

## Research Paper

### Development of the Draft of Law (Mental Health Act)



CrossMark

Mehdi Nasr Esfahani<sup>1,2\*</sup>, Jafar Attari Moghadam<sup>3</sup>

1. Psychiatrist, Rasool Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Psychiatrist, Central Petroleum Hospital, Tehran, Iran.



**Citation:** Nasr Esfahani M, Attari Moghadam J. [Development of the Draft of Law (Mental Health Act) (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 23(1):50-67. <https://doi.org/10.18869/NIRP.IJPCP.23.1.50>

**doi:** <https://doi.org/10.18869/NIRP.IJPCP.23.1.50>

Received: 02 Aug. 2016

Accepted: 20 Dec. 2016

## ABSTRACT

**Objectives** Mental health acts have been developed in different countries to protect human and civil rights of people with psychiatric disorders. In Iran, although there are some scattered laws within the existing body of laws, there is no separate mental health act. The aim of the present project was to prepare a draft pertaining to the mental health act in the country.

**Methods** The draft of the mental health act was developed over three stages. In the first stage, the authors reviewed the existing literature on domestic and foreign codified laws. Thereafter, the selection procedure of one mental health act, which seemed more complete and thorough as a model and guide, took place. Then, various issues were discussed from different vantage points in group sessions; and finally, keeping in mind the cultural aspects, the first draft of the act was prepared. The draft was sent to a number of mental health experts, organizations, governmental and non-governmental institutions, and their views were summarized and categorized. Following that, the disputed issues were presented at a national workshop in which various experts and stakeholders participated. Their opinions were summed up and the initial draft was finalized. In the second stage, at the Center for Ethics and History of Medicine, where a number of lawyers participated, the draft was converted into the form of legal codes (articles) and like the first stage, the opinions of legal experts, judicial authorities and a large number of universities, governmental and non-governmental organizations were obtained. In order to make the final decision, the conflicting views were addressed at a second national workshop, where the final corrections were made, and the draft spanning 10 chapters and 112 articles was prepared. In the third stage, considering the suggestion of the legal office of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, the prepared text was revised and the draft was condensed into 50 articles.

**Results** The first draft of the mental health act was developed over 8 years and included six chapters and 50 articles. The draft includes chapters on Definitions, Hospitalization, Involuntary Treatment, Special Treatment Methods, special groups, and other provisions.

### Key words:

Mental health act, Iran, Involuntary hospitalization, Criminal patient, Guardianship

## Extended Abstract

### 1. Introduction

I

n many parts of the world, people afflicted with psychiatric disorders belong to the

community of socially vulnerable people. In addition to the obvious suffering caused by mental disorders, these people face burnout resulting from the stigma associated with mental disorder and separation from society. Unfortunately, they are neglected and suffer from sexual-phys-

### \* Corresponding Author:

Mehdi Nasr Esfahani, MD

Address: Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 88512143

E-mail: mehdinassr@gmail.com

ical and psychological abuse. In addition, they deal with the prospect of losing their jobs and obtaining access to services.

With regard to patients with mental frailties, Iran has accorded them with more dignity in comparison with the rest of the world. Mental health laws in countries have been developed to protect the human and civil rights of people with mental disorders. In Iran, although there are laws sporadically in the collection of existing laws, there is no separate mental health legislation. The aim of this project was to develop a draft of mental health law in Iran.

## 2. Method

The draft law on mental health has been developed over three phases. In the first phase, people responsible for drafting reviewed the resources about domestic and foreign codified law and selected, among other countries, the most comprehensive mental health legislation as an example and guide. Thereafter, various subjects were mentioned in group meetings with respect to various aspects of the debate and finally, keeping cultural aspects in mind, the initial draft was prepared. The draft was sent to a large number of mental health professionals, government agencies, and non-governmental organizations, and their views were collected and classified. Then, the areas of conflict were discussed in a national workshop attended by experts and stakeholders. Their views were summarized, and the final draft was edited. In the second stage, the written material of the draft became law in Ethics and History of Medicine Research Center in the presence of some lawyers. Like the first stage, the comments of legal experts, a large number of academic centers, governmental and nongovernmental organizations were collected. For a final decision, inconsistent comments were mentioned in the country second workshop and the last reforms applied and the draft was finalized on 10 chapters and 112 articles. In the third stage, acting upon the suggestion from the legal office of the Ministry of Health and Medical Education, the text prepared was revised and the draft summarized across six chapters and 50 articles.

## 3. Results

Finally, after 27 sessions of 4 hours duration each, the draft of the Mental Health Law was codified with an article as an introduction and six chapters comprising a total of 50 articles. Draft chapters included the first chapter, titled Definitions, which had 1 article and 18 clauses. The second chapter titled Involuntary Hospitalization and Treatment had 11 articles while the third chapter titled Specific Methods of Treatment had 7 articles. The fourth

chapter titled Punitive Patient had six articles, and the fifth chapter titled Special Groups had 4 articles. The sixth chapter titled Other Provisions had 20 articles. In the end, the fifth edition of the draft law was developed.

In the first chapter, all terms used were defined in the draft law including severe mental disorder, psychological crisis, compulsory community treatment, serious injury, severe mental disorder and involuntary hospitalization. The second chapter is devoted to involuntary hospitalization and treatment. The third chapter concerns specific methods of treatment. In this chapter, legal provisions related to compulsory community treatment, therapy, restrain, isolation or detention were provided. The fourth chapter is related to criminal cases. In addition to taking into account the expert aspects of subject matter, in the provisions of this chapter the rights of these patients have also been considered. The fifth chapter is about the special groups. According to the law, these groups are referred to as certain groups of people under 18 and over 65 years of age as well as those who, for any reason, are unable to manage their financial affairs. Chapter six is about the development of insurance services, establishing judicial hospitals and penalties for violators of the law. From the beginning till the development of the fifth edition, this plan consumed 18,000 man-hours.

## 4. Discussion

Finally, after intensive work group with experts in the field of Medicine, Psychology, Law, conducting two large surveys with the help of experts, and organizing two workshops in the country, the draft pertaining to the Mental Health Law was developed. The various chapters of the draft, especially the ones which deal with the loss of patients' rights such as Involuntary Hospitalization, Compulsory Treatment, Punitive Patients or Special Patient Groups, were developed in such a way that patients' rights be respected as much as possible. In this respect, the content of this draft is similar to a lot of mental health laws existing in developed countries [18-22].

In addition to the presence of a system of independent assessment within the draft, at all stages of involuntary hospitalization and treatment, the right of a person to protest was considered as was the way in which the protests were to be handled. The methods, mentioned in this draft, used for involuntary hospitalization are to a certain extent similar to the ones used in other countries [26]. Despite the similarities, there are differences as well. In this draft, the aspects of cultural and social structures were considered. For example, the drafters tried to develop a document which would not only be applicable to the existing

organizational structures but also aid in the development of such structures. The draft was, however, less comprehensive in comparison with the mental health regulations of some developed countries [18, 20].

Although it cannot be claimed that the draft developed is devoid of any shortcomings, but it is, with no doubt, one draft law that has been developed and prepared in conjunction with the greatest number of experts in the legislation and codification history of Iran. The major constraint that arose in the development of this draft was the lack of comments from patients and their families which originally should be administered to them after the adoption of the law. The prepared draft cannot be invoked in any way and must be approved by the Parliament.

### **Acknowledgments**

Office of the Mental-Social Health, and Addiction at the Ministry of Health and Medical Education, and School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, have financially supported the present paper.

### **Conflict of Interests**

The authors declared no conflicts of interest.

## تدوین پیش‌نویس قانون سلامت روان

\* مهدی نصر اصفهانی<sup>۱</sup>، جعفر عطاری مقدم<sup>۲</sup>

- ۱- روانپزشک، بیمارستان حضرت رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
 ۲- دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
 ۳- روانپزشک، بیمارستان فوق تخصصی مرکزی صنعت نفت، تهران، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ مرداد ۱۳۹۵  
 تاریخ پذیرش: ۳۰ آذر ۱۳۹۵

**اهداف:** قوانین بهداشت روان در کشورها برای حفظ حقوق انسانی و مدنی افراد مبتلا به اختلال روانی تدوین شده‌اند. در ایران در مجموعه قوانین موجود به صورت پراکنده قوانینی وجود دارد، اما قانون بهداشت روانی مستقلی وجود ندارد. هدف از این طرح تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان در ایران است.

**مواد و روش‌ها:** پیش‌نویس قانون بهداشت روان طی سه مرحله تدوین شد. در مرحله اول تدوین‌کنندگان، منابع موجود درباره قوانین مدون داخلی و خارجی را مرور کردند و از بین قوانین بهداشت روان کشورهای دیگر، یکی را که به نظر از همه کامل‌تر بود، به عنوان نمونه و راهنما انتخاب کردند. پس از آن درباره موضوعات مختلف در جلسات گروهی از جنبه‌های مختلف بحث و تبادل نظر انجام شد و در نهایت با رعایت وجوه فرهنگی، پیش‌نویس اولیه تدوین شد. این پیش‌نویس برای تعداد زیادی از کارشناسان بهداشت روان کشور، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی ارسال و نظر آنان جمع‌آوری و طبقه‌بندی شد. سپس موضوعاتی که بر سر آن‌ها اختلاف نظر بود، در یک کارگاه کشوری با حضور صاحب‌نظران مطرح و نظر آنان جمع‌بندی و پیش‌نویس اولیه ویرایش نهایی شد. در مرحله دوم در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی با حضور چند نفر از حقوق‌دانان، پیش‌نویس تدوین‌شده به مواد قانونی تبدیل شد و مجدداً همچون مرحله اول، نظر کارشناسی صاحب‌نظران حقوقی و مراجع قضایی و تعداد زیادی از مراکز دانشگاهی، سازمان‌های دولتی و غیردولتی جمع‌آوری شد. برای تصمیم‌گیری نهایی، نظرات مغایر در کارگاه دوم کشوری مطرح و آخرین اصلاحات لازم انجام و پیش‌نویس در ۱۰ فصل و ۱۱۲ ماده نهایی شد. در مرحله سوم بر اساس پیشنهاد دفتر حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متن تهیه‌شده بازنگری و پیش‌نویس در ۶ فصل و ۵۰ ماده خلاصه شد.

**نتیجه‌گیری:** پیش‌نویس قانون بهداشت روان طی ۸ سال در ۶ فصل و ۵۰ ماده تدوین شد. فصل‌های پیش‌نویس شامل تعاریف، بستری و درمان اجباری، روش‌های خاص درمانی، بیمار کیفری، گروه‌های ویژه و مقررات دیگر است.

## کلیدواژه‌ها:

قانون بهداشت روان، ایران، بستری اجباری، بیمار کیفری، قیومیت

## تصمیم‌گیری قلمداد می‌شوند.

## مقدمه

از طرف دیگر گاهی نیز خطرناک بودن به کل بیماران تعمیم داده می‌شود و با این توجیه ابزارهای محدودیت آنان تقویت می‌شود. یکی از اهداف تدوین قانون بهداشت روان، ارائه راهکارهای قانونی برای حفظ کرامت و حقوق انسانی و مدنی افراد مبتلا به اختلال روانی است. در سال‌های اخیر، دیدگاه قانون‌گذاران بر حفظ حقوق بیماران مبتلا به اختلالات روانی متمرکز شده است. قانون بهداشت روان فراتر از مراقبت و درمان افراد مبتلا و درحقیقت ساختاری قانونی است که ابعاد مهم سلامت روان از قبیل دسترسی به خدمات مراقبتی، بازتوانی، بازگشت بیماران به جامعه و پیشبرد بهداشت روان در دیگر بخش‌های جامعه را شامل می‌شود [۱].

در بسیاری از نقاط دنیا افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بخشی از افراد آسیب‌پذیر اجتماع را تشکیل می‌دهند. این افراد علاوه بر رنج آشکار ناشی از وجود اختلال روانی، با فرسودگی ناشی از برجسب اختلال روانی و جدایی از جامعه روبه‌رو هستند. متأسفانه غفلت و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی و روانی از این بیماران شایع است. علاوه بر این، بیماران با طرد از جامعه، از دست دادن موقعیت‌های شغلی و محرومیت از دسترسی به خدمات مواجه هستند. این در حالی است که بیشتر بیماران مبتلا به اختلال روانی ظرفیت تصمیم‌گیری در حوزه‌های مختلف زندگی‌شان را دارند. گاهی اختلال روانی با ناتوانی شدید ذهنی معادل در نظر گرفته می‌شود و از این‌رو، این بیماران بدون قدرت

\* نویسنده مسئول:

دکتر مهدی نصر اصفهانی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان.

تلفن: ۸۸۵۱۲۱۴۳ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: mehdinassr@gmail.com

در سال ۱۹۹۶ سازمان جهانی بهداشت سندی منتشر کرد که در آن به ده اصل اساسی برای تدوین قانون بهداشت روان اشاره می‌کند [۵]. این سند به مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل اتکا می‌کند که طی آن اصول حمایت از افراد مبتلا به اختلالات روانی و بهبود مراقبت از آنان در سال ۹۱ به تصویب رسید [۶]. سند سازمان جهانی بهداشت بر اساس تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای قوانین بهداشت روان در ۴۵ کشور جهان و در اصل به منظور پاسخ به نیازهای کشورهای عضو تدوین شده است. این سند شامل اصول کلیدی و رهنمودهای اجرایی واضح و روشن است که با هدف تشریح اصول اساسی قانون برای بهداشت روان و با حداقل تأثیرپذیری از فرهنگی خاص تنظیم شده است [۵].

در تاریخ گذشته ایران جایگاه بیماران روانی در مقایسه با دیگر کشورهای جهان بهتر بوده است. در حالی که در اروپای قرون وسطی «دیوانگان» را مأمّن شیاطین می‌دانستند و برای وادار کردن ارواح خبیثه به ترک بدن «جن‌زده» انواع آزار و شکنجه‌ها را به این دردمندان بینوا روا می‌داشتند. در ایران بخشی از دارالشفای یزد به بیماران روانی اختصاص یافته بود [۷]. همچنین با ظهور ستارگان درخشانی در آسمان پزشکی دوران اسلامی در ایران همچون ابوبکر محمد ابن زکریای رازی (۲۵۱-۳۱۳)، ابوعلی سینا (۳۷۰-۴۲۷) و سید اسماعیل جرجانی (۴۳۳-۵۳۱) طب قدیم ایران به اوج خود رسید و چندین سده پرچم‌دار جهان پزشکی شد [۸].

مطالعه آثار این بزرگان به خوبی نشان می‌دهد که رویکردی که در اروپای قرون وسطی درباره بیماران روانی وجود داشته، در تاریخ گذشته پزشکی کشور ما جایگاهی نداشته است. ابن سینا در این باره می‌گوید: «برخی اطبا عقیده دارند که مالیخولیا کار «جنیان» است. ما که طب را یاد می‌گیریم، اهمیت نمی‌دهیم که از جن است یا از جن نیست. ما می‌گوییم که مالیخولیا کار جن باشد یا نباشد مزاج بیمار به سودایی می‌انجامد. پس سبب نزدیکش وجود ماده سوداست. بگذارید وجود آورنده سودا جن باشد یا غیرجن، به ما چه مربوط.» با چنین رویکردی به خوبی روشن است که در گذشته بزرگان پزشکی ایران، بیماری‌های عمده روانی را ناشی از اختلال مزاجها و اثر بیماری‌زایی آنها بر مغز می‌دانستند، در همه حال مبتلایان را بیمار می‌دانستند، برای آنها توجیه پزشکی قائل شده‌اند و آنها را در طبقه‌بندی بیماری‌ها جای داده‌اند، برای بهبودشان روش‌های درمانی پزشکی در نظر گرفته‌اند. این بزرگان افراد بیمار را محترم می‌شمردند، از آنان دستگیری می‌کردند، در بیمارستان‌ها جایشان می‌دادند و به درمانشان می‌پرداختند [۷].

بدون تردید در آن روزگار، اندیشه‌ها و اعتقادات مذهبی این اندیشمندان در شکل‌دادن رفتار آنان نسبت به این بیماران سهم بسزایی داشته است. برای نمونه حدیثی از پیامبر اکرم (ص)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۵ در کشورهایی که برای افراد مبتلا به اختلال روانی قوانین مدون داشتند نشان داد هر چند تا آن زمان بیشتر قوانین، برای حمایت از افراد مبتلا به اختلال روانی وضع شده بود، رویکرد جدید این کشورها تسهیل روند بستری و ترخیص بیماران بوده است تا امکان درمان مناسب و سریع‌تر آنان فراهم شود. از این‌رو، بیمارستان‌های بزرگ روان‌پزشکی بخش عمده خدمات بهداشت روان قلمداد می‌شد. اما از آنجا که این مراکز امکانات محدودی داشتند، شرایط نگهداری افراد در این مراکز نامطلوب بود. از حدود سال ۱۹۶۰ مراکز جامعه‌نگر به خدمات سلامت روان اضافه شد تا طیف گسترده‌تری از خدمات تشخیصی، درمانی، مشاوره و مراقبت‌های پس از ترخیص برای افراد مبتلا ایجاد شود. از نظر تاریخی، به دنبال صدور بیانیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸، بیانیه جهانی حقوق کودکان در سال ۱۹۵۹ صادر شد.

پس از آن در سال ۱۹۷۱ بیانیه جهانی حقوق عقب‌ماندگان ذهنی و در سال ۱۹۷۶ بیانیه جهانی حقوق افراد ناتوان که شامل افراد مبتلا به اختلال روانی هم بود تدوین شد. در بیانیه اخیر تأکید شده است که حقوق افراد ناتوان به‌ویژه حقوق شهروندی آنان مشابه حقوق شهروندان دیگر است. از سال ۱۹۶۰ در اروپا و آمریکا تغییرات اساسی در قوانین مربوط به بیماران بستری در بیمارستان‌های این کشورها مشاهده شد. بسیاری از این کشورها در طول زمان قوانین خود را بازنگری و قوانین پیشرفته‌تری جایگزین قوانین قبلی کردند [۲]. احترام به حقوق بیماران و تعیین چهارچوب قانونی برای آن در تاریخ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشورها سوابق طولانی دارد.

قانون بهداشت روان شامل مقرراتی است که برای حمایت و کنترل افراد بیمار، سامان‌دهی بستری اجباری، فرایند تجدید نظر، ترخیص و حمایت از اموال بیماران و دیگر موارد تدوین شده است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، ۹۱/۸ درصد از کشورهای اروپایی قانون بهداشت روان دارند و این رقم برای کشورهای حوزه مدیترانه شرقی ۵۷/۱ درصد است. در جدول شماره ۱ درصد کشورهایی که به وضع قانون در خصوص بهداشت روان پرداخته‌اند بر اساس توالی زمان ذکر شده است. در جدول شماره ۲ درصد وجود قانون در حیطه بهداشت روان در کشورهای مناطق مختلف سازمان بهداشت جهانی آورده شده است [۳]. همان‌گونه که در این جدول مشخص است، بیش از ۳۰ درصد از کشورها قانون بهداشت روان ندارند. این موضوع اهمیت زیادی دارد، زیرا بیش از یک‌سوم جمعیت جهان تحت پوشش قانون بهداشت روان نیستند. در گزارش دیگری که در سال ۲۰۱۴ منتشر شده است، از بین ۹۹ کشوری که گزارش خود را برای WHO ارسال کرده‌اند، ۳۷ درصد از آنها قانون بهداشت روان مستقل نداشته‌اند [۴].

جدول ۱. درصد کشورهایی که در طول زمان قانون در زمینه بهداشت روان داشته‌اند

سال‌ها	درصد کشورها
تا سال ۱۹۵۰	۱۵/۹
۱۹۶۱-۱۹۷۰	۸۷
۱۹۷۱-۱۹۸۰	۱۰/۱
۱۹۸۱-۱۹۹۰	۱۲/۳
۱۹۹۱-۲۰۰۰	۴۰/۶
بعد از ۲۰۰۰	۱۲/۳

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

مستقلی برای بهداشت روان تاکنون مدون نشده است، از دیرباز در مجموعه قوانین مختلف کشور، اعم از قانون مدنی، قانون مجازات اسلامی، قانون امور حسبی، قانون دادن حضانت فرزندان صغیر یا محجور به مادران (مصوب مرداد ماه ۱۳۶۴)، قانون اقدامات تأمینی (مصوب اردیبهشت ۱۳۳۹)، قانون حمایت خانواده (مصوب بهمن ماه ۱۳۳۵) و قانون اجازه پرداخت حق‌الزحمه به بیماران روانی که در کارگاه‌های حرفه‌ای یا رشته‌های خدماتی به کار گمارده می‌شوند، به جنبه‌های مختلف حقوق بیماران روانی پرداخته شده است [۱۱، ۱۲].

در این قوانین از اصطلاحاتی همچون جنون، سفیه، اختلال مشاعر و غیره استفاده شده است که از نظر علمی بر سر تعریف روشن و مشخص آن‌ها توافق وجود ندارد، ولی به هر حال توانسته است تا حدودی مشکلات و معضلات بیماران را پاسخ‌گو باشد [۱۳]. با پیشرفت روزافزون بهداشت روان در کشور به خصوص پس از ادغام بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی و افزایش آگاهی مردم و مسئولان به حقوق بیماران، ضرورت تدوین قانون بهداشت روان به تدریج در محافل علمی، بیش از پیش احساس شد. در گزارش WHO از جلسه مشورتی کشورها در

منقول است که: «رسول گرامی (ص) در میان اصحاب بود که مردی بر ایشان گذشت. یکی از ایشان گفت این مرد، مجنون است. رسول خدا (ص) فرمودند که این مرد، بیمار است نه مجنون. مجنون کسی است که در نافرمانی خداوند مقصر باشد.» [۹].

علاوه بر این، رعایت احترام به حقوق بیماران در فقه اسلامی سابقه‌ای دیرینه دارد و فقهای اسلامی اعم از فقهای عامه و فقهای امامیه، رضایت بیمار را برای هر گونه اقدام درمانی لازم دانسته‌اند. از دیدگاه فقهای امامیه، رضایت بیمار شرط اساسی برای مشروعیت معالجه است و طبیب در صورت نگرفتن رضایت بیمار یا اولیای وی، ضامن است [۱۰]. امام خمینی (ره) نیز طبیب را در صورتی که بدون اذن بیمار به مداوا بپردازد، حتی اگر در علم پزشکی مهارت داشته باشد، ضامن آنچه که تلف کرده است می‌داند [۱۰]. با توجه به آنچه که به اختصار گفته شد، به‌خوبی روشن است که در تاریخ فرهنگی و دینی ایرانیان جایگاه بیماران روانی محترم شمرده شده و برای آنان علاوه بر امکانات درمانی، حقوقی نیز در نظر گرفته شده است.

بررسی قوانین موجود در ایران نشان می‌دهد که اگرچه قانون

جدول ۲. وضع قوانین بهداشت روان در مناطق مختلف سازمان بهداشت جهانی

مناطق WHO	درصد کشورها	درصد جمعیت تحت پوشش
آفریقا	۷۹/۵	۹۴/۴
آمریکا	۷۵	۸۹/۱
مدیترانه شرقی	۵۷/۱	۷۰/۸
اروپا	۹۱/۸	۹۰/۱
جنوب شرقی آسیا	۶۳/۶	۹۵/۹
غرب اقیانوس آرام	۷۶	۱۳/۹
جهان	۷۸	۶۹/۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

ملاک‌های زیر انتخاب کرد:

مشارکت افراد از مراکز دانشگاهی مختلف، تنوع تخصصی گروه تدوین‌کننده، آشنایی اولیه با موضوع یا حداقل سابقه کارشناسی کمیسیون‌های پزشکی قانونی کشور و علاقه‌مندی به موضوع و امکان وقت‌گذاری.

با رعایت ملاک‌های مذکور گروه اولیه با پنج روان‌پزشک عضو هیئت علمی با تجربه کارشناس کمیسیون‌های پزشکی قانونی، سرپرست بخش روان‌پزشکی قانونی کشور، یک روان‌شناس بالینی علاقه‌مند، یک نفر فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان انتخاب شدند. علاوه بر گروه مذکور، ۱۴ نفر دیگر که ۸ نفر از مسئولان و کارشناسان وقت اداره کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یک نفر معاون وقت رئیس دادگستری استان تهران، دو نفر حقوق‌دان، دو نفر روان‌شناس بالینی و یک نفر فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان بودند، در صورت لزوم با گروه اولیه همکاری می‌کردند.

در جلسات اولیه بر سر روش کار به این شرح توافق شد:

بررسی مقررات و قوانین بین‌المللی در خصوص تدوین قانون؛ بررسی قوانین بهداشت روان چند کشور غربی، اسلامی و آسیایی در دسترس؛ بررسی قوانین مرتبط با بیماران روانی در مجموعه قوانین جمهوری اسلامی ایران؛ انتخاب یک نمونه جامع از جدیدترین قوانین بهداشت روان به عنوان مدل؛ انتخاب موضوعی خاص و بحث گروهی درباره جنبه‌های مختلف آن با توجه به منابع موجود و نوشتن طرح اولیه پیش‌نویس توافق‌شده درباره آن موضوع؛ نظرسنجی از سازمان‌ها، نهادها، مراکز مختلف مرتبط با قانون و صاحب‌نظران کشوری و برگزاری کارگاه کشوری با حضور پیشکسوتان و صاحب‌نظران برای بررسی موضوعات مورد اختلاف و نهایی کردن متن پیش‌نویس قانون.

این مرحله حدود دو سال به طول انجامید. طی این دو سال پس از بررسی متون اولیه، قانون بهداشت روان ویلز که از نظر تنوع موضوعات کامل‌تر و جدیدتر بود، به عنوان راهنما انتخاب شد [۲۲-۱۸]. با انتخاب موضوعات مختلف و بحث و تبادل نظر گسترده و اقلان در خصوص تک‌تک آن‌ها، سرانجام طرح اولیه پیش‌نویس نوشته شد. در این مرحله در بعضی از جلسات برای بررسی بیشتر و درک بهتر موضوع از اداره سرپرستی وزارت دادگستری و بعضی از کارشناسان حقوقی دعوت می‌شد تا موضوع از جنبه‌های مختلف دقیق‌تر تجزیه و تحلیل شود. در تیرماه ۱۳۸۴ به منظور ایجاد وحدت رویه در کل مجموعه کارگاه دو روزه‌ای با حضور تدوین‌کنندگان تشکیل شد که طی آن بر اصول زیر توافق شد تا در پیش‌نویس رعایت شود. در تدوین پیش‌نویس قانون به کرامت انسان و احترام به حقوق او به عنوان محوری‌ترین ویژگی تأکید شد.

خصوص قانون بهداشت روان در کویت (۱۹۹۷)، مشاور ایرانی برنامه‌های بهداشت روان در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به ضرورت تدوین قوانین بهداشت روان با توجه به رویکردهای فرهنگی، مذهبی و شرایط اقتصادی کشورها تأکید کرده و اظهار کرده است که قانون بهداشت روان باید برنامه‌های ملی بهداشت روان را حمایت و به رویکردهای جدید درمانی توجه کند. در همین گزارش، نماینده ایران در جلسه مذکور ضمن بیان تاریخچه کوتاهی از بیماری روانی در ایران به این موضوع اشاره کرده است که قانون بهداشت روان در ایران وجود ندارد، ولی به دادستان عمومی وظایف مهمی در قانون مدنی جدید داده شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به مشورت با متخصصان، دعوت از کارشناسان به دادگاه و انتساب قیّم اشاره کرد. او تأکید کرده است که در ایران، قانونی برای بستری اختیاری وجود ندارد و بستری اجباری نیز فقط از طریق دادگاه امکان‌پذیر است. این نماینده تدوین قانون بهداشت روان مستقل را ضروری دانسته و تأکید کرده است که قانون باید بر اساس روان‌پزشکی مدرن و با تکیه بر روان‌پزشکی اجتماعی تدوین شود [۱۴].

در سال ۱۳۷۸ نخستین فراخوان همکاری برای تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان را در جمهوری اسلامی ایران درخواست شد [۱۵] و به دنبال آن مجموعه قوانین مرتبط با بیماران روانی در ایران جمع‌آوری و چاپ شد [۱۶]. در سال ۱۳۸۲ تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان به صورت پروژه‌ای در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و در نهایت پروژه تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان به انستیتو روان‌پزشکی تهران واگذار شد. هم‌زمان با آغاز پروژه طی مطالعه‌ای، دیدگاه‌های روان‌پزشکان تهران درباره قوانین بهداشت روان کشور بررسی شد. در این مطالعه بیش از ۷۰ درصد از روان‌پزشکان شرکت‌کننده قوانین موجود را نارسا دانستند و ۶۲ درصد هم بر این باور بودند که قوانین موجود در زمینه بستری و ترخیص بیماران نارساست [۱۷].

## روش

پیش‌نویس قانون بهداشت روان در سه مرحله متفاوت تدوین شد. روش به صورت کار گروهی متمرکز تدوین‌کنندگان، نظرسنجی از سازمان‌ها و صاحب‌نظران و برگزاری دو کارگاه کوچک و دو کارگاه کشوری بود.

## فرایند تدوین طرح پیش‌نویس قانون سلامت روان

### مرحله اول: تدوین طرح اولیه

پس از واگذاری طرح به انستیتو روان‌پزشکی تهران، مجری پروژه با توجه به اهمیت موضوع و جنبه ملی و کشوری، پیش‌نویس قانون گروه تدوین‌کنندگان را با مشورت با پیشکسوتان و بر اساس

## انتخاب واژگان جدید

تدوین‌کنندگان به این توافق رسیدند که در تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان از واژه جنون استفاده نشود، زیرا این واژه از نظر روان‌پزشکی قانونی، تعریف روشن و مشخصی ندارد و نمی‌تواند گویای وضعیت روانی فرد در برابر قانون باشد. در حالی که جنون از نظر بیشتر روان‌پزشکان، معادل روان‌پریشی است، در قانون صفت کسی است که قدرت تشخیص نفع و ضرر و حسن و قبح را ندارد [۱۳]. جنون طیف وسیعی از اختلالات عضوی مغز، اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی، اختلالات ناشی از مواد اعتیادآور و زوال عقل را دربر می‌گیرد [۲۳] که این واژه به دلیل سیر متفاوت این اختلالات، نمی‌تواند گویای وضعیت روانی فرد در برابر قانون باشد.

به عبارت دیگر، فرد روان‌پریش می‌تواند عملکرد خوب و فرد روان‌پریش دیگری ممکن است عملکرد بد داشته باشد. به همین دلیل در طرح اولیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان از واژگان جدید استفاده و برای هر کدام تعریف مشخصی ارائه شد. برای مثال «آشفته‌گی روان» انتخاب و از نظر قانون به فردی اطلاق شد که این سه ملاک مشخص را هم‌زمان با هم داشته باشد: ابتلا به بیماری شدید روانی و خطر آسیب به خود یا دیگران و وجود عوامل مؤثر در استمرار و وخامت فرد. به همین ترتیب برای دیگر واژه‌های انتخاب‌شده از جمله واژه‌های به‌کاررفته در سه ملاک مذکور نیز تعریف مشخصی ارائه شد.

واژگان اصلی که مقرر شد در طرح اولیه به کار گرفته شوند، عبارت بودند از: آشفته‌گی روان، بیماری روانی، آسیب جدی، رفتار غیرمنطقی، آسیب فیزیکی، بستری اختیاری، بستری اجباری، درمان جامعه‌نگر، مهار حرکتی، جداسازی، بیماران کیفری و رضایت.

## انطباق پیش‌نویس با قوانین موجود

تدوین‌کنندگان تلاش کردند تا با بهره‌گیری از قوانین جاری کشور، پیش‌نویس قانون بهداشت روان تا حد ممکن بتواند محدودیت‌های قوانین موجود را برطرف سازد و به تکمیل آن‌ها کمک کند. همچنین جنبه‌های فرهنگی و اعتقادی مردم ایران در آن لحاظ شود.

## بهره‌گیری از تعالیم اسلامی

از آنجا که در فقه اسلامی، درمان با تأکید بر رضایت بیمار است، تدوین‌کنندگان به مفهوم رضایت بیمار در همه جوانب قانونی به عنوان یک اصل مسلم توجه و در تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان بر آن تمرکز ویژه کردند.

## قابلیت اجرا

تدوین‌کنندگان ضمن بازنگری طرح اولیه پیش‌نویس بر این نکته تأکید کردند که متن قانون باید با ساختارهای موجود

در کشور هماهنگی داشته باشد؛ به همین دلیل در طرح اولیه پیش‌نویس قانون، حتی‌الامکان سعی کردند از عنوان‌هایی استفاده کنند که در ساختارهای سیستم بهداشت و درمان کشور وجود داشته است یا امکان ایجاد آن چندان دشوار نباشد.

پس از برگزاری کارگاه و تعیین خط مشی کلی، برای تحقق اهداف کارگاه، گروه به طور منظم کار خود را ادامه داد و در دی‌ماه ۱۳۸۴، پیش‌نویس اولیه را تهیه کرد. همچنین در اوایل بهمن‌ماه ۱۳۸۴ با برگزاری مجدد کارگاه دو روزه داخلی، طرح پیش‌نویس اولیه بازنگری و متن تهیه‌شده ویرایش شد. پس از بازنگری و انجام آخرین اصلاحات مدنظر، ویرایش نخست پیش‌نویس قانون بهداشت روان آماده ارائه به صاحب‌نظران شد. فصل‌های این پیش‌نویس شامل تعاریف، بستری اختیاری، بستری اجباری، درمان جامعه‌نگر، تشنج درمانی، مهار حرکتی و جداسازی، قیومیت و قانون بهداشت روان، رضایت به درمان طبی، گروه‌های ویژه، بیماران کیفری، جایگاه پلیس در قانون بهداشت روان و دو پیوست است. در هر فصل موضوع مدنظر به تفصیل شرح و چگونگی اجرای آن‌ها بیان شده است.

## کسب نظر کارشناسان و سازمان‌ها

متن کامل ویرایش نخست پیش‌نویس به گونه‌ای در کتابچه‌ها ارائه شد تا امکان اظهار نظر درباره بندبند آن‌ها به طور جداگانه فراهم آید. کتابچه پیش‌نویس به صورت حضوری و پستی برای تعدادی از سازمان‌ها، نهادهای مربوطه و افراد صاحب‌نظر در کل کشور (در مجموع ۷۵ کتابچه)، اعضای هیئت‌ممتحنه دانش‌نامه تخصصی روان‌پزشکی کشور، گروه‌های روان‌پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی (اصفهان، اهواز، ایران، تبریز، تهران، شهید بهشتی، شیراز، علوم بهزیستی و توانبخشی، کرمان، گیلان و مشهد)، گروه‌های روان‌شناسی بالینی (ایران، علوم بهزیستی و توانبخشی)، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، سازمان‌ها و نهادهای رسمی کشور (معاونت قضایی قوه قضائیه، دیوان عدالت اداری، فرهنگستان علوم پزشکی کشور، سازمان نظام پزشکی کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور، سازمان بهزیستی کشور، ستاد سازمان‌دهی درمان و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن، اداره کل پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی)، انجمن‌های علمی (انجمن علمی روان‌پزشکان کشور، انجمن روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان ایران، انجمن علمی روان‌شناسی بالینی ایران)، بیمارستان‌های روان‌پزشکی خصوصی تهران (آزادی، ایرانیان، رضایی، سجاده، سعادت آباد، مهرگان، میمنت) و انجمن غیردولتی حمایت از بیماران اسکیزوفرنیا (احبا) فرستاده شد.

پس از ارسال کتابچه‌ها، سه بار به صورت تلفنی پیگیری لازم برای دریافت پاسخ انجام شد. از بین مراجعی که پیش‌نویس برای آن‌ها ارسال شده بود، تنها فرهنگستان علوم پزشکی برای ادای توضیحات لازم از ریاست انستیتو و مجری طرح دعوت کرد تا به



صورت حضوری در جلسه آنان حاضر شوند. به دنبال این درخواست طی دو جلسه حضوری تاریخچه قانون و پیش‌نویس تهیه‌شده شرح داده شد و به سؤال‌های اعضا پاسخ داده شد [۲۴، ۲۵].

### یافته‌ها

از مجموع ۷۵ کتابچه ارسالی ۱۶ عدد بی‌جواب (۲۱/۳ درصد)، ۴ عدد پاسخ شفاهی (۵/۳ درصد) و ۵۵ کتابچه با پاسخ برگشت (۷۳/۴ درصد) داده شد. تعدادی از موارد جواب‌داده‌نشده پیگیری و در نهایت مشخص شد که تعدادی از آن‌ها مربوط به افرادی بود که در دو موقعیت مختلف بودند و بنابراین دو کتابچه دریافت کرده‌اند و تنها به یکی از آن‌ها پاسخ داده بودند. با حذف این موارد حدود ۸۰ درصد کتابچه‌های ارسالی با پاسخ برگشت.

پس از دریافت کتابچه‌های ارسالی، دبیر اجرایی طرح تمامی نظرات ارائه‌شده را به گونه‌ای جمع‌بندی کرد تا تمام پیشنهادها و نظرات اصلاحی مربوطه به هر صفحه به طور جداگانه گردآوری شود تا امکان بررسی نظرات کارشناسان درباره پیش‌نویس آسان‌تر شود. با توجه به اهمیت نظرات استادان و صاحب‌نظران کشور، مجموعه‌ای حاوی خلاصه تمامی نظرات و پیشنهادها به طور جداگانه تهیه شد. در مجموع کل کتابچه‌ها ۶۴۰ نظر و پیشنهاد مطرح شده بود که از این تعداد بیشترین نظرات درباره

بستری اجباری (۱۶۲ مورد) و کمترین آن‌ها درباره پیوست شماره ۲ بود (۱۱ مورد).

تدوین‌کنندگان طی چندین جلسه تک‌تک نظرات استادان، گروه‌ها و سازمان‌ها را بررسی کردند و پس از بحث و تبادل نظر و مراجعه مجدد به متون مختلف، به گزینه‌های زیر توجه شد:

- بعضی از نظرات پیشنهادی پذیرفته شد و در متن پیش‌نویس اصلاح شد. از مجموع ۶۴۰ نظر اعلام شده ۲۳۲ مورد (۳۶/۲۵ درصد) پذیرفته شد. در جدول شماره ۳ تعداد و درصد نظرات ابرازشده و پذیرفته‌شده درباره هر فصل ارائه شده است.

- بعضی از پیشنهادها ارائه‌شده با وجود جالب توجه بودن، در چهارچوب قانون بهداشت روان تشخیص داده نشد. مواردی همچون چگونگی اجرای قانون که در حوزه وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است یا موانع و مشکلات موجود بیماران روانی که ارتباط موضوعی با پیش‌نویس قانون نداشت.

- در بعضی از موارد دیدگاه صاحب‌نظران درباره موضوعی خاص متناقض بود و تصمیم‌گیری برای گروه ممکن نبود. برای مثال در خصوص بستری اجباری، تعدادی از پیشنهادها ارائه‌شده مؤید پررنگ‌شدن نقش دادگاه و تعداد دیگری از آن‌ها خواستار کم‌رنگ‌تر شدن نقش قوه قضائیه بودند. برای این قبیل موارد

جدول ۳. تعداد نظرات ابرازشده همراه با تعداد و درصد نظرات پذیرفته‌شده در هر فصل

نام فصل	تعداد نظرات ارائه شده	تعداد و درصد نظرات پذیرفته شده
تعاریف	۹۱	۲۸(۳۰/۷)
بستری اختیاری	۳۷	۱۹(۵۱/۳)
بستری اجباری	۱۶۲	۶۰(۳۷)
درمان جامعه‌نگر	۹۴	۳۵(۳۷/۲)
تشنج‌درمانی	۵۰	۲۳(۴۶)
مهار حرکتی و جداسازی	۴۶	۱۸(۳۹/۱)
قیمومت و قانون بهداشت روان	۲۸	۷(۲۵)
رضایت به درمان طبی	۱۷	۶(۳۵/۲)
گروه‌های ویژه	۴۶	۱۷(۳۶/۹)
بیماران کیفری	۲۰	۳(۱۵)
جایگاه پلیس در قانون بهداشت روان	۲۲	۸(۳۶/۳)
پیوست ۱	۱۶	۵(۳۱/۲)
پیوست ۲	۱۱	۴(۳۶/۳)
جمع	۶۴۰	۲۳۲(۳۶/۲۵)

جدول ۴. موضوع‌ها و سؤال‌های مطرح‌شده در کارگاه کشوری مشکین‌دشت کرج

ردیف	عنوان موضوع	سؤال‌های مطرح‌شده
۱	واژه‌ها	۱- آیا تعاریف واژه‌های به‌کاررفته در قانون بهداشت روان باید همان تعاریف طبقه‌بندی‌های علمی روان‌پزشکی باشد؟ ۲- آیا ضرورت دارد که واژه‌های به‌کاررفته در قوانین موجود (مانند جنون، سفیه، مختل‌المشاعر، محجور) عیناً در متن قانون بهداشت روان آورده شود؟ ۳- آیا واژه‌های انتخاب‌شده در پیش‌نویس (آشفتگی روان، بحران روانی و بیماری روانی) با توجه به تعاریف آن‌ها مناسب است؟
۲	بستری اجباری	۱- آیا وجود مرجع بی‌طرف (پزشک قانونی) برای بستری اجباری ضروری است؟ ۲- اگر قاضی دستور بستری اجباری را صادر کند، ضرورت تأیید آن را توسط پزشک چگونه ارزیابی می‌کنید؟ ۳- آیا زمان پنج روز بستری برای بحران روانی و دو ماه برای بستری کوتاه‌مدت اجباری مناسب است؟
۳	درمان جامعه‌نگر	۱- آیا درمان جامعه‌نگر در قانون باید وجود داشته باشد؟ ۲- در صورت تأیید چه کسانی باید دستور درمان جامعه‌نگر را صادر کنند؟
۴	قیمومت	۱- حوزه اختیارات قیم که در پیش‌نویس آمده است (مانند نسبی بودن اختیارات، مدت‌دار بودن و رضایت به درمان) را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

#### مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

پس از پایان کارگاه کشوری، تدوین‌کنندگان طی جلسه‌ای نظرات پیشنهادی کارگاه کشوری را جمع‌بندی کردند و مواردی که سه گروه از کارگروه‌های مشورتی نظر واحد یا مشروط داده بودند در متن پیش‌نویس قانون وارد کردند. مواردی که گروهی نظر مشروط داده بود، شرط خود را بیشتر بر امکان پذیرش توسط مراجع قانونی یا وجود برنامه‌های آموزشی برای افراد درگیر در قانون عنوان کرده بود. البته این نکته در جمع‌بندی لحاظ نشد، زیرا این شروط ارتباطی با متن پیش‌نویس نداشت و باید پس از تصویب قانون ملاحظه می‌شد. جدول شماره ۵ نتایج بررسی موضوعات و سؤالات مطرح‌شده در کارگاه را نشان می‌دهد. بدین ترتیب ویرایش سوم پیش‌نویس آماده شد.

#### مرحله دوم: تبدیل پیش‌نویس به مواد قانونی

پس از ارائه ویرایش سوم، پیش‌نویس در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و مسئولان وقت اداره سلامت روان طرح پیش‌نویس را به مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی ارجاع دادند تا با مسئولیت معاون مرکز و مشارکت حقوق‌دانان، پیش‌نویس به صورت مواد قانونی درآید. جلسات در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی با حضور سه نفر حقوق‌دانان، سه نفر از گروه تدوین‌کنندگان پیش‌نویس (مجری و دبیر اجرایی طرح به همراه سرپرست وقت بخش روان‌پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور)، یک نماینده از وزارت بهداشت همراه با معاون پژوهشی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی تشکیل شد. جلسات به طور منظم هفته‌ای یک روز (۴ ساعت) از شهریور ماه سال ۱۳۸۶ آغاز شد. در هر جلسه ابتدا ماده‌های اولیه قانونی هر فصل یا قسمتی از آن که دو نفر از اعضای حقوق‌دان گروه از روی متن پیش‌نویس تهیه کرده بودند ارائه می‌شد و در جلسه گروهی بر سر این مواد

گروه تصمیم‌گیری را بر عهده صاحب نظران شرکت‌کننده در کارگاه کشوری گذاشت. در مجموع موضوعات مورد اختلاف، چهار موضوع به صورت ۹ سؤال مشخص برای طرح در کارگاه کشوری انتخاب شد. در جدول شماره ۴ موضوعات مطرح‌شده در کارگاه کشوری همراه با ۹ سؤال ارائه شده است.

بدین ترتیب پس از اعمال نظرات اصلاحی، ویرایش دوم پیش‌نویس تدوین شد.

اولین کارگاه مشورتی کشوری در ۱۱ و ۱۲ آبان‌ماه سال ۱۳۸۵ برای بحث و تبادل نظر نهایی کارگاهی در مشکین‌دشت کرج برگزار شد. شرکت‌کنندگان این کارگاه را پیشکسوتان و صاحب‌نظران سراسر کشور تشکیل می‌دادند. علاوه بر این، از طرف اداره کل سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز کارشناسانی دعوت شده بودند. در طول این دو روز، ۳۸ نفر در چهار گروه به فعالیت گروهی پرداختند. شیوه کار هم بدین صورت بود که تک‌تک موضوع‌ها به ترتیب زمانی از قبل مشخص شده، به همه کارگروه‌ها داده می‌شد تا به صورت جداگانه در گروه خود درباره آن بحث و تبادل نظر کرده و نتایج را در گزارش کارگروه‌ها ارائه کنند. پس از بیان نظرات چهار گروه، هیئت رئیسه جلسات مجموع نتایج به‌دست‌آمده از گروه‌ها را درباره هر موضوع خاص به صورت مکتوب به مجری طرح ارائه می‌دادند. در مدت زمان برگزاری کارگاه، مجری و دبیر اجرایی طرح در گروه‌ها حضور نداشته و دیگر تدوین‌کنندگان پیش‌نویس به غیر از ادای توضیحاتی که مسئولان گروه‌ها درخواست می‌کردند، نقش دیگری نداشتند. اعضای هیئت‌رئیس جلسات عمومی گروه‌ها نیز از میان خود پیشکسوتان حاضر در کارگاه انتخاب شده بودند.

صورت مواد قانونی در ده فصل و در مجموع در ۱۱۲ ماده تدوین شد. فصول پیش‌نویس عبارتند از: فصل اول با عنوان کلیات و تعاریف شامل ۲۸ ماده، فصل دوم با عنوان بستری اختیاری با ۵ ماده، فصل سوم با عنوان بستری اجباری در ۲۱ ماده، فصل چهارم با عنوان درمان اجباری جامعه‌نگر در ۱۱ ماده، فصل پنجم با عنوان تشنج درمانی در ۱۰ ماده، فصل ششم با عنوان مهار حرکتی و جداسازی در ۴ ماده، فصل هفتم با عنوان قیمومت در ۱۱ ماده، فصل هشتم با عنوان گروه‌های ویژه در ۶ ماده، فصل نهم با عنوان بیمار کیفری در ۶ ماده و فصل دهم با عنوان مواد متفرقه در ۱۰ ماده.

از جوانب مختلف به‌خصوص انطباق آن با متن پیش‌نویس و جنبه‌های حقوقی و قانون مدنی بحث می‌شد. وظیفه تدوین‌کننده پیش‌نویس به‌طور عمده دفاع و توضیحات کارشناسی در خصوص جنبه‌های مختلف موضوع مورد بحث بود و افراد حقوق‌دان به جنبه‌های قانونی موارد پرداخته و پس از بحث و تبادل نظر در نهایت، ماده قانونی مدنظر نوشته می‌شد. در بعضی از جلسات به تناسب و نیاز موضوع مورد بحث، از حقوق‌دانان صاحب‌نظر در آن موضوع یا از مسئولان اداره سرپرستی دعوت می‌شد تا نظرات کارشناسی خود را در آن زمینه خاص ارائه کنند.

سرانجام پس از ۴۷ جلسه چهارساعته، پیش‌نویس قانون به

جدول ۵. نتایج بررسی موضوع‌ها و سؤال‌های مطرح‌شده در کارگروه‌های کارگاه کشوری مشکین‌دشت کرج

موضوع	سوال	کارگروه ۱	کارگروه ۲	کارگروه ۳	کارگروه ۴
واژه‌ها	۱- آیا تعاریف واژه‌های به‌کاررفته در قانون بهداشت روان باید همان تعاریف طبقه‌بندی‌های علمی روان‌پزشکی باشد؟	مخالف	مخالف	مخالف مشروط	مخالف
	۲- آیا ضرورت دارد که واژه‌های به‌کاررفته در قوانین موجود (مانند جنون، سفیه، مختل المشاعر، محجور) عیناً در متن قانون بهداشت روان آورده شود؟	مخالف	مخالف مشروط	مخالف	مخالف
بستری اجباری	۳- آیا واژه‌های انتخاب‌شده در پیش‌نویس (آشفستگی روان، بحران روانی و بیماری روانی) باتوجه به تعاریف آن‌ها مناسب است؟	بی‌نظر	موافق مشروط	موافق	موافق
	۱- آیا وجود مرجع بی‌طرف (پزشک قانونی) برای بستری اجباری ضروری است؟	موافق	موافق	موافق	موافق
	۲- اگر قاضی دستور بستری اجباری را صادر کند ضرورت تأیید آن را توسط پزشک چگونه ارزیابی می‌کنید؟	ضروری است	ضروری نیست	ضروری است	ضروری است
درمان جامعه‌نگر	۳- آیا زمان پنج روزه بستری برای بحران روانی و دو ماه برای بستری کوتاه‌مدت اجباری مناسب است؟	۵ روز و ۲ ماه	۵ روز و ۲ ماه	۷ روز و ۲ ماه	۵ روز و ۲ ماه
	۱- آیا درمان جامعه‌نگر در قانون باید وجود داشته باشد؟	موافق	بدون نظر	موافق	موافق
قیمومت	۲- در صورت تأیید چه کسانی باید دستور درمان جامعه‌نگر را صادر کنند؟	کمیسیون پزشکی یا روان‌پزشک معتمد	ارجح با سیستم پزشکی	کمیسیون پزشکی یا پزشکی قانونی	کمیسیون پزشکی یا روان‌پزشک قانونی
	۱- حوزه اختیارات قیم که در پیش‌نویس آمده است (مانند نسبی بودن اختیارات، مدت‌دار بودن و رضایت به درمان) را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت

## کسب نظر کارشناسان و سازمان‌ها

متن پیش‌نویس تهیه شده بعد از تأیید تمامی همکاران تکثیر شد و برای ۶۴ نفر از صاحب‌نظران و تعدادی از سازمان‌ها، دانشکده‌ها، مؤسسات و نهادهای مربوطه به شرح زیر ارسال شد:

• مجمع تشخیص مصلحت نظام (کمیسیون حقوقی و قضایی دبیرخانه مجمع تشخیص نظام)

• قوه قضائیه (معاونت حقوق قوه قضائیه، معاونت آموزش قوه قضائیه، دیوان عالی کشور، وزیر دادگستری، شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور، دادستان عمومی و انقلاب تهران، اداره کل تنقیح قوانین و مقررات، معاونت پژوهشی دادگستری استان تهران، اداره کل دادگستری استان تهران، دادسرای ناحیه ۲۵ ویژه امور سرپرستی، دادسرای ناحیه ۱۹ ویژه جرائم پزشکی، کانون وکلای دادگستری، اتحادیه کانون وکلا)

• مجلس شورای اسلامی (کمیسیون بهداشت و درمان، کمیسیون قضایی و حقوقی، مرکز پژوهش‌های مجلس)

• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت سلامت، اداره کل حقوقی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، کمیته راهبردی روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتوی روان‌پزشکی تهران)

• وزارت علوم و تحقیقات (اداره کل حقوقی وزارت علوم، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده حقوق دانشگاه امام صادق، مؤسسه تحقیقات علوم جزایی و جرم‌شناسی دانشگاه تهران، مؤسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد شهریار)

• انجمن‌های علمی (انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن علمی روان‌شناسان بالینی ایران، انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران، انجمن مددکاری ایران، انجمن علمی اخلاق در علوم فناوری)

• مراکز تحقیقاتی (مرکز تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی)

• نیروی انتظامی (فرمانده نیروی انتظامی، پلیس پیشگیری ناجا، دانشکده فرماندهی و ستاد ناجا، دفتر تحقیقات کاربردی پلیس پیشگیری ناجا)

• سازمان پزشکی قانونی کشور

• گروه‌های آموزشی (گروه‌های روان‌پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، مازندران، مشهد، بهزیستی و توانبخشی. گروه‌های حقوق عمومی، حقوق جزا و جرم‌شناسی، حقوق خصوصی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، گروه حقوق خصوصی دانشگاه قم، گروه حقوق دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای تهران شمال و مرکز)

• بیمارستان‌های روان‌پزشکی خصوصی تهران (آزادی، رضاعی، سجاده، میمنت، مهرگان، ایرانیان، سعادت آباد)

• انجمن‌های غیردولتی (انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنیا، کانون خانواده‌های بیماران روانی)

• استادان و صاحب‌نظران (اعضای هیئت علمی روان‌پزشکی و روان‌شناسی از دانشگاه‌های تهران، اصفهان، مازندران، شیراز، تبریز، مشهد، اعضای هیئت علمی حقوق از دانشگاه‌های تهران، نمایندگان مجلس، قضات دیوان عالی کشور، اعضای هیئت علمی سازمان پزشکی قانونی کشور، اعضای کانون وکلا، اعضای هیئت علمی مراکز تحقیقاتی)

کتابچه به گونه‌ای تنظیم شده بود که امکان اظهار نظر در جلوی هر ماده ممکن بود. طی نامه از اشخاص حقیقی و حقوقی خواسته شد تا نظرات خود را درباره تک‌تک مواد پیش‌نویس بنویسند. پس از پیگیری تعدادی از کتابچه‌ها برگشت داده شد.

## نتایج نظرسنجی

از مجموع کتابچه‌های ارسالی ۳۴ عدد (۵۳ درصد) بازگشت داده شد که در بین آنان از نظر تخصصی ۱۴ روان‌پزشک، ۱۱ حقوق‌دان، ۳ متخصص اخلاق، یک روان‌شناس و ۶ نفر از دیگر رشته‌ها بودند. از بین کتابچه‌های ارسالی برای سازمان‌ها و نهادها کتابچه‌های مرکز پژوهش‌های مجلس، سازمان پزشکی قانونی کشور، دانشکده‌های حقوق و علوم سیاسی دانشگاه‌های تهران و علامه طباطبایی، دانشگاه امام صادق، شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور، دو نفر از کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، اتحادیه کانون‌های وکلا، کانون وکلای دادگستری، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران، دانشگاه قم، بهزیستی و توانبخشی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، دادگستری کل استان تهران، مؤسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران، گروه‌های روان‌پزشکی دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، کانون خانواده‌های بیماران روانی و انجمن حمایت از اسکیزوفرنیابازگشت داده شد.

تمامی نظرات جمع‌آوری شده به‌دقت در جلسات گروه بررسی و به سه گروه اصلی تقسیم شد: نظرات و پیشنهادهایی که درست و بجا تشخیص داده شدند، در متن پیش‌نویس اعمال شدند؛ نظرات و پیشنهادهایی که بر سر آن‌ها بحث و اختلاف نظر بود.

## مرحله سوم: خلاصه کردن پیش نویس

پس از ارائه ویرایش چهارم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به دنبال درخواست معاون محترم درمان وقت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در سال ۹۱ موضوع قانون سلامت روان مجدداً در دستور کار قرار گرفت و بنا بر نظر کارشناسان حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد بررسی مجدد و تلخیص مواد قانونی زیر نظر اداره سلامت روان داده شد. جلسات بررسی در دفتر سلامت روان و با حضور رئیس و دو نفر از کارشناسان اداره سلامت روان، دو نفر از حقوق دانان دفتر حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یکی از حقوق دانانی که در تدوین مواد قانونی نقش داشت، مجری و دو نفر از همکاران اصلی پروژه تشکیل شد.

جلسات هفته‌ای یک‌بار تشکیل و حدود چهار ساعت طول می‌کشید. شیوه کار هم بدین صورت بود که تک تک مواد قانونی تدوین شده مجدداً بررسی می‌شد و بحث و تبادل نظر تا جایی ادامه می‌یافت که دو طرف (تدوین کنندگان و کارشناسان وقت وزارت بهداشت) به اغنا می‌رسیدند. در مراحل مختلف چون مسئولان مربوطه عوض شده بودند و افراد جدید آشنایی اندکی با فرایند تدوین پیش نویس قانون بهداشت روان داشتند، وقت زیادی صرف توضیحات تکراری تدوین کنندگان برای بیان خلأ قانونی موجود و لزوم داشتن قانون بهداشت روان می‌شد. از این رو، برای توجیه بهتر افراد در بعضی از جلسات، مسئولان اداره سرپرستی نیز شرکت می‌کردند. یک جلسه نیز در دفتر ریاست محترم اداره سرپرستی تشکیل شد. سرانجام ضمن اصلاح جزئی، بعضی از مواد پیش نویس در یک ماده قانونی تلفیق شد. بعضی از مواد قانونی هم که می‌توانست به صورت آیین‌نامه اجرایی درآید از متن اصلی حذف شد. همچنین تعداد معدودی ماده در خصوص وظایف دیگر سازمان‌ها درباره قانون سلامت روان تدوین و به آن افزوده شد.

## بحث

سرانجام پس از ۹ سال، پیش نویس قانون با یک ماده به عنوان مقدمه و شش فصل، مجموعاً در ۵۰ ماده تدوین شد. فصول پیش نویس عبارتند از: فصل اول با عنوان تعاریف شامل ۱ ماده و ۱۸ بند، فصل دوم با عنوان بستری و درمان اجباری در ۱۱ ماده، فصل سوم با عنوان روش‌های خاص درمانی در ۷ ماده، فصل چهارم با عنوان بیمار کیفری در ۶ ماده و فصل پنجم با عنوان گروه‌های ویژه در ۴ ماده و فصل ششم با عنوان مقررات دیگر در ۲۰ ماده. سرانجام ویرایش پنجم پیش نویس قانون تدوین شد.

در فصل اول تمامی واژه‌های به کاررفته در پیش نویس قانون تعریف شده‌اند؛ از جمله آشفتگی روان، بحران روانی، درمان اجباری جامعه‌نگر، آسیب جدی، اختلال شدید روانی و بستری اجباری. برای مثال، آشفتگی روان با اجتماع با سه شرط وجود

این موارد عبارت بودند از: شرایط بستری و درمان اجباری، نسبی یا مطلق بودن قیومت، بیماران کیفری و تناسب ضمانت اجرا. این موارد برای طرح در کارگاه دوم کشوری بررسی پیش نویس صورت‌بندی شدند؛ نظرات و پیشنهادهایی که بجا تشخیص داده نشدند. این موارد عمدتاً نظراتی بودند که در فصول بعدی قانون به آن‌ها توجه شده بود و اگر کارشناس محترم متن را با دقت و تا انتها مطالعه می‌کرد متوجه می‌شد که به نظر او قبلاً توجه شده است. همچنین بخشی از نظرات و پیشنهادهای این دسته شامل نکاتی بود که به دلیل ناآشنایی با ماهیت و روال کار روان‌پزشکی یا حقوقی قضایی، به ترتیب از سوی حقوق دانان و روان‌پزشکان محترم ابراز شده بودند.

برای مثال، برخی از حقوق دانان هرگونه محدود کردن اختیارات فرد در بستری اجباری و مهار جسمانی را اقدامی قضایی می‌دانستند که در حوزه اختیارات مراجع غیرقضایی از جمله روان‌پزشکان نیست. این دسته توجه نداشتند که به دلیل ضرورت آشکار انجام بستری اجباری توسط روان‌پزشک، نمی‌توان این اختیار را از روان‌پزشکان گرفت. از سوی دیگر، برخی از روان‌پزشکان این کار را دارای ماهیتی صرفاً طبی می‌دانستند و اعتقاد داشتند که مداخله قضایی بی‌مورد است. حال آنکه محدود کردن اجباری آزادی‌های یک شهروند باید حتماً با اطلاع و تأیید صریح یا ضمنی مقام قضایی انجام گیرد.

## دومین کارگاه کشوری

این کارگاه در روزهای ۲۰ و ۲۱ فروردین ماه ۱۳۸۸ در محل موزه ملی تاریخ علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران با حضور صاحب‌نظران حقوق دان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصان مربوطه برگزار شد. در این کارگاه درباره مباحث مورد اختلاف به صورت کارگروهی بحث و تبادل نظر شد، سپس در جلسه عمومی ارائه شد. پس از ارائه کار هر گروه شرکت کنندگان نظرات موافق و مخالف خود را درباره دیدگاه آن گروه ارائه کردند. سپس مسئولان جلسه نظرات را جمع‌بندی و به طور خلاصه نتیجه آن را به مجری طرح اعلام کردند.

در پایان کارگاه، جمع‌بندی نشست عمومی در اختیار تدوین کنندگان قرار گرفت. بررسی جمع‌بندی‌های کارگروه‌ها نشان داد با وجود اختلافات جزئی، بر سر مواد مربوط به شرایط بستری و درمان اجباری، نسبی شدن اختیارات و محدودیت زمانی قیومت و بیماران کیفری توافق وجود دارد، ولی در مواد مربوط به ضمانت اجرایی توافق حاصل نشد. بدین ترتیب کارگاه مواد پیش نویس قانون درباره نسبی بودن قیومت، بستری و درمان اجباری و بیماران کیفری را تأیید کرد. درباره تناسب ضمانت اجرایی، کارگروه‌ها پیشنهادهای اصلاحی دادند که در متن پیش نویس نظر آنان اعمال شد. بدین ترتیب ویرایش چهارم از پیش نویس تدوین شد.

مرحله نظرسنجی وسیع از صاحب‌نظران و برگزاری دو کارگاه کشوری تدوین شد. در فصل‌های مختلف پیش‌نویس به‌خصوص فصل‌هایی که بیشترین احتمال از بین رفتن حقوق بیمار وجود دارد، مانند بستری اجباری، درمان اجباری، بیمار کیفری یا گروه‌های ویژه به گونه‌ای تدوین شده است که حقوق بیماران تا آنجا که ممکن است رعایت شود. از این لحاظ محتوای این پیش‌نویس با بسیاری از قوانین بهداشت روان کشورهای پیشرفته مشابه است [۲۲-۱۸].

از آنجا که در ایران مبانی فقهی نقشی اساسی در تدوین قوانین دارد، در این پیش‌نویس تلاش شده است تا به جنبه‌های فقهی موضوع نیز توجه شود. البته در بعضی از مواد این پیش‌نویس، قوانین موجود کشور در خصوص بیماران روانی به چالش کشیده شده‌اند. این چالش به‌خصوص در فصل قیومت برجسته‌تر است، زیرا در قوانین جاری مربوط به قیومت، موضوع به صورت مطلق دیده شده است. برای مثال، در قوانین مربوط به محجوریت، توانایی اداره امور مالی فرد مبتلا به اختلال روانی به طور مطلق وجود ندارد و فردی که محجور شناخته می‌شود هیچ‌گونه اختیار در زمینه امور مالی خود ندارد [۱۱].

در این پیش‌نویس بحث بر سر نسبی بودن اختیارات و مسئولیت‌هاست و به میزان توانایی فرد مبتلا برای اداره امور مالی توجه شده است. همچنین در قوانین موجود هیچ‌گونه محدودیت زمانی وجود ندارد و حکم صادر شده مادام‌العمر است، مگر اینکه خود فرد به حکم صادر شده اعتراض کند. به عبارت دقیق‌تر، در قوانین موجود هیچ‌گونه سازوکار خودبه‌خودی برای ارزیابی مجدد وضعیت فرد مبتلا وجود ندارد و البته این موضوع می‌تواند حقوق بیمار را پایمال کند. در پیش‌نویس تدوین شده به این موضوع پرداخته شده است و علاوه بر مدت‌دار بودن حکم، سازوکار ارزیابی دوره‌ای خودبه‌خود نیز در آن پیش‌بینی شده است. در قوانین موجود، غیر از قاضی هیچ‌کس نمی‌تواند فرد مبتلا را بستری اجباری کند و متأسفانه در بسیاری از موارد مدت زمان بستری را هم قاضی تعیین می‌کند. البته گفته می‌شود که قاضی با نظر کارشناس پزشکی قانونی دستور بستری و طول مدت را تعیین می‌کند. این موضوع به‌خصوص برای بیماران کیفری بسیار اتفاق می‌افتد و گاهی فرد مبتلا به اختلال روانی ماه‌ها و حتی سال‌ها در بیمارستان‌های روان‌پزشکی یا مراکز نگهداری بستری می‌شود.

در صورت امتناع مرکز از اجرای دستور دادستان، پزشک به مجازات امتناع از دستور مقام قضایی مطابق قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود (ماده ۲۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۹۲/۱۲/۱۴) [۱۲]. به‌خوبی روشن است که با چنین روشی حقوق بیمار به طور واضح پایمال می‌شود. در پاسخ به این شیوه باید گفت که اولاً در حال حاضر قاضی و پزشک قانونی صلاحیت علمی تصمیم‌گیری درباره این قبیل بیماران را ندارد و ثانیاً در

اختلال شدید روانی و خطر آسیب جدی به خود یا دیگران و وجود نشانه‌های مؤثر در وخامت اختلال روانی تعریف شد. فصل دوم به بستری و درمان اجباری اختصاص دارد. در این پیش‌نویس به منظور رعایت حقوق بیمار، اقدام برای بستری اجباری به توافق دو روان‌پزشک نیاز دارد. پس از بستری، حداکثر طی یک هفته از تاریخ پذیرش فرد، روان‌پزشک قانونی باید ضرورت بستری اجباری فرد را تأیید کند و مدت‌زمان بستری اجباری را نیز مشخص کند. البته حق فرد برای اعتراض و درخواست رسیدگی لحاظ و راهکارهای قانونی پیش‌بینی شده است.

فصل سوم به روش‌های خاص درمانی اختصاص دارد. در این فصل مواد قانونی مرتبط با درمان اجباری جامعه‌نگر، تشنج درمانی، مهار حرکتی، جداسازی فیزیکی آورده شده است. درمان اجباری جامعه‌نگر در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر که در این قانون تعریف شده است انجام می‌گیرد. تشنج درمانی فقط در بیمارستان و با حضور متخصصان روان‌پزشکی و بیهوشی قابل انجام است. فصل چهارم مربوط به بیماران کیفری است. در مواد قانونی این فصل علاوه بر پرداختن به جنبه‌های کارشناسی موضوع، به حقوق آنان نیز توجه شده است. در این فصل مرجع قضایی مکلف شده است تا مواردی را که سابقه اختلال روانی به ادعای خود فرد یا آشنایان وی یا مشاهده رفتار غیرعادی یا شواهدی که ظن ابتلا به اختلال روانی ایجاد می‌کند، به پزشکی قانونی ارجاع دهد. همچنین گزارش پزشکی قانونی باید شامل ابتلا یا عدم‌ابتلا فعلی یا قبلی فرد به اختلال روانی، ارتباط اختلال فرد با بزه ارتكابی، قابلیت فرد برای محاکمه‌شدن، امکان وخامت فرد در اثر اجرای مجازات، امکان ایجاد خطر جدی برای خود یا دیگران در صورت آزاد شدن، نوع درمان روان‌پزشکی مورد نیاز، لزوم یا عدم‌لزوم بستری اجباری باشد.

فصل پنجم درباره گروه‌های ویژه است. بر اساس این قانون گروه‌های ویژه به افراد زیر ۱۸ سال و بالای ۶۵ سال و همچنین افرادی که به هر دلیل توانایی اداره امور مالی خود را ندارند اطلاق می‌شود. رعایت حقوق قانونی این افراد و نحوه بستری و ترخیص آنان در مواد قانونی مختلف آورده شده است. همچنین برای حمایت از افرادی که توانایی اداره امور مالی خود را ندارند، مواد قانونی ویژه‌ای در نظر گرفته شده است. در این مواد مفهوم ناتوانی به صورت نسبی در آمده است (در قوانین موجود کشور ناتوانی به صورت مطلق دیده شده است). علاوه بر این، وجود یک شیوه تجدید نظر خودبه‌خود در احکام قیومت صادره از دادگاه‌ها هم در این مواد گنجانده شده است. فصل ششم درباره گسترش خدمات بیمه‌ای، تأسیس بیمارستان قضایی و مجازات‌های پیش‌بینی شده برای متخلفان از این قانون است. به‌طور کلی طرح از شروع تا تدوین ویرایش پنجم حدود ۱۸ هزار نفر ساعت زمان برد.

پیش‌نویس قانون بهداشت روان سرانجام پس از کار فشرده گروه با کارشناسان پزشکی، روان‌شناسی، حقوقی، انجام دو

اجرائی کردن آن است.

بنابراین، تدوین‌کنندگان آرمان‌گرایی نکرده‌اند و تلاش عمده آنان این بوده است که پیش‌نویس ضمن داشتن قابلیت اجرایی، بتواند نیازهای فعلی و آینده نزدیک کشور را برآورده سازد. همچنین مقایسه پیش‌نویس تدوین‌شده با قوانین بهداشت روان بعضی از کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که در بعضی از موارد نسبت به آن‌ها جامعیت کمتری دارد [۲۰، ۱۸]. دلیل این موضوع هم این است که بسیاری از ساختارهایی که در سیستم مراقبت‌های بهداشت روان آن کشورها برای بیماران وجود دارد مانند خدمات مشاوره اجباری، در حال حاضر در ایران وجود ندارد و تأسیس و راه‌اندازی آن‌ها در کوتاه‌مدت نیز ممکن نیست. از این‌رو، این موارد در پیش‌نویس آورده نشده است.

در تدوین پیش‌نویس قانون سلامت روان تلاش گسترده‌ای صورت گرفت تا نظرات اکثر کارشناسان سلامت روان کشور، حقوق‌دانان، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی، سازمان‌ها، نهادهای ذی‌ربط، انجمن‌های علمی، بیمارستان‌های روان‌پزشکی تهران و سازمان غیردولتی کسب شود. با این حال محدودیت عمده‌ای نیز در تدوین این پیش‌نویس وجود دارد و آن نبود نظرات بیماران و خانواده‌های آنان بود که در اصل این قانون پس از تصویب باید برای آنان اجرا شود.

### نتیجه‌گیری

نمی‌توان ادعا کرد پیش‌نویس تدوین‌شده کمبود و نارسایی ندارد، ولی بدون تردید یکی از کارشناسی‌ترین پیش‌نویس‌های قانونی است که در تاریخ قانون‌گذاری و قانون‌نویسی ایران تهیه و تدوین شده است. متن تهیه‌شده ارتباط و درهم‌تنیدگی ویژه‌ای دارد و چنانچه ابهامی در ماده‌ای از یک فصل دیده شود، در ماده‌های فصول دیگر به آن پرداخته شده است. از این‌رو، تغییرات احتمالی در فرایند تصویب باید با احتیاط و با دیدی جامع و مسلط به تمامی مواد و تبصره‌های آن انجام و از تغییر موضعی یک قسمت بدون توجه به تمامی متن پرهیز شود. پیش‌نویس قانون تهیه‌شده به‌هیچ‌وجه قابل استناد نیست و باید مجلس شورای اسلامی آن را تصویب کند.

### سپاسگزاری

این پروژه با حمایت مالی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انسیتو روان‌پزشکی تهران (دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان فعلی) انجام شده است. تدوین‌کنندگان علاوه بر قدرانی از مسئولان وقت این دو سازمان مراتب تشکر و سپاس خود را از مسئولان تمامی سازمان‌ها، نهادها، دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها، مؤسسات پژوهشی، مراکز تحقیقات، گروه‌های علمی، انجمن‌های علمی، رؤسای بیمارستان‌ها، صاحب‌نظران، پیشکسوتان، استادان و انجمن‌های

صورت ادعای اینکه در شرایط کنونی از روان‌پزشکان قانونی استفاده می‌شود، باید اذعان داشت که در اکثر شهرستان‌های کشور روان‌پزشک قانونی وجود ندارد. علاوه بر این باید دانست که روان‌پزشکان قانونی می‌توانند دستور بستری اجباری را صادر کنند، ولی فرایند بستری و درمان و ترخیص بر عهده روان‌پزشک معالج است. برای مثال، ممکن است فردی به دلیل سوءاستفاده از ماده خاصی دچار روان‌پریشی شده باشد، ولی در دوره زمانی طی مراحل مذکور برای بستری در سیستم قضایی، علائم او از بین رفته یا فروکش کرده باشد. در این صورت هنگامی که فرد به مرکز درمانی می‌رسد ممکن است دیگر نیازی به بستری کردن نباشد. در چنین وضعیتی علاوه بر تضییع حقوق فرد، روان‌پزشک معالج متخلف شناخته و محکوم به مجازات می‌شود.

افرادی که به بیماری روانی مبتلا هستند ولی کیفی نیستند، موضوع پیچیده‌تر است. در حال حاضر اگر روان‌پزشک بدون حکم قضایی بیمار را به دلیل اورژانسی بستری کند، پس از ترخیص، فرد می‌تواند از گروه درمان شکایت کند و در این صورت سیستم قضایی گروه درمان را بازخواست می‌کند. این موضوع در شرایط بحرانی و اورژانسی ضمن اینکه فرایند درمان را به تأخیر می‌اندازد، می‌تواند برای بیمار و خانواده و جامعه خطرآفرین باشد. بسیاری از خانواده‌ها تمایلی ندارند تا برای بستری اجباری عزیزان خود به مراجع قضایی مراجعه کنند. در پیش‌نویس قانون بهداشت روان در فصل بستری اجباری، برای رعایت حقوق بیماران و اصول قانونی مواد پیش‌نویس به گونه‌ای تنظیم شده است که بیمار ارجاعی اولاً باید توافق دو روان‌پزشک را برای بستری اجباری داشته باشد و ثانیاً در طول حداکثر یک هفته باید تأیید نماینده سیستم قضایی یعنی روان‌پزشک قانونی را بگیرد. علاوه بر این در بستری‌های طولانی‌مدت در مراکز نگهداری، سازوکار ارزیابی دوره‌های خودبه‌خود پیش‌بینی شده است تا در صورت بهبودی به وضعیت بیمار رسیدگی مجدد شود. در پیش‌نویس قانون علاوه بر وجود سیستم مستقل ارزیابی، در تمام مراحل بستری و درمان اجباری حق داشتن اعتراض فرد مبتلا در نظر گرفته شده و چگونگی رسیدگی به اعتراض نیز مشخص شده است. شیوه‌های ارائه‌شده برای بستری اجباری در این پیش‌نویس به گونه‌ای با قوانین بستری اجباری دیگر کشورها مشابه است [۲۶].

با وجود شباهت‌های این پیش‌نویس با قوانین بهداشت روان کشورهای دیگر، تفاوت‌هایی نیز با آن‌ها دارد. در این پیش‌نویس به جنبه‌های فرهنگی و ساختارهای اجتماعی کشور توجه شده است. برای نمونه تدوین‌کنندگان تلاش کردند تا پیش‌نویس به گونه‌ای تدوین شود که با ساختارهای تشکیلاتی موجود کشور قابلیت اجرایی داشته یا در شرایط فعلی امکان ایجاد آن ساختارها به‌آسانی فراهم باشد. برای مثال در حال حاضر در کشور برای درمان جامعه‌نگر هنوز ساختار رسمی کشوری وجود ندارد، ولی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال برنامه‌ریزی و

غیردولتی که به‌طور رایگان پیش‌نویس را مطالعه کردند و نظرات ارزشمند خود را ارائه دادند، اعلام می‌کنند. بدون تردید اگر مشارکت وسیع آنان نبود این مهم تحقق نمی‌یافت. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.



## References

- [1] World Health Organization. WHO Checklist on Mental Health Legislation. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [2] Curran WJ, Harding TW. The Law and mental health: Harmonizing objectives. Geneva: World Health Organization; 1978.
- [3] World Health Organization. Mental health atlas. Geneva: World Health Organization; 2005.
- [4] World Health Organization. Mental health atlas. Geneva: World Health Organization; 2014
- [5] World Health Organization. Mental health care law: Ten basic principles. Geneva: World Health Organization; 1996.
- [6] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of health care. New York: United Nations; 1991.
- [7] Davidian, H. [Psychiatry in Iran in the early Islamic civilization (An analytical view) (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 1995; 2(1-2): 7-15.
- [8] Moharrary, MR. A Glance at the History of Psychiatry in the World with Special Reference to Iran (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 1994; 1(2-3):27-49.
- [9] Rey-Shahri, M. [Wisdom (Arabic)]. Ghom: Matabe'e Markaz Al-Nashr; 1985.
- [10] Abbassi, M. [Consent for treatment (Persian)]. Tehran: Hoghoughi Publication; 2001.
- [11] Hojjati Ashrafi, GhR. [The codex of basic - civil laws (Persian)]. Tehran: Ganj-e Danesh Publication. 1997.
- [12] Legal Deputy of Presidency. [Civil law (Persian)]. Tehran: Deputy of Codification and Publication of Laws and Regulations; 2014.
- [13] Tofighi, H. [Law and psychiatry (Persian)]. Iranian Journal of Forensic Medicine. 1996; 2(7):33-69.
- [14] Regional Office for the Eastern Mediterranean. Report on the Intercountry consultation on mental health legislation in different law traditions. Geneva: World Health Organization; 1999.
- [15] Shahmohammadi D. [A call for collaboration in preparing the draft of mental health act in Islamic Republic of Iran (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & clinical Psychology (Andisheh va Raftar). 2008; 4(4):70.
- [16] Asgharzadeh-Amin, S, Shahmohammadi, D, Ehsanmanesh M. [Preliminary study of cultural contents of mentally disordered inpatient's delusions (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2001; 7(1-2):33-39.
- [17] Yadollahi Z, Bolhari J. [The perspectives of Tehran psychiatrists on Iranian mental health laws (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2004; 10(1-2):44-49.
- [18] NSW Institute of Psychiatry. Mental health act guide book. New South Wales: The New South Wales Institute of Psychiatry; 1998.
- [19] Mane P, Gandevia Y. Mental health in India: Issues and concerns. Bombay: TATA Institute of Social Sciences; 1993.
- [20] Ministry of Health. Guide to the mental health act. London: Ministry of Health; 2005.
- [21] Mental Health Coordinating Council. The mental health rights manual: An online guide to the legal and human rights of people navigating the mental health and human service systems in NSW. 4<sup>th</sup> ed. New South Wales: Mental Health Coordinating Council; 1995.
- [22] Law foundation of New South Wales. Mental health rights manual: A guide to the legal and human rights of people with a mental illness NSW. New South Wales: Law foundation of New South Wales Publishing; 1995.
- [23] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
- [24] Academy of Medical Sciences. [Report of the 200<sup>th</sup> session of the Health and Nutrition Sciences Committee (Persian)]. Tehran: Academy of Medical Sciences.
- [25] Academy of Medical Sciences. [Report of the 202<sup>th</sup> session of the Health and Nutrition Sciences committee (Persian)]. Tehran: Academy of Medical Sciences.
- [26] Nasr Esfahani M, Attari Moghadam J, Rasouljan M, Ghalehbandi M, Saberi SM, Samimi-Ardestani S M, et al. [Involuntary treatment and hospitalization: Review of mental health acts (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(1):4-16.

