

विश्व स्वास्थ्य संगठन की मानसिक स्वास्थ्य,

मानव अधिकार और कानून विषयक मार्गदर्शी पुस्तक

Stop exclusion, dare to care



World Health  
Organization



विश्व स्वास्थ्य संगठन की मानसिक स्वास्थ्य,

मानव अधिकार और कानून विषयक मार्गदर्शी पुस्तक

Stop exclusion, dare to care



## WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation.

1. Mental health
2. Human rights - legislation
3. Human rights - standards
4. Health policy - legislation
5. International law
6. Guidelines
7. Developing countries I. World Health Organization.

This publication was originally published in English: WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation.

ISBN 92 4 156282 X (English version)  
(NLM classification: WM 34)

Technical information concerning this publication can be obtained from:

Dr Michelle Funk  
Ms Natalie Drew  
Mental Health Policy and Service Development  
Department of Mental Health and Substance Abuse  
Noncommunicable Diseases and Mental Health  
20 Avenue Appia  
World Health Organization  
CH-1211, Geneva 27  
Switzerland  
Tel: +41 22 791 3855  
Fax: +41 22 791 4160  
E-mail: [funkm@who.int](mailto:funkm@who.int)

WHO Official citation: WHO Resource book on mental health, human rights and legislation.  
Geneva, World Health Organization, 2005

### © World Health Organization 2006

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to Marketing and Dissemination, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either express or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

मानसिक स्वास्थ्य, मानव अधिकार और कानून विषयक इस मार्गदर्शी पुस्तक की रचना विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) के मानसिक स्वास्थ्य और सबस्टंस अब्यूज डिपार्टमेंट के मिशेल फ़ूंक, नैटली ड्रु और बेनेडेट्टो सारासेनो के निर्देशन में की गई थी।

### लेखन दल

Writers: Melvyn Freeman (formerly Department of Health, Pretoria, South Africa), Soumitra Pathare (Ruby Hall Clinic, Pune, India), Natalie Drew (WHO/HQ), Michelle Funk (WHO/HQ) and Benedetto Saraceno (WHO/HQ).

### पूर्व पीठिका दस्तावेज और मामलों के उदाहरण

Julio Arboleda Florez (Department of Psychiatry, Queen's University, Ontario, Canada), Josephine Cooper (Balmoral, New South Wales, Australia), Lance Gable (Georgetown University Law Center, Center for the Law and the Public's Health, Washington DC, USA), Lawrence Gostin (Johns Hopkins University, Washington DC, USA), John Gray (International Association of Gerontology, Canada), HWANG Tae-Yeon (Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Mental Health, Yongin Mental Hospital, Republic of Korea), Alberto Minoletti (Ministry of Health, Chile), Svetlana Polubinskaya (Institute of State and Law, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation), Eric Rosenthal (Mental Disability Rights International, Washington DC, USA), Clarence Sundram (United States District Court for the District of Columbia, Washington DC, USA), XIE Bin (Ministry of Health, Beijing, China).

### संपादकीय समिति

Jose Bertolote, (WHO/HQ), Jose Miguel Caldas de Almeida (WHO Regional Office for the Americas (AMRO)), Vijay Chandra (WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO)), Philippe Chastonay (Faculté de Médecine Université de Genève, Switzerland), Natalie Drew (WHO/HQ), Melvyn Freeman (formerly Department of Health, Pretoria, South Africa), Michelle Funk (WHO/HQ), Lawrence Gostin (Johns Hopkins University, Washington DC, USA), Helen Herrman (formerly at WHO Western Pacific Regional Office (WPRO)), Michael Kirby (Judges' Chambers in Canberra, High Court of Australia), Itzhak Levav (Policy and External Relations, Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel), Custodia Mandlhate (WHO Regional Office for Africa (AFRO)), Ahmed Mohit (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)), Helena Nygren-Krug (WHO/HQ), Genevieve Pinet (WHO/HQ), Usha Ramanathan (Delhi, India), Wolfgang Rutz (WHO Regional Office for Europe (EURO)), Benedetto Saraceno (WHO/HQ), Javier Vasquez (AMRO).

### प्रशासकीय और सचिवीय सहायता

Adeline Loo (WHO/HQ), Anne Yamada (WHO/HQ) and Razia Yaseen (WHO/HQ)

The WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation is included within the programme of the Geneva International Academic Network (GIAN/RUIG).

## तकनीकी योगदान और समीक्षा

<b>Beatrice Abrahams</b>	National Progressive Primary Health Care Network, Kensington, South Africa
<b>Adel Hamid Afana</b>	Training and Education Department, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
<b>Thérèse A. Agossou</b>	Regional Office for Africa, World Health Organization, Brazzaville, Congo
<b>Bassam Al Ashhab</b>	Community Mental Health, Ministry of Health, Palestinian Authority, West Bank
<b>Ignacio Alvarez</b>	Inter-American Commission on Human Rights Washington DC, USA
<b>Ella Amir</b>	Alliance for the Mentally Ill Inc., Montreal, Quebec, Canada
<b>Paul S. Appelbaum</b>	Department of Psychiatry, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA
<b>Julio Arboleda-Florez</b>	Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
<b>Begone Ariño</b>	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill Persons, Bilbao, Spain
<b>Joseph Bediako Asare</b>	Ministry of Health, Accra, Ghana
<b>Larry Ash</b>	Geneva, Switzerland
<b>Jeannine Auger</b>	Ministry of Health and Social Services, Quebec, Canada
<b>Florence Baingana</b>	Health, Nutrition, Population, The World Bank, Washington DC, USA
<b>Korine Balian</b>	Médecins Sans Frontières, Amsterdam, Netherlands
<b>Neville Barber</b>	Mental Health Review Board, West Perth, Australia
<b>James Beck</b>	Department of Psychiatry, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, USA
<b>Sylvia Bell</b>	New Zealand Human Rights Commission, Auckland, New Zealand
<b>Jerome Bickenbach</b>	Faculty of Law, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
<b>Louise Blanchette</b>	University of Montreal Certificate Programme in Mental Health, Montreal, Canada
<b>Susan Blyth</b>	Valkenberg Hospital, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa
<b>Richard J. Bonnie</b>	Schools of Law and Medicine, University of Virginia, VA, USA
<b>Nancy Breitenbach</b>	Inclusion International, Ferney-Voltaire, France
<b>Celia Brown</b>	MindFreedom Support Coalition International, USA
<b>Martin Brown</b>	Northern Centre for Mental Health, Durham, United Kingdom
<b>Anh Thu Bui</b>	Ministry of Health, Koror, Palau
<b>Angela Caba</b>	Ministry of Health, Santo Domingo, Dominican Republic
<b>Alexander M. Capron</b>	Ethics, Trade, Human Rights and Health Law, World Health Organization, Geneva, Switzerland
<b>Sylvia Caras</b>	People Who, Santa Cruz, CA, USA
<b>Annon Carmi</b>	World Association for Medical Law, Haifa, Israel
<b>Claudina Cayetano</b>	Mental Health Program, Ministry of Health, Belmopan, Belize
<b>CHEN Yan Fang</b>	Shandong Provincial Center of Mental Health, Jinan, China

<b>CHUEH Chan</b>	College of Public Health, Taipei, China (Province of Taiwan)
<b>Dixon Chibanda</b>	University of Zimbabwe, Medical School, Harare, Zimbabwe
<b>Chantharavdy Choulamany</b>	Mahosot General Hospital, Vientiane, Lao People's Democratic Republic
<b>Hugo Cohen</b>	World Health Organization, Mexico
<b>Josephine Cooper</b>	New South Wales, Australia
<b>Ellen Corin</b>	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
<b>Christian Courtis</b>	Instituto Tecnológico Autónomo de México, Departamento de Derecho, Mexico DF, Mexico
<b>Jim Crowe</b>	World Federation for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, New Zealand
<b>Jan Czeslaw Czabala</b>	Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland
<b>Araba Sefa Dedeh</b>	Clinical Psychology Unit, Department of Psychiatry, University of Ghana Medical School, Accra, Ghana
<b>Paolo Delvecchio</b>	United States Department of Health and Human Services, Washington DC, USA
<b>Nimesh Desai</b>	Department of Psychiatry, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, Delhi, India
<b>M. Parameshvara Deva</b>	Department of Psychiatry, SSB Hospital, Brunei Darussalam
<b>Amita Dhanda</b>	University of Hyderabad, Andhra Pradesh, India
<b>Aaron Dhir</b>	Faculty of Law, University of Windsor, Ontario, Canada
<b>Kate Diesfeld</b>	Auckland University of Technology, New Zealand
<b>Robert Dinerstein</b>	American University, Washington College of Law, Washington DC, USA
<b>Saida Douki</b>	Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisia
<b>Moera Douthett</b>	Pasifika Healthcare, Henderson Waitakere City, Auckland, New Zealand
<b>Claire Dubois-Hamdi</b>	Secrétariat de la Charte Sociale Européenne, Strasbourg, France
<b>Peter Edwards</b>	Peter Edwards & Co., Hoylake, United Kingdom
<b>Ahmed Abou El-Azayem</b>	World Federation for Mental Health, Cairo, Egypt
<b>Félicien N'tone Enyime</b>	Ministry of Health, Yaoundé, Cameroon
<b>Sev S. Fluss</b>	Council for International Organizations of Medical Sciences, Geneva, Switzerland
<b>Maurizio Focchi</b>	Associazione Cittadinanza, Rimini, Italy
<b>Abra Fransch</b>	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, Bulawayo, Zimbabwe
<b>Gregory Fricchione</b>	Carter Center, Atlanta, GA, USA
<b>Michael Friedman</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
<b>Diane Froggatt</b>	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Ontario, Canada
<b>Gary Furlong</b>	CLSC Métro, Montreal, Quebec Canada
<b>Elaine Gadd</b>	Bioethics Department, Council of Europe, Strasbourg, France
<b>Vijay Ganju</b>	National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute, Alexandria, Virginia, USA
<b>Reine Gobeil</b>	Douglas Hospital, Quebec, Canada

<b>Howard Goldman</b>	National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute and University of Maryland School of Medicine, MD, USA
<b>Nacanieli Goneyali</b>	Hospital Services, Ministry of Health, Suva, Fiji
<b>Maria Grazia Giannicheda</b>	Dipartimento di Economia Istituzioni Società, University of Sassari, Sassari, Italy
<b>Stephanie Grant</b>	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
<b>John Gray</b>	Policy and Systems Development, Branch, International Association of Gerontology, Ministry Responsible for Seniors, Victoria BC, Canada
<b>Margaret Grigg</b>	Mental Health Branch, Department of Human Services, Melbourne, Australia
<b>Jose Guimon</b>	Department of Psychiatry, University Hospitals of Geneva, Switzerland
<b>Oye Gureje</b>	Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria
<b>Karin Gutierrez-Lobos</b>	Medical University of Vienna, Department of Psychiatry, Vienna, Austria
<b>Timothy Harding</b>	Institut universitaire de médecine légale, Centre médical universitaire, Geneva, Switzerland
<b>Gaston Harnois</b>	WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Research Centre, Verdun, Quebec, Canada
<b>Gary Haugland</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
<b>Robert Hayes</b>	Mental Health Review Tribunal of New South Wales, Australia
<b>HE Yanling</b>	Shanghai Mental Health Center, Shanghai, China
<b>Ahmed Mohamed Heshmat</b>	Ministry of Health and Population, Mental Health Programme, Cairo, Egypt
<b>Karen Hetherington</b>	Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Quebec, Canada
<b>Frederick Hickling</b>	Section of Psychiatry, Department of Community Health, University of West Indies, Kingston, Jamaica
<b>Kim Hopper</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
<b>Paul Hunt</b>	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Department of Law and Human Rights Centre, University of Essex, United Kingdom
<b>HWANG Tae-Yeon</b>	Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Mental Health, Yongin Mental Hospital, Republic of Korea
<b>Lars Jacobsson</b>	Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Umea, Umea, Sweden
<b>Aleksandar Janca</b>	Department of Psychiatry & Behavioural Science, University of Western Australia, Perth, Australia
<b>Heidi Jimenez</b>	Regional Office for the Americas, World Health Organization, Washington, USA
<b>Dale L. Johnson</b>	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD), Taos, New Mexico, USA
<b>Kristine Jones</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA



<b>Nancy Jones</b>	Seattle, WA, USA
<b>Emmanuel Mpinga Kabengele</b>	Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Genève, Faculté de Médecine, Geneva, Switzerland
<b>Nadia Kadri</b>	Université Psychiatrique Ibn Rushd, Casablanca, Morocco
<b>Lilian Kanaiya</b>	Schizophrenia Foundation of Kenya, Nairobi, Kenya
<b>Eddie Kane</b>	Mental Health and Secure Services, Department of Health, Manchester, United Kingdom
<b>Zurab I. Kekelidze</b>	Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russian Federation
<b>David Musau Kiima</b>	Department of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya
<b>Susan Kirkwood</b>	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill persons, Aberdeen, United Kingdom
<b>Todd Kriebel</b>	Mental Health Policy and Service Development, Mental Health Directorate, Ministry of Health, Wellington, New Zealand
<b>John P. Kummer</b>	Equilibrium, Unteraegeri, Switzerland
<b>Lourdes Ladrado-Ignacio</b>	Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippines General Hospital, Manila, Philippines
<b>Pirkko Lahti</b>	Finnish Association for Mental Health, Maistraatinportti, Finland
<b>Eero Lahtinen</b>	Department of Health, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland
<b>Eugene M. Laska</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
<b>Eric Latimer</b>	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
<b>Louis Letellier de St-Just</b>	Montreal, Quebec, Canada
<b>Richard Light</b>	Disability Awareness in Action, London, United Kingdom
<b>Bengt Lindqvist</b>	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
<b>Linda Logan</b>	Policy Development, Texas Department of Mental Health and Mental Retardation, Austin, TX, USA
<b>Marcelino López</b>	Research and Evaluation, Andalusian Foundation for Social Integration of the Mentally Ill, Seville, Spain
<b>Juan José López Ibor</b>	World Psychiatric Association, López-Ibor Clinic, Madrid, Spain
<b>Crick Lund</b>	Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa
<b>Annabel Lyman</b>	Behavioural Health Division, Ministry of Health, Koror, Palau
<b>MA Hong</b>	National Center for Mental Health, China-CDC, Beijing, China
<b>George Mahy</b>	University of the West Indies, Queen Elizabeth Hospital, Barbados
<b>Rohit Malpani</b>	Regional Office for South-East Asia, World Health Organization, New Delhi, India
<b>Douma Djibo Maïga</b>	Ministry of Public Health, Niamey, Niger
<b>Mohamed Mandour</b>	Italian Cooperation, Consulate General of Italy, Jerusalem
<b>Joseph Mbatia</b>	Mental Health Unit, Ministry of Health, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania
<b>Nalaka Mendis</b>	University of Colombo, Sri Lanka
<b>Céline Mercier</b>	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
<b>Thierry Mertens</b>	Department of Strategic Planning and Innovation, World Health Organization, Geneva, Switzerland

<b>Judith Mesquita</b>	Human Rights Centre, University of Essex, Colchester, United Kingdom
<b>Jeffrey Metzner</b>	Department of Psychiatry, University of Colorado, School of Medicine, Denver, CO, USA
<b>Leen Meulenbergs</b>	Service fédéral public de la Santé, Brussels, Belgium
<b>Harry I. Minas</b>	Centre for International Mental Health and Victorian Transcultural Psychiatry, University of Melbourne, Australia
<b>Alberto Minoletti</b>	Mental Health Unit, Ministry of Health, Santiago, Chile
<b>Paula Mogne</b>	Ministry of Health, Maputo, Mozambique
<b>Fernando Mora</b>	Cabinet of the Commissioner for Human Rights, Council of Europe, Strasbourg, France
<b>Paul Morgan</b>	SANE, South Melbourne, Australia
<b>Driss Moussaoui</b>	Université psychiatrique, Centre Ibn Rushd, Casablanca, Morocco
<b>Srinivasa Murthy</b>	Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization, Cairo, Egypt
<b>Rebecca Muhlethaler</b>	Special Committee of NGOs on Human Rights, Geneva, Switzerland
<b>Matt Muijen</b>	Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, Denmark
<b>Carmine Munizza</b>	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italy
<b>Shisram Narayan</b>	St Giles Hospital, Suva, Fiji
<b>Sheila Ndyanabangi</b>	Ministry of Health, Kampala, Uganda
<b>Jay Neugeboren</b>	New York, NY, USA
<b>Frank Njenga</b>	Psychiatrists' Association of Kenya, Nairobi, Kenya
<b>Grayson Norquist</b>	National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA
<b>Tanya Norton</b>	Ethics, Trade, Human Rights and Health Law, World Health Organization, Geneva
<b>David Oaks</b>	MindFreedom Support Coalition International, OR, USA
<b>Olabisi Odejide</b>	College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria
<b>Angela Ofori-Atta</b>	Clinical Psychology Unit, University of Ghana, Medical School, Accra, Ghana
<b>Richard O'Reilly</b>	Department of Psychiatry, University Campus, University of Western Ontario, Canada
<b>Mehdi Paes Arrazi</b>	Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco
<b>Rampersad Parasram</b>	Ministry of Health, Port of Spain, Trinidad and Tobago
<b>Vikram Patel</b>	London School of Hygiene & Tropical Medicine, and Sangath Centre, Goa, India
<b>Dixianne Penney</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
<b>Avanti Perera</b>	Nawala, Sri Lanka
<b>Michael L. Perlin</b>	New York Law School, New York, USA
<b>Yogan Pillay</b>	Strategic Planning, National Department of Health, Pretoria, South Africa
<b>Svetlana Polubinskaya</b>	Institute of State and Law, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation
<b>Laura L. Post</b>	Mariana Psychiatric Services, Saipan, Northern Mariana Islands, USA

<b>Prema Ramachandran</b>	Planning Commission, New Delhi, India
<b>Bas Vam Ray</b>	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill persons, Heverlee, Belgium
<b>Darrel A. Regier</b>	American Psychiatric Institute for Research and Education, Arlington, VA, USA
<b>Brian Robertson</b>	Department of Psychiatry, University of Cape Town, South Africa
<b>Julieta Rodriguez Rojas</b>	Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.ix
<b>Eric Rosenthal</b>	Mental Disability Rights International, Washington DC, USA
<b>Leonard Rubenstein</b>	Physicians for Human Rights, Boston, MA, USA
<b>Khalid Saeed</b>	Institute of Psychiatry, Rawalpindi, Pakistan
<b>Ayesh M. Sammour</b>	Community Mental Health, Ministry of Health, Palestinian Authority, Gaza
<b>Aive Sarjas</b>	Department of Social Welfare, Ministry of Health, Tallinn, Estonia
<b>John Saunders</b>	Schizophrenia Ireland, Dublin, Ireland
<b>Ingeborg Schwarz</b>	Inter-Parliamentary Union, Geneva, Switzerland
<b>Stefano Sensi</b>	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
<b>Radha Shankar</b>	AASHA (Hope), Indira Nagar, Chennai, India
<b>SHEN Yucun</b>	Institute of Mental Health, Beijing University, China
<b>Naotaka Shinfuku</b>	International Center for Medical Research, Kobe University Medical School, Japan
<b>Carole Siegel</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
<b>Helena Silfverhielm</b>	National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden
<b>Joel Slack</b>	Respect International, Montgomery, AL, USA
<b>Alan Stone</b>	Faculty of Law and Faculty of Medicine, Harvard University, Cambridge, MA, USA
<b>Zebulon Taintor</b>	World Association for Psychosocial Rehabilitation, Department of Psychiatry, New York University Medical Center, New York, USA
<b>Michele Tansella</b>	Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy
<b>Daniel Tarantola</b>	World Health Organization, Geneva, Switzerland
<b>Jacob Taylor</b>	Maryland, USA
<b>Myriam Tebourbi</b>	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
<b>Mrinali Thalgodapitiya</b>	NEST, Gampaha District, Sri Lanka
<b>Graham Thornicroft</b>	PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, London, United Kingdom
<b>Giuseppe Tibaldi</b>	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italy
<b>E. Fuller Torrey</b>	Stanley Medical Research Centre, Bethesda, MD, USA
<b>Gombodorjiin Tsetsegdary</b>	NCD & MNH Programme, Ministry of Health and Social Welfare, Ulaanbaatar, Mongolia
<b>Bogdana Tudorache</b>	Romanian League for Mental Health, Bucharest, Romania
<b>Judith Turner-Crowson</b>	NIMH Community Support Programme, Kent, United Kingdom
<b>Samuel Tyano</b>	World Psychiatry Association, Tel Aviv, Israel

<b>Liliana Urbina</b>	Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, Denmark
<b>Pascale Van den Heede</b>	Mental Health Europe, Brussels, Belgium
<b>Marianna Várfalvi-Bognarne</b>	Ministry of Health, Budapest, Hungary
<b>Uldis Veits Riga</b>	Municipal Health Commission, Riga, Latvia
<b>Luc Vigneault</b>	Association des Groupes de Défense des Droits en Santé mentale du Quebec, Canada
<b>WANG Liwei</b>	Ministry of Health, Beijing, China
<b>WANG Xiangdong</b>	Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization, Manila, Philippines
<b>Helen Watchirs</b>	Regulatory Institution Network, Research School of Social Sciences, Canberra, Australia
<b>Harvey Whiteford</b>	The University of Queensland, Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, Australia
<b>Ray G. Xerri</b>	Department of Health, Floriana, Malta
<b>XIE Bin</b>	Shanghai Mental Health Centre, Shanghai, China
<b>Derek Yach</b>	Global Health Division, Yale University, New Haven, CT, USA
<b>YU Xin</b>	Institute of Mental Health, Beijing University, China
<b>Tuviah Zabow</b>	Department of Psychiatry, University of Cape Town, South Africa
<b>Howard Zonana</b>	Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT, USA

मानसिक स्वास्थ्य, मानव अधिकार और कानून पर विश्व स्वास्थ्य संगठन की मार्गदर्शी पुस्तक के विकास के लिए नॉर्वे की सरकार और जिनीवा इंटरनेशनल एकेडेमिक नेटवर्क (GIAN/RUIG), की उदार वित्तीय सहायता की वि. स्वा. संगठन अभिस्वीकृति देना चाहता है। साथ ही इटली, नेदरलैंड और न्यूजीलैंड की सरकारों और दि कॉरपोरेट सोशल रिस्पॉन्सिबिलिटी यूरप, जॉन्सन एण्ड जॉन्सन की समग्र वित्तीय सहायता के लिए कृतज्ञता पूर्वक धन्यवाद दिए जाते हैं।

## विषय सूची

<b>प्राक्कथन</b>	<b>xv</b>
<b>अध्याय 1 मानसिक स्वास्थ्य कानून का संदर्भ</b>	<b>1</b>
1. आमुख	1
2. मानसिक स्वास्थ्य कानून और मानसिक स्वास्थ्य नीति के बीच आपसी संबंध	2
3. मानसिक स्वास्थ्य कानून के जरिये अधिकारों की रक्षा, बढ़ावा आदि में सुधार	3
3.1 विभेदन और मानसिक स्वास्थ्य	3
3.2 मानव अधिकारों का उल्लंघन	4
3.3 स्वायत्तता और स्वतंत्रता	5
3.4 मानसिक बीमार अपराधियों के अधिकार	6
3.5 मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और समुदाय समाकलन तक पहुँच को बढ़ावा देना	6
4. मानसिक स्वास्थ्य पर अलग बनाम समाकलित कानून	7
5. विनियम, सेवा आदेश, मंत्रालयीन आज्ञामियाँ (डिक्रीज)	7
6. मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों से संबंधित मुख्य अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखत	8
6.1 अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखत	8
6.1.1 अधिकारों का अंतर्राष्ट्रीय बिल (इंटरनैशनल बिल ऑफ राइट्स)	9
6.1.2 मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित अन्य अंतर्राष्ट्रीय समझौते	11
7. मानसिक स्वास्थ्य को लागू प्रमुख मानव अधिकार मानदंड	13
7.1 मानसिक बीमारी वाले लोगों की सुरक्षा के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार (एम आई प्रिंसिपल्स, 1991)	13
7.2 स्टैंडर्ड रूलज ऑन दि इकलाइजेशन ऑफ अपॉर्च्युनिटी फॉर पर्सन्स विथ डिसेबिलिटी (स्टैंडर्ड रूलज, 1993)	14
8. तकनीकी मानदंड	15
8.1 डेक्लरेशन ऑफ कैरैकैस (1990)	15
8.2 डेक्लरेशन ऑफ माद्रिद (1996)	15
8.3 डब्ल्यू एच ओ तकनीकी मानदंड	15
8.4 दि सैलमैका स्टेटमेंट एण्ड फ्रेमवर्क फॉर एक्शन ऑन स्पेशल नीडज एज्युकेशन (1994)	16
9. अधिकारों का परिसीमन	16
<b>अध्याय 2 मानसिक स्वास्थ्य कानून की विषयवस्तु</b>	<b>19</b>
1. परिचय	19
2. आमुख और उद्देश्य	19
3. परिभाषाएँ	20
3.1 मानसिक बीमारी और मानसिक अस्वास्थ्य	20
3.2 मानसिक अक्षमता	22
3.3 मानसिक असमर्थता	23
3.4 मन की विकसितता	23
3.5 अन्य शब्दप्रयोगों की परिभाषाएँ	26
4. मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच	27
4.1 मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए वित्तीय संसाधन	27
4.2 प्राथमिक देखभाल में मानसिक स्वास्थ्य	28
4.3 अल्प सेवित जनसंख्या के लिए संसाधनों का आबंटन	29
4.4 चिकित्सा और मनोसामाजिक हस्तक्षेप तक पहुँच	29
4.5 स्वास्थ्य (और अन्य) बीमा तक पहुँच	29
4.6 समुदाय देखभाल को बढ़ावा और गैरसंस्थात्मकीकरण	30

<b>5.</b>	<b>मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं के अधिकार</b>	<b>31</b>
5.1	गोपनीयता	32
5.2	जानकारी तक पहुँच	32
5.3	मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अधिकार और स्थिति	33
5.3.1	परिवेश	34
5.3.2	गुप्तता	35
5.3.3	संसूचना	35
5.3.4	श्रम	36
5.4	अधिकारों की नोटीस	36
<b>6.</b>	<b>मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवारों और देखभालकर्ताओं के अधिकार</b>	<b>38</b>
<b>7.</b>	<b>सक्षमता, समर्थता और अभिभावकत्व</b>	<b>39</b>
7.1	परिभाषाएँ	39
7.2	असमर्थता का मूल्यांकन	40
7.2.1	उपचारनिर्णय करने की समर्थता	40
7.2.2	ऐवजी निर्णयकर्ता के चयन की समर्थता	40
7.2.3	वित्तीय निर्णय करने की समर्थता	40
7.3	असमर्थता और अक्षमता तय करना	41
7.4	अभिभावकत्व	40
<b>8.</b>	<b>स्वैच्छिक और अनैच्छिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल</b>	<b>43</b>
8.1.	स्वैच्छिक प्रवेश और स्वैच्छिक उपचार	43
8.2.	“विरोध न करने वाले” मरीज़	45
8.3	अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार	46
8.3.1	अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार का संयुक्त बनाम अलग दृष्टिकोण	47
8.3.2	अनैच्छिक प्रवेश के निकष	49
8.3.3	अनैच्छिक प्रवेश के की कार्यविधि	50
8.3.4	अनैच्छिक उपचार (जहाँ प्रवेश और उपचार के लिए अलग कार्यविधियाँ हैं) के निकष	53
8.3.5	प्रविष्ट व्यक्तियों के लिए अनैच्छिक उपचार की कार्यविधि	53
8.3.6	उपचार के लिए प्रतिपत्र (प्रॉक्सी) सहमति	56
8.3.7	समुदाय सेटिंग्स में अनैच्छिक उपचार	57
8.4	आपात स्थितियाँ	60
8.4.1	आपात स्थितियों में अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की कार्यविधि	60
<b>9.</b>	<b>मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए कर्मचारियों की आवश्यकताएँ</b>	<b>61</b>
9.1	निपुणता का स्तर	61
9.2	व्यवसायी समूह	62
<b>10.</b>	<b>विशेष उपचार</b>	<b>62</b>
10.1	मुख्य मेडिकल और सर्जिकल कार्यविधियाँ	63
10.2	सायको सर्जरी और अन्य अनपलट उपचार	63
10.3	इलेक्ट्रो कन्वल्सिव थेरपी (इ सी टी)	64
<b>11.</b>	<b>एकांत और प्रतिबंध</b>	<b>64</b>
<b>12.</b>	<b>चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान</b>	<b>66</b>
<b>13.</b>	<b>निरीक्षण और पुनरीक्षा प्रक्रियाएँ</b>	<b>67</b>
13.1	अनैच्छिक प्रवेश / उपचार के न्यायाधिकरण अथवा न्यायिक कल्प द्वारा निरीक्षण और अधिकारों पर अन्य प्रतिबंध	68
13.1.1	संरचना	69
13.2	विनियामक और निरीक्षण निकाय	69
13.2.1	संरचना	70
13.2.2	अतिरिक्त शक्तियाँ	70
13.3	शिकायतें और उपाय	70
13.4	कार्यविधिक सुरक्षा	71

<b>14.</b>	<b>मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के बारे में पुलिस का दायित्व</b>	<b>72</b>
14.1	पुलिस के अधिकार	72
14.2	सहायता की माँग संबंधी प्रतिक्रिया	73
14.3	मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों के लिए सुरक्षा उपाय	73
14.3.1	सुरक्षा स्थान	73
14.3.2	उपचार विकल्प	73
14.3.3	अवरोध अवधि	74
14.3.4	तत्काल अधिसूचना	74
14.3.5	अभिलेख की पुनरीक्षा	74
<b>15.</b>	<b>मानसिक बीमार अपराधियों से संबंधित कानूनी प्रावधान</b>	<b>75</b>
15.1	अपराधिक न्यायप्रणाली में मुकदमा पूर्व चरण	76
15.1.1	मुकदमा चलाने का निर्णय	76
15.2	अपराधिक न्याय प्रणाली में मुकदमा चरण	76
15.2.1	मुकदमे में खड़े रहने की योग्यता	76
15.2.2	अपराधिक जिम्मेदारियों से बचाव (अपराध के समय मानसिक अस्वास्थ्य)	77
15.3	अपराधिक न्याय प्रणाली में मुकदमा पश्चात (सजा देने) का चरण	78
15.3.1	परिवीक्षा आदेश और समुदाय उपचार आदेश	78
15.3.2	अस्पताल आदेश	78
15.4.	सजा की सुनवाई के पश्चात (जेल में सजा काटने) का चरण	79
15.5.	मानसिक बीमार अपराधियों के लिए सुविधाएँ	79
<b>16.</b>	<b>मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित करने वाले अतिरिक्त सारभूत प्रावधान</b>	<b>81</b>
16.1	गैर विभेदनकारी कानून	81
16.2	सामान्य स्वास्थ्य देखभाल	81
16.3	आवास	81
16.4	रोज़गार	82
16.5.	सामाजिक सुरक्षा	82
16.6	नागरी मसले	82
<b>17.</b>	<b>असुरक्षित समूहों – अवयस्कों, महिलाओं, अल्पसंख्यकों और शरणार्थियों के लिए सुरक्षा</b>	<b>83</b>
17.1	अवयस्क	83
17.2	महिलाएँ	84
17.3	अल्प संख्यक	85
17.4	शरणार्थी	85
<b>18.</b>	<b>अपराध और दंड</b>	<b>86</b>
<b>अध्याय 3 प्रक्रिया : मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्रारूपलेखन, अंगीकरण और कार्यान्वयन</b>		<b>89</b>
<b>1.</b>	<b>परिचय</b>	<b>89</b>
<b>2.</b>	<b>प्रारंभिक गतिविधियाँ</b>	<b>91</b>
2.1	मानसिक अस्वास्थ्य का अभिनिर्धारण और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में रुकावटें	91
2.2	मानसिक स्वास्थ्य संबंधित कानून का मैपिंग	92
2.3	अंतर्राष्ट्रीय समझौतों और मानदंडों का अध्ययन	93
2.4	अन्य देशों के मानसिक स्वास्थ्य कानून की पुनरीक्षा	93
2.5	सर्वसम्मति तैयार करना और परिवर्तन के लिए बातचीत	95
2.6	मानसिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार से संबंधित मसलों पर जनता को शिक्षित करना	95
<b>3.</b>	<b>मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्रारूपलेखन</b>	<b>96</b>
3.1	प्रारूपलेखन प्रक्रिया	96
3.2	परामर्श की आवश्यकता	97
3.3	परामर्श आमंत्रित करना	97
3.4	परामर्श की प्रक्रिया और कार्यविधि	99
3.5	कानून की भाषा	102

<b>4.</b>	<b>कानून का अंगीकरण</b>	<b>103</b>
4.1	कानूनी प्रक्रिया	103
4.1.1	कानून अंगीकृत करने की जिम्मेदारी	103
4.1.2	कानूनी प्रारूप पर विवाद और उसका अंगीकरण	104
4.1.3	नए कानून को मंजूरी, प्रख्यापन और प्रकाशन	104
4.2	कानून के अंगीकरण के दौरान प्रमुख कार्रवाइयाँ	105
4.2.1	जनता की राय जुटाना	105
4.2.2	सरकार की कार्यपालक शाखा और विधान मंडल के सदस्यों से मताग्रह करना	105
<b>5.</b>	<b>मानसिक स्वास्थ्य कानून को कार्यान्वित करना</b>	<b>106</b>
5.1	कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार निकायों का महत्त्व और भूमिका	106
5.2	प्रसार और प्रशिक्षण	108
5.2.1	जनशिक्षा और जनजागरण	108
5.2.2	उपयोगकर्ता, परिवार और हिमायती संगठन	108
5.2.3	मानसिक स्वास्थ्य, स्वास्थ्य और अन्य व्यवसायी	109
5.2.4	जानकारी और मार्गदर्शन सामग्री विकसित करना	110
5.3	वित्तीय और मानव संसाधन	110
	<b>संदर्भ</b>	<b>113</b>
	<b>संदर्भ ग्रंथ सूची</b>	<b>118</b>
	<b>परिशिष्ट</b>	
<b>परिशिष्ट 1</b>	मानसिक स्वास्थ्य कानून पर विश्व स्वास्थ्य संगठन की जाँच सूची	<b>119</b>
<b>परिशिष्ट 2</b>	मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों से संबंधित अंतर्राष्ट्रीय लिखत और मुख्य प्रावधान का सार	<b>155</b>
<b>परिशिष्ट 3</b>	मानसिक बीमारी वाले व्यक्तियों की सुरक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्र संघ सिद्धांत	<b>157</b>
<b>परिशिष्ट 4</b>	पीएचओ / डब्ल्यूएचओ डेक्लरेशन ऑफ कैरैकैस का सार	<b>165</b>
<b>परिशिष्ट 5</b>	वर्ल्ड साइकिएट्रीक असोसिएशन के दि डेक्लरेशन ऑफ माद्रिद का सार	<b>166</b>
<b>परिशिष्ट 6</b>	उदाहरण : कनेक्टीकट, यूएसए में विनिर्दिष्ट किए अनुसार मरीज के अधिकार	<b>169</b>
<b>परिशिष्ट 7</b>	उदाहरण : स्टेट ऑफ मायने, डिपार्टमेंट ऑफ बिहेवियरल एण्ड डेवलपमेंटल सर्विसेज, यूएसए में मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वालों के अधिकार	<b>171</b>
<b>परिशिष्ट 8</b>	उदाहरण : अनैच्छिक प्रवेश और उपचार (संयुक्त दृष्टिकोण) के लिए फॉर्मर्ज और अपील फॉर्म, विक्टोरिया, ऑस्ट्रेलिया	<b>173</b>
<b>परिशिष्ट 9</b>	उदाहरण : मानसिक स्वास्थ्य मरीजों के लिए न्यूजीलैंड अग्रिम निदेश	<b>178</b>



## प्राक्कथन

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के जीवन में सुधार लाने के कई उपाय हैं। एक महत्त्वपूर्ण उपाय है, नीतियों, योजनाओं और कार्यक्रमों के जरिए अच्छी सेवाएँ उपलब्ध करा देने के लिए अच्छे कानून बनाना। ऐसे कानून जो नीतियों और योजनाओं को में अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत मानव अधिकार के मानक और अच्छे व्यवहार के संदर्भ में रखे। इस मार्गदर्शी पुस्तक का लक्ष्य ऐसे कानून के प्रारूप लेखन, अंगीकरण और कार्यान्वयन में सहायता करना है। इसमें देशों के लिए विशिष्ट नमूना नहीं दिया गया है लेकिन कानून में सम्मिलित किए जाने वाले महत्त्वपूर्ण मसलों एवं सिद्धांतों पर प्रकाश डाला गया है।

मानसिक स्वास्थ्य के मसले कैसे हल किए जाते हैं यह विभिन्न देशों में उपलब्ध वित्तीय और मानवीय संसाधनों की स्थिति पर अवलंबित है। यही नहीं, मानसिक स्वास्थ्य सेवा के लिए उपभोक्ताओं, परिवारों और देखभाल करने वालों और स्वास्थ्य कर्मचारियों द्वारा व्यक्त की गई आवश्यकताएँ मुख्य रूप से अतीत और वर्तमान सेवाओं के प्रावधान पर भी अवलंबित होती हैं। हर देश के लोगों की अपेक्षाएँ अलग-अलग हैं। परिणामतः कुछ देशों में सहज उपलब्ध विशिष्ट सेवाएँ और अधिकार अन्य देशों के लिए आदर्श उद्देश्य होंगे। फिर भी मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार करने, उन्हें बढ़ावा देने एवं मानव अधिकारों की रक्षा करने के लिए सभी देशों में प्रयास किए जा सकते हैं।

अधिकांश देश, जिनके पास विशेष रूप से मानसिक स्वास्थ्य के लिए निर्धारित अतिरिक्त संसाधन हैं, मानसिक स्वास्थ्य में प्रभावी रूप से सुधार ला सकते हैं। संसाधनों पर प्रतिबंध होने पर भी अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार के मानकों के पालन, रक्षा और पूर्ति के लिए उपाय किए जा सकते हैं - यह इस मार्गदर्शी पुस्तक में स्पष्ट किया गया है। यद्यपि मूलभूत लक्ष्यों की पूर्ति के लिए निम्नतम संसाधनों की आवश्यकता होती है, तथापि विशिष्ट मुद्दों में अल्प या बिना अतिरिक्त संसाधन लिए सुधार किए जा सकते हैं। अगर अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकारों के मानकों की पूर्ति करनी है, तो जिन देशों में मानसिक स्वास्थ्य संसाधन अल्प हैं या बिलकुल नहीं हैं, वहाँ अतिरिक्त संसाधन जुटाने को विकल्प नहीं हैं।

देश में मानसिक स्वास्थ्य के लिए ज्यादा संसाधन जुटाने, अधिकारों और मानसिक स्वास्थ्य मानकों तथा स्थितियों में सुधार लाने के लिए विधिनिर्माण स्वयं एक साधन हो सकता है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के जीवन में सकारात्मक बदल लाने के लिए कानूनन यथार्थ और प्राप्य लक्ष्य होने चाहिए। अयथार्थवादी कानून को देश लागू नहीं कर सकता इसलिए इसका उद्देश्य ही विफल हो जाता है और इसकी परिणति कानूनी कार्रवाई से संबंधित खर्च की बढ़ोतरी में होती है। इससे सेवा विकास से संसाधनों का अपवर्तन होगा। इसलिए संसाधनों के निहित व्यय को देखकर विधान मंडलों को कानून पारित करना चाहिए। इस पुस्तक के पाठकों को यह सोचना होगा कि मार्गदर्शी पुस्तक में दिए गए लक्ष्यों की यथार्थ रूप से पूर्ति कैसे की जा सकेगी।

### यह मार्गदर्शी पुस्तक क्या देती है ?

इस पुस्तक के अध्यायों और परिशिष्टों में विविध अनुभवों और व्यवहारों के कई उदाहरण, विभिन्न देशों के कानूनों का सार और कानूनों से संबंधित अन्य दस्तावेज़ हैं। ये उदाहरण सिफ़ारिशें एवं “नमूने” नहीं हैं, बल्कि ये दर्शाते हैं कि मानसिक स्वास्थ्य, मानव अधिकार और कानून के क्षेत्र में विभिन्न देश क्या करते हैं।

प्रभावी कानून के तीन महत्त्वपूर्ण घटक हैं : संदर्भ, विषयवस्तु और प्रणाली। दूसरे शब्दों में मानसिक स्वास्थ्यकानून “क्यों,” “क्या” और “कैसे?” साथ ही परिशिष्ट-1 में मानसिक स्वास्थ्य कानून की जाँचसूची है जो मार्गदर्शी पुस्तक के साथ संयुक्त रूप से प्रयुक्त की जा सकती है। मानसिक स्वास्थ्यकानून में ये महत्त्वपूर्ण घटक सम्मिलित किए गए हैं या नहीं यह तय करने के हेतु से ये जाँचसूची बनाई गई है। साथ ही यह भी सुनिश्चित करने कि मार्गदर्शी पुस्तक में सम्मिलित व्यापक सिफ़ारिशें ध्यानपूर्वक जाँची और सोची गई हैं।

पूरी पुस्तक में विश्व स्वास्थ्य संगठन मानसिक स्वास्थ्य नीति और सेवा मार्गदर्शक पैकेज के संदर्भ भी दिए गए हैं। इस पैकेज में मानसिक स्वास्थ्य नीति विकास, समर्थन, वित्तपोषण और सेवा संगठन जैसे मसलों पर आंतरसंबंधित मापदंडों की श्रृंखला है जिससे मानसिक स्वास्थ्यसुधार मसले हल करने में विभिन्न देशों की सहायता हो।

## यह मार्गदर्शी पुस्तक किनके लिए है ?

विभिन्न व्यक्तियों, संगठनों और सरकारी विभागों को यह पुस्तक उपयोगी सिद्ध होगी। यह पुस्तक मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित कानूनों के प्रारूपलेखन एवं संशोधन से जुड़े लोगों के लिए विशेष रूप से है। और साथ ही कानून अंगीकरण तथा कार्यान्वयन प्रणाली लागू करने की जिम्मेदारी उठाने वाले लोगों के लिए भी। अधिकांश देशों में एक व्यक्ति नहीं बल्कि कई लोग इसमें शामिल होते हैं। एक दल के रूप में कार्य करते हुए, इस मार्गदर्शी पुस्तक में उठाए गए विषयों पर चर्चा और विशिष्ट राष्ट्रीय और सांस्कृतिक संदर्भ में उनपर विचार विमर्श करने से यह पुस्तक सही मायने में उपयोगी सिद्ध होगी।

उपयोगकर्ताओं के विशिष्ट दल के साथ विभिन्न उद्देश्यों और हितों वाले अनगिनत लोगों को इस पुस्तक से लाभ होगा। इन लोगों में शामिल हैं: राजनीतिज्ञ, सांसद, नीतिनिर्माता, (स्वास्थ्य, समाज कल्याण, कानून, वित्त, शिक्षा, श्रम और सुधारात्मक सेवाएँ आदि) सरकारी मंत्रालयों के कर्मचारी, स्वास्थ्य व्यावसायिक (मनोरोग चिकित्सक, मनोवैज्ञानिक, मनोरोग चिकित्सक परिचारिकाएँ और सामाजिक कार्यकर्ता), व्यावसायिक संगठन, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवार-सदस्य, उपयोगकर्ता और उनके दल, समर्थक संगठन, शैक्षिक संस्थाएँ, सेवा देने वाले, गैर सरकारी संगठन (एनजीओज), नागरी अधिकार दल, धार्मिक संगठन, कर्मचारी यूनियन जैसे संघ, कर्मचारी कल्याण संघ, नियोक्ता दल, निवासी कल्याण संघ, विशिष्ट समुदायों के समूह, अल्पसंख्यकों के प्रतिनिधि संगठन और अन्य अतिसंवेदनशील दल।

कुछ पाठक मानवअधिकार के संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य कानून को समझने के लिए इस पुस्तक को देखेंगे तो कुछ अपनी संभाव्य भूमिका अच्छी तरह से जानने अथवा विशिष्ट मद क्यों और कैसे सम्मिलित की जानी चाहिए इसपर चर्चा करने के इरादे से इस पुस्तक की ओर मुड़ेंगे। कुछ अंतर्राष्ट्रीय प्रवृत्तियाँ देखना चाहेंगे तो कुछ कानून के अंगीकरण एवं कार्यान्वयन में किस तरह मदद पहुँचाई जा सकेगी यह जानना चाहेंगे। हमें आशा है कि जैसी जिनकी आवश्यकता है वैसी उसकी पूर्ति होगी। परिणामतः बेहतर मानसिक स्वास्थ्यसहायता पाने का उनका लक्ष्य ऐसे कानून के अंगीकरण और कार्यान्वयन के जरिए अग्रेषित होगा जो मानवअधिकार मानकों और अच्छे व्यवहार की पूर्ति करता है।

मि. अलेक्जेंडर कैप्रॉन

डिरेक्टर, एपिकज, ट्रेड, ह्यूमन राइट्स एण्ड हेल्थ लॉ

डॉ. मिशेल फूक

कोऑर्डिनेटर, मेंटल हेल्थ पॉलिसी एण्ड सर्विस डिपार्टमेंट

डॉ. बेनेडेट्टो सारासेनो

डिरेक्टर, मेंटल हेल्थ एण्ड सबस्टेंस अब्यूज

## 1 आमुख

मानसिक स्वास्थ्य कानून का मूलभूत लक्ष्य नागरिकों के जीवन और मानसिक हित की रक्षा, अभिवृद्धि और सुधार करना है। हर समाज को उद्देश्यों की पूर्ति के लिए कानूनों की आवश्यकता होती है; मानसिक स्वास्थ्य कानून भी इस के लिए अपवाद नहीं है।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के साथ दुर्व्यवहार और उनके अधिकारों के उल्लंघन का शिकार होने की संभावना ज्यादा होती है। (मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों समेत) असुरक्षित नागरिकों की रक्षा करने वाले कानून ऐसे समाज को प्रतिबिंबित करते हैं जो अपने लोगों का आदर और देखभाल करता है। प्रगामी कानून मानसिक स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच की रक्षा करने, उसे बढ़ावा देने और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा करने का प्रभावी साधन हो सकते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य कानून की उपस्थिति मानव अधिकारों की रक्षा एवं आदर की गारंटी नहीं देती। कुछ देशों में जहाँ कई वर्षों से कानून को अद्यतन नहीं किया गया है, वहाँ मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों को बढ़ावा देने के बजाय उनका उल्लंघन दिखाई देता है। इसका कारण यह है कि लोग और नागरिक होने के नाते मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों को बढ़ावा देने के बजाय, उन्हें खतरनाक रुग्णों के रूप में समाज से अलग करने और उनसे समाज के सदस्यों को सुरक्षित रखने के इरादे से मानसिक स्वास्थ्य कानून शुरू में बनाए गए थे। समाज के लिए खतरनाक न होने वाले किंतु स्वयं की देखभाल करने की क्षमता न रखने वाले मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित लोगों की दीर्घावधि अभिरक्षात्मक देखभाल करने की अनुमति अन्य कानून देते हैं। परिणामतः यह भी मानव अधिकारों का उल्लंघन है। इस संदर्भ में यह नोट करना उचित है कि दुनिया भर में 75 प्रतिशत देशों में मानसिक स्वास्थ्य कानून हैं लेकिन 1990 के बाद केवल आधे (51 प्रतिशत) देशों में कानून पारित हुए हैं और लगभग छठे हिस्से (15 प्रतिशत) के कानून 1960 के पहले के हैं (WHO, 2001a)। इसलिए कई देशों में कानून कालातीत हो गए हैं और कई प्रसंगों में वे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा करने के बजाय, उनसे अधिकार छीन लेते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य कानून की आवश्यकता, दुनिया भर के मानसिक अस्वास्थ्य के वैयक्तिक, सामाजिक और आर्थिक बोझ के बारे में बढ़ती समझदारी से उत्पन्न है। अनुमान है कि विश्व में लगभग 34 करोड़ व्यक्ति डिप्रेशन, 4.5 करोड़ स्किजोफ्रीनिया और 2.9 करोड़ डिमेंशिया से पीड़ित हैं। खोए हुए डिसेबिलिटी एडजस्टेड लाइफ इयर्स (DALYs - विकलांगता समायोजित जीवन वर्ष) का बड़ा अंश मानसिक अस्वास्थ्य के कारण है और यह बोझ भविष्य में गंभीर रूप से बढ़ने वाला है (WHO, 2001b)।

मानसिक अस्वास्थ्य की प्रकट पीड़ा के साथ लांछन और विभेदन का गुप्त बोझ भी मानसिक रोगी को भुगतना पड़ता है। देश निम्न आय का हो या उच्च, सभी जगह मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर किया जाने वाला दोषारोपण पूरे इतिहास में निरंतर रहा है। यह रूढ़ी, भय, परेशानी, क्रोध, अस्वीकृति आदि में प्रकट होता है। मूल मानव अधिकारों और स्वतंत्रता का उल्लंघन तथा मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित लोगों के नागरी, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों की संस्थाओं एवं समुदायों में अस्वीकृति, दुनिया भर के लिए आम घटना रही है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले कइयों के लिए शारीरिक, लैंगिक तथा मनोवैज्ञानिक दुर्व्यवहार हर रोज का अनुभव रहा है। साथ ही सेवाओं, स्वास्थ्य बीमा और आवासनीति तक की पहुँच एवं रोजगार के अवसरों का अनुचित खंडन व भेदभाव का सामना करना पड़ता है। इनमें से अधिकांश मामलों की रिपोर्ट नहीं की जाती, इसलिए इस बोझ की परिगणना नहीं होती (Arboleda-Florez 2001)।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की पर्याप्त एवं उचित देखभाल, उनके उपचार एवं उनके मानव अधिकार की रक्षा तथा मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देना सुनिश्चित करने के लिए कानून एक महत्वपूर्ण प्रक्रिया देता है।

इस अध्याय में सम्मिलित पाँच प्रमुख क्षेत्र :

- मानसिक स्वास्थ्य कानून और मानसिक स्वास्थ्यनीति के बीच आपसी संबंध ;
- मानसिक स्वास्थ्य कानून के जरिए जीव रक्षा और जीवन-सुधार करना;
- मानसिक स्वास्थ्य पर अलग बनाम समाकलित कानून
- विनियम, सेवा आदेश और मंत्रालय की आज्ञा (डिक्री)
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों से संबंधित महत्वपूर्ण अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार लिखत।

## 2. मानसिक स्वास्थ्य कानून और मानसिक स्वास्थ्यनीति के बीच आपसी संबंध

नीति के लक्ष्यों और उद्देश्यों को मजबूत करने का एक महत्वपूर्ण साधन है मानसिक स्वास्थ्य कानून। व्यापक और अच्छी तरह से सोची गई मानसिक स्वास्थ्यनीति निम्नलिखित गंभीर मसलों को संबोधित करेगी :

- उच्च गुणवत्ता वाली मानसिक स्वास्थ्यसुविधाओं और सेवाओं की स्थापना;
- गुणवत्तापूर्ण मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच;
- मानव अधिकारों की रक्षा;
- रुग्ण के उपचार का अधिकार;
- मजबूत कार्यविधिक सुरक्षाओं का विकास;
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का आम समुदाय के साथ समाकलन; और
- पूरे समाज की ओर से मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा।

मानसिक स्वास्थ्य कानून अथवा अन्य कानून विहित प्रक्रियाएँ, (जैसे विनियम और घोषणा), इन लक्ष्यों के कार्यान्वयन के लिए कानूनी ढाँचा देकर, उनकी पूर्ति करने में सहायता दे सकती हैं।

इसके विपरीत नीतिविकास के लिए ढाँचे के रूप में कानून का इस्तेमाल किया जा सकता है। अधिकारों को लागू करने के लिए ऐसी प्रणाली स्थापित की जा सकती है जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की विभेदन और सरकारी तथा निजी हस्तियों द्वारा अन्य मानव अधिकारों के उल्लंघन से रक्षा कर सकती है तथा जीवन के सभी क्षेत्रों में उचित और समान व्यवहार की गारंटी दे सकती है। कानून मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों के प्रत्यायन के लिए कुशलता एवं न्यूनतम योग्यताएँ निर्धारित कर सकता है। साथ ही मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रत्यायन के लिए न्यूनतम कर्मचारी स्तर स्थापित कर सकता है। यह मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, उपचार और सहायता तक पहुँच में सुधार करने के लिए सकारात्मक प्रतिबंध बना सकता है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए विशिष्ट रूप से लक्षित अथवा सामान्य रूप से प्रयुक्त कानूनों के जरिए कानूनी सुरक्षा दी जा सकती है।

सरकारी (राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और जिला स्तर पर) नीति निर्माता, निजी क्षेत्र और नागरी समाज जो यथास्थिति बदलने के लिए इच्छुक न हों, वह कानूनी अधिदेश के आधार पर बदलने के लिए बाध्य हो सकते हैं। यदि कोई प्रगामी नीतियाँ विकसित करने से प्रतिबंधित हैं, वे कानूनी परिवर्तन के जरिए प्रोत्साहित हो सकते हैं। उदाहरणार्थ, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर विभेदन को रोकने वाले कानूनी प्रावधान, विभेदन से रक्षा के लिए नई नीतियाँ विकसित करने हेतु नीति निर्माताओं को प्रेरित कर सकते हैं। ऐसा कानून जो अनैच्छिक अस्पताल प्रवेश के विकल्प में समुदाय-आधारित उपचार को बढ़ावा दे, नीति निर्माताओं को नए समुदाय आधारित कार्यक्रम तैयार करने और उन्हें लागू करने के लिए ज़्यादा लचीलापन दे सकता है।

वर्तमान कानूनी ढाँचे द्वारा नई मानसिक स्वास्थ्यनीतियों के कार्यान्वयन को रोकने का विपरीत परिणाम भी हो सकता है। अपेक्षित नीतिसंशोधनों की अनुमति न देने अथवा ऐसे संशोधनों को परिणामकारक ढंग से रोकने जैसी आवश्यकताएँ थोपकर, कानून नीति के उद्देश्यों पर रोक लगा सकता है। उदाहरणार्थ, ऐसे कई देशों में जहाँ समुदाय उपचारों से संबंधित प्रावधानों को कानून में सम्मिलित नहीं किया गया है, वहाँ मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए समुदाय उपचारों के कार्यान्वयन में रुकावट पैदा होती है। प्रगामी कानूनी ढाँचा होते हुए भी नीति बाध्य करने के अधिकारों के अभाव में नीति लागू करने पर रोक लग सकती है।

मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और सेवाओं में सुधार करने हेतु नीति और कानून दो पूरक दृष्टिकोण हैं। लेकिन राजनीतिक इच्छाशक्ति, पर्याप्त संसाधनों, उचित रूप से कार्यरत संस्थाओं, समुदाय सहायक सेवाओं और अच्छी तरह से प्रशिक्षित कर्मचारियों के अभाव में उत्कृष्ट नीति और कानून निरर्थक होंगे। उदाहरणार्थ, समुदाय आधारित सुविधाओं, सेवाओं और पुनर्वास कार्यक्रमों के विकास के लिए दिए गए संसाधन अपर्याप्त हों तो समुदाय समाकलन कानून सफल नहीं होगा। ऐसी सुविधाएँ, सेवाएँ और कार्यक्रम तैयार करने के लिए कानून प्रेरणा दे सकता है, परंतु विधायकों और नीति निर्माताओं की सक्रीयतासे ही समुदाय समाकलन प्रयासों का पूरा लाभ उठाया जा सकता है। सभी मानसिक स्वास्थ्यनीतियों को राजनीतिक सहायता की आवश्यकता होती है जिससे कानून का सही ढंग से कार्यान्वयन सुनिश्चित किया जाए। कानून पारित करने के बाद यदि ऐसी अनजानी स्थितियाँ पाई जाएँ जो नीति के उद्देश्यों को विफल कर दें, तो उसमें संशोधन करने के लिए भी राजनीतिक सहायता आवश्यक होती है।

सारांशतः मानसिक स्वास्थ्य कानून और मानसिक स्वास्थ्यनीति एक दूसरे से घनिष्ठ रूप से संबंधित हैं। मानसिक स्वास्थ्य कानून नीति के विकास और कार्यान्वयन पर प्रभाव डाल सकता है, और नीति कानून पर। लक्ष्यपूर्ति, अधिकारों की रक्षा और मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित लोगों के जीवन में सुधार लाने के लिए मानसिक स्वास्थ्यनीति, कानूनी ढाँचे पर निर्भर होती है।

### 3. मानसिक स्वास्थ्य कानून के जरिए अधिकारों को रक्षा, बढ़ावा और उनमें सुधार

संयुक्त राष्ट्रसंघ (यू एन) के चार्टर और अंतर्राष्ट्रीय करार के उद्देश्यों के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य कानून के लिए मूलभूत आधार मानव अधिकार है। प्रमुख अधिकारों और सिद्धांतों में सम्मिलित हैं- समानता, भेदभाव न होना, गोपनीयता का अधिकार, व्यक्तिगत स्वायत्तता, अमानवीय और अपमानजनक व्यवहार से मुक्ति, न्यूनतम प्रतिबंधित परिवेश का सिद्धांत और जानकारी तथा सहभागिता का अधिकार। इन मूलभूत मूल्यों और सिद्धांतों को कूटबद्ध और समेकित करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य कानून एक सशक्त साधन है। सामान्यतः देखभाल के लिए पहुँच न होना स्वास्थ्य से संबंधित मानव अधिकार का उल्लंघन है और यह पहुँच कानून में सम्मिलित की जा सकती है। यह धारा मानसिक स्वास्थ्य कानून क्यों आवश्यक है इसके बारे में कई आंतर संबंधित कारण प्रस्तुत करती है और विशेष ध्यान दिया गया है मानव अधिकार एवं सेवाओं तक पहुँच पर।

#### 3.1 विभेदन और मानसिक स्वास्थ्य

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर विभेदन रोकने के लिए कानून की आवश्यकता होती है। सामान्यतः, विभेदन कई रूप धारण करता है जो जीवन के कई मूलभूत क्षेत्रों को, (प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप में) व्यापक रूप से प्रभावित करता है। रोजगार, शिक्षा और आश्रय समेत जीवन के कई क्षेत्रों में पर्याप्त उपचार और देखभाल तक व्यक्ति की पहुँच पर विभेदन असर कर सकता है। इन सीमाओं के परिणाम स्वरूप समाज में उचित रूप से जुड़ने की अक्षमता, व्यक्ति का अलग-थलग रहना बढ़ा सकती है। परिणामतः मानसिक अस्वास्थ्य बढ़ सकता है। मानसिक अस्वास्थ्य से जुड़े लांछन को बढ़ाने अथवा उपेक्षित रखने वाली नीतियाँ, विभेदन की तीव्रता बढ़ा सकती हैं।

मतदान, वाहन चलाना, संपत्ति का स्वामित्व और उपयोग, लैंगिक प्रजनन और विवाह का अधिकार, न्यायालयों तक पहुँच आदि नागरिकता के कई पहलुओं से मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को दूर रखकर, स्वयं सरकार विभेदन कर सकती है। कई मामलों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर कानून सक्रिय रूप से विभेदन नहीं करता, लेकिन उनपर अनुचित प्रतिबंध लगाता है अथवा बोझ डालता है।

उदाहरणार्थ, किसी देश के श्रमकानून विवेकशून्य बरखास्तगी से व्यक्ति की रक्षा कर सकते हैं। परंतु अगर मानसिक स्थिति के पुनरावर्तन से स्वास्थ्य पाने के लिए कुछ आराम की आवश्यकता है तो कम तनाव वाले पद पर व्यक्ति को अस्थायी रूप से रखने पर कोई बाध्यता नहीं है। फलस्वरूप, यदि परिणाम व्यक्ति द्वारा गलतियाँ करने अथवा कार्य पूरा न करने में हो, तो दिए गए काम को पूरा करने की असमर्थता और अक्षमता के आधार पर उसे बरखास्त किया जाता है। मानसिक अस्वास्थ्य न होने वाले लोगों को गलती से मानसिक अस्वास्थ्य वाले समझा जाए अथवा जीवन में पहले एकाध बार मानसिक अस्वास्थ्य हुआ है तो उनपर भी विभेदन हो सकता है। इसीलिए अंतर्राष्ट्रीय कानून के अधीन विभेदन से सुरक्षा बहुत दूर तक जाती है। अक्षमता वाले लोगों को अवसर न देने अथवा जान बूझकर उन्हें

उससे दूर रखने वाले कानूनों के विधिबहिष्कार करने तक अंतर्राष्ट्रीय कानून सीमित नहीं होता, बल्कि अधिकारों और स्वतंत्रता की अस्वीकृति में परिणत होने वाले दंडविधान को भी वह संबोधित करता है। (उदाहरणार्थ.. इंटरनेशनल कनेन्ट ऑन सिविल अँड पोलिटिकल राइट्स ऑफ दि युनाइटेड नेशन्स का अनुच्छेद 26 देखें।)

### 3.2 मानव अधिकारों का उल्लंघन

चूँकि इन अधिकारों का उल्लंघन पहले भी हुआ है और अब भी होता है, इसलिए मानव-अधिकार-प्रणित मानसिक स्वास्थ्य कानून अत्यावश्यक है। समाज के कुछ लोगों, विशिष्ट स्वास्थ्य प्राधिकरणों और कुछ स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा भी, विभिन्न समयों और स्थानों पर, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों के, स्पष्ट एवं अत्याधिक दुर्व्यवहारपूर्ण ढंग से, उल्लंघन करने की घटनाएँ हो चुकी हैं और कहीं अभी भी जारी हैं। कुछ समाजों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का जीवन बहुत निष्ठुर है। इसका आंशिक कारण आर्थिक दुर्बलता है और महत्त्वपूर्ण कारण है, अनुचित और दुर्व्यवहारपूर्ण बर्ताव से कानूनी सुरक्षा का अभाव और उनपर लदा विभेदन। मानसिक अस्वास्थ्यवाले लोगों को बिना कानूनी प्रक्रिया के (या कभी-कभी अनुचित कानूनी प्रक्रिया से - उदाहरणार्थ जहाँ कड़ी समयसीमा अथवा आवधिक रिपोर्टों के बिना अवरोध की अनुमति दी गई है) अपनी स्वतंत्रता से, प्रदीर्घ कालावधी के लिए वंचित रहना पड़ता है। वे ज्यादातर बेगारी के शिकार होते हैं, कठोर संस्थागत परिवेशों में उपेक्षित रह जाते हैं और मूलभूत स्वास्थ्य देखभाल से वंचित रहते हैं। उन्हें अनेक बार उत्पीड़न अथवा अन्य क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानकारक व्यवहार समेत लैंगिक शोषण और शारीरिक दुर्व्यवहार के लिए, मनोरोग विज्ञान (साइकिएट्रीक) संस्थाओं में भी, अरक्षित छोड़ा जाता है।

कुछ लोगों को ऐसी मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में रखा जाता है और उपचार किए जाते हैं, जहाँ उन्हें अपनी इच्छा के विरुद्ध जीवन भर रहना पड़ता है। प्रवेश और उपचार के लिए संबंधितों की सहमति को ध्यान में नहीं लिया जाता और रोगी की क्षमता का स्वतंत्र मूल्यांकन हमेशा नहीं किया जाता। इसका मतलब है, कि कई लोग इन संस्थाओं में अनिवार्य रूप से रखे जाते हैं, यद्यपि उनमें अपने भविष्य के बारे में निर्णय लेने की क्षमता होती है। इसके विपरीत जहाँ अस्पतालों में चारपाइयों की कमी है, वहाँ अंतर्गत उपचारों की आवश्यकता होते हुए, कई रुग्णों को प्रवेश नहीं मिलता अथवा उन्हें अवधिपूर्व छोड़ा जाता है। (परिणामतः उन्हें पुनर्प्रवेश की ऊँची दरों और कभी कभी मृत्यु का भी सामना करना पड़ता है)। यह भी उपचार पाने के उनके अधिकार का उल्लंघन है।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को संस्था के संदर्भ में भीतर और बाहर दोनों तरफ तिरस्कार का सामना करना पड़ता है। उनके अपने समुदायों और परिवारों में भी, उदाहरणार्थ, उन्हें छोटी एवं सीमित जगहों में कैद रखने, पेड़ों से जंजीर समेत बांधने और उनके साथ लैंगिक रूप से दुर्व्यवहार होने के मामले हुए हैं।

#### मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर हुए अमानवीय और अपमानजनक व्यवहार के उदाहरण

बीबीसी ने रिपोर्ट प्रस्तुत की थी (1998) कि एक देश में पारंपरिक मनोरोग अस्पतालों में लोगों को ताले में बंद कर रखा है, जहाँ उन्हें निरंतर बेड़ी डाली जाती है और हमेशा मारपीट की जाती है। इसका कारण यह है कि यह बीमारी बुरी बला अथवा अशुभ समझी जाती है और पीड़ित व्यक्ति भूतप्रेत से ग्रस्त समझा जाता है।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों के लिए मुहिम चलाने वाले एक गैर सरकारी संगठन (एन जी ओ) ने दुनिया भर की संस्थाओं में बच्चों और बड़ों के साथ जो उपेक्षापूर्ण दुर्व्यवहार किए जाते हैं, उनका दस्तावेजीकरण किया है। बच्चों को उनकी चारपाई के साथ बांध के रखने, मैली चारपाई या कपड़ों में पड़े रहने देने और उनकी स्थिति के लिए कोई प्रेरणा अथवा पुनर्वास न मिलने की घटनाएँ आम हैं।

दूसरे गैर सरकारी संगठन (एन जी ओ) ने रिपोर्ट प्रस्तुत की है कि कुछ विशिष्ट देशों में पिंजड़ेनुमा चारपाई में रुग्ण को घंटों, दिनों, सप्ताहों अथवा कई बार महीनों अथवा वर्षों तक बांध के रखते हैं। एक रिपोर्ट ने सूचित किया है कि रुग्णों की एक जोड़ी को इस तरह लगभग दिन के चौबीसों घंटे, कम से कम पिछले 15 वर्षों के लिए रहना पड़ा। पिंजड़ेनुमा चारपाई में बंधे लोग औषधियों और पुनर्वास कार्यक्रमों समेत किसी भी प्रकार के उपचार से वंचित रहते हैं।

कई देशों में दस्तावेजीकृत है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग अपने परिवार के साथ अथवा खुद के बलबूते पर रहते हैं और उन्हें सरकार से सहायता नहीं मिलती। मानसिक अस्वास्थ्य से संलग्न कलंक और विभेदन का मतलब है कि वे घर में बंद रहते हैं और सार्वजनिक जीवन में सहभागी नहीं होते। समुदाय आधारित सेवाओं और सहायता के अभाव में उन्हें समाज से अलग-थलग और परित्यक्त किया जाता है।

### 3.3 स्वायत्तता और स्वतंत्रता

मानसिक स्वास्थ्य कानून विकसित करने का महत्वपूर्ण कारण है लोगों की स्वायत्तता और स्वतंत्रता की रक्षा करना। कानून कई उपायों द्वारा यह कर सकता है। उदाहरणार्थ, वह निम्नलिखित काम कर सकता है—

- ऐसी सेवाओं का उपयोग करने के इच्छुक लोगों के लिए मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं तक पहुँच सुनिश्चित कर स्वायत्तता को बढ़ावा देना;
- अनैच्छिक अस्पताल प्रवेशों के लिए सुस्पष्ट और निष्पक्ष निकष निर्धारित करना और जहाँ संभव हो, स्वैच्छिक प्रवेशों को बढ़ावा देना;
- अनैच्छिक रूप से प्रतिबद्ध लोगों के लिए, अनिवार्य उपचार अथवा अस्पताल प्रवेश की पुनरीक्षा का अधिकार, और निर्णय पर अपील, जैसी विशिष्ट कार्यविधिक सुरक्षा प्रदान करना;
- जहाँ विकल्प व्यवहार्य है, वहाँ किसी भी व्यक्ति को अनैच्छिक अस्पतालीकरण का शिकार न होना पड़े, यह अनिवार्य करना;
- अस्पतालों में रुग्णों की स्वायत्तता और स्वतंत्रता पर अनुचित प्रतिबंध रोकना (जैसे साहचर्य का स्वातंत्र्य, गोपनीयता और उपचार योजना में अपनी राय देने के अधिकारों की रक्षा की जा सकती है); और
- नागरी और राजनीतिक जीवन में स्वतंत्रता और स्वायत्तता की रक्षा करना; उदाहरणार्थ, मतदान का अधिकार और विभिन्न स्वतंत्रताओं का अधिकार जिसका अन्य नागरिक आनंद लेते हैं, कानूनन सुरक्षित करना।

इसी के साथ मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों, उनके रिश्तेदारों अथवा अन्य पदनामित प्रतिनिधियों को उपचार के आयोजन और अन्य निर्णयों में रक्षक और एडवोकेट के रूप में सहभाग लेने की अनुमति कानून दे सकता है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवार के सदस्य होने के नाते अधिकांश रिश्तेदार रुग्ण के हितार्थ काम करेंगे, लेकिन जहाँ रुग्ण के साथ रिश्तेदार की घनिष्ठता नहीं है अथवा कम जानकारी है अथवा हितसंघर्ष है, वहाँ महत्वपूर्ण निर्णयों में ऐसे परिवारसदस्य को शामिल होने की अनुमति देना अथवा व्यक्ति की गोपनीय जानकारी तक पहुँच देना, उचित नहीं होगा। इसलिए व्यक्ति के अधिकार सुरक्षित रखने हेतु परिवार-सदस्यों को अधिकार देने और अनुचित इरादे या परख रखने वाले रिश्तेदारों पर नियंत्रण रखने के बीच कानून में संतुलन स्थापित करना पड़ेगा।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग कभी कभी अत्याचार का शिकार होते हैं। यद्यपि मानसिक रुग्ण को समाज हिंसक व खतरनाक मानता है, वास्तव में यह लोग ज्यादातर खुद हिंसा का शिकार होते हैं। कभी-कभी व्यक्ति की स्वायत्तता के अधिकार और सभी लोगों की खतरे से रक्षा करने के समाज के दायित्व के बीच संघर्ष होता है। जब मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की निर्णय लेने की क्षमता को हानि पहुँचने और मानसिक अस्वास्थ्य से जुड़ी आचरणात्मक अशांति के कारण ये अपने लिए और दूसरों के लिए खतरा बन जाते हैं, तब यह स्थिति उभरती है। ऐसी स्थिति में कानून को दो बातें ध्यान में रखनी होती हैं - एक - व्यक्ति की स्वतंत्रता के अधिकार और स्वयं के स्वास्थ्य के बारे में निर्णय लेने के अधिकार एवं दो - जो स्वयं की देखभाल नहीं कर सकते उनकी रक्षा करने तथा खतरे से सभी लोगों की रक्षा और पूरी जनसंख्या का स्वास्थ्य बनाए रखने का समाज का दायित्व। परिवर्तनीय समस्याओं का यह जटिल समूह कानून विकसित करने एवं उसके विवेकपूर्ण कार्यान्वयन के समय गहरे विचारविमर्श की माँग करता है।

### 3.4 मानसिक रूप से बीमार अपराधियों के लिए अधिकार

मानसिक अस्वास्थ्य के कारण जिन्होंने संभवतः अपराध किया है उनसे कानूनन उचित बर्ताव और दंड न्याय प्रणाली में उलझे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को दुर्व्यवहार से बचाने के लिए मानसिक स्वास्थ्य कानून अत्यावश्यक है। अधिकांश अध्यादेश अभिस्वीकृति देते हैं कि अपराध करते समय मानसिक अस्वास्थ्य के कारण जिनका अपनी क्रिया पर नियंत्रण नहीं होता अथवा मानसिक बीमारी के कारण जो न्यायालयीन कार्यवाहियों को समझने एवं उनमें भाग लेने की क्षमता नहीं रखते, ऐसे लोगों के लिए मुकदमे में तथा दंडादेश देते समय, कार्यविधिक सुरक्षा की आवश्यकता होती है। लेकिन इन व्यक्तियों के साथ कैसा व्यवहार किया जाए यह कानून में नहीं लिखा होता अथवा लिखा भी है, तो बहुत कम है, जो मानवअधिकारों के उल्लंघन की दिशा में ले जाता है।

कानूनी प्रक्रिया के विभिन्न चरणों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के साथ व्यवहार करने की कार्यविधि को मानसिक स्वास्थ्य कानून में निर्धारित किया जा सकता है। (नीचे सेक्शन 15 देखें)

### 3.5 मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और समुदाय समाकलन तक पहुँच को बढ़ावा देना

मानसिक स्वास्थ्य देखभाल समेत स्वास्थ्य देखभाल के मूलभूत अधिकार पर कई अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्रों और मानकों में प्रकाश डाला गया है। फिर भी दुनिया के कई भागों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को निधि कम मिलती है, वे अपर्याप्त हैं और जरूरतमंद व्यक्तियों को आसानी से नहीं मिलती। कुछ देशों में सेवाएँ न के बराबर हैं और कुछ देशों में जनसंख्या के विशिष्ट हिस्से तक ही यह सेवाएँ उपलब्ध हैं। मानसिक अस्वास्थ्य कई बार लोगों की अपने स्वास्थ्य एवं आचरण के बारे में निर्णय लेने की क्षमता को प्रभावित करता है, परिणामतः आवश्यक उपचार ढूँढ़ने और स्वीकार करने में मुश्किलें पैदा होती हैं।

कानून सुनिश्चित कर सकता है कि स्वास्थ्य सेवाओं और अन्य समाज कल्याण सेवाओं के ज़रिए जब और जहाँ आवश्यक हो, उचित देखभाल और उपचार किए जाते हैं। इससे मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ सुगम्य, स्वीकार्य और पर्याप्त गुणवत्ता वाली बनाने में सहायता मिल सकती है। परिणामतः मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को उचित उपचार पाने के अपने अधिकार का उपयोग करने का अच्छा अवसर मिलता है। उदाहरणार्थ, निम्नलिखित के लिए दायित्व का विवरण कानून और/अथवा संलग्न विनियम में शामिल किया जा सकता है:

- समुदाय आधारित सेवाओं का विकास और अनुरक्षण;
- मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं का प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा में समाकलन;
- मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का अन्य समाज सेवाओं के साथ समाकलन;
- ऐसे लोगों की देखभाल करना जो मानसिक अस्वास्थ्य के कारण स्वास्थ्य निर्णय लेने में अक्षम हैं;
- सेवाओं की विषय-वस्तु, गुंजाइश और स्वरूप के लिए न्यूनतम आवश्यकताएँ स्थापित करना;
- विभिन्न प्रकार की सेवाओं में समन्वयन निश्चित करना;
- कर्मचारी और मानव संसाधन मानकों का विकास;
- सेवाओं की गुणवत्ता के मानक और गुणवत्ता नियंत्रण प्रक्रिया स्थापित करना; और
- व्यक्तिगत अधिकारों की सुरक्षा निश्चित करना और मानसिक स्वास्थ्य उपयोगकर्ताओं के बीच समर्थक गतिविधियों को बढ़ावा देना।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग समुदाय में जीवन का उपभोग कर सकें, इसके अवसर बढ़ाने हेतु, कई प्रगामी मानसिक स्वास्थ्यनीतियाँ प्रयत्नशील हैं। कानून इसे बढ़ावा दे सकता है यदि वह : i) अनुचित संस्थाएँ खोलने पर रोक लगाए; और ii) मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को समुदाय में फ़लने फूलने की अनुमति देने वाली उचित सुविधाओं, सेवाओं, कार्यक्रमों, कर्मचारियों, सुरक्षाओं और अवसरों का प्रावधान करे।

कानून यह सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है कि मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित लोग समुदाय में सहभाग ले सकते हैं। ऐसी सहभागिता की पूर्वापेक्षा में सम्मिलित हैं, उपचार और देखभाल तक पहुँच, सहायक परिवेश, निवास, पुनर्वास सेवाएँ (जैसे व्यवसायीक और जीवन उपयोगी कुशलताओं का प्रशिक्षण) रोज़गार, विभेदन न होना, समानता और नागरी एवं राजनीतिक अधिकार (जैसे मतदान, वाहन चलाना और न्यायालय तक पहुँच का अधिकार)। ये सभी समुदायसेवाएँ और सुरक्षाएँ कानून के ज़रिए कार्यान्वित की जा सकती हैं।

जिस स्तर की सेवाएँ उपलब्ध की जा सकती हैं, वे देश के संसाधनों पर अवलंबित होंगी। अप्रवर्तनीय और अयथार्थ कानून परिणामकारक नहीं होगा और न कार्यान्वित किया जा सकेगा। मानसिक स्वास्थ्यसेवाएँ आम तौर पर अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से पिछड़ जाती हैं अथवा इनके लिए उचित और लागत संबंधी प्रावधान प्रभावी ढंग से नहीं किया जाता। मानसिक स्वास्थ्य सेवा और अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में समानता लाने में कानून की महत्वपूर्ण भूमिका है। कानून यह सुनिश्चित कर सकता है कि जो भी प्रावधान किया गया है, वह लोगों की आवश्यकतानुसार उचित है।

चिकित्सा बीमा का प्रावधान एक और ऐसा क्षेत्र है, जिसमें कानून सहायक की भूमिका अदा कर सकता है। कई देशों में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के भुगतान को चिकित्सा बीमा योजनाओं में शामिल नहीं किया जाता अथवा अल्प कालावधि के लिए निम्न स्तरीय दरों पर समावेश का प्रस्ताव दिया जाता है। भेदमूलक होकर और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच के लिए आर्थिक प्रतिबंध लगाकर पहुँच के सिद्धांत का उल्लंघन किया जाता है। चिकित्सा बीमा के विषय में प्रावधानों को शामिल कर कानून सुनिश्चित कर सकता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग अपनी आवश्यकतानुसार उपचार लेने में समर्थ हैं।



#### 4. मानसिक स्वास्थ्य पर अलग बनाम समाकलित कानून

मानसिक स्वास्थ्य कानून तक पहुँचने के भिन्न भिन्न मार्ग हैं। कुछ देशों में स्वतंत्र मानसिक स्वास्थ्य कानून नहीं है और मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित प्रावधान अन्य संगत कानून में समाविष्ट किए गए हैं। उदाहरणार्थ, मानसिक स्वास्थ्य के मसलों को सामान्य स्वास्थ्य, रोजगार, निवास अथवा दंड-न्याय कानून में निगमित किया जा सकता है। दूसरी ओर कुछ देशों में समेकित मानसिक स्वास्थ्य कानून है जिससे मानसिक स्वास्थ्य से संबद्ध सभी मसले एकल कानून में निगमित किए जाते हैं। कई देशों में समाकलित घटक और विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून दोनों को एक दूसरे में मिला दिया गया है।

इन सभी दृष्टिकोणों में से हर एक के साथ कुछ लाभ और कुछ असुविधाएँ हैं। समेकित कानून का अधिनियमन और अंगीकरण आसानी से होता है, इसलिए वर्तमान कानूनों में विभिन्न संशोधनों की आवश्यकता नहीं होती। समेकित कानून के प्रारूपलेखन, अंगीकरण और कार्यान्वयन की प्रक्रिया मानसिक अस्वास्थ्य के बारे में सार्वजनिक सजगता फैलाने का सुअवसर दिलाती है। साथ ही मानव अधिकार के मसले, कलंक और विभेदन के बारे में नीति निर्माताओं और जनता को शिक्षा देती है। फिर भी समेकित कानून मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों के वियोजन पर बल देता है। इसलिए मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों पर कलंक और पूर्वग्रह फिर से लागू होने की संभावना हो सकती है।

आम संगत कानून में मानसिक अस्वास्थ्य से संबंधित प्रावधान समाविष्ट करने से यह लाभ होता है कि उनका कलंक घटता है और मानसिक अस्वास्थ्य वालों के साथ समुदाय समाकलन पर बल दिया जाता है। साथ ही व्यापक क्षेत्र को लाभ दिलानेवाले कानून का हिस्सा होने के नाते मानसिक अस्वास्थ्य वालों के लाभार्थ बने कानून को प्रत्यक्ष अभ्यास में लागू करने के अवसर बढ़ते हैं। बिखरे कानून से संलग्न असुविधाओं में से मुख्य असुविधा यह है कि इनमें मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों से संबंधित सभी कानूनी पहलुओं का समावेश सुनिश्चित करना कठिन है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की सुरक्षा की लक्ष्यित कार्यविधिक प्रक्रियाएँ, ब्योरेवार और जटिल हो सकती हैं और विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून को छोड़ अन्य कानूनों में अनुचित हो सकती हैं। वर्तमान कानून में बहुविध संशोधन करने की आवश्यकता के कारण इसे ज्यादा वैधानिक समय लगता है।

एक दृष्टिकोण को दूसरे से बेहतर दिखाने के बहुत कम सबूत हैं। मानसिक स्वास्थ्य के मसलों को अन्य कानूनों में निगमित करने के साथ और विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून बनाने का संयुक्त दृष्टिकोण मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की आवश्यकताओं की जटिलता को हल कर सकता है। फिर भी इसका निर्णय देश की स्थितियों पर निर्भर होगा।

समेकित मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रारूपलेखन में अन्य कानूनों (जैसे दंड न्याय, कल्याण, शिक्षा) को भी संशोधित करना पड़ेगा, ताकि सभी संगत कानूनों के प्रावधान एक दूसरे के अनुसार हों और परस्पर विरोधी न हों।

उदाहरण : फ़िजी में मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित सभी कानूनों में संशोधन

फ़िजी में मानसिक स्वास्थ्य कानून सुधार की प्रक्रिया के दौरान 44 विभिन्न अधिनियमों को पुनरीक्षा के लिए अभिनिर्धारित किया गया, यह सुनिश्चित करने, कि नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून और वर्तमान कानून के बीच कोई असंगति न रहे। साथ ही दंड संहिता और न्यायालय के नियमों की पुनरीक्षा की गई थी और कानूनी संगति बनाए रखने के उद्देश्य से, कई धाराओं को बदलने हेतु, अभिनिर्धारित किया गया था।

*डब्ल्यू एच ओ मिशन रिपोर्ट, 2003.*

#### 5. विनियम, सेवा आदेश, मंत्रालयीन आज्ञामियाँ (डिक्रीज़)

मानसिक स्वास्थ्य कानून को एक घटना के रूप में नहीं देखना चाहिए बल्कि यह एक निरंतर चलने वाली प्रक्रिया है जो समय के साथ विकसित होती है। इसका अर्थ यह है कि मानसिक अस्वास्थ्य वालों की देखभाल, उपचार और पुनर्वास की प्रगति तथा सेवा, विकास एवं सुपुर्दगी में सुधार के अनुसार कानून पुनरीक्षित, संशोधित और आशोधित किया जाता है। मानसिक स्वास्थ्य कानून कितनी बारंबारता से आशोधित किया जाना चाहिए, यह तय करना कठिन है। फिर भी जहाँ संसाधन हैं, वहाँ 5 से 10 वर्षों में आशोधन पर विचार करना उचित होगा।

वास्तव में, आशोधन प्रक्रिया में लगने वाला दीर्घ समय और वित्तीय लागत तथा कानून में बदल करने से पहले सभी संबंधित पणधारियों (स्टेक होल्डर) से परामर्श करने की आवश्यकता के कारण, कानून में बारबार आशोधन करना कठिन है। विशिष्ट कार्यों को, जिनमें निरंतर सुधार की जरूरत होती है, विनियम में स्थापित करने के लिए कानून में प्रावधान करना, एक तरीका है। कानून में विनिर्देशन नहीं लिखा जाता, बल्कि क्या विनियमित किया जा सकता है और विनियम स्थापित एवं पुनरीक्षित करने की प्रक्रिया के लिए अध्यादेश का प्रावधान किया जाता है। उदाहरणार्थ, दक्षिण आफ्रीका के कानून में मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों के प्रत्यायन के लिए विशिष्ट नियम नहीं हैं, किंतु वे विनियम का हिस्सा हैं। विनियम और उसके आधारभूत विस्तृत सिद्धांत बनाने का दायित्व किसपर है, यह कानून विनिर्दिष्ट करता है। इस प्रकार विनियम काम में लाने से लाभ यह होता है कि प्रारंभिक कानून में संशोधन करने की लंबी प्रक्रिया के बिना, प्रत्यायन नियमों में बारबार सुधार किए जा सकते हैं। विनियम इस तरह मानसिक स्वास्थ्य कानून को लचीलापन देते हैं।

कुछ देशों में विनियम के पर्याय के रूप में निष्पादक डिक्लीज और सेवा आदेशों का उपयोग किया जाता है। जहाँ विभिन्न कारणों से अंतरिम हस्तक्षेप जरूरी है वहाँ ये आम तौर पर अल्पावधि से मध्यावधि उपाय हैं। उदाहरणार्थ, पाकिस्तान में आपातस्थिति की घोषणा के अधीन नैशनल एसेंबली और सीनेट निलंबित होते हुए भी, मानसिक स्वास्थ्य कानून में आशोधन करने हेतु, 2001 में अध्यादेश जारी किया गया था। अध्यादेश के आमुख में लिखा था कि परिस्थितियों की आवश्यकतानुसार "तत्काल कार्रवाई" (पाकिस्तान ऑर्डिनन्स नं. VIII ऑफ 2001) करनी पड़ी। देश के वर्तमान गतावधि (पुराने) कानून को देखते हुए यह आवश्यक था और मानसिक स्वास्थ्य से जुड़े अधिकांश लोगों द्वारा अपेक्षित माना गया था। फिर भी जैसा कि पाकिस्तान के मामले में हुआ, ऐसे अध्यादेश का जारीकरण विशिष्ट समय की सीमा के भीतर निर्वाचित निकाय द्वारा अनुसमर्थित करने की आवश्यकता होती है। इससे सुनिश्चित होता है कि संभवतः अधोगामी और / अथवा अप्रजातांत्रिक कानून दृढ़ न रह सकें।

## 6. मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों से संबंधित मुख्य अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखत (इन्स्ट्रुमेंट)

संयुक्त राष्ट्रसंघ और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखत, दोनों सहित अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून की आवश्यकताओं के ढाँचे के अनुसार, राष्ट्रीय कानून के प्रारूप लेखन का ढाँचा तैयार करना चाहिए जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों से संबंधित हो और मानसिक स्वास्थ्य तथा समाजसेवा प्रणालियों को नियमित कर सके। अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार दस्तावेज की दो श्रेणियाँ हैं: एक श्रेणी में ऐसे अनुसमर्थित समझौते आते हैं जो राज्यों पर कानूनन बाध्यकारी हैं। दूसरी श्रेणी में हैं अंतर्राष्ट्रीय निकायों द्वारा मुख्य रूप से जारी सिफारिशें अथवा संकल्प एवं अंतर्राष्ट्रीय घोषणापत्रों में प्रतिष्ठापित मार्गदर्शी सूचनाएँ। पहली श्रेणी का उदाहरण है, नागरी और राजनीतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्र (आई सी सी पी आर, 1966), और आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्र (आई सी इ एस आर, 1966) जैसे अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार समझौते। दूसरी श्रेणी में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की सुरक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के सिद्धांत जैसे संयुक्त राष्ट्रसंघ की जनरल असेंबली के संकल्प शामिल हैं। ये कानूनन बाध्यकारी नहीं हैं किंतु वे अंतर्राष्ट्रीय मत का सर्वसम्मति से प्रतिनिधित्व करते हैं। अतः वे देशों के कानून को प्रभावित कर सकते हैं और करना भी चाहिए।

### 6.1 अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखत

यह एक व्यापक गलत फहमी है कि चूँकि मानसिक स्वास्थ्य और असमर्थता से संबंधित विशिष्ट मानव अधिकार लिखत अबाध्यकारी संकल्प है, न कि अनिवार्य समझौता, इसलिए मानसिक स्वास्थ्य कानून सरकारों की आंतरिक सूझ-बूझ और चयन का विषय है। यह सच नहीं है, चूँकि अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून के अधीन यह सुनिश्चित करना सरकारों को अनिवार्य है कि उनकी नीतियाँ और व्यवहार, बाध्यकारी अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून के अनुरूप हैं और इसमें मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की सुरक्षा शामिल है।

अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय स्तरों पर समझौता मॉनीटर करने वाले निकायों को निरीक्षक की भूमिका निभाकर यह सुनिश्चित करना है, कि अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार समझौतों को अनुसमर्थित करने वाले राज्य उनका अनुपालन करते हैं। कानून, नीति और व्यवहार में बदल के जरिए समझौतों को आंतरिक स्तर पर कार्यान्वित करने के लिए उठाए गए कदमों पर, उन सरकारों को नियमित रूप से रिपोर्ट भेजने को सहमति देनी है जो समझौते को अनुसमर्थित करते हैं। मॉनीटर करने वाले

निकायों के कार्य की सहायता के लिए गैर सरकारी संगठन (एन जी ओ) भी जानकारी प्रस्तुत कर सकते हैं। समझौते को मॉनीटर करने वाले निकाय, सरकारी संगठनों और अन्य सक्षम निकायों द्वारा प्रस्तुत जानकारी को ध्यान में लेकर रिपोर्ट पर विचार करते हैं और "अंतिम निष्कर्ष" में उनकी सिफारिशें और सुझाव प्रकाशित करते हैं। इसमें यह समाविष्ट हो सकता है, कि समझौते के अधीन दायित्वों को सरकार ने पूरा नहीं किया है। अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय पर्यवेक्षी और रिपोर्टिंग प्रक्रिया इस तरह अवसर प्रदान कर, अधिकारों के विशिष्ट क्षेत्र के बारे में जनता को शिक्षित करती है। यह प्रक्रिया, समझौता आधारित अधिकारों को समर्थित करने के लिए सरकारों पर दबाव डालने का शक्तिशाली साधन हो सकती है।

यूरोपीय और आंतर अमरीकी मानव अधिकार प्रणाली के समझौता निकायों ने, व्यक्तिगत शिकायत प्रक्रिया स्थापित की है, जो मानव अधिकारों के उल्लंघनों के वैयक्तिक शिकार को अवसर प्रदान करती है, कि उनके मामलों को सुना जाए तथा उनकी सरकारों से क्षतिपूर्ति हासिल की जाए।

यह धारा, मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों के अधिकारों से संबंध अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखत के कुछ महत्वपूर्ण उपबंधों की समग्र झाँकी प्रस्तुत करती है।

### 6.1.1 अधिकारों का अंतर्राष्ट्रीय बिल

दि यूनिवर्सल डेक्लरेशन ऑफ ह्यूमन राइट (1948) नागरी और राजनीतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्र (इंटरनैशनल कविनंट ऑन सिविल अँड पोलिटिकल राइट्स (आई सी सी पी आर 1966)) और आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्र (इंटरनैशनल कविनंट ऑन इकनॉमिक, सोशल अँड कल्चरल राइट्स (आई सी ई एस सी आर 1966)) ये तीनों मिलकर "अधिकारों का अंतर्राष्ट्रीय बिल" (इंटरनैशनल बिल ऑफ राइट्स) के रूप में ज्ञात हैं। दि यूनिवर्सल डेक्लरेशन ऑफ ह्यूमन राइट का अनुच्छेद 1, जो संयुक्त राष्ट्रसंघ द्वारा 1948 में अंगीकृत किया गया, यह प्रावधान करता है कि अधिकारों और मानमर्यादाओं में सभी लोग स्वतंत्र और समान हैं। इस तरह मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग भी अपने मूलभूत मानव अधिकारों के उपभोग और सुरक्षा के हकदार हैं।

1966 में आर्थिक सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों से संबंधित समिति ने जनरल कॉमेंट 5 को अंगीकृत किया। इसमें मानसिक और शारीरिक अक्षमता वाले लोगों के बारे में आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्र (आई सी ई एस सी आर ) के आवेदन- पत्र का ब्योरा दिया गया है। मानव अधिकार निरीक्षण निकायों द्वारा सामान्य अभ्युक्तियाँ (जनरल कॉमेंट्स) प्रस्तुत की गईं जो मानव अधिकार समझौते के अनुच्छेदों की व्याख्या का महत्वपूर्ण स्रोत हैं। सामान्य अभ्युक्तियाँ अबाध्यकारी हैं, किंतु वे मानव अधिकार निरीक्षण निकाय द्वारा समझौते की सही व्याख्या के अधिकृत दृष्टिकोण का प्रतिनिधित्व करती हैं।

संयुक्त राष्ट्रसंघ मानव अधिकार समिति, आई सी सी पी आर को मॉनीटर करने के लिए स्थापित की गई। उसे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों पर विशिष्ट सामान्य अभ्युक्तियाँ (जनरल कॉमेंट्स) जारी करनी हैं। उसने जनरल कॉमेंट 18 जारी किया है, जो अनुच्छेद 26 के अधीन अक्षमताओं वाले लोगों की विभेदन से सुरक्षा को परिभाषित करता है।

तीनों लिखतों में मूलभूत मानव अधिकार का दायित्व है, विभेदन से सुरक्षा। जनरल कॉमेंट 5 विनिर्धारित करता है कि स्वास्थ्य के अधिकार में पुनर्वास सेवाओं तक पहुँच का अधिकार शामिल है। इसमें स्वायत्तता बढ़ाने वाली सेवाओं तक पहुँच और उनसे लाभ का अधिकार समाविष्ट है। आई सी ई एस सी आर और आई सी सी पी आर के जनरल कॉमेंट 5 के अधीन मान-मर्यादा (प्रतिष्ठा) का अधिकार भी सुरक्षित है। अधिकारों के अंतर्राष्ट्रीय बिल में अन्य महत्वपूर्ण अधिकार भी विशेष रूप से सुरक्षित हैं। वे अधिकार हैं - समुदाय समाकलन का अधिकार, उचित आवास का अधिकार, (आई सी ई एस सी आर का जनरल कॉमेंट 5) स्वतंत्रता और व्यक्ति की सुरक्षा का अधिकार (अनुच्छेद 9 आई सी सी पी आर ) तथा मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों समेत, अक्षमता वाले लोगों के अधिकारों की सुरक्षा करने की सकारात्मक क्रिया की आवश्यकता।

## विभिन्न अंतर्राष्ट्रीय लिखतों में प्रस्तुत स्वास्थ्य का अधिकार

आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय प्रतिज्ञापत्र (आई सी इ एस सी आर ) का अनुच्छेद 12, शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य का सर्वोच्च प्राप्य स्तर तक उपभोग का हर एक का, अधिकार, स्थापित करता है। जातीय विभेदन के सभी रूपों से छुटकारे का 1965 के अंतर्राष्ट्रीय समझौते (इंटर नैशनल कन्वेंशन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्म ऑफ रेशल डिसक्रिमिनेशन ऑफ 1965) का अनुच्छेद 5 (e) (iv), महिलाओं के विभेदन के सभी रूपों से छुटकारे का 1979 के अंतर्राष्ट्रीय समझौते (इंटरनैशनल कन्वेंशन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्म ऑफ डिसक्रिमिनेशन अगेन्स्ट वूमन ऑफ 1979) के अनुच्छेद 11.1 (f) और 12, तथा बच्चों के अधिकार पर 1989 के समझौते (कन्वेंशन ऑन दि राइट्स ऑफ चाइल्ड ऑफ 1989) का अनुच्छेद 24, जैसे अन्य अंतर्राष्ट्रीय समझौतों में भी स्वास्थ्य के अधिकार को मान्यता प्रदान की गई है। योरोपीय सोशल चार्टर 1976, यथा संशोधित (अनुच्छेद 11), दि आफ्रीकन चार्टर ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्स राइट 1981 (अनुच्छेद 16) और 1988 का एडिशनल प्रोटोकॉल टू दि अमरीकन कन्वेंशन ऑन ह्यूमन राइट इन दि एरिया ऑफ इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स (अनुच्छेद 10) जैसे कई क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखतों में भी स्वास्थ्य के अधिकार को मान्यता प्राप्त है।

आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर समिति का जनरल कॉमेंट 14 का उद्देश्य है- आई सी इ एस सी आर के अनुच्छेद 12 के कार्यान्वयन में देशों की सहायता करना। जनरल कॉमेंट 14 विनिर्दिष्ट करता है, कि स्वास्थ्य के अधिकार में स्वतंत्रता और हकदारी दोनों शामिल हैं जिसमें अपने स्वास्थ्य और शरीर पर, लैंगिक एवं प्रजनन स्वतंत्रता समेत, नियंत्रण करने का अधिकार और, हस्तक्षेप से मुक्ति के अधिकार में, उत्पीड़न और असहमतीजन्य चिकित्सा उपचार तथा प्रयोग से मुक्ति का अधिकार, सम्मिलित है। हकदारी में स्वास्थ्य सुरक्षा की प्रणाली का अधिकार शामिल है। यह स्वास्थ्य के सर्वोच्च प्राप्य स्तर तक उपभोग का अवसर समान रूप से लोगों को देता है। समिति के अनुसार स्वास्थ्य के अधिकार में निम्नलिखित आंतर संबंधित घटक समाविष्ट हैं:

- (i) *उपलब्धता*, स्वास्थ्य देखभाल और सेवाएँ पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध होनी चाहिए।
- (ii) *पहुँच में सम्मिलित है*,
  - अविभेदन-स्वास्थ्य देखभाल और सेवाएँ बिना विभेदन के सभी को उपलब्ध होनी चाहिए ;
  - शारीरिक पहुँच- विशेषतः असुरक्षित एवं प्रतिकूल अवस्था में रहने वाली जनसंख्या के लिए स्वास्थ्य सुविधाएँ और सेवाएँ, सुरक्षित शारीरिक पहुँच में होनी चाहिए ;
  - आर्थिक पहुँच- सभी के लिए एक समान और खर्च करने की क्षमता के अनुसार भुगतान, पर आधारित होनी चाहिए ; और
  - जानकारी की पहुँच- स्वास्थ्य मसलों से संबंधित जानकारी और कल्पनाएँ ढूँढने, पाने और देने का अधिकार.
- (iii) *स्वीकृति*, स्वास्थ्य सुविधाओं और सेवाओं को चिकित्सा नीतियों का आदर करना चाहिए। वे सांस्कृतिक रूप से उचित होनी चाहिए।
- (iv) *गुणवत्ता*, स्वास्थ्य सुविधाएँ और सेवाएँ वैज्ञानिक रूप से उचित और अच्छी गुणवत्ता वाली होनी चाहिए

जनरल कॉमेंट 14 कहता है कि स्वास्थ्य का अधिकार तीन प्रकारों अथवा स्तरों का दायित्व देशों पर लागू करता है : *आदर, सुरक्षा और पूर्ति (पालन) का दायित्व*। *आदर* के दायित्व में देशों को स्वास्थ्य के अधिकार के उपभोग में प्रत्यक्ष या परोक्ष हस्तक्षेप से बचने की आवश्यकता है। *सुरक्षा* के दायित्व में अनुच्छेद 12 के अधीन गारंटियों के साथ किसी तीसरे (थर्ड पार्टी) द्वारा हस्तक्षेप को रोकने के उपाय देशों को करने चाहिए। *पूर्ति* (पालन) के दायित्व में दायित्वों का सरलीकरण, एवं प्रेरणा प्रदान करना शामिल हैं। स्वास्थ्य के अधिकार के पूरे पालन की दिशा में देशों को उचित कानूनी, प्रशासकीय, बजटसंबंधी, न्यायिक, बढावा देने वाले तथा अन्य उपाय अपनाने की आवश्यकता है।

आई सी सी पी आर का अनुच्छेद 7 उत्पीड़न, क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानजनक व्यवहार से सुरक्षा प्रदान करता है। यह चिकित्सा संस्थाओं, विशेषतः मनोरोग देखभाल करने वाली संस्थाओं, पर लागू होता है। जनरल कॉमेंट अनुच्छेद 7 के अनुसार आवश्यक है कि सरकारें "मनोरोग अस्पतालों में अवरोधन, दुर्व्यवहार रोकने के उपाय, मनोरोग संस्थाओं में प्रविष्ट व्यक्तियों के लिए उपलब्ध अपील-प्रक्रिया और रिपोर्टिंग अवधि के दौरान दर्ज की गई शिकायतों के बारे में जानकारी दें।"

आई सी इ एस सी आर और आई सी सी पी आर दोनों का अनुसमर्थन करने वाले देशों की सूची <http://www.unhcr.ch/pdf/report.pdf> पर उपलब्ध है।

### 6.1.2 मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित अन्य अंतर्राष्ट्रीय समझौते

बालक के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्रसंघ का समझौता कानूनन बाध्यकारी है। इसमें विशिष्ट रूप से बच्चों और किशोरों से संबंधित मानव अधिकार का प्रावधान है। इसमें शामिल है - सभी प्रकार के शारीरिक और मानसिक दुर्व्यवहार से सुरक्षा, अविभेदन, जीवन, उत्तरजीविता, और विकास का अधिकार, बच्चे के सर्वाधिक हितार्थ और बच्चे के विचारों के प्रति आदर। इसके कई अनुच्छेद विशिष्टतः मानसिक स्वास्थ्य से संगत हैं:

- अनुच्छेद 23 मान्यता देता है कि मानसिक अथवा शारीरिक अक्षमता वाले बच्चों को पूरे और उचित आयुष्य के उपभोग का अधिकार है, जिसमें-मानमर्यादा सुनिश्चित है, स्वावलंबन को बढ़ावा मिलता है और सुमदाय में बच्चे की सक्रिय सहभागिता मुहैया है।
- अनुच्छेद 25 मान्यता देता है कि शारीरिक अथवा मानसिक स्वास्थ्य के उपचार अथवा सुरक्षा तथा देखभाल के लिए संस्थाओं में स्थित बच्चों को दिए गए उपचारों की आवधिक पुनरीक्षा का उन्हें अधिकार है।
- अनुच्छेद 27 मान्यता देता है कि बच्चे के शारीरिक, मानसिक, आध्यात्मिक, नैतिक और सामाजिक विकास के लिए पर्याप्त जीवनमान का हर बच्चे को अधिकार है।
- अनुच्छेद 32 मान्यता देता है कि यदि कोई कार्य उनके लिए खतरनाक होने की संभावना है, अथवा उनकी शिक्षा में हस्तक्षेप करने अथवा उनके स्वास्थ्य अथवा शारीरिक, मानसिक, आध्यात्मिक, नैतिक अथवा सामाजिक विकास के लिए हानिप्रद होने की संभावना है, तो उससे रक्षा का बच्चों का अधिकार।

उत्पीड़न और अन्य क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानजनक व्यवहार अथवा दंड के विरुद्ध संयुक्त राष्ट्रसंघ का समझौता (1984) मानसिक अस्वास्थ्य वालों के लिए भी संगत है। उदाहरणार्थ, अनुच्छेद 16, ऐसे राज्य जो समझौते में पार्टी के रूप में हैं, उन्हें क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानकारक व्यवहार अथवा दंड से रोकने के लिए जिम्मेदार बनाता है।

विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं में अमानवीय और अपमानकारक व्यवहार के उदाहरण बड़ी संख्या में हैं। इसमें सम्मिलित हैं : सुरक्षित और स्वास्थ्यकर परिवेश का अभाव, पर्याप्त खाने और पहनावे की कमी, पर्याप्त गरम पहनावे की कमी, संसर्गजन्य बीमारियों के फैलाव को रोकने के लिए पर्याप्त स्वास्थ्यदेखभाल सुविधाओं का अभाव, कर्मचारियों की कमी के कारण जहाँ मरीज को बिना पैसे के अथवा छोटी-छोटी सुविधाओं के बदले में 'रखरखाव के श्रम' करने पड़ते हैं और ऐसे अवरोध, जिनकी वजह से लंबे समय के लिए व्यक्ति को अपने पेशाब अथवा विष्टा में पड़ा रहना पड़े अथवा व्यक्ति खड़ा होने में या आसपास स्वतंत्र रूप से घूमने में असमर्थ हो।

वित्तीय अथवा व्यवसायी संसाधनों का अभाव अमानवीय और अपमानकारक उपचार का कारण नहीं होना चाहिए। सरकारों को मूलभूत आवश्यकताओं के लिए पर्याप्त निधि का प्रावधान करना होगा। साथ ही खाने की कमी, अपर्याप्त कपड़े, संस्थाओं में अनुचित कर्मचारी, मूलभूत स्वच्छता की सुविधाओं की कमी अथवा आदरपूर्ण वैयक्तिक मान-मर्यादा के परिवेश का अपर्याप्त प्रावधान आदि के कारण होने वाली पीड़ा से उपयोगकर्ता की रक्षा करने की जिम्मेदारी सरकार की है।

अक्षमता वाले व्यक्तियों के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ का कोई विशिष्ट समझौता नहीं है। फिर भी, 28 नवंबर 2001 को संयुक्त राष्ट्रसंघ की जनरल असेंबली ने तदर्थ समिति गठित करने का संकल्प पारित किया। समिति का उद्देश्य था "अक्षमता वाले व्यक्तियों की मानमर्यादा और अधिकारों की रक्षा करने तथा बढ़ावा देने हेतु, व्यापक और समग्र अंतर्राष्ट्रीय समझौते के लिए प्रस्तावों पर विचार करना।" इस समझौते के प्रारूपलेखन का कार्य वर्तमान में चल रहा है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति इसके हिताधिकारियों में होंगे।

मानव अधिकारों के मानीटरिंग के लिए विभिन्न अंतर्राष्ट्रीय प्रणालियों के अलावा, मानव अधिकारों की रक्षा के लिए कई क्षेत्रीय समझौते हैं। इन पर संक्षेप में चर्चा नीचे दी जाती है।

#### आफ्रीकन क्षेत्र

आफ्रीकन (बान्जुल) चार्टर ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्स राइट्स (1981) यह आफ्रीकन कमिशन ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्स राइट्स द्वारा पर्यवेक्षित दस्तावेज कानूनन बाध्यकारी है। लिखत में नागरी, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर महत्वपूर्ण अनुच्छेदों की श्रृंखला है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों से संबंधित खंडों में, अनुच्छेद 4, 5 और 16 समाविष्ट हैं। इनमें जीवन और व्यक्ति की सुस्वस्थता का अधिकार, मानव

में अंतर्भूत मानमर्यादाओं को आदर देने का अधिकार, सभी प्रकार के शोषण और अधःपतन (विशेषतः गुलामी, दास व्यापार, उत्पीड़न और क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानकारक दंड) पर मनाही और उपचार तथा बूढ़े और अक्षमता वालों की सुरक्षा के लिए विशेष उपायों का अधिकार शामिल है। यह भी उल्लेख है कि “बूढ़े और अक्षमता वालों को उन की शारीरिक अथवा नैतिक आवश्यकतानुसार विशेष सुरक्षा के उपायों का अधिकार है।” दस्तावेज शारीरिक अथवा मानसिक स्वास्थ्य की उत्कृष्ट प्राप्य स्थिति का उपभोग लेने के सभी के अधिकार की गारंटी देता है।

*आफ्रीकन कोर्ट ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्स राइट्स* - राज्य प्रमुखों की परिषद (दि असेंबली ऑफ हेड्स ऑफ स्टेट) और ऑरगनाइजेशन ऑफ आफ्रीकन यूनिटी (ओ ए यू ) की सरकार- अब दि आफ्रीकन यूनियन- ने मानव और लोगों के अधिकारों पर आफ्रीकन कोर्ट की स्थापना की। आफ्रीकन चार्टर और अन्य संगत मानव अधिकार लिखतों के अधीन गारंटीकृत नागरी, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों समेत, मानव अधिकारों के उल्लंघनों के आरोपों पर विचार करना इसका उद्देश्य है। अनुच्छेद 34 (3) के अनुसरण में पंद्रहवें राज्य द्वारा अनुसमर्थन के बाद 25 जनवरी 2004 से कोर्ट प्रभावी हो गया। ‘दि आफ्रीकन कोर्ट’ के सामने लाए गए मामलों में बाध्यकारी और प्रवर्तनीय निर्णय जारी करने का कोर्ट को प्राधिकार है।

### **यूरोपीय क्षेत्र**

*यूरोपियन कन्वेंशन फॉर दि प्रोटेक्शन ऑफ ह्यूमन राइट्स एण्ड फंडामेंटल फ्रीडम्स (1950)*- यूरोपियन कोर्ट ऑफ ह्यूमन राइट्स द्वारा समर्थित दि यूरोपियन कन्वेंशन फॉर दि प्रोटेक्शन ऑफ ह्यूमन राइट्स एण्ड फंडामेंटल फ्रीडम्स, समझौते का अनुसमर्थन करने वाले राज्यों में रहने वाले मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों के लिए सुरक्षा, बाध्यकारी करता है।

यूरोपियन राज्यों में मानसिक अस्वास्थ्य कानून को आवश्यक है कि, यूरोपियन कोर्ट ऑफ ह्यूमन राइट्स द्वारा निर्धारित तीन सिद्धांतों के आधार पर, अनैच्छिक अस्पतालीकरण से सुरक्षा के प्रावधान करे।

- वस्तुनिष्ठ चिकित्सा सुविज्ञता द्वारा मानसिक अस्वास्थ्य प्रमाणित किया गया है ;
- मानसिक अस्वास्थ्य का स्वरूप एवं मात्रा अनिवार्यतः परिरोध की माँग करता है ; और
- परिरोध जारी रखने के लिए मानसिक अस्वास्थ्य का बना रहना, साबित करना जरूरी है। (वाखेनफेल्ड, 1992).

दि यूरोपियन कोर्ट ऑफ ह्यूमन राइट्स, यूरोपीय समझौते के उपबंधों की व्याख्या देता है और यूरोपीय मानव अधिकार कानून बनाता है। न्यायालय ने, मामले की प्रस्तुति (केस-लॉ) से विकसित होते कानून में, मानसिक अस्वास्थ्य से संबंधित समझौते में आए मसलों के बारे में ब्योरेवार व्याख्या दी है।

*यूरोपियन कन्वेंशन फॉर दि प्रोटेक्शन ऑफ ह्यूमन राइट्स एण्ड डिग्निति ऑफ ह्यूमन बीइंग विथ रिगार्ड टू दि ऐप्लिकेशन ऑफ बाइलॉजी एण्ड मेडीसिन: कन्वेंशन ऑन ह्यूमन राइट्स एण्ड बायोमेडीसिन (1996)* - कौंसिल ऑफ यूरोप के सदस्य राज्यों और यूरोपीय समुदाय के अन्य राज्यों द्वारा स्वीकृत यह समझौता ऐसा पहला अंतर्राष्ट्रीय कानूनन बाध्यकारी लिखत है, जिसमें सूचित सहमति का सिद्धांत सम्मिलित है, जो चिकित्सा देखभाल तक पहुँच और जानकारी का अधिकार देता है और साथ ही चिकित्सा देखभाल एवं अनुसंधान के बारे में सुरक्षा के उच्च मानदंड स्थापित करता है।

*रेकमेंडेशन 1235 ऑन साइकीएट्री एण्ड ह्यूमन राइट्स (1994)* - यूरोपीय राज्यों में मानसिक अस्वास्थ्य कानून, रेकमेंडेशन 1235 ऑन साइकीएट्री एण्ड ह्यूमन राइट्स द्वारा प्रभावित है जो कौंसिल ऑफ यूरोप की पार्लमेंटरी असेंबली द्वारा स्वीकृत किया गया था। यह अनैच्छिक प्रवेश, अनैच्छिक प्रवेश की कार्याविधि, मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों की देखभाल और उपचार के लिए मानक और मनोरोग देखभाल और अभ्यास में दुर्व्यवहार को मनाही के बारे में निकष निर्धारित करता है।

*रेकमेंडेशन (2004) रेक 10 कनसर्निंग दि प्रोटेक्शन ऑफ दि ह्यूमन राइट्स एण्ड डिग्निति ऑफ पर्सन्स विथ मेंटल डिस्ऑर्डर (2004)* - कौंसिल ऑफ यूरोप के मंत्रियों की समिति ने सितंबर 2004 में यह सिफारिश अनुमोदित की, जो विशेष रूप से अनैच्छिक प्रवेश अथवा अनैच्छिक उपचार के अधीन मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की मानमर्यादा, मानव अधिकार और मूलभूत स्वतंत्रता की सुरक्षा बढ़ाने के लिए कहती है।

**अन्य योरोपीय समझौते** – योरोपियन कन्वेन्शन फॉर दि प्रिवेन्शन ऑफ टॉर्चर एण्ड इन-ह्यूमन और डिग्रेडिंग ट्रीटमेंट और पनिसमेंट (1987) - यह एक और स्तर की मानव अधिकार सुरक्षा देता है। कौंसिल ऑफ योरोप की उत्पीड़न पर समिति की आठवीं वार्षिक रिपोर्ट में मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों के ग़लत उपचार पर रोक लगाने के मानदंड निर्धारित किए गए।

*दि रिवाइज्ड योरोपियन सोशल चार्टर (1996)* ऐसे मानसिक अक्षमताओं वाले लोगों के मूलभूत अधिकारों की रक्षा के लिए बाध्य है, जो समझौते का अनुसमर्थन करने वाले राज्यों के नागरिक हैं। विशेषतः चार्टर का अनुच्छेद 15 इन लोगों की स्वतंत्रता, सामाजिक सुव्यवस्था और समुदाय में सहभागिता के अधिकारों का प्रावधान करता है। संस्थाओं में अनैच्छिक रुग्णों के तौर पर दाखिल मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए मंत्रीपरिषद द्वारा 1983 में स्वीकृत सिफारिश नं. आर (83) 2, एक और महत्वपूर्ण कानूनी सुरक्षा है।

### **अमरीका क्षेत्र**

*अमरीकन डेवलपमेंट ऑफ दि राइट्स एण्ड ड्यूटिज़ ऑफ मैन (1948)* नागरी, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों की सुरक्षा के लिए प्रावधान करता है।

*अमरीकन कन्वेन्शन ऑन ह्यूमन राइट्स (1978)* के समझौते में भी नागरी, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों की श्रृंखला सम्मिलित है। यह इंटर अमरीकन कमिशन ऑन ह्यूमन राइट्स और इंटर अमरीकन कोर्ट ऑफ ह्यूमन राइट्स द्वारा मानीटरिंग तथा सुरक्षा के बाध्यकारी साधन के रूप में स्थापित है। कांगो विरुद्ध इन्क्रेडोर शीर्षक के मामले के, कमिशन के हाल ही के परीक्षण ने, मानसिक स्वास्थ्य मसलों के संबंध में, कन्वेन्शन की और अधिक व्याख्या का अवसर प्रदान किया।

*एडिशनल प्रोटेक्टॉल टू दि अमरीकन कन्वेन्शन ऑन ह्यूमन राइट्स इन दि एरिया ऑफ इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स (1988)* का समझौता विशेषतः अक्षमताओं वाले लोगों के संदर्भ में है। हस्ताक्षरकर्ता सहमत हैं कि अक्षमताओं वाले लोगों के लिए लक्षित कार्यक्रम, आवश्यक संसाधन और परिवेश सहित किए जाएँ, जिससे उनके व्यक्तित्वों का सर्वाधिक संभाव्य विकास प्राप्त किया जा सके। साथ ही वे परिवारों (इस दल की विशिष्ट आवश्यकताओं से उत्पन्न विशिष्ट अपेक्षाओं समेत) को विशिष्ट प्रशिक्षण देने के लिए तैयार हैं। हस्ताक्षरकर्ता, उनके शहरी विकास प्लान में प्राथमिक घटक के रूप में ये उपाय करने और अक्षमताओं वाले लोगों को जिदगी पूर्ण का उपभोग लेने में सहायता के लिए, विशिष्ट सामाजिक दल स्थापित करने हेतु बढ़ावा देने के लिए सहमत हैं।

*इंटर अमरीकन कन्वेन्शन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्म ऑफ डिसक्रिमिनेशन अगेन्स्ट पर्सन्ज विथ डिसेबिलिटीज़ (1999)*. इस समझौते का उद्देश्य है मानसिक अथवा शारीरिक अक्षमताओं वाले लोगों पर सभी प्रकार के विभेदन का विलोपन और रोकथाम एवं समाज में उनके पूरे समाकलन को बढ़ावा देना। यह पहला अंतर्राष्ट्रीय समझौता है जो विशिष्टतः मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों को संबोधित करता है। 2001 में इंटर अमरीकन ह्यूमन राइट्स कमिशन ने प्रमोशन एण्ड प्रोटेक्शन ऑफ ह्यूमन राइट्स ऑफ पर्सन्ज विथ मेंटल डिसेबिलिटीज़ (2001) पर सिफारिश जारी की, कि इस समझौते का सभी देश अनुसमर्थन करे। सिफारिश में राज्यों को कहा गया था कि वे समाज में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के पूरे समाकलन को प्राप्त करने के उद्देश्य से कानून और राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्लान के ज़रिए समुदाय मानसिक स्वास्थ्य सेवा के संगठन को बढ़ावा दें और कार्यान्वित करें।

## **7. मानसिक स्वास्थ्य को लागू प्रमुख मानव अधिकार मानदंड**

### **7.1 मानसिक बीमारी वाले लोगों की सुरक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्ज, 1991)**

1991 में मानसिक बीमारी वाले लोगों की सुरक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्ज, परिशिष्ट 3 देखें) ने मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र में प्रयोग के न्यूनतम मानव अधिकार मानदंड स्थापित किए। अंतर्राष्ट्रीय निरीक्षण और देखरेख निकायों ने आई सी इ एस सी आर . जैसे अंतर्राष्ट्रीय समझौते की आवश्यकताओं की अधिकृत व्याख्या के रूप में एम आई प्रिंसिपल्ज का उपयोग किया है।

कई देशों में एम आई प्रिंसिपलज़ मानसिक स्वास्थ्य कानून के विकास के लिए ढाँचे रूप में इस्तेमाल किए गए हैं। ऑस्ट्रेलिया, मेक्सिको, हंगेरी और पुर्तुगाल ने अपने आंतरिक कानून में एम आई प्रिंसिपलज़ पूर्णतः अथवा अंशतः निगमित किए हैं। एम. आई. सिद्धांत मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में उपचार और जीवन यापन स्थिति के लिए मानदंड स्थापित करते हैं और ऐसी सुविधाओं में मनमाने अवरोध से रक्षा करते हैं। ये सिद्धांत मानसिक अस्वास्थ्य वाले सभी लोगों पर व्यापक रूप से लागू होते हैं, फिर वे मनोरोग सुविधाओं में हों अथवा न हों। साथ ही मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रविष्ट सभी लोगों पर ये सिद्धांत लागू होते हैं, फिर चाहे उन लोगों का मानसिक रुग्ण के रूप में निदान हुआ हो अथवा न हुआ हो। आखिर में उल्लेखित उपबंध महत्वपूर्ण है क्योंकि कई देशों में दीर्घावधि मानसिक स्वास्थ्य सुविधाएँ ऐसे लोगों के लिए निधान (आश्रय स्थान) के तौर पर प्रयुक्त की जाती हैं, जिन्हें मानसिक अस्वास्थ्य न पहले था और न अब है। फिर भी अन्य समुदाय सुविधाओं अथवा उनकी आवश्यकतानुरूप सेवाओं के अभाव में लोग इन संस्थाओं में रहते हैं। एम आई प्रिंसिपलज़ मानता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले हर व्यक्ति को, जहाँ तक संभव हो, समुदाय में जीने और काम करने का अधिकार है।

एम आई प्रिंसिपलज़ की भी कुछ आलोचना हुई है। संयुक्त राष्ट्रसंघ के सेक्रेटरी-जनरल ने 2003 में जनरल असेंबली में कहा था, *“कुछ मामलों में वर्तमान मानव अधिकार समझौते में प्रस्तावित सुरक्षा से कम मात्रा में सुरक्षा एम आई प्रिंसिपलज़ देता है। उदाहरणार्थ उपचार के लिए पूर्व सूचित सहमति की आवश्यकता के बारे में। इस बारे में वर्ल्ड नेटवर्क ऑफ़ यूसर्ज एण्ड सैर्वाइवर ऑफ़ साइकीएट्री समेत अक्षमता वाले लोगों के कुछ संगठनों ने इन सिद्धांतों (विशेषतः सिद्धांत 11 और 16) द्वारा अनैच्छिक उपचार तथा अवरोध के संदर्भ में, प्रस्तावित सुरक्षा और वर्तमान मानव अधिकार मानदंडों की सुसंगति के बारे में प्रश्न उठाया था।”* (संयुक्त राष्ट्रसंघ 2003)

## 7.2 स्टैंडर्ड रूलज़ ऑन दि इक़लाइज़ेशन ऑफ़ ऑपॉर्चुनिटी फॉर पर्सन्ज़ विथ डिसेबिलिटी (स्टैंडर्ड रूलज़ 1993)

मानव अधिकारों पर विश्व सम्मेलन वीएनए में 1993 में हुआ था। इसमें यह तथ्य दोहराया गया कि अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार कानून मानसिक और शारीरिक अक्षमता वाले व्यक्तियों की रक्षा करता है और इन अधिकारों को चरितार्थ करने के लिए सरकारों को आंतरिक कानून स्थापित करना चाहिए। इसे ‘वीएनए डेक्लरेशन’ कहा जाता है। विश्व सम्मेलन ने घोषित किया कि सभी मानव अधिकार और मूलभूत स्वतंत्रता सार्वत्रिक हैं, इसलिए अक्षमताओं वाले लोग भी इस में शामिल हैं।

स्टैंडर्ड रूलज़ ऑन दि इक़लाइज़ेशन ऑफ़ ऑपॉर्चुनिटी फॉर पर्सन्ज़ विथ डिसेबिलिटी (1993) को जनरल असेंबली रेज़ॉल्यूशन 48/96 द्वारा डिसेबलड पर्सन्ज़ (1982-93) के अंत में स्वीकृत किया गया था। स्टैंडर्ड रूलज़ ने नीति मार्गदर्शी लिखत रूप में, विश्व कृति कार्यक्रम द्वारा स्थापित, रोकथाम, पुनर्वास और अवसरों के समकरण के लक्ष्य दोहराए हैं। ये 22 नियम तीन मुख्य क्षेत्रों में राष्ट्रीय कृति का प्रावधान करते हैं : समान सहभागिता के लिए पूर्व शर्तें, समान सहभागिता के लिए लक्ष्य और कार्यान्वयन उपाय। स्टैंडर्ड रूलज़ एक क्रांतिकारी नवीन अंतर्राष्ट्रीय लिखत है क्योंकि ये अंतर्राष्ट्रीय मान्यताप्राप्त मानव अधिकार के रूप में अक्षमता वाले लोगों द्वारा नागरिकों की सहभागिता स्थापित करते हैं। इसे चरितार्थ करने के लिए, अक्षमता वाले लोगों को और अक्षमता वाले लोगों द्वारा गठित संगठनों को उन्हें प्रभावित करने वाली बातों पर, नए कानून का प्रारूपलेखन करने में शामिल होने का अवसर देना, सरकार द्वारा अपेक्षित है। स्टैंडर्ड रूलज़ हर देश से कहते हैं कि अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार मानकों के अनुरूप कानून, नीतियाँ और कार्यक्रम तैयार करने के लिए राष्ट्रीय आयोजना प्रक्रिया काम में लाई जाए।



## 8. तकनीकी मानदंड

संयुक्त राष्ट्रसंघ जनरल असेंबली संकल्प के अतिरिक्त, संयुक्त राष्ट्रसंघ के तत्वावधान में यू एन एजेन्सियों, विश्वसम्मेलनों और व्यावसायिक दलों की बैठक में तकनीकी मार्गदर्शी सूचनाएँ और नीतिविवरण का व्यापक क्रमविन्यास अपनाया गया। यह अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार समझौतों की व्याख्या का महत्वपूर्ण स्रोत हो सकता है।

### 8.1 डेक्लरेशन ऑफ़ कैरेकैस (1990)

पैन अमरीकन हेल्थ आरगनाइजेशन (पीएचओ/ डब्ल्यूएचओ) द्वारा किए गए आयोजन में विधायकों, मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों, मानव अधिकार नेताओं और अक्षमता कार्यकर्ताओं द्वारा अपनाया गया संकल्प *डेक्लरेशन ऑफ़ कैरेकैस (1990)* मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के ढाँचे के लिए विशेष मायने रखता है। (देखें परिशिष्ट 4) उसमें लिखा है कि मनोरोग अस्पताल में केवल आंतरिक रोगोपचार पर अवलंबित रहने से रुग्ण अपने सहज परिवेश से अलग होता है, फलतः अक्षमता बढ़ती है। पुरानी मानसिक स्वास्थ्यसेवाएँ रुग्ण के मानव अधिकार को जोखिम में डालती हैं, इस निष्कर्ष द्वारा यह डेक्लरेशन मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं और मानव अधिकारों के बीच महत्वपूर्ण कड़ी बनता है।

यह डेक्लरेशन चालू मनोरोग देखभाल के पुनर्गठन के सुझाव द्वारा समुदाय आधारित और एकीकृत मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं को बढ़ावा देने का लक्ष्य रखता है। यह कहता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए संसाधन, देखभाल और उपचार के साथ उनकी मानमर्यादा और मानव अधिकारों की रक्षा की जानी चाहिए, विवेकपूर्ण और उचित उपचार देने चाहिए और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को उनके समुदायों में रखने की कोशिश करनी चाहिए। आगे यह भी कहता है कि मानसिक स्वास्थ्य कानून को मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की रक्षा करनी चाहिए और सेवाएँ ऐसी आयोजित करनी चाहिए जिससे उन अधिकारों को लागू किया जा सके।

### 8.2 डेक्लरेशन ऑफ़ माद्रिद (1996)

मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों के अंतर्राष्ट्रीय संघों ने भी मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की रक्षा हेतु, व्यावसायिक आचरण एवं प्रयोग के लिए मार्गदर्शी सूचनाओं का अपना सेट जारी किया। ऐसी मार्गदर्शी सूचनाओं का उदाहरण है 'डेक्लरेशन ऑफ़ माद्रिद'। इसे वर्ल्ड साइकीएट्री असोसिएशन (डब्ल्यू पी ए) की जनरल असेंबली ने 1996 में अपनाया। (देखें परिशिष्ट 5) अन्य मानदंडों में यह डेक्लरेशन मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के साथ साझेदारी पर आधारित उपचार और केवल अपवादात्मक स्थितियों में अनैच्छिक उपचारों को लागू करने पर बल देता है।

### 8.3 डब्ल्यूएचओ तकनीकी मानदंड

1996 में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने एम आई प्रिंसिपल्स की व्याख्या के तौर पर और मानसिक स्वास्थ्य कानून विकसित करने में देशों की सहायता के लिए मार्गदर्शक के रूप में 'मैटल हेल्थ केअर लॉ: टेन बेसिक प्रिंसिपल्स' (नीचे की चौखट देखें) विकसित किया। 1996 में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने 'गाइड लाइन्स फॉर दि प्रमोशन ऑफ़ ह्यूमन राइट्स ऑफ़ पर्सन्स विथ मैटल डिसेऑर्डर्स' भी विकसित किया। यह एम आई प्रिंसिपल्स समझने और उसकी व्याख्या करने तथा संस्थाओं में मानव अधिकार स्थितियों का मूल्यांकन करने का एक साधन है।

#### मैटल हेल्थ केअर लॉ: टेन बेसिक प्रिंसिपल्स

1. मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा और मानसिक अस्वास्थ्य की रोकथाम
2. प्रारंभिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच
3. अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत सिद्धांतों के अनुसरण में मानसिक स्वास्थ्य मूल्यांकन
4. मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के न्यूनतम प्रतिबंधक प्रकारों का प्रावधान
5. स्वयं निर्धार
6. स्वयं निर्धार के प्रयोग में सहायता लेने का अधिकार
7. पुनरीक्षा कार्याविधि की उपलब्धता
8. स्वचलित आवधिक पुनरीक्षा प्रक्रिया
9. योग्य निर्णयकर्ता
10. कानून के नियम के प्रति आदर  
(डब्ल्यू एच ओ 1996)

#### 8.4 दि सैलामैका स्टेटमेंट एण्ड फ्रेमवर्क फॉर एक्शन ऑन स्पेशल नीडज एज्युकेशन (1994)

1994 में 'स्पेशल नीडज एज्युकेशन' पर विश्वसम्मेलन में 'दि सैलामैका स्टेटमेंट एण्ड फ्रेमवर्क फार एक्शन ऑन स्पेशल नीडज एज्युकेशन' अपनाया गया। इसमें मानसिक अक्षमता वाले बच्चों के लिए समाकलित शिक्षा के अधिकार का समर्थन किया गया। सैलामैका डेक्लरेशन, वर्ल्ड डेक्लरेशन ऑन एज्युकेशन फॉर ऑल (डब्ल्यू डी इ ए) के कार्यान्वयन और आईसीइएससी आर. के अधीन स्थापित शिक्षा के अधिकार को लागू करने में विशेष महत्वपूर्ण है।

#### 9. अधिकारों का परिसीमन

कई ऐसे मानव अधिकार हैं, जैसे उत्पीड़न और गुलामी से मुक्ति, विचार, विवेक तथा धर्म की स्वतंत्रता, जिनमें किसी भी हालत में कोई प्रतिबंध नहीं लगाया जा सकता। फिर भी अधिकांश मानव अधिकार लिखतों के परिसीमन एवं अनादर खंड, विशिष्ट प्रसंगों में मानव अधिकारों की परिसीमा की आवश्यकता को मान्यता देते हैं। मानसिक स्वास्थ्य में ऐसी स्थितियाँ हैं, जहाँ परिसीमन लागू करना ज़रूरी है। (उदाहरणों के लिए अध्याय 2 देखें।)

'दि सिराकुसा प्रिंसिपल्स ऑन दि लिमिटेशन एण्ड डिरोगेशन ऑफ़ प्रोविजन इन दि इंटरनैशनल कैविनन्ट ऑन सिविल एण्ड पोलिटिकल राइट्स (सिराकुसा प्रिंसिपल्स)' द्वारा स्थापित निकष, जब अधिकार परिसीमित होते हैं, तब लागू करने चाहिए। पाँच निकषों में से हर एक पूरा होना चाहिए और प्रतिबंध सीमित अवधि के लिए एवं पुनरीक्षा के अधीन होने चाहिए।

#### संक्षेप में दि सिराकुसा प्रिंसिपल्स

- कानून के अनुसार प्रतिबंध का प्रावधान किया गया है और उन्हें लागू किया गया है।
- प्रतिबंध सामान्य हित के वैध उद्देश्य के हित में है।
- उद्देश्य पाने के लिए प्रजातांत्रिक समाज में यह प्रतिबंध बहुत ज़रूरी है।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य आवश्यकता को पूरा करने में यह प्रतिबंध ज़रूरी है।
- यह प्रतिबंध सामाजिक लक्ष्य के अनुपात में है और सामाजिक लक्ष्य तक पहुँचने में इससे कम हस्तक्षेप और प्रतिबंधक साधनों की उपलब्धता नहीं है।
- यह प्रतिबंध मनमाने ढंग से तैयार नहीं किया गया है और न थोपा गया है (जैसे अनुचित अथवा अन्यथा भेदभावमूलक ढंग से)।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा करने में अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार दस्तावेज की भूमिका पर ब्योरेवार चर्चा के लिए देखें— दि रोल ऑफ़ इंटरनैशनल ह्यूमन राइट्स इन नैशनल मेंटल हेल्थ लेजिस्लेशन (WHO 2001, c) [http://www.who.int/mental\\_health/resources/policy\\_services/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/). यहाँ भी उपलब्ध है।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों से संबंधित अंतर्राष्ट्रीय लिखत और प्रमुख प्रावधान के सारांश के लिए, देखें परिशिष्ट -2

सारांशतः कानून, सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वास्थ्यनीति के उद्देश्यों को पाने में समर्थ होना चाहिए। बाध्यकारी अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार दस्तावेज में लिखे अनुसार, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मूलभूत अधिकारों का आदर, बढ़ावा और उनकी पूर्ति करने के लिए, सरकार बाध्य है। साथ ही एम आई प्रिंसिपल्स जैसे अन्य मानक जो अंतर्राष्ट्रीय सर्वसम्मति से बने हैं, कानून बनाने और ऐसी नीतियों को, जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों को रक्षा एवं बढ़ावा दें, कार्यान्वित करने के लिए मार्गदर्शक के रूप में प्रयुक्त किए जा सकते हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग उचित देखभाल और उपचार पा सकें, इसमें कानून मदद कर सकता है। यह अधिकारों की रक्षा कर सकता है और बढ़ावा दे सकता है तथा विभेदन रोक सकता है। मतदान, संपत्ति अर्जित करने, साहचर्य की स्वतंत्रता, न्यायोचित मुकदमा, न्यायिक गारंटी और अवरोध की पुनरीक्षा, आवास तथा रोजगार में सुरक्षा जैसे विशिष्ट अधिकारों का समर्थन कर सकता है। मानसिक बीमार अपराधियों के अधिकारों की रक्षा और उचित उपचार, दंड न्याय कानून सुनिश्चित कर सकता है। ये कुछ ऐसे उदाहरण हैं जो साफ बताते हैं कि मानसिक स्वास्थ्य कानून "देखभाल और उपचार" से कहीं ज़्यादा है और संस्थाओं में अनैच्छिक प्रवेश प्रक्रिया और देखभाल तक सीमित कानून नहीं है।

कानून की महत्वपूर्ण भूमिका के बावजूद, मानसिक स्वास्थ्य में प्रस्तुत असंख्य समस्याओं का यह एकमात्र और सरल समाधान नहीं है, बल्कि इन उद्देश्यों को पाने में सक्षम साधन मात्र है। अच्छे कानूनों के बावजूद अनौपचारिक प्रणालियों वाले देशों में वैधानिक उद्देश्य को नष्ट किया जा सकता है। उदाहरणार्थ मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी, जो नए कानून के उपबंधों से परिचित नहीं हैं, वे उपचारों में 'प्रचलित' प्रयोग जारी रखते हैं। परिणामतः नए प्रगामी मानसिक स्वास्थ्य कानून का उद्देश्य ही विफल होता है। पर्याप्त प्रशिक्षण एवं शिक्षा के बगैर तथा अन्य कई भूमिकाएँ निभाने वालों को शामिल किए बगैर, कानून का बहुत कम असर होगा।

मानसिक स्वास्थ्य व्यावसायिक द्वारा नैतिक स्वनियमन की मजबूत वचनबद्धता, किसी भी प्रणाली में महत्वपूर्ण घटक है। ज्यादा प्रतिबंधक कानून का उद्देश्य कितना भी अच्छा हो, वह मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच को बढ़ावा देने के बजाय उसमें बाधक हो सकता है। उदाहरणार्थ, अनैच्छिक उपचार अथवा प्रवेश से संबंधित वैधानिक उपबंध इतने प्रतिबंधक हो सकते हैं, कि दिए गए संसाधनों में वे पूरे नहीं किए जा सकते। इसका परिणाम आवश्यक देखभाल की कमी में होता है। उचित और पर्याप्त देखभाल तथा उपचार का प्रावधान और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की रक्षा एवं समर्थन, मूलतः महत्वपूर्ण है। कानून इसमें महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकता है।

#### मानसिक स्वास्थ्य कानून का संदर्भ : मुख्य मसले

- मानसिक स्वास्थ्य नीतियों, योजनाओं एवं कार्यक्रमों के लिए कानून पूरक है और नीति के लक्ष्यों और उद्देश्यों को फिर से लागू करने में काम आ सकता है।
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग समाज में असुरक्षित होते हैं और उन्हें विशेष सुरक्षा की जरूरत होती है।
- संस्थाओं और समुदायों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा के लिए मानसिक स्वास्थ्य कानून जरूरी है।
- मानसिक स्वास्थ्य कानून सिर्फ 'देखभाल और उपचार' कानून से कहीं ज्यादा है। देखभाल तक पहुँच, पुनर्वास, बाद की देखभाल, समुदाय में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का पूरा समाकलन और समाज के विभिन्न घटकों द्वारा मानसिक स्वास्थ्य कानून का समर्थन, जैसे महत्वपूर्ण मानसिक स्वास्थ्य मसले हल करने के लिए कानून प्रारूप देता है।
- बाध्यकारी अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार लिखतों के अनुसार, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मूलभूत अधिकारों का आदर, समर्थन एवं पूर्ति करने के लिए सरकार बाध्य है।
- मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित कानूनी मसले, एक अध्यादेश में समेकित किए जा सकते हैं अथवा विभिन्न कानूनी दस्तावेजों में बाँटे जा सकते हैं।
- अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार दस्तावेज एवं तकनीकी मानदंड में शामिल किए हुए मानव अधिकार सुरक्षा नीतियों को प्रगामी मानसिक स्वास्थ्य कानून में निगमित करना चाहिए। कानून को सार्वजनिक स्वास्थ्य और स्वास्थ्य नीति के उद्देश्यों को प्राप्त करना, संभव बनाना चाहिए।



### 1. परिचय

इस अध्याय में ऐसे महत्त्वपूर्ण विषय शामिल हैं जिन्हें मानसिक स्वास्थ्य कानून में निगमित करना ज़रूरी है। आम तौर पर ऐसे कानून केवल अनैच्छिक प्रवेश और उपचार पर ध्यान केंद्रित करते हैं और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों से संबंधित अन्य उतनी ही महत्त्वपूर्ण बातों पर ध्यान नहीं देते। यद्यपि मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ा हर क्षेत्र इस अध्याय में शामिल करना संभव नहीं है, तथापि बड़े पैमाने पर महत्त्वपूर्ण कानूनी बातों के बारे में विचार किया गया है। चर्चित मसले सामान्य स्वास्थ्य कानूनों में समाविष्ट किए जा सकते हैं अथवा समाज कल्याण और लाभ, अक्षमता, अभिभावकत्व, रोज़गार औचित्य और आवास जैसे क्षेत्रों से संबंधित कानूनों अथवा विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून में सम्मिलित किए जा सकते हैं। पहले अध्याय में हुई चर्चा के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित कानून, विभिन्न कानूनी उपायों में संतोषप्रद ढंग से बाँटे जा सकते हैं अथवा एकल अध्यादेश में सम्मिलित किए जा सकते हैं। कानूनी मूल पाठ का प्रकार अथवा स्वरूप हर देश के साथ भिन्न होगा। उदाहरणार्थ कुछ देश मानसिक स्वास्थ्य कानून में केवल महत्त्वपूर्ण सिद्धांतों पर लिखना पसंद करेंगे और कानूनी विषयवस्तु को कृति में उतारने के लिए कार्याविधिक ब्योरा विनिर्धारित करने हेतु विनियम प्रयुक्त करेंगे, तो दूसरी जगह मानसिक स्वास्थ्य कानून के मुख्य ढाँचे में ही कार्याविधिक पहलू सम्मिलित किए जाएँगे।

इस अध्याय में मानसिक स्वास्थ्य कानून की विषयवस्तु के लिए विशिष्ट व्यावहारिक प्रपत्र दिया गया है। यह प्रपत्र कुछ विशिष्ट कानूनी ढाँचों के अनुरूप हो तो अन्य कुछ ढाँचों के अनुरूप न होने की संभावना ज़्यादा है। यह प्रपत्र ‘‘प्रस्तावित’’ नहीं है, इस पर बल दिया गया है क्योंकि कानून के प्रारूप लेखन में देश अपने कानूनी पॅटर्न का अनुपालन करेंगे।

इस अध्याय में राष्ट्रीय कानूनों के सार केवल नमूने के उद्देश्य से है। ये विभिन्न पाठ्य और पारिभाषिक शब्दावलियों के उदाहरण हैं जो विभिन्न देशों ने अपनी विशिष्ट स्थिति एवं संदर्भ के अनुसार अंगीकृत किए हैं। ये पाठ्य और पारिभाषिक शब्दावली ‘‘प्रस्तावित’’ नहीं हैं जिन्हें ज्यों का त्यों काम में लाया जाए।

### 2. आमुख और उद्देश्य

मानसिक स्वास्थ्य कानून सामान्यतः कुछ विभागों में विभाजित किया जाता है और प्रायः आमुख (अथवा परिचय) से शुरू होता है। यह कारणों की रूपरेखा बताता है कि कानून आवश्यक क्यों है।

#### आमुख का उदाहरण

##### ‘पोलिश मेटल हेल्थ प्रोटेक्शन एक्ट’ का आमुख

यह अभिस्वीकृति देते हुए कि मानसिक स्वास्थ्य एक मूलभूत मानव मूल्य है और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा करना राज्य का दायित्व है, यह अधिनियम निम्नानुसार घोषित करता है:

(मेटल हेल्थ प्रोटेक्शन एक्ट, एम 284 1994, पोलैंड)

कानून का अगला भाग (अथवा अध्याय) अध्यादेश की लक्ष्यपूर्ति के प्रयोजन और उद्देश्य की रूपरेखा देता है। उद्देश्यों का विवरण महत्त्वपूर्ण है, क्योंकि यह कानूनी उपबंधों की व्याख्या के लिए मार्गदर्शक होता है। जब अध्यादेश के वास्तविक उपबंधों में कोई संदिग्धता हो तब कानूनी उपबंधों की व्याख्या करने में, प्रयोजन और उद्देश्य समेत आमुख न्यायालयों और अन्यों की सहायता करता है।

## उद्देश्यों का उदाहरण

### दक्षिण आफ्रीकी कानून के उद्देश

इस अधिनियम के उद्देश्य हैं—

- (ए) मानसिक स्वास्थ्य देखभाल परिवेश इस ढंग से विनियमित करना जिससे
- सर्वोत्तम संभव मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, उपचार और पुनर्वास का प्रावधान उपलब्ध संसाधन में हो सके;
  - प्रभावकारी मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, उपचार और पुनर्वास सेवाएँ जनसंख्या के लिए प्रभावी समान रूप से, एवं मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के उपयोगकर्ताओं के हितार्थ, उपलब्ध की जा सकें;
  - मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, उपचार और पुनर्वास सेवाओं का प्रावधान और उस तक पहुँच समन्वित की जा सके; और
  - मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का प्रावधान और उस तक पहुँच सामान्य स्वास्थ्य सेवा परिवेश में समाकलित की जा सके।
- (बी) मानसिक स्वास्थ्य देखभाल उपयोगकर्ताओं के अधिकार और दायित्व एवं मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रावधान करने वालों के दायित्व निर्धारित करना;
- (सी) निम्नलिखित के लिए मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और उपचार का प्रावधान करना और उस तक पहुँच विनियमित करना —
- स्वैच्छिक, सहायता प्राप्त और अनैच्छिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल उपयोगकर्ता;
  - स्टेट रूण (मुकदमा चलाया जाने के अथवा उनकी अपराधिक कार्यवाई समझने में अयोग्य); और
  - मानसिक रूप से बीमार कैदी।
- (डी) मानसिक बीमारी वालों की संपत्ति को न्यायालयीन रूप से विनियमित करना; और
- (इ) संबंधित बातों का प्रावधान
- (मेंटल हेल्थ केअर एक्ट से उद्धरित, एक्ट 17 ऑफ 2002, रिपब्लिक ऑफ साऊथ आफ्रीका)

मानसिक स्वास्थ्य कानून के उत्तरावर्ती भाग (अथवा अध्याय) में प्रायः कानून (जैसे कानून के वास्तविक उपबंध और कार्याधिक पहलू) में प्रयुक्त शब्दावली की परिभाषाएँ होती हैं। इस पर नीचे चर्चा की गई है।

### 3. परिभाषाएँ

कानून में परिभाषा विभाग, प्रयुक्त शब्दावली की व्याख्या और अर्थ बताता है। कानून को समझने और कार्यान्वित करने की आवश्यकता वालों तथा रूणों एवं उनके परिवारों जैसे कानून से प्रभावित हो सकने वाले जनता के सदस्यों के लिए, सुस्पष्ट और असंदिग्ध परिभाषाएँ बहुत महत्वपूर्ण हैं। न्यायालयों के लिए भी यह उपयोगी है क्योंकि उन्हें ऐसी निश्चित परिभाषाओं पर आधारित निर्णय देने होते हैं।

परिभाषा विभाग में कानून का लक्ष्य दल अथवा हिताधिकारी की परिभाषा महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है।

#### 3.1 मानसिक बीमारी और मानसिक अस्वास्थ्य

मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषा करना कठिन है, क्योंकि यह एकात्म स्थिति नहीं है बल्कि समानताएँ लिए अस्वास्थ्यों का दल है। मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषा में कौनसी स्थितियाँ शामिल की जाती हैं अथवा की जानी चाहिए, इस पर भारी विवाद है। इसका सार्थक निहितार्थ है जब, उदाहरणार्थ, मानसिक अस्वास्थ्यों के प्रकार और गंभीरता के अनुसार समाज तय करता है, कि अनैच्छिक उपचारों और सेवाओं के लिए संभवतः पात्र कौन है।

किसी भी राष्ट्रीय कानून द्वारा अंगीकृत मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषा कई घटकों पर निर्भर होती है। कानून का प्रयोजन इस श्रेणी की सही सीमाएँ तय करेगा। इसलिए मुख्यतः अनैच्छिक प्रवेश तथा उपचारों के साथ संलग्न कानून इस श्रेणी को केवल गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य तक प्रतिबंधित कर सकता है। इसके ठीक विपरीत, सकारात्मक अधिकारों से संलग्न कानून मानसिक अस्वास्थ्य की यथा संभव व्यापक परिभाषा मानता है, जिससे मानसिक अस्वास्थ्य वाले सभी को कानून से लाभ मिल जाए। मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषा विभिन्न समाजों के सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक और कानूनी संदर्भ पर भी निर्भर होती है। यह मार्गदर्शी पुस्तक विशिष्ट परिभाषा का समर्थन नहीं करती; अपितु इसका लक्ष्य है कानून के प्रारूपलेखन में सम्मिलित अन्य जन एवं कानून बनाने वालों को परिभाषा के विभिन्न दृष्टिकोणों से लाभ और असुविधा तथा विभिन्न विकल्पों के प्रति सजग बनाना। (देखें टेबल 1)

कई उपभोक्ता संगठनों ने "मानसिक बीमारी" और "मानसिक मरीज" शब्द प्रयोगों का इस कारण से विरोध किया कि ये चिकित्सा शास्त्रीय नमूने के प्रभुत्व की पुष्टि करते हैं। अधिकांश अंतर्राष्ट्रीय चिकित्सीय दस्तावेज "मानसिक बीमारी" शब्द का प्रयोग नहीं करते बल्कि "मानसिक अस्वास्थ्य" शब्द का प्रयोग करते हैं। (उदाहरण के लिए देखें, *क्लैसिफिकेशन ऑफ़ मेंटल एण्ड बिहोवियरल डिसऑर्डरज़ : क्लिनिकल डिस्क्रीप्शन एण्ड डाइग्नॉस्टिक गाइडलाइन्ज (आई सी डी - 10)* (डब्ल्यू एच ओ 1992) और *डाइग्नॉस्टिक एण्ड स्टैटिस्टिकल रिजॉर्स बुक ऑन मेंटल डिसऑर्डरज़ (डी एस एम - IV)*, (अमरीकन साइकिएट्रीक असोसिएशन, 1994)। आई सी डी - 10 स्पष्ट करता है कि "अस्वास्थ्य" शब्द प्रयोग इसलिए किया गया जिससे "रोग" और "बीमारी" जैसे शब्द प्रयोगों में अंतर्भूत बड़ी समस्याओं को टाला जा सके। "अस्वास्थ्य" सही शब्द प्रयोग नहीं है, लेकिन वह यहाँ उन रोग लक्षणों और आचरणों के समूह को सूचित करने के लिए इस्तेमाल किया गया है, जो चिकित्सीय पद्धति से पहचाने जा सकें और जिनके कारण अधिकांश मामलों में व्यक्ति को दुःख और व्यक्तिगत व्यवहार में बाधा का सामना करना पड़े। बिना व्यक्तिगत दुष्क्रिया, केवल सामाजिक विचलन अथवा संघर्ष को मानसिक अस्वास्थ्य की इस परिभाषा में शामिल नहीं करना चाहिए।" (डब्ल्यू एच ओ, 1992)।

"मानसिक अस्वास्थ्य" शब्द प्रयोग में मानसिक बीमारी, बौद्धिक अक्षमता (मेंटल रिटार्डेशन - मानसिक विकलांग अथवा बौद्धिक अक्षमता के रूप में ज्ञात), व्यक्तित्व अस्वास्थ्य और नशीले पदार्थ निर्भरता (सबस्टैन्स डिपेंडन्स) शामिल हैं। हर कोई इन सभी को मानसिक अस्वास्थ्य नहीं समझता लेकिन स्किजोफ्रीनिया और बाइपोलर डिप्रेशन जैसी स्थितियों से संबंधित कई कानूनी मसले बौद्धिक अक्षमता (मेंटल रिटार्डेशन) जैसी स्थितियों में समान रूप से लागू होते हैं। इसलिए एक व्यापक परिभाषा पसंद की जाती है।

गंभीर रूप से मानसिक बीमारी वाले लोगों की तरह बौद्धिक अक्षमता वाले लोग भी विभेदन और दुर्यवहार के शिकार होते हैं और दोनों दलों के लिए एक समान कानूनी सुरक्षा जरूरी होती है। फिर भी सहमति के लिए अल्पावधि और दीर्घावधि क्षमता को लेकर दोनों दलों के बीच प्रमुख अंतर (फ़र्क) है। इसलिए एकल अथवा अलग कानूनों की आवश्यकता को लेकर देशों को निर्णय कर लेना चाहिए। यदि मानसिक स्वास्थ्य कानून में बौद्धिक अक्षमता को शामिल किया जाता है तो यह महत्वपूर्ण है कि पर्याप्त सुरक्षा उपाय निर्माण किए जाएँ, जिससे "अन्य मानसिक अस्वास्थ्य" के पर्यायवाची के रूप में बौद्धिक अक्षमता को नहीं लिया जाता, यह सुनिश्चित किया जा सके। जहाँ अन्य कारणों, जैसे संसाधन प्रतिबंध, के लिए दो अलग कानूनों का प्रारूप लेखन और अधिनियमन की क्षमता नहीं है, वहाँ उन देशों में एकल कानून बनाना सुसंगत होगा। इस विकल्प का उपयोग दक्षिण आफ्रीका में किया गया था। जब मानसिक बीमारी और बौद्धिक अक्षमता समान रूप से मानसिक स्वास्थ्य कानून में अंतर्विष्ट किए गए थे, तब सुसंगत उपबंध विनिर्दिष्ट किए गए, जहाँ एक अथवा दूसरा लागू था। कई अधिकार क्षेत्र (जैसे भारत) मानसिक स्वास्थ्य कानून के क्षेत्राधिकार से बौद्धिक अक्षमता को अलग रखते हुए उसे अलग कानून में सम्मिलित करते हैं।

मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषा में व्यक्तित्व अस्वास्थ्य का समावेश एक जटिल मामला है। व्यक्तित्व अस्वास्थ्य को चिकित्सीय स्तर पर मानसिक अस्वास्थ्य का हिस्सा माना जाता है जैसा कि आई सी डी - 10 और डी एस एम - IV जैसी वर्गीकरण प्रणालियों में इसके अंतर्वेश द्वारा प्रतिबिंबित होता है। व्यक्तित्व अस्वास्थ्य के कई उपप्रकारों के निदान की वैधता और विश्वसनीयता के बारे में संदेह है। साथ ही व्यक्तित्व अस्वास्थ्य पर उपचारों के असर के बारे में प्रश्न उठते हैं। यद्यपि ऐसे अस्वास्थ्यों के अधिकांश प्रकारों के लिए अच्छी तरह से वैधीकृत और व्यापक रूप से स्वीकृत उपचार पद्धतियाँ नहीं हैं तथापि कई व्यक्तित्व अस्वास्थ्य के उपचार (Livesley, 2001; Sperry, 2003) कारगर हैं इसके बदेते सबूत मिले हैं। अगर विशिष्ट स्थिति पर उपचारों का परिणाम नहीं होता अथवा यदि कोई उपचार उपलब्ध नहीं है तब ऐसी स्थिति वाले लोगों का मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक प्रवेश उचित सिद्ध करना कठिन है। फिर भी यह नोट किया जाता है कि कई देशों में कानून, उपलब्ध उपचारों का साथ न देने वाले गंभीर रूप से विक्षुब्ध लोगों को सुरक्षात्मक अभिरक्षा की अनुमति देता है। फिर भी कई लोग तर्क प्रस्तुत करेंगे कि मानसिक स्वास्थ्य कानून का यह उद्देश नहीं होना चाहिए।

मानसिक स्वास्थ्य कानून में व्यक्तित्व अस्वास्थ्य के समावेश से एक और खतरा है, कि कई देशों में व्यक्तित्व अस्वास्थ्य का निदान असुरक्षित दलों, विशेषतः युवतियों पर तब किया जाता है, जब उनका आचरण प्रबल सामाजिक, सांस्कृतिक, नैतिक और धार्मिक मानदंडों के अनुरूप न हों। राजनैतिक मतभेद रखनेवाले और अल्पसंख्यक भी जब स्थानीय मानदंडों का विरोध करते हैं तब व्यक्तित्व अस्वास्थ्य का निदान उनपर थोपा जा सकता है।

अगर व्यक्तित्व अस्वास्थ्य का कानून में समावेश होता है तब देशों को दुरुपयोग रोकने के लिए ठोस कानूनी उपबंध निगमित करने चाहिए। यह मार्गदर्शी पुस्तक व्यक्तित्व अस्वास्थ्य के समावेश करने अथवा न करने के विशिष्ट दृष्टिकोण

का समर्थन नहीं करती। देशों को अपनी स्वास्थ्य देखभाल और कानूनी प्रणालियों की परंपरा और विशिष्ट ढाँचे को ध्यान में रखकर इसे संबोधित करना जरूरी है।

एक और विवाद का विषय है कि नशीले पदार्थ (सबस्टैन्स) की लत को मानसिक अस्वास्थ्य के रूप में समाविष्ट करना चाहिए अथवा नहीं। यद्यपि नशीले पदार्थों पर निर्भरता (सबस्टैन्स डिपेंडन्स) को अधिकांश अंतर्राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य वर्गीकरण प्रणालियों जैसी आई सी डी - 10 में समाविष्ट किया गया है, तथापि कई देश इस अस्वास्थ्य को मानसिक स्वास्थ्य कानून से निश्चित रूप से अलग रखते हैं। उदाहरणार्थ 'दि इंग्लैंड एण्ड वेल्स मेंटल हेल्थ एक्ट ऑफ 1983', स्वच्छंद संभोग अथवा अन्य अनैतिक आचार, लैंगिक विचलन अथवा शराब / नशीले पदार्थ निर्भरता (ऐल्कोहोल ऑर ड्रग डिपेंडन्स) (लेखक द्वारा ज्यादा बल दिया गया - एम्फिसिस एडेड) के कारणों से व्यक्ति को मानसिक अस्वास्थ्य कानून की व्याप्ति से अलग रखने की अनुमति देता है। चिकित्सीय अनुभव सूचित करता है कि शराब/नशीले पदार्थ (ऐल्कोहोल ऑर ड्रग) के साथ दुर्यवहार करने वाले व्यक्ति अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए सामान्यतः अच्छे नहीं होते और इस दल के साथ प्रभावी ढंग से निपटने के लिए अन्य कानूनों की आवश्यकता हो सकती है।

### परिभाषाओं के उदाहरण

दो विभिन्न देशों के कानूनों में प्रयुक्त मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषा के उदाहरण नीचे दिए गए हैं जो शब्द की परिभाषा की जटिलताओं को प्रतिबिंबित करते हैं।

**मॉरीशस :** "मानसिक अस्वास्थ्य" से अभिप्रेत है मानसिक अथवा आचरणिक अस्वास्थ्य की लक्षणीय उपस्थिति जिसके कारण व्यक्ति के आचरण, निर्णय, वास्तविकता को पहचानने की क्षमता अथवा जीवन की माँगों की पूर्ति करने की क्षमता को, भारी हानि पहुँचती है और रोगलक्षणों द्वारा मानसिक कार्यों में अशांति सूचित होती है। इसमें सम्मिलित है विचार, मनोदशा, संकल्प शक्ति, बोध, अनुस्थापन अथवा स्मरणशक्ति में क्षोभ के लक्षण जो इतनी मात्रा में उपस्थित हों कि उन्हें रोगात्मक समझा जाए।

(मेंटल हेल्थ केअर एक्ट, 24 ऑफ 1998, मॉरीशस)

**जमैका :** "मानसिक अस्वास्थ्य" से अभिप्रेत है (ए) विचार, संकल्पशक्ति, अनुस्थापन अथवा स्मरणशक्ति में ठोस मात्रा में अस्वास्थ्य, जिसके कारण व्यक्ति के आचरण, निर्णय, वास्तविकता को पहचानने की क्षमता अथवा जीवन की माँगों की पूर्ति करने की क्षमता को भारी हानि पहुँचती है, और इससे व्यक्ति विक्षिप्त मन का बन जाता है अथवा (बी) बौद्धिक अक्षमता (मेंटल रिटार्डेशन) जहाँ स्थिति असाधारण रूप से आक्रमक अथवा गंभीर रूप से लापरवाह आचरण से जुड़ी होती है।

(दि मेंटल हेल्थ एक्ट ऑफ 1997, जमैका)

एम आई प्रिंसिपलज "मानसिक बीमारी" शब्द प्रयोग करते हैं लेकिन उसकी परिभाषा नहीं देते। इसके बजाय मानसिक बीमारी कैसे निर्धारित की जाए अथवा न की जाए यह बताने वाली मार्गदर्शी सूचनाएँ देते हैं। इसमें सम्मिलित हैं :

- मानसिक बीमारी का निर्धारण, राजनैतिक, आर्थिक अथवा सामाजिक प्रतिष्ठा अथवा सांस्कृतिक, जातीय अथवा धार्मिक दल की सदस्यता के कारण अथवा मानसिक स्वास्थ्य स्थिति से सीधे संगत न होने वाले किसी भी कारण के आधार पर कदापि नहीं किया जाएगा।
- पारिवारिक अथवा व्यावसायिक संघर्ष अथवा नैतिक, सामाजिक, सांस्कृतिक अथवा राजनैतिक मूल्यों अथवा व्यक्ति के समुदाय में प्रचलित धार्मिक विश्वास के अनुकूल न होना आदि मानसिक बीमारी के निदान में निर्धारण करने वाले घटक नहीं होंगे।
- पहले हुए उपचार की पृष्ठभूमि अथवा मरीज का अस्पतालीकरण, मानसिक बीमारी के वर्तमान अथवा भविष्यकालीन निर्धारण का प्रमाण नहीं हो सकता।
- किसी भी व्यक्ति को मानसिक बीमारी है अथवा अन्यथा सूचित करने कि व्यक्ति को मानसिक बीमारी है, ऐसा वर्गीकरण कोई भी व्यक्ति अथवा प्राधिकरण नहीं कर सकेगा। मानसिक बीमारी से सीधे संबंधित प्रयोजन के लिए अथवा मानसिक बीमारी के परिणाम स्वरूप ही ऐसा किया जा सकता है।
- व्यक्ति को मानसिक बीमारी है ऐसा निर्धारण अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत चिकित्सा मानदंडों के अनुसरण में किया जाएगा।

### 3.2 मानसिक अक्षमता

"मानसिक अस्वास्थ्य" के विकल्प के रूप में "मानसिक अक्षमता" की संकल्पना है। दि इंटरनैशनल क्लासिफिकेशन ऑफ फंक्शनिंग, डिसेबिलिटी एण्ड हेल्थ (आई सी आई डी एच -2) (डब्ल्यू एच ओ, 2001डी) अक्षमता को, "हानियों, गतिविधि सीमाओं और सहभागिता-प्रतिबंधों के लिए एक सर्व समावेशक शब्द" के रूप में



परिभाषित करता है। यह व्यक्तिविशेष (स्वास्थ्य स्थिति वालों) और उस व्यक्ति के प्रासंगिक घटकों (परिवेशात्मक और वैयक्तिक घटकों) के बीच पारस्परिक प्रभाव के नकारात्मक पहलुओं को सूचित करता है।

मानसिक अक्षमता मानसिक अस्वास्थ्य का पर्यायवाची नहीं है बल्कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को सम्मिलित करता है। मानसिक अस्वास्थ्य से सुधर कर स्वास्थ्य लाभ करने वाले व्यक्ति में कुछ अक्षमताएँ जारी रह सकती हैं और कई व्यक्ति जिन्हें मानसिक अस्वास्थ्य है, वे इस अस्वास्थ्य के कारण अक्षमता अनुभव कर सकते हैं। कुछ प्रसंगों में “अक्षमता” विशिष्ट रोग अथवा सिंड्रोम का अंतर्भूत लक्षण (उदाहरणार्थ कुछ मानसिक अस्वास्थ्य का निदान करने के लिए कार्यगत हानि की उपस्थिति) होना ज़रूरी है और कुछ में यह रोग अथवा सिंड्रोम का परिणामस्वरूप हो सकती है। (बर्टोलोटे एंड सार्टोरियस, 1996)

“मानसिक अक्षमता” शब्द प्रयोग से लाभ यह है कि अक्षमता की संकल्पना लोगों के अपने जीवन, परिवेश, आवश्यकताओं और सीमाओं के बारे में उनके तत्कालबोध से सीधे संदर्भित है (बर्टोलोटे एंड सार्टोरियस, 1996) और स्वास्थ्यक्षेत्र के बाहर के व्यावसायिक इस संकल्पना को अच्छी तरह से समझ सकते हैं। इस शब्द-प्रयोग की एक सुस्पष्ट असुविधा है उसका व्यापक स्वरूप, जो “मानसिक अस्वास्थ्य” अथवा “मानसिक बीमारी” जैसे प्रतिबंधक शब्द प्रयोगों की तुलना में, मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रभाव क्षेत्र में कई अन्य लोगों को लाता है। यही नहीं “मानसिक अक्षमता” शब्दप्रयोग कुछ मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं के उपयोगकर्ताओं को अप्रिय है और वे “मनोसामाजिक अक्षमता” शब्द प्रयोग पसंद करते हैं। उन्हें लगता है कि साइकिएट्रीक अथवा मानसिक अक्षमता “चिकित्साक्षेत्र” से जुड़ा है। इसलिए वे बीमारी और अक्षमता के बीच सुस्पष्ट विभाजन पसंद करते हैं।

### 3.3 मानसिक असमर्थता

लक्ष्यदल को परिभाषित करने का एक और विकल्प है “मानसिक असमर्थता” की संकल्पना। विचाराधीन मसलों (उदाहरणार्थ उपचार अथवा प्रवेश से संबंधित) का स्वरूप समझने, उनके लाभों का मूल्यांकन, चयन एवं वह चयन संसूचित करने की व्यक्ति की क्षमता पर (जो चिकित्सा और व्यवसायी कर्मचारियों द्वारा निर्धारित की गई है) निर्णय आधारित होता है। “मानसिक अस्वास्थ्य” की तुलना में “मानसिक असमर्थता” की संकल्पना संकुचित है। इस शब्द प्रयोग का ऐसे कानूनों में लाभ हो सकता है जो मानसिक स्वास्थ्य के प्रवेश और उपचार के पहलुओं पर मुख्यतः केंद्रित होते हैं। किन्तु इस शब्द का संकुचित स्वरूप ऐसे कानूनों में, जो मानसिक स्वास्थ्य के व्यापक क्षेत्र के मसलों को समाविष्ट करते हैं, उचित नहीं होगा क्योंकि इससे देखभाल तक पहुँच, मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में अधिकार और अवस्था, गोपनीयता और जानकारी तक पहुँच जैसे महत्वपूर्ण अधिकारों के प्रभाव क्षेत्र से अधिकांश मानसिक स्वास्थ्य सेवा उपयोगकर्ताओं को बाहर छोड़ दिया जाएगा।

इस विकल्प की एक विशेषता यह है कि मानसिक अस्वास्थ्य और असमर्थता इन शब्दों का अंतर्बदल नहीं होता। मानसिक अस्वास्थ्य की श्रेणी और गंभीरता स्वीकृत है लेकिन व्यक्ति के जीवन में हस्तक्षेप की कानूनन अनुमति देने से पहले क्षमता का अभाव स्पष्ट रूप से स्थापित करना है। फिर भी यहाँ खतरा है कि इस प्रतिपादन की न्यायिक व्याख्या यदि पर्याप्त रूप से कठोर नहीं है, तो जब केवल मानसिक अस्वास्थ्य स्थापित किया गया है, तब असमर्थता उसी में निहितार्थ समझी जा सकती है। इस परिणाम को निरस्त करने के लिए अध्यादेश में स्पष्ट रूप से लिखा जा सकता है कि मानसिक अस्वास्थ्य के प्रमाण के आधार पर असमर्थता न मानी जाए और असमर्थता स्वतंत्र रूप से स्थापित की जानी चाहिए।

#### परिभाषाओं के उदाहरण

*दि ऑटोरियो (कनाडा) हेल्थ केअर कन्सेंट एक्ट* कहता है : “...व्यक्ति, उपचार, देखभाल सुविधा में प्रवेश अथवा वैयक्तिक सहायता सेवा के लिए सक्षम है अगर व्यक्ति उपचार, प्रवेश अथवा वैयक्तिक सहायता सेवा, जो भी मामला हो, उसके बारे में निर्णय करने में सुसंगत जानकारी समझने के लिए योग्य है और निर्णय अथवा निर्णय के अभाव के उचित अनुमान लगाए जा सकने वाले संभाव्य परिणामों का मूल्यांकन कर सकता है।”

*(हेल्थ केअर कन्सेंट एक्ट ऑफ़ 1996 ऑटोरियो, कनाडा)*

### 3.4 मन की विक्षिप्तता (अनसाऊन्डनेस ऑफ़ माइन्ड)

कुछ कार्यक्षेत्र “मानसिक अस्वास्थ्य” के पर्यायवाची के रूप में “मन की विक्षिप्तता” यह कानूनी शब्द प्रयुक्त करते हैं जैसे, *दि योरोपियन कन्वेंशन फॉर दि प्रोटेक्शन ऑफ़ ह्यूमन राइट्स एण्ड फंडामेंटल फ्रीडम्स* (1950)। यह माना जाता है कि सभी व्यक्ति “स्वस्थ मन के” होते हैं, जब तक कि यह बात अन्यथा साबित न हो। “मन की विक्षिप्तता”

सारणी (टेबल) – 1 मानसिक अस्वास्थ्य की परिभाषाओं की तुलना

शब्द	मानसिक बीमारी	मानसिक अस्वास्थ्य
1. स्वरूप	बहुत संकुचित	संकुचित
2. लाभ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● अच्छी तरह से परिभाषित</li> <li>● सामान्य प्रयोग में, इसलिए सभी पणधारियों (स्टेक होल्डरों) द्वारा समझा हुआ (यद्यपि समय-समय पर विभिन्न अर्थों में)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● चिकित्सा वर्गीकरण प्रणालियों के अनुकूल</li> <li>● परिचालन के लिए सरल</li> </ul>
3. असुविधा	<ul style="list-style-type: none"> <li>● चिकित्सा मॉडेल मजबूत किया जाता है।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● हल्के से लेकर अति गंभीर तक सभी प्रकार की स्थितियाँ समाविष्ट हैं; यह एक खामी हो सकती है, जब केवल अति गंभीर मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों में लागू करने के प्रतिबंध का लक्ष्य है।</li> <li>● विभिन्न स्थितियाँ समाविष्ट हैं, जिनमें से कुछ मानसिक स्वास्थ्य कानून (उदाहरणार्थ मानसिक रिटार्डेशन) का फोकस नहीं हो सकतीं।</li> </ul>

मानसिक अक्षमता	मानसिक असमर्थता	मन की विकसितता
व्यापक	अत्यधिक संकुचित	परिवर्तनीय लेकिन व्यापकता की ओर झुकाव
<ul style="list-style-type: none"> <li>● शब्द का व्यापक स्वरूप, गंभीरता को छोड़ अक्षमता वाले सभी लोग शामिल किए गए हैं, यह सुनिश्चित कर अधिकारों की सकारात्मक सुरक्षा के लिए उपयुक्त</li> <li>● मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के उनके जीवन पर परिणामों के उपभोक्ताओं और सामान्य जनों के बोध के निकट</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● चिकित्सा और कानून दोनों शाखाओं द्वारा समझा हुआ और समान रूप से परिभाषित</li> <li>● अयोग्यता के साथ मानसिक अस्वास्थ्य/बीमारी बराबर नहीं होते</li> <li>● जब अधिकार छीन लिए जा रहे हों, तब अत्यधिक गंभीर मानसिक बीमारी/अस्वास्थ्य को छोड़ अन्य सभी को अलग रखने वाला संकुचित फोकस, उन मरीजों को ज़्यादा सुरक्षा प्रदान करता है।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● जब व्यक्ति के हितार्थ व्याख्या की जाती है तब परिभाषा के लचीलेपन से कुछ लाभ हो सकता है।</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● अच्छी तरह से परिभाषित नहीं किया गया है।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों के सकारात्मक समर्थन के लिए शब्द का संकुचित स्वरूप उसकी उपयोगिता सीमित करता है।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● कानूनी संकल्पना; जो विशिष्ट चिकित्सा श्रेणियों के समानार्थक नहीं है।</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● शब्द का व्यापक स्वरूप का अर्थ है कि कई लोग अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के स्वरूप में शामिल किए जा सकते हैं।</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● दुरुपयोग का खतरा</li> <li>● चिकित्सा और कानूनी शाखाओं के बीच के संवाद को क्षति पहुँचाने की संभावना।</li> </ul>

को स्वस्थ मन न होने के रूप में परिभाषित किया जाता है जो जोखिम भरा है। “विक्षिप्त मन” की संकल्पना “मानसिक असमर्थता” की संकल्पना के निकट है लेकिन वही नहीं। “विक्षिप्त मन” का चिकित्सीय पर्यायवाची नहीं है और कई प्रसंगों में “विक्षिप्त मन” मानसिक अस्वास्थ्य के परिणाम स्वरूप होने वाली स्थितियाँ समाविष्ट करेगा। योरोपीय न्यायालय के अनुसार, शब्दप्रयोग की धाराप्रवाहिकता के कारण उसे निश्चयात्मक व्याख्या नहीं माना जाना चाहिए (गोस्टिन 2000)।

सारांशतः देशों को निर्णय करने की ज़रूरत है कि कानून में हिताधिकारियों अथवा लक्ष्यदल को व्यापक अथवा संकुचित रूप से कैसे परिभाषित करना है, क्योंकि व्यापक और संकुचित परिभाषाओं में से एक को चुनना जटिल है। यदि मानसिक स्वास्थ्य कानून केवल “देखभाल और उपचार” को ही समाविष्ट करता है तो अधिकांश मानसिक स्वास्थ्य उपयोगकर्ताओं, एडवोकेटों और मानव अधिकार कार्यकर्ताओं को संकुचित परिभाषा पसंद आएगी। इसके विपरीत अगर मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं वाले लोगों के अधिकारों की व्यापक रूप से सुरक्षा करने का लक्ष्य है और, उदाहरणार्थ, अविभेदन खंड तथा दुर्व्यवहार से रक्षा को समाविष्ट किया गया हो तो मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं की व्यापक परिभाषा ज्यादा पसंद की जाती है।

एक और दृष्टिकोण हो सकता है कि कानून के उन उपबंधों में व्यापक परिभाषा का उपयोग करना जो सेवाओं और अधिकारों में हकदारी पैदा करता है। अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार प्रक्रिया नियमित करने वाले अनुच्छेदों में संकुचित परिभाषा प्रयुक्त की जा सकती है। फिर भी कई देशों के लिए यह बहुत जटिल हो सकता है जहाँ “सीधे और सरल” कानून न्यायालयों और विधान मंडलों में ज्यादा पसंद किए जाने की संभावना है। ऐसी स्थिति में उपर्युक्त को ध्यान में लेकर दोनों में से एक को चुनना होगा।

एक बार विशिष्ट शब्द चुनने और परिभाषित करने पर पूरे कानून में निरंतरता के साथ उसका प्रयोग किया जाए और उसी अर्थ के दूसरे शब्दों के साथ अंतर्बदल न किया जाए क्योंकि इससे कानून की व्याख्या में संभ्रम पैदा होगा।

### 3.5 अन्य शब्दों की परिभाषाएँ

कानूनी दस्तावेजों में विविध पारिभाषिक शब्दावली का प्रयोग होता है जिसके विभिन्न स्थितियों और देशों में विभिन्न संदर्भगत अर्थ हो सकते हैं। कोई संदिग्धता हटाने और कानून की व्याख्या में सहायता करने के लिए इनका कानूनी दस्तावेज में विशिष्ट परिभाषित प्रयोग होना चाहिए। दो देशों के मानसिक स्वास्थ्य अधिनियमों के उदाहरण नीचे दिए गए हैं।

#### परिभाषाओं के उदाहरण

##### पाकिस्तान

मरीज से अभिप्रेत है ऐसा व्यक्ति जो उपचार और देखभाल के अधीन है।

साइकिएट्रीक सुविधा से अभिप्रेत है मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की देखभाल में सम्मिलित सार्वजनिक अथवा निजी क्षेत्र के अस्पताल, वॉर्ड, चिकित्सालय, नर्सिंग होम, डे-केअर संस्था, ‘हाफ वे हाऊस’।

सुरक्षा स्थान से अभिप्रेत है सरकार द्वारा चलाई गई स्वास्थ्य सुविधा, मनोरोग सुविधा, निवास अथवा कोई भी उचित रिश्तेदार जो मरीज को अस्थायी रूप से रखने को इच्छुक है।

(ऑर्डिनान्स No. VIII ऑफ 2001, पाकिस्तान)

##### ज़िम्बाब्वे

मरीज से अभिप्रेत है ऐसा व्यक्ति (ए) जो मानसिक रूप से अस्वस्थ है अथवा बौद्धिक रूप से अक्षम; अथवा (बी) जो मानसिक रूप से अस्वस्थ अथवा बौद्धिक रूप से अक्षम है या नहीं इसका निर्धारण इस अधिनियम के अधीन कार्यवाहियों में करना ज़रूरी है।

संस्था से अभिप्रेत है ऐसा मनोरोग अस्पताल जिसे मंत्री ने गज़ट में नोटीस द्वारा इस अधिनियम के प्रयोजन के लिए संस्था के रूप में घोषित किया है।

प्राप्ति (रिसेप्शन) आदेश से अभिप्रेत है ऐसा आदेश जो मरीज को हटाने और उसकी संस्था अथवा एकल देखभाल में प्राप्ति और अवरोधन के लिए अनुच्छेद आठ अथवा छब्बीस के अधीन न्यायाधीश द्वारा जारी किया गया है।

(मेंटल हेल्थ एक्ट ऑफ 1996, जिम्बाब्वे)

उपर्युक्त उदाहरण असंगति दर्शाते हैं जो किसी भी शब्द की परिभाषाओं में विशिष्टता के स्तर को सूचित करते हैं। कभी-कभी परिभाषाओं में भी देश के अन्य कानूनी दस्तावेज का संदर्भ होता है। अंततः इन शब्दों की विशिष्ट परिभाषाएँ स्थानीय, सामाजिक, सांस्कृतिक, चिकित्सीय और कानूनी संदर्भ पर आधारित होती हैं। यह महत्त्वपूर्ण है

कि कानून की व्याख्या में संभ्रम से बचने के लिए पूरे कानून में शब्द जिस तरह अंगीकृत और परिभाषित किया गया है वैसा ही निरंतर प्रयुक्त किया जाए।

#### ‘मानसिक अस्वास्थ्य’ की परिभाषा और अन्य शब्द: मुख्य मसले

- कानून अधिकारों पर कार्य करते समय व्यापक परिभाषा और अनैच्छिक प्रवेश और उपचार पर विचार करते समय संकुचित परिभाषा प्रयुक्त कर सकता है।
- कुछ देश मानसिक स्वास्थ्य कानून के टोस उपबंधों से बौद्धिक अक्षमता वाले लोगों को समाविष्ट करना अथवा हटाना पसंद कर सकते हैं। फिर भी यह ध्यान में रखना महत्वपूर्ण है कि बौद्धिक अक्षमता वाले लोग भी कभी मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित होते हैं और हो सकते हैं। कई अधिकार, जो बौद्धिक अक्षमता वाले लोग और अन्य मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग, दोनों के लिए लागू हैं, उन्हें कानून के ज़रिए पुनःस्थापित करने की ज़रूरत होती है।
- कानून को सुनिश्चित करना चाहिए कि मानसिक अस्वास्थ्य निम्नलिखित आधार पर नहीं माना जाता है :
  - i) राजनैतिक, आर्थिक अथवा सामाजिक प्रतिष्ठा अथवा सांस्कृतिक जातीय अथवा धार्मिक दल की सदस्यता अथवा अन्य कोई कारण जो सीधे मानसिक स्वास्थ्य से संगत नहीं है;
  - ii) पारिवारिक अथवा व्यावसायिक संघर्ष अथवा नैतिक, सामाजिक, सांस्कृतिक अथवा राजनैतिक मूल्यों अथवा व्यक्ति के समुदाय में प्रचलित धार्मिक विश्वास के साथ प्रतिकूलता;
  - iii) केवल पूर्व उपचार अथवा अस्पतालीकरण की पृष्ठभूमि होना।
- कानून में सभी पारिभाषिक शब्दों की सुस्पष्ट परिभाषा होनी चाहिए जिसे बिना किसी संदिग्धता के आदेश में प्रयुक्त किया जा सके और कानून की व्याख्या में मदद हो सके।
- एक बार विशिष्ट शब्द चुन लिया जाए और परिभाषित किया जाए फिर यह महत्वपूर्ण है कि संपूर्ण कानून में उसे सुसंगत रूप से प्रयुक्त किया जाए और उसी अर्थ के दूसरे शब्दों के साथ अंतर्बदल न हो जाए।

#### 4. मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच

कानून मानसिक स्वास्थ्य देखभाल (कृपया देखें अध्याय-1, सबसेक्शन 3.5) तक पहुँच में सुधार करने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करता है। सुधार करने से अभिप्रेत है— सेवाओं की बढ़ती उपलब्धता, वित्तीय और भौगोलिक अभिगम्यता में सुधार और सेवाओं का प्रावधान जो स्वीकृत और पर्याप्त गुणवत्ता की हैं। कई देशों में पहुँच की बाधाएँ कम करने की दृष्टि से, इन मसलों का हल ढूँढ़ने हेतु ढाँचा बनाने पर यह अनुच्छेद चर्चा करता है।

#### एम आई प्रिंसिपल्ज़ : मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच

एम आई प्रिंसिपल्ज़ के प्रिंसिपल 1 (मूलभूत स्वतंत्रता और आरंभिक अधिकार) और 8 (देखभाल के मानदंड) उच्च गुणवत्ता की देखभाल तक पहुँच के बारे में हैं। प्रिंसिपल 1 स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल प्रणाली के एक हिस्से के रूप में सभी लोगों को उपलब्ध उत्कृष्ट मानसिक स्वास्थ्य देखभाल का अधिकार स्थापित करता है। प्रिंसिपल 8 व्यक्ति का ऐसी मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने का अधिकार स्थापित करता है जो उसकी आवश्यकतानुरूप हों और जो उसकी क्षति से रक्षा करने।

#### 4.1 मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए वित्तीय संसाधन

कुछ कानूनी ढाँचों में अथवा देशों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए संसाधन तथा निधिकरण के लिए विशिष्ट उपबंध समाविष्ट करने की संभावना हो सकती है। जहाँ यह संभव है, यह सूचित करने की सलाह दी जाती है कि कहाँ संसाधन खर्च किए जाने चाहिए। इससे समुदाय मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और रोकथाम और समर्थन के कार्यक्रमों जैसे क्षेत्रों में पर्याप्त प्रावधान किया जा सकता है।

अधिकांश मानसिक स्वास्थ्य कानून सीधे निधिकरण पर कार्य नहीं करते। यह बजट और नीति के अधिकारक्षेत्र में आता है। इसका यह अभिप्राय नहीं है कि कानून सीधे वित्तीय आबंटनों को प्रभावित नहीं कर सकता।

चार प्रकार के उदाहरण जिनमें निम्नलिखित के लिए आवश्यकता विनिर्दिष्ट कर के कानून निधिकरण निर्देशित कर सकता है :

- **शारीरिक स्वास्थ्य के साथ समानता** – कई देशों में देखभाल के मानदंडों में मानसिक स्वास्थ्य शारीरिक स्वास्थ्य से पीछे रह जाता है। कानून में यह घोषित करना संभव है कि शारीरिक स्वास्थ्य समस्याओं वाले लोगों के साथ समान आधार पर मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर उपचार किए जाने चाहिए। कानून यह लिख सकता है, कि उदाहरणार्थ, अन्य प्रकार के चिकित्सा उपचार के समान गुणवत्ता और मानदंड के अधीन, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को उपचार पाने का अधिकार होना चाहिए। सीधे वित्त मॉनिटरिंग किए बिना यह सीधा, सरल एवं सहज लगने वाला वक्तव्य, मानसिक स्वास्थ्य के लिए अतिरिक्त संसाधन आबंटित करने के लिए प्राधिकार पर जोर दे सकता है जिससे शारीरिक स्वास्थ्य देखभाल के साथ समान रूप से मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की कानूनी आवश्यकताएँ पूरी की जा सकें। उसी तरह निजी क्षेत्र देखभाल में स्वास्थ्य बीमा कंपनियों को उक्त कानूनी वक्तव्य का अनुपालन करते हुए शारीरिक स्वास्थ्य समस्याओं वाले लोगों के साथ मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं वाले लोगों के लिए समान निधिकरण सिद्धांत लागू करने की आवश्यकता हो सकती है। यह वर्तमान में कई देशों में नहीं होता है।
- **अतिरिक्त निधिकरण** – जब कानून में सेवा की आवश्यकता लिखी जाती है, तब उसे उपलब्ध करवाने का कानूनी दायित्व भी होता है। उदाहरणार्थ यदि कानून विनिर्दिष्ट करता है कि तीव्र मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग जो स्वैच्छिक देखभाल चाहते हैं, उन्हें साधारण अस्पताल में उपचार दिए जाने चाहिए, तो राज्य को इसका प्रावधान करना चाहिए। उसी तरह अगर विशिष्ट अधिकार कानून में लिखा है जिसका सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्था पर परिणाम हो सकता है (जैसे गुप्तता का अधिकार) तब प्राधिकारियों का यह सुनिश्चित करने का दायित्व होता है कि सही परिणामों के लिए आवश्यक बुनियादी ढाँचा और संसाधन उपलब्ध कराए जाएँ।
- **अनुप्रेषित (रिडिरेक्टिंग) निधिकरण** – कानून मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए वर्तमान प्रचलित मानदंडों अथवा कानूनी अध्यादेश से प्रावधान करने के बजाय अलग तरीका तय कर सकता है। उदाहरणार्थ यदि पूर्व कानून निर्देश देते हैं कि अधिकांश लोग मनोरोग संस्थाओं में देखभाल प्राप्त करें, नया कानून निश्चयपूर्वक कह सकता है कि अधिकांश लोग अपने स्थानीय समुदाय के भीतर मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करें। कोई वित्तीय वक्तव्य किए बिना, कानून का निहितार्थ है कि अस्पतालों से समुदाय तक वित्तीय स्थलांतरण (शिफ्ट) होना चाहिए।
- **सांविधिक निकायों को निधिकरण** – जब कानून कहता है कि मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा बोर्ड अथवा पुनरीक्षा न्यायाधिकरण (ट्रिब्यूनल) गठित किया जाए, तब यह सांविधिक होता है और प्राधिकार को ऐसा निकाय स्थापित करना होगा। फिर भी ऐसा कानून पारित करने से पहले उचित मंत्रालय को सुनिश्चित करना चाहिए कि देश में जो भी संबंधित प्रक्रिया है, उसके जरिए पुनरीक्षा निकायों के लिए अतिरिक्त निधिकरण उपलब्ध किया जाता है। यदि यह सहमति न हो तो प्राधिकारी को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए दी गई निधि सांविधिक ढाँचा स्थापित करने के लिए आबंटित करनी पड़ती है, परिणामतः मानसिक स्वास्थ्य सेवा सुपुर्दगी कमजोर होती है।

इसलिए यह देखना आसान है कि विधायक, कानून के हर खंड और बिल को कानून बनाने से पहले उसकी संभाव्य वित्तीय जिम्मेदारियों के लिए क्यों सजग होते हैं।

#### 4.2 प्राथमिक देखभाल में मानसिक स्वास्थ्य

उक्त सिद्धांत के अनुसार सामान्य स्वास्थ्य लाभ के साथ समान रूप से मानसिक स्वास्थ्य लाभ होने चाहिए। विभिन्न देश ऐसे कानून बना सकते हैं, जो प्राथमिक देखभाल में मानसिक स्वास्थ्य का समावेश सुनिश्चित करते हैं। कम आमदनी वाले देश जिनमें मानसिक स्वास्थ्य व्यावसायिकों की भारी कमी है, वहाँ मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच में सुधार हेतु सामान्य स्वास्थ्य देखभाल के जरिए मानसिक स्वास्थ्यसेवाएँ देना ही सर्वाधिक व्यवहार्य नीति है। मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उर्ध्वगामी ढाँचे से सहायता लेने से जुड़ा लांछन कम करने में एकीकृत देखभाल सहायक हो सकती है। परिणामतः अभिगम्यता में और सुधार हो सकता है।

यह बात साफ़ है कि अकेले कानून बनाने से प्रावधान का पूरा परिणाम नहीं होगा, उसके साथ आवश्यक बुनियादी ढाँचा और तैयार कर्मचारी होने चाहिए। उदाहरणार्थ मानसिक अस्वास्थ्य के साथ कैसे पेश आना चाहिए इसका प्रशिक्षण कर्मचारियों को देना चाहिए और दवाएँ भी उपलब्ध होनी चाहिए।

## उदाहरण : प्राथमिक देखभाल में मानसिक स्वास्थ्य

मानसिक स्वास्थ्य पर दि अल्बानियन लॉ (1991) लिखता है :

अनुच्छेद (आर्टिकल) 5 : मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए मानसिक स्वास्थ्य देखभाल मनोसामाजिक देखभाल सेवाओं द्वारा दी जाती है, *प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ परिवार के डॉक्टर द्वारा* और विशेषतः मनोरोग चिकित्सा सेवा द्वारा दी जाती हैं। इसमें सम्मिलित है आपातक उपचार, चल (एम्बुलेटरी) सेवा, अस्पताल देखभाल, पुनर्वास गृह, समुदाय स्वास्थ्य देखभाल और साइको-सोशलॉजिस्ट तथा सामाजिक कार्यकर्ता द्वारा मनोसामाजिक सेवाएँ (लेखक द्वारा बल दिया गया)।

(लॉ ऑन मेंटल हेल्थ ऑफ 1991, अल्बानिया)

### 4.3 अल्प सेवित जनसंख्या के लिए आबंटित संसाधन

विभिन्न देशों में सेवा प्रावधान में विसंगति है। ये विसंगतियाँ भौगोलिक (विशिष्ट क्षेत्र के लोगों को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक कम पहुँच हो सकती है) अथवा खंडीय (विशिष्ट जनसंख्या उदाहरणार्थ समाज के अल्पसंख्यक दल की सांस्कृतिक रूप से उचित मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक कम पहुँच हो सकती है) हो सकती हैं। कानून आवश्यकता पर आधारित सेवाओं के आबंटन के लिए निकष तय कर के ये विसंगतियाँ घटाने में सहायता कर सकता है। (धारा 17 नीचे बताती है कि अवयस्कों, महिलाओं, अल्पसंख्यकों और शरणार्थियों के लाभ के लिए कानून कैसे सहायक हो सकता है)। कानून यह भी लिख सकता है कि मानसिक स्वास्थ्य देखभाल समान रूप से देनी चाहिए। (मानसिक स्वास्थ्य देखभाल पर दक्षिण आफ्रीकन कानून में उद्देश्य पर धारा 2 देखें)

### 4.4 चिकित्सा और मनोसामाजिक हस्तक्षेप तक पहुँच

विशिष्ट मानसिक अस्वास्थ्यों के उपचार में साइकोट्रॉपिक दवाएँ (मेडिसिन) निर्णायक होती हैं और अनुपूरक रोकथाम में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। लेकिन कई देशों में मूल साइकोट्रॉपिक दवाएँ भी अक्सर उपलब्ध नहीं होती। प्राथमिक और द्वितीय देखभाल स्तर पर दवाओं की उपलब्धता में सुधार करने के लिए कानूनी कार्रवाई सहायक सिद्ध हो सकती है। कानून ऐसे देशों में चिकित्सा तक पहुँच में सुधार करने में सहायक हो सकता है जहाँ बहुत कम अथवा न के बराबर मनश्चिकित्सक है। उदाहरणार्थ सामान्य व्यवसायी तथा अन्य चिकित्सा विशेषज्ञों को उचित प्रशिक्षण देकर साइकोट्रॉपिक दवाएँ का नुस्खा देने की अनुमति दी जा सकती है।

औषध आपूर्ति कई विकसनशील देशों और कई स्थितियों में एक समस्या है। कानून सुनिश्चित कर सकता है कि मनोविकार की दवाएँ चिकित्सा कम से कम उतनी तो उपलब्ध और अभिगम्य है जितनी अन्य चिकित्सा स्थितियों के लिए दवाएँ। यह "शारीरिक स्वास्थ्य के साथ समानता" (उपर्युक्त बताए अनुसार) पर प्रावधान सम्मिलित कर के किया जा सकता है और / अथवा कानून विशिष्ट रूप से लिख सकता है कि देश की अनिवार्य औषध सूची में मनोविकार चिकित्सा के लिए पर्याप्त प्रावधान करना चाहिए जैसा कि ब्राज़ील ने किया है। (ऑर्डर ऑफ सर्विस नं. 1.077, 2001)

अधिकांश मानसिक अस्वास्थ्य के लिए उपचार में केवल दवाएँ पर्याप्त नहीं होतीं। परामर्श देना, विशिष्ट साइको थेरपीज देना और व्यावसायिक पुनर्वास जैसे अन्य मनोसामाजिक (साइको सोशल) हस्तक्षेप भी समान रूप से महत्वपूर्ण होते हैं। ऐसे हस्तक्षेपों की पहुँच में सुधार के लिए नीतिगत पहल एवं कानूनी कार्रवाई ज़रूरी है। उदाहरणार्थ ट्युनिशिया में कानून कहता है, "मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित व्यक्ति को उचित चिकित्सा देखभाल और शारीरिक उपचार के साथ, जितना संभव हो सके, प्रबोधन, प्रशिक्षण और पुनर्वास का अधिकार है, जिसमें उसकी क्षमता एवं निपुणता विकसित करने में उसे मदद हो सके।" (लॉ ऑन मेंटल हेल्थ, 1992, ट्युनिशिया)

### 4.5 स्वास्थ्य (और अन्य) बीमा तक पहुँच

कई देशों में व्यक्ति को स्वास्थ्य देखभाल पाने के लिए स्वास्थ्य बीमा की आवश्यकता होती है। ऐसे देशों में कानून को, सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य बीमा देने वालों से शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य समस्या वालों की देखभाल और उपचार के लिए पर्याप्त स्वास्थ्य बीमा पाने के लिए, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर विभेदन को रोकने के लिए प्रावधान करने चाहिए। यूनाइटेड स्टेटज ऑफ अमरीका (यू एस ए) में मेंटल हेल्थ पैरिटी एक्ट (1996) शारीरिक चोटों की क्षतिपूर्ति के लाभों की तुलना में मानसिक स्वास्थ्य लाभों की वार्षिक उच्चतम निर्धारित सीमा बनाने में विभेदन करने से बीमाकर्ताओं को रोकता है। (देखें उपर्युक्त सब सेक्शन 4.1 और शारीरिक स्वास्थ्य के साथ समानता पर अभ्युक्तियों)

स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की अद्यतन प्रवृत्तियाँ मरीज की अनुवंशिक पृष्ठभूमि के आधार पर बीमा कवर नकारने की है। *दि यूनिवर्सल डेक्लरेशन ऑन दि ह्यूमन जिनोम एण्ड ह्यूमन राइट्स* का अनुच्छेद 6 प्रावधान करता है – “किसी को भी अनुवंशिक (जेनेटिक) लक्षणों के आधार पर ऐसे विभेदन का शिकार नहीं किया जाएगा जिससे मानव अधिकार, मूलभूत स्वतंत्रता और मानव प्रतिष्ठा का उल्लंघन करने का इरादा है अथवा जिसके परिणाम स्वरूप उल्लंघन होगा।”

ऐसी प्रथा को भंग करने के लिए यूनाइटेड स्टेट कॉंग्रेस ने हेल्थ इन्शुरन्स पोर्टेबिलिटी एण्ड एकाउंटेबिलिटी एक्ट (HIPAA) 1996 पारीत किया जो अनुवंशिक (जेनेटिक) परीक्षणों के आधार पर ऐसे आवेदकों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज नकारने से बीमा कर्ताओं को रोकता है जिन (आवेदकों) में विशिष्ट मानसिक अथवा शारीरिक अस्वास्थ्य विकसित होने की रोगप्रवणता दिखाई देती है।

कुछ देशों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को कुछ ऐसे बीमा प्राप्त करने में कठिनाई होती है जैसे आमदनी अथवा बंधक सुरक्षा बीमा। चिकित्सा बीमा की तरह इस प्रकार के विभेदन से रक्षा के लिए भी कानून की आवश्यकता हो सकती है।

#### 4.6 समुदाय देखभाल का समर्थन और गैर संस्थात्मकीकरण

मानसिक अस्वास्थ्य के लिए समुदाय आधारित देखभाल का समर्थन करने और मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं विशेषतः मानसिक संस्थाओं में दीर्घकालीन प्रवेश के बारे में अनैच्छिक प्रवेश को कम करने में कानून की महत्त्वपूर्ण भूमिका है। कानून “न्यूनतम प्रतिबंधक विकल्प” के सिद्धांत को परिचालन में डाल सकता है (ऐसी जगह अथवा ऐसे उपचार ढंग से देकर जो उपचारों की आवश्यकता पूरी करने में कम से कम हस्तक्षेप करता है।)।

कानून यह अनिवार्य कर सकता है कि अस्पताल में प्रवेश भी केवल तब दिया जाए जब यह दिखाई दे कि समुदाय आधारित उपचारों का विकल्प व्यवहार्य नहीं है अथवा असफल हो गया है। उदाहरणार्थ 1978 जितने पूर्व काल ही में इटली ने कानून बनाया, “अनिवार्य स्वास्थ्य उपचार के प्रस्ताव में अस्पतालीकृत देखभाल केवल तब परिकल्पित की जाए जब मानसिक विक्रोभ को तत्काल चिकित्सीय हस्तक्षेप की आवश्यकता होती है, और / अगर ये हस्तक्षेप मरीज द्वारा स्वीकृत नहीं किए जाते और जब *अस्पताल के बाहर तत्काल और सामायिक स्वास्थ्य देखभाल उपाय किए जा सकें ऐसी स्थितियाँ एवं हालात न हो।*” (लेखक द्वारा बल दिया गया) (स्वैच्छिक और अनिवार्य स्वास्थ्य उपचार, लॉ. नं. 180, 1978 इटली)

बीस साल बाद, केवल अनिवार्य प्रवेश तक संदर्भ सीमित न रखते हुए पुर्तुगाल कानून लिखता है, “मानसिक स्वास्थ्य देखभाल का प्रावधान समुदाय स्तर पर किया जाता है, जिससे मरीज को अपने परिचित परिवेश से दूर जाना टाला जा सकता है और उनका पुनर्वास तथा सामाजिक एकीकरण सुविधाजनक हो सकता है।” (मैटल हेल्थ लॉ 36, 1998, पुर्तुगाल)

ब्राजील का कानून लिखता है कि व्यक्ति को “समुदाय मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में उपचार पाने” का अधिकार है (मैटल हेल्थ लॉ नं. 10. 216, 2001 ब्राजील)। रिओ नेग्रो (अर्जेन्टिना) कानून लिखता है, “सभी अन्य उपचार विकल्प समाप्त होने के बाद अंतिम सहारा अस्पतालीकरण होगा.... इन सभी मामलों में रहने की अवधि यथा संभव कम होगी।” पहले के अस्पतालीकृत मरीजों के संदर्भ में यह कानून लिखता है, “मानसिक अस्वास्थ्य वाले मरीजों की अपनी पहचान, मान-मर्यादा और सम्मान पुनः प्राप्त करना जिसकी परिणति समुदाय में उनके फिर से एकीकरण में होगी, यही इस अधिनियम का अंतिम लक्ष्य है और सारी कार्रवाई इसी पर आधारित है।” (प्रमोशन ऑफ हेल्थ केअर सोशल सर्विसेज फॉर पर्सन्स विथ मैटल इलनेस एक्ट 2440, 1991 रिओ नेग्रो, अर्जेन्टिना)। ऐसे प्रावधान के लिए जरूरी है कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए जिम्मेदार प्राधिकारी पर्याप्त गुणवत्ता की समुदाय आधारित सुविधाओं की श्रृंखला स्थापित करे जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए अभिगम्य हो। यदि ऐसा नहीं हो तो कानून की शरण में जाना होगा।

मानसिक स्वास्थ्य कानून इस तरह ऐसे देशों अथवा क्षेत्रों में समुदाय आधारित उपचार सुविधाओं के विकास को बढ़ावा देगा जहाँ ये बहुत कम अथवा न के बराबर हैं। कई देश विनिर्दिष्ट करते हैं कि कौन-सी समुदाय सेवाएँ अनिवार्यतः उपलब्ध करनी हैं। उदाहरणार्थ जमैका में कानून कहता है, “समुदाय मानसिक स्वास्थ्य सेवा निम्नलिखित प्रावधान की जिम्मेदारी लेगी

(ए) स्वास्थ्य केंद्रों और जनरल अस्पतालों में आउट पेशंट साइक्रिएट्रीक क्लिनिक की सेवा;

(बी) साइक्रिएट्रीक सुविधा संस्था से मुक्त कर दिए जाने के बाद व्यक्तियों के लिए पुनर्वास सेवाएँ;



- (सी) मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए पर्यवेक्षित घरेलू देखभाल और सहायता; और  
(डी) मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए सेवाएँ” (मैटल हेल्थ एक्ट 1997, जमैका।)

समुदाय आधारित देखभाल और पुनर्वास को बढ़ावा देने का एक और साधन है – ऐसा कानून बनाया जाना चाहिए जो हालात में जितनी आवश्यक है उससे ज्यादा अवधि के लिए अनैच्छिक प्रवेश को रोक सके। (देखें सब सेक्शन 8.3)। कुछ अपवादवात्मक स्थितियों में सामान्यतः आवश्यकता से ज्यादा अवधि के लिए अनैच्छिक प्रवेश जारी रखना ज़रूरी हो सकता है लेकिन यह निर्णायक रूप से दर्शाया जाना चाहिए कि अनैच्छिक प्रवेश के लिए कारणीभूत मूल स्थितियाँ अभी भी बरकरार हैं। देखभाल पश्चात सुविधाओं का अभाव अनैच्छिक प्रवेश जारी रखने के लिए पर्याप्त समर्थन नहीं हो सकता। देखभाल पश्चात और पुनर्वास सेवाएँ मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और उपचार का अंगभूत हिस्सा हैं। इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि देखभाल तक पहुँच के समर्थन के हिस्से के रूप में ऐसी सेवाएँ विकसित करने के लिए कानून में उपबंध समाविष्ट किए जाएँ।

### मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच : मुख्य मसले

- मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच में सुधार करना कानून का महत्वपूर्ण कार्य है। इसके लिए सेवाओं की बढ़ती उपलब्धता, वित्तीय और भौगोलिक अभिगम्यता में सुधार और स्वीकार्य एवं पर्याप्त गुणवत्ता वाली सेवाओं का प्रावधान ज़रूरी है।
- कुछ देशों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के निधिकरण और संसाधनों के आबंटन के लिए विशिष्ट प्रावधान सम्मिलित करना संभव हो सकता है। जहाँ यह संभव है, वहाँ यह सूचित करने की सलाह दी जाती है कि संसाधन कहाँ खर्च किए जाने चाहिए जिससे समुदाय मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और रोकथाम तथा बढ़ावा देने के कार्यक्रम जैसे क्षेत्रों में पर्याप्त प्रावधान किया जा सके।
- अधिकांश मानसिक स्वास्थ्य कानून सीधे निधिकरण पर काम नहीं करते। फिर भी कानून संसाधनों के आबंटन पर प्रभाव डाल सकता है। उदाहरणार्थ शारीरिक स्वास्थ्य से समानता की आवश्यकता से संबंधित प्रावधान सम्मिलित कर, नवीन सेवा आवश्यकताएँ विनिर्दिष्ट करना जिससे अतिरिक्त निधिकरण आवश्यक हो जाए अथवा वर्तमान निधि का अनुप्रेक्षण कर और / अथवा मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा बोर्ड अथवा न्यायाधिकरण स्थापित करने की ज़रूरत लिखकर।
- कानून प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल परिवेश में मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप के आरंभ को बढ़ावा दे सकता है जिससे अल्प सेवित जनसंख्या के लिए देखभाल तक पहुँच बढ़े और मानसिक अस्वास्थ्य से जुड़ा लांछन घटाकर उसे समर्थन दिया जा सके।
- सेवाओं की आवश्यकता आधारित आबंटन के लिए निकष तय कर मानसिक स्वास्थ्य कानून सेवा प्रावधान में भौगोलिक अथवा खंडीय विसंगतियों को घटाने में सहायता कर सकता है।
- 'शारीरिक स्वास्थ्य के समान' प्रावधान का समावेश कर स्पष्ट रूप से लिखकर कि देश की अनिवार्य औषध सूची में मनोरोग चिकित्सा के लिए पर्याप्त प्रावधान किए जाने चाहिए और आम स्वास्थ्य व्यवसायियों और अन्य चिकित्सा विशेषज्ञों को इन औषधप्रयोग के नुसखे लिखने का उचित प्रशिक्षण देकर कानून साइकोट्रॉपिक दवाओं तक पहुँच में सुधार कर सकता है।
- मानसिक स्वास्थ्य कानून को परामर्श, विभिन्न साइकोथेरेपिज और व्यावसायिक पुनर्वास जैसे मनो- सामाजिक हस्तक्षेपों तक पहुँच को भी बढ़ावा देना चाहिए।
- देखभाल पश्चात और पुनर्वास सेवाएँ मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और उपचार का अंगभूत हिस्सा हैं, इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि देखभाल तक पहुँच को बढ़ावा देने के हिस्से के तौर पर ऐसी सेवाएँ विकसित करने के लिए कानून में प्रावधान सम्मिलित किए जाते हैं।
- ऐसे देशों में जहाँ सार्वजनिक और निजी बीमा योजनाएँ हैं, कानून को सुनिश्चित करना चाहिए कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग मानसिक और शारीरिक दोनों स्थितियों के उपचार हेतु पर्याप्त बीमा कवरेज प्राप्त कर सकते हैं।
- "न्यूनतम प्रतिबंधक विकल्प" के सिद्धांत को काम में लाकर कानून मानसिक अस्वास्थ्य के लिए समुदाय आधारित देखभाल को बढ़ावा दे सकता है जिससे मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अनैच्छिक प्रवेश विशेषतः मैटल इन्स्टिट्यूशन में दीर्घावधि प्रवेश घट सकता है।

### 5. मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं के अधिकार

इस खंड में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं के महत्वपूर्ण अधिकारों पर चर्चा की जाती है जिनकी कानून द्वारा औपचारिक रूप से रक्षा की जानी चाहिए। इनमें से कुछ अधिकार (जैसे गोपनीयता) सिर्फ मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं के लिए ही नहीं हैं, बल्कि वे अन्य स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं पर भी समान रूप से लागू होते हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों के उल्लंघन, लांछन और विभेदन का इतिहास ध्यान में रखते हुए तथा कभी मानसिक अस्वास्थ्य की विशिष्टता की वजह से, इनके लिए विशेष और अतिरिक्त सुरक्षा आवश्यक हो सकती है। कभी-कभी मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के साथ रिश्तेदारों द्वारा "नॉन पर्सन्ज" (जैसा व्यक्ति नहीं), जैसे कि बच्चे के साथ - अथवा उससे बदतर पशु की भाँति-बर्ताव किया जाता है। उनमें हमेशा प्रौढ़ की तरह निर्णय करने की क्षमता का अभाव माना जाता है, जिसके परिणामस्वरूप उनकी भावनाओं और मान-मर्यादाओं की पूर्णतः उपेक्षा की जाती है।

नीचे चर्चित उपयोगकर्ताओं के अधिकार सभी प्रकार की मानसिक सेवाओं के उपयोगकर्ताओं पर समान रूप से लागू होते हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकार कई मानसिक स्वास्थ्य कानूनों में विनिर्दिष्ट होते हैं। (जैसे ब्राजील, लिथुआनिया, पुर्तगाल, दि रशियन फेडरेशन, दक्षिण आफ्रीका, पहले का युगोस्लाव रिपब्लिक ऑफ मेसेडोनिया और कई अन्य)। इस खंड में हालाँकि स्पष्ट रूप से सभी नहीं लेकिन कुछ महत्वपूर्ण अधिकारों पर प्रकाश डाला गया है और चर्चा की गई है।

## 5.1 गोपनीयता

### एम आई प्रिंसिपल्स : गोपनीयता

ऐसे सभी लोगों के बारे में जानकारी की गोपनीयता के अधिकार का आदर किया जाएगा जिनपर वर्तमान सिद्धांत लागू होते हैं।

(प्रिंसिपल 6, एम आई प्रिंसिपल्स)

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को अपने एवं अपनी बीमारी तथा उपचार के बारे में जानकारी की गोपनीयता का अधिकार है; उनकी सहमति के बिना अन्वयों को यह जानकारी नहीं देनी चाहिए।

मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी व्यावसायिक आचरण संहिता द्वारा बाध्य होते हैं जिसमें सामान्यतः गोपनीयता के नियम शामिल हैं।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की देखभाल में सम्मिलित सभी व्यवसायियों को गोपनीयता के भंग होने से रोकने का कर्तव्य होता है। यह महत्वपूर्ण है कि मानसिक स्वास्थ्य दल के सभी सदस्य नियमों के बारे में सजग होते हैं जिनके कारण गोपनीयता बनाए रखने के लिए वे बाध्य होते हैं। मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रभारी अधिकारियों को सुनिश्चित करना चाहिए कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की गोपनीयता सुरक्षित रखने के लिए पर्याप्त प्रक्रियाएँ हैं। इससे प्रभावी प्रक्रिया कार्यरत होने की अपेक्षा है जिससे इलेक्ट्रॉनिक डाटाबेस जैसे अन्य डाटा रेकॉर्डिंग प्रक्रियाओं और मरीज की चिकित्सीय टिप्पणियों तक केवल अधिकृत व्यक्तियों को ही पहुँच है।

मानसिक स्वास्थ्य कानून, व्यवसायियों अथवा मानसिक स्वास्थ्यसुविधाओं द्वारा गोपनीयताभंग करनेके लिए सजा तथा दंड देने के प्रावधान के जरिए गोपनीयता की रक्षा कर सकता है। जहाँ मरीज की गोपनीयता के बारे में अनादर है वहाँ संभव हो मुकदमा चलाने के बजाय व्यक्तियों को शिक्षा और उचित प्रशासनिक कार्यविधियों जैसे अन्य उपाय काम में लाने चाहिए। विशिष्ट अपवादात्मक मामलों में अपराधिक सजा आवश्यक हो सकती है।

कुछ अपवादात्मक ऐसे प्रसंग हैं जिनमें गोपनीयता भंग की जा सकती है। कानून ऐसी स्थितियाँ विनिर्दिष्ट कर सकता है जब उपयोगकर्ता की पूर्व सहमति के बिना अन्य पार्टियों को मरीज के मानसिक स्वास्थ्य पर जानकारी दी गई है। ऐसे अपवादों में जीवन खतरे में डालने वाली आपात स्थितियाँ अथवा दूसरों को हानि की संभावना वाली स्थितियाँ हो सकती हैं। महत्वपूर्ण विकृति अथवा पीड़ा रोकने जैसी स्थितियाँ भी कानून इसमें सम्मिलित करना चाहेगा। फिर भी प्रयोजन के लिए जितनी जरूरी हो उतनी ही जानकारी दी जानी चाहिए। जब न्यायिक प्राधिकारियों (उदाहरणार्थ अपराधी मामलों में) को चिकित्सीय जानकारी देने की न्यायालय को आवश्यकता हो और विशिष्ट मामले से संबंधित जानकारी है तब मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी आवश्यक जानकारी देने के लिए बाध्य होता है। प्राथमिक देखभाल करने वालों के साथ, जो आम तौर पर परिवार सदस्य होते हैं, गोपनीयता बनाई रखने और विशिष्ट जानकारी बाँटने की आवश्यकता के मामले जटिल होते हैं। (नीचे सेक्शन 6 में चर्चित) कानून सुनिश्चित कर सकता है कि मरीज और उनके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को जानकारी देने के निर्णय के विरुद्ध अपील या उसकी न्यायिक पुनरीक्षा के लिए अनुरोध करने का अधिकार है।

## 5.2 जानकारी तक पहुँच

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं और मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों द्वारा रखे गए उनके चिकित्सीय अभिलेख तक मुक्त और पूरी पहुँच का सांविधिक अधिकार होना चाहिए। इस अधिकार की आई सी सी पी आर का अनुच्छेद 19 और एम आई प्रिंसिपल्स जैसे सामान्य मानव अधिकार मानदंडों द्वारा रक्षा की जाती है।

## एम आई प्रिंसिपल्ज : जानकारी तक पहुँच।

1. मरीज ...मानसिक स्वास्थ्य सुविधा द्वारा रखे गए उसके स्वास्थ्य और वैयक्तिक अभिलेख में मरीज के बारे में जानकारी तक पहुँच का मरीज हकदार होगा। मरीज के स्वास्थ्य को गंभीर क्षति से रोकने एवं दूसरों की सुरक्षा जोखिम में डालने से बचने के लिए प्रतिबंधों के अधीन यह अधिकार होगा। मरीज को न दी गई ऐसी जानकारी जब विश्वास में दी जा सकती है तब मरीज के वैयक्तिक प्रतिनिधि और वकील को देनी चाहिए ऐसा प्रावधान देशीय कानून कर सकता है। अगर मरीज से कोई जानकारी रोक रखी जाती है तो मरीज अथवा मरीज के वकील को रोक रखने और उसके कारणों के बारे में नोटीस भेजी जाए और यह निर्णय न्यायिक पुनरीक्षा के अधीन होगा।
2. मरीज अथवा मरीज के वैयक्तिक प्रतिनिधि अथवा वकील द्वारा किसी लिखित अभ्युक्ति को, अनुरोध करने पर, मरीज की फाइल में समाविष्ट किया जाएगा।

(प्रिंसिपल्ज 19 (1) एण्ड (2), एम आई प्रिंसिपल्ज)

यह संभव है कि अपवादात्मक हालात में व्यक्ति के चिकित्सीय अभिलेख प्रकट करने से दूसरों की सुरक्षा जोखिम में पड़ सकती है अथवा उसी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को गंभीर क्षति का कारण बन सकती है। उदाहरणार्थ कभी चिकित्सीय अभिलेख में रिश्तेदारों अथवा अन्य व्यवसायियों जैसे अन्य पार्टियों से मिली गंभीर रूप से विक्षुब्ध मरीज के बारे में जानकारी होती है। यदि यह जानकारी विशिष्ट समय पर मरीज को प्राप्त हो तो उसका परिणाम वह फिर से गंभीर रूप से बीमार होने अथवा उससे भी बदतर, स्वयं को अथवा दूसरों को क्षति पहुँचाने में हो सकता है। इसलिए कई न्यायालयों ने अभिलेख के ऐसे हिस्सों की जानकारी न देने का अधिकार (और कर्तव्य) व्यवसायियों को दिया है। सामान्यतः जानकारी को रोक रखना अस्थायी आधार पर हो सकता है जब तक मरीज ऐसी जानकारी विवेकपूर्ण ढंग से लेने में सक्षम न हो। कानून सुनिश्चित कर सकता है कि मरीज और उसके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को, जानकारी रोक रखने के निर्णयों पर न्यायिक पुनरीक्षा का अनुरोध अथवा अपील करने का अधिकार है।

मरीज और उनके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को भी यह अनुरोध करने का अधिकार है कि वर्तमान अभिलेख में कोई परिवर्तन किए बिना चिकित्सीय अभिलेख में उनकी अभ्युक्तियाँ सन्निविष्ट की जाएँ।

कानून (अथवा विनियमन) मरीज के लिए जानकारी तक पहुँच के उनके अधिकार को प्रयुक्त करने की कार्यविधि की रूपरेखा दे सकता है। इसमें सम्मिलित है:

- जानकारी तक पहुँच के लिए आवेदनपत्र बनाने की कार्यविधि;
- किसे ऐसा आवेदनपत्र बनाने की अनुमति दी जाती है;
- आवेदनपत्र मिलने पर कितनी कालावधि में मानसिक स्वास्थ्य सुविधा को ऐसा अभिलेख उपलब्ध करवाना चाहिए,
- किस व्यवसायी को मरीज और / अथवा उसके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को अभिलेख उपलब्ध करने से पहले अभिलेख की पुनरीक्षा करनी चाहिए और प्रमाणित करना चाहिए कि अभिलेख का कौन सा भाग (अगर कोई हो तो) उपलब्ध नहीं करवाना चाहिए और न करवाने के कारण;
- जब केवल आंशिक अभिलेख मरीज और / अथवा उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि को दिया जाता है तब पूरा अभिलेख न देने के कारणों को भी उन्हें बताना चाहिए;
- ऐसी अपवादात्मक स्थितियाँ तय की जाएँ जब जानकारी तक पहुँच नकारी जा सकती है।

यह भी महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य सुविधाओं में कोई कर्मचारी उपलब्ध हो जो मरीज की फाइल अथवा अभिलेख की पुनरीक्षा करे एवं मरीज और / अथवा कानूनी प्रतिनिधियों को उसमें लिखी जानकारी सुस्पष्ट कर सके।

### 5.3 अधिकार और मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में स्थितियाँ

मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में रहने वाले मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को पहनावे की कमी अथवा अपर्याप्त पहनावा, निकृष्ट सफाई और स्वास्थ्य व्यवस्था, अपर्याप्त और निकृष्ट स्तर का खाना, एकांत (प्राइवसी) की कमी, काम करने की ज़बरदस्ती अथवा अन्य मरीजों अथवा कर्मचारियों से शारीरिक, मानसिक और लैंगिक दुर्व्यवहार का शिकार (देखें अध्याय 1, सब सेक्शन 3.2) आदि निकृष्ट जीवन स्थितियों का अक्सर शिकार बनना पड़ता है। ऐसी स्थितियाँ मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के अधिकारों एवं स्थितियों के लिए अंतर्राष्ट्रीय रूप से सहमत मानदंडों का उल्लंघन करती हैं।

## एम आई प्रिंसिपल्ज : मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अधिकार और स्थितियाँ

- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में हर मरीज को यह विशेष अधिकार है कि निम्नलिखित का पूरा आदर किया जाए :
  - कानून के सामने एक व्यक्ति के रूप में मान्यता
  - अलग रखना एकांत / गुप्तता
  - संसूचना की स्वतंत्रता जिसमें सम्मिलित है सुविधा में अन्य व्यक्तियों से संसूचित करने की स्वतंत्रता, अपरिवर्तित निजी संसूचना भेजने और पाने की स्वतंत्रता, एकांत में वकील अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधि और उचित समय हो तो अन्य भेंटकर्ताओं से मिलने की स्वतंत्रता और डाक, टेलीफोन सेवाएँ तथा समाचार पत्र, रेडिओ और टेलीविजन तक पहुँच की स्वतंत्रता;
  - धर्म अथवा विश्वास की स्वतंत्रता।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में परिवेश और जीवन की स्थितियाँ यथा संभव समान आयु के व्यक्ति के साधारण जीवन के निकट हों और विशेषतः निम्नलिखित समाविष्ट हों –
  - मनोरंजन और अवकाश समय के क्रियाकलाप की सुविधाएँ;
  - शिक्षा की सुविधाएँ
  - दैनिक जीवन, मनोरंजन और संसूचना के लिए मदें खरीदने और पाने की सुविधाएँ
  - मरीज की सामाजिक और सांस्कृतिक पृष्ठभूमि के अनुसार सक्रिय तरीके से व्यस्त रहने के लिए और समुदाय में पुनःएकीकरण को बढ़ावा देने के लिए उचित व्यावसायिक पुनर्वास उपाय हेतु ऐसी सुविधाएँ प्रयुक्त करने के लिए समर्थन एवं इन उपायों में, व्यावसायिक मार्गदर्शन, व्यावसायिक प्रशिक्षण और नियोजन सेवाएँ जिससे मरीज समुदाय में रोजगार पाने और बनाए रखने में समर्थ हो सके, सम्मिलित करने चाहिए।
- किसी भी हालत में मरीज बेगार का शिकार न हो जाए। मरीज की आवश्यकताओं और संस्थात्मक प्रशासन की जरूरतों की सीमाओं के अनुसार मरीज जिस प्रकार का काम करने का इच्छुक है, उसे वह चुन सकता है।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज के श्रम का शोषण न किया जाए। ऐसे मरीज को उसके द्वारा किए जाने वाले कार्य के लिए देशीय कानून अथवा रीतिनुसार वही पारिश्रमिक प्राप्त करने का अधिकार है जो ऐसा कार्य करने पर "नॉन पेजेंट" (गैर मरीज) को मिलता है। ऐसे हर मरीज को किसी भी प्रसंग में मानसिक स्वास्थ्य सुविधा को उसके काम के लिए जो पारिश्रमिक दिया जाता है, उसका अच्छा हिस्सा पाने का अधिकार है।

(प्रिंसिपल 13, एम आई प्रिंसिपल्ज)

### 5.3.1 परिवेश

दि इंटर नेशनल कन्वेंशन ऑन सिविल एण्ड पोलिटिकल राइट्स (आई सी सी पी आर ) के अनुच्छेद 7 में तय किए अनुसार मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रविष्ट मरीजों को क्रूर, अमानवीय और अपमानकारक उपचारों से सुरक्षा प्राप्त करने का अधिकार है।

सुरक्षित और स्वच्छ परिवेश का प्रावधान स्वास्थ्य का विषय है और व्यक्ति की संपूर्ण तंदुरुस्ती के लिए महत्त्वपूर्ण है। मानसिक स्वास्थ्य उपचार प्राप्त करते समय कोई भी व्यक्ति असुरक्षित अथवा अस्वच्छ स्थितियों का शिकार नहीं होना चाहिए।

कुछ संस्थाओं में पर्याप्त खाने और पहनावे की कमी होती है, सर्दी में पर्याप्त गर्मी अथवा गरम कपड़ों का प्रावधान नहीं होता, कमरे अथवा वॉर्ड चोट की रोकथाम की दृष्टि से सुव्यवस्थित नहीं होते, पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल और सुविधाओं का अभाव जिससे सांसर्गिक रोगों के फैलाव को रोका जा सके और सफाई तथा स्वास्थ्य विज्ञान का न्यूनतम स्तर बनाए रखा जा सके इसलिए पर्याप्त सुविधाएँ नहीं होतीं। कर्मचारियों की कमी के कारण मरीजों से रखरखाव का कार्य बिना वेतन अथवा छोटे विशेषाधिकार के बदले, जबरदस्ती से करा लिया जाता है। यह अमानवीय और अपमानकारक व्यवहार है और आई सी सी पी आर के अनुच्छेद 7 का भंग करता है।

एम आई प्रिंसिपल्ज लिखता है कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में परिवेश यथासंभव सामान्य जीवन के निकट होना चाहिए। इसमें मनोरंजन, शिक्षा, धार्मिक अभ्यास और व्यावसायिक पुनर्वास के लिए सुविधाएँ सम्मिलित हैं।

कानून (अथवा संलग्न विनियमन) को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में बनाए रखी जाने वाली न्यूनतम स्थितियाँ तय करनी चाहिए जिससे पर्याप्त रूप से सुरक्षित, स्वच्छ और स्वास्थ्यकर जीवन परिवेश सुनिश्चित किया जा सके। कानून 'भेंटकर्ता बोर्ड' के लिए प्रावधान भी सम्मिलित कर सकता है जो सुविधाओं को भेंट देकर सुनिश्चित करें कि इन अधिकारों और स्थितियों का आदर और अनुमोदन किया जा रहा है। (नीचे सेक्शन 13 देखें)। यह महत्वपूर्ण है कि अगर स्थितियाँ ठीक न हो तो कानून विनिर्दिष्ट करे कि भेंटकर्ता बोर्ड कार्यवाई कर सके। अगर उन्हें कानूनी सामर्थ्य न दिया जाए तो ऐसे बोर्ड अनुचित प्रणाली का केवल सहयोजित हिस्सा भर रह जाएँगे।

### 5.3.2 गुप्तता (एकांत)

व्यक्ति के व्यवहार में समाज कहाँ तक अनधिकारप्रवेश कर सकता है इसकी सीमा तय करने वाली 'गुप्तता' या 'एकांत' एक व्यापक संकल्पना है। इसमें जानकारी की गुप्तता, शारीरिक गुप्तता, संसूचना की गुप्तता और क्षेत्रीय गुप्तता शामिल हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के बारे में, विशेषतः साइकिएट्रीक सुविधाओं में, इन अधिकारों का बारबार उल्लंघन होता है। उदाहरणार्थ मरीजों को डॉर्मिटोरी नुमा वॉर्ड अथवा 'मानवी गोदाम' (ह्यूमन वेअर हाऊस) में सालों साल जबरदस्ती से रहना पड़ता है जिसमें बहुत कम निजी जगह मिलती है। वैयक्तिक सामान रखने के लिए अलमारी जैसी सुविधा का भी अभाव होता है। जब मरीज को एकल अथवा डबल कमरा उपलब्ध है तो भी कर्मचारी अथवा अन्य मरीज उसकी निजी जगह का उल्लंघन कर सकते हैं।

मरीज की शारीरिक गुप्तता का आदर करना कानून अनिवार्य बना सकता है और मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं को उसे संभव बनाना होगा। फिर भी कम आय वाले देशों में संसाधनों की सीमाओं की वजह से यह कठिन होगा। ऐसी स्थिति में अन्य स्वास्थ्य देखभाल के साथ संगति के सिद्धांत को, जो पहले से स्थापित है, पहला कदम बनाना होगा। सुसंगति के साथ भी समस्याएँ होती हैं। यह इसलिए है कि विकसनशील देशों में कई जनरल अस्पतालों में गुप्तता के ग्राह्य मानदंडों से निचले स्तर पर ये स्थितियाँ हैं और ये स्थितियाँ जहाँ दीर्घकालिक देखभाल (जहाँ गुप्तता की समस्या अधिक होगी) के लिए होती हैं वहाँ तात्कालिक (एक्यूट) देखभाल से भिन्न होनी चाहिए। यह स्पष्ट है कि गुप्तता का आवश्यक स्तर दीर्घकालिक देखभाल की सुविधाओं में, जो मरीज के घर जैसी हों, अल्पावधि-निवास अस्पताल से भिन्न होगा।

ऐसे देश जिनमें संस्थात्मक देखभाल में बड़ी संख्या में लोग हैं और वॉर्ड में बड़ी संख्या में लोग हैं, वहाँ गुप्तता के उद्देश्य की दिशा में जाना ज़रूरी है और इन अधिकारों को प्रत्यक्ष में उतारने के लिए उपाय करने चाहिए। उदाहरणार्थ जहाँ कई लोग एक कमरा बाँटते हैं, वहाँ मनोरंजन के लिए निजी कमरे का प्रावधान भी इस दिशा में अगला कदम है। अगर समुदाय में पर्याप्त सुविधाएँ दी जाती हैं, तो गैर संस्थात्मकीकरण कई लोगों के लिए गुप्तता पाने का साधन हो सकता है, क्योंकि इससे भीड़ भरे व तटस्थ अस्पतालों से मरीज को छोड़ दिया जाएगा।

फिर भी यह महत्वपूर्ण है कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में गुप्तता के अधिकार से यह अभिप्राय नहीं है, कि आत्मघाती मरीज जैसी विशिष्ट स्थिति में व्यक्ति की तलाशी नहीं ली जा सकती या उसे निरंतर निरीक्षण में नहीं रखा जा सकता। ऐसी स्थिति में गुप्तता की सीमाएँ, अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत अधिकार के बावजूद, ध्यान में लेनी होंगी।

### 5.3.3 संसूचना

अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट मरीजों को बाहरी दुनिया से संसूचना करने का अधिकार है। कई संस्थाओं में परिवार से (पति अथवा पत्नी और मित्र समेत) आत्मीयता से मिलने पर प्रतिबंध होते हैं। संसूचना मॉनीटर की जाती है, पत्र खोले जाते हैं और कभी सेन्सर किए जाते हैं। मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में ऐसे व्यवहार पर कानून रोक लगा सकता है। गोपनीयता और जानकारी तक पहुँच (ऊपर चर्चा की गई है) के समान, विशिष्ट अपवादात्मक हालत में, संसूचना पर प्रतिबंध ज़रूरी होते हैं। अगर ऐसा दर्शाया जाता है कि संसूचना पर प्रतिबंध लगाने में असफलता, मरीज के स्वास्थ्य के लिए हानिकारक सिद्ध होगी अथवा इससे अन्य लोगों के अधिकार और स्वतंत्रता के साथ टकराव होगा, तो ऐसी संसूचना पर प्रतिबंध लगाना उचित होगा। उदाहरणार्थ मरीज बार-बार अप्रिय टेलीफोन करता है अथवा दूसरे व्यक्ति को पत्र भेजता है, मरीज डिप्रेसिव बीमारी में लिखता है और अपने नियोक्ता को इस्तीफा भेजना चाहता है। कानून अपवादात्मक स्थितियाँ विनिर्दिष्ट कर सकता है और ऐसे प्रतिबंधों पर अपील करने के अधिकार पर बल दे सकता है।

### 5.3.4 श्रम

कानून मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में बेगारी के उपयोग पर रोक लगा सकता है। इसमें ऐसी स्थितियाँ शामिल हैं, जब मरीज को उसकी इच्छा के विरुद्ध जबरदस्ती काम करना पड़ता है (उदाहरणार्थ सुविधा में कर्मचारियों की कमी के कारण), अथवा किए गए काम का उचित एवं पर्याप्त पारिश्रमिक नहीं मिलता और जहाँ छोटे-छोटे विशेषाधिकार के लिए संस्था के कर्मचारियों के वैयक्तिक काम मरीज को करने पड़ते हैं।

बेगार को व्यावसायिक चिकित्सा समझने का संभ्रम न किया जाए और न उसे ऐसी स्थितियों के साथ जोड़ा जाए जहाँ वह पुनर्वास कार्यक्रम का हिस्सा है, जैसे सुविधा में मरीज को अपना बिछौना ठीक से लगाना अथवा संस्था के लोगों के लिए खाना बनाना। फिर भी कुछ ऐसे संभ्रमित क्षेत्र हैं जिनके मसलों पर कानून को यथा संभव सुस्पष्ट प्रावधान करने की कोशिश करनी चाहिए।

### 5.4 अधिकारों की नोटीस

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को कानून कई अधिकार देता है, लेकिन वे अपने अधिकारों के प्रति सजग नहीं होते इसलिए उनका प्रयोग नहीं कर पाते। इसलिए यह जरूरी है कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं में मरीजों को उनके अधिकारों की जानकारी देने का प्रावधान कानून में शामिल किया जाता है।

#### एम आई प्रिंसिपल्ज : अधिकारों की नोटीस

1. मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज के प्रवेश के बाद यथाशीघ्र मरीज की समझ में आ सके ऐसी भाषा में इन सिद्धांतों तथा देशीय कानून के अधीन अधिकारों की जानकारी उसे दी जाए। इसमें अधिकारों और उनके प्रयोग के बारे में स्पष्टीकरण भी दिया जाए।
2. अगर / और जब तक मरीज ऐसी जानकारी समझने में अक्षम है, तो वैयक्तिक प्रतिनिधि अगर हो तो, और उचित हो, तो मरीज के हित में इच्छुक प्रतिनिधित्व करने वाले व्यक्तियों को इन अधिकारों के विषय में संसूचित किया जाए।

(प्रिंसिपल 12 (1) और (2), एम आई प्रिंसिपल्ज)

कानून सुनिश्चित कर सकता है कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज के प्रवेश पर अथवा प्रवेश के बाद जब स्थिति ठीक हो तब, उसके अधिकारों की जानकारी उसे दी जाती है। अधिकारों के अर्थ के बारे में स्पष्टीकरण, उनका कैसे प्रयोग किया जाए यह जानकारी मरीज की समझ में आने वाली भाषा में दी जाए। ऐसे देशों में जहाँ विभिन्न भाषाएँ बोली जाती हैं वहाँ मरीज की पसंद की भाषा में अधिकार संसूचित किए जाने चाहिए।

अधिकारों के दस्तावेज का उदाहरण "यूअर राइट्स एज क्लायंट एण्ड पेशेंट ऑफ़ दि कनेक्टिकट डिपार्टमेंट ऑफ़ मेंटल हेल्थ एण्ड एडिक्शन सर्विसेज" परिशिष्ट 6, परिशिष्ट 7 में प्रस्तुत किया गया है जो मेन, यू एस ए में सभी मानसिक स्वास्थ्य मरीजों को दिए जाने वाले अधिकारों के दस्तावेज का सारांश है।

लेकिन यह ध्यान में रखना चाहिए, कि साक्षरता का स्तर और पारिभाषिक शब्द तथा कार्यविधियों की समझ महत्वपूर्ण है, तथा दिए गए उदाहरण कई देशों में उचित नहीं होंगे। विभिन्न देश पैम्फलेट, पोस्टर्ज और टेप विकसित कर सकते हैं अथवा अन्य प्रक्रियाएँ, जो सहज समझ में आती हैं और उनके देश में लोगों के अधिकार दर्शाती हैं, काम में ला सकते हैं। अगर मरीज यह जानकारी समझने में अक्षम है तो उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि और/अथवा परिवार के सदस्यों को इन अधिकारों के विषय में संसूचित करने का प्रावधान कानून कर सकता है।

## मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग कर्ताओं के अधिकार : मुख्य मसले

### गोपनीयता

- कानून को सुनिश्चित करना चाहिए कि मरीज के गोपनीयता के अधिकार का आदर किया जाता है।
- कानून को विनिर्दिष्ट करना चाहिए कि चिकित्सीय संदर्भ (जैसे किसी सुविधा में देखभाल और उपचार के संदर्भ में) में प्राप्त सारी जानकारी गोपनीय है और सभी संबंधितों का दायित्व है, कि गोपनीयता बनी रहने में, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को देखभाल और उपचार देने वाली सेवाओं के एवं सुविधा के, सभी लोग शामिल है।
- व्यवसायियों और / अथवा मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा जानबूझ कर गोपनीयता का भंग करने पर कानून दंड और सजा का प्रावधान कर सकता है।
- कानून का गोपनीयता का प्रावधान, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के बारे में इलेक्ट्रॉनिक / डिजिटल रूप में संकलित जानकारी पर भी समान रूप से लागू होता है। इसमें राष्ट्रीय और क्षेत्रीय डाटा बेस तथा निजी जानकारी होने वाले संसाधन अभिलेख सम्मिलित हैं।
- कानून ऐसी अपवादात्मक स्थितियों की रूपरेखा दे सकता है जहाँ गोपनीयता का कानून भंग हो सकता है। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं –
  - ए) जीवन को खतरे में डालने वाली आपात स्थितियाँ जिनमें जीवन को बचाने के लिए जानकारी तत्काल जरूरी होती है।
  - बी) संबंधित व्यक्ति अथवा दूसरों को गंभीर क्षति अथवा चोट की संभावना
  - सी) गंभीर विकृति और पीड़ा की रोकथाम;
  - डी) सार्वजनिक सुरक्षा के हित में;
  - इ) जब न्यायालय वैसा करने का आदेश देता है (उदाहरणार्थ - अपराधिक मामले में)।
- कानून प्रावधान कर सकता है, कि मरीज और उसके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को, जानकारी देने के निर्णय की न्यायिक पुनरीक्षा का अनुरोध अथवा निर्णय के विरुद्ध अपील करने का अधिकार है।

### जानकारी तक पहुँच

- कानून को सुनिश्चित करना चाहिए कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को अपने चिकित्सीय अभिलेख तक मुक्त एवं पूरी पहुँच है।
- कानून को अपवादात्मक स्थितियाँ विनिर्दिष्ट करनी चाहिए जब इस जानकारी तक पहुँच प्रतिबंधित हो सकती है (जब चिकित्सीय अभिलेख खोलने पर अन्यों की सुरक्षा जोखिम में पड़ सकती है अथवा मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति को भारी क्षति का कारण बन सकती है।)
- जानकारी को अस्थायी रूप से रोक रखना चाहिए, जब तक मरीज जानकारी को विवेकपूर्ण ढंग से काम में न ला सके।
- कानून विनिर्धारित कर सकता है, कि मरीज और उसके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को जानकारी रोक रखने के निर्णय पर अपील करने अथवा न्यायिक पुनरीक्षा का अनुरोध करने का अधिकार है।
- मरीज और उसके वैयक्तिक प्रतिनिधियों को वर्तमान चिकित्सा अभिलेख में बिना परिवर्तन किए, अपनी अभ्युक्तियाँ डालने का अधिकार है।
- मरीज अपने जानकारी तक पहुँच का अधिकार प्रयुक्त कर सके, इसलिए कानून (अथवा विनियमन), कार्यविधि की रूपरेखा दे सकता है।
- यह भी महत्वपूर्ण है, कि स्वास्थ्य सुविधाओं में कोई कर्मचारी उपलब्ध होना चाहिए, जो मरीज की फाइल अथवा अभिलेख में दी जानकारी की पुनरीक्षा और स्पष्टीकरण, मरीज और / अथवा कानूनी प्रतिनिधियों को दे सके।

### मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अधिकार और स्थितियाँ

कानून को गारंटी देनी चाहिए कि मरीज को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में क्रूर, अमानवीय और अपमानकारक उपचार से सुरक्षा मिलेगी। विशेषतः कानून निम्नलिखित विनिर्दिष्ट कर सकता है :

- ए) सुरक्षित और स्वास्थ्यकर परिवेश का प्रावधान है;
- बी) सुविधाएँ पर्याप्त मात्रा में साफ सुथरी रखी जाती हैं;
- सी) परिवेश में मनोरंजन, शिक्षा और धार्मिक अभ्यास की सुविधाएँ शामिल हैं;
- डी) व्यावसायिक पुनर्वास (इससे सुविधा छोड़ने पर मरीज को समुदाय के जीवन में रहने के लिए तैयारी करने में मदद मिलेगी) के लिए पर्याप्त प्रावधान किया जाता है;
- इ) स्त्री और पुरुष सदस्यों का आपस में बातचीत का अधिकार;
- एफ) परिवेश इस तरह संरचित हो, कि मरीज की गुप्तता (एकांत) की यथासंभव रक्षा की जाती है;
- जी) मरीज बाहरी दुनिया के साथ मुक्त और अप्रतिबंधित रूप से संसूचना कर सकता है। इसमें मित्र, परिवार और अन्यों से मिलने, पत्रों और अन्य संसूचनाओं को प्राप्त करने का समावेश होता है, (अपवादात्मक स्थितियों में संसूचना प्रतिबंधित की जा सकती है; ऐसा कानून में लिखा होना चाहिए।);
- एच) मरीज न चाहें तो काम करने के लिए जबरदस्ती न की जाए और यदि वे काम करते हैं, तो उन्हें उचित रूप से पारिश्रमिक दिया जाना चाहिए।

### अधिकारों की नोटीस

- कानून को प्रावधान करना चाहिए कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में यथा शीघ्र मरीज को उसके अधिकारों की जानकारी देनी चाहिए, अधिकारों की जानकारी देने में कम से कम देरी होनी चाहिए।
- यह जानकारी इस तरह दी जाए कि मरीज उसे समझ सके।
- अगर मरीज में यह जानकारी समझने की क्षमता का अभाव है तो उसके वैयक्तिक प्रतिनिधियों और/अथवा परिवार के सदस्यों को जानकारी देने का प्रावधान कानून कर सकता है।

## 6. मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवार और देखभालकर्ताओं के अधिकार

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों, उनके परिवारों तथा अन्य देखभालकर्ताओं की भूमिकाएँ, देश तथा संस्कृति के अनुसार महत्वपूर्ण रूप से बदलती हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की देखभाल करते समय अक्सर परिवारों और देखभालकर्ताओं द्वारा कई जिम्मेदारियाँ निभाई जाती हैं। इसमें आवास, पहनावा और खाना तथा यह सुनिश्चित करना, कि मरीज अपने उपचार याद रखकर लेता है आदि सम्मिलित हैं। वे सुनिश्चित करते हैं कि मरीज देखभाल और पुनर्वास कार्यक्रमों में भाग लेते हैं तथा उसमें उनकी सहायता करते हैं। जब व्यक्ति अस्वस्थ होता है अथवा अस्वास्थ्य की पुनरावृत्ति होती है, तब उसके बर्ताव का आक्रमण बहुधा उन्हें झेलना पड़ता है। देखभाल कर्ता या परिवार सदस्य ही मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति के प्रति सच्चा प्यार, रूचि तथा चिंता दर्शाते हैं। कभी वे भी लांछन तथा विभेदन का लक्ष्य बनते हैं। कुछ देशों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की कृति से उत्पन्न “थर्ड पार्टी” दायित्व की कानूनी जिम्मेदारी, देखभालकर्ताओं और परिवार सदस्यों को उठानी पड़ती है। कानून में परिवारों की महत्वपूर्ण भूमिका की आवश्यकता को मान्यता मिलनी चाहिए।

परिवार के सदस्यों एवं देखभालकर्ताओं को अपने बीमार रिश्तेदार की देखभाल के लिए बीमारी और उपचार योजना के बारे में जानकारी की आवश्यकता होती है। कानून को गोपनीयता के आधार पर जानकारी को स्वेच्छया नकारना नहीं चाहिए, यद्यपि व्यक्ति के गोपनीयता के अधिकार की सीमाएँ हर संस्कृति के अनुसार बदलती हैं। उदाहरणार्थ कुछ संस्कृतियों में, परिवार के सदस्यों अथवा देखभालकर्ताओं को जानकारी की अनुमति मरीज द्वारा न दिए जाने का आदर करना चाहिए। कभी एक साथ सुगठित युनिट के रूप में परिवार है, तो उस परिवार के सांस्कृतिक रूप से निर्णायक सदस्य, गोपनीयता की सीमा तय करते हैं। लेकिन ऐसे देश में जहाँ परिवार के विरुद्ध व्यक्ति पर बल दिया जाता है वहाँ मरीज स्वयं परिवार के सदस्यों के साथ जानकारी बाँट लेने में राजी नहीं होता। सांस्कृतिक रूप से स्वीकृत आचरण में कई परिवर्तन और श्रेणीकरण संभव हैं। उदाहरणार्थ एक स्थिति यह हो सकती है, कि मरीज की देखभाल का दायित्व निभाने वाले परिवार के सदस्यों को, उनकी सहायक भूमिका के लिए कुछ जानकारी प्राप्त करना आवश्यक होता है, लेकिन अन्य चिकित्सीय अथवा सायकोथेरेप्यूटिक मसले नहीं।

लेकिन, गोपनीयता के अधिकार के बारे में कोई संभ्रम नहीं है। कानून में इस अधिकार की व्याख्या राष्ट्रीय स्तर पर स्थानीय, सांस्कृतिक वास्तविकताओं के आधार पर करनी चाहिए। उदाहरणार्थ न्यूजीलैंड में मेंटल हेल्थ (कम्पलसरी असेसमेंट एण्ड ट्रीटमेंट) अमेंडमेंट एक्ट 1999, सेक्शन 2, “कानूनी शक्ति का प्रयोग करना चाहिए अथवा कार्यवाहियाँ चलाई जानी चाहिए : (ए) परिवार, *व्हाऊ, हापू, इवी* \* और परिवार समूह से होने वाले बंधनों का व्यक्ति के लिए महत्त्व - इस महत्त्व को उचित मान्यता के साथ; (बी) व्यक्ति के स्वास्थ्य लाभ में इन बंधनों के योगदान को मान्यता के साथ और; (सी) व्यक्ति की सांस्कृतिक और जातीय अभिनिर्धारण, भाषा और धर्म अथवा जातीय विश्वास के प्रति उचित आदर के साथ।”

अगर मरीज अकेले यह करने में अक्षम है तो उसके उपचार योजना के गठन और कार्यान्वयन में परिवार का योगदान बड़ा होता है। दि मॉरीशियन कानून लिखता है, “मरीज ...अथवा निकट के रिश्तेदार उपचार योजना के गठन में सहभागी हो सकते हैं” (मेंटल हेल्थ केअर एक्ट, 24 ऑफ 1998, मॉरीशस)

कानून मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं और कानूनी प्रक्रिया के कई पहलुओं में, परिवार का समावेश सुनिश्चित कर सकता है। उदाहरणार्थ मरीज की ओर से अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के निर्णयों के विरुद्ध अपील करने का अधिकार परिवार सदस्यों को हो सकता है, अगर मरीज में यह करने की क्षमता का अभाव है। वे मानसिक रूप से बीमार अपराधी

\* *व्हाऊ* (विस्तारित परिवार दल), *हापू* (कई *व्हाऊ* द्वारा गठित उप जनजातियाँ), और *इवी* (कई *हापू* द्वारा बनी जनजातियाँ)



को छोड़ देने के लिए आवेदन दे सकते हैं। देश ऐसा भी कानून बना सकते हैं कि पुनरीक्षा निकायों पर परिवारदल का प्रतिनिधित्व होना चाहिए। (देखें सब सेक्शन, 13.2.1)

कानून, यह भी सुनिश्चित कर सकता है कि मानसिक स्वास्थ्य नीति और कानून तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा आयोजना के विकास में परिवार सदस्य शामिल होते हैं। यूनाइटेड स्टेट्स, में पब्लिक लॉ 99-660, दि हेल्थ केअर क्वालिटी इम्प्रूवमेंट एक्ट (1986), अधिदेशित करता है कि हर राज्य को एक 'आयोजना परिषद' (प्लानिंग कौंसिल) स्थापित करनी चाहिए, जिसमें कम से कम 51 प्रतिशत सदस्य उपयोगकर्ता एवं रिश्तेदार होने चाहिए। यह प्लानिंग कौंसिल वार्षिक राज्य स्तरीय सेवा प्रणाली योजना (स्टेटवाइज सर्विस सिस्टीम योजना) के निर्माण और मॉनीटरिंग के लिए जिम्मेदार है। यह योजना, कौंसिल द्वारा अनुमोदित होनी चाहिए।

सभी ऐसी स्थितियों की सूची बनाना असंभव है जिनमें परिवार का समावेश आवश्यक होता है। इसके बजाय, कानून सिद्धांत तय कर सकता है, कि मानसिक स्वास्थ्य प्रणाली में परिवार सदस्य और परिवार संगठन महत्वपूर्ण पणधारी (स्टेक होल्डर) हैं। इसलिए मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में सभी निर्णय करने वाली एजेन्सियों और मंचों पर वे प्रतिनिधित्व करेंगे।

### मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवार और देखभालकर्ता: मुख्य मसले

- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की देखभाल करने की मुख्य जिम्मेदारी प्रायः परिवार एवं देखभालकर्ता उठाते हैं और कानून को यह प्रतिबिंबित करना चाहिए।
- कानून को केवल गोपनीयता के आधार पर स्वेच्छया जानकारी नकारनी नहीं चाहिए यद्यपि संस्कृति के अनुसार गोपनीयता के व्यक्ति के अधिकार की सीमा में परिवर्तन होगा।
- मरीज अगर उसे अकेले करने में सक्षम न हो, तो उपचार योजना के गठन एवं कार्यान्वयन में परिवार और देखभालकर्ता महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं।
- कानून सुनिश्चित कर सकता है, कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति की देखभाल में आवश्यक सेवाओं और सहायता तक पहुँच, परिवार एवं देखभालकर्ताओं को मिलती है।
- कानून सुनिश्चित कर सकता है कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के कई पहलुओं में परिवारों और देखभालकर्ताओं का समावेश है। इसमें अनैच्छिक प्रवेश और अपील जैसी कानूनी प्रक्रियाएँ भी शामिल हैं।
- कानून यह भी सुनिश्चित कर सकता है कि मानसिक स्वास्थ्यनीति और कानून के विकास के साथ मानसिक स्वास्थ्य सेवा आयोजना में भी, परिवारों एवं देखभालकर्ताओं का समावेश है।

## 7. सक्षमता, समर्थता और अभिभावकत्व

मानसिक अस्वास्थ्य वाले अधिकांश लोग अपने जीवन को प्रभावित करने वाले महत्वपूर्ण मामलों के बारे में चयन और सूचित निर्णय करने की समर्थता रखते हैं। फिर भी गंभीर रूप का मानसिक अस्वास्थ्य होने वालों के बारे में यह समर्थता कमजोर हो सकती है। ऐसी हालत में कानून के पास उचित प्रावधान होने चाहिए जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के प्रतिदिन के कार्यकलाप का, उनके उत्कृष्ट हित में प्रबंधन करने की, अनुमति दें।

व्यक्ति विभिन्न मसलों के बारे में चयन करता है या नहीं, इस निर्णय में "सक्षमता" और "समर्थता" यह दो संकल्पनाएँ महत्वपूर्ण होती हैं। यही संकल्पनाएँ, नागरी और अपराधी मामलों में व्यक्ति से व्यवहार के निर्णयों पर और मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों द्वारा नागरी अधिकारों के प्रयोग पर असर करती हैं। इसलिए कानून को समर्थता और सक्षमता की व्याख्या करनी चाहिए, यह तय करने के निष्पक्ष लिखने चाहिए, उनका मूल्यांकन करने की कार्यविधि स्पष्ट करनी चाहिए और समर्थता और / अथवा सक्षमता का अभाव पाया जाने पर की जानेवाली कार्रवाई भी अभिनिर्धारित करनी चाहिए।

### 7.1 परिभाषाएँ

मानसिक स्वास्थ्य के संबंध में "समर्थता" और "सक्षमता" जैसे शब्दों के प्रयोग में अंतर्बदल की प्रवृत्ति दिखाई देती है। फिर भी दोनों एक नहीं हैं। सामान्यतः "समर्थता" का संदर्भ विशिष्टतः निर्णय लेने एवं कार्रवाई करने की मानसिक क्षमताओं की उपस्थिति से है, ("मानसिक असमर्थता के बारे में सब सेक्शन 3.3 देखें) जब कि मानसिक समर्थता न होने के कानूनी परिणाम से "सक्षमता" संदर्भित है।

इन परिभाषाओं में "असमर्थता" स्वास्थ्य संकल्पना है, जब कि "सक्षमता" कानूनी संकल्पना है। असमर्थता व्यक्ति के कार्य करने के स्तर से जुड़ी है और उसके कानूनी और सामाजिक हैसियत पर परिणाम से सक्षमता। उदाहरणार्थ गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य की वजह से व्यक्ति में मानसिक समर्थता की कमी हो सकती है और इसका परिणाम व्यक्ति के वित्तीय निर्णय करने में सक्षम न होने में होता है।

समर्थता और सक्षमता के बीच का अंतर सार्वदेशिक रूप से स्वीकृत नहीं है। कुछ कानूनी प्रणालियों में असमर्थता कानूनी असमर्थता के अर्थ में प्रयुक्त की जाती है, जैसे कि विशिष्ट आयु के नीचे के अवयस्क को विशिष्ट अधिकार अथवा विशेषाधिकार का प्रयोग करने की अनुमति नहीं दी जाती। तो सक्षमता निर्णय का स्वरूप और प्रयोजन न समझने वाले व्यक्ति के लिए इस्तेमाल किया जाता है। इन दोनों मामलों में, दोनों शब्द कानूनी संकल्पना के रूप में प्रयुक्त किए गए हैं।

इस मार्गदर्शी पुस्तक में समर्थता और सक्षमता से संबंधित मामलों पर चर्चा करते समय समर्थता स्वास्थ्य संकल्पना के तौर पर और सक्षमता कानूनी संकल्पना के तौर पर प्रयुक्त किया गया है, जिससे दोनों में किया जाने वाला अंतर स्पष्ट होता है।

## 7.2 असमर्थता का मूल्यांकन

सामान्यतः समर्थता परिकल्पित होती है और सक्षमता उसका परिणाम। इसलिए व्यक्ति निर्णय करने में तब तक समर्थ और सक्षम माना जाता है जब तक उसके विपरीत सिद्ध नहीं होता। बड़े / तीव्र मानसिक अस्वास्थ्य होने में निर्णय लेने की असमर्थता निहित नहीं होती। अतः समर्थता में समग्र रूप से निर्णायक घटक मानसिक अस्वास्थ्य की उपस्थिति नहीं होती और सक्षमता में बिलकुल नहीं।

साथ ही, समर्थता पर परिणाम कर सकने वाले अस्वास्थ्य की उपस्थिति के बावजूद, कुछ निर्णय कर सकने की समर्थता, व्यक्ति के पास हो सकती है। इसलिए समर्थता और सक्षमता कार्य विशिष्ट हैं। चूंकि समय-समय पर समर्थता में घट-बढ़ हो सकती है और वह "सब कुछ या कुछ नहीं" (ऑल ऑर नथिंग) संकल्पना नहीं है, उसपर विचार, विशिष्ट निर्णय अथवा कार्य के संदर्भ में करना चाहिए।

विशिष्ट समर्थताओं (इसमें देश के अनुसार अंतर होगा) के कुछ उदाहरण नीचे दिए हैं :

### 7.2.1 उपचार निर्णय लेने की समर्थता

व्यक्ति में निम्नलिखित की योग्यता होनी चाहिए : (ए) ऐसी स्थिति का स्वरूप समझना, जिसके लिए उपचार प्रस्तावित किया गया है; (बी) प्रस्तावित उपचार का स्वरूप समझना; (सी) उपचार को सहमति देने अथवा न देने के परिणामों का अधिमूल्यन करना।

### 7.2.2 ऐवजी निर्णयकर्ता का चयन करने की समर्थता

व्यक्ति में निम्नलिखित की योग्यता होनी चाहिए : (ए) ऐवजी निर्णयकर्ता की नियुक्ति और कार्य का स्वरूप समझना; (बी) प्रस्तावित ऐवजी के साथ संबंधों को समझना; (सी) ऐवजी निर्णयकर्ता की नियुक्ति के परिणामों का अधिमूल्यन करना।

### 7.2.3 वित्तीय निर्णय करने की समर्थता

व्यक्ति में योग्यता होनी चाहिए कि वह : (ए) वित्तीय निर्णय और उपलब्ध विकल्पों का स्वरूप समझ सके; (बी) पार्टियों के संबंधों और/अथवा व्यवहार के भावी हिताधिकारियों के संबंधों को समझ सके; (सी) वित्तीय निर्णय करने के परिणामों का अधिमूल्यन कर सके।

'असमर्थता का अभाव' के निष्कर्ष, सीमित अवधि के लिए होने चाहिए। (जैसे समय-समय पर उसकी पुनरीक्षा करनी होगी) क्योंकि उपचारों के साथ अथवा उनके बिना, व्यक्ति समय के साथ कुछ अथवा पूरी क्रियाशीलता वापस पा सकता है।

### 7.3 असमर्थता और अक्षमता तय करना

‘असमर्थता/स्वास्थ्य व्यवसायी तय कर सकते हैं लेकिन अक्षमता न्यायिक निकाय तय कर सकता है। सक्षमता के लिए समर्थता परीक्षा है और लोगों में क्षमता का अभाव तभी तय किया जाना चाहिए जब विशिष्ट समय में विशिष्ट प्रकार के निर्णय लेने में लोग वास्तव में अक्षम होते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य कानून (अथवा अन्य संगत कानून) व्यक्ति की सक्षमता तय करने की कार्यविधि निर्धारित कर सकता है। उदाहरणार्थ:

- ए) चूँकि सक्षमता कानूनी संकल्पना है, अतः न्यायिक निकाय इसे तय करेगा।
- बी) आदर्शतः कानूनी सलाहगार उस व्यक्ति के लिए नियमित रूप से उपलब्ध होना चाहिए जिसकी सक्षमता के बारे में प्रश्न है। जब व्यक्ति वकील की फीस देने में असमर्थ है, तब कानून, निशुल्क रूप से व्यक्ति को वकील उपलब्ध होने का प्रावधान कर सकता है।
- सी) कानून को सुनिश्चित करना चाहिए कि वकील के लिए कोई हित संघर्ष नहीं है। अर्थात् किसी व्यक्ति का प्रतिनिधित्व करने वाले वकील को, संबंधित व्यक्ति के उपचार में शामिल चिकित्सीय सेवा और / अथवा परिवार-सदस्य जैसी पार्टियों के हित में भी, प्रतिनिधित्व नहीं करना चाहिए।
- डी) संबंधित व्यक्ति, वकील, परिवार सदस्य अथवा चिकित्सीय दल द्वारा निर्णय के विरुद्ध, उच्चतर न्यायालय में अपील करने का प्रावधान कानून में होना चाहिए।
- इ) सक्षमता का अभाव पाया जाने पर, विनिर्धारित आवधिक विरामों पर स्वचलित पुनरीक्षा के लिए प्रावधान, कानून को करना चाहिए।

कम विकसित देशों में इन सभी आवश्यकताओं को तत्काल कानून में अंतर्भूत करना संभव नहीं होगा। फिर भी संसाधनों की उपलब्धि के अनुसार ज्यादा से ज्यादा आवश्यकताएँ, कानून में शामिल की जाएँ।

### 7.4 अभिभावकत्व

विशिष्ट स्थितियों में जहाँ मानसिक अस्वास्थ्य के कारण व्यक्ति महत्वपूर्ण निर्णय नहीं कर सकता और जीवन के प्रबंधन में अक्षम है वहाँ ऐसा दूसरा व्यक्ति नियुक्त करना महत्वपूर्ण है, जो इस व्यक्ति की ओर से और उसके हित में काम करने योग्य है। न्यू साऊथ वेल्स गार्डियनशीप एक्ट (नं. 257 ऑफ 1987) में “ऐसा व्यक्ति जिसे अभिभावकत्व की आवश्यकता है,” का अर्थ है कि व्यक्ति “विकलांग है, और इस तथ्य के कारण, स्वयं को प्रबंधित करने में पूर्णतः अथवा अंशतः असमर्थ है।” यद्यपि संबंधित व्यक्ति अभिभावकत्व के लिए आवेदन कर सकता है, आम तौर पर मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति की देखभाल करने वाले परिवार-सदस्य अथवा अन्य, अभिभावकत्व की आवश्यकता का अभिनिर्धारण करते हैं और अभिभावक की नियुक्ति की आवश्यकता का मूल्यांकन करने हेतु आवश्यक आवेदन देते हैं।

अभिभावक की नियुक्ति की जाए अथवा नहीं, यह एक जटिल निर्णय है और व्यक्ति के स्वयं के जीवन पर यथा संभव नियंत्रण होने के उसके अधिकार के संदर्भ में विचार किया जाना चाहिए। अभिभावक नियुक्त करने से अभिप्रेत नहीं है कि व्यक्ति उसकी योग्यता और मानमर्यादा खो देता है। उदाहरणार्थ न्यू साऊथ वेल्स गार्डियनशीप एक्ट (नं. 257 ऑफ 1987) में इस अधिनियम के अधीन कार्य करने वाले सभी का दायित्व है, कि वह “अभिभावकत्व के अधीन व्यक्ति का कल्याण और हिताधिकार ध्यान में रखें; (और सुनिश्चित करें कि) निर्णय और कार्रवाई की स्वतंत्रता जितनी संभव हो, उतनी कम प्रतिबंधित होनी चाहिए, व्यक्ति यथा संभव, समुदाय में जीवन व्यतीत करने को प्रेरित होना चाहिए; व्यक्ति के विचारों का लिहाज होना चाहिए; व्यक्ति के पारिवारिक संबंधों और सांस्कृतिक एवं भाषिक परिवेश को मान्यता मिलनी चाहिए; ऐसा व्यक्ति; उसके निजी, घरेलू एवं वित्तीय मामलों में, यथासंभव आत्मनिर्भर होना चाहिए और उपेक्षा, दुर्व्यवहार तथा शोषण से सुरक्षित रखा जाना चाहिए”।

अभिभावकत्व के अन्य विकल्प जिनपर विशिष्ट स्थिति में ध्यान दिया जा सकता है, वे हैं मुख्तारनामा और अग्रिम निदेश। (उपचार के लिए प्रतिपत्री सहमति पर चर्चा भी सब सेक्शन 8.3.6 में देखें)

## एम आई प्रिंसिपलज – अभिभावकत्व

ऐसा निर्णय, कि मानसिक बीमारी के कारण, व्यक्ति में कानूनी समर्थता की कमी है और ऐसा निर्णय कि ऐसी असमर्थता के परिणामस्वरूप वैयक्तिक प्रतिनिधि नियुक्त किया जाए, देशीय कानून द्वारा स्थापित स्वतंत्र एवं निष्पक्ष न्यायाधिकरण द्वारा पूरी सुनवाई के बाद किया जाए। व्यक्ति, जिसकी समर्थता का प्रश्न है, वकील द्वारा प्रतिनिधित्व किए जाने का हकदार होगा। यदि व्यक्ति, जिसकी समर्थता का प्रश्न है, स्वयं ऐसे प्रतिनिधि का प्रबंध नहीं करता, तो बिना भुगतान के उसे वह उपलब्ध कराया जाए, यदि उसके पास भुगतान का पर्याप्त साधन नहीं है। यह वकील, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा अथवा उसके कर्मचारी का, उसी कार्यवाही में प्रतिनिधित्व नहीं करेगा और न ही व्यक्ति के परिवार-सदस्य का प्रतिनिधित्व करेगा, जब तक न्यायाधिकरण को संतोष नहीं होता कि वहाँ हितसंघर्ष नहीं है। समर्थता और वैयक्तिक प्रतिनिधि की आवश्यकता के बारे में निर्णय की देशीय कानून द्वारा विहित उचित विरामों पर पुनरीक्षा की जाए। व्यक्ति, जिसकी समर्थता का प्रश्न है, उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि, अगर हो तो, और अपील के अधिकार वाला अन्य व्यक्ति, ऐसे किसी निर्णय पर उच्चतर न्यायालय में अपील करने का अधिकार रखता है।

(प्रिंसिपल 1(6), एम आई प्रिंसिपलज)

अभिभावकत्व का प्रावधान, मानसिक स्वास्थ्य कानून का हिस्सा होना चाहिए अथवा स्वतंत्र कानून, इसपर हर देश को निर्णय करना है। उदाहरणार्थ ऑस्ट्रेलिया में स्वतंत्र ब्यौरेवार अभिभावकत्व अधिनियम (गार्डियनशीप एक्ट नं. 257 ऑफ 1987, ऑस्ट्रेलिया) है, जब कि केनया में मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम (दि मेंटल हेल्थ एक्ट 248 ऑफ 1991, केनया) में अभिभावकत्व पर एक सेक्शन है।

अगर व्यक्ति कानूनन सक्षम नहीं है और / अथवा अपने व्यवहार का प्रबंध करने में अयोग्य है, तो उसके हितार्थ सक्षम (गार्डियन/ट्रस्टी व्यक्ति) की नियुक्ति करने का प्रावधान कानून कर सकता है। चूँकि सक्षमता का अभाव ही कानूनी मसला है, अभिभावक की नियुक्ति न्यायिक निकाय द्वारा की जानी चाहिए।

कानून में, अभिभावक की नियुक्ति के लिए आवश्यक कार्यविधि, नियुक्ति की अवधि, और इसके निर्णय की पुनरीक्षा की प्रक्रिया के साथ ही, अभिभावक के कर्तव्य एवं दायित्व के विषय में लिखा जा सकता है। कानून अभिभावक की निर्णय करने की शक्ति की सीमा एवं गुंजाइश तय कर सकता है। कई देशों में अभिभावक की शक्ति उन्हीं विषयों अथवा क्षेत्रों तक सीमित है जिनमें व्यक्ति कानूनी सक्षमता की कमी दर्शाता है। ये कानून हर संभव कोशिश करते हैं, कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति स्वयं के बारे में अधिकांश निर्णय करने की योग्यता प्रतिधारित कर सकें। इतना ही नहीं, कानून की रूपरेखा, व्यक्ति के सर्वोच्च हित में लगे रहने और उसे अपनी क्षमताएँ अधिक से अधिक विकसित करने के लिए प्रेरित करने के लिए, विशिष्ट रूप से बनाई जा सकती है। (उदाहरणार्थ न्यूजीलैंड प्रोटेक्शन ऑफ पर्सनल एण्ड प्रापर्टी राइट्स एक्ट 1988 देखें।)

अगर अभिभावक उसका दायित्व निभाने में असफल हो, तो दंड का विनिर्धारण कानून को मजबूत बनाता है। कानून अभिभावक की नियुक्ति के निर्णय की न्यायिक पुनरीक्षा का अधिकार प्रभावित व्यक्ति को देता है। जब भविष्य में प्रभावित व्यक्ति सक्षमता प्राप्त करता है तब अभिभावकत्व को रद्द करने का प्रावधान और कार्यविधि कानून में समाविष्ट की जानी चाहिए।

## सक्षमता, समर्थता और अभिभावकत्व : मुख्य मसले

### सक्षमता और समर्थता

- कानून को समर्थता और सक्षमता की परिभाषा करनी चाहिए, उन्हें तय करने के निकष लिखने चाहिए, उनका मूल्यांकन करने की कार्यविधि प्रतिपादित करनी चाहिए और यदि समर्थता और/अथवा सक्षमता की कमी पाई जाती है, तो जो कार्रवाई अपेक्षित है, उसका अभिनिर्धारण करना चाहिए।
- सामान्यतः समर्थता का संदर्भ निर्णय करने और कार्रवाई कर सकने की मानसिक योग्यता की उपस्थिति से है, जब कि सक्षमता का संदर्भ मानसिक समर्थता न होने के कानूनी परिणामों से है।
- तीव्र मानसिक अस्वास्थ्य के होने भर में निर्णय लेने की अक्षमता अंतर्निहित नहीं है और इसीलिए मानसिक अस्वास्थ्य कुल मिलाकर सक्षमता व समर्थता तय करने का घटक भी नहीं है।
- समर्थता पर परिणाम कर सकने वाले अस्वास्थ्य की उपस्थिति के बावजूद, व्यक्ति कुछ निर्णय लेने में कार्यक्षम हो सकता है।

- समर्थता समय समय पर घट-बढ़ सकती है और आंशिक अथवा पूर्णतः सुधर सकती है, अतः उसे विशिष्ट निर्णय अथवा कार्य से जोड़ना चाहिए।
- असमर्थता का निर्धारण स्वास्थ्य व्यवसायी कर सकते हैं, लेकिन अक्षमता का निर्णय कानूनी निकाय करेगा।
- समर्थता सक्षमता की परीक्षा है और केवल विशिष्ट समय पर विशिष्ट प्रकार का निर्णय करने में असमर्थ होने के कारण, सक्षमता की कमी नहीं माननी चाहिए।

#### अभिभावकत्व

कानून :

- ए) अभिभावक की नियुक्ति के लिए उचित प्राधिकारियों की नियुक्ति तय कर सकता है। यह न्यायिक निकाय हो सकता है जो सक्षमता (उपर देखें) के बारे में निर्णय कर सकता है अथवा उच्चतर न्यायालय जैसे स्वतंत्र न्यायिक निकाय।
- बी) अभिभावक की नियुक्ति की कार्यविधि प्रतिपादित कर सकता है।
- सी) नियुक्ति की अवधि विनिर्दिष्ट कर सकता है।
- डी) अभिभावक की जिम्मेदारियों एवं कर्तव्य का वर्णन कर सकता है।
- इ) सांविधिक कर्तव्य निभाने में अभिभावक के असफल होने पर नागरी, अपराधिक अथवा प्रशासनिक दंड विनिर्धारित कर सकता है।
- एफ) अभिभावक की निर्णय करने की शक्ति की सीमा और गुंजाइश तय कर सकता है। कोई भी आदेश यह सुनिश्चित करेगा कि संबंधित व्यक्ति के हितों की रक्षा होती है। इससे मानसिक अस्वास्थ्य वाला व्यक्ति अपने बारे में अधिकांश निर्णय लेने की योग्यता प्रतिधारित करता है यद्यपि वह ऐसे सभी निर्णय नहीं कर सकता।
- जी) अभिभावक की नियुक्ति के विरुद्ध, मरीज द्वारा अपील करने का प्रावधान कर सकता है।
- एच) अभिभावक की पुनरीक्षा और अभिभावकत्व छोड़ने का प्रावधान कर सकता है, यदि, उपचार के साथ अथवा उसके बिना, मरीज सक्षमता फिर से प्राप्त करता है।

## 8. ऐच्छिक और अनैच्छिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल

### 8.1 स्वैच्छिक प्रवेश और स्वैच्छिक उपचार

मानसिक अस्वास्थ्य वाले अधिकांश लोगों के उपचार और पुनर्वास का आधार, मुक्त और सूचित सहमति होना चाहिए। सभी मरीजों को शुरू में समर्थ मान लेना चाहिए और अनैच्छिक कार्यविधियाँ कार्यान्वित करने से पहले, स्वैच्छिक प्रवेश अथवा उपचार मरीज द्वारा उचित रूप से स्वीकार किए जाने का हर संभव प्रयास करना चाहिए।

#### एम आई प्रिंसिपल्ज : सूचित सहमति

मरीज की सूचित सहमति के बिना उसे कोई उपचार न दिया जाए। अपवाद है पैराग्राफ 6, 7, 8, 13 और 15 (वर्तमान सिद्धांत का) में दिए गए प्रावधान का।

(प्रिंसिपल 11 (1), एम आई प्रिंसिपल्ज)

वैधता के लिए सहमति को निम्नलिखित निकष पूरे करने चाहिए (एम आई प्रिंसिपल 11, परिशिष्ट 3 देखें) :

- ए) सहमति देने वाला मरीज सक्षम होना चाहिए और उसकी सक्षमता मानी गई है जब तक कि इसके विपरीत सबूत नहीं मिलते।
- बी) सहमति मुक्त होनी चाहिए और धमकी अथवा अनुचित प्रलोभन के बिना प्राप्त की जानी चाहिए।
- सी) उचित और पर्याप्त जानकारी दी जानी चाहिए। जानकारी में प्रस्तावित उपचार के प्रयोजन, पद्धति, संभाव्य अवधि, और अपेक्षित लाभ बताए जाने चाहिए।
- डी) प्रस्तावित उपचार में संभाव्य पीड़ा अथवा असुविधा और जोखिम तथा संभाव्य साइड इफेक्ट की मरीज के साथ पर्याप्त चर्चा की जानी चाहिए।
- इ) अच्छी चिकित्सीय प्रथा के अनुसार, उपलब्ध हो, तो चुनाव का अवसर देना चाहिए; उपचार की वैकल्पिक पद्धतियाँ, खास कर जो कम अंतर्भेदी हों, मरीज को प्रस्तावित और उससे चर्चित की जानी चाहिए।

- एफ) मरीज की समझ में आए, ऐसी भाषा और शैली में जानकारी दी जानी चाहिए।
- जी) उपचार अस्वीकार करने अथवा रोकने का अधिकार मरीज को होना चाहिए।
- एच) उपचार अस्वीकार करने के परिणाम, जो अस्पताल से छोड़ दिया जाना भी हो सकता है, मरीज को स्पष्ट कर देने चाहिए।
- आई) मरीज के चिकित्सा अभिलेख में सहमति दस्तावेजित की जानी चाहिए।

उपचार को सहमति के अधिकार में, उपचार अस्वीकार करने का अधिकार भी शामिल है। अगर मरीज ऐसी सहमति देने की योग्यता रखता है, तो ऐसी सहमति को अस्वीकार करने का भी सम्मान रखना चाहिए।

अगर प्रवेश जरूरी है, तो कानून को, सूचित सहमति पाने के बाद, मानसिक स्वास्थ्य सेवा में स्वैच्छिक प्रवेश को बढ़ावा देना चाहिए और उसे सुसाध्य बनाना चाहिए। इस उद्देश्य की पूर्ति की जा सकती है (i) स्पष्टतया लिखकर कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता वाले लोगों को यह सेवा दी जानी चाहिए, और जब जरूरी है तब प्रवेश भी देना चाहिए (ii) अथवा उल्लेख न करके, जिससे मानसिक अस्वास्थ्य को किसी भी अन्य अस्वास्थ्य अथवा बीमारी की तरह समझा जाए। इन विकल्पों के लाभ और असुविधाएँ हैं। पहले विकल्प का लाभ यह है कि उपचार और प्रवेश का अधिकार लिखने से मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को स्वैच्छिक प्रवेश/उपचार मिलेगा या नहीं, इसके बारे में संदिग्धता नहीं रहती। इससे यह दिखाने का मरीज को मौका मिलता है, कि वह स्वैच्छिक रूप से उपचार ले रहा है। मानसिक स्वास्थ्य देखभाल स्वीकारने में उपेक्षा और अनिच्छा का सबूत देखने पर यह दृष्टिकोण ज्यादा लोगों को देखभाल और उपचार लेने के लिए बढ़ावा दे सकता है।

#### एम आई प्रिंसिपलज : स्वैच्छिक प्रवेश और देखभाल

जहाँ मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में व्यक्ति को उपचार की आवश्यकता है, अनैच्छिक प्रवेश से बचने की हर संभव कोशिश की जाए।

(प्रिंसिपल 15 (1) एम आई प्रिंसिपलज)

इसके विपरीत, मानसिक स्वास्थ्य मसले अन्य स्वास्थ्य समस्याओं से वियोजित करने से उपयोग कर्ताओं को बदनाम होना पड़ सकता है और इससे यह तर्क, कि मानसिक अस्वास्थ्य को अन्य स्वास्थ्य समस्याओं की तरह समझा जाए, कमजोर होगा। अगर स्वैच्छिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और उपचार स्पष्ट रूप से कानून में नहीं लिखे जाते, तो अन्य स्वास्थ्य देखभाल की तरह समझे जाएँगे।

स्वैच्छिक प्रवेश के साथ मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को स्वैच्छिक रूप से छोड़ने का अधिकार भी आता है। फिर भी छोड़ने से संबंधित कानून जटिल है, क्योंकि तथ्य यह है, कि कई अधिकारक्षेत्र प्राधिकारियों को विशिष्ट स्थितियों में सुविधा छोड़ने के मरीज के अधिकारों का उल्लंघन करने का अधिकार देते हैं। एम आई प्रिंसिपलज कहता है, कि अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट न होने वाले मरीज को किसी भी समय सुविधा छोड़ने का अधिकार है, जब तक कि अनैच्छिक प्रवेश के निकष की पूर्ति नहीं हो जाती है।

कानून को प्राधिकारियों को स्वैच्छिक मरीजों द्वारा सुविधा स्वयं छोड़ने (डिसचार्ज) से रोकने की अनुज्ञा तभी देनी चाहिए, जब अनैच्छिक प्रवेश के लिए आवश्यक सभी शर्तों की पूर्ति हो जाती है; और तब अनैच्छिक प्रवेश के सभी कार्यविधिक सुरक्षा उपाय लागू करने चाहिए। सिफारिश की गई है, कि कानून में स्वैच्छिक मरीजों को प्रवेश के समय यह सूचित करने का अधिकार सम्मिलित करना चाहिए, कि जब मरीज छोड़ना चाहता है उस समय अगर वह अनैच्छिक प्रवेश की स्थितियों में हो, तब उसका छोड़ने का अधिकार नकारा जा सकता है।

कभी ऐसी भी समस्या आती है कि ऐसे मरीज जिनमें सहमति देने की योग्यता की कमी है वे अस्पताल में "स्वैच्छिक" रूप से इसलिए प्रविष्ट होते हैं कि वे प्रवेश का विरोध नहीं करते (सब सेक्शन 8.2 भी देखें)। उदाहरणार्थ ऐसे मरीज को "स्वैच्छिक" रूप से प्रविष्ट करना जो प्रवेश संबंधी तथ्य अथवा प्रयोजन नहीं समझता। बौद्धिक अक्षमता वालों का एक और ऐसा समूह है जिसे तथाकथित "स्वैच्छिक" प्रवेश दिया जाने का खतरा होता है। अन्य लोग विरोध किए बिना उपचार अथवा प्रवेश इसलिए "स्वीकार" कर सकते हैं क्योंकि वे भयभीत हैं अथवा उन्हें मालूम नहीं है कि अस्वीकृति देने का भी अधिकार होता है। इन सब मामलों में उनका विरोध न करना उनकी सहमति न समझी जाए, क्योंकि सहमति "स्वैच्छिक" और सूचित होनी चाहिए।

“स्वैच्छिक” की संकल्पना बल प्रयोग को रोकने के लिए है। उसका निहितार्थ यह है कि विकल्प उपलब्ध है और व्यक्ति को विकल्प का प्रयोग करने की योग्यता और अधिकार होता है। ऊपर दिए गए उदाहरणों में एक का या सभी शर्तों का उल्लंघन किया गया है। ब्राजील में कानून लिखता है कि, “जो व्यक्ति स्वैच्छिक नजरबंदी का अनुरोध करता है अथवा जो नजरबंदी के लिए सहमति देता है, उसे प्रवेश के समय एक घोषणा पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता होगी, कि उसने यह उपचार पद्धति चुन ली है।” (मेंटल हेल्थ लॉ नं. 10.216 ऑफ 2001, ब्राजील)

#### स्वैच्छिक प्रवेश और स्वैच्छिक उपचार: मुख्य मसले

- जहाँ व्यक्ति को इनपेशंट (अस्पताल में रहकर) उपचारों की आवश्यकता होती है, वहाँ कानून को स्वैच्छिक प्रवेश का समर्थन करना चाहिए और अनैच्छिक प्रवेश से बचने की हर संभव कोशिश करनी चाहिए।
- अगर कानून प्राधिकारियों को अनुज्ञा देता है कि जब स्वैच्छिक मरीज छोड़ने का प्रयास करें, वे उन्हें रोक रख सकते हैं, तो यह तभी संभव होना चाहिए जब अनैच्छिक प्रवेश की निकषपूर्ति होती है।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश पर स्वैच्छिक मरीज को इस तथ्य से अवगत कराना चाहिए कि सुविधा के मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी उसका छोड़ना (डिसचार्ज) रोकने का प्राधिकार प्रयुक्त कर सकते हैं अगर अनैच्छिक प्रवेश निकष की पूर्ति होती है।
- स्वैच्छिक मरीजों को सूचित सहमति के बाद ही उपचार दिए जाने चाहिए।
- जब मरीज सूचित सहमति देने की योग्यता रखता है तब ऐसी सहमति उपचार के लिए पूर्वापेक्षित है।

यह तथ्य है कि कई देशों में स्वैच्छिक मरीज के रूप में प्रविष्ट किए गए सभी मरीज, वास्तव में स्वैच्छिक नहीं होते। कानून स्वतंत्र निकाय (देखें सेक्शन 13) के लिए प्रावधान कर सकता है, जो दीर्घावधिक स्वैच्छिक मरीजों की आवधिक पुनरीक्षा करते हुए, उनकी स्थिति एवं हालात का मूल्यांकन कर, उचित सिफारिश करें।

#### 8.2 “विरोध न करनेवाले” मरीज

कुछ देशों का कानून ऐसे उपयोगकर्ता के लिए प्रावधान करता है जो मानसिक स्वास्थ्य स्थिति के कारण उपचार और/अथवा प्रवेश को सहमति देने में असमर्थ हैं, लेकिन मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप को अस्वीकार नहीं करते। इनमें है पूर्ववर्ती सेक्शन में वर्णित लोग जो स्वैच्छिक मरीज की आवश्यकताएँ पूरी नहीं करते और न ही अनैच्छिक प्रवेश की। (उदाहरणार्थ तीव्र बौद्धिक अक्षमता)। जब कि कुछ देशों में व्यापक अभिभावकता कानून से जुड़ा “असमर्थता” कानून ऐसे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मामलों से उचित रूप से निपट सकता है, जो सहमति देने के लिए अयोग्य हैं लेकिन प्रवेश/उपचार अस्वीकार नहीं करते, अन्य देश इस क्षेत्र में कानून बनाना महत्त्वपूर्ण समझते हैं। इस श्रेणी का उद्देश्य “विरोध न करने वाले” मरीजों की सुरक्षा का प्रावधान करना है। साथ ही जो लोग “सूचित सहमति देने में असमर्थ” हैं उन्हें आवश्यक प्रवेश और उपचार देना। इसका महत्त्वपूर्ण लाभ यह सुनिश्चित करना है, कि जो लोग उपचारों का विरोध नहीं करते उन्हें स्वैच्छिक अथवा अनैच्छिक मरीज गलती से नहीं बनाया जाता। इससे अनैच्छिक मरीज के रूप में गलत तरीके से प्रविष्ट लोगों की बड़ी संख्या को रोकने में मदद होती है।

प्रवेश और/अथवा उपचार को अनुमति का निकष, अनैच्छिक उपयोगकर्ताओं की तुलना में कम कठोर होता है। इससे ऐसे उपयोगकर्ता जो सूचित सहमति देने में असमर्थ हैं लेकिन जिन्हें उपचार और प्रवेश की आवश्यकता होती है, वे आवश्यक देखभाल और उपचार प्राप्त कर सकते हैं, हालांकि, उदाहरणार्थ वे स्वयं के लिए अथवा दूसरों के लिए सुरक्षा जोखिम नहीं हैं। “अस्पतालीकरण की आवश्यकता” प्रायः पर्याप्त मापदंड माना जाता है। इसके, “व्यक्ति के स्वास्थ्य के लिए आवश्यक” के निकष, अनैच्छिक प्रवेश की तुलना में कम कठोर है। (देखें सब सेक्शन 8.3.2)। ऐसे विरोध न करने वाले मरीज की देखभाल के लिए आवेदन करनेवाले आम तौर पर निकट के रिश्तेदार अथवा उपयोगकर्ता के हित में काम करने वाले व्यक्ति होते हैं। कई देशों में विरोध न करने वाले मरीजों के लिए “प्रतिनियुक्त” (सरोगेट) का उपयोग आम है। अगर उपयोगकर्ता उसके प्रवेश अथवा उपचार पर आपत्ति उठाता है तो तत्काल उन्हें “विरोध न करने वाले” समझना बंद कर देना चाहिए और अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के सभी निकष लागू करने चाहिए।

यह महत्त्वपूर्ण है कि अनैच्छिक उपयोगकर्ताओं की तरह विरोध न करने वाले मरीजों के अधिकारों की रक्षा की जाए। उदाहरणार्थ समर्थता और योग्यता का मूल्यांकन एक से ज्यादा व्यवसायियों के द्वारा प्राप्त करने की आवश्यकता होनी

चाहिए और इनमें सहमति भी होनी चाहिए। अनैच्छिक उपयोगकर्ताओं की तरह, विरोध न करने वाले मरीज भी अधिदेशात्मक स्वचलित पुनरीक्षा कार्यविधियों के हकदार हैं। इसमें उनकी स्थिति की आरंभिक पुष्टि और निरंतर यह तय करने कि क्या उनकी स्थिति बदल गई है, आवधिक मूल्यांकन सम्मिलित है। अगर उनके प्रवेश/उपचार के दौरान वे सूचित सहमति करने की योग्यता पुनःप्राप्त करते हैं तो उन्हें इस दर्जे से हटाया जाएगा। विरोध न करने वाले मरीज को अपनी स्थिति पर अपील करने का अधिकार होना चाहिए। अन्य सभी को दिए अधिकार, जैसे उनके अधिकारों का अधिसूचन (नोटिफिकेशन), गोपनीयता, देखभाल पर्याप्त होने के मानदंड एवं अन्य अधिकार, विरोध न करने वाले मरीजों को भी हैं। (देखें सेक्शन 5)

विरोध न करने वाले मरीजों पर “न्यूनतम प्रतिबंधक परिवेश” और “मरीज के सर्वोच्च हित में” के मूलभूत सिद्धांत लागू हैं।

विरोध न करने वाले मरीजों के लिए कानून में प्रावधान करने वाले देशों में ऑस्ट्रेलिया सम्मिलित है। ऑस्ट्रेलिया में “सहमति देने में अक्षम मरीजों का अनौपचारिक उपचार” (मेंटल हेल्थ एक्ट 1990, न्यू साऊथ वेल्स, ऑस्ट्रेलिया) के लिए एक सेक्शन है और साऊथ आफ्रीका ने अपने मेंटल हेल्थ केअर एक्ट (2002) में “सहायता प्राप्त उपयोगकर्ताओं” के लिए प्रावधान किया है। विभिन्न कानूनों में विरोध न करने वाले मरीजों के लिए देखभाल केवल इनपेशंट के रूप में हो सकती अथवा आऊट पेशंट के उपचारों पर भी लागू हो सकती है।

### विरोध न करने वाले मरीज : मुख्य मसले

- कुछ देशों में कानून ऐसे उपयोगकर्ताओं के लिए प्रावधान करता है, जो उपचार और/अथवा प्रवेश को सहमति देने में उनके मानसिक अस्वास्थ्य के कारण अक्षम हैं, लेकिन मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप (उपचार) को इन्कार भी नहीं करते।
- प्रवेश और/अथवा उपचारों के लिए अनुमति का निकष, अनैच्छिक उपयोगकर्ताओं की तुलना में कम कठोर है (उदाहरणार्थ “अस्पतालीकरण की आवश्यकता” अथवा “व्यक्ति के स्वास्थ्य के लिए आवश्यक” निकष पर्याप्त हो सकता है)।
- अगर उपयोगकर्ता उनके प्रवेश अथवा उपचार पर आपत्ति उठाते हैं तो वे तत्काल “विरोध न करने वाले” नहीं रह जाते और अनैच्छिक प्रवेश और उपचार तय करने वाले सभी निकष उनपर लागू करने चाहिए। साथ ही प्रवेश/उपचार के दौरान सूचित निर्णय करने की क्षमता वे पुनःप्राप्त करते हैं तो उन्हें इस दर्जे से हटाना चाहिए।
- यह महत्वपूर्ण है कि विरोध न करने वाले मरीजों के अधिकार भी अनैच्छिक उपयोगकर्ताओं के अधिकारों की तरह सुरक्षित होते हैं। (उदाहरणार्थ – समर्थता का मूल्यांकन, स्वचलित पुनरीक्षा कार्यविधियाँ, इस दर्जे पर अपील करने का अधिकार)
- विरोध न करने वाले मरीज भी अन्य मरीजों के समान उनके सभी अधिकारों का उपयोग कर सकते हैं जैसे की जानकारी, गोपनीयता, देखभाल के पर्याप्त मानदंड और अन्य अधिकार ।

### 8.3 अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार

मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अनैच्छिक अथवा अनिवार्य प्रवेश और अनैच्छिक उपचार विवादास्पद विषय हैं, चूंकि वे वैयक्तिक स्वतंत्रता और चुनने के अधिकार से टकराते हैं, एवं राजनीतिक, सामाजिक अथवा अन्य कारणों से उनके दुरुपयोग का खतरा होता है। इसके विपरीत अनैच्छिक प्रवेश और उपचार, स्वयं और दूसरों को हानि से, रोक सकते हैं और कुछ लोगों को स्वास्थ्य का अधिकार पाने में सहायक होते हैं, जब वे मानसिक अस्वास्थ्य के कारण स्वैच्छिक रूप से इसका प्रबंध करने में अक्षम होते हैं।

एम आई प्रिंसिपल्ज (1991) योरोपियन कन्वेंशन फॉर दि प्रोटेक्शन ऑफ ह्यूमन राइट्ज एण्ड फंडामेंटल फ्रीडम्ज (1950) और दि डेक्लरेशन ऑफ हवाई (1983) जैसे कई अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार दस्तावेजों ने, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की आवश्यकता स्वीकृत की है। फिर भी इस पर बल देना महत्वपूर्ण है कि मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित बहुत कम मरीजों के लिए अनैच्छिक प्रवेश और उपचार जरूरी होते हैं। कई घटनाओं में जहाँ मरीज को अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट किया और उपचार किए गए हैं, वहाँ यदि मानवीय उपचार और स्वैच्छिक देखभाल के लिए उचित अवसर दिया गया होता, तो अनैच्छिक प्रवेश तथा उपचार और कम होते।

यह ज्ञात है कि कुछ उपयोगकर्ता और ‘माइंड फ्रीडम सपोर्ट कोअलिशन इंटरनेशनल’ जैसे हिमायती दल, किसी भी हालत में साइकोट्रॉपिक औषधियों के अनैच्छिक प्रशासन समेत अनैच्छिक उपचार की कल्पना का प्रचंड विरोध करते हैं।



मानसिक स्वास्थ्य कानून का इस बारे में मुख्य उद्देश्य यह है, कि ऐसे प्रसंगों की रूपरेखा स्पष्ट करना जब अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार उचित हैं और इसके लिए उचित कार्यविधि तय करना। यह सुनिश्चित करने, कि अधिकारों की पर्याप्त रूप से रक्षा की जाती है, आम तौर पर कानून के इस सेक्शन को कानूनी प्रक्रियाओं का ब्योरेवार अतः दीर्घ प्रतिपादन आवश्यक होता है।

इस मार्गदर्शी पुस्तक का उद्देश्य यह नहीं है, कि अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के बारे में निर्देशात्मक हो। बल्कि यह बल देती है वैश्विक और सांस्कृतिक भिन्नताओं को मान्यता देने पर। इसी तरह अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के बारे में यह बल देती है, कि विभिन्न संस्कृतियाँ, परंपराएँ, अर्थव्यवस्था और मानवी संसाधन यथायोग्य हैं। लेकिन अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के सिद्धांत महत्त्वपूर्ण हैं और उनके आधार पर देशों को स्थानीय रूप से उचित कानूनी निर्णय लेने में सहायता करने के लिए ढाँचा विकसित किया जा सकता है।

### एम आई प्रिंसिपल्ज : अनैच्छिक प्रवेश और उपचार

- व्यक्ति को (ए) मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज के रूप में अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट किया जा सकता है अथवा (बी)स्वैच्छिक मरीज के रूप में प्रविष्ट किया गया है लेकिन मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक मरीज के तौर पर प्रतिधारित किया जा सकता है यदि और सिर्फ तभी जब कानून द्वारा प्राधिकृत योग्यता प्राप्त मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी, प्रिंसिपल 4 के अनुसरण में तय करता है कि व्यक्ति को मानसिक बीमारी है और सोचता है :  
(ए) मानसिक बीमारी के कारण व्यक्ति स्वयं को अथवा दूसरों को तत्काल अथवा सन्निकट हानि पहुँचाने की गंभीर संभावना है; अथवा  
(बी) ऐसे व्यक्ति के मामले में, जिसकी मानसिक बीमारी गंभीर है और जिसकी निर्णय क्षमता बिगड़ चुकी है, प्रवेश पाने और प्रतिधारित करने में असफलता से व्यक्ति की स्थिति में गंभीर गिरावट की संभावना है अथवा उसे उचित उपचारों का देना रुक जाएगा जो न्यूनतम प्रतिबंधित विकल्प के सिद्धांत के अनुसरण में सिर्फ मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश कर के ही दिए जा सकते हैं।
- उप पैराग्राफ (बी) में संदर्भित मामले में पहले से स्वतंत्र, दूसरे ऐसे मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी की, संभव हो तो, सलाह ली जानी चाहिए। अगर ऐसा परामर्श होता है, तो अनैच्छिक प्रवेश अथवा प्रतिधारण तब तक नहीं होगा जब तक दूसरा मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी सहमत नहीं होता।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा अनैच्छिक प्रविष्ट मरीज तब प्राप्त कर सकता है जब देशीय कानून द्वारा विहित सक्षम प्राधिकारी द्वारा ऐसा करने के लिए सुविधा पदनामित है।

(प्रिंसिपल 16 (1) और (3), एम आई प्रिंसिपल्ज)

#### 8.3.1. अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार के लिए संयुक्त बनाम स्वतंत्र (अलग) दृष्टिकोण

मानसिक स्वास्थ्य कानून एक कार्यविधि में अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार संयुक्त कर सकता है अथवा उन्हें अलग रख सकता है। (देखें सब सेक्शन 8.3.7. आकृति 1)

“संयुक्त” दृष्टिकोण के अधीन एक बार मरीज अनैच्छिक प्रविष्ट होता है, तब उपचार मंजूरी पाने की अलग कार्यविधि के बजाय अनैच्छिक रूप से उपचार किए जा सकते हैं। कुछ परिवार समूह, व्यवसायी और अन्य यह तर्क देते हैं कि अनैच्छिक प्रवेश का उद्देश्य अधिकांश मामलों में, बिगड़ती चिकित्सीय स्थिति को सुधारने का होता है। यह दृढ़ता के साथ कहा जा सकता है, कि अस्पताल में प्रवेश का उद्देश्य यह नहीं होता कि कोई उपचार न दिए जाए। वास्तव में पुर्तुगाल में कानून लिखता है, “ अनिवार्य अवरोध *केवल* ऐसे मामलों में तय किया जाए जहाँ अवरोधिक मरीज को उपचार की गारंटी देने का *एक मात्र यही* उपाय समझा जाता है” (लेखक द्वारा ज़्यादा बल दिया गया) (मेंटल हेल्थ लॉ नं. 36, 1998, पुर्तुगाल) पाकिस्तान में कानून केवल “उपचार के लिए प्रवेश” को संदर्भित करता है (मेंटल हेल्थ आर्डिनन्स फौर पाकिस्तान, 2001)। यह संभव है कि मरीज को औषधों की आवश्यकता नहीं है लेकिन कम हस्तक्षेप करने वाली उपचार पद्धतियों (साइकोथेरेपी, सपोर्ट ग्रुप अथवा ऑक्युपेशनल थेरेपी) से लाभ हो सकता है। एकल दृष्टिकोण के भीतर अगर प्रवेश अनुमोदित है तो प्रावधान हो या नहीं, फिर भी चिकित्सा उपचार (अर्थात दवाएँ) दिए जा सकते हैं।

इसका निहितार्थ यह नहीं है कि संयुक्त दृष्टिकोण में मरीज़ उपचार योजना में भाग नहीं लेता। उदाहरणार्थ अल्बानियन कानून कहता है कि सहमति के बिना मनोरोग संस्था में प्रविष्ट व्यक्ति को "आवश्यक चिकित्सा कार्यविधियों द्वारा उपचार दिए जाने चाहिए।" वह आगे कहता है कि व्यक्ति अथवा उसके प्रतिनिधि को "प्रस्तावित थेरेप्यूटिक उपचार की पूरी जानकारी का अधिकार है। जानकारी में साइड इफेक्टज़ और *उपलब्ध विकल्प* भी शामिल हैं।" (लेखक द्वारा ज़्यादा बल दिया गया) (लॉ ऑन मेंटल हेल्थ, 1991)। एकल, संयुक्त प्रक्रिया के अधीन, अनैच्छिक उपयोगकर्ता के साथ भी व्यवसायी को मरीज़ से सहकार्य तथा उपचार के लिए अनुमोदन लेना ग्राह्य है।

पूर्णतः स्वतंत्र (अलग) दृष्टिकोण के अधीन प्रवेश और उपचार की कार्यविधियाँ एक दूसरे से पूर्णतः स्वतंत्र हैं। पहले व्यक्ति को अनैच्छिक प्रवेश के लिए मूल्यांकित किया जाता है, फिर यदि प्रविष्ट मरीज़ को अनैच्छिक उपचार आवश्यक है, तो उपचार की आवश्यकता का मूल्यांकन किया जाता है और इन उपचारों की मंजूरी के लिए स्वतंत्र कार्यविधि आवश्यक है। (देखें सब सेक्शन 8.3.7, आकृति 1)।

कई व्यक्तियों और संगठनों, विशेषतः उपयोगकर्ता समूहों ने, अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार संयुक्त करने पर आपत्ति उठाते हुए कहा है, कि प्रवेश और उपचार के लिए मरीज़ की सहमति अथवा अस्वीकृति दो अलग-अलग मसले हैं। व्यक्ति को अनैच्छिक प्रवेश ज़रूरी हो सकता है, लेकिन अनैच्छिक उपचार नहीं अथवा घर अथवा समुदायों के बाहर न जाते हुए भी अनैच्छिक उपचार ज़रूरी हो सकते हैं। साथ ही, समर्थता विशिष्ट मसले से संबंधित होने के कारण, अगर व्यक्ति में मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश के बारे में निर्णय लेने की समर्थता का अभाव है तो वह फिर भी, उपचार के बारे में निर्णय लेने की योग्यता रख सकता है। तर्क यह दिया जाता है, कि अनैच्छिक उपचार मूलभूत मानव अधिकार सिद्धांत का उल्लंघन करता है। उदाहरणार्थ आई सी इ एस सी आर का जनरल कॉमेंट 14 का आर्टिकल 12 प्रावधान करता है कि स्वास्थ्य अधिकार में, असहमत चिकित्सा उपचार से मुक्ति का अधिकार भी शामिल है। तर्क यह किया जाता है, कि यह भी संभव है कि स्वतंत्र प्राधिकार, उदाहरणार्थ न्यायालय अथवा पुनरीक्षा बोर्ड, व्यक्ति को मानसिक बीमारी के कारण साइकिएट्रीक सुविधा में भेजें, लेकिन हो सकता है वही प्राधिकारी अथवा दूसरे प्राधिकारी इस निष्कर्ष पर पहुँचे कि उस व्यक्ति ने उपचारों का निर्णय करने की क्षमता नहीं खोई है। इसलिए उपचार को सहमति देने की असमर्थता को तय करने का मूल्यांकन ज़रूरी है। स्वतंत्र दृष्टिकोण के समर्थक तर्क प्रस्तुत करते हैं कि अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार के अनुरोध के लिए, दो स्वतंत्र कार्यविधियों का प्रावधान, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा की अतिरिक्त पुष्टि को सुनिश्चित करता है।

इसके ठीक विपरीत संयुक्त दृष्टिकोण के समर्थक कहते हैं कि स्वतंत्र दृष्टिकोण में दो प्रक्रियाओं में ज़्यादा समय गवाने की जोखिम है, जिससे उपचारों में विलंब हो सकता है, जिसके कारण, संबंधित व्यक्ति, स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ताओं और यदि व्यक्ति बहुत आक्रामक है, तो अन्य मरीज़ों, पर विपरीत परिणामों की संभावना है। साथ ही, कई कम आमदनी वाले देशों में मानवीय और वित्तीय संसाधनों की अनुपलब्धता की वजह से अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार की दो स्वतंत्र कार्यविधियाँ स्थापित करना मुश्किल हो सकता है। संयुक्त दृष्टिकोण एम आई प्रिंसिपल्ज़ 16 (2) का विरोध नहीं करता, जो सिफारिश करता है, "अनैच्छिक प्रवेश अथवा प्रतिधारण शुरू में, *निरीक्षण और आरंभिक उपचार* के लिए देशीय कानून द्वारा विनिर्धारित अल्पावधि के लिए तब तक हो, जब तक इस प्रवेश या प्रतिधारण की स्वतंत्र निकाय द्वारा पुनरीक्षा न हो।" (लेखक द्वारा ज़्यादा बल दिया गया)

संयुक्त और स्वतंत्र दृष्टिकोण का एक और विभिन्न प्रकार हो सकता है जिसमें दोनों का लाभ निगमित किया जा सकता है और वह है, प्रवेश और उपचार की '*आवश्यकता*' पर अलग अलग विचार करना, परंतु निर्णय मंजूरी की *प्रक्रियाएँ* संयुक्त रखना। दूसरे शब्दों में, वही व्यवसायी और संभवतः वही पुनरीक्षा निकाय (अथवा स्वतंत्र प्राधिकारी) जिन्होंने प्रवेश की आवश्यकता का मूल्यांकन किया है, व्यक्ति की उपचार को सहमति देने की योग्यता का तथा अनैच्छिक उपचार की वास्तविक आवश्यकता का मूल्यांकन भी कर सकते हैं (संभवतः उसी सत्र में)। इससे नए निष्कर्ष सामने आ सकते हैं। (सब सेक्शन 8.3.5 में चर्चित)

आगे के सब सेक्शन में अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के निकष और कार्यविधि पर चर्चा है। जहाँ "संयुक्त" कार्यविधि काम में लाई जाती है अर्थात् जहाँ उपचार (आवश्यकतानुसार) अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के अंतर्भूत हिस्से के रूप में दिए जाते हैं वहाँ वे प्रवेश में ही "पढ़े जाएँ"। दूसरे शब्दों में, अगर प्रवेश स्वीकृत है तो उपचार भी अपने आप स्वीकृत किए जाते हैं यद्यपि वे चिकित्सीय आवश्यकता हुए बिना कभी नहीं देने चाहिए। जब प्रवेश से "अलग"

प्रक्रिया के रूप में उपचार दिए जाते हैं, वहाँ प्रवेश के निकष और प्रक्रियाएँ ज्यादातर संयुक्त कार्यविधि के समान ही होती हैं, किंतु अनैच्छिक उपचारों पर अलग से विचार किया जाता है।

### 8.3.2 अनैच्छिक प्रवेश के निकष

#### मानसिक अस्वास्थ्य की उपस्थिति

पहले और सबसे महत्वपूर्ण - और सभी अनैच्छिक प्रवेश से जुड़े मानव अधिकार उन्मुख मानसिक स्वास्थ्य कानूनों में सर्वसामान्य - मानसिक अस्वास्थ्य की उपस्थिति का सबूत होना चाहिए, जैसा वह अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत मानदंडों में परिभाषित है। फिर भी अनैच्छिक प्रवेश के लिए पात्र मानसिक अस्वास्थ्य का प्रकार, गंभीरता और मात्रा, भिन्न अधिकार क्षेत्रों में भिन्न हैं। कुछ देश केवल साइकोटिक बीमारी जैसे विशिष्ट मानसिक अस्वास्थ्य के लिए अनैच्छिक प्रवेश की अनुमति देते हैं; "कुछ गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य (बीमारी)" लिखते हैं तो कुछ अनैच्छिक प्रवेश के लिए योग्य निकष के रूप में मानसिक अस्वास्थ्य की व्यापक परिभाषा का इस्तेमाल करते हैं। राष्ट्रीय कानून के लिए महत्वपूर्ण मसला यह तय करना है, कि अनैच्छिक प्रवेश में विशिष्ट स्थितियाँ सम्मिलित की जानी चाहिए या नहीं। ज्यादा विवादास्पद निदानों में सम्मिलित है बौद्धिक अक्षमता, नशीले पदार्थ दुरुपयोग (सबस्टैंस अब्युज) और व्यक्तित्व अस्वास्थ्य (देखें सेक्शन 3)। इस बारे में विकल्प, विशिष्ट देश या समुदाय के मूल्यों को प्रतिबिंबित करता है।

#### तत्काल अथवा सन्निकट खतरे की गंभीर संभावना और / अथवा "उपचार की आवश्यकता"

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अनैच्छिक प्रवेश को प्राधिकृत करने के लिए दो सर्वाधिक महत्वपूर्ण- और ज्यादातर प्रयुक्त आधार हैं- "तत्काल अथवा सन्निकट खतरे की गंभीर संभावना" और "उपचार की आवश्यकता"।

- *तत्काल अथवा सन्निकट खतरे की गंभीर संभावना* - इस निकष को, मरीज से दूसरों को अथवा खुद को हानि पहुँचाने से रोकने के लिए, मरीज के हित में लागू किया जाता है। राज्य का महत्वपूर्ण दायित्व है स्वयं को, देखभाल कर्ताओं, परिवारों और सामान्य समाज को हानि से बचाना, इसलिए यह कानून का प्रायः मुख्य घटक होता है। (खतरनाक सिद्ध होने का अनुमान लगाने पर जानकारी के लिए देखें लिवस्ली, 2001; स्पेरी, 2003)
- *उपचार की आवश्यकता* - इसके निकष के विषय में भी, खतरनाकपन/सुरक्षा के निकष के समान, भरपूर विवाद है। कई संगठन, व्यक्ति, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा के उपयोगकर्ता और उपयोगकर्ताओं के समूह इस निकष पर आपत्ति उठाते हैं। एम आई प्रिंसिपल्ज़ (प्रिंसिपल 16) लिखता है कि "अनैच्छिक प्रवेश पर सोचा जाए ऐसे व्यक्ति के मामले में, जिसकी मानसिक बीमारी गंभीर है और जिसके निर्णय करने की क्षमता कमजोर हो गई है, जिसे प्रविष्ट अथवा प्रतिधारित करने में असफलता, व्यक्ति की स्थिति गंभीर रूप से बिगड़ने की ओर ले जाएगी अथवा ऐसे उचित उपचार देने पर रोक लगाएगी, जो सिर्फ मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश के बाद ही दिए जा सकते हैं।"

इस सिद्धांत में कई तथ्यों की उपस्थिति है। पहला बीमारी गंभीर (परिभाषा का मसला) होनी चाहिए, दूसरे, यह सिद्ध होना चाहिए कि निर्णय करने की क्षमता क्षीण हो गई है (समर्थता का मसला); तीसरे, इस संदेह के लिए उचित आधार होने चाहिए कि व्यक्ति को प्रविष्ट करने में असफलता का परिणाम, उसकी हालत गंभीर रूप से बिगड़ने अथवा उचित उपचार नहीं दिया जा सकने में होगा (उपचार का अनुमान लगाने का मसला)।

#### उपचार का (थेरप्यूटिक) उद्देश्य प्रवेश में समाविष्ट होना चाहिए

व्यक्ति केवल तब अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट किया जाना चाहिए जब प्रवेश का उद्देश्य उपचारों का (थेरप्यूटिक) है। इसका यह अर्थ नहीं कि दवाएँ देनी ही होंगी, क्योंकि पुनर्वास और साइको थेरप्यूटिक प्रस्तावों का विस्तृत वर्ग कार्यान्वित किया जा सकता है। थेरप्यूटिक सफलता न मिलने पर थेरप्यूटिक उद्देश्य की कमी न समझी जाए। अगर व्यक्ति थेरप्यूटिक देखभाल प्राप्त करता है और उपलब्ध उपचारों से व्यक्ति की हालत पूरी तरह नहीं सुधरती, तो भी अनैच्छिक प्रवेश का औचित्य सिद्ध किया जा सकता है। ऐसा व्यक्ति जिसे सिर्फ अभिरक्षात्मक देखभाल की जरूरत है, अनैच्छिक मरीज के रूप में साइकिएट्रिक सुविधा में नहीं रखा जाना चाहिए।

उपर्युक्त निकष लागू करते समय "न्यूनतम प्रतिबंधित परिवेश" का सिद्धांत भी ध्यान में लेना महत्वपूर्ण है। दूसरे

शब्दों में, यदि समुदाय देखभाल जैसे कम प्रतिबंधित विकल्प प्रयुक्त किए जा सकते हैं, तो व्यक्ति को प्रविष्ट नहीं किया जाना चाहिए।

### 8.3.3 अनैच्छिक प्रवेश के लिए कार्यविधि

सामान्यतः मानसिक स्वास्थ्य कानून अनैच्छिक प्रवेश के लिए, अपनाई जाने वाली कार्यविधि की रूपरेखा देता है। कार्यविधि हर देश के साथ बदलेगी। अगला सेक्शन (इस 'मार्गदर्शी पुस्तक' के अन्य सेक्शनों की तरह) व्यापक मार्गदर्शी सूचनाओं के रूप में पढ़ा जाए, न कि सिफारिश की तरह।

*मूल्यांकन कौन संचालित करेगा ?*

अनैच्छिक रूप से अवरोधित व्यक्ति के अधिकारों को सुरक्षित रखने के एक और उपाय हेतु, एम आई प्रिंसिपल्स सिफारिश करता है कि दो स्वतंत्र चिकित्सा व्यवसायी, मरीज की अलग एवं स्वतंत्र रूप से जाँच करते हुए उसका मूल्यांकन करें। यह महत्वपूर्ण सिद्धांत है। कम आय वाले देशों में, मनोरोग चिकित्सकों और आम चिकित्सा (जनरल मेडिकल) व्यवसायियों की कमी पाई जाती है। अतः इन देशों एवं कुछ विकसित देशों में भी, उक्त नियम कार्यान्वित करना संभव नहीं है, अथवा उसे अव्यावहारिक समझा जाता है और अन्य व्यवहार्य विकल्प उचित रूप से कानूनबद्ध हो सकते हैं। उदाहरणार्थ अन्य प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों (जैसे मनोरोग चिकित्सक परिचारिकाएँ, सामाजिक कार्यकर्ता और मनोवैज्ञानिक) को प्रशिक्षित और प्रत्यायित करने की आवश्यकता हो सकती है। ऐसा दक्षिण आफ्रिका में किया गया है। कनाडा के अधिकांश क्षेत्रों में समुदाय में केवल एक डॉक्टर होता है जो अल्पावधि (24-72 घंटे) प्रवेश प्राधिकृत करता है। उसके बाद, स्वतंत्र फिजिशन अस्पताल में व्यक्ति की जाँच करता है और अगर फिजिशन को दीर्घ प्रतिधारण जरूरी न लगे, तो व्यक्ति को छोड़ दिया जाता है।

प्रवेश अथवा उपचार के पहले, कितने व्यवसायियों को व्यक्ति की जाँच करनी चाहिए और उनकी योग्यताएँ क्या होनी चाहिए, इसके बारे में स्थापित नियम नहीं है। ज़्यादा योग्यता प्राप्त लोगों द्वारा विभिन्न परीक्षणों से मरीज को अधिकाधिक सुरक्षा मिल सकेगी, किन्तु यह कानूनी और कार्यान्वित करने से हो सकता है, कि अन्य मरीज जिन्हें देखभाल की जरूरत है, वह उन्हें नहीं मिलती क्योंकि दुर्लभ संसाधन एक व्यक्ति के मूल्यांकन में प्रयुक्त हो रहे हैं - अथवा व्यक्तियों का बिलकुल मूल्यांकन नहीं किया जाता क्योंकि वे ऐसे क्षेत्र से आए हैं जहाँ एक भी व्यवसायी उपलब्ध नहीं है अथवा अपर्याप्त कानूनी योग्यता प्राप्त व्यवसायी हैं - तब स्पष्ट है कि यह अच्छी सुरक्षा नहीं है।

हो सकता है कि ज़्यादा गुणवत्ता प्राप्त व्यवसायी, कम गुणवत्ता प्राप्त व्यवसायी की तुलना में मानसिक स्वास्थ्य दर्जे के परीक्षणों के लिए कम योग्य हो। उदाहरणार्थ कई विकसनशील देशों में चिकित्सक को मानसिक स्वास्थ्य में प्रशिक्षण और अनुभव नहीं होता जब कि विशिष्ट मनोरोग चिकित्सा परिचारिकाएँ ज़्यादा निपुण और अनुभवी होती हैं। इसके विपरीत कई मनोरोग लक्षण भीतरी शारीरिक बीमारी को प्रकट करते हैं। इसलिए कम से कम एक चिकित्सा (मेडिकल) डॉक्टर द्वारा परीक्षण महत्वपूर्ण होता है। इस 'मार्गदर्शी पुस्तक' में वर्णित किसी नियम की तुलना में स्थानीय रूप से उचित समाधान ज़्यादा महत्वपूर्ण है। फिर भी, स्वतंत्रता के निकष और दो मूल्यांकन जिस में से एक योग्यताप्राप्त व्यवसायी द्वारा किया जाता है, हमेशा लागू करने चाहिए।

देश की स्थिति के कारण आरंभिक प्रवेश से पहले दूसरा मूल्यांकन न हो पाए, तो प्रवेश पर और उपचार के पहले वह किया जाना चाहिए। अगर दोनों मूल्यांकनों में कोई विसंगति है तो स्वतंत्र व्यवसायी मनोरुग्ण व्यक्ति की तीसरी बार जाँच करे, और सिफारिशें करे, जिसके बाद बहुमत वाली, सिफारिशों को प्रतिष्ठापित किया जाना चाहिए।

*आवेदन कौन कर सकता है ?*

अनैच्छिक प्रवेश के लिए कौन आवेदन कर सकता है यह कठिन और विवादात्मक क्षेत्र है। कुछ देशों में मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी की सिफारिशों पर आधारित, परिवार सदस्य, निकट का रिश्तेदार अथवा अभिभावक अथवा राज्य द्वारा नियुक्त व्यक्ति (जैसे युनाइटेड किंगडम में, सामाजिक कार्यकर्ता) पदनामित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा (मनोरोग अस्पताल अथवा जनरल अस्पताल के मनोरोग चिकित्सा वार्ड) से आवेदन करता है, कि सुविधा में मरीज को प्रवेश दिया जाए। अन्य देशों में प्रवेश के लिए आवेदन, चिकित्सा जाँच से पहले किया जाता है और आवेदन के आधार पर जाँच की जाती है।

कुछ मामलों में विशिष्ट परिवारों को लगता है कि उनके परिवार के सदस्य को अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की जरूरत है या नहीं, और कब है, यह तय करने का सर्वोच्च अधिकार उनका है और बाहरी सहायता जरूरी है या नहीं और कब जरूरी है, इस बारे में उनका कथन महत्वपूर्ण होना चाहिए। कुछ देशों में परिवार के सदस्य आवेदन में शामिल ही नहीं किए जाते क्योंकि ऐसा लगता है कि अधिकांश परिवार यह नहीं चाहते कि प्रवेश और उपचार के लिए उसे प्रतिबद्ध किए जाने पर, मानसिक अस्वास्थ्य का मरीज बाद में उन्हें दोष लगाने का जो खतरा है, उसे वे नहीं उठाना चाहते। विभिन्न देशों द्वारा अपनाई गई विभिन्न प्रक्रियाओं और संस्कृतियों में यह अंतर प्रतिबिंबित होता है और इनमें से कोई एक ही, 'सही' विकल्प नहीं माना जा सकता।

*मरीज को कहाँ प्रविष्ट करना चाहिए ?*

देशों को यह निर्णय करना जरूरी है कि अनैच्छिक मरीज को कहाँ प्रविष्ट किया जाए। अन्य स्वास्थ्य प्रवेशों की तरह यह भी मरीज के घर के ज्यादा से ज्यादा निकट होना चाहिए। जनरल अस्पतालों में ऐसी सुविधाएँ विकसित की जानी चाहिए, जिन में अधिकतर अनैच्छिक मरीजों को समायोजित किया जा सके। यह तथ्य ध्यान में लेकर, कि कम संख्या में ही सही, लेकिन अनैच्छिक मरीज आक्रमक अथवा काबू पाने में मुश्किल हो सकते हैं। इसलिए इन मरीजों को समायोजित करने के लिए सुरक्षा की विशिष्ट सुविधाओं की जरूरत पड़ सकती है। किसी भी हालत में अनैच्छिक मरीज के प्रवेश की अनुमति देने से पहले, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा उचित और पर्याप्त देखभाल और उपचार देने वाली के रूप में प्रत्यायित होनी चाहिए।

*प्रस्ताव और जारी प्रवेश की पुनरीक्षा कैसे करनी चाहिए ?*

ऊपर दी गई रूपरेखा अनुसार चिकित्सा (मेडिकल) / साइकिएट्रीक / व्यवसायी सुविज्ञता पर आधारित अनैच्छिक प्रवेश की पुष्टि करने के लिए अधिकांश देश पुनरीक्षा निकाय, न्यायाधिकरण अथवा न्यायालय जैसे स्वतंत्र प्राधिकरण को प्रयुक्त करते हैं (सेक्शन 13 भी देखें) स्वतंत्र प्राधिकरण के निर्णय पर किसी भी स्रोत से निर्देशों का प्रभाव नहीं होना चाहिए। संसाधनों और स्थानीय स्थितियों को तय करना चाहिए कि किस प्रकार का निकाय आवश्यक है और कौन सी कार्यविधियाँ अपनाई जानी चाहिए। देशों को अपनी प्राथमिकताओं और अधिकारों के बीच संतुलन करने की आवश्यकता है। उदाहरणार्थ इस तथ्य के बावजूद कि अधिकांश अनैच्छिक प्रवेश "आपात स्थितियों" के रूप में श्रेणीकृत नहीं किए जाते (सब सेक्शन 8.4 देखें), अनैच्छिक प्रवेशों की निकष पूर्ति की आवश्यकता देखते हुए मरीज को प्रवेश और उपचार देने में विलंब नहीं होना चाहिए। स्वयं को अथवा दूसरों को हानि पहुँचाने से रोकने के अधिकार और उपचार लेने तथा उपचार अस्वीकार करने के अधिकार, दोनों के बीच में संतुलन आवश्यक है।

कुछ देशों में, मरीज के प्रवेश के पहले, हर मामले की स्वतंत्र प्राधिकरण द्वारा पुनरीक्षा करना संभव नहीं हो सकता। प्रवेश में विलंब होने के बजाय कानून विशिष्ट कालावधि का (जो अल्पावधि होनी चाहिए) प्रावधान कर सकता है, जिसमें मामले की पुनरीक्षा की जा सके। पुनरीक्षा निकाय जैसे ही अपना निर्णय देता है, वैसे ही तुरंत उचित कार्रवाई कार्यान्वित की जानी चाहिए। इसके बाद रुग्ण की स्थिति की निरंतर स्वचलित, अधिदेशात्मक और नियमित पुनरीक्षा जारी रहनी चाहिए।

वास्तव में, अधिकांश अनैच्छिक प्रवेश संक्षिप्त -कुछ दिनों अथवा सप्ताहों- का, होता है और मरीज अच्छी प्रगति दिखाते हैं जिससे अनैच्छिक प्रवेश जरूरी नहीं रह जाता। अधिकांश मामलों में इस अवधि के बाद अनैच्छिक प्रवेश जारी रखने के कारण नहीं होते हैं। मरीज पर्याप्त रूप से स्वास्थ्य लाभ करता है, तो उसे छोड़ दिया जाता है अथवा इतना सुधार दिखाता है, कि स्वैच्छिक रूप से उपचार जारी रखने का स्वयं निर्णय कर सकता है। कुछ देशों में, अनैच्छिक प्रवेश विनिर्दिष्ट अवधि से कम होने पर, पुनरीक्षा निकाय द्वारा पुनरीक्षा की आवश्यकता नहीं होती।

उदाहरणार्थ, दक्षिण आफ्रीकी कानून के अधीन यह आरंभिक कालावधि 72 घंटे तक सीमित की गई है। (मेंटल हेल्थ केअर एक्ट, एक्ट 17, 2002)। कम आमदनी वाले देश, जहाँ मानव और वित्तीय संसाधन बहुत कम हैं, इस दृष्टिकोण में सुविधा पाएँगे, क्योंकि पुनरीक्षा प्रक्रिया संसाधनों की ऐसी अनुपातहीन राशि नष्ट नहीं करती, जो सेवा प्रावधान के लिए अहितकर हो। यह विशिष्ट दृष्टिकोण एम आई प्रिंसिपल्ज 16 (2) के अनुरूप है, जो सिफारिश करता है कि देशीय कानून द्वारा विनिर्दिष्ट अल्पावधि के लिए "अनैच्छिक प्रवेश अथवा प्रतिधारण, शुरू में *निरिक्षण और प्रासंगिक उपचार* के लिए तबतक हो, जबतक स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय द्वारा इस प्रवेश और प्रतिधारण की पुनरीक्षा नहीं हो जाती" (लेखक द्वारा ज्यादा बल दिया गया)

जहाँ संभव है, स्वतंत्र प्राधिकरण को मरीज द्वारा, अनैच्छिक प्रवेश के बारे में अपनी राय बताने (जैसे क्या उन्हें लगता है कि वे गलत रूप से प्रविष्ट हैं अथवा कहाँ प्रवेश पाया जाए इसका चुनाव करना चाहेंगे) का अवसर देना चाहिए। प्राधिकरण द्वारा निर्णय करते समय इन्हें ध्यान में लिया जाए। स्वतंत्र प्राधिकरण को परिवार सदस्यों (और अन्य निकटवर्ती व्यक्ति) स्वास्थ्य व्यवसायियों और/अथवा मरीज द्वारा नियुक्त (अगर कोई है तो) कानूनी प्रतिनिधि के साथ सलाह-मशविरा करना चाहिए।

कानून सुनिश्चित कर सकता है कि अनैच्छिक प्रवेश के आधार के बारे में मरीज को तत्काल सूचित किया जाता है और, यह मरीज के कानूनी प्रतिनिधियों और परिवार सदस्यों को भी - जैसा भी उचित हो - तुरंत बताया जाता है।

अनैच्छिक प्रवेश के कानूनी प्रावधानों में एक महत्वपूर्ण बात निगमित करनी चाहिए, और वह है न्यायिक कल्प और न्यायिक निकायों से अपील करने का अधिकार। अनैच्छिक प्रवेश से संबंधित कानूनी अनुभाग में इस अधिकार को सम्मिलित करना चाहिए, और अपनाई जाने वाली प्रक्रिया तय करनी चाहिए जिससे मरीज, उसके परिवार सदस्य और/अथवा कानूनी प्रतिनिधि मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय और/अथवा न्यायालय में, प्रारंभिक अवरोध पर, अपील कर सके।

### अनैच्छिक प्रवेश : मुख्य मसले

- सामान्यतः अनैच्छिक प्रवेश तभी दिया जाता है जब निम्नलिखित सभी निकष पूरे होते हैं और मरीज स्वैच्छिक प्रवेश अस्वीकृत करता है:
  - ए) विशिष्ट गंभीरता के मानसिक अस्वास्थ्य का सबूत है; और
  - बी) स्वयं को अथवा दूसरों को तत्काल अथवा सन्निकट हानि पहुँचाने की गंभीर संभावना है और / अथवा उपचार न दिए जाने पर मरीज की स्थिति बिगड़ने की संभावना है;
  - सी) प्रवेश में थेरप्यूटिक (उपचार के) उद्देश्य सम्मिलित हैं; और
  - डी) यह उपचार केवल मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश द्वारा ही दिया जा सकता है।
- अनैच्छिक प्रवेश के लिए अपनाई जाने वाली कार्यविधि :
  - ए) दो प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों (जिनमें से एक आदर्शतः मेडिकल डॉक्टर होना चाहिए) को प्रमाणित करना चाहिए, कि अनैच्छिक प्रवेश के निकषों की पूर्ति की गई है और अनैच्छिक प्रवेश की सिफारिश की गई है।
  - बी) अनैच्छिक प्रवेश के लिए आवेदन, स्थानीय संस्कृति और स्थिति के अनुसरण में किया जाना चाहिए।
  - सी) मानसिक स्वास्थ्य सुविधा प्रत्यायित होनी चाहिए कि उसमें, पर्याप्त और उचित देखभाल और उपचार का प्रावधान है और तभी अनैच्छिक मरीज को वहाँ प्रवेश देने की अनुमति दी जाती है।
  - डी) स्वतंत्र प्राधिकरण (पुनरीक्षा निकाय, न्यायाधिकरण अथवा न्यायालय) को अनैच्छिक प्रवेश अधिकृत करना चाहिए। यह आवेदन करने के बाद जल्द से जल्द करना चाहिए और अगर ऐसा नहीं होता तो प्रवेश के बाद जल्द से जल्द करना चाहिए; कानून को ऐसी पुनरीक्षा के लिए आवश्यक कालावधि तय करनी चाहिए। मानसिक रुग्ण को सुनवाई के समय कानूनी प्रतिनिधि देने का हक होना चाहिए।
  - इ) मरीज, उसके परिवार और कानूनी प्रतिनिधियों को, अनैच्छिक प्रवेश के आधार और मरीज के अधिकारों के बारे में, अविलंब सूचित किया जाना चाहिए।
  - एफ) मरीजों, उनके परिवारों और/अथवा उनके कानूनी प्रतिनिधियों को, अनैच्छिक प्रवेश के विरुद्ध पुनरीक्षा निकाय और/अथवा न्यायालय में, अपील करने का अधिकार है।
- स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय द्वारा अनैच्छिक प्रवेश की नियमित और समयबद्ध पुनरीक्षा का प्रावधान करना जरूरी है।
- मरीज जब अनैच्छिक प्रवेश के निकष की पूर्ति नहीं करता तब उसे अनैच्छिक प्रवेश से मुक्त करना चाहिए। बाद में स्वैच्छिक उपचार किए जा सकते हैं।

अनैच्छिक प्रवेश और उपचार से व्यक्ति को मुक्त किए जाने की कार्यविधि लचीली होनी चाहिए जो सुनिश्चित कर दे कि व्यक्ति को आवश्यकता से ज़्यादा समय के लिए प्रतिधारित नहीं किया जाता। जिसके कारण प्रारंभ में अनैच्छिक प्रवेश जरूरी समझा गया, वह गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य निरंतर रहने पर ही, प्रवेश जारी रखना उचित होगा। यदि अनैच्छिक प्रवेश की आवश्यकता नहीं रह जाती, तो कानून द्वारा निर्धारित व्यवसायी अथवा डॉक्टर द्वारा अथवा केस की सुनवाई के बाद पुनरीक्षा निकाय द्वारा, मरीज को आगे की देखभाल के बिना, छोड़ देना चाहिए। अगर मरीज चुने, तो उसे इनपेशंट अथवा आऊट पेशंट के रूप में देखभाल और उपचार जारी रख, स्वैच्छिक मरीज में परिवर्तित किया

जा सकता है। इसका निहितार्थ है, कि नियमित विरामों पर मामले की पुनरीक्षा की सांविधिक प्रक्रिया की आवश्यकता है। जब मरीज को सिफारिश से ज्यादा समय के लिए अनैच्छिक रूप से अवरोधित किया जाता है, तब इस निर्णय के विरुद्ध अपील करने के अधिकार को विहित विरामों पर अनुमति देनी चाहिए।

इस कार्यविधि को सुविधाजनक बनाने के लिए देशों के पास मानकीकृत फॉर्म होने चाहिए, जो विभिन्न चरणों में भरे जाने चाहिए (ऐसे फॉर्मों के उदाहरण के लिए परिशिष्ट 8 देखें)

#### **8.3.4. अनैच्छिक उपचार के निकष (जहाँ प्रवेश और उपचार के लिए अलग कार्यविधियाँ हैं)**

अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार के निकष के बीच काफी परस्पर व्याप्ति है। फिर भी मुख्य अंतर है कि उपचार के बारे में व्यक्ति में सूचित निर्णय करने की समर्थता की कमी मिलनी चाहिए। सहमति के बिना उपचार केवल निम्नलिखित स्थितियों में किए जाने चाहिए :

1. मरीज के मानसिक अस्वास्थ्य का निश्चय अंतर्राष्ट्रीय चिकित्सा मानदंडों के अनुसरण में किया गया है।
2. मरीज में प्रस्तावित उपचारों को सूचित सहमति देने अथवा रोक रखने की समर्थता की कमी है।
3. उपचार निम्नलिखित के लिए आवश्यक है :
  - (i) मरीज के मानसिक अस्वास्थ्य में सुधार लाने; और
  - (ii) मरीज की मानसिक स्थिति को बिगड़ने से रोकने; और / अथवा
  - (iii) मरीज को खुद को हानि पहुँचाने से रोकने; और / अथवा
  - (iv) भारी हानि से अन्यो की रक्षा करने।

सहमति के बिना और कानून संविहित निकाय द्वारा प्राधिकृत किए बिना, उपचार केवल और सख्ती से सिर्फ, आपात स्थितियों में प्रारंभ किए जाने चाहिए और केवल आपात स्थिति की अवधि तक ही देने चाहिए। (सब सेक्शन 8.4 देखें)

#### **8.3.5 प्रविष्ट व्यक्तियों के अनैच्छिक उपचार के लिए कार्यविधि**

उपचार प्रक्रिया विभिन्न तरीकों से - जो प्रवेश प्रक्रिया से अलग है - लागू की जा सकती है। उपचार निर्णय निम्नलिखित के संदर्भ में स्वतंत्र हो सकता है;

ए) अवधि - मरीज को प्रविष्ट करने के बाद अनैच्छिक उपचार का मूल्यांकन किया जाता है।

बी) निकष - मानसिक स्वास्थ्य स्थिति जिसके लिए अनैच्छिक प्रवेश जरूरी है, उपचार के बारे में निर्णय करने की समर्थता से अलग है।

सी) व्यावसायिक और अधिकृत करने का अधिकार - किसे अनैच्छिक प्रवेश देना है और किसे अनैच्छिक उपचार, यह तय करने में विविध निपुणताओं के विभिन्न लोगों को समाविष्ट किया जाता है।

इनमें से हर एक उपयोगकर्ता को अतिरिक्त सुरक्षा देता है, किंतु प्रवेश के समान, इन प्रक्रियाओं के कारण उपचारों में अनावश्यक विलंब नहीं होना चाहिए अन्यथा यह भी मानव अधिकारों का उल्लंघन हो सकता है।

कम संसाधनों वाली स्थिति में भी अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार के लिए निकष अलग-अलग करना संभव है, किंतु उन्हीं व्यक्तियों को उपचार और प्रवेश के लिए मूल्यांकन, एक ही समय पर संचालित करने चाहिए।

संयुक्त प्रक्रिया में हो अथवा अलग, अनैच्छिक उपचार हमेशा उचित योग्यता प्राप्त और प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा प्रस्तावित किए जाने चाहिए। व्यवसायी की श्रेणी, देश के संसाधन और स्थिति पर आधारित होगी। प्रवेश की तरह उपचार योजना की पुष्टि करने के लिए, दूसरे स्वतंत्र प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी को प्रयुक्त किया जाए, जो मरीज की स्वतंत्र रूप से जाँच और मरीज के चिकित्सा और उपचार से संबंधित पूरे अभिलेख की पुनरीक्षा करेगा। उपचार निर्णय करने वाला व्यवसायी, यह काम सिर्फ अपने व्यवसाय की गुंजाइश के दायरे में कर सकता है। इसपर फिर से बल देना महत्वपूर्ण है, कि पदनामित व्यवसायी में आवश्यक प्रशिक्षण, सक्षमता और सुविज्ञता होनी चाहिए और कानून को इन निकषों को विनिर्धारित करना चाहिए।

उपर्युक्त सिफारिशों पर आधारित उपचार योजना, प्रवेश सिफारिशों की तरह स्वतंत्र प्राधिकरण (यह पुनरीक्षा निकाय हो सकता है) द्वारा मंजूर की जाए। स्वतंत्र प्राधिकरण को सत्यापित करना चाहिए कि मरीज में उपचारों को सहमति देने की समर्थता की वास्तव में कमी है और (उसी कानून के अधीन) प्रस्तावित उपचार मरीज के सर्वोच्च हित में है। प्रवेश की तरह यह स्वतंत्र प्राधिकरण, न्यायिक कल्प अथवा न्यायिक हो। महत्वपूर्ण बात यह है कि, स्वतंत्र प्राधिकरण, उपचार प्रस्तावित करने वाले व्यक्ति से भिन्न है और उसमें विशिष्ट निपुणता और ज्ञान वाले लोग हैं, जो मरीज की सक्षमता का फैसला कर सकते हैं।

यद्यपि कुछ स्थितियों में यह निकाय प्रवेश को अधिकृत करने वाले निकाय से भिन्न होगा, यह सभी स्थितियों में संभव नहीं हो सकता। जहाँ केवल एकल निकाय उपलब्ध है, वहाँ सदस्यों को प्रवेश और उपचार के निकषों की भिन्नता ध्यान में रखनी होगी। तब प्राधिकारी विकल्पों की श्रृंखला पर निर्णय कर सकते हैं, उदाहरणार्थ, व्यक्ति को अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट करना चाहिए, परंतु मरीज की सहमति के बिना उपचार नहीं किए जा सकते, मरीज को प्रविष्ट कराया जाता है और उपचार भी दिया जाता है अथवा उसे न अनैच्छिक प्रवेश और न ही उपचार की अनुमति दी जाती है।

जहाँ एक ही प्राधिकरण प्रवेश और उपचार का मूल्यांकन करता है वहाँ समुदाय (जैसे प्रवेश बिना अनिवार्य उपचार) में उपचार लेने की सिफारिश के लिए अवसर तैयार किया जाता है, यदि उस देश के लिए यह विकल्प है। अनैच्छिक उपचार के लिए स्वतंत्र मंजूरी में एक भिन्नता यह हो सकती है कि विशिष्ट उपचार पद्धतियाँ (मोडेलिटी) विनिर्दिष्ट की जाएँ जिसे अलग पुनरीक्षा प्रक्रिया की आवश्यकता होती है। उदाहरणार्थ डिपो साइकोट्रॉपिक मेडिकेशन प्रयुक्त करने वाले उपचारों को उपयोग हेतु मंजूरी के लिए स्वतंत्र कार्यविधि की आवश्यकता हो सकती है, किंतु मुहँ से दी जाने वाली दवाओं के लिए नहीं।

जब अनैच्छिक उपचार की सिफारिश की जाती है, चाहे वह 'संयुक्त' प्रक्रिया में हो अथवा 'अलग', तब यह महत्वपूर्ण है कि मरीज की अनावश्यक हानि से रक्षा की जाए और मरीज के लाभ को लक्ष्य बनाकर प्रस्तावित उपचार किए जाएँ। सामान्यतः, स्वीकृत चिकित्सीय लक्षण की अनुक्रिया में उपचार लागू किए जाएँ, उनका थेरेप्यूटिक लक्ष्य हो और उससे वास्तव में चिकित्सीय लाभ की संभावना हो - और उसका केवल मरीज की प्रशासकीय, अपराधिक, पारिवारिक, अथवा अन्य स्थिति पर प्रभाव न हो। विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य स्थिति के लिए राष्ट्रीय और / अथवा अंतर्राष्ट्रीय उपचार मार्गदर्शी सूचनाओं का अनुपालन, अनैच्छिक उपचार में होना चाहिए, जो दुर्व्यवहार से रक्षा कर सके।

अनैच्छिक उपचार आवश्यकता से ज्यादा समय न किए जाएँ और उपचार देने वाले स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा नियमित रूप से उसकी पुनरीक्षा की जानी चाहिए और स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय द्वारा आवधिक पुनरीक्षा की जानी चाहिए। कुछ अध्यादेशों में अधिकतम समयसीमा विनिर्दिष्ट की जा सकती है। प्रस्तावित उपचार का मुख्य लक्ष्य मरीज की समर्थता पुनःस्थापित करने का होना चाहिए और जब अनैच्छिक उपचार के दौरान ऐसा होता है, तब अनैच्छिक उपचार बंद करने चाहिए। कई मामलों में इसके बाद स्वैच्छिक उपचार शुरू किए जाते हैं। जहाँ समयसीमा विनिर्दिष्ट की गई है, वहाँ मंजूर सीमा से ज्यादा समय, अथवा मरीज की समर्थता पुनःस्थापित होने के बाद, इन दोनों में से जो पहले हो, अनैच्छिक उपचार न दिए जाएँ। उपचार अनैच्छिक रूप से दिए जाने पर भी कानून व्यवसायियों को बढ़ावा दे सकता है, कि वे मरीज और/अथवा उनके परिवार (अथवा अन्य संबंधित) को प्रस्तावित उपचार योजना के विकास में शामिल करा लें। अनैच्छिक उपचार लेते समय, मरीज और उसकी देखभाल करने वालों को तत्काल उनके अधिकार सूचित करने चाहिए।

मरीज और उसके परिवार और/अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधि को, अनैच्छिक उपचार लादे जाने के विरुद्ध, पुनरीक्षा निकाय, न्यायाधिकरण और/अथवा न्यायालय में अपील करने का अधिकार होना चाहिए। एक बार फिर कहा जा सकता है, कि पुनरीक्षा निकाय से अपील की प्रक्रिया के लिए, मानकीकृत फॉर्म बहुत उपयोगी सिद्ध हो सकता है (ऐसे फॉर्म के नमूने के लिए परिशिष्ट 8 देखें)



## उदाहरण : ऑटोरियो, कनाडा में अनैच्छिक उपचार के विरुद्ध प्रविष्ट मरीज की सफल अपील

ऑटोरियो, कनाडा में प्रोफेसर स्टारसन, जान से मारने की धमकी के लिए अपराधिक रूप से जिम्मेदार न पाए जाने के बाद, अस्पताल में प्रविष्ट किए गए थे। पुनरीक्षा बोर्ड ने 12 महीनों की नजरबंदी का आदेश दिया था। परिचर्या करनेवाले फिजिशन ने उनकी "बाइपोलर" स्थिति के लिए चिकित्सा उपचार प्रस्तावित किए थे। स्टारसन ने इस आधार पर, कि औषधियाँ उनके मन को सुस्त बनाती हैं और उनकी क्रियाशीलता को कम करती हैं, उपचार को सहमति देना अस्वीकार किया। लेकिन परिचर्या करने वाले फिजिशन ने स्टारसन को यह निर्णय करने के लिए, कि वह चिकित्सा उपचार स्वीकार करे या अस्वीकार, असमर्थ पाया। फिजिशन के निर्णय की पुनरीक्षा के लिए स्टारसन ने "कन्सेंट एण्ड कंसेंटी बोर्ड" से अपील की। बोर्ड ने फिजिशन के निर्णय की पुष्टि की। फिर भी उच्चतर न्यायालय द्वारा बोर्ड के निर्णय को, न्यायिक पुनरीक्षा के आधार पर, उलट दिया गया। यह निर्णय कोर्ट ऑफ अपील को संदर्भित किया गया। इसने निचले न्यायालय के निर्णय का समर्थन किया। मामला कनाडा के सर्वोच्च न्यायालय, सुप्रीम कोर्ट ऑफ कनाडा में पहुँचा। जून 2003 में सुप्रीम कोर्ट ने ऑटोरियो कोर्ट ऑफ अपील के निर्णय का समर्थन किया।

ऑटोरियो हेल्थ केअर कन्सेंट एक्ट (सेक्शन 2.3 देखें) की शर्तों में, व्यक्ति में उपचार निर्णय से संगत जानकारी समझने और निर्णय लेने अथवा न लेने के उचित अनुमान लगाए जा सकने वाले दूरगामी परिणामों को समझने की योग्यता होनी चाहिए।

कोर्ट ने पाया कि बोर्ड ने समर्थता की सांविधिक परीक्षा गलत ढंग से लागू की और अपने निष्कर्षों में भी गलती की, कि प्रोफेसर स्टारसन अपने निर्णय के परिणाम को समझने में असफल हुए।

यह मामला महत्वपूर्ण सिद्धांत दर्शाता है कि :

- व्यक्ति की सहमति के बिना प्रवेश का निहितार्थ यह नहीं होता कि व्यक्ति उपचार निर्णय करने में असमर्थ है।
- समर्थता का निश्चय करने वाले परीक्षण व्याख्या के लिए खुले हैं।
- उच्चतर प्राधिकरणों से अपील करने की अनुमति से, उपचार के बारे में आरंभिक निर्णयों को उलटा किया जा सकता है।
- व्यक्ति की संपूर्णता और अदम्यता महत्वपूर्ण मानव अधिकार सिद्धांत है।

(स्टारसन वि. स्वेज़े, 2003, SCC 32)

अनैच्छिक उपचारों की आवधिक पुनरीक्षा के समय स्वतंत्र प्राधिकरण को सुनिश्चित करना चाहिए कि अनैच्छिक उपचार जारी रखने का आधार मजबूत है। जहाँ अनैच्छिक उपचारों की अनुमति के लिए समय विनिर्धारित है और उससे ज्यादा समय के लिए उपचार जरूरी है, वहाँ उपचार मंजूरी की प्रक्रिया दोहरानी चाहिए। केवल मरीज द्वारा उपचार को अस्वीकार किए जाने को, अनैच्छिक उपचारों की पुनर्मजूरी के लिए पर्याप्त आधार नहीं समझना चाहिए।

## अनैच्छिक उपचार : मुख्य मसले

- अनैच्छिक उपचार के निकष की पूर्ति उपचार देने से पहले होनी चाहिए।
- अनैच्छिक उपचार के लिए अपनाई जाने वाली कार्यविधि:
  - ए) उपचार योजना ऐसे प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी के द्वारा प्रस्तावित की जानी चाहिए, जिसे पर्याप्त सुविज्ञता और ज्ञान है।
  - बी) दूसरे स्वतंत्र प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी का, उपचार योजना से सहमत होना अनिवार्य होना चाहिए।
  - सी) अनैच्छिक उपचार की सिफारिश होने के बाद, उपचार योजना की पुनरीक्षा करने हेतु, स्वतंत्र प्राधिकरण (पुनरीक्षा निकाय) को उक्त योजना, यथाशीघ्र उपलब्ध करा देनी चाहिए। अनैच्छिक उपचार जारी रखने की आवश्यकता का मूल्यांकन करने हेतु आवधिक पुनरीक्षा होती रहनी चाहिए।
  - डी) जहाँ अनैच्छिक उपचार सीमित अवधि के लिए मंजूर है, वहाँ उपचार जारी तभी रह सकते हैं जब मंजूरी-प्रक्रिया दोहराई जाती है।
  - इ) जब ऐसा फैसला किया जाता है, कि मरीज ने उपचार निर्णय करने की अपनी समर्थता पुनःप्राप्त कर ली है, जब उपचार की इसके आगे आवश्यकता नहीं है अथवा जब मंजूरी समय निकल जाता है - इनमें से जो पहले हो, अनैच्छिक उपचार बंद करने चाहिए।
  - एफ) मरीज और उसके परिवार और/अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधियों को तत्काल अनैच्छिक उपचारों के निर्णय के बारे में सूचित करना चाहिए और जहाँ तक व्यवहार्य है उन्हें उपचार योजना विकसित करने में सम्मिलित करा लेना चाहिए।
  - जी) एक बार अनैच्छिक उपचार मंजूर किए जाने पर मरीज, उसके परिवार और वैयक्तिक प्रतिनिधि को यह सूचित करना चाहिए कि, अनैच्छिक उपचार निर्णय पर पुनरीक्षा निकाय, न्यायाधिकरण और/अथवा न्यायालय से अपील करने का उन्हें अधिकार है।

नोट करें कि उपर्युक्त कार्यविधि आपात स्थिति, विशेष उपचार अथवा अनुसंधान पर लागू नहीं होती, जिसपर नीचे चर्चा की गई है।

### 8.3.6 उपचार के लिए प्रतिपत्र सहमति

कुछ अधिकारक्षेत्र वैयक्तिक प्रतिनिधि, परिवार सदस्य अथवा कानूनन नियुक्त अभिभावक का प्रावधान करते हैं जो मरीज की ओर से उपचारों को सहमति देते हैं। स्पष्टतः, प्रतिपत्र सहमति पर ऐसी स्थिति में विचार किया जा सकता है जब मरीज में उपचारों को सहमति देने की समर्थता की कमी स्थापित हो चुकी है।

कई स्थितियों में प्रतिपत्र सहमति अनैच्छिक उपचारों का ही हिस्सा होती है। कोई प्रतिपत्र (प्रॉक्सी) अथवा सरोगेट, असमर्थ मरीज के लिए निर्णय करने में "ऐवजी निर्णय मानदंड" द्वारा बाध्य होना चाहिए। सरोगेट को वह निर्णय करना चाहिए, जो उसे विश्वास है असमर्थ व्यक्ति स्वयं करता, यदि व्यक्ति में निर्णय करने की समर्थता होती। जहाँ व्यक्ति में असमर्थता हमेशा से थी, जैसा कि बौद्धिक अक्षमता वाले लोगों के साथ होता है, मानदंड में 'सर्वोच्च हित' ही मानदंड बन जाता है। फिर भी सरोगेट को व्यक्ति की विशिष्ट स्थिति के बारे में जानने का प्रयास करना चाहिए ताकि सरोगेट का निर्णय, असमर्थ व्यक्ति की ज्ञात इच्छाओं और आवश्यकताओं के विषय में उसकी समझ के निकटतम हो।

परिवार सदस्यों द्वारा प्रतिपत्र निर्णय से कुछ लाभ हैं क्योंकि वे मरीज के हितैषी होते हैं और मरीज की बातों से परिचित। फिर भी यह ध्यान रहे, कि परिवार सदस्य द्वारा किया गया प्रतिपत्र निर्णय वास्तव में स्वतंत्र नहीं भी हो सकता। परिवार में हितसंघर्ष हो सकता है और परिवार सदस्य अपने हित की बराबरी मरीज के हित से कर सकते हैं। इसलिए अनैच्छिक उपचार के नियमों में नियमित सुरक्षा उपाय, प्रतिपत्र सहमति पर भी लागू किए जाने चाहिए; उदाहरणार्थ मरीज को प्रतिपत्र सहमति पर भी अपील करने का अधिकार होना चाहिए।

कुछ देशों के कानून में "अग्रिम निदेश" (अडवहान्स डिरेक्टिव्ह) का प्रावधान किया गया है, जहाँ मानसिक अस्वास्थ्य वाला मरीज जब अच्छा (स्वस्थ) होता है, तब उस अवधि के लिए जब वह सूचित निर्णय करने योग्य नहीं होगा, वह अभी से निर्णय कर सकता है, कि उसे क्या स्वीकृत है और क्या अस्वीकृत। तब उसकी ओर से निर्णय किसे करना चाहिए यह भी वह पहले से तय कर सकता है। (मानसिक स्वास्थ्य मरीज के लिए न्यूजीलैंड के एडवान्स निदेश के उदाहरण के लिए परिशिष्ट 9 देखें।)

हाल के अध्ययन में दर्शाया गया है, कि मरीज और मानसिक स्वास्थ्य दल की आपसी बातचीत के बाद बनाई गई संयुक्त 'संकट योजना' (क्राइसिस प्लान), जिसमें उपचारों की पसंद विनिर्दिष्ट करने वाले 'अग्रिम निदेश' शामिल हैं, के परिणाम स्वरूप, गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य वाले मरीजों के अनैच्छिक प्रवेश घट सकते हैं। (हेंडरसन, 2004)

ज्यादा समस्यात्मक स्थिति तब होती है जब मानसिक अस्वास्थ्य वाला मरीज उपचार की अग्रिम अस्वीकृति देता है। जब मरीज अनैच्छिक उपचार के निकषों की पूर्ति करेगा और जहाँ उपचार की अग्रिम अस्वीकृति का सम्मान करने पर गंभीर रूप से बीमार मरीज आवश्यक उपचार से वंचित रहेगा अथवा जहाँ मरीज स्वयं को या दूसरों को हानि पहुँचा सकेगा, तब की अवधि में अग्रिम अस्वीकृति लागू करनी चाहिए, यह मानने में कुछ मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी अनिच्छा दिखाते हैं।

#### उपचारों को प्रतिपत्र सहमति : मुख्य मसले

- प्रतिपत्र सहमति वैयक्तिक प्रतिनिधि, परिवार सदस्य अथवा कानूनन नियुक्त अभिभावक दे सकता है जिसे मरीज की ओर से उपचार पर सहमति देने का अधिकार है।
- "प्रतिपत्री द्वारा" अनैच्छिक उपचार के नियमों में सुरक्षा प्रावधान निगमित करने चाहिए। उदाहरणार्थ मरीज को अपील का अधिकार होना चाहिए।
- "अग्रिम निदेश" जब मरीज सूचित सहमति देने के लिए योग्य है, तब उसे, ऐसे समय के लिए निर्णय करने का अवसर देते हैं, जब वह ऐसा करने में समर्थ नहीं होगा। अगर कानून अग्रिम निदेश अथवा ऐवजी निर्णय लेने के अन्य प्रकारों के उपयोग का प्रावधान करता है, तो इन शब्दों की सुस्पष्ट और सुसंगत परिभाषा करनी चाहिए।

### 8.3.7 समुदाय परिवेश में अनैच्छिक उपचार

#### एम आई प्रिंसिपलज : न्यूनतम प्रतिबंधक परिवेश में उपचार :

हर मरीज को न्यूनतम प्रतिबंधक परिवेश में उपचार लेने का अधिकार है और ऐसे न्यूनतम प्रतिबंधक अथवा अंतर्भेदी उपचार, जो मरीज की स्वास्थ्य आवश्यकता और अन्यो की शारीरिक सुरक्षा की आवश्यकता के लिए उचित है।

(प्रिंसिपल 9 (1), एम आई प्रिंसिपलज)

न्यूनतम प्रतिबंधक विकल्प के सिद्धांत के आधार पर कुछ देशों ने कानून बनाए हैं जो समुदाय परिवेश में रहते हुए मरीज को अनैच्छिक उपचार की अनुमति देते हैं। समुदाय परिवेश अस्पताल की तुलना में सामान्यतः कम प्रतिबंधक होता है। (यद्यपि भारी प्रतिबंधक जीवन की स्थितियाँ और अंतर्वेधी चिकित्सा हस्तक्षेप, जो समुदाय आदेश का हिस्सा हो सकते हैं, कभी-कभी अस्पताल के अल्पावधि ठहराव की तुलना में ज़्यादा प्रतिबंधक हो सकते हैं।)

न्यूनतम प्रतिबंधक परिवेश का उदाहरण सामान्यतः आऊट पेशंट उपचार, 'डे हॉस्पिटल' उपचार, आंशिक अस्पतालीकरण कार्यक्रम और घर पर आधारित उपचार हैं। कुछ देशों ने समुदाय में अनैच्छिक उपचार के लिए प्रावधान करने के कुछ और कारण हैं। पहला, व्यवसायी और अन्य, 'रिवाल्विंग डोअर' स्थिति की घटना के बारे में चिंतित हैं जिसमें मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति पर अनैच्छिक प्रवेश और उपचार किए जाते हैं, फिर रिहाई (डिसचार्ज) पर वह दवाएँ बंद करता है और फिर से बीमार पड़ता है। परिणामतः अनैच्छिक प्रवेश और उपचार का प्रत्यावर्तन चलता रहता है। दूसरा, यह सामान्य जनता - और व्यवसायी का भी - अनुभव है, कि कई देशों में गैरसंस्थात्मकीकरण असफल रहा है और समुदाय में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की संख्या, जनता के लिए जोखिम हो सकती है। (हॅरीसन, 1995; थॉमस, 1995)

कुछ देशों में समुदाय पर्यवेक्षण आदेश प्रचलित हैं, जिसमें व्यक्ति विनिर्धारित स्थान पर रहता है और विनिर्धारित उपचार कार्यक्रम (जैसे कि परामर्श, शिक्षा और प्रशिक्षण) में उपस्थित होता है। वे इन व्यक्तियों को, घर पर रहते हुए, मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी तक पहुँच देते हैं, लेकिन सहमति के बिना औषधोपचार समाविष्ट नहीं करते। अन्य देशों ने समुदाय उपचार आदेश बनाए हैं जो अनैच्छिक चिकित्सा उपचार के लिए प्रावधान सम्मिलित करते हैं।

न्यूजीलैंड ने न्यूनतम प्रतिबंधक सिद्धांत के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य कानून संशोधित किया। मेंटल हेल्थ (कम्पलसरी एसेसमेंट एण्ड ट्रीटमेंट) एक्ट, सेक्शन 28 (2) के अधीन जब न्यायालय निर्णय करता है कि (अनैच्छिक उपचार के) प्रमाणन निकष की पूर्ति हुई है, तब "न्यायालय द्वारा समुदाय उपचार आदेश तैयार किया जाए। यदि न्यायालय को लगे कि मरीज को आऊट पेशंट के रूप में पर्याप्त रूप से उपचार नहीं मिलेंगे तो न्यायालय इनपेशंट आदेश निकालेगा"। ऐसे कानूनी प्रावधानों का लक्ष्य, कालातीत हुए संस्थात्मक प्रवेश के ढाँचे की तुलना में, समुदाय आधारित उपचारों को बढ़ावा देना है। अन्य विशिष्ट देशों ने न्यूनतम प्रतिबंधक विकल्प के सिद्धांत पर आधारित सशर्त छुट्टी की संकल्पना शुरू की है, जिससे अस्पताल के परिवेश में जिन मरीजों ने अनैच्छिक उपचार पाया है, उनका समुदाय में फिर से समाकलन करने के इरादे में मदद मिल सके।

इस समय अनिवार्य समुदाय पर्यवेक्षण और/अथवा उपचार आदेश के प्रभाव के सबूत अभी नए हैं। ऐसा लगता है कि ऐसे आदेशों से अस्पतालीकरण एवं अस्पताल में रहने के कुल दिन कम हो जाएँगे, यदि इसके साथ गहन समुदाय आधारित उपचार शामिल हो, जिसके लिए टोस वित्तीय एवं मानव संसाधनों की जरूरत होगी।

समुदाय आधारित पर्यवेक्षण और उपचार कानून केवल पहुँच योग्य, गुणवत्ता वाली समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के संदर्भ में ही शुरू करने चाहिए, जहाँ स्वैच्छिक देखभाल और उपचार पर वरीय विकल्प के रूप में बल दिया जाता है। इसमें एक महत्वपूर्ण जोखिम है कि अनिवार्य समुदाय पर्यवेक्षण में मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ समुदाय आधारित देखभाल के प्रावधान को अनिवार्य करने पर अवलंबित रहेगी, जब कि ऐसी सेवाएँ उपयोगकर्ताओं द्वारा स्वीकृत किए जाने पर बल दिया जाना चाहिए तथा निवेश एवं संसाधन, सेवाओं को स्वेच्छा से उपयोग में लाने को प्रोत्साहित करने पर केन्द्रीकृत होने चाहिए।

आलोचक - खास कर उपयोगकर्ताओं का प्रतिनिधित्व करने वाले समूहों से - तर्क करते हैं कि, अनिवार्य पर्यवेक्षण और उपचार आदेश के कारण समुदाय में संस्थात्मकीकरण बढ़ेगा। इसलिए वे ऐसे उपायों का तीव्र विरोध करते हैं।

विधायक और अनिवार्य समुदाय उपचार की आवश्यकता पर विचार करने वाले अन्य लोगों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि इस दृष्टिकोण से गैरसंस्थात्मकीकरण का उद्देश्य कमजोर नहीं होता और पिछले पाँच दशकों से ज्यादा समय में मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों के सहानुभूतिपूर्ण उपचार में जो सुधार हुए हैं, वे व्यर्थ न जाएँ।

जहाँ समुदाय आदेश कार्यान्वित किए जाते हैं, वहाँ अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के समान, उनकी नियमित रूप से पुनरीक्षा करनी चाहिए और जब निकषपूर्ति नहीं होती तब आदेश का प्रतिसंहरण होना चाहिए। समुदाय में अनैच्छिक देखभाल मिलने वाले लोगों को उसके विरुद्ध अपील करने का अधिकार है।

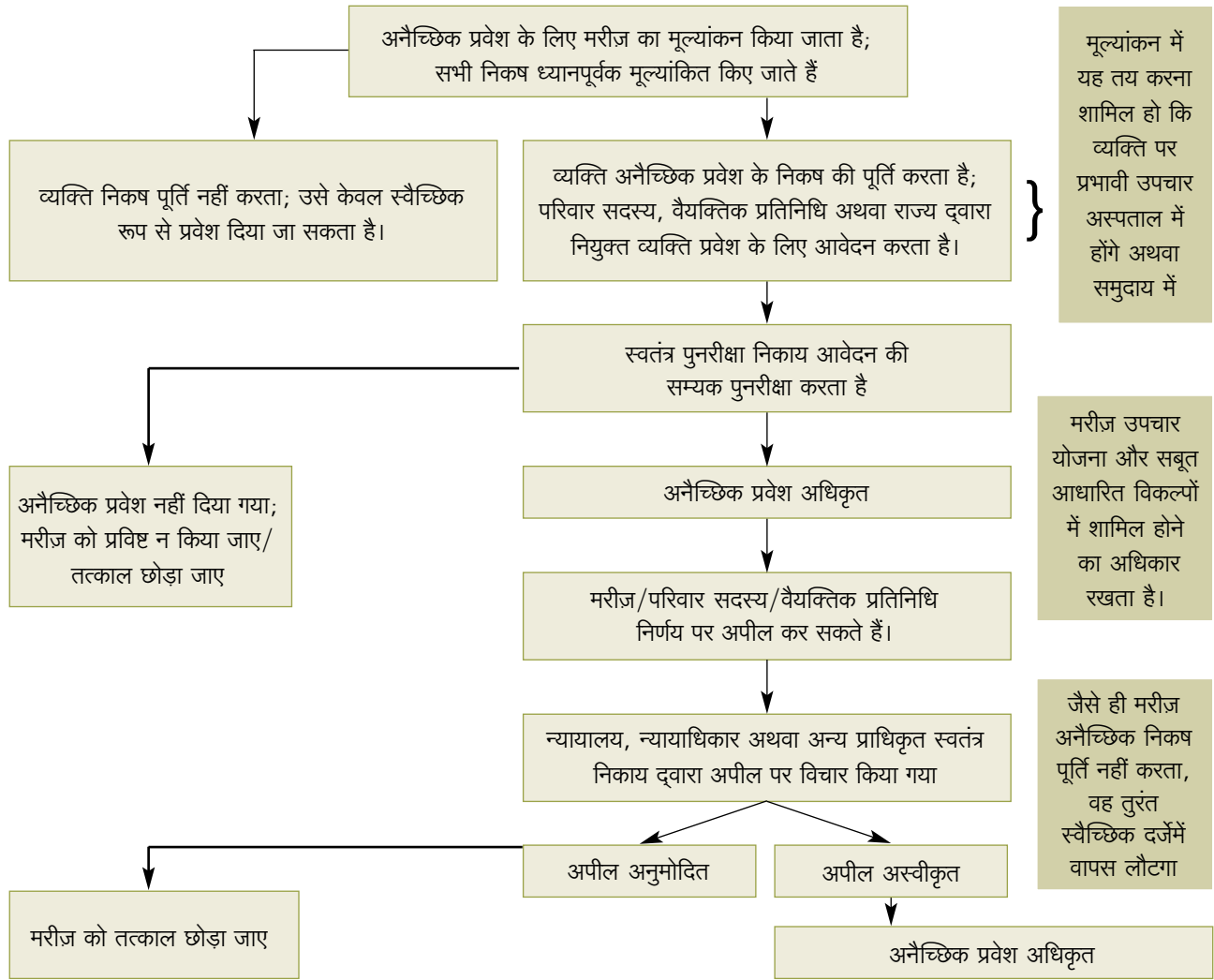
समुदाय में अनैच्छिक देखभाल को, स्वैच्छिक समुदाय देखभाल के विकल्प के बजाय मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक प्रवेश के विकल्प के रूप में देखना चाहिए। इसलिए अनैच्छिक उपचार के निकष, अनैच्छिक देखभाल और उपचार के सभी प्रसंगों पर लागू होते हैं।

#### समुदाय आधारित अनैच्छिक देखभाल : मुख्य मसले

- समुदाय आधारित अनैच्छिक उपचार (समुदाय उपचारआदेश) और समुदाय पर्यवेक्षणआदेश सामान्यतः इन पेशेंट अनैच्छिक उपचार के न्यूनतम प्रतिबंधक विकल्प का प्रतिनिधित्व करते हैं। समुदाय आधारित पर्यवेक्षण के लिए कार्यविधिक आवश्यकताएँ, अस्पताल आधारित अनैच्छिक उपचार आदेश (ऊपर रूपरेखा दिए अनुसार) के समान होनी चाहिए।
- समुदाय आधारित पर्यवेक्षण और उपचार कानून केवल पहुँच योग्य, गुणवत्ता वाली समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के संदर्भ में ही शुरू करने चाहिए, जहाँ स्वैच्छिक देखभाल और उपचार पर वरीय विकल्प के रूप में बल दिया जाता है।
- जहाँ समुदाय आदेश कार्यान्वित किए जाते हैं, वहाँ अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के मामले की तरह उनकी नियमित रूप से पुनरीक्षा करनी चाहिए और जब निकषपूर्ति नहीं होती, आदेशों का प्रतिसंहरण किया जाना चाहिए।
- समुदाय में अनैच्छिक देखभाल के अधीन लोगों को अपने दर्जे पर अपील करने का अधिकार होना चाहिए।
- समुदाय में अनैच्छिक देखभाल को, स्वैच्छिक समुदाय देखभाल के विकल्प के बजाय मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक प्रवेश के विकल्प के रूप में देखना चाहिए।

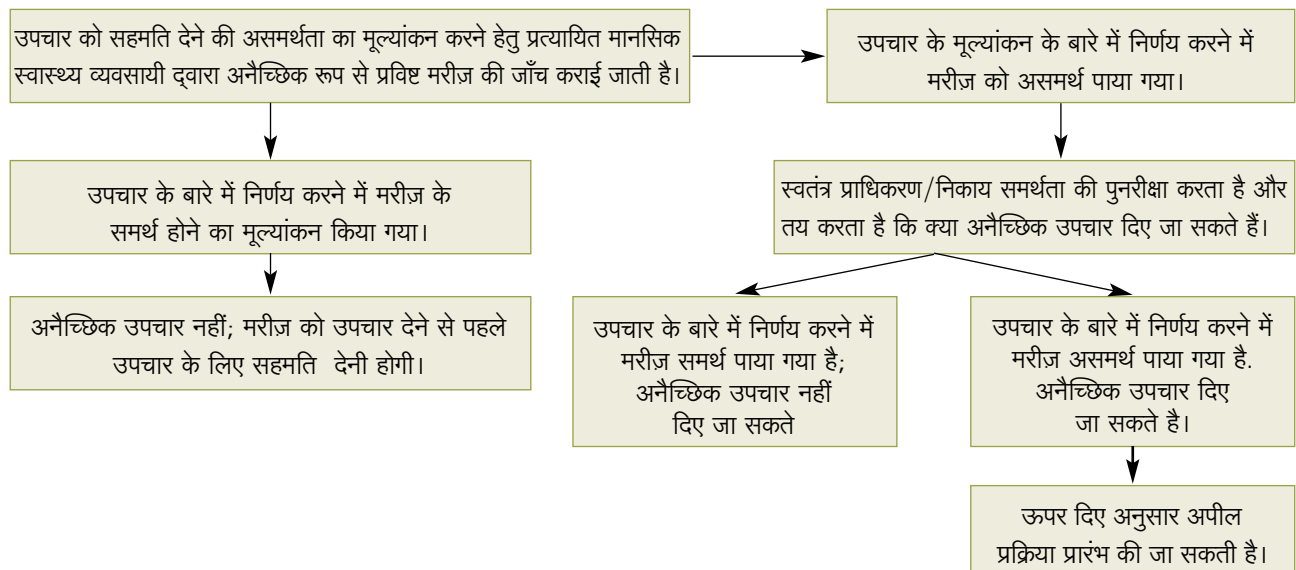
### संयुक्त अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए कार्यविधि

(इस आकृति में जहाँ अनैच्छिक प्रवेश का उल्लेख है वहाँ, अनैच्छिक उपचार को भी समझ लिया जाए)



### अनैच्छिक उपचारों के लिए अलग (स्वतंत्र) कार्यविधि के बारे में

(जहाँ प्रवेश और उपचार अलग हैं, वहाँ ऊपर दी गई कार्यविधि अपनाई जाए और बाद में अनैच्छिक उपचार के लिए नीचे दी गई कार्यविधि अपनाई जाए।)



## 8.4 आपात स्थितियाँ

ऐसी स्थितियाँ होंगी जब तुरंत अनैच्छिक प्रवेश और/अथवा तुरंत अनैच्छिक उपचार की आवश्यकता होगी। इसका नमूना है सक्रियता से आत्मघाती मरीज अथवा बहुत विक्षुब्ध मरीज जो हिंसक अथवा आक्रामक है। यहाँ अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए सारभूत कार्यविधि के अनुपालन की अपेक्षा करना व्यवहार्य अथवा उचित नहीं होगा। इसलिए कानून को ऐसे आपातिक उपचार पर्याप्त सुरक्षा के साथ देने का प्रावधान करना चाहिए। विशिष्ट स्थितियों में पुलिस की सहायता की जरूरत पड़ सकती है। (सेक्शन 14 देखें)

कानून को व्याख्या करनी चाहिए कि आपातस्थिति कब स्थापित होती है। अधिकांश अधिकार क्षेत्रों में आपातस्थिति वहाँ होती है जहाँ संबंधित व्यक्ति और/अथवा दूसरों को, स्वास्थ्य और सुरक्षा का अविलंब और सन्निकट खतरा होता है। आपातस्थिति में दिखाई देना चाहिए कि सारभूत कार्यविधि के अनुपालन के लिए आवश्यक समय के कारण, पर्याप्त विलंब होगा और संबंधित व्यक्ति अथवा दूसरों को हानि पहुँचेगी। ऐसी स्थितियों में कानून, अस्पताल में तत्काल अनैच्छिक प्रवेश और/अथवा योग्यता प्राप्त मेडिकल और/अथवा अन्य प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा किए गए मूल्यांकन के आधार पर तत्काल अनैच्छिक उपचार की अनुमति दे सकता है। आपातस्थिति प्रवेश और/अथवा उपचार दीर्घावधि नहीं होने चाहिए अपितु अल्पावधि के लिए ही अनुमति देनी चाहिए। इस अवधि के दौरान अगर ऐसा लगे कि व्यक्ति को और अधिक समय के लिए अनैच्छिक देखभाल की आवश्यकता पड़ सकती है तो अनैच्छिक प्रवेश अथवा उपचार की सारभूत कार्यविधि अपनाई जानी चाहिए। कई देशों में आपातिक प्रवेश अथवा उपचार 72 घंटों से ज्यादा नहीं होता क्योंकि सारभूत अनैच्छिक कार्यविधि के अनुपालन के लिए इससे पर्याप्त समय मिलता है। आपातिक उपचारों में इ सी टी, डिपो न्युअरोलेप्टिकज और अनपलट उपचार जैसे सायको सर्जरी अथवा विसंक्रमण शामिल नहीं करने चाहिए।

### 8.4.1 आपात स्थितियों में अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए कार्यविधि

यह तय करने के लिए कि आपात स्थिति है या नहीं, योग्यताप्राप्त व्यवसायी द्वारा मरीज की जाँच कराई जाए। विशेषतः आपात स्थिति का स्वरूप स्पष्ट कर, व्यवसायी को अनैच्छिक प्रवेश का औचित्य सिद्ध करना चाहिए।

जब व्यक्ति को प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में उपचार के लिए प्रविष्ट किया जाता है, तब योग्यता प्राप्त चिकित्सा अथवा मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी (जो आदर्शतः प्रवेश और / अथवा प्रमाणन करने वाले व्यवसायी से भिन्न होना चाहिए) द्वारा बनाई गई और पर्यवेक्षित की गई उपचार योजना के अनुसार उपचार देने चाहिए।

अगर व्यक्ति को विहित आपातस्थिति कालावधि के बाद अनैच्छिक प्रवेश/उपचार जरूरी है तो ऐसे प्रवेश और/अथवा उपचार (सेक्शन 8.3 देखें) के लिए कार्यविधि शुरू की जाए और विशिष्ट अवधि में पूरी की जाए। अगर मरीज अनैच्छिक प्रवेश उपचार की निकष पूर्ति नहीं करता अथवा अनैच्छिक मरीज के रूप में रखने/उपचार करने की कार्यविधियाँ पूरी नहीं होतीं तो आपातस्थिति समाप्त होने के बाद व्यक्ति को छोड़ा जाना चाहिए। आपातस्थिति प्रवेश के बाद प्रविष्ट मरीज को, जो अनैच्छिक प्रवेश/उपचार की निकष पूर्ति नहीं करता लेकिन जिसे अभी भी उपचारों से लाभ हो सकता है, स्वैच्छिक उपयोगकर्ता के रूप में दाखिल किया जाना चाहिए और उसकी सूचित सहमति पर ही उपचार किए जाने चाहिए।

अगर व्यक्ति को आपातिक अनैच्छिक प्रवेश से छोड़ा जाता है और अनैच्छिक प्रवेश और/अथवा अनैच्छिक उपचार मंजूर नहीं किए जाते, तो व्यक्ति को पुनः प्रविष्ट करने हेतु अविलंब आपातस्थिति शक्तियों को फिर से लागू करना अनुचित होगा - तब तक नहीं, जब तक आपात स्थिति के स्वरूप में मूलतः बदल नहीं होता, जिससे आपातिक शक्तियों के ऐसे उपयोग की जरूरत हो। इस प्रावधान का उद्देश्य है अनिश्चित काल तक अनैच्छिक प्रवेश अथवा अनैच्छिक उपचार के लिए आपातिक शक्तियों का गलत उपयोग रोकना।

मरीज के परिवार सदस्यों और/अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधियों को आपातिक शक्तियों के उपयोग के बारे में तत्काल सूचित करना चाहिए। उन्हें ऐसे आपातिक प्रवेश और उपचार के विरुद्ध, मानसिक स्वास्थ्य न्यायाधिकार, पुनरीक्षा निकाय अथवा न्यायालय में, अपील करने का अधिकार होना चाहिए।

## आपात स्थितियाँ : मुख्य मसले

- पहले यह दिखाई देना चाहिए कि सारभूत कार्यविधि अपनाने के लिए जरूरी समय से काफी विलंब होगा, जिसका परिणाम संबंधित व्यक्ति अथवा अन्यो को हानि पहुँचाने में होगा।
- आपात स्थिति में योग्यताप्राप्त चिकित्सा अथवा अन्य उचित व्यवसायी की सलाह एवं उसके द्वारा मूल्यांकन के बाद अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की अनुमति दी जानी चाहिए।
- आपात स्थिति उपचार सीमित अवधि (72 घंटों से ज्यादा नहीं) के होने चाहिए और आवश्यक हो, तो अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए सारभूत कार्यविधियाँ यथा शीघ्र शुरू की जानी चाहिए और इसी अवधि में पूरी होनी चाहिए।
- आपातिक उपचारों में निम्नलिखित शामिल नहीं होने चाहिए :
  - > डिपो न्यूअरोलोप्टिकज
  - > इसीटी
  - > विसंक्रमण
  - > सायको सर्जरी और अन्य अनपलट उपचार
- आपातस्थिति प्रवेश और उपचार के लिए कार्यविधि :

योग्यताप्राप्त व्यवसायी को मरीज की जाँच करनी चाहिए और तत्काल अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए आवश्यक आपातस्थिति का स्वरूप प्रमाणित करना चाहिए।

ए) चिकित्सा अथवा मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी के पर्यवेक्षण के अधीन उपचार योजना तैयार की जानी चाहिए।

बी) अनैच्छिक प्रवेश और/अथवा अनैच्छिक उपचार के लिए कार्यविधियाँ अविंलंब शुरू की जानी चाहिए, अगर ऐसी स्थिति मूल्यांकित की जाती है कि व्यक्ति को आपातिक उपचार के लिए विनिर्दिष्ट समय सीमा से ज्यादा अनैच्छिक देखभाल की आवश्यकता की संभावना है।

सी) आपातिक शक्तियाँ फिर से लागू करना तब अनुचित होगा जब मरीज को अनैच्छिक प्रवेश की कार्यविधि पूरी करने के बाद छोड़ दिया जाता है; सिवाय इसके कि आपात स्थिति के स्वरूप में मूलभूत बदल हो।

डी) आपात स्थिति शक्तियों के उपयोग पर मरीज, परिवार सदस्य, वैयक्तिक प्रतिनिधि और/अथवा कानूनी प्रतिनिधि को अविंलंब सूचित करना चाहिए।

इ) आपातिक प्रवेश और उपचार के विरुद्ध मानसिक स्वास्थ्य न्यायाधिकरण और न्यायालय में अपील करने का मरीज, परिवार और/अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधि को अधिकार होना चाहिए।

## 9. मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए कर्मचारी-आवश्यकता

अंतर्राष्ट्रीय सर्वसम्मति है कि चिकित्सीय योग्यता प्राप्त विशेषज्ञों को, वस्तुनिष्ठ सबूत पर मानसिक अस्वास्थ्य का मूल्यांकन आधारित करना चाहिए।

कानून (अथवा विनियम) को करना चाहिए कि -

- मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए आवश्यक निपुणता एवं अनुभव का स्तर परिभाषित करे।
- ऐसा करने के लिए अनुमत व्यवसायी दलों का वर्णन करे।

### 9.1 निपुणता का स्तर

प्रत्यायन की एक प्रणाली होनी चाहिए जिसके द्वारा ऐसा व्यवसायी जो मानसिक अस्वास्थ्य तय करने की प्रक्रिया का हिस्सा है, इस कार्य में सक्षमता दिखाने के लिए स्वतंत्र रूप से प्रत्यायित किया जाए। प्रत्यायन की शर्तें:

- कानून में कूटबद्ध हो।
- प्रत्यायित व्यवसायियों को आवश्यक है, कि सुसंगत व्यवसायी संगठन अथवा प्रमाणन निकाय द्वारा स्थापित सक्षमता का स्तर हासिल करें।
- सुसंगत मानसिक स्वास्थ्य कानून समझना प्रत्यायित व्यवसायी के लिए आवश्यक है।

ऐसे देशों में जहाँ ये सभी आवश्यकताएँ हासिल करना संभव नहीं है, वहाँ कानून में विनिर्दिष्ट करना चाहिए कि ऐसी कोई एक प्रक्रिया तय की जाए जो मानसिक अस्वास्थ्य तय करने वाले व्यवसायी के पास वैसा करने की सक्षमता को प्रमाणित करती है।

## 9.2 व्यवसायी समूह

मानसिक अस्वास्थ्य की उपस्थिति अथवा अनुपस्थिति के बारे में निर्णय कौन-सा व्यवसायी समूह देगा यह तय करना देश का आंतरिक मामला होना चाहिए, जो विभिन्न व्यवसायी समूहों की सक्षमता, प्रशिक्षण, पहुँच, तथा उपलब्धता के साथ जुड़ा है। कुछ विकसित देशों में केवल मनोरोग विशेषज्ञ (मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक अस्वास्थ्य में विशेष प्रशिक्षण प्राप्त मेडिकल डॉक्टर जो वैसा करने के लिए प्रमाणित हैं) यह कार्य करने के लिए योग्य माना जाता है। अन्य देशों में जनरल प्रैक्टिशनर सक्षम माना जाता है। इस बारे में एम आई प्रिंसिपल्स कुछ नहीं कहता सिर्फ नोट करता है— “अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत चिकित्सा मानदंडों के अनुसरण में”। इसके विपरीत दि योरोपीय कमिशन ऑन ह्यूमन राइट्स स्वीकार करता है कि मनोरोग विशेषज्ञ के बजाय जनरल प्रैक्टिशनर द्वारा चिकित्सा सबूत सामने आ सकते हैं। (शूर्स वि.दि नेदरलैंड्स, 1985)

कई कम आमदनी वाले देशों में जहाँ मनोरोग विशेषज्ञों और जनरल प्रैक्टिशनर की कमी है, वहाँ मनावैज्ञानिकों, साइकिएट्रीक सामाजिक कार्यकर्ताओं और साइकिएट्रीक परिचारिकाओं जैसे, अन्य मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों को मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए सक्षम पदनामित करना उचित हो सकता है। जहाँ इसकी अनुमति दी जाती है वहाँ कानून (अथवा संलग्न विनियम) को ऐसे प्रत्यायन के लिए आवश्यक प्रशिक्षण, अनुभव, ज्ञान का स्तर स्पष्टतः विनिर्दिष्ट करना चाहिए।

मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए कर्मचारी-आवश्यकता : मुख्य मसले

- कानून (अथवा विनियम) को निम्नलिखित की रूपरेखा देनी चाहिए
  - > मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए आवश्यक निपुणता और अनुभव का स्तर परिभाषित करना;
  - > ऐसा करने के लिए अनुमति दिए गए व्यवसायी समूहों का वर्णन करना।
- प्रत्यायन की प्रणाली ऐसी होनी चाहिए जिसके द्वारा ऐसे व्यवसायी को, जो मानसिक अस्वास्थ्य तय करने की प्रक्रिया में सम्मिलित है, इस कार्य के लिए सक्षम होने की मान्यता दी जाती है।
- कौन-सा व्यवसायी समूह मानसिक अस्वास्थ्य की उपस्थिति और अनुपस्थिति के बारे में निर्णय कर सकता है, यह देश के भीतर तय होना चाहिए। ऐसे देशों में जिनमें साइकियाट्रीस्टों और जनरल प्रैक्टिशनरों की कमी है, अन्य मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों को मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए सक्षम पदनामित करना उचित होगा। जहाँ ऐसी अनुमति दी जाती है, वहाँ कानून (अथवा विनियम) को ऐसे प्रत्यायन के लिए आवश्यक प्रशिक्षण और अनुभव तथा ज्ञान का स्तर स्पष्टतः विनिर्दिष्ट करना चाहिए।

## 10. विशेष उपचार

देश कानून बना कर यह तय कर सकते हैं कि प्रमुख मेडिकल और सर्जिकल कार्यविधियाँ, इसीटी, साइको सर्जरी अथवा अन्य अनपलट उपचार जैसे विशिष्ट उपचारों के प्रयोग में दुर्व्यवहार से लोगों की रक्षा की जा सके। कुछ देशों में ऐसे विशिष्ट हस्तक्षेपों पर प्रतिबंध लगाने की ज़रूरत है जो मानसिक अस्वास्थ्य के लिए उपचार के रूप में असमर्थनीय उपयोग में लाये जा रहे हैं। इसका उदाहरण है मानसिक बीमारी के लिए विसंक्रमण। साथ ही मानसिक अस्वास्थ्य होने का तथ्य ही केवल, सूचित सहमति के बिना विसंक्रमण अथवा गर्भपात का कारण नहीं होना चाहिए।

एम आई प्रिंसिपल्स : विसंक्रमण

विसंक्रमण को मानसिक बीमारी के लिए उपचार के तौर पर कभी इस्तेमाल नहीं करना चाहिए।

(प्रिंसिपल 11 (12), एम आई प्रिंसिपल्स)



## 10.1 मुख्य मेडिकल और सर्जिकल (चिकित्सीय और शल्यक) कार्यविधियाँ

### एम आई प्रिंसिपलज : मुख्य मेडिकल और सर्जिकल कार्यविधियाँ

मानसिक बीमारी वाले मरीज पर मुख्य मेडिकल अथवा शल्यक (सर्जिकल) कार्यविधियाँ तब की जा सकती हैं जब वह देशीय कानून द्वारा अनुमत हैं, जहाँ यह ध्यान में लिया जाता है कि यह मरीज के स्वास्थ्य के लिए हितकर होंगी और मरीज सूचित सहमति देता है; जहाँ मरीज सूचित सहमति देने में अक्षम है वहाँ स्वतंत्र पुनरीक्षा के बाद ही कार्यविधि अधिकृत होगी।

(प्रिंसिपल 11(13), एम आई प्रिंसिपलज)

मानसिक अस्वास्थ्य वाले मरीजों पर मुख्य चिकित्सीय अथवा शल्यक कार्यविधियाँ मुक्त और सूचित सहमति पाने के बाद ही की जाएँ। इन उपचारों को नियंत्रित करने वाले नैतिक मानदंड, मानसिक स्वास्थ्य न होने वाले और होने वाले मरीजों पर एक समान लागू किए जाने चाहिए। अगर मरीज सूचित सहमति देने की समर्थता नहीं रखता, तो केवल अपवादात्मक स्थितियों में और पर्याप्त सुरक्षा के साथ ही कानून ऐसी कार्यविधियों को अनुमत कर सकता है।

बिना सहमति प्राप्त किए, चिकित्सीय और शल्यक कार्यविधियाँ करने की तब अनुमति दी जा सकती है, जब वह जीवन बचाने के लिए आवश्यक समझी जाती है और यदि मरीज की सहमति देने की समर्थता पुनः स्थापित होने की प्रतीक्षा के कारण विलंब से मरीज का जीवन जोखिम में पड़ सकता है। मानसिक बीमारी अथवा गंभीर बौद्धिक अक्षमता के असाधारण मामलों में जहाँ मरीज की सहमति देने की समर्थता की कमी स्थायी रूप से होने वाली है, वहाँ सहमति के बिना चिकित्सीय और शल्यक हस्तक्षेप ज़रूरी हो सकते हैं। इन स्थितियों में प्रस्तावित चिकित्सीय अथवा शल्यक उपचार स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय अथवा ऐसे देशों में जहाँ कानून अनुमति है वहाँ अभिभावक, रिश्तेदार अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधि द्वारा प्रतिपत्र सहमति के ज़रिए, अधिकृत किए जा सकते हैं। अन्य घटनाओं में चिकित्सीय अथवा शल्यक उपचार तब तक विलंबित रखे जाएँ, जब तक मरीज की मानसिक स्थिति उस सीमा तक न सुधर जाए कि जहाँ वह उपचारनिर्णय करने की समर्थता पा सके।

जहाँ आपातक चिकित्सीय और शल्यक उपचार मरीज का जीवन बचाने अथवा उसके शारीरिक स्वास्थ्य में अपूरणीय बिगाड़ रोकने के लिए ज़रूरी हैं, वहाँ मानसिक अस्वास्थ्य वाला व्यक्ति उन्हीं उपचारों का हकदार है, जो मानसिक अस्वास्थ्य न होने वाले अन्य व्यक्ति, जो सहमति नहीं दे सकते (जैसे बेहोश मरीज) उन्हें उपलब्ध हैं। जिस कानून के तहत, आपातक चिकित्सीय अथवा शल्यक उपचार बिना सहमति के सभी लोगों को दिए जाना अनुशासित है, वही कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों पर भी लागू होना चाहिए। ऐसे आपातक चिकित्सीय और शल्यक उपचार का औचित्य सिद्ध करने और प्रावधान करने की जिम्मेदारी, चिकित्सा सेवाओं पर है।

## 10.2 साइको सर्जरी और अन्य अनपलट उपचार

### एम आई प्रिंसिपलज : साइको सर्जरी और अन्य अनपलट उपचार

मानसिक बीमारी के लिए साइको सर्जरी और अन्य अंतर्वेधी तथा अनपलट उपचार ऐसे मरीज पर न किए जाएँ जो मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक मरीज की तरह दाखिल किया गया है और देशीय कानून ऐसे उपचार करने की अनुमति भी दें, तो भी ऐसे मरीज पर किए जाएँ जिसने सूचित सहमति दी है और स्वतंत्र बाहरी निकाय संतुष्ट है कि यह असली सूचित सहमति है और यह उपचार मरीज की स्वास्थ्य ज़रूरत के लिए बेहतर हैं।

(प्रिंसिपल 11 (14), एम आई प्रिंसिपलज)

साइको सर्जरी और अन्य अनपलट मानसिक स्वास्थ्य उपचार सामान्यतः ऐसे लोगों पर करने की अनुमति नहीं देनी चाहिए जो सूचित सहमति देने में असमर्थ हैं। विशिष्ट उपचारों का अनपलट स्वरूप ध्यान में रखते हुए कानून सहमति देने वाले मरीजों के लिए भी स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय अथवा उसके समान सुरक्षात्मक उपाय द्वारा ऐसे उपचारों को मंजूरी देना आदेशात्मक कर, सुरक्षा के अतिरिक्त स्तर का प्रावधान कर सकता है। पुनरीक्षा निकाय (अथवा अन्य सुरक्षात्मक ढाँचे) को मरीज से मुलाकात करनी चाहिए और सुनिश्चित करना चाहिए कि मरीज में सहमति देने की समर्थता है और उसने वास्तव में सूचित सहमति दी है और मरीज के चिकित्सीय/साइकोलॉजिकल पूर्ववृत्त और अभिलेख की पुनरीक्षा करनी चाहिए। पुनरीक्षा निकाय (अथवा अन्य सुरक्षा उपाय) संतुष्ट होना चाहिए, कि प्रस्तावित अंतर्वेदी

उपचार, मरीज के सर्वोच्च हित में है। प्रस्तावित उपचार की संभाव्य जोखिम तथा उसके अल्प - और दीर्घ - अवधि परिणामों से, मरीज को अवगत कर देना चाहिए।

### 10.3 इलेक्ट्रो कॅन्वल्सिव थेरेपी (इ सी टी)

यद्यपि इलेक्ट्रो कॅन्वल्सिव थेरेपी के इर्दगिर्द काफ़ी विवाद हैं और कुछ लोग मानते हैं कि इसे समाप्त करना चाहिए, कई देशों में विशिष्ट मानसिक अस्वास्थ्य के लिए इसका उपयोग, किया गया है, और अभी भी जारी है। अगर इ सी टी इस्तेमाल की जाती है, तो सूचित सहमति हासिल करने के बाद ही उसका इस्तेमाल करना चाहिए। वह केवल आशोधित पद्धति (मॉडिफाइड फॉर्म) से की जानी चाहिए अर्थात बेहोश और स्नायु शिथिल करने के बाद (अनेस्थेशिया और मसल रिलैक्संट)। आशोधित न की गई इ सी टी का इस्तेमाल करना बंद कर देना चाहिए।

अवयस्कों पर इसीटी के उपयोग का कोई संकेत नहीं है। इसलिए कानून के जरिए इसे निषिद्ध करना चाहिए।

#### विशेष उपचार : मुख्य मसले

- विसंक्रमण मानसिक अस्वास्थ्य के लिए एक उपचार नहीं है और मानसिक अस्वास्थ्य का होना, बिना सूचित सहमति के, विसंक्रमण (अथवा गर्भपात) का कारण नहीं होना चाहिए।
- चिकित्सीय और शल्यक कार्यविधियाँ नियंत्रित करने वाले जो नैतिक मानदंड, सभी मरीजों के लिए लागू होते हैं, वही मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर भी लागू होने चाहिए।
- मुख्य चिकित्सीय और शल्यक कार्यविधियाँ केवल सूचित सहमति पर ही की जानी चाहिए। अपवादात्मक स्थितियों में प्रस्तावित चिकित्सीय अथवा शल्यक उपचार स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय द्वारा या प्रतिपत्र सहमति द्वारा अनैच्छिक उपचार के रूप में अधिकृत किए जाने चाहिए।
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए आपातक चिकित्सीय और शल्यक उपचार उसी तरह किए जाने चाहिए जैसे सहमति बिना आपातक उपचार की आवश्यकता वाले सभी लोगों पर किए जाते हैं।
- साइको सर्जरी और अन्य अनपलट उपचार अनैच्छिक उपचारों में नहीं किए जाने चाहिए और अतिरिक्त सुरक्षा के तौर पर, ऐसे सभी उपचारों की पुनरीक्षा करनी चाहिए और उन्हें स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय द्वारा मंजूर किया जाना चाहिए।
- इ सी टी सूचित सहमति प्राप्त करने के बाद ही किया जाना चाहिए। आशोधित इ सी टी का उपयोग किया जाना चाहिए। कानून को अवयस्कों पर इ सी टी का प्रयोग, निषिद्ध करना चाहिए।

### 11. अलग रखना और प्रतिबंध

अलग रखना और प्रतिबंध शब्दों को कानून में परिभाषित करना ज़रूरी है। इसके अर्थ को लेकर विभिन्न व्याख्याएँ हैं। यही नहीं, अलग रखने और प्रतिबंध के विभिन्न प्रकार विभिन्न स्थितियों में लागू हो सकते हैं।

कानून को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में 'प्रतिबंध और अलग रखना' का शब्द प्रयोग हतोत्साहित करना चाहिए। इसे बढ़ावा देने के लिए, देशों को अपने मानसिक स्वास्थ्य संबंधी बुनियादी ढाँचे विकसित करने होंगे, क्योंकि संसाधनों की कमी प्रायः इन हस्तक्षेपों का इस्तेमाल करने के लिए, कर्मचारियों को बढ़ावा देती है। दुरुव्यवहार को रोकने के लिए कानून को ऐसी अपवादात्मक स्थितियों की रूपरेखा तैयार करनी होगी जब इन कार्यविधियों को अनुमति दी जाती है। प्रतिबंध और अलग रखने की अनुमति तब देनी चाहिए जब स्वयं को अथवा दूसरों को तत्काल और सन्निकट हानि से रोकने का यही एक मात्र उपलब्ध साधन है और फिर भी अत्यंत अल्प अवधि के लिए ही उसे प्रयुक्त करना चाहिए। वे प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा अधिकृत हों। अगर ये प्रयुक्त किए जाते हैं तो अलग रखे और प्रतिबंध के अधीन व्यक्ति के साथ सक्रिय और वैयक्तिक संपर्क की ज़रूरत होती है जो निष्क्रिय मॉनीटरींग से बढ़कर है। कानून यह सुनिश्चित कर सकता है कि जब स्वयं को अथवा दूसरों को हानि पहुँचाने से रोकने की अन्य सारी पद्धतियाँ असफल होती हैं तब अंतिम उपाय के रूप में अलग रखना और प्रतिबंध प्रयुक्त किए जाते हैं। विशेषतः कानून को सजा के रूप में प्रतिबंध और अलग रखने के उपयोग पर निषेध लगाना चाहिए।

## एम आई प्रिंसिपलज : अलग रखना और प्रतिबंध

मरीज पर शारीरिक प्रतिबंध अथवा अनैच्छिक एकांत (अलग रखे जाना) न लगाए जाएँ, सिवाय इसके कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधा की अनुमोदित कार्यविधि के अनुसरण में मरीज को अथवा दूसरों को तत्काल अथवा सन्निकट हानि से बचाने के लिए, वही एक मात्र उपलब्ध साधन है। इस उद्देश्य के लिए जितना बिल्कुल जरूरी है, उससे ज्यादा समय तक अलग रखना और प्रतिबंध प्रयुक्त न किया जाए। शारीरिक प्रतिबंध अथवा अनैच्छिक रूप से अलग रखे जाने की घटनाएँ, उनके कारण तथा उनका स्वरूप मरीज के चिकित्सा अभिलेख में दर्ज किए जाएँ। जिस मरीज को प्रतिबंधित किया गया है अथवा अलग रखा गया है, उसे मानवीय स्थितियों में और योग्यता प्राप्त कर्मचारी की नियमित, निकट निगरानी और देखभाल में रखा जाए। वैयक्तिक प्रतिनिधि (अगर ऐसा कोई है और संगत है) को तत्काल मरीज के शारीरिक प्रतिबंध अथवा अनैच्छिक रूप से अलग रखे जाने की नोटिस दी जाए।

(प्रिंसिपल 11 (11), एम आई प्रिंसिपलज)

शारीरिक प्रतिबंध और अलग रखने के सभी प्रसंग अवलोकनार्थ रजिस्टर में दर्ज किए जाने चाहिए तथा पुनरीक्षा निकाय को पढ़ने के लिए उपलब्ध करा देने चाहिए जिससे वह सुविधाएँ अभिनिर्धारित की जा सकें, जहाँ इन हस्तक्षेपों का दुरुपयोग होता है। प्रतिबंध और अलग रखे जाने की कारणीभूत स्थितियों के ब्योरे समेत अवधि और उसे तेजी से समाप्त करने के लिए दिए गए उपचार की जानकारी देनी चाहिए।

जहाँ संभव हो, मरीज के परिवार और/अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधियों को जब मरीज को प्रतिबंधित अथवा अलग रखे जाने की कार्यविधि के अधीन रखा जाता है, तब अविलंब सूचित करने की कानूनी आवश्यकता होनी चाहिए।

## अलग रखना और प्रतिबंध : मुख्य मसले

- अलग रखे जाने और प्रतिबंध की अनुमति कानून तब देता है जब स्वयं को और अन्यो को तत्काल अथवा सन्निकट हानि और खतरे से रोकने के लिए, वही एक मात्र उपलब्ध साधन है।
- अलग रखे जाना और प्रतिबंध अत्यंत कम समय (कुछ मिनट अथवा घंटे) के लिए प्रयुक्त किए जाएँ।
- अलग रखे जाना और प्रतिबंध की एक अवधि का तत्काल दूसरी द्वारा अनुसरण नहीं होना चाहिए।
- अलग रखे जाना और प्रतिबंध के अधीन व्यक्ति के साथ सक्रिय और वैयक्तिक संपर्क जरूरी है, जो निष्क्रिय मॉनीटरिंग से बढ़कर है।
- दंड के रूप में अथवा कर्मचारियों की सुविधा के लिए कानून को अलग रखा जाना और प्रतिबंध का उपयोग किए जाने पर, निषेध लगाना चाहिए।
- कानून को बुनियादी सुविधाएँ और संसाधन विकास को बढ़ावा देना चाहिए जिससे ऐसी त्रुटियों के कारण अलग रखे जाना और प्रतिबंध प्रयुक्त नहीं किए जाते।
- अलग रखे जाना और प्रतिबंध के अपवादात्मक उपयोग की कार्यविधि :
  - ए) प्रत्यायित मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा अधिकृत किए जाने चाहिए ;
  - बी) मानसिक स्वास्थ्य सुविधा, ऐसी कार्यविधि को सुरक्षात्मक ढंग से कार्यान्वित करने के लिए पर्याप्त सुविधा वाली है, यह प्रत्यायित होना चाहिए;
  - सी) मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी जो इन कार्यविधियों को अधिकृत करता है, उसके द्वारा अलग रखे जाने एवं प्रतिबंध के उपयोग के कारण और इन कार्यविधियों का तेजी से समापन सुनिश्चित करने के लिए दिए गए उपचार, मरीज के चिकित्सा अभिलेख में दर्ज किए जाने चाहिए।
- सभी अलग रखे जाने और प्रतिबंधों का अभिलेख रजिस्टर में दर्ज होना चाहिए जो पुनरीक्षा निकाय को अभिगम्य है।
- जब मरीज अलग रखे जाने अथवा प्रतिबंध के अधीन है, तब मरीज के परिवार सदस्यों और/अथवा उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि को अविलंब सूचित करना चाहिए।

## 12. चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान

### आई सी सी पी आर : चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान

कोई भी व्यक्ति उत्पीड़न अथवा क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानकारक उपचार अथवा दंड का शिकार न हो। विशेषतः कोई भी अपनी मुक्त सहमति के बिना चिकित्सीय अथवा वैज्ञानिक प्रयोग का साधन न हो जाए।

(अनुच्छेद 7, इंटरनेशनल क्विंट ऑन सिविल और पोलिटिकल राइट्स (आई सी सी पी आर ))

आई सी सी पी आर का अनुच्छेद 7 सूचित सहमति के बिना चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान का निषेध करता है। यह अनुच्छेद आई सी सी पी आर का महत्वपूर्ण हिस्सा है और एक ऐसे उपबंध के रूप में पदनामित है जिसका कभी अनादर नहीं किया जा सकता। राष्ट्रीय आपात स्थिति में भी इसे सीमित नहीं किया जा सकता। संयुक्त राष्ट्रसंघ के मानव अधिकार आयोग ने स्पष्ट किया है, (आई सी सी पी आर के) "अनुच्छेद 7 की कोई सीमा नहीं - किसी कारण से अनुच्छेद 7 के उल्लंघन के लिए कोई कारण अथवा गंभीरता कम करने वाली स्थितियों का बहाना नहीं चल सकता।" इसलिए अनुच्छेद 7 ऐसे व्यक्ति पर अनुसंधान का निषेध करता है जिसमें सहमति देने की योग्यता की कमी है।

इसके विपरीत एम आई प्रिंसिपल्स 11 कहता है, "चिकित्सीय परीक्षण अथवा प्रायोगिक अनुसंधान, किसी भी मरीज पर बिना सूचित सहमति के न किए जाएँ। इसके लिए अपवाद है ऐसा मरीज जो सूचित सहमति देने के लिए समर्थ नहीं है। उसे चिकित्सीय परीक्षण अथवा प्रायोगिक उपचार के लिए प्रविष्ट किया जा सकता है लेकिन उसके लिए इस उद्देश्य से गठित स्वतंत्र सक्षम पुनरीक्षा निकाय के अनुमोदन की आवश्यकता है।"

कौंसिल ऑफ इंटरनेशनल आरगनाइजेशन ऑफ मेडिकल साइन्सेस (सी आई ओ एम एस, 2002) द्वारा तैयार किया गया *दि इंटरनेशनल एथिकल गाइडलाइन्स फॉर बायोमेडिकल रिसर्च इन्वॉल्विंग ह्यूमन सबजेक्ट्स*, प्रतिपत्र सहमति अथवा ऐसा व्यक्ति जो सूचित सहमति देने के लिए असमर्थ है उसके उचित रूप से अधिकृत प्रतिनिधि की सहमति से, बायो मेडिकल अनुसंधान को अनुमति देता है। जहाँ सूचित सहमति नहीं मिल सकती वहाँ नैतिक पुनरीक्षा समिति को अनुमति का अनुमोदन करना चाहिए (गाइड लाइन 4)। सीआईओएमएस 2002 की गाइडलाइन 15, निकष की रूपरेखा देती है, जिसकी तब पूर्ति करनी पडती है, जब मानसिक अस्वास्थ्य के लोगों को शामिल कर अनुसंधान संचलित किया जाता है। (नीचे की चौखट देखें)

### सी आई ओ एम एस गाइडलाइन्स : अनुसंधान

मानसिक अथवा आचरणिक अस्वास्थ्य के कारण पर्याप्त सूचित सहमति देने में असमर्थ व्यक्तियों का सहभाग होने वाला अनुसंधान ऐसे व्यक्ति जो मानसिक अथवा आचरणिक अस्वास्थ्य के कारण पर्याप्त रूप से सूचित सहमति देने के लिए समर्थ नहीं हैं उन्हें जिस अनुसंधान में शामिल किया जाता है, उसको शुरू करने से पहले, अनुसंधानता सुनिश्चित करे कि :

- ऐसे व्यक्ति उस अनुसंधान का विषय नहीं होंगे, जो समान रूप से ऐसे व्यक्तियों पर चलाया जा सकेगा जिसकी पर्याप्त रूप से सूचित सहमति देने की समर्थता को हानि नहीं पहुँची है;
- अनुसंधान का उद्देश्य मानसिक अथवा आचरणिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की विशिष्ट स्वास्थ्य जरूरतों से संगत ज्ञान प्राप्त करना है;
- हर व्यक्ति की सहमति उस की समर्थता की सीमा तक प्राप्त की गई है और अनुसंधान में सहभाग लेने वाले भावी व्यक्ति की अस्वीकृति का सम्मान किया गया है, सिवाय अपवादात्मक स्थितियों में, जहाँ उचित चिकित्सीय विकल्प नहीं है और स्थानीय कानून आपत्ति को रद्द करने को अनुमति देता है; और
- अगर अनुसंधान में सहभाग लेने वाला भावी व्यक्ति सहमति देने में असमर्थ है तो जिम्मेदार परिवार सदस्य अथवा कानूनन अधिकृत प्रतिनिधि से, लागू कानून के अनुसरण में, मंजूरी प्राप्त की जा सकती है।

(गाइडलाइन 15 मानसिक और आचरणिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों को शामिल करके किया गया अनुसंधान, इंटरनेशनल एथिकल गाइडलाइन्स फॉर बायो मेडिकल रिसर्च इन्वॉल्विंग ह्यूमन सबजेक्ट्स, 2002)

एम आई प्रिंसिपल्ज और सी आई ओ एम एस गाइडलाइन्स ऐसे व्यक्तियों पर अनुसंधान की अनुमति देते हैं जिनमें सहमति देने की समर्थता नहीं है अगर : i) प्रतिनिधि जनसंख्या के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए अनुसंधान जरूरी है; ii) यह अनुसंधान उन लोगों पर नहीं किया जा सकता जो सहमति देने में समर्थ है और iii) पर्याप्त कार्यविधिक सुरक्षा का अनुपालन किया गया है।

तर्क किया जाता है कि यद्यपि आई सी सी पी आर उन सरकारों पर कानूनन बाध्यकारी है जिन्होंने उसे अनुसमर्थित किया है, और सी आई ओ एम एस गाइडलाइन्स और एम आई प्रिंसिपल्ज के बारे में यह लागू नहीं हैं; कुछ स्थितियों में विशिष्ट दशा से प्रभावित लोगों पर बिना सहमति के अनुसंधान अथवा प्रयोग करने की अनुमति देने से लाभ हो सकता है, यदि व्यक्ति को उससे हानि की जोखिम न्यूनतम हो। उदाहरणार्थ ऐसी स्वास्थ्य दशा के लोग (वर्तमान या भविष्य में प्रकट होने की संभावना वाले) जहाँ सभी प्रभावित व्यक्ति, अपनी स्वास्थ्य दशा के कारण, सूचित सहमति नहीं दे सकते। ऐसी स्थिति में इस समूह के साथ अनुसंधान न करने के परिणामस्वरूप ऐसे उपचार अथवा हस्तक्षेप ढूँढने के अवसर कम मिलते हैं जिससे स्थिति सुधर सके या उसकी रोकथाम हो सके।

अगर देश सूचित सहमति देने में असमर्थ लोगों को अनुसंधान अथवा प्रयोग में सम्मिलित करने के पक्ष में कानून बनाने का निर्णय लेते हैं तो उन्हें सीआईओएमएस का ध्यानपूर्वक अनुपालन करना चाहिए।

### चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान : मुख्य मसले

- चिकित्सीय अथवा प्रायोगिक अनुसंधान में सहभागिता के लिए सूचित सहमति, सभी ऐसे मरीजों से प्राप्त करनी चाहिए जो सहमति देने में समर्थ हैं। यह अनैच्छिक और स्वैच्छिक दोनों मरीजों पर लागू है।

उन देशों में जहाँ चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान ऐसे मरीजों के साथ करने की अनुमति है जो सहमति नहीं दे सकते, कानून में निम्नलिखित सुरक्षा उपाय शामिल करने चाहिए :

1. जो मरीज सहमति नहीं दे सकता वह चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान में सहभागी हो सकता है बशर्ते कि कानूनन नियुक्त अभिभावक और/अथवा परिवार सदस्य और/अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधि से प्रतिपत्र सहमति प्राप्त है अथवा इस उद्देश्य से गठित स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय से सहमति प्राप्त है।
2. सहमति देने में असमर्थ मरीज की प्रतिपत्र, अथवा स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय से, सहमति प्राप्त करके उसकी सहभागिता विचाराधीन होनी चाहिए जब
  - ए) सहमति दे सकने वाले मरीजों पर यह अनुसंधान नहीं किया जा सकता;
  - बी) मरीज और प्रतिनिधि जनसंख्या के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए अनुसंधान जरूरी है;
  - सी) पर्याप्त कार्यविधिक सुरक्षा उपायों का अनुपालन किया गया है।

### 13. निरीक्षण और पुनरीक्षा प्रक्रिया

अधिकांश आधुनिक मानसिक स्वास्थ्य कानूनों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की रक्षा के लिए पुनरीक्षा निकायों के गठन के सांविधिक सुरक्षा प्रावधान किए जाते हैं। ऐसे निकाय दो व्यापक श्रेणियों में विभाजित किए जाते हैं : (i) अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट उपचार पाने वाले लोगों के बारे में प्रक्रियाओं का निरीक्षण और पुनरीक्षा; और (ii) मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के भीतर और बाहर मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के स्वास्थ्यप्रद होने का निरीक्षण और पुनरीक्षा। पहले वाला न्यायिक अथवा न्यायिक कल्प कार्य माना जाता है। दूसरा (निकाय), यद्यपि कानून में प्रावधानित हो सकता है और कुछ प्रसंगों में निर्देशों का पालन न करने पर दंड भी लागू करता है, फिर भी "न्यायालय" की भाँति काम नहीं करता जो व्यक्तियों के स्वातंत्र्य पर प्रतिबंध लगा सके अथवा निर्णय ले कि अनैच्छिक मरीज को छोड़ा जाना चाहिए। कई देशों में ये दोनों निकाय एक दूसरे से पूर्णतः स्वतंत्र हैं, दोनों पर विभिन्न विशेषज्ञ सदस्य नियुक्त किए जाते हैं और दोनों की शक्तियाँ एवं कार्य अनोखे होते हैं; तो कुछ अन्य देशों में ये सभी कार्य चलाने के लिए एक निकाय होता है।

भले ही एक निकाय हो अथवा दो, उनकी स्वतंत्रता महत्वपूर्ण समझनी चाहिए। सभी पुनरीक्षा निकायों को केवल उनके सामने प्रस्तुत स्थिति की गुणवत्ता के अनुसार निर्णय करना चाहिए और राजनीतिक अथवा विभागीय अथवा स्वास्थ्य सेवा देने वालों के दबाव द्वारा प्रभावित नहीं होना चाहिए।

कानून द्वारा ऐसे प्राधिकार युक्त निकायों के गठन, उनकी शक्तियों और संसाधनों के लिए प्रावधान किया जाना चाहिए। यह भी निर्णय करना ज़रूरी है कि राष्ट्रीय अधिकार क्षेत्र होने वाला एक निकाय हो अथवा वर्तमान प्रशासनिक सीमाओं पर आधारित स्थानीय, जिलास्तरीय अथवा क्षेत्रीय स्तर पर कई पुनरीक्षा निकाय कार्यरत हों।

### 13.1 अनैच्छिक प्रवेश/उपचार और अधिकारों के अन्य प्रतिबंधों का न्यायिक अथवा न्यायिक कल्प निरीक्षण

अधिकांश देश पुनरीक्षा निकाय, न्यायाधिकरण अथवा न्यायालय जैसे स्वतंत्र प्राधिकरण, नियुक्त करते हैं, जो चिकित्सीय, साइकिएट्रीक/व्यवसायी सुविज्ञता पर आधारित अनैच्छिक प्रवेश और उपचार को मंजूरी देते हैं। यह महत्वपूर्ण कार्य है, क्योंकि यद्यपि अनैच्छिक प्रवेश/उपचार की निकष-पूर्ति व्यक्ति करता है या नहीं इसका निर्णय जाँचने वाला प्रत्यायित स्वास्थ्य व्यवसायी लेता है, सामान्यतः यह न्यायिक अथवा न्यायिक कल्प प्राधिकार का सर्वोच्च अधिकार है कि व्यक्ति की इच्छा के विरुद्ध उसे प्रविष्ट किया जाए और उसपर उपचार किए जाएँ या नहीं। कई अधिकारक्षेत्रों में उनकी सरल अभिगम्यता और असंदिग्ध कानूनी हैसियत के कारण न्यायालयों से यह कार्य कराने का विकल्प पसंद किया जाता है। फिर भी कई देशों में न्यायालयों की स्थिति पर प्रश्न उठाए गए हैं। वे चिकित्सीय निर्णय के लिए "रबड़ स्टैम्प" बन गए हैं। न्यायाधीश प्रायः मरीज और उसके प्रतिनिधि अथवा साक्षी की अनुपस्थिति में निर्णय सुनाते हैं और बिना स्वतंत्र रूप से सोचे और विश्लेषण किए, चिकित्सा सिफारिशों की, पुष्टि कर देते हैं।

न्यायालयीन कार्यविधि का विकल्प है स्वतंत्र और निष्पक्ष न्यायालयनुमा निकाय, न्यायिक कार्य समेत, स्थापन करना। ऐसा निकाय कानूनन स्थापित होता है और वह अपनी सक्षमता क्षेत्र के भीतर के मामले तय करने और बाध्यकारी निर्णय देने हेतु स्थापित किया जाता है। इसके विशिष्ट रूप से स्थापित होने और उसमें सुविज्ञ सदस्यों का चयन किए जाने के कारण, कुछ देशों में यह निकाय, इन मामलों में न्यायालय से ज़्यादा सक्षम माना गया है।

इस न्यायिक अथवा न्यायिक कल्प का अनैच्छिक प्रवेश और उपचार से संबंधित निश्चित कार्य, विभिन्न देशों में अलग-अलग हो सकता है। कुछ अधिकारक्षेत्रों में यह न्यायालय की भूमिका निभाने के बजाय न्यायालय का पूरक होता है। निकाय के रूप में उसे निम्नलिखित महत्वपूर्ण कार्य करने पड़ते हैं :

*हर अनैच्छिक प्रवेश/उपचार का मूल्यांकन करना-* कई कानून इस पर बल देते हैं कि अनैच्छिक प्रवेश/उपचार के लिए सिफारिश किया गया हर मामला पुनरीक्षा निकाय के सामने प्रस्तुत होना चाहिए। संबंधित व्यक्ति का प्रतिनिधित्व वकील को करना चाहिए। अगर ज़रूरत हो तो गवाह भी बुलाए जा सकते हैं। पुनरीक्षा निकाय को ध्यानपूर्वक विचार के बाद अनैच्छिक प्रवेश/उपचारों की पुष्टि करने अथवा नकारने का अधिकार है।

ऐसे देशों में जहाँ बहुत कम संसाधन हैं वहाँ हर मामले पर विचार करना पुनरीक्षा निकाय के लिए संभव नहीं है। सीधे सरल मामलों में "कागजात पुनरीक्षा" चलाई जाए। फिर भी पुनरीक्षा निकाय हर विवादास्पद मामले में अथवा विशिष्ट कारण हो तो, पूरी सुनवाई कर सकता है।

मरीजों, उनके परिवार के सदस्यों और/अथवा वैयक्तिक सहायकों से अनैच्छिक प्रवेश और/अथवा उपचार के विरुद्ध *अपील पर विचार करना* आवश्यक है। मूलभूत मानव अधिकार होने के नाते बहुत कम संसाधन वाले होने पर भी सभी देश मरीज को अपील का अधिकार प्रदान करें और उचित कालावधि में अपील पर सुनवाई हो (अपील फॉर्म के नमूने के लिए परिशिष्ट 8 देखें)। निकाय को अपील के मामले में अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के निर्णय को रद्द करने का अधिकार होना ही चाहिए।

अनैच्छिक आधार पर प्रविष्ट मरीज (और दीर्घावधि स्वैच्छिक मरीज) के मामलों की *आवधिक विरामों पर पुनरीक्षा* सुनिश्चित करना इस लिए आवश्यक है, कि मरीज ज़रूरत से ज़्यादा समय के लिए अस्पताल में न पड़ा रहे। गलती से रोके हुए मरीज को छोड़ देने के अधिकार पुनरीक्षा निकाय को होते हैं।

अपनी इच्छा के विरुद्ध उपचार पाने वाले मरीजों को *नियमित रूप से मॉनीटर* करना चाहिए। आपातिक स्थितियों को छोड़, पुनरीक्षा निकाय को मरीज की सहमति के बिना अनैच्छिक उपचार चालू रखने की अनुमति न देने अथवा रद्द करने की कार्याविधि कार्यान्वित करनी चाहिए। पुनरीक्षा निकाय को समुदाय में दिए गए अनैच्छिक उपचार भी मॉनीटर करने चाहिए। (उदाहरणार्थ समुदाय पर्यवेक्षण और उपचार आदेश)।

साइको सर्जरी और इलेक्ट्रो कन्वल्सिव थेरेपी (इ सी टी) जैसे सभी मामलों में *अंतर्वेधी और अनपलट उपचारों को अधिकृत अथवा निरस्त करना*। यद्यपि यह स्वैच्छिक आधार पर किए जा सकते हैं, फिर भी इनकी योग्यता को ध्यान में रखते हुए पुनरीक्षा निकाय अनावश्यक उपचारों से मरीज की रक्षा कर सकता है।

जहाँ अधिकार क्षेत्र में विरोध न करने वाले मरीज शामिल होते हैं, वहाँ पुनरीक्षा निकाय को, इस मरीज समूह के साथ भी उपर्युक्त सभी कार्य करने होंगे।

पुनरीक्षा निकाय के निर्णय के विरुद्ध अपील सीधे न्यायालय को भेजने की अनुमति होनी चाहिए।

### 13.1.1 संरचना

न्यायिक कल्प की संरचना और उसमें प्रतिनिधियों की संख्या, उसे सौंपे गए कामों तथा मानवीय एवं वित्तीय संसाधनों की उपलब्धता के आधार पर, देशों को तय करनी होगी। फिर भी, जो कानूनी और स्वास्थ्य से संबंधित मामले न्यायिक कल्प के विचाराधीन होंगे उन्हें देखते हुए सलाह दी जाती है कि कम से कम एक अनुभवी कानूनी एवं एक अनुभवी स्वास्थ्य व्यवसायी को नियुक्त किया जाए। "समुदाय" का परिप्रेक्ष्य प्रतिबिंबित हो इसलिए संरचना में एक "गैर व्यवसायी" होना चाहिए। निर्णयों की गंभीरता देखते हुए "समझदार" तथा सन्माननीय व्यक्तियों को चुनना उपयुक्त होगा।

#### उदाहरण : पुनरीक्षा निकाय संरचना

न्यू साऊथ वेल्स (ऑस्ट्रेलिया) मेंटल हेल्थ रिव्यू ट्रिब्यूनल के सदस्यों की नियुक्ति निम्नलिखित में से होती है :

ए) बैरिस्टर और सॉलिसिटर;

बी) साइकिएट्रीस्ट;

सी) गवर्नर की सिफारिश से नियुक्त व्यक्ति, जिन्हें अन्य उचित योग्यता अथवा अनुभव प्राप्त हैं और कम से कम एक व्यक्ति जो उपभोक्ता संगठन द्वारा नामित किया जाता है।

(न्यू साऊथ वेल्स मेंटल हेल्थ एक्ट, 1990)

### 13.2 विनियम और निरीक्षण निकाय

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों को बढ़ावा देने के लिए कई निरीक्षण और विनियामक कार्य ज़रूरी होते हैं। इन में निम्नलिखित सम्मिलित किए जा सकते हैं :

*मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का नियमित निरीक्षण करना* - स्वतंत्र निकाय सभी मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का आवधिक विरामों पर नियमित निरीक्षण और ज़रूरी हो, तो पूर्व सूचना न देकर अतिरिक्त भेंट दे सकता है। ऐसी भेंट के दौरान स्वास्थ्य सुविधा के सभी हिस्सों तक अप्रतिबंधित पहुँच होनी चाहिए। साथ ही मरीजों के अभिलेख देखने और किसी भी मरीज से व्यक्तिगत मुलाकात करने का अधिकार ज़रूरी है। ऐसी भेंट के दौरान प्रतिनिधियों को रहने की सुविधाओं की गुणवत्ता देखनी और चिकित्सा अभिलेख के दस्तावेजीकरण का निरीक्षण करना होगा, और सुविधा में प्रविष्ट स्वैच्छिक तथा अनैच्छिक दोनों प्रकार के मरीजों से व्यक्तिशः मिलना होगा। ऐसी भेंट से पुनरीक्षा निकाय और उसके प्रतिनिधियों को यह सुनिश्चित करने का मौका मिलता है कि सुविधा में व्यक्तियों को आवश्यक उपचार और देखभाल मिलती है और उनके मानव अधिकारों का उल्लंघन नहीं होता तथा मानसिक स्वास्थ्य कानून में लिखे सुरक्षा उपाय मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में कार्यान्वित किए जाते हैं। कानून को, अपनाई जाने वाली कार्यविधियाँ तय करनी चाहिए और यदि कहीं उनका उल्लंघन पाया जाता हो तो उसके लिए दंड का प्रावधान भी करना चाहिए।

*नियमित अवधि से निरीक्षण* निकाय को असाधारण घटना की रिपोर्ट और मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं से मृत्यु अभिलेख की प्रतियाँ प्राप्त और पुनरीक्षित करनी चाहिए।

*अकेले और निर्बाधित रखने जैसे अंतर्वेधी उपचार कम करने पर मार्गदर्शन करना* - पुनरीक्षा निकाय को ऐसी कार्यविधियों को अधिकृत करने के लिए मार्गदर्शी सूचनाएँ स्थापित करनी चाहिए और सुनिश्चित करना चाहिए कि मार्गदर्शी सूचनाओं का अनुपालन किया जाता है। यह सुरक्षा अनैच्छिक स्वैच्छिक दोनों मरीजों को उपलब्ध होनी चाहिए।

पुनरीक्षा निकाय द्वारा सांख्यिकी कायम करना, उदाहरणार्थ अनैच्छिक प्रवेश और उपचार दिए गए मरीजों का प्रतिशत, अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की कालावधि, अंतर्वेधी और अनपलट उपचारों का प्रयोग, अलग और निर्बंधित रखना, शारीरिक रोग (विशेषतः महामारी जो निकृष्ट स्वास्थ्य अथवा कुपोषण के परिणामस्वरूप होती है) आत्मघात और प्राकृतिक अथवा दुर्घटनाजन्य मृत्यु।

निरीक्षण निकाय को मानसिक अस्वास्थ्य वालों के प्रवेश और उपचारों के लिए प्रत्यायित सुविधाएँ और व्यवसायियों का रजिस्टर रखना चाहिए तथा ऐसे प्रत्यायनों के लिए न्यूनतम आवश्यक मानदंडों की रूपरेखा बनानी चाहिए और फिर उन्हें लागू करना चाहिए।

रिपोर्ट सीधे मानसिक स्वास्थ्य कानून का दायित्व निभाने वाले मंत्रियों के पास भेजनी चाहिए।

कानून अथवा अभ्यास संहिता में संशोधन के जरिए, आवश्यक सुधारों के बारे में मंत्रियों को सिफारिश करनी चाहिए।

कानून में विनिर्दिष्ट किए अनुसार नियमित आधार पर निष्कर्ष प्रकाशित करने चाहिए।

### 13.2.1 संरचना

प्रभावी सुरक्षा के प्रावधान के लिए निकायों की न्यूनतम संरचना में व्यवसायी (जैसे मानसिक स्वास्थ्य, कानून और सामाजिक कार्य से संबंधित), मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोगकर्ता, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवारों के प्रतिनिधि सदस्य, वकील एवं सामान्यजन सम्मिलित किए जाते हैं। कुछ देशों में धार्मिक प्राधिकारी को भी प्रतिनिधित्व दिया जाता है। इसमें महिलाओं और अल्पसंख्यक समूह को भी प्रतिनिधित्व दिया जाना चाहिए। निरीक्षण और विनियमन निकाय में कितने लोग काम करते हैं और इस प्रतिनिधित्व की व्याप्ति, उपलब्ध संसाधनों पर निर्भर होगी। संयुक्त प्रस्ताव में निरीक्षण और विनियमन निकाय तथा न्यायिक कल्प दोनों के प्रतिनिधि होने चाहिए।

### 13.2.2 अतिरिक्त अधिकार

मानसिक स्वास्थ्य कानून के उपबंधों का अनुपालन लागू करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय को सांविधिक अधिकार होने चाहिए। इन अधिकारों में सम्मिलित हैं :

- व्यवसायियों और मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रत्यायन को मंजूरी देने का अधिकार (यद्यपि व्यवसायियों का प्रत्यायन व्यवसायी परिषदे कर सकती हैं);
- कानून का अनुपालन न करने पर सुविधाओं और व्यवसायियों से प्रत्यायन वापस लेने का अधिकार;
- कानून के मानदंडों के उल्लंघन पर प्रशासकीय और वित्तीय दंड लगाने का अधिकार; और
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों का निरंतर उल्लंघन करते रहने के कारण, सुविधाएँ बंद करने का अधिकार।

### 13.3 शिकायतें और उपाय

मरीज तथा उसके परिवार के सदस्यों और वैयक्तिक प्रतिनिधियों को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा दी गई देखभाल और उपचार के बारे में शिकायत करने का अधिकार होना चाहिए।

उपयोगकर्ताओं के अधिकारों की रक्षा निश्चित करते हुए सेवा देने वालों के साथ न्याय्य बर्ताव सुनिश्चित करने के लिए शिकायत संबंधी कार्यविधि मार्गदर्शी सिद्धांतों पर आधारित होनी चाहिए। हर स्थिति भिन्न होगी। लेकिन कुछ महत्वपूर्ण मूल्य निम्नानुसार हैं :

- खुलेपन तथा पारदर्शिता के साथ परामर्श
- गुणवत्ता बढ़ोतरी
- निष्पक्षता
- अभिगम्यता
- तेजी और प्रतिक्रियाशीलता
- शिष्टाचार



- जिम्मेदारी
- विश्वसनीयता
- स्वतंत्र समर्थन
- मानवीय देखभाल और उपचार
- पारदर्शी प्रक्रिया

कानून में शिकायतों की प्रस्तुति, जाँच और शिकायतों के समाधान की कार्यविधि की रूपरेखा देनी चाहिए। कार्यविधि साफ शब्दों में लिखी और सुस्पष्टता से प्रदर्शित की जानी चाहिए। इससे मानसिक स्वास्थ्य देखभाल कर्ताओं और उनके परिवारों को यह मालूम हो सके कि शिकायत कैसे और कहाँ की जाए। कार्यविधि में घटना के बाद शिकायत करने का समय विनिर्दिष्ट हो और उसपर प्रतिक्रिया देने की अधिकतम कालावधि, कैसे और किसके द्वारा, यह भी हो। अगर शिकायत का संतोषप्रद निवारण न हो तो कार्रवाई का उच्चतर स्तर भी विनिर्धारित करना चाहिए। आदर्शतः पहली शिकायत स्वास्थ्य सुविधा के पास की जाए और निवारण न होने पर निरीक्षण निकाय के पास भेजी जाए।

मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विरुद्ध शिकायतें प्राप्त करने और जाँच करने के लिए सुयोग्य व्यक्ति की नियुक्ति करना उचित होगा। नियुक्त व्यक्ति को जाँच की रिपोर्ट, उचित कार्रवाई तथा ज़रूरी हो तो दंड सिफारिशों समेत, निरीक्षण निकाय को अग्रेषित करनी चाहिए। निकाय को शिकायत करने वाले मरीजों का प्रतिशोध से बचाव करने की प्रक्रिया प्रस्थापित करनी चाहिए।

### 13.4 कार्यविधिक सुरक्षा

मरीज को किसी अपील अथवा शिकायत कार्यविधि में वैयक्तिक प्रतिनिधि और /अथवा वकील चुनने और नियुक्त करने का अधिकार होना चाहिए। मरीज को ज़रूरी हो तो व्याख्याकर्ता की सेवाओं तक पहुँच होनी चाहिए। जिन मरीजों के पास ऐसी सेवाओं के लिए भुगतान का साधन नहीं है उनके वकील और/अथवा व्याख्याकर्ता की सेवाओं का भुगतान सरकार द्वारा होना चाहिए।

मरीज (और उसके वकील) को शिकायतों और अपील कार्यविधि के दौरान चिकित्सा अभिलेख और अन्य संगत रिपोर्ट और दस्तावेजों की प्रतिलिपियाँ प्राप्त करने का अधिकार होना चाहिए। शिकायतों और अपील की कार्यविधि के दौरान उन्हें स्वतंत्र मानसिक स्वास्थ्य रिपोर्ट और अन्य संगत रिपोर्ट तथा मौखिक एवं लिखित तथा अन्य सबूत प्राप्त करने का अनुरोध और प्रस्तुत करने का अधिकार होना चाहिए। साथ ही मरीज और उसके वकील को यह अनुरोध करने का अधिकार होना चाहिए कि विशिष्ट व्यक्ति शिकायतें और अपील कार्यविधि के दौरान इसलिए उपस्थित हो कि उसकी उपस्थिति सुसंगत और आवश्यक समझी गई है।

मरीज और उसके वकील को सभी शिकायतों और अपील सुनवाई में उपस्थित और सहभागी होने का अधिकार होना चाहिए। सुनवाई में किए गए निर्णय को लिखित रूप में प्रस्तुत करना चाहिए और उसकी प्रतिलिपियाँ मरीज और उसके वकील को दी जानी चाहिए। शिकायतों अथवा अपीलों की सुनवाई के निर्णयों को विज्ञापित करते समय मरीज और अन्य लोगों की गुप्तता का सम्मान किया जाना चाहिए और मरीज के स्वास्थ्य को गंभीर हानि से अथवा अन्यो की सुरक्षा जोखिम में डालने से रोकने की आवश्यकता पर ध्यान देना चाहिए। मरीज और उसके वकील को ऐसे निर्णयों पर न्यायिक पुनरीक्षा का अधिकार होना चाहिए।

### पुनरीक्षा निकाय : मुख्य मसले

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की रक्षा के लिए स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय स्थापित करने चाहिए। विभिन्न देशों में न्यायिक कल्प और अन्य विनियामक और निरीक्षण के मामलों से निपटने के लिए अलग-अलग अथवा संयुक्त ढाँचे का निकाय हो सकता है।

- न्यायिक कल्प निकाय के अनैच्छिक प्रवेश/उपचार कार्य और सहमति बिना उपचार अथवा प्रवेश प्राप्त करने वाले अन्य मरीजों के मूल्यांकन कार्य में निम्नलिखित को भी सम्मिलित करना चाहिए - हर अनैच्छिक प्रवेश/उपचार का मूल्यांकन, अपील का कार्य, आवधिक विरामों पर अनैच्छिक आधार पर प्रविष्ट मरीजों के मामलों की पुनरीक्षा, मरीज की इच्छा के विरुद्ध उपचार पाने वाले मरीजों का नियमित मॉनीटरिंग तथा अंतर्वेधी और अनपलट उपचारों को अधिकृत अथवा वर्जित करना।

- विनियामक और निरीक्षण निकाय के कार्यों में निम्नलिखित बातें सम्मिलित हैं- मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का नियमित निरीक्षण, मरीजों के कल्याण और स्वास्थ्य का नियमित मॉनीटरिंग, अंतर्वेधी उपचारों को घटाने के लिए मार्गदर्शन देना, अभिलेख एवं सांख्यिकी रखना, प्रत्यायित सुविधाओं और व्यवसायियों के रजिस्ट्रों का अनुरक्षण, रिपोर्ट प्रकाशन और अपने निष्कर्षों पर सिफारिशें सीधे संबंधित मंत्री के पास भेजना।
- पुनरीक्षा निकायों की संरचना दिए गए कार्यों के अनुसार होगी और एकल या अलग-अलग दो निकायों का चयन किया जाता है इसपर निर्भर होगी। न्यायिक कल्प निकाय में एक कानूनी, एक स्वास्थ्य व्यवसायी और एक उचित समुदाय प्रतिनिधि होना चाहिए। विनियामक और मंजूरीकर्ता निकाय में व्यवसायी (मानसिक स्वास्थ्य, कानून, सामाजिक कार्य), मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोगकर्ताओं के प्रतिनिधि, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवार के सदस्य, वकील और सामान्यजन सम्मिलित किए जा सकते हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य कानून के उपबंधों का अनुपालन लागू करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय को सांविधिक अधिकार दिए जाने चाहिए।
- पुनरीक्षा निकाय के निर्णयों पर अपील सीधे न्यायालय के पास भेजने की अनुमति दी जानी चाहिए।
- मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा की गई देखभाल और उपचार के किसी भी पहलू के बारे में पुनरीक्षा निकाय से शिकायत करने का अधिकार मरीज, उसके परिवार-सदस्यों, वैयक्तिक प्रतिनिधि और वकील को होना चाहिए।
- शिकायतों की प्रस्तुति, जाँच और निवारण के लिए कार्यविधि की रूपरेखा कानून को देनी चाहिए।
- मरीज को अपील अथवा शिकायत की कार्यविधि में प्रतिनिधित्व करने के लिए वैयक्तिक प्रतिनिधि और/अथवा वकील को चुनने और नियुक्त करने का अधिकार होना चाहिए। उन्हें सुनवाई में उपस्थित रहने और सहभाग लेने एवं अभिलेख की प्रतिलिपियों को प्राप्त करने का अधिकार होना चाहिए।

#### 14. मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के साथ पुलिस की ज़िम्मेदारियाँ

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के साथ पुलिस की रचनात्मक और सहायक भूमिका सुनिश्चित करने में कानून मदद कर सकता है।

##### 14.1 पुलिस के अधिकार

पुलिस की प्राथमिक ज़िम्मेदारी सार्वजनिक सुव्यवस्था बनाए रखने की होती है। साथ ही पुलिस का यह कर्तव्य होता है कि वह मानसिक अस्वास्थ्य के कारण असुरक्षित लोगों के अधिकारों का आदर एवं रक्षा करे। सामान्यतः मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का बर्ताव उनके लिए अथवा जनता के लिए जब खतरा बन जाता है तब ऐसी स्थिति में हस्तक्षेप करने के लिए पुलिस की आवश्यकता होती है। ऐसी स्थितियों के उदाहरण नीचे दिए गए हैं :

- निजी परिसर में प्रवेश कर, मानसिक दृष्टि से बीमार व्यक्ति को गिरफ्तार कर सुरक्षित जगह ले जाना, जब व्यक्ति खुद के लिए अथवा दूसरों के लिए खतरा होने के संदेह के लिए उचित आधार है। इस मामले में पुलिस को परिसर में प्रवेश करने के पूर्व वारंट लेना चाहिए। आपात स्थिति में जहाँ व्यक्ति और/अथवा उसके आसपास के लोगों के स्वास्थ्य और सुरक्षा के लिए तत्काल कार्रवाई करना ज़रूरी है, वहाँ कानून में पुलिस को वारंट के बिना कार्य करने का प्रावधान किया जाए।
- अनैच्छिक प्रवेश के अधीन व्यक्ति को पदनामित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में ले जाना। उदाहरणार्थ अस्पताल के आपातिक स्थिति कक्ष में मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा ऐसा मूल्यांकन किया गया हो कि उसे अनैच्छिक प्रवेश की आवश्यकता है तब व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में ले जाना। दूसरा उदाहरण है व्यक्ति की सशर्त रिहाई का। ऐसा व्यक्ति यदि रिहाई की शर्तों का पालन करने में असफल हुआ हो, तो उसे मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में वापस ले जाना पड़ सकता है।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा से छुट्टी मिले बिना यदि अनैच्छिक मरीज अनुपस्थित हो तो उसे फिर से सुविधा में ले जाना।

## 14.2 सहायता की माँग का साथ देना

आपातक स्थितियों में कभी परिवार के सदस्यों अथवा देखभालकर्ताओं को भारी आक्रामक अथवा नियंत्रण से बाहर बर्ताव का सामना करना पड़ता है। कानून को उन्हें अनुमति देनी चाहिए कि वे स्थिति के बारे में पुलिस को सचेत करें, जिससे आवश्यकता पड़ने पर पुलिस हस्तक्षेप कर सकती है। ऐसी हालत में पुलिस को यह निर्णय करने का विवेकाधिकार होना चाहिए कि अविलंब और सन्निकट खतरा है या नहीं और क्या व्यक्ति मानसिक अस्वास्थ्य के कारण इस ढंग से बर्ताव कर रहा है। इस स्थिति में पुलिस अथवा आपातक कर्मचारी को सलाह के लिए मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी सेवा तक शीघ्र पहुँच मिलनी चाहिए।

स्वास्थ्य व्यवसायी अथवा स्वास्थ्य सुविधाओं में कार्यरत अन्यो को भी विशिष्ट स्थिति में पुलिस की सहायता की आवश्यकता हो सकती है। ऐसी स्थितियों में पुलिस को यह मूल्यांकित करने का विवेकाधिकार नहीं होगा कि व्यक्ति मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित है या नहीं।

## 14.3 मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए सुरक्षा

कानून पुलिस की गतिविधियों पर, यह सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबंध लगा सकता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की गैर कानूनी गिरफ्तारी और हवालात में रखने से रक्षा की जा सके। इसमें निम्नलिखित बातें शामिल हैं :

### 14.3.1 सुरक्षा स्थान

अगर जनता में गड़बड़ी फैलाने के कारण पुलिस द्वारा किसी व्यक्ति को उठा लिया जाता है और यदि संदेह है कि व्यक्ति के मानसिक अस्वास्थ्य के कारण वह ऐसा व्यवहार कर रहा है तो पुलिस पर यह कहकर प्रतिबंध लगाया जा सकता है कि उक्त व्यक्ति की स्थिति का योग्यताप्राप्त मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा मूल्यांकन करने के लिए उसे सुरक्षा स्थान पर ले जाया जाए। अगर व्यक्ति ज्ञात साइकिएट्री मरीज है और उसे उपचार अथवा देखभाल की आवश्यकता नहीं है तो पुलिस उस व्यक्ति को उसके घर भेज सकती है।

“सुरक्षा स्थान”, पदनामित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा, कोई एक निजी स्थान (जैसे साइकिएट्रीस्ट का कार्यालय) अथवा अन्य सुरक्षित स्थान हो सकता है। पुलिस को इन स्थितियों में व्यक्ति को जेलखाने में रोक रखने का कानूनी प्राधिकार नहीं है। परंतु यदि व्यक्ति को तुरंत किसी सुरक्षा स्थान पर ले जाना संभव नहीं है जैसा कि किसी विकसनशील देश में हो सकता है, तब कानून को ऐसा अल्प समय तय करना चाहिए जिसके लिए पुलिस, मानसिक अस्वास्थ्य के संदेह पर, व्यक्ति को हवालात में रोक रख सकती है। एक बार जब पुलिस व्यक्ति को मूल्यांकन के लिए सुरक्षित स्थान ले जाती है, उसके बाद उक्त व्यक्ति पुलिस की हिरासत में नहीं माना जाएगा और न रोक रखा जाएगा। इस प्रकार के पुलिस के अधिकारों के साथ कठिनाई आ सकती है यदि सुरक्षा स्थान व्यक्ति को मूल्यांकन के लिए रख नहीं सकता (या रखने से इन्कार करता है) (उदाहरणार्थ यदि मूल्यांकन करने के लिए उचित व्यवसायी उपलब्ध नहीं है या सुरक्षा स्थान में व्यक्ति के लिए जगह नहीं है) ऐसे प्रसंग सूचित करते हैं कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए पर्याप्त संसाधन का प्रावधान स्वास्थ्य क्षेत्र की एक प्रमुख आवश्यकता है। (अध्याय 2 सब सेक्शन 4.1 देखें)

अगर व्यक्ति को अपराधिक कृत्य के लिए गिरफ्तार किया गया है और पुलिस को संदेह है कि व्यक्ति मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित है, तो ऐसे व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा मूल्यांकन के लिए सुरक्षा स्थान में ले जाया जा सकता है। जब व्यक्ति खुद के लिए अथवा अन्यो के लिए खतरा होता है तब उसे मूल्यांकन के लिए मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में ले जाना चाहिए। मूल्यांकन में पाया जाए कि मानसिक अस्वास्थ्य नहीं है, तो यदि पुलिस को उचित लगे, तो संबंधित व्यक्ति को हवालात में अथवा अभिरक्षा में ले जाने का अधिकार होता है।

### 14.3.2 उपचार विकल्प

मानसिक स्वास्थ्य मूल्यांकन के बाद व्यक्ति को उपचार की ज़रूरत है तो उसे प्रोग्राम (इन पेशेंट या आऊट पेशेंट, जो भी उचित है) में प्रवेश करने का मौका देना चाहिए। मरीज को विभिन्न उपचार विकल्प के लाभ और हानि एवं उसकी स्थिति का स्पष्टीकरण देना चाहिए। अगर व्यक्ति प्रवेश/उपचार अस्वीकृत करता है तो उसे तुरंत छोड़ा जाना चाहिए। किंतु यदि वह अनैच्छिक प्रवेश/उपचार (ऊपर बताए अनुसार) की निकषपूर्ति करता है तो ऐसे हालात में संगत प्रक्रिया

शुरु की जानी चाहिए। व्यक्ति को चाहे पुलिस लाए अथवा परिवार का सदस्य अथवा अन्य कोई, अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की कार्यविधि का पालन करना चाहिए (सब सेक्शन 8.3 देखें)

#### 14.3.3 रोक रखने की अवधि

मूल्यांकन के लिए रोक रखने की अवधि ज्यादा नहीं होनी चाहिए। कानून आदेश दे सकता है कि मूल्यांकन के लिए विनिर्दिष्ट अवधि (जैसे 24 से 72 घंटे) का पालन किया जाए और समय समाप्ति तक मूल्यांकन न हो तो व्यक्ति को छोड़ दिया जाना चाहिए।

#### 14.3.4 तुरंत अधिसूचना

पुलिस को तुरंत व्यक्ति को सूचित करना चाहिए कि उसे मूल्यांकन के लिए भेजने से पहले उनकी हिरासत में क्यों रखा गया है और उसके साथ कैसा व्यवहार किया जाएगा। विशिष्ट स्थितियों में, व्यक्ति की सहमति प्राप्त करने पर परिवार सदस्य अथवा अन्य पदनामित प्रतिनिधि को भी, व्यक्ति को ऐसे रोक रखने के बारे में सूचित करना चाहिए।

#### 14.3.5 अभिलेखों की पुनरीक्षा

ऐसे सभी प्रसंगों में, जब मनोरुग्ण व्यक्ति को मानसिक अस्वास्थ्य के संदेह पर रोक रखा जाता है, तो उसका अभिलेख पुनरीक्षा निकाय अथवा स्वतंत्र मॉनीटरिंग प्राधिकरण को भेजा जा सकता है (सेक्शन 13 देखें)

### पुलिस जिम्मेदारियाँ और कर्तव्य : मुख्य मसले

ऐसे कई प्रसंग हैं जिनमें पुलिस का मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं से संबंध आता है। ऐसे हर प्रसंग में पुलिस मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों का सम्मान एवं रक्षा करने के लिए कर्तव्य बद्ध है और यह संवेदनशील ढंग से करना चाहिए।

- ए) *सार्वजनिक स्थान* - अगर सार्वजनिक गड़बड़ी के लिए गिरफ्तार व्यक्ति में मानसिक अस्वास्थ्य के संदेह के लिए पर्याप्त, उचित आधार है तो पुलिस उस व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा मूल्यांकन करवाने के लिए सुरक्षित स्थान में ले जा सकती है। मूल्यांकन तेजी से (जैसे 24-72 घंटे के आरंभिक अवरोध में) पूरा करना चाहिए।
- बी) *निजी परिसर में* - पुलिस को निजी परिसर में प्रवेश और व्यक्ति के अवरोध करने के लिए न्यायालय से वॉरंट प्राप्त करना चाहिए, यदि व्यक्ति गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित है और स्वयं अथवा दूसरों को हानि पहुँचा सकता है। परिवार के सदस्य अथवा स्वतंत्र प्राधिकारी जैसे सामाजिक कार्यकर्ता, न्यायालय से वारंट के लिए अनुरोध कर सकते हैं। ऐसे अवरोध पर संबंधित व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा मूल्यांकन के लिए तत्काल सुरक्षा स्थान ले जाना चाहिए। मूल्यांकन तेजी से (जैसे आरंभिक अवरोध के लिए 24-72 घंटे के भीतर) पूरा करना चाहिए। आपातक स्थितियों में, जहाँ खतरा सन्निकट है और पुलिस कार्रवाई ज़रूरी है, वहाँ पुलिस बिना वारंट के भी कार्रवाई कर सकती है।
- सी) *अपराधिक कृत्य के लिए गिरफ्तार व्यक्ति और पुलिस, हवालात में रखे गए व्यक्ति के बारे में मानसिक अस्वास्थ्य का संदेह हो*, तो उसे मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा मूल्यांकन के लिए सुरक्षा स्थान पर ले जाना, कानून अनिवार्य बना सकता है। ऐसी हालत में, सुरक्षा स्थान पर ले जाए जाने के बाद भी, पुलिस के हिरासती अधिकार कायम रहते हैं।
- डी) *मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट व्यक्ति* - कानून की प्रक्रिया के कारण मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट व्यक्ति को पदनामित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में ले जाने का कर्तव्य पुलिस को निभाना चाहिए। उदाहरणार्थ, अस्पताल के अपातक कक्ष में मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा मूल्यांकन के बाद अनैच्छिक प्रवेश की आवश्यकता वाले व्यक्ति अथवा सशर्त मुक्ति की आवश्यकता का अनुपालन करने में असफलता के कारण मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक प्रवेश की आवश्यकता वाले व्यक्ति, दोनों पर यह लागू होगा।
- इ) *अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट ऐसे व्यक्ति को जो मानसिक स्वास्थ्य सुविधा से बिना छुट्टी के अनुपस्थित है, ढूँढने और स्वास्थ्य सुविधा में पहुँचाने का कर्तव्य पुलिस को निभाना चाहिए।*

## 15. मानसिक बीमार अपराधियों से संबंधित कानूनी उपबंध

मानसिक बीमार अपराधियों से संबंधित कानूनी उपबंध का क्षेत्र बहुत जटिल है जिसमें अपराधिक न्याय और अदालती मानसिक स्वास्थ्य प्रणालियाँ, दोनों समाविष्ट हैं। विभिन्न देशों के नीतियों और अभ्यास में व्यापक पैमाने पर विभिन्नता है और अदालती मानसिक स्वास्थ्य आम तौर पर दंड संहिता (अथवा अपराध कार्यविधि) का हिस्सा है, न कि मानसिक स्वास्थ्य कानून का।

अपराध न्याय प्रणाली में जनता की रक्षा करना, अपराधियों को दंड देना और कानून का बेहतर ढंग से प्रशासन करना शामिल है। पुलिस, प्रॉसिक्यूटर और न्यायालय को इस ढंग से चलना चाहिए जिसमें कि अपराध के शिकार ही नहीं बल्कि असुरक्षित जनसंख्या और मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति के अधिकारों की रक्षा भी सम्मिलित है। अपराध न्याय प्रणाली का महत्वपूर्ण लक्ष्य होना चाहिए यह सुनिश्चित करना कि मानसिक अस्वास्थ्य वाला कोई भी, अनुचित रूप से पुलिस हिरासत अथवा जेल में रोक रखा नहीं जाता। वर्तमान में यह लक्ष्य ज़्यादा तर हासिल नहीं होता है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले बहुत लोगों पर मुकदमा चलाया जाता है और तुलना में बहुत ही छोटे अपराधों के लिए उन्हें कैद किया जाता है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में देखभाल पाने के बजाय जेलों में बंद हैं इस पर दुनिया भर में चिंता बढ़ रही है। कुछ देशों में स्विजोफ्रेनिया के जितने लोग अस्पतालों में हैं, उतने ही जेलों में बंद हैं। (टोरी, 1995)

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग बड़ी संख्या में जेलों में बंद हैं यह सार्वजनिक मानसिक स्वास्थ्य सुविधाएँ उपलब्ध न होना अथवा कम उपलब्ध होना, उपद्रवी बर्ताव का अपराधीकरण करने वाले कानूनों का कार्यान्वयन, व्यापक गलत संकल्पना कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले सभी लोग खतरनाक हैं और कठिन अथवा विक्षुब्ध बर्ताव की ओर समाज में असहनशीलता, इन सबका नतीजा है। कई देशों में ऐसी कानूनी परंपराओं की कमी है जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले अपराधियों के लिए (दंड के विरोध स्वरूप) उपचार का समर्थन करती हैं।

मानसिक स्वास्थ्य उपचार की आवश्यकता वाले लोगों के लिए कारागृह गलत स्थान है क्योंकि अपराध न्याय प्रणाली उपचार और देखभाल के बजाय निवारण और दंड पर बल देती है। अगर कहीं सुधारात्मक कारागृह सुविधाएँ पुनर्वास पर बल देती हैं, तो आम तौर पर मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की सहायता के लिए उचित रूप से सुसज्जित नहीं होतीं। दुर्भाग्य से कई देशों में कारागृह वास्तव में मनोरोग अस्पताल बन गए हैं। गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य वाले कैदी जाने अनजाने कानून के शिकार बन जाते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को अपराध न्याय प्रणाली से मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की ओर मोड़ कर, इस प्रवृत्ति को उलटने और रोकने में सहायता कर सकता है। कानून को अपराध कार्यवाहियों के सभी चरणों पर - व्यक्ति को पहली बार गिरफ्तार करने पर, पुलिस द्वारा अवरोध करने पर, अपराध जाँच तथा कार्यवाहियों के दौरान और अपराध के लिए सजा पाना शुरू होने के बाद भी, ऐसे परिवर्तन की अनुमति देनी चाहिए।

अपराध कार्यवाहियों के विभिन्न चरणों में कानून महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है। ऊपर उल्लेखित (सेक्शन 14) के अनुसार जहाँ छोटे "अपराध", जैसे सार्वजनिक विक्षोभ, मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति द्वारा होते हैं, वहीं पुलिस को उन्हें अपराध कार्यवाहियों के अधीन डालने के बजाय तुरंत उपचार केन्द्रों में ले जाना चाहिए।

मानसिक रूप से बीमार अपराधियों के प्रशासन के कानून - जो अक्सर मानसिक स्वास्थ्य कानून का हिस्सा बनने के बजाय अपराध कार्यविधि का हिस्सा होते हैं - विभिन्न देशों में बड़ी मात्रा में असमान होते हैं। इसलिए अगले सेक्शन को देश की वर्तमान कानून प्रक्रियाओं के साथ निकट संयोजन में पढ़ना चाहिए, रूपांतरित करना चाहिए तथा अंगीकृत करना चाहिए। परंतु यह सिद्धांत, कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति उचित सुविधाओं में होने चाहिए जहाँ उन्हें उचित उपचार मिले, कभी नहीं बदलता।

निम्नलिखित विभिन्न "चरण" हैं जिनके दौरान गिरफ्तार व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य प्रवेश और उपचार की तरफ मोड़ा जा सकता है

- मुकदमा-पूर्व चरण
- मुकदमा-चरण
- मुकदमे के बाद का (सजा देने का) चरण
- दंडादेश के पश्चात का चरण (जेल में सजा काटने का)

ये सभी चरण सभी देशों में नहीं होते और उनमें भिन्नता दिखाई देती है। देशों को अपनी स्थितियों के अनुसार जो उचित है, उसे अंगीकृत करना चाहिए।

## 15.1 अपराध न्याय प्रणाली में मुकदमा पूर्व चरण

### 15.1.1 मुकदमा चलाने का निर्णय

अधिकांश देशों में पुलिस और/अथवा प्रॉसिक्यूटर तय करते हैं कि विशिष्ट अपराध के लिए व्यक्ति पर मुकदमा चलाया जाए या नहीं। कानून अथवा प्रशासनिक विनियम, निष्पक्ष विनिर्धारित कर सकते हैं, कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति पर किस परिस्थिति में मुकदमा चलाया जाए या न चलाया जाए अथवा उसे मानसिक स्वास्थ्य प्रणाली की तरफ मोड़ दिया जाए। इन निष्पक्षों से मुकदमे के विरुद्ध धारणा बनाई जानी चाहिए और वह भी उपचार के पक्ष में। निम्नलिखित घटकों को ध्यान में लिया जाना चाहिए :

- अपराध की गंभीरता;
- क्या व्यक्ति पहले से साइकिएट्रीक उपचार के अधीन है और कितने समय से। उदाहरणार्थ अगर व्यक्ति को उपचार योग्य मानसिक अस्वास्थ्य है तो प्रॉसिक्यूटर निर्णय कर सकता है कि मुकदमा चलाने के बजाय उपचार जारी रखना बेहतर है;
- अपराध के समय की व्यक्ति की मानसिक स्थिति;
- व्यक्ति की वर्तमान मानसिक स्थिति;
- मुकदमे के परिणाम स्वरूप व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को हानि पहुँचाने की संभावना;
- मुकदमे को आगे बढ़ाने में समुदाय का हित (जैसे व्यक्ति द्वारा समुदाय को हानि पहुँचाने की जोखिम)।

समाज के लिए गंभीर खतरा न होने वाले मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति के लिए स्वैच्छिक उपचार के पक्ष में, मुकदमा न चला कर, पुलिस और प्रॉसिक्यूटर, व्यक्ति तथा समाज को लाभ पहुँचा सकते हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति को अनावश्यक लांछन का सामना नहीं करना पड़ेगा और अपराध न्याय प्रणाली में फँसे रहने के बजाय तत्काल आवश्यक उपचार शुरू किया जा सकेगा।

## 15.2 अपराध न्याय प्रणाली में मुकदमा चरण

एक बार अपराधिक आरोपों के साथ मुकदमा चलाने का निर्णय होने के बाद, दो प्रक्रियाएँ मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति के बारे में संभव हैं। पहली, व्यक्ति उस पर मुकदमा चलाए जाने योग्य नहीं है और दूसरी, अपराध के समय की कृति के लिए वह व्यक्ति अपराधिक रूप से ज़िम्मेदार नहीं माना गया है। कुछ मामलों में वे परस्पर व्यापी हो सकते हैं, जब अपराध के समय मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित व्यक्ति के मुकदमे के समय भी वैसा ही रहता है।

### 15.2.1 मुकदमे में खड़े रहने योग्य

अधिकांश देशों में मुकदमा चलाए जाने के लिए व्यक्ति को शारीरिक और मानसिक रूप से योग्य होना चाहिए। सामान्यतः मानसिक योग्यता इन बातों के अनुसार नापी जाती है कि क्या व्यक्ति (i) कानूनी कार्यवाहियों का स्वरूप और उद्देश्य समझ सकता है (ii) कार्यवाहियों के संभव परिणाम समझ सकता है और (iii) वकील के साथ प्रभावी ढंग से संसूचन कर सकता है।

अगर व्यक्ति पर मुकदमा चलाने का निर्णय किया जाता है और अभियुक्त मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित होने की संभावना के लिए उचित आधार हैं, तो न्यायालय को चाहिए कि वह किसी योग्यताप्राप्त मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी द्वारा, जो आम तौर पर साइकिएट्रीस्ट होगा किंतु हमेशा ही नहीं, उक्त व्यक्ति, मानसिक स्वास्थ्य के मूल्यांकन का आदेश दे। आम तौर पर यह मुकदमा शुरू होने से पहले होता है। लेकिन मुकदमे के दौरान किसी भी चरण पर यह हो सकता है। यह मूल्यांकन पदनामित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा अथवा न्यायालय आदेश के अनुसार सुरक्षित स्थान पर किया जाना चाहिए। साइकिएट्रीस्ट के निरीक्षण के लिए समय विनिर्धारित करना चाहिए, जिससे यह सुनिश्चित किया जा सकता है कि व्यक्ति को अनावश्यक रूप से रोका नहीं जाता और मुकदमा अनुचित रूप से विलंबित नहीं होता। कई देश 30 दिनों की सीमा तय करते हैं। अगर गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य के कारण व्यक्ति मुकदमे में खड़ा रहने योग्य नहीं पाया जाता तो अपराधिक कार्यवाहियाँ तब तक शुरू नहीं की जाती जब तक व्यक्ति योग्य नहीं होता। ऐसी हालत में न्यायालय को यह अधिकार कानूनन बहाल कर देना चाहिए कि उस व्यक्ति को उपचार हेतु मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में भेजा जाए। ऐसे व्यक्ति को जारी परिरोध के विरुद्ध अपील करने का अधिकार होना चाहिए।

जब तक व्यक्ति इन पेशेंट अथवा आऊट पेशेंट उपचार ले रहा हो तब तक छोटे अपराधों के लिए न्यायालय मामला खारिज कर सकता है अथवा अपराध आरोप स्थगित कर सकता है। उदाहरणार्थ अगर अभियुक्त को गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य के कारण उपचार की आवश्यकता है और वह स्वयं एवं दूसरों के लिए खतरा नहीं बनता, तो अपराधी आरोपों की बरखास्तगी अथवा निलंबन वांछनीय होगा। अगर अपराध गंभीर है और/अथवा अभियुक्त स्वयं के लिए अथवा दूसरों के लिए खतरा बन गया है, तो न्यायालय उपचार हेतु पदनामित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश का आदेश दे सकता है।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की रक्षा के अधिकार कायम हों जिससे ज़रूरत से ज़्यादा समय के लिए उन्हें मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में घुलना न पड़े। कानून को न्यायालय द्वारा प्रविष्ट व्यक्ति की नियमित पुनरीक्षा के लिए प्रावधान करने चाहिए, जैसा कि नियमित साइकिएट्रीस्ट की रिपोर्ट मंगवाकर। अपराधिक आरोपों के लिए पेंडिंग मुकदमे की वजह से मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में रोक रखे गए अभियुक्तों को वही अधिकार है, जो अनैच्छिक प्रवेश वाले व्यक्ति को है। इस प्रकार अभियुक्त को उसे रोक रखने विरुद्ध स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय को अपील करने का अधिकार भी है।

### 15.2.2 अपराधिक जिम्मेदारियों का बचाव (अपराध के समय मानसिक अस्वास्थ्य)

दुनिया भर के देशों के कानून, अभियुक्त व्यक्ति की अपराधिक जिम्मेदारियों का स्तर तय करते हैं। कानून कहता है कि अपराध के समय अभियुक्त की मानसिक स्थिति यह तय करने में महत्वपूर्ण है, कि उसपर अपराधिक जिम्मेदारी डाली जा सकती है या नहीं।

न्यायालय यह तय कर सकता है कि दोषी मन (मेन्स रिया) स्थापित करने की आवश्यकताओं की अभियुक्त पूर्ति नहीं कर सकता, यदि अभियुक्त यह प्रदर्शित करे कि :

- 1) अपराध के समय मानसिक अस्वास्थ्य के कारण उसकी मानसिक क्षमता क्षीण हो गई थी; और
- 2) अस्वास्थ्य का रूप इतना गंभीर था कि व्यक्ति, अपराधिक जिम्मेदारियाँ स्थापित करने के लिए आवश्यक घटकों की पूर्ति करने में अंशतः अथवा पूर्णतः असमर्थ था।

कानून को विनिर्दिष्ट करना चाहिए कि अपराध के समय जिस व्यक्ति के पास पर्याप्त समर्थता नहीं थी, उसे उचित सुविधा में प्रविष्ट किया जाए। मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता वाले अपराधी के लिए दंड के स्थान पर उपचार के विकल्प का लक्ष्य इस दृष्टिकोण से सहायता प्राप्त कर सकता है।

इन स्थितियों के अधीन न्यायालय अभियुक्त "मानसिक असमर्थता की वजह से अपराध के लिए जिम्मेदार नहीं" ("एन आर डी एम डी - नॉट रिस्पॉन्सिबल ड्यू टू मेन्टल डिसेऑर्डर")<sup>1</sup>: ऐसा निष्कर्ष निकाल सकता है। विभिन्न शब्दावली में कई देश इस संकल्पना से परिचित हैं। कानून एन आर डी एम डी फैसला प्राप्त करने के लिए आवश्यक निकषों की व्याख्या कर सकता है। ऐसा फैसला<sup>2</sup> ऐसे व्यक्ति पर लागू किया जाना चाहिए जिसका मानसिक अस्वास्थ्य इतना गंभीर है कि अपराध के समय उसका विवेचन, परिज्ञान अथवा स्व-नियंत्रण कमजोर हो गए थे। ऐसे फैसले वाले मामले के बारे में न्यायालय तय कर सकता है कि व्यक्ति को समुदाय में वापस जाने दिया जाए अथवा प्रवेश/उपचार के लिए भेज दिया जाए। राष्ट्रीय कानून ऐसे प्रवेश और रिहाई के बारे में भिन्न हो सकता है। कुछ देशों में जब तक न्यायालय अथवा अन्य न्यायिक निकाय ऐसा निष्कर्ष नहीं निकालता कि व्यक्ति अनैच्छिक प्रवेश की निकषपूर्ति करता है और उचित कार्यविधि, तथा आवश्यकताएँ भी पूरी की जाती हैं, तब तक उसे छोड़ दिया जाता है। अन्य देशों में एन आर डी एम डी के आधार पर प्रविष्ट व्यक्ति के लिए विशिष्ट कानूनी श्रेणी दी जाती है। उदाहरणार्थ ऑस्ट्रेलिया में उन्हें फोरेन्सिक पेशेंट, मॉरिशस में सिक्युरिटी पेशेंट और दक्षिण आफ्रीका में स्टेट पेशेंट कहा जाता है।

1. एन आर डी एम डी यह शब्द प्रयोग कुछ देशों में प्रयुक्त "पागलपन के कारण से दोषी नहीं" (एन जी आर आई) और कम मात्रा में "दोषी लेकिन पागल" के तुल्य रूप है। इस संकल्पना के रूप में एन आर डी एम डी कम कलंकित शब्द प्रयोग है कि व्यक्ति की, उसकी मानसिक अस्थिरता द्वारा खेती गई योगदानात्मक भूमिका के कारण, अपराधिक जिम्मेदारी नहीं है। कुछ समालोचकों को लगता है कि "दोषी लेकिन पागल" यह फैसला गंभीर मानसिक बीमारी वाले व्यक्तियों के लिए दंडात्मक और अनुचित है। यह संकल्पनात्मक रूप से भी समस्यापूर्ण है क्योंकि अगर आवश्यक अपराधिक आशय स्थापित नहीं किया जाता तो व्यक्ति को तर्कानुसार दोषी नहीं पाया जा सकता।

2. यह परिभाषा मैकनॉटन रूलज के अधीन पागलपन परीक्षा से ज़्यादा व्यापक होनी चाहिए। कई देश अभी भी मैकनॉटन रूलज प्रयुक्त करते हैं जो मानसिक अस्वास्थ्य के आधार पर बचाव की तभी अनुमति देते हैं जब अपराध के समय अभियुक्त नहीं जानता था कि वह क्या कर रहा है अथवा वह क्या कर रहा है यह जानता था किन्तु इस तथ्य से अवगत नहीं था कि वह कृत्य गलत है। फिर भी कई गंभीर रूप से मानसिक बीमार व्यक्ति यह समझ सकते हैं कि वे गलत कर रहे हैं लेकिन उनका बोध गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य के कारण विकृत हो गया है। इसलिए कुछ लोग तर्क प्रस्तुत करते हैं कि मैकनॉटन रूलज के अधीन अत्यधिक गंभीर मानसिक बीमारी वाले लोग भी समझदार समझे जाते हैं। इसलिए कई प्रणालियों में उन्हें अनुचित रूप से जेल भेजा जाता है। इस तर्क के अनुसार ऐसा व्यक्ति जो समझ सकता है लेकिन गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य के कारण -जिसमें स्व-नियंत्रण की कमी है वह "मानसिक अक्षमता के कारण जिम्मेदार नहीं" (एन आर डी एम डी) का फैसला पाने में समर्थ होना चाहिए।

अपराध न करने वाले अन्य मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति के समान, एन आर डी एम डी फैसले के बाद अवरोधित व्यक्ति को नियमित और आवधिक पुनरीक्षा का अधिकार, थेरेप्यूटिक परिवेश में उचित उपचार एवं देखभाल पाने का अधिकार उपलब्ध है। साथ ही, अपराधिक रूप से ज़िम्मेदार न पाए गए प्रविष्ट व्यक्ति में, उपचार संबंधी निर्णय करने की क्षमता हो सकती है।

व्यक्ति की मानसिक स्थिति में पर्याप्त सुधार पाया गया हो, तो उसे अवरोध से छोड़ा जाएगा। कुछ देशों में मानसिक रूप से अस्वस्थ अपराधी के रूप में प्रविष्ट व्यक्ति को स्वास्थ्य व्यवसायी छोड़ सकता है। कुछ देशों में यही काम न्यायालय अथवा न्यायिक प्राधिकार करता है। यह महत्वपूर्ण है कि मरीज को छोड़ने के लिए परिवार के सदस्य और अन्य को आवेदन करने की अनुमति दी जाती है। छोड़े गये व्यक्ति को विशिष्ट कालावधि के लिए समुदाय आधारित उपचार, बाध्यकारी अनुपालन के साथ देना यथोचित होगा। यदि व्यक्ति फिर से बीमार हो जाए या उपचार योजना का पालन न करे, तो उसे फिर अस्पताल में वापस लाया जाएगा। कुछ उपयोगकर्ता समूह, बाध्यकारी समुदाय आधारित उपचार का विरोध करते हैं। इस संबंध में विभिन्न देशों को अपना निर्णय लेना होगा।

### 15.3 अपराधिक न्याय प्रणाली में मुकदमे के बाद (सज़ा देने) का चरण

कुछ देशों में जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग मुकदमे में खड़े रहने के अयोग्य होने के निकष की पूर्ति नहीं करते (अथवा अपराध के समय मानसिक रूप से अस्वस्थ होने) और न्यायालय में दोषी पाए जाते हैं, उन्हें सज़ा के चरण में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की तरफ़ मोड़ दिया जाएगा। इस लक्ष्य की प्राप्ति के लिए, गैर-अवरोधिक सज़ा (अर्थात्, परिवीक्षा आदेश या समुदाय उपचार आदेश) या मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में काटी जाने वाली अवरोधिक सज़ा (अर्थात् अस्पताल आदेश) सुनाई जा सकती है। अस्पताल आदेश के संदर्भ में जनता के लिए प्रस्तुत खतरे के आधार पर मुक्त सुविधा अथवा ज़्यादा सुरक्षित सुविधा में भेज देने का आदेश दिया जाएगा।

#### 15.3.1 परिवीक्षा आदेश और समुदाय उपचार आदेश

मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों द्वारा छोटे अपराधों के लिए गैर अवरोधिक सज़ाओं के उपयोग की अनुमति और समर्थन, कानून द्वारा होना चाहिए। कुछ देशों में कानून को परिवीक्षा आदेश अथवा समुदाय उपचार आदेश देने का प्राधिकार है। बशर्ते कि ऐसे व्यक्ति मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं द्वारा उपचार जारी रखते हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति को समुदाय उपचार आदेश (सी टी ओ) समुदाय में विशिष्ट शर्तों पर रहने की अनुमति देता है। वे हैं :

- विनिर्धारित स्थान में रहना;
- उपचार और परामर्श, शिक्षा और प्रशिक्षण समेत पुनर्वास गतिविधियों में सहभाग;
- उनके घरों में मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों को प्रवेश करने की मंजूरी;
- परिवीक्षा अधिकारी को नियमित रिपोर्ट;
- जहाँ उचित हो, अनैच्छिक साइकिएट्री उपचार के लिए प्रस्तुति।

#### 15.3.2 अस्पताल आदेश

अस्पताल आदेश यह सुनिश्चित करने का दूसरा साधन है कि दोषी पाए गए व्यक्ति, आवश्यक मानसिक स्वास्थ्य उपचार पाते हैं। अस्पताल आदेश के लिए प्रावधान करने वाला कानून न्यायालय को यह अनुमति देता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले अपराधी को यदि सज़ा के समय अस्पताल देखभाल ज़रूरी है, तो उसे कारागृह में बंदी बनाने के बजाय, उपचार हेतु अस्पताल भेजा जाए।

अस्पताल आदेश उतने ही समय का होना चाहिए जितने समय की सज़ा। अगर न्यायालय और मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी को लगे कि सज़ा पूरी होने के बाद भी अतिरिक्त उपचारों की आवश्यकता है तो उन्हें सामान्य अनैच्छिक प्रवेश कार्यविधि के ज़रिए अस्पतालीकरण जारी रखने का औचित्य बताना चाहिए।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले अपराधी को, जिसे अस्पताल आदेश के अनुसरण में मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में रखा गया है, सभी अनैच्छिक प्रविष्ट मरीजों की तरह स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय (अर्थात् न्यायाधिकरण अथवा न्यायालय) द्वारा आवधिक पुनरीक्षा का अधिकार प्राप्त है।



#### 15.4 दंडा देश के बाद (जेल में सजा काटने) का चरण

बंदी होने के दौरान अभियुक्त को मानसिक अस्वास्थ्य हो जाए तो कानूनी अथवा प्रशासनिक प्रबंधों में कैदी के मानसिक अस्वास्थ्य की पर्याप्त देखभाल और उपचार का प्रावधान कानून में होना चाहिए। यदि गंभीर मानसिक अस्वास्थ्य वाले कैदियों पर जेल में पर्याप्त उपचार नहीं किए जा सकते तो उन्हें उपचार हेतु मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में स्थानांतरित करने का प्रावधान कानून को करना है। कई देशों के जेलों में विशेष डिजाइन के अस्पताल यूनिट हैं जहाँ कैदियों को, बीमार होने पर, स्थानांतरित किया जाता है। पुनरीक्षा निकाय को ऐसे यूनिटों को यह सुनिश्चित करने के लिए मॉनीटर करना चाहिए, कि यहाँ देखभाल की गुणवत्ता और उपलब्धता, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्राप्त सेवा के बराबर है। कानून को सुनिश्चित करना चाहिए कि ऐसे अस्पताल यूनिट योग्यता प्राप्त मानसिक स्वास्थ्य कर्मचारी के सीधे पर्यवेक्षण के अधीन हैं, न कि जेल प्राधिकरण के।

जेल के अस्पताल यूनिट में स्थित कैदी अथवा अन्य मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में स्थानांतरित व्यक्ति अपने अधिकारों की रक्षा के हकदार माने जाते हैं और मानसिक अस्वास्थ्य वाले अन्य लोगों के समान सुरक्षा का उपभोग कर सकते हैं। विशेषतः, ऐसे अपराधियों को, उपचार को सहमति देने अथवा अस्वीकृत करने का अधिकार है। यदि अनैच्छिक उपचार आवश्यक माने जाते हैं तो अनैच्छिक उपचारों को अधिकृत करने की उचित कार्यविधि का पालन करना चाहिए। महत्वपूर्ण अधिकारों में समाविष्ट है अमानवीय और अपमानकारक व्यवहार से रक्षा और वैध सूचित सहमति के साथ ही अनुसंधान में सहभाग तथा गोपनीयता की रक्षा। कोई कैदी कैदखाने से अस्पताल और वहाँसे वापस कैदखाने में स्थानांतरित हो, तो अस्पताल में बिताया समय उसकी सजा का हिस्सा समझा जाना चाहिए।

ऐसे कैदियों को सिर्फ उनकी सजा की अवधि के दौरान अस्पताल में रोक रखा जा सकता है। उनकी सजा की समाप्ति पर यदि अनैच्छिक प्रवेश उनकी मानसिक स्थिति द्वारा औचित्यपूर्ण हो, तो सिर्फ मानसिक स्वास्थ्य कानून के नागरी प्रावधानों के भीतर उन्हें रोक रखा जा सकता है। ऐसी उपचार सुविधाओं में प्रविष्ट कैदियों को पैरोल के उतने ही अधिकार होते हैं जितने उन कैदियों को जो मानसिक अस्वास्थ्य के लिए उपचार नहीं ले रहे। कानून के अनुसार उनके अस्वास्थ्य एवं उपचार की जानकारी, पैरोल प्राधिकारियों को आवश्यकता के आधार पर एवं कैदी की सहमति से, उपलब्ध कराई जाए।

#### 15.5 मानसिक बीमार अपराधियों के लिए सुविधाएँ

मानसिक बीमार अपराधियों को कैदखाने से बाहर रखने में कठिनाइयाँ होती हैं क्योंकि कई देशों में 'अपराधी और खतरनाक' माने गए लोगों को आवासित रखने की उचित सुविधाएँ नहीं हैं। परिणामतः मानसिक अस्वास्थ्य वालों को सिर्फ जेल में ही रहना नहीं पड़ता, बल्कि वे आवश्यक उपचार से भी वंचित रहते हैं। कानून को सुरक्षित मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए प्रावधान करने चाहिए। मरीज के लिए आवश्यक सुरक्षा का स्तर कानून को अभिनिर्धारित करना चाहिए और उसकी नियमित पुनरीक्षा भी करनी चाहिए। सुरक्षा के उच्च स्तर के अधीन अस्पताल में कोई मरीज आवश्यकता से ज्यादा समय के लिए नहीं रहना चाहिए।

सारांशतः मानसिक स्वास्थ्य कानून दंड के बजाय उपचार और सहायता का ढाँचा दे सकता है और उसे वह देना भी चाहिए। इसके अधीन मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का अपराधिक न्यायप्रणाली से, मानसिक स्वास्थ्य प्रणाली में स्थानांतरण, किसी भी चरण में किया जाना चाहिए। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए अपराधिक न्यायप्रणाली में सुरक्षा कार्यान्वित कर और केवल असाधारण परिस्थितियों में उन्हें जेल में बंदी बनाकर कानून समाज की सुरक्षा में सहायता पहुँचाता है और मानसिक अस्वास्थ्य वाले अपराधियों को उचित देखभाल और पुनर्वास की सुविधा उपलब्ध कराते हुए मानवीय उपचारों का प्रावधान करता है।

निम्नलिखित वेबसाइट में यू एन प्रिंसिपल्स और मानसिक बीमार समेत कैदियों से संबंधित नियमों पर जानकारी दी गई है।

[http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp36.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm)

[http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp34.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

## मानसिक बीमार अपराधी : मुख्य मसले

अपराधिक न्याय प्रणाली को, मानसिक अस्वास्थ्य वाले अपराधियों को बंदी बनाने के बजाय, उपचार देने चाहिए। अपराधिक न्याय प्रणाली के ढाँचे को मुकदमे के दौरान सभी चरणों में अपराधियों को उपचार कार्यक्रमों की ओर मोड़ने की अनुमति देनी चाहिए।

1. *अभियोजन* : प्रॉसिक्यूटर को मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति पर अभियोग चलाया जाए या नहीं यह तय करते समय निम्नलिखित तथ्यों पर ध्यान देना चाहिए : अपराध की गंभीरता, व्यक्ति का साइकिएट्रीक पूर्व इतिहास, अपराध के समय की मानसिक स्थिति, व्यक्ति के स्वास्थ्य पर विपरीत परिणाम की संभावना और अभियोग में समुदाय का हित।

2. मुकदमा चरण :

ए) मुकदमे में खड़े रहने की योग्यता – कानून के लिए मानसिक रूप से योग्य व्यक्ति को ही मुकदमे में खड़े रहने योग्य समझा जाता है। कानूनी कार्यवाहियाँ तथा कार्यवाहियों के परिणाम को समझने और वकील के साथ प्रभावी ढंग से संसूचन करने की अभियुक्त की क्षमता आदि का मूल्यांकन करना चाहिए। अगर व्यक्ति मुकदमे के लिए अयोग्य पाया जाता हो तो जब तक उसका उपचार चल रहा है तब तक आरोप या तो वापस लिया जाए या स्थगित कर दिया जाए। पेंडिंग मुकदमे के कारण मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में रोक रखे गए मरीज को अनैच्छिक प्रवेश के लोगों के समान स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय द्वारा न्यायिक पुनरीक्षा सहित सभी अधिकार प्राप्त होने चाहिए।

बी) अपराधिक जिम्मेदारियों से बचाव – अपराध के समय अपर्याप्त क्षमता होने वाले व्यक्तियों को कैदी बनाने के बजाय उपचार देने चाहिए। अगर अपराध के समय व्यक्ति का विवेचन, परिज्ञान अथवा स्वनिर्णय मानसिक असमर्थता के कारण क्षीण हुआ हो, तो अधिकांश न्यायालय “मानसिक असमर्थता के कारण जिम्मेदार नहीं” (एन आर डी एम डी) का बचाव मान्य करते हैं। एक बार मानसिक अस्वास्थ्य पर्याप्त रूप से सुधर जाए तो एन आर डी एम डी व्यक्ति रिहा हो सकता है।

3. मुकदमा पश्चात (दंडादेश) का चरण :

ए) परिवीक्षा आदेश – मानसिक अस्वास्थ्य वाला व्यक्ति ऐसे गैर हिरासती परिवीक्षा आदेश और समुदाय उपचार आदेश के जरिए उपचार पा सकता है जो विशिष्ट शर्तों के अधीन समुदाय में उपचारों को अनुमति देता है। ऐसा व्यक्ति जो निर्दिष्ट शर्त पूरी नहीं करता उसे उपचार पूरे करने के लिए अभिरक्षक सुविधा में बुलाया जा सकता है।

बी) अस्पताल आदेश – अस्पताल आदेश (अर्थात मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अभिरक्षक सजा भुगतना) के जरिए भी उपचार दिए जा सकते हैं। व्यक्ति को उपचार के लिए उसकी सजा की अवधि से ज्यादा समय अस्पताल में तभी रखा जा सकता है जब अनैच्छिक प्रवेश कार्यविधि का अनुपालन किया जाता है। अस्पताल आदेश के अधीन व्यक्ति को पुनरीक्षा का अधिकार है।

4. सजा सुनवाई के बाद (कैद में सजा काटने) का चरण :

ए) कैदियों का स्थानांतरण – बंदी बनाने के बाद व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य खराब हो जाता हो तो उसे जेल अस्पताल यूनिट अथवा दूसरी सुरक्षित मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में स्थानांतरित किया जाए। ऐसे स्थानांतरित कैदी को अनैच्छिक प्रविष्ट मरीज की तरह उपचार को सहमति देने, गोपनीयता और अमानवीय तथा अपमानकारक व्यवहार से रक्षा मिलने का अधिकार है। कैदी को पैरोल के लिए सोचे जाने का अधिकार है उसे अपनी सजा की अवधि से ज्यादा समय तभी रखा जा सकता है जब अनैच्छिक प्रवेश कार्यविधि का अनुपालन किया जाता है।

*मानसिक बीमार अपराधियों के लिए सुविधा*

सुरक्षित मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रावधान के लिए कानून की आवश्यकता हो सकती है। कानूनी निकष मरीज के लिए आवश्यक सुरक्षा स्तर का अभिनिर्धारण कर सकते हैं और इन स्तरों की नियमित रूप से पुनरीक्षा होनी चाहिए। किसी भी मरीज को आवश्यकता से अधिक सुरक्षा स्तर पर अस्पताल में नहीं रखना चाहिए।

## 16. मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अतिरिक्त ठोस प्रावधान

जैसा कि इस सेक्शन में चर्चा की गई है, कानून में पहुँच, अधिकार, स्वैच्छिक और अनैच्छिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, पुनरीक्षा प्रक्रियाएँ और मानसिक बीमार अपराधियों से संबंधित प्रावधानों द्वारा मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के कल्याण को प्रभावी ढंग से बढ़ावा मिलेगा। साथ ही और कई ऐसे क्षेत्र हैं जो उतने ही महत्वपूर्ण हैं किंतु वे उपेक्षित रह गए हैं। उन सबको इस 'मार्गदर्शी पुस्तक' में समाविष्ट करना और उसके हर मसले की जटिलताओं की चर्चा करना संभव नहीं है। इसलिए नीचे ऐसे सूचक क्षेत्र दिए गए हैं जिन्हें राष्ट्रीय कानून में सम्मिलित करना चाहिए। कई देशों में ऐसे क्षेत्र विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून के बजाए अन्य कानून में समाविष्ट कर दिए गए होंगे।

### 16.1 प्रति विभेदनकारी कानून

कानून को चाहिए कि वह मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की विभेदन से रक्षा करने का प्रावधान करे। अनेक बार देखा गया है कि, देशों में प्रति विभेदकारी कानून के साथ, सकारात्मक कार्रवाई संबंधी प्रावधान भी, असुरक्षित जनसंख्या, अल्पसंख्यक और पददलित समूहों की रक्षा के लिए समाविष्ट किए गए हैं। ऐसे कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर भी, उनसे संबंधित अध्यादेश में उनके हिताधिकार में सम्मिलित कर, लागू किए जा सकते हैं। अगर सामान्य प्रति विभेदनकारी कानून पर्याप्त सुरक्षा नहीं देता तो मानसिक स्वास्थ्य कानून में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए, प्रति विभेदनकारी प्रावधान, विशेष रूप से शामिल किए जा सकते हैं। उदाहरणार्थ कुछ देशों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को कुछ पाठशालाओं में पढ़ाई करने, कुछ सार्वजनिक स्थानों पर जाने अथवा हवाई जहाज में यात्रा करने की अनुमति नहीं है। विशेष कानून के जरिए इसे सुधारने की आवश्यकता है।

एक और विकल्प का उदाहरण है - यदि देश में अधिकारों से संबंधित बिल अथवा अन्य अधिकारों की रक्षा करने हेतु दस्तावेज है, तो विभेदन को गैर कानूनी बताने के आधार उनमें विनिर्दिष्ट करने चाहिए और इनमें मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को भी शामिल कर लेना चाहिए। दि न्यूजीलैंड बिल ऑफ राइट्स एक्ट (1990) अन्य मसलों के साथ अक्षमता के आधार पर विभेदन का निषेध करता है।

### 16.2 सामान्य स्वास्थ्य देखभाल

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को सामान्य स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के साथ पारस्परिक क्रिया में, उपचार तक पहुँच, प्रस्तावित उपचार की गुणवत्ता, गोपनीयता, उपचार को सहमति और जानकारी हासिल करने के अधिकार को समाविष्ट करते हुए कानूनी सुरक्षा उपलब्ध करा देने की आवश्यकता हो सकती है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले और अपने बारे में निर्णय करने की समर्थता की कमी वाले लोगों जैसे असुरक्षित लोगों की सुरक्षा की जरूरत पर बल देते हुए सामान्य स्वास्थ्य कानून में विशिष्ट खंड समाविष्ट किए जा सकते हैं।

### 16.3 आवास

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को राज्य आवास योजनाओं और अर्थसाहाय्य प्राप्त आवास योजनाओं में प्राथमिकता देने का प्रावधान, कानून में निगमित किया जा सकता है। उदाहरणार्थ फिनलैंड मेंटल हेल्थ एक्ट कहता है, "पर्याप्त उपचार और सेवाओं के साथ मानसिक बीमारी अथवा अन्य मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित व्यक्तियों को "सर्विस फ्लैट" अथवा अर्थसाहाय्य प्राप्त उचित आवास सुविधा, जो आवश्यक चिकित्सा अथवा सामाजिक पुनर्वास के रूप में दी जानी चाहिए, उसका अलग से निर्णय किया जा सकता है।" (मेंटल हेल्थ एक्ट, नं. 1116, 1990, फिनलैंड)

ऐसे प्रावधान कुछ देशों में संभव नहीं हैं, लेकिन कम से कम इस बात का खयाल रखना चाहिए कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को आवास आबंटन में विभेदन का शिकार न होना पड़े। कानून सरकार को आदेश दे सकता है कि वह "अर्ध मार्गी गृह" (हाफ वे होम्स) और "सहायताप्राप्त दीर्घावधि आवास" (लॉग स्टे सपोर्टेड होम्ज) जैसी आवास सुविधा की श्रृंखला स्थापित करे। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का भौगोलिक वियोजन रोकने के लिए कानून में आवश्यक प्रावधान शामिल कराने चाहिए। इसके लिए उचित कानून में आवास के स्थान और आबंटन विषयक विभेदन रोकने के विशेष प्रावधान करने होंगे।

## 16.4 रोज़गार

रोज़गार और समान रोज़गार के अवसरों में विभेदन और शोषण से मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की सुरक्षा का प्रावधान कानून में होना चाहिए। इससे कामकाज के स्थान में मानसिक अस्वास्थ्य का अनुभव करने वाले लोगों के पुनः एकीकरण को बढ़ावा मिलेगा और मानसिक अस्वास्थ्य के एक मात्र कारण काम से बरखास्तगी से रक्षा सुनिश्चित की जा सकेगी। कानून कामकाज के स्थान के भीतर उचित निवास को बढ़ावा दे सकता है जिससे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को कामकाज के समय में आवश्यक लचीलापन मिल सके और वे मानसिक स्वास्थ्य उपचार ले सकें। उदाहरणार्थ, कर्मचारी समय निकाल कर परामर्श ले सकें और बाद में काम कर सकें।

दि रियो नियो (अर्जेन्टिना) एक्ट फॉर प्रमोशन ऑफ हेल्थ केअर एण्ड सोशल सर्विसेज फॉर पर्सन्स विथ मेंटल इलनेस (एक्ट 2440, 1989) कहता है, "प्राविन्स सुनिश्चित करेगा कि कार्य तक पहुँच सुनिश्चित करने के ऐसे उचित उपाय किए जाते हैं जो मानसिक बीमारी वाले लोगों को स्वास्थ्यकर बनाने में निर्णायक सिद्ध हो सकते हैं।" उन्होंने ऐसी आज़ासि (डिक्री) निकाली है कि कार्य समर्थन मसले की जाँच करने के लिए आयोग स्थापित किया जाए जो एक्ट में अंतर्भूत लोगों के लिए काम तक पहुँच की गारंटी देने संबंधी उचित स्थायी उपाय प्रस्तावित करेगा।

कानून, व्यावसायिक पुनर्वास कार्यक्रम के लिए पर्याप्त निधिकरण, समुदाय में रहने वाले मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों द्वारा आय बढ़ाने वाली गतिविधियों को अधिमान्य वित्तपोषण, कार्य तक पहुँच में सुधार के लिए सामान्य सकारात्मक कार्रवाई कार्यक्रम का प्रावधान कर सकता है। रोज़गार कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को सुरक्षित कार्ययोजना में रक्षा, समान वेतन एवं उन्हें बेगार न करने जैसे प्रावधान कर सकता है।

कई देशों में रोज़गार कानून में प्रसूति छुट्टी, विशेषतः अदा की हुई प्रसूति छुट्टी का प्रावधान स्वास्थ्य समर्थन में प्रभावी साधन सिद्ध हो चुका है। इससे माताएँ अपने नवजात शिशु के साथ ज्यादा समय रहती हैं और माँ तथा शिशु के अच्छे मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा मिलता है।

## 16.5 सामाजिक सुरक्षा

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए असमर्थता अनुदान का भुगतान लाभदायी सिद्ध हुआ है और कानून के ज़रिए इसे बढ़ावा देने की आवश्यकता है। जहाँ पेन्शन दिया जाता है वहाँ मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए असमर्थता पेन्शन उसी दर पर अदा की जानी चाहिए जिस दर पर शारीरिक असमर्थता वाले लोगों को वह दी जाती है। अपनी असमर्थता पेन्शन के लाभ खोए बिना, रोज़गार खासकर अंशकालिक रोज़गार पर मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को भेजकर, सामाजिक सुरक्षा कानून अपना लचीलापन दिखाता है।

## 16.6 नागरी मसले

*युनिवर्सल डेवलपमेंट ऑफ ह्यूमन राइट्स, दि इंटरनेशनल कविनंट ऑन इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स, और दि इंटरनेशनल कविनंट ऑन सिविल एण्ड पोलिटिकल राइट्स* में मान्यता प्राप्त सभी नागरी, राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों का प्रयोग करने का अधिकार मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को भी प्राप्त है।

ऐसे कुछ मुख्य अधिकार नीचे दिए गए हैं, (जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के बारे में नकारे जाते हैं) जिनकी रक्षा करने की आवश्यकता है। यह पूरी सूची नहीं है; यह उन विस्तृत अधिकारों की एक झलक मात्र है जिनकी रक्षा करने की आवश्यकता हो सकती है। लेकिन कुछ अधिकार व्यक्ति की क्षमता पर आधारित हैं।

- मतदान का अधिकार
- विवाह का अधिकार
- बच्चे होने और पालकत्व रखने का अधिकार
- स्वयं की संपत्ति रखने का अधिकार
- काम और रोज़गार का अधिकार

- शिक्षा का अधिकार
- हलचल करने की स्वतंत्रता और पसंद के घर के चुनाव का अधिकार
- स्वास्थ्य का अधिकार
- अच्छे मुकदमे और कानून की नियत प्रक्रिया का अधिकार
- चेक पर हस्ताक्षर करने एवं अन्य वित्तीय व्यवहारों में सहभागी होने का अधिकार
- धार्मिक विश्वास और अभ्यास की स्वतंत्रता का अधिकार

### मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित अतिरिक्त टोस प्रावधान : मुख्य मसले

मानसिक स्वास्थ्य के कई ऐसे महत्वपूर्ण क्षेत्र हैं जिन्हें प्रभावी ढंग से कानून में बांधा जा सकता है और जिनकी अब तक उपेक्षा की गई है। वे निम्नानुसार हैं :

- मानसिक अस्वास्थ्य वालों की विभेदन से कानून को रक्षा करनी चाहिए।
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को उपचार तक पहुँच, प्रस्तावित उपचार की गुणवत्ता, गोपनीयता, उपचार को सहमति, जानकारी प्राप्त करने के अधिकार समेत सामान्य स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के साथ आपसी क्रिया-प्रतिक्रिया में कानून द्वारा सुरक्षा उपलब्ध करा देने की आवश्यकता होती है।
- कानून में राज्य की आवास योजनाओं और अर्थसाहाय्य प्राप्त आवास योजनाओं में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को प्राथमिकता देने का प्रावधान समाविष्ट करना चाहिए।
- कानून सरकार को आवास सुविधाओं की श्रृंखला स्थापित करने का आदेश दे सकता है, जैसे हाफ वे होम्ज, लाँग स्टे सपोर्टेड होम्ज।
- कानून ऐसा प्रावधान कर सकता है कि रोजगार और समान रोजगार अवसरों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का विभेदन और शोषण न हो।
- कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले कर्मचारियों को “उचित आवास” देकर, कामकाज के समय में लचीलापन उपलब्ध कराते हुए उपचार लेने का मौका दे सकता है।
- कानून शरण स्थान (शेल्टर) कार्ययोजना में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को नौकरी उपलब्ध करा के, अन्यो के समान पारिश्रमिक देने तथा उन्हें बेगार न रखने का प्रावधान कर सकता है।
- जहाँ पेन्शन का प्रावधान है मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को अक्षमता पेन्शन उसी दर से दी जानी चाहिए जिस दर से वह शारीरिक अक्षमता वाले लोगों को दी जाती है।
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को मतदान, विवाह, बच्चे होने, अपनी संपत्ति रखने, काम और रोजगार, शिक्षा, हलचल स्वतंत्रता और पसंद का घर प्राप्त करने, स्वास्थ्य, अच्छे मुकदमे और कानून की नियत प्रक्रिया, चेक पर हस्ताक्षर करने तथा वित्तीय व्यवहारों में सहभाग, धार्मिक विश्वास और अभ्यास की स्वतंत्रता का अधिकार है।

## 17. असुरक्षित समूह – अवयस्कों, महिलाओं, अल्पसंख्यकों और शरणार्थियों के लिए सुरक्षा

मानसिक अस्वास्थ्य से प्रभावित अवयस्कों, महिलाओं, अल्प संख्यकों और शरणार्थियों के लिए अलग से, विशिष्ट कानून की आवश्यकता नहीं होगी यदि यथार्थ में यह असुरक्षित समूह पर्याप्त और अभिवेदनकारी उपचार और सेवाएँ प्राप्त करते हैं। वास्तव में इन समूहों को विभेदन और गंभीर अन्याय का सामना करना पड़ता है। उनकी मात्रा और प्रकार विभिन्न देशों में अलग अलग होते हैं। किंतु सभी देश असुरक्षित समूहों से संबंधित विभेदन से प्रभावित हैं। इसलिए निम्नलिखित सेक्शन के कुछ पहलू सभी देशों के लिए संगत होंगे।

### 17.1 अवयस्क

बच्चों और किशोरों के मानवअधिकारों की रक्षा में इस विशिष्ट समूह की असुरक्षितता ध्यान में लेनी चाहिए। यू. एन. कन्वेंशन ऑन दि राइट्स ऑफ दि चाइल्ड (1990) और अन्य सम्मत अंतर्राष्ट्रीय लिखतों में निर्धारित किए अनुसार इन्हें सम्मान देने, रक्षा करने एवं उनके अधिकारों की पूर्ति का लक्ष्य रखना चाहिए।

कई देशों में अवयस्कों के लिए विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध नहीं हैं और कानून ऐसी सेवाओं की स्थापना एवं पहुँच का समर्थन करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है।

कानून को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अवयस्कों के लिए अनैच्छिक प्रवेश हतोत्साहित करना चाहिए। अस्पतालीकरण तब उचित होगा जब समुदाय आधारित विकल्प उपलब्ध नहीं है, इसके प्रभाव के बारे में संदेह है या इसे आजमाया गया है और वह असफल हो चुका है। अगर अवयस्कों को संस्थात्मक सुविधाओं में रखा जाता है तो उनके रहने का क्षेत्र वयस्कों से अलग होना चाहिए। मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में परिवेश आयु के अनुसार हो। साथ ही अवयस्कों की विकासात्मक आवश्यकताएँ, (जैसे खेलने की जगह का प्रावधान, आयु के अनुसार उचित खिलौने और मनोरंजनात्मक गतिविधियाँ, पाठशाला और शिक्षा तक पहुँच) ध्यान में लेनी चाहिए। विभिन्न देशों में इस बारे में विभिन्नताएँ होंगी। लेकिन सभी देशों को इन उद्देश्यों को महसूस करने और तदनुसार अतिरिक्त संसाधन आबंटित करने की दिशा में सकारात्मक उपाय करने चाहिए।

मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रविष्ट अवयस्कों को वैयक्तिक प्रतिनिधि तक पहुँच होनी चाहिए जो उनके हितों का प्रतिनिधित्व कर सके। अधिकांश प्रसंगों में उनके वैयक्तिक प्रतिनिधि परिवार सदस्य होते हैं। फिर भी हित संघर्ष हो सकता है इसलिए स्वतंत्र वैयक्तिक प्रतिनिधि की नियुक्ति के लिए कानूनी प्रावधान होना चाहिए। ऐसे मामलों में कानून ऐसे वैयक्तिक प्रतिनिधियों को पारिश्रमिक देने के लिए राज्य को जिम्मेदार ठहरा सकता है।

कानून को अवयस्कों के उपचार के लिए सहमति पर भी ध्यान देना चाहिए। कई अधिकार क्षेत्र, आयु (सामान्यतः 18 वर्ष) के एक मात्र निकष का उपयोग सहमति देने या अस्वीकृत करने के लिए करते हैं। विशेषतः किशोर आयु के अवयस्कों में पर्याप्त समझदारी और परिपक्वता होती है, इसलिए कई अवयस्क, सहमति देने या सहमति रोक रखने में समर्थ हो सकते हैं। कानून सहमति के मसले पर आयु और परिपक्वता पर आधारित अवयस्क की राय ध्यान में लेने को बढ़ावा दे सकता है।

कानून बच्चों पर अनपलट उपचार कार्यविधियों का प्रयोग, विशेष रूप से साइको सर्जरी और विसंक्रमण, निषिद्ध किया जाना चाहिए।

## 17.2 महिलाएँ

दुनिया भर में कई समाजों में कड़ी लिंग असमानता और विभेदन एक वस्तुस्थिति है। विभेदन के कारण महिलाओं में मानसिक अस्वास्थ्य हो और बढ़ सकता है। पैसे की कमी और समाज में गौण स्थान जैसे दो मुख्य कारण हैं जो मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में आम तौर पर विभेदनकारी होते हैं। कानून इस असमानता और विभेदन का विरोध कर सकता है। *दि कन्वेंशन ऑन दि एलिमिनेशन ऑफ़ ऑल फॉर्मज़ ऑफ़ डिसक्रिमिनेशन अगेन्स्ट वीमेन* (सी डी एड ब्लू), जो महिलाओं के साथ किए जाने वाले विभेदन की परिभाषा करता है और ऐसा विभेदन समाप्त करने के लिए राष्ट्रीय कार्यवाही के लिए कार्यसूची बनाता है, एक ऐसा दस्तावेज़ है जो इस क्षेत्र से संबंधित कानून विकसित करने में मार्गदर्शन करता है।

मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रविष्ट महिलाओं को पर्याप्त गुप्तता (प्राइवसी) की आवश्यकता होती है। कानून को सुनिश्चित करना है कि सभी मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में महिलाओं में लिए अलग सोने की सुविधाएँ (एकल लिंग वार्ड) उपलब्ध कराई गई हैं, उसमें पर्याप्त गुणवत्ता है और ये पुरुषों के समतुल्य हैं। कानून लैंगिक दुर्व्यवहार और पुरुष मरीजों तथा मनोरोग अस्पताल के पुरुष कर्मचारियों द्वारा किए जाने वाले महिलाओं के शारीरिक शोषण से, महिलाओं की स्पष्टतः रक्षा कर सकता है।

प्रसूति के बाद की अवधि महिलाओं के लिए मानसिक अस्वास्थ्य की भारी जोखिमवाली होती है। इस अवस्था की असाधारण आवश्यकताओं को ध्यान में लेकर उपचार करने चाहिए। विशेषतः दूध पिलाने वाली माता यदि मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रविष्ट की जाती है तो उसे शिशु से अलग नहीं करना चाहिए। मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में शिशुशाला संबंधी सुविधाएँ भी होनी चाहिए। यहाँ ऐसे निपुण कर्मचारी होने चाहिए जो माँ और बच्चे की देखभाल कर सकें। कानून इस लक्ष्यपूर्ति में सहायता पहुँचा सकता है।

गोपनीयता की रक्षा उस समाज में विशेष महत्वपूर्ण है जहाँ यह जानकारी महिला के विरुद्ध इस्तेमाल की जा सकती है। कानून को स्पष्ट रूप से लिखना चाहिए कि ऐसी स्थिति में मानसिक स्वास्थ्य संबंधी मामलों की जानकारी, संबंधित महिला की सुस्पष्ट सहमति के बिना न दी जाए। इस मामले में महिलाओं को जिस दबाव का सामना करना पड़ता है, उसे मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों को ध्यान में रखना चाहिए।

ऐसे देश जहाँ सामाजिक और सांस्कृतिक आधार पर अस्पतालों में महिलाओं को रोक रखा जाता है वहाँ कानून को सुस्पष्ट रूप से ऐसे कामों की अवैधता लिखनी चाहिए। कानून को महिलाओं के लिए समुदाय आधारित उपचार, पुनर्वास सुविधाओं समेत मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच का समर्थन करना चाहिए। अनैच्छिक प्रवेश और उपचार से संबंधित पुरुषों के सभी अधिकार महिलाओं को भी मिलने चाहिए। मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट महिलाओं के अनुपात की, पुनरीक्षा निकाय द्वारा अलग और विशिष्ट मॉनीटरिंग पर, कानून बल दे सकता है, जिससे विभेदन की संभावना का मूल्यांकन किया जा सके।

### 17.3 अल्पसंख्यक

अल्पसंख्यकों को, मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में, विभेदन के कई प्रकार दिखाई देंगे। उदाहरणार्थ :

- समुदाय आधारित उपचार सुविधाओं तक पहुँच अल्पसंख्यकों को नकारी जा सकती है और इसके बजाय इन पेशेंट सुविधाओं में उपचार का प्रस्ताव रखा जाता है ;
- अल्पसंख्यकों के लिए अनैच्छिक प्रवेश की ऊँची दरें पाई गई हैं ;
- सामाजिक और सांस्कृतिक आचरण के मानदंड अल्पसंख्यकों में अलग हो सकते हैं जिन्हें मानसिक अस्वास्थ्य के लक्षण समझा जाए और इस आधार पर उन्हें अनैच्छिक प्रवेश के लिए योग्य समझा जाए ;
- अल्पसंख्यकों के लिए मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अनैच्छिक उपचार पाने की संभावना ज़्यादा है।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का रहने का परिवेश, अल्पसंख्यकों की सांस्कृतिक और सामाजिक आवश्यकताओं को ध्यान में नहीं लेता ;
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले अल्पसंख्यक, छोटी-छोटी आचरण की समस्याओं के कारण, गिरफ्तार किए जाने की संभावना अधिक होती है। यह उन्हें अपराधिक न्याय प्रणाली के साथ भारी संपर्क दरों की ओर ले जाता है।

कानून ऐसी विभेदकारी घटनाओं के विरुद्ध सुरक्षा का प्रावधान कर सकता है। कानून विनिर्दिष्ट कर सकता है कि पुनरीक्षा निकाय अल्पसंख्यकों के अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार को मॉनीटर करे। कानून यह भी सुनिश्चित करे कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए प्रत्यायन निकष में सांस्कृतिक रूप से रहने के उचित परिवेश का प्रावधान सम्मिलित है और अल्पसंख्यकों को उपलब्ध समुदाय आधारित उपचार और पुनर्वास सेवाओं के प्रावधान मॉनीटर किए जाते हैं।

उदाहरण : ऑस्ट्रेलिया में महिलाओं और अल्पसंख्यकों के हितों की रक्षा

महिलाओं और अल्पसंख्यकों की रक्षा करने दि ऑस्ट्रेलियन मेंटल हेल्थ एक्ट लिखता है कि मेंटल हेल्थ ट्रिब्यूनल के सदस्यों में "एक या उससे ज़्यादा महिलाएँ और एक अथवा उससे ज़्यादा जातीय पृष्ठभूमि वाला व्यक्ति सम्मिलित किया जाए।"

(न्यू साऊथ वेल्स, मेंटल हेल्थ एक्ट 1990)

### 17.4 शरणार्थी

कई देशों में शरणार्थी और आश्रय ढूँढ़ने वाले, अनुचित व्यवहार का सामना करते हैं जो मानसिक अस्वास्थ्य का कारण होता है। लेकिन उस देश के नागरिकों को जो मानसिक स्वास्थ्य उपचार मिलते हैं, वे इन्हें नहीं मिलते। यह आई सी एस सी आर के अनुच्छेद 12 का उल्लंघन है जो "हर एक के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के सर्वोच्च प्राप्य स्तर के अधिकार को मान्यता देता है।"

कानून विनिर्दिष्ट कर सकता है कि मेजबान देश के नागरिक के समान, मानसिक स्वास्थ्य उपचार का, शरणार्थी भी हकदार है।

असुरक्षित समूहों के लिए सुरक्षा: मुख्य मसले

- बच्चों और किशोरों के मानवअधिकारों की रक्षा करने वाले कानून को उनकी विशिष्ट असुरक्षितताएँ ध्यान में लेनी चाहिए।
- कानून को चाहिए कि वह अवयस्कों के लिए विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की स्थापना और पहुँच को प्रोत्साहन दे।
- कानून को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अवयस्कों का अनैच्छिक प्रवेश हतोत्साहित करना चाहिए।

- अवयवों को जब मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रविष्ट किया जाता है तब ऐसे प्रवेश के दौरान उनके हितों का पर्याप्त प्रतिनिधित्व करने के लिए वैयक्तिक प्रतिनिधि तक उनकी पहुँच होनी चाहिए।
- महिलाओं में अन्याय और विभेदनकारी कृत्य के कारण मानसिक अस्वास्थ्य हो और बढ़ सकता है।
- महिलाओं को अलग सोने की सुविधाएँ (एकल लिंग वार्ड) और रहने की सुविधा पर्याप्त गुणवत्ता वाली एवं पुरुषों को प्राप्त सुविधाओं जैसी होनी चाहिए।
- जिन देशों में महिलाओं को सामाजिक अथवा सांस्कृतिक आधार पर अस्पतालों में रोक रखा जाता है उनमें कानून को सुस्पष्ट रूप से ऐसे कृत्यों की अवैधता दिखानी चाहिए।
- कानून अल्पसंख्यकों के प्रति विभेदनकारी कृत्यों से सुरक्षा का प्रावधान विनिर्धारित कर सकता है। उदाहरणार्थ – कानून विनिर्दिष्ट कर सकता है कि पुनरीक्षा निकाय को अल्पसंख्यकों के अनैच्छिक प्रवेश और अनैच्छिक उपचार तथा समुदाय आधारित उपचार और पुनर्वास सेवाओं का प्रावधान मॉनीटर करना चाहिए।
- शरणार्थियों को मेज़बान देश के नागरिकों की तरह समान मानसिक स्वास्थ्य उपचार मिलने चाहिए।

## 18. अपराध और दंड

प्रावधानों का पालन न करने वाले लोगों पर अभियोग चलाने के इरादे से कानून नहीं लिखा जाता। बल्कि लोकतांत्रिक रूपसे निर्वाचित विधायकों ने परामर्श और विचार के बाद जो देश के लिए उचित और आवश्यक समझा है, उसके बारे में लोगों का मार्गदर्शन करने हेतु बनाया जाता है। जब कानून का अतिक्रमण होता तब अपराधिक न्याय प्रणाली को अधिकार है, कि वह अपराधी पर मुकदमा चलाए और अपराधियों को दंड दे। इसी से कानून को देश की नीति और योजनाओं से संबद्ध योजना के रूप में विशिष्ट हैसियत प्राप्त होती है।

इस सेक्शन में विचाराधीन अन्य विषयों की तरह, अपराध और दंड भी विभिन्न देशों में भिन्न-भिन्न होंगे। फिर भी यदि, देश में विशिष्ट अपराध के लिए दंड की मात्रा और स्तर तय करने में भी कानून मार्गदर्शन नहीं करता, तो जब कानून का अतिक्रमण होता है, न्यायालय प्रभावी ढंग से कार्य नहीं कर सकते। इस कारण कानून मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने का संभाव्य कर्तव्य नहीं निभा सकता। इसलिए कानून को भिन्न अपराधों के लिए उचित दंड विनिर्दिष्ट करने चाहिए और यह समझते हुए, कि सभी अतिक्रमण उतने ही गंभीर नहीं होते की, विशिष्ट अतिक्रमण के लिए कितना कठोर दंड देना है, यह विनिर्दिष्ट करना चाहिए।

### उदाहरण : अपराध और दंड

निम्नलिखित विवरण दिखाते हैं कि मानसिक स्वास्थ्य कानून के अधीन अपराध और दंड पर विभिन्न कानूनी प्रणालियाँ कैसे अलग अलग होती हैं। यह केवल उदाहरण है। हर देश को अपने राष्ट्रीय कानून के रूप में अपराधों और दंडों के लिए प्रणाली तय करनी है।

#### जापान

जापान में दि मेंटल हेल्थ एण्ड वेल्फेयर ऑफ़ दि मेंटली डिस्ऑर्डर्ड पर्सन (लॉ 94, 1995) विभिन्न अतिक्रमणों के लिए भिन्न/भिन्न दंडों की रूपरेखा देता है। उदाहरणार्थ :

- अपराधी व्यक्ति को ज़्यादा से ज़्यादा 3 वर्ष की सेवा या एक मिलियन येन का दंड निम्नानुसार है :
  - (i) ऐसा व्यक्ति जो अनुच्छेद 38.5 के पैरा 5 के अधीन डिस्चार्ज ऑर्डर का उल्लंघन करता है;
  - (ii) ऐसा व्यक्ति जो अनुच्छेद 38.7 के पैरा 2 के अधीन आदेश का उल्लंघन करता है;
  - (iii) ऐसा व्यक्ति जो अनुच्छेद 38.7 के पैरा 3 के अधीन आदेश का उल्लंघन करता है।
- मनोरोग अस्पताल के प्रशासक, पदनामित फिजिशन, साइकिएट्रीक पुनरीक्षा के बोर्ड सदस्य (अन्य विभिन्न लोगों का उल्लेख) को दंडित किया जाएगा और दंड 1 वर्ष से ज़्यादा नहीं अथवा पाँच हजार येन से ज़्यादा नहीं, अगर बिना उचित कारण के वह ऐसा राज़ खोलता है जो इस कानून के अधीन कर्तव्य निभाते हुए उसे विदित हुआ है।



### **केनया**

दि मेंटल हेल्थ एक्ट (एक्ट नं. 7, 1989) केनया में इस कानून के तहत अपराध के रूप में देखे जाने वाली कई कार्रवाइयों की सूची देता है:

कोई व्यक्ति जो इस कानून के तहत अपराधी पाया गया है या जिसने कानून की शर्तों या नियमों का उल्लंघन किया है और जहाँ अन्य कोई सजा विनिर्दिष्ट नहीं की गई है, वहाँ दोषी पाये गए व्यक्ति को दंड दस हजार शिलिंग से ज्यादा नहीं और कैद एक वर्ष से ज्यादा नहीं अथवा दोनों।

### **ऑस्ट्रेलिया**

न्यू साऊथ वेल्स में "पेनल्टी युनिटज" की प्रणाली इस्तेमाल की जाती है। इससे, विशिष्ट दंड निर्धारित करने वाले हर कानून को नियमित रूप से बदलने की आवश्यकता, उदाहरणार्थ महंगाई या उद्योग संपदा के उतार-चढ़ाव के कारण, नहीं रहती। जैसा कि गोपनीय जानकारी प्रकट करने पर या पुनरीक्षा ट्रिब्यूनल मैजिस्ट्रेट या *सायकोसर्जरी पुनरीक्षा निकाय* के आदेश, निर्णय या आज्ञा को मानने से इन्कार करने पर अधिकतम 50 पेनल्टी युनिट लगाए जाते हैं। अगर व्यक्ति बिना लाइसेन्स निवासी सुविधा परिचालित करता है तो अधिकतम 10 युनिट लगाए जाते हैं।



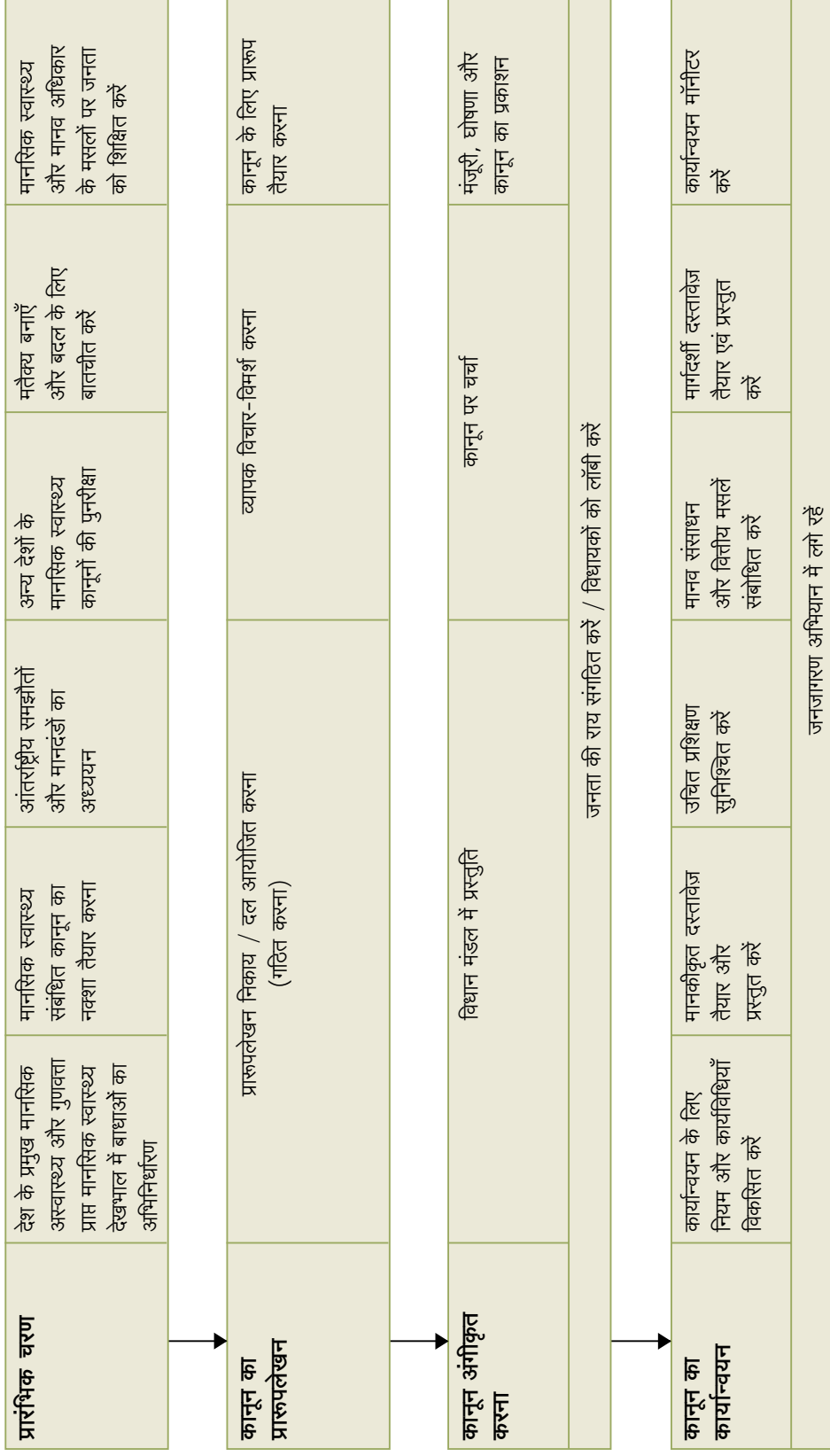
### 1. परिचय

इस अध्याय में कानूनी प्रक्रिया पर प्रकाश डाला गया है जो मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रारूपलेखन से शुरू होकर प्रभावी कार्यान्वयन तक पहुँचती है। यह चर्चा मानसिक स्वास्थ्य कानून 'कैसे' पर केंद्रित है, जहाँ अध्याय एक में 'क्यों' और अध्याय दो में 'क्या' (अथवा विषय वस्तु) पर केंद्रित थी। इसमें प्रारूपलेखन और उसके अगले चरणों तक पहुँचने से पहले देशों को कौन से आरंभिक कदम उठाने हैं इसकी रूपरेखा दी है। इस अध्याय में विभिन्न देशों के उदाहरण दिए गए हैं जो मानसिक स्वास्थ्य कानून की प्रक्रिया में -संभाव्य कठिनाइयों और उनके समाधान- जैसे पहलुओं पर प्रकाश डालते हैं।

कानूनी प्रक्रिया स्थानीय मानदंडों एवं परंपराओं पर निर्भर है, और यही बात कानून के प्रारूपलेखन, अंगीकरण और कार्यान्वयन पर भी लागू होती है। महत्त्वपूर्ण अभ्यासों, व्यवहारों की रूपरेखा दी गई है और चर्चा की गई है। लेकिन यह बताना चाहिए कि ये केवल मार्गदर्शी सिद्धांत हैं। हर देश को अपनी स्थापित कानूनी प्रक्रियाओं और कार्यविधियों का अनुपालन करना होगा।

आकृति 2 में चार चरणों की रूपरेखा दी गई है जो अधिकांश देश कानून बनाते समय अपनाएँगे। ये हैं : प्रारंभिक चरण, प्रारूप लेखन, कानून का अंगीकरण और कार्यान्वयन। इस अध्याय में इन चरणों पर चर्चा की गई है।

## आकृति (फिगर - 2) मानसिक स्वास्थ्य कानून



## 2. प्रारंभिक गतिविधियाँ

मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्रारूपलेखन शुरू करने से पहले ऐसे कानून के घटक तय करने के लिए उपयुक्त कई प्रारंभिक चरण होते हैं। वे इस प्रकार हैं :

1. देश की प्रमुख मानसिक स्वास्थ्य जरूरतों और समस्याओं एवं मानसिक स्वास्थ्य नीतियों, प्लानों और कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में वर्तमान और भावी रुकावटों का अभिनिर्धारण।
2. वर्तमान मानसिक स्वास्थ्य कानून की जाँच और/अथवा मानसिक स्वास्थ्य मसलों को संबोधित करने वाले साधारण कानूनों का अभिनिर्धारण, कमी अथवा संशोधन की आवश्यकता वाले विशिष्ट पहलू और रुकावटों और कार्यान्वयन के बारे में समस्याओं की जाँच।
3. मानवअधिकार संबंधी ऐसे अंतर्राष्ट्रीय परंपराओं (कन्वेन्शनज़) और मानदंडों का अध्ययन जिनमें मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित प्रावधान सम्मिलित हैं, और इन लिखतों की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए सरकार के दायित्वों का अभिनिर्धारण।
4. अन्य देशों, विशेषतः समान आर्थिक और राजनैतिक ढाँचे के और समान सामाजिक तथा सांस्कृतिक पृष्ठभूमि वाले देशों के मानसिक स्वास्थ्य कानून के घटकों का अध्ययन।
5. सर्वसम्मति तैयार करना और परिवर्तन के लिए समझौते की बातचीत करना।
6. मानसिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार के मसलों पर जनता को शिक्षित करना।

कई देशों में स्वास्थ्य मंत्रालय के मानसिक स्वास्थ्य के प्रमुख को ये प्रारंभिक गतिविधियाँ शुरू करनी पड़ती हैं। कुछ देशों में "कानून आयोग" अथवा समान निकाय को अध्यादेश द्वारा निदेशित किया जाता है, कि संशोधन (सुधार) की आवश्यकता वाले कानूनी क्षेत्र अभिनिर्धारित करें तथा इसके लिए आवश्यक अनुसंधान करते हुए आवश्यक परिवर्तन के बारे में सिफारिश करें। अन्य स्थितियों में मंत्रालय का कानूनी यूनिट सभी कानूनों के विकास के लिए जिम्मेदार होता है।

कुछ देशों में जहाँ उपयोगकर्ता, परिवार, समर्थक अथवा व्यवसायी समूह और संगठन मानसिक स्वास्थ्य कानून की आवश्यकता (अथवा वर्तमान कानून में परिवर्तन) अभिनिर्धारित करते हैं, वहाँ उनका यह कर्तव्य है कि वह नए कानून का सूत्रपात करें और स्पष्ट करें कि उक्त कानून (अथवा संशोधन) क्यों आवश्यक है।

### उदाहरण: रिपब्लिक ऑफ कोरिया में कानून सुधार का आरंभ :

1992 में रिपब्लिक ऑफ कोरिया में युवा साइकिएट्रीस्ट के एक समूह को तीव्र रूप से नवीन मानसिक स्वास्थ्य नीति की आवश्यकता महसूस हुई। वे मानव अधिकार, गैरसंस्थात्मकीकरण और समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के भारी समर्थक थे। उन्होंने सार्वजनिक स्वास्थ्य और कल्याण मंत्रालय में सरकारी अधिकारियों के साथ विचार-विमर्श किया और नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून की संरचना का कार्य शुरू किया। दो वर्षों की तैयारी और परामर्श के बाद सरकार ने प्रारूपलेखन पूरा किया जिसे विचारार्थ राष्ट्रीय असेम्बली में प्रस्तुत किया गया और दिसंबर 1995 में नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून पारित किया गया।

*(वैयक्तिक संस्मृता डॉ. ता योन वेंग डिरेक्टर, डिपार्टमेंट ऑफ साइकिएट्रीक रिहैबिलिटेशन ऐण्ड कम्युनिटी मेंटल हेल्थ, योंगिन मेंटल हॉस्पिटल, रिपब्लिक ऑफ कोरिया)*

### 2.1 मानसिक अस्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में रुकावटों का अभिनिर्धारण

पहला कदम है, पूरे देश में मानसिक अस्वास्थ्य के बारे में विश्वसनीय जानकारी और विभिन्न विभागों और लोकगुटों में पाई जाने वाली भिन्नता (अगर हो तो) की जानकारी प्राप्त करना। ऐसी जानकारी का सर्वाधिक विश्वसनीय स्रोत है समुदाय आधारित रोगविस्तार (एपिडेमियोलॉजिकल) अध्ययन। कई विकसनशील (और कुछ विकसित) देशों में रोगविस्तार विज्ञान (एपिडेमिथोलॉजी) संबंधी गुणवत्ता वाली जानकारी में कमी पाई गई है। जब समुदाय आधारित यह जानकारी, अनुपलब्ध अथवा अविश्वसनीय प्रतीत होती है, तब आयोजनकर्ता और नीतिनिर्माता अन्य स्रोतों से जानकारी इकट्ठा कर सकते हैं। उदाहरणार्थ :

- ए) उपचार सुविधाओं से प्राप्त संख्यात्मक जानकारी से मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता के स्तर और मानसिक अस्वास्थ्य के प्रचलन का स्थूल अनुमान उपलब्ध हो जाता है। यह सभी जानते हैं कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग, जिन्हें मानसिक स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता है, कम संख्या में चिकित्सा सेवाओं के पास आते हैं। किंतु फिर भी वस्तुस्थिति का "सही" अंदाज लगाने के लिए हिसाब लगाया जा सकता है। (ज्यादा जानकारी के लिए देखें मोड्यूल ऑन प्लानिंग ऐण्ड बजेटिंग सर्विसेज फॉर मेंटल हेल्थ (WHO, 2003a) ([http://www.who.int/mental\\_health/resources/policy\\_services/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/))

बी) केंद्रित समूह (फोकस ग्रुप) तथा प्रमुख जानकारी रखने वालों की मुलाकातों से उपयुक्त जानकारी कम लागत पर मिल सकती है। (अर्जोनीला, पराड़ा एण्ड पेलकास्त्रे, 2000)

सी) कुछ मामलों में समान सांस्कृतिक और सामाजिक विशेषताओं वाले देशों में, एक से प्राप्त जानकारी दूसरे देश पर भी लागू हो सकती है।

अच्छी गुणवत्ता की मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में रुकावटों और बाधाओं को अच्छी तरह से जानना महत्वपूर्ण है। कानून इनमें से कुछ बाधाओं को तोड़ सकता है अथवा पार कर सकता है। नीचे रुकावटों के उदाहरण दिए हैं जिन्हें कानूनी प्रयासों से हल किया जा सकता है और कानून के प्राथमिकताक्षेत्र अभिनिर्धारित किए जा सकते हैं।

### **अच्छी गुणवत्ता वाली मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में रुकावटों और बाधाओं के उदाहरण, जिन पर काबू पाने में कानून मदद कर सकता है**

- कुछ क्षेत्रों अथवा पूरे देश भर में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी;
- मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की लागत कइयों की पहुँच से बाहर है और मानसिक स्वास्थ्य उपचार के लिए स्वास्थ्य बीमा से सुरक्षा आंशिक अथवा बिलकुल नहीं मिलती।
- मनोरोग अस्पतालों की देखभाल निकृष्ट स्तर की है और रहने की स्थितियाँ अपर्याप्त हैं और मानव अधिकार का उल्लंघन करती हैं।
- अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के बारे में विनियमन और जाँच का अभाव है, जिसके कारण व्यक्ति की स्वतंत्रता पर अंकुश लगता है।
- मानसिक अस्वास्थ्य से जुड़े लक्षण तथा विभेदन से मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित लोगों की देखभाल तक पहुँच और सामाजिक एकीकरण पर नकारात्मक परिणाम होता है।
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को सामाजिक सहभागिता, सांस्कृतिक अभिव्यक्ति, मतदान, मत स्वातंत्र्य, आवास, रोजगार और शिक्षा जैसे मूलभूत नागरी, राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार नकारे जाते हैं।
- मानसिक अस्वास्थ्य का, व्यक्ति के स्वयं के अधिकारों की रक्षा करने तथा अपनी आवश्यकताएँ और पसंद बताने की क्षमता पर, परिणाम होता है।
- कुछ सामाजिक स्थितियाँ अथवा सांस्कृतिक कृतियाँ कुछ लोगों के मानसिक स्वास्थ्य को हानि पहुँचाती हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं और कार्यक्रमों के लिए संसाधन की कमी।

## **2.2 मानसिक स्वास्थ्य संबंधित कानून का नक्शा बनाना (मैपिंग)**

कुछ देशों में मानसिक स्वास्थ्य कानून और मानसिक स्वास्थ्य संबंधित कानून का लंबा इतिहास है तो कुछ विकसनशील देशों में ऐसा कानून पहली बार तैयार किया गया है। इसलिए वर्तमान कानूनों का "मैपिंग" भिन्न होगा। विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून जिन देशों में लागू किया गया है, उनके कानूनों का अध्ययन करना होगा क्योंकि ऐसे कानून नए कानून की आधारभूमि होंगे। साथ ही अन्य कानूनों के घटक जो मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित हैं, उन्हें ढूँढना और उनका मूल्यांकन करना होगा। जिन देशों में विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य कानून नहीं हैं वहाँ भी मानसिक स्वास्थ्य पर प्रभाव डालने वाले ऐसे कानून होंगे जिन्हें अभिनिर्धारित और विश्लेषित करना होगा।

मानसिक स्वास्थ्य संबंधित कानूनों का मैपिंग विभिन्न कानूनों का समग्र चित्र प्रस्तुत करता है। इससे वर्तमान कानूनों की कमियों का पता लगता है और यह भी मालूम होता है कि कहाँ सुधार आवश्यक है। वर्तमान कानून की सुव्यवस्थित और विवेचनात्मक पुनरीक्षा, मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों के अधिकारों की रक्षा और उपचार तक पहुँच सुनिश्चित करने तथा मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र में समर्थन एवं रोकथाम सुसाध्य बनाने के लिए, ऐसे कानूनी पहलुओं को अभिनिर्धारित करने में सहायक हो सकती है, जिनमें कमियाँ हैं अथवा सुधार करने की आवश्यकता है। कई बार कानून होते हैं लेकिन समस्या उनके कार्यान्वयन की होती है। ऐसी स्थिति में कानून को बदलने, संशोधित या रूपांतरित करने या नया कानून बनाने की आवश्यकता नहीं होती है।

इस मार्गदर्शी पुस्तक की सहायक है विश्व स्वास्थ्य संगठन की मानसिक स्वास्थ्य कानून की जाँच सूची। यह वर्तमान कानून की अच्छी बातों और त्रुटियों को तय करने तथा नए प्रावधान अभिनिर्धारित करने में उपयुक्त हो सकती है। (देखें परिशिष्ट 1)

## उदाहरण: समोआ में कानून का मैपिंग

समोआ में नया मानसिक स्वास्थ्य कानून विकसित करते समय ऐसे 32 विभिन्न अधिनियमों की जाँच की गई थी जो मानसिक स्वास्थ्य से संगत थे। इनमें सिटीजनशिप एक्ट (1972), क्रिमीनल प्रोसिजर एक्ट (1972), हेल्थ ऑर्डिनान्स (1959) कोमेसिता ओसुलुफैगा (ओम्बुड्समैन) एक्ट (1988), मेंटल हेल्थ ऑर्डिनान्स (1961), मिनिस्ट्री ऑफ वूमन अफैयर्स एक्ट (1990), फार्मसी एक्ट (1976) और ट्रस्टीज एक्ट (1975) शामिल हैं।

(डब्ल्यू एच ओ मिशन रिपोर्ट 2003)

### 2.3 अंतर्राष्ट्रीय समझौतों और मानदंडों का अध्ययन

जिन देशों ने अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार समझौते अनुसमर्थित किए हैं, ऐसे देशों का दायित्व है उन अधिकारों का आदर और रक्षा एवं पूर्ति करना, जो इन लिखतों में कानून, नीति और अन्य उपायों के ज़रिए प्रतिष्ठापित हैं।

पहले अध्याय में की गई चर्चा के अनुसार *दि इंटरनैशनल क्विनन्ट ऑन सिविल अँड पोलिटिकल राइट्स* (आईसीसी पीआर 1966) और *दि इंटरनैशनल क्विनन्ट ऑन इकनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स* (आईसीइएससीआर 1966) ये दो प्रमुख अंतर्राष्ट्रीय लिखत हैं जिनका दुनिया भर के अधिकांश देशों ने अनुसमर्थन किया है। इसलिए मानसिक स्वास्थ्य कानून बनाने से पहले इन लिखतों का बारीकी से अध्ययन करना ज़रूरी है। विभिन्न अंतर्राष्ट्रीय मानदंड, जो कानूनन बाध्यकर नहीं हैं और जो अच्छे मानदंड के रूप में स्वीकृत हैं तथा अंतर्राष्ट्रीय सर्वसम्मति का प्रतिनिधित्व करते हैं, कानून के विकास तथा कार्यान्वयन की रूपरेखा बनाने में उपयुक्त सिद्ध हो सकते हैं। इनमें शामिल हैं *एमआई प्रिंसिपल्ज*, *दि स्टैंडर्ड रूल्ज*, *दि डेक्लरेशन ऑफ कैरेकैस*, *दि डेक्लरेशन ऑफ माद्रिद* और *दि डब्ल्यू एच ओ मेंटल हेल्थ केअर ला: टेन बेसिक प्रिंसिपल्ज* (अध्याय 1, सेक्शन 6 और 7 देखें)

### 2.4 अन्य देशों के मानसिक स्वास्थ्य कानूनों की पुनरीक्षा

अन्य देशों के मानसिक स्वास्थ्य मसलों से संबंधित कानूनों की पुनरीक्षा से कानून में सामान्यतः कौन से घटक शामिल किए जाते हैं इसका अनुमान होता है। पुनरीक्षा के समय ध्यान में रखना चाहिए कि कई देशों में पुराने कानून ही लागू हैं। इसलिए ऐसे देशों पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए जिनके कानून प्रगामी हैं तथा जिनमें अंतर्राष्ट्रीय मानव अधिकार मानदंड और मानसिक स्वास्थ्य के उपचार तथा देखभाल का वर्तमान ज्ञान सम्मिलित है। यह भी देखना चाहिए कि उन देशों के मानसिक अस्वास्थ्य वालों की स्थिति में सुधार हुआ है या नहीं। इसमें असफलता का कारण गलत ढंग से किया गया प्रारूपलेखन तथा देश की वस्तुस्थिति को ध्यान में न रखकर बनाए गए कानूनी प्रावधानों के कारण कार्यान्वयन में आई कठिनाइयाँ हो सकती हैं। विभिन्न देशों के कानूनों तक पहुँच का उपयुक्त स्रोत है *डब्ल्यूएच ओ इंटरनैशनल डायजेस्ट ऑफ हेल्थ लेजिस्लेशन* (आईडीएचएल) ऑनलाइन डाटा बेस (<http://www.who.int/idhl>)

गलत ढंग से प्रारूपलेखन का उदाहरण है— उन देशों में अस्पताल में अनिवार्य प्रवेश से पहले कम से कम दो मनोरोग विशेषज्ञों (साइकिएट्रीस्ट) के प्रमाणपत्र माँगना, जहाँ इतने कम साइकिएट्रीस्ट हैं कि, वहाँ यह ज़रूरत पूरी करना असंभव साबित होगा। यद्यपि प्रावधान का उद्देश्य पर्याप्त सुरक्षा देना है लेकिन परिणाम विपरीत इसलिए हो सकता है कि बहुतांश मामलों में उसे उपेक्षित किया जाएगा और व्यवसायी एवं परिवार के सदस्य प्रायः अपर्याप्त निकष, अनिवार्य अस्पताल प्रवेश के लिए प्रयोग में लाते रहेंगे। दूसरा उदाहरण है— कानून का पालन करते हुए दो साइकिएट्रीस्ट ढूँढने में यदि असफलता मिले, तो जिस व्यक्ति को अनैच्छिक प्रवेश और उपचार आवश्यक है, उसे कोई देखभाल नहीं मिलेगी। यह मानव अधिकार का उल्लंघन है। इसका बेहतर विकल्प है दो मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों से प्रमाणपत्र माँगना जिनमें से एक साइकिएट्रीस्ट हो। अन्य मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों में शामिल हैं—साइक्रिएट्रीक सामाजिक कार्यकर्ता, मनोवैज्ञानिक और साइकिएट्रीक परिचारिकाएँ। इनकी उपलब्धता से प्रमाणपत्र और मानसिक अस्वास्थ्यवालों की पर्याप्त सुरक्षा, दोनों प्रयोजन पूरे हो सकते हैं।

दूसरे देशों के कानूनों के अध्ययन में सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक विभिन्नता और विशेषताएँ ध्यान में लेनी चाहिए। इसलिए एक देश के प्रावधान दूसरे देश में लागू नहीं होंगे। उदाहरणार्थ— कुछ देश अभिभावकत्व को व्यक्ति के निकट के परिवार सदस्यों तक प्रतिबंधित करते हैं अथवा मरीज के “स्पॉन्सर” (पति/पत्नी) का उल्लेख करते हैं। उसका संदर्भ उस देश के लिए अनुपयुक्त होगा जहाँ विस्तृत परिवार को व्यक्ति की ओर से अधिकार प्राप्त हैं अथवा बहुपत्नीवाद प्रचलित है। इसलिए दूसरे देशों से संदर्भ लेते समय, विशिष्ट देश के सामाजिक, आर्थिक तथा सांस्कृतिक परिस्थितियों के लिए उचित होने के लिए, कुछ प्रावधानों को आशोधित तथा संशोधित करना पड़ सकता है।

### मानसिक स्वास्थ्य कानून बनाने में रुकावटें और सुविधाजनक तथ्यों का उदाहरण

रुकावटें	सुविधाजनक तथ्य
व्यक्ति के मानव अधिकारों पर आधारित कानून के दृष्टिकोण के पक्ष वालों और जनता की सुरक्षा पर बल देने वालों के बीच तनाव।	आवश्यकता आधारित दृष्टिकोण लेकर मानसिक स्वास्थ्य कानून बनाना (अर्थात् उपयोग-कर्ताओं की आवश्यकताओं के साथ सामान्य जनता की आवश्यकताओं को संबोधित करना।)
मेडिकल नेतृत्व विरुद्ध कानून के मानव अधिकार दृष्टिकोण के बीच तनाव अर्थात् ऐसे लोग जो मानते हैं कि मेडिकल व्यवसायी जानते हैं कि मरीज के लिए क्या अच्छा है और ऐसे लोग जो मानते हैं कि उपयोगकर्ता बेहतर जानते हैं।	उपयोग कर्ताओं के परिप्रेक्ष्य से और अन्य कई क्षेत्रों और शाखाओं को प्रक्रिया में सहभागी बनाने के जरिए, मानसिक स्वास्थ्य कानून बनाना।
केवल उपचार और मरीज के अधिकारों से संबंधित मानसिक स्वास्थ्य कानून के पक्ष वालों और समर्थन और रोकथाम भी कानून में जोड़ने के पक्ष वालों के बीच संघर्ष।	प्रारूपलेखन निकाय में दोनों समूहों से प्रतिनिधि नियुक्त करना।
परिवारों के अधिकारों और दायित्वों तथा उपयोगकर्ताओं के अधिकारों और दायित्वों के बीच तनाव।	मुख्य मसलों और दोनों समूहों के हितों की जाँच एवं चर्चा करने हेतु, परिवारों और उपयोग कर्ताओं के प्रतिनिधियों के साथ कार्यशाला का आयोजन। प्रारूपलेखन निकाय में दोनों समूहों को सम्मिलित करना।
ऐसे साइकिएट्रीस्टों का विरोध जो महसूस करते हैं कि कानून और विनियमन में स्थापित उपबंध चिकित्सीय स्वायत्तता को कमजोर बनाते हैं।	मरीज के अधिकार और चिकित्सानीति पर सेमिनार जिनमें इन क्षेत्रों के विशेषज्ञों की सहभागिता हो।
सरकार, संसद और स्वास्थ्य क्षेत्र के बाहर के क्षेत्रों द्वारा मानसिक स्वास्थ्य कानून को कम प्राथमिकता देना।	उपयोगकर्ताओं, देखभालकर्ताओं और अन्य हिमायती समूहों के संगठनों को शक्ति देना। विधायकों को प्रभावित (लॉबी) करने का प्रयास और ऐसे विधायक ढूँढना जो मानसिक स्वास्थ्य कानून को आगे बढ़ाने के लिए तैयार हों। ज्यादा जानकारी के लिए “एडवोकेसी फॉर मेंटल हेल्थ” पर मोड्युलज़ देखें। (WHO 2003b) <a href="http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/">http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/</a>
सामान्य जनता द्वारा मानव अधिकारप्रणित कानून का विरोध।	जनता को सूचित और शिक्षित करना।



मानसिक स्वास्थ्य कानून की संरचना की प्रक्रिया में विशिष्ट रुकावटें और सुविधाकारक घटक के उदाहरण ऊपर की चौखट में दिए गए हैं। हर देश को विशिष्ट रुकावटों का सामना करना पड़ता है, जो उस देश की परिस्थिति पर निर्भर है। उदाहरणों की यह सूची संपूर्ण नहीं है।

## 2.5 सर्व सम्मति तैयार करना और परिवर्तन के लिए बातचीत करना

पूर्ववर्ती अध्याय में ऐसे मसलों पर मार्गदर्शन दिया गया है जिन्हें नए कानून में समाविष्ट करना चाहिए अथवा तदनुसार वर्तमान कानून में आवश्यक संशोधन और आशोधन करने चाहिए। ऐसे मसलों पर सर्वसम्मति तैयार करना ज़रूरी है। पणधारियों में शामिल हैं— राजनीतिज्ञ, सांसद, नीति निर्माता, सरकारी मंत्रालय (स्वास्थ्य, समाज कल्याण, कानून और वित्त), व्यवसायी (साइकिएट्रीस्ट, मनोवैज्ञानिक, साइकिएट्रीक परिचारिकाएँ और सामाजिक कार्यकर्ता), मानसिक अस्वास्थ्य वालों के परिवार के सदस्य, उपयोगकर्ता और उपयोगकर्ता समूह, हिमायती-संगठन, सेवा देने वाले, गैरसरकारी संगठन, नागरी अधिकार समूह, धार्मिक संगठन और विशिष्ट समुदायों की परिषद। कुछ देशों में समुदाय नेताओं और पारंपारिक वैद्य, ओझा आदि को प्रक्रिया में शामिल करा लेना आवश्यक है।

सर्वसम्मति और बातचीत की महत्वपूर्ण भूमिका न केवल प्रारूपलेखन में होती है अपितु यह सुनिश्चित करने में भी होती है, कि एक बार अंगीकृत किए जाने पर कानून को कार्यान्वित किया जाता है। व्यापक सर्व सम्मति आवश्यक है क्योंकि ग़लत संकल्पना, ग़लत धारणा और मानसिक अस्वास्थ्य से संबंधित डर आदि का सामना किए बिना, समाज मानसिक स्वास्थ्य कानून नहीं अपना सकता।

## 2.6 मानसिक स्वास्थ्य और मानव अधिकार से संबंधित मसलों पर जनता को शिक्षित करना

आम जनता में मानसिक स्वास्थ्य मसलों पर समझदारी की कमी पाई जाती है इसलिए कई देशों में मानव-अधिकार के रुझान वाले मानसिक स्वास्थ्य कानून को विरोध का सामना करना पड़ता है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के विरुद्ध काफी लांछन तथा विभेदन पाया जाता है। परिणामस्वरूप विधान मंडल में कानून बनने की प्रक्रिया के समय जनता कानून का विरोध करती है, अथवा कानून पारित होने के बाद भी, उसे क्षीण बनाती है।

मानसिक अस्वास्थ्य क्या है और मानसिक अस्वास्थ्य वालों के अधिकार क्या हैं इसके बारे में जनता को जानकारी देना एवं शिक्षित करना ज़रूरी है। इससे प्रारूप लेखन, अंगीकरण और कार्यान्वयन सुविधाकारक होगा।

### मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रारूपलेखन में प्रारंभिक गतिविधियाँ: मुख्य मसले

- मंत्रालय में मानसिक स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार व्यवसायियों, कानून आयोग (अथवा तत्सम निकाय), मंत्रालय का कानूनी यूनिट, एनजीओ अथवा उपयोगकर्ता, परिवार, समर्थक या अन्य समूह द्वारा आवश्यकता अभिनिर्धारित कर, नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून की प्रक्रिया शुरू की जा सकती है।
- मानसिक अस्वास्थ्य, उसकी ज़रूरतों व रुकावटों के बारे में जानकारी, रोग विस्तार विज्ञान अध्ययन से प्राप्त की जा सकती है। साथ ही संख्यात्मक, (जैसे उपचार सुविधाओं से) गुणात्मक (जैसे उपयोगकर्ता के फोकस समूह से) अथवा समान सामाजिक व सांस्कृतिक विशेषताओं वाले अन्य देशों से, जानकारी इकट्ठा की जा सकती है।
- इस कार्य में आने वाली ऐसी रुकावटें जो कानून द्वारा संबोधित की जा सकती हैं, उन्हें अभिनिर्धारित करना चाहिए।
- मानसिक स्वास्थ्य से संगत सभी कानूनों का मूल्यांकन करना चाहिए।
- अंतर्राष्ट्रीय समझौतों और मानदंडों का बारीकी से अध्ययन करना चाहिए जिससे सुनिश्चित किया जा सके कि कानून में अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर स्वीकृत अधिकारों को समाविष्ट किया गया है।
- अन्य देशों के प्रगामी कानूनों की ध्यानपूर्वक जाँच, साथ ही इन कानूनों के प्रभावी कार्यान्वयन के घटकों पर विचार, राष्ट्रीय कानून के विकास के लिए उपयुक्त मार्गदर्शन दे सकते हैं। लेकिन विशिष्ट देश में उसकी व्यवहार्यता और उपयुक्तता का ध्यान पूर्वक मूल्यांकन करना चाहिए।
- मानसिक स्वास्थ्य कानून के लिए सर्वसम्मति तैयार करने की प्रक्रिया जितनी जल्द हो सके उतनी जल्द शुरू करनी चाहिए, इससे विभिन्न दृष्टिकोणों को निगमित किया जा सकेगा और कार्यान्वयन भी सुविधाकारक होगा।

### 3. मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्रारूपलेखन

#### 3.1 प्रारूपलेखन प्रक्रिया

नवीन कानून की प्रारूपलेखन प्रक्रिया हर देश में भिन्न-भिन्न होगी क्योंकि वह कानूनी, प्रशासनिक और राजनैतिक ढाँचे पर आधारित होती है। यह 'मार्गदर्शी पुस्तक' स्थानिक रूप से विकसित और स्वीकृत प्रक्रिया में हस्तक्षेप नहीं करती। कई घटक तय करते हैं कि नए कानून का कब और किसके द्वारा प्रारूपलेखन होता है। कानून की पुनरीक्षा हर 5 से 10 वर्ष में करनी चाहिए। लेकिन कानून की संहिता अथवा कार्यान्वयन में समस्याएँ हैं तो इसकी यथाशीघ्र पुनरीक्षा की जानी चाहिए। कुछ देशों में कानून में ही "कठिनाइयों को दूर करने का प्रावधान" सम्मिलित किया जाता है जिससे कुछ परिवर्तन किए जा सकते हैं— ऐसे परिवर्तन, जो कानून के मूल ढाँचे और परिणाम नहीं बदलते पर जिस इरादे से कानून बनाया गया, उसे वास्तविकता में उतारने में सहायक हो सकते हैं — बिना विधायक कार्यविधियों की प्रतीक्षा किए। उदाहरणार्थ भारत में मानसिक स्वास्थ्य कानून कहता है, "अगर इस अधिनियम के प्रावधानों से राज्य में कोई कठिनाई पैदा होती है, तो राज्य सरकार आदेश से, इन प्रावधानों से असंगत न हो ऐसा कुछ कर सकती है, जो आवश्यक है अथवा कठिनाई दूर करने के प्रयोजन में कार्यसाधक है" (दि इंडियन मेंटल हेल्थ ऐक्ट 1987 का अनुच्छेद 97)।

कुछ देशों में विशेष रूप से गठित प्रारूपलेखन समिति विधायकों अथवा संगत मंत्रालयों द्वारा नियुक्त की जाती है। कुछ देशों में कानून आयोग अथवा तत्सम निकाय कानून के प्रारूपलेखन का कार्य करते हैं। (देखें सेक्शन 2)। ऐसे देश जिनमें यदि नए कानून के प्रारूपलेखन के लिए अच्छी तरह से परिभाषित ढाँचे की कमी है वहाँ का मानसिक स्वास्थ्य अनुभाग महत्वपूर्ण सहायक की भूमिका निभा सकता है।

#### उदाहरण: पुर्तुगाल और दक्षिण आफ्रीका में प्रारूपलेखन प्रक्रिया

पुर्तुगाल में प्रमुख पणधारियों की नेशनल कॉन्फेरेन्स ने नवीन कानून के लिए सिफारिशों का सेट अनुमोदित करने पर, स्वास्थ्य और न्याय मंत्रालय ने 2 कार्य दल नामित किए और नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रारूपलेखन का भार उन्हें सौंपा। एक दल ने मानसिक स्वास्थ्य नीति और मरीज के अधिकार से संबंधित पहलुओं पर कार्य किया। दूसरे दल ने अनिवार्य उपचार के विनियमों पर कार्य किया। इस प्रक्रिया को दो वर्ष से ज्यादा समय लगा और उसे अंतिम रूप देने से पहले विभिन्न समूहों के साथ विस्तृत परामर्श किया गया।

*(वैयक्तिक संसूचन, डॉ. जेएम केल्डस डी अल्मेडा, रिजनल एडवाइजर फॉर डब्ल्यूएचओ रीजन ऑफ दि अमरिकाज, 2003)*

दक्षिण आफ्रीका में स्वास्थ्य विभाग ने नवीन कानून की आवश्यकता को पहचाना था क्योंकि वर्तमान कानून के कई खंड वर्णभेद से गणतंत्र के राजनीतिक परिवर्तन के कारण असंवैधानिक हो गए थे। मानसिक स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार डिरेक्टोरेट को परामर्श एवं प्रारूपलेखन का समन्वयन करने का आदेश दिया गया। कानून की संकल्पना से संसद में पारित होने तक की प्रक्रिया को लगभग पाँच साल लगे।

*(वैयक्तिक संसूचन, प्रोफेसर एम फ्रीमन, डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ, साऊथ आफ्रीका, 2003)*

यह महत्वपूर्ण नहीं है कि कानून का प्रारूपलेखन कौन-सा निकाय करता है, बल्कि यह कि इस प्रक्रिया में महत्वपूर्ण और पर्याप्त सुविज्ञता का योगदान है जिससे यह सुनिश्चित हो कि प्रस्तुत बिल संपूर्ण है, व्यापक है जो प्रति-स्पर्धी, (यद्यपि उचित) विचारधाराओं का संतुलन प्रतिबिंबित करता है, जिसमें सभी उपलब्ध संगत जानकारी पर पर्याप्त विचार किया गया है और जो स्थानीय स्थिति के लिए उचित एवं ठोस, प्रारूप प्रस्तुत करता है। कुछ देश ऐसी समिति नियुक्त करने का पर्याय चुनते हैं जो ऐसे लोगों से बनी है जो स्वयं सारे मापदंड पूर्ण करते हुए प्रारूपलेखन करते हैं। कुछ अन्य केवल एक अथवा दो लोग कानून के प्रारूपलेखन के लिए नियुक्त करते हैं और उन्हें अध्यादेशित करते हैं, कि ऊपर दिए मापदंड पूर्ण करने के लिए वे दूसरे ऐसे लोगों की कुशलता का उपयोग करें, जो संगत रूप से सुविज्ञ हैं और विभिन्न हितों (समूहों) का प्रतिनिधित्व करते हों। इन नमूनों का सम्मिश्रण भी संभव है।

ऐसा निर्णय सुविज्ञों की उपलब्धता, विभिन्न दृष्टिकोणों की लागत, उपलब्ध निधि और संबंधित देश में सर्वाधिक प्रभावी दृष्टिकोण के मूल्यांकन पर आधारित होता है। प्रस्तावित कानून की गुंजाइश तय करेगी संरचना और परामर्श की व्याप्ति। उदाहरणार्थ, यदि कोई देश मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों से संगत सभी मसले समाविष्ट करने वाला व्यापक कानून बनाना चाहता है तो उसे ऐसे विशेषज्ञ लगेगे जो आवास, रोजगार, सामाजिक लाभ, कल्याण और न्याय जैसे पहलुओं पर सलाह दे सकें।

अधिकांश देशों में प्रारूपलेखन निकाय को निम्नलिखित विशेषज्ञों की आवश्यकता होगी :

- स्वास्थ्य मंत्रालय का प्रतिनिधि, आम तौर पर मानसिक स्वास्थ्य का प्रभारी व्यवसायी जो समिति की अध्यक्षता करे, प्रक्रिया का समन्वयन करे अथवा कार्यपालक सचिव के रूप में काम करे;
- अन्य संबंधित मंत्रालयों (जैसे वित्त, शिक्षा, रोजगार, आवास, सामाजिक सुरक्षा और न्याय) से प्रतिनिधि;
- मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी;
- मानसिक स्वास्थ्य और अन्य क्षेत्रों में सुविज्ञता रखने वाले वकील;
- मानव अधिकार के विशेषज्ञ (कानूनी अथवा अन्य);
- उपयोगकर्ताओं, परिवारों और देखभालकर्ताओं के प्रतिनिधि;
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के हितों की रक्षा करने वाले गैर सरकारी संगठनों के प्रतिनिधि;
- अल्पसंख्यक और अन्य असुरक्षित समूहों (उदाहरणार्थ महिलाएँ, बच्चे और प्रौढ़) के साथ कार्य करने का जिन्हें अनुभव प्राप्त है ऐसे विशेषज्ञ;
- मानसिक स्वास्थ्य मसलों में रुचि लेने वाले विधायक,

कानून के विकास के इस चरण पर, प्रस्तावित व्याप्त समावेश के बावजूद, प्रस्तुत प्रारूप को कई प्रक्रियाओं से गुजरना चाहिए जिनके द्वारा अतिरिक्त (अथवा उन्हीं) पणधारियों को अपना योगदान देने और अंतिम कानून को प्रभावित करने का मौका मिलेगा। (सेक्शन 3.3 देखें)

### 3.2 परामर्श की आवश्यकता

एक बार कानून का प्रारूपलेखन हो जाए, तो उसे मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र के प्रमुख पणधारियों के सामने परामर्श हेतु रखा जाना चाहिए। परामर्श के दौरान प्रस्तावित कानून की संभाव्य कमियाँ दूर की जा सकती हैं, वर्तमान कानून और स्थानीय व्यवहार के साथ संघर्ष को परिशोधित किया जा सकता है, अनवधान से जो मसले बाहर छूट गए हैं उन्हें जोड़ा जा सकता है और कार्यान्वयन की व्यावहारिक कठिनाइयों का हल निकाला जा सकता है।

परामर्श यदि अच्छी तरह आयोजित और सुव्यवस्थित रूपसे पूरा किया जाए, तो प्रस्तावित कानून पारित होने और स्वीकृति के बाद कार्यान्वित करने में उसका सकारात्मक प्रभाव होगा। परामर्श करने से मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की आवश्यकताओं के बारे में जनता में सजगता बढ़ाने और ऐसे अस्वास्थ्य को रोकने का अवसर मिलता है। इससे समुदाय भी शामिल होता है और मानसिक अस्वास्थ्य का बोझ स्पष्ट रूप से दिखलाया जा सकता है। एक बार कानून बन जाने के बाद इन सभी घटकों से उसके प्रभावी कार्यान्वयन की संभावना बढ़ती है।

### 3.3 परामर्श का आमंत्रण

कई देशों में सांविधिक के साथ ही कम औपचारिक परामर्श प्रक्रिया भी होगी। कानून पारित होने के लिए प्रस्तुत करने से पहले कई देश सरकारी गजट जैसे औपचारिक प्रकाशन में प्रारूप प्रकाशित करते हैं। जनता के लिए विशिष्ट कालावधि (जैसे तीन महीने) अभ्युक्ति के लिए दी जाती है। सभी अभ्युक्तियों पर ध्यानपूर्वक विचार किया जाता है और तदनुसार उचित परिवर्तन भी किए जाते हैं। इससे पहले विस्तृत परामर्श किया जाना अपेक्षित है। अगला पैरा परामर्श प्रक्रिया के इस असांविधिक चरण से संबंधित है।

मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवारों, हिमायती संगठनों, एनजीओज (गैर सरकारी संगठन), व्यवसायी समूहों, सरकारी निकायों और विभागों, सेवा देनेवालों, समुदाय के प्रतिनिधियों और कानून से सीधे अथवा परोक्ष रूप से प्रभावित अन्य लोगों के साथ परामर्श किया जाना चाहिए। यद्यपि इनमें से कई लोग प्रारंभिक प्रारूपलेखन में पहले से ही सम्मिलित किए गए होंगे, इस चरण पर विस्तृत परामर्श का मौका मिलता है। हर एक समूह के कई उपसमूह हो सकते हैं जिनके परिप्रेक्ष्य विभिन्न होंगे, (देखें *मेंटल हेल्थ पॉलिसी एण्ड सर्विस गाइडन्स पैकैज: एडवोकेसी फॉर मेंटल हेल्थ* (डब्ल्यू एच ओ, 2003 बी) ([http://www.who.int/mental\\_health/resources/policy\\_services/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/)))

सरकार के अंतर्गत मंत्रालय जैसे स्वास्थ्य, कल्याण/सामाजिक सेवाएँ, शिक्षा, रोजगार, न्याय, पुलिस, सुधारात्मक सेवाएँ, वित्त, आवास (और संभवतः अन्य) को सम्मिलित किया जाता है और उनके साथ परामर्श की आवश्यकता होती है। सरकारी विभागों के बीच जिम्मेदारियों का विभाजन विभिन्न देशों में अलग-अलग है। कुछ देशों में प्रस्तावित कानून के देखभाल और उपचार पहलुओं पर स्वास्थ्य विभाग का अधिकारक्षेत्र होगा। कल्याण/सामाजिक सेवा विभाग, पुनर्वास और रोकथाम की जिम्मेदारी उठाएगा तो कुछ अन्य देशों में ये सभी कार्य स्वास्थ्य विभाग के अधीन होंगे। जो भी हो, स्वास्थ्य और कल्याण विभाग से परामर्श करना, परस्पर व्यापी, पुनरावृत्ति अथवा संघर्ष टालने के लिए महत्वपूर्ण होगा। चूँकि प्रस्तावित कानून के कारण सार्वजनिक और निजी सेवाएँ देनेवालों के लिए वित्तीय परिणाम होंगे एवं विनियामक तथा मॉनीटरिंग एजेंसियों को गठित करने के लिए खर्च उठाना होगा, अतः वित्त विभाग से परामर्श जरूरी है। इस विभाग की सहायता और प्रतिबद्धता कानून के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए पर्याप्त वित्तीय प्रावधान सुनिश्चित करने की दृष्टि से महत्वपूर्ण है। इसी प्रकार कानून के सेक्शनो से संगत अन्य सरकारी विभागों के साथ भी परामर्श करना होगा।

व्यवसायी समूह, जैसे साइकिएट्रीस्ट, परिचारिकाएँ, मनावैज्ञानिक, साइकिएट्रीक सामाजिक कार्यकर्ता, थेरेपिस्ट, पुनर्वास व्यवसायी और अन्य व्यवसायी जो मानसिक स्वास्थ्य प्रणाली से संबंधित हैं, मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रावधानों के कार्यान्वयन की दैनिक जिम्मेदारियाँ सम्हालेंगे। ये समूह उपचार और देखभाल की विशिष्ट कार्यान्वयन कठिनाइयाँ अभिनिर्धारित करने में सक्षम माने जाते हैं। इसलिए कानून के प्रारूपलेखन में उनके विचारों पर ध्यान देना जरूरी है।

उपयोगकर्ता कानून के प्रारंभिक हिताधिकारी हैं। उनका समावेश महत्वपूर्ण है। कई देशों में परिवार ही प्रारंभिक देखभाल करने वाले होते हैं इसलिए वे सीधे कानून से संबंधित होते हैं। कभी कभी मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवारसदस्यों के समूहों और उपयोगकर्ता समूहों के बीच मानसिक स्वास्थ्य उपचार और कानून के प्रति रुझान को लेकर तनाव होता है। यह महत्वपूर्ण है कि परामर्श प्रक्रिया में इस बारे में सभी मत समाविष्ट हो। कुछ देशों में, जिनमें उपयोगकर्ता और परिवारों के हिमायती समूह कुछ समय से स्थापित हो चुके हैं और मरीज की राय के प्रति आदर करना प्रतिष्ठापित है, ऐसे समूहों से उपयुक्त निविष्टियाँ (इनपुट) पाना काफी आसान होता है। कुछ देशों में यह मुख्य कठिनाई हो सकती है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को अक्सर शक्तिहीन लगता है, और बहुतांश ऐसे वंचित समुदाय से आते हैं जहाँ उनकी राय ही नहीं ली जाती। कभी डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य व्यवसायियों का नेतृत्व उपयोगकर्ताओं और परिवारों के परिप्रेक्ष्य पाने में रुकावट बन जाता है। कई देशों में “डॉक्टर बेहतर जानता है” यह विचार बहुत मजबूत होता है। इसलिए उपयोगकर्ताओं के विचार प्राप्त करना बहुत जटिल होता है और सिर्फ जानकारी देने का अनुरोध करने से नहीं मिलता। मूल्यवान प्रतिसूचना प्राप्त करने से पहले शायद इसके लिए गहन प्रशिक्षण और अधिकार देने की प्रक्रिया अंतर्भूत की जानी चाहिए। इसका अभिप्राय यह है कि इसकी प्रतिक्षा किए बिना कि लोग स्वयं आकर अपना विचार बताएँगे, एजेंसियों को खुद संबंधित लोगों तक पहुँचना चाहिए।

परामर्श प्रक्रिया में मानसिक स्वास्थ्य कानून के कार्यान्वयन में लगने वाली सांविधिक एजेंसियों को भी शामिल करना चाहिए। इसमें समाविष्ट हैं - पुलिस, कारागृह अधिकारी और न्यायाधीश जो स्वयं क्षेत्र में काम करते हों, न कि राष्ट्रीय और “मुख्यालय स्तर” के, क्योंकि वे दैनिक स्तर पर निकट संपर्क में नहीं होते। परामर्श प्रक्रिया में अल्पसंख्यक समूह एवं अन्य असुरक्षित समूह भी समाविष्ट किए जाने चाहिए।

अन्य महत्वपूर्ण समूह हैं - राजनीतिज्ञों, विधायकों और राय बनाने वालों के जिन्हें परामर्श में शामिल करा लेना बहुत जरूरी है। ये समूह कानून के अंगीकरण एवं कार्यान्वयन में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। वे मानसिक स्वास्थ्य मसलों के बारे में सजगता बढ़ाने में सहायता पहुँचा सकते हैं, समुदाय स्तर पर संभाव्य कठिनाइयों का पता लगा सकते

हैं और प्रारूपलेखन के चरण में सुधारात्मक कार्रवाई के लिए सिफारिशें कर सकते हैं। विधायकों को इस तरह शामिल करा लेने से आगे कानून में आने वाली संभाव्य असहमति पहले मालूम होगी और पूर्ववर्ती चरणों में प्रारूप में आवश्यक आशोधन किया जा सकेगा।

### प्रस्तावित मानसिक स्वास्थ्य कानून पर परामर्श के लिए आमंत्रित किए जाने वाले मुख्य पणधारियों के उदाहरण

- स्वास्थ्य, वित्त, कानून, शिक्षा, रोजगार (श्रम), सामाजिक कल्याण, न्याय, पुलिस, सुधारात्मक सेवाओं और आवास मंत्रालयों समेत सरकारी एजन्सियाँ;
- शैक्षणिक संस्थाएँ और साइकिएट्रीस्ट, मनोवैज्ञानिक, चिकित्सा और साइकिएट्रीक सामाजिक कार्यकर्ता, साइकिएट्रीक परिचारिकाएँ और मानसिक स्वास्थ्य प्रणाली से जुड़े अन्य व्यवसायियों का प्रतिनिधित्व करने वाले व्यवसायी निकाय;
- उपयोगकर्ता समूहों के प्रतिनिधि और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवारों तथा देखभाल कर्ताओं के प्रतिनिधि;
- मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के हितों का प्रतिनिधित्व करने वाले हिमायती संगठनों समेत गैर सरकारी संगठन;
- निजी क्षेत्र और गैर सरकारी संगठनों की मानसिक अस्वास्थ्य वालों को देखभाल, उपचार और पुनर्वास देने वाली सेवाएँ;
- राजनीतिज्ञ, विधायक और राय बनाने वाले;
- पुलिस और कारागृह अधिकारी जैसे कानून लागू करने वाले;
- वकील और कानूनी प्रतिनिधियों समेत न्यायिक प्राधिकारी;
- धार्मिक प्राधिकारी;
- अल्पसंख्यकों और अन्य असुरक्षित समूहों (जैसे महिलाएँ और बच्चे) के प्रतिनिधि;
- विस्तीर्ण समुदाय समूह जैसे नागरी अधिकार समूहों और कर्मचारी यूनियन, कर्मचारी कल्याण संघ, नियोक्ता समूह, निवासी कल्याण संघ, धार्मिक समूह और विशिष्ट समुदायों की परिषद।

मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के समुदाय देखभाल का लक्ष्य, विस्तीर्ण समुदाय और प्रभावितों के सक्रिय सहभाग के बिना, मानसिक स्वास्थ्य कानून हासिल नहीं कर सकता। इन परामर्शों में बड़ी चुनौतियों का सामना करना पड़ सकता है। समुदाय के घटक विस्तीर्ण फैले हुए हैं और उनकी राय मिलने के लिए विस्तृत प्रस्ताव ज़रूरी है। इसमें शामिल है मानसिक स्वास्थ्य संबंधित प्रश्नों को विभिन्न गुटों से संबोधित करना - जैसे नागरी अधिकार समूह, कर्मचारी यूनियन, कर्मचारी कल्याण संघ, नियोक्ता समूह, निवासी कल्याण संघ, धार्मिक समूह और विशिष्ट समुदायों की परिषद। राष्ट्रीय सार्वजनिक परामर्श जैसे मोटे तौर की प्रक्रिया की तुलना में कहीं ज़्यादा प्रतिसूचना सामुदायिक परामर्श की इस पद्धति से मिल सकती है। राष्ट्रीय सार्वजनिक परामर्श का शब्दचित्र इस बात को छुपाता है कि वह वास्तव में सिर्फ शिक्षित मध्यमवर्ग तक सीमित होता है जब कि मानसिक अस्वास्थ्य के कारण जो कठिनाइयाँ उठानी पड़ती हैं, वे अधिकतर गरीब समुदायों में ज़्यादा होती हैं।

### 3.4 परामर्श की प्रक्रिया और कार्यविधि

परामर्श के लिए विभिन्न प्रक्रियाएँ हैं और उनके जरिए कई उद्देश्य पूरे किये जा सकते हैं। उदाहरणार्थ हितार्थी और रुचि लेने वाले व्यक्तियों और समूहों से लिखित प्रस्तुति माँगी जा सकती है, ऊपर दिए गए पणधारी समूहों से मौखिक परामर्श उपयुक्त हो सकता है या इन प्रक्रियाओं का सम्मिश्रण किया जा सकता है जैसे कि लिखित प्रस्तुति के बाद मौखिक सुनवाई और केंद्रित समूह (फोकस ग्रुप) उपयोग में लाए जा सकते हैं अथवा अन्य सृजनात्मक उपाय सोचे जा सकते हैं। यद्यपि परामर्श का मुख्य उद्देश्य लोगों और समूहों की प्रारूप के बारे में राय जानना है, इससे प्रारूप लिखने वालों को पणधारियों से और विभिन्न पणधारियों को आपस में नाता जोड़ने का अवसर भी मिलता है। विभिन्न परिप्रेक्ष्य वाले समूहों से परामर्श द्वारा सर्व सम्मति तैयार की जा सकती है।

लिखित प्रस्तुति में समय और लागत के लाभ देखने को मिलते हैं और पणधारियों के विचारों का सही सार्वजनिक अभिलेख भी प्राप्त होता है। लिखित प्रस्तुति प्राप्त करना और उस पर प्रक्रिया लागू करना सरल है एवं उसमें कम खर्च और समय लगता है। यदि लोगों को लिखित राय भेजने के लिए राजी किया जा सके, तो अधिक संख्या में व्यक्ति और समूहों को प्रक्रिया में सम्मिलित किया जा सकेगा। लिखित परामर्श की मुख्य कमी है कि इसमें चर्चा का अवसर नहीं मिलता और यह तथ्य भी, कि बहुत से देशों में अशिक्षित जनसंख्या बड़ी मात्रा में है। लिखित प्रस्तुति में प्रतिक्रिया देने

वाले उनका दृष्टिकोण देते हैं किंतु अन्य दृष्टिकोण जरूरी नहीं कि सामने आ जाएँ। इसलिए सर्व सम्मति बनाने और मनोवृत्तियाँ बदलने को आरंभ करने के अवसर बहुत कम हो जाते हैं। साथ ही मतदाताओं का एक बड़ा हिस्सा, जिसकी राय को विशेष महत्त्व है, प्रक्रिया से बाहर रह जाता है - जैसे कि गरीब, प्रतिकूल अवस्था में रहने वाले लोग अथवा अल्प संख्यक - क्योंकि वे प्रस्तावित कानून पढ़ ही नहीं सकते, न ही अपनी प्रतिक्रिया लिख सकते हैं।

विशेष ध्यान देने की बात है कि लिखित प्रस्तुति के मामले में 'लालित्यपूर्ण ढंग से' लिखे और प्रस्तुत किए गए विचारों को असुंदर प्रस्तुति और भाषा में लिखे विचारों से महत्त्वपूर्ण नहीं समझना चाहिए और दोनों को समान रूप से लेना चाहिए। यदि प्रस्तुति लेने वाले संभाव्य पूर्वग्रहों की ओर सतर्क न हों, तो वे, संगणक की मदद से लिखे और मुद्रित किए विवरण को, पढ़ने में मुश्किल एवं अशुद्ध भाषा में हाथ से लिखे विवरण की तुलना में अधिक महत्त्वपूर्ण समझेंगे। इससे कानून के कुछ लक्ष्य खोखले हो सकते हैं - जैसे गरीबों के लिए उचित सेवा उपलब्धि और विकलांगों को अधिकार प्राप्त कराना। साथ ही लिखने वाला किसी विशिष्ट समस्या से जुड़ा हो तो उसके विचारों में वही समस्या सामने आएगी और व्यापक नीति मसले एक ओर रह जाएँगे। यह जानते हुए कि यह खर्चिली और अधिक समय लेने वाली प्रक्रिया है, लिखित प्रस्तुति की आदर्श पद्धति होगी प्रतिक्रिया देने वाले सभी के मतों को दस्तावेजीकृत कर के, सबको सूचित करना और उन्हें विरोधी मत वालों से चर्चा करने में बढ़ावा देना।

ऊपर दिए मतदाताओं की सरकारी प्राधिकारियों से बातचीत की लिखित प्रस्तुति विशेष महत्त्व रखती हैं। लिखित राय उपलब्ध होने से सरकारी विभाग अपनी धारणा स्पष्ट कर सकते हैं और उनकी वचनबद्धता भी स्पष्ट हो सकती है। इससे कानून के कार्यान्वयन में महत्त्वपूर्ण सहायता मिलती है। उदाहरणार्थ वित्त मंत्रालय से परामर्श द्वारा मानसिक स्वास्थ्य कानून के कार्यान्वयन में लगने वाले अतिरिक्त संसाधनों की आवश्यकता अभिनिर्धारित होती है और कानून अंगीकृत होने के बाद यह संसाधन उपलब्ध कराने की वचनबद्धता औपचारिक हो जाती है। मौखिक प्रस्तुति से लाभ यह है कि सहभागियों में बातचीत शुरू होती है। मत बनाने और बदलने की दृष्टि से यह अधिक उपयोगी है। इस पद्धति में चर्चा और वाद-विवाद का अवसर मिलता है, जिससे मसलों पर गहन रूप से गौर किया जा सकता है और सर्व सम्मति बनाने के अवसर अधिक होते हैं। प्रारूप लेखन में कुछ निर्णय क्यों और कैसे लिए गए इसकी पूरी संगत जानकारी कभी-कभी पणधारियों को नहीं होती और मौखिक परामर्श से यह बाँटी जा सकती है। मौखिक परामर्श से अशिक्षित लोगों को अथवा कानून की भाषा समझने में कठिनाई अनुभव करने वालों को, कानून का प्रारूप समझाया जा सकता है और उनसे उनकी प्रतिक्रिया ली जा सकती है।

लिखित और मौखिक परामर्श के अपने अपने लाभ और कमियाँ हैं। इसलिए दोनों का सम्मिश्रण करना बेहतर होगा। परामर्श की प्रक्रिया का आरंभ, रुचि रखने वाले व्यक्तियों और समूहों से लिखित राय माँगने से हो सकता है। इन मतों को समझने के बाद, जिन पर अधिक चर्चा और विचार की आवश्यकता हो उन व्यक्तियों और समूहों को मौखिक परामर्श के लिए आमंत्रित किया जा सकता है। साथ ही परामर्श प्रक्रिया में सभी पणधारियों को सम्मिलित रखने के लिए, मुख्य मसलों पर लिखित प्रस्तुतियों का सारांश एवं मौखिक परामर्श की मोटी दिशा की जानकारी मीडिया को दी जा सकती है और अनुरोध करने पर सभी को उपलब्ध कराई जा सकती है। इस चरण पर रुचि रखने वालों को प्रस्तुति का अवसर दिया जा सकता है।

अधिकांश देशों में मानसिक स्वास्थ्य कानून, समाज में गहराई में बैठे पूर्वग्रह को बदलने की प्रक्रिया का हिस्सा हो सकता है। लेकिन यह केवल "प्राडक्ट" (जैसे प्रस्तुत कानून) से नहीं बल्कि प्रक्रिया से साध्य होगा। मानसिक स्वास्थ्य कानून प्रारूप लेखन के लिए परामर्श की प्रक्रिया इन पूर्वग्रहों को पहचानने और उनका सामना करने का अवसर प्रदान करती है।

## उदाहरण: रिपब्लिक ऑफ कोरिया में परामर्श-प्रक्रिया

स्वास्थ्य और कल्याण मंत्रालय के मानसिक स्वास्थ्य विभाग ने मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम में संशोधन प्रस्तावित किए, जिन में समुदाय आधारित पुनर्वास को बढ़ावा देने के लिए समुदाय मानसिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित करने की बात कही गई। ये केंद्र स्वास्थ्य रोकथाम, नए मरीजों का अभिनिर्धारण, परामर्श और उपचार तथा मानसिक स्वास्थ्य सुधार के लिए समुदाय संसाधनों का समन्वयन आदि कार्य करेंगे। इस संदर्भ में जनता के साथ बातचीत की गई और पुनर्वास सुविधाएँ चलाने वाले कुछ व्यवसायियों ने इसका विरोध भी किया। उन्हें लगा कि नए समुदाय मानसिक स्वास्थ्य केंद्र द्वारा उनकी भूमिका की अवहेलना होगी। लेकिन उपयोगकर्ता और परिवार सदस्यों ने समुदाय मानसिक स्वास्थ्यकेंद्र की नई भूमिका का स्वागत किया। पूरी सुनवाई एवं संघर्षात्मक दृष्टिकोणों पर विचार के बाद निर्णय किया गया कि कानून को चाहिए कि वह ऐसा प्रावधान करे कि समुदाय मानसिक स्वास्थ्य केंद्र स्थापित किए जा सकें।

(वैयक्तिक संसूचन - डॉ. ता. योन वेंग, डिरेक्टर, डिपार्टमेंट ऑफ साइकिएट्रीक रिहैबिलिटेशन एण्ड कम्युनिटी मेंटल हेल्थ, कोरिया, वि. स्वा. सं. कोलंबरेटिंग सेन्टर फॉर सायकोसोशल रिहैबिलिटेशन एण्ड कम्युनिटी मेंटल हेल्थ, योंगिन मेंटल हॉस्पिटल, कोरिया.)

परामर्श प्रक्रिया विभिन्न देशों में अलग-अलग होगी। इस प्रयास में कुछ सिद्धांत मार्गदर्शन कर सकते हैं। यह ध्यान में रखना चाहिए कि कई देशों में "सार्वजनिक अभ्युक्ति" एक सांविधिक चरण है जब अतिरिक्त अभ्युक्ति, विधायकों द्वारा प्रारूप पर विचार करने से पहले की जा सकती है। (देखें सब सेक्शन 4.1) इतना ही नहीं, विधानसभा स्वयं लिखित और मौखिक प्रस्तुति की माँग कर सकती है।

## उदाहरण: चिली में कानून का प्रारूपलेखन

### सर्व सम्मति और राजनैतिक इच्छाशक्ति तैयार करना

चिली में दि डेक्लरेशन ऑफ कैरैकैस (1990) का प्रभावी असर था, परिणामतः मानसिक स्वास्थ्य नीतियों और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली (जनसंख्या का 60% से 70% के बीच का हिस्सा समाविष्ट करने वाली और चिली के चार साइकिएट्रीक अस्पतालों के स्वामित्व वाली प्रणाली) में परिचालित सेवाओं के बारे में विश्लेषण और आत्मपरिक्षण की बड़ी प्रक्रिया तय की गई। 17 वर्षों की तानाशाही के बाद देश गणतंत्र में परिवर्तित होने की प्रक्रिया में था। जनता सामाजिक मसलों और मानव अधिकार उल्लंघनों (जैसे खून, गायब होना, कैद, नजरबंदी शिविर, उत्पीड़न, निर्वासन) के बारे में संवेदनशील थी, यद्यपि वह मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों के बारे में विशेष रूप से सजग नहीं थी। प्रथम राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीतियाँ और योजना 100 से ज्यादा मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों के सहभाग से तैयार की गईं और 1993 में उन्हें स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा अनुमोदित किया गया। इसमें साइकिएट्रीक सेवाओं का उपयोग करने वाले लोगों के मानव अधिकारों पर विचार समाविष्ट किया गया था और मरीजों के अधिकारों की रक्षा करने कानून में सुधार करने की आवश्यकता स्थापित की गई।

### प्रारूपलेखन और परामर्श

1995 में स्वास्थ्य मंत्रालय के मानसिक स्वास्थ्य यूनिट द्वारा कार्यदल तैयार किया गया जिसमें साइकिएट्रीस्ट, परिचारिकाएँ, मनवैज्ञानिक, वकील और अन्य व्यवसायी थे। इसका लक्ष्य था मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्रारूपलेखन। सामाजिक और आर्थिक वस्तुस्थिति ध्यान में लेकर कार्यदल ने निर्णय किया कि इनपेशंट सुविधा के लोगों के अधिकारों की रक्षा प्राथमिकता से की जाए। यह 1927 में जारी विनियमों को बदल कर हो सकता था। इन विनियमों को बदलने हेतु चिली के राष्ट्रपति और स्वास्थ्य मंत्री के डिक्री पर हस्ताक्षर आवश्यक थे। इससे संसद जाने की लंबी प्रक्रिया टाली जा सकी। ("कठिनाइयाँ दूर करने की शक्ति" भारत के मेंटल हेल्थ ऐक्ट के समान सब सेक्शन 3.1 देखें) 1996 में पहला मसौदा देश के सभी क्षेत्रों के मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों के पास परामर्श के लिए भेजा गया। साथ ही मानसिक असमर्थता वाले लोगों के परिवारों और मित्रों के राष्ट्रीय संगठन के पास भी। (उस समय चिली में उपयोगकर्ता समूह नहीं थे) इस प्रक्रिया में एक महत्वपूर्ण उद्देश्य था मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों को मनाना कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग ज्यादा करके, उपचार के लिए सूचित सहमति दे सकें। उस समय देश में पद्धति थी कि मानसिक अस्वास्थ्य वालों की तरफ से परिवार सदस्य सहमति देते थे और इस स्थिति को बदलना जरूरी था।

(वैयक्तिक संसूचन-डॉ अल्बर्टो मिनोलेट्टी, मिनिस्ट्री ऑफ हेल्थ, चिली)

कानून के मसौदालेखन के लिए अध्यादेशित समूह, निकाय अथवा व्यक्ति को सुनिश्चित करना चाहिए कि परामर्श प्रक्रिया व्यापक, अच्छी और खुली है। इसलिए उन्हें मानव और वित्तीय संसाधनों की आवश्यकता होगी। कुछ देश सरकारी विभागों (स्वास्थ्य मंत्रालय) अथवा मानसिक स्वास्थ्य नीति विकास के लिए जिम्मेदार व्यक्तियों (यदि उसी विभाग में न हों तो) से सहायता लेंगे। ऐसे देश जिनमें कानून आयोग अथवा समान निकाय है, परामर्श के लिए संसाधन का आंबटन इन निकायों के बजट में परामर्श प्रक्रिया की नजर में पहले से किया जाता है।

परामर्श चरण के अंत में प्रारूप निकाय को परामर्श दौरान प्राप्त सुझावों, आपत्तियों और प्रश्नों पर और उनके निकाय ने दिए उत्तरों पर रिपोर्ट को प्रकाशित करना उपयोगी सिद्ध होगा। ऐसे सेक्शन पर विशेष ध्यान देना होगा, जिनपर टोस आपत्तियाँ उठाई गई हैं। अच्छे रिवाज के तौर पर सलाह दी जाती है कि प्रारूपलेखन निकाय को ऐसी टोस आपत्ति, जिसे स्वीकृत नहीं किया जाता, का ब्योरेवार उत्तर देना चाहिए और निकाय की राय में प्रस्तावित कानून में परिवर्तन तथा आशोधन की आवश्यकता क्यों नहीं है, इसका स्पष्टीकरण देना चाहिए।

### 3.5 कानून की भाषा

परामर्श की अवधि पूरी होने पर मसौदा कानून के रूप में पारित होने के लिए प्रस्तुत किया जाता है। इस स्थिति में कानूनी प्रारूपलेखन के विशेषज्ञ की आवश्यकता होती है जो उस देश के कानूनों की शैली और मानकों से परिचित है।

साथ ही मानसिक स्वास्थ्य कानून हो सके उतनी सरल भाषा में लिखे जाने चाहिए ताकि, वह सभी लोग जिन्हें वह पढ़ना व समझना पड़े, ऐसा कर सकें। इसके पहले माना जाता था कि कानून कानूनी विशेषज्ञों के लिए लिखा जाता है और उसमें कानून की विशिष्ट भाषाशैली होनी चाहिए एवं लैटिन शब्दप्रयोग करने चाहिए (चाहे कानून किसी भी भाषा में क्यों न लिखा हो)। इससे यह मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी और प्रभावित लोगों को समझने के लिए कठिन होता है। इसलिए मानसिक स्वास्थ्य कानून अधिकतम सरलता से लिखा जाना चाहिए (महत्त्वपूर्ण प्रबंधों को अतिसरल न बनाते हुए) और ऐसी भाषा में जो आम जनता के लिए हो, न कि कानूनी विशेषज्ञों के लिए।

कानून कौनसी और कितनी भाषाओं में प्रस्तुत किया जाता है इस बारे में हर देश की अपनी अलग नीति होगी। मानसिक स्वास्थ्य के लिए राष्ट्रीय मानदंड का अनुपालन किया जाएगा।

#### मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्रारूपलेखन: मुख्य मसले

- अधिकांश देशों में सुस्थापित ढाँचे और प्रक्रियाएँ होंगी जिनका अनुपालन कानून के विकास के लिए करना चाहिए। फिर भी प्रारूपलेखन सुसाध्य बनाने में स्वास्थ्य मंत्रालय के मानसिक स्वास्थ्य अनुभाग की महत्त्वपूर्ण भूमिका होगी।
- प्रारूप लेखन प्रक्रिया में महत्त्वपूर्ण और पर्याप्त सुविज्ञता होनी चाहिए जिससे उपयोगी और सार्थक कानूनप्रस्तुति सुनिश्चित की जा सके।
- कानून की व्याप्ति पर उसके सहभागी निर्भर होंगे, लेकिन उसमें व्यवसायी और गैर व्यवसायी विशेषज्ञों को शामिल करना होगा।
- एक बार जब कानून का प्रारूप तैयार हो जाता है, तब सभी मुख्य पणधारियों के साथ परामर्श के जरिए उसकी विस्तृत पुनरीक्षा की जानी चाहिए।
- परामर्श के स्वरूप विभिन्न होंगे और हर देश अधिक से अधिक धारणाएँ और विचार-विमर्श मिलने के लिए अलग-अलग साधन उपयोग में लाएगा। फिर भी एक समयबद्ध प्रक्रिया का अनुसरण, जिसके निम्नलिखित तीन चरण हों, उपयोगी सिद्ध होगा :
  1. देश के मुद्रण और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया में प्रारूप का प्रकाशन और आम जनता से प्रतिक्रिया आमंत्रित करना;
  2. सभी मुख्य पणधारियों से लिखित प्रतिक्रियाएँ आमंत्रित करना,
  3. प्रारूप से संबंधित सुझावों अथवा प्रायः आने वाली और महत्त्वपूर्ण आपत्तियों पर क्षेत्रीय और राष्ट्रीय सार्वजनिक बैठकों में विश्लेषण, चर्चा तथा बातचीत करना।
- परामर्श प्रक्रिया व्यापक, अच्छी और खुली होने के लिए पर्याप्त मानव और वित्तीय संसाधनों की आवश्यकता होगी।
- परामर्श प्रक्रिया के अंत में प्रारूपलेखन निकाय को प्रक्रिया के दौरान प्राप्त सुझावों, आपत्तियों और प्रश्नों एवं प्रारूपलेखन निकाय की उससे संबंधित प्रतिक्रिया की रिपोर्ट प्रकाशित करना उपयुक्त सिद्ध होगा।
- मानसिक स्वास्थ्य कानून सरल, सुबोध शैली में लिखा जाना चाहिए जो आम जनता की समझ में आ सके।



#### 4. कानून का अंगीकरण

परामर्श के दौरान प्राप्त अभ्युक्तियों के आधार पर नवीन कानून का संशोधन करने के बाद उसे ऐसे निकाय को प्रस्तुत किया जाता है जिसके पास कानून पारित करने का अधिकार है। इसमें काफी समय लगने की संभावना होती है। साथ ही प्रस्तावित कानून तकनीकी बारीकियों में फँस जाने की संभावना भी होती है। इसलिए नए मानसिक स्वास्थ्य कानून की तुरन्त आवश्यकता पर और विधायकों के पर्याप्त समय का इसपर खर्चा जाने की आवश्यकता पर, राजनीतिज्ञों, सरकारी कार्यपालकों के मुख्य सदस्यों तथा विधायकों को राजी करना पड़ता है। यद्यपि नए कानून की आवश्यकता पर सरकार का समर्थन प्रारूपलेखन निकाय गठन करने से पहले (प्रायः) प्राप्त किया होगा, फिर भी जब अंतिम दस्तावेज संसद को भेजने के लिए तैयार हो, तब अक्सर अन्य राजनीतिक प्राथमिकताएँ सामने आ जाती हैं जिन्हें बरीयता मिलती है और जिसके कारण प्रक्रिया को विलंब हो जाता है, क्योंकि मानसिक स्वास्थ्य कानून को बहुत से देशों में राजनैतिक महत्त्व कम दिया जाता है।

##### 4.1 कानूनी प्रक्रिया

नवीन कानून को अंगीकृत करने की प्रक्रिया विभिन्न देशों में कानूनी परंपरा एवं राजनैतिक व्यवस्था पर निर्भर होते हुए भिन्न-भिन्न होगी। इसलिए सामान्य प्रक्रिया और विभिन्न चरणों पर उभरने वाली कठिनाइयों का वर्णन दिया जाता है।

##### 4.1.1 कानून अंगीकृत करने की जिम्मेदारी

अधिकांश देशों में कानून अंगीकृत करने की जिम्मेदारी संसद अथवा प्रभुसत्ता संपन्न कानून निर्माण निकाय की होती है। कुछ देशों में राष्ट्रीय संसद एक मात्र कानूनी निकाय होगा तो गणराज्यों में (फेडरल स्टेट्स) विभिन्न राज्य अथवा प्रदेश भी केंद्र सरकार के अतिरिक्त कानून बनाने का अधिकार रखते हैं। फेडरल स्टेट्स में विधायी शक्ति, फेडरेशन और उसके संघटक स्टेट्स इन दोनों में विभाजित होती है। स्थानिक रूप से निर्धारित अधिकारक्षेत्र, पर निर्भर है कि स्वास्थ्य कानून अथवा मानसिक स्वास्थ्य पर प्रभाव डालने वाले कानून राष्ट्रीय जिम्मेदारी होगी अथवा क्षेत्रीय। कुछ देशों में ऐसे राष्ट्रीय कानून हो सकते हैं जो सिद्धान्तों और लक्ष्यों को सम्मिलित करते हैं, जब कि राज्य/ज़िला/प्रांत के कानून विभिन्न प्रावधानों और उसे लागू करने के बारे में ज़्यादा ब्यौरा देते हैं। ऐसे मामलों में बाद के कानूनों को राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कानून में दिए गए मुख्य सिद्धान्तों का अनुपालन करना होगा।

अधिकांश देशों में कानून विधानमंडलों में पारित होना चाहिए और उसको कार्यान्वित करने से पहले प्रख्यापित होना चाहिए। कुछ देशों में सरकार द्वारा जारी प्रशासनिक अध्यादेश के ज़रिए कानून में बदल तत्काल कार्यान्वित किए जा सकते हैं। फिर भी विशिष्ट कालावधि में संसद द्वारा उसे अनुसमर्थित करना पड़ता है। अगर ऐसा नहीं हुआ तो आदेश अवैध हो जाएगा और पूर्ववर्ती कानून फिर से लागू होगा। कभी-कभी मानसिक स्वास्थ्य कानून के तेज़ी से कार्यान्वयन के लिए यह उपयोगी सिद्ध हो सकता है। जब तक प्रस्तावित कानून संसद की औपचारिक प्रक्रिया से गुजर रहा हो तब तक इस तरीके का संभाव्य लाभ प्रस्तावित कानून के कार्यान्वयन की कठिनाइयाँ पहचानने में भी है क्योंकि इससे संसदीय प्रक्रिया में, व्यावहारिक अनुभव पर आधारित, कानूनी संशोधन किए जा सकेंगे।

##### 4.1.2 कानून के मसौदे और उसके अंगीकरण पर विवाद

कई विधानमंडलों में उप समितियाँ नियुक्त की जाती हैं जो कानून की ध्यानपूर्वक जाँच करती हैं। ये समितियाँ प्रायः विभिन्न परिप्रेक्ष्यों से राय जानना चाहती हैं जिससे उन्हें निर्णय करने में सहायता हो। ये समितियाँ सार्वजनिक सुनवाई, अनुरोध आदि के ज़रिए प्रतिक्रियाएँ इकट्ठा कर सकती हैं और कानून के विभिन्न पहलुओं के बारे में स्पष्टीकरण मंगवा सकती हैं।

कानून बनने की विधायी प्रक्रिया में चर्चा और अंगीकरण का चरण, लम्बा और श्रमप्रधान होता है। यहाँ विधायक प्रस्तावित मसौदे में आशोधन सुझा सकते हैं। सर्वोच्च कानून निर्माता निकाय (विधान मंडल) में कानून को आगे बढ़ाने का दायित्व रखने वाले कर्णधार को लगे रहना पड़ता है और प्रस्तावित आशोधनों पर प्रतिक्रिया देनी पड़ती है। अंततः प्रस्तावित आशोधन स्वीकृत अथवा अस्वीकृत करने का अधिकार सर्वोच्च निकाय को होता है। लेकिन जिस निकाय / एजन्सी / संगठन ने कानूनी प्रारूप को विचारार्थी प्रस्तुत किया है उसका दायित्व बनता है कि विधायकों का प्रस्तावित आशोधनों के बारे में ठोस मार्गदर्शन करे एवं उन्हें स्वीकृत करने की शिफारिस करे।

प्रस्तावित कानून पर विचार करने और आवश्यक आशोधन करने के बाद विधान मंडल (जो एक या अधिक स्तर का हो सकता है जैसे विधान सभा एवं विधान परिषद) उसे स्वीकृत अथवा अस्वीकृत करता है।

#### 4.1.3 नए कानून की मंजूरी, प्रख्यापन और प्रकाशन

कानूनी प्रक्रिया के इस चरण का प्रयोजन है कि अंगीकृत कानून सार्वजनिक रूप से सबको ज्ञात हो तथा अधिकृत रूप से घोषित हो। कानून तब तक लागू नहीं होता जब तक अधिकृत रूप से प्रकाशित नहीं होता और जब तक नागरिकों तथा अन्यो को उससे परिचित होने का समय नहीं मिल जाता। यहाँ काम में लाए “मंजूरी”, “प्रकाशन” और “प्रख्यापन” शब्दप्रयोग विभिन्न देशों में भिन्न-भिन्न हो सकते हैं लेकिन मथितार्थ सामान्यतः वही होना चाहिए। इसलिए यदि भिन्न शब्दावली का प्रयोग हुआ है तो देशों को समानार्थक परिभाषिक शब्द अभिनिर्धारित करने होंगे।

अंगीकृत कानून की मंजूरी राज्य के प्रमुख का परमाधिकार है। सामान्यतः राज्य प्रमुख कानून के अधिकृत पाठ पर हस्ताक्षर करता है और इससे अभिप्रेत है कि कानून मंजूर हुआ। (जैसे जर्मनी, लिथुआनिया, पोलैंड, स्पेन, और यू एस ए.)

प्रख्यापन से अभिप्राय है, विशेष अधिनियम जारी कर अंगीकृत कानून की अधिकृत घोषणा - उदाहरणार्थ कानून के अधिकृत प्रकाशन पर आदेश निकाल कर। आम तौर पर सरकार कानून के अधिनियम प्रख्यापित करती है।

प्रकाशन से अभिप्रेत है अधिकृत सरकारी प्रकाशन में कानून का लिखित रूप मुद्रित करना। अंगीकृत कानून प्रभावी होने से पहले यह आवश्यक चरण है। कई देशों में कानून के पूरे और प्रामाणिक लिखित रूप के लिए यह अधिकृत स्रोत होते हैं। (उदाहरणार्थ कलेक्शन ऑफ लेजिस्लेशन ऑफ़ दि रशियन फेडरेशन, मेगेजिन ऑफ़ लॉज़ ऑफ़ दि पोलीश रिपब्लिक, गज़ेट ऑफ़ दि इस्टोनियन रिपब्लिक, बुन्डेसगेज़ेट्सब्लाट - जर्मनी में)

संविधान अथवा अन्य कानूनी आवश्यकताएँ, नया कानून प्रभावी होने से पहले प्रकाशन के बाद का कालावधि विनिर्दिष्ट करती हैं (इटली में 15 दिन, जापान में 20 दिन और रशियन फेडरेशन में 10 दिन)। कभी यह तारीख कानून में ही उल्लेखित होती है। यह प्रबंध नागरिकों और अन्यो को कानून के पाठ से परिचित होने और अगर आवश्यक हो, तो संगठनात्मक प्रबंध करने के लिए महत्त्वपूर्ण है। कुछ देशों में कानून उस तारीख से परिचालन में आता है जो राज्यप्रमुख द्वारा निर्धारित की गई है और उचित सरकारी प्रकाशन में घोषित की गई है। इसका यह लाभ है कि, यह व्यापक तैयारी की प्रक्रिया करने में विश्वास दिलाती है कि आगे कोई परिवर्तन अथवा संशोधन नहीं होंगे।

मंजूरी से लेकर प्रख्यापन और प्रकाशन तक, हर चरण पर विलंब हो सकता है। कानून आगे ले जाने के लिए जिम्मेदारों को यह सुनिश्चित करने के लिए संगत प्राधिकारियों से अनुवर्तन करना पड़ेगा कि सर्वोच्च निकाय द्वारा पारित कानून संविधि संग्रह में प्रवेश करता है और कानून प्रभावी होता है।

## 4.2 कानून के अंगीकरण के दौरान प्रमुख कार्रवाइयाँ

### 4.2.1 जनता की राय जुटाना

#### उदाहरण: चीन में कानून का अंगीकरण

##### कानून के अंगीकरण की प्रक्रिया में कठिनाइयाँ

चीन में मानसिक स्वास्थ्य कानून के लिए प्रारूपलेखन प्रक्रिया 16 वर्षों से ज्यादा चल रही है। चालू मसौदे (13 वीं आवृत्ति) में ऐसे सेक्शन हैं जो नागरी अधिकारों की रक्षा करते हैं। इनमें मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को रोजगार तथा शिक्षा, सूचित सहमति, गोपनीयता, स्वैच्छिक और अनैच्छिक अस्पतालीकरण और उपचार; पुनर्वास और समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ; और मानसिक स्वास्थ्य का समर्थन और मानसिक अस्वास्थ्य की रोकथाम सम्मिलित है।

कानून के अंगीकरण में कुछ कठिनाइयाँ हैं। पहली कठिनाई, पणधारियों को लगता है कि मानसिक स्वास्थ्य कानून केवल 'देखभाल और उपचार' कानून है जो सुविधाओं में दी जाने वाली सेवाओं तक सीमित होना चाहिए। दूसरी, व्यवसायी और स्वास्थ्यप्रणाली सामान्यतः, परिचित प्रणाली से परिवर्तन का विरोध करते हैं। तीसरी, कई व्यावसायियों को डर है कि नया कानून बनने से प्रणाली असफल होने पर मरीजों और रिश्तेदारों द्वारा उन्हें दोषी समझा जाएगा। इसलिए साइकिएट्रीस्ट और परिचारिकाएँ जो नए कानून के उत्साही प्रस्तावक होने चाहिए, वे इस मसले पर उदासीन रहते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य कानून के अंगीकरण की प्रक्रिया में तेजी लाने के प्रयास किए जा रहे हैं। गतिविधियों में ज्यादा सर्वेक्षण और अनुसंधान, देश के प्रमुख मानसिक अस्वास्थ्य तथा रुकावटें, चीन जैसे सांस्कृतिक और सामाजिक स्थिती वाले देशों के कानूनों के घटकों के अध्ययन और परिवर्तन के लिए सर्व सम्मति तैयार करना शामिल है।

*(वैयक्तिक संसूचन डॉ. बिन झी, परामर्शदाता, स्वास्थ्य मंत्रालय, बीजिंग)*

आम जनता की राय, विधायकों को प्रस्तावित मानसिक स्वास्थ्य कानून पर विवाद करने एवं पारित करने के लिए बढ़ावा देती है। जनता की राय प्राप्त करने की प्रक्रिया जल्द से जल्द शुरू करनी चाहिए। आदर्शतः परामर्श प्रक्रिया के दौरान जनता की राय पाना उचित है। परामर्श जनजागरण में सहायक होता है। इसलिए उसे जारी रखना उपयुक्त होगा। साथ ही मीडिया का इस प्रयोजन के लिए उपयोग हो सकता है। स्वास्थ्य मंत्रालय के मानसिक स्वास्थ्य के प्रभारी, व्यवसायी पत्रकारों को वृत्त, रिपोर्टें एवं साक्षात्कार (इंटरव्यू) के लिए आवश्यक सामग्री दे सकते हैं। मुख्य समूहों के लिए कार्यशालाएँ एवं संगोष्ठियों का आयोजन किया जा सकता है। इनमें नवीन कानून के मुख्य घटकों पर प्रकाश डाला जा सकता है।

इन गतिविधियों में मानसिक स्वास्थ्यसमर्थक समूह सक्रिय भूमिका निभा सकते हैं। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की लांछन के विरुद्ध लड़ाई में संगठनों को शक्ति देने का बहुमूल्य मौका नए कानून के विकास के कारण मिलता है। इस तरह मानसिक स्वास्थ्य कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को समुदाय में सामान्य जीवन जीने, शिक्षा पाने का मौका देता है; साथ ही सामाजिक प्रवृत्तियों पर असर डालता है।

### 4.2.2 सरकार की कार्यपालक शाखा और विधानमंडल के सदस्यों से मताग्रह करना

मानसिक स्वास्थ्य कानून की अंगीकरण प्रक्रिया को उत्तेजित करने की एक और महत्वपूर्ण गतिविधि है, सरकार की कार्यपालक शाखा और विधान मंडल के सदस्यों से मताग्रह करना। विधानमंडल के सदस्यों को वर्तमान मानसिक स्वास्थ्य कानून की त्रुटियाँ अथवा नकारात्मक मथितार्थ और मानसिक स्वास्थ्य कानून न होने के परिणाम सूचित करने चाहिए। प्रस्तावित कानून का निर्माण प्रेरित करने वाली सामाजिक जरूरतें, वह मुख्य विचार जिन पर कानून का प्रारूप आधारित है और प्रस्तावित कानून द्वारा मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र की वर्तमान कठिनाइयाँ भविष्य में दूर करने की संभावना आदि कानून से संबंधित मसले, उन्हें समझने की आवश्यकता है।

स्वास्थ्य मंत्रालय के मानसिक स्वास्थ्य के प्रभारी को इन से जुड़े सब मुख्य सदस्यों तथा विभिन्न राजनैतिक पार्टियों के सदस्यों से बार-बार बैठकें आयोजित करनी चाहिए। समय-समय पर इन लोगों को मानसिक स्वास्थ्य के तथ्य और अच्छे रिवाजों के बारे में जानकारी वाले लिखित दस्तावेज भेजने चाहिए और नीति एवं कानूनी पहल पर उनसे राय

मांगनी चाहिए। वास्तव में कानून की पूरी प्रक्रिया में - विशेष रूप से अंगीकरण चरण में - मताग्रह बहुत महत्वपूर्ण है, जिससे प्रस्तावित कानून का संसद में भेजा जाना और उसका विश्लेषण, चर्चा और प्रख्यापन के चरणों से गुजरते हुए आगे बढ़ना, सुनिश्चित होता है।

#### मानसिक स्वास्थ्य कानून का अंगीकरण: मुख्य मसले

- कानून पारित करने की अंतिम जिम्मेदारी संसद अथवा सर्वोच्च कानून निर्माता निकाय की है।
- कुछ देशों में मानसिक स्वास्थ्य कानून राज्य अथवा प्रांतीय (प्रोविन्शियल) जिम्मेदारी है, जब कि कुछ देशों में एक राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कानून होता है। जहाँ राष्ट्र और राज्य (स्टेट) दोनों के कानून लागू हैं, वहाँ राज्यों को राष्ट्रीय सिद्धांत का अनुपालन करना चाहिए।
- कुछ देशों में प्रशासनिक अध्यादेश द्वारा कानून प्रख्यापित किया जा सकता है और उसे संसद अथवा कानून निर्माता निकाय द्वारा बाद में अनुसमर्थित करना पड़ता है।
- कई विधानमंडल उपसमितियाँ गठित करते हैं, जो कानून पर विवाद करती हैं, जनता की राय और निविष्टियाँ (इनपुट) प्राप्त करती हैं और फिर उसे विधान मंडल में पारित करने के लिए प्रस्तुत किया जाता है।
- कानून पर विवाद के समय, आशोधन प्रस्तावित और अंगीकृत किए जा सकते हैं। यह प्रभावी ढंग से होने के लिए कानून निर्माताओं को किसी भी आशोधन / परिवर्तन के निहितार्थ की पूरी जानकारी दी जानी चाहिए।
- एक बार विधान मंडलों में कानून पारित होने के बाद अन्य कदम उठाने की आवश्यकता होती है: जैसे *मंजूरी* (राज्य प्रमुख के कानून पर हस्ताक्षर); *प्रख्यापन* (अंगीकृत कानून की अधिकृत घोषणा); और *प्रकाशन* (सरकार के अधिकृत कानूनी अध्यादेश के पाठ का मुद्रण)।
- कानून के अंगीकरण के दौरान जनता की राय लेने और बिल पारित करने तथा जनता को मसलों, परिवर्तनों और अवसरों के बारे में सूचित करने के लिए समर्थन जुटाने में मीडिया का उपयोग करना।
- कार्यपालक एवं विधानमंडल के सदस्यों से मताग्रह करना कानून की प्रक्रिया के सभी चरणों में जरूरी है (और विशेषतः अंगीकरण चरण पर) यह सुनिश्चित करने, कि लोगों के जीवन में सुधार लाने की पूरी क्षमता रखने वाला कानून, वास्तव में पारित किया जाता है।

## 5. मानसिक स्वास्थ्य कानून को कार्यान्वित करना

कार्यान्वयन तक ले जाने वाली प्रक्रिया आदर्शतः मानसिक स्वास्थ्य कानून की धारणा से शुरू होती है। कार्यान्वयन की कई कठिनाइयों का अभिनिर्धारण और उनकी सुधारात्मक कार्रवाई, प्रारूपलेखन और परामर्श चरण पर की जा सकती है। आधुनिक मानसिक स्वास्थ्य कानून की जटिलता उसे काम में लाने की कठिनाइयाँ बढ़ाती हैं। आम तौर पर प्रारूपलेखन और कानूनी प्रक्रिया की तरफ ज़्यादा ध्यान दिया जाता है और कार्यान्वयन की तैयारी तब तक नहीं की जाती, जब तक कानून विधिबद्ध नहीं होता।

कई देशों का अनुभव दर्शाता है कि कई बार पुस्तकों में कानून अलग होता है और प्रत्यक्ष व्यवहार में अलग। जिन देशों में मानसिक स्वास्थ्य कानून की परंपरा नहीं है, वहाँ तो कार्यान्वयन की समस्याएँ हैं ही किन्तु ऐसे देशों में भी हैं, जहाँ ऐसे कानूनों का इतिहास है।

विधायक / संसद की प्रक्रिया से गुजरने के बाद कानून विधिबद्ध होने में प्रायः थोड़ी अवधि लगती है। इस महत्वपूर्ण थोड़ी अवधि में कार्यविधि तय करना, पुनरीक्षा निकाय गठित करना, प्रशिक्षण देना और यह सुनिश्चित करना कि कानून विधिबद्ध होने पर कार्यान्वयन की तैयारी पूरी है, यह सब किया जा सकता है। जिन देशों में कानून के साथ विनियम संलग्न है वहाँ कानून विधिबद्ध करने से पहले विनियम तैयार एवं हस्ताक्षरित होने चाहिए।

कुछ देशों में कानून अंगीकृत होने के बाद निर्णय लिया जाता है कि कानून लागू करने से पहले कुछ अवधि दी जाए, जिससे कानून के कार्यान्वयन के लिए आवश्यक ढाँचा, प्राधिकारी तैयार कर सकें।

### 5.1 कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार निकायों का महत्व और भूमिका

कानून के प्रारूपलेखन के सदृश कार्यान्वयन के निरीक्षण का दायित्व कई प्रकार से हो सकता है। कानून के विभिन्न कार्य विभिन्न समूहों द्वारा किए एवं मॉनीटर किए जा सकते हैं। उदाहरणार्थ (दूसरे अध्याय में की गई सिफारिश के अनुसार) अगर विनियम और निरीक्षण निकाय स्थापित किए जाते हैं तो विशिष्ट कानूनी आवश्यकताओं का निरीक्षण,

उन्हें दिए गए कार्यों के ज़रिए करने के लिए वे बाध्य हो सकते हैं। जैसे कि विनियामक अथवा निरीक्षण निकायों को मरीजों के अधिकारों की रक्षा सुनिश्चित करने के लिए सुविधाओं का नियमित निरीक्षण करने का काम सौंपा जा सकता है। उन्हें शिकायतें सुननी पड़ेंगी और अंतर्वेधी तथा अनपलट उपचारों को मॉनीटर करना पड़ेगा। (अध्याय 2, सेक्शन 13 देखें।)

इन दायित्वों के ज़रिए वे मूल्यांकन कर सकेंगे कि विभिन्न कानूनी उपबंधों की पूर्ति हो रही है या नहीं। अगर ये पुनरीक्षा निकाय सीधे जिम्मेदार मंत्री को रिपोर्ट भेजते हैं तो मंत्री को कार्यान्वयन की सीमा और प्रभाव की जानकारी मिलती रहेगी। लेकिन इसका मतलब यह नहीं, कि सरकार स्वयं कानूनी आवश्यकताओं का पालन हो सकता है यह सुनिश्चित करने के मानदंड, मानक और संकेत स्थापित न करें। इन आवश्यकताओं को मॉनीटर और मूल्यांकित करना चाहिए और यदि कानून कार्यान्वित नहीं किया जाता तो आवश्यक कदम उठाने चाहिए।

### उदाहरण— पुर्तुगाल में कानून के निरीक्षण के लिए स्थापित आयोग

पुर्तुगाल में मानसिक स्वास्थ्य कानून ऐसा आयोग स्थापित करना बाध्य करता है, जिसका कार्य है “कानून प्रभावी होने के बारे में जानकारी इकट्ठा करना और उसका विश्लेषण करना” और “वर्तमान कानून के कार्यान्वयन के लिए आवश्यक उपाय सरकारों को प्रस्तावित करना।” इस दृष्टिकोण में कानून का मॉनीटरिंग समाविष्ट होता है और वह सुनिश्चित करता है कि मूल्यांकन और प्रतिसूचनाप्रक्रिया कार्यरत है। आयोग की संरचना यह सुनिश्चित करती है कि, उपयोगकर्ता और परिवारों के प्रतिनिधियों की आयोग पर कानूनी नियुक्ति द्वारा, इन समूहों के अधिकारों का विचार किया जाएगा।

*(वैयक्तिक संसूचन डॉ. जे. एम. कॅल्डस डी अल्मेडा, रीजनल एडवाइजर फॉर डब्ल्यू एच ओ रीजन ऑफ अमरीकाज, 2003)*

जो भी निरीक्षण माध्यम स्थापित किया जाए अथवा जिस भी निकाय को यह कार्य दिया जाता है, उसे समयसारणी, परिमेय लक्ष्य और आवश्यक प्रशासनिक और वित्तीय शक्ति दी जानी चाहिए, जिससे प्रभावी और शीघ्र कार्यान्वयन सुनिश्चित हो सके। ऐसे माध्यम / एजन्सी को अध्यादेश, प्राधिकार और पर्याप्त वित्तीय संसाधनों की आवश्यकता पड़ सकती है। उदाहरणार्थ निम्नलिखित के लिए :

- कार्यान्वयन के लिए नियम और कार्यविधि विकसित करना;
- कार्यान्वयन के अभिलेखन तथा मॉनीटरिंग के लिए मानकीकृत दस्तावेजीकरण लिखत तैयार करना;
- मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों को प्रशिक्षण की उचित प्रक्रिया और आवश्यक हो तो प्रमाणन कार्यविधि का प्रारंभ सुनिश्चित करना;
- मानव संसाधन मसलों को संबोधित करना। उदाहरणार्थ गैरचिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य व्यावसायियों (परिचारिकाएँ, उनके सहायक, मनोवैज्ञानिक, साइकिएट्रीक सामाजिक कार्यकर्ता) को अधिकृत करना जिससे वे विशिष्ट स्थितियों में पर्याप्त प्रशिक्षण एवं पर्यवेक्षण के बाद, विशेषज्ञों की तरह से कार्य कर सकें;
- कार्यान्वयन मॉनीटर करना।

कानूनी घटकों के कार्यान्वयन को मॉनीटर करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं को भेंट देना, अन्यायपूर्ण अनैच्छिक अवरोध और मरीज के अधिकारों को सीमित रखने के विरुद्ध एक बहुमूल्य सुरक्षा है। ऐसे भेंट देने वाले बोर्ड, मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में स्थितियाँ, यह सुनिश्चित करने के लिए, मॉनीटर कर सकते हैं, कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले मरीजों के अधिकारों का उपचार और देखभाल के ज़रिए उल्लंघन नहीं होता और कानून में दिए गए सुरक्षा उपाय मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं द्वारा कार्यान्वित किए जा रहे हैं।

साथ ही कानून के अनुसरण में, शिकायतों के लिए दी गई कार्यविधि का शीघ्र और प्रभावी कार्यान्वयन होना चाहिए। विशेषतः मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं को मानसिक स्वास्थ्य कानून में समाविष्ट उनके अधिकारों के बारे में, उपयोगकर्ता एवं उनके परिवारों को सजग बनाने और उनकी शिकायतों के निवारण के लिए शिकायत संबंधी कार्यविधि का उपयोग करने के लिए प्रयास करने चाहिए।

निरीक्षण निकाय के इन महत्वपूर्ण प्रावधानों के बावजूद, यह मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए सुरक्षा की गारंटी नहीं होती। कई देशों में ऐसे निकाय हैं किंतु मानव अधिकारों का उल्लंघन जारी है। यह हमेशा ध्यान में रखना चाहिए कि कानून में न्यायालय के अवलंब का प्रावधान है, और अगर ज़रूरी है तो उसका उपयोग करना चाहिए। कानून में अपराधों के लिए दंड का प्रावधान होता है और कोई भी नागरिक अथवा संगठन कानून के उल्लंघन की तरफ प्रॉसिक्यूटर अथवा अपराध न्यायप्रणाली के अन्य जिम्मेदार अधिकारी का ध्यान आकर्षित कर सकता है। (देखें अध्याय 2, सेक्शन 18)

**उदाहरण: चिली में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा करने के लिए राष्ट्रीय आयोग कदम उठाता है।**

चिली में संपूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्र के सुधार के हिस्से के रूप में मरीजों के अधिकारों पर एक नया चार्टर (अधिकार-पत्र) शुरू किया गया जो मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों का समर्थन और रक्षा के उपायों का कार्यान्वयन सुविधाकारक होने की आवश्यकता पूरी करता है। मानसिक बीमारी वाले लोगों की सुरक्षा के लिए राष्ट्रीय आयोग उपयोगकर्ताओं और परिवारों की सहभागिता से, मार्च 2001 में, शुरू किया गया। साइकिएट्रीक सुविधा में प्रविष्ट मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों के बारे में मानसिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की शिक्षा की प्रक्रिया, देश में शुरू हो गई है, जिसके सकारात्मक परिणाम सामने आए हैं। आक्रमक बर्ताव वाले मानसिक अस्वास्थ्य वालों के लिए साइको सर्जरी सामान्य बात थी, जो देशभर में प्रभावी रूप से बंद की गई, कुछ साइकिएट्रीक सुविधाओं में मानव अधिकारों का उल्लंघन होता था उसकी जाँच की जा रही है और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग और उनके परिवार, उपचार और पुनर्वास तक पहुँच के बारे में अपनी शिकायतें प्रस्तुत कर सके हैं। आयोग के काम का उदाहरण - उसकी स्थापना से पहले, हर वर्ष औसतन 40 मरीजों पर साइको सर्जरी होती थी। स्थापना के पहले दस वर्षों में आयोग के पास केवल ग्यारह मरीजों पर साइको सर्जरी के मूल्यांकन का अनुरोध था, जो अस्वीकार किया गया क्योंकि मरीज के लिए कम खतरे वाले उचित हस्तक्षेप उपलब्ध थे।

*(वैयक्तिक संसूचन डॉ. ए. मिनोलेटी, मिनिस्ट्री ऑफ हेल्थ, चिली, 2002)*

## 5.2 प्रसार और प्रशिक्षण

सामान्य जनता, व्यवसायी, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोग और उनके परिवार तथा उनकी तरफ से कार्यरत हिमायती संगठन नए कानून द्वारा लाए गए परिवर्तनों के बारे में प्रायः बहुत कम जानते हैं। कुछ प्रसंगों में उन्हें, परिवर्तनों की जानकारी होती है किन्तु जिन कारणों से परिवर्तन किए गए, उन कारणों का औचित्य उन्हें मान्य नहीं होता और इसलिए वे कानून के अनुसार कार्य नहीं करते। जब मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित उनके प्रचलित अभ्यास में महत्वपूर्ण बदल मानसिक स्वास्थ्य कानून को अपेक्षित हैं, तब यह विशेषतः सच है।

### 5.2.1 जनता की शिक्षा और जागरण

मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक अस्वास्थ्य और अस्वास्थ्य अनुभवने वाले लोगों की ओर की मनोवृत्ति पर, विशिष्ट समाज के सांस्कृतिक और सामाजिक मूल्यों, विश्वासों, प्रवृत्तियों और परंपराओं का प्रभाव होता है। मानसिक अस्वास्थ्य से संलग्न लांछन, कल्पित बातें एवं गलत संकल्पनाएँ मानव अधिकारों के परिसीमन एवं विभेदन की ओर ले जाती हैं और मानव अधिकारप्रणित कानून के प्रभावी कार्यान्वयन में रुकावटें बन जाती हैं।

मानसिक स्वास्थ्य के बारे में जानकारी (नवीन कानून में दिए गए अधिकारों की जानकारी सहित) का प्रसार, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की तरफ की जनता की प्रवृत्तियाँ बदलने में सहायक हो सकता है। जनजागरण के कार्यक्रमों में कानून के विशेष प्रावधानों पर प्रकाश डालने की आवश्यकता है। इसमें इनका स्पष्टीकरण देना ज़रूरी है, जैसे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच के बारे में कानून में उपबंध क्यों जोड़े गए। इसमें मीडिया महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकती है। मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों का सम्मान करने के महत्त्व पर प्रकाश डालने तथा मानसिक अस्वास्थ्य के उपचार में प्रगति और खासकर समुदाय आधारित पुनर्वास कार्यक्रमों के प्रभावी परिणाम के बारे में जनता को शिक्षित करने में सहायता करना, इसमें शामिल है।

### 5.2.2 उपयोगकर्ता, परिवार और हिमायती संगठन

मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं, उनके परिवार सदस्यों और हिमायती संगठनों को शिक्षा देने, सूचित करने एवं प्रशिक्षण देने की आवश्यकता है। इन्हें व्यक्तिगत रूप से और / अथवा समूह के रूप में, यह जानना ज़रूरी है कि, कानून क्या कहता है और विशेषतः कानून में उनके अधिकारों के बारे में क्या लिखा है। उपयोगकर्ता और उनके परिवारों के गैर सरकारी संगठनों को मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रारूप लेखन, परामर्श और अंगीकरण की पूरी प्रक्रिया की गतिविधियों में शामिल करने के महत्त्व पर इस अध्याय में बल दिया गया है। फिर भी सभी उपयोगकर्ता अथवा परिवार सदस्य इस प्रक्रिया में शामिल नहीं हुए होंगे, और कानून पारित करने के बाद उन सभी को सूचित करना चाहिए।

उपयोगकर्ताओं और परिवार सदस्यों के संगठन एवं हिमायती संगठनों को सजगता कार्यक्रमों में शामिल किया जा सकता है। कुछ देशों में जिनमें उपयोगकर्ता और परिवार संगठन सुस्थापित नहीं हैं अथवा जानकारी के प्रसारार्थ वित्तीय संसाधन नहीं हैं तब सूचना के प्रसारार्थ प्रक्रिया ढूँढनी पड़ेगी। ज्यादा जानकारी के लिए देखें मोड्यूल ऑन एडवोकेसी फॉर मेंटल हेल्थ (डब्ल्यू एच ओ 2003बी) [http://www.who.int/mental\\_health/resources/policy\\_services/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/)

### उदाहरण: ऑस्ट्रेलिया में प्रभावी कार्यान्वयन के लिए समर्थन सेवाओं का उपयोग

ऑस्ट्रेलिया में मरीजों के लिए, व्यापक कार्यों समेत समर्थनसेवा स्थापित की गई है। यह सेवा, साइकिएट्रीक अस्पतालों में प्रविष्ट मरीजों की, न्यायालयीन कार्यवाहियों में कानूनी प्रतिनिधित्व करती है। यह सेवा मरीजों के अधिकारों पर परामर्श और जानकारी सभी मरीजों, उनके परिवारों तथा मित्रों और हितबद्ध लोगों को देती है। दो लाभनिरपेक्ष संगठन यह सेवा चलाते हैं और ऑस्ट्रेलियन फेडरल मिनिस्ट्री ऑफ जस्टिस द्वारा यह सेवा पर्यवेक्षित होती है। ये संगठन प्रशिक्षण, मार्गदर्शन और मरीज के वकीलों के पर्यवेक्षण के लिए जिम्मेदार हैं। मरीज के वकील की सेवाएँ गोपनीय हैं और सभी मरीजों के लिए निशुल्क उपलब्ध की जाती हैं। सभी अनैच्छिक मरीजों को, अपने आप मरीज के वकील नियुक्त हो जाते हैं।

(बीरमैन, 2000)

### 5.2.3 मानसिक स्वास्थ्य, स्वास्थ्य और अन्य व्यवसायी

मानसिक स्वास्थ्य, स्वास्थ्य और अन्य व्यवसायियों द्वारा मानसिक स्वास्थ्य कानून का पूरा ज्ञान प्रभावी कार्यान्वयन के लिए बहुत महत्वपूर्ण है। इसलिए इस संदर्भ में स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी और कर्मचारी, कानून लागू करनेवाली एजेन्सियाँ (पुलिस और न्यायिक प्रणाली), वकीलों, सामाजिक कार्यकर्ताओं, अध्यापकों और मानव संसाधन प्रशासकों को विशेष प्रशिक्षण देना ज़रूरी है। प्रशिक्षण के लिए संयुक्त मंच, जिसमें स्वास्थ्य और गैर स्वास्थ्य शाखाओं से व्यवसायी आपस में विचारों का आदान-प्रदान कर सकते हैं, वे मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक अस्वास्थ्य के बारे में, तथा मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकार एवं उनके साथ आदान-प्रदान में काम लाई जाने वाली सर्वसाधारण भाषा के बारे में बेहतर समझदारी पैदा कर सकते हैं। स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी और कर्मचारियों के प्रशिक्षण में उपचार और देखभाल तथा अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए सही कार्यविधि के मसले महत्वपूर्ण हैं।

कानून के ध्यान पूर्वक किए गए प्रारूपलेखन के बावजूद ऐसे खंड निश्चित रूप से होते हैं, जो संदिग्ध हैं अथवा उनके उद्देश्य तथा निहितार्थ समझ में नहीं आते। प्रशिक्षण से कानून के हर खंड का पूरा अन्वेषण और संपूर्ण चर्चा में उसका अर्थ और निहितार्थ मिल सकेगा।

### उदाहरण: दक्षिण आफ्रीका में मानसिक स्वास्थ्य कानून के कार्यान्वयन के लिए प्रशिक्षण

दक्षिण आफ्रीका में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम 2002 के कार्यान्वयन के लिए प्रशिक्षण में “न्यूनतम प्रतिबंधक परिवेश” और “उपयोगकर्ता के सर्वोच्च हित में” जैसे छोटे खंडों पर कई घंटों तक विवाद हुआ जो विभिन्न परिवेशों / सुविधाओं और विभिन्न परिदृश्यों में उनके कार्यान्वयन से संबंधित रहा। सहभागियों ने विचार व्यक्त किया कि प्रशिक्षण और इन खंडों के निहितार्थ पर ध्यान केंद्रित करने वाले प्रशिक्षण के बिना, उनका महत्व ध्यान में नहीं आया और जिन कारणों से इन्हें शामिल किया गया था, वे कार्यान्वयन में खो जाएँगे।

(वैयक्तिक संसूचन एम. फ्रीमन, डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ, साउथ आफ्रीका 2003)

#### 5.2.4 जानकारी और मार्गदर्शन सामग्री विकसित करना

विभिन्न भूमिका निभाने वाले जैसे स्वास्थ्य व्यवसायियों, मरीज और परिवार सदस्य आदि लोगों के लिए जानकारी देने के उद्देश्य से मार्गदर्शी पुस्तक (अथवा पुस्तकें) विकसित की जा सकती हैं। मार्गदर्शी पुस्तक कानून के ऐसे पहलुओं के बारे में विशिष्ट जानकारी दे सकती है जो समझने में कठिन है। यह व्याख्या के बारे में ब्योरे और मार्गदर्शन दे सकती है। विभिन्न प्रक्रियाओं (जैसे अनैच्छिक प्रवेश और उपचार की प्रक्रियाएँ) को सुस्पष्टता से दर्शाने के लिए अल्गोरिदम (नियम) विकसित किए जा सकते हैं और प्रक्रिया के किस चरण पर कौन-सा फॉर्म भरना आवश्यक है यह भी दिखाया जा सकता है।

#### उदाहरण : ब्रिटिश कोलंबिया ने “गाइड टू दि मेंटल हेल्थ एक्ट” विकसित किया

ब्रिटिश कोलंबिया में नए कानून के कार्यान्वयन में सहायता के लिए “गाइड टू दि मेंटल हेल्थ एक्ट” विकसित किया गया था। यह पूरे एक्ट की झलक प्रस्तुत करता है। साथ ही समुदाय फिजिशन अनैच्छिक मरीज को कैसे प्रमाणित कर सकता है, परिवार कैसे फिजिशन और न्यायालय तक पहुँचने में सहायता प्राप्त कर सकते हैं और पुलिस के लिए निकष और कार्यविधि आदि के बारे में परिशिष्ट जोड़े गए हैं।

(वैयक्तिक पत्राचार - डॉ. जॉन ग्रे इंटरनेशनल असोसिएशन ऑफ जेरोटोलॉजी, कनाडा)

कार्यसंहिता, जैसे रूप में व्यवसायियों को औपचारिक मार्गदर्शन यह सुनिश्चित करने का महत्वपूर्ण तरीका है, कि कानून उचित रूप से कार्यान्वित होता है। ऐसा मार्गदर्शन कानून के मूल्य एवं सिद्धांतों पर फिर से बल देता है और संगत “केस लॉ” (कानूनी मामले) देते हुए यह स्पष्ट करता है कि कानून के विभिन्न पहलू, क्या प्राप्त करने के हेतु से बनाए गए।

#### उदाहरण— इंग्लैंड और वेल्स के लिए “कोड ऑफ प्रैक्टिस”

इंग्लैंड और वेल्स में मानसिक स्वास्थ्य कानून द्वारा निर्देशित है कि सेक्रेटरी ऑफ स्टेट फॉर हेल्थ “कोड ऑफ प्रैक्टिस” प्रस्तुत करें। यह मार्गदर्शन, मूल कानून का काफ़ी विवरण देता है और व्यवसायी तथा जनता को यह देखने का मौका देता है कि कैसे कानून को कार्यान्वित किया जाना चाहिए।

(देखें [www.doh.gov.uk/mhac.1983.htm](http://www.doh.gov.uk/mhac.1983.htm).) (मेंटल हेल्थ एक्ट 1983, कोड ऑफ प्रैक्टिस (1999) लंडन स्टेशनरी ऑफिस)

#### 5.3 वित्तीय और मानव संसाधन

कार्यान्वयन की गति और प्रभाव प्रयास वित्तीय संसाधनों की उपलब्धता पर निर्भर है। वित्तीय अवरोधों के कारण कार्यान्वित न किए जा सकने वाले कानून बनाने की कठिनाइयों पर पहले ही चर्चा की गई है (देखें अध्याय 2 सेक्शन 4)। अतिरिक्त संसाधन समस्या यह है कि नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून, प्रायः संस्था से समुदायआधारित देखभाल की तरफ बदलाव चाहता है और इसके लिए, अतिरिक्त निधिकरण जरूरी है। बाद में जाकर निधि का आबंटन, संस्थाओं से हटाकर समुदाय आधारित सुविधाओं की तरफ मोड़ देना व्यवहार्य हो सकता है, लेकिन जब तक समुदाय आधारित सुविधाएँ पर्याप्त सेवाएँ देने के लिए पूरी विकसित नहीं होतीं, उस अल्पावधि के लिए संस्था और समुदायआधारित सुविधाएँ दोनों होनी चाहिए।

देश के बजट अथवा स्वास्थ्यबजट का कौनसा हिस्सा मानसिक स्वास्थ्य पर खर्च करना चाहिए, यह विवाद का विषय हो सकता है और यह विषय इस मार्गदर्शी पुस्तक से बाहर का है। लेकिन यह कहना महत्वपूर्ण है कि मानसिक स्वास्थ्य को अन्य स्वास्थ्य देखभाल मसलों की तुलना में प्रायः कम प्राथमिकता दी जाती है और अच्छे मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए संसाधनों के बेहतर और न्याय्य आबंटन की आवश्यकता है। दूसरे, मानसिक स्वास्थ्य कानून के अंतर्भूत विभिन्न प्रावधानों के लिए संसाधन वितरण कैसे होना चाहिए, यह संघर्ष का विषय हो सकता है। उदाहरणार्थ क्या संसाधनों का उपयोग, समुदाय देखभाल में अतिरिक्त कर्मचारी नियुक्त किए जाने के लिए किया जाए अथवा मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय स्थापित करने तथा चलाए जाने के लिए ?



प्रगामी कानून के कई पहलुओं को कार्यान्वित करने के लिए पर्याप्त बजटरी प्रावधान ज़रूरी होंगे। पुनरीक्षा निकाय की स्थापना और परिचालन हेतु, मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों का कानून उपयोग करने के हेतु प्रशिक्षण करने और कानून के मुताबिक मानसिक स्वास्थ्यसेवाओं में आवश्यक परिवर्तन करने के लिए निधि ज़रूरी है। मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रारूप-लेखन और अंगीकरण प्रक्रिया के साथ-साथ ही वित्तीय प्रावधानों के लिए बातचीत की जानी चाहिए। (मानसिक स्वास्थ्य वित्त पोषण से संबंधित मसले *मेंटल हेल्थ पॉलिसी और सर्विस गाइडन्स पैकेज* में मिल सकते हैं। *मेंटल हेल्थ फाइनांसिंग* (डब्ल्यू एच ओ, 2003 डी) :

[http://www.who.int/mental\\_health/resources/policy\\_services/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/)

#### उदाहरण : मानसिक स्वास्थ्य कानून के प्रभावी कार्यान्वयन में रुकावटें और सुविधाजनक घटक

रुकावटें	सुविधाजनक घटक
मानसिक स्वास्थ्य कानून के कार्यान्वयन में समन्वयक कार्रवाई की कमी (कार्यान्वयन प्रक्रिया के निरीक्षण हेतु केंद्रीकृत एजेन्सी अथवा प्राधिकरण की अनुपस्थिति)।	एक समन्वयक एजेन्सी की नियुक्ति करना अथवा ऐसी एजेन्सी (जैसे मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय) जो कार्यान्वयन प्रक्रिया का निरीक्षण करेगी, की नियुक्ति, सुनिश्चित करने के लिए उसे कानून के लेख में सम्मिलित करना।
नए मानसिक स्वास्थ्य कानून द्वारा लाए गए बदलों के विषय में आम जनता, उपयोगकर्ताओं और देखभालकर्ताओं के ज्ञान की कमी, गलतफहमी विरोध।	जनता को शिक्षित करना और जनजागरण अभियान से नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून के उपबंध और मूलाधार पर प्रकाश डालना।
मानसिक स्वास्थ्य, स्वास्थ्य और अन्य व्यवसायी, मानसिक स्वास्थ्य कानून के उपबंधों से अनभिज्ञ हैं अथवा उनका विरोध करते हैं।	मानसिक स्वास्थ्य, स्वास्थ्य और अन्य व्यवसायियों के लिए प्रशिक्षणकार्यक्रम आयोजित करना, जिसमें मानसिक स्वास्थ्य कानून के उपबंधों पर स्पष्टीकरण समाविष्ट किया जा सकता है।
कानून के कुछ अधिदेशों को कार्यान्वित करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य मानव संसाधन की कमी।	जनरल (आम) स्वास्थ्य व्यवसायियों और कर्मचारियों को मानसिक स्वास्थ्य का प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए। ज़्यादा जानकारी के लिए <i>ऑरगनाइजेशन ऑफ सर्विसेज फॉर मेंटल हेल्थ</i> (डब्ल्यू एच ओ 2003 सी) और <i>ह्यूमन रिसोर्सेज एण्ड ट्रेनिंग इन मेंटल हेल्थ</i> (डब्ल्यू एच ओ 2005) मोड्युलज़ देखें तथा <a href="http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/">http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/</a> देखें।
कानून के कार्यान्वयन के लिए ज़रूरी प्रक्रियाएँ विकसित करने हेतु अपर्याप्त निधि (जैसे समर्थन, जागरण प्रशिक्षण, विज़िटिंग बोर्डज़, शिकायतकार्यविधि आदि के लिए)।	मानसिक स्वास्थ्य और सुरक्षा के लिए अतिरिक्त निधि, मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य कानून के कार्यान्वयन के लिए, आबंटित करनी चाहिए।

सभी देशों में कानून के कार्यान्वयन के लिए मानव संसाधन मसले महत्वपूर्ण होते हैं। सामान्य स्वास्थ्य देखभाल और समुदाय दोनों में विशेष मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के अंतर्गत प्रभावी मानसिक स्वास्थ्य देखभाल दी जाने के लिए मानसिक स्वास्थ्यव्यवसायी अत्यावश्यक हैं। व्यवसायियों की पर्याप्त संख्या अथवा पर्याप्त प्रशिक्षण के बिना मानसिक स्वास्थ्य कानून का प्राथमिक-उद्देश्य “मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार करना” विफल हो जाएगा। साथ ही कानून के कार्यान्वयन में विभिन्न भूमिका निभाने वाले सभी के प्रशिक्षण में निवेश ज़रूरी है (उदाहरणार्थ न्याय तंत्र, पुलिस, मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय में कार्यरत लोग)। इससे सुनिश्चित किया जा सकेगा कि, वे कानून के सभी पहलुओं और कानून के प्रावधानों को कार्यान्वित करने में, उनकी भूमिकाएँ एवं दायित्व से परिचित हैं।

#### मानसिक स्वास्थ्य कानून का कार्यान्वयन: मुख्य मसले

- नवीन मानसिक स्वास्थ्य कानून का सुयोग्य प्रारंभ सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण तैयारी आवश्यक है। कानून पारित होने और विधिबद्ध होने के बीच का समय कार्यान्वयन की कार्यविधियों का प्रबंध करने का महत्वपूर्ण समय है जिसमें पुनरीक्षा निकायों की स्थापना, नए कानून पर लोगों को प्रशिक्षण और कार्यान्वयन करने वालों को तैयार करना, शामिल है।
- मानकीकृत फॉर्म और अन्य प्रशासनिक प्रक्रिया उचित रूप में होने से परिवर्तन प्रक्रिया सरल हो सकती है।
- कानून के कार्यान्वयन को मॉनीटर करने के लिए कार्यविधि तय करनी चाहिए। यह कार्य स्वतंत्र निकाय और/अथवा स्वयं कार्यान्वयन एजेंसी (जैसे सरकार) कर सकती है।
- कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग निकाय को समयसारणी अंतर्गत प्राप्य लक्ष्य और कार्य करने के अधिकार होने चाहिए।
- जनता की प्रवृत्ति में परिवर्तन लाना और लांछन एवं विभेदन की मात्रा कम करना आदि कानून के सफल होने की दृष्टिसे महत्वपूर्ण होते हैं।
- उपयोगकर्ता, परिवार और हिमायती समूह को कानून का पूरा ज्ञान होना चाहिए जिससे अधिकतम लाभ हो सके। इन सभी समूहों का प्रशिक्षण, कार्यान्वयन का महत्वपूर्ण पहलू है।
- कानून के उद्देश्यों को अमल में लाने के लिए मानसिक स्वास्थ्य और अन्य व्यवसायियों को प्रशिक्षण देना ज़रूरी है।
- कानून सही अर्थ में कार्यान्वित करने में मानव और वित्त संसाधन की संगत प्राधिकारियों से आपूर्ति होनी चाहिए। कानून के प्रारूपलेखन एवं अंगीकरण के साथ इन संसाधनों के लिए भी समन्वित प्रावधान करने चाहिए।

जैसा कि हमने पहले देखा है, मानसिक स्वास्थ्य पर प्रगामी कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा का महत्वपूर्ण साधन है। इस ‘मार्गदर्शी पुस्तक’ में हमने प्रमुख अंतर्राष्ट्रीय और क्षेत्रीय मानव अधिकार मानदंडों पर प्रकाश डाला है जिन्हें सम्मान देना, रक्षा करना, और पूर्ति करना, सरकार के लिए बाध्यकारी है। इस पुस्तक में कौन से मसले एवं प्रावधान प्रगामी मानसिक स्वास्थ्य कानून में समाविष्ट करने हैं, उनका अभिनिर्धारण किया है। अंततः यह, मानसिक स्वास्थ्यकानून के प्रभावी प्रारूपलेखन, अंगीकरण तथा कार्यान्वयन के लिए उत्कृष्ट व्यवहार नीतियों की जाँच करती है और कठिनाइयाँ एवं रुकावटें प्रदर्शित करती है तथा उनपर काबू पाने के उपाय भी सुझाती है।

यह हर देश की ज़िम्मेदारी है कि वह इस जानकारी का उपयोग करे और मानसिक स्वास्थ्य कानून तथा उसके कार्यान्वयन के सफल प्रारंभ, विकास अथवा सुधार के लिए आवश्यक राजनीतिक वचनबद्धता दिखाए।

## References

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders: DSM – IV*, 4th ed. Washington, DC.
- Arboleda-Flórez J (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva, WHO: 57-70.
- Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000). When mental health becomes a priority. *Salud Mental [Mental Health]*, 23(5): 35-40. (In Spanish)
- BBC News (1998). Shackled day and night in Nigeria. BBC News web site at: (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/76130.stm>), accessed on 10 April.
- Beermann E. (2000). Patients' rights protections, mental health legislation and patients' advocacy services in Austria: Recognition and protection of patients' rights. Paper presented at the International workshop in Budapest, 19-21 May 2000. Organized by the Hungarian Civil Liberties Union, supported by The Ford Foundation: 66-73.
- Bertolote JM, Sartorius N (1996). WHO initiative of support to people disabled by mental illness: Some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11(Suppl. 2), 56s-59s.
- Congo v. Ecuador*, Report 63/99, Case 11.427, April 13, 1999, Inter-American Commission of Human Rights, Organization of American States.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Prepared in collaboration with the World Health Organization. Geneva, WHO.
- Gostin LO (2000). Human rights of persons with mental disabilities. The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2):125-159.
- Harrison K (1995). Patients in the community. *New Law Journal*, 276:145.
- Henderson C et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329:136.
- International Digest of Health Legislation* (2000). (<http://www.who.int/idhl>). Geneva, World Health Organization.
- Livesley J (2001). *The Handbook of Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press.
- Mental Disability Advocacy Center (MDAC) (2003). *Caged Beds: Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries*, Budapest, Mental Disability Advocacy Center.
- Mental Disability Rights International (2000). *Report on Human Rights and Mental Health: Mexico*. Washington DC, Mental Disability Rights International.
- Rosenthal E, Éva Szeli E (2002). *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International.
- Rosenthal E, Sundram C (2002). International Human Rights in Mental Health Legislation. *New York Law School Journal of International and Comparative Law*. Volume 21 (3), p.469.

*Schuurs v. the Netherlands*, App. No 10518/83, 41 Dec., & Rep.186, 188-189, 1985, European Commission of Human Rights, Council of Europe.

Sperry L (2003). *Handbook of Personality Disorder: DSM-IV-TR*. New York, Brunner and Rutledge.

*Starson v. Swayze*, [2003] 1 S.C.R. 722, 2003 SCC 32. Ontario, Canada. 6 June 2003.

Swartz MS et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156:1968–1975.

Thomas T (1995). Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal*, 145:565.

Torrey EF (1995). Jails and prisons - America's new mental hospitals. *American journal of Public Health* 85: 1611-3.

United Nations (2003). Progress of efforts to ensure the full recognition and enjoyment of the human rights of persons with disabilities. *Report of the Secretary-General, to the United Nations General Assembly A/58/181*, July 2003.

Wachenfeld M (1992). The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law*, 107:292.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2001). Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Position paper. Approved at the WNUSP General Assembly in Vancouver, Canada, July 2001. (<http://www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/positionpaper.html>)

WHO (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001a). *Atlas: Mental Health Resources in the World: 2001*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001b). *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001c). *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. ([http://www.who.int/mental\\_health/resources/policy\\_services/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/))

WHO (2001d). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2)*. Final draft, full version. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003b). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003c). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003d). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

References to International Human Rights and Mental Health Standards and Documents

*Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights* (1988). Organization of American States, Treaty Series No. 69 (1988) signed 17 November 1988. ([www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm](http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm))

*African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights* (1982) adopted 27 June 1981. Organization of African Unity, doc., CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986. ([http://www.achpr.org/english/\\_info/charter\\_en.html](http://www.achpr.org/english/_info/charter_en.html))

*American Convention on Human Rights* (1978). Adopted at the Inter-American Specialized Conference on Human Rights, San José, Costa Rica, 22 November 1969. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>)

*American Declaration of the Rights and Duties of Man* (1948). Approved by the Ninth International Conference of American States, Bogotá, Colombia, 1948. (<http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>)

*Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment*. Adopted by United Nations General Assembly resolution 43/173 of 9 December 1988. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp36.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm))

*Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations General Assembly resolution 39/46, annex, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Entered into force 26 June 1987. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_cat39.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm))

*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (1979). Adopted by United Nations General Assembly resolution 34/180, of 18 December 1979. ([www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm))

*Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination* (1965). Adopted by UN General Assembly Resolution 2106 (XX) of 21 December 1965. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d\\_icerd.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm))

*Convention on the Rights of the Child* (1989). Adopted by United Nations General Assembly resolution 44/25 of 20 November, 1989. (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>)

*Declaration of Caracas* (1990). Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened in Caracas, Venezuela, by the Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>)

*Declaration of Madrid* (1996). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association on 25 August 1996 and amended by the General Assembly in Yokohama, Japan in August 2002. (<http://www.wpanet.org/home.html>).

*Declaration of Hawaii* (1983). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna, Austria on 10 July 1983. (<http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html>)

*Eighth General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997*, CPT/Inf (98) 12 (1998). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. Council of Europe, 31 August 1998. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>)

*European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*(1987). Adopted by the Council of Europe, 26 November 1987. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>)

*European Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being, with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* (1996). Adopted by the Council of Europe, 19 November 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>)

*European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms* (1950). Adopted by the Council of Europe, 4 November 1950. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>)

*European Social Charter* (1961). Adopted by the Council of Europe 18 October 1961. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>)

*European Social Charter - revised* (1996), adopted by the Council of Europe, 3 May 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>)

*Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders* (1996). Geneva, World Health Organization. ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO\\_MNH\\_MND\\_95.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf))

*Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities* (1999). Adopted at Guatemala City, Guatemala, at the twenty-ninth regular session of the General Assembly of the OAS, AG/RES. 1608, 7 June 1999. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>)

*International Covenant on Civil and Political Rights* (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ccpr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm))

*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_cescr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm))

*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (2002). Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). ([http://www.cioms.ch/frame\\_guidelines\\_nov\\_2002.htm](http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm))

*Mental Health Care Law: Ten Basic Principles* (1996). Geneva, World Health Organization. ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_MNH\\_MND\\_96.9.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf))

*Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care* (MI Principles) (1991). UN General Assembly Resolution 46/119 of 17 December 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).

*Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill* (2001). Annual report of the Inter-American Commission on Human Rights 2000, IACHR, OAS/ser/L/V/II.111/doc. 20, rev (2001). (<http://www.cidh.org/annualrep/2000eng/chap.6e.htm>)

*Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights* (1994). Council of Europe. (<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>)

*Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education* (1994). Paris, UNESCO. ([http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA\\_EPDF](http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_EPDF))

*Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985). United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, United Nations, Economic and Social Council. ([www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html](http://www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html))

*Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, in Geneva, 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_comp34.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm))

*Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (1993). UN General Assembly Resolution 48/96 of 20 December 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>)

*Recommendation No. Rec (2004)10 Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder* (2004). Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 22 September 2004. ([http://www.coe.int/T/E/Legal\\_affairs/Legal\\_cooperation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf))

*Resolution on a Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons With Disabilities*. United Nations General Assembly Resolution 56/168, 26 February 2002. ([http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres\(B\).htm](http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres(B).htm))

*Universal Declaration of Human Rights* (1948). Adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948. (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>)

*Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights* (1997). UNESCO. ([http://www.unesco.org/shs/human\\_rights/hrbc.htm](http://www.unesco.org/shs/human_rights/hrbc.htm))

*Vienna Declaration and Programme of Action* (1993). UN General Assembly A/CONF.157/23 adopted by the World Conference on Human Rights on 25 June 1993. ([http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument)).

## Bibliography

---

- Araya R et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Breakey WR (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York, Oxford University Press.
- Busfield J (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T et al., eds. *Mental health matters: A reader*. London, MacMillan.
- Edwards G et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Goodwin S (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London, Sage Publications.
- Grisso T, Appelbaum PS (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.
- Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Australia) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, December 1996.
- Mann J et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6-22.
- Menzies R, Chun DE, Webster CD (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano LA, McCormic KRE, eds. *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canadian Scholars Print.
- Monahan J (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.
- Neugeboren J (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. New York, William Morrow and Company, Inc.
- Nilstun T, Syse A (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31-34.
- Streeter PA (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166-170.
- Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.
- WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Geneva, World Health Organization.





विश्व स्वास्थ्य संगठन

## मानसिक स्वास्थ्य कानून पर वि.स्वा.सं. की जाँच सूची

यह जाँच सूची वि. स्वा. सं. के कार्मिक डॉ. मिशेल फूंक, नैटली ड्रू, डॉ. मागरिट ग्रिग और डॉ. बेनेडेट्टो साराचिनो द्वारा विकसित की गई है। इस कार्य में वि. स्वा. सं. के कानून के संकाय सदस्य प्रोफेसर मेलविन फ्रिमन और डॉ. सौमित्र पाठारे तथा डॉ. हेलेन वॉचिर्स का सहयोग रहा है। वि.स्वा.सं. की मानसिक स्वास्थ्य कानून पर मार्गदर्शी पुस्तक से यह जाँच सूची ली गई है जिसे मानसिक स्वास्थ्य नीति और सेवा विकास दल, मानसिक स्वास्थ्य एवं पदार्थ दुरुपयोग (सबस्टन्स अब्यूज) विभाग, वि.स्वा.सं. द्वारा तैयार किया गया है।

## परिचय और यह जाँच सूची कैसे प्रयुक्त की जाए

यह जाँच सूची *वि.स्वा.सं. की मानसिक स्वास्थ्य, मानव अधिकार और कानून पर मार्गदर्शी पुस्तक* की साथी है। इसके उद्देश्य हैं : (ए) प्रचलित मानसिक स्वास्थ्य कानून की पर्याप्तता और व्यापकता की पुनरीक्षा में विभिन्न देशों की मदद करना; और (बी) नवीन कानून के प्रारूपलेखन की प्रक्रिया में सहायता पहुँचाना। यह जाँच सूची विभिन्न देशों को यह मूल्यांकन करने में सहायता पहुँचा सकती है कि कानून में महत्वपूर्ण घटक समाविष्ट किए गए हैं या नहीं। साथ ही यह सुनिश्चित करने कि मार्गदर्शी पुस्तक में जो व्यापक सिफारिशें की गई हैं, उनकी ध्यानपूर्वक जाँच की गई है और उनपर विचार किया गया है।

जाँच सूची का प्रयोग करने के लिए *समिति* गठन की जानी चाहिए। स्वास्थ्य मंत्रालय का कोई एक व्यक्ति जाँच सूची पूरी कर सकता है लेकिन उसकी कुछ परिसीमाएँ हैं। प्रथमतः किसी भी एक व्यक्ति के पास पूरी सुसंगत जानकारी नहीं हो सकती जो एक अच्छी तरह से चयनीत दल कर सकता है। विभिन्न व्यक्ति अथवा विभिन्न दलों के प्रतिनिधि विविध मसलों पर अलग अलग राय रख सकते हैं। मूल्यांकन समिति जिस आलोचनात्मक वादविवाद की अनुमति देकर सर्वसम्मति बनाती है, वह अमूल्य है। यद्यपि समिति की संरचना का निर्णय हर देश का स्वयं अपना है, सलाह दी जाती है की निम्नलिखित को ऐसी समिति में सम्मिलित करना चाहिए :- विभिन्न राष्ट्रीय कानूनों से परिचित कानूनी व्यवसायी, सरकारी मानसिक सेवा का केंद्र बिंदू - सेवा के उपयोगकर्ता और परिवार समूह के प्रतिनिधि एवं मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों के प्रतिनिधि, गैर सरकारी संघटन तथा विभिन्न सरकारी विभागों के प्रतिनिधि। सिफारिश की जाती है कि एक स्वतंत्र मानव अधिकार और / अथवा कानून विशेषज्ञ द्वारा प्रक्रिया चलाई जाए और व्यवहृत की जाए।

*मार्गदर्शी पुस्तक का पूरी तरह से अध्ययन किए बिना* यह जाँच सूची सामान्यतः *इस्तेमाल नहीं की जानी चाहिए*। जाँच सूची में सम्मिलित कई महत्वपूर्ण मदें मार्गदर्शी पुस्तक में स्पष्ट की गई हैं। उनके मूलाधार और कानून के विभिन्न पर्यायों पर चर्चा की गई है। मार्गदर्शी पुस्तक बल देती है कि विविध विकल्पों और कानून के प्रारूपलेखन के तरीके एवं कई पाठ्यगत मसलों पर विभिन्न देशों को अपना निर्णय स्वयं करना चाहिए।

इस जाँच सूची का प्रयत्न ऐसे लचीलेपन की अनुमति देता है और आंतरिक वाद-विवाद का समर्थन करने का लक्ष्य रखता है। इस तरह विभिन्न देशों को अपनी-अपनी विशिष्ट स्थितियों के आधार पर निर्णय लेने का मौका मिलता है।

जाँच सूची में व्यापक दृष्टिकोन से मामले समाविष्ट किए गए हैं और कई प्रावधानों को विभिन्न देशों की जरूरतों के अनुसार ब्योरेवार विस्तारने अथवा ठोस करने की आवश्यकता होगी। विभिन्न देशों के सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक और राजनैतिक घटकों के कारण सभी देशों के लिए सभी प्रावधान समान रूप से संगत नहीं होंगे। उदाहरणार्थ सभी देश समुदाय उपचार आदेशों का चयन नहीं करेंगे, न ही, सभी देशों को “विरोध न करने वाले” (नॉन प्रोटेस्टिंग) मरीज का प्रावधान आवश्यक होगा। अधिकांश देशों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का विसंक्रमण सुसंगत नहीं होगा। फिर भी हर देश अपनी मूल्यांकन प्रक्रिया में निर्धारित कर सकता है कि विशिष्ट प्रावधान संगत नहीं है। इस निर्धारण को जाँच सूची के अभ्यास का हिस्सा बनाना चाहिए। जाँच सूची के सभी प्रावधानों पर विचार करना चाहिए और देश के विशिष्ट संदर्भ में एक (अथवा ज़्यादा) प्रावधान संगत नहीं है, इसका निर्णय करने से पहले ध्यानपूर्वक चर्चा करनी चाहिए।

मार्गदर्शी पुस्तक निर्देशित करती है कि विभिन्न देशों में मानसिक स्वास्थ्य पर परिणाम करने वाले कानून एकल अध्यादेश अथवा सामान्य स्वास्थ्य, रोजगार, आवास, विभेदन और दंडन्याय जैसे क्षेत्रों से संबंधित कई विभिन्न सांविधिक कानूनों में हो सकते हैं। कुछ देश विनियमन, आदेश और सांविधिक अधिनियम के लिए अनुपूरक अन्य प्रक्रियाँ काम में लाएँगे। इसलिए इस ऑडिट को चलाते समय मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित सभी कानूनी उपबंध इकट्ठा करना और उन्हें मिलाना और विस्तृत जानकारी के आधार पर निर्णय करना अनिवार्य है।

मार्गदर्शी पुस्तक स्पष्ट करती है कि मानसिक स्वास्थ्य कानून बनाना अथवा उसमें बदल करना एक “प्रक्रिया” है। इस प्रक्रिया का महत्वपूर्ण घटक है कानून में क्या सम्मिलित करना जरूरी है यह स्थापित करना और इस लक्ष्य को पाने में जाँच सूची उपयुक्त हो सकती है। फिर भी देश में कार्यान्वित किए जा सकने वाले कानून के प्रारूपलेखन की प्रक्रिया को उसकी “विषय-वस्तु” से अलग नहीं करना है बल्कि उसे मुख्य रूप से ध्यान में रखना है।

## मानसिक स्वास्थ्य कानून पर वि. स्वा. सं. की जाँच सूची

जाँच सूची में समाविष्ट प्रत्येक घटक से संबंधित तीन प्रश्न पूछने चाहिए: ए) क्या कानून में इस मसले को पर्याप्त रूप से समाविष्ट किया गया है? बी) मसले को समाविष्ट तो किया गया है लेकिन पूर्णतः और व्यापक रूप से किया गया है अथवा नहीं? सी) क्या उसे समाविष्ट ही नहीं किया गया है? अगर प्रश्न का उत्तर (बी) अथवा (सी) है तब मूल्यांकन करने वाली समिति को, स्थानीय रूप से उचित कानून के प्रारूपलेखन में मसले को सम्मिलित करने की व्यवहार्यता और स्थानीय स्थिती के अनुसार निर्णय करना चाहिए।

ऐसा हर मसला जो कानून में शामिल हो सकता है या किया जाना चाहिए, इस जाँचसूची में सम्मिलित नहीं है। इसका यह अर्थ नहीं है कि अन्य मंद महत्त्वहीन हैं और देशों को उन पर ध्यान नहीं देना चाहिए। फिर भी उपयोग की सादगी और सरलता को ध्यान में लेकर इस जाँच सूची की व्याप्ति सीमित की गई है।

<p><b>कानूनी मसला</b></p>	<p>कानून में कहाँ तक सम्मिलित किया गया है? (एक को टिक करें) ए) पर्याप्त रूप से सम्मिलित किया गया बी) कुछ हद तक सम्मिलित किया गया सी) बिल्कुल सम्मिलित नहीं किया गया</p>	<p>अगर (बी) है तो स्पष्ट करें:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• क्यों पर्याप्त रूप से सम्मिलित नहीं किया गया है?</li> <li>• प्रचलित प्रावधान में क्या नहीं अथवा समस्यात्मक है?</li> </ul> <p>अगर (सी) है तो स्पष्ट करें कि चालू कानून में इसे क्यों सम्मिलित नहीं किया गया है? (अतिरिक्त जानकारी जरूरी है तो नवीन पृष्ठ जोड़ कर दी जा सकती है)</p>	<p>अगर (बी) अथवा (सी) है तो स्पष्ट करें कि नवीन कानून में इसे सम्मिलित कैसे करना है अथवा नहीं करना (अतिरिक्त जानकारी जरूरी है तो नवीन पृष्ठ जोड़ कर दी जा सकती है)</p>
<p><b>ए - आमुख और उद्देश्य</b></p> <p>1) क्या कानून में आमुख है जिसमें निम्नलिखित पर बल दिया गया है:</p> <p>ए) मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकार?</p> <p>बी) सभी के लिए अभिगम्य मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का महत्त्व?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		

<p>2) क्या कानून में विनिर्दिष्ट है कि प्राप्य प्रयोजनों और उद्देश्यों में निम्नलिखित शामिल हैं:</p> <p>ए) मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर अविभेदन ?</p> <p>बी) मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों का समर्थन और सुरक्षा ?</p> <p>सी) मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक सुधरी हुई पहुँच ?</p> <p>डी) समुदाय आधारित दृष्टिकोण ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>बी - परिभाषाएँ</b></p> <p>1) क्या मानसिक अस्वास्थ्य / मानसिक बीमारी / मानसिक अक्षमता / मानसिक असमर्थता की स्पष्ट परिभाषाएँ हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		

<p>2) क्या कानून से साफ दिखाई देता है कि विशिष्ट शब्दप्रयोग (ऊपर) क्यों चुना गया है ?</p> <p>3) कानून में स्पष्ट रूप से बौद्धिक अक्षमता (मेन्टल रिटार्डेशन), व्यक्तित्व अस्वास्थ्य और सबस्टैन्स अब्युज (नशीले पदार्थों का दुरुपयोग) सम्मिलित किए गए हैं या नहीं ?</p> <p>4) क्या कानून में सभी महत्वपूर्ण शब्द स्पष्ट रूप से परिभाषित किए गए हैं ?</p> <p>5) क्या पूरे कानून में सभी महत्वपूर्ण शब्दों को नियमित रूप से प्रयुक्त किया गया है ? (अर्थात समान अर्थ के दूसरे शब्दों के साथ अंतर्बदल तो नहीं किए गए हैं।)</p> <p>6) क्या सभी 'व्याख्येय' शब्द (अर्थात ऐसे शब्द जिनकी कोई संभव व्याख्याएँ अथवा अर्थ हो सकते हैं अथवा शब्द अपने अर्थ में संदिग्ध हैं) कानून में परिभाषित हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
--	---	--	--

<p><b>सी - मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच</b></p> <p>1) क्या कानून में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के वित्त पोषण के लिए प्रावधान किया गया है ?</p> <p>2) क्या कानून में लिखा है कि शारीरिक स्वास्थ्य देखभाल के साथ समान आधार पर मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ देनी चाहिए ?</p> <p>3) क्या कानून अल्प सेवित जनसंख्या को संसाधनों का आबंटन सुनिश्चित करता है और विनिर्दिष्ट करता है कि ये सेवाएँ सांस्कृतिक रूप से उचित होनी चाहिए ?</p> <p>4) क्या कानून प्रारंभिक सेवाओं में ही मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देता है ?</p> <p>5) क्या कानून साइकोट्रापिक ड्रज (दवाओं) तक पहुँच का समर्थन करता है ?</p> <p>6) क्या कानून मनोसामाजिक पुनर्वास युक्त दृष्टिकोण का समर्थन करता है ?</p> <p>7) क्या कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए निजी और सार्वजनिक क्षेत्र में स्वास्थ्य बीमा तक पहुँच को बढ़ावा देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
--	---	--

<p>8) क्या कानून देखभाल को समुदाय आधारित होने व संस्थात्मक न होने को बढ़ावा देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>डी - मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ताओं के अधिकार</b></p> <p>1) क्या कानून में मान-मर्यादाओं का आदर और मानवीय ढंग से बर्ताव मिलाने के अधिकार शामिल हैं ?</p> <p>2) क्या कानून में मरीज के बारे में बीमारी एवं उपचार से संबंधित जानकारी की गोपनीयता का अधिकार शामिल है ?</p> <p>ए) क्या मरीज की गोपनीयता का उल्लंघन करने वाले लोगों पर दंडविधान है ?</p> <p>बी) क्या ऐसी अपवादात्मक स्थितियाँ कानून में समाविष्ट हैं, जब गोपनीयता कानूनी ढंग से भंग करनी पड़े ?</p> <p>सी) क्या कानून मरीजों और उनके व्यक्तिगत प्रतिनिधियों को जानकारी प्रकाशित करने के निर्णयों के विरुद्ध अपील करने अथवा न्यायिक पुनरीक्षा का अनुरोध करने के अधिकार को अनुमति देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		

<p>3) क्या कानून मरीजों को उनके बारे में (उनके चिकित्सीय अभिलेख तक पहुँच समेत) जानकारी तक मुफ्त और पूरी पहुँच देता है ?</p> <p>ए) क्या ऐसी स्थितियों की रूपरेखा दी गई है, जिनमें ऐसी पहुँच नकारी जा सकती है ?</p> <p>बी) क्या कानून मरीजों और उनके व्यक्तिगत प्रतिनिधियों को जानकारी रोक रखने के विरुद्ध अपील करने अथवा न्यायिक पुनरीक्षा का निवेदन करने के अधिकार को अनुमति देता है ?</p> <p>4) क्या कानून कूर, अमानवीय और अपमानजनक उपचार से रक्षा मिलने का अधिकार विनिर्दिष्ट करता है ?</p> <p>5) क्या कानून मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में सुरक्षित, स्वास्थ्यकर और स्वच्छ परिवेश को बनाए रखने के न्यूनतम स्तर तय करता है ?</p> <p>6) क्या कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के एकांत (प्राइवसी) पर बल देता है ?</p> <p>ए) क्या कानून में एकांत का न्यूनतम स्तर बनाए रखने के बारे में स्पष्ट रूप से लिखा है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
--	---	--	--



<p>7) क्या कानून मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं में बेगार अथवा अपर्याप्त वेतन पर श्रम का बहिष्कार करता है ?</p> <p>8) क्या कानून निम्नलिखित के लिए प्रावधान करता है :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● शैक्षणिक गतिविधियाँ</li> <li>● व्यावसायिक प्रशिक्षण, अवकाश क्षण और मनोरंजक गतिविधियाँ; और</li> <li>● मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की धार्मिक अथवा सांस्कृतिक आवश्यकताएँ ?</li> </ul> <p>9) क्या स्वास्थ्य प्राधिकारी कानून द्वारा बाध्य होकर मरीजों को उनके अधिकारों की जानकारी देते हैं ?</p> <p>10) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोगकर्ता मानसिक स्वास्थ्य नीति, कानून विकास और सेवा आयोजना में सम्मिलित होते हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
---	---	--	--

<p><b>इ - परिवारों अथवा अन्य देखभालकर्ताओं के अधिकार</b></p> <p>1) क्या कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्ति (यदि मरीज ऐसी जानकारी प्रकट करने से इन्कार न करे) के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए परिवार वालों अथवा अन्य प्राथमिक देखभाल-कर्ताओं को हकदार मानता है ?</p> <p>2) क्या कानून परिवार के सदस्यों और अन्य प्राथमिक देखभालकर्ताओं को मरीज की व्यक्तिगत उपचार योजना के गठन और कार्यान्वयन में अंतर्विष्ट होने के लिए बढ़ावा देता है ?</p> <p>3) क्या परिवार वालों अथवा अन्य प्राथमिक और देखभालकर्ताओं को अनैच्छिक प्रवेश उपचार-निर्णयों में अपील का अधिकार है ?</p> <p>4) क्या परिवार वालों अथवा अन्य प्राथमिक देखभालकर्ताओं को मानसिक बीमार अपराधी को छोड़ने के लिए दरखवास्त करने का अधिकार है ?</p> <p>5) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि परिवार सदस्य और अन्य देखभालकर्ता मानसिक स्वास्थ्य नीति के विकास, कानून और सेवा आयोजना में सम्मिलित होते हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>एफ - सक्षमता, समर्थता और अभिभावकत्व</b></p> <p>1) क्या कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के नित्य के कामकाज के प्रबंधन का प्रावधान करता है, अगर वे स्वयं उसे नहीं कर सकते ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	

<p>2) क्या कानून ने 'सक्षमता' और 'समर्थता' की परिभाषा की है?</p> <p>3) क्या कानून ने उपचार निर्णय, ऐवजी निर्णय कर्ता का चयन, वित्तीय निर्णय लेने जैसे मसलों पर संबंधित व्यक्ति की अक्षमता / असमर्थता निर्धारित करने के लिए कार्यविधि और मानदंड तय किये हैं?</p> <p>4) क्या अक्षमता / असमर्थता के निर्णयों के विरुद्ध अपील करने और निर्णयों की आवधिक पुनरीक्षा के लिए कार्यविधि तैयार की गई है?</p> <p>5) क्या कानून में मरीज की ओर से कार्य करने के लिए अभिभावक की नियुक्ति, अवधि, कर्तव्य और दायित्व के लिए कार्यविधि तैयार की गई है?</p> <p>6) कौन से क्षेत्रों में मरीज की ओर से अभिभावक निर्णय ले सकता है यह स्थापित करने की प्रक्रिया क्या कानून ने तय की है?</p> <p>7) क्या कानून ने अभिभावक की आवश्यकता की सुव्यवस्थित पुनरीक्षा के लिए प्रावधान किया है?</p> <p>8) क्या कानून ने मरीज को अभिभावक की नियुक्ति के विरुद्ध अपील करने का प्रावधान किया है?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
--	---	--	--

<p><b>जी - स्वैच्छिक प्रवेश और उपचार</b></p> <p>1) क्या कानून अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के वरीय विकल्प के रूप में स्वैच्छिक प्रवेश और उपचार को बढ़ावा देता है ?</p> <p>2) क्या कानून कहता है कि सूचित सहमति पाने के बाद ही स्वैच्छिक मरीजों पर उपचार किए जा सकेंगे ?</p> <p>3) क्या कानून कहता है कि स्वैच्छिक मानसिक स्वास्थ्य उपयोग-कर्ताओं के रूप में प्रविष्ट लोगों की देखभाल का ढंग, शारीरिक स्वास्थ्य समस्याओं वाले मरीजों के बराबर का हो ?</p> <p>4) क्या कानून कहता है कि स्वैच्छिक प्रवेश और उपचार में स्वैच्छिक रिहाई (डिसचार्ज) / उपचारों को नकारने का अधिकार भी अंतर्निहित है ?</p> <p>5) क्या कानून कहता है कि प्रवेश के समय ही स्वैच्छिक मरीजों को सूचित करना चाहिए कि (अस्पताल / संस्था) छोड़ने का अधिकार उन्हें नकारा जा सकता है अगर वे अनैच्छिक देखभाल की स्थिति प्राप्त करते हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
---	---	--	--

<p><b>एच - विरोध न करने वाले मरीज़</b></p> <p>1) क्या कानून ऐसे मरीज़ों के लिए प्रावधान करता है जो प्रवेश और उपचार के बारे में सूचित निर्णय करने में अक्षम हैं लेकिन जो प्रवेश अथवा उपचार करने से इन्कार नहीं करते ?</p> <p>2) क्या ऐसी स्थितियाँ विनिर्दिष्ट हैं जिनके अधीन विरोध न करने वाले मरीज़ का प्रवेश एवं उपचार हो सके ?</p> <p>3) क्या कानून कहता है कि इस प्रावधान के अधीन प्रवेश तथा उपचार प्राप्त करने वाले उपयोग-कर्ता यदि उस प्रवेश तथा उपचार पर आपत्ति व्यक्त करें तो, जब तक अनैच्छिक प्रवेश के मानदंडों की पूर्ति नहीं होती तब तक उन्हें छोड़ा जाए अथवा उपचार रोक दिया जाए ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>आई - अनैच्छिक प्रवेश (जब उपचार से अलग हो) और अनैच्छिक उपचार (जहाँ प्रवेश और उपचार सम्मिलित हैं)</b></p> <p>1) क्या कानून में लिखा है कि अनैच्छिक प्रवेश केवल तब दिया जा सकता है, अगर</p> <p>ए) विनिर्धारित गंभीरता के मानसिक अस्वास्थ्य का सबूत है; और</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		

<p>बी) खुद को अथवा दूसरों को क्षति पहुँचाने की गंभीर संभावना है और / अथवा उपचार न दिए जाने पर मरीज की स्थिति गंभीर रूप से बिगड़ने की ठोस संभावना है ? और</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>सी) चिकित्सीय प्रयोजन के लिए प्रवेश है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>2) क्या कानून कहता है कि दो अधिकृत मानसिक स्वास्थ्य देखभाल व्यवसायियों को प्रमाण-पत्र देना चाहिए कि अनैच्छिक प्रवेश के निकष पूरे किए गए हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>3) क्या कानून अनैच्छिक मरीजों को प्रविष्ट करने के पहले सुविधाओं के प्रत्यायन पर बल देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>4) क्या अनैच्छिक प्रवेशों पर न्यूनतम प्रतिबंधक परिवेश का सिद्धांत लागू किया जाता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>5) क्या कानून सभी अनैच्छिक प्रवेशों को अधिकृत करने के लिए स्वतंत्र प्राधिकारी (जैसे पुनरीक्षा निकाय अथवा न्यायाधिकरण) का प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>6) क्या उचित अवधि निर्धारित की गई है, जिसमें ऐसे स्वतंत्र प्राधिकारी को तेजी से निर्णय देना चाहिए ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	

<p>7) क्या कानून इस बात पर बल देता है कि मरीजों, परिवारों और कानूनी प्रतिनिधियों को प्रवेश के कारणों तथा उनके अपील के अधिकारों की जानकारी दी जाती है ?</p> <p>8) क्या कानून अनैच्छिक प्रवेश पर अपील के अधिकार का प्रावधान करता है ?</p> <p>9) क्या कानून में अनैच्छिक (और दीर्घावधि 'स्वैच्छिक') प्रवेश की समयबद्ध आवाधिक पुनरीक्षा स्वतंत्र प्राधिकारी द्वारा करने का प्रावधान सम्मिलित है ?</p> <p>10) क्या कानून विनिर्दिष्ट करता है कि जब भी अनैच्छिक प्रवेश के निकषों की पूर्ति न हो तब यथा संभव मरीजों को अनैच्छिक प्रवेश से रिहा करना चाहिए ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>जे - अनैच्छिक उपचार (अनैच्छिक प्रवेश से अलग होने पर)</b></p> <p>1) क्या कानून ने अनैच्छिक उपचार देने के निकष तय किए हैं, जिन्हें निम्नलिखित सम्मिलित है-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● मरीज मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित है ?</li> </ul>	<p>ए) बी) सी)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>● मरीज में सूचितउपचार निर्णय करने की क्षमता का अभाव ?</li> <li>● मरीज की स्थिति में सुधार लाने के लिए और / अथवा उपचार निर्णय करने की क्षमता पुनःस्थापित करने और / अथवा गंभीर बिगाड़ को रोकने और / अथवा खुद या अन्यो को क्षति अथवा चोट पहुँचाने से रोकने के लिए, उस पर उपचार आवश्यक है।</li> </ul>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p>2) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि उपचार योजना प्रस्तावित करने वाला व्यवसायी प्रत्यायित है और उसके पास पर्याप्त सुविज्ञता और ज्ञान है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>3) क्या कानून ने उपचार योजना पर दूसरे व्यवसायी की सहमति पाने का प्रावधान किया है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>4) क्या कानून ने अनौच्छिक उपचार अधिकृत करने के लिए स्वतंत्र निकाय स्थापित किया है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>5) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि उपचार केवल सीमित कालावधि के लिए है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	



<p>6) क्या कानून ने अनैच्छिक उपचार पर अपील करने के अधिकार का प्रावधान किया है ?</p> <p>7) क्या कानून में अनैच्छिक उपचार की तेज गति से, और समयबद्ध, आवश्यक पुनरीक्षा सम्मिलित है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>के - उपचार के लिए प्रतिपत्री (प्रॉक्सी) सहमति</b></p> <p>1) अगर मरीज सहमति देने में अक्षम पाया जाता है तो मरीज की ओर से उपचारों पर सहमति देने के लिए किसी व्यक्ति का प्रावधान क्या कानून करता है ?</p> <p>2) क्या कानून में ऐसे उपचार निर्णय पर अपील करने का मरीज को अधिकार दिया जाता है जिस पर प्रतिपत्री सहमति दी गई है ?</p> <p>3) क्या कानून 'अग्रिम निर्देशों' का उपयोग करने का प्रावधान करता है ? अगर हाँ तो क्या उक्त शब्द की सुस्पष्ट परिभाषा की गई है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>एल-समुदाय विन्यास में अनैच्छिक उपचार</b></p> <p>1) क्या कानून मानसिक स्वास्थ्य संस्था में प्रविष्ट रोगी (इन-पेशंट) को "कम प्रतिबंधक पर्याय" के रूप में समुदाय में अनैच्छिक उपचार के लिए प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	

<p>2) क्या अनैच्छिक 'इन-पेशंट रोमी' उपचारों के लिए आवश्यक सभी निकष और सुरक्षा उपाय अनैच्छिक समुदाय आधारित उपचार में सम्मिलित किए गए हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>एम - आपातकालिन स्थितियाँ</b></p> <p>1) क्या आपातिक प्रवेश / उपचार के निकष ऐसी हालत के लिए सीमित हैं जहाँ खुद को और / अथवा दूसरों को तत्काल और आसन्न खतरे अथवा क्षति की भारी संभावना है ?</p> <p>2) क्या कानून में आपातिक हालत में प्रवेश और उपचार के लिए सुस्पष्ट कार्यविधि दी गई है ?</p> <p>3) क्या कानून किसी योग्यताप्राप्त और अधिकृत चिकित्सा अथवा मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी को आपातिक मामले में प्रवेश और उपचार करने की अनुमति देता है ?</p> <p>4) क्या कानून आपातिक प्रवेश के लिए समय सीमा (सामान्यतः 72 घंटों से ज्यादा नहीं) विनिर्धारित करता है ?</p> <p>5) क्या कानून आपातिक हालत समाप्त होने पर, यदि आवश्यक हो तो, यथा शीघ्र अनैच्छिक प्रवेश और उपचार के लिए कार्यविधि शुरू करने की आवश्यकता विनिर्दिष्ट करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		

<p>6) क्या आपातिक मामले के रूप में स्खे लोगों के लिए चिकित्सीय अथवा प्रायोगिक परीक्षणों में सहभागिता, एवं इसीटी, सायको सर्जरी और विसंक्रमण जैसे उपचारों को गैर कानूनी निश्चित करने का प्रावधान किया गया है ?</p> <p>7) क्या कानून आपातिक प्रवेश / उपचार पर अपील करने का अधिकार मरीजों, परिवार सदस्यों और व्यक्तिगत प्रातिनिधियों को देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>एन - मानसिक अस्वास्थ्य का निर्धारण</b></p> <p>1) क्या कानून:</p> <p>ए) मानसिक अस्वास्थ्य तय करने के लिए आवश्यक प्रवीणता का स्तर परिभाषित करता है ?</p> <p>बी) मानसिक अस्वास्थ्य का अस्तित्व तय करने के लिए व्यक्ति का मूल्यांकन करने वाले व्यावसायिकों की श्रेणियाँ विनिर्दिष्ट करता है ?</p> <p>2) क्या व्यवसायी का प्रत्यायन कानून में विधिबद्ध है और इससे क्या यह सुनिश्चित होता है कि प्रत्यायन स्वतंत्र निकाय द्वारा परिचालित है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	

<p><b>ओ - विशेष उपचार</b></p> <p>1) क्या कानून मानसिक अस्वास्थ्य पर इलाज के लिए किया हुआ विसंक्रमण निषिद्ध करता है ?</p> <p>ए) क्या कानून विनिर्दिष्ट करता है कि मानसिक अस्वास्थ्य होने तथ्य ही केवल बिना सूचित सहमति के विसंक्रमण अथवा गर्भपात के लिए कारण नहीं होना चाहिए?</p> <p>2) क्या कानून में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर महत्वपूर्ण चिकित्सीय और शल्य चिकित्सीय कार्यविधियों करने के लिए सूचित सहमति की आवश्यकता है ?</p> <p>ए) सूचित सहमति की प्रतीक्षा करनेसे यदि मरीज का जीवन खतरे में पड़ सकता है तो बिना सूचित सहमति के चिकित्सा की और शल्य चिकित्सा की, क्या कानून अनुमति देता है ?</p> <p>बी) जहाँ सहमति देने की अक्षमता लंबे समय तक रहने की संभावना है वहाँ स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय अथवा अभिभावक की प्रतिपत्री सहमति द्वारा चिकित्सा और शल्य चिकित्सा की अनुमति, क्या कानून देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
---	---	--

<p>3) क्या कानून अनैच्छिक मरीजों पर सायको सर्जरी और अन्य अनपलट उपचारों को नैर कानूनी निधारित करता है ?</p> <p>ए) क्या ऐसा कोई स्वतंत्र निकाय है जो सुनिश्चित करता है कि अनैच्छिक मरीजों पर साइको सर्जरी अथवा अन्य अनपलट-उपचारों के लिए वास्तव में सूचित सहमति ली गई है ?</p> <p>4) क्या कानून इसीटी इस्तेमाल करते समय सूचित सहमति की आवश्यकता विनिर्दिष्ट करता है ?</p> <p>5) क्या कानून अनाशोधित (अन-मॉडिफाइड) इसीटी के इस्तेमाल पर रोक लगाता है ?</p> <p>6) क्या कानून अवयस्कों में इसीटी के इस्तेमाल पर रोक लगाता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>पी - अलग रखना और प्रतिबंध</b></p> <p>1) क्या कानून कहता है कि खुद को अथवा अन्यो को तत्काल अथवा आसन्न क्षति से रोकने जैसे अपवादात्मक मामलों में ही व्यक्ति को औरों से अलग (अकेले) एवं निर्बंधित रखना चाहिए ?</p> <p>2) क्या कानून कहता है कि अलग एवं निर्बंधित रखने को दंड अथवा कर्मचारियों की सुविधा के साधन के रूप में उपयोग नहीं करना चाहिए ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	

<p>3) क्या कानून अलग एवं निर्बंधित रखने की प्रतिबंधित, अधिकतम कालावधि विनिर्दिष्ट करता है ?</p> <p>4) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि अलग और निर्बंधित रखने की एक अवधि के बाद तत्काल दूसरी शुरू नहीं होती ?</p> <p>5) क्या कानून उचित संरचनात्मक और मानव संसाधन आवश्यकताओं के विकास का समर्थन करता है जिससे मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अलग और निर्बंधित रखने की न्यूनतम आवश्यकता पड़े ?</p> <p>6) क्या कानून ने अलग और निर्बंधित रखने के लिए पर्याप्त कार्यविधि तय की है, जिसमें निम्नलिखित सम्मिलित हैः</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● इसे कौन अधिकृत कर सकता है</li> <li>● सुविधा प्रत्यायित होनी चाहिए;</li> <li>● हर प्रसंग के कारण और अवधि, डाटा बेस (तथ्य सामग्री) में अभिलेखित करने चाहिए और पुनरीक्षा समिति को उपलब्ध करा देने चाहिए।</li> <li>● जब मरीज को अलग और / अथवा निर्बंधन के अधीन रखा जाता है तब परिवार सदस्यों / देखभालकर्ताओं और व्यक्तिगत प्रतिनिधियों को तत्काल सूचित करना चाहिए।</li> </ul>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
--	---	--	--

<p><b>क्यू - चिकित्सीय और प्रायोगिक अनुसंधान</b></p> <p>1) क्या कानून कहता है कि स्वैच्छिक और अनैच्छिक मरीज जिनके पास सहमति देने की क्षमता है, दोनों से चिकित्सीय अथवा प्रायोगिक अनुसंधान में सहभागिता के लिए सूचित सहमति प्राप्त करनी चाहिए?</p> <p>2) जहाँ व्यक्ति सूचित सहमति देने में अक्षम है (और जहाँ निर्णय किया गया है कि अनुसंधान किया जा सकता है):</p> <p>ए) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि कानून द्वारा नियुक्त अभिभावक अथवा परिवार सदस्य अथवा इस प्रयोजन से गठित स्वतंत्र प्राधिकारी से प्रतिपत्नी (प्रॉक्सी) सहमति प्राप्त की जाती है?</p> <p>बी) क्या कानून कहता है कि यह अनुसंधान नहीं किया जा सकता, अगर सहमति देने की क्षमता वाले लोगों पर वही अनुसंधान किया जा सकता है और यह भी कि वैयक्तिक तथा प्रतिनिधित्व की गई जनसंख्या के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए यह अनुसंधान आवश्यक है?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
---	---	--	--

<p><b>आर – निरीक्षण और पुनरीक्षा प्रक्रिया</b></p> <p>1) क्या कानून, अनैच्छिक प्रवेश अथवा उपचार और अधिकारों के अन्य प्रतिबंधों से संबंधित प्रक्रियाओं की पुनरीक्षा के लिए न्यायिक अथवा न्यायिक कल्प (क्वासी ज्युडिशियल) निकाय नियत (सेटअप) करता है ?</p> <p>ए) क्या उपर्युक्त निकाय :</p> <p>i) हर अनैच्छिक प्रवेश / उपचार का मूल्यांकन करता है ?</p> <p>ii) अनैच्छिक प्रवेश और / अथवा अनैच्छिक उपचार के विरुद्ध अपील पर विचार करता है ?</p> <p>iii) अनैच्छिक आधार पर प्रविष्ट मरीजों (और दीर्घवधी स्वैच्छिक मरीजों) के मामलों की पुनरीक्षा करता है ?</p> <p>iv) अपनी इच्छा के विरुद्ध उपचार पाने वाले मरीजों को नियमित रूप से मॉनीटर करता है ?</p> <p>v) अंतर्वेधी और अनपलट उपचारों (साइको सर्जरी और इसीटी जैसे) को अधिकृत करता है अथवा उनको रोक रखता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
---	---	--	--



<p>बी) क्या इस निकाय के गठन में अनुभवी कानूनी व्यवसायी और अनुभवी स्वास्थ्य देखभालव्यवसायी और “समुदाय” के परिप्रेक्ष्य को प्रतिबिंबित करने वाला “समझदार व्यक्ति” सम्मिलित है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>सी) क्या कानून इस निकाय के निर्णयों पर उच्चतर न्यायालय को अपील भेजने की अनुमति देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>2) क्या कानून मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के भीतर और बाहर मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा करने के लिए नियामक और निरीक्षण निकाय नियत करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>ए) क्या उपर्युक्त निकाय :</p>		
<p>i) मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का नियमित निरीक्षण करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>ii) अंतर्वेधी उपचार न्यूनतम करने के लिए मार्गदर्शन देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>iii) सांख्यिकी (स्टैटिस्टिक) बनाए रखता (अनुरक्षण) है ? उदाहरणार्थ— अंतर्वेधी और, अनपलट उपचार, अलग और निर्बंधित रखने के उपयोग की सांख्यिकी</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	

<p>iv) प्रत्यापित सुविधाओं और व्यावसायिकों का रजिस्टर बनाए रखता है ?</p> <p>v) सीधे उचित सरकारी मंत्री को रिपोर्ट और सिफारिशें करता है ?</p> <p>vi) जाँच परिणाम नियमित रूप से प्रकाशित करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p>बी) क्या निकाय में व्यावसायिक (मानसिक स्वास्थ्य, कानून और समाज-कार्य क्षेत्र से); मानसिक स्वास्थ्य सुविधा के उपयोग कर्ता, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के परिवार, वकील एवं सामान्य जन इन सबके प्रतिनिधियों को सम्मिलित किया गया है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>सी) क्या इस निकाय का प्राधिकार कानून में स्पष्ट रूप से लिखा गया है ?</p> <p>3. ए) क्या कानून में शिकायतों की प्रस्तुति, जाँच-पड़ताल और समाधान की रूपरेखा बनाई गई है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	

<p>बी) क्या कानून विनिर्धारित करता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ऐसा प्रसंग होने से, शिकायत करने तक की कालावधि, जिससे पहले शिकायत दर्ज होनी चाहिए।</li> <li>● शिकायत पर कार्रवाई होने की अधिकतम कालावधि और कार्रवाई किसके द्वारा एवं कैसे होनी चाहिए?</li> <li>● मरीज का वैयक्तिक प्रतिनिधि और/अथवा वकील जो किसी अपील अथवा शिकायत कार्यविधि में उसका प्रतिनिधित्व कर सके, उसे, चयन एवं नियुक्त करने का अधिकार?</li> <li>● कार्यवाहियों के दौरान, यदि जरूरी हो तो भाषांतरकार प्राप्त करने का मरीज का अधिकार?</li> <li>● शिकायतों अथवा अपील कार्यविधियों के दौरान मरीज को चिकित्सा अभिलेख और अन्य कोई संबंधित रिपोर्ट अथवा दस्तावेज की प्रतिलिपियाँ प्राप्त करने का मरीज और उसके वकील का अधिकार?</li> </ul>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>● मरीज और उसके वकील की शिकायतों और अपील संबंधी कार्यवाहियों में उपस्थिति और सहभागिता का अधिकार?</li> </ul>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>एस – पुलिस का उत्तरदायित्व</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) क्या कानून यह सुनिश्चित करने के लिए पुलिस की गतिविधियों पर प्रतिबंध लगाता है, कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की गैर कानूनी गिरफ्तारी और अवरोधन (डिटेन्शन) से सुरक्षा की जाती है और उचित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की ओर ले जाने का निर्देश दिया जाता है ?</li> <li>2) क्या कानून, ऐसी स्थितियों में जब मरीज तीव्र रूप से आक्रमक बनता है अथवा नियंत्रण से बाहर बर्ताव दिखाता है, तब परिवार के सदस्यों, देखभालकर्ताओं अथवा स्वास्थ्य व्यावसायिकों को पुलिस की सहायता प्राप्त करने की अनुमति देता है ?</li> </ol>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>3) अपराधिक कृत्य के लिए गिरफ्तार और पुलिस की हिरासत में रखे व्यक्ति को जब मानसिक अस्वास्थ्य होने का संदेह है, तो क्या कानून तत्काल उसके मानसिक अस्वास्थ्य का मूल्यांकन करने की अनुमति देता है ?</li> <li>4) क्या कानून, सुविधाओं में अनौच्छिक रूप से प्रविष्ट व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में ले जाने में पुलिस सहायता का प्रावधान करता है ?</li> </ol>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		

<p>5) क्या कानून, अनैच्छिक रूप से संस्था में प्रविष्ट व्यक्ति, जो फरार हो गया है, उसे पुलिस द्वारा खोजकर मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में लौटाए जाने का प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>टी – मानसिक बीमार अपराधी</b></p> <p>1) क्या कानून, अपराध की गंभीरता, व्यक्ति का साइकोएट्रीक पूर्ववृत्त, अपराध के समय की मानसिक स्वास्थ्य स्थिति, व्यक्ति के स्वास्थ्य को हानिकारक होने की संभावना, और समुदाय का मुकदमे में हित, ध्यान में लेकर उसपर मुकदमा चलाने के बजाय मानसिक अस्वास्थ्य वाले आरोपित अपराधी को मानसिक स्वास्थ्य प्रणाली में अपवर्तित करने की अनुमति देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p>2) क्या कानून, ऐसे व्यक्तियों का, जो मुकदमे में खड़े होने के लिए योग्य नहीं हैं, मूल्यांकन करने और जब तक वे उपचार लेते हैं तब तक आरोप न लगाने अथवा स्थगित करने के लिए उचित प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p>ए) ऐसे व्यक्ति जब उपचार लेते हैं तब क्या कानून उन्हें वही अधिकार देता है जो अन्य अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट व्यक्तियों को दिए जाते हैं तथा इन अधिकारों में स्वतंत्र निकाय द्वारा न्यायिक पुनरीक्षा का अधिकार भी शामिल है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		

<p>3) क्या कानून, ऐसे व्यक्ति, जो न्यायालय द्वारा "मानसिक अक्षमता के कारण उत्तरदायी नहीं" पाए जाते, उन्हें मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में उपचार देने और जब उनका मानसिक स्वास्थ्य पर्याप्त रूप से सुधरता है तब उन्हें छोड़ने, की अनुमति देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>4) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले व्यक्तियों को दंडादेशके समय कारागृह में भेजने की सजा के बजाय परीक्षण (प्रोबेशन) के लिए अथवा अस्पताल भेजने का आदेश देने को अनुमति देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>5) क्या कानून, दोषी ठहराए गए कैदी के सजा काटते समय मानसिक रूप से बीमार पड़ने पर, उसे मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में स्थानांतरण करने की अनुमति देता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>ए) क्या कानून, कैदी को मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में उसे दी गई सजा से ज्यादा समय के लिए रखने से रोकता है, जब तक अनौचित्क प्रवेश कार्यविधि का पालन न हुआ हो ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	
<p>6) क्या कानून, मानसिक बीमार अपराधियों के लिए सुरक्षित मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>	

<p><b>यू - विभेदन</b></p> <p>1) मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के विरुद्ध विभेदन बंद करने के लक्ष्य हेतु प्रावधान, कानून में सम्मिलित हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>वी - आवास</b></p> <p>1) क्या कानून, आवास के आबंटन में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों पर अविभेदन सुनिश्चित करता है ?</p> <p>2) क्या कानून, राज्य आवास योजनाओं में अथवा आर्थिक सहायता प्राप्त आवास के ज़रिए मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के आवास हेतु प्रावधान करता है ?</p> <p>3) क्या कानून, 'हाफ वे' (अर्धमार्गी) घरों और 'लॉग स्टे सपोर्टेड' (दीर्घकाल रहने के लिए सहायता प्राप्त) घरों में मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए आवास का प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)  ए) बी) सी)  ए) बी) सी)</p>		
<p><b>डब्ल्यू - रोजगार</b></p> <p>1) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का विभेदन और काम की जगह में शोषण से रक्षा करने के लिए प्रावधान करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		

<p>2) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले कर्मचारियों के लिए " उचित समायोजन " का प्रावधान करता है? उदाहरणार्थ – कामकाज के समय में लचीलापन जिससे ये कर्मचारी मानसिक स्वास्थ्य उपचार ले सकें।</p> <p>3) क्या कानून मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए समान रोजगार के अवसरों का प्रावधान करता है?</p> <p>4) क्या कानून व्यावसायिक पुनर्वास कार्यक्रम और अन्य कार्यक्रमों की स्थापना का प्रावधान करता है, जिससे मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को समुदाय में काम और रोजगार मिल सके?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>एक्स - सामाजिक सुरक्षा</b></p> <p>1) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए अक्षमता अनुदान और पेन्शन, का प्रावधान करता है?</p> <p>2) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के लिए अक्षमता अनुदान और पेन्शन, शारीरिक अक्षमता वाले लोगों के समान दर पर दिए जाने का प्रावधान करता है।</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		



<p><b>वायु – नागरी मसले</b></p> <p>1) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के नागरी, राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक, सभी प्रकार के अधिकार जिसके सभी लोग हकदार हैं उसका पूरी क्षमता से समर्थन करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>ज़ेड – असुरक्षित दलों की सुरक्षा अवयवों की सुरक्षा</b></p> <p>1) जब सभी व्यवहार्य समुदाय विकल्प आजमाए जा चुके हैं, क्या तभी मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अवयवों के अनौचित्य प्रवेश को कानून सीमित करता है ?</p> <p>2) अगर अवयवों को मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रवेश दिया जाता है, तो क्या कानून निम्नलिखित विनिर्दिष्ट करता है:</p> <p>ए) वयवों से अलग रहने की जगह होनी चाहिए ?</p> <p>बी) परिवेश आयु के योग्य है और अवयवों के विकास की आवश्यकताएँ ध्यान में ली गई हैं ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		

<p>3) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि अवयस्कों पर परिणाम करने वाले सभी मामलों में (उपचारों के लिए सहमति देने समेत) उनका प्रतिनिधित्व एक वयस्क करता है ?</p> <p>4) क्या कानून विनिर्दिष्ट करता है कि अवयस्कों पर परिणाम करने वाले सभी मसलों में उनकी आयु और परिपक्वता के अनुसार उनकी राय विचारार्थ लेने की आवश्यकता है ?</p> <p>5) क्या कानून बच्चों के लिए सभी अनपलट उपचारों पर रोक लगाता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	
<p><b>महिलाओं की सुरक्षा</b></p> <p>1) क्या कानून, मानसिक अस्वास्थ्य वाली महिलाओं को पुरुषों की तरह नागरी, राजनैतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार से संबंधित सभी मामलों में समान रूप से अधिकार देता है ?</p> <p>2) क्या कानून सुनिश्चित करता है कि मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में महिलाओं को : ए) पर्याप्त गुणता (एकांत) है ? बी) पुरुषों से अलग सोने की सुविधाओं का प्रावधान है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>	

<p>3) क्या कानून कहता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाली महिलाओं को पुरुषों के समान मानसिक स्वास्थ्य उपचार और देखभाल मिलनी चाहिए, जिसमें मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच, समुदाय में देखभाल और स्वेच्छिक तथा अनैच्छिक प्रवेश और उपचार से संबंधित देखभाल शामिल है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p><b>अल्पसंख्यकों की सुरक्षा</b></p> <p>1) क्या कानून विशेष रूप से कहता है कि मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों का जाति, रंग, भाषा, धर्म, राजनीतिक अथवा अन्य राय, राष्ट्रीय, मानवजातीय अथवा सामाजिक स्रोत, कानूनी अथवा सामाजिक स्थिति (प्रतिष्ठा) के आधार पर विभेदन नहीं होना चाहिए ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p>2) क्या कानून अल्पसंख्यकों के अनैच्छिक प्रवेश तथा उपचार मॉनिटर करने के लिए पुनरीक्षा निकाय का प्रावधान करता है और सभी मामलों में अविभेदन सुनिश्चित करता है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		
<p>3) क्या कानून विनिर्दिष्ट करता है कि शरणार्थी और रेफ्यूजी भी मेज़बान देश के अन्य नागरिकों की तरह, उन्हीं मानसिक स्वास्थ्य उपचारों के हकदार है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p>		

<p><b>ए ज़ेड - अपराध और दंड</b></p> <p>1) क्या कानून में अपराधों और उचित दंड पर अनुच्छेद है ?</p> <p>2) कानून में स्थापित किए, मरीजों के किसी अधिकार का उल्लंघन करने वाले व्यक्ति पर क्या कानून में, उचित दंड का प्रावधान है ?</p>	<p>ए) बी) सी)</p> <p>ए) बी) सी)</p>		
--	---	--	--

## परिशिष्ट 2

### मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के अधिकारों से संबंधित अंतर्राष्ट्रीय लिखत और मुख्य प्रावधानों का सार

मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित मुख्य मानव अधिकार	मानव अधिकारों की रक्षा करने वाले लिखत
मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों को उनके मूलभूत अधिकार उपभोगने और उनके लिए सुरक्षा मिलने का पूरा अधिकार है।	<ul style="list-style-type: none"> <li>● इंटरनेशनल क्विंट ऑन इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स (आई सी इ एस सी आर)</li> <li>● इंटरनेशनल क्विंट ऑन सिविल एण्ड पोलिटिकल राइट्स (आई सी सी पी आर.)</li> <li>● यू एन डेक्लरेशन ऑफ ह्यूमन राइट्स</li> <li>● आफ्रीकन (बांजुल) चार्टर ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्स राइट्स</li> <li>● कन्वेंशन फॉर प्रोटेक्शन ऑफ ह्यूमन राइट्स एण्ड फंडामेंटल फ्रीडम्स</li> <li>● अमरीकन डेक्लरेशन ऑफ दि राइट्स एण्ड ड्युटीज ऑफ मैन.</li> <li>● अमरीकन कन्वेंशन ऑन ह्यूमन राइट्स</li> <li>● मानसिक बीमारी वाले लोगों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्स)</li> <li>● स्टैंडर्ड रूलज ऑन दि इक्लाइजेशन ऑफ अपार्च्युनिटी फॉर पर्सन्स विथ डिसेबिलिटी</li> <li>● डेक्लरेशन ऑफ कैरैकेस</li> <li>● मानसिक बीमारी वालों के अधिकारों के समर्थन और रक्षा के लिए मानव अधिकारों पर आंतर अमरीकन आयोग की सिफारिशें</li> </ul>
मानसिक स्वास्थ्य समेत स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित सर्वोच्च प्राप्य मानकों का अधिकार	<ul style="list-style-type: none"> <li>● इंटरनेशनल क्विंट ऑन इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स (आई सी इ एस सी आर)</li> <li>● आफ्रीकन (बांजुल) चार्टर ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्स राइट्स</li> <li>● मानसिक बीमारी वाले लोगों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्स)</li> <li>● स्टैंडर्ड रूलज ऑन दि इक्लाइजेशन ऑफ अपार्च्युनिटी फॉर पर्सन्स विथ डिसेबिलिटी</li> <li>● योरोपियन सोशल चार्टर</li> <li>● डेक्लरेशन ऑफ कैरैकेस</li> <li>● इंटरनेशनल कन्वेंशन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्म ऑफ रेशियल डिसक्रिमिनेशन</li> <li>● कन्वेंशन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्म ऑफ डिसक्रिमिनेशन अगेन्स्ट वूमन.</li> <li>● आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों के क्षेत्र में मानव अधिकारों पर 'अमरीकन समझौता' का अतिरिक्त प्रोटोकॉल</li> </ul>
विभेदन से सुरक्षा	<ul style="list-style-type: none"> <li>● इंटरनेशनल क्विंट ऑन इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स (आई सी इ एस सी आर)</li> <li>● इंटर नेशनल क्विंट ऑन सिविल एण्ड पोलिटिकल राइट्स (आई सी सी पी आर)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● इंटर-अमरीकन कन्वेंशन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्मर्ज ऑफ डिसक्रिमिनेशन अगेन्स्ट पर्सन्ज विथ डिसेबिलिटीज</li> <li>● मानसिक बीमारी वाले लोगों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्र संघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्ज)</li> <li>● स्टैंडर्ड रूलज ऑन दि इक्लाइजेशन ऑफ अपॉर्च्युनिटी फॉर पर्सन्ज विथ डिसेबिलिटी</li> <li>● मानसिक बीमारी वालों के अधिकारों के समर्थन और रक्षा के लिए मानव अधिकारों पर आंतर अमरीकन आयोग की सिफारिशें</li> <li>● कन्वेंशन ऑन दि इलिमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्मर्ज ऑफ डिसक्रिमिनेशन अगेन्स्ट वूमन</li> </ul>
<p>मानसिक दुर्बलताओं वाले बच्चों द्वारा पूरे और संतोषजनक आयुष्य का उपभोग लेने का अधिकार है।</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● बच्चों के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्रसंघ का समझौता</li> <li>● दि सैलमैंका स्टेटमेंट एण्ड फ्रेमवर्क फॉर एक्शन ऑन स्पेशल नीडज एज्युकेशन</li> <li>● मानसिक बीमारी वाले लोगों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्ज)</li> </ul>
<p>मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों की, उत्पीड़न, क्रूर, अमानवीय अथवा अपमानजनक उपचार अथवा दंड से रक्षा करनी चाहिए</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● उत्पीड़न और अमानवीय अथवा अपमानजनक उपचार अथवा दंड की रोकथाम के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ का समझौता</li> <li>● आफ्रीकन (बांजुल) चार्टर ऑन ह्यूमन एण्ड पीपल्ज राइटज</li> <li>● मानसिक बीमारी वाले लोगों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्र संघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्ज)</li> <li>● डेक्लरेशन ऑफ कैरैकैस</li> <li>● इंटर नेशनल कविनैन्ट ऑन सिविल एण्ड पोलीटिकल राइटज (आई सी सी पी आर)</li> <li>● उत्पीड़न और अमानवीय अथवा अवमानकारक उपचार अथवा दंड पर रोकथाम के लिए योरोपियन समझौता</li> <li>● मानसिक बीमारी वालों की सुरक्षा और समर्थन के लिए मानव अधिकारों पर आंतर अमरीकन आयोग की सिफारिशें</li> </ul>
<p>अनैच्छिक देखभाल और उपचारों के मानदंड</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● मानसिक बीमारी वाले लोगों की रक्षा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए संयुक्त राष्ट्रसंघ सिद्धांत (एम आई प्रिंसिपल्ज)</li> <li>● साइकिएट्री और मानव अधिकार पर कौंसिल ऑफ योरप सिफारिश 1235</li> <li>● डेक्लरेशन ऑफ कैरैकैस</li> <li>● वर्ल्ड साइकिएट्रीक असोसिएशनज डेक्लरेशन ऑफ माद्रिद</li> </ul>

## 17 दिसंबर 1991 को जनरल असेंबली रेज़ोल्यूशन 46/119 द्वारा अंगीकृत

*प्रयुक्ति*

ये सिद्धांत विकलांगता, जाति, रंग, लिंग, भाषा, धर्म, राजनीतिक अथवा अन्य विचार, राष्ट्रियता, अन्य देशीय अथवा सामाजिक कुलवंशीय, कानूनी अथवा सामाजिक स्थिति, आयु, संपत्ति अथवा जन्म के आधार पर या अन्य किसी विभेदन के बिना प्रयुक्त हो जाएँ।

*परिभाषाएँ*

इन सिद्धांतों में:

- “परामर्शदाता” से अभिप्रेत है कानूनी अथवा अन्य योग्यता प्राप्त प्रतिनिधि;
- “स्वतंत्र प्राधिकारी” से अभिप्रेत है देशीय कानून द्वारा विहित सक्षम और स्वतंत्र प्राधिकारी;
- “मानसिक स्वास्थ्य देखभाल” में सम्मिलित है व्यक्ति की मानसिक स्थिति का विश्लेषण और निदान और मानसिक बीमारी वाले अथवा मानसिक बीमारी का संदेह वाले व्यक्ति के लिए उपचार, देखभाल और पुनर्वास;
- “मानसिक स्वास्थ्य सुविधा” से अभिप्रेत है प्राथमिक कार्य के रूप में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल का प्रावधान करने वाली आस्थापना अथवा आस्थापना का कोई यूनिट;
- “मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर” से अभिप्रेत है मेडिकल डॉक्टर, चिकित्सीय मनोवैज्ञानिक, परिचारिका, सामाजिक कार्यकर्ता अथवा अन्य उचित रूप से प्रशिक्षित और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल से सुसंगत विशिष्ट निपुणता वाले योग्यता प्राप्त व्यक्ति;
- “मरीज” से अभिप्रेत है ऐसा व्यक्ति जो मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करता है और इसमें वे सभी व्यक्ति सम्मिलित हैं जो मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रविष्ट हैं;
- “वैयक्तिक प्रतिनिधि” से अभिप्रेत है कानून द्वारा भारित ऐसा व्यक्ति जिसका कर्तव्य हो किसी विशिष्ट उपचार के बारे में मरीज के हितों का प्रतिनिधित्व अथवा मरीज की ओर से विशिष्ट अधिकारों का प्रयोग करना। यदि देशीय कानून द्वारा अन्यथा प्रावधानित न हो तो अवयस्क के मातापिता अथवा कानूनी अभिभावक उसमें सम्मिलित हैं;
- “पुनरीक्षा निकाय” से अभिप्रेत है मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज के अनैच्छिक प्रवेश अथवा अवरोधन की पुनरीक्षा करने के लिए सिद्धांत 17 के अनुसरण में स्थापित निकाय।

*साधारण परिसीमन खंड*

इन सिद्धांतों में निर्धारित अधिकारों के प्रयोग केवल ऐसे परिसीमन के अधीन हैं जो कानून द्वारा विहित हैं और संबंधित व्यक्ति अथवा औरों के स्वास्थ्य अथवा सुरक्षा के लिए आवश्यक है अथवा जनता की सुरक्षा, व्यवस्था, स्वास्थ्य अथवा नैतिक बल अथवा मूलभूत अधिकार और अन्यो की स्वतंत्रता की रक्षा के लिए।

*सिद्धांत 1**मूलभूत स्वतंत्रता और मूल अधिकार*

1. सभी व्यक्तियों को सर्वोत्कृष्ट उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य देखभाल का अधिकार है, जो स्वास्थ्य एवं सामाजिक देखभाल प्रणाली का हिस्सा होगा।
2. मानसिक बीमारी वाले अथवा वैसा उपचार पाने वाले सभी व्यक्तियों की मानवता और व्यक्ति की अंगभूत मान-मर्यादा का आदर करते हुए बर्ताव किए जाएँ।
3. मानसिक बीमारी वाले अथवा वैसा उपचार पाने वाले सभी व्यक्तियों को आर्थिक, लैंगिक और अन्य प्रकार के शोषण, शारीरिक अथवा अन्य दुर्व्यवहार और अपमानकारक बर्ताव से रक्षा का अधिकार है।
4. मानसिक बीमारी के आधार पर कोई विभेदन न किया जाए। “विभेदन” से अभिप्रेत है भेदभाव, अपवर्जन अथवा पक्षपात जिसका अधिकारों के समान उपभोग को निष्फल और दुर्बल बनाने में परिणाम होता है। मानसिक बीमारी वाले लोगों के अधिकारों की रक्षा अथवा प्रगति सुनिश्चित करने हेतु किए हुए विशेष उपाय विभेदनकारी न समझे जाएँ। भेदभाव, अपवर्जन अथवा पक्षपात जो इन सिद्धांतों के उपबंधों के अनुसरण में हों, और मानसिक बीमारी वाले अथवा अन्य व्यक्तियों के मानव अधिकारों की रक्षा करने के लिए आवश्यक समझे जाते हों, वे विभेदन में शामिल नहीं किए जाते।
5. मानसिक बीमारी वाले हर व्यक्ति को सभी नागरी, राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों को प्रयुक्त करने का अधिकार होगा जो ‘यूनिवर्सल डेक्लरेशन ऑफ़ ह्यूमन राइट्स, दि इंटरनेशनल कविनंट ऑन इकॉनॉमिक, सोशल एण्ड कल्चरल राइट्स, दि इंटरनेशनल कविनंट ऑन सिविल एण्ड पोलिटिकल राइट्स और दि डेक्लरेशन ऑन दि राइट्स ऑफ़ डिसेबल्ड पर्संस और दि बॉडी ऑफ़ प्रिंसिपल्स ऑफ़ दि प्रोटेक्शन ऑफ़

- ऑल पर्सन्ज अंडर एनी फॉर्म ऑफ डिटेंशन ऑर इम्प्रिजनमेंट' जैसे अन्य संगत लिखत में मान्यता प्राप्त हैं।
- मानसिक बीमारी के कारण व्यक्ति में कानूनी क्षमता का अभाव है और इस अक्षमता के परिणाम स्वरूप, वैयक्तिक प्रतिनिधि के नियुक्त किए जाने का निर्णय, देशीय कानून द्वारा स्थापित स्वतंत्र एवं निष्पक्ष न्यायाधिकरण द्वारा अच्छी सुनवाई के बाद होगा। ऐसा व्यक्ति, जिसकी क्षमता के बारे में संदेह है, वकील द्वारा प्रतिनिधित्व कराने का हकदार होगा। ऐसा व्यक्ति जिसकी क्षमता के बारे में संदेह है यदि स्वयं ऐसा प्रतिनिधित्व प्राप्त नहीं करता तो उसके द्वारा भुगतान किए बिना उसे ऐसा प्रतिनिधि उपलब्ध कराया जाएगा, यदि उसके पास भुगतान करने का पर्याप्त साधन नहीं है। वकील मानसिक स्वास्थ्य सुविधा अथवा उसके कर्मचारी का उन्हीं कार्यवाहियों में प्रतिनिधित्व नहीं कर सकेगा और न ही उस व्यक्ति, जिसकी क्षमता के बारे में संदेह है, उसके परिवार के सदस्य का, जब तक न्यायाधिकरण संतुष्ट नहीं होता कि इसमें कोई हितसंघर्ष नहीं है। क्षमता और वैयक्तिक प्रतिनिधि की आवश्यकता के बारे में निर्णय देशीय कानून द्वारा विहित उचित विरामों पर पुनरीक्षित किया जाए। जिसकी क्षमता के बारे में संदेह है ऐसे व्यक्ति का वैयक्तिक प्रतिनिधि, अगर कोई है, और अन्य कोई दिलचस्पी रखने वाले व्यक्ति को ऐसे किसी निर्णय के विरुद्ध उच्चतर न्यायालय में अपील करने का अधिकार होगा।
  - यदि न्यायालय अथवा अन्य सक्षम न्यायाधिकरण को लगता है कि मानसिक बीमारी वाला व्यक्ति अपने प्रति दिन के कामकाज करने में अयोग्य है, तो ऐसे उपाय किए जाएँ जो व्यक्ति की स्थिति के लिए आवश्यक और उचित हैं, जिससे उस व्यक्ति के हितों की रक्षा सुनिश्चित होगी।

### *सिद्धांत 2*

#### *अवयस्कों की रक्षा*

इन सिद्धांतों के प्रयोजन के अधीन और अवयस्कों की रक्षा से संबंधित देशीय कानून के संदर्भ के अधीन, अवयस्कों के अधिकारों की रक्षा करने के लिए विशेष देखभाल करनी चाहिए जिसमें अगर आवश्यकता हो तो, परिवार सदस्य के अलावा वैयक्तिक प्रतिनिधि की नियुक्ति सम्मिलित है।

### *सिद्धांत 3*

#### *समुदाय में जीवन*

मानसिक बीमारी वाले हर व्यक्ति को जहाँ तक संभव है समुदाय में जीने और कार्य करने का अधिकार होगा।

### *सिद्धांत 4*

#### *मानसिक बीमारी का निर्धारण*

- व्यक्ति को मानसिक बीमारी है ऐसा निर्धारण अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत चिकित्सा मानदंडों के अनुसरण में किया जाए।
- मानसिक बीमारी का निर्धारण, राजनीतिक, आर्थिक अथवा सामाजिक अवस्था अथवा सांस्कृतिक, जातीय अथवा धार्मिक समूह की सदस्यता के कारण अथवा मानसिक स्वास्थ्य अवस्था से सीधे संगत न होने वाले किसी अन्य कारण के आधार पर कदापि न किया जाए।
- पारिवारिक अथवा व्यावसायिक संघर्ष, अथवा नैतिक, सामाजिक, सांस्कृतिक अथवा राजनीतिक मूल्य अथवा व्यक्ति के समुदाय में प्रचलित धार्मिक विश्वास के साथ असहमति, मानसिक बीमारी के निदान में निर्धारण करने वाले घटक कदापि नहीं हो सकेंगे।
- मरीज के रूप में अस्पतालीकरण अथवा पूर्व उपचार की पृष्ठभूमि अपने आप में मानसिक बीमारी के वर्तमान अथवा भविष्य में निर्धारण का समर्थन नहीं हो सकेगी।
- किसी भी व्यक्ति को मानसिक बीमारी होने अथवा अन्यथा सूचित करने कि व्यक्ति को मानसिक बीमारी है, ऐसा वर्गीकरण कोई भी व्यक्ति अथवा प्राधिकरण नहीं कर सकेगा। मानसिक बीमारी से सीधे संबंधित प्रयोजन के लिए अथवा मानसिक बीमारी के परिणाम स्वरूप ही ऐसा किया जा सकता है।

### *सिद्धांत 5*

#### *चिकित्सा जाँच*

किसी भी व्यक्ति को उसे मानसिक बीमारी है या नहीं यह निर्धारण करने के विचार से चिकित्सा जाँच कराने के लिए, सिर्फ देशीय कानून द्वारा अधिकृत कार्यविधि के अनुसरण में ही बाध्य किया जाएगा, अन्यथा नहीं।

### *सिद्धांत 6*

#### *गोपनीयता*

ऐसे सभी व्यक्तियों से संबंधित जानकारी की गोपनीयता के अधिकार का सम्मान किया जाए जिन पर ये सिद्धांत लागू होते हैं।



### सिद्धांत 7

#### समुदाय और संस्कृति की भूमिका

1. हर मरीज को यथा संभव जिस समुदाय में वह रहता है वहाँ उपचार और देखभाल पाने का अधिकार होगा।
2. मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में उपचार पाने वाले मरीज को यह अधिकार है कि जहाँ संभव हो, वह अपने घर अथवा अपने रिश्तेदारों अथवा मित्रों के घर के पास उपचार लेने की माँग करे और जितना जल्द संभव हो समुदाय में वापस लौटने का भी उसे अधिकार होगा।
3. हर मरीज को अपनी सांस्कृतिक पृष्ठभूमि के अनुरूप उपचार का अधिकार होगा।

### सिद्धांत 8

#### देखभाल के मानदंड

1. हर मरीज को अपनी स्वास्थ्य आवश्यकताओं के अनुसार उचित स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल प्राप्त करने का अधिकार है और अन्य बीमार व्यक्तियों के समान मानदंडों के अनुसरण में देखभाल और उपचार पाने का हक है।
2. हर मरीज की ऐसी हानि से रक्षा की जाए जिसमें सम्मिलित हैं अनुचित चिकित्सा, दूसरे मरीजों, कर्मचारियों अथवा अन्यों द्वारा किया गया दुर्व्यवहार अथवा मानसिक क्लेश अथवा शारीरिक पीड़ा का कारण बनने वाले अन्य कृत्य।

### सिद्धांत 9

#### उपचार

1. हर मरीज को न्यूनतम प्रतिबंधित परिवेश में और न्यूनतम प्रतिबंध अथवा हस्तक्षेप के साथ उचित उपचार पाने का अधिकार होगा जो मरीज की स्वास्थ्य आवश्यकताओं और अन्यों की शारीरिक सुरक्षा की आवश्यकता के अनुसार हो।
2. हर मरीज के लिए उपचार और देखभाल वैयक्तिक रूप से विहित प्लान पर आधारित होगी, उसकी मरीज के साथ चर्चा की जाएगी व नियमित रूपसे पुनरीक्षा की जाएगी, उसमें आवश्यकतानुसार संशोधन किया जाएगा और वह योग्यताप्राप्त व्यवसायी कर्मचारी द्वारा की जाएगी।
3. मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर के लिए लागू नैतिक मानदंडों के अनुसरण में ही की जाएगी। संयुक्त राष्ट्रसंघ की जनरल असेंबली द्वारा अंगीकृत "प्रिंसिपल्ज ऑफ़ मेडिकल एथिक्स" जैसे अंतर्राष्ट्रीय रूप से स्वीकृत मानदंड इसमें सम्मिलित हैं तथा मानसिक स्वास्थ्य ज्ञान और निपुणता का कदापि दुरुपयोग नहीं होगा।
4. हर मरीज का उपचार वैयक्तिक स्वायत्तता के परीक्षण एवं बढ़ोतरी की दिशा में निदेशित होगा।

### सिद्धांत 10

#### औषधियाँ

1. औषधियाँ मरीज की उत्कृष्ट स्वास्थ्य आवश्यकता की पूर्ति करेंगी, केवल थेरेप्यूटिक अथवा चिकित्सीय प्रयोजन से दी जाएँगी और दंड के तौर पर अथवा अन्यों की सुविधा के लिए कदापि नहीं दी जाएँगी। प्रिंसिपल 11 के पैरा 15 के उपबंधों के अधीन मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर केवल ज्ञात अथवा प्रदर्शित गुणकारिता की औषधियाँ ही उपयोग में लाएँगी।
2. सभी दवाएँ कानून द्वारा अधिकृत मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर द्वारा विहित होंगी और मरीज के अभिलेख में अभिलेखित की जाएँगी।

### सिद्धांत 11

#### उपचार की सहमति

1. मरीज को उसकी सूचित सहमति के बिना उपचार नहीं दिया जाएगा सिवाय नीचे अनुच्छेद 6, 7, 8, 13 और 15 में प्रावधान किए अनुसार।
2. सूचित सहमति, धमकी अथवा अनुचित प्रलोभन के बिना, मुक्त रूप से दी गई वह सहमति है जो निम्नलिखित की पर्याप्त तथा समझ में आने योग्य जानकारी, मरीज द्वारा समझी जाने वाली भाषा एवं ढंग में उसे दिए जाने पर प्राप्त की गई हो :
  - ए) नैदानिक मूल्यांकन;
  - बी) प्रस्तावित उपचार का प्रयोजन, पद्धति, संभाव्य कालावधि और अपेक्षित लाभ;
  - सी) उपचार की वैकल्पिक पद्धतियाँ, जिनमें कम हस्तक्षेप की पद्धति का भी समावेश हो; और
  - डी) प्रस्तावित उपचार से संभाव्य पीड़ा अथवा असुविधा, खतरा और अतिरिक्त परिणाम।

3. मरीज़ सहमति देने की कार्यविधि के दौरान, अपनी पसंद के एक व्यक्ति अथवा एक से ज़्यादा व्यक्तियों की उपस्थिति का अनुरोध कर सकता है।
4. मरीज़ को उपचार को अस्वीकृत अथवा बंद करने का अधिकार है सिवाय नीचे के अनुच्छेद 6, 7, 8, 13 और 15 में प्रावधान किए अनुसार। उपचार अस्वीकृत अथवा रोकने के परिणाम मरीज़ को समझाने चाहिए।
5. मरीज़ को सूचित सहमति के अधिकार को छोड़ देने के लिए आमंत्रित अथवा प्रेरित कदापि न किया जाएँ। अगर मरीज़ वैसा करना चाहता है तो उसे स्पष्ट किया जाए कि सूचित सहमति के बिना उपचार नहीं किया जा सकता।
6. नीचे के अनुच्छेद 7, 8, 12, 13, 14 और 15 में किए गए प्रावधानों को छोड़कर उपचार का प्रस्तावित प्लान अगर निम्नलिखित शर्तें पूरी हो जाती हैं, तो मरीज़ की सूचित सहमति के बिना उसे दिया जाए :
  - ए) मरीज़ संगत समय पर अनैच्छिक मरीज़ के रूप में है;
  - बी) स्वतंत्र प्राधिकार, जिसके पास सभी संगत जानकारी है (उपर्युक्त अनुच्छेद 2 में विनिर्दिष्ट जानकारी समेत), संतुष्ट है कि अभी मरीज़ में उपचार प्लान को सूचित सहमति देने अथवा रोक रखने की क्षमता का अभाव है अथवा, यदि देशीय कानून वैसा प्रावधान करता है कि मरीज़ की स्वयं की और अन्यो की सुरक्षा बनाए रखने की दृष्टि से मरीज़ अनुचित रूप से ऐसी सहमति रोक रखता है; और
  - सी) स्वतंत्र प्राधिकार संतुष्ट है कि उपचार का प्रस्तावित प्लान मरीज़ की स्वास्थ्य की आवश्यकताओं के उत्कृष्ट हित में है।
7. उपर्युक्त अनुच्छेद 6 ऐसे मरीज़ पर लागू नहीं होता जिसके साथ वैयक्तिक प्रतिनिधि है जो मरीज़ के उपचार के लिए सहमति देने कानून द्वारा अधिकृत किया गया है; लेकिन नीचे के अनुच्छेद 12, 13, 14 और 15 में दिए गए प्रावधानों को छोड़ ऐसे मरीज़ को उसकी सूचित सहमति के बिना उपचार दिए जा सकते हैं यदि वैयक्तिक प्रतिनिधि, जिसे मरीज़ की ओर से उपर्युक्त अनुच्छेद 2 में वर्णित जानकारी दी गई है, यह सहमति देता है।
8. नीचे के अनुच्छेद 12, 13, 14 और 15 में दिए गए प्रावधान को छोड़ मरीज़ की सूचित सहमति के बिना उपचार किए जा सकते हैं, यदि कानून द्वारा अधिकृत योग्यता प्राप्त मानसिक स्वास्थ्य प्रैक्टिशनर निर्धारित करता है कि मरीज़ अथवा अन्य व्यक्तियों को तत्काल अथवा सन्निकट हानि से बचाने के लिए यह अविलंब आवश्यक है। ऐसा उपचार उस अवधि से ज़्यादा लंबा न हो जो इस प्रयोजन के लिए आवश्यक है।
9. जब मरीज़ की सूचित सहमति के बिना कोई उपचार अधिकृत किया जाता है, तब उपचार का स्वरूप और किसी संभाव्य विकल्प के बारे में मरीज़ को सूचित करने की हर संभव कोशिश की जाए और उपचार प्लान के विकास में यथा संभव व्यवहार्य ढंग से मरीज़ को सम्मिलित किया जाए।
10. सभी उपचार तुरंत मरीज़ के चिकित्सा अभिलेख में अनैच्छिक अथवा स्वैच्छिक की सूचना के साथ अभिलेखित किए जाएँ।
11. मरीज़ को शारीरिक प्रतिबंध अथवा अनैच्छिक एकांत, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा की अधिकृत रूप से अनुमोदित कार्यविधियों के अनुसरण में और तभी दिया जाए, जब मरीज़ अथवा अन्यो को तत्काल अथवा सन्निकट हानि से रोकने का वही एक मात्र उपलब्ध उपाय है। यह उस अवधि से ज़्यादा न हो जितना इस प्रयोजन के लिए आवश्यक है। शारीरिक प्रतिबंध अथवा अनैच्छिक एकांत के सभी प्रसंग, उनके कारण, तथा उनका स्वरूप और सीमा, मरीज़ के चिकित्सा अभिलेख में अभिलेखित किए जाएँ। ऐसा मरीज़ जो प्रतिबंधित अथवा एकांत स्थापित है, उसे मानवीय स्थिति में तथा योग्यताप्राप्त कर्मचारी सदस्यों की देखभाल तथा निकट और नियमित पर्यवेक्षण के अधीन रखा जाए। वैयक्तिक प्रतिनिधि, अगर कोई है और संगत है, तो उसे मरीज़ के शारीरिक प्रतिबंध अथवा अनैच्छिक एकांत की तत्काल सूचना दी जाए।
12. मानसिक बीमारी के लिए उपचार के रूप में विसंक्रमण कदापि न किया जाए।
13. मानसिक बीमारी वाले व्यक्ति पर केवल तब महत्वपूर्ण चिकित्सा अथवा शल्यक कार्यविधि की जाए जब देशीय कानून द्वारा उसे अनुमति दी जाती है, जहाँ यह समझा जाता है कि यह मरीज़ की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के अनुरूप होगी और जहाँ मरीज़ सूचित सहमति देता है; इसके अलावा जहाँ मरीज़ सूचित सहमति देने में असमर्थ है वहाँ स्वतंत्र पुनरीक्षा के बाद ही ऐसी कार्यविधि अधिकृत की जाए।
14. मानसिक बीमारी के लिए सायको सर्जरी और अन्य अंतर्भेदी और अनपलट उपचार, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में जो अनैच्छिक मरीज़ है उसपर कदापि न किए जाएँ और अन्य मरीज़ों पर देशीय कानून जिस सीमा तक अनुमति देता है वहीं तक किए जाएँ, यदि मरीज़ सूचित सहमति देता है और स्वतंत्र बाह्य निकाय संतुष्ट है कि वहाँ असली सूचित सहमति है और वह उपचार मरीज़ की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के लिए उपयुक्त है।
15. चिकित्सीय परीक्षण और प्रायोगिक उपचार किसी भी मरीज़ पर सूचित सहमति के बिना न किए जाएँ, सिवाय इसके कि सूचित सहमति देने में मरीज़ असमर्थ है; तब उसे चिकित्सीय परीक्षण अथवा दिए गए प्रायोगिक उपचार हेतु प्रविष्ट किया जा सकता है लेकिन सिर्फ इस प्रयोजन के लिए विशेष रूप से गठित सक्षम, स्वतंत्र पुनरीक्षा निकाय के अनुमोदन के साथ।

16. उपर्युक्त अनुच्छेद 6, 7, 8, 13, 14 और 15 में विनिर्धारित मामलों में मरीज के वैयक्तिक प्रतिनिधि अथवा अन्य दिलचस्पी रखने वाले व्यक्ति को मरीज को दिए गए उपचार के बारे में न्यायिक अथवा अन्य स्वतंत्र प्राधिकार से अपील करने का अधिकार होगा।

#### सिद्धांत 12

##### अधिकारों की नोटिस

1. मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज को प्रवेश दिए जाने के बाद, यथा शीघ्र इन सिद्धांतों के अनुसरण में और देशीय कानून के अधीन, उसके सभी अधिकारों के बारे में मरीज की समझ में आए ऐसे ढंग से और भाषा में सूचित किया जाए। इस जानकारी में इन अधिकारों का और उन्हें कैसे प्रयुक्त किया जाए इसका स्पष्टीकरण सम्मिलित किया जाए।
2. यदि और जबतक, मरीज इस जानकारी को समझने में असमर्थ है, तब मरीज के वैयक्तिक प्रतिनिधि, अगर कोई है और उचित है, तो उसे और ऐसे व्यक्ति अथवा व्यक्तियों को जो मरीज के हित में अच्छी तरह से प्रतिनिधित्व कर सकते हैं और करने के इच्छुक हैं, मरीज के अधिकार संसूचित किए जाएँ।
3. जिस मरीज के पास आवश्यक क्षमता है, उसे ऐसे व्यक्ति को नामित करने का अधिकार है जो सुविधा के प्राधिकारी के सामने उसका प्रतिनिधित्व करे और जिसे मरीज की ओर से सूचित किया जाए।

#### सिद्धांत 13

##### मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में अधिकार और स्थितियाँ –

1. मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में हर मरीज को विशेषतः निम्नलिखित के बारे में पूरे आदर का अधिकार है  
ए) कानून के सामने व्यक्ति के रूप में हर जगह मान्यता;  
बी) गुप्तता / एकांत;  
सी) संसूचना का स्वातंत्र्य जिसमें सम्मिलित है – सुविधा में अन्य लोगों के साथ संसूचन करना, सेन्सर न किया गया निजी संसूचन भेजने और पाने का स्वातंत्र्य, वकील अथवा वैयक्तिक प्रतिनिधि से निजी तौर पर मिलने, भेंट करने और सभी उचित समय पर अन्य अभ्यगतों से भेंट का स्वातंत्र्य तथा डाक और टेलीफोन सेवाओं एवं समाचार पत्र, रेडिओ और टेलीविजन तक पहुँच का स्वातंत्र्य;  
डी) धर्म अथवा विश्वास का स्वातंत्र्य।
2. मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में परिवेश और रहने की स्थितियाँ उस व्यक्ति के समान आयु के व्यक्ति के सामान्य जीवन के यथा संभव निकट हों और उसमें विशेषतः निम्नलिखित को समाविष्ट किया जाए;:  
ए) मनोरंजन और अवकाश के समय के क्रियाकलाप की सुविधाएँ;  
बी) शिक्षा की सुविधाएँ;  
सी) दैनिक जीवन, मनोरंजन और संसूचना के लिए मर्दें खरीदने तथा पाने की सुविधाएँ;  
डी) ऐसी सुविधाएँ और उनका प्रयोग करने के लिए समर्थन जिससे मरीज अपनी सामाजिक और सांस्कृतिक पृष्ठभूमि के अनुसार सक्रीयता से व्यस्त रहे। समुदाय में पुनः एकीकरण को बढ़ावा देने के लिए उचित व्यावसायिक पुनर्वास उपाय किए जाएँ। इन उपायों में, व्यावसायिक मार्गदर्शन, व्यावसायिक प्रशिक्षण और नौकरी की सेवाएँ जिससे समुदाय में मरीज रोजगार प्राप्त कर सके अथवा बनाए रख सके, आदि का समावेश होना चाहिए।
3. किसी भी हालत में मरीज बेगार न बनाया जाए। मरीज की आवश्यकतानुरूप और संस्थागत प्रशासन की आवश्यकताओं की सीमा में, मरीज अपनी इच्छानुसार काम का प्रकार चुन सकता है।
4. मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज के श्रम का शोषण न हो जाए। ऐसे हर मरीज को, उसके द्वारा किए जाने वाले काम के लिए देशीय कानून अथवा रिवाज के अनुसार वही पारिश्रमिक पाने का अधिकार है, जो गैर मरीज को ऐसे कार्य हेतु मिलता है। ऐसे हर मरीज को किसी भी प्रसंग में उसके कार्य के लिए मानसिक स्वास्थ्य सुविधा को किए गए भुगतान का अच्छा हिस्सा प्राप्त करने का अधिकार है।

#### सिद्धांत 14

##### मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए संसाधन

1. मानसिक स्वास्थ्य सुविधा को अन्य स्वास्थ्य आस्थापना की तरह संसाधनों के समान स्तर तक पहुँच प्राप्त हो जाए और विशेषतः निम्नलिखित के लिए :  
ए) योग्यता प्राप्त चिकित्सक और अन्य उचित व्यवसायी कर्मचारी पर्याप्त संख्या में और हर मरीज को गुप्तता के लिए पर्याप्त जगह का प्रावधान और उचित एवं सक्रिय उपचार कार्यक्रम;  
बी) मरीज के लिए चिकित्सीय और थेरेप्यूटिक उपकरण;

- सी) उचित व्यावसायिक देखभाल; और  
 डी) औषधों की आपूर्ति समेत पर्याप्त, नियमित और व्यापक उपचार।
- हर मानसिक स्वास्थ्य सुविधा का, पर्याप्त वारंवारता के साथ सक्षम प्राधिकारियों द्वारा यह सुनिश्चित करने के लिए निरीक्षण किया जाए कि मरीजों की स्थिति, उपचार और देखभाल में इन सिद्धांतों का अनुपालन किया जाता है।

#### सिद्धांत 15

##### प्रवेश सिद्धांत

- जब व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में उपचार की आवश्यकता है, अनैच्छिक प्रवेश से बचने का हर संभव प्रयास किया जाए।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा तक उसी प्रकार की पहुँच हो जैसे वह अन्य किसी बीमारी के लिए अन्य सुविधा के साथ होती है।
- अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट न हुए हर मरीज को मानसिक स्वास्थ्य सुविधा किसी भी समय छोड़ने का अधिकार होगा सिवाय इसके कि सिद्धांत 16 में निर्धारित किए अनुसार अनैच्छिक मरीज के रूप में उसके अवरोधन का निकष लागू होता है और उसे इस अधिकार की सूचना दी जाती है।

#### सिद्धांत 16

##### अनैच्छिक प्रवेश

- व्यक्ति (ए) मरीज के तौर पर मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट किया जा सकता है अथवा (बी) पहले स्वैच्छिक रूप से प्रविष्ट मरीज, मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में अनैच्छिक मरीज के रूप में अवरोधित किया जा सकता है, यदि और केवल यदि, कानून द्वारा उस प्रयोजन के लिए प्राधिकृत योग्यता प्राप्त मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी (प्रेक्टिशनर) निर्धारित करता है कि सिद्धांत 4 के अनुसरण में व्यक्ति को मानसिक बीमारी है और समझता है कि :  
 ए) मानसिक बीमारी के कारण उस व्यक्ति को अथवा दूसरे व्यक्तियों को अविरोध अथवा सन्निकट हानि की गंभीर संभावना है; अथवा  
 बी) ऐसा व्यक्ति जिसकी मानसिक बीमारी गंभीर है और जिसका विवेक दुर्बल हो गया है, उसके प्रवेश अथवा अवरोधन में असफलता से व्यक्ति की स्थिति में गंभीर बिगाड़ होने की संभावना है अथवा उसे ऐसे उचित उपचार देने में रोक लगेगी जो (न्यूनतम प्रतिबंधित विकल्प के सिद्धांत के अनुसरण में) मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रवेश द्वारा ही दिए जा सकते हैं।  
 उप अनुच्छेद (बी) में संदर्भित मामले में पहले से स्वतंत्र, दूसरे मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी (प्रेक्टिशनर) की, जहाँ तक संभव हो, सलाह लेनी चाहिए। यदि ऐसा परामर्श लिया जाता है, तो दूसरे मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी (प्रेक्टिशनर) की सहमति के बिना अनैच्छिक प्रवेश अथवा अवरोधन नहीं होगा।
- अनैच्छिक प्रवेश अथवा अवरोधन शुरू में निरीक्षण तथा प्राथमिक उपचार के लिए देशीय कानून द्वारा विनिर्धारित अल्पावधि के लिए तबतक होगा जबतक पुनरीक्षा निकाय द्वारा प्रवेश अथवा अवरोधन की पुनरीक्षा नहीं की जाती। प्रवेश का आधार मरीज को विनाविलंब संसूचित किया जाए और प्रवेश के तथ्य एवं आधार, तुरंत तथा ब्योरेवार, पुनरीक्षा निकाय, मरीज के वैयक्तिक प्रतिनिधि, अगर हो तो, और यदि मरीज आपत्ति न उठाए तो उसके परिवार को संसूचित किया जाए।
- मानसिक स्वास्थ्य सुविधा केवल तब अनैच्छिक रूप से प्रविष्ट मरीज ग्रहण कर सकती है जब देशीय कानून द्वारा विहित सक्षम प्राधिकारी द्वारा वैसा करने के लिए सुविधा पदनामित की जाती है।

#### सिद्धांत 17

##### पुनरीक्षा निकाय

- पुनरीक्षा निकाय देशीय कानून द्वारा स्थापित न्यायिक अथवा अन्य स्वतंत्र और निष्पक्ष निकाय होगा और देशीय कानून द्वारा निर्धारित की गई कार्यविधियों के अनुसरण में कार्य करेगा। वह अपने निर्णय के निरूपण में एक अथवा ज्यादा योग्यता प्राप्त और स्वतंत्र मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी (प्रेक्टिशनरों) से सहायता लेगा और उनके परामर्श पर ध्यान देगा।
- पुनरीक्षा निकाय की आरंभिक पुनरीक्षा, सिद्धांत 16 के अनुच्छेद 2 की आवश्यकता के अनुसार, व्यक्ति को अनैच्छिक मरीज के रूप में प्रवेश अथवा अवरोध का निर्णय लेने के बाद जल्द से जल्द की जाए और देशीय कानून द्वारा विनिर्दिष्ट सरल और शीघ्र कार्यविधियों के अनुसरण में हो।
- पुनरीक्षा निकाय, देशीय कानून द्वारा विनिर्दिष्ट उचित विरामों पर, अनैच्छिक मरीजों के मामलों की आवधिक पुनरीक्षा करता रहे।

4. अनैच्छिक मरीज देशीय कानून द्वारा विनिर्दिष्ट उचित विरामों पर छोड़ने अथवा स्वैच्छिक दर्जा (स्टेटस) पाने के लिए पुनरीक्षा निकाय से आवेदन कर सकता है।
5. हर पुनरीक्षा पर पुनरीक्षा निकाय विचार करेगा कि क्या सिद्धांत 16 के अनुच्छेद 1 में तय अनैच्छिक प्रवेश का निकष अभी भी पूरा होता है या नहीं और अगर नहीं तो मरीज को अनैच्छिक मरीज के रूप में न रखकर छोड़ दिया जाए।
6. मामले के लिए जिम्मेदार मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायी (प्राैक्टीशनर) किसी भी समय यदि संतुष्ट होता है कि अनैच्छिक मरीज के रूप में व्यक्ति के अवरोधन की स्थितियाँ लागू नहीं होतीं, तो ऐसे मरीज के रूप में उसे न रखा जाए और उसे छोड़ने का आदेश दिया जाए।
7. मरीज अथवा उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि अथवा अन्य दिलचस्पी रखने वाले व्यक्ति को मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में मरीज को प्रविष्ट करने अथवा अवरोधित करने के निर्णय के विरुद्ध उच्चतर न्यायालय में अपील करने का अधिकार होगा।

#### *सिद्धांत 18*

##### *कार्यविधिक सुरक्षा*

1. मरीज को वकील को चुनने और नियुक्त करने का हक होगा जो किसी शिकायत कार्यविधि अथवा अपील में मरीज का प्रतिनिधित्व करेगा। यदि मरीज ऐसी सेवा नहीं प्राप्त करवा सकता और यदि मरीज के पास भुगतान के पर्याप्त साधन की कमी है तो उसे भुगतान बिना वकील उपलब्ध करा दिया जाए।
2. मरीज के लिए आवश्यक हो तो भाषांतरकार (भाष्यकार) की सेवाओं से सहायता का उसे हक होगा। जहाँ ऐसी सेवा जरूरी है और मरीज वह प्राप्त नहीं कर सकता और यदि मरीज के पास भुगतान करने के पर्याप्त साधनों की कमी है तो वहाँ मरीज द्वारा भुगतान किए बिना ऐसी सेवा उपलब्ध कराई जा सकती हैं।
3. मरीज और उसका वकील किसी भी सुनवाई में, स्वतंत्र मानसिक स्वास्थ्यरिपोर्ट और अन्य रिपोर्ट, मौखिक, अथवा लिखित या अन्य सबूत जो संगत और प्रवेश्य हैं, उनके लिए अनुरोध अथवा उन्हें प्रस्तुत कर सकता है।
4. मरीज के अभिलेख और अन्य रिपोर्टों तथा प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेजों की प्रतिलिपियाँ मरीज और उसके वकील को दी जाएँ, सिवाय उन विशेष मामलों में, जहाँ निर्धारित किया गया है कि मरीज को कुछ विशिष्ट बातों के प्रकटन से उसके स्वास्थ्य को गंभीर हानि पहुँचेगी अथवा अन्यों की सुरक्षा को खतरा होगा। देशीय कानून प्रावधान कर सकता है कि मरीज को न दिया गया दस्तावेज, यदि वह गोपनीयता से किया जा सके तो, मरीज के वैयक्तिक प्रतिनिधि और वकील को दिया जाना चाहिए। जब दस्तावेज का कोई हिस्सा मरीज से रोक रखा जाता है, तो मरीज अथवा मरीज का वकील अगर है तो, रोक रखने की नोटिस और उसके कारण प्राप्त करेगा और न्यायिक पुनरीक्षा के अधीन होगा।
5. मरीज और उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि और वकील को किसी भी सुनवाई में उपस्थित रहने, सहभाग लेने और व्यक्तिशः सुन लिए जाने का हक होगा।
6. यदि मरीज अथवा मरीज का वैयक्तिक प्रतिनिधि अथवा वकील अनुरोध करता है तो विशिष्ट व्यक्ति सुनवाई में उपस्थित हो सकता है सिवाय इसके, कि यह निर्धारित किया गया है कि व्यक्ति की उपस्थिति मरीज के स्वास्थ्य के लिए गंभीर हानि पहुँचाएगी अथवा अन्यों की सुरक्षा खतरे में होगी।
7. सुनवाई और उसका कोई हिस्सा सार्वजनिक अथवा निजी रूपसे करने का निर्णय और सार्वजनिक रूप से रिपोर्ट करने में, मरीज की अपनी इच्छाओं तथा मरीज और अन्य व्यक्तियों की गुप्तता का आदर करने की आवश्यकता और मरीज के स्वास्थ्य को गंभीर हानि पहुँचने अथवा अन्यों की सुरक्षा खतरे में डालने से रोकने की आवश्यकता का पूरा ध्यान रखते हुए किया जाए।
8. सुनवाई से उत्पन्न निर्णय और उसके कारण, लिखित रूप से अभिव्यक्त किए जाएँ। प्रतिलिपियाँ मरीज और उसके प्रतिनिधि और वकील को दी जाएँ। निर्णय पूर्णतः अथवा अंशतः प्रकाशित करने का निर्णय लेते समय मरीज की अपनी इच्छाओं का पूरा ध्यान, उसकी गुप्तता का आदर करने की आवश्यकता और न्याय की खुली प्रक्रिया में जनता का हित तथा मरीज के स्वास्थ्य को गंभीर हानि पहुँचने अथवा अन्यों की सुरक्षा खतरे में डालने से रोकने की आवश्यकता का ध्यान रखा जाए।

#### *सिद्धांत 19*

##### *सूचना तक पहुँच*

1. ए) मरीज (जो शब्द इस सिद्धांत में पूर्व मरीज को सम्मिलित करता है) उसके स्वास्थ्य के बारे में सूचना और मानसिक स्वास्थ्य सुविधा द्वारा रखे गए वैयक्तिक अभिलेख तक पहुँच का हकदार होगा। मरीज के स्वास्थ्य को गंभीर हानि पहुँचने और अन्यों की सुरक्षा खतरे में डालने से रोकने के विचार से परिसीमन के अधीन यह अधिकार हो सकता है। देशीय कानून प्रावधान कर सकता है कि ऐसी जानकारी जो मरीज को न दी गई हो और यदि वह गोपनीयता के विश्वास से दी जा सके, तो वह मरीज के विश्वसनीय प्रतिनिधि और वकील को दी जाए। अगर ऐसी

कोई जानकारी मरीज से रोक रखी जाती है तो मरीज अथवा उसके वकील, अगर हो तो, रोक रखने की नोटिस और उसके कारण प्राप्त करेंगे और वे न्यायिक पुनरीक्षा के अधीन होंगे।

2. मरीज अथवा उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि अथवा वकील द्वारा लिखित अभ्युक्ति, अनुरोध पर मरीज की फाइल में दर्ज की जाए।

#### *सिद्धांत 20*

##### *अपराधिक गुनहगार*

1. यह सिद्धांत उन व्यक्तियों पर लागू होता है जो अपराधिक गुनाहों के लिए कैद की सजा पा रहे हैं अथवा अपराधिक कार्यवाहियों में अथवा उनकी जाँच के दौरान रोक रखे गए हैं और जिन्हें मानसिक बीमारी है अथवा होने का अनुमान किया जाता है।
2. ऐसे सभी व्यक्तियों को सिद्धांत 1 के प्रावधान के अनुसार उपलब्ध उत्कृष्ट मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करा दी जानी चाहिए। ये सिद्धांत यथासंभव पूर्णतः लागू हो जाएँ तथा केवल सीमित आशोधन एवं अपवाद के अधीन हों जो कुछ स्थितियों में आवश्यक हैं। सिद्धांत 1 के अनुच्छेद 5 में उल्लेखित लिखत के अधीन व्यक्ति के अधिकार पर ऐसे कोई आशोधन एवं अपवाद परिणाम नहीं करेंगे।
3. देशीय कानून, सक्षम और स्वतंत्र चिकित्सासलाह के आधार पर कार्यरत न्यायालय अथवा अन्य सक्षम प्राधिकारी को यह आदेश देने के लिए प्राधिकृत कर सकते हैं, कि ऐसे व्यक्ति मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रविष्ट किए जाएँ।
4. जिन व्यक्तियों के बारे में मानसिक बीमारी निर्धारित हुई है उनका उपचार सभी स्थितियों में सिद्धांत 11 के अनुसरण में हो।

#### *सिद्धांत 21*

##### *शिकायतें*

हर मरीज और पूर्व मरीज को देशीय कानून द्वारा विनिर्दिष्ट कार्यविधि के ज़रिए शिकायत करने का अधिकार होगा।

#### *सिद्धांत 22*

##### *निरीक्षण और इलाज*

राज्य सुनिश्चित करेगा कि इन सिद्धांतों के अनुपालन का समर्थन करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं का निरीक्षण, शिकायतों की प्रस्तुति, जाँच, समाधान एवं व्यावसायिक दुराचार अथवा मरीज के अधिकारों के उल्लंघन के लिए उचित अनुशासन अथवा न्यायिक कार्यवाहियों प्रस्थापित करने के लिए, उचित यंत्रणा लागू है।

#### *सिद्धांत 23*

##### *कार्यान्वयन*

1. राज्यों को उचित कानूनी, न्यायिक, प्रशासकीय, शैक्षिक और अन्य उपायों के ज़रिए उक्त सिद्धांत कार्यान्वित करने चाहिए और उनकी आवधिक पुनरीक्षा की जानी चाहिए।
2. राज्य उक्त सिद्धांत उचित और सक्रिय साधनों द्वारा व्यापक रूप से ज्ञात करवाएगा।

#### *सिद्धांत 24*

##### *मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं से संबंधित सिद्धांतों की गुंजाइश*

ये सिद्धांत मानसिक स्वास्थ्य सुविधा में प्रविष्ट होने वाले सभी व्यक्तियों पर लागू होते हैं।

#### *सिद्धांत 25*

##### *वर्तमान अधिकारों का बचाव*

मरीज के वर्तमान किसी अधिकार पर इस बहाने कोई प्रतिबंध या अपकर्ष नहीं होगा, कि यह सिद्धान्त ऐसे अधिकार को मान्यता नहीं देता अथवा उसे अपेक्षाकृत कम मात्रा में मान्यता देता है। इसमें, लागू अंतर्राष्ट्रीय अथवा देशीय कानून में मान्यताप्राप्त अधिकार सम्मिलित है।

एम आई प्रिंसिपल्स पर और जानकारी एवं मार्गदर्शन के लिए देखें - मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के मानव अधिकारों के समर्थन के लिए मार्गदर्शी सूचनाएँ, जिनीवा, विश्व स्वास्थ्य संगठन 1996

[http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO\\_MNH\\_MND\\_95\\_4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95_4.pdf) पर उपलब्ध

विवाद के मामले में अंग्रेजी खंड को अधिकृत समझा जाएँ।

लैटिन अमरीका में मनोवैज्ञानिक सेवा स्थानीय स्वास्थ्य प्रणाली नमूने में पुनःरचित करने हेतु (रिस्ट्रक्चरिंग ऑफ़ साइकिएट्रीक केअर इन लैटिन अमरिका विदिन द लोकल हेल्थ सिस्टीम्स मॉडेल) आयोजित क्षेत्रीय सम्मेलन में एकत्रित विधायक, संघ, स्वास्थ्य प्राधिकरण, मानसिक स्वास्थ्य व्यवसायियों और विधिवेत्ताओं ने घोषित किया –

### घोषित

1. प्रारंभिक स्वास्थ्य देखभाल पर आधारित और स्थानीय स्वास्थ्य प्रणाली नमूने के ढाँचे के भीतर मनोवैज्ञानिक सेवा की पुनर्संरचना ( रिस्ट्रक्चरिंग ऑफ़ साइकिएट्रीक केअर ) से ऐसे वैकल्पिक सेवा मॉडेल को बढ़ावा मिलेगा जो समुदाय आधारित है और सामाजिक तथा स्वास्थ्य देखभाल संजाल (नेटवर्क) में समाकलित है।
2. क्षेत्र में साइकिएट्रीक देखभाल की पुनर्संरचना का निहितार्थ है मानसिक स्वास्थ्य सेवा सुपुर्दगी में मनोरोग अस्पताल (मेंटल हॉस्पिटल) द्वारा निभाई गई प्रमुख और केंद्रीभूत भूमिका की विवेचनात्मक पुनरीक्षा करना।
3. संसाधन, देखभाल और उपचार, जो उपलब्ध कराए गए हैं, सुनिश्चित करते हैं कि -  
ए) वैयक्तिक मान-मर्यादा और मानव तथा नागरी अधिकारों की रक्षा की जाती है;  
बी) वे विवेकपूर्ण और तकनीकी रूप से उचित निकष पर आधारित हैं;  
सी) मरीजों को उनके समुदायों में बनाए रखने के लिए प्रयास किए जाते हैं।
4. अगर आवश्यक है तो राष्ट्रीय कानून का फिर से प्रारूपलेखन किया जाना चाहिए जिससे  
ए) मानसिक मरीजों के मानवीय और नागरी अधिकारों की रक्षा की जा सके; और  
बी) समुदाय मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के संगठन इन अधिकारों की रक्षा की गारंटी दे सकें।
5. मानसिक स्वास्थ्य और साइकिएट्री में प्रशिक्षण को ऐसे सेवा नमूने का प्रयोग करना चाहिए जो समुदाय स्वास्थ्य केंद्र पर आधारित है और पुनर्संरचना आंदोलन में निहित सिद्धांतों के अनुसरण में जनरल अस्पतालों में साइकिएट्रीक प्रवेश को बढ़ावा देता है।
6. इस सम्मेलन में संगठन, संघ और अन्य सहभागी प्रतिज्ञा करते हैं कि राष्ट्रीय स्तर पर ऐसे कार्यक्रमों को समर्थन देंगे और उन्हें विकसित करेंगे जो अपेक्षित पुनर्संरचना को बढ़ावा देंगे और साथ ही वे राष्ट्रीय कानून और अंतर्राष्ट्रीय करारों के अनुसरण में मानसिक मरीजों के मानव अधिकारों का निरीक्षण (मॉनीटरिंग) और उनकी रक्षा करने के लिए प्रतिबद्ध हैं।

इस लक्ष्य के लिए वे स्वास्थ्य तथा न्याय मंत्रियों, सांसदों, सामाजिक सुरक्षा एवं अन्य देखभाल का प्रावधान करने वाली संस्थाओं, व्यवसायी संगठनों, उपभोक्ता संघों, विश्वविद्यालयों और अन्य प्रशिक्षण सुविधाओं तथा मीडिया को साइकिएट्रीक देखभाल की पुनर्संरचना का समर्थन करने के लिए आमंत्रित करते हैं, जिससे इस क्षेत्र की जनसंख्या के लाभार्थ यह सफल विकास सुनिश्चित हो।

लैटिन अमरीका में 'रिस्ट्रक्चरिंग ऑफ़ साइकिएट्रीक केअर' पर आयोजित क्षेत्रीय सम्मेलन द्वारा 14 नवंबर 1990 को अंगीकृत डेक्लरेशन ऑफ़ कैरैकैस के लिखित रूप से उद्धृत सार। यह सम्मेलन कैरैकैस, वेनेजुएला में पैन अमरीकन हेल्थ आरगनाइजेशन/डब्ल्यू एच ओ रीजनल ऑफिस फॉर दि अमरीकाज़ द्वारा आयोजित किया गया था। इंटरनैशनल डायजेस्ट ऑफ़ हेल्थ लेजिस्लेशन, 1991, 42 (2) : 336-338.

**साइकिएट्रीक व्यवसाय के लिए नैतिक मानदंडों पर माद्रिद डेक्लरेशन**

जनरल असेंबली द्वारा 25 अगस्त 1996 को अनुमोदित और योकोहामा, जापान में जनरल असेंबली द्वारा अगस्त 2002 को संशोधित

‘‘दि वर्ल्ड साइकिएट्रीक असोसिएशन’’ ने 1977 में ‘डेक्लरेशन ऑफ हवाई’ अनुमोदित किया, जिसमें साइकिएट्रीक व्यवसाय के लिए नैतिक मार्गदर्शी सूचनाएँ निर्धारित की गई थीं। 1983 में वीएनए में, यह डेक्लरेशन अद्यतन किया गया था।

बदलती सामाजिक प्रवृत्तियों और साइकिएट्रीक व्यवसाय में नए चिकित्साविकास का प्रभाव प्रतिबिंबित करने हेतु दि वर्ल्ड साइकिएट्रीक असोसिएशन ने फिर से इसकी जाँच की और इन नैतिक मानदंडों में से कुछ को संशोधित किया।

चिकित्सा एक स्वस्थ करने वाली कला और विज्ञान दोनों हैं। इस संयोग के गत्यात्मक परिणाम उत्कृष्ट रूप से साइकिएट्री में प्रतिबिंबित हुए हैं, जो चिकित्सा की वह शाखा है जो मानसिक अस्वास्थ्य अथवा क्षीणता के कारण बीमार और दुर्बल हुए लोगों की देखभाल और रक्षा में, विशेषीकृत है। यद्यपि सांस्कृतिक, सामाजिक और राष्ट्रीय विभिन्नताएँ हैं तथापि नैतिक आचरण की आवश्यकता और नैतिक मानदंडों की निरंतर पुनरीक्षा सार्वदेशिक है।

चिकित्सा के व्यवसायी (प्रेक्टिशनर) होने के नाते साइकिएट्रिस्ट को फिजिशन (चिकित्सक) होने के नैतिक निहितार्थ के प्रति सजग होना चाहिए और साइकिएट्री विशेषता की विशिष्ट नैतिक माँगों के प्रति सतर्क रहना चाहिए। समाज के सदस्य के रूप में साइकिएट्रिस्ट को मानसिक बीमारी वालों के साथ अच्छा और एक समान व्यवहार, सामाजिक न्याय और सभी के लिए समदृष्टि का समर्थन करना चाहिए।

मरीज के प्रति जिम्मेदारी का साइकिएट्रिस्ट के वैयक्तिक बोध पर और क्या सही और मुख्यतः उचित आचरण है, यह तय करने के अनुमान पर नैतिक आचरण आधारित है। व्यवसायिक आचरण संहिता, नीतिशास्त्र का अध्ययन अथवा कानून के नियम जैसे बाह्य मानदंड और प्रभाव, चिकित्सा के नैतिक अभ्यास की गारंटी नहीं देंगे।

साइकिएट्रिस्ट को सभी समय साइकिएट्रिस्ट-मरीज संबंध की सीमाएँ ध्यान में रखनी चाहिए और मुख्यतः मरीज के प्रति सम्मान तथा उसके कल्याण और सुस्वस्थता के प्रति दिलचस्पी से प्रभावित होनी चाहिए।

इसी मनोभाव से दि वर्ल्ड साइकिएट्रिस्ट असोसिएशन ने 25 अगस्त 1996 को जनरल असेंबली में अनुमोदित किया कि निम्नलिखित नैतिक मानदंडों द्वारा दुनिया भर के साइकिएट्रिस्टों का आचरण शासित होना चाहिए।

1. साइकिएट्री एक चिकित्सा शाखा है जो मानसिक अस्वास्थ्य वालों के लिए उत्कृष्ट उपचार का प्रावधान, मानसिक बीमारी से पीड़ित व्यक्तियों के पुनर्वास और मानसिक स्वास्थ्य के समर्थन से संबंधित है। साइकिएट्रिस्ट, स्वीकृत वैज्ञानिक ज्ञान और नैतिक सिद्धांतों से सुसंगत उपलब्ध उत्कृष्ट थेरेपी (उपचार) देकर मरीजों की सेवा करते हैं। साइकिएट्रिस्ट को ऐसे थेरेप्यूटिक (उपचार के) हस्तक्षेप प्रायोजित करने चाहिए जो मरीज की स्वतंत्रता को न्यूनतम प्रतिबंधित करेंगे और जिस कार्यक्षेत्र में उनकी प्राथमिक निपुणता नहीं है उसमें उन्हें सलाह लेनी चाहिए। यह करते समय साइकिएट्रिस्ट को स्वास्थ्य संसाधनों के उचित आबंटन के प्रति सजग होना चाहिए।
2. साइकिएट्रिस्ट का कर्तव्य है उनके विषय क्षेत्र में हुए वैज्ञानिक विकास से परिचित रहना और साथ ही, अद्यतन किया गया ज्ञान दूसरों तक पहुँचाना। अनुसंधान में प्रशिक्षित साइकिएट्रिस्टों को साइकिएट्री की वैज्ञानिक सीमाओं को विस्तारने का प्रयास करना चाहिए।
3. मरीज को थेरेप्यूटिक प्रक्रिया में अधिकृत भागीदार के रूप में स्वीकृत करना चाहिए। थेरेपिस्ट और मरीज के बीच का संबंध आपसी विश्वास और सम्मान पर आधारित होना चाहिए जिससे मरीज मुक्त और सूचित निर्णय ले सके। मरीज को संगत जानकारी देना साइकिएट्रिस्ट का कर्तव्य है जिससे वह वैयक्तिक मूल्यों और अधिमानों के अनुसार विवेकपूर्ण निर्णय करने में समर्थ हो सके।
4. मानसिक अस्वास्थ्य के कारण मरीज उचित फैसला (अनुमान) करने में अक्षम और /अथवा अयोग्य है तो साइकिएट्रिस्ट को परिवार के साथ परामर्श करना चाहिए और उचित हो तो कानूनी वकील ढूँढना चाहिए, जो



मरीज की मानवप्रतिष्ठा और उसके कानूनी अधिकारों की रक्षा कर सके। मरीज की इच्छा के विरुद्ध उपचार नहीं करने चाहिए सिवाय उस स्थिति में, जब उपचार रोक रखने से मरीज के और/अथवा उसके आसपास के लोगों के जीवन को खतरा हो। उपचार हमेशा मरीज के हित में होने चाहिए।

5. जब साइकिएट्रीस्ट से व्यक्ति का मूल्यांकन करने का अनुरोध किया जाता है तब उसका पहला कर्तव्य है कि मूल्यांकन किए जाने वाले व्यक्ति को वह हस्तक्षेप का प्रयोजन सूचित करे तथा निष्कर्षों के उपयोग और मूल्यांकन के संभाव्य परिणाम बताए। यह तब विशेष रूप से महत्वपूर्ण है जब साइकिएट्रीस्ट 'थर्ड पार्टी' प्रसंग में सम्मिलित होता है।
6. थेरेप्यूटिक संबंध में प्राप्त जानकारी गोपनीय रखनी चाहिए और केवल मरीज के मानसिक स्वास्थ्य सुधरने के एकमात्र प्रयोजन के लिए प्रयुक्त करनी चाहिए। साइकिएट्रीस्ट द्वारा इस जानकारी का वैयक्तिक कारणों अथवा वित्तीय अथवा शैक्षिक लाभ के लिए इस्तेमाल किया जाना निषिद्ध है। गोपनीयता का भंग केवल तब उचित हो सकता है जब गोपनीयता बनाए रखने से मरीज अथवा दूसरे व्यक्ति को गंभीर शारीरिक अथवा मानसिक क्षति अनुघटित होगी, जैसा कि बच्चे के साथ किए जाने वाले दुर्व्यवहार का मामला। ऐसी घटनाओं में साइकिएट्रीस्ट को जब संभव हो पहले मरीज को इस पर सलाह देनी चाहिए कि कौनसी कार्रवाई करनी है।
7. विज्ञान के सिद्धांतों के अनुसरण में अनुसंधान न करना अनैतिक है। अनुसंधान संबंधी गतिविधियाँ उचित रूप से गठित नैतिक समिति द्वारा अनुमोदित होनी चाहिए। साइकिएट्रीस्ट को अनुसंधानप्रणाली के लिए राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय नियमों का पालन करना चाहिए। उचित रूप से प्रशिक्षित व्यक्ति को ही अनुसंधान करना चाहिए अथवा निर्देशित करना चाहिए। चूँकि साइकिएट्रीक मरीज विशेषतः असुरक्षित अनुसंधान का विषय है, इसलिए उनकी मानसिक और शारीरिक अखंडता के साथ ही उनकी स्वायत्तता की रक्षा के लिए ज्यादा सावधानी बरतनी चाहिए। रोग विस्तार विज्ञान (एपिडेमियोलोजिकल) और समाजशास्त्रीय अध्ययन समेत सभी प्रकार के अनुसंधान और अन्य शाखाओं अथवा कई जाँचकर्ता केन्द्रों को सम्मिलित करने वाले सहभागी अनुसंधान में जनसंख्यादलों के चयन में नैतिक मानदंडों को लागू करना चाहिए।

### विशिष्ट स्थितियों से संबंधित मार्गदर्शी सूचनाएँ

*दि वर्ल्ड साइकिएट्रीक असोसिएशन नीतिशास्त्रीय समिति ने कई विशिष्ट स्थितियों में कई विशिष्ट मार्गदर्शी सूचनाएँ विकसित करने की आवश्यकता को मान्यता दी है। पहले पाँच को जनरल असेंबली, माद्रिद, स्पेन ने 25 अगस्त 1996 को और अंतिम तीन को जनरल असेंबली, हामबुर्ग, जर्मनी ने 8 अगस्त 1999 को अनुमोदित किया।*

1. **यूथनेसिया (सुखावसान अथवा सहज मृत्यु)** : फिजिशन का पहला और प्रमुख कर्तव्य है स्वास्थ्य को बढ़ावा देना, पीड़ा को कम करना और जीवन की रक्षा करना। कुछ साइकिआट्रीस्टों के मरीजों में कतिपय मरीज ऐसे भी हो सकते हैं जो सूचित निर्णय का पालन करने में गंभीर रूप से अक्षम और असमर्थ होने के कारण अपनी रक्षा नहीं कर सकते। साइकिएट्रीस्टों को ऐसे मरीजों से संबंधित ऐसी कृतियों के बारे में अत्यंत सावधानी बरतने की आवश्यकता होती है, जो मरीज को मृत्यु की ओर ले जा सकती हैं (अथवा जिनके कारण मरीज की मृत्यु संभव है) साइकिएट्रीस्ट को सजग रहना चाहिए कि डिप्रेशन (उदासी) जैसी मानसिक बीमारी के कारण मरीज के विचार विकृत हो सकते हैं। ऐसी स्थितियों में साइकिएट्रीस्ट की भूमिका बीमारी का उपचार करने की होती है।
2. **उत्पीड़न** : यदि ऐसे कृत्य में उसके समावेश के लिए प्राधिकारी जबरदस्ती प्रयास करें तो भी साइकिएट्रीस्ट मानसिक अथवा शारीरिक उत्पीड़न की किसी भी प्रक्रिया में भाग नहीं लेगा।
3. **मृत्यु दंड** : किसी भी परिस्थिति में साइकिएट्रीस्ट को कानूनन अधिकृत मृत्युदंड अथवा मृत्युदंड मिलने की क्षमता के मूल्यांकन में सहभाग नहीं लेना चाहिए।
4. **लिंग चयन** : किसी भी परिस्थिति में लिंगचयन प्रयोजन के लिए गर्भ का अंत करने के निर्णय में साइकिएट्रीस्ट को सहभाग नहीं लेना चाहिए।
5. **इंद्रिय प्रतिरोपण** : साइकिएट्रीस्ट की भूमिका है अवयव दान के आसपास के मसले स्पष्ट करना और धार्मिक, सांस्कृतिक और परिवारिक घटक के बारे में सलाह देना जिससे यह सुनिश्चित हो कि सभी संबंधितों द्वारा सूचित और उचित निर्णय किया जाता है। साइकिएट्रीस्ट को मरीज के लिए प्रतिपत्र (प्रॉक्सी) निर्णय कर्ता के रूप में काम नहीं करना चाहिए न ही इन मामलों में मरीज के निर्णय पर प्रभाव डालने के लिए सायकोथेरेप्यूटिक

निपुणता का प्रयोग। साइकिएट्रीस्ट को अपने मरीज की रक्षा एवं अवयवप्रतिरोपण की स्थिति में, जहाँ तक संभव हो वहाँ तक, आत्मनिर्णय करने में सहायता करनी चाहिए।

6. **साइकिएट्रीस्ट का मीडिया को संबोधन** : समुदाय की बोधक्षमताओं और प्रवृत्तियों को आकार देने में मीडिया की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। मीडिया के साथ सभी संपर्कों में साइकिएट्रीस्ट को सुनिश्चित करना होगा कि मानसिक बीमारी वाले लोगों को इस ढंग से प्रस्तुत किया जाता है कि उनकी मानमर्यादा और अभिमान की रक्षा हो और उनके विरुद्ध कलंक और विभेदन कम हो। साइकिएट्रीस्ट की महत्वपूर्ण भूमिका है मानसिक अस्वास्थ्य से पीड़ित लोगों का समर्थन करना। चूँकि साइकिएट्रीस्ट और साइकिएट्री के बारे में सार्वजनिक बोध मरीज पर प्रतिबिंबित होता है, साइकिएट्रीस्ट द्वारा सुनिश्चित किया जाए कि मीडिया के साथ के उनके संपर्क में वे साइकिएट्री व्यवसाय का प्रतिष्ठा के साथ प्रतिनिधित्व कर रहे हैं। किसी व्यक्ति के बारे में अनुमानित साइको पैथोलॉजी के आधार पर मीडिया के सामने साइकिएट्रीस्ट द्वारा ऐलान न किया जाए। मीडिया के सामने अनुसंधान के निष्कर्ष प्रस्तुत करते समय साइकिएट्रीस्ट द्वारा दी गई जानकारी की वैज्ञानिक संपूर्णतः सुनिश्चित की जाए और मानसिक बीमारी के सार्वजनिक बोध और मानसिक अस्वास्थ्य वाले लोगों के कल्याण पर उनके कथन से उन्नत संभाव्य परिणाम को ध्यान में रखा जाए।
7. **साइकिएट्रीस्ट और जातीय अथवा सांस्कृतिक आधार पर विभेदन** : साइकिएट्रीस्ट द्वारा जातीय अथवा सांस्कृतिक आधार पर सीधे अथवा दूसरों की मदद द्वारा विभेदन अनैतिक है। साइकिएट्रीस्ट प्रत्यक्ष अथवा परोक्ष रूप से किसी जातीय परिमार्जन (एथनिक क्लिनसिंग) से संबंधित गतिविधि में न खुद सम्मिलित हो जाए अथवा न ही उसका समर्थन करे।
8. **साइकिएट्रीस्ट और जेनेटिक अनुसंधान और परामर्श** : मानसिक अस्वास्थ्यों के जेनेटिक (आनुवंशिक) आधार का अनुसंधान तेजी से बढ़ रहा है और मानसिक बीमारी से पीड़ित ज्यादा लोग ऐसे अनुसंधान में सहभाग ले रहे हैं। जेनेटिक अनुसंधान अथवा परामर्श में शामिल साइकिएट्रीस्ट को इस तथ्य के बारे में ध्यान में रखना होगा कि जेनेटिक जानकारी का निहितार्थ, जिससे वह प्राप्त की गई थी उस व्यक्ति तक ही सीमित नहीं है और उसके प्रकटीकरण से, संबंधित व्यक्ति के परिवारों और समुदायों पर नकारात्मक और विनाशक परिणाम हो सकते हैं। इसलिए साइकिएट्रीस्ट द्वारा सुनिश्चित किया जाए कि :
  - लोग और परिवार, जो जेनेटिक अनुसंधान में सहभाग लेते हैं, वे पूर्णतः सूचित सहमति से ऐसा करते हैं ;
  - उनके अधिकार में जो जेनेटिक जानकारी है वह अनधिकृत पहुँच, गलत अर्थ अथवा गलत उपयोग से पर्याप्त रूप से सुरक्षित है ;
  - मरीजों और परिवारों के साथ संसूचन में यह स्पष्ट करने की सावधानी ली जाती है कि वर्तमान जेनेटिक ज्ञान अधूरा है और भविष्य के निष्कर्षों द्वारा वह परिवर्तित हो सकता है ।

साइकिएट्रीस्ट द्वारा लोगों को नैदानिक जेनेटिक जाँच के लिए किसी सुविधा में भेजा जाए, यदि उस सुविधा में निम्नलिखित का समावेश है -

- ऐसी जाँच के लिए संतोषजनक गुणवत्ता का आश्वासन देने वाली कार्याविधियों का प्रदर्शन;
- जेनेटिक परामर्श के लिए पर्याप्त और सुलभ संसाधन। परिवार नियोजन अथवा गर्भपात के बारे में जेनेटिक परामर्श के समय मरीज के मूल्यों के प्रति सम्मान बरतते हुए पर्याप्त चिकित्सा एवं साइकिएट्रीक जानकारी देकर मरीज की ऐसा निर्णय करने में सहायता करनी चाहिए, जो उसके लिए लाभप्रद हो ।

**कनेक्टीकट डिपार्टमेंट ऑफ मेंटल हेल्थ एण्ड एडिक्शन सर्विसेज (यू एस ए) के ग्राहक (क्लायंट) अथवा मरीज के रूप में आपके अधिकार**

आपको सभी समय मानवीय और सम्मानित ढंग से बर्ताव पाने का अधिकार है और आपके • वैयक्तिक मान-मर्यादा का अधिकार • गुप्तता का अधिकार, • वैयक्तिक संपत्ति का अधिकार, • नागरी अधिकार को, पूर्ण सम्मान मिलेगा।

आपको शारीरिक अथवा मानसिक दुर्व्यवहार अथवा हानि से मुक्ति का अधिकार है;

आपको लिखित उपचार योजना को प्राप्त करने का अधिकार है जो आपकी निर्विधियों (इनपुट) से विकसित किया गया है और आपकी अपनी वैयक्तिक आवश्यकताओं, लक्ष्यों तथा आकांक्षाओं के अनुरूप है;

आपको संस्था, एजेन्सी अथवा कार्यक्रम बनाने वालों द्वारा आपके अधिकार सूचित किए जाने चाहिए।

साथ ही आपके अधिकारों की सूची अस्पताल के हर वॉर्ड में लगाई जाएगी।

**आपके अन्य अधिकारों में सम्मिलित हैं :**

**मानवीय और सम्मानित व्यवहार :** आपको सभी समय मानवीय और सम्मानित व्यवहार पाने का और आपकी वैयक्तिक मान-मर्यादा तथा गुप्तता के प्रति पूर्ण सम्मान किए जाने का अधिकार है। एक विशिष्ट उपचार योजना आपकी आवश्यकतानुसार विकसित की जाएगी। किसी भी उपचार योजना में सम्मिलित (परंतु वहीं तक सीमित नहीं) होंगी, छोड़े जाने की उचित नोटिस, आपकी सक्रिय सहभागिता और बाद की उचित देखभाल की आयोजना। (देखें सी जी एस - 17a-542)

**वैयक्तिक मान-मर्यादा :** इन पेशेंट सुविधा में आपको अपने कपड़े पहनने, अपना वैयक्तिक सामान (उचित स्थान सीमा में) रखने, अपने पैसों तक पहुँच एवं वैयक्तिक खरीद के लिए खर्च करने का अधिकार है। वायटिंग फोरेंसिक प्रभाग के मरीजों को छोड़कर आपको अपने सामान की तलाशी के दौरान उपस्थित रहने का अधिकार है। इन अधिकारों के अपवाद का स्पष्टीकरण लिखित रूप में किया जाना चाहिए एवं वह आपके चिकित्सीय अभिलेख का हिस्सा होने चाहिए। (देखें सी जी एस - 17a-548)

**गुप्तता और गोपनीयता :** आपको गुप्तता एवं गोपनीयता का अधिकार है। ऐसा अभिलेख, जो आपका (या आपकी) उपचार पद्धति अथवा निदान का अभिनिर्धारण करे, आपकी लिखित सहमति के बिना किसी दूसरे व्यक्ति अथवा एजेन्सी को नहीं दिया जा सकता। न्यायालय द्वारा रखा गया संपूर्ण अभिलेख (चूँकि वह पाने वाले के उपचार से संबंधित है) सील किया जाए और केवल प्रतिवादी अथवा वकील को उपलब्ध कर दिया जाए। कोई भी व्यक्ति, अस्पताल, उपचार सुविधा, न ही डी एम एच एस, सेवा पाने वाले के परिचय, निदान, लक्षण अथवा उपचार (जो गोपनीयता से संबंधित केंद्रीय या राज्यस्तरीय अध्यादेश का उल्लंघन समझा जाए) को प्रकट नहीं करेगा अथवा प्रकट करने की अनुमति नहीं देगा (देखें सी जी एस 17a-500, 17a-688, 52-146f और 42 सी एफ आर भाग - 2)

**फिजिशन का आपातिक प्रमाणपत्र और सुपुर्दगी:** आप, आपके एडवोकेट अथवा सलाहकार, उचित अध्यादेश की पुनरीक्षा द्वारा सुपुर्दगी की कार्यविधि के बारे में जानकारी पा सकते हैं। फिजिशन के आपातिक प्रमाणपत्र के जरिए प्रविष्ट सभी मरीजों को प्रवेश से तीन कामकाजी दिनों के भीतर, अनुरोध किए जाने पर, "संभाव्य कारण" सुनवाई कराने का अधिकार है। सभी स्वैच्छिक प्रविष्ट मरीजों को प्रवेश पर तीन दिनों की नोटिस के बाद छोड़ने के उनके अधिकार के बारे में सूचित किया जाए। किसी भी स्वैच्छिक रूप से परिरुद्ध मरीज को उसके अनुरोध पर तीन दिनों की लिखित नोटिस के बाद छोड़ना अस्वीकृत न किया जाए, यदि सक्षम अधिकारक्षेत्र के न्यायालय में सुपुर्दगी का आवेदन फाइल नहीं किया गया है। व्यसन (एडिक्शन) के उपचार एवं साइकिकल अस्वास्थ्य के लिए प्रवेश पर विभिन्न अध्यादेश लागू होते हैं। (देखें सी जी एस 17a-495 इ टी ए स इ क्यू, 17a-502, 17a-506, 17a-682 से 17a-685, 54-56d)

**भेंट और संसूचना का अधिकार :** निर्धारित भेंट के समय के दौरान आप अभ्यागतों से मिल सकते हैं। आप किसी भी उचित समय अपनी पसंद के पादरी अथवा पुरोहित वर्ग, अभिवक्ता (अटर्नी) अथवा 'पैरालिगल' के साथ गुप्त बातचीत कर सकते हैं अथवा उनसे मिलने का आपको अधिकार है। सुविधाएँ अभ्यागतों को नियमित करने के लिए उचित रूप से नियम बनाए रख सकती हैं। सेवा प्राप्त करने वाले को प्राप्त अथवा उसके द्वारा प्रेषित डाक अथवा अन्य संसूचना रोकी न जाए, न पढ़ी जाए और न ही सेन्सर की जाए। संसूचना से संबंधित अधिकारों के अपवाद, सुविधा के प्रभारी (या पदनामित) व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित और लिखित रूप में मरीज को स्पष्ट करने चाहिए और उसे आपके चिकित्सीय अभिलेख का हिस्सा बनाना चाहिए। (देखें सी जी एस 17a - 546, 17a - 547)

**आपके चिकित्सीय अभिलेख तक पहुँच :** आप अथवा आपके वकील को लिखित अनुरोध पर आपके अस्पताल के अभिलेख का निरीक्षण करने का अधिकार है। यदि आपका अनुरोध मुकदमेबाजी से संबंधित नहीं है, तो सुविधा वाले, अभिलेख का कोई भी हिस्सा प्रकट करना अस्वीकृत कर सकते हैं, यदि वह मानसिक स्वास्थ्य सुविधा यह तय करे कि इस हिस्से से - स्वयं अथवा दूसरों के जीवन को भारी हानि (चोट) पहुँचाने, मानसिक स्थिति में गंभीर बिगाड़ अनुभवने अथवा दूसरों की गुप्तता में हस्तक्षेप करने के खतरे की ठोस संभावना है। (देखें सी जी एस - 17a-548, 52-146f)

**प्रतिबंध और एकांत :** यदि ऐसी स्थिति हो कि आपको प्रतिबंधित स्थान अथवा एकांत में रखना पड़े तो आपके साथ मानवीय

और सम्मानपूर्वक ढंग से बर्ताव किया जाना चाहिए। अनैच्छिक एकांत अथवा यांत्रिकी प्रतिबंध के प्रयोग की केवल ऐसी स्थिति में ही अनुमति दी जाती है जब आपके लिए अथवा दूसरों के लिए सन्निकट खतरा है। ऐसे हस्तक्षेपों के कारणों का दस्तावेजीकरण 24 घंटों के भीतर आपके चिकित्सीय अभिलेख में दर्ज किया जाना चाहिए। दवाओं (औषधियों) का उपयोग अधिक उचित उपचार के बजाय नहीं किया जा सकता। (देखें सी जी एस - 17a-544)

**असंतुष्ट व्यक्तियों के लिए समाधान :** यदि आप सेक्शन 17a-540 से 17a-549 के उल्लंघन के कारण असंतुष्ट हैं तो जहाँ आप रहते हैं वहाँ के अधिकारक्षेत्र के उच्च न्यायालय में याचिका दाखिल करा सकते हैं। (देखें सी जी एस - 17a-550)

**आपके अधिकारों का प्रकटन :** जहाँ मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ दी जाती हैं ऐसे हर वार्ड में आपके अधिकारों की प्रतिलिपि मुख्य स्थान पर लगाई जाएगी। (देखें सी जी एस - 17a-548)

**चिकित्सा, उपचार, सूचित सहमति और शल्यक कार्यविधियाँ :**

आप, आपके वकील (एडवोकेट) अथवा सलाहकार, उचित अध्यादेशों की पुनरीक्षा द्वारा कौन सी कार्यविधि लागू करनी है इसके बारे में जानकारी पा सकते हैं। (देखें सी जी एस - 17a-543 a-j) यदि 17a-540 से 550 तक के किसी सेक्शन के अधीन आपको अस्पताल में भरती किया गया है तो प्रवेश के 5 दिनों के भीतर शारीरिक जाँच कराई जाए और उसके बाद कम से कम वर्ष में एक बार। ऐसी जाँच की रिपोर्ट आपके चिकित्सीय अभिलेख में दर्ज की जानी चाहिए। (देखें सी जी एस - 17a-545) ऐसे मरीज की लिखित सूचित सहमति के बिना, अध्यादेश द्वारा प्रावधान किए गए रुग्ण को छोड़, चिकित्सा अथवा शल्यक कार्यविधि, सायको सर्जरी अथवा शॉक थेरेपी किसी मरीज को नहीं दी जाएगी। सुविधा को एक कार्यविधि स्थापित करनी चाहिए जो अनैच्छिक चिकित्सा उपचारों का प्रबंध करती है। लेकिन ऐसा कोई निर्णय उपचारसुविधा द्वारा नियुक्त कोई भी व्यक्ति नहीं लेगा और तब तक न लिया जाए जब तक मरीज के वकील (एडवोकेट) को सुविधा के साथ चर्चा करने का उचित मौका नहीं मिलता। यदि सुविधा, अध्यादेश के अनुसार अनैच्छिक चिकित्सा प्रशासित करने की बात तय कर लेती है, तो मरीज इस हस्तक्षेप को अनुमति दी जाए या नहीं, इस निर्णय पर सुनवाई करने प्रोबेट कोर्ट में याचिका दाखिल कर सकता है। लेकिन इस सेक्शन (17a-540 से 550) के उपबंध के होते हुए भी अगर सहमति पाने में चिकित्सा की दृष्टि से हानिकारक विलंब होता है तो सहमति के बिना आपातक उपचार किए जाएँ। ( देखें सी जी एस -17a-543 a-f)

**रोजगार, आवास आदि नकारा जाना :** आपको वर्तमान अथवा पूर्व मानसिक अस्वास्थ्य के इतिहास के एक मात्र कारण से रोजगार, आवास, नागरी सेवा, कोई लाइसेन्स अथवा परमिट (व्यावसायिक लायसेन्स समेत) अथवा अन्य नागरी अथवा कानूनी अधिकार, अगर अन्यथा प्रावधानित न हो तो, नकारे नहीं जा सकते। (देखें सी जी एस - 17a-549)

**शिकायतें दाखिल करना :** डी एम एच ए एस की सुविधाएँ अथवा कार्यक्रम के उपयोग कर्ताओं को शिकायतें दाखिल करने का अधिकार है, अगर किसी कर्मचारी अथवा सुविधा ने (1) अध्यादेश, विनियम अथवा नीति द्वारा, प्रावधानित अधिकार का उल्लंघन किया है, (2) अगर आपको मनमाने अथवा अनुचित ढंग से उपचार दिए हैं; (3) उपचार योजना द्वारा अधिकृत सेवाएँ, उपेक्षा, विभेदन अथवा अन्य अनुचित कारणों से, नकारी हैं; (4) आपकी उपचार पसंद को अनुचित रूप से सीमित करने में बलप्रयोग किया है; (5) सुविधा अथवा डीएमएचएस द्वारा नियंत्रित सेटिंग में आपके अधिकारों का उल्लंघन रोकने के लिए हस्तक्षेप करने में अनुचित रूप से असफलता पाई है अथवा (6) आपके साथ मानवीय अथवा सम्मानित ढंग से बर्ताव नहीं किया है। (देखें सी जी एस - 17a-451-1 (1-6))

**अन्य अधिकार :** अन्य अधिकारों की गारंटी स्टेट (राज्य) अथवा फेडरल (केंद्रीय) अध्यादेश, विनियम अथवा नीति द्वारा दी जाएगी जो इस सूची में अभिनिर्धारित नहीं की गई है। आपको एक ऐसे सलाहकार को ढूँढ़ने में बढ़ावा दिया जाता है जिससे इन कानूनों और नीतियों के बारे में आप जान सकें अथवा उन्हें अच्छी तरह से समझ सकें।

**कनेक्टीकट में सुविधाओं में सेवा पानेवालों के कई अधिकार कनेक्टीकट जनरल अध्यादेशों के सेक्शन 17a-540 से 17a-550 में विनिर्दिष्ट किए गए हैं। अन्य राज्यों और फेडरल (केंद्रीय) अध्यादेशों तथा केस लॉ द्वारा अन्य अधिकारों का प्रावधान भी होगा। लेकिन 17a-540 से 17a-550 में अभिनिर्धारित अधिकारों को विशेष सुरक्षा दी गई है और कनेक्टीकट में इनपेशंट अथवा आऊट पेशंट सुविधाओं द्वारा उनका पालन किया जाना चाहिए। ये अध्यादेश स्वैच्छिक और अनैच्छिक सेवा पाने वाले, दोनों पर लागू होते हैं, यदि अन्यथा प्रावधानित न हो।**

सामान्यतः सार्वजनिक और निजी सुविधाओं को आपको अपनी वैयक्तिक, नागरी तथा संपत्ति से संबंधित अधिकारों से वंचित रखने को मना किया गया है। इसमें मतदान करने, संपत्ति रखने अथवा दूसरे तक पहुँचाने अथवा संविदा करने के अधिकार सम्मिलित हैं, सिर्फ कानून की नियत प्रक्रिया के अनुसरण को छोड़ और यदि आपको सेक्शन 45a-644 से 45d-662 के अनुसरण में असमर्थ घोषित किया गया है तो उसे छोड़। अक्षमता के निष्कर्ष पर विशेषतः लिखना चाहिए कि कौन से नागरी अथवा वैयक्तिक अधिकार प्रयुक्त करने में आप अक्षम हैं।

*कनेक्टीकट में सबस्टैन्स अब्युज (नशीले पदार्थों का दुरुपयोग) अथवा मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वाले के रूप में आपके अधिकारों के बारे में ज्यादा जानकारी के लिए संपर्क करें। 1-800-446-7348*

कुछ अधिकारों के लिए परिसीमन और अपवाद हो सकते हैं। आपके अधिकारों का ब्योरा निम्नलिखित में दिया गया है—

कनेक्टीकट जनरल स्टैट्यूट सेक्शन 17a-450 et seq : 17a-540 et seq : 17a-680 et seq : 52-146 d-j : 54-56 d : फेडरल रेग्युलेशन 42 CFR पार्ट 2, दि रिहैबिलिटेशन एक्ट, दि अमरीकन विथ डिसेबिलिटीज एक्ट, पेशंटज सेल्फ डिंटरमिनेशन एक्ट सेक्शन 1983 में और स्टेट तथा फेडरल लॉ के अन्य भागों में।

(<http://www.dnhas.state.ct.us/documents/ptrights.pdf>)

## परिशिष्ट 7

उदाहरण – स्टेट ऑफ़ मेन डिपार्टमेंट ऑफ़ बिहेवियरल एण्ड डेवलपमेंटल सर्विसेज़, यू एस ए की मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वालों के अधिकार

### विषय सूची का उद्धरण और पाने वालों के अधिकारों का सारांश

#### विषय सूची

अविभेदन नोटीस

आधार विवरण

परिचय

#### ए) साधारण प्रयोजनीयता के नियम

- i. उद्देश्य का विवरण
- ii. परिभाषाएँ
- iii. मूल अधिकार
- iv. न्यूनतम प्रतिबंधक उचित उपचार
- v. अधिकारों की अधिसूचना
- vi. अधिकारों की रक्षा में सहायता
- vii. शिकायतों के बारे में नियत प्रक्रिया का अधिकार
- viii. शिकायतें
- ix. गोपनीयता और अभिलेख तक पहुँच
- x. काम के लिए अच्छा मुआवज़ा
- xi. प्रयोग और अनुसंधान के दौरान रक्षा

#### बी) इनपेशंट और निवासी परिवेश में अधिकार

- i. उद्देश्य का विवरण
- ii. गुप्तता और मानवीय उपचार परिवेश
- iii. वैयक्तिक उपचार और रिहाई की योजना
- iv. वैयक्तिक उपचार अथवा निवासी परिवेश में सेवा योजना
- v. उपचार के लिए सूचित सहमति
- vi. मूल अधिकार
- vii. निवासी परिवेश में अनावश्यक एकांत और प्रतिबंध से स्वातंत्र्य (मुक्ति)

#### सी) आऊट पेशंट परिवेश में अधिकार

- i. उद्देश्य का विवरण
- ii. वैयक्तिक सहायता प्लानिंग प्रक्रिया
- iii. वैयक्तिक उपचार अथवा सेवा योजना
- iv. उपचार के लिए सूचित सहमति

अंग्रेज़ी, फ्रेंच, रूसी, सर्बो-क्रोएशियन, सोमाली, स्पैनिश, विएतनामी में सारांश

**पाने वालों के अधिकारों का सारांश**  
**डिपार्टमेंट ऑफ़ बिहेवियरल एण्ड डेवलपमेंटल सर्विसेज़**  
**मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वालों के अधिकार**

मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वालों के अधिकारों के अधीन सेवाएँ पाने वाले के रूप में आपके अधिकारों का यह सारांश है। आपको इस एजन्सी अथवा *दि डिपार्टमेंट ऑफ़ बिहेवियरल एण्ड डेवलपमेंटल सर्विसेज़* 40 स्टेट हाऊस स्टेशन, ऑगस्टा, मेन 04333, टेलि. 287-4200 (V) 287-2000 (TTY) से अधिकारों की पूर्ण प्रतिलिपि प्राप्त करने का अधिकार है। अगर आप बहरे हैं अथवा अंग्रेज़ी नहीं समझते, तो योग्यता प्राप्त भाषांतरकार/भाष्यकार निशुल्क उपलब्ध कराया जाएगा जिससे आप अपने अधिकारों एवं उपचारों की विस्तृत जानकारी प्राप्त कर सकते हैं।

1. मूल अधिकार। आपको सभी मेन निवासियों के समान वही नागरी, मानव और कानूनी अधिकार हैं। आपको अपनी वैयक्तिकता तथा मानमर्यादाओं के प्रति पूर्ण सम्मान एवं सौजन्य के साथ बर्ताव पाने का अधिकार है।
2. गोपनीयता और अभिलेख तक पहुँच। आपका अभिलेख तब तक कोई देख नहीं सकता जब तक आप किसीको देखने के लिए विशेष रूप से अधिकृत नहीं करते। अपवाद है संपूर्ण अधिकार पुस्तक में वर्णित प्रसंगों का। अगर आपको लगता है कि जानकारी सही नहीं है अथवा अधूरी है तो जानकारी का स्पष्टीकरण देते हुए आप अपने अभिलेख में कॉमेंट लिख सकते हैं। आपको किसी भी उचित समय पर अपने अभिलेख की पुनरीक्षा करने का अधिकार है।
3. वैयक्तिक उपचार अथवा सेवा योजना। आपको अपनी आवश्यकताओं और लक्ष्यों पर आधारित, आप और आपके कार्यकर्ता द्वारा विकसित, वैयक्तिक योजना का अधिकार है। योजना लिखित होनी चाहिए और आपको उसकी प्रति पाने का अधिकार है। योजना में हर कोई क्या करेगा, कार्य एवं लक्ष्य पाने का समयबद्ध कार्यक्रम और सफलता कैसे निर्धारित की जाएगी इसका ब्योरा देना चाहिए। योजना आपकी वास्तविक आवश्यकता पर आधारित होनी चाहिए, और/अगर आवश्यक सेवा उपलब्ध नहीं है तो आपकी इस आवश्यकता की पूर्ति कैसे होगी, इसका ब्योरा दें।
4. सूचित सहमति। आपकी इच्छा के विरुद्ध कोई सेवा अथवा उपचार आपको नहीं दिया जाएगा, लेकिन यदि आपके अभिभावक ने सहमति दी है, कोई आपात स्थिति है अथवा आपके उपचार के बारे में विशेष सुनवाई घटित हुई है तो सेवा अथवा उपचार दिया जाएगा। आपकी समझ में आए उसी ढंग से औषधियों समेत सभी सेवाओं और उपचारों से प्रत्याशित लाभ और संभाव्य खतरों के बारे में जानने का आपको (अथवा अभिभावक के अधीन है तो अभिभावक को यह जानकारी पाने का) अधिकार है। यदि आपको कोई शंका है, तो आप अपने कार्यकर्ता अथवा आपने किसी को चुना है तो उसे, उपचार या सेवा के बारे में निर्णय करने से पहले पूछ सकते हैं।
5. अधिकारों की रक्षा में सहायता। आपको अपनी पसंद का प्रतिनिधि नियुक्त करने का अधिकार है जो आपकी, अपने अधिकार समझने, आपके अधिकारों की रक्षा करने अथवा उपचार या सेवा योजना विकसित करने में, सहायता करे। अगर आप प्रतिनिधि चाहते हैं तो आपको इस व्यक्ति को लिखित रूप में पदनामित करना चाहिए। आपको प्रतिनिधि तक जब चाहे तब पहुँच है और आप किसी भी समय पदनाम बदल सकते हैं अथवा रद्द कर सकते हैं।
6. एकांत और प्रतिबंध से मुक्ति। आपको किसी आऊट पेशंट परिवेश में एकांत अथवा प्रतिबंध में नहीं रखा जा सकता।
7. शिकायत फाइल करने का अधिकार। आपके अधिकारों का कोई संभाव्य उल्लंघन अथवा किसी संशयात्मक व्यवहार को चुनौती देने के लिए शिकायत करने का अधिकार है। आपको अपनी शिकायत का लिखित जवाब, निर्णयों के लिए कारणों सहित, पाने का अधिकार है। आपको किसी भी निर्णय पर मानसिक स्वास्थ्य प्रभाग से अपील करने का अधिकार है। शिकायत फाइल करने के लिए आपको कोई दंड नहीं दिया जाएगा। शिकायत में सहायता के लिए आप *ऑफ़िस ऑफ़ एडवोकेसी*, 60 स्टेट हाऊस स्टेशन, ऑगस्टा, मेन 04333, टेली. 287-4228 (V), 287-1798 (TTY) अथवा डिसेबिलिटी राइटज़ सेंटर, पी. ओ. बॉक्स 2007, ऑगस्टा, मेन 04338-2007, टेली. 1-800-452-1948 (V/TTY) से संपर्क कर सकते हैं।

मुझे मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वाले के अधिकारों के सारांश की प्रतिलिपि मिल गई है।

दिनांक \_\_\_\_\_ रुग्ण (क्लायंट) के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ साक्षी के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

(स्टेट ऑफ़ मेन के मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ पाने वालों के लिए अधिकारों की पूरी नोटीस देखने के लिए कृपया देखें :  
<http://www.state.me.us/bds/Licensing/RightsRecipients/Index.html>)

## शेड्यूल 1

रेग्युलेशन 5 (1)

## अनैच्छिक प्रवेश अनुरोध का फॉर्म

मेंटल हेल्थ एक्ट 1986  
(सेक्शन 9)  
मेंटल हेल्थ रेग्युलेशन 1998

## पार्ट ए

अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में  
अनैच्छिक मरीज के रूप में व्यक्ति के प्रवेश के लिए अनुरोध

सेवा में,

प्रवेश देने वाला पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी (दि अंडमिटींग रजिस्टर्ड मेडिकल प्रैक्टिशनर)

कृपया

प्रविष्ट किए जाने वाले व्यक्ति का दिया गया नाम / परिवार का नाम

निवासी

को

(प्रविष्ट व्यक्ति का पता)

उचित अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में अनैच्छिक मरीज के रूप में प्रविष्ट करें।

## पार्ट बी

अनुरोध करने वाले व्यक्ति का ब्योरा

अनुरोध करने वाले व्यक्ति का दिया गया नाम / परिवार का नाम

निवासी

अनुरोध करने वाले व्यक्ति का पता

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_

## पार्ट सी

अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में व्यक्ति को ले जाते समय  
(अगर आवश्यक हो तो नीचे का फॉर्म भर दें)\*

मैं एतद् द्वारा \_\_\_\_\_

\*\* अनुरोध करने वाले व्यक्ति द्वारा नियुक्त अधिकृत व्यक्ति अथवा पुलिस दल का सदस्य, अथवा  
एम्ब्युलन्स अधिकारी का दिया गया नाम / परिवार का नाम

\_\_\_\_\_ द्वारा नियुक्त पदनाम \_\_\_\_\_

ऊपर लिखे नाम के व्यक्ति को उचित अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में ले जाने के लिए अधिकृत करता हूँ ।

अनुरोध करने वाले व्यक्ति का दिया गया नाम / परिवार का नाम

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_

\* यह प्राधिकार केवल व्यक्ति को अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में ले जाने के समय तब प्रयुक्त किया जाए जब  
अनुरोध और सिफारिश पूरी की गई है। सिफारिश के बिना परिवहन के प्राधिकार के मामले में शेड्यूल 4 भरना  
अनिवार्य है।

\*\* जहाँ आवश्यक है, गोलाकार कर दें।



## शेड्यूल - 2

रेग्युलेशन 5 (2)

### अनैच्छिक प्रवेश सिफारिश का फॉर्म

मेंटल हेल्थ एक्ट 1986

(सेक्शन 9)

मेंटल हेल्थ रेग्युलेशन 1998

अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में अनैच्छिक  
मरीज के रूप में व्यक्ति के प्रवेश के लिए सिफारिश

सेवा में,

प्रवेश देने वाला पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी (दि अॅडमिटींग रजिस्टर्ड मेडिकल प्रैक्टिशनर)

कृपया \_\_\_\_\_

प्रविष्ट किए जाने वाले व्यक्ति का नाम / परिवार का नाम

निवासी \_\_\_\_\_

प्रविष्ट किए जाने वाले व्यक्ति का पता

को प्रविष्ट करें।

मैं एक पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी हूँ और निम्नानुसार बता रहा हूँ। मैंने उपर्युक्त नाम के व्यक्ति की दिनांक \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ बजे व्यक्तिगत रूप से जाँच की।

मेरी राय के अनुसार:

- ए) व्यक्ति मानसिक रूप से बीमार दिखाई देता है (व्यक्ति मानसिक रूप से बीमार है अगर उसे मानसिक बीमारी है, जो एक ऐसी चिकित्सा स्थिति है जिसमें विचार, मनोदशा, बोध अथवा स्मरण में महत्वपूर्ण विक्षोभ दिखाई देता है); और
- बी) व्यक्ति की मानसिक बीमारी को तत्काल उपचार की आवश्यकता है और अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में प्रवेश और अवरोधन (डिटेन्शन) द्वारा उक्त उपचार प्राप्त किए जा सकते हैं; और
- सी) व्यक्ति की मानसिक बीमारी के कारण उसे प्रविष्ट किया जाना चाहिए और मरीज के स्वास्थ्य अथवा सुरक्षितता (व्यक्ति के शारीरिक अथवा मानसिक स्थिति में बिगाड़ रोकने के लिए अथवा अन्य कुछ हानि) अथवा जनता के सदस्यों की रक्षा के लिए, उसे अनैच्छिक मरीज के रूप में उपचार के लिए अवरोधित करना चाहिए; और
- डी) व्यक्ति मानसिक बीमारी के लिए आवश्यक उपचारों को अस्वीकृत करता है अथवा सहमति देने में असमर्थ है; और
- इ) व्यक्ति के निर्णय और कार्रवाई के स्वातंत्र्य पर कम प्रतिबंधित ढंग से मानसिक बीमारी के लिए पर्याप्त उपचार उपलब्ध नहीं हैं।

मैं, **मेंटल हेल्थ एक्ट 1986** के सेक्शन 8 (2) की निषिद्ध निकष सूची के मात्र एक या ज्यादा कारणों से व्यक्ति को मानसिक बीमार नहीं समझता हूँ।

मेरी राय निम्नलिखित तथ्यों पर आधारित है,  
जाँच में मेरे द्वारा वैयक्तिक रूप से निरीक्षण किए गए तथ्य

दूसरे व्यक्ति द्वारा मुझे संसूचित तथ्य

**इसे तब पूरा किया जाए जब वैयक्तिक रूप से किसी तथ्य का निरीक्षण नहीं किया गया है।**

चूँकि मैंने वैयक्तिक रूप से किसी तथ्य का निरीक्षण नहीं किया है, निम्नलिखित तथ्य मुझे व्यक्तिगत रूप से \*लिखित रूप / टेलिफोन द्वारा / इलेक्ट्रॉनिक संसूचना से, संसूचित किए गए

डॉ. \_\_\_\_\_

दूसरे पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी का नाम / परिवार का नाम

निवासी \_\_\_\_\_

डॉक्टर का पता

डॉक्टर का टेलिफोन क्रमांक \_\_\_\_\_

जिन्होंने उपर्युक्त नाम के व्यक्ति की दिनांक \_\_\_\_\_ को

(अवधि आज की तारीख से पहले 28 दिनों से ज्यादा नहीं) जाँच की।

अन्य जाँचकर्ता पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी द्वारा संसूचित तथ्य

मैं मानता हूँ कि उपर्युक्त नाम के व्यक्ति को अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा में प्रविष्ट करना चाहिए।

सिफारिश करने वाले पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी का नाम / परिवार का नाम

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

सिफारिश करने वाले पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर

योग्यता (अर्हता) \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_

टेलिफोन क्रमांक \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

\* आवश्यकतानुसार गोलाकार करे

(देखें : ([http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web\\_Notes/LDMS/PubLaw Today.nsf? Open Database](http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLaw Today.nsf? Open Database)))

स्टेट ऑफ़ विक्टोरिया, ऑस्ट्रेलिया की संसद के कानून का उद्धरण स्टेट ऑफ़ विक्टोरिया, ऑस्ट्रेलिया के अधिकार में क्राउन की अनुमति से पुनः प्रस्तुत किया जाता है। स्टेट ऑफ़ विक्टोरिया इस प्रकाशन के किसी कानून के सही और पूरे होने की जिम्मेदारी नहीं स्वीकार करता।

# मेंटल हेल्थ एक्ट 1986

सेक्शन 29

मेंटल हेल्थ स्टेट वाइड  
पेशंट क्रमांक

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

स्थानीय हॉस्पिटल

पेशंट क्रमांक

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

परिवार का नाम

दिया गया नाम

जन्म तारीख

लिंग

उपनाम

## मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय से अपील (अपील टू दि मेंटल हेल्थ रिव्यू बोर्ड)

यह फॉर्म भरने के लिए  
टिप्पणियाँ

### अपील

मरीज किसी भी समय बोर्ड से  
अपील कर सकता है

समुदाय भेंटकर्ता अथवा अन्य  
कोई व्यक्ति जिसके बारे में  
बोर्ड को विश्वास है कि वह  
वास्तव में मरीज के हित में  
दिलचस्पी रखता है, वह  
अनैच्छिक अथवा सुरक्षा मरीज  
की ओर से अपील कर सकता  
है।

### ज्यादा जानकारी

बोर्ड के बारे में ज्यादा जानने  
के लिए :

- आपके केस मैनेजर अथवा  
उपचार देने वाले दल के  
सदस्य से मरीज के  
अधिकार की संगत पुस्तिका  
के लिए पूछें।
- निम्नलिखित क्रमांक पर  
बोर्ड से संपर्क करें।
- बोर्ड की वेबसाइट से संपर्क  
करें।

www.mhrb.vic.gov.au

### गुमता विवरण

इस फॉर्म में इकट्ठा की गई  
जानकारी मानसिक स्वास्थ्य  
पुनरीक्षा बोर्ड द्वारा आपके  
अपील को नियत करने के  
लिए इस्तेमाल की जाएगी।  
बोर्ड आपको और अनुमोदित  
मानसिक स्वास्थ्य को सूचित  
करेगा कि सुनवाई नियत की  
गई है। वह सेवा से अनुरोध  
करेगा कि आपके एवं आपके  
उपचार के बारे में जानकारी  
दें। बोर्ड आपके अपील पर  
निर्णय लेने में सहायता के लिए  
इस जानकारी का इस्तेमाल  
करेगा। बोर्ड और आपको  
उपचार देने वाली मानसिक  
स्वास्थ्यसेवा के बीच  
जानकारी का आदान प्रदान  
मेंटल हेल्थ एक्ट 1986 के  
अधीन प्राधिकृत है।

बोर्ड आपकी जानकारी  
सुरक्षित रखेगा और कानूनी  
आवश्यकता हो तो वह प्रकट  
की जाएगी, अन्यथा नहीं।  
दिए गए पते पर कार्यपालक  
अधिकारी से संपर्क कर बोर्ड  
द्वारा आपके बारे में रखी गई  
जानकारी तक आप पहुँच प्राप्त  
कर सकते हैं।

सेवा में, मानसिक स्वास्थ्य पुनरीक्षा निकाय के कार्यपालक अधिकारी

मरीज का दिया गया नाम/परिवार का नाम

(मरीज अगर समुदाय में रहता है तो उसका पता)

मैं

(अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा) का मरीज हूँ।

मैं निम्नलिखित के विरुद्ध अपील करना चाहता हूँ :

(कृपया x क्रॉस करें)

अनैच्छिक इन पेशंट होने।

मेरा समुदाय उपचार आदेश। मैं चाहता हूँ कि आदेश से रिहा हो जाऊँ।

मेरे समुदाय उपचार आदेश की स्थितियाँ। मैं बदली हुई स्थिति चाहता हूँ।

मेरा \_\_\_\_\_ में स्थानांतरण।

(दूसरी अनुमोदित मानसिक स्वास्थ्य सेवा)

मेरा प्रतिबंधित समुदाय उपचार आदेश। मैं आदेश से रिहा होना चाहता हूँ। (केवल अस्पताल आदेश, के मरीज)

सुरक्षा मरीज होने।

मुख्य साइकिएट्रीस्ट की मुझे विशेष छुट्टी (केवल सुरक्षा मरीज) मंजूर करने को अस्वीकृति।

मैं अपील करना चाहता हूँ क्योंकि :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

दिनांक

--	--	--	--	--	--

### अगर मरीज की तरफ से व्यक्ति अपील करता है तो इसे भरा जाए।

मैं उपर्युक्त नाम के मरीज की तरफ से अपील करना चाहता हूँ।

अपील करने वाले व्यक्ति का नाम / परिवार का नाम

निवासी

अपील करने वाले व्यक्ति का पता

मरीज के साथ

हस्ताक्षर

रिश्ता

उदा. समुदाय भेंटकर्ता, पति/पत्नी, मित्र आदि

दिनांक :

--	--	--	--	--	--

आप अपनी अपील फ़ैक्स, डाक अथवा इ-मेल द्वारा करें :

दि एकिजक्यूटिव ऑफ़िसर

टेलिफोन 8601 5270

मेंटल हेल्थ रिव्यू बोर्ड

फ़ैक्स 8601 5299

लेवल 30, 570 बुर्के स्ट्रीट,

टोल फ्री 1800 242 703

177

मेलबोर्न 3000

इमेल mhrb@mhrb.vic.gov.au

आप स्टाफ-सदस्य से बोर्ड के पास अपनी अपील भेजने का अनुरोध कर सकते हैं।

## मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और उपचार में अग्रिम निदेश

मानसिक स्वास्थ्य सेवा उपयोगकर्ताओं के लिए जानकारी

एच डी आई

हेल्थ एण्ड डिसेबिलिटी कमिशनर

टे टोइहौहवोय हौअटेंगा

उदाहरण :

**इ सी टी अस्वीकृत करने वाला अग्रिम निदेश**

मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम के अधीन मनु को कई प्रसंगों में विभागबद्ध (सेक्शनड) किया गया है। उसे एक बार उसकी सहमति के बिना इलेक्ट्रो कन्वल्सिव थेरेपी की उपचार श्रृंखला दी गई थी। उसे कार्यविधि के बारे में ज्यादा कुछ याद नहीं है लेकिन उसे यह पसंद नहीं आया कि बाद में कुछ समय के लिए उसे स्मृतिशून्यता का अनुभव हुआ था।

उसने इ सी टी के बारे में बहुत सी सामग्री पढ़ी और उसे पक्का विश्वास हुआ कि उसे स्मृतिशून्य करने वाला अनुभव नहीं लेना है। वह अनुभव से जानता है कि अन्य उपचार और परिवार के आधार की सहायता से वह निर्बल कर देने वाले डिप्रेशन को रोक पाएगा।

मनु के पिछले अस्पतालीकरण को अब तीन महीने हुए हैं और उसकी अगली आरूट पेशेंट नियुक्ति के समय उसने वैयक्तिक संकट योजना (क्राइसिस प्लान) पर अपने साइकिएट्रीस्ट के साथ बैठकर चर्चा की।

यह सहमति हुई कि मनु यह लिखते हुए, अग्रिम निदेश तैयार करेगा कि किसी भी हालत में वह इ सी टी नहीं पाना चाहता।

उसकी संकट योजना में डिप्रेशन के पूर्व लक्षण ध्यान में लेना, साइकिएट्रीक दल से सहायता लेना, साथ ही उसके परिवार को सलाह देना कि कैसे वे उसकी अच्छी सहायता कर सकते हैं, जैसे मसले सम्मिलित हैं। मनु को आशा है कि वह अधिनियम के अधीन विभाग बद्ध किया जाता है तो भी उसके द्वारा अभिव्यक्त निदेश पर उसके चिकित्सक ध्यान देंगे।

**अगर मेरे अग्रिम निदेश का अनुपालन नहीं किया जाता है तो मेरे पास क्या विकल्प है ?**

अगर आपके भविष्यकालीन स्वास्थ्य देखभाल के बारे में आपके अग्रिम निदेश का अनुपालन नहीं किया जाता है और आप चिकित्सक के स्पष्टीकरण से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप हेल्थ एण्ड डिसेबिलिटी कमिशनर के पास शिकायत भेज सकते हैं।

**अगर मेरे पास अग्रिम निदेश नहीं है तो क्या होता है ?**

अगर आपका स्वास्थ्य गंभीर रूप से बिगड़ता है और आप उपचार को सहमति देने में अक्षम समझे जाते हैं (और आपको मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम के अधीन विभागबद्ध नहीं किया जाता है) तो आपका चिकित्सक निम्नलिखित को ध्यान में लेकर आपके उपचार पर निर्णय ले सकता है।

- आपका उत्कृष्ट हित; और
- अगर आप सक्षम होते तो आपकी संभाव्य पसंद; अथवा
- आपके कल्याण में रुचि रखने वाले अन्य लोगों के विचार।

**मेरी तरफ से किसी और को निर्णय करने के लिए नामित करने के बारे में क्या प्रावधान है ?**

कुछ देशों में आपकी तरफ से निर्णय करने के लिए नामित व्यक्ति को आपके अग्रिम निदेश में समाविष्ट किया जा सकता है। फिर भी न्यूजीलैंड में प्रोटेक्शन ऑफ पर्सनल प्रापर्टी राइट एक्ट 1988 के ज़रिए आपकी वैयक्तिक देखभाल तथा कल्याण के संबंध में स्थायी (इन्ड्युअरिंग) मुख्तारनामा देकर आपको दूसरे व्यक्ति को नियुक्त करने की आवश्यकता है। अगर आप चाहें, आप इस व्यक्ति को आपकी तरफ से स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने का अधिकार तब दे सकते हैं जब आप यह करने में सक्षम नहीं होते। अगर आप किसी को आपके "स्थायी मुख्तार" के रूप में नियुक्त करना चाहते हैं तो आपको अपने वकील से सलाह लेनी चाहिए।

### ऐसे निर्णयों के बारे में क्या करना है जो मेरी स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित नहीं हैं ?

आपकी स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित न होने वाले निर्णय, भी हो सकता है आप अग्रिम रूप से संसूचित करना चाहते हैं। यह करने का एक तरीका "संकट योजना" के जरिए काम करने का है। आपकी मानसिक स्वास्थ्य सेवा में कार्यरत लोगों को, आपके साथ चर्चा करनी चाहिए कि यदि आप फिर से संकट (क्राइसिस) का अनुभव करें तो आपकी अधिमान्यता क्या है। आपकी संकट योजना में, आपके बच्चों की ओर कौन ध्यान देगा अथवा यदि आप अस्पताल में हैं तो आप अपने परिवार के जिस सदस्य से संपर्क करना चाहते हैं उसका नाम, जैसे निर्णय अभिलेखित कर सकते हैं।

आप अपने अग्रिम निदेश "संकट योजना" प्रक्रिया में निगमित कर सकते हैं। यदि आपका चिकित्सक संकट योजना बनाने में आपको सम्मिलित नहीं करता तो आप अपनी इच्छा सीधे लिख सकते हैं और आपकी फाइल में लगाने के लिए कह सकते हैं।

#### उदाहरण :

##### **विशिष्ट दवा अस्वीकृत करने वाला अग्रिम निदेश**

जब बिल को अस्पताल में भर्ती किया गया था तब उसे एक दवा की भारी मात्रा दी गई थी और उसकी बहुत गंभीर प्रतिक्रिया हुई थी। बिल ने अपने साइकिएट्रीस्ट के साथ अपने औषध - उपचार के बारे में चर्चा की और उन्होंने निर्णय लिया कि अगर वे यह 'एक्स' दवा न दें तो बेहतर होगा, खास करके इसलिए कि उचित वैकल्पिक उपचार मिल गया था। बिल का परिवार न्यूजीलैंड के विभिन्न भागों में है और वह हमेशा यात्रा करता है। उसने निर्णय किया कि वह अपने साथ अग्रिम निदेश रखेगा ताकि यदि उसे ऐसी विभिन्न मानसिक स्वास्थ्यसेवा जहाँ उसका अभिलेख नहीं है वहाँ प्रवेश लेना पड़े, तो भी वह 'एक्स' दवा से बच सकेगा। उसे यह भी लगा कि 'एक्स' दवा और उसकी वर्तमान दवा दोनों का नाम लिख लेना सहायक सिद्ध होगा, क्योंकि जब वह अस्वस्थ होता है, तो कभी-कभी गड़बड़ा जाता है और उसे नाम याद नहीं आते।

##### **परिवार और मित्रों को सूचित करने के लिए स्थायी मुख्तारनामा**

जॉन एक युवा समलिंगी (गे मैन) है, जिसका एक पार्टनर और काफ़ी बड़ा मित्रपरिवार है जो जब उसे पिछले वर्ष मानसिक स्वास्थ्य संकट हुआ था तब वास्तवही में बहुत सहायक सिद्ध हुआ था। किंतु संकट के दौरान उसे देखने जब उसके माता-पिता आए थे, उन्होंने स्थिति बिगाड़ दी। उन्हें जॉन के जीने का ढंग पसंद नहीं आया और उन्होंने उसे मित्रों से मिलने से रोकने का प्रयास किया। वे उसे उस घर नहीं जाने देना चाहते थे जहाँ वह अपने पार्टनर एवं कुछ और समलिंगियों (गेमेन) के साथ रहता है। यद्यपि जॉन चाहता है कि जब उसे अस्पताल में दाखिल किया जाता है, उसके माता-पिता को सूचित किया जाए; वह चाहता है, कि उसकी देखभाल के बारे में निर्णय उसके पार्टनर द्वारा किए जाएँ। इस कारण से जॉन ने अपने वकील की सहायता से अपनी वैयक्तिक देखभाल और कल्याण के लिए अपने पार्टनर को स्थायी मुख्तार के तौर पर नियुक्त किया है।

### मेरी इच्छाओं और पसंद की रक्षा करने का कौन-सा अच्छा तरीका है?

संकट में आपकी इच्छाओं और पसंद का सम्मान रखा जाता है यह सुनिश्चित करने में अग्रिम निदेश से सहायता मिलेगी। लेकिन स्थायी मुख्तारनामा और संकट योजना आपकी इच्छाओं और दिलचस्पियों की ज्यादा रक्षा करेंगे।

### संकट के समय की गतिविधियों पर क्या आप ज्यादा नियंत्रण चाहते हैं ?

अगर इसका उत्तर हाँ है तो आपके लिए अग्रिम निदेश अच्छा तरीका है जिससे आप भविष्य के प्रसंगों में दिए जाने वाले उपचार और देखभाल पर ज्यादा नियंत्रण पा सकेंगे। इसके पहले के प्रसंगों से आप समझ सके होंगे कि कौनसे उपचार और देखभाल कार्य आपके लिए उपयुक्त हैं और कौन-से उपयुक्त नहीं हैं। आपको स्वास्थ्य और विकलांगता सेवा के ग्राहक के अधिकारों के सिद्धांत (कोड ऑफ हेल्थ एण्ड डिसेबिलिटी सर्विसेज कंज्यूमर्स राइट) के अधीन यह अधिकार है कि भविष्य के प्रसंगों के दौरान प्राप्त किए जाने वाले उपचार और देखभाल के बारे में आप अपनी इच्छाएँ बताने के लिए अग्रिम निदेश का उपयोग करें।

### अग्रिम निदेश क्या है ?

सरल शब्दों में अग्रिम निदेश भविष्य के उपचारों को सहमति देना अथवा अस्वीकृत करना है। यह अन्यों के लिए सामान्यतः लिखित रूप में आपके उपचारों के लिए अधिमान्यता तय करने का विवरण है, जिसकी सहायता तब ली जा सकेगी, जब आप मानसिक बीमारी के किसी ऐसे प्रसंग का अनुभव करेंगे जिसमें आप समय पर अपनी अधिमान्यता का निर्णय करने अथवा उसे संसूचित करने में अक्षम हों।

न्यूजीलैंड कोड के अधीन अग्रिम निदेश केवल आपकी चाह की देखभाल और उपचार से संबंधित है- कुछ देशों में अग्रिम निदेशों में आपकी स्वास्थ्य देखभाल से सीधे संबंधित न होने वाले निर्णय भी सम्मिलित किए जा सकते हैं। लेकिन न्यूजीलैंड में इन इच्छाओं को जानने के लिए विभिन्न प्रक्रियाएँ आवश्यक हैं।

### कौन अग्रिम निदेश दे सकता है ?

‘दि कोड ऑफ हेल्थ एण्ड डिसेबिलिटी सर्विसेज कंज्यूमर्ज राइटज़’ किसी भी व्यक्ति को, जो स्वास्थ्य देखभाल चुनने के लिए कानूनन सक्षम है, अग्रिम निदेश करने का अधिकार देता है।

### मैं किस के बारे में अग्रिम निदेश कर सकता हूँ ?

अग्रिम निदेश उपचार और देखभाल पर केंद्रित होना चाहिए। उदाहरणार्थ आप लिख सकते हैं :

- संकट के समय आप को कौनसे उपचार, दवाओं अथवा इ सी टी समेत देने हैं अथवा कौनसे नहीं।
- संकट के समय आपकी पसन्द का स्थान, जहाँ आप सेवाएँ प्राप्त करना चाहेंगे, जैसे अस्पताल, घर अथवा क्राइसिस हाऊस ।

उदाहरण—

#### **विशिष्ट दवा का अनुरोध करने वाला अग्रिम निदेश**

सैली जानती है कि जब उसे एक विशिष्ट तरीके से महसूस होने लगता है तब ‘एक्स’ दवा की कम मात्रा का उपचार शुरू करना महत्वपूर्ण है। मानसिक बीमारी के पहले प्रसंग के दौरान वह बहुत अस्वस्थ हुई और उसे अस्पताल में भर्ती करना पड़ा था। हाल ही में वह नए शहर में स्थलांतरित हुई है और नहीं जानती कि उसका नया डॉक्टर उसकी स्थिति के बारे में उसके अनुभव से प्राप्त ज्ञान का सम्मान करेगा या नहीं।

उसने अग्रिम निदेश तैयार करने का निर्णय लिया जिसमें लिखा है कि यदि उसे ऐसे दूसरे प्रसंग का सामना करना पड़े तो साइकिएट्रीस्ट के परामर्श की प्रतीक्षा न करके उसके जीपी द्वारा विहित ‘एक्स’ दवा वह लेना चाहती है। सैली के अनुरोध का उसके चिकित्सक द्वारा सम्मान किया जाएगा, लेकिन उसे दवा केवल तभी दी जाएगी जब वह चिकित्सीय रूप से उचित मानी जाएगी।

### अग्रिम निदेश करने के लिए मुझे क्या करना है ?

अग्रिम निदेश करना बिलकुल कठिन नहीं है। उसके लिए आपको वकील की ज़रूरत नहीं पड़ेगी। वास्तव में किसी को भी तैयारी में शामिल किए बिना अग्रिम निदेश करने का आपको अधिकार है। फिर भी निम्नलिखित चरणों का अनुपालन करने से यह सुनिश्चित करने में सहायता होगी कि आपके अग्रिम निदेश का सम्मान किया जाता है और उसमें लिखित निर्णय को अभिस्वीकृति दी जाती है और तदनुसार कार्य किया जाता है;

- यदि संभव है तो अपना अग्रिम निदेश मौखिक के बजाय लिखित रूप में रखिए। अपनी अधिमान्यता के बारे में स्पष्ट रूप से लिखिए, उसपर तारीख डालकर उसे हस्ताक्षरित कीजिए।
- अगर आप अपना अग्रिम निदेश अपने चिकित्सक अथवा दूसरे स्वास्थ्य कार्यकर्ता की सहायता से तैयार करते हैं तो वे सत्यापित कर सकते हैं कि आप सक्षम हैं और अपनी लिखित अधिमान्यता के बारे में पर्याप्त रूप से जानते हैं और आप किस स्थिति को अपने निदेश में सम्मिलित करना चाहते हैं यह स्पष्ट करने में सहायता कर सकते हैं।
- यदि आप अग्रिम निदेश तैयार करने में अपने परिवार वालों अथवा ‘व्हानाऊ’ को शामिल करा लेते हैं अथवा कम से कम उन्हें सूचित करते हैं, तो आपको आधार देने में वे सुसज्जित होंगे और संकट में आपकी इच्छा का समर्थन करेंगे।
- आप अपने अग्रिम निदेश की नियमित रूप से पुनरीक्षा करें और उसे अद्यतन करें जिससे आपकी स्थिति अथवा अधिमान्यता में कोई बदल है तो वह प्रतिबिंबित हो सके और चिकित्सक मान सके कि निदेश अभी भी आपकी इच्छा का प्रतिनिधित्व करता है।
- आप अपने अग्रिम निदेश की प्रतिलिपि अपने पास रखें और अपने परिवार अथवा सहायक व्यक्तियों और आपकी देखभाल में प्रायः समाविष्ट चिकित्सक को भी प्रतिलिपियाँ दें।

### क्या मेरे अग्रिम निदेश का हमेशा अनुपालन होगा ?

नहीं। आपके अग्रिम निदेश का पालन करना है या नहीं इसका निर्णय करते समय आपका चिकित्सक निम्नलिखित पाँच प्रश्नों पर विचार करेगा।

- जब आपने अग्रिम निदेश बनवाया, तब निर्णय लेते समय आप सक्षम थे या नहीं ?
- क्या आपने यह निर्णय अपनी मुक्त इच्छा से किया था ?

- क्या आप निर्णय लेते समय पर्याप्त रूप से सूचित थे ?
- क्या आप चाहते थे कि आपका निदेश वर्तमान स्थितियों पर लागू हो जो प्रत्याशित से भिन्न हो सकती हैं ?
- क्या अग्रिम निदेश की कालावधि समाप्त हो चुकी है ?

‘दि कोड ऑफ हेल्थ एण्ड डिसेबिलिटी सर्विसेज कंज्यूमर्ज राइटज़’ तय करते हैं कि आपको आपके अधिकार पूर्णतः सूचित हों, आप सूचित विकल्प चुनें और सूचित सहमति दें। फिर भी आपका अग्रिम निदेश, अनिवार्य उपचार अधिकृत करने की आपके चिकित्सक की क्षमता को नहीं दबा सकता, यदि आप मेंटल हेल्थ (कंपलसरी असेसमेंट एण्ड ट्रीटमेंट) एक्ट 1992 के अधीन अनिवार्य उपचार आदेश के अधीन हैं। दि मेंटल हेल्थ एक्ट यह भी निदेशित करता है कि उपचार के लिए ज़िम्मेदार चिकित्सक आपकी सहमति पाने का प्रयास करें यद्यपि वह आपकी सहमति के बिना उपचार दे सकता है।

अगर आप अनिवार्य उपचार आदेश के अधीन हैं तो भी अग्रिम निदेश होना उचित है क्योंकि आपके चिकित्सक को इससे आपकी इच्छाओं की सूचना मिलेगी।

### ‘एक्स’ दवा अस्वीकृत करने वाले अग्रिम निदेश का उदाहरण

मैं \_\_\_\_\_ किसी भी हालत में ‘एक्स’ दवा नहीं पाना चाहता हूँ। मैंने अपने साइकिएट्रीस्ट डॉ. \_\_\_\_\_ के साथ इस निर्णय पर चर्चा की है और डॉक्टर ने मुझे उपचार विकल्प और ‘एक्स’ दवा के अपेक्षित लाभ, खतरे और अतिरिक्त परिणाम (साइड इफेक्ट्स) स्पष्ट किए हैं।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने यह निर्णय अपनी मुक्त इच्छा से किया है और जब तक मेरे द्वारा वह प्रतिसंहत नहीं होता तब तक वह अगले \_\_\_\_\_ वर्षों तक लागू है।

दिनांक \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मैं पुष्टि करता हूँ कि \_\_\_\_\_ इस अग्रिम निदेश को बनाते समय सक्षम हैं।

दिनांक \_\_\_\_\_

चिकित्सक \_\_\_\_\_

मेंटल हेल्थ कमिशन :

फोन : (04) 4748900

फैक्स : (04) 4748901

ई मेल : info@mhc.govt.nz

वेबसाइट www.mhc.govt.nz

एच डी आई हेल्थ एण्ड डिसेबिलिटी कमिशन

Ph/TTY (09)373 1060

फैक्स (09) 373 1061

फ्री फोन 0800 11 22 33

ई मेल : hdc@hdc.org.nz

वेब साइट : www.hdc.org.nz





