

جمهوريت اسلامي افغانستان

وزارت صحت عامه

مقررہ صحت روانی

مندرجات این مقررات

احکام عمومی (۳-۱۱)	فصل اول
میکانیزم بازبینی مستقل شوراهاى صحت روانی (۱۱-۱۵)	فصل دوم
حقوق اشخاص دارای ناتوانی روانی (۱۵-۱۸)	فصل سوم
حقوق فامیل های اشخاص دارای ناتوانی روانی (۱۸)	فصل چهارم
حقوق دارای محاکم ثلاثه (۱۹)	فصل پنجم
تصمیم گیری (۲۰-۲۳)	فصل ششم
تعین اختلال روانی (۲۳-۲۴)	فصل هفتم
بستری کردن و تداوی اختیاری (۲۴-۲۶)	فصل هشتم
بستری کردن و تداوی غیراختیاری (۲۶-۲۹)	فصل نهم
بستری شدن غیر اختیاری (۲۹-۳۳)	فصل دهم
بستری مریضان غیرى معترض (۳۳-۳۴)	فصل یازدهم
تداوی درمورد بستری کردن غیرى اختیاری (۳۴-۳۶)	فصل دوازدهم
پروسیجر های خاص (۳۶-۳۹)	فصل سیزدهم
حقوق مریضان مجرمین (۴۰-۴۲)	فصل چهاردهم
احکام متفرقه (۴۳-۴۴)	فصل پانزدهم
احکام تآدیبی (۴۴-۴۵)	فصل شانزدهم

فصل اول

احکام عمومی

مبنی

ماده اول

این مقرر در روشنی احکام ماده (۱۰) قانون اساسی و احکام مواد (۱) و (۳) قانون صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان غرض حفظ کرامت انسانی در همه امور بشریت و زندگی انسان ها وضع گردیده است .

اهداف

ماده دوم

اهداف مقرر

(۱) - حمایت و اطمینان از این است که تمام اشخاص دارای ناتوانی روانی در هر جا که هستند به شمول اشخاصی که در مراکز صحت روانی بستری شده اند، از حقوق بشری و آزادی‌های بنیادی خود به طور کامل و مساویانه بهره‌مند گردند و نیز احترام به کرامت بنیادی شان ارتقاء یابد.

(۲) - تنظیم محیط صحت روانی در تمام مراکز مراقبت‌های صحت روانی و/یا اجتماعی عمومی و/یا خصوصی و/یا هر نوع مراکزی که اشخاص دارای ناتوانی روانی مراقبت‌های صحت روانی و/یا اجتماعی دریافت می‌کنند و یا ممکن است دریافت کنند و یا ممکن است برای ارزیابی، مراقبت، مراقبت صحت روانی، یا گذراندن دوره نقاهت یا بازتوانی به طور موقتی یا شرایط دیگر چه تحت

(۳) - رضایت آگاهانه خود یا به وسیله حکم صادر شده توسط یک مرجع عمومی یا با درخواست آن مرجع و یا با رضایت یا موافقت آن بستری شوند، یا اقامت داشته باشند، یا در آن نگهداری شوند. این مراکز شامل موارد زیر هستند ولی محدود به آنها نمی‌شوند: شفاخانه‌های صحت روانی، شفاخانه‌های عمومی، شفاخانه‌های خصوصی، دپارتمنت‌های سراپایی، بخش‌های بستری، مراکز مراقبت روزانه، دپارتمنت‌های عاجل، بخش‌های مراقبت صحت اولیه، کلینیک‌های خصوصی، مراکز بازتوانی و/یا اقامتی، خانه‌های نیمه راه، مراکز خدمات جامعه، مراکز مراقبت اطفال، یتیم‌خانه‌ها، خانه‌های متقاعدین، آسایشگاه‌ها، سرپناه‌ها برای بینوایان (مرستون‌ها)؛

(۴) - حقوق اشخاص دارای ناتوانی روانی را تنظیم نماید؛

(۵) - دستیابی و فراهم سازی خدمات تداوی و مراقبتی صحت روانی را به جمعیت عمومی به صورت مساویانه و به طور مؤثر تنظیم نماید؛

(۶) - ایجاد یک میکانیزم بازبینی مستقل را در داخل وزارت صحت عامه و ریاست‌های ولایت صحت عامه پیش بینی کند.

(۷) - ایجاد تصمیم‌گیری حمایت شده، تصمیم‌گیری تسهیل شده، برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته و ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری را پیش‌بینی کند؛

(۸) - تضمین‌هایی را برای حقوق اشخاصی که در مراکز صحت روانی پذیرش شده‌اند ایجاد کند.

تعریف اصطلاحات

ماده سوم

دستیابی: به معنای یک پیش‌شرط برای اشخاص دارای ناتوانی روانی است تا به صورت مستقلانه زندگی کنند و در جامعه اشتراک کامل و مساویانه داشته باشند. این مفهوم شامل برداشتن موانع محیطی، قانونی و نگرشی می‌شود که مانع اشتراک کامل و مساویانه اشخاص دارای هرگونه ناتوانی روانی در جامعه می‌شود؛

پیش‌رهنمودها: شامل بیانیه‌های نوشتاری است که اشخاص در آنها همراه با جزئیات مشخص می‌کنند که دوست دارند با آنها چطور برخورد شود یا از آنها چطور مراقبت صورت گیرد؛

حامی: به این معنا است که یک شخص برای ارتقاء منافع یک شخص دارای هرگونه ناتوانی روانی تلاش کند و نیز به این معناست که یک شخص بتواند به شخص دارای ناتوانی روانی در شرایطی که احساس صدمه‌پذیری می‌کند روحیه بدهد و از وی حمایت کند؛

پایواز: به معنای شخصی است که با شخص دارای ناتوانی روانی آشنا است و از وی مراقبت می‌کند؛

اطفال: به معنای تمام اشخاص دارای سن زیر ۱۸ سال می‌باشد؛

شورا: به معنای شورای صحت روانی می‌باشد؛

توانایی تصمیم‌گیری: (همچنین به عنوان "ظرفیت روانی" یا "شایستگی روانی" نیز تعریف شده است) به معنای توانایی یک شخص در یک لحظه خاص برای اتخاذ یک تصمیم خاص است به طوری که توسط شخصی دیگر مورد قضاوت قرار گیرد؛

اختلال روانی: (همچنین به عنوان "مریضی روانی" نیز یاد شده است) یک وضعیت روانی است که بر تفکر، ادراک، هیجان یا قضاوت وی تأثیر می‌گذارد که به طور جدی عملکرد روانی شخص را مختل ساخته و باعث اختلال عملکرد، ناتوانی و نقصان می‌شود؛

تشویش: به معنای هرگونه کمبود یا غیر نارمل بودن وظایف روانشناختی، فیزیولوژیک یا ساختار یا عملکرد اناتومیک می‌باشد؛

ناتوانی: ممکن است تا اندازه‌ای به معنای معیوبیت باشد و به معنای یک ساختار اجتماعی است که نه تنها به خاطر اختلال شخص اتفاق می‌افتد، بلکه به خاطر موانع محیطی و نگرشی ایجاد می‌شود که وجود دارند و مانع اشتراک کامل و مساویانه شخص در اجتماع می‌شوند؛

ناتوانی روانی: عبارت است از: اختلال روانی، دمانس شدید، ناتوانایی روانی عمده در جایی که شرایط آنقدر شدید می‌شود که معیارهای یک اختلال روانی را پوره می‌کند؛ اختلال روانی زمینه‌ای به عنوان یک جنبه ثانویه از استعمال مصرف مواد بوجود آمده باشد؛

شرایط زیان: به معنای نبود فرصت برای یک شخص است که عملکرد یک فعالیت یا اجرای یک نقش نارمل (بسته به سن و عوامل اجتماعی، فرهنگی) را برای آن شخص محدود می‌کند یا مانع آن می‌شود (مانند تبعیض و فقر)؛

تبعیض: در زمینه‌های ناتوانی به معنی جدا سازی و طرد یا محدود سازی بر اساس ناتوانی می‌باشد که تأثیر مختل‌کننده دارد و به رسمیت شناختن، استفاده و اجرای مساویانه با دیگران را در تمام حقوق بشری و آزادی‌های بنیادی در حوزه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، مدنی یا دیگر حوزه‌ها را ملغی می‌کند. این امر شامل تمام اشکال تبعیض، به شمول نفی اقامت مناسب می‌شود؛

اختلال عملکرد: به معنای هرگونه محدودیت یا فقدان توانایی برای انجام یک فعالیت یا تکلیف به شکلی است یا در محدوده‌ای است که برای یک انسان نارمل پنداشته می‌شود (مثلاً فقدان کار، مهارت‌های سازگاری و مهارت‌های اجتماعی)؛

وضعیت عاجل: به معنی وضعیتی است که در آن یک خطر عاجل و قریب‌الوقوع برای زندگی و امنیت شخص در ارتباط با دیگران وجود دارد یا زمانی که یک شخص نیاز به کنترول و نظارت دارد تا مانع صدمه رساندن وی به خودش یا دیگران شود؛

برابری: بدین معناست که تمام انسان‌ها در مقابل قانون برابرند و بدون هرگونه تبعیضی از حمایت مساویانه و مزایای مساویانه قانون برخوردارند؛

تصمیم‌گیری تسهیل شده: حمایتی است که به عنوان آخرین راه چاره استفاده می‌شود در جایی که خواست و ارجحیت‌های شخص معلوم نیستند. در اینجا یک نماینده بر اساس آنچه در مورد خواسته‌های شخص می‌داند باید مشخص کند که شخص چه می‌خواهد. تصمیم‌گیری تسهیل شده یک جایگزین محافظت‌محور با قوانین حقوق بشری بین‌المللی برای قییم شخص است؛

قییم: یک تصمیم‌گیرنده جایگزین است که توسط محکمه منصوب می‌شود تا از طرف یک بزرگسال که براساس نظر متخصصین صحت روانی فاقد توانایی تصمیم‌گیری در کل یا اتخاذ تصمیم خاص است، عمل کند؛

حقوق بشر: به معنای حقوقی است که گفته می‌شود به هر انسان در هر جامعه در هر جایی از دنیا تعلق دارد. حقوق بشر بر پایه این عقیده پیش‌بینی شده‌اند که تمام انسان‌ها فطرتاً دارای اساسی‌ترین و بنیادی‌ترین حقوقی هستند که هیچ دولتی نمی‌تواند آنها را محروم بسازد؛

ظرفیت قانونی: به معنی ایستادن شخص در پیشگاه قانون (مقام حقوقی) و نیز توانایی وی در عمل کردن در چارچوب قانون (نماینده حقوقی) بر یک مبنای مساویانه با دیگران، بدون تبعیض بر مبنای جنسیت یا ناتوانی می‌باشد. ظرفیت قانونی منعکس کننده توانایی شخص برای تصمیم‌گیری نیست ولی نشان‌دهنده حق وی برای تصمیم‌گیری از جمله اتخاذ تصمیم با اندکی حمایت و احترام به آن تصمیم می‌باشد؛

عدم ظرفیت قانونی: (همچنین به عنوان "فقدان یا عدم شایستگی در توانایی تصمیم‌گیری" تعریف می‌شود) به معنی ناتوانی در تصمیم‌گیری یک شخص در یک لحظه خاص برای اتخاذ یک تصمیم خاص است که به وسیله شخص دیگر مورد قضاوت قرار گیرد، عدم ظرفیت قانونی نباید به عنوان ثبوتی برای ناتوانی روانی در نظر گرفته شود؛

رضایت آگاهانه برای تداوی: به معنای رضایتی است که آزادانه، بدون تهدید یا ارائه تشویق و پس از ارائه معلومات کافی به یک شکل خاص و زبان قابل فهم برای مراجع به دست می‌آید. در کسب رضایت آگاهانه باید معلوماتی در مورد تشخیص، هدف، میتود، مدت، مزایای مورد انتظار و عوارض تداوی و همچنین سایر روش‌های تداوی جایگزین به شخص ارائه کرد. رضایت آگاهانه را تنها کسی می‌تواند بدهد که توانایی تصمیم‌گیری را دارد و موافقت خود را با تداوی پیشنهادی اعلام می‌کند؛

بستری کردن غیراختیاری: (همچنین به عنوان "اقامت غیراختیاری" یا "بستری اجباری" توضیح داده شده است) یعنی بستری کردن یک شخص در یک مرکز صحتی یا ادامه اقامت وی بعد از بستری کردن اجباری یا بعد از یک بستری اختیاری، در جایی که شخص مربوطه هیچ توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت آگاهانه برای بستری شدن برای اهداف تداوی ندارد و اینکه تداوی شخص مربوطه در مرکز صحت روانی به نفع وی بوده یا شرایط وی را بهبود می‌دهد و اینکه ناکامی در بستری شخص احتمالاً منجر به بدتر شدن جدی شرایط وی خواهد شد یا اینکه اجرای تداوی مناسب تنها با بستری نمودن شخص امکان‌پذیر است و اینکه هیچ روش جایگزین کمتر محدود کننده‌ای در دسترس نیست؛

تداوی غیراختیاری: یعنی ارائه تداوی برای شخصی که فاقد توانایی تصمیم‌گیری برای دادن رضایت به تداوی است و شرایط زمینه‌ای وی به گونه‌ای است یا در درجه‌ای است که به تداوی پاسخ می‌دهد یا به احتمال زیاد از تداوی سود خواهد برد؛

صحت روانی: یعنی وضعیتی از سلامت که در آن هر شخص توانایی‌های خودش را درک می‌کند، می‌تواند با فشارهای زندگی مقابله کند، می‌تواند به طور مؤثر و سودمندانه کار کند، و قادر است که در جامعه‌اش سهمی باشد؛

مراقبت صحت روانی: یعنی مراقبت و تداوی ارائه شده توسط خدمات صحت روانی؛

متخصصین مراقبت صحت روانی: (همچنین به عنوان "اشخاص حرفه‌ای" یا "کارکنان مراقبت صحت روانی" یا "ارائه‌دهندگان مراقبت‌های صحت

روانی" یا "متخصصین" نیز به کار رفته است) یعنی داکتران طب روانی، نرس‌های طب روانی، روان‌شناختان، مددکاران اجتماعی، شغل‌درمانگران، ارائه‌دهندگان مجاز مراقبت‌های صحت روانی و مشاورین روانی – اجتماعی که برای ارائه خدمات مراقبت‌های صحت روانی معینی تربیه شده‌اند؛

مراکز صحت روانی: عبارتند از مراکزی که در ماده ۲ ذکر شده‌اند؛

مستفیدین خدمات صحت روانی: (همچنین به عنوان "مستفیدین خدمات" نیز به کار رفته است) یعنی اشخاص دارای ناتوانی روانی که مراقبت‌های صحت روانی را دریافت می‌کنند یا خدمات صحت روانی را در یک مرکز صحت روانی به هدف بهبود وضعیت صحت روانی خود دریافت می‌کنند و/یا اشخاصی که تشخیص داده شده‌اند که باید در مراکز صحت روانی بستری شوند؛

وضعیت صحت روانی: یعنی سطحی از سلامت روانی یک شخص به طوری که تحت تأثیر عوامل فیزیکی، اجتماعی و روانشناختی قرار گرفته است؛

تیم مراقبت‌های چند رشته‌ای: یعنی تیمی که دروندادهای خویش را از یک طیف وسیعی از مهارت‌های مختلف به شمول طب روانی، نرسینگ، مددکاری اجتماعی، روانشناسی کلینیکی، شغل‌درمانی، حمایت هم‌تایان، مشاوره، روان‌درمانی، تداوی خلاقانه دخیل می‌سازند؛

مریض بدون مخالفت: یعنی شخصی که توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت دادن برای بستری شدن را ندارد و بستری شدن در یک مرکز صحت روانی یا تداوی پیشنهاد شده را رد نمی‌کند؛

خدمات شغل‌درمانی: یعنی خدماتی که اشخاص را قادر می‌سازد تا در زندگی روزانه خود از طریق شغل دخیل شوند؛ تا حرفه‌ای را انجام دهند که صحت و سلامت روانی‌شان را تقویت نماید؛ تا آنها قادر شوند در یک جامعه‌ای که آنها را پذیرفته مانند تمام مردم توانایی خویش را در سهمگیری زندگی حرفوی روزانه ادا نمایند؛

مریض: یعنی شخصی که تحت نظارت، مراقبت و/یا تداوی قرار دارد. در این لایحه، این اصطلاح به اشخاص دارای ناتوانی روانی اطلاق می‌شود به شمول کسانی که برای بستری شدن در یک مرکز روانی ارزیابی شده‌اند؛

شخص قابل اعتماد: یعنی شخصی که به طور غیر رسمی توسط یک استفاده‌کننده خدمات صحت روانی بزرگ‌سال تعیین شده که قابلیت تصمیم‌گیری دارد و وظیفه وی ارائه خواسته‌ها و ارجحیت‌های آن بزرگ‌سال در قسمت مسایل مربوط به مراقبت‌های صحت روانی است؛

خدمات روانی اجتماعی: از جمله مشاوره ساختار یافته، ارتقاء انگیزشی، مدیریت موردی، هماهنگی مراقبت، روان‌درمانی و وقایه از عود، خدمات مفیدی در ارائه حمایت، آموزش و راهنمایی اشخاص دارای ناتوانی روانی و فامیل‌های آنها می‌باشند؛

اقامت مناسب: به معنای تعدیلات و سازگاری‌های ضروری و متناسبی است که یک بار نامتناسب یا غیر ضروری را بر شخص تحمیل نمی‌کند بلکه در یک مورد خاص تضمین می‌کنند که اشخاص دارای ناتوانی روانی در یک شرایط مساویانه با دیگر اشخاص از حقوق بشری و آزادی‌های اساسی خود بهره‌مند می‌گردند و یا از آنها استفاده می‌کنند؛

شفایابی: تنها یک نوع خدمات نیست و نه نتیجه یک خدمت واحد. شفایابی پروسه عمیق تغییر نگرش‌ها، احساسات، ادراکات، عقاید، نقش‌ها و اهداف شخص در زندگی حتی علی‌رغم محدودیت‌های عملکردی و صدمات عمیق می‌باشد؛

بازتوانی: یعنی پروسه طراحی شده برای ارتقاء بهبودی، ادغام کامل در جامعه و بهبود کیفیت زندگی برای اشخاصی که ناتوانی روانی به طور جدی توانایی آنها را در اداره نمودن زندگی با معنی مختل نموده است؛

ادغام مجدد در جامعه: (همچنین به عنوان "شمولیت اجتماعی" نیز به کار رفته است) یک نتیجه است که می‌توان با استفاده از خدمات صحت روانی مختلف به آن دست یافت. همچنین اقدامات سیاسی و سازماندهی جامعه برای ارتقاء یکپارچگی و ظرفیت پذیرش جامعه به اشخاص دارای ناتوانی روانی نیز می‌تواند این نتیجه را حاصل کند؛

اقارب در ارتباط با شخص: به معنای همسر، والدین، پدر و مادرکلان، برادر، خواهر، فرزند شخص یا همسرش می‌باشند چه به صورت خاصه و یا اندر، یا قرابت سببی داشته باشند؛

دمانس شدید: یعنی زوال مغز یک شخص که به طور قابل ملاحظه عملکرد روانی شخص را مختل می‌کند و به این ترتیب بر تفکر، درک مطلب و حافظه شخص تأثیر می‌گذارد و دربردارنده علایم رفتاری و روانی شدید از قبیل خشونت فیزیکی می‌باشد؛

ناتوانی‌های روانی عمده: (همچنین به عنوان "تشوش ذهنی"، "ناتوانی‌های رشدی" یا "عقب ماندگی ذهنی" نیز به کار می‌رود) یعنی وضعیتی که رشد ذهنی یک شخص متوقف شده یا ناکامل مانده و دربردارنده تشوش‌های عمده هوشی و عملکرد اجتماعی و رفتارهایی از سوی شخص می‌باشد که به صورت غیر عادی خشن یا به طور جدی غیر مسئولانه می‌باشند؛

همسر در ارتباط با یک شخص: همسری را که از آن شخص جدا زندگی می‌کند را شامل نمی‌شود.

حمایت: یک اصطلاح گسترده است که هم شامل ترتیبات حمایتی رسمی (حامی) می‌شود و هم حمایت‌های غیر رسمی (اشخاص قابل اعتماد) را در بر می‌گیرد که در نوع و شدت متفاوت می‌باشند؛

تصمیم‌گیری حمایت شده: یعنی پروسه‌ای که در آن اشخاصی که خواست‌ها و ارجحیت‌هایشان برای دیگران آشکار نمی‌باشند، کمک‌هایی را که نیاز دارند و می‌خواهند را دریافت می‌کنند، تا موقعیت‌ها و انتخاب‌هایی که

پیش رو دارند را درک کنند و بتوانند تصمیمات زندگی را برای خودشان اتخاذ کنند؛ زمانی که یک شخص برای اتخاذ تصمیم نیاز به حمایت دارد، این حمایت‌ها تضمین خواهند کرد که خواسته‌ها و ارجحیت‌های شخص در تمام وقت مورد احترام قرار خواهد گرفت؛

تداوی: به معنی یک مداخله (فیزیکی یا روانشناختی) روی یک شخص است که با در نظر داشت جنبه اجتماعی شخص، ممکن است شامل معیارهای مورد نیاز برای اهداف سرپرستی باشد، شرایط را تسکین دهد، صحت را بازگرداند یا رنج شخص را کاهش دهد، و بعد اجتماعی زندگی شخص را بهبود بخشد و موارد زیر را شامل می‌شود: دواها، خدمات شغل‌درمانی، خدمات روانی - اجتماعی، خدمات بازتوانی، ECT، تست‌ها و تداوی‌های کمکی. در این مقررده تداوی عاجل به عنوان تداوی محسوب نمی‌شود؛

تأثیر یا فشار غیر ضروری: یعنی کیفیت تعامل بین شخص حامی و شخص حمایت شده شامل علایم ترس، پرخاشگری، تهدید، فریب و دستکاری‌کردن می‌باشد؛

مریض اختیاری: شخصی است که از طرف خودش یا با حمایت شخص دیگر موافقت کرده است که در یک مرکز صحت روانی با هدف تحت نظر بودن، مراقبت و تداوی بستری شود. این تعریف تنها به اشخاصی اطلاق می‌شود که توانایی تصمیم‌گیری دارند و اصالتاً خودشان برای بستری شدن و تداوی در یک مرکز صحت روانی موافقت کرده‌اند و این توافق را ادامه می‌دهند. در این لایحه مریض غیر معترض به عنوان مریض اختیاری محسوب نمی‌شود؛

تداوی اختیاری: یعنی ارائه تداوی به شخصی که توانایی تصمیم‌گیری دارد که اصالتاً از طرف خودش یا با حمایت دیگران با این امر موافقت کرده است.

اصول راهنما

ماده چهارم

(۱) - برای رسیدن به اهداف این لایحه اصول زیر باید برای تمام اشخاص دارای ناتوانی روانی به شمول زنان، اطفال و اقلیت‌ها تطبیق شوند:

(۲) - احترام به کرامت بنیادی، خواست و ارجحیت‌ها، استقلال شخصی، خودمختاری، یکپارچگی جسمی و رعایت خلوت شخص.

(۳) - عدم تبعیض و فرصت‌های برابر

(۴) - تساوی برای همه صرف‌نظر از جنس یا وضعیت جنسیتی

(۵) - احترام برای ظرفیت‌های تکاملی اطفال

(۶) - دسترسی

(۷) - اشتراک کامل و مؤثر و سهم‌گیری در جامعه

(۸) - کمترین روش‌های محدود کننده

(۹) - رویکرد شفایابی

(۱۰) - افهام و تفهیم مؤثر و فراهم‌سازی معلومات

(۱۱) - احترام به تفاوت‌ها

(۱۲) - نقش فامیل و مراقبین

(۱۳) - حفظ اسرار

ماده پنجم

ایجاد موانع

هر شخصی که باعث ایجاد محدودیت و یا مانع حقوقی که برای شخص دارای ناتوانی روانی توسط قوانین حقوق بشری بین‌المللی و قوانین ملی و قانون اساسی جمهوری اسلامی افغانستان تصریح شده، گردد در برابر طرف صدمه دیده در یک اقدام قانونی، به منظور جبران صدمه وارد شده مسئول می‌باشد؛

(۱) تمام مراکز و برنامه‌های خصوصی و عمومی طراحی شده برای خدمت به اشخاص دارای ناتوانی روانی، به شمول آنهایی که مبتنی بر جامعه می‌باشند به طور مؤثر توسط یک مکانیزم مستقل ارزیابی خواهند شد؛

(۲) مداخلات مراقبت صحت روانی اولیه، به شمول چارچوبی برای تصمیم‌گیری حمایت شده و دادخواهی در سیستم صحت روانی و آموزش در مورد این مسایل برای مقامات دولتی مربوطه در تمام بخش‌های کشور بر اساس استندردهای بین‌المللی و بهترین عملکرد، آنگونه که توسط سازمان صحت جهان تعریف شده است، ایجاد خواهد شد؛

(۳) تداوی سرپایی اختیاری، معیار خواهد بود؛

(۴) تداوی بستری، آخرین علاج خواهد بود و زمانی به کار گرفته می‌شود که تمام گزینه‌های دیگر مراقبت صحت روانی ناکام شده باشند. در تمام موارد، طول مدت ماندن شخص تا جایی که امکان دارد کوتاه خواهد بود؛

(۵) خدمات صحت روانی عمومی، به شمول مراقبت‌های بعدی مبتنی بر جامعه و بازتوانی در دسترس خواهد بود و به صورت رایگان ارائه خواهد شد و تا جایی که امکان دارد به فامیل اشخاص و جوامع آنها از جمله مناطق روستایی نزدیک خواهد بود.

انتخاب نماینده

ماده ششم

انتخاب نماینده در موارد ذیل صورت می‌گیرد

نماینده برای شخص دیگر تنها در صورتی تصمیم گیری خواهد کرد که موارد زیر قبل از به کارگیری تصمیم گیری تسهیل شده امتحان شده باشد.

(۱) نماینده بهترین تلاش را کرده باشد که از طریق تمام شیوه های ممکن از جمله مفاهمه جایگزین یا غیر مرسوم با شخص افهام تفهیم کند.

(۲) نماینده هر تلاشی را به کار گرفته باشد تا خواسته و ارجحیت های شخص را درک کند .

(۳) اگر هیچ شبکه حمایتی وجود نداشته باشد که به شخص در تصمیم گیری کمک کند باید چنین شبکه ای ایجاد شود.

فصل دوم

میکانیسم بازبینی مستقل شوراهای صحت روانی

ماده هفتم

یک شورای صحت روانی در داخل وزارت صحت عامه تأسیس شده است و شوراهای صحت روانی محلی نیز در داخل ریاست های صحت عامه در سطح ولایات برای ارتقاء، تشویق و پرورش، ایجاد و حفظ استندردهای بالا و اجراات خوب در ارائه خدمات بستری صحت روانی و خدمات مبتنی بر جامعه معقول، ایجاد خواهد شد تا از حقوق اشخاصی که خدمات و/یا تداوی را در مراکز صحت روانی و/یا در خدمات مبتنی بر جامعه دریافت می‌کنند، حفاظت شود.

ترکیب شورای صحت روانی در مرکز

ماده هشتم

شورای ملی صحت روانی با یازده عضو زیر تشکیل خواهد شد که توسط وزارت صحت منصوب می‌شوند:

- رئیس دیپارتمنت صحت روانی، وزارت صحت عامه
- یک نماینده از دیپارتمنت طب معالجوی
- یک نماینده از دفتر سارنوالی عمومی
- یک داکتر طب روانی
- یک داکتر طب که در بخش صحت روانی تعلیم دیده است

یک روانشناس کلینیکی یا مشاور روانی - اجتماعی یا مددکار اجتماعی

یک شخص دارای ناتوانی روانی

یک عضو فامیل یک شخص دارای ناتوانی روانی

دو نماینده از مؤسسات غیر دولتی زنان یا حقوق بشر

یک وکیل مدافع از کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان

یک نماینده از سوی وزارت داخله

وظایف شورای ملی صحت روانی

ماده نهم

شورای ملی صحت روانی تمام صلاحیت‌هایی را خواهد داشت که برای دستیابی به اهداف شبه قضایی و دیگر وظایف اش ضروری و مناسب باشند به شرح ذیل:

(۱) مرور و ثبت هر مورد بستری غیراختیاری و تجدید آردر در طی ۲۱ روز از تاریخ صدور آردر؛

(۲) بررسی هرگونه شکایات در مورد هر جنبه از مراقبت و تداوی که توسط یک مرکز صحت روانی ارائه شده است و تصمیم‌گیری یا ارائه هر نظری که ضرورت باشد در طی ۲۱ روز از تاریخ دریافت شکایت؛

(۳) مرور و ثبت تمام موارد بستری اختیاری هر ۴ ماه؛

(۴) مرور و ثبت تمام موارد بستری غیراختیاری هر ۴ ماه؛

(۵) مرور رضایتی که توسط اشخاص قابل اعتماد یا نمایندگان مریضان داده شده است هر ۴ ماه؛

(۶) مرور درخواست‌ها در ارتباط با بستری و/یا تداوی غیراختیاری؛

(۷) مشاهده مستقیم و بررسی ۵ مرکز بستری و مراکز خدمات صحت روانی مبتنی بر جامعه به طور تصادفی در هر سال؛

(۸) م‌صاحبه با مریضان و متخصصین صحت روانی در ۵ مرکز بستری و مراکز صحت روانی مبتنی بر جامعه به صورت تصادفی در هر سال؛

(۹) تعیین یک هیئت از داکتران طب روانی و/یا داکتران طب که در بخش صحت روانی تعلیم دیده‌اند و/یا رزیدنت‌های طب روانی برای اجرای معاینات طبی مستقلانه؛

(۱۰) نظارت بر تمام مراکز صحت روانی یا دیگر مراکز، به شمول مراکزی که در سطح جامعه خدمات صحت روانی ارائه می‌کنند و بازدید از آنها یک بار در سال؛

(۱۱) تعیین تصمیم گیرنده‌های تسهیل شده (نماینده‌ها) در هر جایی که یک شخص فاقد توانایی تصمیم‌گیری است و خواست‌ها و ارجحیت‌های شخص شناخته شده نیست؛

(۱۲) ارزیابی نیازهای صحت روانی جامعه، خدمات و مشکلات خاص آن برای ارائه نظرات در مورد پالیسی و تحقیقات به وزارت صحت عامه هر ساله یک بار؛

(۱۳) دادن مشاوره در قسمت ایجاد برنامه‌هایی برای فراهم ساختن مراقبت‌های دوامدار برای اشخاص دارای ناتوانی روانی؛

(۱۴) دادن مشاوره در قسمت ایجاد برنامه‌هایی برای فراهم ساختن مراقبت‌های دوامدار و تداوی برای اشخاص دارای ناتوانی روانی در محاسبات؛

(۱۵) دادن گزارش سالانه به وزارت صحت عامه در مورد نیازها و اجراات سیستم صحت روانی در کشور به شمول شکایات که این گزارش باید به شورای ملی قانونگذاری تقدیم شود؛

(۱۶) ساختن یا هماهنگی ارائه طرحی با موافقت وزارت صحت عامه و وزارت مالیه به منظور دادن مساعدت‌های حقوقی رایگان توسط شوراهای صحت روانی به مریضان غیراختیاری در سطح ولایتی؛

(۱۷) نظارت بر شوراهای صحت روانی محلی؛

(۱۸) تأیید و بازبینی جواز مراکز صحت روانی خصوصی، کلینیک‌ها و دیگر مراکز بستری و خدمات صحت روانی مبتنی بر جامعه برای مراقبت و/یا تداوی اشخاص دارای ناتوانی روانی، به شمول آنهایی که در سطح ولایتی هستند؛

(۱۹) بازبینی جواز شفاخانه‌ها، به شمول آنهایی که در سطح ولایتی هستند؛

(۲۰) اشتراک در انکشاف و تأیید استراتیژی‌ها و پلان‌های ملی صحت روانی؛

(۲۱) بازبینی و دادن مشوره در مورد محدوده کاری و طرزالعمل‌های اخلاقی برای درمانگران؛

شوراهای صحت روانی ولایتی

ماده دهم

شوراهای صحت روانی محلی نیز در داخل ریاست‌های صحت عامه در سطح ولایات برای ارتقاء، تشویق و پرورش، ایجاد و حفظ استندردهای بالا و اجراات خوب در ارائه خدمات بستری صحت روانی و خدمات مبتنی بر جامعه معقول ایجاد خواهد شد تا از حقوق افرادی که خدمات ویاتداوی را در مرکز صحت روانی و یا در خدمات مبتنی بر جامعه دریافت می‌کنند حفاظت شود.

ترکیب شوراهای صحت روانی ولایتی

ماده یازدهم

هر شورای صحت روانی محلی باید از ۹ عضو ذیل تشکیل شود که توسط وزارت صحت عامه منصوب می‌شوند:

- یک شخص از ریاست خاړنوالی عمومی
- یک داکتر طب روانی یا داکتر طب که در بخش صحت روانی تعلیم دیده
- یک روانشناس کلینیکی یا مشاور روانی - اجتماعی یا مددکار اجتماعی
- یک شخص با ناتوانی روانی
- یک عضو فامیل یک شخص دارای ناتوانی روانی
- یک نماینده از مؤسسه غیر دولتی زنان یا حقوق بشری
- دو وکیل مدافع از کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان
- یک فوکل پوینت صحت روانی از یک مؤسسه غیر دولتی اجرا کننده خدمات در ولایت

وظایف شوراهای صحت روانی ولایتی

ماده دوازدهم

(۱) - شورای صحت روانی محلی تمام صلاحیتهایی را خواهد داشت که برای دستیابی به اهداف شبه قضایی و دیگر وظایفی که در ماده ۹ تحت شماره‌های ۱-۲۱ ذکر شده‌اند، ضروری و مناسب باشند.

(۲) - شوراهای صحت روانی محلی به صورت سالانه از محدوده تعیین شده خود و حوزه خدمات معینه در مورد نیازها و اجراات سیستم صحت روانی ولایتی به شوراهای ملی صحت روانی راپور می‌دهند که این شامل راپور شکایات واصله نیز می‌شود.

نصاب و برگزاری جلسات صحت روانی

ماده سیزدهم

(۱) شورای ملی صحت روانی جلسات خود را در داخل وزارت صحت عامه و شوراهای محلی صحت روانی جلسات خود را در داخل ریاست‌های ولایتی صحت عامه به صورت هر سه ماه یک بار برگزار می‌کنند.

(۲) وزارت صحت عامه یک عضو هر شورای صحت روانی را به عنوان رئیس آن شورا منصوب خواهد کرد.

(۳) سه عضو، به شمول رئیس شورا یا یک معاون رئیس، در هر جلسه شوراهای صحت روانی حد نصاب لازم برای برگزاری جلسه را تشکیل می‌دهند.

عدم تضاد منافع ملی

ماده چهاردهم

هیچگونه تضاد منافع نباید بین پست‌های اعضا در داخل شوراهای ملی و محلی و هرگونه تعهدات حرفه‌ای که ممکن است داشته باشند ایجاد شود، مخصوصاً برای اعضای دیگر جوامع طبی که عضویت شوراهای ملی و محلی را به دست آورده‌اند و ممکن است مسئول مرکز صحت روانی باشند که توسط شورا مورد بازدید و بررسی قرار می‌گیرد.

فصل سوم

حقوق اشخاص دارای ناتوانی روانی و حقوق فامیلهایشان

حقوق اشخاص دارای ناتوانی روانی

ماده پانزدهم

(۱) - حق برخورداری از بالاترین سطح قابل دسترسی استندردهای فیزیکی، صحت روانی و بازتوانی

(۲) - شخصی که در مراکز صحت روانی یا صحتی به سر می‌برد باید حقوق زیر برایش تضمین شود:

(الف) دریافت تداوی با همان کیفیت و معیاری که دیگر اشخاص دریافت می‌کنند؛

(ب) دریافت تداوی که به طور جامع تمام نیازهایشان را از طریق رویکرد پلان تداوی چند رشته‌ای برطرف می‌سازد؛

(ج) دریافت تداوی در محیطی که کمترین محدودیت را دارد و به طریقی که کمترین محدودیت را اعمال می‌کند؛

(د) خدمات بعد از مراقبت و بازتوانی در صورت امکان در اجتماع، تا زمینه ادغام مجددشان به اجتماع سهل گردد؛

(ر) به طور مکفی در مورد شرایطشان به آنها آگاهی داده شود؛

(ر) به طور فعالانه در فورمولبندی پلان تداوی‌شان اشتراک کنند؛

(ز) قبل از هرگونه تداوی که برایشان ارائه می‌شود، رضایت آگاهانه و آزادانه داشته باشند و این رضایتنامه باید در دوسیه طبی مریض ثبت شود؛

(س) محرمانه بودن تمام معلومات در مورد آنها، اختلال آنها و تداوی‌شان، در هر شکلی که نگهداری می‌شود، به طوری که این معلومات نباید بدون رضایت آنها در اختیار شخص ثالث قرار گیرد؛

(ش) دسترسی به دوسیه کلینیکی‌شان؛

(ص) احترام کامل به کرامت انسانی‌شان؛

(ض) حمایت در مقابل ظلم، رفتارهای غیر انسانی و تحقیر کننده، تنبیه، استعمار، خشونت و سوء استفاده.

حق استفاده از معیارات مکفی زندگی و حمایت اجتماعی:

ماده شانزدهم

اشخاص در مراکز صحت روانی و صحت باید حقوقشان در موارد زیر تضمین شود:

(الف) یک محیط امن و صحتی به شمول غذا و لباس کافی، مفید و با کیفیت در هر زمانی که خودشان توانایی تهیه آنها را نداشته باشند؛

(ب) دسترسی به خدمات اجتماعی متناسب و پروگرام‌های حمایتی و نیز مساعدت مالی دولتی و دیگر حمایت‌های مربوط به مسایل مالی.

به رسمیت شناختن حقوق برابر برای آنها در برابر قانون

ماده هفدهم

(الف) اشخاص داری ناتوانی روانی این حق را دارند که به عنوان اشخاص در مقابل قانون شناخته شوند و از ظرفیت قانونی خود بر یک مبنای برابر با سایرین در تمام جنبه‌های زندگی استفاده کنند و از حق دسترسی به حمایت‌ها برای به کارگیری ظرفیت قانونی خود بهره‌مند گردند؛

(ب) وجود معلولیت‌های روانی نباید تنها معیار برای محروم کردن آنها از ظرفیت‌های حقوقی‌شان باشد؛

(ج) اشخاصی که قادرند به طور کامل عملکردهای خود را داشته باشند و در جامعه اشتراک کنند بدون اینکه تهدیدی برای ارزش‌های حافظت شده توسط قانون اساسی محسوب شوند، نباید از ظرفیت قانونی‌شان تنها به خاطر ناتوانی روانی‌شان محروم گردند. در هر مورد خاص، هر منفعت خاصی که قرار بوده با این محرومیت حفاظت شود، شناسایی خواهد شد؛

(د) محرومیت از ظرفیت قانونی را تنها محکمه می‌تواند صادر کند؛

(ه) در موارد ظرفیت قانونی، محکمه نباید تنها بر اساس نظر متخصص حکم دهد بلکه باید به طور مستقیم و دیداری با شخص دارای ناتوانی روانی تماس بگیرد و فرصت این را داشته باشد که از وی سوال پرسان کند.

حق آزادی و امنیت شخص:

ماده هجدهم

(۱) - محرومیت از ظرفیت قانونی نباید مبنایی باشد برای محروم کردن شخص دارای ناتوانی روانی از آزادی‌اش به وسیله بستری کردن وی در یک مرکز صحت روانی به صورت غیراختیاری؛

اشخاصی که به صورت غیراختیاری در یک مرکز صحت روانی بستری می‌شوند به شمول آنهایی که از ظرفیت قانونی خود محروم شده‌اند:

الف) حق دارند به طور مستقلانه قضیه خویش را مورد بازرسی حقوقی قرار دهند تا بستری شدن خود را به چالش بکشند؛

ب) آزادی از بستری غیراختیاری مطلق در مرکز صحت روانی برای آنها تضمین شود؛

ج) مستحق تمام ضمانتهایی هستند که به اشخاص دارای دیگر ناتوانی‌ها یا اشخاص بدون ناتوانی داده می‌شود، به شمول دسترسی به میکانیزم‌های حقوقی حمایتی و شکایات و نظارت منظم از مراکز صحت روانی توسط کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان .

شمولیت اجتماعی

ماده نوزدهم

(۱) - اشخاص دارای ناتوانی روانی این حق را دارند که از تمام حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به همراه انتخاب‌های برابر با دیگران برخوردار گردند که شامل موارد زیر می‌شوند ولی محدود به اینها نمی‌شوند: حق زندگی در جامعه، حق دسترسی به خدمات اقامتی، خدمات در خانه و سایر خدمات حمایتی اجتماع، حق کاریابی و شمولیت در وظیفه، و حق تحصیل کردن.

(۲) - معیارهای مؤثر و متناسب اتخاذ خواهد شد تا برخورداری کامل اشخاص دارای ناتوانی روانی را از حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و شمولیت و اشتراک کامل آنها را در جامعه تسهیل نماید.

محافظت از تبعیض

ماده بیستم

اشخاص دارای ناتوانی روانی باید از فرصت‌های برابر و حمایت در مقابل تبعیض برخوردار گردند. کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان اقدامات متناسب را علیه هر کس انجام خواهد داد که به خاطر ناتوانی روانی، شخص دارای ناتوانی را مورد استعمار و تبعیض قرار دهد و پیشنهاداتی را به مراجع ذیصلاح خواهد داد تا شمولیت اجتماعی بیشتر اشخاص دارای ناتوانی روانی را ارتقاء دهند.

فصل چهارم

حقوق فامیل‌های اشخاص دارای ناتوانی روانی

حقوق فامیل

ماده بیست و یکم

فامیل‌ها به عنوان یک شریک برابر با متخصصین مراقبت صحت روانی به شمار می‌روند، و نقش حمایتی فامیل‌ها در زندگی اقاربشان که دارای ناتوانی روانی هستند به طور کامل برابر شمرده می‌شود؛

حق اشتراک

ماده بیست و دوم

اقارب و مراقبین حق اشتراک فعالانه در فورمول‌بندی و اجرای پلان تداوی مریض، به شمول تداوم مراقبت و بازتوانی بعد از مرخص شدن را دارند؛

حق در تصمیم‌گیری

ماده بیست و سوم

متخصصین صحت روانی باید اطلاعات ضروری برای اجرای نقش حمایتی در زندگی مریض و بهبودی و نیز بهترین دانش و معلومات را برای حمایت از مریض در تصمیم‌گیری را برای اقارب و مراقبین ارائه کنند؛

حق شکایت

ماده بیست و چهارم

اقارب، مراقبین و نمایندگان مریض حق دارند که شکایات خود را در رابطه با رفتار ظالمانه، غیرانسانی و تحقیرآمیز یا تنبیه و/یا استثماری، خشونت و سوء استفاده از مریض در مراکز صحت روانی، به شورا و کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان تسلیم کنند.

فصل پنجم

حقوق دارای محاکم ثلاثه

شخص قابل اعتماد:

ماده بیست و پنجم

بزرگسالان دارای ناتوانایی‌های روانی که توانایی تصمیم‌گیری دارند و قادر به درک صلاحیت‌ها و عواقب آن به یک شخص قابل اعتماد می‌باشند، ممکن است یک شخص قابل اعتماد را با انتخاب خودشان معرفی کنند تا در مورد مراقبت صحت روانی‌شان تصمیم بگیرند که در زمان سلامت ترجیح می‌دهند داشته باشند ولی بعداً به خاطر مثلاً مشکل صحت یا شرایط دیگر که بر توانایی تصمیم‌گیری آنها تأثیر می‌گذارد، ممکن است مخالفت کنند.

پروگرام های آگاهی

ماده بیست و ششم

وزارت صحت عامه پروگرام‌های آگاهی‌دهی و آموزش در مورد برنامه‌ریزی از قبل را فراهم خواهد ساخت تا به این ترتیب اشخاص دارای ناتوانی روانی قادر شوند پیش رهنمودهای خود را تهیه کنند و/یا شخص قابل اعتماد خود را معرفی کنند.

دادخواهی

ماده بیست و هفتم

اشخاص دارای ناتوانی روانی حق استفاده از طیف وسیعی از حمایت‌های دادخواهی را خواهند داشت، از قبیل دادخواهی شهروندی، دادخواهی هم‌تایان و دادخواهی خودی که به طور مساویانه هم در مراکز بستری و هم در مراکز مبتنی بر جامعه در دسترس خواهند بود. وزارت صحت عامه آگاهی‌دهی عامه در مورد دادخواهی را فراهم خواهد ساخت.

فصل ششم

تصمیم‌گیری

توانایی تصمیم‌گیری

ماده بیست و هشتم

الف) تصور می‌شود که هر شخص دارای توانایی تصمیم‌گیری برای گرفتن تصمیم‌ها توسط خودشان، و در صورت نیاز تصمیم‌گیری با تسهیل شده می‌باشند.

ب) وجود ناتوانی روانی یا یک رفتار شخص، شخصیت یا ظاهر شخص نباید یک عامل تعیین کننده برای توانایی تصمیم‌گیری یک شخص باشد.

ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری:

ماده بیست و نهم

(۱) ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری شخص توسط تعدادی از متخصصین صحت روانی به شمول داکتران طب روانی، نرس‌های طب روانی، روانشناسان، و مددکاران اجتماعی در مشاوره با متخصص درمانگر انجام می‌شود. حداقل سه متخصص و یک شخص آشنا با مریض (اقارب، مراقبین یا اشخاص قابل اعتماد) باید در هر ارزیابی دخیل باشند.

(۲) در ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری یا یک وضعیت "نیازمند حمایت" یک تیم چند رشته‌ای عدم قابلیت ظرفیت قانونی اشخاص دارای ناتوانی روانی را تشخیص می‌دهد و یک آزمایش مختص تصمیم اجرا خواهد کرد تا موارد زیر را شناسایی کند:

الف) توانایی شخص برای درک معلومات برای اتخاذ یک تصمیم و استفاده از معلومات به منظور اتخاذ یک تصمیم؛

ب) آرزوها و اهداف شخص؛

ج) تصمیم‌هایی که یک شخص نیاز دارد و می‌خواهد اتخاذ کند؛

د) خواسته‌ها و ارجحیت‌های شخص؛

ه) آن حمایت‌هایی که برای شخص ضروری هستند تا وی بتواند حق تصمیم گرفتن برای خود را داشته باشد.

اتخاذ تصمیم‌ها در مورد تداوی‌اش:

ماده سی و م

(۱) برای محقق شدن هدف ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری یک شخص برای اتخاذ تصمیم در مورد تداوی‌اش باید مطمئن شد که به شخص موارد زیر داده شده است:

الف) توضیحاتی در مورد تداوی پیشنهادی که شامل (۱) هدف تداوی؛ و (۲) نوع، روش و مدت احتمالی تداوی می‌باشد؛ و

ب) توضیحاتی در مورد مزایا و معایب تداوی به شمول معلوماتی در مورد ناراحتی، خطرات و عوارض مورد انتظار و شایع مربوط به آن؛ و توضیحاتی در مورد هرگونه تداوی جایگزین که در دسترس می‌باشد به شمول معلوماتی در مورد مزایا و معایب این تداوی‌های جایگزین؛

ج) جواب به هر سوال مربوطی که شخص پرسیده است؛

د) هر معلومات مربوط دیگری که به شخص در تصمیم‌گیری‌اش کمک می‌کند؛

و

ه) در مورد تداوی پیشنهادی، یک بیانیه از حقوق مربوط به وضعیت وی.

۲) معلومات به شکلی توضیح داده خواهند شد که توانایی‌ها، ظرفیت‌های ارتباطی و زبان شخص در نظر گرفته شده باشد.

تصمیم‌گیری حمایت شده

ماده سی و یکم

۱) در موقعیت‌هایی که اشخاص ممکن است برای بیان خواسته‌ها و ارجحیت‌های خود نیاز به حمایت داشته باشند حمایت مورد نیاز آنها باید برایشان فراهم شود ولی این حمایت نباید بر خلاف میلشان به آنها عرضه شود؛

۲) حمایت داده شده، حقوق و خواسته‌ها و ارجحیت‌های شخص را محترم می‌شمارد، فارغ از تضاد منافع و تأثیرات غیر ضروری است و هرگز جایگزین تصمیم‌گیری شخص شده نمی‌تواند؛

۳) دسترسی به چنین حمایتی برای جلوگیری سوء استفاده‌ها و تضمین متناسب بودن آن با حقوق شخصی شخص از جمله حق خطر کردن و اشتباه کردن، فراهم می‌شود.

مراقبت های صحی

ماده سی و دوم

متخصصین مراقبت‌های صحی و اجتماعی که توانایی تصمیم‌گیری یک شخص را ارزیابی می‌کنند هر قدمی که آنها برای رسیدن به نتیجه برمی‌دارند را با جزئیات در دوسیه طبی شخص ثبت می‌کنند، به شمول قدمه‌ها برای تعیین نیازمندی‌های شخص به مساعدت در تصمیم‌گیری و اقامت مناسب فراهم شده برای شخص نیازمند حمایت.

اهلیت حقوقی

ماده سو و سوم

هر ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری باید بوسیله اصول استقلال رای، خودمختاری و "خواسته‌ها و ارجحیت‌ها" اطلاع‌رسانی شود و بر ارزیابی حمایت‌هایی متمرکز شود که به شخص کمک می‌کنند بتوانند از ظرفیت قانونی خود استفاده کند.

تصمیم گیری تسهیل شده

ماده سی و چهارم

حمایت‌هایی که به شخص کمک می‌کنند تا یک تصمیم اتخاذ کند باید تا حد امکان برای استفاده مردم آسان شوند. این امر ما را مطمئن می‌سازد که دیگر اشخاصی که برای یک شخص تصمیم می‌گیرند (نمایندگان) آخرین راه حل خواهند بود نه اولین گزینه.

(۱) اشخاصی که فاقد توانایی تصمیم‌گیری در مورد بستری شدن و تداوی ارزیابی شده‌اند در تعریف "مریضان غیراختیاری" قرار می‌گیرند.

(۲) جایی که خواستها و ارجحیت‌های یک شخص قابل برداشت و درک نبود، و شخص از قبل خواستها و ارجحیت‌های خود را از طریق پیش‌رهنمودها یا از طریق شخص قابل اعتماد ذکر نکرده باشد، یک نماینده براساس بهترین شناختی که در مورد شخص و خواسته‌هایش دارد تعیین خواهد کرد که تصمیم مریض چه خواهد بود.

(۳) نماینده برای شخص دیگر تنها در صورتی تصمیم‌گیری خواهد کرد که موارد ذیل قبل از به کار گیری تصمیم‌گیری تسهیل شده امتحان شده باشند:

(الف) نماینده بهترین تلاش را کرده باشد که از طریق تمام شیوه‌های ممکن از جمله مفاهمه جایگزین یا غیرمرسوم با شخص افهام و تفهیم کند؛

(ب) نماینده هر تلاشی را به کار گرفته باشد تا خواستها و ارجحیت‌های شخص را درک کند؛

(ج) اگر هیچ شبکه حمایتی وجود نداشته باشد که به شخص در تصمیم‌گیری کمک کند، باید چنین شبکه‌ای ایجاد شود؛

(د) هر تلاشی باید به کار گرفته شده باشد تا معلومات به شکلی به شخص ارائه شود که وی بتواند آنها را درک کند و تمام راه‌های حمایتی (به شمول دادخواهی) باید برای شخص فراهم شده باشد که به وی در تصمیم‌گیری کمک شود.

(۴) نماینده‌ها به وسیله شورا تعیین می‌شوند و هر چهار ماه یک بار به وسیله شورا به طور منظم مانیتور می‌شوند.

(۵) اشخاصی که فاقد توانایی تصمیم‌گیری در مورد تداوی‌شان ارزیابی شده‌اند باید از حقوق‌شان جهت بازبینی ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری به وسیله یک تیم چند رشته‌ای با ترکیب دیگری برخوردار باشند. آنها همچنین حق دارند که بستری شدن‌شان به صورت دوره‌ای توسط شورا و کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان بازبینی شود، و حق دارند که انتصاب نماینده را در محکمه به چالش بکشند.

فصل هفتم

تعیین اختلال روانی

تشخیص اختلال روانی

ماده سی و پنجم

هرگونه تشخیص اختلال روانی باید در مطابقت با معیارات طبی پذیرفته شده بین‌المللی باشد.

(۱) تعیین اختلال روانی نباید بر اساس وضعیت سیاسی، اقتصادی یا اجتماعی یا عضویت در گروه‌های فرهنگی، نژادی یا مذهبی یا هر دلیل دیگری که به طور مستقیم با وضعیت صحت روانی مرتبط نیست، صورت گیرد.

(۲) اختلاف فامیلی یا حرفی، یا عدم همخوانی با ارزش‌های اخلاقی، اجتماعی، فرهنگی یا سیاسی یا عقاید مذهبی غالب در جامعه یک شخص نباید عامل تعیین‌کننده در تشخیص اختلال روانی باشد

(۳) یک تاریخچه از بستری شدن شخص در گذشته نباید به تنهایی توجیه‌کننده اختلال روانی فعلی یا در آینده باشد.

ارزیابی خطر خشونت

ماده سی و ششم

(۱) برای تسهیل کردن یکپارچگی در سطح ملی، باید با استفاده از ابزار تأیید شده بین‌المللی ارزیابی خطر خشونت HCR-20 مواردی که اشخاص را در معرض خطر خشونت قرار می‌دهد، شناسایی شود و مراحل لازم برای حمایت از مصنوعیت شخصی و عمومی مشخص گردد.

(۲) ارزیابی خطر خشونت باید توسط یک تیم چند رشته‌ای که خطرناک بودن بستری شدن شخص را ارزیابی می‌کنند به شمول روانشناسان، داکتران طب روانی، نرسها، کارمندان اجتماعی و درمانگران توانبخشی و شغلی انجام شود.

(۳) وزارت صحت عامه باید راهنماهای رسمی کامل را تهیه کند که متخصصین را در ارزیابی خطر خشونت در هر مورد مشخص هدایت نماید و باید روش‌هایی برای جمع‌آوری اطلاعات و احصائیه تنظیم شود به طوری که این استندرها را بتوان در طول زمان، بررسی و ارزیابی نمود.

فصل هشتم

بستری کردن و تداوی اختیاری

بستری کردن اختیاری

ماده سی و هفتم

یک شخص فقط زمانی می‌تواند به صورت اختیاری در یک مرکز صحت روانی بستری شود که توانایی گرفتن چنین تصمیمی را داشته باشد و برای بستری شدن و ادامه جریان تداوی رضایت داشته باشد.

(۱) تنها اشخاصی را می‌توان در گروه "مريضان اختیاری" در نظر گرفت که بر اساس شرایط ذکر شده در ماده‌های ۲۵ تا ۳۳ این مقرره توانایی گرفتن تصمیم در ارتباط با بستری شدن و تداوی با حمایت یا بدون حمایت را داشته باشند.

(۲) یک مريض اختیاری بدون کدام تبعیض نسبت به سایر حقوق تحت این مقرره:

الف) نباید بستری شود مگر اینکه رضایت او به بستری شدن به طور مکتوب گرفته شده باشد؛

ب) تنها زمانی تحت تداوی قرار گیرد که رضایت داده باشد؛ ج) نباید تجرید یا محدود شود مگر آنکه به طور مکتوب رضایت داده باشد؛

د) در هر زمانی می‌تواند خود را مرخص کند حتی اگر بر خلاف توصیه داکتر باشد، مگر آنکه معیارهای بستری شدن به عنوان یک مريض غیراختیاری را داشته باشد؛

ه) باید یک پلان مراقبت فورمولبندی شده چند رشته‌ای داشته باشد که به مشوره خودش درست شده باشد و در طول ۷ روز بعد از بستری شدن نهایی شده باشد؛ و

و) قبل از هرگونه تغییر در پلان مراقبت باید رضایت او به صورت مکتوب گرفته شود؛

ز) درباره میکانیزم شکایت کردن آگاه شود؛

ح) در شرایطی که نماینده به نمایندگی از مريض به تداوی رضایت بدهد به این شخص مريض اختیاری گفته نمی‌شود؛

ط) حق دارد که تداوی را رد کند و یا متوقف نماید صرفنظر از اینکه عواقب آن برای شخص تصمیم‌گیرنده چه باشد و یا اینکه این تصمیم از نظر دیگران چقدر عاقلانه به نظر رسد؛

ی) اجازه دارد تا یک مساعد حقوقی را ملاقات کند و به او موضوعات لازم را بگوید؛

ک) این حق را دارد تا در حالت از دست دادن توانایی‌هایش در آینده خواسته‌های خود را به صورت دستورات از قبل آماده شده و از طریق شخص قابل اعتماد خود تنظیم کند.

پلان‌های فردی مراقبت‌های صحی

ماده سی و هشتم

برای هر مریض اختیاری باید یک پلان فردی مراقبت‌های صحت روانی با مشوره با خودش آماده شود. در این پلان باید دامنه وسیعی از فعالیت‌های توانبخشی و تداوی به شمول دسترسی به شغل‌درمانی، تداوی گروپی، روان‌درمانی انفرادی، و فعالیت‌های هنری و نمایشی قرار داده شود. این پلان همچنین باید تکتک مراحل که برای تداوی مریض در مرکز صحت روانی لازم است به شمول پلان مرخص شدن او را در نظر بگیرد.

(۱) حق مریضان اختیاری برای رد کردن تداوی ممکن است فقط در حالت‌های عاجل که زندگی آنها به خطر است و تداوی ضرورت دارد زیر پا گذاشته شود. استفاده از شاک برقی، جراحی عصبی، و دواهای نیورولپتیک در چنین حالت‌های عاجلی به طور کلی ممنوع است و ملاحظاتی که در بخش‌های ۱، ۶، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷ از ماده ۶۶ به آنها اشاره شد همیشه باید رعایت شود.

(۲) رئیس مرکز باید اطمینان داشته باشد که از مریضان اختیاری سوء استفاده نمی‌شود، تحت زور و اجبار قرار ندارند و کسی آنها را به اجبار بستری نکرده است.

(۳) مریضان اختیاری این حق را دارند که هر وقت بخواهند مرکز صحت روانی را ترک کنند مگر آنکه معیارهای ذکر شده در ماده ۶۱ برای ادامه بستری کردن به عنوان مریضان غیراختیاری در مورد آنها صدق کند.

(۴) مراکز صحت روانی باید در مواردی که یک مریض اختیاری از ترک مرکز صحت روانی جلوگیری می‌شود به شورا اطلاعات کامل بدهند.

ماده سی و نهم

در مواردی که شورا درباره مناسب بودن پروسه رضایت مریضان اختیاری نسبت به بستری شدن یا تداوی شک دارد و درباره دوره اقامت، و یا شکایت مریض از خدمات و ادعای ضایع شدن حقوق انسانی‌هایی دارد، باید قضیه را به کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان ارجاع نماید.

ماده چهلم

زمانیکه کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان درباره مناسب بودن پروسه رضایت مریضان اختیاری نسبت به بستری شدن یا تداوی و ضایع شدن حقوق انسانی وی نگرانی‌هایی دارد، باید قضیه را به محکمه اداری و/یا سارنوالی مربوطه گزارش دهد.

فصل نهم

بستری کردن و تداوی غیراختیاری

بستری کردن عاجل برای مشاهده

ماده چهل و یکم

هر شخص بر اساس مشاهدات شخصی خود و یا اطلاعاتی که از دیگران دریافت کرده است، به طور منطقی اعتقاد دارد که شخص دارای اختلال روانی طوری رفتار می‌کند که مصئونیت خود و یا دیگران را به خطر می‌اندازد. این طرز تفکر ممکن است باعث شود تا شخص برای مشاهده در یک مرکز صحت روانی بستری شود.

(۱) شخصی که تحت ماده ۴۱ بخش ۱ توقیف شده است، باید آزاد شود اگر یک داکتر مشاور طب روانی مرکز صحت روانی که شخص را برای بستری شدن ارزیابی کرده است موارد زیر را تصدیق نکند:

الف) او مریض را در روز اول ارزیابی کرده است؛ و

ب) براساس رفتار واقعی شخص احتمال اینکه شخص ممکن است به خود یا دیگران صدمه وارد کند و اینکه میزان خطرناک بودن مریض به حدی است که باید در شفاخانه بستری شود.

(۲) در شرایط عاجل، ارزیابی طبی که در ماده ۴۱ بخش ۲ به آن اشاره شد به هدف بستری کردن غیراختیاری برای مشاهده کافی است.

مدت زمان بستری کردن برای مشاهده

ماده چهل و دوم

شخصی که تحت ماده ۴۱ بستری شده است باید بعد از تاریخ بستری به مدت ۷۲ ساعت جهت مشاهده نگهداری شود، و بعد از این دوره ۷۲ ساعته می‌تواند مرخص شود، مگر آنکه میزان خطرناک بودن شخص به حدی است که باید در شفاخانه بستری شود و یا اینکه شخص معیارهایی که برای بستری کردن غیراختیاری در ماده ۴۸ ذکر شده است را داشته باشد.

بستری کردن بیشتر از ۷۲ ساعت

ماده چهل و سوم

برای بستری کردن غیراختیاری بیشتر از دوره ۷۲ ساعته، موارد و ملاحظات برای مریضان غیراختیاری باید در نظر گرفته شود، مگر آنکه شخص از قبل به بستری شدن اختیاری رضایت داده باشد.

ارزیابی

ماده چهل و چهارم

در طول ۷۲ ساعت دوره مشاهده، یک داکتر دوم مشاور طب روانی از کارمندان مرکز صحت روانی باید:

(۱) ارزیابی کند که آیا شخص از یک اختلال روانی رنج می‌برد که شدت آن به حدی است که خطر جدی به زندگی یا مصئونیت شخص یا دیگران وجود دارد؛ و

(۲) توانایی تصمیم‌گیری شخص و حمایت‌هایی که او بر اساس موارد ذکر شده در ماده‌های ۲۹ تا ۳۴ این مقررہ نیاز دارد را ارزیابی کند.

فراهم کردن معلومات

ماده چهل و پنجم

در زمان بستری کردن شخص، کارمندان مرکز صحت روانی به شخص و یا به نماینده او، در صورتیکه توانایی تصمیم‌گیری ندارد، باید اطلاع دهند که شخص برای ۷۲ ساعت برای مشاهده به صورت عاجل بستری می‌شود.

تداوی در حالات عاجل

ماده چهل و هشتم

بستری کردن غیراختیاری یک شخص در مرکز صحت روانی به حالت عاجل در صورتی که او توانایی تصمیم‌گیری جهت انتخاب نوع تداوی را دارد به این معنی نیست که تداوی بدون رضایت او انجام می‌گیرد.

(۱) در حالات عاجل هیچ تداوی استندردی نباید داده شود مگر اینکه آن یک تداوی عاجل بدون هدف درمانی باشد و فقط اعراض موجود را هدف قرار می‌دهد و از خطرات تهدید کننده زندگی جلوگیری نماید.

(۲) تداوی استندرد برای اختلال روانی تنها بعد از بستری کردن مجدد و با در نظر گرفتن موارد ذکر شده در ماده‌های ۵۴ و ۵۵ می‌تواند فراهم شود که باید مطابق با موارد و ملاحظات ذکر شده در ماده‌های ۶۱ تا ۶۶ .

(۳) استفاده از ECT، جراحی روانی، و دواهای نیورولپتیک دیپو در حالت‌های عاجل به طور کلی ممنوع است.

(۴) تداوی عاجل فقط باید برای مدت کوتاهی انجام شود که از ۷۲ ساعت بیشتر نباشد.

(۵) چنین تداوی عاجل را تنها در صورتی می‌توان بعد از ۷۲ ساعت ادامه داد اگر:

الف) مریض به صورت مکتوب رضایت داده باشد تا دواهای عاجل ادامه پیدا کند و یا اینکه مریض از قبل هدایت داده باشد و یا توسط شخص مورد اعتماد او اعلان شود.

ب) اگر مریض توانایی تصمیم‌گیری برای دادن رضایت را ندارد یا تمایلی به این رضایت دادن ندارد و کدام هدایتی از قبل داده نشده است و شخص مورد اعتمادی نیز از طرف مریض تعیین نشده است تا خواسته‌ها و ترجیحات او را بیان کند که در این حالت توسط اشخاص ذیل اجازه داده می‌شود تا مصرف دواهای عاجل ادامه پیدا کند:

- توسط داکتر مشاور طب روانی که از کارمندان مرکز صحت روانی است، و

- توسط یک داکتر مشاور طب روانی مستقل دیگر بعد از ارجاع کردن موضوع به او توسط شورا، و

- با توافق تیم چند رشته‌ای مرکز صحت روانی

تداوی عاجل

ماده چهل و هفتم

در هر مورد تداوی عاجل، ملاحظات ذکر شده در بخش‌های ۶، ۷، ۱۲، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۶، ۱۵ از ماده ۶۶ قابل اجرا است.

(۱) وزارت صحت عامه به مشوره کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان باید ورکشاپ‌های آموزشی مناسب درباره وظایف و رفتار درست با اشخاص مصاب به ناتوانی روانی منجمله در موقعیت‌های عاجل را برای قضات، مامورین پولیس، متخصصین صحت روانی، کارکنان محابس و مراکز اصلاح و تربیت اطفال، و برای مکان‌هایی که اشخاص با ناتوانی‌های روانی ممکن است در آنجا نگهداری شود، برگزار نماید. این آموزش‌ها باید با مواد این مقرر و قانون‌های کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان که توسط دولت اسلامی افغانستان تأیید شده است، هماهنگ باشد.

(۲) به هرمریض به هنگام بستری شدن باید یک لیست اسامی و شماره تلفن های اعضای انجمن مستقل وکلای مدافع که خدمات رایگان حقوقی را ارائه می کنند و همچنین لیستی از موسسات غیر دولتی که خدمات رایگان مساعدت حقوقی فراهم می کنند داده شود.

(۳) یک بروشور معلوماتی درباره کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان، پروسه شکایت آن، مراکز معلوماتی و شماره های تلفونی آنها، به شمول معلومات درباره نقش شوراها، و حق مریض درباره شکایت کردن از بستری شدن و تداوی به محکمه و همچنین یک کتابچه معلوماتی درباره حقوق و آزادی های موجود در این لایحه که به دوزبان دری و پشتو باشد به هرمریض در شروع بستری شدن داده شود. کارمندان مرکز صحت روانی باید به افرادی که در خواندن معلومات نوشته شده مشکل دارند کمک مناسب رافراهم نمایند.

(۴) امکانات خاص به شمول قلم و کاغذ باید در دسترس مریضان باشد تا بتوانند زمانیکه لازم است ازان برای نوشتن شکایت های رسمی استفاده کنند.

(۵) وزارت صحت عامه با مشوره کمیسیون مستقل حقوق بشر باید ابرارهای معلوماتی گفته شده را در هر مرکز صحت روانی پخش نماید.

فصل دهم

بستری شدن غیر اختیاری

معیارها برای بستری شدن غیر اختیاری

ماده چهل و هشتم

یک شخص ممکن است بر اساس ماده ۴۹ به صورت غیراختیاری برای مشاهده در یک مرکز صحت روانی بستری شده باشد یا اینکه بعد از بستری عاجل یا بستری اختیاری به صورت غیراختیاری مدت بیشتری نگهداری شود در صورتیکه توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت به بستری شدن را نداشته باشد. همچنین اگر تداوی شخص در مرکز صحت روانی می‌تواند مؤثر باشد یا علایم مریض را تا حد زیادی کاهش دهد، و اینکه بستری نکردن شخص در مرکز صحت روانی ممکن است شرایط او را بدتر کند یا از اجرای تداوی مناسب جلوگیری کند، در چنین حالاتی نیز بستری کردن غیراختیاری جهت مشاهده در نظر گرفته می‌شود.

در خواست برای بستری کردن غیراختیاری

ماده چهل ونهم

(۱) درخواست برای بستری کردن غیراختیاری در مرکز صحت روانی ممکن است توسط اشخاص زیر داده شود: یکی از اقوام مریض یا شخص مورد اعتماد او و یا اینکه یکی از نماینده های مریض ("به عنوان متقاضی").

(۲) اشخاص زیر برای درخواست صلاحیت ندارند:

الف) اشخاص کمتر از سن ۱۸، و

ب) داکترانی که در همان مرکز صحت روانی کار می‌کنند.

(۳) هر شخصی که به هدف دادن درخواست و یا در ارتباط با درخواست بستری، اطلاعات دروغ و نادرست بدهد خطاکار و مجرم محسوب می‌شود.

بستری کردن غیراختیاری برای مشاهده

ماده پنجاهم

ارزیابی اولیه باید توسط دو داکتر که از کارمندان مرکز صحت روانی هستند، که یکی از آنها داکتر مشاور صحت روانی باشد، به فاصله ۲۴ ساعت از یکدیگر انجام شود، به جز برای مریضانی که بعد از بستری کردن عاجل یا بعد از بستری شدن اختیاری باید به صورت غیراختیاری نگهداری شوند. در صورت وجود تفاوت بین دو ارزیابی، باید یک ارزیابی سوم به صورت مستقل توسط یکی از داکتران طب روانی مرکز صحت روانی انجام شود و پس از آن توصیه اکثریت انتخاب می‌شود.

ماده پنجاویکم

(۱) اگر شخص بر اساس تصدیق داکتران که در ماده ۵۰ به آن اشاره شد معیارهای گفته شده در ماده ۴۸ را داشته باشد او را به اجبار برای

دوره مشاهده در مرکز صحت روانی بستری می‌کنند که بیشتر از ۷۲ ساعت از زمان دادن تصدیق داکتر دوم که در ماده ۵۰ ذکر شد نباشد.

(۲) رئیس یا شخصی که اجازه بستری کردن مریض را در مرکز صحت روانی دارد، در صورتیکه بر اساس نظر دو داکتر که مریض را ارزیابی کرده‌اند مشخص شود خود مریض توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت به بستری شدن را دارد، نباید شخص را به عنوان مریض غیراختیاری بستری نماید.

مشاهده - ارزیابی

ماده پنچاودوم

در طول دوره ۷۲ ساعت مشاهده، یک داکتر مشاور امراض روانی دوم و تیم چند رشته‌ای مرکز صحت روانی باید توانایی تصمیم‌گیری مریض و حمایتی که او ممکن است بر اساس موارد ذکر شده در ماده‌های ۸ تا ۳۷ این مقررہ نیاز داشته باشد را ارزیابی نمایند.

فراهم کردن معلومات

ماده پنجاوسوم

در طول ۷۲ ساعت دوره مشاهده، کارمندان مرکز صحت روانی باید به صورت مکتوب و تقریری معلومات زیر را به مریض بدهند:

(الف) به عنوان مریض غیراختیاری برای ۷۲ ساعت بستری می‌شود،

(ب) توصیف کلی از برنامه تداوی به او داده می‌شود،

(ج) بستری کردن وی برای مدت بیشتر از ۷۲ ساعت باید به طور رسمی توسط شورا بررسی شود،

(د) حق دارد که به شورا و کمیسیون حقوق بشر شکایت نماید،

(ه) حق دارد که در برابر بستری کردن، تجدید دوره، و دستورات تداوی به شورا و محکمه درخواست بررسی بدهد،

(و) باید به او درباره حقوق او در طول دوره بستری و درباره روش‌های شکایت کردن معلومات مکتوب و توضیحات شفاهی داده شود.

دستور بستری کردن

ماده پنجاوچهارم

(۱) اگر در طول ۷۲ ساعت و بر اساس یافته‌های ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری و نیاز شخص به حمایت و براساس تصدیق کتبی تیم چند رشته‌ای به شمول یک داکتر مشاور صحت روانی، یک محصل دوره تخصص طب روانی و یک روان‌شناس کلینیکی موارد زیر مشخص شود مدیر مرکز صحت روانی باید دستور بستری کردن برای دوره‌ای که از ۲۱ روز بیشتر نباشد صادر نماید:

- مریض توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت به بستری شدن برای تداوی را ندارد،
- تداوی شخص در مرکز صحت روانی شرایط او را تا حد زیادی بهبود می‌بخشد،
- بستری نکردن شخص در مرکز صحت روانی باعث بدتر شدن حالت مریضی او شده و از تداوی صحیح او جلوگیری می‌شود،
- روش‌های جایگزین دیگری برای تداوی وجود ندارد،
- (۲) در کمتر از ۲۴ ساعت رئیس مرکز صحت روانی باید یک نقل از دستور بستری کردن را همراه با نتایج ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری و نیاز شخص به حمایت، تصدیق کتبی ۳ نفر از کارمندان مرکز صحت روانی و پلان کامل تداوی به شورا بفرستد و هدف از بستری و دادن دستور بستری را به صورت کتبی به مریض اطلاع دهد.

بررسی دستور بستری توسط شورا

ماده پنجاوپنجم

- (۱) شورا بعد از دریافت یک کاپی از دستور پذیرش و سایر اسناد مربوطه هر چه زودتر اسناد را باید بررسی کند، با مریض مصاحبه نماید و در طول ۲۱ روز دوره این دستور بستری باید تصمیم‌گیری نماید. شورا ممکن است دستور بستری را تأیید کند و به صورت مکتوب به مریض و مدیر مرکز صحت روانی اطلاع دهد، اگر:
- راضی باشد که مراحل به درستی پیگیری شده است،
- مطمئن شود که شخص توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت به بستری شدن برای تداوی را ندارد،
- مطمئن شود که بستری کردن شخص در مرکز صحت روانی شرایط او را تا حد زیادی بهبود می‌بخشد،
- مطمئن شود که بستری نکردن شخص در مرکز صحت روانی باعث بدتر شدن حالت مریضی او شده و از تداوی صحیح او جلوگیری می‌کند.
- اگر شورا رضایت ندارد، می‌تواند دستور بستری را باطل کند و دستور دهد تا مریض مرخص شود.
- (۲) دستور بستری که به تأیید شورا رسیده باشد می‌تواند اجازه دهد که مریض بستر شود و تا ۲۱ روز از شروع تاریخ دستور بستری در آنجا نگهداری شود.

دستور تجدید بستری

ماده پنجاوششم

(۱) با دستور رئیس مرکز صحت روانی بر اساس تصدیق کتبی از تیم چند رشته‌ای به شمول یک داکتر مشاور طب روانی، یک داکتر طب، یک روانشناس کلینیکی، و رئیس مرکز صحت روانی دوره ۲۱ روزه ممکن است برای یک دوره دیگر که از ۳ ماه بیشتر نباشد تمدید شود، به شرطی که مریض توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت دادن به بستری شدن جهت مداوی را نداشته باشد.

(۲) در فاصله ۲۴ ساعت بعد از آن یک کاپی از دستور تمدید بستری شدن که دلایل خاص برای تمدید در آن نوشته شده باشد به همراه تغییرات داده شده در پلان مداوی باید به شورا فرستاده شود و همچنین یک اعلان از دستور تمدید دوره بستری باید به صورت مکتوب به مریض داده شود.

بررسی دستور تجدید بستری توسط شورا

ماده پنجاه و هفتم

(۱) زمانی که شورا کاپی از دستور تمدید بستری را دریافت نمود باید هر چه زودتر اسناد را بررسی کند و با مریض مورد نظر مصاحبه نماید.

(۲) شورا قبل از تأیید دستور تمدید بستری باید به صورت مستقل از طریق یکی از متخصصین صحت روانی که عضو گروه متخصصین صحت روانی مورد اعتماد شورا باشد تحقیق کند که آیا معیارهای پذیرش غیراختیاری هنوز وجود دارد و اینکه آیا در رسیدن به نتایج مطلوب کدام کوتاهی توسط یکی از داکتران صحت روانی انجام شده است یا نه مثلاً آن داکتر از پلان مداوی که توسط تیم تنظیم شده پیروی نکرده است.

(۳) در مواردی که شورا با تمدید بستری در نتیجه کوتاهی توسط یکی از داکتران صحت روانی در اجرای پلان مداوی که توسط تیم تنظیم شده موافق است، شورا باید توصیه‌های لازم را بدهد و با هر داکتر صحت روانی که این نوع کوتاهی را انجام می‌دهد بر طبق این مقرر بر خورده نماید.

(۴) در هر موردی، شورا باید در فاصله ۲۱ روز از شروع دوره تمدید بستری تصمیم بگیرد. اگر شورا رضایت دارد که معیارهای بستری غیراختیاری که در ماده ۴۱ اشاره شد هنوز وجود دارد پس باید دستور تمدید را تأیید کند و هم به مریض مورد نظر و هم به مدیر مرکز صحت روانی به صورت کتبی اطلاع دهد. اگر شورا رضایت ندارد می‌تواند دستور بستری را باطل کند و دستور دهد تا شخص مرخص شود.

(۵) دستور تمدید بستری که به تأیید شورا رسیده باشد می‌تواند اجازه دهد که دوره بستری شخص تمدید شود و تا ۳ ماه از شروع تاریخ دستور تمدید بستری در آنجا نگهداری شود.

(۶) تمدید بیشتر بستری غیراختیاری بیشتر از آنچه که توسط شورا برای دوره ۳ ماهه داده شد امکان ندارد مگر آنکه بعد از بررسی مستقل از

طریق دو نفر از متخصصین صحت روانی که عضو گروپ متخصصین صحت روانی مورد اعتماد شورا باشد تصدیق شود که شخص مورد نظر معیارهای بستری غیراختیاری که در ماده ۴۱ ذکر شده است را دارد.

(۷) در هر صورت، تمدید بستری غیراختیاری بیشتر از ۳ ماه نباید بدون مشوره قبلی و تأیید شورا و کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان توصیه شود.

فصل یازدهم

بستری مریضان غیر معترض

بستری مریضان غیر اختیاری

ماده پنجاوهشتم

هرگاه شخصی توانایی تصمیم‌گیری برای بستری شدن را ندارد و با بستری شدن در یک مرکز صحت روانی مخالف نیست، به عنوان مریض غیراختیاری به حساب می‌آید نه به عنوان مریض اختیاری.

(۱) اشخاصی که توانایی تصمیم‌گیری برای بستری شدن را ندارند و مخالفتی با نگهداری شدن در مرکز صحت روانی یا تداوی ارائه شده ندارند، و خطری برای خود و دیگران محسوب نمی‌شوند اما نیاز به تداوی در مرکز بستری دارند قبل از بستری آنها تمام مراحل برای تصمیم‌گیری حمایت شده که در فصل ۴ به آنها اشاره شد باید به دقت اجرا شود.

(۲) هرگونه بستری و تداوی مریضان غیر معترض باید به دقت و به طور منظم توسط شورا بررسی شود و همان حمایت‌های ذکر شده برای بستری غیراختیاری و تداوی غیراختیاری تحت این مقرره برای این مریضان نیز در نظر گرفته شود.

بستری کردن غیراختیاری اطفال

ماده پنجاونهم

(۱) بدون پیشقضاوت نسبت به شرایط بستری کردن غیراختیاری بزرگسالان، بستری کردن غیراختیاری یک طفل تنها زمانی اجازه دارد که یک متخصص با سابقه کاری با اطفالی که مشکلات صحت روانی دارند تصدیق کند که روش‌های تداوی مبتنی بر جامعه موجود نیست و یا اینکه روش‌های موجود برای آنها مؤثر نبوده و یا قبلاً با شکست مواجه شده است و شورا نیز چنین بستری کردن را تأیید نماید.

(۲) بستری کردن اطفال در بخش‌های بزرگسالان ممنوع است.

پیوند والدین - طفل

ماده ششم

زمانیکه یک طفل یا یکی از والدینی که اطفال وابسته دارد در مرکز صحت روانی بستری می‌شود، مرکز باید ساعات ملاقات انعطاف‌پذیری را فراهم کند تا اثرات جدایی طفل از والدین را به حداقل برساند، مگر آنکه متخصص مربوطه به مشوره با اعضا دیگر تیم چند رشته‌ای اعتقاد داشته باشد که چنین جدایی به نفع طفل است.

فصل دوازدهم

تداوی در مورد بستری کردن غیراختیاری

پلان‌های انفرادی مراقبت صحی

ماده شصت و یکم

(۱) برای هر مریض غیراختیاری باید یک پلان انفرادی مراقبت صحی روانی به مشوره خود مریض آماده شود. در این پلان باید دامنه وسیعی از فعالیت‌های توانبخشی و درمانی به شمول دسترسی به شغل‌درمانی، تداوی گروهی، روان‌درمانی انفرادی، و فعالیت‌های هنری و نمایشی قرار داده شود. این پلان همچنین باید تکتک مراحل که برای تداوی مریض در مرکز صحت روانی لازم است به شمول پلان رخصتی او را در نظر بگیرد.

(۲) بررسی منظم حالت صحی مریض و دواهای تجویز شده باید توسط شورا نظارت شود.

رضایت به تداوی

ماده شصت و دوم

بستری کردن یک شخص در مرکز صحت روانی به صورت غیراختیاری به معنی شروع تداوی بدون رضایت شخص نمی‌باشد.

(۱) ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری برای گرفتن تصمیم درباره تداوی باید بر طبق موارد ذکر شده در فصل پنجم انجام شود.

(۲) این وظیفه متخصصین صحت روانی مرکز صحت روانی است که در زمان بستری کردن شخص از او برای انجام تداوی رضایت بگیرند.

(۳) تداوی غیراختیاری فقط در موارد استثنایی و فقط برای اشخاصی که توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت دادن به تداوی را ندارند و در حالتی که تداوی شخص می‌تواند مؤثر باشد یا علایم شخص را تا حد زیادی کاهش دهد، داده می‌شود.

توانای تصمیم گیری

ماده شصت و سوم

(۱) هر شخصی که توانایی تصمیم‌گیری برای تداوی خود را دارد، چه اختیاری یا غیراختیاری بستری شده باشد، این حق را دارد که تداوی را رد کند یا متوقف نماید.

(۲) حق رد کردن تداوی ممکن است در بعضی حالت‌های خاص و در حالت‌های ضروری که زندگی آنها به خطر است و تداوی ضرورت دارد، زیر پا گذاشته شود. در چنین حالتی فقط تداوی عاجل اجازه داده می‌شود و ملاحظاتی که در بخش‌های ۷، ۶، ۱، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ از ماده ۶۶ به آنها اشاره شد همیشه باید رعایت شود.

ناتوانی روانی

ماده شصت و چهارم

زمانیکه شخص دارای ناتوانی روانی، حتی اگر باید تحت محافظت قرار گیرد (نیاز به حمایت در تصمیم‌گیری، تحت مراقبت و نظارت)، توانایی رضایت دادن به دریافت خدمات صحتی را داشته باشد، مداخلات تداوی تنها باید با رضایت او انجام شود.

ماده شصت و پنجم

تداوی اشخاصی که توانایی تصمیم‌گیری درباره تداوی ندارند

اشخاص دارای معلولیت‌های روانی که توانایی تصمیم‌گیری درباره تداوی خود ندارند، به شمول مریضان غیر معترض، این حق را دارند که بستری و تداوی آنها توسط شورا و کمیسیون مستقل حقوق بشر به طور دوره‌ای بررسی شود.

ماده شصت و شش

ترخیص کردن از بستری غیراختیاری

اگر شخصی که به صورت غیراختیاری بستری شده است، توانایی تصمیم‌گیری را دوباره کسب کند و معیارهای بستری و تداوی غیراختیاری دیگر وجود ندارد، چه در طول دوره پذیرش غیراختیاری یا در ختم دوره تداوی تأیید شده غیراختیاری، مدیر مرکز صحت روانی بلافاصله باید شخص را از دستور بستری غیراختیاری آزاد کند و شورا را درباره این تصمیم باخبر سازد.

شخص مورد نظر به هنگام آزاد شدن از دستور بستری غیراختیاری باید از تمامی حقوق مربوط به یک مریض اختیاری برخوردار شود و بستری یا تداوی او باید فقط با رضایت او ادامه یابد.

فصل سیزدهم

پروسیجرهای خاص

پروسیجرهای خاص

ماده شصت و پنجم

تداوی با تشنج برقی (ECT) یکی از روش‌های شناخته شده مراقبت صحت روانی برای موارد خاص است. باید مراقب بود که ECT با پلان مراقبت صحت روانی مریض تناسب داشته باشد و با در نظر گرفتن ملاحظات زیر انجام شود:

(۱) ECT را همیشه باید به شکل اصلاح شده آن اجرا کرد (مثلاً همراه با دواهای بیهوشی و سست کننده عضلی)

(۲) ECT همیشه باید دور از چشم مریضان دیگر و توسط کارمندانی که به خوبی درباره استفاده از آن آموزش دیده‌اند اجرا شود.

(۳) مواردی که از ECT استفاده شده است را باید در یک کتاب راجستر خاص ثبت نمود.

(۴) ECT را همیشه باید با رضایت آگاهانه مریض و بر اساس داشتن معلومات کامل و درست درباره وضعیت او و مراقبت صحت روانی پیشنهاد شده اجرا نمود.

(۵) ECT را نباید برای اطفال استفاده نمود.

روش‌های محدود کردن مریض

ماده شصت و هشتم

زمانیکه محدود کردن اشخاص خشن برای یک دوره ضروری است موارد زیر باید در نظر گرفته شود:

(۱) با مریضان باید با احترام و عزت و با حالت انسانی و مصئون رفتار شود به طوری که به انتخابها و نیازهای آنها احترام گذاشته شود. نبودن خشونت و سوء استفاده مریضان توسط کارمندان یا بین مریضان از حداقل شرایط برای محدود سازی است؛

(۲) کارمندان در مراکز صحت روانی باید درباره روش‌های کنترل دستی و غیر فیزیکی نسبت به مریضان خشن آموزش ببینند. داشتن چنین مهارت‌هایی کارمندان را توانا می‌سازد تا به هنگام روبرو شدن با

شرایط دشوار بهترین پاسخ را انتخاب کنند که این نیز خود تا حد زیادی خطر صدمه به مریضان و کارمند را کاهش می‌دهد؛

(۳) انتخاب ابزارهای محدود سازی میخانیکی از قبیل محدود کننده‌های نرم و بندهای بلند چرمی، یا تجرید مریض به ندرت باید استفاده شود و همیشه باید به دستور داکتر طبی بعد از ارزیابی انفرادی انجام شود؛

(۴) مریض را نباید جلوی چشم مریضان دیگر به طور میخانیکی محدود کرد. مریضانی که تحت کنترل و محدودیت هستند باید لباس مناسبی بپوشند و بتوانند خودشان بخورند و بیاشامند و در کارهای طبیعی اشتراک کنند.

(۵) ولچک؛ زنجیرهای فلزی، تخت‌های توری و قفسه‌ای، ابزارهای قفل کردن، طناب، کیبل و باندهای لاستیکی نباید استفاده شود چون نوعی بی احترامی به شخص است؛

(۶) استفاده از محدود سازی و بستن مریض هرگز نباید دلیل درمانی داشته باشد؛

(۷) کارمندان آموزش دیده باید به طور مداوم حاضر باشند و مریضانی را که محدود شده‌اند، نظارت نمایند؛

(۸) محدودیت میخانیکی و یا تجرید هرگز نباید برای اطفال زیر ۱۶ سال، زنان حامله یا زنان شیرده استفاده شود؛

(۹) اگر گزینه انتخابی استفاده از محدودیت میخانیکی و تجرید است، حداکثر زمان استفاده نباید از ۶ ساعت بیشتر باشد. در بعضی موارد خیلی خاص، وقتی که محدود سازی تنها راه کنترل رفتارهای خطرناک مریض باشد ممکن است بیشتر از ۶ ساعت استفاده شود که این حالت باید توسط دو داکتر طب روانی که با ادامه استفاده از محدودیت میخانیکی و تجرید موافق هستند بررسی شود. اگر استفاده از محدودیت میخانیکی و تجرید همان مریض در طول ۲۴ ساعت بعد از آنکه استفاده قبلی به پایان رسید تکرار شود، شرایط گفته شده در بالا از نظر تأیید قابل کاربرد است. محدودیت میخانیکی و تجرید تحت هیچ شرایطی نباید از ۲۴ ساعت بیشتر شود.

(۱۰) اگر گزینه انتخابی استفاده از محدودیت کیمیاوی است از دواهایی با تأثیر کوتاه مدت مثل دواهای آرام‌بخش، ضد جنون‌ها، هیپنوتیک‌ها و ترانکولایزرها باید استفاده نمود. نیاز کلینیکی به محدودیت کیمیاوی باید هر ۶ ساعت دوباره ارزیابی شود. بعد از ۷۲ ساعت، ادامه محدودیت کیمیاوی نیاز به بررسی توسط دو داکتر طب روانی که با ادامه استفاده از محدودیت کیمیاوی موافق هستند، دارد. اثرات جانبی دواها بر روی یک مریض باید همیشه در نظر گرفته شود به خصوص زمانیکه دوا به همراه محدودیت میخانیکی و تجرید استفاده می‌شود.

(۱۱) اشخاصی که توانایی تصمیم‌گیری دارند و تحت استفاده از محدودیت میخانیکی و تجرید هستند هرگز برای آنها بدون رضایت‌شان نباید دوا داده شود، به جز در حالت‌های عاجل برای نجات زندگی شخص مورد نظر.

(۱۲) از روش‌های محدود سازی و ادامه استفاده از آنها هرگز نباید برای تنبیه مریض به خاطر رفتارهای نادرست او، یا به منظور تغییرات رفتاری در او و یا به عنوان ابزاری برای راحتی کارمندان و یا به خاطر کمبود کارمند در مرکز صحت روانی استفاده نمود.

(۱۳) زمانی‌که روش‌های محدود سازی برداشته شد یا متوقف گردید، لازم است که دوباره با شخص مورد نظر مصاحبه شود. این کار برای داکتر طب یا داکتر طب روانی فرصتی فراهم می‌کند تا دلایل استفاده این روش را توضیح دهد و بدین ترتیب صدمات روانی چنین تجربه‌ای را برای شخص کاهش دهد و رابطه بین داکتر و مریض را بازسازی نماید. برای مریض نیز چنین مصاحبه‌ای این فرصت را فراهم می‌کند تا احساسات خود را قبل از محدود شدن توضیح دهد که این کار هم درک مریض از رفتار و هم درک کارمندان نسبت به رفتار مریض را بهبود می‌بخشد.

(۱۴) نتایج مصاحبه باید توسط کارمند مربوطه ثبت و نگهداری شود تا در بررسی‌های مفتشین و یا زمان ترخیص شدن استفاده شود.

(۱۵) تمام موارد استفاده از روش‌های محدود سازی باید در یک کتاب خاص ثبت و راجستر شود. این چیزی اضافه بر دوسیه طبی استفاده کننده از خدمات صحت روانی است. زمان شروع و ختم این روش، شرایط مریض، دلایل استفاده از این روش، نام داکتری که دستور این روش را داده است، و هرگونه صدمه‌ای که مریض یا کارمند در طول استفاده از این روش دیده‌اند باید در این کتاب راجستر نوشته شود. به مریضان نیز باید اطلاع داد و اجازه داد تا نظرات خود را در این کتاب بنویسند. به درخواست مریض یک کپی کامل از این معلومات به او داده می‌شود.

(۱۶) در استفاده از هر مورد محدود سازی باید یک پالیسی کامل وجود داشته باشد، به خصوص: روش‌های محدود سازی که باید استفاده شود، تحت چه شرایطی باید استفاده شود، انواع مواردی که در آن از این روش‌ها استفاده می‌شود، اهداف استفاده، مدت زمان آن و نیاز برای بررسی منظم، وجود رفتارهای انسانی مناسب، نظارتی که مورد نیاز است، اقداماتی که در ختم روش باید انجام شود، آموزش کارمندان درباره استفاده از روش‌های کنترل و درباره حقوق اشخاص دارای ناتوانی روانی، پالیسی شکایت، مصاحبه بعد از ختم روش محدود سازی، و گزارش‌های ۶ ماهه به کمیسیون مستقل حقوق بشر.

(۱۷) استفاده از محدود سازی باید مشروط به نظارت کمیسیون مستقل حقوق بشر باشد.

آزمایش‌های علمی یا طبی

ماده شصت و هفتم

در صورتیکه تحقیق و آزمایش برای شخص خطرناک و مضر باشد، ممنوع است. در هر موردی، تأیید شورا، کمیسیون مستقل حقوق بشر، بورده تحقیقاتی و امریت صحت روانی و سوء مصرف مواد وزارت صحت عامه همیشه ضرور است.

الف) مداخلات طبی، مثل جراحی عصبی، فقط زمانی اجرا می شود که مریض به صورت کتبی رضایت داده باشد و تأیید اجرای جراحی روانی از ریاست صحت روانی و سوء مصرف مواد وزارت صحت عامه گرفته شده باشد.

ب) جراحی عصبی برای اشخاصی که غیراختیاری بستری شده اند، ممنوع است.

تعقیم کردن مردان یا زنان و سقط اجباری

ماده شصت و هشتم

عقیم کردن مردان یا زنان و سقط اجباری، زمانی که عقیم کردن غیر درمانی است و زمانی که سقط جنین برای مادر یا جنین غیر درمانی است، ممنوع می باشد.

فصل چهاردهم

حقوق مریضان مجرمین

ماده شصت و نهم

ارزیابی روانی

زمانیکه در موارد انجام جرم های جنایی موضوع توانایی تصمیم گیری متهم مطرح است، چه در زمان انجام جرم و یا در زمان دادن گزارش های جنایی، محکمه نظر یک متخصص یا یک شخص مسلکی مستقل را می خواهد که در این حالت، داکتر طب روانی جنایی یا داکتران طبی، که در رشته امراض روانی جنایی آموزش اضافی دیده اند، در مراکز معرفی شده صحت روانی باید:

(۱) ارزیابی های دستور داده شده توسط محکمه و ارزیابی های خطر برای اشخاص را در محیط محکمه یا در اجتماع انجام دهد.

(۲) ارزیابی های روانی جنایی دستور داده شده توسط محکمه را بر روی متهمین به جرم انجام دهد.

(۳) ارزیابی‌های روانی جنایی مربوطه را در محکمه، جامعه و شفاخانه انجام دهد.

(۴) مشاوره‌های روانی جنایی بدهد.

(۵) ارزیابی‌های خطر جنایی را انجام دهد.

(۶) برای اشخاص دارای ناتوانی روانی که در کارهای محکمه یا عدلی - جنایی دخیل هستند، خدمات صحت روانی کوتاه‌مدت فراهم نماید.

تصدیق مریضی

ماده هفتادم

داکتران گفته شده در بالا در هر موردی، و قبل از دادن هرگونه تصدیق باید وضعیت شخص مطابق با استندردهای طبی بین‌المللی، توانایی تصمیم‌گیری شخص و وضعیت شخص با استفاده از ابزار ارزیابی خشونت HCR-20 ارزیابی گردد.

حقوق مریضان مجرم

ماده هفتادیکم

در طول ارزیابی روانی مجرمین و/یا دوره تداوی حاد کوتاه‌مدت بستری، مریضان مجرم از حقوق یکسانی نسبت به سایر مریضان برخوردار هستند.

اصول مراقبت از مجرمین

ماده هفتاددوم

(۱) زمانی که مریضان مجرم توانایی تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های صحت روانی ندارند، تداوی آنها بدون رضایت باید براساس همان اصولی باشد که برای سایر مریضان جامعه که توانایی تصمیم‌گیری برای تداوی خود را ندارند، استفاده می‌شود.

(۲) زمانی که مریضان مجرم توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت به تداوی ندارند، تداوی غیراختیاری باید اجازه داده شود. اگر آنها توانایی تصمیم‌گیری را دوباره کسب کنند، تداوی فقط با رضایت آنها ادامه می‌یابد.

(۳) در شرایط زیر که اشخاص مجرم نمی‌توانند در محکمه حاضر شوند و نمی‌توانند به زندان فرستاده شوند، تداوی غیراختیاری آنها اجازه داده می‌شود حتی اگر آنها توانایی تصمیم‌گیری خود را به دست آورند: براساس مدارک معتبر اقدامات یا خطاهایی انجام داده‌اند که جرم جدی می‌باشند، و یا مریضی روانی دارند که تا حد زیادی در انجام جرم نقش دارد، و یا تداوی مورد نظر می‌تواند تا حد زیادی خطر تکرار جرم را کاهش دهد.

(۵) مجرمین جنایی خطرناک که توانایی تصمیم‌گیری برای رضایت دادن به تداوی را ندارند باید تداوی غیراختیاری دریافت نمایند. با این وجود، اگر آنها توانایی تصمیم‌گیری خود را دوباره کسب کنند و تداوی را رد کنند، می‌توانند دوره محکومیت خود را بدون مراقبت‌های صحت روانی ادامه بدهند. در ختم دوره محکومیت، اگر توانایی تصمیم‌گیری دوباره به دست نیامد، تداوی آنها همانند سایر مریضان اجتماع ادامه می‌یابد.

کمیسیون‌های طب روانی جنایی

ماده هفتاد سوم

در بخش صحت روانی هر شفاخانه عمومی یا در بخش‌های جنایی شفاخانه‌های صحت روانی، یک کمیسیون طب روانی جنایی توسط وزارت صحت عامه تأسیس می‌شود.

وظایف کمیسیون طب روانی جنایی

ماده هفتادچهارم

(۱) وظایف کمیسیون طب روانی جنایی عبارتند از:

(الف) فراهم کردن خدمات طب روانی جنایی به محاکم و ارائه دلایل تخصصی طب روانی جنایی؛

(ب) حمایت از تحقیقات درباره تشخیص، تداوی و مراقبت از مریضان طب روانی جنایی؛

(ج) اجرای برنامه‌های آموزشی درباره تشخیص، تداوی و مراقبت از مریضان طب روانی جنایی؛

(د) انجام سایر وظایف، مسئولیت‌ها، تحقیق و برنامه‌های آموزشی در ساحه طب روانی جنایی.

(۲) وظایف و عملکردهای دیگر برای این کمیسیون توسط وزارت عدلیه به مشوره وزارت صحت عامه توصیه می‌شود.

شخصی که بنا به هر دلیلی در محبس است و در طول دوره زندان به اختلال روانی مصاب می‌شود و به طور صحیح او را نمی‌توان در محبس ارزیابی کرد این حق را دارد که با تأیید مدیر محبس برای ارزیابی به یک مرکز صحت روانی منتقل شود.

فصل پانزدهم

احکام متفرقه

حمایت های کمک کننده

ماده هفتاد پنجم

حمایت‌هایی که به شخص کمک می‌کنند تا یک تصمیم اتخاذ کند باید تا حد امکان برای استفاده مردم آسان شوند. این امر ما را مطمئن می‌سازد که دیگر افرادی که برای یک شخص تصمیم می‌گیرند (نمایندگان) آخرین راه حل خواهند بود نه اولین گزینه.

ماده هفتاد و ششم

افرادی که فاقد توانایی تصمیم‌گیری در مورد پذیرش و تداوی ارزیابی شده‌اند در تعریف "مریضان غیراختیاری" قرار می‌گیرند.

ماده هفتاد هفتم

افرادی که فاقد توانایی تصمیم‌گیری در مورد تداوی‌شان ارزیابی شده‌اند باید از حقوق‌شان جهت بازبینی ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری به وسیله یک تیم چند انتظامی با ترکیب دیگری برخوردار باشند. آنها همچنین حق دارند که پذیرش‌شان به صورت دوره‌ای توسط شورا و کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان بازبینی شود، و حق دارند که انتصاب نماینده را در محکمه به چالش بکشند.

ماده هفتاد هشتم

جراحی روانی، عقیم‌سازی، کاشت هورمونی یا سایر دستگاه‌های تهاجمی برای اصلاح تغییرات جنسی یا عاطفی و یا رفتاری که ناشی از ناتوانی روانی است نباید بر روی اطفال اجرا شود

ماده هفتاد نهم

(۱) هر مرکز خدمات صحت روانی باید توسط وزارت صحت عامه نظارت شود و تمام شرایط مشخص شده در جواز کار را بپذیرند.

(۲) مراکز صحت روانی که برای مریضان غیراختیاری، اطفال و مریضان مجرم خدمات ارائه می‌دهند باید در جواز کار آنها به طور مشخص نوشته شود.

رهنمودهای عملی برای مراقبت مریضان

ماده هشتاد

هر مرکز صحت روانی باید به پیروی از اصول این مقرره، راهنماهای عملی را طرح نماید و یک پالیسی مدیریت مراقبت از مریضان با حمایت از منابع مناسب تهیه نماید تا بتواند خدمات مؤثر و مفید ارائه داده و خطر وابستگی به مرکز بستری را کاهش دهد.

فصل شانزدهم

احکام تأدیبی

تخلفات

ماده هشتادیکم

در صورت تخلف از احکام این مقرره شخص یا اشخاص متخلفین توسط ادارات ذیربط وزارت صحت عامه طور زیرتأدیب میگردد.

بار اول: توصیه کتبی

بار دوم: اخطاریه کتبی

بار سوم: جریمه نقدی در حدود (۲۰۰۰۰ الی ۳۰۰۰۰) هزار افغانی

بار چهارم: معرفی اشخاص متخلفین متکرربه ادارات عدلی وقضائ

تعریف تخلفات

ماده هشتاددوم

(۱) هر شخصی که با شخص دارای ناتوانی روانی با بی احترامی رفتار کند و یا از او سوء استفاده نماید و یا اجازه دهد که دیگران با او چنین رفتارهایی داشته باشند، از نظر قانونی مجرم محسوب می شود.

(۲) هر شخصی که از موارد این مقرره تخطی نماید، از نظر قانونی مجرم محسوب می شود.

ساحه تطبيق

ماده هشتماد سوم

احكام اين مقررہ در تمامي قلمرو جغرافياي افغانستان بالاي تمامي اشخاص و افراد داراي صحت رواني يكسان قابل تطبيق ميباشد.

ايجاد لوايح و طرز العمل ها

ماده هشتماد چهارم

وزارت صحت عامه ميتواند براي پيشبرد امور مربوطه و تطبيق بهتر احكام اين مقررہ لوايح و طرز العمل هاي جداگانه را طرح تهيه و وضع نمايد.

انفاذ

ماده هشتماد پنجم

اين مقررہ در (۱۶) فصل و (۸۵) ماده ترتيب كه بعد از تصويب شوراي وزيران ج ۱-۱- و توشيح ريس دولت از جانب وزارت عدليه درجريده رسمي نشر و مرعي الاجراميباشد