

## بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان

دکتر مهدی نصر اصفهانی\*، دکتر جعفر عطاری مقدم\*\*، دکتر مریم رسولیان\*\*\*، دکتر میر فرهاد قلعه‌بندی\*\*\*\*،  
دکتر سید مهدی صابری\*\*\*\*\*، دکتر سیدمهدی صمیمی اردستانی\*\*\*\*\*،  
دکتر بنفشه غرایبی\*\*\*\*\*، دکتر الهام شیرازی\*\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** نادیده گرفتن حقوق و آزادی بیماران روانی در جهان شایع است. در حالی که تا سال‌های میانی سده بیستم بیشتر قوانین برای حمایت از جامعه در برابر بیماران روانی وضع شده بود، در سال‌های اخیر دیدگاه قانون‌گذاران بر حفظ حقوق بیماران روانی متمرکز شده است. این بررسی با هدف بازبینی قوانین بستری اجباری کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در این زمینه انجام شده است.

**روش:** در یک بررسی مروری، قوانین بهداشت روان برخی کشورها به‌ویژه در زمینه بستری اجباری بازبینی شده است. اطلاعات این پژوهش در طول مدت دو سال با بازبینی بیش از چهل پایگاه اطلاع‌رسانی و جستجوی دستی پانزده منبع در دسترس، گردآوری شده، قوانین بستری اجباری کشورها و همچنین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در حوزه‌های تفکیک بستری و درمان اجباری، ایجاد محیط‌هایی با کمترین محدودیت، ملاک‌های بستری اجباری، مراجع تشخیص و تأیید بستری اجباری و نیز طول مدت بستری اجباری مقایسه گردیده است.

**یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که سازمان جهانی بهداشت و همچنین بیشتر کشورهای مورد بررسی بر لزوم رعایت اصول زیر در تدوین قوانین بستری اجباری تأکید کرده‌اند: ایجاد محیط با کمترین محدودیت، وجود ملاک‌های "خطرناک بودن" و "نیاز به درمان" برای بستری اجباری فرد، لزوم تشخیص اندیکاسیون بستری اجباری توسط دو نفر، لزوم تأیید اندیکاسیون یادشده توسط مرجع بی‌طرف و طول مدت محدود بستری اضطراری در حد چند روز. همچنین فرآیند بستری و درمان اجباری در برخی کشورها تفکیک و در برخی دیگر ادغام شده است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت رعایت حقوق متقابل بیمار روانی و جامعه، بستری اجباری دربرگیرنده بخش بزرگی از قانون بهداشت روان است. سازمان جهانی بهداشت که بستری اجباری را نه تنها محرومیت از آزادی بلکه یک ضربه روانشناختی می‌داند، اصولی را برای تدوین قانون بستری اجباری، ضروری دانسته است. از سوی دیگر با توجه به کاستی‌های قوانین مربوط به این موضوع در ایران، لزوم از میان برداشتن کاستی‌ها و قانونمند شدن روند بستری اجباری احساس می‌شود.

### کلیدواژه: قانون بهداشت روان، بستری اجباری، بستری اضطراری

\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان. دورنگار: ۰۲۱-۶۶۵۰۶۸۶۲ (نویسنده مسئول).  
E-mail: nassr@iums.ac.ir  
\*\* روانپزشک، عضو مؤسسه پژوهش‌های روان‌شناختی و آسیب‌های اجتماعی.  
\*\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.  
\*\*\*\* روانپزشک، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور.  
\*\*\*\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی.  
\*\*\*\*\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.  
\*\*\*\*\* فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوانان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.



**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. از سوی دیگر دفاع از حقوق بیماران روانی، نگرش نوینی در دهه‌های گذشته پدید آورد که تفاوتی میان بیماران روانی و جسمی نمی‌دید و به وضع قانونی ویژه بیماران روانی باور نداشت (اپلبام<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷).

از آن‌جا که در روان‌پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌های پزشکی، به‌کارگیری مداخله‌های غیراختیاری در برخی شرایط ضرورت پیدا می‌کند و این موضوع، تأثیر چشم‌گیری بر آزادی و حق انتخاب فرد دارد و از سوی دیگر، خطر سوءاستفاده اجتماعی و سیاسی نیز وجود دارد. سال‌هاست که درباره بستری اجباری به‌لحاظ قانونی و اخلاقی دیدگاه‌های گوناگونی ارائه شده و به همین دلیل رویکرد کشورها در این زمینه بر پایه نوع فرهنگ، قوانین جاری و ساختار نظام مراقبت‌های بهداشت روان، متفاوت است. در حالی که چندین بیانیه حقوق بشر مانند معاهده اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های فردی (بین‌دمن<sup>۲</sup>، مینگی<sup>۳</sup> و سزموکلر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳)، بیانیه‌هاوایی<sup>۵</sup> (انجمن جهانی روان‌پزشکی<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳) و قوانین MI<sup>۷</sup> (اجلاس عمومی سازمان ملل متحد، ۱۹۹۱) پذیرفته‌اند که گاهی بستری اجباری بیماران روانی ضرورت می‌یابد، اما برخی گروه‌ها مانند شبکه جهانی کاربران خدمات روان‌پزشکی<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) در هیچ شرایطی بستری اجباری بیماران را روا نمی‌دانند (سازمان جهانی بهداشت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳).

از دهه ۱۹۵۰ به بعد، پس از بیانیه جهانی حقوق بشر<sup>۱۰</sup> (اجلاس عمومی سازمان ملل، ۱۹۴۸)، نظام خدمات‌رسانی بهداشت روان با تغییر نگرش پدران «خدمات‌رسانی به بیماران» که توانایی مراقبت از خود را ندارند» به اندیشه «رعایت حقوق بیماران روانی» تحولی تازه یافت. از این رو، چارچوب قانونی بستری اجباری در بسیاری از کشورها با توجه به بیانیه‌های «حقوق بشر» دگرگون شد. نخستین توافق جامعه روان‌پزشکی برای رعایت کمترین معیارهای اخلاقی درباره بیماران روانی در بیانیه‌هاوایی که توسط انجمن جهانی روان‌پزشکی در سال ۱۹۷۷ منتشر شد، بازتاب یافت (کینگدون<sup>۱۱</sup>، جونز<sup>۱۲</sup> و لونکوویست<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴). این موضوع به‌ویژه پس از چندین گزارش کاربرد نابه‌جای سیاسی از روان‌پزشکی (فولفورد<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۳) اهمیت بیشتری یافت. به‌دنبال بیانیه‌هاوایی (انجمن جهانی روان‌پزشکی، ۱۹۸۳) و منشور انجمن جهانی روان‌پزشکی (انجمن جهانی روان‌پزشکی، ۱۹۸۹) درباره حقوق بیماران

روانی و قطعنامه سازمان ملل<sup>۱۵</sup> برای حمایت از بیماران روانی و ارتقاء بهداشت روان (اجلاس عمومی سازمان ملل، ۱۹۹۱)، رعایت حقوق بشر درباره بیماران روانی بیشتر مورد توجه قرار گرفت. اما این نظریه نیز وجود داشت که تأکید بیش از اندازه بر حقوق بشر ممکن است به بهای از دست رفتن گرایش به نگهداری و درمان مناسب بیماران بیانجامد؛ بنابراین گاهی در موارد ویژه‌ای، ضرورت نادیده گرفتن برخی از این حقوق برای دستیابی به درمان مناسب احساس می‌شود (ترفرت<sup>۱۶</sup>، ۱۹۷۳). با آن‌که از آغاز تدوین قوانین بهداشت روان در بسیاری از کشورها بر کاستن از موارد بستری اجباری تأکید می‌شد (کوران<sup>۱۷</sup>، ۱۹۷۸)، اما بر خلاف این ایده اساسی، در برخی کشورها مانند اتریش و بلژیک پس از تدوین قوانین تازه، بستری اجباری افزایش یافت (لکوپته<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۵؛ هابرفلتر<sup>۱۹</sup> و ریتمانسبرگ<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۶؛ وال<sup>۲۱</sup>، هوتوپف<sup>۲۲</sup>، وسلی<sup>۲۳</sup> و چرچیل<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۹؛ دارسو-شوتنه<sup>۲۵</sup> و مولر<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۱).

اکنون در ایران قانون بهداشت روان وجود ندارد و بستری اجباری فرد تنها از طریق مراجع قضایی امکان‌پذیر است (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۹). از آن‌جا که مواد قانونی درباره این موضوع به‌طور پراکنده در قوانین مدنی و جزایی کشور گنجانیده شده، بررسی هنجارهای بین‌المللی و قوانین سایر کشورها دارای اهمیت زیادی است. در نظرسنجی از روان‌پزشکان کشور (یدالهی و بواله‌ری، ۱۳۸۳)، ۷۵٪ افراد مورد بررسی در طول زندگی حرفه‌ای خود با مشکل قانونی روبه‌رو بوده‌اند و ۷۸٪ نیز بر این باور بوده‌اند که قانونی برای مراقبت از بیماران روانی وجود ندارد. از این رو با توجه به اهمیت موضوع بستری اجباری بیماران روان‌پزشکی، بررسی قوانین کشورها در زمینه بستری اجباری، و تطبیق آنها با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت ضروری به نظر می‌رسد.

**روش**

این بررسی از نوع مروری است و در آن قوانین بهداشت روان چندین کشور به‌ویژه در زمینه بستری اجباری و اصول

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1- Appelbaum                                  | 2- Bindman         |
| 3- Maingay                                    | 4- Szmukler        |
| 5- Hawaii                                     |                    |
| 6- World Psychiatric Association              |                    |
| 7- MI principles                              |                    |
| 8- World Network of Users of Psychiatry       |                    |
| 9- World Health Organization                  |                    |
| 10- The universal declaration of human rights |                    |
| 11- Kingdon                                   | 12- Jones          |
| 13- Lonqvist                                  | 14- Fulford        |
| 15- United Nations General Assembly           |                    |
| 16- Treffert                                  | 17- Curran         |
| 18- Lecompte                                  | 19- Haberfelner    |
| 20- Rittmansberge                             | 21- Wall           |
| 22- Hotopf                                    | 23- Wessely        |
| 24- Churchill                                 | 25- Darsow-Schutte |
| 26- Muller                                    |                    |

جدول ۱- پایگاه‌های اطلاع‌رسانی به‌کار گرفته‌شده در بررسی

aacap.org	europa.eu.int	moh.govt.nz
aapl.org	findlaw.com	psych.org
abanet.org	forensic-psych	psychiatryonline.cn
acpsych.org	hmsso.gov.uk	psychlaws.org
ajp.psychiatryonline.org	hyperguide.co.uk	PsychRights.org
appi.org	iachr.org	pubmed
bazelon.org	icspp.org	rpsych.ac.uk
bjp.rcpsych.org	ijic.org	society.guardian.co.uk
bmj.com	law.slu.edu	unhchr.ch
cemhc.org	lectlaw.com	usdoj.gov
conventions.coe.int	mass.gov	wfmh.org
courts.nt	megalaw.com	who.int
cpa-apc.org	mentalhealth.org.uk	whqlibdoc.who.int
doh.gov.uk	mentalhealthcommission.gov	wpanet.org
en.wikipedia.org	mind.org.uk	

- پیش‌نویس سازمان جهانی بهداشت در مورد قانون‌گذاری در بهداشت روان<sup>۷</sup> (۲۰۰۳)
  - چک لیست سازمان جهانی بهداشت در مورد قانون‌گذاری در بهداشت روان<sup>۸</sup> (۲۰۰۳)
  - قانون بهداشت روان اسکاتلند<sup>۹</sup> (۲۰۰۳)
  - کتاب مرجع سازمان جهانی بهداشت در مورد بهداشت روان، حقوق بشر و قانون‌گذاری<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۵)
  - قانون کفایت روانی انگلستان و ولز<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۵)
  - قانون بهداشت روان انگلیس: راهنمای عملی<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۶)
- ب- منابع فارسی:
- قانون مجازات اسلامی (۱۳۷۵)
  - فصلنامه اندیشه و رفتار
  - مجموعه قوانین موجود در ارتباط با بیمار روانی در ایران

پیشنهادشده از سوی سازمان‌های بین‌المللی که با بهره‌گیری از منابع در دسترس، پایگاه‌های اطلاع‌رسانی و جستجوی دستی گردآوری شده بودند، بررسی گردیدند. این بررسی در سال‌های ۸۵-۱۳۸۳ انجام گردید. پایگاه‌های اطلاع‌رسانی به‌کار گرفته شده در این بررسی در **جدول ۱** گنجانیده شده‌اند.

جستجو در منابع یادشده بالا، به کمک کلید واژه‌های زیر انجام شد:

act, compulsory admission, compulsory hospitalization, compulsory treatment, involuntary admission, involuntary hospitalization, involuntary treatment, law, legislation, mental health act, mental health law, mental health legislation, mental act, mental law & mental legislation

هم‌چنین در منابع زیر جستجوی دستی انجام شد که عبارتند از:

الف- منابع انگلیسی:

- قانون بهداشت روان انگلستان و ولز<sup>۱</sup> (۱۹۸۳)
- قانون بهداشت روان<sup>۲</sup> (۱۹۹۰)
- قانون مراقبت بهداشت روان: ده اصل اساسی<sup>۳</sup> (۱۹۹۶)
- راهنمای قانون بهداشت روان ولز جنوبی<sup>۴</sup> (۱۹۹۸)
- قانون بهداشت روان نیوزیلند<sup>۵</sup> (۱۹۹۷)
- قانون بهداشت روان کوئینزلند<sup>۶</sup> (۲۰۰۰)

1- Mental health act (England, Wales)  
 2- Mental health act 1990  
 3- Mental health care law: ten basic principles (1996)  
 4- Mental health act guide book (NSW-1998)  
 5- Mental health amendment act 1999 (New Zealand)  
 6- Mental health act 2000 (Queensland)  
 7- Draft WHO manual on mental health legislation  
 8- WHO checklist on mental health legislation  
 9- The mental health act 2003 (Scotland)  
 10- WHO resource book on mental health, human rights and legislation  
 11- Mental capacity act 2005 (England, Wales)  
 12- Mental health law: a practical guide

**جدول ۲- مقایسه موارد بستری اختیاری به کل بستری‌ها در برخی کشورها**

نام کشور	بستری اختیاری (درصد)
سوریه، فیجی، مالزی، اروگوئه، پاکستان	۰-۱۰
بحرین، ژاپن، تانزانیا	۱۱-۴۰
یمن، اردن، نروژ، سوئیس	۴۱-۶۰
ماساچوست، استرالیا، جنوبی	۶۱-۸۰
غنا، لهستان، انگلستان، ولز	۸۱-۹۰
قبرس، دانمارک، مصر، سودان	۹۱-۱۰۰

نگاهی به قوانین بهداشت روان کشورهای مورد بررسی نشان می‌دهد که درصد موارد بستری اجباری و اختیاری به کل بستری‌ها در کشورهای مختلف، تفاوت‌های چشم‌گیری دارد. **جدول ۲** به تفاوت میزان بستری اختیاری در برخی کشورها پرداخته است.

یک بررسی در اروپا نشان داد که درصد بیمارانی که به‌طور اجباری در این کشورها بستری می‌شوند از حدود شش مورد در صد هزار نفر (پرتغال) تا ۲۱۸ مورد در صد هزار نفر (فنلاند) متفاوت است (سالیز<sup>۱</sup> و درسینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) (**جدول ۳**).

**جدول ۳- مقایسه درصد موارد بستری اجباری در برخی کشورهای اروپایی**

کشور	بستری اجباری نسبت به کل ایزودها (درصد)	در صد هزار جمعیت
اتریش	۱۸	۱۷۵
بلژیک	۵/۸	۴۷
دانمارک	۴/۶	۳۴
فنلاند	۲۱/۶	۲۱۸
فرانسه	۱۲/۵	۱۱
آلمان	۱۷/۷	۱۷۵
ایرلند	۱۰/۹	۷۴
لوگزامبورگ	۱۲/۱	۹۳
هلند	۱۳/۲	۴۴
پرتغال	۳/۲	۶
سوئد	۳۰	۱۱۴
انگلستان	۱۳/۵	۴۸

در این بررسی، موضوعات زیر در قوانین بستری اجباری کشورها مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است:

- طول مدت بستری
- مرجع تشخیص بستری اجباری
- مرجع تأیید کننده بستری اجباری
- تأکید بر محیط با کمترین محدودیت
- به‌کارگیری معیار «خطرناک بودن»
- به‌کارگیری معیار «نیاز به درمان»
- تفکیک بستری اجباری از درمان اجباری
- درصد موارد بستری اجباری به کل بستری‌ها
- به‌کارگیری تشخیص روان‌پزشکی در بستری اجباری (بر پایه طبقه‌بندی‌های بین‌المللی)

**یافته‌ها**

پیش از بازبینی قوانین بستری اجباری در سایر کشورها، نگاهی به قوانین کشور ایران در این مورد نشان می‌دهد که در حال حاضر در کشور ما قانون تعریف‌شده‌ای برای بستری اجباری بیمارانی روانی وجود ندارد. برخی از قوانین موجود در زمینه بستری اجباری در ایران (اصغرزاده امین، شاه‌محمدی، ۱۳۷۸؛ جعفرزاده، ۱۳۷۵، حجتی اشرفی، ۱۳۷۶) به شرح زیر دیده شده است:

**ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی:** «هرگاه مرتکب جرم، در حین ارتکاب جرم مجنون بوده و یا پس از حدوث جرم، مبتلا به جنون شود، چنانچه جنون و حالت خطرناک او با جلب نظر متخصص ثابت شود به دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسبی نگاهداری خواهد شد و آزادی او به دستور دادستان امکان‌پذیر است.»

**ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی:** «هر نوع عمل طبی یا جراحی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود جرم محسوب نمی‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.»

**ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی:** «هرگاه مجرمین مجنون یا مختل‌المشاعر مختل نظم یا امنیت عمومی و دارای حالت خطرناک باشند، دادگاه ممکن است تشخیص دهد که برای جلوگیری از تکرار جرم، نگهداری یا معالجه مجرم در بیمارستان لازم است.»

**جدول ۴- مقایسه کشورهای اروپایی از نظر تأکید و یا عدم تأکید بر درمان فرد در محیط با کمترین محدودیت**

کشور	بدون تأکید فوق
اتریش، بلژیک، دانمارک، فنلاند، آلمان، یونان، ایرلند، ایتالیا، لوگزامبورگ، هلند، پرتغال، سوئد، انگلستان	تأکید قانون بر اولویت محیط با کمترین محدودیت برای درمان فرد
اسپانیا، فرانسه	

در شش کشور اروپایی اتریش، بلژیک، آلمان، یونان، هلند و انگلستان امکان بستری اجباری بیمار، بدون انجام درمان هم وجود دارد، در حالی که در سایر کشورها چنین امکانی فراهم نشده است. از سوی دیگر فنلاند تنها کشوری است که همه افرادی که به اجبار بستری شده‌اند، در بخش‌های حفاظت‌شده و جدا از بیماران اختیاری نگهداری می‌شوند. هم‌چنین از آنجا که بیماران مجرم گاهی نیاز به مداخله، نگهداری و مراقبت ویژه دارند، در کشورهایی مانند فرانسه، انگلستان، آلمان، سوئد، ایرلند، اسپانیا، یونان، ایتالیا، اتریش، بلژیک، دانمارک، هلند، لوگزامبورگ و فنلاند در برخی موارد و در کشور پرتغال در همه موارد در بخش‌های جدا نگهداری می‌شوند.

**محیط با کمترین محدودیت برای بستری و درمان اجباری فرد**  
در قوانین بهداشت روان بیشتر کشورها، در نظر داشتن محیط با کمترین محدودیت برای درمان بیماران روانی یک اصل است. برای نمونه در قوانین سال ۱۹۷۸ ایتالیا نیز آمده است که تنها هنگامی باید بیمار روان‌پزشکی را بستری نمود که امکان ارزیابی وی در بیرون از بیمارستان وجود نداشته باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت یکی از سه شرط اصلی بستری اجباری فرد را وجود مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت می‌داند (همان‌جا). از این رو، بستری اجباری یک تصمیم نهایی به شمار می‌رود. در **جدول ۴** چند کشور در این زمینه مقایسه شده‌اند.

**تفکیک بستری اجباری از درمان اجباری**

در قوانین برخی کشورها بستری و درمان اجباری از یکدیگر جدا نشده‌اند و درمان فرد، بدون گرفتن رضایت از وی، بی‌درنگ پس از بستری اجباری آغاز می‌شود، زیرا مهم‌ترین هدف بستری اجباری را پیش‌گیری از بدتر شدن شرایط بالینی فرد می‌دانند. با این حال، حق آگاهی‌یافتن از مراحل درمان، عوارض دارویی و درمان‌های جان‌نشین برای بیمار، خانواده و نماینده قانونی‌اش را نادیده نمی‌گیرند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). این نگرش با قوانین حقوق بشر مانند قوانین MI (همان‌جا) که بستری اجباری فرد را در شرایط خاص برای معاینه و درمان پذیرفته است، تناقضی ندارد. از سوی دیگر در برخی کشورها روند اجرای بستری اجباری از درمان اجباری جدا شده است (کمسیون اروپایی، ۲۰۰۲) (**جدول ۵**). پیروان این روش بر این باورند که هر چند بیمار نمی‌تواند برای بستری شدن خود تصمیم‌گیری کند، اما ممکن است که هنوز توانایی تصمیم‌گیری در سایر موارد از جمله درمان‌های گوناگون را داشته باشد. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳)، هیچ‌کدام از روش‌های یادشده را برتر ندانسته، انتخاب هر کدام را با در نظر گرفتن شرایط بیمار و منابع انسانی و مالی مجاز دانسته است.

**جدول ۵- مقایسه برخی کشورها از نظر تفکیک و عدم تفکیک روند بستری اجباری و درمان اجباری**

نام کشور	تفکیک بستری و درمان اجباری	ادغام بستری و درمان اجباری
اتریش	+	
آلمان	+	
فنلاند		+
ایرلند		+
لوگزامبورگ	+	
سوئد	+	
پرتغال		+
انگلستان	+	
یونان		+
دانمارک	+	
بلژیک		+
فرانسه		+
ایتالیا		+
اسپانیا		+
هلند	+	
آلبانی		+
پاکستان		+

## معیارهای بستری اجباری

در تدوین قوانین مربوط به بستری اجباری، دوگانگی دیدگاه «پزشکی» و دیدگاه «رعایت آزادی‌های شهروندی» همواره مورد توجه بوده است. در حالی که دیدگاه «پزشکی»، معیار «نیاز به درمان» را برای بستری اجباری فرد کافی می‌داند، هواداران حقوق بشر بر این باورند که تنها اندیکاسیون بستری اجباری فرد، وجود خطر آسیب به خود یا دیگران است (چودوف<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴). گزارش رسمی شورای اروپا در حمایت از حقوق بیماران روانی (شورای اروپا<sup>۲</sup>، 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 و د- فقدان درمان مناسب دیگر.

یکی از الگوهایی که امروزه برای بستری اجباری مورد توجه تدوین‌کنندگان قوانین بهداشت روان قرار دارد، الگوی «استون<sup>۳</sup>» می‌باشد (هوگ<sup>۴</sup>، اپلبام و گریر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸) 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 تصمیم‌گیری و ه- مناسب بودن درمان.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۶</sup> (۱۹۸۳) پس از معرفی الگوی استون بهره‌گیری از آن را در قوانین شهروندی پیشنهاد نموده است.

همان‌گونه که بیان شد، سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نیز برای بستری اجباری سه شرط اساسی را ضروری می‌داند:

الف- ابتلای فرد به بیماری روانی با شدت تعریف‌شده، ب- خطر آسیب به خود یا دیگران و ج- مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت.

## ابتلا به بیماری روانی

مهم‌ترین موضوعی که در بیشتر قوانین حقوق بشر، بر رعایت آن در بستری اجباری تأکید شده، وجود بیماری روانی در فرد با توجه به معیارهای بین‌المللی است. اما نوع شدت و درجه بیماری روانی در قوانین بهداشت روان کشورها به گونه‌ای متفاوت تعریف شده است. در حالی که برخی، بستری اجباری را برای بیماری‌های روانی خاص مانند «روان‌پریشی» به کار می‌برند، گروهی از اصطلاح «بیماری

روانی شدید» و شماری از کشورها نیز تعاریف گسترده‌تری دارند. برای نمونه در برخی کشورها برای بستری اجباری فرد از تشخیص معینی استفاده می‌گردد (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 می‌کند که نباید جنبه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و هم‌چنین عضویت فرد در گروه‌های نژادی، مذهبی و فرهنگی در تشخیص بیماری روانی دخالت داده شود.

## «خطرناک بودن» و «نیاز به درمان»

در الگوی «انگلیسی» بستری اجباری، وجود «بیماری روانی» با درجه معینی در نظر گرفته شده که «نیاز به درمان» را برای فرد، ضروری می‌سازد؛ 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 گرفته‌اند، 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 می‌دانستند. پس از آن، معیار «خطر آسیب‌رساندن فرد به خود و دیگران» که قانون بهداشت روان آمریکا پایه‌گذار آن بود از مهم‌ترین ملاک‌های بستری اجباری به شمار می‌آمد. نخستین بار در ایالت کالیفرنیا آمریکا این معیار برای بستری نمودن اجباری بیماران روانی به کار گرفته شد و سپس سایر ایالت‌ها نیز از آن پیروی نمودند (هوگ و همکاران، ۱۹۸۹). برخی از کشورهایی که بر پایه این الگو قانون‌گذاری کرده‌اند، عبارتند از: اتریش، بلژیک، کانادا (انتاریو)، آلمان، اسرائیل، هلند، ایرلند شمالی، روسیه، تایوان و برخی نواحی استرالیا. در **جدول ۶** برخی کشورها از نظر به کارگیری معیار خطرناک بودن و نیاز به درمان مقایسه شده‌اند.

1- Chodoff

2- Council of Europe

3- Stone

4- Hoge

5- Greer

6- American Psychiatric Association

**جدول ۶ - مقایسه برخی کشورها در مورد به کارگیری معیارهای «خطرناک بودن» و «نیاز به درمان» برای بستری اجباری\*\***

معیار به کار رفته	نام کشور
بیماری روانی + خطرناک بودن	اتریش، بلژیک، فرانسه*، آلمان، لوگزامبورگ، هلند
بیماری روانی + خطرناک بودن یا	دانمارک، فنلاند، یونان، ایرلند،
بیماری روانی + نیاز به درمان	پرتغال، انگلستان
بیماری روانی + نیاز به درمان	ایتالیا، اسپانیا، سوئد

\* در فرانسه اگر بستری اجباری با درخواست خانواده و نزدیکان باشد معیار «خطرناک بودن» و هم چنین «نیاز به درمان» ضروری است، اما در نوعی که با دخالت پلیس انجام می شود «نیاز به درمان» شرط نیست.

\*\* در کشورهای فنلاند، اسپانیا، سوئد، ایرلند و پرتغال، «فقدان بینش» نیز ضروری است.

### فرآیند بستری اجباری

در حالی که فرآیند بستری اجباری در الگوی «آمریکایی» عمدتاً فرآیندی قضایی است، در الگوی «انگلیسی»، به درخواست بستگان بیمار و مددکار اجتماعی آموزش دیده در کنار اندیکاسیون های پزشکی در این زمینه بهای بیشتری داده می شود. به هر روی، این فرآیند را می توان با نگاه به دو موضوع «مرجع تشخیص دهنده» و «مرجع تأیید کننده» با جزئیات بیشتری بررسی نمود.

### مرجع تشخیص بستری اجباری

لزوم تعیین اندیکاسیون بستری اجباری توسط دو فرد مورد تأیید و یا آموزش دیده بهداشت روان از سال های دور در تدوین قوانین بهداشت روان کشورهای مختلف مورد توجه بوده است. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نیز تأکید دارد که دو نفر از کارکنان آموزش دیده بهداشت روان باید تأیید نمایند که بستری اجباری برای فرد، ضروری است. در حالی که در کشورهای توسعه یافته، نظریه روان پزشکان و پزشکان عمومی در این زمینه مورد توجه قرار می گیرد (جدول ۸)، در کشورهایی که با محدودیت پزشک روبه رو هستند از روان شناسان، مددکاران و یا روان پرستاران آموزش دیده نیز کمک گرفته می شود. هم چنین اصل شانزدهم قطعنامه اجلاس عمومی سازمان ملل (۱۹۹۱) تأکید دارد که دو فرد آموزش دیده بهداشت روان باید لزوم بستری اجباری فرد را گواهی کنند و نیز گزارش رسمی شورای اروپا در حمایت از حقوق بیماران روانی (شورای اروپا، ۲۰۰۰) به روشنی تعیین اندیکاسیون بستری اجباری را توسط روان پزشک یا پزشک با تجربه ضروری دانسته است.

نگاهی به قوانین بهداشت روان برخی از کشورها نشان می دهد در حالی که کشورهایی مانند استرالیا، کانادا، مصر و پاکستان برای تعیین اندیکاسیون بستری اجباری نظر دو نفر را به کار می گیرند، کشورهایمانند برزیل، نیجریه، لهستان و رومانی از یک نفر و ژاپن، هند و یمن نیز بر حسب شرایط بالینی از نظر یک یا دو نفر بهره می گیرند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۰). جدول ۸، به مقایسه برخی دیگر از کشورهای اروپایی در این زمینه پرداخته است.

در حالی که تعیین سطح و درجه بندی «خطرناک بودن» در برخی کشورها مانند اتریش تعریف شده است، در قوانین کشورهایی چون یونان تعریف نشده است (جدول ۷). گفتنی است که قانون بهداشت روان آمریکا بیش از سایر کشورها با جزئیات به تعریف «خطرناک بودن» پرداخته است. از سوی دیگر در برخی قوانین بهداشت روان به مواردی پرداخته شده است که به تنهایی مشمول بستری اجباری نمی شوند (مانند بی بندوباری جنسی، انحراف جنسی، مصرف مواد).

**جدول ۷ - مقایسه برخی کشورها در مورد درجه بندی معیار «خطرناک بودن» و وجود معیارهای استثنا**

کشور	درجه بندی «خطرناک بودن»	وجود معیارهای استثنا
اتریش	+	+
آلمان	+	+
فنلاند	+	-
ایرلند	+	+
لوگزامبورگ	-	-
سوئد	+	+
پرتغال	+	-
انگلستان	-	+
یونان	-	+
دانمارک	+	-
بلژیک	+	-
فرانسه	+	-
ایتالیا	-	-
اسپانیا	-	-
هلند	+	-



جدول ۸- مقایسه برخی کشورهای اروپایی در مورد مرجع تشخیص بستری اجباری

نام کشور	اولین معاینه توسط روان‌پزشک	اولین معاینه توسط هر پزشک	یک نفر	دو نفر	بیش از دو نفر
اتریش	+			+	
آلمان*		+	+		
فنلاند**		+			+
ایرلند	+			+	
لوگزامبورگ		+		+	
سوئد		+		+	
پرتغال	+			+	
انگلستان***	+			+	
یونان	+			+	
دانمارک		+	+		
بلژیک		+	+		
فرانسه		+	+	+	
ایتالیا		+		+	
اسپانیا	+			+	
هلند****	+			+	

\* آلمان: در برخی ایالت‌ها از پزشک و در برخی دیگر از روان‌پزشک استفاده می‌شود. \*\* فنلاند: پزشک، معاینه خارج از بیمارستان و روان‌پزشک، معاینه داخل بیمارستان را بر عهده دارد. \*\*\* انگلستان: یکی از دو پزشک باید روان‌پزشک باشد. \*\*\*\* هلند: در شرایط اضطراری هر پزشکی می‌تواند تأیید نماید.

### مرجع تأییدکننده بستری اجباری

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) با تأکید بر این مطلب که بستری اجباری، محرومیت از آزادی، آسیب فردی و انگ سیاسی، قضایی و اجتماعی به شمار می‌رود، به ضرورت تأیید اندیکاسیون بستری اجباری فرد توسط مرجع بی‌طرف اشاره نموده است. این مرجع که از سوی دستگاه قضایی گماشته شده، باید دیدگاه‌های بیمار، خانواده و نماینده قانونی وی را در نظر بگیرد. گزارش شورای اروپا در حمایت از حقوق بیماران روانی (شورای اروپا، ۲۰۰۰) نیز بر تأیید اندیکاسیون بستری اجباری توسط یک مرجع بی‌طرف تأکید نموده است. بند سوم اصل شانزدهم قطعنامه اجلاس عمومی سازمان ملل (۱۹۹۱) نیز بر لزوم به‌کارگیری مرجع مستقل و با کفایت که از سوی دستگاه قضایی گماشته شده باشد تأکید دارد. بازبینی قوانین ۴۳ کشور جهان توسط

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۵ نشان داد که دریافت دستور مرجع قضایی و یا فرد منتصب از سوی دستگاه قضایی در کشورهای قبرس، یمن، غنا، هند، عراق، نیجریه، پاکستان، رومانی، سنگال، تانزانیا و ایالت‌های ایندیانا و ماساچوست آمریکا پیش از بستری فرد و در سایر کشورها پس از بستری وی ضروری است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۰). این بررسی هم‌چنین نشان داد که در کشورهای استرالیا، سوئیس، فیجی، مصر، پرو، سودان، نروژ، مالزی، ولز، انگلستان و اروگوئه کمیسیون زیر نظر دستگاه قضایی وظیفه نظارت بر همه موارد بستری اجباری را بر عهده دارد. در **جدول ۹**، نمونه‌هایی از مراجع که در کشورهای مختلف، نقش تأییدکننده بستری اجباری را دارند، نشان داده شده است. در برخی از کشورها در شرایط مختلف، مراجع متفاوتی این وظیفه را بر عهده دارند.

**جدول ۹- مقایسه برخی کشورها از نظر مراجع تأییدکننده بستری اجباری**

مرجع تأییدکننده	نام کشور
دادگاه (قاضی)	سوئیس (باسل)، رومانی، سنگال، مالزی، تانزانیا، قبرس، اردن، پرو، آمریکا (ایندیانا و ماساچوست)، لهستان، سوریه، بحرین، استرالیا (جنوبی و یکتوریا)
نماینده قانون	پاکستان، هند، یمن، غنا، نیجریه، فیجی، اوگاندا، ترینیداد و توباگو
رئیس بیمارستان یا مرکز روان پزشکی	لهستان، پرو، سوریه، ژاپن
دادیار عمومی	رومانی و فرانسه
پزشک قانونی	سوئیس (باسل)
هیئت (کمیته) نظارت	مصر، نروژ
شهردار و قاضی	ایتالیا

**جدول ۱۰- مقایسه برخی کشورها در مورد مرجع تأییدکننده بستری اجباری و سقف زمانی تعیین شده**

نام کشور	مرجع غیر پزشکی	مرجع پزشکی	سقف زمانی برای دریافت تأیید مرجع بی طرف
اتریش	+		۴ روز
بلژیک	+		۱۵ روز
دانمارک		+	۲۴ ساعت تا ۷ روز
فنلاند		+	۳ روز
فرانسه	+		۲۴ ساعت تا ۱۵ روز
آلمان	+		۲۴ ساعت تا ۱۴ روز
یونان	+		۱۰ روز
ایرلند		+	۲۴ ساعت
ایتالیا	+		۲ روز
لوگزامبورگ	+		۳ روز
هلند	+		۵ روز
پرتغال	+		۱۲ روز
اسپانیا	+		تعیین نشده
سوئد		+	۴ روز
انگلستان	+		۱۴ روز

**جدول ۱۱- مقایسه حداکثر طول مدت بستری اجباری در برخی کشورها**

نام کشور	حداکثر طول مدت بستری
اتریش، استرالیا	۳ ماه
بلژیک	۴۰ روز
دانمارک	تعیین نشده
فنلاند	۹ ماه
فرانسه	تعیین نشده
آلمان	۶ هفته
یونان	۶ ماه
ایرلند	۲۱ روز
ایتالیا	۷ روز
لوگزامبورگ	۱۴ روز
هلند	۳ هفته
پرتغال	تعیین نشده
اسپانیا	تعیین نشده
سوئد	۴ هفته
انگلستان	ارزیابی: ۲۸ روز درمان: ۶ ماه

سالیز و درسینگ (۲۰۰۴) نشان دادند که در ده کشور اروپایی، تأیید نهایی اندیکاسیون بستری اجباری برعهده یک مرجع غیر پزشکی (قاضی، دادیار، شهردار و یا مرجع غیروابسته به سیستم پزشکی) و در پنج کشور نیز برعهده روان پزشکی یا سایر کارکنان آموزش دیده بهداشت روان است. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) برای گرفتن تأیید مرجع بی طرف، تعیین چارچوب زمانی را ضروری می‌داند. در **جدول ۱۰**، برخی کشورها در این زمینه با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

**طول مدت بستری اجباری**

در بسیاری از کشورهای مورد بررسی، سقف زمانی برای بستری اجباری تعیین شده است (به جز دانمارک، فرانسه، پرتغال و اسپانیا) و پس از پایان این مدت برای ادامه نگهداری فرد، باید مجوز کمیسیون یا هیئت تجدیدنظر گرفته شود (**جدول ۱۱**).

### بستری اضطراری کوتاه مدت

در اغلب کشورها برای بستری اضطراری (اورژانسی)، نیازی به تأیید مرجع بی طرف نیست (به جز کشورهای دانمارک، فنلاند و ایرلند که روند اصلی بستری اجباری در موارد اضطراری نیز باید رعایت گردد). این نوع بستری که طول مدت آن بسیار کوتاه می باشد تنها در شرایط «بحرانی» که خطر آسیب رساندن به خود و یا دیگران از سوی بیمار وجود دارد و امید می رود که این خطر با درمان کوتاه مدت از میان برود، به کار می رود. در قوانین بهداشت روان کشورهای مختلف، طول مدت این گونه بستری از یک روز (کشورهای ترینیداد و توباگو، اووگوئه، هلند، لوگزامبورگ، اسپانیا، سوئد و ایالت باسل سوئیس) تا چند هفته (دو هفته در غنا و استرالیا و سه هفته در نروژ) متفاوت است. گفتنی است که در کشور فیجی و آلمان مدت یادشده، ۲۴ ساعت تا چند روز؛ ژاپن، لسوتو، اتریش، فرانسه، یونان، ایتالیا و پرتغال، ۴۸ ساعت؛ آفریقای جنوبی، قبرس، انگلستان، ولز و آمریکا (آیندیانا)، ۷۲ ساعت؛ رومانی، پنج روز؛ نیجریه و مالزی، چند روز؛ پرو، بلژیک و ایالت ماساچوست آمریکا، ۱۰ روز و در غنا و استرالیا، ۱۴ روز در نظر گرفته شده است.

### بحث

بستری 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. گفتنی است که قوانین بستری اجباری در برخی کشورها مانند یونان، ایتالیا و اسپانیا از قوانین سلامت عمومی کشور جدا نشده و مهم ترین دلیل آن کمک به کاهش انگ بیماری روانی دانسته شده است.

در زمینه بستری اجباری بررسی های اندکی انجام شده است. در بررسی های انجام شده کشورهای معدودی مورد بررسی بوده اند (لافونت<sup>۱</sup> و پرست<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ لگمیت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ فورستر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ لیزبتن<sup>۵</sup> و ایگودت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). از سوی دیگر مؤثر بودن بستری اجباری در برخی بررسی ها مورد تردید قرار گرفته است (آبرامسون<sup>۷</sup>، ۱۹۷۲)، اما به هر روی در هنگام تدوین قوانین مرتبط با بستری اجباری با کمترین محدودیت برای درمان فرد، تعادل در این سه زمینه همواره مورد توجه

بوده است: ۱- رعایت حقوق بشر، ۲- نیاز به درمان و ۳- امنیت و آسایش جامعه.

بررسی ها نشان داده اند که اگر معیارهای مناسبی برای ارایه مراقبت های بهداشت روان در مراکز ارایه دهنده خدمات روان پزشکی وجود داشته باشد، میزان بستری اجباری کاهش می یابد (انگبرگ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱). یافته ها تا اندازه ای تفاوت میزان بستری اجباری را در جوامع شهری نسبت به جوامع روستایی توجیه می نمایند (میلر<sup>۹</sup> و فیدلمن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۳؛ اسپنگلر<sup>۱۱</sup> و بوهم<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۹). از سوی دیگر رابطه مثبتی بین میزان بستری اجباری و شمار تخت های روان پزشکی دیده شده است و به هر اندازه که بر درمان های جامعه نگر بیشتری تأکید شود از میزان بستری اجباری کاسته می شود (مالکولم<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۹). روشن است که در زمینه تصمیم گیری برای بستری اجباری، ترکیبی از عوامل گوناگون فرهنگی، قانونی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی دخالت دارند (فالکنر<sup>۱۴</sup>، مک فارلند<sup>۱۵</sup> و بلوم<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۹؛ سالیز<sup>۱۷</sup> و درسینگ<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴).

رسیدن به تشخیص بیماری روانی با شدت معین و هم چنین «خطرناک بودن» فرد (در الگوی آمریکایی) و «نیاز به درمان» (در الگوی انگلیسی) از معیارهای اساسی بستری اجباری بیماران روانی به شمار می روند. از آن جا که در الگوی «آمریکایی»، بر معیار «خطرناک بودن» نسبت به «نیازمند درمان بودن» بیشتر تأکید می شود، فرآیند بستری اجباری در آمریکا بیشتر جنبه جنایی دارد. در آغاز تصور این که به کارگیری معیار فوق باعث از دست رفتن شانس مراقبت و درمان مؤثر تعداد قابل توجهی از بیماران روانی و هم چنین افزایش احتمال ارجاع آنها به دستگاه قضایی می گردد، اعتراض بسیاری از روان پزشکان را نیز در آمریکا در پی داشته است (آبرامسون، ۱۹۷۲). گروهی بر این باور بودند که ایجاد محدودیت در بستری اجباری باعث افزایش موارد بحران های خانوادگی و نیز بی خانمانی بیماران مزمن روانی خواهد شد (لامب<sup>۱۹</sup> و میلز<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۶) و به همین دلیل در تدوین قوانین

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1- Laffont    | 2- Priest     |
| 3- Legemaate  | 4- Forster    |
| 5- Lysbetten  | 6- Igodt      |
| 7- Abramson   | 8- Engberg    |
| 9- Miller     | 10- Fiddleman |
| 11- Spengler  | 12- Bohme     |
| 13- Malcolm   | 14- Faulkner  |
| 15- McFarland | 16- Bloom     |
| 17- Salize    | 18- Dressing  |
| 19- Lamb      | 20- Mills     |

کشورهای مختلف، «الگوی انگلیسی» بیشتر مورد توجه قرار گرفت.

سگال<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) نشان داد که معیار «خطرناک بودن» بیش تر متوجه بیماران مرد جوان و معیار «نیاز به درمان» بیشتر متوجه بیماران زن مسن تر است. در برخی مناطق استرالیا یکی از معیارهای «خطرناک بودن»، خطر آسیب فیزیکی به خود و دیگران است. عدم مسئولیت پذیری مالی و برخی بی بندوباری های جنسی بیماران دو قطبی نیز به عنوان ملاک «خطرناک بودن» به شمار رفته است (سینگ<sup>۲</sup>، کروداک<sup>۳</sup>، بک<sup>۴</sup> و هاریسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). در ژاپن برای بستری شدن اجباری فرد، معیار «خطرناک بودن» یک اصل است ولی چنانچه خانواده بیمار، درخواست دهنده باشد تنها معیارهای «بیمار روانی بودن» و «نیاز به درمان» کافی است.

گرچه در آغاز، قوانین بستری اجباری برای حمایت جامعه در برابر بیماران روانی خطرناک وضع شده است، این ابهام هم چنان پا برجاست که معیارهای خطرناک بودن «بیماری روانی» برای جامعه نسبت به معیارهای خطرناک بودن یک فرد عادی چیست. از سوی دیگر تأکید بر وجود «خطرناک بودن» به عنوان یک معیار ضروری برای بستری اجباری ممکن است به معنی غیرقابل کنترل بودن و خطر آفرین بودن بیماران روانپزشکی تلقی شود و در نهایت به انگ بیماری روانی دامن زند (انگرمایر<sup>۶</sup> و ماتسشینگر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ فلان<sup>۸</sup> و لینک<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸).

در قوانین مختلف بهداشت روان تشخیص معیارهای بستری اجباری به یک یا دو نفر از کارکنان آموزش دیده بهداشت روان (بسته به شرایط و امکانات) که مستقل از یکدیگر، فرد را معاینه می کنند سپرده شده است. این کارکنان آموزش دیده، دربرگیرنده روان پزشکان، پزشکان، روان پرستاران، روان شناسان و مددکاران اجتماعی هستند. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نیز تشخیص معیارهای بستری اجباری معاینه دو فرد آموزش دیده و برای تأیید ضرورت بستری اجباری دخالت یک مرجع مستقل که اغلب از سوی دستگاه قضایی گماشته شده است را ضروری دانسته است. از سوی دیگر ضرورت تأیید بستری اجباری توسط یک مرجع مستقل نیز مورد توافق بیشتر کشورهای مورد بررسی است. سازمان جهانی بهداشت توجه به بیانیه های جهانی حقوق بشر ۱۹۴۹، حقوق کودکان ۱۹۵۹، حقوق افراد عقب مانده ذهنی ۱۹۷۱ و حقوق افراد ناتوان ۱۹۷۶ را برای تدوین قوانین

بهداشت روان ضروری دانسته است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۰). اما در مواردی که بستری اجباری بر پایه شرایط بحرانی انجام می شود (بستری کوتاه مدت اضطراری از یک تا ۲۱ روز) نیازی به تأیید مرجع بی طرف نیست. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) میانگین مدت این نوع بستری را در کشورهای مختلف، سه تا پنج روز دانسته است.

دسترسی نداشتن به قوانین بهداشت روان همه کشورهای صاحب قانون از محدودیت های مهم این بررسی به شمار می رود. هم چنین موضوعات دیگری در زمینه قوانین بستری اجباری مطرح است که در این بررسی به آنها پرداخته نشده که عبارتند از: حق دادخواهی، روش های تجدیدنظر، مهار حرکتی و جداسازی، تشنج درمانی و حق آگاهی فرد از حقوق خود. پیشنهاد می شود که این موضوعات در بررسی های دیگری مورد توجه قرار گیرند.

در ایران نیز ضرورت قانونمند شدن بستری اجباری بیماران روانی احساس می شود چرا که در شرایط کنونی ممکن است پزشک، بیمار بالقوه خطرناکی را بستری اجباری نماید ولی از سوی بیمار یا وکیل وی با عنوان های آدم ربایی، زندانی نمودن و یا سلب آزادی مورد تعقیب قضایی قرار گیرد (با استناد به ماده ۶۲۱ قانون مجازات اسلامی). همین احساس نیاز باعث شد که تدوین پیش نویس قانون بهداشت روان ایران از مدتی پیش آغاز گردد.

### سپاسگزاری

از آنجا که مقاله هم زمان با طرح تدوین پیش نویس قانون بهداشت روان در ایران نگارش شده است، از اداره کل سلامت روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان و نیز همکاری علمی و حمایت اجرایی دکتر جعفر بوالهروی سرکار خانم صفیه اصغرزاده امین قدردانی می شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۹/۲۶؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۷

1- Segal  
3- Croudace  
5- Harrison  
7- Matschinger  
9- link

2- Singh  
4- Beck  
6- Angermeyer  
8- Phelan

منابع

- Darsow-Schütte, K. I., & Muller, P. (2001). Zahl der Einweisungen nach psychkg in 10 jahren verdoppelt. *Psychiatrische Praxis*, 28, 226-229.
- Engberg, M. (1991). Involuntary commitment in Greenland, the Faeroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 353-356.
- European Commission (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Faulkner, L. R., McFarland, B. H., & Bloom, J. D. (1989). An empirical study of emergency commitment. *American Journal of Psychiatry*, 146, 182-186.
- Forster, R. (1997). *Psychiatrische macht und rechtliche kontrolle*. Wien: Döcker.
- Fulford, K. W., Smimov, A. Y., & Snow, E. (1993). Concepts of disease and abuse of psychiatry in the USSR. *British Journal of Psychiatry*, 162, 801-810.
- Haberfellner, E. M., & Rittmannsberger, H. (1996). Compulsory commitment to a psychiatric hospital: The status in Austria [in German]. *Psychiatrie Praxis*, 23, 139-142.
- Hoge, S. K., Appelbaum, P. S., & Greer, A. (1989). An empirical comparison of the stone and dangerousness criteria for civil commitment. *American Journal of Psychiatry*, 146, 170-175.
- Kingdon, D., Jones, R., & Lonnqvist, J. (2004). Protecting the human rights of people with mental disorder: New recommendations emerging from the Council of Europe. *British Journal of Psychiatry*, 185, 277-279.
- Kokkonen, P. (1993). Coercion and legal protection in psychiatric care in Finland. *Medicine and Law*, 12, 113-124.
- Laffont, I., & Priest, R. G. (1992). A comparison of French and British mental health legislation. *Psychological Medicine*, 22, 843-850.
- Lamb, H. R., & Mills, M. J. (1986). Needed changes in law and procedure for the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 475-480.
- Lecompte, D. (1995). The paradoxical increase in involuntary admissions after the revision of the Civil Commitment Law in Belgium. *Medicine and Law*, 14, 53-57.
- Legemaate, J. (1995). Involuntary admission to a psychiatric
- اصغرزاده امین، صفیه؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۸). مجموعه قوانین موجود در ارتباط با بیمار روانی در ایران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۴، ۷۱-۹۶.
- جعفرزاده، علی (۱۳۷۵). *متن کامل قانون مجازات اسلامی مصوب*. تهران: چاپ و نشر بازگانی.
- حجتی اشرفی، غلامرضا (۱۳۶۹). *مجموعه کامل قوانین و مقررات جزایی با آخرین اصلاحات و الحاقات*. تهران: کتابخانه گنج دانش.
- حجتی اشرفی، غلامرضا (۱۳۷۶). *مجموع قوانین اساسی-مدنی*. تهران: کتابخانه گنج دانش.
- یدالهی، زهرا؛ بوالهبری، جعفر (۱۳۸۳). دیدگاه‌های روانپزشکان شهر تهران درباره قوانین بهداشت روان در ایران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۴۹-۴۴.
- Abramson, M. F. (1972). The criminalization of mentally disordered behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 23, 101-105.
- American Psychiatric Association (1983). Guidelines for legislation on the psychiatric hospitalization of adults. *American Journal of Psychiatry*, 140, 672-679.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 159-164.
- Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: An international perspective on the law of involuntary commitment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 25, 135-147.
- Bindman, J., Maingay, S., & Szmukler, G. (2003). The Human Rights Act and mental health legislation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 91-94.
- Chodoff, P. (1984). Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *American Journal of Psychiatry*, 141, 384-389.
- Council of Europe (2000). *White paper regarding a draft recommendation on legal protection of persons suffering from mental disorders especially those placed as involuntary patients*. Strausbourg: Council of Europe.
- Curran, W. J. (1978). Comparative analysis of mental health legislation in forty-three countries: A discussion of historical trends. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1, 79-92.

- hospital: Recent European developments. *European Journal of Health Law*, 2, 15-32.
- Lysbetten, T., & Igodt, P. (2000). Compulsory psychiatric admission. *Psychiatric Bulletin*, 24, 66-68.
- Malcolm, L. (1989). Bed availability as a significant influence on rates of committal to New Zealand's psychiatric hospitals. *New Zealand Medical Journal*, 102, 8-9.
- Miller, R. D., & Fiddleman, P. B. (1983). Emergency involuntary commitment: A look at the decision-making process. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 249-254.
- Phelan, C., & Link, B. G. (1998). The growing beliefs that people with mental illness are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 7-12.
- Riecher-Rössler, A., & Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients: An international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Segal, S. P. (1989). Civil commitment standards and patient mix in England/Wales, Italy, and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 146, 187-193.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A., & Harrison, G. (1996). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 39-44.
- Spengler, A., & Böhme, K. (1989). Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. *Nervenarzt*, 60, 226-232.
- Stone, A. A. (1975). *Mental Health and Law: A System in transition*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Treffert, D. A. (1973). Dying with their rights on. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1041-1049.
- United Nations General Assembly (1948). Resolution 217 A (III): *Universal declaration of human rights*. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly (1991). Resolution 46 (119). *Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care (MI principles)*. New York: United Nations.
- Wall, S., Hotopf, M., Wessely, S., & Churchill, R. (1999). Trends in the use of the Mental Health Act: England 1984-96. *British Medical Journal*, 318, 1520-1521.
- World Health Organization (1980). *The law and mental health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1999). *Report on the intercountry consultation on mental health legislation in different law traditions*. Alexandria, Egypt: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization (2003). *Draft WHO manual on mental health legislation*. Geneva: WHO.
- World Network of Users of Psychiatry (2001). *Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care*. Vancouver: WPA.
- World Psychiatric Association (1977). *The declaration of Hawaii*. New York: WPA.
- World Psychiatric Association (1983). *The declaration of Hawaii*. Vienna: WPA.
- World Psychiatric Association (1989). *Statement and viewpoints on the rights and legal safeguards of the mentally ill. World congress, Athens*. New York: WPA.

## Involuntary Treatment and Hospitalization: Review of Mental Health Acts

Nasr Esfahani, M., Attari Moghadam, J., Rasoulia, M., Ghalehbandi, M., Saberi, S. M., Samimi-Ardestani, S. M., Gharraee, B., Shirazi, E. (2008). Involuntary treatment and hospitalization: Review of mental health acts. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 4-16.

### Abstract

**Objectives:** Disregard of the rights of the mentally ill is a prevalent condition in the world. Whereas until the mid twentieth century most legislations were enacted to protect the society against individuals with mental disorders, in recent years the attitudes of legislators has been focused on protecting the rights of the mentally ill. The aim of this study is to review the laws related to involuntary hospitalization in different countries, and world Health Organization (WHO)'s recommendations in this regard.

**Method:** In a review study, the mental health act of some countries especially concerning involuntary hospitalization is evaluated. Information was gathered in a two year period through review of more than 40 electronic sources and hand searching 15 available sources. Laws of involuntary hospitalization of countries as well as World Health Organization comments on separation of involuntary treatment and hospitalization, establishing environments with the least restrictions, criteria for involuntary hospitalization, authorities of diagnosis and certification of involuntary hospitalization and the duration of involuntary hospitalization were compared.

**Results:** This study reveals that the WHO and most studied countries have emphasized the imposing of the following rules: The establishment of the least restrictive environment, the presence of "dangerousness" and "need to treatment" as criteria for involuntary hospitalization, the requirement of two accredited persons for determination of indication of hospitalization, the approval of the mentioned indication by an impartial source, and the limitation of the duration of emergency hospitalization to a few days. Also, the process of involuntary hospitalization and treatment are separated in some countries and combined in some others.

**Conclusion:** Considering the significance of the reciprocal rights of the society and the mentally ill, involuntary hospitalization encompasses a major part of mental health legislations. WHO considers involuntary hospitalization to be not only a deprivation of liberty but also a psychological trauma, and deems the establishing of principles for involuntary hospitalization law necessary. In addition, considering the insufficiency of legislations related to this issue in Iran, a need to deal with the insufficiencies and legalize the process of involuntary hospitalization is evident.

**Key words:** mental health legislation, involuntary hospitalization, emergency hospitalization

*Mehdi Nasr Esfahani\**, Jafar Attari Moghadam <sup>a</sup>, Maryam Rasoulia <sup>b</sup>, Mirfarhad Ghalehbandi <sup>b</sup>, Seyed Mehdi Saberi <sup>c</sup>, Seyed Mehdi Samimi-Ardestani <sup>d</sup>, Banafsheh Gharraee <sup>e</sup>, Elham Shirazi <sup>f</sup>

\* Corresponding author: Psychiatrist, Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute and Mental Health Research Centre, Shahid Mansoori Alley, Niayesh St., Sattarkhan Ave., Tehran, Iran, IR.  
Fax: +9821-66506862

E-mail: nassr@iums.ac.ir

<sup>a</sup> Psychiatrist, Member of Institute for Psychological Studies and Social Traumas;

<sup>b</sup> Psychiatrist, Assistant Prof. of Iran University Medical Sciences; <sup>c</sup> Psychiatrist, Assistant Prof. of Organization of Forensic Medicine;

<sup>d</sup> Psychiatrist, Associate Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences;

<sup>e</sup> PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences;

<sup>f</sup> Fellowship of Child and Adolescent Psychiatry, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences