



The role and position of the right to mental health in public law Abstract

mohammad jalali

Associate Professor, public law, shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
mdjalali@gmail.com

sediqe elahyan

shahid beheshti university, tehran, iran
sediqe.elahian@gmail.com

Use your device to scan
and read the article online



Citation mohammad jalali, sediqe elahyan. [The role and position of the right to mental health in public law Abstract (Persian)]. [Islamic Law \(A Quarterly Journal of Law\)](#). 2024; 21 (83): 103-131

 [10.22034/ilaw.2025.708737](https://doi.org/10.22034/ilaw.2025.708737)

Received: 26 February 2023 , Accepted: 01 July 2023

Abstract

In the sight of the World Health Organization, mental health is a concept that goes beyond the absence of mental disorders and includes the perception of self-efficacy, and self-actualization of potential intellectual and emotional abilities, which is considered the fundamental right of everyone. This organization expresses the benefit of all people from the highest attainable standard of health as its goal. The special position of this right is also identified in Article 12 of the Covenant of Economic, Social and Cultural Rights. However, the desired result of everyone enjoying the right to mental health cannot be achieved by simply identifying it, and untying the knots of this path requires positive measures.

The only way to guarantee this right is to accept the responsibility of the government and the obligation towards it. From the point that governments with their actions can take steps in order to provide facilities and conditions for the realization of this right; In this article, while explaining the concept of the right to mental health and examining the international documents related to it, we discuss the obligations of the government in order to realize and actualize it. The findings of this research show that governments use their facilities and resources in order to realize this right and implement it according to the policies and legislation in this direction.

Governments can guarantee the right to mental health by approving international documents and establishing internal laws and monitoring their implementation and provide a solution to reduce the crises caused by mental problems in the society.

Keywords

Key words: right to mental health obligations of governments World Health Organization health rights system





نقش و جایگاه حق بر سلامت روان در حقوق عمومی

محمد جلالی (نویسنده مسئول)

استادیار دانشکده حقوق دانشگاه شهیدبهشتی

mdjalali@gmail.com

صدیقه الهیان

دانشجوی دکتری حقوق عمومی دانشگاه شهیدبهشتی

sediqe.elahian@gmail.com



Citation mohammad jalali, sediqe elahyan. [The role and position of the right to mental health in public law Abſtract (Persian)]. [Islamic Law \(A Quarterly Journal of Law\)](#). 2024; 21 (83): 103-131

[10.22034/ilaw.2025.708737](https://doi.org/10.22034/ilaw.2025.708737)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۷، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰

چکیده

سلامت روان در نگاه سازمان جهانی بهداشت، مفهومی فراتر از فقدان اختلالات روانی و مشتمل بر خودکارآمدی و شکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی و است که حق بنیادین همگان قلمداد می‌شود. جایگاه ویژه این حق، در ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شناسایی شده است؛ اما به مجرد شناسایی آن، برخورداری همگان از این حق به دست نمی‌آید و بازکردن گره‌های این مسیر، نیازمند اقداماتی ایجابی است. در پرتو همین نکته آشکار می‌شود که تنها راه تضمین این حق قبول مسئولیت دولت و پذیرش تعهد نسبت به آن است. از آن جایی که دولت‌ها با اقدامات خود می‌توانند در راستای فراهم آوردن امکانات و شرایط تحقق این حق گام بردارند؛ در این نوشتار، ضمن تبیین مفهوم حق بر سلامت روان و بررسی اسناد بین‌المللی، به تعهدات دولت در راستای تحقق آن می‌پردازیم. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که دولت‌ها در راستای تحقق این حق امکانات و منابع خود را به کار می‌گیرند و با توجه به سیاست‌گذاری‌ها و تقنین در این راستا به اجرای آن می‌پردازند.

واژگان کلیدی

حق بر سلامت روان، تعهدات دولت‌ها، سازمان جهانی بهداشت، نظام حقوق سلامت.



مقدمه

سلامت روان کانون آرامش بخش هر فرهنگی است که جوامع باید برای تسکین آلام خود وعده تضمین آن را به مردمش بدهند. چپستی آن نیز پریشی است که هرچند فرهنگ‌ها به طور خاص ارائه می دهند، اما مکاتب فکری خط یکسانی برای این آلام در جای جای جغرافیای انسانی یافته‌اند. آرامش و اطمینان قلبی، تسکینی برای آلام انسان است و در آیه ۲۸ سوره رعد: «الّا بذکر الله تطمئن القلوب» با یاد خدا ممکن است. رسیدن به این نقطه آرامش بخش سلامت روان، غایت روان شناسی است (نصیری و شیخی، ۱۳۹۷، ص ۱۲۲) که چپستی آن با برداشت‌های گوناگون همراه است. فروید «نشانه سلامت روانی را وجود تعادل و هماهنگی بین سطوح خودآگاه و ناخودآگاه قلمداد نموده و فردی که مراحل رشد را با موفقیت طی کرده باشد، دارای سلامت روان می داند. مازلو انسان خودشکوفایی که نیازهای مختلف او مانند ایمنی، محبت، احساس تعلق و احترام و نیز نیازهای جسمی اش برآورده شده باشد، انسان سالم می داند» (نوربالا و دیگران، ۱۳۸۰، ص ۹). با هر رویکردی که بر این مفهوم ورود کنیم؛ چیزی بیش از آرامش و سازگاری با محیط و توان حل مسائل روزمره را در نمی یابیم؛ چراکه افراد در اجتماع ناگزیر به برقراری تعادل بین احساسات و محرک‌های بیرونی هستند و بیماران روانی در عمل دچار بحران تعاملات اجتماعی می شوند.

حق بر سلامت روان طبق تفسیر عمومی شماره ۱۴ ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۱، حقی آن چنان گسترده است که تحقق

۱. الف) دولت‌های عضو این میثاق حق هر فرد را برای دستیابی و برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامت جسمی و روحی، به رسمیت می شناسند.
ب) اقداماتی که دولت‌های عضو برای دستیابی و تحقق کامل این حقوق اعمال می نمایند شامل (اقدامات) زیر است:

۱. اقداماتی در جهت توسعه و رشد سلامت کودکان و پایین آوردن میزان مرگ و میر آنها.
۲. بهبود تمام جوانب بهداشت محیط (زیست) و بهداشت صنعتی.
۳. پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه گیر بومی (محلی)، حرفه ای و سایر امراض
۴. ایجاد شرایطی جهت تامین تمام خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری.

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

سایر حق‌ها و آزادی‌ها درگرو تضمین آن است. این حق عام الشمول که بر تمام افراد جامعه سیطره دارد؛ باید به‌دوراز تبعیض و نابرابری اعمال شود و دولت‌ها متعهد به تضمین آن باشند (کریون، ۱۳۸۷، ص ۱۳۲). چون نیک بنگریم، این حق به تضمین برخوردار از امکاناتی که افراد برای دستیابی و حفظ سلامت روان بدان وابسته اند، تعبیر می‌شود. بر همین اساس نیز تحقق آن در خلأ به وقوع نمی‌پیوندد و پر کردن این خلأ با امکانات و شرایط فراهم آمده از نهادی ممکن است که جایگاهی بالاتر از افراد داشته باشد و این جایگاه متعلق به دولت است. بتواند افزون بر شناسایی نفس این حق، شرایط و امکانات لازم برای تحقق آن را نیز فراهم آورد.

دولت‌ها حافظان ارزش‌های اجتماعی همچون بهداشت، عدالت و انصاف اند؛ ارزش‌هایی که در اساسنامه‌ها و معاهدات، نهادینه‌شده و از سوی دولت‌ها مهر تأیید گرفته است. در همین زمینه «بسیاری از قوانین اساسی جهان حق بر سلامت را آشکارا تصریح نموده‌اند و دولت‌ها را موظف به تأمین و تحقق این خدمت عمومی می‌دانند (World Health Organization, 2008, p.8). از همین رو است که می‌توان ادعا کرد بسیاری از قوانین اساسی و اسناد بین‌المللی ارزش سلامت را به‌عنوان حقی اساسی و بشری شناسایی کرده‌اند.

چارچوب نظری این پژوهش، مبتنی بر واکاوی رابطه حق بر سلامت روان و حقوق عمومی است؛ بدین‌سان که تعهدات دولت‌ها در رابطه با حق بر سلامت روان از دو زاویه اسناد بین‌المللی و ملی مطرح نظر قرار می‌گیرد. در این راستا، نوشتار پیشرو با رویکرد توصیفی-تحلیلی به دنبال پاسخ‌پرسی می‌گردد که نقش و جایگاه حق بر سلامت روان در حقوق عمومی را به او بشناساند و اقدامات دولت‌ها در راستای ایفای تعهداتشان در حوزه سلامت روان را دریابد.

برای پاسخ به پرسش‌پیشین، باید گام‌به‌گام پیش رفت. پیش از گام

نخست باید مفهوم حق بر سلامت روان روشن شود و سپس بتوان تعهدات دولت‌ها در این خصوص را در دو ساحت حقوق بین‌الملل عمومی و حقوق عمومی داخلی بررسی کرد. به همین منظور در گام نخست به جستجوی اسناد بین‌المللی می‌پردازیم؛ در گامی دیگر، نگاهی به حق بر سلامت روان در حقوق عمومی می‌افکنیم که نفس این امر، ما را ناگزیر از واکاوی حقوق اساسی به مثابه منزلگاه سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری و حقوق اداری موضوع را می‌کاویم، چراکه اگر شناسایی این حق را مرهون اسناد و قوانین اساسی کشورها بدانیم، هرآینه اجرای آن و ملزومات این اجرا به حقوق اداری تعلق دارد.

۱. چیستی حق بر سلامت روان

بیماری‌های روانی از آغاز پیدایش بشر وجود داشته و در هیچ دوره‌ای از تاریخ، گروه انسانی‌ای به‌دوراز استیلاهی رنج روان رؤیت نشده است؛ هرچند پیوند یافتن این رنج در دوره‌های اولیه تاریخ با خرافات عجیب بوده است. «نهضت‌های سلامت روان در نیم‌قرن اخیر، افکار غلط و خرافات در مورد این بیماری‌ها را کنار گذاشته و نشان داده که اولاً بیماری‌های روانی، قابل‌پیشگیری بوده و ثانیاً در صورتی که مانند سایر بیماری‌ها به موقع تشخیص داده شوند و تحت درمان قرار گیرند به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن‌ها کاسته خواهد شد» (حاتمی و دیگران، ۱۳۹۸، ص ۲۶۸۳). تاریخچه جنون، روایتگر تاریخی آمیخته به ترس انسان از ناشناختگی این پدیده بوده است. «در پاسخ به موضوع جنون بود که در انگلستان اولین خانه دیوانگان در واپسین سال‌های قرن هفدهم تأسیس شد و مدیریت و درمان جنون از یک مشکل اجتماعی به یک مشکل سلامت عمومی تغییر ماهیت داد» (تودور، ۱۳۸۲، ص ۲۹). این دگرگونی برخورد، مدیون قانون‌گذاری ناشی از تجربه جنگ جهانی اول و آثار ویرانگر روانی آن، هم‌چنین تأثیر

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

فعالیت‌های تبلیغاتی زیگموند فروید بود (Sadock and Alcott, 1991, p. 321).

مفهوم جنون در فقه مذاهب اسلامی در احکام به صورت پراکنده بررسی گردیده است که بیشتر آن در حیطه فقه جزایی قرار دارد. در کلام فقها، جنون نوعی بیماری مشخص یا چارچوب دقیق نیست و به زوال عقل، اختلال ادراک معنا می‌شود (افضلی و سعید، ۱۳۹۸، ص ۲۴۹) و لزوماً نمی‌توان تمام بیماران روان را مجنون دانست. جنون در نظام کیفری ایران، راهی برای رهایی از مسئولیت کیفری است و ماده ۱۴۹۱ قانون مجازات اسلامی، آن را به عنوان اختلال روانی مختل کننده اراده و قوه تمییز در نظر می‌گیرد.

مفهوم سلامت روانی از نظر سازمان جهانی بهداشت، چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی و در معنای ادراک خودکارآمدی (Self-Efficiency)^۱، استقلال و خودمختاری (Self-Determination Theory)^۲، شایستگی و خودشکوفایی (Self-Actualization)^۳ توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی و دستیابی به بالاترین سطح آن، هدف سازمان است (Sadock and Alcott, 1991, p. 31).

در میان ارزش‌ها و باورهایی که در شکل دادن به روش زندگی افراد نقش مهمی ایفاء می‌کنند، ارزش‌ها و معتقدات دینی از مهم ترین آن‌ها است. روش زندگی یکی از شاخصه‌های مهم سلامت، از جمله سلامت روان است

۱. هرگاه مرتکب در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمییز باشد مجنون محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری ندارد.

۲. اصطلاح خودکارآمدی برای اولین بار توسط آلبرت باندورا ابداع شد، این مفهوم به عنوان یک قضاوت شخصی درباره اتخاذ تصمیم و انجام اقدامات لازم برای مقابله با موقعیت‌های احتمالی به کار برده شد. خودکارآمدی مجموعه‌ای از باورهای فرد از توانایی موفقیت در یک موقعیت خاص در آینده است.

۳. خودمختاری یک نظریه کلان در مورد انگیزه و شخصیت انسان و تمایلات رشد ذاتی و نیازهای او مربوط است. انگیزه‌ای که در غیاب محرک‌های بیرونی می‌تواند بر انسان اثر بگذارد و خواست انسان محرک او برای تصمیم‌گیری باشد.

۴. خودشکوفایی که بالاتری سطح رشد روانشناختی است، عبارت از تمایل به فعلیت بخشیدن خود تا حد ممکن مربوط می‌شود؛ و شخص از تمام ظرفیت‌های خود در این راستا مدد می‌گیرد.

و از این رو دین و دینداری چه به طور مستقیم و چه به طور غیر مستقیم در سلامت روان دخالت دارد. ایمان و معتقدات مذهبی می توانند در امر درمان و پیشگیری اختلالات روانی و هم چنین برای ارتقای سلامت روان به نحو موثری به کار برده شوند (داویدیان، ۱۳۷۶، ص ۳۱). با وجود این که روان پزشکی و روان شناسی نوین، رفتار بهنجار را معادل سلامت روانی و رفتار نابهنجار و غیرعادی را معادل بیماری روانی به کار برده‌اند (تودور، ۱۳۸۲، ص ۲۷). اما تعریف حقوق دانان از مفهوم حق آفرین سلامت روان می تواند با تعاریف پزشکی متفاوت باشد؛ چراکه تعریفی که از پدیده‌ها می شود با هویت بخشی به آن مفهومی را مجسم می کند که حیات و اقتضائات مخصوص به خود را خواهد یافت و از همین رو تعریف معطوف به دیدگاه صرف روان پزشکی و زیستی ممکن است مشکلات عملی در مطالبه حق بر سلامت روان ایجاد کند؛ به عنوان مثال اگر سلامت را صحت کامل جسمی و روانی بدانیم، ایده دست یابی همگانی با شکست مواجه می شود (اسلامی تبار، ۱۳۹۵، ص ۱۲۱). به همین مناسبت، باید به جستجوی تعریفی باشیم که بتواند سلامت روان را در هم نشینی حق بودگی منعکس کند و به نظر تعریف پیش رو با درکی حقوقی گویای مفهوم مدنظر است: «وظیفه دولت به منظور تأمین شرایط لازم برای تحقق سلامت افراد و جمعیت‌ها در چهارچوب محدودیت‌های منابع موجود» (همان، ص ۱۳۱). آنچه این تعریف بر نمایان می سازد ما را ناگزیر از جست‌وجوی چندوچون تعهدات دولت‌ها در این مسیر می سازد.

دوشادوش تعهدات دولت‌ها که با گذر ایام و دگرگونی محیط‌های سیاسی و اجتماعی به نباید به فراموشی سپرد؛ باید سیاست‌هایی ظهور کند سرمایه‌گذاری در این عرصه را تسهیل بخشد. هرچند این سیاست‌ها می تواند متغیر باشد، اما نباید به نفس تعهدات دولت‌ها خلل وارد کند، همان گونه که اسناد بین‌المللی با تعهداتی یکسان برای همه دولت‌ها در عرصه

بین الملل حضور دارند.

۲. حق بر سلامت روان و تعهدات دولت‌ها در اسناد بین‌المللی

امروزه دولت‌ها نه تنها در پیشگاه مردمان خود که در جامعه بین‌المللی نیز مسئول و پاسخگو هستند. ریشه این پاسخگویی نیز در پذیرشی است که با امضای اسناد بر گردن می‌نهند. شناسایی چنین اسنادی می‌تواند نقش و تعهدات دولت‌ها را بازشناسایی کند.

ماده ۱۷^۱ کنوانسیون حقوق بشر اسلامی با شناسایی وظیفه دولت‌ها برای تأمین زیست هر انسانی در محیط پاک از مفسد و بیماری‌های اخلاقی و امکانات بهداشتی و اجتماعی به شناسایی حق بر سلامت افراد نظر دارد. حق بر زیست در محیط پاک و به دور از مفسد اخلاقی نزدیک ترین تعبیر به سلامت روان را به ذهن متبادر می‌کند؛ اما مهم ترین نمود حق بر سلامت در اسناد، ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۲ و تفسیر عمومی شماره ۱۴ است که مجموعه حق‌ها و آزادی از جمله حق بر درمان، پیشگیری، عدم درمان اجباری، منع شکنجه و عدم تبعیض را در برمی‌گیرد (World Health Organization, 2000, p. 12). در بند ۹ تفسیر عمومی شماره ۱۴ چنین مقرر گردیده است که «دولت‌ها سالم بودن همه افراد را تضمین نمی‌کنند و هم چنین آنان نمی‌توانند در برابر همه دلایل ایجادکننده بیماری از انسان محافظت کنند؛ بنابراین، عوامل مختلفی از جمله اتخاذ سبک زندگی ناسالم یا پرخطر ممکن است نقش مهمی در سلامت فرد ایفا کند.»

۱. الف) هر انسانی حق دارد که در یک محیط پاک از مفسد و بیماری‌های اخلاقی به گونه‌ای که بتواند در آن خود را از لحاظ معنوی بسازد، زندگی کند، جامعه و دولت موظف‌اند این حق را برای او فراهم کنند.

ب) دولت و جامعه موظف‌اند که برای هر انسانی تأمین بهداشتی و اجتماعی را از طریق ایجاد مراکز عمومی مورد نیاز بر حسب امکانات موجود، فراهم نمایند.

ج) دولت مکلف است حق هر انسانی را در زندگی شرافتمندانه‌ای که بتواند از طریق آن مایحتاج خود و خانواده‌اش را بر آورده سازد و شامل خوراک و پوشاک و مسکن و آموزش و درمان و سایر نیازهای اساسی می‌شود تضمین نماید.

۲. کشورهای عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.

هرچند تضمین سالم بودن همه افراد از عهده دولت‌ها خارج است، اما از حق بر سلامت روان باید به عنوان حق برخورداری از انواع امکانات، کالاها، خدمات و شرایط لازم برای تحقق بالاترین استاندارد دستیافتنی سلامت تلقی شود (کریون، ۱۳۸۷، ج ۲، ص ۱۴۱). در بسیاری موارد، این اقدامات جز از طریق دولت ممکن نیست؛ از جمله سازمان‌دهی بخش سلامت و نظام بیمه‌ای آن، انجام تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های مرتبط این حوزه؛ این امر به خصوص که اقدامات بر تمام افراد جامعه اثر بگذارد انکارناپذیر است.

حق بر سلامتی، سه سطح تعهد را بر دوش کشورهای عضو قرار می‌دهد: تعهد به احترام، حمایت و ایفا. تعهد به احترام از دولت‌ها می‌خواهد که از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در برخورداری از حق بر سلامت خودداری کنند. الزام به حمایت از دولت‌ها می‌خواهد که اقداماتی را انجام دهند که از دخالت اشخاص ثالث در تضمین‌های ماده ۱۲ جلوگیری کند. درنهایت، تعهد به ایفا، دولت‌ها را ملزم می‌کند که اقدامات قانونی، اداری، بودجه‌ای، قضایی و سایر اقدامات مناسب را در جهت تحقق کامل حق بر سلامت اتخاذ کنند (World Health Organization, 2000, p.15). هرچند سطوح تعهدات در همه کشورها یکسان است، اما مناسب‌ترین اقدامات امکان‌پذیر برای اجرای این حق از بسته به هر اقلیمی متفاوت است و هر کشوری باید در ارزیابی مناسب‌ترین اقدام با توجه به شرایط خاص خود، مختار است (Funk and Bartlett, 2005, p.32). اما این اختیار دولت نباید در ایفای اصل وظیفه او که دسترسی همگانی به امکانات و خدمات بهداشتی است، رخنه افکند.

برخی از صاحب نظران بر آنند که توسعه قلمرو حق‌ها از قدرت اقتناعی آن خواهد کاست؛ به ویژه آن که نتوان توجیه نظری و اخلاقی قدرتمندی همسان با حقی چون حیات برای آنان بیان کرد (قاری سیدفاطمی، ۱۳۹۳،

ص ۲۵۵). این استدلال که با حق آفرینی، ادعاهای حق بنیاد گسترش می یابد و منابع دولت‌ها تکافوی تمام حقوق را نمی‌کند؛ به دو وجه قابل پاسخگویی است: نخست آن که توجه ویژه به حق، مستلزم رسمیت شناختن و توجه به حق‌های نسل دوم است (راسخ، ۱۳۹۳، ص ۱۲۱). در این دنیا مرگ انسان از اندوه، رنج آرتتر از محرومیت او از برخی آزادی‌های سیاسی و مدنی است، نمی‌توان حق آفرینی را انکار کرد.^۱ اگر نیازهای یک زندگی فعال و سالم فراهم نباشد؛ حیات انسان بی‌معناست. دوم آن که دغدغه عدم تکافوی منابع برخی کشورها، برای تأمین حداقل امنیت اقتصادی شهروندان موجه است؛ اما استدلال پیش گفته با پیشفرض عدم تغییر در توزیع فعلی منابع (داخلی و بین‌المللی) و غفلت از نظریات عدالت همراه است. «لذا نگاه به این موضوع از این زاویه نشان می‌دهد که بایدهای حقوق بشر بیشتر با نمی‌خواهیم برخاسته از خودخواهی و حرص ناممکن شده‌اند تا با نمیتوانیم ناشی از غیرعملی بودن بایدها» (همان، ص ۱۶۶). به بیان دیگر، جایگاه ویژه برای حقوق نسل دوم همچون بر سلامت روان، به حق‌های بنیادین آسیب وارد نمی‌کند و با رویکرد عدالت محور می‌توان زمینه تحقق این حق‌ها را در کنار هم فراهم آورد.

دولت‌ها در اجرای تعهدات سلامت روان خود از ناگزیر از طراحی و اتخاذ سیاستی ملی می‌یابند. این سیاست‌های ملی باید بر اساس اصول حقوق بشر و با هدف تضمین بهره‌مندی همه افراد از امکانات مدنظر به تدوین خط‌مشی‌ها پردازند و کوشش خود را بر طراحی شاخص‌ها و معیارهای بهداشتی متمرکز کنند. چنین سیاستی باید منابع موجود برای دستیابی به اهداف تعریف‌شده و همچنین مقرون به صرفه‌ترین راه برای استفاده از این منابع را شناسایی کند. (world health organization, 2000) سیاست

۱. ده درصد از مرگ‌های جهان مربوط به خودکشی است که سالانه ۸۰۰ هزار نفر را دربرمی‌گیرد و در ده عامل اصلی مرگ جای دارد.

مذکور برای دستیابی به سلامت روان باید در همه‌ی زمینه‌ها به مسئله عدم تبعیض و برابری نظر داشته باشد و در تعیین اولویت‌ها، فرآیند تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، ارزیابی، تدوین و اجرای سیاست‌های ملی باید به اصل مذکور وفادار بماند.

کشورها باید با تصویب قوانین سلامت روان، سیاست ملی خود در این زمینه را عملی کنند. این قانون باید سازوکارهایی ملی را برای نظارت بر اجرای سیاست‌های مذکور و برنامه‌های سلامت ایجاد کند. هم‌چنین این قانون باید شامل مقرراتی در مورد اهداف موردنظر و چارچوب زمانی دست‌یابی به آن‌ها باشد. برای بهبود این قوانین دولت‌ها می‌توانند از ابزارهایی چون همکاری با کارشناسان بهداشت و بخش خصوصی و سازمان‌های بین‌المللی نیز بهره‌برند. (world health organization, 2000)

حق بر سلامت روان موضوعی است که اهمیتی روزافزونی در شورای حقوق بشر دارد. این شورا در قطعنامه‌ای اعلام نموده است که برای حذف خشونت و تبعیض و در عین حال ترویج شمول و مشارکت راهی جز ادغام کامل دیدگاه حقوق بشر در سلامت روان و خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی وجود ندارد (Human Rights Council Resolution, 2016, p. 18-32). این دیدگاه سلامت روان را در دل مفهوم سلامت به طور کلی می‌گنجاند و به اهمیت آن برای حل مشکلات سایر حوزه‌های سلامت اذعان دارد. این امر مستلزم ارائه خدمات سلامت روان مؤثر و سایر خدمات مبتنی بر آسیب‌های اجتماعی است که از حق‌ها و آزادی و امنیت افراد و هم‌چنین زندگی مستقل و یکی شدن با جامعه بدون طرد و برچسب زنی اجتماعی برای این بیماران، بر مبنای برابر با دیگران محافظت می‌کند و در ترویج آن می‌کوشد (Human Rights Council Resolution, 2007, pp. 13-36) هم‌چنین این شورا در قطعنامه‌ای دیگر از دولت‌ها خواسته است که تغییر الگو در سلامت روان را ترویج کنند و در صورت لزوم، همه قوانین، سیاست‌ها و

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

شیوه‌های محتملاً مؤثر را اتخاذ، اجرا، به‌روزرسانی، تقویت یا نظارت کنند (Ibid, 2017, pp.13-36).

گزارشگر ویژه شورای حقوق بشر در گزارش سال ۲۰۲۰ بر ضرورت تدوین دستورکاری جهانی برای سلامت روان که مبتنی بر حقوق بشر باشد، می‌پردازد. او توصیه‌هایی را به کشورها، سازمان‌های حرفه‌ای روان‌پزشکی و سازمان جهانی بهداشت در مورد چگونگی انجام این کار ارائه می‌کند (Ibid, 2020, p.44-48).

با این‌همه باید در نظر داشت که اجرای تعهدات موجود در اسناد بین‌المللی و وظایفی که بر دوش دولت‌ها می‌گذارند ممکن نیست؛ مگر این‌که در نظام ملی کشورها راه‌یافته و پذیرفته‌شده باشد. به تعبیر دیگر، برای آن‌که دولت‌ها خود را مکلف به اجرای تعهداتی بدانند، آن تعهدات باید در نظام حقوق عمومی آن دولت راه‌یافته باشد.

۳. حقوق عمومی و حق بر سلامت روان

سالیانی متممادی است که انسان برای تحقق نظم عمومی در زندگی خود و بهره‌مندی از امنیت داخلی، دفاع در برابر دشمنان خارجی و مواردی این چنینی نهاد دولت را سامان داده است؛ اگرچه در دوره‌های مختلف تاریخی، جنبش‌های اجتماعی گوناگون برای تغییر ساختار در حدود اختیارات و تکالیف دولت‌ها در مقابل شهروندان جوامع سیاسی شکل گرفته است با این حال کم‌تر دیدگاه و رویکردی یافت می‌شود که دولت را در باور خود راه‌نداده باشد. پاسداری از سلامت عمومی شهروندان نیز به مثابه سامان اجتماعی و حقی بشری، بر عهده دولت‌ها است و در حوزه‌های مختلف حیات اجتماعی توسط اشخاص ذی صلاح حقوق عمومی اعمال می‌شود که خود نوعی مداخله دولت است. «این اقدام به منظور حفظ و گسترش سلامت عمومی شهروندان و نیز ارتقای سطح سلامت آن‌ها از طریق تنظیم

مقررات و نظارت بر آن و به جهت اجرای سیاست‌ها و فرآیندهای خط مشی ساز در حوزه سلامت به کار می‌رود» (اصغرنیا، ۱۳۹۵، ص ۳۶).

پرسش تأمل برانگیز این شیوه پاسداری، میزان و نحوه مداخله دولت در امر سلامت است که پاسخ به آن اثر مستقیمی بر کیفیت ارائه این خدمات دارد. «با توجه به سابقه تاریخی موضوع و تجربه کشورهای مختلف جهان، به نظر می‌رسد که لازم است همواره میزان بهینه‌ای از مداخله دولت در این زمینه مدنظر قرار گیرد تا جامعه نه از افراط و نه از تفریط مداخله دولت متضرر نشود و در این مسیر منافع عمومی شهروندان نیز تضمین گردد» (همان، ص ۳۸). ناگزیر بودن حضور دولت در حوزه سلامت روان بر همگان روشن است، اما معین کردن میزان حضور، وضع و اجرای آن مسئله‌ای است که می‌تواند به تحقق حق بر سلامت روان و درنهایت سلامت روان جامعه ختم شود. «توسعه مفاهیم و ادبیات تنظیم مقررات در دو دهه اخیر در بسیاری از کشورهای جهان سبب گردید تا دولت‌ها ضمن سیاست‌گذاری و متعاقباً وضع قانون و اعمال نظارت بر اجرای آن، تلاش نماید ضمن تحقق و تضمین منافع عمومی شهروندان به وظایف خود نیز عمل کنند.» (مقی و دیگران، ۱۳۹۶، ص ۱۳۱). به همین علت، اگر مداخله دولت به رسمیت شناخته شود؛ برای تحقق این حق باید اقداماتی صورت گیرد و بی شک سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری گام نخست این اقدامات است.

۳-۱. حقوق اساسی

تدوین و تصویب قانون اساسی در هر کشور، اساسی‌ترین شاخص شناسایی حقوق آن ملت است که حقوق بنیادین و شاکله‌های نظام سیاسی و حقوقی آن ملت را می‌سازد. سلامت روان نیز در همین معنا و به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت همه افراد جامعه باید در این قوانین اساسی گنجانده شود. قوانین اساسی روابط میان دولت و افراد را مقرر می‌سازند؛ به این معنا که در واقع وظیفه‌ای را بر دوش طرف دیگر می‌گذارد تا از آن

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

حقوق پاسداری کند و در نهایت نیز تعهداتی برای دولت‌ها در برابر مردم خود و جامعه جهانی ایجاد می‌کند. «در این رابطه آنچه بین دولت‌های عضو سازمان بهداشت جهانی پذیرفته است این است که حقوق اساسی مردم خود در برخورداری از حقوق بشری از جمله حق بر سلامت روان را محترم شمرده و از آن حمایت کنند و آن را به‌موقع اجرا بگذارند» (اسلامی‌تبار، ۱۳۹۵، ص ۱۵۰).

تعهدات دولت‌ها در حوزه سلامت روان در دسته‌بندی‌ای کلان به اقدامات فوری و تدریجی تقسیم می‌شود (World Health Organization, 2000, p. 17). به همین علت مواردی مشتمل بر تأمین حداقل استانداردهای ضروری حق بر سلامت روان و جلوگیری از تبعیض نسبت به افراد در برخورداری از این حق از جمله تعهداتی است که نیازمند اقدام فوری است؛ اما تعهداتی که مستلزم برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و نیز سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری بوده و به حداکثرهای سلامت روان نظر دارد، نیازمند تحقق تدریجی است (Funk and Bartlett, 2005, p.41). اما باید بر حذر بود که تحقق تدریجی دستاویزی برای متروک گذاشتن آن وظایف شود و حداقل‌های موردنیاز از دایره این تدریج بیرون می‌شوند.

بر همین مبنا، تمام اقدامات لازم از جمله تصویب قوانین، انجام اقدامات اداری، مالی، آموزشی و اجتماعی لازم و امکان جبران خسارت در صورت نقض تعهد و وارد آمدن خسارات ناشی از آن به شهروندان صورت می‌گیرد. پس در سایه تدریج است که تعهدات اصلی دنبال می‌شود و سیاست‌ها و قوانین ملی سلامت روان زمینه‌ساز آن هستند (Bartlett and Sandland, 2007, p.61).

این زمینه‌سازی باید با هدف‌گذاری و حرکت روبه‌جلو به تحقق اهداف بینجامد. همه این ملزومات، اصل تحقق تدریجی را به روشی مناسب برای تحقق حق بر سلامت روان تبدیل می‌کند. به خصوص برای کشورهایی که دشواری و پیچیدگی سیاست‌گذاری‌ها را چشیده‌اند و هزینه و زمان کافی برای

یک شبه پیمودن این راه ندارند (قاراخانی، ۱۳۹۲، ص ۲۱۸). اما دولت‌ها نباید از آن به عنوان توجیهی برای فرار از اجرای تعهدات خود استفاده کنند. حق بر سلامت روان اعمال مشخص و دقیقی را برای اقدام از سوی دولت‌ها تعیین نمی‌کند، بلکه اهدافی کلی را مشخص می‌سازد که می‌تواند به تدریج و در مقیاس بزرگ محقق شود؛ اما جامعه باید کاملاً مخاطب آن باشد. به همین دلیل سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری صحیح در حوزه سلامت امری ضروری است.

۱-۱-۳. سیاست‌گذاری

در هر عرصه‌ای از حقوق، سیاست‌گذاری قبل از تدوین و تصویب قوانین یک ضرورت اساسی به شمار می‌آید که بیانگر مسیر حرکت و هدف وضع قوانین است. «سیاست سلامت مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند» (همان، ص ۲۳۱). به تعبیر دیگر، این سیاست‌ها یا راهکارها از جمله مهم‌ترین سیاست‌های لازم و اساسی در رویکرد حقوق بشری به مقوله سلامت به شمار می‌روند (اسلامی‌تبار، ۱۳۹۵، ص ۱۳۱).

مسئله سلامت و به خصوص سلامت روان در نظام حقوقی ایران، در سیاست‌های کلی سلامت ذکر شده است و برنامه‌های توسعه، بخشی از همت خود را به این حوزه اختصاص داده‌اند. بند سوم سیاست‌های کلی، ارتقای سلامت روانی جامعه و رفع موانع تنش‌آفرین را در دستور کار خود قرار می‌دهد. سیاست‌های کلی و اشارات بند ۱۲ اصل سوم و اصل ۲۹ قانون اساسی در زمینه بهداشت عمومی، مسیر را برای تصویب قوانین حوزه سلامت باز می‌گذارد.

آثار سیاست‌گذاری می‌تواند به طور مستقیم بر افراد و حقوق وی آزادی‌هایشان نمایان شود و آنان را برای اعمالشان پاسخگو کند. به گونه‌ای این

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

تصمیم‌گیری‌ها مداخلاتی در حقوق شهروندی افراد ایجاد می‌کند، مردم را در مقابل انگیزه‌ها و خواسته‌هایشان محدود می‌کند و بر تصرف حقوقی آنان اثر می‌گذارد (Bartlett and Sandland, 2007, p.34)؛ لذا رویکردی که بیم محدودیت‌ها را به گسترش حق‌ها و آزادی‌ها بدل کند، می‌تواند راهگشا باشد.

رویکرد سلامت عمومی^۱ به سلامت روان بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها برای بهبود سلامت درکل و سلامت روان به طور خاص بر جمعیت تمرکز دارد. همچنین باید به اقدامات پیشگیرانه، ارتقاء و ادغام خدمات در موضوعات مرتبط برای کاهش هزینه‌ها، خدمات سلامت روان برای کودکان و نوجوانان، تأمین مالی مراقبت‌های بهداشت روان، توسعه و دسترسی به سیستم‌های اطلاعاتی مؤثر در مورد اختلالات روانی و مصرف مواد، مسائل مرتبط با خودکشی و آسیب‌های اجتماعی بپردازند (Hennessy, 2010, p.41). دولت‌ها باید در راستای درک چگونگی به ثمر رساندن سیاستی منسجم و کارا، ویژگی‌های اصلی بازیگران این عرصه، قواعد حاکم بر عملکرد آنان را با توجه به مشکلات و مسائل مؤثر در زمینه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی سلامت روان واکاوی کنند. سیستم سلامتی که از این طریق ایجاد می‌شود باید ریشه در اصول برابری و پاسخگویی در برابر قانون داشته باشد. این فرآیند تصمیم‌گیری می‌تواند ریشه در همان سیستم سلامت عمومی داشته باشد؛ اما سهم سلامت روان باید در نسبت مناسبی با سایر ابعاد سلامت باشد (Díaz-Castro et al, 2017, p.12). کارایی این سیستم در صورتی ممکن است که درجه‌ای از نظم وجود داشته باشد که تخطی از آن ممکن نباشد و در صورت تخطی نیز با قوای قاهره روبه‌رو شود و ضمانت اجرا

۱. بهداشت یا سلامت عمومی شاخه‌ای اساسی علوم بهداشتی است که هدف آن پیشگیری از بیماری‌ها، حفاظت و بازسازی سلامت افراد جامعه و ارتقای آن است. به عبارتی از زمانی که پزشکی درمان از پزشکی پیشگیری جدا شد، اولین پایه‌های این علم پایه‌گذاری شد. این حوزه در اغلب کشورها توسط دولت‌ها هدایت و مدیریت می‌شود.

گریبان گیر آن شود که این امر با وضع قوانین در حوزه سلامت روان میسر خواهد بود.

۱-۲-۳. قانون

قانون سلامت روان، یک ضرورت به تأخیر افتاده برخی از عرصه های سلامت هستند که احتمال نادیده گرفتن حقوق بیمار در آن‌ها بیشتر است. به‌خصوص بستری اجباری و بدون رضایت بیمار و محدود نمودن بیمار از حق انتخاب در دوران بستری، مسایلی است که بیشتر موردانتقاد اندیشمندان قرار می‌گیرد. در اوج تمدن اسلامی از جمله در ایران احترام به حقوق بیماران روانی و وجود بخشی در بیمارستان‌های عمومی برای این بیماران گزارش شده است و از نمایش مانند بوی خوش و موسیقی علاوه بر نمایش گیاهی برای بهبود بخشی به آن‌ها استفاده می‌شده است (حاتمی و دیگران، ۱۳۹۸، ص ۲۶۸۸).

قوانین سلامت روان با ایفای نقش مؤثر در شبکه‌سازی سیستم پاسخگویی و تأمین مالی این حوزه به‌ویژه با به‌کارگیری مشارکت‌های مردمی می‌تواند به تقویت سیاست‌های ملی سلامت روان منجر شود و بن بست انطباق با این سیاست‌ها را بگشاید. اصول ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت مقرر می‌دارد که قانون سلامت روان باید با رعایت و حفظ حریم خصوصی، رضایت آگاهانه، محرمانگی، درمان ارادی، عدم تبعیض تصویب شود و به تضمین موارد پیش گفته بینجامد (Funk and Bartlett, 2005, p. 12). قانون وضع شده، ممکن است با دربرداشتن تمام اصول پیش گفته آرمانی باشد، پس باید بهترین تلاش را برای تحقق تدریجی آن انجام داد (سیدموسوی، ۱۳۹۸، ص ۲۲۰). حرکت به سوی واقعیات نیز باید با توجه به امکانات و ظرفیت‌های موجود صورت گیرد تا مؤثر واقع شود (Bartlett and Sand-land, 2007, p. 61). روی هم‌رفته این‌که، قانون‌گذاری در این حوزه با اهدافی از جمله حفاظت، ارتقا و بهبود سلامت روان افراد می‌تواند مدنظر قرار گیرد.

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

افراد مبتلا به اختلالات روانی با شدت بیشتری در معرض آسیب و سوءاستفاده و نقض حقوق خود هستند؛ برای حمایت از این دسته شهروندان آسیب پذیر و احترام به حقوق انسانی شان، می توان به سراغ قوانینی مترقی رفت که ابزاری مؤثر برای ارتقای دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان، هم چنین ترویج حمایت از حقوق افراد مذکور است. چنین قوانینی باید اصول کلی موردنیاز این دسته افراد را در برگیرد. هنگامی که قانونی جامع تصور شود باید سیری کامل از اهداف کلان این حوزه را احصا کند؛ از جمله:

- ایجاد امکانات و خدمات سلامت روان با کیفیت بالا؛
- دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان با کیفیت؛
- حمایت از حقوق بشر؛
- حق درمان بیماران؛
- ادغام افراد مبتلا به اختلالات روانی در جامعه؛
- ارتقاء سلامت روان در سراسر جامعه (Funk and Bartlett, 2005, p.56).

قانون سلامت روان که ابزار مهم تقویت اهداف و سیاست‌های سلامت است، با سایر سازوکارهای تجویزی به مانند مقررات و آیین نامه‌ها می تواند در یک چارچوب قانونی برای اجرا و دست یابی به این اهداف کمک می کند.

برای نیل به اهداف یاد شده باید به اصل رضایت آزادانه و آگاهانه در قانون اهتمام شود. لذا درمان بدون رضایت یا درمان اجباری (Compulsory Treatment)^۱ فقط در شرایط استثنایی مورد پذیرش قرار می گیرد که این شرایط نیز باید به طور خاص مشخص شود. قانون باید رویه‌های حمایتی خود را برای این افراد در برابر آسیب و سوء استفاده گسترش دهد (Funk and Bartlett, 2005, p.78). این رویه‌ها از جمله نیاز به تأیید

۱. درمان اجباری به وضعیتی گفته می شود که شخص قادر به اعلام رضایت نباشد و درمان به منظور بهبود وی یا جلوگیری از شدت آسیب به وی یا جلوگیری از آسیب به بیماران و سایر افراد باشد.

سلسله مراتبی^۱ برای این بیماران، حق اعتراض در برابر پذیرش آن و سازوکار بررسی دوره ای^۲ است. در مقابل درمان اجباری درمان داوطلبانه (Voluntary Treatment)^۳ قرار دارد که با رضایت آگاهانه، رضایتی که به دور از تهدید و اجبار است. از آن جایی رضایت اشخاص مطمح نظر قرار می گیرد و می تواند اهداف پیشین از جمله حمایت از حقوق بشر را به طور شایسته ای تأمین می کند باید اصل قرار گیرد. هرچند درمان اجباری در صورت تجویز امری ضروری است؛ اما «به حداقل رساندن این موارد و با حداقلی ترین اعمال محدودیت آزادی از جمله درمان در محیط های اجتماعی به جای موسسات روانپزشکی می تواند بهترین شیوه باشد» (Funk, 2003, p.41).

نخستین برخورد قانون گذاران به سلامت روان، از دریچه جنون است. انگلستان از جمله کشورهایی است که قوانین سلامت روان را پایه گذاری کرد. قوانین سلامت روان موجود در بریتانیا، از قوانین اولیه قرن هجدهم، شامل قوانین ولگردی ۱۷۱۳ و ۱۸۳۴ که بازداشت افراد خطرناک را پیشبینی می کردند و قانون دیوانگی سال ۱۷۴۴ که حداقل استانداردهای مراقبت در مراکز نگهداری را برای دیوانگان ارائه می کرد، آغاز می شود. به درازای قرن نوزدهم نیز قوانینی چند در مورد مراقبت از بیماران روانی در پارلمان از نظر گذشت، اما تا میانه سال ۱۹۵۹ که نخستین قانون سلامت روان به تصویب رسید؛ هیچ بازنگری اساسی نسبت به گذشته رخ نداد. نگاه قوانین پس از آن نیز با اولویت بخشی به همین مسئله است (Godefroy, 2022, p.36). در قانون مدنی اهلیت اشخاص شرط تصرفات حقوقی قید شده است و آنان که مجنون باشند محجور نامیده می شوند و از این تصرفات محروم اند.

۱. بدین معنا که شخص بیمار توسط چند روانپزشک معاینه شود و وجود شرایط درمان اجباری فراهم باشد.
 ۲. این سازوکار سبب می شود تداوم و بقای شرایط درمان اجباری احراز شود و در صورت رفع آن درمان منتفی خواهد بود، هم چنین امکان خطای پزشکی بر اثر معاینه مداوم کاهش می یابد.
 ۳. درمان داوطلبانه شرایطی عکس درمان اجباری است و شخص خود با رضایت و آگاهی اقدام به مراجعه و درخواست برای درمان می کند.

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی، عقل را شرط صحت نکاح و جنون را از شرایط فسخ آن منظور می‌دارد. مجانین به مانند صغار در قانون مدنی تحت قیمومت قرار می‌گیرند و کلیه امور مالی آنان توسط قیم انجام می‌شود. قانون مدیریت خدمات کشوری وجود سلامت جسمی و روانی را شرط ورود به خدمت برای افراد می‌داند. قانون انتخابات مجلس شورای اسلامی عاقل بودن را شرط انتخاب‌کنندگی در نظر می‌گیرد و قانون انتخابات ریاست جمهوری با تعبیر عدم جنون این ویژگی را برای انتخاب‌کنندگان تکرار می‌کند. لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی که در دستور کار مجلس شورای اسلامی قرار دارد، اقداماتی در راستای تصویب قوانین سلامت روان را در دستور کار خود قرار داده است که مسائل مرتبط با بستری اجباری و قیمومت را سامان دهد.

هرچند قانون با گنجانیدن تمام اصول پیشین می‌تواند قانون جامع و مترقی‌ای ارائه دهد، اما باید در نظر داشت که صرف وضع قوانین سلامت روان، احترام و حمایت از این حق را تضمین نمی‌کند. این قوانین مناسب نیاز به نظارتی کارآمد دارند تا بتواند نواقص آن را جبران کند و یا امکان دادخواهی از آن را فراهم کند. به همین علت مکانیسم‌های قضایی و شبه قضایی در راستای تحقق حق بر سلامت روان یکی از ارکان اساسی در کنار قانون‌گذاری است.

۳-۱-۳. قضا

قوانین و مقررات بسیاری که به منظور اجرا و تحقق حق بر سلامت روان از قوای مقننه عبور می‌کنند؛ باید از ضمانت اجرا برخوردار باشند و از طریق نظام قضایی کشور استیفا شوند. در همین ارتباط نقش قضات، در واقع تفسیر و اعمال قانون است تا در این موارد بیشترین حمایت قانونی به عمل آید و نواقص قانونی نیز شناسایی و اصلاح شوند که به ویژه ناظر به حق حیات، حق بر سلامت و احترام و رعایت شأن والانی انسانی است (اسلامی‌تبار، ۱۳۹۵، ص ۱۳۲).

اصلاحات قانونی و سیاسی محصول گذشت زمان و بروز کاستی‌های موجود است. این اصلاحات بر اساس ارزش‌های اجتماعی غالب شکل می‌گیرند. از همین رو است که برای ایجاد اصلاحات و حفظ منافع عمومی شهروندان باید دادگاه‌هایی برای دادخواهی نسبت به قوانین وضع شده باشد تا ضمانت اجرای قانون برای احقاق حقوق از دست رفته و هم‌چنین جایگاه دریافت کاستی‌های قوانین موجود باشد.

معمولاً دادگاه‌های عالی به دادرسی‌هایی در رابطه پاسخگویی دولت در ارتباط با نقض خدمت‌رسانی در قبال تحقق و اجرایی شدن حق بر سلامت شهروندان رسیدگی می‌کنند. آرای دیوان عالی آمریکا و دادگاه اروپایی حقوق بشر در این راستا بهترین نمونه‌ها است. هرچند نقش سمن‌ها و آمبودزمان‌های سلامت را نیز در این زمینه نباید نادیده گرفت.

درست است که نقض این حقوق باید از طریق دادگاه صالح قابل پیگیری باشد، اما باید برنامه ریزی، خدمات‌رسانی و سایر فعالیت‌های تأثیرگذار بر سلامت روان را گسترش داد تا اقدامات قضایی به حداقل خود برسد؛ چراکه بدیهی است حل مشکلات به صورت پیشینی و عدم ورود به مرحله قضایی می‌تواند هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی را تا حد زیادی کاهش دهد؛ اما این اقدامات پیشگیرانه و وظایف تشکیل ساختار و تشکیلات راهگشا بی‌شک در توان حقوق اداری است.

۳-۲. حقوق اداری

تأمین نظم عمومی از ابتدای شکل‌گیری دولت‌ها از وظایف اصلی آنان بوده است که دوام یک جامعه نیز بر آن استوار است. ارمغان این دوام امنیتی منبعث از آن است که به اشکال مختلف با مجموعه شرایطی کلی و عمومی در گستره اجتماع رویت می‌شود. پلیس اداری که در مقابل پلیس قضایی قرار دارد به ایجاد و حفظ نظم عمومی اعمالی پیشگیرانه انجام می‌دهد (امامی و استوار سنگری، ۱۳۹۶، ص ۲۳). در مقابل کهن مفهوم نظم عمومی،

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره)

خدمات عمومی قرار دارد که با شکل‌گیری مفهومی آن در اواخر قرن نوزدهم در حقوق اداری فرانسه به منصفه ظهور رسید و به تدریج در پایه‌های حقوق اداری نهادینه شد. «خود این مفهوم پیامد نظری و عملی اقداماتی است که در مورد میزان و محدوده دخالت دولت در روابط اجتماعی جامعه مطرح شده است» (همان، ص ۳۶). خدمات عمومی را باید فعالیت‌های عام المنفعه‌ای دانست که توسط دولت یا قانون‌گذار تصویب و تصمیم به انجام آن گرفته شود و توسط شخص حقوق عمومی انجام گردد. خدمات عمومی بدون وجود نفع عمومی امکان پذیر نیست» (عباسی، ۱۴۰۰، ص ۱۵۱).

اداره در مفهوم پیشروگاه در معنای شکلی مشتمل بر ساختار و تشکیلاتی است که برای اجرای فعالیت‌های متفاوت نیاز است که با نظر به سلسله‌مراتب اداری و اختیارات مقامات صالح، مسئولیت مدنی دولت را تعیین می‌کند. این مسئولیت مدنی در دادگاه‌ها قابل اثبات و پیگیری است. اداره در معنای مادی خود که مدنظر این بحث است؛ فعالیت‌هایی برای حفظ نظم عمومی و تأمین نیازهای همگانی و خدمات عمومی است (امامی و استوار سنگری، ۱۳۹۶، ص ۲۲). سلامت عمومی و به‌طور خاص سلامت روان در نگاه نخست، دوام یک جامعه را هدف می‌گیرد؛ چراکه با گسترش سلامتی در سطح جامعه، امنیت و دوام آن حفظ می‌شود. نظم عمومی برای حفظ امنیت خود با اقدامات سلبی ورود می‌کند و ممنوعیت‌های موردنیاز را وضع می‌کند. در نگاهی دیگر، سلامت عمومی فعالیت عام المنفعه‌ای است که دولت‌ها از وظایف ذاتی خود می‌دانند و به صرف اقدامات سلبی ممکن نمی‌شود بلکه به اقدامات ایجابی فراوانی نیاز است تا ضمن ایجاد امنیت به ارتقا و بهبود آن نیز یاری رساند. بر این مبنا به اقدامات حقوق اداری در راستای تحقق سلامت روان می‌پردازیم.

۱-۲-۳. ابزارهای ارزیابی و کنترل

اداره امور خود را با ابزارهای موردنیاز خود در راستای عمل به وظایفش و

نیل به اهداف تعیین شده انجام می دهد. ابزارهای اداره در مسیر حفظ سلامت روان از جمله صدور پروانه، بازرسی و صلاحیت‌های اختیاری است. صدور پروانه که اجازه رسمی دولت جهت انجام فعالیت حرفه‌ای از راه‌های کنترل و اعمال سیاست‌های سلامت روان است. بازرسی‌های اداری اگرچه به نظارت بر اجرا می پردازد؛ اما دقیقاً مسیر اصلی برای اجرای هستند. «هنگامی که نهادهای ذی ربط داده‌های مرتبط به سلامت روان را جمع‌آوری می کند، معمولاً درگیر نوعی بازرسی اداری هستند» (Esward, 2007, p.71) بازرسی منجر به اطمینان از مجاز بودن فعالیت‌ها و ارزیابی کیفیت ارائه خدمات می شود. صلاحیت‌های اختیاری نیز ضمانت اجرای دو مورد پیشین است که امکان لغو پروانه‌های صادره و در مراحل بالاتر، استفاده از امتیازات قدرت عمومی را ممکن می کند.

اداره برای اجرای سیاست‌های خود در زمینه سلامت روان و به کارگیری ابزارها؛ نیاز به ساختار و تشکیلاتی منسجم دارد تا ابتدائاً امکان اجرا و سامان بخشیدن به آن را ممکن کند، سپس مقام تصمیم گیر معین شده و مسئولیت و پاسخگویی او احراز شود. وجود ساختار و تشکیلات منسجم هم چنین می تواند از ورود بسیاری از مسائل به مرحله قضایی جلوگیری کند. هم چنین تخصیص امکانات و تعیین مقام دارای اختیار و سلسله مراتب نظارت را ممکن می کند. لازمه شکل گیری ساختار و تشکیلات، منابع مالی است که در صورت تخصیص می تواند منجر به ساماندهی سیاست‌ها و قوانین سلامت روان شود.

۳-۲-۲. بودجه؛ ابزار تأمین مالی

تأمین مالی یک عامل حیاتی در تحقق یک سیستم سلامت روانی پایدار و ساز و کاری است که توسط آن برنامه‌ها و سیاست‌ها از طریق تخصیص منابع به عمل تبدیل می شوند. تأمین مالی پایگاهی مستحکم برای تضمین تمام اقدامات پیشین است، ارائه خدمات، توسعه و آموزش نیروی کار و تأسیس

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

زیرساخت‌ها بدون منابع مالی ممکن نیست. هم چنین برای آموزش متخصصان حوزه سلامت روان و آموزش آنان در استفاده از باید بودجه کافی در نظر گرفته شود (Funk, 2003, p.18). بودجه پاسخگویی و مدیریت را افزایش می‌دهد و به عبارتی «با در نظر گرفتن چهار کارکرد سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، کنترل و پاسخگویی برای بودجه می‌توان به اهمیت آن در ساختار شناسایی این حق اشاره کرد (Ibid, 2004, p.29). سیستمی که طراحی می‌شود باید برای سلامت روان بودجه مخصوص به خود اختصاص دهد و توجه کند که این بودجه به سوی سلامت جسمانی منحرف نشود. ابتکارات بهداشتی، تعدیل شرایط افراد بیمار، توانمندسازی آنان و بازگرداندن این افراد به جامعه به دور از برچسب زنی و طرد اجتماعی با منابع مالی و هزینه کرد آن ممکن خواهد شد. بدون منابع مالی هر برنامه‌ای محکوم به شکست است (Ibid, 2003, p.34). اگر بخش اعظمی از منابع مالی صرف مسائل درمانی شود، اموری چون پیشگیری و ارتقای سلامت مغفول می‌ماند، این در حالی است که از این مقدار بخش اعظمی نیز مرتبط با مسائل سلامت جسمانی است. قانون بودجه ۱۴۰۱ با پیشبینی بیش از ۷۵ درصد از اعتبارات امور سلامت به درمان، منابع مالی اندکی برای سایر بخش‌های سلامت باقی گذاشت (گزارش کارشناسی بررسی لایحه بودجه ۱۴۰۱ کل کشور، ۱۴۰۱).

نتیجه

سلامتی یگانه دارایی انسان است که در انحصار مالکیت وی بدون امکان انتقال به غیر است که با مرگ وی نیز محو می‌شود. سلامتی بدان سان که در حدیث نبوی آمده، گم گشته نعمتی است که تمام ابعاد زندگی فردی و اجتماعی بشر را در برمی‌گیرد. ناهم‌نظری در خصوص تعریف آن باعث دشواری در برداشت واحد از این مفهوم می‌شود، اما قانون‌گذار لزوماً تعاریف پزشکی و علمی را نمی‌پذیرد و با توجه به نیاز قانون‌گذاری خود

به برداشتی از آن دست پیدا می کند.

سلامت به عنوان یکی از ارکان اساسی در نظام حقوق بشر، برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف حفظ و تأمین همگانی آن است. بر اساس موازین بین‌المللی حقوق بشر همه موجودات انسانی از ارزش یکسانی برخوردارند؛ بنابراین باید از حمایت‌های یکسانی بهره مند شوند و به کرامت انسانی و تمامیت جسمانی آن‌ها احترام گذاشته شود. برخورداری از حداقل‌های بهداشتی لازمه حیات افراد به شمار می رود؛ و برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد. چگونه می توان از این حداقل‌ها محروم بود و از کرامت و حیثیت انسانی صحبت کرد؟

در این میان حضور دولت به ویژه در راستای ایجاد این حق، اهمیت بسزایی دارد؛ دلایل این ادعاها را در دو سطح اصلی می توان خلاصه کرد: یکم این که اسناد بین‌المللی در راستای تحقق حق‌های بشری از جمله حق بر سلامت روان، دولت‌ها را ملزم به تعهد به حمایت، احترام و ایفا می کنند. دوم آن که دولت‌ها در نظام ملی، برای تحقق تعهدات خود باید به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای تأمین رفاه اجتماعی در راستای تضمین دسترسی به خدمات سلامت روان فردی و عمومی گام بردارند. پیش‌نیازهایی که این اقدامات طلب می کند اصولاً در سطح کلان از عهده دولت‌ها برمی آید.

در پاسخ به چرایی و چگونگی تعهدات دولت‌ها بود که به حق بر سلامت روان را در دریای حقوق عمومی و اکاوی کردیم و با بررسی ابعاد گوناگون آن به جایگاه تعیین‌کننده دولت‌ها در اتخاذ سیاست‌های مناسب و وضع قوانین و اجرای آن نظر داشتیم. طبق ادعای بسیاری از دولت‌ها تقویت سلامت روان بسیار پرهزینه است؛ درحالی که اجرای این تعهد تنها مستلزم آن است که منابع موجود به شکل برابر میان جامعه تقسیم شده و افراد به دلیل تبعیض از حقوق خود محروم نشوند. حتی در کشورهایی که بودجه سلامت ناچیز

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره) ■

است هم می توان نظام سلامت را به شکلی طراحی کرد که دسترسی به خدمات برای اقشار محروم و آسیب پذیر بهبود یابد. در واقع بیشتر تعهدات دولت ها از نظر قانونی و سیاست گذاری با کم ترین هزینه قابل انجام هستند؛ آنچه اهمیت بیشتری دارد، خواست سیاسی برای دستیابی به این مسئله است. وجود این خواست سیاسی، امری است که می تواند سبب تحرک دولت ها به سمت ایفای وظایفشان در قبال سلامت روان شهروندان شود. دولت ها می توانند با شناسایی این حق، در سیاست های سلامت و قوانین اساسی شان و سپس از طریق اجرای آن با توسل به قوه مجریه کشور به تضمین این حق جامه عمل پوشانند.

امروز جهان از سطح شناسایی تعهدات سلامت روان و وضع قوانین اولیه در حال گذار و به دنبال چینش نظام ارتقای سلامت روان است. ارتقای سلامت روان یک فلسفه عمومی است که در محور آن این باور وجود دارد که سلامت مطلوب، نائل شدن به سلامتی است که با پیشگیری و گسترش کیفیت زندگی افراد به درمان نیازی نباشد و هزینه های درمان با سرمایه گذاری این حوزه کاهش یابد. هرچند سیاست عمومی بر پیشگیری و ارتقا تأکید دارد؛ اما این تأکید تا به امروز بر بیماری های جسمی متمرکز بوده که حتی همین نقطه نیز با زیست در دوران کرونا با شکست روبه رو شد. در هر روی، سیاستی که با نگاه ارتقای سلامت روان باید ایجاد شود؛ در بردارنده اقدامات پیشگیرانه، برنامه های بهبود زندگی افراد بدون تبعیض است که در نهایت با انسانی سالم در تمام ابعاد روبه رو شویم و دیدن جهان از نگاه ارتقای سلامت روان نقطه آغازی برای بازبینی کامل سیاست های این حوزه و آغازی بر گسترش کیفیت زندگی افراد است.

منابع

- اسلامی تبار، شهریار؛ مابنی حقوق سلامت عمومی؛ تهران: انتشارات مجد، ۱۳۹۵.
- اصغر نیا، مرتضی؛ «چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت»، فصلنامه حقوق پزشکی؛ ش ۳۷، تابستان ۱۳۹۵، ص ۵۷-۳۵.
- امامی، محمد و کوروش استوار سنگری؛ حقوق اداری؛ ج ۱، چ ۲۱، تهران: میزان، ۱۳۹۶.
- تودر، کیت؛ ارتقای سلامت روان پارادایم‌ها و برنامه‌ها؛ ترجمه مرتضی خواجهوی، مهین درستی و مصطفی ذوالفقاری مطلق؛ تهران: سازمان بهزیستی کشور معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۸۲.
- حاتمی، حسین، سیدمنصور رضوی و حسن افتخار اردبیلی؛ کتاب جامع بهداشت عمومی؛ ج ۳، چ ۴، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۸.
- داویدیان، هاراطون؛ مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان؛ قم: نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری و انستیتو روانپزشکی ایران، ۱۳۷۶.
- راسخ، محمد؛ حق و مصلحت مقالاتی در فلسفه حقوق، حق و فلسفه ارزش؛ «حقوق اقتضای حداقلی عدالت» ج ۱، چ ۵، تهران: طرح نو، ۱۳۹۳.
- سیدموسوی، سجاد؛ «رویکردی بر نظریه: حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت»، فصلنامه تحقیقات حقوقی؛ ش ۸۹، بهار ۱۳۹۹، ص ۲۷۳-۹۶.
- عباسی، بیژن؛ حقوق اداری؛ چ ۶، تهران: دادگستر، ۱۴۰۰.
- قاراخانی، معصومه؛ «دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸)»، علوم اجتماعی؛ ش ۶۱، تابستان ۱۳۹۲، ص ۲۱۱-۵۴.
- قاری سیدفاطمی، سیدمحمد؛ حقوق بشر در جهان معاصر، جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادی‌ها؛ چ ۳، تهران: شهر دانش، ۱۳۹۳.
- کریون، متیوس. آر.؛ چشم‌اندازی به توسعه ميثاق بين‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ ترجمه محمد حبیبی مجنده؛ قم: سازمان انتشارات دانشگاه مفید، ۱۳۸۷.
- متقی، سمیرا، آناهیتا سیفی و مجید درودیان؛ «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، حقوق اسلامی؛ ش ۲، زمستان ۱۳۹۶، ص ۱۲۳-۴۸.
- ملاکی افضل، محسن، سعید، مینا؛ «بررسی مفهوم جنون در فقه فریقین با تأملی در نگرش قانون مجازات اسلامی»، پژوهش‌های فقهی؛ ش ۲، تابستان ۱۳۹۸، ص ۲۷۱-۲۴۳.
- نصیری، شیما و سعید شیخی؛ «ارتقای سلامت روان از دیدگاه قرآن و احادیث»، مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی (مؤسسه آموزش عالی نگاره)؛ ش ۲۹، بهار ۱۳۹۷، ص ۱۱۹-۲۸.
- نوربالا، احمدعلی، کاظم، محمد، سیدعباس باقری یزدی و محمدتقی یاسمی؛ نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران؛ تهران: مؤلف، ۱۳۸۰.
- “CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable.”
Geneva: world health organization, 2000.

طراحی نظامواره حقوق عامه اقتصادی در نگرش فقه شیعه با تأکید بر نظریه شهید صدر(ره)

Díaz-Castro, Lina, Armando Arredondo, Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte and Marc HuftyI. "Governance and mental health: contributions for public policy approach." Rev Saúde Pública, no.51, vol. 13, 2017.

Funk, Michelle. "Mental Health Financing". Geneva: World Health Organization, 2004.

Funk, Michelle. "Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health". Geneva: World Health Organization, 2003.

Godefroy, Simon" .Mental Health & Mental Capacity Law for Social Workers: An Introduction35-54 ,", First Edition (55 City Road: SAGE Publications, Inc., 2022).

Henney, Kevin, "Mental Health Services: A Public Health Perspective", oxford university press, thied edition, 2010.

Report of a Regional Meeting of Experts. "Public Health Law Reseach: Theory and Methods." India: world health organization, 2005.

Resolution adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016 32/18. Mental health and human rights.

Resolution adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020 43/13. Mental health and human rights.

Resolution adopted by the Human Rights Council on 28 September 2017 36/13. Mental health and human rights.

Richards, Edward P. "Public Health Law as Administrative Law: Example Lessons." Journal of Health Care Law and Policyno.10, p.p 61-88. 2007.

Sadock, Benjamin James, and Virginia Alcott Sadock. "Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry". Tenth edition. Williams and wikins company, 1991.