



The Right to Mental Health in the Legal Systems of Iran and England

Mohammad Jalali¹, Sedigheh Elahiyan²

Assistant Professor of Public Law, Faculty of Law of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran; (Corresponding Author) Email: m_jalali@sbu.ac.ir

MA Graduate of Public Law, Faculty of Law of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Individuals with mental illnesses, historically referred to as "mad," have been marginalized and deprived of their fundamental rights. The right to mental health offers a pathway to reclaiming their violated rights and improving the psychological well-being of all members of society. This human right is a fundamental component of the right to health and emerges through the cooperation of governments. State intervention in this right aims to create conditions that facilitate access to resources and facilities for achieving mental health. Based on this premise, this research employs a descriptive-analytical approach to examine the legal system of England in order to assess the extent to which this right is secured in the country, considering its existing legal structures and norms. England addresses issues related to mental patients through the enactment of laws in the field of mental health, and through specialized mental health courts, it enables the judicial restoration of their violated rights. In its latest stage, England also takes steps towards reducing societal psychological harm and improving mental health through the provision of structural and organizational frameworks. In contrast, the situation in Iran lacks such norms, specific judicial structures, and faces multiple uncertainties regarding the status of mental health patients. Considering England's approach as the first country to enact mental health legislation can provide suitable solutions for Iran in establishing legal frameworks.

Keywords: Right to Mental Health, Iranian Healthcare System, English Mental Health Court, Mental Health Law, Ministry of Loneliness, Welfare Organization.

Received: 2023/06/08; **Revised:** 2023/08/02 ; **Accepted:** 2023/09/03; **Published online:** 2024/03/26

How To Cite: Jalali Mohammad; Elahiyan Sedigheh (2024). The Right to Mental Health in the Legal Systems of Iran and England, *Journal of omparative Public Law*. 1(1). 1-21.

doi.org/10.22091/CPL.2023.9532.1001

Published by: University of Qom

© The Author(s)

Article type: Research



مطالعه تطبیقی حق بر سلامت روان در نظام حقوقی ایران و انگلستان

محمد جلالی،^۱ صديقه الهیان^۲

m.jalali@sbu.ac.ir

3)f77B)f0"u"#0\$5\$D# 7#5\$7 10 7\$#5\$u117 7 10 8#f \$#f} u£*#f*t8\$11] 5\$

چکیدہ

بیماران روانی که در طول تاریخ مجنون خطاب می‌شدند، مطرودان جامعه و محرومان از حقوق اولیه خود بودند. حق بر سلامت روانی برای دستیابی به حقوق پایمال شده آنان و بهبود زیست روانی تمام افراد جامعه را نوید می‌دهد. این حق بشری یکی از مؤلفه‌های اصلی حق بر سلامت به‌طور کلی است و با همراهی دولت‌ها به منصفه بروز و ظهور می‌رسد. مداخله دولت در این حق، در راستای فراهم کردن شرایطی برای برخورداری از منابع و امکاناتی است که دستیابی به سلامت روان را هموار می‌کند. بر این مبنا، پژوهش پیش‌رو با روشی توصیفی، تحلیلی، به بررسی نظام حقوقی انگلستان می‌پردازد تا با نظر به ساختارها و هنجارهای حقوقی موجود به میزان تأمین این حق در این کشور دست یابد. انگلستان با پیش‌بینی قانون در حوزه سلامت روان، به چارچوب‌بندی مسائل بیماران روان می‌پردازد و با وجود دادگاه‌های سلامت روان، دادخواهی حقوق تضمین شده آنان را ممکن می‌کند. در آخرین مرحله نیز با پیش‌بینی ساختار و تشکیلاتی در مسیر کاهش آسیب‌های روانی جامعه و بهبود آن گام برمی‌دارد. در مقابل، وضعیت ایران با فقدان چنین هنجار، ساختار و تشکیلات خاص قضایی با ابهامات متعدد در خصوص وضعیت سلامت بیماران روان روبه‌رو است. توجه به رویکرد انگلستان به‌عنوان نخستین دارنده قانون سلامت روان می‌تواند، راهکار مناسبی بیش روی ایران در قاعده‌گذاری قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: حق بر سلامت روان، نظام سلامت ایران، دادگاه سلامت روان انگلستان، قانون سلامت روان، وزارت بهداشتی، سازمان

بہزستی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۸؛ تاریخ اصلاح: ۱۴۰۲/۰۵/۱۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۳؛ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۱/۰۷

استناد: جلالی، محمد؛ الهیان، صدیقه (۱۴۰۳). مطالعه تطبیقی حق بر سلامت روان در نظام حقوقی ایران و انگلستان، مجله حقوق تطبیقی عمومی، ۱(۱)،

٢١-١

doi.org/10.22091/CPL.2023.9532.1001

نوع مقاله: پژوهشی

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه قم

مقدمه

هر قرن میدان مبارزه با مشکلات تاریخی منحصر به فردی است که تمام جوامع را درگیر می‌کند. سلامت روان افراد در قرن اخیر با قرنطینه‌های سراسری و محدودیت‌های همه‌گیری کرونا بیش از پیش در معرض خطر قرار گرفت و مبارزه این قرن، باید تلاشی شجاعانه و مستمر برای التیام آن باشد. بیماری‌های روانی بخش مهمی از کیفیت زندگی افراد را متأثر می‌سازند و سبب گسترش خودکشی، خشونت خانگی، طلاق، مشکلات اجتماعی و اقتصادی می‌شوند. آمار کشورهای OECD حاکی از آن است که ۵ درصد جمعیت دنیا از بیماری‌های روانی رنج می‌برند و ۱۵ درصد دیگر نیز در معرض خطر جدی ابتلا قرار دارند که هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم آن، بیش از ۴ درصد تولید ناخالص داخلی کشورها را به خود اختصاص می‌دهد (OECD, 2014: 3).

چیستی سلامت روان در نگاه سازمان جهانی بهداشت «بیش از صرف فقدان اختلالات روانی است و شامل بهزیستی ذهنی^۱ خودکارآمدی ادراک شده^۲ خودمختاری^۳ شایستگی^۴ وابستگی میان نسلی^۵ و خودشکوفایی توانمندی‌های فکری و عاطفی^۶ فرد است (World health organization, 2001: 21). مطابق این تعریف و برای فهم حق بر سلامت روان، دو بخش سلبی و ایجابی آن را می‌توان از هم مجزا کرد. در بعد سلبی، فقدان اختلالات روانی از یک سو و بعد ایجابی از سوی دیگر، توانایی لذت بردن فرد از زندگی، توانایی انعطاف‌پذیری و سازگاری، داشتن احساس امنیت، آرامش، خودباوری و خودشکوفایی است.

مداخله دولت در تضمین حقی چون سلامت روان به بحث از حق‌ها و عدالت بازمی‌گردد. چراکه، نخستین گام در تضمین این حق، دسترسی به منابع و امکانات در کشاکش نابرابری‌های بهداشتی است (راسخ، ۱۳۹۳: ۱۱۲) و برطرف کردن این نابرابری‌ها از عهده دولت‌ها برمی‌آید. نحوه و میزان این مداخله نیز، بسته به نوع رژیم‌های سیاسی و دیدگاه‌های منبعث از آن، بر کیفیت ارائه خدمات این حق اثر می‌گذارد (اصغرینیا، ۱۳۹۵: ۳۷).

پیرامون حق بر سلامت روان، مطالعات بسیاری در ادبیات خارجی صورت گرفته است که بهترین آن کتابی با عنوان «حق بر سلامت روان در انگلستان و ولز» (Barber and others, 2009) با تمرکز بر قانون سلامت روان انگلستان و نقد آن است. در مورد حق بر سلامت روان در نظام حقوقی ایران، پژوهش مستقلی صورت نگرفته و تنها در خلال بحث‌های حق بر سلامت مورد اشاره قرار گرفته است که از جمله آن بخش چهاردهم کتاب جامع بهداشت عمومی ضمن بررسی وضعیت بهداشت عمومی به سلامت روان (حاتمی و دیگران، ۱۳۹۸) در ایران نیز می‌پردازد.

1. Subjective well-being

2. perceived self-efficacy

3. autonomy

4. competence

5. intergenerational dependence

6. self-actualization of one's intellectual and emotional potential

پژوهش پیش رو بر مبنای معنای پیش گفته از حق بر سلامت روان به جست‌وجوی چیستی تأمین آن در نظام‌های حقوقی ایران و انگلستان می‌پردازد. تاریخ ارائه خدمات سلامت روان در انگلستان، روایتی از بهبود نگرش اجتماعی به بیماران روان بر محور بازیابی سلامت و آزادی آنان است. شکل‌گیری نخستین قانون و به تبع آن دادگاه سلامت روان همچون نهاد مستقل قضایی، بر ایجاد قاعده سلامت روان و نظارت بر اجرای صحیح این قواعد استوار است. همین مسئله سبب می‌شود وضعیت حقوقی این کشور در قیاس با وضعیت حقوقی ایران در فقدان قاعده مستقل در این حوزه مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان به سنجش میزان شناسایی این حق و راهکار بهبود بخشی آن در ایران پرداخت.

۱. دریچه معنا به حق بر سلامت روان

نخستین جلوه مفهوم سلبی سلامت روان، در جنون^۱ خلاصه می‌شود که میدان مبارزه حقوق و روان‌پزشکی بوده است. امروزه این اصطلاح، دیگر برای توصیف اختلالات روان کافی نیست و بیش از آنکه تعریف علمی باشد، راهکار سنت قضایی برای رهایی از مسئولیت کیفری بود (Ogloff and Roberts, 1993: 151). این واژه، اصطلاحی حقوقی-کیفری محسوب می‌شود (غلامی و دیگران، ۱۳۹۷: ۸۴) و به معنای هر نوع اختلال موجب قطع ارتباط شخص با واقعیت و اختلال قوه شعور و ادراک وی است (صالحی و دیگران، ۱۳۹۱: ۱۸۱). هرچند عده‌ای جنون را معادل اختلالات حاد روانی از جمله اسکیزوفرنی‌ها دانسته‌اند؛ اما عده دیگر برای شناخت آن به ضابطه و معیار خاصی اعتقاد ندارند و صرفاً آن را وضعیت مختل‌کننده کارکرد ادراکی در نظر می‌گیرند (رحمدل، ۱۳۸۴: ۶).

جلوه ایجابی این مفهوم، در مکاتب روانشناسی بیان شده است و هر مکتبی با معیار خاص خود به سلامت روان هویت می‌بخشد و بر اساس چالش‌های پیش روی جوامع، نظریه خود را می‌آفریند. آنچه در تمام این مکاتب مشترک است، انسانی خودشکوف و سازگار با محیط اجتماعی است که توان حل مسائل و مشکلات خود را می‌یابد (نوربالا، ۱۳۹۰: ۱۲۱). اما، یگانه معنایی که بتواند پیچیدگی‌های رفتار انسان را به تمامی پوشش دهد، در عالم واقع وجود ندارد و هیچ نظریه‌ای را نمی‌توان به تنهایی خطا یا صواب دانست. نظر به چیستی سلامت روان برای دریافت حق بودگی آن مورد نیاز است. به همین سبب با در نظر داشت تعریف طیفی آن می‌توان حق بر سلامت روان را نیز در مفهوم سلبی و ایجابی معنا کرد.

۱-۱. مفهوم سلبی حق بر سلامت روان

آغاز قوانین سلامت روان موجود در انگلستان به قوانین اولیه قرن هجدهم، از جمله قوانین ولگردی ۱۷۱۳ و ۱۸۳۳ که پیش‌بینی‌کننده بازداشت افراد خطرناک و قانون دیوانگی ۱۷۷۴ به عنوان ارائه‌کننده حداقل استانداردهای مراقبت در مراکز نگهداری برای دیوانگان، باز می‌گردد (Blugless, 1984: 36). به درازای قرن نوزدهم نیز قوانینی چند در مورد مراقبت از بیماران روانی از طریق مجلس وارد نظام حقوقی شدند؛^۲ اما تا میانه سال ۱۹۵۹ که نخستین قانون سلامت روان (۱۹۸۳) به تصویب رسید. هیچ بازنگری اساسی نسبت به گذشته رخ نداد (Brown and Dobbie, 2008: 109).

1. insanity

۲. برای مطالعه بیشتر قوانین مرتبط با سلامت روان در انگلستان مراجعه شود به: Simon Godefroy, "Mental Health & Mental Capacity Law for Social Workers: An Introduction, pages 35-54, First Edition (55

با تأسیس قانون خدمات سلامت ملی ۱۹۴۸، مسئولیت اداره بیمارستان‌های روان‌پزشکی بر عهده وزارت بهداشت قرارگرفت (Kelly, 2015: 208). کمیسیون سلطنتی قانون سلامت روان ۱۹۵۹ را از طریق وزارت بهداشت تصویب کرد. این قانون با تعریف اختلال روانی، جداسازی بیمارستان‌های پزشکی و روان‌پزشکی، شرایط بستری اجباری را برای نخستین بار از چنگال قضات به جایگاه حقیقی خود یعنی روان‌پزشکان سپرد (Blugless, 1984: 127). علی‌رغم انتقادات درست از کمبودها در زمینه مراقبت‌های اجتماعی و حمایت‌های مناسب، قانون ۱۹۵۹ تا اوایل دهه ۷۰ به قوت خود باقی ماند (Tylor, 2022: 189). کمیسیون سلطنتی در پس تغییر نگرش‌های جامعه به مسئله سلامت روان و درعین‌حال آگاهی فزون یافته اهمیت حقوق بشر در سلامت به‌طور عام و سلامت روان به‌طور خاص، کالج سلطنتی روان‌پزشکان (Royal College of Psychiatrists) را به تشکیل کمیته‌ای برای بررسی دقیق این قانون سوق داد (DHSS, 1957). مجموعه این تلاش‌ها منجر به شکل‌گیری قانونی شد که به‌دور از فهم تاریخی از بیماران روانی که تمام آنان را مجنون خطاب می‌کردند، به ارائه معنای قانونی از بیماران روان و درنهایت به سامان دادن وضعیت آنان در جامعه پرداخت که تا دو دهه پیشگام باقی ماند.

در نظام حقوقی ایران، قانون مدنی اهلیت اشخاص را شرط تصرفات حقوقی قید کرده است. به همین دلیل نیز مجانین را که در این قانون محجور می‌نامد، از تصرفات حقوقی محروم می‌کند و تحت سرپرستی قیم قرار می‌دهد، هرچند قانونی مدنی به حدود جنون و چپستی آن ورود نمی‌کند و مرجع صالح برای صدور حکم به آن را حاکم شرع می‌داند. قانون امور حسبی به موضوع دادگاه صالح برای تعیین قیم می‌پردازد و شرایط احراز حجر و خروج از آن را معین می‌کند. این قانون حق اعتراض مستقل محجورین، از حکم حجر، بقا یا رفع آن به موازات دادستان و قیم را به رسمیت می‌شناسد. هرچند این قانون نیز همچون قانون مدنی به چپستی جنون ورود نمی‌کند.

قانون مجازات اسلامی در گامی فراتر از قوانین مدنی، با اشاره به مفهوم اختلال روانی در ماده ۱۴۹، سطح مختل‌کننده قوه اراده و تمیز را جنون و از مسئولیت کیفری معاف می‌داند. قانون‌گذار کیفری در ماده بعد، احراز جنون و حالت خطرناکی که از نظر متخصص روان‌پزشکی مخل نظم و امنیت عمومی باشد، موجبات نگهداری تحت اقدام تأمینی تا رفع حالت خطرناک معین می‌کند. این ماده، میراث قانون اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۱۳۳۹ است که به تأسیس حالت خطرناک برای جلوگیری از تکرار جرم پرداخته بود و با نسخ آن، تنها برای مجرمان روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پس قوانین کیفری هرچند مفهوم جنون یا درجه اختلال روانی روشن نمی‌شود؛ اما خروج تشخیص آن از دست قاضی به متخصص، نگاه نوینی در احراز آن را پدید می‌آورد.

قانون مدیریت خدمات کشوری، در ماده ۴۲ خود، سلامت جسمی و روانی را شرط ورود به خدمت می‌داند. آیین‌نامه مربوط به این ماده با پرهیز از تعریف سلامت، سنجش آن را به معاینات پزشکی و شورای پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها واگذار می‌کند. این مسئله بیان تبعیض آشکاری در رابطه استخدامی افراد دارای محدودیت ایجاد می‌کند. به نظر رویکرد قانون مدیریت خدمات کشوری به مسئله سلامت یک بعد محدودکننده ارائه می‌دهد که سلامت جسمانی و روانی افراد مانع دسترسی آنان به حقوق برابر با سایر افراد می‌شود.

قانون انتخابات مجلس شورای اسلامی در ماده ۲۷ خود، عاقل بودن را شرط انتخاب‌کنندگی می‌داند؛ درحالی‌که این ویژگی در فرض صواب بودن، برای انتخاب شوندگان پیش‌بینی نمی‌شود و در ماده ۲۸ وجود سلامت جسمانی برای انتخاب شوندگی را کافی می‌داند. این ویژگی در ماده ۳۶ قانون انتخابات ریاست جمهوری با تعبیر عدم جنون در ویژگی‌های انتخاب‌کنندگان تکرار می‌شود، بی‌آنکه به‌عنوان ویژگی انتخاب شوندگان بیان شود. هرچند در طرح اصلاح ماده ۳۵ قانون انتخابات ریاست جمهوری بندی با موضوع «برخورداری از سلامت و توانایی جسمی و روانی کافی، جهت ایفای مسئولیت ریاست جمهوری» افزوده شد؛ اما این طرح در کمیسیون شوراها و امور داخلی مجلس رد شد (گزارش رد، ۱۳۹۱). افزون بر آن‌که سازوکار مناسب یا مرجع تشخیص برای احراز شرط عقل یا عدم جنون در انتخاب‌کنندگان معین نشده است.

۲-۱. مفهوم ایجابی حق بر سلامت روان

نظم حقوقی انگلستان با وجود قوانین گوناگون در زمینه حق بر سلامت روان و تلاش برای انطباق هنجارهای داخلی با کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین چندپارچگی را تجربه می‌کند؛ اما نظام نظارت و رسیدگی در این حوزه با یگانه پرچم قانون ۱۹۸۳ پیش می‌رود. قانون سلامت روان ۱۹۸۳ با تجربه چندین باره بازبینی، به وضعیت بیماران روانی و آن دسته از حقوق آنان می‌پردازد که در تعیین وضعیت بستری، درمان و تعیین سرپرستان قانونی‌شان اثرگذار است. این قانون با معرفی افراد دارای اختلال روانی به گروهی که از یک بیماری روانی رنج می‌برند، به تعیین مرزهای صلاحیتی خود و تعریفی قانونی از اختلال روانی می‌پردازد. همچنین با تعیین وضعیت‌های گوناگونی که بر این افراد بار می‌شود، حق‌ها و آزادی‌های آنان را تحدید می‌کند (Beezhold, 2015: 999).

در روان‌پزشکی برخلاف رشته‌های دیگر پزشکی، به‌کارگیری مداخله‌های اجباری برای درمان بیمار در برخی شرایط ضرورت پیدا می‌کند که تأثیر چشم‌گیری بر آزادی و حق انتخاب افراد دارد و از سوی دیگر، بر سوءاستفاده اجتماعی و سیاسی نیز می‌افزاید. هرچند توجه به آزادی‌های افراد و تأکید بیش از اندازه بر آن ممکن است به بهای از دست رفتن فرصت درمان مناسب بیماران ختم شود (نصر اصفهانی و دیگران، ۱۳۸۷: ۶) و گاه نیز در پس پرده دست‌یابی به درمان افراد یا امنیت جامعه، محدود کردن آزادی آنان ضرورت یابد. قانون سلامت روان ۱۹۸۳ با اهمیت بخشیدن به امنیت جامعه، حقوق و آزادی‌های بیماران روانی را در قفسی آهین محدود کرد. این قانون سه موضوع مهم بستری و درمان و سرپرستی بیماران روانی را تبیین کرده است (Madhani, 2016: 549).

بستری، نخستین راهکار و برخورد با بیماران روانی بوده که در ابتدا برای حفظ امنیت جامعه، سپس با هدف درمان و بازگرداندن افراد به جامعه پس از بهبود آنان صورت می‌گرفت. این راهکار که بخش مهمی از قانون سلامت روان ۱۹۸۳ را نیز به خود اختصاص داده است، شامل سنجش ابتدایی وضعیت سلامت افراد، درمان و بستری^۱ بر اساس شیوه‌های دسته‌بندی‌شده است. آنچه در قانون‌گذاری این حوزه اهمیت دارد؛ این است که اعمال چنین محدودیت‌هایی باید با توجیه مناسب و امکان اعتراض همراه باشد (Madhani, 2016: 551).

1. being sectioned

بستری در این قانون به چند نوع تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن بستری اجباری (compulsory treatment) است^۱ و متعاقب امر کیفری بازداشت (Detained) نامیده می‌شود. بستری در قانون ابتدا با ارزیابی اولیه و تشخیص وضعیت بیمار آغاز می‌شود و در صورت احراز شرایط آن، که شامل احراز اختلال روانی و احتمال آسیب برای خود و دیگران است، تأیید می‌شود. شروع این روند، بدین صورت است که پزشک عمومی، پلیس، روان‌پزشک یا اعضای خانواده که نگران سلامتی فرد هستند، خواستار بستری فرد می‌شوند و در غیر از موارد اضطراری که با فوریت و تأیید یک پزشک ممکن است، با تأیید دو پزشک انجام می‌شود (Madhani, 2016: 549).

معین شدن دقیق این وضعیت‌ها در قانون سبب می‌شود که از بازداشت اجباری یا بازداشت‌های پیشگیرانه افراد بدون توجه قانونی و به بهانه امنیت جامعه جلوگیری شود. هرچند وجود قانون و تعیین مواعد مشخص نه به معنای فقدان خطا، بلکه به معنای کاهش و امکان رفع آن است. قانون علاوه بر تعیین شیوه‌های بستری، به امکان اعتراض نسبت به آن و درخواست ترخیص نیز اشاره دارد؛ بدین صورت که شخص با اعتراض به بستری شدن ابتدا می‌تواند با پزشک مسئول خود یا سایر اعضای گروه صحبت کند و اگر پزشک شخص را برای امنیت خود و دیگران خطرناک تشخیص ندهد، می‌تواند او را مرخص کند (Beezhold, 2015: 999).

در قانون سلامت روان ۱۹۸۳ و پیش از اصلاحات ۲۰۰۷ بحث رضایت به درمان مطرح نشده بود. مرز میان بستری اجباری و درمان اجباری مشخص نبود و سرپرستان بیمار یا پزشکان به جای او تصمیم می‌گرفتند (Peay, 2003: 76). با تصویب قانون ظرفیت ذهنی ۲۰۰۵ و نیاز به توجه تصمیم‌گیری به جای خود بیمار آغاز شد و در قانون ۲۰۰۷ اصلاحات اساسی در این زمینه انجام شد.

هدف از تعیین سرپرست (قیم)، توانمندسازی بیماران در دریافت مراقبت سلامت روان در صورت محرومیت از آزادی و عدم امکان تصمیم‌گیری برای خود است. در قانون ۱۹۸۳ برای شخص دارای اختلال روانی باید سرپرست معین کرد تا در صورت اعتراض به شرایط بستری اجباری، همچنین رسیدگی به وضعیت احوال شخصیه و اموال او تصمیم‌گیری کند (funk, 2006: 201). تعیین سرپرست در این قانون باید توسط مقامات محلی خدمات اجتماعی به تأیید برسد و یکی از اعضای خانواده بیمار یا مقام محلی خدمات اجتماعی می‌تواند اداره این امر را به عهده بگیرد و بیمار نقشی در این انتخاب ندارد (Bartlett and Sandland, 2007: 20).

قانون ۱۹۸۳ با دیدگاهی که به خطر آسیب بیماران روانی به جامعه داشت، تمام نهادهای پیش‌بینی‌شده خود را در پوششی از احتیاط و موضع‌گیری نسبت به بیماران روانی پنهان می‌داشت؛ اما جامعه پس از گذشت چند سال از تصویب آن صدای اعتراض خود را بلند داشت تا آزادی این دسته از مردم به مانند دیگران تأمین شود. آغازین جرقه اصلاح قانون پیشین، به بررسی‌های دولت نسبت به نگرانی اولویت‌بندی خطر بیماران برای جامعه بازمی‌گردد؛ توجیهی که قانون ۱۹۸۳ ارائه می‌کرد و بیماران روانی را تهدید جدی برای امنیت عمومی می‌دانست (Fanning, 2018: 248). پس از یک دهه از

۱. بستری داوطلبانه و بستری اضطراری نیز در این قانون تبیین شده است. در یک دسته‌بندی کلی نیز، بستری به موجب درخواست پزشک، خانواده یا خود بیمار از بستری به موجب جرم کیفری نیز مجزا شده است.

تصویب آن، غیرقابل پذیرش بود. بدین روی، انگلستان با تغییر سیاست خود، بازگرداندن بیماران روان به جامعه را در اصلاحات ۲۰۰۷ پذیرفت.

بستری بیماران روانی پس از اصلاحات سال ۲۰۰۷ با تغییر رویکرد از امنیت جامعه به درمان بیمار، تغییراتی چند را شاهد بود. شیوه بستری همچنان به مانند قانون پیشین است، اما پیش بینی متخصص سلامت روان^۱ برای ارزیابی دقیق تر وضعیت بیمار و تأمین حقوق او به صورت حداکثری، همچنین افزوده شدن عامل «نیاز بستری برای درمان» سخت گیری بیشتری در سلب آزادی افراد را موجب می شود (Barber and others, 2009: 145).

شیوه دیگر قانون جدید برای کاهش محدودیت آزادی های بیماران روان دستور درمان اجتماعی^۲ است. این روش که در صورت تشخیص پزشک یا به تقاضای خود بیمار، انجام می شود با اولویت بخشیدن به درمان بیمار بر امنیت جامعه روند درمان را در محیط اجتماعی و زندگی عادی بیمار دنبال می کند (Cohen, 2007: 102) در این روش، پس از تأیید پزشک بیمار و موافقت او با شرایط تعیین شده از جمله رایج ترین شرایط، موافقت با مصرف داروهای خود، منع رفت و آمد در مکان های خاص، اطمینان از ادامه داوطلبانه درمان و ایمنی شخص و محافظت از دیگران است، می توان او را با نظارت های مناسب ترخیص کرد. این روش نمونه روشنی از حرکت به سوی درمان به دور از ترس اجتماع از حضور بیماران روان در آن است.

در سنجش حقوق و آزادی های افراد در مقابل درمان، رضایت بر انجام آن، شاید مهم ترین مسئله ای باشد که جلب توجه می کند. درمان در شرایط اضطراری درمانی است که برای حفظ حیات بیمار ضروری است و در صورت عدم انجام آن آسیب بازگشت ناپذیر اتفاق می افتد که در صورت احراز این شرایط و با رعایت کم ترین حد مداخله، مجاز است. با این نگاه و با در نظر داشتن اصل رضایت شخص در درمان، هر جایی که شرایط اضطراری محرز نشود، امتناع از دریافت درمان مجاز خواهد بود؛ بدین معنا که بیمار حق اعتراض نسبت به درمان اجباری در شرایط غیر اضطراری را دارد (Fennell, 2004: 32).

علی رغم وجود قانون یکپارچه در حوزه سلامت روان، قوانین دیگری نیز وجود دارد که نخستین آن، قانون برابری ۲۰۱۰ است که با هدف نهایی برابری و رفع تبعیض به سلامت روان نیز نظر می کند. شناسایی حق بر درمان در شرایط برابر با حمایتی قانونی برای افراد دارای ناتوانی به خصوص در شرایط بستری اجباری، بزرگ مدد این قانون در حق سلامت روان است. این حمایت ها در یک دسته به ایجاد شرایط برابر از جمله؛ امکانات مناسب در دریافت درمان، حق بر ارائه درمان به زبان قابل فهم، توجه به مذهب و فرهنگ هر فرد (Fact sheet, 2015) و در دسته دیگر به امکان اعتراض از شرایط تبعیض آمیز تقسیم می شوند. قانون سلامت روان در ماده ۱۱۸ خود با پیش بینی اعتراض به اقدامات تبعیض آمیز بر اساس قانون برابری به پیوند این دو قانون نظر داشته است.

قانون ظرفیت ذهنی ۲۰۰۵ که توسط پارلمان انگلستان به تصویب رسیده است، با هدف تعیین وضعیت بیمارانی که توان تصمیم گیری برای خود را ندارند (در اصطلاح قانونی افراد فاقد ظرفیت) نماینده یا جایگزین تعیین می کند تا حقوق قانونی این دسته از افراد تأمین شود. این قانون برای جلوگیری از تضییع حقوق بیماران و حل تعارض در صورت امتناع بیمار از

1. Approved mental health professional

2. Community treatment order

دریافت درمان در صورت تجویز پزشک با در نظر داشتن منفعت بیمار به صورت استثنایی ملاک عمل قرار می‌گیرد (Kinderman, 2019: 249). هرچند قانون سلامت روان پس از اصلاحات ۲۰۰۷ تکلیف این مسئله را روشن کرده است؛ اما همچنان در تصمیم‌گیری از قانون ظرفیت ذهنی استفاده می‌شود.

قانون مراقبت ۲۰۱۴ انگلستان با تلاش برای بهبود وضعیت سلامت و رفاه افراد، به تعیین وظایف مقامات محلی برای ارائه خدمات حمایتی و مراقبتی می‌پردازد. این قانون با هدف اطمینان از دریافت حمایت‌های موردنیاز افراد و با محوریت قرارداد رفاه آنان به شخصی‌سازی خدمات مراقبتی و حمایت از افراد بیشتر نیازمند می‌پردازد.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به سه اشارت، نگاه خود به حق بر سلامت را به نمایش می‌گذارد. نخستین اشاره آنکه در بند ۱۲ اصل سوم آمده است و زدودن فقر و زایلیدن رفاه در زمینه بهداشت را با پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه ممکن می‌داند. فهم اقتصادی از مسئله تأمین خدمات سلامت با هدف استقلال کشور، نخستین ورود قانون اساسی به این حوزه است. در این نگاه، نفس سلامت هدف نیست. بلکه، تأمین آن از پیش‌نیازهای دست‌یابی به استقلال منظور می‌گردد. دیگر اشاره اصل بیست‌ونهم است که حق همگانی برخورداری از خدمات بهداشت، سلامت، درمان و مراقبت‌های پزشکی را به رسمیت می‌شناسد. این اصل که تکیه‌گاه حق بر سلامت در قانون اساسی است، بدون پرداختن به حدود سلامت و سطوح قابل دست‌یابی آن، به صرف اشاره به حق برخورداری از امکانات سلامتی اکتفا می‌کند. اشاره‌هایی نیز در بند نخست اصل چهل‌وسوم یافت می‌شود. تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده را ضابطه استواری اقتصاد جمهوری اسلامی می‌داند.

در نگاه نخست و نهایی، قانون اساسی به اهمیت اقتصادی سلامت و نیاز به آن برای پیشرفت کشور نظر دارد و سیاست‌گذاری درست در این زمینه را موجب زیست نسل‌های گوناگون در رفاه و مشارکت در ساخت کشور قدرتمند می‌داند. نگاه میانی اما؛ به شاکله‌بندی سلامت به عنوان حقی بنیادین نظر دارد؛ این نگاه که بدون اشاره به ابعاد سلامتی، به ترسیم حدود و روشن‌سازی شیوه دست‌یابی به آن پرداخته است، صرف برخورداری همگان از خدمات و امکانات را کافی می‌داند و برابری در دست‌یابی به سلامت را از چپستی آن بایسته‌تر می‌داند؛ نگاهی که در آن سلامت نه عنوان حقی مستقل که زمینه‌ساز دستیابی به برابری است.

سیاست‌های کلی سلامت مصوب مجمع تشخیص مصلحت در سال ۱۳۹۳ در راستای روشن نمودن چارچوب‌های کلی تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌های توسعه که نقش مهمی در تحولات نظام سلامت و پیشبرد اهداف آن دارد. این سیاست‌ها در ۱۴ بند در صدد پوشش تمامی جنبه‌های مورد نیاز تقویت حوزه سلامت است (حاتمی و دیگران، ۱۳۹۸: ۷۱). نقطه اتکای مهم دیگر این سیاست‌ها برای سلامت روان بند سوم آن است که ارتقای سلامت روانی جامعه و رفع موانع تنش‌آفرین را در دستور کار خود قرار می‌دهد. هرچند این بند نیز معنایی از سلامت روان نمی‌دهد؛ اما همین پرداخت کوتاه می‌تواند در مسیر قاعده‌گذاری سلامت روان راهگشا باشد. مرور تغییرات پس از ابلاغ این سند، نشان می‌دهد سیاست‌گذاران و مدیران سلامت، چگونه تلاش کردند برنامه‌های خود را در راستای اجرایی شدن این سیاست‌ها تدوین نمایند (جولایی و دیگران، ۱۳۹۷: ۴۴).

سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران جامعه سالم ایرانی را به‌عنوان جامعه برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، بدون فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط‌زیست مطلوب با تأکید بر ابعاد مختلف اقتصادی- اجتماعی منجر به سلامت توصیف کرده است. سیاست‌های کلی سلامت که پوشش سراسری بیمه‌های درمانی را «برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد» مهم‌ترین مداخله موردنیاز برای درمان همگانی با هدف رفع تبعیض و نظام سلامت پاسخگو می‌داند؛ اما به دلیل عدم تدوین برنامه اجرایی شیوه صحیح تأمین‌کننده خدمت برای همه و حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه سلامت با مشکل روبه‌رو است (حبیبی نوده و دیگران، ۱۳۹۷: ۲۸۶).

هرچند جایگاه برنامه‌های توسعه در قوانین ایران به‌روشنی معین نیست و سلسله‌مراتبی در نظام حقوقی ایران در مورد جایگاه قوانین عادی و برنامه‌ها وجود ندارد تا بتوان چگونگی تبعیت قوانین مذکور از یکدیگر و روش احراز عدم مغایرت یا انطباق را معین کرد (دبیرنیا، ۱۳۹۸: ۷۲)؛ اما به دلیل ارتباط تنگاتنگ سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه به‌طور متوالی دنبال می‌شوند. تاکنون شش برنامه توسعه تصویب شده است^۱ و در زمان نگارش این پژوهش بررسی برنامه هفتم توسعه در مجلس آغاز گردیده است.

اشارات صریح فصل هفتم برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی و بخش مربوط به سلامت قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه به ارتقاء سلامت در همه ابعاد از جمله جسمی و روانی و بهبود کیفیت زندگی نظر دارد. قانون برنامه پنج‌ساله ششم در بخش چهاردهم از بیمه، سلامت و زنان و خانواده به‌طور عام و بخش پانزدهم با رویکرد امور حمایتی و آسیب‌های اجتماعی، به پیشگیری، ارتقای سلامت اجتماعی و روانی می‌پردازد. سیاست‌های ابلاغی برنامه هفتم نیز که با هدف ارتقای نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت و توجه به ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی را مدنظر قرار داده است به سلامت روان نظر دارد. به نظر برنامه‌های توسعه در سیاست‌گذاری‌های واپسین خود تا حدودی به مسیر سلامت روان گام نهاده‌اند؛ اما هنوز در هنجارهای حقوقی کشور راه صحیح برای عملی کردن خود را نیافته است. هرچند تجربه اجرای قوانین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه کشور نشان داده است که راهکار مناسبی برای پیشبرد برنامه‌های کشور نیست و ابهام در شیوه و ساختار آن نیز مشکلی مضاعف ایجاد می‌کند. تأمین حقوق و آزادی‌های مردم و حفاظت از آن‌ها در برابر هرگونه تجاوز لزوماً نیازمند تنظیم قانون برنامه توسعه نیست و باید در نظر داشت آنچه به اجرا گذارده می‌شود به چه میزان کورسوی امیدی به فهم سلامت روان داشته است.

اگرچه پردازش موضوع در قوانین بالادستی با ابهام روبه‌رو است؛ اما در قوانین عادی این مسئله با تأمل و متانت بیشتری دنبال شده است. از جمله ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که نظام تأمین اجتماعی برای گروه‌های خاصی از جمله ناتوانان جسمی، ذهنی و روانی و بیمه‌های خدمات بهداشتی و درمانی را معین می‌کند. این قانون در ماده ۴ خود وظایف حمایتی و توان‌بخشی را برای افراد با تقدم پیشگیری از بروز وضعیت‌های آسیب اجتماعی پیش‌بینی می‌کند و به درمان و توان‌بخشی این افراد نظر دارد.

۱. در زمان نگارش مقاله، برنامه هفتم توسعه پس از نهایی شدن تدوین سیاست‌های کلی برنامه هفتم در مجمع تشخیص مصلحت، هنوز به مجلس ارائه نشده است.

قانون «ساماندهی بهداشت و درمان بر اساس اصول سوم بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۱۳۸۱ از اصول مرتبط به سلامت به تدوین نظام بیمه‌ای و ارائه بیمه همگانی می‌رسد. این توجه قانون‌گذاران در راستای تحقق بیمه به‌عنوان کاهنده رنج و جبران‌کننده ضرر، در مسیر هنجارگذاری صحیح قرار دارد. اما، مسئله مهم عدم پوشش انواع بیماری‌ها و عدم توجه به بیمه‌های سلامت روان است که در بیمه پایه سلامت^۱ قرار نمی‌گیرد و بیمه‌های تکمیلی^۲ نیز نسبت به مسائل مرتبط با سلامت روان تمایلی نشان نمی‌دهند.

اگرچه برنامه‌های کشوری به معیار قانون که مصوب قوای مقنن است، شباهت ندارد؛ اما بیش از قوانین مصوب در حمایت از سلامت روان مؤثر واقع شده‌اند که می‌توان چنین برنامه‌هایی را در راستای اعمال اداری یک‌جانبه در نظر داشت (عباسی، ۱۴۰۰: ۳۰۱). با شیوع ناراحتی‌ها و اختلالات روانی در کشور، برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور ۹۴-۱۳۹۱ توسط وزارت بهداشت، ارائه و تصویب شد. با توجه به این که مسئولیت تأمین سلامت روان جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت بود و نیاز به سرمایه‌گذاری به‌منظور ارتقای سلامت روان، کاهش خطرات و تأثیرات منفی اختلالات روانی بر رشد جامعه و کاستن از روند روبه رشد اختلالات روانی احساس می‌شد. این برنامه، با مطالعه شاخص‌های سلامت روان در کشور، مداخلات کنونی صورت گرفته با هدف بهبود سلامت روان جامعه، وضعیت نظام سلامت روان در عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن‌آوری، بین‌المللی و محیط زیست و نهایتاً بررسی اسناد بالادستی، چالش‌های کلیدی در مقابل ارتقای سلامت روان جامعه ایران را مطرح می‌نماید (حاتمی و دیگران، ۱۳۹۸: ۲۸۶۱). این سند، راهبردهای عملیاتی شدن برنامه ارتقای سلامت روان و نهادهای سازنده مداخلات پیشنهادی را علاوه بر تدوین عملیات و تقسیم کار مشخص می‌نماید. به‌عنوان نمونه اقدامات ویژه و پروژه‌ای مورد انتظار از وزارت راه و مسکن اولویت مسکن به افراد دچار ناراحتی‌های روانی، تعیین مراکزی برای سکونت بیماران روانی، پیشگیری از تبعیض در منازل این افراد، پیشگیری از تفکیک جغرافیایی مبتلایان به اختلالات روانی، نظارت بر نرخ اجاره و رهن مسکن و برنامه‌ریزی جهت کنترل و عدم افزایش بی‌رویه آن هست.

شیوع کرونا و مرگ انسان‌ها و خانه‌نشینی موجب افزایش اختلالات روانی در کشور گردیده است. در این میان، سال‌ها از تدوین پیش‌نویس قانون سلامت روان می‌گذرد؛ اما تصویب آن در زمان نگارش این نوشتار به وقوع نپیوسته است. در سال ۱۳۸۲ تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان به‌صورت پروژه‌ای در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و در نهایت پروژه تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان به انستیتو روان‌پزشکی تهران واگذار شد (نصراصفهانی و عطاری مقدم، ۱۳۹۶: ۵۱).

لایحه سلامت روان با تعریف مفاهیم این حوزه، به بستری و درمان اجباری می‌پردازد و روش‌های درمانی خاص، وضعیت بیماران کیفری و مسائل مرتبط با بیمه سلامت روان را بررسی می‌کند. این لایحه در پس بررسی کمیسیون تخصصی مجلس به‌عنوان لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی تغییر نام یافت که تغییر نام با توجه به محتوای آن مناسب‌تر است. اگرچه این لایحه نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارد؛ «اما با توجه به خلأهای قانونی لایحه پیشنهادی

۱. بیمه پایه سلامت، تأمین بخشی از خدمات بیمه‌ای سه‌گانه (خدمات پایه، خدمات تخصصی و خدمات فوق تخصصی) و پوشش هزینه‌های درمانی توسط دولت است که دامنه آن توسط ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه تعیین می‌شود.

۲. بیمه تکمیلی آن دسته از خدمات بیمه سلامت است که خارج از تعهدات بسته بیمه پایه سلامت بوده و دولت در قبال آن تعهد مالی ندارد.

با رعایت تشریفات مندرج در آیین‌نامه داخلی جهت بررسی بیشتر به کمیسیون تخصصی عودت داده‌شده تا پس از رفع ایرادها مجدداً در دستور کار صحن مجلس قرار گیرد.» (اظهار نظر کارشناسی، ۱۴۰۱) بی‌توجهی به بعد حداکثری سلامت روان و تمرکز بر مسائل بیماران روان در این لایحه را می‌توان جمله ایرادات بزرگ آن است و تغییر نام آن به صواب نزدیک‌تر؛ اما تلاش برای تصویب آن، خود گامی رو به جلو است که می‌تواند توجه نظام سلامت را به بُعد روانی جلب کند. هر آنچه به تصویب برسد برای اجرا به مجموعه‌ای از ابزارها، تجهیزات، منابع (انسانی و مالی) و ساختار و تشکیلاتی منسجم دارد تا امکان اجرا و سامان بخشیدن به آن را ممکن کند. وجود ساختار و تشکیلات منسجم می‌تواند از ورود بسیاری از مسائل به مرحله قضایی جلوگیری کند و تخصیص بهتر منابع و امکانات را بهبود ببخشد.

۲. ساختار و تشکیلات حمایت‌کننده سلامت روان

دولت‌ها وظایف خود در راستای بهداشت عمومی و حفظ امنیت ملی بهداشت را معمولاً از طریق وزارتخانه‌های بهداشت ایفا می‌کنند. این وزارتخانه‌ها مسئولیت حفاظت از سلامت را بر عهده دارند و با اجرای وظایف اساسی بهداشت عمومی، از جمله دستگاه‌های نظارتی و تأمین کالاهای عمومی مانند برنامه‌های ایمن‌سازی انبوه، حفاظت از محیط‌زیست، غنی‌سازی مواد غذایی، ایمنی مواد غذایی و ...، این مسئولیت را بر عهده می‌گیرند (Regional committee, 2006: 32) و باید قوانین و ابزارهای نظارتی را برای بهبود مدیریت ترکیب عمومی- خصوصی، به‌ویژه در انعقاد قراردادهای خدمات بالینی و غیربالینی ایجاد کنند (Richards, 2007: 72). این وزارتخانه‌ها بر توسعه کلیت سیستم بهداشت با استفاده از عملکرد حاکمیتی خود نظارت می‌کنند که شامل تجزیه، تحلیل و تدوین خط‌مشی، تنظیم ارائه خدمات بین شرکا، توسعه هنجارها و استانداردها برای تضمین کیفیت و اطمینان از اجرای سیاست‌ها و استراتژی‌های مورد توافق است (Regional committee, 2006: 34).

سیستم خدمات ملی سلامت انگلستان با وزارت بهداشت در رأس امور، به‌علاوه تراست‌ها و آمبودزمان‌های منبعث از آن اداره امور مرتبط با سلامت را دنبال می‌کند (Silva and Roland, 2014: 109). انگلستان در پی گسترش خودکشی و افسردگی‌های متعدد به تأسیس وزارت تنهایی^۱ در سال ۲۰۱۸ به دنبال‌روی از ژاپن روی آورد که زیر نظر وزارت بهداشت این کشور اداره می‌شود. شیوع بیماری‌های روانی و درک روزافزون از اهمیت سلامت روان در سیاست‌های کشورها، در نهایت ساختارها و تشکیلات اداری را نیز متأثر خواهد کرد (<https://www.gov.uk>).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول مدیریت و نظارت بر مراکز بهداشتی و درمانی کشور است که فراهم آوردن موجبات ارتقاء سطح خدمات بهداشتی کشور و توسعه اقدامات پیشگیری از بروز معلولیت‌های جسمی و روانی از وظایف آن است. در کنار این وزارتخانه، سازمان بهزیستی نیز وجود دارد که نهادی دولتی است و پس از انقلاب از ادغام سازمان‌های خیریه و حمایتی که در این بخش فعالیت می‌کردند، فعال شد و به موجب لایحه قانونی مورخ ۲۴/۴/۱۳۵۹ و در جهت تحقق مفاد اصول سوم، بیست و یکم و بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، از ادغام ۱۶ سازمان، نهاد، مؤسسه و انجمن خیریه به سازمان بهزیستی نام‌گذاری گردید. پس از آن در تیرماه سال ۱۳۸۳ بر اساس قانون ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، این سازمان به همراه سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت،

1. The ministry of loneliness

درمان و آموزش جدا و به زیرمجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملحق شد (لایحه قانونی راجع به تشکیل بهزیستی، ۱۳۵۹).

در سال ۱۳۶۵ برنامه ملی بهداشت روان با استراتژی اولیه ادغام فعالیت‌ها در یک سیستم مراقبت بهداشتی اولیه کارآمد بود. در سالیانی نزدیک به ۱۳۸۰ مسائل اجتماعی این دسته از بیماران با رویکردی همه‌جانبه به سلامت دنبال شد. در این سال‌ها برنامه کشوری بهداشت تهیه و به اجرا گذاشته شد. اهداف این برنامه عبارت از: فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای همه مردم با تأکید بر قشرهای آسیب‌پذیر و محروم، ایجاد الگوی خدمات بهداشت روان سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات، افزایش آگاهی و مهارت‌های بهداشت روان در مردم و تنظیم برنامه‌های مناسب برای آسیب دیدگان جنگ بودند.

دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، در حوزه امور معاونت امور اجتماعی و فرهنگی وزارت بهداشت با این فرضیه که برای مداخله و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از مؤثرترین راهبردها، استفاده از مردم همان محله و اجتماع است، با همکاری کارشناسان، مشاوران و مردم داوطلب در محلات مختلف تهران شروع به فعالیت نمود. اداره سلامت، یکی از شش اداره‌ای است که تحت نظارت معاونت امور اجتماعی و فرهنگی مشغول به فعالیت هستند (حاتمی و دیگران، ۱۳۹۸: ۲۸۱۶). این نکته جالب‌توجه است که از اهم وظایفی که بر عهده این اداره است، در چندین مورد مستقیماً سلامت روان شهروندان را مورد تأکید قرار می‌دهد، ازجمله برنامه‌ریزی در جهت تأمین دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و سلامت روانی و اجتماعی؛ ارائه خدمات مشاوره‌ای در زمینه‌های مختلف مرتبط (ژنتیک، روانی و...). تهیه و تدوین سیاست‌های اجرایی در زمینه‌های مختلف بهداشت روان اعم از افزایش هنجارها، سلامت محیط، کاهش آلودگی‌های صوتی و... (اصغرزاده و شاه‌محمدی، ۱۳۷۸: ۹۲). طرح سیاست‌هایی در جهت ارتقای سلامت روان شهروندان، وجود طرح‌های تحقیقاتی در این زمینه و اشاره به لزوم اجرای آن‌ها، اگرچه از مراحل ابتدایی مسیر دست‌یابی به جامعه‌ای سالم از نظر روانی است؛ اما بیانگر اطلاع مسئولان و کارشناسان از اهمیت این موضوع و لزوم توجه به آن هست.

۳. هنجارگذاری از طریق قانون و رویه قضایی: موافقین و مخالفین

در بسیاری از کشورها، بیماران روان به مراقبت‌های اولیه بهداشت روانی و درمان مورد نیاز خود دسترسی ندارند و یا مراقبت‌های موجود تحت شرایط تحقیرآمیز و غیرانسانی ارائه می‌شود و بایست تدابیر اساسی برای محافظت از بیماران روانی در برابر درمان‌های پزشکی خطرناک و غیرمجاز، بستری شدن طولانی در مؤسسات مخصوص اندیشیده شود. بسیاری از تصمیمات حقوقی برجسته که بر حقوق مدنی بیماران روانی متمرکز شده‌اند، مستقیماً بر توانایی ارتقای سلامت عمومی و درعین حال احترام به آزادی فردی تأثیر می‌گذارد. منافع فرد و جامعه اغلب در تضاد با یکدیگرند، بررسی این تعارض و تبیین انتخاب‌ها در صلاحیت نظام حقوقی اثرگذار است. قانون سلامت روان، ضرورتی به تأخیر افتاده در عرصه‌ای از سلامت است که نادیده گرفتن حقوق بیمار در آن بیشتر از سایر عرصه‌ها است.

قانون سلامت روان باید به‌عنوان یک فرآیند منسجم و تدریجی در نظر گرفته شود. این نگاه با درک نیاز جامعه، پیشرفت در درمان بیماری‌های روانی و تحولات سیستم‌های ارائه خدمات روان آمادگی پذیرش کاستی‌های قانون و اصلاح آن

ایجاد می‌کند. با این حال، اصلاحات مکرر در قوانین به دلیل زمان و منابع مالی مورد نیاز و نیاز به مشورت با همه ذینفعان امکان‌پذیر نیست.

هرچند با گنجانیدن تمام اصول پیشین می‌توان به قانونی مترقی و جامع دست یافت؛ اما باید در نظر داشت که صرف وضع قوانین سلامت روان، احترام و حمایت از این حق را تضمین نمی‌کند. وضع قانون و اصول پیش‌گفته در عین حمایت از حقوق بشر باید با واقعیات کشور و نیز با توجه به امکانات و ظرفیت‌های موجود صورت گیرد تا مؤثر واقع شود. حتی قوانین مناسب نیز نیاز به نظارتی کارآمد دارد 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.

دادگاه‌های سلامت روان انگلستان که مولود قانون سلامت روان این کشور است، پاسخی به ناتوانی دولت در رسیدگی به نیازهای سلامت روان مردم را پی می‌گیرد و می‌تواند ضعف‌های قانون را برای انجام اصلاحات آشکار کند. قانون سلامت روان انگلستان، در بخش انتهایی خود به شیوه‌های اعتراض و وجود دادگاه‌های سلامت روان پرداخته است که به دعوی ناشی از تضییع حقوق بیماران رسیدگی کنند. طبق قانون، نخستین مرجع اعتراضی بیمار در صورت مخالفت با بستری شدن، پزشک مسئول خود و یا سایر اعضای گروه درمان است. پزشک در صورت خطرناک شناختن بیمار و نیاز او به درمان، ابتدا می‌تواند از روش‌های جایگزین استفاده کند.

از پس فرجام نیافتن تعارض ایجادشده، دادگاه سلامت روان به‌سان نهادی مستقل از بیمارستان و گروه پزشکی، تیمی متشکل از یک قاضی، روان‌پزشک و فردی با سابقه خدمات مراقبت اجتماعی استماع جلسه را به عهده خواهند داشت و با مطالعه گزارش‌های کتبی پزشک مسئول در مورد شرایط اجتماعی بیمار به موضوع رسیدگی می‌کنند. بیمار حق داشتن وکیل را دارد و وظیفه خواندگان- مسئولین پزشکی بیمار- است که ثابت کنند بیمار نیاز به بستری اجباری، درمان اجباری، دستور درمان اجتماعی و... داشته است. همچنین دادگاه، مرجعی برای اعتراض نسبت به تعیین سرپرست و شیوه رفتار او، عدم ارائه مراقبت‌های لازم و تأمین مالی آن به بیمار است.

برخی صاحب‌نظران با رویکرد آزادی‌خواهی مدنی استدلالاتی مبنی بر عدم نیاز به قانون سلامت روان را ارائه می‌کنند. با پیروی از این رویکرد، می‌توان اذعان داشت که ممکن است نیاز به قانون مربوط به ناتوانی ذهنی (مانند افراد مبتلا به آسیب مغزی، زوال عقل، ناتوانی یادگیری) وجود داشته باشد؛ اما نیازی به قانونی که اجازه بازداشت و درمان اجباری افراد را فقط به صرف تشخیص ابتلا به بیماری‌های روانی (مانند اسکیزوفرنی یا افسردگی) توسط پزشک نیست و باید با آنان همانند یک بیماری جسمی مانند دیابت رفتار کرد (fanning, 2007: 50).

روان‌پزشکی برعکس دیگر رشته‌های پزشکی، به‌وسیله قوانین متعدد احاطه شده است و بسیاری از تردیدها و برچسب‌زنی‌های اجتماعی نیز ناشی از وجود نوعی مجازات همیشگی برای بیماران روانی مانند بستری و درمان اجباری، تعیین قیم و... است (Kenyon, 1968: 68). حتی برائتی که مجرم روانی را تبرئه می‌کند نیز به‌گونه‌ای دامن او را آلوده می‌کند؛ آلوده به این‌که او دیوانه است. آنچه سالیان درازی به بهانه حمایت از بیماران وضع شده، درواقع حجابی برای گریز از به نمایش گذاردن ترس از دیوانگان است. به این سیاق و برهان، قانون‌گذاری در این حوزه آسیب بیشتری ایجاد می‌کند،

همچون بیمار سرطانی که به صرف بیماری اش تبرئه نمی شود یا بیماری به دلیل صرع بستری اجباری نمی شود، قانون گذاری برای سلامت روان بی معناست.

در مقابل این گروه، موافقین قانون گذاری این حوزه بیان می دارند، آنچه سبب می شود دیگر رشته های پزشکی از قانون گذاری دور باشند. ناچیز بودن وضعیت خاص در بیماران جسمی در قیاس با بیماران روان است. به زعم نگارندگان، در عرصه سلامت روان، نادیده گرفتن حقوق بیماران به تبع وضعیت خاص آنان محتمل تر است و عدم قاعده گذاری در این حوزه، به سردرگمی و پایمال شدن حقوق آنان منجر می شود. با تنظیم قوانین آزادی محور و رهایی از ترس بیماران روان بر مبنای رعایت حقوق بشر، نیاز به درمان، امنیت و آسایش جامعه با پیش بینی شرایط اضطراری می توان دغدغه مخالفان را نیز برطرف کرد.

قانون سلامت روان انگلیس در طول تاریخ خود میان گرایش به قانون و پزشکی همچون آونگی در نوسان بوده است. قانون سلامت روان ۱۹۸۳ با توصیفی حقوقی و قانون ۲۰۰۷ با گرایش به سوی پزشکی نشان از نوسان این آهنگ دارد. وضعیت نظام حقوقی ایران در نبود این قانون، به خصوص در مورد رسیدگی به وضعیت بیماران روان، بستری و درمان آنان با دشواری روبرو است و مرجعی برای اعتراض بیمار وجود ندارد. علی رغم انتقاداتی که بر چستی و نیاز به قانون سلامت روان وارد است، وجود آن برای نظامی که حقوق افراد جز به نص پذیرفته نمی شود، بایسته است. هر چند تمام عالم حقوق بر بایسته های مصوب متکی نیست؛ اما رویه کشورهای فاقد قانون سلامت روان از جمله ایران و سردرگمی افراد در دستیابی به حقوق اولیه انسانی و دادخواهی از حقوق تضییع شده شان، نشان از این بایستگی دارد.

نتیجه گیری

از آغاز تدوین اسناد بین المللی حقوق بشر، دولت ها تلاش برای تأمین حق بر سلامت را همچون الزامی گریزناپذیر به دوش می کشند. با ورود این الزام به هنجارهای حقوقی داخلی، تضمین آن ممکن می شود. حق بر سلامت روان، به عنوان بخشی از حق بر سلامت به طور کلی نیز باید از این هنجارها بهره مند شود. این مفهوم در نظام حقوقی انگلستان با قاعده گذاری به حمایت از بیماران روان تضمین حقوقشان، بهبود زیست روانی تمام افراد جامعه گام برداشته است و با پیش بینی نهاد مستقل قضایی در صورت نقض آن، نیز راهکاری برای جبران خسارات را ارائه می دهد. این رویکرد، دستیابی افراد به خصوص بیماران روانی را بهبود می بخشد. هر چند تمام حق بر سلامت روان و نظم حقوقی منبعث از آن، بر نص استوار نیست. اما، چارچوب بندی و تأمین حقوق افراد در نظام های حقوقی با هنجارها ممکن می شود و متأسفانه این موضوع در ایران مغفول مانده است. نظام حقوقی ایران برای سامان حقوق اولیه بیماران روان و نسبت به جبران خسارت و نقض حقوق آنان رویکرد منسجمی اتخاذ نکرده است. تنها جایگاه قانونی نسبت به این مسئله در معافیت از مسئولیت کیفری یافت می شود و بایست با توجه به تجربه دیگر کشورها در قانون گذاری این حوزه، اقدامات لازم را به عمل آورد. حق بر سلامت روان در این سطح، حرکت به سوی ارتقای حق بر سلامت روان که رویکردی توسعه محور دارد در دستور کار کشورها قرار می گیرد و خود موضوع پژوهشی مجزا خواهد بود.

منابع

فارسی

- آیین‌نامه اجرایی بند (ز) ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، معاونت ریاست جمهوری، ۱۳۸۹.
- اصغرزاده امین، صفیه؛ شاه محمدی، داود؛ (۱۳۸۷)، مجموعه قوانین موجود در ارتباط با بیماران روانی در ایران، اندیشه و رفتار ۱۶، ش (۴).
- اصغرینیا، مرتضی؛ (۱۳۹۵)، چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت، حقوق پزشکی ۳۷، ش (۱۰).
- اظهارنظر کارشناسی درباره لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی، گزارش کارشناسی، شماره مسلسل ۱۸۳۵۲، ۱۴۰۱/۵/۱۹.
- بشیریه، تهمورث؛ (۱۳۸۷)، «تعامل مفاهیم حقوقی و روان‌پزشکی جنون»، مطالعات حقوق خصوصی ۷، ش ۳۸.
- جولایی، حسن و دیگران؛ (۱۳۹۷)، «مروری بر مفاهیم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری»، فرهنگ و ارتقاء سلامت ۲، ش (۲).
- حاتمی، حسین، رضوی، سیدمنصور و افتخار اردبیلی، حسن (۱۳۹۸)، کتاب جامع بهداشت عمومی، چهارم، ج اول تهران: انتشارات ارجمند.
- حبیبی‌نوده، فرهاد و دیگران؛ (۱۳۹۷)، «تدوین چارچوب راهبردی به‌منظور عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در راستای تحقق ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری»، فرهنگ و ارتقاء سلامت ۴، ش (۲).
- دبیرنیا، علیرضا؛ (۱۳۹۷)، جایگاه قوانین برنامه توسعه در قانون اساسی ایران؛ «برنامه‌ریزی در راستای وظایف قوه قضائیه»، نشریه حقوقی دادگستری ۸۳، ش (۱۰۶).
- راسخ، محمد؛ (۱۳۹۳)، حق و مصلحت مقالاتی در فلسفه حقوق، فلسفه حق و فلسفه ارزش، ویراست دوم، جلد اول، چاپ پنجم تهران: نشر طرح نو.
- رحمدل، منصور؛ (۱۳۸۴)، «بیماری‌های روانی و بار اثبات در سیستم عدالت کیفری ایران»، حقوق خصوصی ۹، ش (۳).
- سیاست‌های کلی سلامت، (۱۳۹۳).
- سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ (۱۳۸۴).
- صالحی، علی‌رضا؛ خانی، محمد؛ فروغی، مصطفی؛ (۱۳۹۱)، «مسئولیت کیفری و اختلالات روانی بر مبنای DSM»، حقوق پزشکی ۲۳، ش (۶).
- عباسی، محمود؛ خسروی، علیرضا؛ (۱۳۹۱)، اسکیزوفرنی و مسئولیت کیفری ناشی از آن از دیدگاه قانونگذار ایران، حقوق پزشکی ۲۲، ش (۶).
- عباسی، بیژن؛ (۱۴۰۰)، حقوق اداری، چاپ ششم، تهران: دادگستر.
- غلامی، نبی‌اله؛ عباسی، محمود؛ سلطانی‌کوهنانی، سکینه؛ (۱۳۹۷)، مفهوم جنون در قانون مجازات اسلامی؛ موضوعیت یا طریقت، حقوق پزشکی ۴۴، ش (۱۲).
- قانون اقدام تأمینی، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۳۹).
- قانون انتخابات ریاست جمهوری، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۶۴).
- قانون انتخابات مجلس شورای اسلامی، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۷۸).
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۸۳).
- قانون ساماندهی بهداشت و درمان براساس اصول سوم (۳)، بیست‌ونهم (۲۹) و چهل‌وسوم (۴۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۸۱).
- قانون مجازات اسلامی، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۹۲).
- قانون مدیریت خدمات کشوری، مصوبات مجلس شورا، (۱۳۸۶).
- گزارش رد اصلاح ماده ۳۵ قانون انتخابات ریاست جمهوری، شماره ۱-۳۱/کش. ۱۳۹۱/۱۰/۶، مرکز پژوهش‌های مجلس.
- لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور. مصوب ۱۳۵۹/۰۳/۲۴.

نصرافهانی، مهدی؛ عطاری مقدم، جعفر؛ (۱۳۹۶)، «تدوین پیش‌نویس قانون سلامت روان»، روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران ۲۳، ش (۱۱).

نوربالا، احمدعلی؛ (۱۳۹۰)، سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار) ۱۷، ش (۲)، (پیاپی ۶۵).

انگلیسی

Barber, P., Brown, R., & Martin, D. (2009). Mental Health Law in England and Wales. British Library Cataloguing in Publication.

Bartlett, P., & Sandland, R. (2007). Mental Health Law Policy and Practice. 3rd Edition. New York: Oxford University Press.

Beezhold, S., Pandey, A., & Pandey, A. (2015). The Effect of the 2007 Amendments to the Mental Health Act (England and Wales) on the Rate of Detentions. *European Psychiatry*, 30.

Bluglass, R. (1984). The Origins of the Mental Health Act 1983: Doctors in the House. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 127-134.

Cohen, J. (2007). *Understanding Treatment Without Consent*. London: Routledge.

De Silva, M., & Jonty, R. (2014). *Mental Health for Sustainable Development*.

Department of Health. (2015). *Fact Sheet: The Equity Act*.

DHSS. (1957). *Report of Royal Commission on the Law Relation to Mental Illness and Mental Deficiency 1954-1957*. London.

Fanning, J. (2018). *New Medicalism and the Mental Health Act*. London: Bloomsbury Publishing Plc.

Fennell, P. (2004). *Treatment without Consent*. In A. Dyson & J. Harris (Eds.), 1st edition. London: Routledge.

Funk, M. (2005). *Mental Health Law: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.

Godefroy, S. (2022). *Mental Health & Mental Capacity Law for Social Workers: An Introduction*. In *Mental Health & Mental Capacity Law for Social Workers: An Introduction* (pp. 35-54). SAGE Publications, Inc.

Government of the United Kingdom. (www.gov.uk/government/news/loneliness-minister/). Accessed on 2022/02/02.

Government of the United Kingdom. (1946). *An Act to Provide for the Establishment of a Comprehensive Health Service for England and Wales, and for Purposes Connected Therewith*, 9 & 10 Geo. 6 c. 81.

Government of the United Kingdom. (1983). *An Act to Consolidate the Law Relating to Mentally Disordered People*.

Kelly, B. D. (2015). *Dignity, Mental Health and Human Rights: Coercion and the Law*. England: Ashgate.

Kenyon, F. E. (1968). *Psychiatric Emergencies and the Law: The Impact of Mental Health Act 1959*. London: Oxford University Press.

- Kinderman, P. (2019). *The Mental Health Act: A Manifesto for Mental Health*. Palgrave Macmillan.
- Madhani, P., & Rix, K. J. B. (2016). Mental Health: Detention under Mental Health Act – England and Wales. In *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine (Second Edition)*. Elsevier.
- OECD. (2014). *Focus on Health: Making Mental Health Count*.
- Ogloff, J. R. P., Caton, R., Roberts, R., & Roesch, R. (1993). The Insanity Defense: Legal Standards and Clinical Assessment, (2), 78-163.
- Parliament of Great Britain. (1713). *Vagrants Act*.
- Parliament of Great Britain. (1774). *Madhouses Act 1774*.
- Parliament of the United Kingdom. (1959). *An Act to Repeal the Lunacy and Mental Treatment Acts 1890 to 1930, and the Mental Deficiency Acts 1913 to 1938, and to Make Fresh Provisions with Respect to the Treatment and Care of Mentally Disordered Persons and with Respect to Their Property and Affairs, and for Purposes Connected with Matters Aforesaid*.
- Peay, J. (2003). *Decisions and Dilemmas: Working with Mental Health Law*. London: Hart Publishing.
- Regional Committee for the Eastern Mediterranean. (2006). *The Role of Government in Health Development*. World Health Organization.
- Richards, E. P. (2007). Public Health Law as Administrative Law: Example Lessons. *Journal of Health Care Law and Policy*, (10), 61-88.
- The Parliament of the United Kingdom. (2014). *The Care Act*.
- Taylor, J. (2022). Removing People with Intellectual Disabilities and Autism from the England and Wales Mental Health Act. *The Lancet Psychiatry*, 9(3).
- United Kingdom. (1834). *Vagrancy Act*.
- United Kingdom. (2005). *An Act to Make New Provision Relating to Persons Who Lack Capacity; to Establish a Superior Court of Record Called the Court of Protection in Place of the Office of the Supreme Court for Connected Purposes*.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report: Mental Health New Understanding, New Hope*. Geneva.
- Persian
- Abbasi, B. (2021). *Administrative Law (6th ed.)*. Tehran: Dadgostar Publication.
- Abbasi, M., & Khasravi, A. (2012). Schizophrenia and Criminal Liability Arising Therefrom from the Perspective of Iranian Legislature. *Medical Law Journal*, 22(6).
- Asgharnia, M. (2016). Challenges and Requirements of Governments in Regulating Health Regulations. *Medical Law Journal*, 37(10).

- Asgharzadeh Amin, S., & Shah Mohammadi, D. (2008). Collection of Laws Regarding Psychiatric Patients in Iran. *Andisheh va Raftar*, 16(4).
- Bashiriya, T. (2008). Interaction of Legal Concepts and Psychiatry of Insanity. *Private Law Studies*, 7(38).
- Comprehensive Welfare and Social Security System Structure Law. (2004). Approved by the Parliament.
- Dabirnia, A. (2018). The Position of Development Plans Laws in the Constitution of Iran: "Planning in the Duties of the Judiciary." *Judicial Legal Journal*, 83(106).
- Deputy of the President. (2009). The Executive Regulation of Clause (c) of Article 42 of the Law on Public Services Management.
- Draft Law on the Establishment of the National Welfare Organization. (1980). Approved on 15/06/1980.
- Emergency Measures Act. (1960). Approved by the Parliament.
- Expert Opinion on the Draft Bill for the Protection of the Rights of Individuals with Mental Disorders. (2012). Expert Report, Serial Number 18352, 19/5/2022.
- General Health Policies. (2014).
- Gholami, N., Abbasi, M., & Soltani-Koohbanani, S. (2018). The Concept of Insanity in Islamic Penal Law: Substantive or Procedural? *Medical Law Journal*, 44(12).
- Habibinoddeh, F., et al. (2018). Development of a Strategic Framework for the Operationalization of Quantitative and Qualitative Health Insurance Development towards the Achievement of Article 9 of the Major Health Policies Enacted by the Supreme Leader. *Farhang va Ertegha-ye Salamat*, 4(2).
- Hatami, H., Rezavi, S. M., & Eftekhare Ardabili, H. (2019). *Comprehensive Public Health Book* (4th ed., Vol. 1). Tehran: Arjmand Publication.
- Health and Treatment Organization Legislation Based on Articles 3, 29, and 43 of the Constitution of the Islamic Republic of Iran. (2002). Approved by the Parliament.
- Islamic Consultative Assembly Election Law. (1999). Approved by the Parliament.
- Islamic Penal Code. (2013). Approved by the Parliament.
- Julayi, H., et al. (2018). Review of the General Health Policies Concepts Issued by the Supreme Leader. *Farhang va Ertegha-ye Salamat*, 2(2).
- Law on Public Services Management. (2007). Approved by the Parliament.
- Nasr-Esfahani, M., & Attari Moghadam, J. (2017). Drafting the Preliminary Draft of the Mental Health Law. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(11).
- Nourbala, A. (2011). Mental-Social Health and Improving Strategies. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* (*Andisheh va Raftar*), 17(2), (Serial 65).
- Presidential Election Law. (1985). Approved by the Parliament.

- Rahmdel, M. (2005). Mental Illnesses and the Burden of Proof in the Criminal Justice System of Iran. Private Law, 9(3).
- Rasekh, M. (2014). Right and Interest: Articles in the Philosophy of Law, Right Philosophy and Value Philosophy (2nd ed., Vol. 1, 5th ed.). Tehran: Tarh-e Now Publication.
- Report on the Rejection of the Amendment to Article 35 of the Presidential Election Law. (2012). Number 1-31/Kesh. Parliamentary Research Center.
- Salehi, A. R., Khani, M., & Foroughi, M. (2012). Criminal Liability and Mental Disorders Based on DSM. Medical Law Journal, 23(6).
- Vision Document of the Islamic Republic of Iran by the Year 2025. (2005).

