرار می گیرند، حفاظتش با پلیس قضایی و سیستم قضایی است.



۷- اختلالات روانی از منظر حقوق مدنی

حجر عبارت است از منع شخصی به حکم قانون از اینکه بتواند در امور خود را به طور مستقل و بدون دخالت دیگران اداره کند و شخصاً اعمال حقوقی انجام دهد. به این ممنوعیت قانونی حجر گفته می شود. محجور شرعاً به کسی گفته می شود که نمی تواند در امورش تصرف کند. حجر در قرآن به معنای حرام آمده است «و یقولون حجراً محجوراً» ای حراماً! محرمأ و همچنین به معنای عقل آمده است «اهل فی ذالک قسم لذی حجر» زیرا عقل از مفاسد و مضرات منع می کند. از دیدگاه شرع محجور کسی است که از تصرف در اموالش ممنوع باشد «هو الممنوع شرعاً من التصرف فی حاله». حجر با توجه به تقسیم بندی فقهاء یا عام است و علاوه بر امور مالی سایر تصرفات را هم در بر می گیرد، یا خاص است و شامل برخی از اعمال و تصرفات حقوقی است. حجر عام یا دارای انتها و غایتی است که با انقضای آن سبب، حجر زایل می شود مانند صغر و یا دارای پایانی نیست مانند جنون. حجر خاص هم یا بر اساس مصلحت محجور است مانند سفه یا بر اساس مصلحت محجور نیست که خود بر ۲ قسم است یا موقوف به حکم حاکم است (حجر قضایی) مانند فلس (ورشکستگی) یا منوط به به حکم حاکم نیست (حجر قانونی) مانند مرض موت. به نظر فقهای اهل سنت، به دلیل محجور بودن مجنون، انعقاد هرگونه قرارداد از جانب وی (چون وکالت، بیع، اجاره، شرکت، جعاله و نکاح) باطل و فاقد آثار حقوقی است.

۸- حقوق مربوط به شخصیت در قانون مدنی

رویکرد حقوق بشری به سلامت، موجب می شود انسان از منظر شرافت، عزت، کرامت انسانی، عدم تبعیض، برابری، احترام نگریسته شود و مورد حمایت نظام حقوقی قرار گیرد. در قبال این نوع حمایت بنا به دلایل موجه و منطقی یا در شرایط اضطراری، اعمال حق سلامت محدود می شود. (خسروی، ۱۳۹۹: ۴۱۴) از منظر حقوقی، اصل بر وجود آزادی ها بوده و هرگونه محدودیتی استثناء محسوب می شود. یکی از مصادیق محدودکننده حقوق بشر، بیماری های روانی است که حق سلامت و بسیاری از ابعاد زندگی بشر را تحت تأثیر قرار داده است. از آنجایی که سلامت در نهاد حق مفهوم پردازی می شود، اعمال آن از سوی ذیق، تابع اصل تعیین سرنوشت، احترام، اراده آزاد و خودآیینی است. نتیجه چنین رویکردی این است که در صورت بیماری، فرد در درمان شدن و دریافت مداخلات درمانی، دارای اختیار کامل و هرگونه معالجه ای باید با رعایت رضایت آگاهانه وی صورت گیرد. در شرایط عادی و بیماری عادی به موجب ویژگی نهاد حق، حق دریافت مداخلات درمانی، کاملاً اختیاری و تابع تابع اراده آزاد بیمار است، اما در شرایط اضطراری، خدشه در اراده و بیماری های روانی، رضایت آگاهانه بیمار محدود به این شرایط و صیانت از سلامت عمومی می شود. فلذا تعلیق رضایت آگاهانه افراد در خصوص بیماری عادی مغایر موازین بنیادین حقوق بشری نظیر احترام، عزت، استقلال، آزادی اراده، اصل تعیین سرنوشت است و بیمار حق دارد از درمان امتناع ورزد، اما در شرایط اضطراری و فقدان اراده یا شیوع بیماری های روانی، مداخلات درمانی حیاتبخش اجباری از سوی دولت بر افراد مبتلا، به جهت صیانت از منافع و بهداشت عمومی تحمیل می شود. البته این تحمیلات باید با رعایت قوانین، ضوابط حقوق بشری، همراه با نظارت قضایی، جبران خسارت و تأمین نیازهای اولیه زندگی برای مبتلایان باشد. حقوق مربوط به شخصیت که در حقوق مدنی بررسی می شود، حقوقی است که به هر انسان صرف نظر از وابستگی او به گروه اجتماعی خاص تعلق دارد؛ حقوقی که برای حمایت از شخص انسان است نه منافع مادی. حقوق مربوط به شخصیت، بر خلاف حقوق مادی مانند مالکیت، جانشینی از شخص و شخصیت انسان و به دیگر سخن لازمه وجود شخصیت انسان است و موضوع آن ها عناصر تشکیل دهنده شخصیت است. حقوق مربوط به شخصیت، از شخصیت جسمی و نیز از شخصیت معنوی و روحی



انسان حمایت می‌کند. حقوق مربوط به شخصیت، از شخصیت جسمی و نیز از شخصیت معنوی و روحی انسان حمایت می‌کند و از این نظر می‌توان آن‌ها را به دو قسم تقسیم کرد:

-حمایت از شخصیت جسمی

قانونگذار از شخصیت جسمی انسان حمایت کرده و حقوقی را برای آن در نظر گرفته است. انسان بر تمامیت جسمی خود حق دارد و ایراد صدمه و ضرب و جرح و هرگونه تعرض جسمی به شخص، ممنوع و موجب مسئولیت مدنی و کیفری است. (طاهری، ۱۳۷۵: ۴۰)

-حمایت از شخصیت معنوی

جنبه‌های غیر جسمی شخصیت آدمی نیز محترم و مورد حمایت قانونگذار هست و قانون اجازه تعرض به شخصیت معنوی و اخلاقی کسی را نمی‌دهد.

۱- آزادی‌های فردی؛ مانند آزادی رفت و آمد، آزادی فکر و بیان، آزادی حق رأی و آزادی انتخاب شغل. قانون اساسی درباره آزادی انتخاب شغل می‌گوید: «هرکس حق دارد شغلی را که بدان مایل است و مخالف اسلام و مصالح عمومی و حقوق دیگران نیست، برگزیند.»

۲- حق نام، حق عکس و تصویر، جزو شخصیت انسان به حساب آمده، تعرض به آن تعرض به شخصیت او محسوب می‌گردد و موجب مسئولیت است.

۳- آبرو و شرف و حیثیت؛ این گونه موارد نیز مورد حمایت قانون گذارند و توهین و افترا به دیگران موجب مسئولیت است. (طاهری، ۱۳۷۵: ۴۵)

۴- حق مربوط به آثار فکری و هنری؛ این گونه امور به شخصیت فکری و هنری انسان بازمی‌گردند. قانونگذار حقوق معنوی مؤلفان و هنرمندان را محترم شمرده و به آنان اجازه داده در مورد نشر و یا عدم نشر اثر خود تصمیم بگیرند و از تحریف و تغییر و انتشار آن به نام دیگری جلوگیری نمایند و اختیار تجدیدنظر در اثر خود را داشته باشند.

۵- حق تمتع از زندگی خصوصی؛ مانند: مصونیت‌نامه‌ها و مکالمات تلفنی از فاش شدن، قانون اساسی اصل ۲۵ در این باره می‌گوید: «بازرسی و نرساندن نامه‌ها، ضبط و فاش کردن مکالمات تلفنی، افشای مخابرات تلگرافی و تلکس، سانسور، عدم مخابره و نرساندن آن‌ها، استراق سمع و هرگونه تجسس ممنوع است، مگر به حکم قانون.»

۹-مسئولیت مدنی بیماران روانی

مسئولیت مدنی ناشی از فعل زیانبار بیماران روانی همواره مورد عنایت قانونگذاران و حقوقدانان بوده است، زیرا عدالت، انصاف و مصلحت اجتماعی اقتضا می‌کند که زیان وارده به وسیله بیماران روانی نیز همچون زیان وارده توسط اشخاص دارای اهلیت جبران شود و هیچ زبانی بدون جبران باقی نماند. به دلیل ناکافی بودن و ضعف قدرت نظارتی والدین و سرپرستان بر اعمال بیماران روانی به ویژه مجانین و نیز به دلیل افزایش تالما و ناگواریها و ناهنجاریهای روحی - روانی در عصر حاضر، جبران خسارات ناشی از اعمال زیان آور آنان اهمیت موضوع را فزونی بخشیده است. از آنجا که مسئولیت مدنی قایم به وجود عنصر عمد نبوده و عقل و بلوغ در تحقق ضمان شرط نیست، لذا در قانون مدنی برای بیماران روانی مسئولیت در نظر گرفته شده است. در برخی نظام‌های حقوقی مانند کامن لاء، مسئولیت بیماران روانیو سرپرستان ایشان تابع مقررات عام قانون مدنی است و قواعد خاصی در این زمینه وجود ندارد، اما در حقوق ایران گرچه مسئولیت بیماران روانی در قانون مدنی ماده ۱۲۱۶ که ریشه در حقوق اسلامی دارد و فقه، چه امامیه و چه عامه، اگر صغیر یا مجنون مال متعلق به دیگری را تلف کند، ضمان بر عهده هر دو مستقر است. به سبب اینکه ضمان از احکام وضعیه بوده که شامل همگان می‌شود لذا عقل و بلوغ در آن شرط نیست اما با



تصویب قانون مسئولیت مدنی، کسی که نگهداری یا مواظبت مجنون یا صغیر قانونا یا بر حسب قرارداد به عهده او می باشد در صورت تقصیر در نگهداری یا مواظبت، مسئول جبران خسارت است. (برومند، ۱۳۹۵: ۲)

بحث و نتیجه گیری

از منظر اندیشمندان حقوق مدنی، حقوق مربوط به شخصیت «حقوقی است که به هر انسانی قطع نظر از وابستگی او به گروه اجتماعی خاصی تعلق دارد». حقوق مربوط به شخصیت از شخصیت جسمی یا شخصیت روحی و معنوی انسان حمایت می کند. انسان بر تمامیت جسمانی خود حق دارد و هر گونه تعرض جسمی به شخص ممنوع بوده و مسئولیت کیفری و مدنی تعرض کننده را به دنبال دارد. اما برای چنین حمایتی نیز استثنائاتی در نظر گرفته شده، به عنوان مثال واکسیناسیون اجباری و معالجه ای اجباری معتادان به مواد مخدر از جمله این موارد استثنا است. می توان درمان اجباری بیماران مبتلا به اختلالات روانی را نیز از جمله چنین استثنائاتی تلقی کرد؛ اما سوالی که در اینجا مطرح می شود این است: آیا بدون تجویز قانون گذار و تنها به دلیل شباهت هایی که به عنوان مثال معالجه اجباری معتادان با درمان بیماران مبتلا به بیماری های روان دارد، می توان حکم به جواز چنین درمانی داد؟ به نظر می رسد پاسخ منفی باشد. پس از منظر حقوق مدنی نیز درمان اجباری بیماران را می توان حالتی استثنایی و محدود به نص قانون تلقی کرد. این نویسنده با رد نظر طرفداران حمایت از آزادی های فردی، معتقد است: «حمایت های معقول و منطقی از کسانی که نیازمند کمک هستند، لطمه ای به آزادی های فردی نخواهد زد و به سود افراد جامعه است». در مقابل این نظر، برخی معتقدند تصمیم بر درمان شخصی بدون رضایت فرد به طور مطلق نقض صریح حق بر تمامیت جسمانی است. اختلالات روانی طیف گسترده ای از نشانه های رفتاری و روان شناختی می باشد که توانایی فرد را در کنار آمدن با مشکلات روزمره زندگی کاهش می دهد. این رفتارها به گونه ای است که برای فرد رنج و ناسازگاری بسیار ایجاد می کند و از دید اطرافیان، نامعقول و غیر قابل درک می باشد و برای آن ها ایجاد ناراحتی می کند. ضمن اینکه رفتار این بیماران در پاره ای موارد به گونه ای است که از معیار اخلاقی و هنجارها عدول می کند و مشکلاتی را به وجود می آورند. درمان اجباری به دلیل تداخل با حقوق بشر و اخلاق پزشکی یکی از موضوعات مهم قانون بهداشت روان است و با توجه به اجتناب ناپذیر بودن بستری غیراختیاری برخی بیماران (در شرایط خاص)، تدوین قانون در این زمینه ضروری به نظر می رسد. رسیدن به تشخیص بیماری روانی با شدت معین و همچنین خطرناک بودن فرد و نیاز به درمان از معیارهای اساسی برای درمان اجباری بیماران روانی است. در نظام حقوقی ایران ضرورت قانونمند شدن بستری اجباری و درمان اجباری بیماران دارای اختلال روانی احساس می شود چرا که در شرایط کنونی ممکن است پزشک، بیمار خطرناکی را بستری اجباری نماید ولی از سوی بیمار یا وکیل وی عناوین مجرمانه مانند سلب آزادی، زندانی نمودن و ... داشته و مورد تعقیب قضایی قرار بگیرد.

منابع

- ۱- برومند، بهاره (۱۳۹۵)، مسئولیت مدنی صغار و مجانین در ماده ۱۲۱۶ قانون مدنی و تعارض آن با ماده ۷ قانون مسئولیت مدنی، فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی، شماره ۳.
- ۲- پارساپور، علیرضا و دیگران (۱۳۸۸)، بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان های نمونه آموزشی- درمانی، خصوصی درجه یک و درمانی- دولتی در خصوص ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۵، مجله تاریخ و اخلاق پزشکی، شماره ۴.
- ۳- جولایی، سودابه، حاجی بابایی، فاطمه (۱۳۸۳)، منشور حقوق بیماران: مروری بر مطالعات انجام شده در ایران، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، شماره ۲۳.
- ۴- خسروی، حسن (۱۳۹۹)، ابعاد حقوق بشری مداخلات درمانی و نجات بخش اختیاری یا اجباری بیماران کووید-۱۹، فصلنامه تحقیقات حقوقی- ویژه نامه حقوق و کرونا، شماره ۲۳.



- ۵- دیناری، قباد (۱۳۹۳)، افشای اسرار بیمار جرم است، روزنامه ایران (حقوقی)، شماره ۵۶۶۱.
- ۶- طاهری، حبیب الله (۱۳۷۵)، حقوق مدنی، ج ۱، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
- ۷- عباسی، مهنوش و دیگران (۱۳۸۹)، نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستانهای منتخب روانپزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۳.
- ۸- عماري، مرضیه، قدوسی، آرش (۱۳۹۷)، تدوین منشور حقوق بیماران روان پزشکی در ایران، مجله اصول بهداشت روانی، شماره ۶.
- ۹- کی نیا، مهدی (۱۳۷۶)، مبانی جرم شناسی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- ۱۰- کاپلان، هارولد، سادوک (۱۳۸۶)، بنیامین، خلاصه روان پزشکی رفتاری، ترجمه: نصرالله پور افکاری، نشر شهر آشوب، ج ۲.
- ۱۱- گنجی، حسن (۱۳۸۹)، بهداشت روانی، انتشارات ارسباران، چاپ سوم.
- ۱۲- والی پور، محمد و دیگران (۱۳۸۶)، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ در ایران، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۶۱.
- ۱۳- وسکویی اشکوری، خورشید و دیگران (۱۳۸۸)، بررسی میزان رعایت حقوق بیماران در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، شماره ۴.
14. Bluglass R, Bowden P. (1990), Principles and practice of forensic Psychiatry. Churchill Livingston.
15. Chodoff, P. (1984), Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. American Journal of Psychiatry.
16. Hoge, S. K., Appelbaum, P. S., & Greer (1989), A. An empirical comparison of the stone and dangerousness criteria for civil commitment. American Journal of Psychiatry.
17. Riecher- Rossler A, Rossler W. (1992), Compulsary admission of psychiatric patients in a national and international comparison. Fortscher Neurol Psychiatr.
18. Tuohimaki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, et al. (2003), The use of harmful to others criterion for involuntary treatment in Finland. Eur J Health Law.
19. Barondes SH (1999). Report of the National Institute of Mental Health's Genetics Workgroup: Introduction. Biol Psychiatry. Elsevier.



Compulsory Treatment of Patients with Mental Disorders from the Perspective of Civil Rights

Reza Zamani

M.A in Jurisprudence & Fundamentals of Islamic Law, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran
Rezazamani1605@gmail.com

Negar Khodaei Nejad

M.A Student in Jurisprudence & Fundamentals of Islamic Law, Bonab Branch, Islamic Azad University
Bonab, Iran
negarxodaie@gmail.com

Jafar Arjamand Danesh

Assistant Professor, Jurisprudence & Fundamentals of Islamic Law, Bonab Branch, Islamic Azad University
Bonab, Iran (Corresponding Author)
Ja_danesh@yahoo.com

Abstract

Patients with mental disorders, like others, have the right to freedom and choice. They have the right to treat themselves. have the right to choose the treatment of their choice or reject and not accept treatment offers; But sometimes the nature of the disease leads to the fact that the affected person temporarily or permanently loses the ability to make decisions for himself. Although according to the doctrines of civil rights, the human personality is respected and no one can attack the physical personality of a person, but the compulsory treatment of patients with mental illnesses, because it has benefits that the society benefits from, is among the ruling exceptions. It is considered an assault on the physical personality of a person. Although informed consent is necessary from the point of view of medical law, from the point of view of civil rights, human personality is respected and violation of it is rejected, and in the formulation of laws related to compulsory hospitalization, the duality of the medical point of view and the point of view of observing citizen's freedoms has always been taken into consideration. However, regarding patients suffering from mental disorders, general considerations should be left aside, and considering the special condition of these patients, compulsory treatment of these patients can be justified.

Keywords: Mental Disorder, Mental Patient, Civil Rights, Compulsory treatment.