

نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری

در بیمارستان‌های منتخب روانپزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی

مهرنوش عباسی^۱، دکتر آرش رشیدیان^۲، دکتر محمد عرب^۳، دکتر همایون امینی^۴، دکتر مصطفی حسینی^۵

Medical Staff and Hospitalized Patients' Attitude in Selected Psychiatric Hospitals in Tehran about Adaptation of Patients Rights Charter of Patients with Mental Disorder

Mehrnoush Abbasi^a, Arash Rashidian^{*}, Mohammad Arab^b, Homayoun Amini^c, Mostafa Hoseini^d

Abstract

Objectives: To address the weaknesses and shortcomings of the mentally disordered patients' charter and presenting suggestions for its improvement, the opinions of doctors, nurses and inpatients about the necessity and feasibility of patients' charter were sought. **Method:** The study was a cross-sectional survey carried out on 71 doctors, 97 nurses, and 105 inpatients in Roozbeh, Iran, Imam Hossein and Rasoul hospitals. Data were gathered through a self-performed questionnaire which was collected from Patients Rights Charter (Ministry of Health and Medical Education), the proposed patients' rights cases and mental health care law (World Health Organization1382). Data were analyzed using descriptive statistics and Kruskal-Wallis test. **Results:** All three groups agreed with "the possibility of treatment withdrawal by patients against the medical team's advice" and the "possibility of leaving the hospital against medical advice". The three groups agreed upon keeping patients against their will in instances when the patient "poses a threat to others", "is not able to take care of his/her personal needs and his/her health is endangered" or "has attempted suicide". Patients disagreed with physical constraint of the patient and using physical force in treatment. **Conclusion:** The present Patients' Rights Charter in Iran cannot totally cover the needs of mentally ill patients.

Key words: attitude; Patients Rights Charter; mental patient; Health workers

[Received: 7 July 2009 ; Accepted: 15 November 2009]

چکیده

هدف: با هدف شناسایی ضعف‌ها و نارسایی‌های منشور حقوق بیماران روانی و ارائه پیشنهاد برای اصلاح آن به بررسی نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در مورد ضرورت و قابلیت اجرایی مفاد منشور حقوق بیمار پرداخته شد. **روش:** پژوهش به روش پیمایشی مقطعی و روی (۷۱ پزشک، ۹۷ پرستار و ۱۰۵ بیمار بستری در چهار بیمارستان روزبه، ایران، امام حسین (ع) و رسول اکرم (ص) انجام شد. گویه‌های پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته حاضر از سه منبع ۱- منشور حقوق بیمار مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲- موارد مطرح شده در منشور حقوق بیماران برگرفته از بررسی پارساپور و ۳- مبانی قانونی مراقبت بهداشت روان در خصوص بیماران بستری، تهیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آمار توصیفی و آزمون کروسکال-والیس استفاده شد. **یافته‌ها:** هر سه گروه با ضرورت نداشتن ۳ بند «امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی»، «امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» و «امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» توافق داشتند. هر سه گروه بستری اجباری بیمار در شرایطی را که بیمار «خطری برای دیگران محسوب شود»، «قادر به مراقبت و تأمین نیازهای خود نبوده، سلامت جسمی وی در خطر باشد» و «اقدام به خودکشی کرده باشد» ضروری می‌دانستند. بیماران با محدود کردن فعالیت فیزیکی بیمار و استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری در درمان بیماری موافق نبودند. **نتیجه‌گیری:** منشور کنونی حقوق بیمار در ایران نمی‌تواند به‌طور کامل پاسخ‌گوی نیازهای بیماران روانی باشد.

کلیدواژه‌ها: نگرش؛ حقوق بیمار؛ بیمار روانی؛ کارکنان سلامت

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۱۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۴]

^۱ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت؛ ^۲ دکترای مدیریت و سیاستگذاری سلامت، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت و مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت. دورنگار:

۰۲۱-۸۸۹۸۱۲۹ (نویسنده مسئول). E-mail: arashidian@tums.ac.ir. ^۳ دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده

بهداشت؛ ^۴ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه؛ ^۵ دکترای آمار زیستی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت.

* Corresponding author: Associate Prof. of Health Management & Economic Department, Tehran University of Medical Sciences. Fax: +9821-88951391, E-mail: arashidian@tums.ac.ir; ^a M.A in Health Care services Management; ^b PhD. in Health Services Manegment, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences; ^c Psychiatrist, Associated Prof. of Tehran University of Medical Sciences; ^d Associate Prof. of Epidemiology & Biostatistics Department, Tehran University of Medical Sciences.

مقدمه

حفظ شأن و منزلت انسان و رعایت اخلاق و حقوق فردی و اجتماعی انسان‌ها از موضوعاتی است که در سال‌های اخیر توجه جوامع مختلف را به خود جلب کرده است. در همین زمینه مفهوم حقوق بیمار و حمایت از او نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول وی در آن شرایط خاص است که شایسته است توسط تمامی کارکنان مورد توجه قرار گرفته، به اجرا درآید (نصیریانی، فرنیسا و نصیریانی، ۱۳۸۶). در مبحث حقوق بیمار یکی از موضوعات مورد توجه در سال‌های اخیر، رعایت حقوق بیماران بستری در مراکز بهداشتی و درمانی روانپزشکی و نیاز به وجود قوانین پیشرفته برای حفاظت از بیماران روانی شدید بوده است. از آن‌جا که افراد مبتلا به اختلال روانی، بخش آسیب‌پذیر اجتماع را تشکیل می‌دهند، دفاع از حقوق این بیماران امری لازم و ضروری است (حاجبی، ۱۳۸۳).

حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی به روش‌های گوناگون نقض می‌شود؛ در موارد بسیاری بیماران روانی بدون نظارت و وجود هیچ قانونی، از حق داشتن زندگی آزاد محروم شده‌اند، به این مفهوم که بسیاری از آنان با وجود توانایی تصمیم‌گیری در مورد زندگی و آینده خود، به اجبار سال‌ها در مؤسسات و مراکز بهداشت روان بستری می‌شوند. آن‌ها به دلایل گوناگون از جمله پایین بودن اعتبارات بهداشتی - درمانی، کمبود تخت‌های بستری و... از حق دسترسی به مراقبت‌های اساسی سلامت محروم می‌شوند. مسایل مربوط به رضایت آنان از فرآیند درمان و خدمات ارائه شده در این مراکز معمولاً نادیده گرفته می‌شود. در طول مدت بستری بیمار در بسیاری از بیمارستان‌ها، خودمختاری و آزادی افراد (مانند داشتن روابط آزاد، داشتن وقت ملاقات و...) به دلیل وجود محدودیت‌های نامناسب نادیده گرفته می‌شود (واسقی، ۱۳۸۵). منشور حقوق بیمار که در نظام‌های بهداشتی و درمانی بیشتر کشورها تدوین شده است، می‌تواند نقطه شروعی برای تأمین حقوق بیماران و از جمله بیماران روانی باشد. اما باید توجه داشت که همان‌طور که در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید شده است، در زمینه حمایت از حقوق بیماران و از جمله بیماران روانی، نمی‌توان مسئولیت حمایت از این حقوق را تنها بر عهده یک گروه خاص گذاشت، بلکه این کار زمانی با موفقیت بیشتری همراه است

که افراد درگیر در مورد ضرورت اجرایی شدن هر یک از حقوق اتفاق نظر بیشتری داشته باشند (جولایی، نصرآبادی و پارسایکتا، ۱۳۸۳).

در جست‌وجوهای انجام شده، به پژوهش ایرانی در زمینه حقوق بیماران روانی در بیمارستان‌های روانپزشکی برنخوردیم و تنها چند بررسی در زمینه مباحث مربوط به قوانین بهداشت روان یافت شد؛ برای مثال می‌توان به بررسی دیدگاه روانپزشکان شهر تهران در خصوص قوانین بهداشت روان در ایران (یدالهی و بوالهروی، ۱۳۸۳) اشاره کرد که مطابق یافته‌های این پژوهش، دیدگاه روانپزشکان از قوانین بهداشت روان در کشور نارساست.

هدف این پژوهش، بررسی نگرش سه گروه اصلی از افراد درگیر در بیمارستان‌ها (پزشکان، پرستاران، بیماران) در مورد ضرورت و قابلیت اجرایی مفاد منشور حقوق بیمار در هماهنگی با نیازهای بیماران روانی بود تا با استفاده از یافته‌های به‌دست آمده بتوان افزون بر شناسایی ضعف‌ها و نارسایی‌های منشور حقوق بیمار در خصوص بیماران روانی و ارائه پیشنهادهاتی برای اصلاح این نارسایی‌ها، به برنامه‌ریزی جهت اصلاح کاستی‌ها در بیمارستان‌های روانپزشکی و هم‌چنین ارتقای سیاست‌گذاری‌های موجود جهت بهبود نحوه ارائه خدمات به بیماران روانی بستری کمک کرد.

روش

شرکت کنندگان بررسی پیمایشی و مقطعی حاضر را پزشکان، پرستاران و بیماران بستری دو بیمارستان تخصصی روانپزشکی روزبه و ایران و بخش‌های روانپزشکی دو بیمارستان امام حسین (ع) و رسول اکرم (ص) شهر تهران تشکیل دادند. تعداد آزمودنی‌ها در ابتدا و با استفاده از فرمول نسبت در تعیین حجم نمونه و با قرار دادن $p=50\%$ و $d=0.1$ و با درجه اطمینان ۹۵٪، تقریباً ۱۰۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد. در مرحله گردآوری داده‌ها، در گروه بیماران، افرادی که بر پایه تشخیص پزشک یا سرپرستار با توجه به نوع و مرحله بیماری در وضعیت پاسخ‌گویی بودند، به‌عنوان نمونه مشخص شدند. از آن‌جا که پرسش‌نامه‌های مربوط به گروه بیماران توسط خود پژوهشگر تکمیل شد، میزان پاسخ‌گویی در این گروه صددرصد بود و ۱۰۵ پرسش‌نامه تکمیل شده از این گروه به‌دست آمد. در گروه پزشکان، ابتدا نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده بر اساس وضعیت استخدامی در دو گروه هیأت علمی و دستیاران صورت گرفت.

بیماران، ۲۹ پرسش که تنها نگرش بیمار را نسبت به ضرورت حقوق مورد پژوهش، بررسی می‌کرد، آورده شد. هر سه گروه آزمودنی بر اساس دیدگاه خود، شدت ضرورت و قابلیت اجرایی هر یک از موضوعات مورد پرسش را به روش لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌دهی می‌کرد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پرسش‌نامه توسط کمیته اخلاق در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. هم‌چنین پرسش‌نامه‌ها کاملاً محرمانه و بدون ذکر نام تکمیل شدند و تمامی آزمودنی‌ها در پاسخ‌گویی آزادی کامل داشتند.

در تجزیه و تحلیل اطلاعات، پس از استفاده از آمار توصیفی، به منظور مقایسه نگرش سه گروه، از آزمون کروسکال-والیس^۴ استفاده شد. هم‌چنین به منظور یافتن درصد موافقت هر یک از گروه‌ها با ضرورت و قابلیت اجرایی هر حق، نتایج به صورت دو گروه موافق (کاملاً موافقم و موافقم) و مخالف (نظری ندارم، کاملاً مخالفم و مخالفم) بیان شد. در هر گروه چنانچه بیش از ۵۰٪ افراد گزینه‌های کاملاً موافقم و موافقم را در ارتباط با ضرورت یا قابلیت اجرایی هر حق انتخاب کرده بودند، فرض می‌شد که آن گروه با ضرورت یا قابلیت اجرایی موضوع مورد پرسش موافق است.

یافته‌ها

این بررسی روی ۷۱ پزشک، ۹۷ پرستار و ۱۰۵ بیمار بستری (در کل ۲۷۳ نفر) در چهار بیمارستان روزبه، امام حسین (ع)، رسول اکرم (ص) و ایران انجام شد. در این چهار بیمارستان به ترتیب تعداد بیماران ۳۷، ۳۱، ۱۵ و ۲۲ نفر و تعداد پزشکان ۲۸، ۲۲، ۸ و ۱۳ نفر بود. پرستاران از سه بیمارستان روزبه، امام حسین (ع) و ایران به ترتیب به تعداد ۴۰، ۲۴ و ۳۳ نفر انتخاب شدند. ۵۴٪ از آزمودنی‌ها مرد و ۴۶٪ زن بودند. طیف سنی بیماران، پزشکان و پرستاران به ترتیب ۲۰ تا ۷۵ با میانگین ۳۵ سال، ۲۹ تا ۶۳ با میانگین ۳۶ سال و ۲۳ تا ۵۸ با میانگین ۳۶ سال بود. از نظر تحصیلات ۹۶٪ پرستاران کارشناس، ۶۲٪ پزشکان رزیدنت، ۳۲٪ متخصص و ۶٪ فوق تخصص، هم‌چنین ۳۶٪ عضو هیأت علمی بودند. در گروه بیماران ۶٪ بی‌سواد، ۵۳٪ زیردیپلم، ۲۷٪ دیپلم و ۱۴٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

سپس پرسش‌نامه‌ها از سوی رؤسای بیمارستان‌ها و با همکاری برخی از اعضای محترم هیأت علمی در اختیار پزشکان قرار گرفت. تعداد افراد این گروه در مجموع ۱۰۲ نفر بود و از آنجا که امکان مصاحبه حضوری پرسشگر با این گروه و پی‌گیری مجدد وجود نداشت، ۷۱ پرسش‌نامه تکمیل شده از این گروه به دست آمد. نمونه‌گیری پرستاران تنها در سه بیمارستان روزبه، امام حسین (ع) و ایران انجام شد. در مرحله گردآوری داده‌ها، در این گروه در دو بیمارستان امام حسین (ع) و ایران، کلیه پرستاران به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند و در بیمارستان روزبه پرسش‌نامه‌ها از سوی دفتر پرستاری در اختیار پرستاران قرار گرفت که در مجموع ۹۷ پرسش‌نامه از این گروه به دست آمد.

گویه‌های ابزار پژوهشگر ساخته بررسی حاضر از سه منبع ۱- منشور حقوق بیمار مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲- موارد مطرح شده در منشور حقوق بیماران برگرفته از بررسی پارساپور (۱۳۸۵) و ۳- مبانی قانونی مراقبت بهداشت روان در خصوص بیماران بستری، تهیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO) (۱۳۸۲) گردآوری شد. این پرسش‌نامه ابتدا توسط اساتید و صاحب‌نظران به لحاظ روایی^۲ مورد ارزیابی قرار گرفت، سپس پیش‌پژوهش^۳ انجام شد. از آنجایی که در بررسی روایی به ارتباط پرسش و پاسخ‌دهنده توجه شد، پرسش‌نامه مربوط به بیماران با پرسش‌نامه گروه پزشکان و پرستاران تفاوت‌هایی داشت. در ابتدای هر پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی آورده شد. سپس در پرسش‌نامه مربوط به پزشکان و پرستاران، ۲۲ پرسش برگرفته از منشور حقوق بیمار [۱۷ پرسش برگرفته از منشور مصوب در کشور و پنج پرسش برگرفته از منشور حقوق بیمار بررسی پارساپور (۱۳۸۵)] در دو بخش الف و ب آورده شد. بخش الف نگرش فرد را نسبت به ضرورت مفاد منشور حقوق بیمار (با تأکید بر بیماران روانی) و بخش ب نگرش وی را نسبت به امکان‌پذیری و قابلیت اجرایی هر یک از این مفاد بررسی می‌کرد. در ادامه ۱۰ پرسش (برگرفته از مبانی قانونی مراقبت بهداشت روان تهیه شده توسط WHO) که تنها نگرش فرد را نسبت به ضرورت حقوق مورد پرسش، بررسی می‌کرد، آورده شد. از آنجا که حقوق مورد بررسی در این ۱۰ پرسش به‌طور اختصاصی به بیماران روانی مربوط بود، دیگر قابلیت اجرایی آنها مورد پرسش قرار نگرفت. در پرسش‌نامه مربوط به

1- World Health Organization
3- pilot study

2- validity
4- Kruskal-Wallis

جدول ۱- میزان موافقت سه گروه پزشک، پرستار و بیمار با ضرورت و قابلیت اجرایی مفاد پرسش نامه

سطح معناداری	میزان موافقت					گویه‌های مورد پرسش
	بیمار		پرستار		پزشک	
	ضرورت	قابلیت اجرا	ضرورت	قابلیت اجرا	ضرورت	
	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	
N.S.*	-	۶۷	۸۱	۶۵	۹۰	۱ اطلاع‌رسانی به بیمار روانی یا همراه او در خصوص حقوق وی در بدو پذیرش در مرکز درمانی
۰/۰۵	۹۵ (۱۰۱)	۷۶ (۷۳)	۹۳ (۹۰)	۶۴ (۴۵)	۹۳ (۶۶)	۲ ارایه خدمات تشخیصی- درمانی بدون تبعیض (از نظر جنسیت، قومیت، نوع بیمه، درآمد و...)
۰/۰۱	-	۶۷ (۶۵)	۹۴ (۹۲)	۵۱ (۳۷)	۹۵ (۶۸)	۳ ارایه خدمات تشخیصی- درمانی در زودترین زمان ممکن به بیمار روانی
۰/۰۲	۹۸ (۱۰۳)	۷۵ (۷۲)	۹۵ (۹۳)	۹۱ (۶۴)	۹۴ (۶۷)	۴ ارایه اطلاعات کافی در مورد بیماری به زبان قابل فهم به بیمار روانی یا فرد تصمیم‌گیرنده جایگزین وی
N.S.	۹۳ (۹۷)	۶۶ (۶۳)	۸۵ (۸۳)	۸۷ (۶۲)	۹۷ (۶۹)	۵ ارایه اطلاعات کافی در خصوص روش‌های درمان به زبان قابل فهم به بیمار روانی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی
۰/۰۳	۸۷ (۹۲)	۷۲ (۷۰)	۸۵ (۸۲)	۸۷ (۶۲)	۹۷ (۶۹)	۶ ارایه اطلاعات کافی در خصوص عوارض شایع‌تر درمان به زبان قابل فهم به بیمار روانی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی
۰/۰۰۱	۹۸ (۱۰۳)	۷۷ (۷۵)	۹۱ (۸۹)	۷۵ (۵۳)	۹۷ (۶۹)	۷ پاسخ‌گویی تیم درمان به پرسش‌های بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی در خصوص بیماری و درمان
۰/۰۰۱	۶۶ (۷۰)	۶۱ (۶۰)	۶۶ (۶۴)	۹۲ (۶۵)	۹۴ (۶۷)	۸ ارایه مشخصات فردی شامل نام و نام‌خانوادگی اعضای تیم درمان به بیمار روانی
۰/۰۰۲	۸۴ (۸۸)	۷۲ (۷۰)	۸۰ (۷۷)	۹۳ (۶۷)	۹۵ (۶۸)	۹ ارایه مشخصات حرفه‌ای شامل شغل و وظیفه اعضای تیم درمان به بیمار روانی
۰/۰۲	۷۹ (۸۳)	۵۶ (۵۴)	۷۳ (۷۲)	۵۱ (۳۷)	۶۲ (۴۵)	۱۰ جلب نظر و مشارکت دادن بیمار روانی در تصمیم‌گیری جهت اقدامات تشخیصی و درمانی
۰/۰۰۸	۸۴ (۸۸)	۷۰ (۶۹)	۸۴ (۸۱)	۷۸ (۵۵)	۸۵ (۶۰)	۱۱ اطلاع‌رسانی و کسب رضایت از بیمار در خصوص فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی که در آن‌ها حضور خواهد داشت
۰/۰۲	۹۶ (۱۰۱)	۷۸ (۷۷)	۹۴ (۹۲)	۷۴ (۵۳)	۹۱ (۶۵)	۱۲ دسترسی بیمار روانی به گروه معالج در طول مدت بستری در بیمارستان
۰/۰۱	۸۹ (۹۴)	۷۴ (۷۱)	۹۶ (۹۴)	۷۸ (۵۵)	۹۳ (۶۶)	۱۳ دسترسی بیمار روانی به گروه معالج پس از ترخیص از بیمارستان
N.S.	۴۴ (۴۸)	۲۳ (۲۲)	۲۵ (۲۵)	۳۶ (۲۴)	۳۳ (۲۳)	۱۴ امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار روانی برخلاف نظر تیم درمان
۰/۰۱	۴۳ (۴۶)	۱۹ (۱۹)	۱۷ (۱۷)	۲۷ (۱۹)	۲۷ (۱۹)	۱۵ امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار روانی برخلاف نظر تیم درمان
۰/۰۹	۴۷ (۵۰)	۶۰ (۵۸)	۳۰ (۲۹)	۴۴ (۲۹)	۲۶ (۱۸)	۱۶ امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمان
۰/۰۰۱	۷۷ (۸۲)	۵۴ (۵۳)	۶۰ (۵۹)	۴۶ (۳۳)	۴۰ (۲۸)	۱۷ ارایه اطلاعات کافی در مورد عوارض نادر درمان به زبان قابل فهم برای بیمار روانی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی

* non-significant

سطح معناداری	میزان موافقت					نوعی‌های مورد پرسش	مفاد برگرفته از بررسی پارسا پور (۱۳۸۵)
	بیمار		پرستار		پزشک		
	ضرورت	قابلیت اجرا	ضرورت	قابلیت اجرا	ضرورت		
	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)		
۰/۰۰۷	۷۷ (۸۱)	۸۰ (۷۸)	۹۳ (۹۰)	۷۷ (۵۴)	۹۸ (۷۰)	اطلاع‌رسانی ضوابط دسترسی به سرویس‌ها و خدمات درمانی و غیردرمانی بیمارستان به بیمار روانی یا همراه وی	
N.S.*	۸۳ (۸۷)	۷۱ (۷۰)	۸۲ (۸۰)	۵۵ (۴۰)	۷۴ (۵۲)	وجود نظام فعال رسیدگی به شکایات و اعتراضات بیماران در بیمارستان	
۰/۰۰۳	-	۷۴ (۷۱)	۸۹ (۸۶)	۸۴ (۵۸)	۹۲ (۶۴)	ارزیابی وضعیت روانی بیمار به منظور تعیین کفایت و قابلیت وی جهت اخذ تصمیم	
۰/۰۰۱	۵۲ (۵۵)	۲۰ (۲۰)	۱۲ (۱۲)	۱۵ (۱۱)	۹ (۷)	دسترسی بیمار روانی به پرونده پزشکی خود و اطلاع از محتوای آن	
۰/۰۰۳	۶۳ (۵۷)	۳۱ (۳۱)	۴۰ (۴۰)	۴۰ (۲۹)	۵۲ (۳۷)	بیان خطای پیش‌آمده در طول ارائه خدمت به بیمار توسط فرد مرتکب خطا	
N.S.	۷۱ (۷۶)	-	۷۱ (۶۸)	-	۵۵ (۳۹)	وجود مقامات قانونی به منظور تغییر تصمیمات گرفته‌شده توسط ارائه‌کننده خدمت یا تصمیم‌گیرنده جایگزین برای بیمار، جهت حفظ منافع بیمار	
۰/۰۰۱	۶۶ (۷۰)	-	۹۷ (۹۴)	-	۷۰ (۵۰)	اطاعت دقیق بیمار از قوانین بخش و بیمارستان مانند ساعت خواب و بیداری، غذا خوردن و...	
۰/۰۰۱	۷۱ (۷۵)	-	۹۵ (۹۲)	-	۹۸ (۶۹)	بستری اجباری بیمار برخلاف خواست وی در شرایطی که بیمار به دلیل بیماری منبع خطری برای دیگران محسوب شود	
۰/۰۰۱	۶۶ (۷۰)	-	۹۰ (۸۷)	-	۹۷ (۶۹)	بستری اجباری بیمار برخلاف خواست وی در شرایطی که بیمار به دلیل بیماری قادر به مراقبت و تأمین نیازهای خود نبوده و سلامت جسمی وی در خطر باشد	
۰/۰۰۱	۸۰ (۸۴)	-	۹۷ (۹۴)	-	۹۵ (۶۷)	بستری اجباری بیمار برخلاف خواست وی در شرایطی که بیمار اقدام به خودکشی کرده است	
۰/۰۰۳	۵۷ (۶۱)	-	۷۳ (۷۰)	-	۶۴ (۴۵)	ارایه اطلاعات مربوط به بیمار در دادگاه و در پاسخ به استعلام مراجع قانونی توسط پزشک و سایر افراد مسئول حتی بدون رضایت بیمار	
۰/۰۰۱	۳۰ (۳۲)	-	۹۲ (۸۹)	-	۸۹ (۶۳)	بستری کردن بیمار روانی در اتاق‌های انفرادی و محدود کردن فعالیت‌های فیزیکی وی جهت درمان	
۰/۰۰۱	۳۷ (۴۰)	-	۹۱ (۸۹)	-	۹۷ (۶۸)	استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری مانند بستن بیمار یا تزریق اجباری در درمان بیمار	
۰/۰۰۱	۵۰ (۵۲)	-	۴۵ (۴۴)	-	۱۰ (۸)	ارایه اطلاعات مربوط به مدت بستری و شرایط بیمار روانی به همسر بیمار توسط پزشک، حتی بدون رضایت بیمار	
۰/۰۰۱	۴۲ (۴۵)	-	۶۵ (۶۳)	-	۲۳ (۱۶)	ارایه اطلاعات مربوط به بیمار به مراجع مربوطه در پاسخ به استعلام جهت استخدام بیمار روانی توسط پزشک، حتی بدون رضایت بیمار	

* non-significant

مفاد برگرفته از منشور حقوق بیماران مصوب در کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

یافته‌ها نشان داد بیش از ۵۰٪ افراد در هر سه گروه با ضرورت و قابلیت اجرایی ۱۳ بند (بندهای ۱ تا ۱۳ جدول ۱) از حقوق برگرفته از این منشور در رابطه با بیماران روانی موافق بودند. در رابطه با میزان ضرورت و قابلیت اجرایی برخی از این حقوق میان گروه‌ها اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت؛ ضرورت ارایه مشخصات فردی شامل نام و نام خانوادگی اعضای تیم درمان به بیمار روانی از دید پرستاران و بیماران نسبت به پزشکان ضرورت کمتری داشت ($p < 0/001$)، جلب نظر و مشارکت بیمار روانی در تصمیم‌گیری جهت اقدامات تشخیصی و درمانی نیز از دید پزشکان نسبت به پرستاران و بیماران ضرورت کمتری داشت ($p = 0/02$). همچنین هر سه گروه پزشک، پرستار و بیمار با ضرورت نداشتن اجرای سه بند از حقوق این منشور (بندهای ۱۴، ۱۵ و ۱۶) برای بیماران روانی توافق داشتند. در خصوص بند «ضرورت ارایه اطلاعات کافی در مورد عوارض نادر درمان به زبان قابل فهم برای بیمار روانی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی» میان سه گروه تفاوت نگرش وجود داشت؛ در حالی که پزشکان این امر را ضروری نمی‌دانستند (۴۰٪)، میزان موافقت پرستاران و بیماران به ترتیب ۶۰٪ و ۷۷٪ بود ($p < 0/001$).

مفاد برگرفته از منشور حقوق بیماران برگرفته از بررسی پارساپور (۱۳۸۵)

هر سه گروه پزشک، پرستار و بیمار با ضرورت سه بند (بندهای ۱۸، ۱۹ و ۲۰ جدول ۱) از این مفاد در رابطه با بیماران روانی موافق بودند. در خصوص ضرورت دو بند دیگر (بندهای ۲۱ و ۲۲ جدول ۱) نگرش سه گروه متفاوت بود؛ در حالی که پزشکان (۹٪) و پرستاران (۱۲٪) با ضرورت «دسترسی بیمار روانی به پرونده پزشکی خود و اطلاع از محتوای آن» موافق نبودند، بیماران (۵۲٪) این حق را ضروری دانسته، با آن موافق بودند ($p < 0/001$). «بیان خطای پیش‌آمده در طول ارایه خدمت به بیمار توسط فرد مرتکب خطا» یکی دیگر از حقوقی بود که در مورد آن میان سه گروه اختلاف وجود داشت ($p = 0/03$): درحالی‌که بیشتر پرستاران با ضرورت این حق موافق نبودند (۴۰٪ موافق)، بیشتر پزشکان (۵۲٪) و بیماران (۶۳٪) با ضرورت این حق موافق بودند.

مفاد برگرفته از مبانی قانونی مراقبت بهداشت روان در خصوص بیماران بستری (سازمان جهانی بهداشت)

بیش از ۵۰٪ افراد هر سه گروه با ضرورت شش بند (بندهای ۲۳ تا ۲۸ جدول ۱) از این حقوق موافق بوده، آن را با توجه به شرایط و نیازهای بیماران روانی ضروری می‌دانستند. نتایج نشان داد موافقت بیماران در خصوص ضرورت بستری اجباری بیمار (بندهای ۲۵، ۲۶ و ۲۷ جدول ۱) به‌طور معنی‌دار کمتر از پزشکان و پرستاران بود، اما همچنان درصد بالایی از بیماران، بستری اجباری بیمار را در شرایط مورد پرسش، ضروری می‌دانستند.

نگرش سه گروه در خصوص ضرورت چهار بند دیگر (بندهای ۲۸ تا ۳۱ جدول ۱) از این مفاد متفاوت بود؛ درحالی‌که ۸۹٪ از پزشکان و ۹۲٪ از پرستاران با ضرورت «بستری کردن بیمار روانی در اتاق‌های انفرادی و محدود کردن فعالیت‌های فیزیکی وی جهت درمان» موافق بودند، ۷۰٪ بیماران با این موضوع مخالف بودند. در حالی‌که ۹۷٪ از پزشکان و ۹۱٪ از پرستاران با ضرورت «استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری مانند بستن بیمار یا تزریق اجباری در درمان بیمار» موافق بودند، ۶۳٪ بیماران این موضوع را ضروری نمی‌دانستند. در خصوص «ارایه اطلاعات مربوط به بیمار به مراجع مربوطه در پاسخ به استعلام جهت استخدام بیمار روانی توسط پزشک، حتی بدون رضایت بیمار» نیز میان گروه‌ها اختلاف وجود داشت؛ پزشکان بیش از پرستاران و بیماران به لزوم رازداری پزشک در شرایط گفته شده باور داشتند.

بحث

نتایج این بررسی در خصوص ضرورت حقوق برگرفته از منشور حقوق بیمار (مصوب در کشور) نشان داد امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار روانی برخلاف نظر تیم درمانی، امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار روانی برخلاف نظر تیم درمانی و امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی، حقوقی بودند که اکثر افراد در هر سه گروه پزشک، پرستار و بیمار آن را در مورد بیمار روانی ضروری نمی‌دانستند. نتایج پژوهش دیگری که آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان را در مورد بستری اجباری بیماران بررسی کرده بود، نشان داد بیش از ۵۰٪ روانپزشکان با احترام گذاشتن به حق بیمار روانی برای قبول نکردن درمان مخالف بودند (والی‌پور و همکاران،

۱۳۸۶)، این درحالی است که این سه حق در منشور حقوق بیمار به عنوان حقی قطعی برای بیماران بیان شده است. بنابراین لازم است مسئولان و تصمیم‌گیرندگان به منظور پاسخ‌گویی به نیازهای بیماران روانی و جلوگیری از پایمال شدن حقوق آنان به بررسی بیشتر این مفاد بپردازند تا چنانچه به تغییر یا اصلاح مفاد منشور نیاز است، اقدامات لازم انجام شود.

اکثر پزشکان با ضرورت ارایه اطلاعات کافی در مورد عوارض نادر درمان برای بیمار روانی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی موافق نبودند. می‌توان دلیل مخالفت پزشکان با ضرورت این حق را نگرانی آنان از تبعات بیان این عوارض برای بیمار، از جمله ایجاد نگرانی در بیمار و ادامه‌ندادن درمان دانست. اما از آنجا که برخی از عوارض نادر ممکن است تبعات خطرناک و وخیمی (حتی مرگ) برای بیمار به دنبال داشته باشد و یا شناسایی برخی از عوارض نادر هشدار باشد برای بیمار که در صورت مشاهده آنها هرچه سریع‌تر به پزشک مراجعه کرده، از وخیم‌تر شدن آن جلوگیری کند، بنابراین ارایه اطلاعات در مورد عوارض نادر درمان برای بیمار روانی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین وی و نوع و میزان ارایه این اطلاعات از موضوعات مهمی است که باید توسط مسئولان (قانون‌گذاران، حقوق‌دانان، ارایه‌دهندگان خدمات بالینی - درمانی و کارشناسان مسایل اخلاقی) مورد بررسی قرار گرفته، قوانین روشنی در این باره ایجاد شود.

در بررسی مفاد برگرفته از پژوهش پارساپور (۱۳۸۵)، دسترسی بیمار روانی به پرونده پزشکی خود و اطلاع از محتوای آن از دید پزشکان و پرستاران ضرورتی نداشت و بیان خطای درمانی برای بیماران توسط فرد مرتکب خطا نیز از دید پرستاران غیر ضروری بود. شاید بتوان نگرش پرستاران را این گونه توجیه کرد که آنان نگران هستند که در صورت بیان این خطاها، بیماران اعتماد خود را نسبت به تیم درمان از دست داده و از ادامه درمان خودداری کنند.

یافته‌ها در خصوص ضرورت حقوق برگرفته از اصول مراقبت بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت نشان داد بستری اجباری بیمار برخلاف خواست وی در شرایطی که بیمار ۱- به دلیل بیماری منبع خطری برای دیگران محسوب شود، ۲- به دلیل بیماری قادر به مراقبت و تأمین نیازهای خود نبوده، سلامت جسمی وی در خطر باشد و ۳- اقدام به خودکشی کرده باشد، از مواردی بودند که گروه‌های پاسخ‌دهنده، حتی بیماران، با ضرورت آن موافق بودند. شاید

دلیل موافقت بالای بیماران با موضوع بستری اجباری را بتوان این گونه توضیح داد که بیماران معمولاً پس از بهبود نسبی، نسبت به ضرورت درمان بینش بهتری پیدا می‌کنند. یافته‌های دیگر بررسی‌های انجام شده در این خصوص نشان داده است که دیدگاه بیمارانی که به صورت غیر داوطلبانه و اجباری در بیمارستان روانپزشکی بستری می‌شوند، در خصوص ضرورت بستری شدن، پس از دریافت درمان نسبت به زمان پذیرش تغییر می‌کند. این بررسی‌ها نشان دادند درصد بالایی از بیمارانی که در هنگام پذیرش، بستری شدن در بیمارستان را غیر ضروری می‌دانسته، با آن مخالف بودند، پس از دریافت مراقبت و بهبود نسبی اظهار کرده‌اند که به بستری شدن نیاز داشته‌اند (گاردنر^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ کان^۲ و همکاران، ۱۹۸۳).

سازمان جهانی بهداشت برای بستری و درمان اجباری بیماران روانی سه شرط را ضروری می‌داند (نصر اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۷): الف) ابتلای فرد به بیماری روانی با شدت تعریف شده، ب) خطر آسیب به خود یا دیگران، ج) مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت. بستری اجباری بیماران روانی در شرایط پرسش شده در برخی از کشورها جزء حقوق قانونی است، اما در ایران موضوع بستری اجباری بیماران روانی در منشور حقوق بیماران مطرح نشده است و در حال حاضر نیز قوانین روشن و مصوبی در این باره وجود ندارد. بررسی یدالهی و بوالهروی (۱۳۸۳) نیز نشان داد در حال حاضر قوانین موجود در ایران در این زمینه، راهگشای مشکلات نیستند. در پژوهشی دیگر در کرواسی (کوزومپلیک^۳، جوکی^۴ و گورتا^۵، ۲۰۰۳) نشان داده شد که وجود قانون حمایت از بیماران روانی که در آن موضوع بستری اجباری به صورت قانونی بیان شده باشد، میزان بستری اجباری بیماران را به شدت کاهش می‌دهد.

حدود ۹۰٪ از پزشکان و پرستاران با بستری کردن بیمار روانی در اتاق‌های انفرادی و محدود کردن فعالیت‌های فیزیکی وی جهت درمان موافق بودند، درحالی که بیماران آن را ضروری نمی‌دانستند. ارایه مراقبت‌های بهداشت روان با حداقل محدودیت از اصول مطرح شده در اصول بهداشت روان تصویب شده در وزارت بهداشت است. یافته‌های این پژوهش بر لزوم بررسی بیشتر این امر توسط مسئولان اشاره

1- Gardner
3- Kozumplik
5- Goreta

2- Kane
4- Jukiae

نیازهای بیماران روانی باشد و بنابراین نیازمند تنظیم منشوری هستیم که به‌طور کامل دربرگیرنده حقوق این دسته از بیماران باشد. یک راه این است که آن دسته از حقوقی که بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه در خصوص ضرورت آنها میان گروه‌های مورد بررسی توافق وجود ندارد، در گروه‌های کارشناسی به لحاظ حقوقی، اخلاقی، حرفه‌ای و مدیریتی مورد بررسی قرار گیرد تا نواقص موجود در آنها برطرف گردد. هم‌چنین مفادی که تمامی گروه‌های درگیر با ضرورت آن برای بیماران روانی موافق هستند، به‌عنوان حقی قانونی و مصوب برای این دسته از بیماران در منشور در نظر گرفته شود.

از نارسایی‌های این پژوهش، تفکیک‌نشده بودن نوع و مرحله بیماری در پرسش‌نامه بود که باعث شد آزمودنی‌ها به‌صورت کلی و بدون در نظر گرفتن نوع و مرحله بیماری به پرسش‌ها پاسخ دهند. البته از آن‌جا که در بررسی حاضر، بیماران بستری در بیمارستان‌ها - که در گروه بیماران شدید طبقه‌بندی می‌شوند- مورد نظر بودند، آزمودنی‌ها در پاسخ به پرسش‌ها این گروه را در نظر داشتند و بنابراین تا حدی از این نارسایی کاسته شد. تمایل نداشتن برخی از پزشکان به همکاری نیز از دیگر محدودیت‌های این بررسی بود، اگرچه با همکاری رؤسای بیمارستان‌ها و هم‌چنین برخی از اعضای محترم هیأت علمی تلاش شد این محدودیت به کمترین میزان برسد.

با توجه به کمبودها و نارسایی‌های موجود در کشور در زمینه قوانین مربوط به بهداشت روان و با توجه به تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان، یافته‌های این پژوهش می‌تواند به‌صورت مستند در تعیین کاستی‌ها و ابهامات موجود در این زمینه به قانون‌گذاران کمک کند.

سپاسگزاری

از تمامی پزشکان، پرستاران و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، از مدیران و مسئولان بیمارستان‌ها، خانم‌ها دکتر رزیتا داوری، دکتر مریم رسولیان و آقای دکتر بهرنگ شادلو و هم‌چنین از مسئولان محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران به سبب تأمین بخشی از هزینه‌های پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

دارد تا حدود و شرایط آن را در قوانین و بیانیه‌های حقوقی مشخص سازند. نوع اختلال، شرایطی که محدود کردن فیزیکی در کنار درمان ضروری است، مدت محدودیت فیزیکی و روش‌های درمانی جایگزین از موضوعاتی است که باید مورد بررسی و توجه قرار گیرد.

استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری مانند بستن بیمار یا تزریق اجباری در درمان، در بعضی شرایط از نظر پزشکان و پرستاران ضروری بود، درحالی‌که بیماران آن را ضروری نمی‌دانستند. بیمارانی که بستری اجباری در بیمارستان را پذیرفته و حتی آن را در شرایط ذکر شده در این پژوهش، ضروری می‌دانستند، با بستری شدن در اتاق‌های انفرادی و محدودیت فعالیت فیزیکی و هم‌چنین استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری موافق نبودند. این امر نشانگر آن است که بیماران خواهان درمان توأم با احترام هستند. این امر اهمیت رضایت بیمار از نوع درمان را برای ما آشکار می‌سازد. این یافته با یافته پژوهش دیگر (رو^۱، ویشتات^۲، ژاگلوب^۳ و رایینوویتز^۴، ۲۰۰۲) مبنی بر این که بیماران نسبت به پرسنل به میزان کمتری محدودیت فیزیکی و استفاده از زور و اجبار در درمان را مجاز می‌دانستند، هماهنگ است.

بیش از ۵۰٪ افراد در هر سه گروه با رازدار نبودن پزشک در دادگاه و در پاسخ به استعلام مراجع قانونی موافق بودند. در حالی که حدود ۵۰٪ بیماران و پرستاران با ارایه اطلاعات مربوط به بیمار به همسر بیمار، حتی بدون رضایت بیمار و در واقع رازدار نبودن پزشک در این مورد موافق بودند، ۹۰٪ پزشکان رازداری را در این مورد ضروری می‌دانستند. در خصوص ارایه اطلاعات مربوط به بیمار به مراجع مربوطه، در پاسخ به استعلام جهت استخدام بیمار روانی نیز پزشکان بیش از دو گروه دیگر به لزوم رازداری پزشک در شرایط گفته شده باور داشتند. بنابراین لازم است در قوانین و بیانیه‌های حقوقی شرایط و مصادیق رازداری پزشک و سایر مقامات مسئول در ارتباط با بیماران روانی به‌طور مشخص بیان شود تا نبود قوانین روشن یا ناآگاهی ارایه‌دهندگان خدمات، سبب پایمال شدن حقوق بیماران روانی نشود.

در مورد قابلیت اجرایی حقوق برگرفته از منشور حقوق بیمار، هر دو گروه پزشک و پرستار آن دسته از حقوقی را که از نظر آنان برای بیمار روانی ضروری بود، قابل اجرا نیز می‌دانستند. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت منشور کنونی حقوق بیمار در ایران نمی‌تواند به‌طور کامل پاسخ‌گوی

منابع

- پارساپور، علیرضا (۱۳۸۵). *بررسی نگرش پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی، آتیه و ضیائیان در خصوص رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و میزان رعایت آن*. پایان نامه MPH، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- حاجبی، احمد (۱۳۸۳). *گزارش تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان*. اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- جولایی، سودابه؛ نصرآبادی، علیرضا؛ پارسایکتا، زهره (۱۳۸۳). تبیین دیدگاه بیماران و همراه آنان پیرامون حقوق بیمار: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. *فصل‌نامه حیات*، شماره ۲۳، ۲۰-۵.
- سازمان جهانی بهداشت، بخش بهداشت روان و پیش‌گیری از سوء مصرف مواد (۱۳۸۲). *قانون مراقبت بهداشت روانی: ده اصل اساسی (ترجمه اقدس دواجی)*. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
- واسقی، مروثه (۱۳۸۵). بهداشت روان حقی بشری، *روزنامه اعتماد ملی*، دوشنبه ۱۷ اسفند ۱۳۸۵، ص. ۱۱.
- والی‌پور، محمد؛ ضرغامی، مهران؛ مسعودزاده، عباس؛ خلیلیان، علیرضا؛ تیرگری، عبدالحکیم؛ موسوی، طیبه (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، ۱۶۰-۱۴۸.
- نصراصفهانی، مهدی؛ عطاری‌مقدم، جعفر؛ رسولیان، مریم؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ صابری، سیدمهدی؛ اردستانی، سیدمهدی؛ غرابی، بنفشه؛ شیرازی، الهام (۱۳۸۷). بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۵۲، ۱۶-۴.
- نصیریانی، حدیجه؛ فرنیاء، فرحناز؛ نصیریانی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر یزد. *مجله علمی پزشکی قانونی*، سال سیزدهم، شماره ۱، ۳۷-۳۳.
- یداللهی، زهرا؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۸۳). دیدگاه روانپزشکان شهر تهران درباره قوانین بهداشت روان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۴۹-۴۴.
- Gardner, W., Lidz, C. W., Hoge, K., Monahan, J., Eisenberg, M., Bennett, S., Mulvey, P., & Roth, L. H. (1999). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 385-391.
- Kane, J. M., Quitkin, F., Rifkin, A., Wegner, J., Rosenberg, G., & Borenstein, M. (1983). Attitudinal changes of involuntarily committed patient following treatment. *General Psychiatry*, 40, 49-52.
- Kozumplik, O., Jukiae, V., & Goreta, M. (2003). Involuntary hospitalizations of patients with mental disorders in Vrapce psychiatric hospital: Five years of implementation of the first Croatian law on protection of persons with mental disorders. *Croatian Medical Journal*, 44, 601-605.
- Roe, D., Weishut, J. N., Jaglom, M., & Rabinowitz, J. (2002). Patient & Staff members' attitudes about the rights of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 53, 87-91.