

بهداشت روانی و طب پیشگیر در ایران

(قسمت ۲)

متن این سخنرانی ، در کنفره ی پزشکی راهبر ، در مهرماه ۱۳۴۱ ایراد شده است . قسمتهائی از آن نیز برای بررسی مسائل بیمارستانهای روانی ایران ، در سمینار مسائل ایران مطرح گردیده است .

مسائل ایران

بیمارستانهای روانی ایران

مطالعه دروضع بیمارستانهای روانی ایران ، بررسی رسائی ها و نا - رسائی های آنها و کمک به بهبود آنها ، ازجمله وظائف مهمی است که «اداره ی بهداشت روانی» ، ازآغاز ، آنرا ازاجله ی نخستین اقدامات خود ، برشمرد . زیرا ، بدون دردست داشتن آمارصحیح ، روشن شدن وضع بودجه ی کارکنان ، شماره ی متخصصان و نوع اداره ی بیمارستانها ، هیچ قدمی اساسی نمیتوان برداشت ، و هیچ طرحی علمی و مقبول نظر مقامات مسئول و صالح داخلی و خارجی ، نمیتوان پیشنهاد کرد .

نتیجه ی قسمتی از این بررسی سه ساله است که اینک دراینجا ، قصد گزارش آن میرود . زیرا ترسیم چهره ی واقعی و اندوهبار بیمارستانهای روانی ایران ، بدون هیچگونه تشبیه ی به تبلیغات پراغرائی و عاری ازحقیقت ، بخوبی لزوم اقدامات سریع را ، درمورد توجه جدی به بهداشت روانی ، و اینکه ما در کدام مرحله از مراحل تحقق هدف آن قرارگرفته ایم ، نشان میدهد . همچنین بررسی مسئله ی بیمارستانهای روانی ایران ، راهنمای ما ، درطرح ریزی و نوع اقدامات و همکاری ها و تعیین درجه ی اهمیت آنهاست .

ایران درزمان حاضر ، دارای ۱۴ بیمارستان روانی ، با گنجایش تقریبی سه هزار و صد (۳۱۰۰) بیمار است . ازاین ۱۴ بیمارستان ، هشت

* باید توجه داشت که این گزارش در مهرماه ۱۳۴۱ درکنفره ی پزشکی رامسر تقریر شده است . ازاینرو تمام ارقام و تواریخ مذکور دراین گزارش مربوط به قبل از مهرماه سال ۱۳۴۱ است . علاوه براین اینک که این متن بجا ب می رود (مردادماه ۱۳۴۲) ، تنها بیمارستان روانی تبریز گزارش سالیانه ی خود را مربوط به وضع بیماران و بیمارستان در سال ۱۳۴۱ در پاسخ پرسشنامه ی اداره بهداشت روانی ارسال داشته است . ازاینرو چاره ای نبوده است که بهمان ارقام سال ۱۳۴۰ درجداول این گزارش اکتفاشود .

بیمارستان، خصوصی، است، و شش بیمارستان دیگر متعلق به شهرداریها یا دانشگاهها و یا بهداری است. و با آنکه بطور مستقل، لیکن متعلق بشهر و مردم- نظیر بیمارستان روانی بوعلی در همدان - اداره میشود.

گنجایش مجموع هفت بیمارستان روانی خصوصی در ایران، از شصت و شش (۶۰۰) بستر یعنی تقریباً يك پنجم ($\frac{1}{5}$) مجموع گنجایش بیمارستانهای روانی تجاوز نمیکند.

از مجموع بیماران روانی ایران نزدیک به دو سوم ($\frac{2}{3}$) در تهران، دربنچ بیمارستان، و بیش از نیم مجموع بیماران روانی ما، تنها در بیمارستان روانی رازی، در امین آباد شهرری، بستری هستند.

جدول يك - بیمارستانهای روانی ایران

ش	نام مؤسسه	محل	نوع		ظرفیت تقریبی برای بیماران
			اداره	دولتی	
۱	روزبه	تهران	—	+	۱۰۰
۲	روانی رازی	امین آباد-تهران	—	+	۱۶۰۰
۳	میمنت	تهران	+	—	۸۰
۴	چهرازی	تهران	+	—	۸۰
۵	رضاعی	تهران-نیاوران	+	—	۸۰
۶	روانی اصفهان	اصفهان	—	+	۲۵۰
۷	بیمارستان دکتر درچه	اصفهان	+	—	۱۲
۸	دکتر حسن چهرازی	اصفهان	+	—	۱۲
۹	بیمارستان سلامی	شیراز	+	—	۲۰۰
۱۰	روانی بوعلی	همدان	+	—	۲۰۰
۱۱	روانی مشهد	مشهد	—	+	۲۵۰
۱۲	روانی تبریز	تبریز	—	+	۲۰۰
۱۳	بیمارستان خاقانی	تبریز	+	—	۳۰
۱۴	اردوبادی	تبریز	+	—	۲۵
جمع کل					۳۱۱۹

بفرض سه هزار (۳۰۰۰) بیمار در بیست میلیون جمعیت، در سراسر کشور، تقریباً در برابر هر شش هزار (۶۰۰۰) تن جمعیت، مایک (۱) بیمار روانی بستری داریم. دانستن این رقم، بویژه از این لحاظ ضروری است که

ما به بینیم با وجود این رقم نسبه ناچیز ، ما از بیماران خود چگونه نگاهداری می کنیم ؟ !

از مجموع بیماران روانی ما ، تقریباً $\frac{4}{5}$ یا 0.40 زن ، و $\frac{1}{5}$ یا 0.60 مرد ، متأسفانه از آنجا که بیمارستانهای خصوصی تهران ، تبریز و بیمارستان روانی مشهد ، با تمام کوشش اداره‌ی بهداشت روانی ، به پرسش-نامه‌های آماری ، پاسخ نداده‌اند ؛ و پاره‌ای دیگر ناقص جواب داده‌اند ، ما ناگزیریم که در زمان حاضر ، بحث خود را بر اساس پاسخ‌های نسبه صحیح ولی غیرکافی دریافتی ، بنانیم .

جدول ۲- بیماران روانی ایران بر حسب جنسیت

شماره	نام مؤسسه	بیماران در پایان سال ۱۳۴۰		نسبت مرد به زن
		مرد	زن	
۱	روانی رازی	۹۴۹	۶۲۷	۰.۶۰۲۲
۲	روانی اصفهان	۱۰۷	۵۶	۰.۶۵۰۶
۳	روانی همدان	۱۱۰	۸۱	۰.۵۷۰۵
۴	روانی تبریز	۹۹	۷۰	۰.۵۸۰۵
	جمع کل	۱۳۶۵	۸۳۴	۰.۶۰۲۲

مشخصات و مسائل بیمارستان‌های روانی ایران

در تعیین مشخصات بیمارستانهای روانی ایران ، نظراً بیشتر متوجه بیمارستانهای دولتی است که در حدود $\frac{4}{5}$ از بیماران ، در آنها بستری هستند. همچنین آنچه که گفته میشود ، در درجه‌ی اول در مورد بیمارستانهای روانی شهرستانها صادق است . «بیمارستان روانی رازی» (امین‌آباد - تهران) در طی سه سال اخیر ، تکاملی شگفت و درخورد تحسین یافته‌است . هر چند هنوز از بسیاری جهات ، و بویژه از نظر کم‌داشت دارو ، و افراد متخصص ، و وسائل و درمان کافی ، دارای نقایص بسیار است . لیکن با این وصف چهره‌ی ظاهری آن ، اینک دیگر صورت یک زندان با اعمال شاقه را ندارد ؛ و در حال تحول انتقالی ، بسوی تکامل واقعی یک بیمارستان جدید به تندی پیشرفت میکند .

مشخصات و نارسائی‌های بیمارستانهای روانی ایران را ، میتوان در سیزده مقوله‌ی زیر دسته بندی کرد :

- ۱ - نارسائی ساختمان
- ۲ - نارسائی بودجه
- ۳ - بستنکاری‌های بد فرجام
- ۴ - کم داشت کارکنان متخصص
- ۵ - نارسائی سازمان اداری
- ۶ - ناهماهنگی کارکنان غیر فنی
- ۷ - عدم علاقه‌ی کارکنان
- ۸ - کمی دارو و وسایل درمانی
- ۹ - فقدان ظرفیت و تراکم جمعیت
- ۱۰ - فقدان حریم روحی
- ۱۱ - حکمفرمایی پندارهای نادرست
- ۱۲ - بسآمدیش از نصاب مرگ
- ۱۳ - فقدان اطلاعات لازم درباره‌ی بیماران

۱ - نارسائی ساختمان

ساختمان‌های بیمارستان‌های روانی کنونی ایران، عموماً برای بیمارستان، به معنی فنی کلمه، مناسب نیستند. هنگام جمع‌آوری بیماران روانی، در آغاز گویا تنها یافتن محلی برای نگاهداری - اگر ننگ‌و نیم زندانی ساختن - آنان مقصود بوده است. این ساختمان‌های غالباً کهنه و فرسوده، نه تنها مناسب با وضع یک بیمارستان روانی نیستند، بلکه اصولاً «فاقد شرایط بهداشتی» لازم و مقدماتی برای یک زندگی سالم متوسط‌اند. با احتمال قوی فقدان بهداشت محیط، در بیمارستان‌های روانی، در تشدید بیماری و بالا بود سطح تلفات، مؤثر است.

متأسفانه قسمت‌های جدید هم که بعدها، در اثر فزونی شماره‌ی بیماران، در محیط قدیمی بیمارستان‌های روانی بدانها افزوده‌اند، همچنان بکلی فاقد طرح و نقشه‌ی صحیح و مناسب با اصول لازم برای بیمارستان‌های روانی ساخته‌اند. بطوریکه حتی مشاوران عالی سازمان بهداشت جهانی، برای بهداشت روانی در ایران - مانند پرفسور کروس 1 و دکتر باش 2 - معتقدند، در شرایط کنونی، خودداری از ساختمان در بیمارستان‌های موجود، به مراتب بهتر است تا ساختن قسمت‌های نامناسب. زیرا این قسمت‌ها علاوه بر صرف بودجه‌ی فراوان و بی‌جهت، تغییرات اصلاحی و تکامل بعدی را نیز، دشوار می‌سازند.

1 - Prof. Kraus

2 - Dr. K. W. Bash

۲ - نارسائی بودجه

ضعف بنیه مالی و بودجه ، صفت عمومی بیمارستانهای روانی ایران و یکی از علل بزرگ شکایت پی گیر مدیران مسئول آنهاست . بطور متوسط در زمان حاضر بودجه‌ی روزانه‌ی هر بیمار ، برای لباس ، خوراک ، دارو و سایر نیازمندی ها ، تنها بین ۱۵ تا ۲۰ ریال است . علاوه بر این متأسفانه گاه علی نا - خواسته پیش می آید که موجب تقلیل این بودجه‌ی ضعیف نیز میگردد . همچنین افزایش جدید بیماران در ظرف سال ، غالباً تحمیلی بر بودجه‌ی ضعیف سایر بیماران است .

۳ - بستانکاریهای بدفرجام

قاعده شهرداریهای مختلف که بیماران را به بیمارستانهای روانی معرفی میکنند ، باید هزینه‌ی آنان را بپردازند . لیکن در برابر ضعف مالی بیمارستانهای روانی ، غالباً مقامات مسئول ، پس از معرفی بیماران ، از پرداخت بدهکاری خود ، یا بکلی سر باز میزنند و یا آنقدر در تأخیر روا میدارند که کار قسمتی از بیمارستان را فلج میسازند ؛ و دستگاه اداری بیمارستان نیز دارای قدرت اجرایی کافی برای وصول نیست . صورت حساب بستانکاری زیر (در جدول ۳) از شهرداریهای مختلف ، تا پایان شهریور ۱۳۳۹ سپتامبر ۱۹۶۰ از طرف بیمارستان روانی همدان ، به آقای دکتر باش ، مستشار عالی سازمان بهداشت روانی داده شده است که در گزارش نامبرده نیز به سازمان بهداشت جهانی منعکس است .

(به جدول صفحه‌ی بعد مراجعه شود)

رتال جامع علوم انسانی

• هنگام چاپ ، روزنامه‌ی اطلاعات (۲۶/ مرداد/ ۴۲) در صفحه‌ی اخبار شهرستانها نکاشت : بیمارستان روانی رازی ، در برابر مبلغ صد و هشتاد و هفت هزار تومان طلب وصول ناکرده‌ی خود از سال ۱۳۲۸ تا ۱۳۴۰ از شهرداری کرگان ، ۱۹ بیمار روانی را بشهرداری کرگان بازگشت داد . در اثر وضع رقت‌انگیز بیماران ، رئیس شهربانی با فرماندار کرگان مذاکره نمود و قرار شد بدهی معوقه بتدریج پرداخت شود . بدین ترتیب بیماران پس از يك روز توقف باهمان اتوبوس مجدداً روانه‌ی بیمارستان شدند .

جدول ۳- بستانکاری بنگاه تیمارستان مستقل غرب در ۱۳۳۹

شماره	نام بدهکار	مبلغ بدهکاری به ریال
۱	شهرداری زنجان	۶۳۹۸۲
۲	شهرداری بروجرد	۱۱۳۸۰۸
۳	شهرداری ملایر	۲۷۳۸۴۸
۴	شهرداری نهاوند	۳۱۹۴۶۶/۵
۵	شهرداری خرم آباد	۲۶۶۹۹۳
۶	شهرداری اراک	۱۸۴۷۸۰
۷	شهرداری بیجار	۱۱۵۳۸۰
۸	شهرداری کرمانشاه	۳۰۸۴۸۸
۹	شهرداری همدان	۲۹۴۴۹۰
۱۰	شهرداری اهواز	۱۴۸۵۵۷
۱۱	شهرداری آبادان	۱۰۵۵۷
جمع کل		۲۱۰۵۲۸۸/۵

همچنین دکتر باش ، در گزارش خود درباره‌ی اصفهان ، مینویسد - :
 «نه تنها بودجه‌ی تیمارستان بسیار کم است ؛ بلکه من علاوه بر آن اطلاع یافتیم که بسیاری از مقامات مسئول که معرف بیماران آند - بویژه مقاماتی که بیشتر از اصفهان دورند - در پرداخت بدهکاری های خود سهل انگارند . بطوریکه گاه تیمارستان ناگزیر از باز فرستادن بیمار به محل خویش ، می گردد » ۱

۴ - کم داشت کارکنان متخصص

کم داشت یاحتی فقدان متخصص ، مانند روان پزشکان ، پرستاران دیپلمه ، بهیاران ، ومددکاران اجتماعی ، که ازارکان يك بیمارستان روانی بشمار میروند ، بطور کلی در تمام بیمارستانهای روانی ما حکمفرماست .

1- K. W. Bash : Isfahan Report p. 7 : -

نسخه‌هایی از گزارش‌های آقای دکتر باش ، علاوه بر آنکه در سازمان برنامه ، اداره‌ی روابط بهداشت بین‌المللی وزارت بهداشت موجود است ، همواره در اداره‌ی بهداشت روانی نیز در دسترس علاقمندان قرار دارد .

در چهارده بیمارستان روانی خصوصی و دولتی ایران ، تنها در دو بیمارستان ، آنهم در هر بیمارستان ، تنها يك پرستار ديپلمه وجود دارد . (رك: جدول شماره ۴) . با استثنای سه تا چهار بیمارستان خصوصی و دولتی ، عموماً بیمارستانهای روانی ما ، تنها دارای يك پزشكند که در اکثر موارد نیز وی را « روان پزشك » بمعنی دقیق و تخصصی کلمه نمیتوان نامید . بطور کلی شماری پزشکانی که در بیمارستانهای روانی ایران کار میکنند ، از ۳۰ تن تجاوز نمیکند . یعنی در برابر « سه هزار و صد بیمار » بستری ، ماتنها دارای « ۳۰ پزشك » و یا تقریباً در برابر بیش از هر صد بیمار دارای يك پزشكیم . از نظر تخصصی تنها در حدود يك سوم ($\frac{1}{3}$) از این پزشكان ، روان پزشكانند ؛ و یا آنکه تنها دارای سابقهی خدمت قبلی در روان پزشکی بوده اند . بدن نیست بدانیم که شماری پزشكان متخصص اعصاب و روانی در سراسر کشور طبق پرسشنامه ای که اداره بهداشت روانی از دو سال پیش توزیع و جمع آوری کرده است ، از پنجاه و پنج تن تجاوز نمیکند .

اشكال مهم كمبود پزشك ، در بیمارستانهای روانی ایران ، اینست که عموماً در محل هایی که تنها يك پزشك وجود دارد ، وی ضمناً مدیر عامل ، یا رئیس بیمارستان است . و ناگزیر باید به تمام امور مالی ، دفتری ، انبار ، آشپزخانه ، طلبکاری ها و بدهکاری ها ، و سایر امور اداری بیمارستان نیز برسد . بطوریکه دیگر كوچکترین فرصتی برای رسیدگی به بیماران و برقراری « رابطه ای لازم و انسانی پزشك و بیمار » برای وی باقی نمی ماند . برای مثال آقای دكتر برومند که اینك بالغ بر ۲۶ سال است در بیمارستان روانی اصفهان ، مشغول انجام وظیفه ای واقماً سنگین و درخور هرگونه تحسین است ، تا سال ۱۳۳۹ ، یعنی در حدود دو سال پیش ، مدت بیست و چهار سال یکه و تنها ناگزیر از گرداندن تمام امور بیمارستان بوده است . و تنها در دو سال اخیر است که دو پزشك دیگر ، بطور نیمه وقت در امور درمانی به وی کمک میکنند .

۵ - نارسائی سازمان اداری

در برابر نقص ساختمان و فقدان کادر درمانی و پرستاری ، سازمان اداری بیمارستانهای روانی ما ، وضعی بسیار ناقص را داراست . نامنظم بودن دفاتر مربوط به درآمد و خرج ، و سهل انگاری از بایگانی و ضبط بسیاری از نکات ضروری ، خود یکی از علل انبوه شدن بستانکاری ها و طلبکاری های غیر قابل وصول است . در هیچ يك از بیمارستانهای روانی ما - به استثنای بیمارستان روانی روزه - مدیر یا کارمندی که فن اداری بیمارستان را بطور کلی -

سرف نظر از جنبه‌ی اختصاصی بیمارستانهای روانی - تحصیل کرده باشد، و یازیر دست مدیری آشنای به امور اداری بیمارستانی، عملاً تجربه آموخته باشد، وجود ندارد. در بیمارستانهای روانی ما، شاید هنوز بکارگماردن مدیران فنی، برای بسیاری از مسئولان امر، احساس و تصور تجمل را دارا باشد، و یا حتی با مخالفت روبرو گردد. کادر اداری و پزشکی بیمارستانهای روانی ما، عموماً تنها تحت نظر یک پزشک بی اطلاع از امور اداری بیمارستانی، انجام وظیفه میکنند.

۶ - ناهماهنگی کارکنان غیر فنی

علاوه بر کمی تعدادی کارکنان و محافظان جزء، بی‌سوادی، عدم علاقه، قبول اضطراری شغل، فقدان تظافت و شرایط لازم اخلاق حرفه‌ای در بیمارستانهای روانی، صفت عمومی غالب از کارکنان است. ضعف بودجه بطور کلی اجازه نمیدهد که کارکنان بهتری استخدام شوند. پاره‌ای از کارکنان خود، از بیماران سابق‌اند که احیاناً اندکی آرام تر شده‌اند. غالباً در اثر عدم علاقه و قبول اضطراری کار به علت فقر، رفتار کارکنان جزء نسبت به بیماران بسیار خشن است. اگر بشنویم که حتی پاره‌ای از این کارکنان که دستمزد روزانه‌ی آنها تنها ۴۰ ریال یا حتی کمتر است، از غذای بیماران زده‌اند، در شرایط موجود نباید دچار شکفتگی گشت.

در برابر کم داشت کارکنان لازم و جزء، در چند بیمارستان روانی، مانند بیمارستان روانی همدان و تبریز، با پدیده‌ی «کارمند اضافی دفتری»، روبرو هستیم که حاکی از تأثیر سیستم پشت‌میز نشین پروری و پشت‌میز نشینی بیهوده‌ی عمومی ایران، و نشانه‌ی بارز تحمیل‌های غلط است.

در بیمارستان روانی تبریز، برای مثال از مجموع ۲۱ کارمند، پنج تن، تنها کارمند دفتری‌اند. *جامع علوم انسانی* دکتر باش، مستشار عالی سازمان بهداشت روانی، در این باره در گزارش خود مربوط به تبریز مینویسد - :

«(از نظر شمارهی کارکنان) آشکارا مهمترین فقدان، مربوط به محافظان است. حتی محافظان غیر ماهر و ناوارد کم‌اند. در حالیکه شمارهی کارمندان دفتر، بطور ناراحت‌کننده‌ای زیاد بنظر می‌رسد. بیمارستانی متعلق به یکی از آشنایان من در اروپا، با ظرفیت ۵۵۰ بستر و تقریباً قبول ۱۲۰۰ بیمار در سال، و بایگانی بسیار منظم و نیکوئی از شرح حال بیماران، تنها با پنج تن کارمند دفتری و یک مدیر بیمارستان، یعنی مجموعاً باشش تن بخوبی از عهده‌ی کارهای لازم برمی‌آیند.» ۱

جدول ۴ - کارکنان بیمارستان‌های روانی ایران در سال ۱۳۴۰

شماره	نام مؤسسه	کارکنان					جمع
		بزرگ	پرستار دبیلنه	بیمار	پرستار غیر دبیلنه	کارمند دفتری	
۱	بیمارستان روانی رازی	۱۴	۱	—	۱۱۵	۲۱	۲۱۹
۲	« اصفهان »	۳	۱	—	۱۹	۱	۲۹
۳	« همدان »	۱	—	—	۲۰	۵	۳۶
۴	« تبریز »	۱	—	—	۸	۵	۲۱
	جمع	۱۹	۲	—	۱۶۲	۳۲	۳۰۵

۷ - عدم علاقه‌ی کارکنان

شاید شیوع «عدم علاقه‌بکار» ، یکی از پدیده‌های ناسالم اجتماعی ما باشد . غالب ازکارها حتی کارهاییکه تحصیل کرده ها ، پس از فراغت از تحصیل بدست آورده‌اند ، مطابق ذوق و استعداد ، و مناسب وضع مزاجی و یا پاسخگوی حوائج مادی آنها نیست . همین امر موجبات دل‌سردی و حتی نفرت آنان را ، نسبت به شغل خویش ، فراهم می‌آورد . در هر حال ، صرف نظر از پاره‌ای از پزشکان مسئول امور بیمارستانها ، عموماً سایر کارکنان ، نسبت به کار خود ، سخت ناراضی‌اند . پاره‌ای از این کارکنان ، شرمندانه‌اند ، از اینکه محل کار خود را بدیگران نشان بدهند ؛ و یا آنکه از آن نام ببرند . یکی از این کارکنان ، در پاسخ اینکه آیا به کار خود علاقه دارد ، اظهار داشت :

«چطور ممکن است بکاری که فقط سروکله زدن بادبوانگان است و عاقبتی جز دیوانه شدن ندارد علاقه مند بود ؛ اگر از روی ناچاری نبود ، بخدا ، یک دقیقه هم ، در اینجا نمی‌ماندم .»

بدیهی است این عدم علاقه به کار و حتی نفرت و اکراه از آن ، علاوه بر عدم اطلاع از اصول «پرستاری روانی» ، نتیجه‌ای جرسهل انگاری ، فقدان علاقه نسبت به بهبود و سرزشت بیماران ، ندانم کاری های زیانمند و حتی رفتارخوشونت‌آمیز با بیماران نمیتواند داشته باشد .

۸ - کمی دارو و وسائل درمانی

کمی دارو و سایر وسائل درمانی ، یکی دیگر از صفات اندوهبار بیمارستانهای روانی ایران و علت تلفات زیاد و طولمدت بیماری و مزمن و علاج ناپذیر شدن آنست . برای مثال در سال ۱۳۳۹/۱۹۶۰ بودجه‌ی سالیانه‌ی

دارومی بیمارستان روانی اصفهان ، تنها دوهزاروششصد تومان بوده است . این مبلغ با تقسیم برشماره‌ی بیماران و تعداد روزهای اقامت بیماران درسال ، درحدود روزی ۲۰۰ ریالی می‌گردد . این وضع کم و بیش هنوز در مورد بیشتر ازبیمارستانهای روانی ما ، صادق است . دکترباش درسفرخود به اصفهان - خرداد ۱۳۳۹/۱۹۶۰ - دراین باره مینویسد :

« ... برای آگاهی بروضع سایروسائل درمانی هنگامی کهسؤال کردم ، بهمن داروخانه‌ی بیمارستان را نشان دادند . تخمین من این بود که محتویات آن تنها برای يك بیمارستان باظرفیت تقریبی ۱۰ تا ۱۵ تن بیمار (ته ۲۵۰ بیمار) ممکن است کافی باشد . شایان ذکر است که ازهر يك از داروهای جدید روانی ... نمونه هائی وجود داشت ، لیکن مقدار آنها بحدی ناچیز بود که جای گفتگوئی را برای معالجه‌ی مناسب باقی نمی‌گذارد » ۱

معمول ترین وسیله‌ی درمانی در بیمارستانهای روانی ایران « شوک برق » است که اینک در محافل روان پزشکی جهان با تردید تلقی میشود . وبا توجه بزبان های روانی و بعدی آن ، استعمال آن در محافل مترقی روان پزشکی ، بسیار محدود شده است ۲ . در سال ۱۳۳۹ در بیمارستان روانی اصفهان مجموعاً ۱۱۶۳ بار الکتروشوک داده اند . دکتر باش در گزارش خود در این باره مینویسد :

« میانگین شماره‌ی بیماران ، در آغاز و در پایان سال ، ۱۷۰ نفر می‌شود . این عدد نشان میدهد که هر بیمار بطور متوسط ، بدون توجه به نوع بیماری وی ، « هفت مرتبه » در سال زیر « شوک » رفته است . بمن گفته شد که از انسولین ، گاهگاه استفاده می‌شود . لیکن آمار وی در این باره در دست نبود . البته با وجود محافظان تحصیل ناکرده و تنها دو پزشک ، ارزش چنین درمانی با تمام خطرات متعاقب آن حداقل درخور تأمل و تردید است » ۳

1 - K. W. Bash, M. D. : Report on a visit to Isfahan, Mental Health Section, Tehran, 1960/1339, pp. 5 - 6

۲ - درباره‌ی عواقب روانی درمان بوسیله‌ی شوک برق -

Campbell, D. : The Psychological Effects of Cerebral Electroshock, in : Handbook of Abnormal Psychology, Edit. by Eysenck, Basic Book, Inc., New York 1961, pp. 611-633 3 - Ibid. p 5

۹ - فقدان ظرفیت و تراکم جمعیت

با وجود آنکه بیماران روانی بستری ایران ، رقم دهشت انگیزی را نشان نمیدهند ، با این وصف برای نگاهداری آنها ، به بیمارستانهای دست کم ، دارای دو برابر گنجایش تیمارستانهای موجود نیازمندیم . درپاسخ پرسشنامه‌ی اداره‌ی بهداشت روانی ، برای مثال بیمارستان روانی رازی - امین‌آباد - دربرابر رقم ۱۵۷۶ بیمار موجود در پایان سال ۱۳۴۰ ، ظرفیت واقعی بیمارستان را درخور نگاهداری ازپانصد بیمار تعیین کرده است . بدین ترتیب ، اینک بیمارستان روانی رازی ، ناگزیر از نگاهداری بیمارانی است که بیش از دوسوم ($\frac{۲}{۳}$) ظرفیت واقعی آنند . بدیهی است همین «تراکم اضافی جمعیت» باوجود تقایص دیگر ، خود به تیره‌روزی بیماران و «بالارفت منحنی تلفات» آنان کمک میکند .

بیمارستان روانی رازی ، اینک در برابر خطر تحمیل روزافزون قرار دارد . زیرا بهبود وضع آن ، در برابر وضع رقت‌بار نسبت ثابت بیمارستان - های شهرستانها ، موجب میشود که هر کس توانائی یا آشنائی دارد ، بیمار خود را به تهران بیاورد ، و به بیمارستان روانی رازی تحمیل کند . از این رو اقدام سریع ، در بهبود وضع بیمارستانهای روانی شهرستانها ، و جلوگیری از تمرکز افراطی در مرکز ، از این لحاظ نیز ضروری بنظر میرسد .

۱۰ - فقدان حریم روحی

محیط روانی و انسانی بیمارستانهای روانی ما - بااستثنای احياناً چند بیمارستان خصوصی - عموماً فاقد شرائط لازم برای ایجاد دل‌بستگی و اعاده‌ی شور و رغبت بیماران نسبت بزندگی است . بیماران ما فاقد يك «حریم فردی» هستند . حتی از اختصاص يك كشوی میز به آنها ، دریغ شده است . بیمار هیچ جارا در بیمارستان ندارد که آنرا مخصوص بخود بداند ؛ و اشیاء کوچکی را که متعلق به او یا مورد علاقه‌ی اوست ، در آنجا برای خویشتن ، دوازده‌دسترس دیگران نگاهداری کند . وی تنها چون سیاهی لشکر و «سوفندنی در میان تله» ره‌وار زندگی میکند . و عموماً فاقد احساس شخصیت ، تمکک ، و سایر احساساتی است که ممکن است از کمترین توجه اختصاصی و تفویض حق انفرادی به‌وی ، ارضاء شود . بیمارستانهای روانی ما که باید ، بیش از هر مؤسسه‌ی دیگر ، بر اساس بهداشت روانی ، پایه‌گذاری شوند ، شاید پس از زندانها ، بیگانه‌ترین مؤسسات ما ، نسبت به اصول روانشناسی باشند . محیط این بیمارستانها بیشتر برای فلج ساختن شخصیت انسانی آماده است ، تا برای پرورش و تقویت آن !

همچنین سایر وسایل سرگرمی ، و تفریح و اشتغال ، در بیمارستانهای روانی ما ، بسیار نادراست . تنها اخیراً در بیمارستان روانی اصفهان ، گاه گاه از قیلیم های سیار ، و در امین آباد ، از تلویزیون برای سرگرمی بیماران استفاده میشود .

۹۱ - پندارهای نادرست

پندارهای نادرست در مورد بیماران روانی و علل بیماری های روحی ، مانند تصور علاج ناپذیری بیماران ، سختی حاکم بر بیمارستانهای روانی ماست .

یکی از نتایج ناشی از این پندارهای نادرست ، اینستکه غالباً از خانواده ها ، از باز پس بردن بیماران خود ، حتی المقدور خود داری میکنند . و نسبت به سلامت آنها اطمینان ندارند . بدین ترتیب ، بسیاری از بیماران که حتی بهبود حاصل کرده اند ، ناگزیر مدت بیشتری را در بیمارستان باقی میمانند . این کیفیت ، علاوه بر زیان فراوان برای بیمار ، موجب تراکم بیمورد جمعیت بیمارستانها نیز می گردد .

یکی دیگر از نتایج اینگونه تصورات واهی ، در طی سالها این شده است که عموماً کمک های مردم و حتی مقامات مسئول ، بیشتر صرف «نگاهداری» ، «خوراک» ، «پوشاک» و «مکان» بهتر بیماران شود ، نه صرف «تداوی» و کمک به تسریع معالجه و بازگشت سریع آنها به زندگی عادی و آماده ساختن آنها برای «قبول مسئولیت» و «همسازی با مشکلات زندگی» روزمره .

همچنین تاکنون عموماً مقامات مسئول ، سایر بیمارستانها را هنگام بذل توجه ، بر بیمارستانهای روانی ترجیح داده اند . مردم نیز دارای يك نوع واکنش گریز واکراه ، نسبت به بیماران روانی-اند . و در نتیجه از ملاقات بیماران روانی بیشتر اجتناب می ورزند . بطوری که محیط بیمارستانهای روانی ، به جزیره ای متروک و فراموش شده شباهت بیشتری دارد ، تا به کانون گرم و انسانی يك بیمارستان روانی که در آن ، پیش از هر چیز باید به «بهبود عواطف بیماران» مبادرت ورزیده شود .

شمناً وجود همین گونه پندارها و تصورات غلط ، در رفتار نامهربان و خشن محافظان بیمارستانهای روانی ، نسبت به بیماران نیز ، علاوه بر علل دیگر ، کاملاً مؤثر است .

۹۲ - بسآمد بیش از نصاب مرگ

بسآمد و فراوانی مرگ ، در بیمارستانهای روانی ایران ، زیاد است . بنابراین آمار داده شده - اگر واقعاً اعداد نماینده ی واقعی بسآمد مرگ

باشند. وقوع مرگ در بیمارستانهای روانی ما، بالغ بر هشت درصد (۰/۰۸) میگردد. حد متوسط بسآمد مرگ در بیمارستانهای روانی ایالت نیویورک، در سال ۱۹۶۰ تقریباً ۰/۰۷/۷ بوده است. ۱. فراوانی مرگ در بیمارستانهای روانی نیویورک بیشتر در اثر بالا بودن سن و پیری و فرسودگی است. در صورتیکه پیران اقلیت بسیار محدودی را، در بیمارستانهای روانی ما تشکیل میدهند. در میان بیمارستانهای روانی ما، بیمارستان روانی رازی با شش درصد (۰/۰۶) کمترین و بیمارستان روانی اصفهان با ۰/۱۶/۹۹، برترین حد مرگ را داراست. در صورتیکه حد متوسط نسبت معمولی مرگ در ایران در حدود ۰/۰۲ در کل جمعیت است.

جدول ۵ - بسآمد مرگ در بیمارستانهای روانی ایران در ۱۳۴۰

شماره	نام مؤسسه	بیماران در پایان ۱۳۳۹	بیماران جدید ۱۳۴۰	مجموع بیماران در ۱۳۴۰	مرده	درصد
۱	روانی رازی - تهران	۱۴۸۴	۷۳۵	۲۲۱۹	۱۳۵	۰/۰۶
۲	روانی تبریز	۱۴۲	۱۵۴	۲۹۶	۱۸	۰/۰۶۱
۳	روانی بوعلی همدان	۲۰۳	۲۳۱	۴۳۴	۵۶	۰/۰۱۲۹
۴	روانی اصفهان	۱۶۷	۱۳۹	۳۰۶	۵۲	۰/۰۱۶۹
	جمع	۱۹۹۶	۱۲۵۹	۳۲۵۵	۲۶۱	۰/۰۸

۱۳ - فقدان اطلاعات دربارهی بیماران

فقدان پرستاران روانی، مددکاران اجتماعی، روان پزشکان کافی و کارکنان تحصیل کرده و با تجربه در امور بیمارستان داری و بایگانی بیمارستانی، علاوه بر علل دیگر، خواه و ناخواه در بیمارستانهای روانی ما، منتهی به فقدان آمار و ضبط دقیق و علمی شرح حال بیماران و سایر اطلاعات لازمی میگردد که بتواند پاسخگوی پژوهش های علمی و پرسش های فنی باشد. در شرائط کنونی، «سبب شناسی» و «اپیدمیولوژی» بیماری های روانی ایران، امکان ندارد. برای رفع این نقیصه از دو سال پیش ادارهی بهداشت

1 - Brill, and Patton: Clinical Analysis of Population Changes in New York State Hospitals ..., The American Journal of Psychiatry, Vol. 119, July 1962, P. 22

روانی، با توجه به معیار بین‌المللی علمی، پرسشنامه‌ی مفصل و واحدالشلکی تنظیم کرده است و برای کلیه‌ی مؤسسات روانی ارسال داشته است که مبنای صحیحی برای جمع‌آوری اطلاعات لازم قرار گیرد. لیکن همین اقدام تا کنون با چهار اشکال مهم زیر، روبرو شده است:

۱ - اصولاً پاره‌ای از بیمارستانها بویژه بیمارستانهای خصوصی، با همه اصرار و تلاش به علل مختلفی به پرسش‌نامه‌ی ما پاسخ نداده‌اند. برای مثال نامه‌ی اداره بهداشت روانی به بیمارستان روانی دکتر اردوبادی در تبریز بعنوان «گیرنده شناخته نشده»، بوسیله پست بازگشت. هنگام بازدید تبریز مدیر بیمارستان درباره‌ی علت این پیش‌آمد اظهار داشت که از ترس مأمورین مالیات، بیمارستان من بدون تا بلوکار میکند. بدین ترتیب یک بیمارستان ۲۵ تختخوابی که در شهری مانند تبریز بطور قاچاق کار کند، تکلیفش در پاسخگویی به سئوالات دقیق فنی و آمار خواسته شده بخوبی معلوم است.

۲ - پاره‌ای از پرسشنامه‌ها را که بازگشته است، ناقص تنظیم کرده‌اند، و بسیاری از سئوالات بدون ذکر هیچ علتی بی‌پاسخ مانده است.

۳ - از آنجا که پاره‌ای از پاسخ دهندگان، آشنای به فن و اهمیت آمار گیری نبوده‌اند، بعضی از پاسخ‌ها، با سهل‌انگاری و نادرستی تمام داده شده است. برای مثال، هنگامیکه مجموع بیماران را در پایان سال خواسته‌ایم، رقم ۲۵۰ را نگاشته‌اند. لیکن هنگامیکه همین سؤال، شماره‌ی زن و مرد را به تفکیک خواسته است، پاسخ برای زن ۱۲۵ و برای مرد ۱۴۵ بوده است که مجموعاً ۲۷۰ میگردد نه ۲۵۰.

۴ - در مورد انواع بیماری‌های روانی پرسشنامه شامل مهمترین آنها است که در آخرین تقسیم‌بندی‌های روان پزشکی جدید معمول است، درباره‌ی از موارد، پاسخ‌ها بسیار سطحی است و از چند نام بیماری‌های روانی متداول در ایران تجاوز نمی‌کند.

در حال اداره‌ی بهداشت روانی ناگزیر سیاست خود را تعقیب میکند؛ تا اندک اندک مؤسسه‌های روانی ما، به جمع‌آوری اطلاعات و پاسخگویی دقیق معنادار گردند. ضمناً یادآوری این نکته لازم است که خوشبختانه پاسخ‌گویی‌های سال ۱۳۴۰، به پرسشنامه‌های مربوط به آمار روانی، به مراتب بهتر و کامل‌تر از سال قبل بوده است. و نیز اطلاعاتی را که ما هم اکنون، درباره‌ی بیمارستانهای روانی خود داریم - صرف‌نظر از بازدیدهای شخصی مؤسسه‌های روانی کشور و مصاحبه‌های حضوری با مدیران آنها و مطالعه‌ی گزارش‌های کارشناسان مختلف - قسمتی نیز مبتنی بر پاسخ‌هایی است که تا کنون به پرسش‌نامه‌های خود دریافت داشته‌ایم.

بهداشت روانی در برنامه‌ی سوم

با توجه به نقایص بیمارستانهای روانی و نیازمندیهای موجود و آینده‌ی ایران در امر بهداشت روانی، در پائیز سال ۱۳۳۹/۱۹۶۰ اداره‌ی بهداشت روانی نخستین طرح مفصل سراسری ایران را برای بهداشت روانی تنظیم کرد و در اختیار سازمان برنامه نهاد. این طرح با مبلغی در حدود ۱۶ میلیون تومان برای دوره‌ی پنجساله‌ی برنامه‌ی سوم (۱۳۴۶ - ۱۳۴۱) مورد تصویب قرار گرفت. و در بخش خدمات ویژه‌ی بهداشت در گزارش مقدماتی بهداشت برنامه‌ی سوم، منعکس است. از این طرح مبلغ یکصد و سی هزار تومان، برای ایجاد یک درمانگاه آموزشی نمونه‌ی روانی در تهران، اینک (تاپستان ۴۲) برای مانده‌ی سال ۱۳۴۲ به تصویب رسیده است. قرارداد در هر استان در طی سال‌های آینده یک چنین درمانگاهی تأسیس شود.

پایان سخن

بدیهی است تنها بهبود وضع بیمارستانهای روانی، هدف بهداشت روانی در برنامه‌ی سوم نیست. طبق پژوهش سازمان بهداشت جهانی در حدود ده درصد از ساکنان نقاط متمدن و صنعتی جهان، کم و بیش به انواع بیماری‌های عصبی و روانی مبتلا هستند. اینک با استفاده از این آمار، ما اگر تنها تهران را در نظر گیریم، و ضمناً نیمی از آمار جهانی بیماریهای روانی و عصبی نقاط متمدن را درباره‌ی آن صادق بدانیم - یعنی پنج درصد جمعیت - با توجه به جمعیت تقریبی دو میلیون نفری تهران، در حدود صد هزار تن خواهیم داشت که کم و بیش مبتلا به کسالت‌های ساده یا سخت عصبی و روانی بوده نیازمند به مشاوره و درمان و پیشگیری از تشدید بیماری خود هستند. و نیز با اگر نیم این رقم یعنی دوونیم درصد (۲/۵٪) را برای شهرستانهای بزرگ ایران صادق بدانیم، بدون نیاز به هرگونه تبلیغ جنجالی و اشاعه‌ی تخمین‌های سراسر اوراق آمیز، کافی است که اهمیت لزوم اجرای یک طرح مقدماتی ولی جدی را در ایران یادآور شویم.

پاره‌ای از نتایجی را که میتوان برای اجرای طرح بهداشت روانی، علاوه بر بهبود بیمارستانهای روانی برشمرد عبارتند از:

۱ - آشنائی مردم و برانگیختن رغبت آنان به اصول بهداشت روانی، بویژه برای آماده کردن زمینه برای تهیه‌ی افراد متخصص.

۲ - تربیت افراد متخصص، نظیر پرستاران روانی، روان پزشکان و مددکاران اجتماعی روانی و فراهم ساختن تسهیلات لازم برای خدمت آنان.

۳ - کمک به بهبود وضع روابط زناشویی، کاستن از نزاع‌ها و طلاق‌های زیانمند و رنجهای بیمورد کودکان خانواده‌های ناپسامان و راهنمایی‌های

لازم در مورد دشواری‌های تربیتی کودکان بوسیله‌ی ایجاد کلینیک‌های زاهدنمائی و مشاوره‌ی روانی .

۴ - بهبود وضع زندانها و رسیدگی بمسائل روانی زندانیان و امور جنائی با همکاری با انجمن‌های حمایت زندانیان .

۵ - کمک به معالجه‌ی معتادان بمواد مخدره . چون قسمت مهم معالجه‌ی آنان جنبه‌ی روانی دارد .

۶ - بهبود وضع پرورشگاه‌ها در امور مربوط به بهداشت روانی

۷ - کمک به ایجاد و بهبود پرورشگاه‌های مربوط به کودکان ناقص و عقب مانده و تهیه‌ی برنامه‌های خاص تربیتی و حرفه‌ای برای آنان.

۸ - افزایش قدرت فعالیت و کار افراد ، استفاده‌ی بیشتر از نیروی انسانی در اثر کاستن عوامل التهابی و عصبی.

۹ - کوتاه ساختن دوره‌ی مدت درمان و بازتوانی و نقاهت بیماران ، و در نتیجه کاستن از هزینه‌ی درمانی و افزودن بر نیروی انسانی .

۱۰ - کاستن از نیاز شدید به احتیاجات بالینی و جلوگیری از تراکم زیانمند بیماران در بیمارستانهای روانی در اثر ایجاد درمانگاههای روانی ، برای مراجعات و معالجات سرپائی و در نتیجه باز صرفه جوئی در هزینه های درمانی .

۱۱ - گردآوری اطلاعات لازم و پژوهشی در عِلل بومی بیماری های روانی در ایران ، بمنظور تدبیر و پیشگیری و تجهیز بیشتر در برابر آنها و پیش بینی دقیق سایر نیازمندی‌های آینده .

بایان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی