



Iranian Independent Islamic Human Rights Commission
کمیسیون حقوق بشر اسلامی ایران
لجنة حقوق الانسان الاسلاميه في ايران

گزارش کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد در مورد سلامت روان و حقوق بشر



امور پژوهشی، آموزشی و ترویجی کمیسیون حقوق بشر اسلامی ایران

زمستان ۱۴۰۴

اشاره:

حق بر سلامت، یکی از حقوق بنیادین انسانی است. وقتی رعایت حق بر سلامت فرد یا جامعه تامین نشود تحقق و رعایت سایر حقوق نیز تحت الشعاع قرار می گیرد و طبیعتاً نقض خواهد شد. برخورداری از سلامت بنا به تعریف اساسنامه سازمان جهانی سلامت (who) ابعاد مختلفی دارد شامل جنبه های فیزیکی، روانی و اجتماعی. در دهه های اخیر در سازمان مزبور و برخی محافل علمی در سطح جهانی، جنبه معنوی (Spiritual) سلامت نیز به عنوان عنصری مستقل (عنصر چهارم سلامت) یا ذیل جنبه روانی و جنبه اجتماعی سلامت مورد تاکید قرار گرفته است. در خصوص هر یک از ابعاد سلامت پژوهشهای بی شمار در سطح دنیا انجام شده یا در دست انجام است همانگونه که سیاست گذاریهای متنوع بین المللی یا ملی گسترده در خصوص هر یک از ابعاد سلامت نیز قابل شناسایی است. در سالهای اخیر توجه به سلامت روان گسترش قابل توجهی یافته است. علتش نیز قابل درک است چرا که در زندگی مدرن و بروز چالشهای متنوع، عوامل گسترده ای روان انسانها را هدف قرار می دهد و پیامدهای منفی عظیمی را فراروری جامعه بشری قرار داده است.

از گذشته تاکنون همواره دانشهای پزشکی و روان شناسی و گرایشهای تخصصی نشأت گرفته از این دانشها مباحث فنی حوزه سلامت روان را مطرح کرده اند و انواع راهکارها و ابزارها و روشها برای رعایت آن را ارائه نموده اند. با توسعه مباحث حقوق بشر در چند دهه اخیر، به همان میزان که تمرکز بر کلیت حق به سلامت و تعهدات دولتها و سایر بازیگران در این زمینه در ادبیات تخصصی ذیربط و فعالیت سازمان های فعال حقوق بشر رشد یافته است، مطالعه و بررسی ابعاد نظری و عملی حقوق بشر و سلامت روان نیز اهمیت پیدا کرده است. در همین چارچوب، در سازمان ملل به ویژه در سازمان جهانی سلامت به عنوان یکی از سازمان های تخصصی تابعه آن موضوع سلامت روان و حقوق بشر برجسته شده به گونه ای که حتی آثار مشخصی در جهت توصیه به کشورها برای سیاست گذاری یا قانون گذاری در این حوزه نشر یافته است. در شورای حقوق بشر سازمان ملل نیز علاوه بر مصوبات مختلف مربوط به حق بر سلامت، برخی سازوکارهای تابعه به ویژه گزارشگر ویژه حق بر سلامت یا کمیسر عالی حقوق بشر گزارشات در خور توجهی در این زمینه تهیه و نشر داده اند که برای همه فعالان دولتی یا غیر دولتی در سراسر جهان مفید است.

گزارش حاضر نمونه ای از جدیدترین اسناد تهیه شده توسط کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل در موضوع حقوق بشر و سلامت روان است که به نشست ۵۸ شورای حقوق بشر در آوریل ۲۰۲۵ ارائه گردیده است. این گزارش رویکرد

حقوق بشر -محور به سلامت روان را مورد تاکید قرار داده و تلاش نموده تا تحلیلی از موانع و چالشهای پیاده سازی این رویکرد در سطح جهانی ارائه و توصیه هایی را خطاب به دولتها و سایر فعالان ارائه کند.

نظر به اهمیت موضوع سلامت روان در جامعه ما و لزوم تلاشهای جدی تر برای رفع نارسایی های موجود، گزارش حاضر به فارسی برگردان شد. امید است مورد بهره برداری مناسب نهادهای رسمی، فعالان غیر دولتی و عموم مردم قرار گیرد.

امور پژوهشی کمیسیون حقوق بشر اسلامی ایران

دی ماه ۱۴۰۴

◆ نویسنده: مجمع عمومی ملل متحد، شورای حقوق بشر؛ جلسه پنجاه و هشتم (۲۴ فوریه - ۴ آوریل ۲۰۲۵)

◆ متصدی روند برگردان انگلیسی به فارسی: خانم محدثه نخودچی دانش پژوه دکترای حقوق بین الملل و همیار

کمیسیون / ویرایش و نهایی سازی متن در امور پژوهشی کمیسیون حقوق بشر اسلامی ایران، دیماه ۱۴۰۴

◆ شناسه متن: ۰۴/۴/۴۰۵

هر گونه نقل مطالب گزارش حاضر یا بازنشر جزئی یا کلی آن با ذکر ماخذ و رعایت استناد به امور پژوهشی

کمیسیون حقوق بشر اسلامی ایران، مجاز است.

مجمع عمومی سازمان ملل متحد (A/HRC/۵۸/۳۸ ۲۰۲۵ ژانویه ۱۴)

شورای حقوق بشر

جلسه پنجاه و هشتم (۲۴ فوریه - ۴ آوریل ۲۰۲۵)

دستور جلسه ۲ و ۳: گزارش سالانه کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد و گزارش‌های دفتر کمیسر عالی و دبیرکل در مورد ترویج و حمایت از کلیه حقوق بشر، حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از جمله حق توسعه،

گزارش کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد در مورد سلامت روان و حقوق بشر

خلاصه

گزارش حاضر که مطابق با قطعنامه ۵۲/۱۲ شورای حقوق بشر تهیه شده است، شامل تحلیلی از موانع و چالش‌های اصلی پیش رو در به کارگیری رویکرد حقوق بشر محور به سلامت روان است. این گزارش همچنین شامل توصیه‌هایی برای تلفیق [و تحقق] رویکرد حقوق بشر محور به سلامت روان است.

بخش اول) مقدمه

۱. گزارش حاضر مطابق با قطعنامه ۵۲/۱۲ شورای حقوق بشر به این شورا ارائه شده است. کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد [این گزارش را] با لحاظ گزارش‌های قبلی در مورد سلامت روان و حقوق بشر که توسط این نهاد و سایر انتشارات مرتبط ارائه شده است، تهیه کرده است.^۱

^۱ A/HRC/۳۴/۳۲, A/HRC/۳۵/۲۱, A/HRC/۴۱/۳۴, A/HRC/۴۴/۴۸ and A/HRC/۴۹/۲۹. See also

<https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-humanrights-and-legislation>.

۲. بنا به درخواست شورای حقوق بشر، کمیسر عالی در ۲۳ اکتبر ۲۰۲۴، یک جلسه مشاوره یک روزه در مورد چالش‌ها و بهترین راه‌ها برای اجرای اقدامات هنجاری و سیاستی در سطوح محلی، ملی و منطقه‌ای برای تحقق حقوق بشر افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران فعلی یا بالقوه خدمات سلامت روان برگزار کرد.^۲ این گزارش شامل دیدگاه‌های به اشتراک گذاشته شده توسط کارشناسان در طول جلسه مشاوره است و بر اساس تحقیقات انجام شده توسط دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد (OHCHR) تهیه شده است. علاوه بر این، کمیسر عالی از بیش از ۸۰ مورد [نظریات ارائه شده] از کشورهای عضو و سایر ذینفعان نیز استفاده کرده است.^۳

بخش دوم) پیشینه

۳. حق سلامت در چندین سند بین‌المللی حقوق بشر، از جمله اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۲۵)، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ماده ۱۲)، کنوانسیون حقوق کودک (ماده ۲۴)، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (ماده ۲۵) و کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان (مواد ۱۰ (ح)، ۱۱ (و)، ۱۲ (ب) و ۱۴ (د)) به رسمیت شناخته شده است. کشورهای عضو میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موظفند حداقل، سطوح ضروری هر یک از حقوق، از جمله حق سلامت را تضمین کنند.^۴ همین تعهدات به همان اندازه که در مورد سلامت جسمی اعمال می‌شود، در مورد سلامت روان نیز اعمال می‌گردد.^۵

۴. طبق هنجارها و استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر، دولت‌ها موظف به حفاظت^۶، احترام^۷ و تحقق^۸ تمام حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هستند. در حالی که میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حاوی ماده‌ای نیست که صراحتاً حق برخورداری از یک راه حل مؤثر را تعیین کند، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خاطر نشان کرده است که طبق ماده ۲ (۱) میثاق، کشورهای عضو باید اقداماتی را برای تضمین بهره‌مندی از حقوق

^۲ See <https://www.ohchr.org/en/health/mental-health-and-human-rights>.

^۳ Submissions are available at <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2024/call-inputs-mental-healthand-human-rights>.

^۴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. ۳ (۱۹۹۰), para. ۱۰.

^۵ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. ۱۴ (۲۰۰۰), paras. ۴

^۶ protect

^۷ respect

^۸ fulfil

مندرج در آن انجام دهند و این تعهد شامل اتخاذ اقداماتی برای تضمین دسترسی به راه حل‌های قضایی مؤثر در راستای حفاظت از حقوق به رسمیت شناخته شده در میثاق است.^۹

۵. در حالی که برخی پیشرفت‌ها، مانند افزایش آگاهی و شناخت نیازهای سلامت روان، از جمله تحقیقات و فناوری‌های بیشتر، بدست آمده است، کارشناسان خاطرنشان کردند که پیشرفت کلی همچنان ناهموار، پراکنده و مغایر با هنجارها و استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر، از جمله حق سلامت، است.^{۱۰} این شکاف‌ها با درک پراکنده از رویکرد حقوق بشر محور به سلامت روان، که اغلب منجر به برچسب زدن، تبعیض و اقدامات مضر می‌شود که بر افراد درگیر در نظام‌های سلامت روان تأثیر می‌گذارد، بیشتر به چالش کشیده می‌شوند. افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران نظام‌های سلامت روان اغلب از ظرفیت قانونی که سنگ بنای اساسی کرامت انسانی است، محروم می‌شوند، از جمله در مورد پذیرش یا رد درمان، مراقبت‌های بهداشتی و پذیرش در بیمارستان، که منجر به بستری شدن در مراکز سلامت روان می‌شود.^{۱۱} تجربیات زندگی کردن آنها به اندازه کافی در تدوین و اجرای سیاست‌ها در نظر گرفته نشده است. بهره‌مندی و تحقق حق سلامت، از جمله سلامت روان، توسط عوامل متقاطع، مانند طبقه اجتماعی، نژاد، قومیت، تبعیض تاریخی، فقر، مسکن ناکافی، آموزش محدود و قرار گرفتن در معرض خشونت، درگیری یا فاجعه شکل می‌گیرد.^{۱۲} رسیدگی به این عوامل نیاز به مداخلات بین‌بخشی - خارج از نظام‌های سلامت و هماهنگی با آن - دارد.^{۱۳} برای مثال، افرادی که در فقر زندگی می‌کنند و عمدتاً در مشاغل غیررسمی یا ناپایدار مشغول به کار هستند، تحت تأثیر بیماری‌های روانی قرار می‌گیرند، در حالی که منابع محدودی برای مقابله با آن دارند یا هیچ منبعی وجود ندارد.^{۱۴} تغییرات در شرایط کاری و حرکت به سمت اشتغال موقت و ناپایدار، نقش عمده‌ای در افزایش بیماری‌های روانی افراد کم‌درآمد داشته است. محیط‌های کاری نامناسب - از جمله [همراه با] تبعیض و نابرابری، حجم کار بیش از حد، کنترل شغلی کم و ناامنی شغلی - نیز سلامت روان را به خطر می‌اندازند.^{۱۵} علاوه بر این، بسیاری از افراد در طبقات مختلفی نژادی و جنسیتی ممکن است در معرض خطر بیشتری قرار گیرند.

^۹ *I.D.G. v. Spain* (E/C.۱۲/۵۵/D/۲/۲۰۱۴), para. ۱۱,۳; and *Ben Djazia and Bellili v. Spain* (E/C.۱۲/۶۱/D/۵/۲۰۱۵), para.

۱۳,۴. See also Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. ۹ (۱۹۹۹), para. ۲.

^{۱۰} See A/HRC/۳۵/۲۱

^{۱۱} A/۷۲/۵۵, annex.

^{۱۲} See A/۷۸/۱۸۵ and A/HRC/۴۱/۳۴.

^{۱۳} See A/۷۸/۱۸۵ and A/HRC/۳۵/۲۱.

^{۱۴} See A/۷۹/۱۶۲

^{۱۵} See <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.

۶. دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی روان همچنان یک چالش بزرگ در سطح جهان است. همه‌گیری بیماری کرونا (کووید-۱۹) به دلیل عدم قطعیت، انزوا، خشونت خانگی و سایر عوامل، نگرانی‌های مربوط به سلامت روان را تشدید کرد.^{۱۶} گروه‌های به حاشیه رانده‌شده و محروم، از جمله افراد دارای بیماری‌های روانی، بیشترین آسیب را از این بحران متحمل می‌شوند. امروزه، اکثریت قابل توجهی از کسانی که به مراقبت‌های بهداشتی در خصوص سلامت روان نیاز دارند، به خدمات با کیفیت دسترسی ندارند.^{۱۷} برچسب‌زنی اجتماعی، کمبود منابع انسانی، مدل‌های ارائه خدمات پراکنده و فقدان تحقیقات برای اطلاع‌رسانی در مورد تغییر سیاست‌های حقوق-بنیان و راهبردهای اجرایی، به گسترش شکاف‌های جهانی فعلی در پاسخگویی به نیازهای سلامت روان کمک می‌کند. هزینه‌های بالا، عدم پوشش بیمه و تأخیرهای طولانی، دشواری دریافت به موقع مراقبت‌های بهداشتی روان، از جمله در کشورهای با درآمد بالا مشکلات را تشدید می‌کند.^{۱۸}

۷. در سطح جهانی، خدمات مراقبت‌های بهداشتی روان همچنان بر یک مدل زیست‌پزشکی^{۱۹} متمرکز هستند و عوامل کلیدی اجتماعی سلامت، مانند تنوع فرهنگی، تجربه زیسته و عوامل اجتماعی و محیطی را نادیده می‌گیرند.^{۲۰} این متمرکز بودن، یک پاسخ جامع، از جمله خدمات مراقبت‌های بهداشتی جامعه-محور و حمایت روانی-اجتماعی را در اولویت قرار نمی‌دهد. در نتیجه، نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی روان اغلب قادر به ارائه پاسخ‌ها و حمایت‌های جامعی نیستند که تعامل پیچیده بین سلامت روان و عوامل اجتماعی، محیطی، آموزشی و اقتصادی گسترده‌تر را در نظر بگیرند.^{۲۱}

۸. شکاف‌هایی در سیاست‌های مربوط به انواع تبعیض‌های همپوشان، مانند تبعیض‌های مبتنی بر نژاد، جنسیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی یا معلولیت، وجود دارد که می‌تواند موانع منحصر به فردی برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و سلامت روان ایجاد کند. این امر نابرابری‌های نظام مند و خطرات نقض حقوق بشر را تشدید می‌کند. علاوه بر این،

^{۱۶} See <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-impact-of-covid-19-on-mental-healthcannot-be-made-light-of>.

^{۱۷} Milton L. Wainberg and others, "Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective", *Current Psychiatry Reports*, vol. ۱۹, No. ۵ (May ۲۰۱۷). See also the submission of the United Nations Children's Fund (UNICEF).

^{۱۸} See <https://www.thenationalcouncil.org/news/lack-of-access-root-cause-mental-health-crisis-in-america>; and <https://bmjhealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10593-0>.

^{۱۹} Biomedical model

^{۲۰} World Health Organization (WHO) and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice* (Geneva, ۲۰۲۳)

^{۲۱} *Ibid.*, p. ۱۹; and Human Rights Council resolution ۵۲/۱۲.

حکمرانی ضعیف، از جمله هماهنگی بین بخش‌های بهداشت، آموزش و اجتماعی، مانع از ارائه خدمات جامع می‌شود.^{۲۲}

الف. اشکال متفاوت تبعیض و برچسب‌زنی

۹. تبعیض و برچسب زدن به افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران خدمات سلامت روان همچنان به طرز نگران‌کننده‌ای در سراسر جهان فراگیر است.^{۲۳} این چالش‌ها به اشکال مختلف، از طریق محدودیت‌های نظام مند و بی‌مورد بر حقوق بشر به دلیل موانعی که مانع دسترسی برابر آنها به خدمات و امکانات اولیه مورد نیازشان است، آشکار می‌شود.^{۲۴}

طبق گزارش سازمان جهانی سلامت (WHO)، بیش از ۷۵ درصد از افراد مبتلا به اختلالات روانی، عصبی و سوء‌مصرف مواد در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند.^{۲۵}

۱۰. وجود چالش‌های منحصر به فرد سلامت روان در نتیجه عوامل بیولوژیکی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با جنسیت [غیر قابل انکار است]. هنجارها، نقش‌ها و روابط جنسیتی و نابرابری و بی‌عدالتی جنسیتی، بر سلامت افراد، از جمله سلامت روان، در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، زنان و دختران به طور نامتناسبی تحت تأثیر خشونت مبتنی بر جنسیت و نابرابری جنسیتی در کار و ارائه مراقبت و حمایت بدون دستمزد قرار می‌گیرند. درک سلامت روان و بهزیستی وابسته به فرهنگ است و تحت تأثیر عوامل فرهنگی مانند باورها، ارزش‌ها و سنت‌ها قرار دارد.

۱۱. در برخی کشورها، مشکلات سلامت روان به اشتباه به عنوان جادوگری تعبیر می‌شوند و افراد را در معرض خشونت و نقض حقوق بشر قرار می‌دهند.^{۲۶} زنان و دختران با اشکال مختلف تبعیض روبرو هستند که خطر خشونت

^{۲۲} Submissions of the Centre for Mental Health Law and Policy (India) and the National Commission on Violence against Women (Indonesia)

^{۲۳} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. xvii.

^{۲۴} Submissions of Morocco; Spain; the National Council for Human Rights (Egypt); the Office of the Public Defender (Georgia); the Commission on Human Rights and Administrative Justice of Ghana; the Office of the Human Rights Advocate (Guatemala); the National Commission on Violence against Women (Indonesia); the National Human Rights Commission of Lebanon; and the Uganda Human Rights Commission.

^{۲۵} See <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>.

^{۲۶} Submissions of the Kenya National Commission on Human Rights and the Uganda Human Rights Commission.

علیه آنها را افزایش می‌دهد و دسترسی آنها را به شبکه‌های حمایتی محدود می‌کند.^{۲۷} افراد سالمند، کودکان، افراد دارای معلولیت، اقلیت‌های قومی و نژادی، افراد LGBTIQ+^{۲۸}، مهاجران و پناهندگان نیز با خطرات تبعیض و سوءاستفاده در محیط‌های نهادی و داخلی کشور روبرو هستند.^{۲۹} پناهندگان و پناهجویان نیز ممکن است مراقبت‌های بهداشتی و پشتیبانی روانی مناسبی دریافت نکنند و کیفیت خدمات مشابه شهروندان کشور میزبان را نداشته باشند.^{۳۰} افرادی که در فقر زندگی می‌کنند اغلب قادر به دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیستند زیرا توانایی پرداخت آن را ندارند، که به نوبه خود آسیب‌پذیری را افزایش می‌دهد، بیماری‌های جسمی موجود را توسعه داده و مشکلات سلامت روان را تشدید می‌کند.^{۳۱} همچنین بین سطح تحصیلات و درآمد پیوند وجود دارد و آموزش بهتر عموماً به سلامت جسمی و روانی بهتر منجر می‌شود.^{۳۲}

۱۲. افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران خدمات سلامت روان به طور نامتناسبی در معرض استفاده بیش از حد از زور توسط ماموران اجرای قانون قرار دارند.^{۳۳} به طور مثال، افراد آفریقایی تبار دارای شرایط آسیب‌پذیر [سلامت روان در طول برخوردها در معرض استفاده بیش از حد از زور توسط پلیس قرار گرفته‌اند که خطرات آسیب یا حتی مرگ را در حین دستگیری تشدید می‌کند.^{۳۴}

۱۳. به طور مشابه، افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و افراد درگیر با مشکلات سلامت روان، به طور نامتناسبی در معرض نظام‌های عدالت کیفری قرار دارند که نشان دهنده تبعیض علیه آنان است.^{۳۵} به عنوان مثال، سازوکار

^{۲۷} Submissions of Spain; and the National Commission on Violence against Women (Indonesia).

^{۲۸} توضیح کمیسیون: در مغرب زمین فهرست گروههایی که با عنوان دگرباشان جنسی یا هویت‌های خاص جنسی معرفی میشوند به تدریج توسعه پیدا کرده است و همین رویکرد به اسناد سازمان ملل نیز وارد شده است. بر همین اساس، اغلب در انتهای فهرست کنونی هویت‌های جنسی، از قید (+) استفاده میشود که انتها باز و هر گروه جدید دیگری قابل افزودن باشد.

^{۲۹} A/HRC/۳۲/۴۴, para. ۴۰; and A/HRC/۵۴/۲۶, para. ۱۷

^{۳۰} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۹۶.

^{۳۱} World Bank Group, "Poverty and health", ۲۵ August ۲۰۱۴, available at <https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/poverty-health>.

^{۳۲} A/۷۹/۱۶۲, para. ۱۲.

^{۳۳} See <https://www.ohchr.org/en/news/۲۰۲۴/۰۳/experts-committee-rights-persons-disabilities-commendsweden-its-commitment-committees>

^{۳۴} See the conference room paper of the International Independent Expert Mechanism to Advance Racial Justice and Equality in Law Enforcement on its visit to the United States of America, paras. ۴۸ and ۴۹, available on the OHCHR website, at https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/sessionsregular/session۵۴/A_HRC_۵۴_CRP.V.docx

^{۳۵} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, pp. ۲۱ and ۱۱۱.

تخصصی بین‌المللی برای پیشبرد عدالت نژادی و برابری در اجرای قانون در مورد این واقعیت اعلام نگرانی کرد که تعداد زیادی از افراد موجود دارای وضعیت [آسیب‌پذیری] سلامت روان یا معلولیت روانی-اجتماعی در زندان‌ها و بازداشتگاه‌های ایالات متحده آمریکا زندانی شده‌اند.^{۳۶} ۴۳ درصد در زندان‌های ایالتی و ۴۴ درصد در زندان‌های محلی^{۳۷} که بسیاری از این افراد آفریقایی تبار هستند^{۳۸}، که شواهدی از این واقعیت ارائه می‌دهد که تبعیض نژادی، جرم‌انگاری را به خصوص علیه افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی تشدید می‌کند. سازمان جهانی سلامت تخمین می‌زند که یک سوم از افراد زندانی در اروپا دارای بیماری سلامت روان هستند.

۱۴. یکی دیگر از چالش‌های نظام مند پیش روی افراد دارای معلولیت‌های روان‌اجتماعی و کاربران خدمات سلامت روان، تمایل به اجرای قانون و جرم‌انگاری به عنوان پاسخ‌های پیش‌فرض به مشکلات سلامت عمومی و اجتماعی، از جمله در رابطه با مسکن، آموزش، اشتغال، اعتیاد و مراقبت‌های بهداشتی روان است.^{۳۹} قوانین کیفری به طور نامتناسبی بر افراد دارای معلولیت‌های روان‌اجتماعی تأثیر می‌گذارد. آن‌ها به دلیل تبعیض، انگ، خطرناک تلقی شدن و موانعی مانند انکار اهلیت قانونی و دسترسی محدود به دادگاه‌ها و نهادهای شبه‌قضایی، با حبس بیش از حد و سختی‌های شدید مواجه هستند.^{۴۰} در عین حال، قرار گرفتن در معرض نظام عدالت کیفری می‌تواند به خودی خود تأثیر عمیقی بر سلامت روان داشته باشد.^{۴۱} اعمال حبس انفرادی به تشدید بحران سلامت روان در نظام‌های عدالت کیفری کمک می‌کند و می‌تواند معادل شکنجه محسوب شود.^{۴۲}

۱۵. افرادی که تجربه زندگی کردن با بیماری‌های روانی یا معلولیت‌های روانی-اجتماعی دارند، اغلب با برچسب و انگ در میان متخصصان سلامت مواجه می‌شوند. در گزارشی که در سال ۲۰۲۱ منتشر شد، سازمان جهانی سلامت

^{۳۶} Leah Wang, "Chronic punishment: the unmet health needs of people in state prisons", Prison Policy Initiative, June ۲۰۲۲.

^{۳۷} Jennifer Bronson and Marcus Berzofsky, "Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, ۲۰۱۱-۱۲" (Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, June ۲۰۱۷).

^{۳۸} See the conference room paper of the International Independent Expert Mechanism to Advance Racial Justice and Equality in Law Enforcement on its visit to the United States of America, para. ۱۰۶

^{۳۹} A/HRC/۵۴/۶۹, para. ۲۷.

^{۴۰} Julinda Beqiraj, Lawrence McNamara and Victoria Wicks, *Access to Justice for Persons with Disabilities: From International Principles to Practice* (International Bar Association, ۲۰۱۷).

^{۴۱} Miguel Clemente and Dolores Padilla-Racero, "The effects of the justice system on mental health", *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. ۲۷, No. ۵ (May ۲۰۲۰).

^{۴۲} Human Rights Committee, general comment No. ۲۰ (۱۹۹۲), para. ۶.

نشان داد که در کشورهایی با نظارت محدود بر مطب‌های روانپزشکی، افراد دارای بیماری‌های روانی دو تا سه برابر بیشتر از سایر گروه‌های اجتماعی در معرض اجبار قرار می‌گیرند.^{۴۳} این مسائل با انکار اهلیت قانونی و عدم دسترسی مؤثر به حمایت قانونی در برابر اقداماتی مانند بازداشت خودسرانه یا سایر نقض‌های حقوق بشر، تشدید می‌شود.

ب) رویه‌های قهری

۱۶. قوانین و رویه‌های مرتبط با سلامت همچنان اجازه درمان و بستری اجباری را می‌دهند و به ویژه بر افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی تأثیر می‌گذارند.^{۴۴} افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کسانی که مشکل سلامت روان دارند در موسسات [ذیربط] نگهداری می‌شوند، در حبس و تحت درمان اجباری قرار می‌گیرند و اغلب در شرایط غیرانسانی، از جمله زنجیر شدن و محبوس شدن قرار دارند.^{۴۵}

۱۷. کمیته حقوق افراد دارای معلولیت معتقد است که بستری اجباری در بیمارستان مغایر با مواد ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۹ کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت است.^{۴۶} متأسفانه نظارت و پاسخگویی مستقل و کافی برای رسیدگی به تخلفات مکرر در زمینه پذیرش اجباری و استفاده از امکانات منسوخ شده وجود ندارد.^{۴۷}

۱۸. بستری شدن در مؤسسات نه تنها بر افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران نظام‌های سلامت روان تأثیر می‌گذارد، بلکه بر افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند، افراد بی‌خانمان و دیگران نیز تأثیر می‌گذارد.^{۴۸}

۱۹. به طور متوسط تنها ۲٫۱ درصد از بودجه‌های سلامت در سطح جهان به سلامت روان اختصاص داده می‌شود که بیشتر منابع آن به جای مراقبت‌های غیر زیست‌پزشکی مبتنی بر جامعه-محوری، به مؤسسات روانپزشکی اختصاص می‌یابد.^{۴۹} در نتیجه، نظام‌های مراقبت جامعه-محور توسعه نیافته و به اندازه کافی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.

^{۴۳} WHO, *Mental Health Atlas 2020* (Geneva, ۲۰۲۱)

^{۴۴} Submission of the Indonesia Revolution and Education for Social Inclusion.

^{۴۵} See <https://www.hrw.org/report/۲۰۲۰/۱۰/۰۶/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilitiesworldwide>.

^{۴۶} CRPD/C/KOR/CO/۱, para. ۲۹; CRPD/C/DOM/CO/۱, para. ۲۷; and CRPD/C/AUT/CO/۱, para. ۳۰.

See also A/۷۲/۵۵, annex.

^{۴۷} Submissions of Health Justice; the Office of the Ombudsman (Argentina); the Office of the Public Defender (Ombudsman) (Georgia); the Commission on Human Rights and Administrative Justice of Ghana; and the National Human Rights Committee (Qatar)

^{۴۸} See

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct۲۰۲۴/writtenstatements/۲۰۲۴-۱۰-۳۱-stm-doc.pdf> (in Spanish).

^{۴۹} Submission of UNICEF.

تلاش‌های محدود برای گذار از بستری شدن در مراکز درمانی به خدمات و پشتیبانی مراقبت‌های سلامت روان جامعه -محور، به دلیل محدودیت‌های زیرساختی، کمبود بودجه مزمن و مقاومت در نظام‌های سلامت روان پزشکی، با مشکل مواجه است.^{۵۰}

این شیوه‌ها اغلب افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی یا افراد دارای نیازهای سلامت روان را مدنظر قرار نمی‌دهند.

۲۰. افرادی که در مراکز درمانی روانپزشکی بستری شدند، مطابق با قوانین بین‌المللی حقوق بشر، خواستار شناسایی، جبران خسارت و ترمیم موارد نقض حقوق بشر شده‌اند.^{۵۱} آسیب‌های گذشته و موارد نقض حقوق بشر باید مورد توجه قرار گیرند و گام‌های معناداری در جهت شناسایی این موارد و جبران خسارت برداشته شود. این امر شامل بازتوانی و توانبخشی می‌شود، اما محدود به آنها نیست. این گام‌ها باید فراتر از جبران خسارت مالی باشد.^{۵۲} همچنین اولویت‌بندی دسترسی به مراقبت‌های جامعه-محور ضروری است.

۲۱. یکی دیگر از نگرانی‌ها در مورد شیوه‌های اجباری، روش‌های درمانی به اصطلاح تغییرگر^{۵۳}، از جمله در زمینه خدمات سلامت روان است. سازوکارهای حقوق بشر سازمان ملل متحد و سازمان جهانی سلامت نگرانی خود را در مورد چنین مداخلاتی که با هدف تغییر اجباری گرایش جنسی یا هویت جنسیتی افراد لژیین، دوجنسگرا یا تراجنسیتی انجام می‌شود، ابراز کرده‌اند.^{۵۴} چنین شیوه‌هایی که اغلب جوانان را هدف قرار می‌دهند، می‌تواند شامل حبس اجباری در مراکز روانپزشکی، اعمال شوک الکتریکی و «درمان بیزارسازی / اعلام انزجار»^{۵۵} باشند که منجر به آسیب جسمی و روانی می‌شود. این روش‌های غیراخلاقی در برخی موارد می‌توانند معادل شکنجه یا رفتار یا مجازات ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز باشند و باید ممنوع شوند.^{۵۶}

^{۵۰} Submissions of Integrative Wellbeing; the Office of the Ombudsman (Argentina); the Centre for Mental Health Law and Policy (India); and the National Commission on Violence against Women (Indonesia)

^{۵۱} See also CRPD/C/۵

^{۵۲} Statement of the Chair of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities at the closing of the panel on deinstitutionalization, Geneva, ۱۸ August ۲۰۲۳, available at <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/crpd/statements/۲۰۲۳۰۹۱۱-stmdeinstitutionalization.docx>.

^{۵۳} Conversion therapies

^{۵۴} A/HRC/۲۹/۲۳, paras. ۱۴, ۳۸ and ۵۲; and A/HRC/۴۴/۵۳.

^{۵۵} Aversion therapy

^{۵۶} A/۵۶/۱۵۶, para. ۲۴; A/HRC/۲۹/۲۳, para. ۵۲; A/HRC/۴۴/۵۳; and CAT/C/CHN/CO/۵, paras. ۵۵ and ۵۶

ج) چالش‌های نظام مند در قانونگذاری و اجرای سیاست‌ها

۲۲. اکثریت قریب به اتفاق کشورها معاهدات حقوق بشری مربوطه را که حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی، از جمله کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت را به رسمیت می‌شناسند، تصویب کرده‌اند. با این حال، تلاش‌هایی لازم است تا اطمینان حاصل شود که تعهدات بین‌المللی در قوانین ملی گنجانده شده و نهادهای ذیصلاح ظرفیت لازم برای حمایت و اجرای مؤثر این حقوق را دارند.

مطالعات و گزارش‌های متعددی چالش‌های اجرای چارچوب‌های مراقبت‌های سلامت روان مبتنی بر حقوق بشر، به ویژه در مناطق روستایی و کم‌درآمد را برجسته می‌کنند.^{۵۷}

۲۳. در بسیاری از بافتارها و وضعیت‌ها، حقوق افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی نقض می‌شود و استقلال، مشارکت و توانایی آنها در ارائه رضایت آزادانه و آگاهانه را محدود می‌کند. این محدودیت‌ها به طور گسترده به عنوان مسائل سیستمی شناخته می‌شوند که نیاز به همسویی با استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر، از جمله کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، دارند.^{۵۸} به عنوان مثال، بسیاری از کشورها قوانینی دارند که درمان اجباری یا بستری شدن را تحت شرایط خاص، مانند زمانی که فرد به عنوان خطری برای خود یا دیگران تلقی می‌شود، مجاز می‌دانند، با عنوان معیارهایی مانند "آخرین راه حل"، "ضرورت پزشکی" یا "ناتوانی".^{۵۹} این استثنائات قانونی نگران‌کننده هستند زیرا منجر به محدودیت‌هایی در حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت می‌شوند و به طور ناعادلانه استقلال افراد برای تجربه زندگی کردن، مشارکت آنها در فرآیندهای تصمیم‌گیری و توانایی آنها در ارائه رضایت را محدود می‌کنند. انکار اهلیت قانونی، همانطور که در کنوانسیون ذکر شده است، یکی از شکاف‌های اصلی در قوانین

^{۵۷} Submissions of Malaysia, Morocco; the National Commission on Violence against Women

(Indonesia); the Office of the Ombudsman (Argentina); the Austrian Ombudsman Board; the Office of the Public Defender (Georgia); the Commission on Human Rights and Administrative Justice of Ghana; Kenya National Commission on Human Rights; the People's Advocate Office of the Republic of Moldova; the National Council for Human Rights (Egypt); and the Uganda Human Rights Commission.

^{۵۸} Statements during the consultation on mental health and human rights by Víctor Lizama, member of Red Orgullo Loco Mexico (in Spanish); Richa Sharma-Dhamorikar, Research and Advocacy Officer at Transforming Communities for Inclusion; and Carlos Ríos Espinosa, Associate Director of the Disability Rights Division of Human Rights Watch. See <https://www.ohchr.org/en/health/mentalhealth-and-human-rights>. See also the submissions of New Script for Health; and the Global Human Rights Centre.

^{۵۹} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, pp. ۱۳, ۱۹ and ۵۳; and Sangeeta Dey and others, "Comparing legislation for involuntary admission and treatment of mental illness in four South Asian countries", *International Journal of Mental Health Systems*, vol. ۱۳, No. ۱ (December ۲۰۱۹).

داخلی است که به طور جدی بر بهره‌مندی و اعمال طیف وسیعی از حقوق بشر، از جمله دسترسی به عدالت، جبران مؤثر و غرامت، تأثیر گذار خواهد بود.^{۶۰}

۲۴. کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، منشور عربی حقوق بشر و اعلامیه حقوق بشر انجمن ملل جنوب شرقی آسیا [آسه آن]، همگی شامل مقرراتی در مورد بالاترین استاندارد قابل دستیابی به سلامت جسمی و روانی هستند. به ویژه، کمیسیون آفریقایی حقوق بشر و مردم در اصول و دستورالعمل‌های خود در مورد اجرای حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مقرر در منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، از کشورها می‌خواهد که «مراقبت‌های سلامت روان را تا حد امکان در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی جامعه - محور انجام دهد و از افراد دارای معلولیت برای زندگی مستقل در جامعه، به جای زندگی در فضاها یا پزشکی، حمایت کنند. برای این منظور، تلاش‌های بیشتری برای ارائه خدمات مناسب، به ویژه برای افرادی که در مناطق روستایی و محله‌های فقیرنشین و بازماندگان جنگ زندگی می‌کنند، مورد نیاز است.»^{۶۱}

۲۵. مواد ۶، ۷ و ۸ کنوانسیون حمایت از حقوق بشر و کرامت انسانی در رابطه با کاربرد زیست‌شناسی و پزشکی (کنوانسیون اویدو) بر اساس مبانی متعدد، استثنائاتی را بر اصل رضایت آزادانه و آگاهانه که در ماده ۵ همان معاهده ذکر شده است، وضع می‌کنند.^{۶۲} از سال ۲۰۱۴، شورای اروپا در حال تهیه پروتکل الحاقی به کنوانسیون اویدو با عنوان «حمایت از حقوق بشر و کرامت افراد دارای اختلال روانی در رابطه با اسکان اجباری و درمان اجباری» است. سازوکارهای حقوق بشر سازمان ملل متحد، سازمان‌های جامعه مدنی و سایر ذینفعان خواستار لغو پیش‌نویس پروتکل فعلی شده‌اند، که از نظر آنها، رویکردی را در سیاست و رویه‌های سلامت روان حفظ می‌کند که مبتنی بر اجبار است و با اصول و استانداردهای حقوق بشر معاصر و حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، به ویژه در رابطه با بستری شدن در مراکز نگهداری، ناسازگار است.^{۶۳}

^{۶۰} Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. ۱ (۲۰۱۴), paras. ۹, ۱۵ and

۴۲۰ ۰۰۰۰ ۰/۰۰۰۰/۳۷/۵۶, ۰۰۰۰. ۱۵.

^{۶۱} See <https://achpr.au.int/en/node/۸۷۱>.

^{۶۲} See <https://rm.coe.int/۱۶۸۰۰۷cf۹۸>.

^{۶۳} See <https://www.mentalhealthurope.org/what-we-do/human-rights/withdraw-oviedo>; and

<https://www.ohchr.org/en/press-releases/۲۰۲۱/۰۵/un-rights-experts-call-council-europe-stop-legislation-coercive-mental>.

۲۶. نگرانی دیگر مربوط به جرم انگاری خودکشی و اقدام به آن و همچنین مصرف مواد مخدر است که باعث تشدید برچسب زدن اجتماعی و دلسرد شدن افراد از درخواست کمک می شود.^{۶۴}

د. دسترسی به مراقبت‌ها و پشتیبانی های سلامت روانی

۲۷. همانطور که اشاره شد، کمبود بودجه، [کمبودها و نارسایی مربوط به] موجود بودن به صرفه^{۶۵}، کیفیت^{۶۶}، و قابلیت دسترسی^{۶۷} به خدمات سلامت روان مبتنی بر حقوق را در سطح جهانی محدود می کند. همچنین از این دیدگاه پشتیبانی می کند که سلامت روان همچنان در اکثر نظام‌های مراقبت‌های سلامت در اولویت پایین برای تأمین مالی عمومی قرار دارد.

۲۸. دسترسی به موقع به نظام های پشتیبانی روانی-اجتماعی بسیار مهم است. شرایط سلامت روان درمان نشده^{۶۸} باعث روان پریشانی^{۶۹} بیشتر، تشدید مشکلات سلامت جسمی و لزوم استفاده بیشتر از مراقبت‌های اورژانسی و خدمات اجتماعی می شود که هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اضافی^{۷۰} در سراسر مراقبت‌های سلامت، نظام‌های رفاه اجتماعی و سایر بخش‌ها را در پی دارد.

۲۹. حمایت از سلامت روان و مداخلات زودهنگام و هدفمند مبتنی بر حقوق بشر، کیفیت زندگی، بهره‌وری اقتصادی و تاب‌آوری کلی افراد و جوامع را بهبود می بخشد و هزینه‌ها و نیازهای بلندمدت را کاهش می دهد.^{۷۱} در نتیجه، سرمایه‌گذاری در نظام‌های سلامت مبتنی بر حقوق، از نظر اقتصادی نیز پایدارتر و باثبات بیشتری خواهد بود.^{۷۲}

^{۶۴} See A/HRC/۵۶/۵۲

^{۶۵} Availability

^{۶۶} Quality

^{۶۷} Accessibility

^{۶۸} Unaddressed mental health conditions

^{۶۹} Psychological distress

^{۷۰} See <https://tpchd.org/wp-content/uploads/۲۰۲۲/۱۲/Unattended-Mental-Health-Impact-on-Society.pdf>;

and Heather L. Taylor and others, "Economic burden associated with untreated mental illness in Indiana", *JAMA Health Forum* (۲۰۲۳).

^{۷۱} Long Khanh-Dao Le and others, "Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations", *PLOS Medicine* (۲۰۲۱).

^{۷۲} Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies (Paris, ۲۰۲۱).

۳۰. کشورها در پاسخ به افزایش بار بدهی و بحران‌های اقتصادی اقداماتی را انجام داده‌اند که منجر به کاهش دسترسی به نظام‌های مراقبت و پشتیبانی به موقع و با کیفیت شده است.^{۷۳} این اقدامات هم بر افرادی که به دنبال مراقبت و پشتیبانی هستند و هم بر کسانی که آن را ارائه می‌دهند، تأثیر گذاشته است. متخصصان سلامت و مراقبان خانواده به دلیل شرایط ناپایدار سیستمی و فقدان خدمات جامعه-محور، اغلب در معرض روان‌پریشی قرار دارند.^{۷۴}

۳۱. کاهش بودجه و منابع سلامت روان منجر به افزایش تعداد افراد دارای مشکلات سلامت روان و افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و با پلیس در تماس هستند، شده است.^{۷۵} آنها در معرض خطر زندانی شدن^{۷۶} و در مقایسه با افراد بدون مشکلات سلامت روان که با اتهامات مشابه روبرو هستند، تمایل دارند دوره‌های طولانی‌تری از حبس را تجربه کنند.^{۷۷} در برخی کشورها، مجریان قانون، پاسخ‌دهندگان اصلی به تماس‌های مربوط به سلامت و سایر خدمات اجتماعی، از جمله موارد مربوط به مراقبت‌های بهداشتی هستند.^{۷۸} قطعا برای رهایی از رویکرد عدالت کیفری به سلامت روان، اتخاذ واکنش‌های جایگزین ضروری است.

۳۲. کارکنان مدارس در سراسر جهان فاقد آموزش سلامت روان هستند و این امر باعث می‌گردد که کودکان و نوجوانان را اغلب بدون مراقبت‌های کافی و به موقع سلامت رها می‌کند. در نتیجه، اغلب اوقات جوانان نتوانسته‌اند به مراقبت‌های به موقع و با کیفیت سلامت روان دسترسی داشته باشند و این امر موجب می‌گردد که شرایط آنها ناشناخته بماند یا بدتر شود.^{۷۹}

۵. فقدان داده‌های کافی و به موقع

۳۳. در سطح جهانی، شکاف‌های اطلاعاتی در مورد سلامت روانِ حقوق-بنیان، مانع از درک کامل وضعیت ملی و جهانی می‌شود و شفافیت و پاسخگویی را کاهش می‌دهد. فقدان داده‌های کافی و به موقع، توانایی مقامات ملی و

^{۷۳} Julia Nadine Doetsch and others, "A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: rethinking austerity for the most vulnerable", *International Journal for Equity in Health*, vol. ۲۲, No. ۳ (۲۰۲۳).

^{۷۴} Submissions of the International Association for Hospice and Palliative Care; and Maat for Peace, Development and Human Rights Association

^{۷۵} A/HRC/۵۴/۶۹, para. ۳۴; and A/HRC/۵۶/۵۲, para. ۵.

^{۷۶} A/HRC/۵۴/۶۹, para. ۳۴; and A/HRC/۵۶/۵۲, para. ۵.

^{۷۷} A/HRC/۵۴/۶۹, para. ۳۴; and https://www.tac.org/reports_publications/serious-mental-illnessprevalence-in-jails-and-prisons.

^{۷۸} A/HRC/۵۴/۶۹, paras. ۳۵-۵۲

^{۷۹} A/HRC/۵۱/۱۹, para. ۴۷

سایر افراد را در اتخاذ اقدامات هدفمند و متناسب که به حقوق و نیازهای افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و سایر افراد مرتبط با خدمات سلامت روان پاسخ می‌دهد، محدود می‌کند.^{۸۰} برای پرداختن به شکاف‌های فعلی، جمع‌آوری داده‌های جامع کیفی و کمی ضروری است و جزء اصلی یک رویکرد مبتنی بر حقوق بشر است. در زمینه سلامت روانِ حقوق-بنیان، جمع‌آوری داده‌ها باید بر [نحوه] تخصیص منابع، [مصادیق] نابرابری در دسترسی به مراقبت‌ها و پشتیبانی‌های سلامت روانِ حقوق-بنیان، که از جمله برای آسیب‌پذیرترین و به حاشیه رانده‌شده‌ترین افراد [پیاده می‌شود] و الگوهای تبعیض [را در بردارد]، متمرکز شود. داده‌ها باید بر اساس سن، جنس، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، معلولیت و سایر عوامل، متناسب با شرایط ملی، تفکیک شوند.^{۸۱} تلاش‌های جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات باید مبتنی بر رویکردی مقید به حقوق بشر انجام پذیرد، از جمله، در کنار سایر الزامات، مشورت نزدیک با سازمان‌هایی که نماینده افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی، کاربران خدمات سلامت روان و اقلیت‌های نژادی و قومی هستند، صورت گیرد.^{۸۲}

۳۴. جمع‌آوری داده‌ها در مورد شاخص‌هایی مانند دسترسی به اشتغال، مسکن و آموزش و وضعیت عمومی اجتماعی-اقتصادی افراد استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان، می‌تواند بینش‌های مهمی در مورد اشکال متقاطع تبعیض ارائه دهد. همچنین باید داده‌های جزئی‌تری در مورد تأثیرات غیرمستقیم تغییرات اقلیمی، مهاجرت و مشکلات اقتصادی بر سلامت روان جمع‌آوری شود تا سوالات مربوط به مراقبت‌های سلامت روان را پاسخ دهد.^{۸۳}

ی. محدودیت مشارکت معنادار و وارد ساختن افراد دارای تجربه زیسته

۳۵. جوامع و افراد دارای تجربه زیسته باید به طور فعال در فرآیند شکل‌دهی به سیاست‌ها و قوانین مربوط به مراقبت‌های سلامت روان مشارکت داشته باشند.^{۸۴} مشارکت معنادار بهتر تضمین می‌نماید که سیاست‌ها مبتنی بر نیازهای دارندگان حق بوده و مؤثرتر هستند.^{۸۵} با این حال، نابرابری‌های قدرت ریشه‌دار^{۸۶} در بسیاری از محیط‌های سلامت روان،

^{۸۰} Submissions of Concepts of Truth, Inc; and Patriots for Growth and Development Initiative. See also WHO, *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All* (Geneva, ۲۰۲۲), pp. ۵۱-۵۳.

^{۸۱} A/HRC/۳۴/۳۲, para. ۳۶

^{۸۲} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۸۶.

^{۸۳} Submission of the Special Rapporteur on the promotion and protection of human rights in the context of climate change

^{۸۴} Submission of Integrative Wellbeing.

^{۸۵} A/۷۹/۱۶۲, para. ۶۶

^{۸۶} Entrenched power asymmetrie

توضیح کمیسیون: اشاره به فاصله زیاد و ساختاری بین پزشکان/مستولان (که قدرت تصمیم‌گیری دارند) و بیماران (که اغلب نادیده گرفته می‌شوند) دارد که مانع می‌شود صدای بیماران واقعاً شنیده شود.

مشارکت معنادار را مختل کرده است.^{۸۷} مشارکت افراد دارای تجربه زیسته، اغلب [در بند برخی] تعصبات سیستمی شکل گرفته است و [همین امر] مانع از مشارکت معنادار و توانایی افراد ذریبند در تأثیرگذاری بر تصمیماتی می‌شود که بر آنها تأثیرگذار است.^{۸۸} علاوه بر این، اغلب خانواده‌ها و جوامع از شرکت در فرآیند تدوین و اجرای سیاست‌ها و قوانین سلامت روان محروم می‌شوند. محدودیت‌های منابع، توانایی دولت‌ها را برای تأمین مشارکت واقعی محدود کرده است.

بخش سوم) فراهم کردن اقدامات هنجاری و سیاستی برای ارتقای رویکرد حقوق بشر-محور به سلامت روان

۳۶. تحقق حقوق بشر افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران خدمات سلامت روان مستلزم فراهم کردن اقدامات هنجاری و سیاستی است. این اقدامات شامل توسعه چارچوب‌های قانونی با رویکردی فراگیر؛ همسوسازی سیاست‌ها با هنجارها و استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر؛ تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت؛ پرداختن به [موارد] برچسب زنی و تبعیض؛ و ترویج مشارکت فعال افراد دارای تجربه زیسته در فرآیندهای تصمیم‌گیری و در روند بهبودی است. چنین اقداماتی با هدف تقویت عدالت، احترام و توانمندسازی و در عین حال ایجاد نظام‌هایی است که از کرامت و استقلال همه افراد حمایت کنند.

۳۷. در عین حال، عوامل تعیین‌کننده خارجی از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی، بر نظام‌های سلامت روان تأثیر می‌گذارند فلذا تلاش‌های چندبخشی خارج از نظام سلامت روان ضروری است در اجرای رویکرد حقوق بشر-محور به سلامت روان، تقویت و توسعه پیدا کنند. تحقیقات و تحلیل‌های بیشتر در رابطه با راهبردهای بین‌بخشی مرتبط با این موضوع ضروری است انجام پذیرد، اما فراتر از محدوده این گزارش است.

الف. اصلاحات سیاستی یا قانونی

۳۸. مراقبت‌های سلامت روان حقوق-بنیان به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر مراقبت‌های بهداشتی برای همه در نظر گرفته می‌شود.^{۸۹} تصویب، اصلاح یا اجرای قوانین حقوق-محور در سطح ملی، امری کلیدی برای تضمین آن است که سیاست‌ها، نظام‌ها، خدمات و برنامه‌های سلامت روان، مراقبت‌های سلامت روان جامعه-بنیان و مبتنی بر رعایت حقوق

^{۸۷} See A/HRC/۳۵/۲۱

^{۸۸} Submission of Spain.

^{۸۹} A/HRC/۳۵/۲۱, para. ۵۴.

بشر برای همه را فراهم آورند. در مواردی که تدابیر مرتبط با سیاست ملی در حال اجرا هستند، اطمینان از اینکه آنها با موازین بین‌المللی حقوق بشر مطابقت دارند، بسیار مهم است.

۳۹. تلاش‌های گسترده‌تر در انجام اصلاحات قانون مدنی [کشورها] راجع به اهلیت قانونی [افراد] و تضمین رضایت آزادانه و آگاهانه در [هر گونه] اصلاحات مربوط به نظام سلامت، پیش‌شرط‌های ضروری برای ایجاد مراقبت‌های سلامت روان مبتنی بر حقوق بشر هستند.^{۹۰} برای این منظور، قانون باید ضمانت‌هایی را فراهم کند و از اجبار و سوءاستفاده‌های احتمالی در استفاده از مداخلات خاص جلوگیری کند. در این زمینه، ایجاد یک چارچوب قانونی توانمندساز برای توسعه خدمات سلامت روان که به حقوق همه افراد درگیر در این موضوع، احترام گذارد و همه تصمیمات درمانی را بر اساس رضایت آزادانه و آگاهانه فرد قرار دهد، بسیار مهم است.

۴۰. جرم‌زدایی [در مقررات کیفری راجع به] خودکشی، حوزه‌ای است که در آن [تسریع] اصلاحات قانونی مورد نیاز است.^{۹۱} این امر می‌تواند به کاهش برچسب زنی اجتماعی کمک کند، کسانی را که به خودکشی فکر می‌کنند تشویق کند تا به موقع از حمایت روانی-اجتماعی برخوردار شوند و جمع‌آوری دقیق‌تر آمارهای مرتبط با خودکشی را برای پاسخ‌های آگاهانه‌تر در سیاست‌گذاری تسهیل کند.^{۹۲} نمونه‌هایی از همکاری بین ذینفعان ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی برای تقویت تبادل سیاست‌ها و پیشگیری از خودکشی و تلاش برای [شکل دهی] راهنمایی در مورد توسعه سیاست‌گذاری و قانونگذاری [در این زمینه] قابل ستایش است، اما [ز یاد نباید برد که] این تلاش‌ها باید مبتنی بر حقوق بشر باشند.^{۹۳}

۴۱. در برخی مناطق [دنیا]، اصلاحات قانونی برای لغو سرپرستی‌ها [بر برخی افراد به علل مرتبط با سلامت روان]، با تمرکز بر مدل‌های تصمیم‌گیری حمایت‌شده برای مراقبت‌های سلامت روان^{۹۴} یا ممنوعیت ایجاد مؤسسات روانپزشکی جدید در تلاش برای تغییر [رویکرد] به سمت مراقبت‌های سلامت روان جامعه-بنیان در حال انجام است.^{۹۵}

^{۹۰} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, pp. ۲۲-۲۷

^{۹۱} Submissions of the Centre for Mental Health Law and Policy (India); Integrative Wellbeing; the People's Advocate Office of the Republic of Moldova; and the Office of the Ombudsman (Portugal).

^{۹۲} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۷۵.

^{۹۳} Submissions of Uruguay; the Commission on Human Rights and Administrative Justice of Ghana; the Office of the Human Rights Advocate (Guatemala); and the Ukrainian Parliament Commissioner for Human Rights.

^{۹۴} See <https://govern.cat/salaprensa/acords-govern/14321/govern-incorpora-al-codi-civil-catala-figuralassistencia> (in Catalan).

^{۹۵} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۹۳.

۴۲. تلاش‌های گسترده‌تر برای توسعه مراقبت‌های سلامت روان مورد نیاز است. یک مورد قابل توجه در این زمینه، به‌روزرسانی رویکرد جامع کمیسیون اروپا در مورد سلامت روان در ماه می ۲۰۲۴ است که سلامت روان را در سطح سلامت جسمی قرار می‌دهد. این سیاست، در میان سایر عناصر، بر دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان با کیفیت و مقرون به صرفه و ادغام مجدد در جامعه تمرکز دارد.^{۹۶} در همین راستا، اتحادیه اروپا ۲۰ طرح شاخص را معرفی کرده و ۱/۲۳ میلیارد یورو بودجه از طریق ابزارهای مالی مختلف اختصاص داده است.

ب. خدمات جامعه-محور

۴۳. اولویت دادن به رویکردهای جامعه-محور برای کنترل مؤثر بر سلامت روان مطابق با موازین حقوق بین‌الملل بشر بسیار مهم است. برخی از کشورها، شهرها و مناطق [دنیا] تلاش‌هایی را برای گذار تدریجی از مؤسسات و نهادهای روانپزشکی متمرکز به سمت خدمات سلامت روان جامعه-بنیان و فرد محور انجام داده‌اند.^{۹۷} به عنوان مثال، شهر تریسته در ایتالیا، چهار مرکز سلامت روان جامعه-بنیان دارد و متخصصان سلامت از نزدیک با اعضای خانواده، پشتیبانی مسکن، آموزش یا تحصیلات تکمیلی و کارآموزی در ارتباط هستند. این تلاش‌ها با همکاری افرادی که خودشان تجربه زیسته این چینی داشته‌اند، انجام می‌گیرد.^{۹۸} در اوکراین، تیم‌های سلامت روان جامعه [محور] در زمینه درگیری‌های مسلحانه تقویت شده‌اند تا نیازهای سلامت روان را به طور جامع‌تری برطرف کنند.^{۹۹}

۴۴. در برخی از زمینه‌های محلی، همکاری بین دولت‌های محلی، مروّجان سلامت جامعه و مدافعان سلامت روان، با مشارکت افراد دارای تجربه زیسته، مدل‌های مراقبت‌های سلامت روان فراگیر و جامعه-محور را تقویت کرده است. در هند، برنامه‌ای با آموزش اعضای جامعه برای ارائه پشتیبانی سلامت روان، نمونه‌ای از مراقبت‌های سلامت روان جامعه-محور را ارائه داده است که شیوه‌های سنتی مراقبت از خود را با راهبردهای حرفه‌ای سلامت روان هماهنگ

^{۹۶} See https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en.

^{۹۷} Submissions of Albania; Malaysia; Slovenia; Spain; Türkiye; the Office of the Human Rights Advocate (Guatemala); the Slovak National Centre for Human Rights; and the Uganda Human Rights Commission

^{۹۸} See <https://www.who.int/europe/news-room/19-12-2023-central-asian-countries-look-for-secrets-to-success-in-community-based-mental-health-reform-from-trieste--italy>.

^{۹۹} See <https://www.who.int/europe/news-room/12-03-2024-reaching-patients-with-severe-mental-health-disorders--who-hands-over-12-vehicles-for-community-health-providers-in-ukraine>.

می‌کند.^{۱۰۰} چنین مجامعی که در آن اعضای جامعه می‌توانند دانش خود در مورد سلامت روان را با شیوه‌های مراقبت از خود، روش‌های ارائه خدمات و ارائه‌دهندگان حمایت هماهنگ کنند، ثابت شده اثربخش هستند.

۴۵. مدل‌های جامعه-محور با اولویت دادن به استقلال و شمول اجتماعی، نمونه‌ای از مراقبت‌های سلامت روان مبتنی بر حقوق هستند. به عنوان مثال، مرکز بحران گریستین در کانادا خدمات مداخله غیر اجباری در [وضعیت] بحران، مانند پشتیبانی تلفنی ۲۴ ساعته، تیم‌های بحران سیار، ارجاعات پشتیبانی جامعه، مدیریت بحران مصرف مواد، پیگیری و دسترسی به تخت‌های [وضعیت] بحران کوتاه مدت را ارائه می‌دهد.^{۱۰۱} سایر برنامه‌های جامعه-محور، از فناوری و مشارکت جامعه برای افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان و کاهش برچسب زنی اجتماعی استفاده می‌کنند، مانند خدمات داوطلبانه جامعه آتمیاتا در هند.^{۱۰۲} این برنامه پشتیبانی روانی-اجتماعی و خدمات سلامت روان را در شش منطقه ارائه می‌دهد. در برزیل، مراکز مراقبت روانی-اجتماعی، سنگ بنای شبکه سلامت روان جامعه‌محور این کشور هستند و خدمات تخصصی ارائه می‌دهند که در زمره مراقبت‌های اولیه سلامت روان تلفیق شده‌اند.^{۱۰۳}

۴۶. برخی از مدل‌های شمول اجتماعی، تمرکز جامعی بر مراقبت از خود، تغذیه، تناسب اندام، توانمندسازی خانواده، مهارت‌آموزی، حمایت معیشتی، کمک همسالان و تسهیل دسترسی به خدمات اجتماعی رایج دارند. برای تشویق زیست جامعه-محور و کاهش فضاهای محدودیت آور، حل تعارض در اولویت قرار می‌گیرد و [این خود] فضاهایی برای گفتگو ایجاد می‌سازد که از نهادینه شدن بیماری جلوگیری و زیست بوم روانی-اجتماعی جامعه را متحول می‌سازد.^{۱۰۴} یک نمونه فضای ایجاد شده اسکان جامعه-محور در هند از زنانی که در مؤسسات روانپزشکی هستند،

^{۱۰۰} See <https://reachalliance.org/case-study/atmiyatas-volunteer-led-approaches-to-addressing-mentalhealth-in-rural-india>.

^{۱۰۱} See <https://gersteincentre.org>.

^{۱۰۲} Statement made at the consultation on mental health and human rights by Soumitra Pathare, Director of the Centre for Mental Health Law and Policy (India), available at https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/session1-segment2/Promising-initiatives_Soumitra-Pathare.docx; and <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240020507-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, p. ۱۱۸

^{۱۰۳} WHO, *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-centred and Rightsbased Approaches* (Geneva, ۲۰۲۱), pp. ۶۱-۶۴.

^{۱۰۴} Statement made at the consultation on mental health and human rights by Ms. Sharma-Dhamorikar, *Transforming Communities for Inclusion*.

حمایت می‌کند^{۱۰۵} و یک طرح ابتکاری در فرانسه متشکل از شوراهای محلی برای سلامت روان در دولت‌های منطقه‌ای تأسیس و فعالیت می‌کند^{۱۰۶}. آنها کاربران خدمات سلامت روان و متخصصان ذیربط و نمایندگان منتخب را برای اجرا و بهبود سیاست‌های محلی سلامت روان، متحد و همراه می‌کنند.

۴۷. طرح‌های سلامت روان جامعه-محور همچنین شامل خدمات و خطوط تلفن پشتیبانی ۲۴ ساعته نوجوانان است که دسترسی فوری به کمک و مراقبت را فراهم می‌کند. علاوه بر این، شبکه‌های اجتماعی نقش حیاتی در تقویت مشارکت فرهنگی و هنری فراگیر دارند. پویسهای [مدنی] ضد برچسب‌زنی اجتماعی با جذب فعالان و به اشتراک گذاشتن داستان‌های افراد دارای تجربه زیسته، تلاش‌ها را تقویت و تعصب [و جمود فکری و رفتاری] را کاهش می‌دهند.^{۱۰۷} در برخی کشورها، راهبردهای مداخله در بحران برای پیشگیری از خودکشی و برنامه‌های گسترده‌تر سلامت روان تلفیق شده‌اند و پشتیبانی به موقع و چندرشته‌ای ارائه می‌دهند. [هم چنین] مشاوره تلفنی و مراقبت‌های پس از بحران برای ارائه پشتیبانی فوری و بین رشته‌ای برای افراد نیازمند راه‌اندازی شده‌اند.^{۱۰۸} علاوه بر این، خدمات سلامت روان به طور فزاینده‌ای از طریق دیجیتال شدن در دسترس قرار می‌گیرند، که می‌تواند به ویژه در محیط‌های کم‌درآمد که نظام‌های ارائه خدمات درمانی با محدودیت‌هایی مواجه هستند، مفید باشد.^{۱۰۹}

۴۸. در شرایط پس از جنگ، استفاده از شیوه‌های سلامت روان در راهبردهای ملی و ارائه پشتیبانی بلندمدت مربوط به تروما (آسیب روانی) ضروری است، اگرچه اغلب در اولویت قرار نمی‌گیرد و به طور قابل توجهی با کمبود منابع مواجه است.^{۱۱۰} برخی از سیاست‌های ملی، مراقبت‌های بهداشت روان را در تلاش‌های گسترده‌تر مربوط به آشتی و

^{۱۰۵} Submission by the Centre for Mental Health Law and Policy (India); and

<https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housing-supportive-services-women-mentalillness-experiencing-long-term-care>.

^{۱۰۶} Article L۳۲۲۱-۲ of the Public Health Code of France, available at

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI۰۰۰۰۶۶۸۷۹۶۶/۲۰۱۱-۰۸-۰۱ (in French); and submission of Fundación para la Democracia Internacional.

^{۱۰۷} Statement made at the consultation on mental health and human rights by Magda Casamitjana Aguilà, Director of the National Mental Health Pact of Catalonia, Department of the Presidency of the Generalitat de Catalunya, available at

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct۲۰۲۴/session۱-segment۲/M-CASAMITJANA.pdf> (in Spanish).

^{۱۰۸} Submissions of Ecuador; El Salvador; Malaysia; and the National Human Rights Commission of Lebanon

^{۱۰۹} Janos L. Kalman and others, "Digitalising mental health care: practical recommendations from the European Psychiatric Association", *European Psychiatry*, vol. ۶۷, No. ۱ (۲۰۲۴).

^{۱۱۰} Chesmal Siriwardhana and others, "Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study", *International Journal of Mental Health Systems*, vol. ۱۰, No. ۱ (December

تفاهم [همگانی] تلفیق کرده‌اند و از یک مدل مبتنی بر جامعه-محوری استفاده کرده‌اند.^{۱۱۱} [برابر این سیاست های ملی] مشاوران محلی آموزش دیده‌اند و [مقوله های] بهبودی فردی و هم چنین انسجام اجتماعی در اولویت قرار گرفته‌اند، [به علاوه] در سایر زمینه‌ها، تیم‌های سیار برای شناسایی و رسیدگی به نیازهای سلامت روان جمعیت‌های آواره مستقر شدند و دسترسی به خدمات مربوطه را تسهیل کردند.^{۱۱۲}

۴۹. برای کودکان و جوانان، دسترسی به طیف وسیعی از خدمات سلامت روان در مدارس و جامعه بسیار مهم است. برخی از کشورها با ایجاد برنامه‌های مشاوره مدرسه با هدف تقویت مداخله زودهنگام، به [رفع] بحران سلامت روان پس از کووید-۱۹ کمک کردند که منجر به نتایج مثبتی شد.^{۱۱۳}

ج) افزایش پاسخگویی از طریق نظارت و سرپرستی مستقل

۵۰. گروه‌هایی که در موقعیت‌های حاشیه‌ای قرار دارند - مانند گروه‌هایی که از خاستگاه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین، اقلیت‌ها یا مهاجران هستند - اغلب [در بسیاری کشورها] از حمایت قوانین سلامت روان برخوردار نیستند.^{۱۱۴} این امر ممکن است منجر به بدرفتاری در «جوامع درمانی» و «اردوگاه‌ها» شود، که در آنها غل و زنجیر و حبس، حتی اگر غیرقانونی باشند، اعمال می‌گردد. تبعیض ساختاری و نظارت ناکافی دولت، اغلب این گروه‌ها را از دسترسی به عدالت محروم می‌کند، در حالی که ترس از اجرای قانون [علیه آنها]، محرومیت را بیشتر تقویت می‌کند. نقض مداوم حقوق بشر، از جمله پذیرش های اجباری و استفاده از امکانات منسوخ شده، با فقدان نظارت و پاسخگویی مستقل، تشدید می‌شود.^{۱۱۵}

۵۱. پاسخگویی برای بهره‌مندی از حق سلامت روان به سه عنصر بستگی دارد: (الف) نظارت؛ (ب) بررسی مستقل و غیرمستقل، مانند نهادهای قضایی، شبه قضایی، سیاسی و اداری، و همچنین سازوکارهای پاسخگویی اجتماعی؛ و (ج)

۲۰۱۶). <https://www.thinkglobalhealth.org/article/mental-health-care-rwanda-three-decades-resilience>.

Rights.

^{۱۱۱} See <https://www.thinkglobalhealth.org/article/mental-health-care-rwanda-three-decades-resilience>.

^{۱۱۲} Submission of Armenia.

^{۱۱۳} Commissioner for Children and Young People in Scotland, "Mental health: counselling in schools" (Edinburgh,

۲۰۲۳).

^{۱۱۴} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۱۴.

^{۱۱۵} Submissions of Health Justice; the Office of the Ombudsman (Argentina); the Office of the Public Defender

(Georgia); the Commission on Human Rights and Administrative Justice of Ghana; and the National Human Rights Committee (Qatar).

راه‌حل‌های دادخواهی مؤثر و جبران کامل^{۱۱۶}. کشورها می‌توانند از طریق قانونگذاری، سازوکارهای پاسخگویی مربوط به سلامت روان را ایجاد کنند که برای نظارت و بهبود سیستم‌ها و خدمات سلامت روان، محوری است.

۵۲. این سازوکارها باید دسترسی به عدالت و حق برخورداری از سازوکارهای مؤثر دادخواهی را تضمین کنند. به ویژه، توانایی طرح شکایت و درخواست غرامت باید برای کسانی که با خدمات سلامت روان تعامل دارند، در دسترس باشد. در برخی از کشورها، دادگاه‌ها از طریق احکام مترقی و اصلاحات قضایی، نقش مفیدی در حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت روانی-اجتماعی و کاربران خدمات سلامت روان ایفا کرده‌اند^{۱۱۷}.

۵۳. کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت تصریح می‌کند که تمام امکانات و برنامه‌هایی که برای خدمت به افراد دارای معلولیت طراحی شده‌اند، باید به طور مؤثر توسط مقامات مستقل نظارت شوند (ماده ۱۶ (۳)). این تعهد در مورد امکانات و برنامه‌های مرتبط با سلامت نیز اعمال می‌شود. کمیسیون‌های نظارتی میان‌رشته‌ای متشکل از نمایندگان دولت، دانشگاهیان، کارکنان سلامت روان، سازمان‌های افراد دارای معلولیت و سازمان‌های اعضای خانواده، نمونه‌ای از سازوکارهای نظارتی^{۱۱۸} و هیئت‌های سلامت روان هستند که رعایت استانداردهای حقوق بشر را تضمین می‌کنند.^{۱۱۹} کشورها ممکن است چارچوب‌های مختلفی برای نظارت بر حقوق افراد استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان داشته باشند، مانند نهادهای بررسی سلامت روان، نهادهای ملی حقوق بشر و سازوکارهای پیشگیرانه ملی و غیره. مشارکت افراد دارای تجربه زیسته این چینی در تصمیم‌گیری‌ها و فرآیندهای مؤثر بر آنها، از جمله در طراحی و اجرای سازوکارهای پاسخگویی و نظارت، همچنان ضعیف است و نشان دهنده نیاز به [تقویت] تلاش‌های بیشتر در این زمینه است.^{۱۲۰}

د. مقابله با برچسب زنی اجتماعی و افزایش آگاهی

۵۴. در بسیاری از کشورها، ذینفعان به طور فعال یک رویکرد جامع مبتنی بر حقوق را به سلامت ترویج می‌دهند. آنها برای جلوگیری از طرد اجتماعی و ارتقای برابری در اشتغال، مراقبت‌های بهداشتی و آموزش برای افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و کاربران فعلی یا بالقوه خدمات سلامت روان تلاش می‌کنند.

^{۱۱۶} A/HRC/۳۵/۲۱, para. ۵۱

^{۱۱۷} Submission of the Kenya National Commission on Human Rights.

^{۱۱۸} Submission of Uruguay.

^{۱۱۹} Submission of the Kenya National Commission on Human Rights.

^{۱۲۰} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۱۰۱.

۵۵. برخی از کشورها پویش‌های آگاهی‌بخشی عمومی در مورد سلامت روان را برای کاهش آنگ اجتماعی و جلوگیری از خودکشی ایجاد و مدیریت کرده‌اند.^{۱۲۱} جامعه مدنی و سایر سازمان‌ها آگاهی در مورد حقوق افراد دارای تجربه زیسته را افزایش داده‌اند.^{۱۲۲} در سریلانکا، نیداس چینتانا سانسادایا، یک انجمن [مدنی] در اقدامی [قابل توجه]، افراد به حاشیه رانده شده در جوامع را با متخصصان سلامت روان مرتبط می‌کند و از این طریق راه‌حل‌های محلی را ترویج می‌دهد.^{۱۲۳}

۵۶. با افزایش خطرات سلامت روان مرتبط با تغییرات اقلیمی، برخی از کشورها [برنامه‌های] سلامت روان و حمایت روانی-اجتماعی را در زمره آمادگی‌های عملی در قبال بلایا آماده کرده‌اند. برخی از کشورها سازوکارهای هماهنگی و برنامه‌های آمادگی و واکنش اضطراری را برای رسیدگی به نیازهای سلامت روان و روانی-اجتماعی در صورت بروز فوریت‌های مرتبط با آب و هوا اجرا کرده‌اند.^{۱۲۴} در استرالیا، بنگلادش، بورکینافاسو، هائیتی و هند، تاب‌آوری جامعه با ترویج آموزش سلامت روان و بهبود سواد اقلیمی تقویت شده است. در برخی مناطق، اپلیکشن‌های کاربردی سلامت روان برای بازماندگان نوجوان آتش‌سوزی‌های جنگلی طراحی شده‌اند که همزمان با پویش‌های رسانه‌ای برای افزایش آگاهی در مورد سلامت روان پس از فاجعه، رفع برجسب زنی، کمک‌خواهی و توسعه منابع موجود بکار گرفته میشوند.

۵. تلفیق شیوه‌های مناسب فرهنگی

۵۷. به ویژه در کشورهایی که کیفیت خدمات پایین است یا در دسترس نیست، افراد و خانواده‌هایشان تمایل دارند به دنبال شیوه‌های جایگزین برای مراقبت‌های سلامت روان، مانند حمایت رهبران مذهبی، جادوگران یا درمانگران جایگزین باشند.^{۱۲۵}

^{۱۲۱} Submissions of El Salvador; Malaysia; Mauritius; Montenegro; Saudia Arabia; Türkiye; the Kenya National Commission on Human Rights; the Oman Human Rights Commission; and the National Human Rights Committee (Qatar).

^{۱۲۲} Submission of the National Commission on Violence against Women (Indonesia).

^{۱۲۳} See <https://www.mhinnovation.net/organisations/nidhas-chinthana-sansadaya-consumer-actionforum>.

^{۱۲۴} Submission of the Special Rapporteur on the promotion and protection of human rights in the context of climate change.

^{۱۲۵} Muhammad Arsyad Subu and others, "Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis", *International Journal of Mental Health Systems*, vol. ۱۵, No. ۱ (December ۲۰۲۱).

۵۸. تلفیق شیوه‌های جایگزین و بومی سلامت روان در مدل‌های اصلی مراقبت‌های سلامت روان می‌تواند حمایت مناسب فرهنگی و مؤثری را ارائه دهد،[البته] اگر این شیوه‌ها کاملاً با استانداردهای حقوق بشر سازگار باشند.^{۱۲۶} [به عنوان مثال] مفهوم بومی *buen vivir* (زیست خوب) که در برخی از کشورهای آمریکای لاتین اعمال می‌شود، بر جامعه، عزت و هماهنگی با طبیعت تأکید دارد و الهام‌بخش اصلاحات سلامت روان است که اهمیت فرهنگی را در اولویت قرار می‌دهند.^{۱۲۷} این رویکرد و سایر رویکردها، الگوهایی را ترویج می‌دهند که با تلفیق ارزش‌ها و شیوه‌های سنتی در سیاست‌های سلامت روان، به دنبال تحول اجتماعی هستند و مدل‌های جامع‌تر و مؤثرتری را در مراقبت‌های سلامت روان ایجاد می‌کنند.

و) تلفیق سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

۵۹. خدمات سلامت روان باید در سطوح مراقبت‌های اولیه و تخصصی [بهداشتی] برای همه قابل دسترس باشد.^{۱۲۸} تلفیق سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، یک راهبرد مؤثر برای بهبود دسترسی جمعیت‌های محروم و اطمینان از دسترسی هر کس به خدمات سلامت روان در مراحل اولیه و نزدیک به خانه‌ها و جوامع خود است.^{۱۲۹} یک پیشرفت امیدوارکننده در این زمینه، [وضعیتی است که] تلاش فزاینده برای تلفیق خدمات سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه نمود یابد و بدین ترتیب، این خدمات را مقرون به صرفه‌تر، قابل قبول‌تر، بدون برچسب زنی، جامع‌نگر و از نظر فرهنگی مناسب‌تر سازد. در ارمنستان، خدمات سلامت روان در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای آوارگان داخلی و جوامع میزبان مطرح شده است.^{۱۳۰} در زیمبابوه، مشاوران غیرمتخصص به عنوان بخشی از "نیمکت دوستی" از افراد دارای تجربه زیسته [موارد منفی سلامت روان] حمایت می‌کنند. [در این کشور] این خدمات آگاهی‌رسانی به جامعه، به عنوان بخشی از خدمات بهداشت اولیه عمومی کشور در سراسر کشور اجرا شده است.^{۱۳۱}

۶۰. در برخی از کشورها، راهبردهای جامع و شبکه‌های خدماتی، دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان را، به ویژه در پاسخ به افزایش تقاضا پس از همه‌گیری کووید-۱۹، بهبود بخشیده‌اند. قانون‌گذاری نیز نقش کلیدی ایفا کرده و

^{۱۲۶} Submission of the Kailash Union.

^{۱۲۷} Statement made at the consultation on mental health and human rights by Mr. Lizama

^{۱۲۸} A/HRC/۳۵/۲۱, para. ۷۸

^{۱۲۹} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۸۸.

^{۱۳۰} See <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-۲۰۲۰-mtr/countrystory/۲۰۲۳>.

^{۱۳۱} See <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org>.

از معرفی مداخلات [حمایتی]، خدمات و پشتیبانی سلامت روان در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مطابق با این اصل که سلامت روان باید از اهمیت یکسانی با سلامت جسمی برخوردار باشد، حمایت کرده است.

۶۱. اگرچه این اقدامات مرتبط هستند، اما برای تضمین دسترسی همه افراد نیازمند به خدمات جامع سلامت روان حقوق-بنیان کافی نیستند. تلاش‌های هماهنگ برای اطمینان از اینکه مداخلات ارائه شده در مراقبت‌های اولیه با رویکردی مبتنی بر حقوق همسو هستند، ضروری است. چالش‌های مداوم و اساسی برای دستیابی به دسترسی جهانی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

(ز) پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان

۶۲. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به طیف گسترده عوامل غیرزیستی اشاره دارد که برون‌داد های سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، از جمله شرایط محیطی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که افراد در آن زندگی می‌کنند و توسط توزیع منابع، سیاست‌ها و ساختارهای اجتماعی شکل می‌گیرند.^{۱۳۲} برای پرداختن به این عوامل، اقداماتی در بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و عدالت ضروری است، به عنوان مثال از طریق راهبردهای ضد تبعیض و فرصت‌های برابر، نظام‌های حمایتی و حفاظت اجتماعی جامعه-محور، مسکن، اشتغال، اقدامات مربوط به تغییرات اقلیمی و ترویج ساختارهای اجتماعی که شناسایی اجتماعی و حمایت از تنوع را ارتقا بخشند.^{۱۳۳}

۶۳. ابتکارات امیدوارکننده‌ای وجود دارد که با ارائه برنامه‌های حرفه‌ای و سایر برنامه‌های ظرفیت‌سازی، هدفشان ترویج مشارکت افراد دارای تجربه زیسته در محل کار است. چنین ابتکارات آموزشی، ظرفیت‌های شرکت‌کنندگان را در زمینه‌های ایجاد درآمد یا درخواست‌های شغلی به فعلیت در می‌آورد یا تقویت می‌کند. اسرائیل، سوئیس و تایلند [مدعی ارائه] خدمات توانبخشی سلامت روان جامعه-محور شده‌اند. [در برنامه‌های این کشورها فراگیری مهارت‌های] مکانیکی دوچرخه، مهارت‌های آشپزی و سخنرانی در جمع، دسترسی به اشتغال را تسهیل می‌کند.^{۱۳۴} در برخی کشورها، ذینفعان متعددی، متخصصان سلامت روان را در مورد کاربرد رویکرد مبتنی بر حقوق بشر و ارائه خدمات سلامت روان جامعه-محور آموزش داده‌اند.

^{۱۳۲} See https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_۱.

^{۱۳۳} WHO and OHCHR, *Mental Health, Human Rights and Legislation*, p. ۲۳.

^{۱۳۴} See <https://www.enosh.org.il/english>; and

<https://iris.who.int/bitstream/handle/۱۰۶۶۵/۳۴۱۶۴۸/۹۷۸۹۲۴۰۰۲۵۷۰۷-eng.pdf?sequence=۱>.

۶۴. برنامه‌های حمایتی همگام با تقویت ارتباط، کاهش آنگ اجتماعی و فراهم کردن دسترسی به منابعی که بر سلامت روان و رفاه تأثیر می‌گذارند، نقش مهمی در پرداختن به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت ایفا می‌کنند.^{۱۳۵}

۶۵. چنین برنامه‌هایی در توانمندسازی افراد دارای تجربه زیسته [مربوط به چالش‌های ذریبط] موفق بوده‌است. به عنوان مثال، طرح ملی خود-حمایتی اوگاندا، گروه‌های حمایتی همگام را با همکاری رهبران محلی سازماندهی می‌کند تا در مورد مسکن، اشتغال و حمایت اجتماعی کمک ارائه شود.^{۱۳۶} سایر کشورها خدمات سرپایی، ویزیت در منزل و پلتفرم‌های دیجیتال را برای دسترسی از راه دور به خدمات [حمایتی] تسهیل می‌کنند.

۶۶. در برخی از مناطق [دنیا]، انجمن‌ها مشارکت فعال افراد دارای تجربه زیسته ذریبط را در برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌ها و سایر ابتکارات تسهیل کرده‌اند.^{۱۳۷} با این حال، در سطح جهانی، مشارکت معنادار کاربران خدمات سلامت روان و خانواده‌های آنها در فرآیندهای توسعه سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌ها ناکافی بوده و عمدتاً به ترویج [امور مربوط به] سلامت و افزایش آگاهی محدود شده است تا مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سطح بالاتر.^{۱۳۸}

۶۷. در دوران بحران‌های مالی و اقتصادی، سیاست‌های ریاضتی^{۱۳۹}، از جمله اتخاذ اقدامات عقب‌گرد (قهقرایی)^{۱۴۰}، باید تنها زمانی به کار گرفته شوند که اجتناب از آنها ممکن نباشد. این اقدامات باید ضروری و متناسب باشند و مطابق با تعهدات بین‌المللی حقوق بشر،^{۱۴۱} از جمله حق به سلامت، معمول گردند. این امر شامل توجه بیشتر به حقوق

^{۱۳۵} Prashant Shekhar Tripathi, "Peer support programs in mental health nursing: harnessing lived experience for recovery", *BRIO International Journal of Nursing Research*, vol. ۵, No. ۱ (۲۰۲۴).

^{۱۳۶} Statement made at the consultation on mental health and human rights by Ms. Sharma-Dhamorikar, Transforming Communities for Inclusion.

^{۱۳۷} Statement made at the consultation on mental health and human rights by Ms. Casamitjana Aguilà

^{۱۳۸} Teresa Hall and others, "Service user and family participation in mental health policy making in Timor-Leste: a qualitative study with multiple stakeholders", *BMC Psychiatry*, vol. ۲۰, No. ۱۱۷ (۲۰۲۰).

^{۱۳۹} Austerity measures

توضیح کمیسیون: به سیاست‌هایی گفته می‌شود که دولتها برای کاهش کسری بودجه، هزینه‌های عمومی را کم می‌کنند.

^{۱۴۰} retrogressive measure

توضیح کمیسیون: منظور از اقداماتی که وضعیت را به عقب برمی‌گرداند کاهش سطح خدمات یا حمایت‌هایی است که قبلاً وجود داشته و مردم از آن بهره‌مند بوده‌اند.

^{۱۴۱} See E/C.۱۲/۲۰۱۶/۱.

بشر مراقبان خانواده،^{۱۴۲} و حفاظت از شرایط عادلانه و مطلوب کار برای کارکنان مراقبت و پشتیبانی نیز می‌شود. نیازهای آنها اغلب نادیده گرفته می‌شود در حالی که آنها مرتباً در معرض پریشانی روانی قرار دارند.^{۱۴۳}

بخش چهارم) نتیجه‌گیری و راه پیش رو

۶۸. اصلاح نظام مند نظام‌های سلامت روان با اولویت دادن به رویکردی مبتنی بر حقوق بشر، به شدت مورد نیاز است. این امر مستلزم گذار از تأکید محدود بر رویکردهای زیست‌پزشکی به سمت درک جامع‌تر و فراگیرتر از سلامت روان است و بنابراین، گذار به سوی مراقبت‌های بهداشتی و پشتیبانی روان جامعه-محور ضروری است. این امر مستلزم تغییراتی در قوانین و سیاست‌ها در جهت تغییر از نهادسازی [مراکز خاص دولتی] به سمت [شکل دهی] مراقبت‌های سلامت روان جامعه-محور و تأمین منابع مناسب برای [فعالیت موثر] جایگزین‌های مراقبت‌های سلامت روان جامعه-محور به جای موسسات [محدود دولتی] است.

۶۹. تلاش‌های اصلاحی در حوزه قانونگذاری باید با تلاش‌هایی برای مقابله با برچسب‌زنی و تبعیض، گسترش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و پشتیبانی روان مبتنی بر حقوق بشر و ایجاد بنیان‌هایی قوی‌تر برای کار در این حوزه بر اساس داده‌های تفکیکی همراه باشد. زیربنای همه این ابتکارات باید تعهدی اساسی برای تضمین مشارکت معنادار افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی، افراد دارای تجربه زیسته [مشکلات سلامت روان] و کاربران خدمات سلامت روان در فرآیند سیاست‌گذاری مربوط به این مسائل باشد.

۷۰. بودجه کافی و همکاری بین بخشی برای تقویت خدمات پایدار حقوق بشر و سلامت روان جامعه-محور بسیار مهم است. یک رویکرد چندوجهی برای رسیدگی به تبعیض‌های مُرکّب بر اساس نژاد، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، گرایش جنسی، معلولیت، هویت جنسیتی و سایر مواردی که افراد دارای بیماری‌های روانی با آن مواجه هستند، مورد نیاز است. این عوامل به طور قابل توجهی بر بروندهای سلامت روان تأثیر می‌گذارند.

۷۱. برای دستیابی به این اهداف، گسترش قابل توجه منابع مالی برای رویکردهای سلامت روان مبتنی بر حقوق بشر، به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مورد نیاز است. اهداکنندگان و شرکای [برنامه‌های] توسعه بین‌المللی باید از کشورهای نیازمند حمایت کنند و نیاز بیشتری به همکاری بین‌المللی برای اطمینان از تأمین مالی مناسب نظام

^{۱۴۲} Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. ۵ (۲۰۱۷), para. ۶۷; and A/HRC/۵۲/۳۲, para. ۹۷ (f)

^{۱۴۳} Submissions of the International Association for Hospice and Palliative Care, Inc; and Maat for Peace, Development and Human Rights Association. See also Edward Cruz and others, "Caring for the caregiver: an exploration of the experiences of caregivers of adults with mental illness", *SSM – Qualitative Research in Health*, vol. ۵ (۲۰۲۴).

های سلامت روان مبتنی بر حقوق وجود دارد. چنین حمایتی برای توانمندسازی کشورها جهت گذار از نهادسازی [مراکز محدود دولتی] به سمت مراقبت‌های سلامت روان جامعه-محور و مبتنی بر [رعایت] حقوق، ضروری است. تلاش‌های گسترده‌تر برای ایجاد فضای مالی که تأمین‌کننده حداکثر منابع موجود با هدف دستیابی تدریجی به تحقق کامل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از جمله تضمین استاندارد کافی زندگی، شرایط کاری عادلانه و مطلوب، مسکن و دسترسی به آموزش باشد، مورد نیاز است.

۷۲. جمع‌آوری داده‌های جزئی و انجام تجزیه و تحلیل عمیق برای توانمندسازی گروه‌های به حاشیه رانده شده در جهت برخورداری از حق سلامت خود نیز به همین ترتیب بسیار مهم است. نقش داده‌ها در دستیابی به برابری بین نیازهای سلامت جسمی و روانی، از جمله تلفیق مراقبت‌های سلامت روان در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه و عمومی، با مشارکت فعال همه ذینفعان در شکل‌دهی به سیاست‌های عمومی، امری اساسی است.

۷۳. دفتر کمیسر عالی حقوق بشر [سازمان ملل] آماده است تا از تلاش‌ها برای اجرای رویکردی مبتنی بر حقوق بشر در حوزه سلامت روان حمایت کند. تحقیقات و تلاش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند شامل مشاوره در پنج منطقه [جهان] با دولت‌ها، نهادهای منطقه‌ای بین‌دولتی، کارشناسان حقوق بشر و سازمان‌های جامعه مدنی برای جمع‌آوری شواهد، درک چالش‌ها و جمع‌آوری تجربیات عملی باشد. چنین مشاوره‌هایی می‌تواند به دفتر کمیسر عالی حقوق بشر کمک کند تا از دولت‌ها و سیاست‌گذاران برای گنجاندن رویکردهای مبتنی بر [رعایت] حقوق در نظام‌های سلامت روان حمایت متناسب ارائه دهد. دفتر کمیسر عالی حقوق بشر همچنین با سازمان جهانی سلامت (WHO) برای انتشار راهنمایی در مورد سلامت روان، حقوق بشر و قانونگذاری همکاری می‌کند. برای رسیدگی به شکاف‌ها و چالش‌های عمده شناسایی شده در گزارش حاضر، حمایت بیشتر از این حوزه‌های کاری مورد نیاز خواهد بود.

بخش پنجم) توصیه‌ها

۷۴. کمیسر عالی [حقوق بشر سازمان ملل] بر نیاز فوری به اتخاذ رویکردی مبتنی بر حقوق بشر در مورد سلامت روان به عنوان عنصر اساسی حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت برابر موازین بین‌المللی حقوق بشر تأکید می‌کند. در این گزارش، کمیسر عالی همچنین بر اهمیت تضمین انسجام و هم‌افزایی بین ابتکارات انجام شده توسط دولت‌ها و سایر سطوح ملی و بین‌المللی در جهت تقویت گنجاندن [موازین] حقوق بشر در چارچوب‌های سلامت روان تأکید می‌کند.

۷۵. کمیسر عالی [حقوق بشر سازمان ملل] به دولت‌ها و سایر ذینفعان توصیه می‌کند:

الف) اطمینان حاصل کنند که قوانین ملی در مورد سلامت روان کاملاً با هنجارها و استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر سازگار است. در صورت لزوم، اصلاح و هماهنگ‌سازی قوانین باید به عنوان وسیله‌ای برای ترویج اعمال حقوق و شمول اجتماعی عمل کند.

ب) اتخاذ اصلاحات قانونی، سیاسی و نهادی در مورد مسائل ساختاری زیر را به عنوان یک اولویت در نظر بگیرید:

نخست: تغییر الگو از رویکردهای تنبیهی به اقدامات متمرکز بر سلامت و حقوق بشر، جرم‌زدایی از خودکشی و مصرف و نگهداری مواد مخدر برای استفاده شخصی، ارائه جایگزین‌هایی برای حبس؛ و پرداختن به پرچسب‌زنی اجتماعی و معرفی دسترسی به موقع به مراقبت و حمایت. این امور شامل اجرای یک رویکرد ترمیمی است که بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی روانی جامعه-محور به جای مجازات تمرکز دارد؛

دوم: اطمینان حاصل شود که رضایت آزاد و آگاهانه اساس همه مداخلات مرتبط با سلامت روان است، و به رسمیت شناختن اینکه توانایی افراد برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، عنصر اساسی حق سلامت است. در نتیجه، به شیوه‌های اجباری در زمینه سلامت روان، از جمله [اخذ] تعهد غیرارادی، درمان اجباری، انزوا و محدودیت‌ها پایان دهید تا به حقوق افراد استفاده‌کننده از خدمات سلامت روان احترام بگذارید.

اطمینان حاصل شود که همه نظام‌های مراقبت‌های سلامت روان، مطابق با موازین بین‌المللی حقوق بشر، به استقلال و رضایت آگاهانه افراد دارای معلولیت‌های روانی-اجتماعی و افراد درگیر با سلامت روان احترام می‌گذارند.

سوم: [همه دولت‌ها] با حداکثر منابع موجود خود، گام‌هایی را بردارند تا اطمینان حاصل شود که خدمات سلامت روان، از جمله برای گروه‌های در موقعیت‌های حاشیه‌ای یا آسیب‌پذیر، به صورت در دسترس، مقرون به صرفه، عادلانه و از نظر فرهنگی مناسب ارائه شود.

ج) اولویت دادن به تغییر [رویکرد] از مراقبت‌های سلامت روان نهادی [و محدود به چند موسسه دولتی] به مراقبت‌های سلامت روان جامعه-محور و حقوق-بنیان و خدمات حمایتی که بر بهبودی، خودمختاری و تلفیق اجتماعی تأکید دارند؛

(د) تلفیق مداخلات جامعه-محور و هدایت شده از سوی هم‌تایانی که از نظر فرهنگی مناسب هستند در ابتکارات مراقبت‌های سلامت روان. تخصیص منابع کافی برای سلامت روان، به ویژه مراقبت‌های بهداشتی و حمایتی روان جامعه-محور. در نظر گرفتن نیازهای افراد در مناطق روستایی، جوامع کم‌درآمد و جمعیت‌های حاشیه‌نشین؛

(ه) انجام پوشش‌های ملی برای مبارزه با برچسب زنی‌های مربوط به مشکلات سلامت روان از جمله با مشارکت افراد دارای تجربه زیسته این‌چنینی و پیشبرد آگاهی و درک اجتماعی؛

(و) اطمینان حاصل کنید که مجریان قانون، متخصصان بهداشت، سیاست‌گذاران و رهبران جامعه، آموزش‌های هدفمندی را برای مقابله با تعصبات، اتخاذ رویکردهای مبتنی بر حقوق و مبارزه با آنگ و سوءاستفاده، مطابق با الزامات موازین بین‌المللی حقوق بشر، دریافت می‌کنند. تدوین برنامه‌های جامع با تمرکز بر نیازهای زنان، کودکان، افراد دارای معلولیت، جوانان، دگرباشان جنسی (LGBTIQ+)، پناهندگان و اقلیت‌ها برای ارتقاء عدالت و شمول‌گرایی ضروری است؛

(ز) اجرای برنامه‌های مزایای اجتماعی غیرمشارکتی برای افراد دارای مشکلات سلامت روان، با هدف رسیدگی به نابرابری‌های نظام مند و تضمین سطح زندگی مناسب، مطابق با استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر؛

(ح) ایجاد سامانه‌های قوی برای جمع‌آوری داده‌های تفکیکی در مورد سلامت روان، با در نظر گرفتن تلاقی با نژاد، جنسیت و عوامل اجتماعی-اقتصادی، و رسیدگی به نابرابری‌ها؛

(ط) ایجاد سازوکارهای عدالت جبرانی برای بازماندگان شیوه‌های اجباری سلامت روان، از جمله جبران خسارت مالی، عذرخواهی عمومی و نظارت جامعه‌محور، مطابق با اصول عدالت و جبران خسارت برابر موازین بین‌المللی حقوق بشر.