

Biopower in Medical Control of Offenders; Critics on Several Regulations in Criminal Policy of Iran, Saudi Arabia, Egypt, UAE and Jordan

Mehdi Khaghani Esfahani ¹

1. Assistant Professor of Criminal Law and Criminology at the Institute for Research and Development of Humanities (SAMT), Iran, Tehran, Email: khaghani@samt.ac.ir

Abstract

After the decline of the era of exercising political power over the bodies of working men and the objectification of the body in the eyes of the powerful, the era of domination over the human body as a disciplinary power for punishment, with justifications for controlling the health and treating criminals, began, and the mentally ill and delinquents were also expanded into part of the power equation from fundamental rights to criminal rights. The evolution of the forms of government over the bodies and minds of prisoners is the soft violence resorted to by authoritarian criminal policy, which has transformed the legitimate showcase of respect for human rights into a cover for medical control of hordes of criminal convicts, and has made not only criminals, but also the sciences of studying criminals - including health policymaking and criminal policymaking - into tools of the ideology of a penal order that benefits little from criminal justice. This article, using a qualitative method and in the context of critical analysis of legal discourse, based on the expansion of Foucault's critique of criminal discipline, criticizes some criminal and paracriminal regulations of Iran with a comparative look at some Islamic countries (including Egypt, Saudi Arabia, Jordan, and the United Arab Emirates) as forms of misuse of legislative criminal policy for the hegemony of power over the psyche of physically convicted persons (prisoners). It is necessary to amend some Iranian penal regulations based on comparative experiences to prevent the diversion of noble medical goals into penal policy objectives that are inconsistent with the goals and ideals of criminal law, and this is the subject of this article. The article shows that the penal regulations and customs of periodic examinations and medical screenings in Iran's legislative and judicial criminal policy, in comparison with the laws of selected Islamic countries, lack legal guarantees to prohibit instrumentalization in collecting biological and psychological data in the process of assessing the dangerousness of convicts. The lack of clear rules on data confidentiality, informed consent, and limits on the use of medical information also creates the risk that health data will be used against the individual in judicial proceedings, which conflicts with fundamental principles of medical ethics and is part of the larger challenge of the political economy of treatment in prison.

Keywords: Criminal Policy, Medicalization of Punishment, Knowledge-power, Control-oriented Treatment, Medical Authoritarianism.

Received: 22/04/2026;

Revised: 19/06/2026;

Accepted: 19/07/2026

How To Cite: Khaghani Esfahani, Mehdi (2026). Biopower in Medical Control of Offenders; Critics on Several Regulations in Criminal Policy of Iran, Saudi Arabia, Egypt, UAE and Jordan, *Criminal Law Doctrines of Islamic Countries*, 3 (3), 74-106. <https://www.doi.org/10.22091/dlic.2026.15748.1169>

Published by: University of Qom

© The Author(s)

Article type: Research



زیست‌قدرت کنترل پزشکی بزهکاران؛ نقد چند مقررہ در سیاست جنایی ایران، عربستان، مصر، امارات و اردن

مهدی خاقانی اصفهانی^۱

۱. استادیار حقوق کیفری و جرم‌شناسی و پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)، ایران، تهران، رایانامه: khaghani@samt.ac.ir

چکیده

پس از افول عصر اعمال قدرت سیاسی بر بدن مردان کار و اُزگی آماج‌گون بدن در پیشگاه ارباب قدرت، دورهٔ چیرگی بر تن آدمی به‌مثابه قدرت انضباطبخش کیفری با توجیهات کنترل سلامت و درمان مجرمان، فروغ یافت شد و روان‌کژروان و بزهکاران نیز به بخشی از معادله قدرت از حقوق اساسی به حقوق کیفری بسط یافت. تحول گونه‌های حکومت بر تن و روان زندانیان، خشونت نرم مورد توسل سیاست جنایی اقتدارگراست که ویتترین موجهی از رعایت حقوق بشر را پوشش کنترل پزشکی فوج‌های محکومان کیفری قرار داده و نه تنها مجرمان، بلکه علوم مطالعه مجرمان - از جمله سیاست‌گذاری سلامت و سیاست‌گذاری جنایی - را ابزار ایدئولوژی نظم کیفری کم‌بهره از عدالت کیفری نموده است. این مقاله به روش کیفی و در بافت تحلیل انتقادی گفتمان حقوقی، بر مدار بسط نقد فوکویی به انضباطگری کیفری، برخی مقررات کیفری و پیراکیفری ایران را با نگاهی تطبیقی به برخی کشورهای اسلامی، از جمله مصر، عربستان سعودی، اردن و امارات متحده عربی به‌مثابه آشکال سوءکاربست سیاست جنایی تقنینی برای هژمونی قدرت بر روان محکومان تنی (زندانیان) نقد می‌کند. اصلاح برخی مقررات کیفری ایران با توجه به تجارب تطبیقی، جهت پیشگیری از انحراف اهداف شریف پزشکی در مقاصد سیاست کیفری ناهمسو با اهداف و آرمان‌های حقوق کیفری، ضروری و موضوع مقاله حاضر است. مقاله نشان می‌دهد مقررات و عرف‌های کیفری معاینات دوره‌ای و غربالگری‌های پزشکی در سیاست جنایی تقنینی و قضایی ایران، در قیاس با حقوقی کشورهای اسلامی منتخب، فاقد تضمین حقوقی منع ابزارانگاری در جمع‌آوری داده‌های زیستی و روانی در مسیر ارزیابی خطرناکی محکومان هستند. همچنین فقدان قواعد شفاف درباره محرمانگی داده‌ها، رضایت آگاهانه و حدود استفاده از اطلاعات پزشکی، این خطر را ایجاد می‌کند که داده‌های سلامت در فرآیندهای قضایی علیه خود فرد به‌کار رود؛ امری که با اصول بنیادین اخلاق پزشکی در تعارض است و خود، جزئی از چالش بزرگ‌تر اقتصاد سیاسی درمان در زندان به شمار می‌آید.

کلیدواژه‌ها: سیاست جنایی، پزشکی‌شدن کیفر، دانش قدرت، درمان کنترل‌مدار، اقتدارگرایی پزشکی.

مقدمه

در مطالعه سیر تغییر مفهوم قدرت، اشکال کنترل و تحول دال‌های مرکزی گفتمان سوژه و استیلا، به منطقی بسیار پیش‌گویانه برمی‌خوریم که به دنبال پیش‌بینی وقوع انحراف معرفت‌شناختی از هدف دانش‌هاست (مثلاً هدف نظم و عدالت در حقوق) و پیشگیری از آن است. در آشفتن اهداف و کارکردها و ابزارهای دانش‌های اجتماعی، ازجمله سیاست جنایی، کنترل اجتماعی و حقوق پزشکی و انقیاد این دانش‌ها توسط برخی رژیم‌های اقتدارگرا مرز میان انواع مشروع و نامشروع کنترل و مجازات را مبهم می‌کند و طیفی از شکل‌های مختلف و فناوری‌های کنترل اجتماعی بیش‌ازپیش با هم درمی‌آمیزند.

زندان‌ها دیگر به‌عنوان وسیله‌ای برای «منضبط کردن»^۱ یا «بهنجار کردن»^۲ افراد توجیه نمی‌شوند، بلکه زندان‌ها برای مدیریت پیامدهای ناامنی اجتماعی، دستمزدهای اندک و نابرابر طبقاتی شده و کنترل جمعیت‌های متمرّد به استضعاف کشیده شده از سیاست‌های نتولیرالیستی استفاده می‌شوند. استفاده کنونی از قدرت بر کیفر (قدرت مجازات‌گری، توان کیفردهی) آنگاه که حقوق بشر را نقض می‌کند؛ هنگامی که سزاکرایی افراطی زرادخانه کیفری به اغلب رویه‌ها و روال‌های رسمی و غیررسمی نظام جزایی سرایت می‌کند که کنش‌های مشترکی با نظام سلامت دارد و این دو نظام، از بهره‌های ابزارگرایانه زیادی از هم می‌برند و درد و رنج مضاعفی به بیمار-مجرم‌های تحت انقیاد تدابیر درمان-کیفری خود وارد می‌کنند؛ یا به این دلیل که اساساً این ابزار به اشتباه، با قصد سوءاستفاده و به‌طور نامناسب در مورد گروه‌های خاصی از آسیب‌ها و متخلفان به کار می‌رود، باید غیرقانونی تلقی شود.

جایگاه و عملکرد زندان در یک «جامعه نظارتی» کلی‌تر زمانی روشن‌تر می‌شود که به شبکه گسترده اقدامات مربوط به هنجارسازی در جامعه مدرن توجه کنیم؛ توجه به اینکه «چگونه مرزهای بین مجازات قضایی و سایر نهادهای زندگی اجتماعی، همچون مدرسه، خانواده، کارگاه‌ها و نهادهای مربوط به رفاه اجتماعی، به‌گونه‌ای فزاینده، به واسطه رشد و پیشرفت روش‌های تأدیبی مشابه در تمام آن‌ها و نقل‌وانتقال‌های

1. Disciplining

2. Normalizing

مکرری که از نهادی به نهاد دیگر صورت می‌گیرد، دچار ابهام می‌شوند» (گارلند، ۱۳۹۹: ۵۳)؛ گویی نوعی زنجیره حبس وجود دارد که کل بدنه جامعه را در برمی‌گیرد و با نگرانی فراگیر شناسایی انحراف، نابهنجاری‌ها و انحراف‌ها از هنجارهای مربوطه در ارتباط است. فرایند مجازات، در این چهارچوب کلی، اساساً متفاوت با آموزش یا درمان نیست و به نظر می‌آید صرفاً به‌مثابه الحاقی بر این اقدامات کمتر قهری عرضه می‌شود و این پیامد را دارد که محدودیت‌های حقوقی که زمانی توان مجازات را محدود می‌کردند آن را به جرائم معین محدود می‌ساختند، مدت آن را تعیین می‌کردند، حقوق متهمان را تضمین می‌کردند و امثال آن از میان رفته‌اند. در نتیجه، حقوق کیفری گاه به نظام ترکیبی کنترل تبدیل شده است که اصول مشروعیت را با اصول هنجارسازی ترکیب می‌کند و این تحول است که نه‌تنها «نقض قوانین»، بلکه «انحراف از هنجارها» را نیز مجازات کنند.

از منظر نظریه «جرم‌شناسی محکومان»^۱، سوءاستفاده پزشکی از زندانیان می‌تواند به‌عنوان تداوم انقیاد و کنترل بدنی آنان تحلیل شود، جایی که مرز بین درمان و تنبیه مبهم می‌شود (شیری، ۱۳۹۷: ۱۰۹). چنین رویکردی، روان و بدن زندانیان را به ابزار سیاست جنایی اقتدارگرا بدل می‌کند و امکان اعمال «قدرت نرم» تحت پوشش رعایت استانداردهای حقوق بشر را فراهم می‌آورد. این فرآیند، علوم پزشکی و سیاست‌گذاری سلامت را در خدمت ایدئولوژی نظم کیفری قرار می‌دهد و استقلال علمی و اخلاق حرفه‌ای را تضعیف می‌کند. نهایتاً، این گونه سوءاستفاده‌ها به بازتولید هژمونی قانونی و مشروعیت‌بخشی به کنترل روانی-بدنی محکومان منجر می‌شود.

پژوهش‌های اندکی به زبان فارسی درباره اقتدارگرایی پزشکی، نه حتی مطالعه موضوع خاص تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و مقوله‌ای در علوم جنایی به نام امنیت‌گرایی کیفری منتشر شده است. اشاره به برخی از مطالعات پیشین در این موضوع در ایران، زمینه ورود به مباحث اصلی و چالشی مدنظر را فراهم می‌کند. خاقانی اصفهانی (۱۴۰۴) در کتاب «اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست جنایی ایران» بحث نموده که خشونت سازمان‌یافته به‌مثابه محصول تعاملات پیچیده اجتماعی، در عین نیازمندی به

1. Convicts Criminology

توجهات هنجاری، ابزارهای فناورانه و ساختارهای فرماندهی، به یکی از سازوکارهای بنیادین نظم‌بخشی مدرن، ازجمله در کنترل بزهکاران تبدیل شده و با زیست‌قدرت درهم‌تنیده است؛ به گونه‌ای که در پیوند با گسترش اقتدار پزشکی و برتری الگوی زیست‌پزشکی، فرآیند «پزشکی‌شدن» از سطح درمان فردی به مدیریت جمعیت و تکنولوژی‌های نظارت اجتماعی ارتقا یافته است. دایت (۲۰۲۵) در مقاله انگلیسی که معادل آن، «کنار زدن نقاب: بررسی زیست‌سیاستِ مراقبت بر زنان محکوم به اتهام جرائم مواد مخدر» است با رویکرد فوکویی، نشان می‌دهد که چگونه «مراقبت» در نظام‌های کیفری به ابزار اعمال قدرت زیستی تبدیل می‌شود و بدن‌های خاص (به‌ویژه گروه‌های حاشیه‌ای) را تحت نظارت و کنترل قرار می‌دهد و نشان می‌دهد که مداخلات درمانی در زندان‌ها اغلب کارکرد انضباطی و نه صرفاً درمانی دارند (Dyett, 2025).

صالحی و همکاران (۱۳۹۸) در کتاب اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرگونی نسخه تفصیلی مقاله‌ای با عنوان «اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرگونی؛ مطالعه‌ای قوم‌نگارانه در شهر تهران» را تبیین کرده است که در آن با توضیح وجوه تشابه و تمایز قدرت، اقتدار قهری و اقتدارگرایی در پزشکی، انواع انحراف پارادایم طب در سوق یافتن به استیلا بر بدن به‌مثابه ابزار کنترل سیاسی دولت را تبیین می‌کند. نوآوری مقاله حاضر نسبت به پیشینه‌های یادشده در آن است که برخلاف اثر قبلی نگارنده، خاقانی اصفهانی (۱۴۰۴) که عمدتاً چارچوب کلان پیوند اقتدارگرایی پزشکی، امنیت‌گرایی کیفری و زیست‌قدرت را در سیاست جنایی ایران صورت‌بندی می‌کند، این پژوهش مسئله را در سطح «نقد مقررات مشخص» پی می‌گیرد و نشان می‌دهد چگونه زیست‌قدرت پزشکی در متن قواعد کیفری و اجرایی مربوط به کنترل بزهکاران عینیت حقوقی می‌یابد. همچنین، برخلاف پژوهش دایت که بر زنان محکوم به جرائم مواد مخدر و زیست‌سیاست مراقبت در بستر زندان تمرکز دارد، مقاله حاضر دامنه تحلیل را به سیاست جنایی ایران و برخی کشورهای اسلامی گسترش داده و نسبت میان مداخلات پزشکی، کنترل کیفری و بدن بزهکار را در افقی تطبیقی بررسی می‌کند. افزون بر این، در قیاس با پژوهش صالحی و همکاران که از منظر جامعه‌شناختی و قوم‌نگارانه به اقتدار پزشکی و استیلای آن بر بدن می‌پردازد، نوآوری این مقاله در ارائه خوانشی حقوقی - کیفرشناختی از

مقرراتی است که پزشکی را از نهاد درمان به فناوری کنترل، ارزیابی خطر و مدیریت کیفری بزهکاران تبدیل می‌کنند.

۱. مبانی نظری؛ موجه‌نمایی پزشکی‌شدن کیفر در پی تلاقی دو دانش: قدرت مجازات و درمان

تغییر ماهیت قدرت عدالت کیفری از قدرت سزاگرایی به قدرت مدعی هدف بازپروری، در سیر تاریخ تحول عدالت کیفری تا به امروز که «سیاست جنایی» متولی بهره‌گیری از دستاوردهای علوم حقوقی جنایی و علوم حقوقی غیرجنایی و علوم انسانی و علوم دیگر، همه با هم برای سیاست‌گذاری جنایی و اجرای راهبردهای آن است، علیه حقوق کیفری لیبرال باید این چنین گفت که نهادهای ارفاقی نوین حقوق جزا (تعویق صدور حکم، تعلیق مراقبتی اجرای مجازات، جایگزین‌های حبس، نظارت پس از خروج، الزام به درمان و حرفه‌آموزی و انجام فعالیت‌های مفید برای جامعه و...) که می‌خواهند زندانی را از مرزهای سرکوبگر زندان آزاد کنند، عمداً یا تقصیراً کتمان می‌کنند که انقیاد ناشی از نهادهای ظاهراً ارفاقی بیرون از زندان، به شکلی مجزا از تجاوز به - و مدیریت - بدن زندانی عمل نمی‌کند. «همان چیزی که فوکو آن را محاصره کامل و تجاوز به بدن به کمک فعالیت‌های مهم رایج در زندان می‌نامد؛ که عبارت‌اند از: بازرسی، حبس کردن، کنترل کردن، بهنجار ساختن حرکات و ژست‌ها و رژیم‌های انضباطی بدن» (باتلر، ۱۴۰۰: ۹۵) در مقایسه با حبس مکانی، نوعی زندان تلقی شده است که فرم بیرونی یا اصل کنترل‌کننده بدن زندانی است.

به همین دلیل، «مسئولان زندان به اندازه تخصص و مسئولیت خود اغلب حکم اخلاقی را به تعویق انداخته و به شیوه‌ای کاملاً بی‌طرفانه با زندانیان رفتار می‌کنند. معمولاً مسائل سنجیده بیشتر با معیار اجرایی مرتبط است تا ارزش اخلاقی، طوری که طبق نوع تخلف زندانیان با آن‌ها به عنوان یک فرد شرور و گناهکار رفتار نمی‌شود، بلکه مطابق با رفتار سازمانی زندانیان به عنوان افراد خوب یا بد تلقی می‌شوند. در حقیقت، اجراکنندگان مجازات مدیریت خطر^۱ جرم و امور تشخیصی، اغلب به جای اهداف تنبیهی برگرفته از اجتماع

۱. سیاست مدیریت ریسک جرم (Crime Risk Management) توسط راهبرد معتدل‌تری با نام مدیریت انسان‌مدار ریسک جرم (Human-oriented Crime Risk Management) سعی در تلطیف تدابیر سزاگرا، استحقاق‌مدار، قهری و نابازپرورانه سیاست ریسک جرم کرد؛ این راهبرد جدید، از دهه ۱۹۸۰ به توفیقاتی در بازپروری غیرسختگیرانه مجرمان کم‌خطر و حتی نیمه‌خطرناک در زندان‌ها و مؤسسات بازپروری کشورهای اسکاندیناوی دست یافت، اما در آمریکا و برخی کشورهای اروپای غربی نتوانست از نگرش ارباب‌مدار و سلطه آن بر برنامه‌های اصلاح و درمان

به سمت اهداف مدیریتی که از لحاظ سازمانی تعریف شده‌اند تمایل دارند.» (گارلند، ۱۳۹۵: ۲۴۹). از این رو، «به جای آنکه افراد صرفاً مجریان تصمیمات قضایی و احساسات عموم باشند ساختارهای رسمی مجازات و کارکنان آن‌ها یک ساختار سازمانی پایدار طبق قدرت و اختیارات خود تشکیل می‌دهند تا بر تصمیمات تأثیر گذاشته و ویژگی حقیقی مجازات را تعریف کنند.» (فوکو، ۱۳۹۲: ۱۰)، البته تعهدات حقوقی تحت کنترل دستورهای دادگاه است و حدود قانونی دستورالعمل‌های این قدرت را به روش‌های مهمی دنبال می‌کند و وظایف و دستورالعمل‌های مهم اجباری را به این شبکه اجرایی تحمیل می‌کند، اما با گسترش منافع و قدرت سازمان‌ها یک سیستم قدرتمند کیفری برای ظهور دوباره مجازات مدرن در نوع خودش به وجود آمده است.

این قدرت اجرایی نوظهور از اوایل قرن نوزدهم به بعد، به دنبال نوعی تدبیر استقلال طلبانه از قوه قضائیه بود. عمدتاً این تصمیمات اساسی در جریان مجازات، از جمله مکان بازداشت، شرایط کانون اصلاح و تربیت، تاریخ آزادی و دسترسی به خدمات و مانند این‌ها تنها مختص اجراکنندگان مجازات هستند و به جای منطق حقوقی و قانونی مطابق با منطق اجرایی تعیین می‌شوند.

فوکو با تمرکز بر مطالعه خود از زندان و نهادهای کیفری، تفکری را بیان می‌کند که در آن اهداف قدرت مثل هنجارهایی که اصول انضباطی را تحمیل می‌کنند همیشه اهداف سازش، فرمانبرداری و کنترل رفتار تلقی می‌شوند. در بیان گسترده قدرت در جامعه انضباطی به نظر می‌رسد صرفاً با این نوع سلطه ولو به روش‌هایی که افراد را مقید و مطیع می‌کنند در ارتباط است (فوکو، ۱۹۸۳: ۲۰۸). بیش از هر نظریه پرداز دیگر، فوکو ایده قدرت مجازات و روش‌هایی را به ما ارائه می‌دهد که طبق آن‌ها معیارهای مجازات افراد را تحت سلطه درمی‌آورد و آن‌ها را مطیع انضباط هنجارسازی و مجازات می‌کند. در این فرایند انضباطی، فرد از آهنگ طبیعی خود جدا می‌شود. به عقیده فوکو «انضباط هنر و روش تسلط بر بدن و کنترل مفید و تحت سلطه درآوردن آن است» (فوکو، ۱۹۸۳: ۱۳۷).

مجرمان چندان بکاهد، و به عوام‌گرایی کیفری آلوده شد. برای مطالعه بیشتر درباره مدیریت انسان‌مدار ریسک جرم و نیز تجربه کاربست آن در دو حوزه آمریکا و اسکاتلند، ر.ک. رضوانی (۱۳۹۱)، مدیریت انسان‌مدار ریسک جرم؛ پرت (۱۳۹۸)، تضاد در مجازات؛ تبیینی درباره افراط‌گرایی کیفری در کشورهای انگلیسی‌زبان و استثناگرایی کیفری در کشورهای شمال اروپا.

پزشکی‌شدن بزهکاری، در جای‌جای کتاب‌های مرجع پزشکی، ازجمله کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DMS) که انجمن روان‌پزشکی آمریکا دهه‌هاست منتشر می‌کند و اعتبار جهانی دارد، متبلور است. استفاده از واژه‌های حقوقی (عناوین مجرمانه‌ای مانند ضرب‌وجرح و تجاوز جنسی) و اکتفا نکردن به اصطلاحات پزشکی مترادف (خشونت جسمی، خشونت جنسی) در صفحات متعدد کتاب یادشده، نشان‌دهنده پزشکی کردن جرائم در روندی نرم، پنهان و شاید گاهی ناخواسته از سوی جریان‌های تحول‌دانش پزشکی است. مثلاً در کتاب یادشده، در توضیح «اختلال شخصیت ضداجتماعی» تصریح شده که «مبتلایان به این اختلال، معمولاً به تجاوز جنسی و ضرب‌وجرح دست می‌زنند و فرد مبتلاً تقریباً در همه جنبه‌های زندگی به حقوق دیگران احترام نمی‌گذارد و آن‌ها را نقض می‌کند» (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۲۳۱). همچنین این عبارت حقوقی که «مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته به دلیل عدم همدلی با دیگران و [تلاش برای سوءاستفاده از آن‌ها] دست به رفتارهای مجرمانه و بزهکارانه می‌زنند.

افزون بر استفاده غیردقیق از واژگان تخصصی کیفری ماهوی (عناوین مجرمانه) در این کتب مرجع پزشکی، روند پزشکی کردن حقوق کیفری گویی به حقوق کیفری شکلی و مسائل دادرسی کیفری نیز کشیده شده است. برای نمونه، در شرح یک اختلال روانی به نام «فراموشی گسسته»، کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DMS-5) با توضیح تأثیر این اختلال در ناتوانی در به‌یادآوری رویدادها، ابراز داشته «مرتکبان جنایات شنیع، مثل قتل، اغلب ادعا می‌کنند که در مورد رویداد هیچ چیزی را به‌خاطر نمی‌آورند و گاهی، در دادگاه از این موضوع به نفع خود استفاده می‌کنند» (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۳۴۹). با توجه به عدم ارجاع به هیچ مطالعه میدانی یا پژوهش دیگری از منظر علوم جنایی، این ادعا در کتاب مزبور جلوه‌ای از پزشکی کردن دادرسی کیفری به‌مثابه یک مقوله ذاتاً غیرپزشکی محسوب می‌شود.

۲. دامنه نقش‌دهی به داده‌های پزشکی در بر ساخت جایگزین‌های حبس

دیدگاه حبس‌زدایی، با تأکید بر ایدئولوژی انسان‌دوستانه، در پی شکلی دربرگیرنده به جای طردکننده، از کنترل اجتماعی است. اما تحقیقاتی که نشان می‌دهد جنبش حبس‌زدایی حتی در دوران شکوفایی‌اش هم چیزی بیش از پوششی برای استتار آشکال مزورانه کنترل اجتماعی نیست، به این واقعیت استشهاد دارند که «در دهه ۷۰ میلادی ساختار اصلی کنترل اجتماعی استوارتر، گسترده‌تر، شدیدتر و مداخله‌جویانه‌تر شد و گروه جدیدی از منحرفان را در چنگال مجازات‌های بوروکراتیک و متمرکز شده گرفتار کرد» (مک‌ماه‌ن، ۱۹۹۰: ۱۱۷). «حبس‌زدایی محدودی که اتفاق افتاد حول محور بیماران روانی متمرکز بود. این حبس‌زدایی واکنشی به فشار مالی و صرفه‌جویی در اعمال سیاست‌های رفاهی بود و در واقع، جایگزین‌ها صرفاً به سازوکارهای فعلی کنترل اجتماعی اضافه گردید» (اسکات و فلین، ۱۳۹۹: ۲۷۱).

کیفرهای جایگزین حبس را می‌توان نه به‌مثابه مجموعه‌ای طبیعی و پیشینی از تدابیر اصلاحی، بلکه به‌عنوان «برساخته‌های گفتمانی» درون منطق سیاست جنایی مدرن تحلیل کرد؛ برساخته‌هایی که در نتیجه ترکیب دانش حقوق کیفری، علوم پزشکی و منطق‌های نوین حکمرانی ریسک، شکل گرفته‌اند و بیش از آن‌که بیانگر رهایی از منطق زندان باشند، بازآرایی آن در سطحی غیرمتمرکز و پراکنده‌اند. در این چارچوب، «ادعای بازپرورانه بودن این مجازات‌ها عمده‌تاً محصول یک صورت‌بندی هنجاری و ایدئولوژیک است که در آن، درمان، مراقبت و نظارت به‌جای کیفر صرف نشانده می‌شوند، اما در عمل همین سازوکارها به گسترش شبکه‌های کنترل، پایش مستمر و مداخله در زیست فردی محکومان منجر می‌گردند. بنابراین آنچه «جایگزین حبس» نامیده می‌شود، نه خروج از پارادایم انضباطی، بلکه امتداد آن در قالبی نرم‌تر و پیچیده‌تر است» (کائو و دیگران، ۲۰۲۵: ۹)؛ قالبی که در آن، بدن و روان محکوم همچنان موضوع مداخله باقی می‌ماند، اما ابزارهای کنترل از زندان به حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی و خدمات اجتماعی منتقل می‌شود. از این منظر، بازپروری بیش از آنکه یک واقعیت تجربی محقق شده باشد، یک روایت مشروعیت‌بخش است که کارکرد اصلی آن، توجیه گسترش زیست‌قدرت در قالب سیاست‌های به‌ظاهر ارفاقی است؛ سیاست‌هایی که در نهایت به جای کاهش اقتدار کیفری، آن را در سطحی نامرئی‌تر و درونی‌شده‌تر بازتولید می‌کنند.

جایگزین‌های زندان بدین شکل و در چنین پارادایمی مشکلاتی پدید آورده‌اند که مهم‌ترین آن را می‌توان «کوچک شدن روزنه‌های تور^۱ کنترل اجتماعی» دانست. توضیح آنکه، جایگزین‌های زندان می‌توانند افراد جدیدی را وارد نظام عدالت کیفری کنند که صرفاً جرائم سبک انجام داده‌اند. وانگهی، رهایی از کنترل حکومتی سخت‌تر شده است. ازاین‌رو، می‌توان ارتباطات مهمی بین مفاهیم «خطرناکی روانی جنایی»،^۲ «اصل دوگانه‌انگاری»^۳ و مناقشه‌های معاصر اخیر پیرامون حکمرانی، خطر و عدالت تخمینی (آماري سنجشی)^۴ برقرار کرد. بدین معنا که با کم‌رنگ شدن نظریه سزادهی و تقویت نسبی گفتمان بازپروری و اصلاح، امروزه حبس همراه با سازوکار نوین نظارت و مراقبت ورای دیوارهای زندان یعنی خارج از زندان و در فضای آزاد، در چهارچوب فلسفه منافع امنیت عمومی توجیه می‌شود. احکام محکومیت به جایگزین‌های حبس (حبس خانگی، خدمات عمومی رایگان، نظارت الکترونیکی، درمان اعتیاد به الکل و مواد مخدر و دیگر بیماری‌های جرم‌زا، «ترتبات حفاظ عمومی چندنهادی»^۵ و دیگر تأسیسات کیفری ظاهراً ارفاقی) هر یک تحت تأثیر اصول ناتوان‌سازی، مدیریت و کنترل ریسک هستند.

ازاین‌رو، جایگزین‌های حبس ممکن است به‌عنوان جایگزین به‌کار نروند، بلکه برای ایجاد کنترل اجتماعی بیشتر و مداخله‌جویانه‌تر (اگرچه پنهان) استفاده شوند. بی‌شک، مشکوک بودن به جایگزین‌های زندان قابل درک است و تناظر مکرر اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست‌گذاری جنایی و سیاست‌گذاری سلامت، این نگرانی را دوچندان می‌کند. «هرچند جایگزینی حبس به‌جای کیفرهای بدنی در زرادخانه کیفری، در طلوعه بروز همانا امیدوارکننده بود، اما رفته‌رفته مشکلات زندان نمایان شد.» (ارل، ۱۳۹۷: ۱۳). در این میان، فرهنگ زندان باید به‌مثابه یک مجموعه متشکل اجتماعی تمایز یافته و حاوی

۱. اصطلاح (Thinning Mesh) بدین معناست که زمانی که فرد وارد تور ماهی‌گیری نظام عدالت کیفری می‌شود، مداخله‌ها شدت بیشتری به خود می‌گیرند. افراد به‌راحتی از میان سوراخ‌های تور لیز می‌خورند و در داخل تور سیاست جنایی ظاهراً ارفاقی قرار می‌گیرند و در مقایسه با زمان تحت کنترل در نظام سابق عدالت کیفری سزاگرا، اکنون در تور عدالت کیفری ظاهراً ارفاقی‌گرا زمان بیشتری نگه داشته می‌شوند.

2. Criminal mental dangerousness

3. The principle of bifurcation

4. Actuarial justice

5. Multi-Agency Public Protection Arrangements

ارزش‌ها، قواعد و تنظیم‌گری‌های ویژه خود تحلیل شود. «این مجموعه اجتماعی، سرمایه‌ها و دانش خاص زیستن و عقلانیت ویژه خود را می‌طلبد. خشونت در زندان، موضوعی معمول و متداول به شمار می‌آید و منطق بازی در زندان است» (اسکلانسکی، ۲۰۲۱: ۱۸۱).

مطالعات گویای آن است که «مردان زندانی به‌طور میانگین در زندان‌های جهان، هجده برابر مردان در بیرون از زندان قربانی خشونت فیزیکی می‌شوند و زنان زندانی نیز بیست و هفت برابر بیشتر از زنان در بیرون از زندان احتمال دارد که بزه‌دیده خشونت جسمی شوند».^۱ زندان جامعه‌ای است که در آن «قواعد رسمی حل اختلافات وجود ندارد یا ضعیف است و نیروهای مداخله‌گر برای مداخله در روابط بین زندانیان مرد، کم‌انگیزه یا بی‌انگیزه‌اند» (ره‌نورد واقف و همکاران، ۱۴۰۲: ۲۹۶). بلکه بر اساس موضوع پژوهش حاضر، زندانبان‌ها و دیگر کششگران رسمی اداره زندان (که شامل خدمات‌دهندگان درمانی به زندانیان نیز می‌شود)، ممکن است خود مرتکب خشونت پیدا و پنهان علیه سلامت زندانیان شوند. این خشونت می‌تواند در لایه‌های پنهان‌تر و غیرمستقیم‌تر، توسط شرکت‌های تولید و واردات دارو و تجهیزات پزشکی درمان زندانیان و درمان محکومان به جایگزین‌های حبس در مراکز درمانی و حرفه‌آموزی و کارگاه‌های صنعتی و کشاورزی ارتکاب یابد و داروها و تجهیزات پزشکی غیراستاندارد مورد ارائه به متهمان و محکومان، اشکال بسیار پنهانی از خشونت نرم علیه حقوق سلامت محکومان را شکل دهد و جلوه‌ای از تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری را پدید آورد.

جایگاه و عملکرد زندان در یک «جامعه نظارتی» کلی‌تر زمانی روشن‌تر می‌شود که به شبکه گسترده اقدامات مربوط به هنجارسازی در جامعه مدرن توجه کنیم؛ توجه به اینکه «چگونه مرزهای بین مجازات قضایی و سایر نهادهای زندگی اجتماعی، همچون مدرسه، خانواده، کارگاه‌ها و نهادهای مربوط به رفاه اجتماعی، به گونه‌ای فزاینده، به واسطه رشد و پیشرفت روش‌های تأدیبی مشابه در تمام آن‌ها و نقل و انتقال‌های مکرری که از نهادی به نهاد دیگر صورت می‌گیرد، دچار ابهام می‌شوند» (گارلند، ۱۳۹۹: ۵۳)؛ گویی نوعی زنجیره حبس وجود دارد که کل بدنه جامعه را در برمی‌گیرد و با نگرانی فراگیر شناسایی انحراف،

1. <https://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/cpcj-gender.html>

نابهنجاری‌ها و انحراف‌ها از هنجارهای مربوطه در ارتباط است. فرایند مجازات در این چهارچوب کلی، اساساً متفاوت با آموزش یا درمان نیست و به نظر می‌آید صرفاً به‌مثابه الحاقی بر این اقدامات کمتر قهری عرضه می‌شود و این پیامد را دارد که محدودیت‌های حقوقی که زمانی توان مجازات را محدود می‌کردند، آن را به جرائم معین محدود می‌ساختند، مدت آن را تعیین می‌کردند، حقوق متهمان را تضمین می‌کردند و امثال آن از میان رفته‌اند. در نتیجه، حقوق کیفری به نظام ترکیبی کنترل تبدیل شده است که اصول مشروعیت را با اصول هنجارسازی ترکیب می‌کند و این تحول است که نه‌تنها «نقض قوانین»، بلکه «انحراف از هنجارها» را نیز مجازات کنند.

در تداوم این چارچوب نظری، در حقوق کیفری ایران، «جایگزین‌های حبس» گاهی نه‌تنها به‌مثابه ابزارهای کاهش جمعیت کیفری زندان‌ها، بلکه به‌عنوان سازوکارهای بازتوزیع قدرت انضباطی در سطح جامعه عمل می‌کنند؛ امری که به‌ویژه در پیوند با مداخلات پزشکی، ابعاد تازه‌ای از «زیست‌قدرت» را فعال می‌سازد. قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، در مواد ۶۴ تا ۸۷، طیفی از مجازات‌های جایگزین حبس را پیش‌بینی کرده است که شامل دوره مراقبت، خدمات عمومی رایگان، جزای نقدی و محرومیت از حقوق اجتماعی است. در این میان، «دوره مراقبت» به‌طور خاص بستری حقوقی برای ورود دانش و اقتدار پزشکی به فرآیند کنترل کیفری فراهم می‌کند؛ چراکه مطابق ماده ۸۳ این قانون، دادگاه می‌تواند محکوم را به اجرای دستوراتی نظیر «درمان بیماری یا ترک اعتیاد» یا «خودداری از اشتغال به شغل خاص» ملزم کند. این الزام‌ها در ظاهر، ماهیتی اصلاحی و درمانی دارند، اما در عمل، به بازتعریف مرز میان درمان و مجازات می‌انجامند. از منظر تحلیلی، این وضعیت را می‌توان در چارچوب گفتمان «پزشکی‌شدن جرم»^۱ فهم کرد؛ جایی که رفتار مجرمانه نه صرفاً به‌عنوان نقض قانون، بلکه به‌عنوان نشانه‌ای از اختلالات زیستی، روانی یا رفتاری تلقی می‌شود. در چنین فضایی مداخله پزشکی دیگر صرفاً یک خدمت حمایتی نیست، بلکه به یک ابزار کنترلی تبدیل می‌شود که با پشتوانه حکم قضایی، قابلیت اعمال اجبار دارد. به‌ویژه در مواردی که دادگاه بر اساس ماده ۶۵ قانون مجازات اسلامی، به دلیل «وضع خاص مرتکب» یا «شرایط ارتکاب جرم»، مجازات جایگزین

تعیین می‌کند، این ارزیابی‌ها اغلب به داده‌ها و گزارش‌های پزشکی و روان‌پزشکی متکی است. بدین ترتیب، پزشکی نه تنها در مرحله اجرای مجازات، بلکه در مرحله تعیین آن نیز نقش آفرین می‌شود. الزام به شرکت در برنامه‌های درمانی یا مشاوره‌ای، در عمل می‌تواند به نظارت مستمر بر زندگی فرد منجر شود؛ نظارتی که نه در قالب زندان، بلکه در بستر نهادهای درمانی و اجتماعی اعمال می‌شود. این وضعیت به‌ویژه در پرتو ماده ۷۹ قانون مجازات اسلامی که خدمات عمومی رایگان را به‌عنوان یکی از جایگزین‌های حبس پیش‌بینی کرده، قابل تأمل است؛ چراکه این خدمات اغلب در محیط‌هایی اجرا می‌شوند که تحت نظارت نهادهای عمومی و گاه با ملاحظات بهداشتی و پزشکی خاص هستند، مانند بیمارستان‌ها، مراکز ترک اعتیاد یا مراکز نگهداری سالمندان.^۱ افزون بر این، باید به نقش «ارزیابی‌های خطر» در پیوند با مداخلات پزشکی توجه کرد.

در بسیاری از موارد تصمیم‌گیری درباره نوع و شدت مجازات جایگزین، بر اساس برآوردی از «خطرناکی» فرد صورت می‌گیرد؛ برآوردی که به‌طور فزاینده‌ای بر داده‌های پزشکی، روان‌شناختی و حتی ژنتیکی متکی است. این امر، به تقویت نوعی «عدالت پیش‌نگر»^۲ می‌انجامد که در آن، تمرکز از واکنش به جرم ارتكابی، به پیش‌بینی و پیشگیری از جرائم احتمالی آینده منتقل می‌شود. در این چارچوب، فرد نه به خاطر آنچه انجام داده، بلکه به خاطر آنچه ممکن است انجام دهد، تحت نظارت و مداخله قرار می‌گیرد و پزشکی، به‌عنوان تولیدکننده دانش درباره بدن و ذهن، نقش کلیدی در این فرآیند ایفا می‌کند.

در نظام حقوقی ایران، این گرایش را می‌توان در مقررات مربوط به «تعویق صدور حکم» (مواد ۴۰ تا ۴۵ قانون مجازات اسلامی) نیز مشاهده کرد. در این نهاد دادگاه می‌تواند با احراز شرایطی، از صدور حکم

۱. برای پرهیز از تعمیم ناروا، باید افزود که نفس انجام خدمات عمومی در مراکزی مانند بیمارستان‌ها، مراکز ترک اعتیاد یا مراکز نگهداری سالمندان، به‌خودی‌خود و در همه موارد، واجد کارکرد نظارتی یا انضباطی نیست و می‌تواند در بسیاری از مصادیق، صرفاً واجد ماهیتی ترمیمی، حمایتی و جامعه‌پذیرکننده باشد. آنچه از منظر زیست‌قدرت محل تأمل است، نه اصل خدمت‌رسانی در این نهادها، بلکه وضعیتی است که در آن انجام خدمت، با ارزیابی‌های مستمر پزشکی، گزارش‌دهی نهادی، کنترل رفت‌وآمد، سنجش میزان تبعیت محکوم از دستورات درمانی یا مراقبتی و امکان واکنش کیفری به عدم تبعیت همراه می‌شود. بنابراین، تحلیل حاضر ناظر به ظرفیت و امکان تبدیل این نهادهای درمانی و حمایتی به امتداد سازوکار نظارت کیفری است، نه نفی مطلق کارکردهای اصلاحی و اجتماعی مجازات‌های جایگزین حبس.

محکومیت خودداری کرده و اجرای آن را به تعویق اندازد، مشروط بر آنکه متهم دستوراتی را رعایت کند. این دستورات مشابه آنچه در دوره مراقبت پیش‌بینی شده، می‌توانند شامل درمان پزشکی، شرکت در دوره‌های آموزشی یا ترک اعتیاد باشند. بدین ترتیب حتی پیش از صدور حکم قطعی، فرد وارد شبکه‌ای از نظارت و مداخله می‌شود که مرز میان پیشگیری، درمان و مجازات را تیره می‌سازد.

جایگزین‌های حبس در حقوق کیفری ایران، به‌ویژه در پیوند با مداخلات پزشکی، هرچند از حیث تقنینی تا حدی متأثر از الگوهای فرانسوی مجازات‌های جانشین و تدابیر مراقبتی‌اند، ازجمله کار عام‌المنفعه در ماده ۱۳۱ و ۸ قانون جزای فرانسه و الزامات مراقبتی و درمانی در چارچوب تعلیق مراقبتی، به‌ویژه ماده ۱۳۲ و ۴۵ همان قانون، اما کارکرد آن‌ها در بستر نهادی ایران نیازمند تحلیلی زمینه‌مند است. حتی اگر ظرفیت‌های نظارتی این نهادها، مانند الزام به درمان، مراقبت پزشکی، آموزش، اشتغال یا خدمات عمومی، در نظام فرانسه نیز پیش‌بینی شده باشد، انتقال آن‌ها به حقوق ایران ممکن است بدون توجه کافی به مبانی، تضمین‌ها و سازوکارهای کنترل قضایی نظام مبدأ صورت گرفته باشد. از این‌رو، این سازوکارها در کنار کارکردهای حبس‌زدایانه و اصلاحی، می‌توانند در مواردی که با ارزیابی‌ها و دستورات پزشکی یا روان‌پزشکی همراه می‌شوند، اشکالی کم‌آشکارتر از کنترل کیفری را نیز مشروعیت بخشند؛ تحلیلی که باید هم به منشأ اقتباسی مقررات از حقوق فرانسه، به‌ویژه مواد ۱۳۱ و ۶، ۱۳۱ و ۸ و ۱۳۲ و ۴۵ قانون جزای فرانسه توجه کند و هم نحوه بازتولید آثار آن‌ها در سیاست جنایی ایران را بسنجد.

۳. ارتقای بهداشت و درمان بیماری‌های زندانیان، نقد ادعای سیاست جنایی بازپرور

پزشکی شدن مجازات، سطحی از پزشکی شدن جامعه در جوامع غربی، بیش از جوامع کمتر مدرن است. در سده گذشته، قلمرو اجتماعی سلامت و ناخوشی متحول شده و دانش پزشکی به‌طور فزاینده‌ای به ساحت‌های مختلف زندگی روزمره انسان سرایت کرده است. «پدیده پزشکی شدن تقریباً طی چهار قرن گذشته با تحولات و دگرگونی‌های اجتماعی عظیم و پهن‌دامنه‌ای مانند سکولاریزاسیون، مدرنیزاسیون، بورکراتیزاسیون و عقلایی شدن زندگی روزمره پیوند خورده. برخلاف دیدگاه افراطی برخی بر اینکه «پزشکی

به عنوان متولی اجتماعی اخلاقیات و نهاد مسلط کنترل اجتماعی، جای مذهب را گرفته است و گویی پزشکی شدن مبین تحولی تاریخی در نام گذاری مسائل و شرایط اجتماعی - تحولی از گناه به جرم و از جرم به بیماری - است (ودادهیر، ۱۳۸۷)؛ اما به زعم نگارنده، این تحول نباید به معنای جایگزینی پزشکی با مذهب یا تبدیل پزشکی به تنها مرجع اخلاق عمومی فهم شود؛ بلکه مقصود آن است که پزشکی، در کنار نهادهای دینی، تربیتی، امنیتی، اقتصادی و حقوقی، به یکی از مراجع مهم تفسیر، نام گذاری و مدیریت رفتارهای مسئله مند تبدیل شده است. از این منظر، پزشکی شدن با فرایندهایی چون سکولاریزاسیون، مدرنیزاسیون، بوروکراتیزاسیون و عقلایی شدن زندگی روزمره پیوند دارد، اما در جوامع متأثر از مذهب، این پیوند الزاماً به حذف یا حاشیه رانی دین نمی انجامد؛ چه بسا ملاحظات دینی خود در توصیه، توجیه یا محدودسازی مداخلات پزشکی، امنیتی یا تربیتی نقش آفرین باشند. بنابراین، پزشکی شدن مجازات بیش از آنکه به معنای جانشینی پزشکی به جای مذهب باشد، ناظر به افزوده شدن زبان و اقتدار پزشکی به منظومه متکثر کنترل اجتماعی است؛ منظومه‌ای که در آن رفتارهای انسانی ممکن است گاه در قالب گناه، گاه جرم، گاه انحراف تربیتی و گاه بیماری یا اختلال بازتعریف شوند.

پزشکی شدن پدیده‌ای غیر پزشکی، به شکل‌های متفاوتی پدیدار می‌شود. «معمولاً مفهومی پزشکی از مسئله‌ای غیر پزشکی و یا رفتاری کجروانه نخستین بار از رسانه‌ای حرفه‌ای و تخصصی (مجله، روزنامه و خبرنامه، کتاب، بروشور، گزارش) اعلام می‌شود. در واقع در این مرحله، حرفه پزشکی اعلام می‌کند که علت پزشکی یا تشخیص تازه‌ای برای مسئله یا رفتار مورد نظر کشف شده است.» (محسنی تبریزی و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۰۲). مثلاً افزودن اختلال هویتی جنسی به کتب مرجع اختلالات روانی، نمودی از پزشکی شدن موضوعی است که ای بسا تا پیش از آن فقط جرم شناخته می‌شد.

«در جوامع مدرن، پزشکی به عنوان نهادی برای کنترل اجتماعی ایفای نقش می‌کند و زندگی روزمره بیماران به اسم کنترل بیماری و سلامت تحت سلطه پزشکی قرار می‌گیرد و پزشکان با تبیین تک خطی و تراشیدن تشخیص از مسائل، اقتدار را در دست می‌گیرند. این عوامل باعث می‌شود که بیماران، پزشکی شدن را تجربه کنند.» (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۴: ۳۵). این پزشکی شدن، آنگاه در پزشک اقتدار بیشتری نسبت

به بیمار - اضافه‌تر اینکه او پزشک است و بیمار، محتاج درمان اوست - بیابد، تشدید می‌شود و نقض برخی حق‌های بشری را در پی دارد. پزشک زندان از چنین جایگاهی برخوردار است. از این رو، مطالعه اقتدارگرایی پزشکی در نظام‌های سیاست جنایی امنیت‌گرا اهمیتی دوچندان می‌یابد.

ویزیت گروهی زندانیان توسط بهیار یا پزشک زندان، توأم با محدودیت زمانی آن هم در شرایط انباشت زندانیان در صف ویزیت پزشک زندان، امکان‌ناپذیری آماده شدن زندانیان بیمار برای معاینه نقاط حساس و جنسی بدن، رفتار اجتنابی پزشک زندان که دلالت بر نداشتن وقت برای زندانی بیمار و بی‌رغبتی به رابطه چشمی و توجه به شرح حال بیمار است، چرخه تولید و بازتولید رابطه نابرابر اقتدارگرایی پزشکی در محیط نهاد کیفری زندان را تشدید می‌کند. فقدان رابطه مشارکتی میان پزشک زندان و زندانیانی که باید ویزیت و معاینه شوند، جلوه‌ای از اقتدار نهاد زندان در به دست داشتن امتیاز ارائه خدمات پزشکی، نه به مثابه حق بشری فرد زندانی، بلکه به عنوان مزیت تجملی که شاید در صورت مطیع بودن زندانی و پیروی از منویات قانونی و غیرقانونی کارکنان زندان به وی ارائه شود، نمایان می‌شود. در جوامعی^۱ که پزشک، نه در زندان بلکه در متن عادی جامعه با در دست داشتن کنترل مطلق رابطه، نه تنها تلاشی برای ایجاد تعاملی همراه با مشارکت نمی‌کند، بلکه موقعیت محیطی و ساختاری حاکم بر مشاوره نیز از رفتار مشارکتی بیمار به شدت می‌کاهد، اعمال این اقتدار در ارائه خدمات سلامت در زندان، به مراتب بیشتر و سلطه‌جویانه‌تر و متکبرانه‌تر است.

۱. مطالعات میدانی در ایران، قرائتی از استمرار برخی الگوهای نابرابر، پزشک‌محور و گاه اقتدارگرایانه در رابطه پزشک - بیمار ارائه کرده‌اند که فراتر از قصور و تقصیر پزشکی، بلکه نشانگر اشکال و خیمی از فساد، سوءاستفاده مالی، و انواع تقلب در ارائه خدمات سلامت است. رابطه درمانی در ایران، دست‌کم در برخی بسترهای نهادی و تجربی، مستعد بازتولید اشکالی از نابرابری و تبعیت بیمار از اقتدار تخصصی پزشک است؛ امری که در صورت پیوند با امنیت‌گرایی کیفری، می‌تواند به تشدید روابط نابرابر در سیاست جنایی بینجامد. از این منظر، خطر اصلی نه صرفاً در خشونت فیزیکی آشکار، بلکه در پیوند احتمالی سلطه حرفه‌ای، فشار مالی، بی‌اعتنایی به سوزگی بیمار و بهره‌برداری از وضعیت اضطرار درمانی با منطق امنیتی نظام کیفری نهفته است. اگر مداخلات پزشکی در بستر کیفری بدون تضمین‌های جدی حقوق بشری، نظارت مستقل و رضایت آگاهانه واقعی اعمال شوند، همان تخلفات و فسادهایی که در رابطه معمول پزشک - بیمار گزارش شده‌اند، می‌توانند در محیط کیفری صورتی شدیدتر و کم‌پاسخ‌گوتر پیدا کنند. بنابراین، ترکیب اقتدار پزشکی با امنیت‌گرایی کیفری ممکن است به شکل‌گیری رابطه‌ای مضاعفاً نابرابر بین نهاد درمان، نهاد کیفری و فرد تحت کنترل بینجامد؛ رابطه‌ای که در آن زبان درمان و سلامت، گاه می‌تواند پوششی برای تشدید نظارت، اجبار، تبعیض و نقض کرامت انسانی باشد. ر.ک: صالحی و دیگران، ۱۳۹۸؛ فروزش‌فرد و دیگران، ۱۳۹۳.

بر اساس رویکرد «برساخت‌گرایی اجتماعی فرهنگی»، بیماری‌ها معنایی فرهنگی با خود دارند که نه از ماهیت، بلکه از چگونگی پاسخ جامعه به مبتلایان شکل می‌گیرند. بیماری‌ها در سطح تجربی از لحاظ اجتماعی برساخته می‌شوند و دانش پزشکی توسط مدعیان و شرکت‌های ذی‌نفع برساخته می‌شود. در ادامه نمونه‌ای از جریان‌های پزشکی شدن جرم ارائه می‌شود تا ببینیم چگونه برخی جریان‌های آموزش و پژوهش پزشکی، تمامیت‌خواهانه مسائلی را که تا حدی به پزشکی مربوط است انحصاراً پزشکی قلمداد می‌کنند. تأثیر عوامل ژنتیکی در خشونت‌های مجرمانه، یکی از این اقتدارگرایی‌های تمامیت‌خواهانه پزشکی شدن امور حقوقی است.

در کتاب جرم‌شناسی زیستی اجتماعی، دیدگاه دو تن از جرم‌شناسان خارجی در مورد نظریه خودکنترلی^۱ از گانفردسون و هیرشی مرور شده است؛ با این تعبیر که گانفردسون و هیرشی، خاستگاه سطح خودمهارگری پایین را به تربیت والدین نسبت داده‌اند و فرض آن‌ها بر این است که سطح خودمهارگری افراد در سنین ۸ تا ۱۰ سالگی مشخص می‌شود. این دو همچنین احتمال تأثیر عوامل ژنتیکی یا حتی علت بودن این عوامل در سطح خودمهارگری را به‌وضوح از نظریات خود خارج می‌کنند و «ارتکاب جرم را با دو خصلت نهفته، یعنی شخصیت رانش‌گر و نداشتن خودکنترلی پیوند می‌زنند.» (رایجیان اصلی، ۱۴۰۱: ۳۶۰). با این وجود، سطح خودمهارگری و تأثیر تربیت والدین در تکانشگری، در عصب‌شناسی به‌ویژه در جرم‌شناسی عصب‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. مطالعات (والش و بیور، ۱۳۹۶: ۱۴۷) نشان می‌دهد که خودمهارگری، در قشر پیشانی و پیش‌پیشانی مغز قرار داشته، به‌شدت تحت تأثیر عوامل ژنتیکی قرار دارد که در مغز بارز می‌شوند. واضح است که گانفردسون و هیرشی، در ارتباط با محل نگهداری خودمهارگری در اشتباه بوده‌اند. همچنین آن‌ها در ارتباط با فرضیه خود، مبنی بر مرتبط ساختن تربیت والدین به رشد خودمهارگری در اشتباه به سر می‌بردند.

1. Self-control General Theory of Crime

نمونه‌های دیگری از پزشکی شدن امور غیر پزشکی در سیر تحول دانش معاصر، بیماری‌انگاری بسیاری از رفتارهایی است که با سوءنیت مجرمانه و قصد تام ارتکاب جرم انجام می‌شوند و اگرچه بیماری‌ها در وقوع این رفتار مؤثرند، اما نه در حدی که اراده آزاد مرتکب را تماماً سلب کنند.

اگرچه برخی پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند «قانون‌گذار نه باید افراط در مجازات را پیش روی خود قرار دهد و نه در کنترل مواد مخدر به تفریط گراید و حد وسط این دو رویکرد (قانونمند کردن یا آزادسازی و کیفرگرایی)، گزینه جرم‌زدایی و توسل به ضمانت اجراهای غیرکیفری است.» (احسان‌پور، ۱۳۹۷: ۲۲۰)، اما توسعه شبکه نظارت نظام سیاست جنایی بر مجرمان، چنانچه به شکل بسط نظارت‌های پزشکی باشد، نقض حریم خصوصی شهروندان و مداخله در ساحت‌های مختلف زندگی فردی آنان را با توجیه تقلیل پاسخ‌ها از ضمانت اجراهای کیفری به ضمانت اجراهای درمانی به دنبال دارد.

محیط زندان را می‌توان به مثابه یک زیست‌جهان متمایز تلقی کرد که در نسبت با مختصات زمان و مکان حاکم بر آن، الگوهای خاصی از کنش و تعامل را شکل می‌دهد. این الگوها، در مواجهه با اقتدار رسمی مستقر در زندان، طیفی از رفتارها همچون همسویی، تعارض، اختفا و دیگر اشکال واکنش را دربرمی‌گیرند که قابل تفسیر در قالب گونه‌هایی از مقاومت‌اند. در حالی که «هدف اعلامی نهاد زندان، مطابق با هنجارهای رسمی، بازاجتماعی‌سازی و اصلاح است، در عمل فرآیندهای مؤثر بر این امر بیش از آنکه در چارچوب نظم رسمی تحقق یابند، در بستر قواعد و منطق غیررسمی حاکم بر زندگی زندانیان شکل می‌گیرند» (باقری و حیدری، ۱۴۰۰: ۲۵۵). با توجه به اینکه نظام عدالت کیفری در هر جامعه‌ای، ازجمله برجسته‌ترین عرصه‌های اعمال قانون و بر ساخته‌ای از روابط قدرت پیشینی و پسینی نسبت به قانون‌گذاری است و «اعمال مجازات بر تابعان، تجلی روشن اعمال قدرت از طریق قانون یا به نام قانون محسوب می‌شود» (توحیدی و آشوری، ۱۴۰۰: ۱۳۹)، چنین نتیجه گرفته شده که «مجازات صرفاً تحمیل رنج در پاسخ به رفتار مجرمانه نیست، بلکه نوعی فناوری عقلانی در چارچوب اقتصاد تنبیه به شمار می‌آید؛ فناوری‌ای که تمامی اشکال واکنش کیفری را در پیوندی پیچیده و چندلایه با مناسبات قدرت قرار می‌دهد.» (جوان‌جعفری و ساداتی، ۱۳۹۴: ۹).

می‌توان کنترل پزشکی محکومان کیفری را به مثابه قلمرو پیچیده‌ای از اقتدارگرایی حقوقی مطالعه کرد و می‌توان پزشکی شدن مجازات، عوامل و جلوه‌ها و فرایندها و کنشگران و پیامدهای آن را مطالعه کرد. گرچه تضمین حق بر سلامت تن و روان زندانیان، ازجمله تعهدات اولیه دولت‌هاست، اما کمیت و کیفیت ارائه خدمات سلامت به محکومان کیفری به‌ویژه زندانیان در بسیاری از نظام‌های کیفری در کشورهای گوناگون فاصله فراوانی تا حداقل‌های حقوق بشری دارد. امکانات محدود مؤسسات کیفری و نهادهای مجری مجازات، در کنار افزایش شیوع بیماری‌های خطرناک و رشد آگاهی زندانیان از حقوق بهداشتی و درمانی خود، مسئولیت نهادهایی چون پلیس، بازداشتگاه و زندان در صیانت از این حق را که مورد حمایت قوانین داخلی و اسناد بین‌المللی است، بیش‌ازپیش مهم می‌سازد. در آرای دیوان‌های کیفری بین‌المللی، عدم رسیدگی پزشکی از سوی مقامات زندان، در تعارض با حق‌های تضمین‌شده مصرّح در معاهدات بین‌المللی و قوانین ملی دولت‌هاست و چنین اهمال و سهل‌انگاری‌هایی در سلامت محکومان کیفری، حتی در حکم نقض حق بر ممنوعیت شکنجه زندانیان نیز تفسیر شده است.^۱ علاوه بر پیامدهای ناشی از افزایش جمعیت کیفری بر وضعیت آسیب‌پذیری زندانیان، یافته‌های بالینی حاکی از آن است که حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد از افراد مجبوس دچار اختلالات عمده روان‌پزشکی و کارکردی هستند و از میان آنان، نزدیک به ۳۵ تا ۴۰ درصد در طول دوره تحمل حبس به نوعی مداخله درمانی نیاز دارند (ر.ک: بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). از منظر روان‌شناختی نیز میان بروز رفتارهای مجرمانه و ویژگی‌های شخصیتی، پیوندی معنادار وجود دارد. در این میان طیفی از اختلالات نظیر سایکوزها، اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات شخصیت به‌ویژه شخصیت ضداجتماعی ازجمله آسیب‌شناسی‌های شایع در میان جمعیت زندانیان به شمار می‌آیند.

1. The UN Principles of Medical Ethics (note 94) Art 1. Basic principles for the treatment of prisoners, Art 9.

۴. امکان و اشکال انقیاد پزشکی محکومان کیفری در نواقص سیاست جنایی ایران، عربستان، امارات، مصر و اردن

بررسی پیوند میان نظام سلامت و سیاست جنایی در ایران و برخی کشورهای اسلامی نشان می‌دهد که خلأهای هنجاری و نهادی می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری اشکال متنوعی از مداخله و کنترل پزشکی بر وضعیت محکومان شود. در این بخش، ظرفیت‌های انقیاد پزشکی در بستر این نارسایی‌ها و پیامدهای آن در تضعیف حق سلامت مورد واکاوی قرار می‌گیرد.

بندهای «ت» و «ث» ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی نگهداری و درمان مجانین (مصوب رئیس قوه قضائیه، ۱۳۹۸) است که مجنون و مجنون خطرناک را مترادف انگاشته و تفاوت‌های جرم‌شناختی، پزشکی، اجتماعی و... میان مجانین غیرخطرناک و خطرناک را آشکارا نادیده گرفته است؛ بر همین اساس شرح وظایف «مراکز نگهداری و توانبخشی» (موضوع بند «ج» ماده مزبور) و «مراکز درمان و مراقبت» (موضوع بند «ج» همان ماده) نیز دچار تداخل مفهومی و تبعاً آشفتگی اجرایی است و با بدیهیات جرم‌شناسی بالینی و کیفرشناسی درمان‌مدار و روان‌پزشکی مغایرت دارد. چه، نسبت میان «ارائه خدمات روانی و اجتماعی» که در بند «ج» ماده «۱» آیین‌نامه مزبور مقرر شده است، با «ارائه خدمات درمانی و مراقبتی» که در بند «ج» پیش‌بینی شده است، مشخص نیست و واژگان این بندها در جایگاه معنایی دقیق درج نشده‌اند. این آشفتگی لفظی معنایی موجب ابهام در تنظیم برنامه‌های کنترلی درمانی هر یک از دو دسته مراکز یادشده می‌شود و نقض فاحش حقوق بزه‌کاران مبتلا به اختلالات روانی را سبب می‌شود که بابت تحمل کیفر حبس یا جایگزین حبس یا در اجرای قرار بازداشت موقت یا دیگر تدابیر قضایی نظارتی و درمانی و شبه‌جزایی صادره از سوی مقام قضایی، در اختیار مراکز مراقبت و مراکز درمان قرار می‌گیرند که این همانا جلوه‌ای آشکار از اقتدارگرایی پزشکی در بستر امنیت‌گرایی کیفری است.

با وجود تبلیغات فراوان و پرمّنت در مورد قوانین و مقررات تصویب شده در جهت حمایت از حقوق بیماران، توجه چندانی به استفاده ابزاری از دانش و سازوکارهای حقوقی برای گسترش اختیارات پزشکان و کاهش تعهدات قانونی آن‌ها نمی‌شود و این همانا جلوه‌ای از ابزارگری حقوقی به خدمت اقتدارگرایی پزشکی

است. در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، قانون‌گذار با عدول از نظریه خطر، نظریه فرض قصور و تقصیر را پذیرفت (ماده ۳۲۷ و ۳۲۹)، به این معنا که پزشک تنها در صورت قصور یا تقصیر قابل تعقیب است. در گام بعدی، برای حمایت از درمانگران، اخذ رضایت از بیمار را رافع مسئولیت درمانگر دانسته‌اند (ماده ۵۹) و دیگر به کسب رضایت علاوه بر براءت نیازی نیست. در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب رفع مسئولیت پزشک دانسته‌اند (ماده ۶۰)، در حالی که در قانون مصوب ۱۳۷۰، این امر به‌تنهایی رافع مسئولیت کیفری و مدنی پزشک نبود.

سیاست‌گذاری حقوقی نادرست، از جلوه‌های آشکار اقتدارگرایی پزشکی که باید جرم‌انگاری و دادرسی و مجازات کند، چشم‌پوشی می‌کند و فرایند محکومیت پزشکان متخلف را با موانع جدی مواجه می‌سازد. همچنین پدیده «تقاضای القایی» در نظام حقوقی ایران جرم‌انگاری نشده است (پیرورام و عظیم‌زاده، ۱۴۰۰: ۲۶۶) و حتی در حد تخلف نیز مورد پیگیری مصرّانه نهادهای بازرسی و انتظامی نظام سلامت کشور نیست. این حیاط خلوتی است که اقتدارگرایی پزشکی، با چراغ سبز حقوق کیفری (برخورد نکردن حقوق کیفری با این پدیده شوم) دهه‌هاست در تداوم ارتکاب است. دیگر آنکه «فقدان تدوین ضمانت‌اجراهای کیفری مناسب در قبال سازوکارهای نظارت بر تولید و واردات تجهیزات پزشکی اعم از مصرفی یا غیرمصرفی، عدم سیاست‌گذاری کیفری مبتنی بر صیانت از حقوق بیماران در برابر عیوب تجهیزات پزشکی و عدم تعمیرات و کالبراسیون آن‌ها در مواعید مقرر، بی‌توجهی به ضرورت کیفرگذاری‌های کلان در خصوص مدیریت توزیع و عرضه تجهیزات پزشکی در مراکز درمانی و خطاهای پزشکی ناشی از فقدان آموزش جهت به‌کارگیری آن‌ها ازجمله پیامدهای محتوم سیاست کیفری متشّت در قبال حق بر سلامت در عرصه جرائم مرتبط با تجهیزات پزشکی است.» (سماواتی پیروز، ۱۴۰۲: ۸۱). افزون بر این، سیمای فراموش‌شده بزه‌دیدگان ناشی از جرائم مرتبط با تجهیزات پزشکی موجب شده که سیاست کیفری بزه‌دیده‌مدار در قبال حمایت از چنین بیمارانی اتخاذ نشود.

دغدغه دیگری که در تلاقی نگرش تمامیت‌خواه به پزشکی با این نگرش به حقوق کیفری به نظر می‌رسد، این است که با توجه به تحولات اساسی نظام جرائم و مجازات‌ها ضرورت دارد که قانون‌گذار مشابه

تصمیمی که در خصوص مجازات‌های اعدام و حبس ابد در «قانون الحاق یک ماده به قانون مبارزه با مواد مخدر» (مصوب ۱۳۹۶/۷/۱۲) و مجازات حبس ابد در ماده ۳ «قانون کاهش مجازات حبس تعزیری» (مصوب ۱۳۹۹/۲/۲۳) اتخاذ کرده، برای مجازات‌های اعدام و حبس دائم در ماده ۱۸ «قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی» (مصوب ۱۳۳۴) نیز اتخاذ کند.

در نظام حقوقی مصر به‌عنوان یکی از شاخص‌ترین نمونه‌ها، چارچوب قانونی ظاهراً پیشرفته‌ای برای حمایت از سلامت زندانیان وجود دارد. قانون اساسی ۲۰۱۹ در مواد ۵۵ و ۵۶ بر لزوم رعایت کرامت و سلامت زندانیان تأکید می‌کند و قانون سازمان زندان‌ها (قانون شماره ۳۹۶ سال ۱۹۵۶ و اصلاحات بعدی) نیز وجود پزشک در هر زندان را الزامی می‌داند (Egyptian Commission for Rights and Freedoms, 2026).
 ۱۷ April). با این حال، ساختار این قانون چندین خلأ بنیادین دارد: نخست، وابستگی کامل نظام سلامت زندان به وزارت کشور (نه وزارت بهداشت) که منجر به «امنیتی شدن درمان» می‌شود؛ دوم، اعطای اختیارات گسترده به مقامات زندان در تصمیم‌گیری درباره انتقال بیمار یا نوع درمان، بدون نظارت قضایی مؤثر؛ سوم، پیش‌بینی ابزارهای انضباطی شدید مانند حبس انفرادی طولانی‌مدت که طبق اصلاحات، حتی تا چند ماه قابل تمدید است (Human Rights Watch, 2016 September 28). این ترکیب، عملاً امکان استفاده از «محرومیت درمانی» به‌عنوان ابزار تنبیهی را فراهم می‌کند. گزارش‌های متعدد نشان می‌دهد که «امتناع یا تأخیر در درمان» در برخی موارد به الگوی شبه‌سیستماتیک تبدیل شده و حتی به مرگ زندانیان انجامیده است. از منظر نظری، این وضعیت نمونه‌ای روشن از پیوند زیست‌قدرت با امنیت‌گرایی کیفری است، جایی که کنترل بدن از طریق «رهاسازی در وضعیت بیماری» اعمال می‌شود.

در عربستان سعودی، اگرچه ادبیات رسمی بر «اصلاح و بازپروری» و حتی تأمین خدمات درمانی تأکید دارد، اما ساختار حقوقی و رویه‌های اجرایی واجد ابهام‌های جدی است. مقررات زندان‌ها در این کشور به‌طور گسترده در اختیار وزارت کشور و نهادهای امنیتی قرار دارد و شفافیت محدودی درباره فرآیندهای درمانی وجود دارد. گزارش‌ها حاکی از آن است که در برخی موارد، فقدان دسترسی مؤثر به وکیل، شکنجه و بدرفتاری در بازداشت و نبود نظارت مستقل بر وضعیت زندانیان مشاهده می‌شود (Cairo Institute for

(Human Rights Studies. (2024, September 12). این وضعیت، به‌ویژه در پرونده‌های امنیتی یا مواد مخدر، با «پزشکی سازی محدود اما ابزاری» همراه است؛ بدین معنا که خدمات سلامت نه به‌عنوان حق، بلکه به‌عنوان امتیازی قابل اعطا یا سلب در چارچوب نظم کیفری عمل می‌کند. نبود قواعد شفاف درباره استقلال پزشکان زنانه گرفته‌اند و دان و محرمانگی اطلاعات پزشکی، این خطر را تقویت می‌کند که داده‌های درمانی در خدمت کنترل کیفری قرار گیرد، نه بالعکس.

در اردن، اگرچه همکاری نزدیک‌تری میان وزارت بهداشت و نظام زندان‌ها نسبت به برخی کشورهای دیگر وجود دارد، اما چالش اصلی در «دوگانگی نهادی» است. خدمات سلامت در زندان‌ها تحت نظارت وزارت بهداشت ارائه می‌شود، اما مدیریت کلی زندان‌ها در اختیار نهادهای امنیتی است. این دوگانگی، به‌ویژه در موارد نیاز به ارجاع به مراکز درمانی خارج از زندان، موجب تعارض صلاحیت‌ها و تأخیر در درمان می‌شود. همچنین مقررات مربوط به «بازداشت اداری» در اردن (که بدون حکم قضایی و بر اساس ملاحظات امنیتی اعمال می‌شود) می‌تواند افراد را برای مدت طولانی در شرایطی قرار دهد که دسترسی به خدمات درمانی استاندارد محدود است (الجبور، ۲۰۱۶). این وضعیت به‌نوعی «تعلیق حقوق سلامت در وضعیت استثنایی» می‌انجامد. همچنین گزارش دیدبان حقوق بشر، با عنوان «شکنجه و مصونیت در زندان‌های اردن» تأکید می‌کند که وزارت بهداشت اردن مسئول ارائه خدمات درمانی در زندان‌ها است، اما مدیریت عملیاتی زندان‌ها در اختیار نهادهای امنیتی قرار دارد و این «دوگانگی نهادی» باعث تأخیر در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و تعارض صلاحیت‌ها شده است (HRW, 2008: 13). با وجود اینکه «نظام السجون الأردنی» که آیین‌نامه نحوه نگهداری زندانیان در اردن است به موجب ماده ۴۴ من قانون السجون رقم ۳۳ مصوب ۱۹۵۳ خدمات اولیه بهداشتی ازجمله معاینات پزشکی هنگام ورود، پیشگیری از بیماری‌های واگیر و فراهم کردن نظافت و درمان ابتدایی را برای زندانیان پیش‌بینی کرده است، در عمل بازداشت‌های اداری طولانی‌مدت بدون نظارت قضایی شرایطی ایجاد می‌کند که زندانیان از خدمات درمانی استاندارد محروم می‌مانند. گزارش‌ها و مطالعات میدانی (Country Reports on Human Rights Practices: Jordan, 2025؛ المرکز الوطني لحقوق الإنسان، ۲۰۲۵) نشان می‌دهند که این ضعف در اجرا موجب نقض حقوق سلامت زندانیان و

در برخی موارد سوءاستفاده کیفری از بیماری‌های آنان شده است، به طوری که وضعیت سلامت زندانیان گاه به ابزاری برای فشار و محدودسازی حقوق آنان تبدیل می‌شود و تضمین قانونی موجود بدون نظارت و اجرای مؤثر عملاً بی‌اثر باقی مانده است.

در امارات متحده عربی، چارچوب‌های قانونی نسبتاً مدرن‌تری در حوزه بهداشت زندان‌ها دیده می‌شود و حتی تلاش‌هایی برای همسوسازی با استانداردهای بین‌المللی صورت گرفته است. با این حال، مسئله اصلی در این نظام، «تبعیض ساختاری میان شهروندان و غیرشهروندان» است (مثلاً حقوق الإنسان و مرکز مناصرة معتقلی الإمارات، ۲۰۲۶: ۱۹). بخش قابل توجهی از جمعیت زندانیان را کارگران مهاجر تشکیل می‌دهند که دسترسی آن‌ها به خدمات درمانی و به‌ویژه پیگیری حقوقی در صورت قصور پزشکی، محدودتر است (تقریر منظمة العفو الدولية (۲۰۲۲، ۲۵ تشرین الأول). همچنین در برخی موارد، استفاده از ابزارهایی مانند بازداشت طولانی مدت پیش از محاکمه یا نگهداری در شرایط محدودکننده، می‌تواند به تضعیف سلامت جسمی و روانی زندانیان بینجامد، بدون آنکه سازوکارهای جبرانی مؤثری پیش‌بینی شده باشد (التقریر العالمي لهیومن رایتس ووتش، ۲۰۲۳)، همچنین تبعیض علیه مهاجران، نقض عدالت کیفری، در دسترس نبودن خدمات اساسی از جمله بهداشت و درمان و موارد تبعیض سیستماتیک، از دیگر نمودهای تلاقی بسط شبکه کنترل کیفری بر زندانیان و وابسته کردن حقوق سلامت آنان به انقیاد کیفری محکومان در زندان‌های امارات متحده عربی است.

مقررات بهداشت و درمان در نظام کیفری ایران، اگرچه در سطح اعلامی با استانداردهای حمایت از سلامت همسو هستند، اما در سطح ساختاری با سه مشکل بنیادین مواجه‌اند: فقدان استانداردهای الزام‌آور و قابل سنجش، ادغام نهادی درمان و کنترل و نبود سازوکارهای نظارت مستقل و پاسخگویی. این سه عامل در کنار یکدیگر، شرایطی را ایجاد می‌کنند که در آن «حق سلامت» به راحتی می‌تواند به «امتیاز قابل تعلیق» تبدیل شود. در چارچوب نظری زیست‌قدرت، این وضعیت نشان‌دهنده آن است که پزشکی نه در مقام رهایی‌بخش، بلکه به‌عنوان بخشی از تکنولوژی‌های ظریف و درونی‌شده کنترل کیفری عمل می‌کند؛ تکنولوژی‌ای که به جای حذف بدن، آن را مدیریت و تنظیم و در صورت لزوم محدود می‌سازد. در مجموع،

مقایسه تطبیقی نشان می‌دهد که اگرچه شدت و شکل مداخله در ایران و کشورهای عربی متفاوت است، اما در هر دو الگو سه ویژگی مشترک قابل شناسایی است: ادغام تدریجی منطق پزشکی و امنیتی در مدیریت زندان، بهره‌گیری از داده‌های سلامت برای اهداف کنترلی و پیشگیرانه کیفری و ضعف سازوکارهای مستقل نظارتی بر حقوق سلامت زندانیان. تفاوت اصلی ایران در این میان، نه در فقدان این روند، بلکه در «نرم‌تر و حقوقی‌تر شدن صورت‌بندی اقتدار» است؛ اقتداری که از طریق مفاهیمی چون درمان، بازپروری و مجازات‌های جایگزین، خود را بازتولید کرده و به‌طور هم‌زمان امکان مداخله عمیق در بدن و روان محکومان را در پوشش مشروعیت درمانی فراهم می‌سازد.

حقوق ایران در کنار نارسایی‌های یادشده واجد ظرفیت‌های حمایتی مهمی نیز هست که می‌تواند از تبدیل پزشکی کیفری به سازوکار صرفاً اقتدارگرا جلوگیری کند. ازجمله ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری، در صورت ابتلای محکوم‌علیه به بیماری جسمی یا روانی و احتمال تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی، تعویق اجرای مجازات و حتی تبدیل مجازات تعزیری به مجازات مناسب‌تر را پیش‌بینی کرده است؛ ماده ۵۲۲ همان قانون نیز در فرض ضرورت مداوای محکوم به حبس در خارج از زندان، امکان تعویق اجرای حبس برای درمان را با نظر پزشکی قانونی مقرر می‌دارد. همچنین در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، ماده ۱۴۷ بر پوشش بیمه درمانی زندانیان، ماده ۱۴۹ بر پایش دائمی و روزانه متهمان بازداشتی و زندانیان از حیث بیماریابی و مداوا و ماده ۱۴۶ بر نگهداری و معالجه جداگانه زندانیان مبتلا به بیماری‌های روانی واگیردار و پرخطر با لحاظ نظر پزشک متخصص و سیاست‌های وزارت بهداشت تأکید دارد. در حوزه حقوق پزشکی نیز بند «ج» ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی، مشروعیت عمل طبی را به رضایت بیمار و رعایت موازین فنی، علمی و نظامات دولتی منوط کرده و ماده ۴۹۵ همان قانون، اصل ضمان پزشک در صورت ورود صدمه یا تلف را حفظ کرده است، مگر آنکه رفتار او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا با اخذ براءت و بدون تقصیر انجام شده باشد. بنابراین در حقوق ایران می‌توان در کنار وجوه اقتدارگرایانه، از ظرفیت‌هایی هم‌افزا میان حقوق کیفری و پزشکی نیز سخن گفت؛ ظرفیت‌هایی که

اگر با نظارت مستقل، اجرای مؤثر و رعایت رضایت آگاهانه همراه شوند، می‌توانند به تقویت حق سلامت محکومان و حمایت کیفری از بیماران بینجامند.

در سطحی کلان‌تر، بررسی منطقه‌ای نشان می‌دهد که در اغلب کشورهای عربی اگرچه متون قانونی به‌صورت صوری حقوقی مانند رژیم غذایی خاص و مراقبت پزشکی و خدمات بهداشتی را برای زندانیان پیش‌بینی کرده‌اند، اما این قواعد غالباً «غیرقابل اجرا یا فاقد ضمانت اجرا» باقی می‌مانند (World Justice Project, 2024). این شکاف میان «قانون در کتاب» و «قانون در عمل» خود ناشی از ساختارهایی است که در آن‌ها، سلامت زندانیان تابعی از ملاحظات امنیتی، اقتصادی و سیاسی است. جمع‌بندی تطبیقی نشان می‌دهد که در ایران و بسیاری از کشورهای عربی اسلامی، سه الگوی مشترک در مقررات مستعد نقض حقوق سلامت قابل شناسایی است: نخست، «ادغام نهادی درمان و امنیت» که استقلال پزشکی را تضعیف می‌کند؛ دوم، «ابهام و انعطاف‌پذیری بیش از حد مقررات» که امکان تفسیرهای محدودکننده را فراهم می‌آورد؛ و سوم، «فقدان نظارت مستقل و مؤثر» بر اجرای حقوق سلامت. این سه مؤلفه، در چارچوب نظری زیست‌قدرت، نشان‌دهنده آن است که بدن زندانی نه تنها موضوع مراقبت، بلکه موضوع مدیریت، انضباط و در مواردی، ابزار اعمال قدرت کیفری است.

نتیجه‌گیری

با وجود آنکه در نظام عدالت کیفری ایران، حق برخورداری زندانیان از سلامت و خدمات درمانی به رسمیت شناخته شده است، بررسی اسناد و گزارش‌های رسمی مرتبط با این حوزه نشان می‌دهد که دسترسی واقعی افراد بازداشت‌شده یا محکوم به حبس به مراقبت‌های پزشکی، کم‌وبیش با اختلاف نسبی در کشورهای مورد مطالعه تطبیقی، در عمل پایین‌تر از سطح پیش‌بینی‌شده در قوانین و آیین‌نامه‌های مربوط در حقوق این کشورهاست. افزون بر این، تحلیل گفتمان مقامات رسمی بیانگر آن است که در تلقی غالب، به مخاطره افتادن سلامت جسمانی زندانیان لزوماً مسئولیتی متوجه مدیران و کارکنان زندان تلقی نمی‌شود.

در همین چارچوب، مقررات مربوط به «معاینات دوره‌ای» و «غریبالگری‌های پزشکی» واجد کارکردی دوگانه‌اند: هرچند در ظاهر برای پایش سلامت زندانیان پیش‌بینی شده‌اند، در فقدان قواعد شفاف درباره محرمانگی، رضایت آگاهانه و حدود استفاده از اطلاعات پزشکی، می‌توانند به ابزار گردآوری داده‌های زیستی و روانی برای ارزیابی خطرناکی و حتی استفاده قضایی علیه خود زندانی تبدیل شوند؛ امری که با اصول بنیادین اخلاق پزشکی، به‌ویژه رازداری تعارض دارد. از سوی دیگر، «اقتصاد سیاسی درمان در زندان» نشان می‌دهد که وابستگی خدمات درمانی به توافقات اداری میان وزارت بهداشت و نهادهای قضایی و نیز محدودیت بودجه، می‌تواند درمان را از معیار نیاز پزشکی جدا و تابع ملاحظات امنیتی، اداری یا هزینه‌ای کند. حتی استفاده از پزشکان خارج از چارچوب رسمی با وجود ظاهر انعطاف‌پذیر آن، در صورت فقدان استقلال حرفه‌ای و پاسخگویی شفاف، خود به منشأ آسیب تبدیل می‌شود. همچنین، مقررات ناظر بر درمان اجباری، ترک اعتیاد، مداخلات روان‌پزشکی یا برنامه‌های بازتوانی به‌عنوان شرط آزادی، اگر بدون رضایت آگاهانه، نظارت قضایی مستقل و حق اعتراض اجرا شوند، به «پزشکی‌سازی اجبار کیفری» می‌انجامد و مرز درمان و تنبیه را مخدوش می‌سازند. در نهایت تمرکز شناسایی و درمان اختلالات روانی در دست زندان، بدون نظارت بیرونی و نهادهای مستقل روان‌پزشکی، خطر برچسب‌زنی روانی و استفاده از تشخیص پزشکی برای توجیه انزوا، محدودیت ارتباطی یا سایر کنترل‌های انضباطی را افزایش می‌دهد؛ وضعیتی که در آن روان‌پزشکی از ابزار درمان به ابزار مشروعیت‌بخشی به کنترل کیفری بدل می‌شود.

همچنین اصلاح مقررات کیفری متعددی جهت پیشگیری از انحراف اهداف شریف پزشکی در مقاصد سیاست کیفری ناهمسو با اهداف و آرمان‌های حقوق کیفری ضروری است. بندهای «ت» و «ث» ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی نگهداری و درمان مجانین (مصوب رئیس قوه قضائیه، ۱۳۹۸) است که مجنون و مجنون خطرناک را مترادف انگاشته و نیز «مراکز نگهداری و توانبخشی» (موضوع بند «ج» ماده مزبور) و «مراکز درمان و مراقبت» (موضوع بند «چ» همان ماده) نیز دچار تداخل مفهومی و تبعاً آشفتگی اجرایی است و با بدیهیات جرم‌شناسی بالینی و کیفرشناسی درمان‌مدار و روان‌پزشکی مغایرت دارد. تنقیح ماده ۱۸ «قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی» (مصوب ۱۳۳۴) و سیاست‌گذاری

کیفری برای کاهش پدیده شوم تقضای القائی دارو و ساماندهی خدمات پزشکی و دارویی زندانیان در راستای حقوق سلامت ایشان ضرورت‌های دیگری در جهت پیشگیری از پزشکی‌شدن کیفرها و سوءاستفاده‌های کیفری از سلامت محکومان و پرونده سلامت ایشان است.

در مطالعه تطبیقی ایران، عربستان، امارات، مصر و اردن، مسئله سلامت زندانیان نباید به‌مثابه آسیبی خاص ایران صورت‌بندی شود، بلکه باید آن را جلوه‌ای مشترک، اما با شدت و سازوکارهای متفاوت، از پیوند میان اقتدار امنیتی زندان و ضعف تضمین عملی حق بر سلامت دانست. در مصر این معضل غالباً در شدیدترین سطح و در قالب ازدحام مزمن، فرسودگی زیرساخت‌ها، تأخیر یا امتناع از درمان و تبدیل بیماری به ابزار فشار کیفری بروز می‌یابد؛ در عربستان، انقیاد پزشکی بیشتر ذیل منطق امنیتی و انضباطی زندان، به‌ویژه نسبت به زندانیان سیاسی و پرونده‌های حساس، برجسته می‌شود.

در امارات مسئله افزون بر امنیتی‌سازی با تبعیض ساختاری میان شهروندان و غیرشهروندان و آسیب‌پذیری مضاعف کارگران مهاجر و بازداشت‌شدگان خارجی همراه است. در اردن، شدت معضل نسبتاً پایین‌تر اما ناشی از دوگانگی نهادی میان مدیریت امنیتی زندان و ارائه خدمات درمانی توسط وزارت بهداشت است که به تعارض صلاحیت و تأخیر درمانی می‌انجامد و در ایران نیز ترکیب امنیتی‌سازی زندان، تأخیر در اعزام درمانی، بی‌اعتبارسازی شکایات پزشکی و وابسته‌سازی مراقبت درمانی به موقعیت کیفری زندانی نمود برجسته‌تری دارد. بنابراین هرچند سطح، شدت و صورت‌بندی نهادی این پدیده در کشورهای مورد مطالعه متفاوت است، نقطه مشترک آن‌ها تبدیل سلامت زندانی از یک حق مستقل انسانی به بخشی از منطق اداره، کنترل و انضباط کیفری است.

فهرست منابع

- احسان‌پور، سیدرضا (۱۳۹۷). **جرم‌زدایی مصرف مواد مخدر آرام؛ با مطالعه تطبیقی در حقوق جزای هلند و ایالات متحده**. چاپ اول، تهران: انتشارات حقوقی با همکاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوقی پزشکی.
- ارل، رود (۱۳۹۷). **افق‌های نوین در جرم‌شناسی؛ جرم‌شناسی محکومان**. ترجمه: فرهاد شاهیده، تهران: بنیاد حقوقی میزان.
- اسکات، دیوید و فلین، نیک (۱۳۹۹). **بایسته‌های زندان و مجازات**. ترجمه: محمد متین‌پارسا و مهرداد رهنورد واقف، تهران: انتشارات مجد.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳). **آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5**. [به کوشش مهدی گنجی]. جلد ۲، چاپ چهارم، تهران: انتشارات ساوالان.
- باتلر، جودیت (۱۴۰۰). **زیست روانی قدرت؛ نظریه‌هایی درباره انقیاد**. ترجمه: پرویز شریفی درآمدی و لیلا طورانی، تهران: نشر گام‌نو.
- باقری، حسین و حیدری، آرش (۱۴۰۰). «فهم روابط غیررسمی در بستر زندان». **فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات**، دوره ۱۷، شماره ۶۳.
- بخشی‌پور، ابوالفضل؛ نیک‌نام شاهرک ولی و جاجرمی، محمود (۱۳۹۹). «مقایسه کارآمدی واقعیت‌درمانی گروهی با گروه‌درمانی شخص‌محور بر هوش هیجانی و معناداری زندگی زندانیان». **فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره**، دوره ۱۰، شماره ۲.
- پَرت، جان (۱۳۹۸). **تضاد در مجازات؛ تبیینی درباره افراط‌گرایی کیفری در کشورهای انگلیسی‌زبان و استثناگرایی کیفری در کشورهای شمال اروپا**. ترجمه: هانیه هژبرالساداتی، تهران: بنیاد حقوقی میزان.
- پیرورام، محمد و عظیم‌زاده، شادی (۱۴۰۰). «سیاست کیفری ایران در برابر تجویز القایی دارو». **مجله پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی**، دوره ۹، شماره ۱۸.
- توحیدی، طاهر و آشوری، محمد (۱۴۰۰). «مکانیسم قدرت و تأثیر آن بر مجازات تابعان». **فصلنامه پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی**، دوره ۹، شماره ۱۸.
- الجبور، جهاد فهد سالم (۲۰۱۶). **ضمانات حقوق السجناء فی القانون الأردنی فی ضوء المعايير الدولية**. بی‌نا.
- جوان‌جعفری بجنوردی، عبدالرضا و ساداتی، سید محمدجواد (۱۳۹۴). «مفهوم قدرت در جامعه‌شناسی کیفری». **فصلنامه پژوهش حقوق کیفری**، دوره ۳، شماره ۱۱.
- خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۲). «نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست‌گذاری سلامت». **فصلنامه حقوق پزشکی**، دوره ۱۷، شماره ۵۸.
- خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۴). **اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست جنایی ایران**. تهران:

انتشارات سمت.

رایجیان اصلی، مهرداد (۱۴۰۱). کلیات جرم‌شناسی: محتوا و تحول؛ از دیروز تا امروز. چاپ اول، تهران: نشر نگاه معاصر.

رضوانی، سودابه (۱۳۹۱). مدیریت انسان‌مدار ریسک جرم. تهران: بنیاد حقوقی میزان.

ره‌نورد واقف، مهرداد؛ موسوی مجاب، سید درید و فرجیها، محمد (۱۴۰۲). «مصونیت‌یابی در زندان از طریق توسل به خشونت؛ پیش‌فرض‌های فرهنگی». مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۷، شماره ۱۲۴.

سماواتی پیروز، امیر (۱۴۰۲). «حقوق بیماران در قبال جرائم مرتبط با تجهیزات پزشکی؛ از فراموشی نظری تا سیاست کیفری سرگردان». چکیده مقالات دومین کنگره بین‌المللی حقوق سلامت، تهران: نشر حقوقی.

شیری، عباس (۱۳۹۷). «مکتب جرم‌شناسی انتقادی محکومان». در دانشنامه جرم‌شناسی محکومان [به کوشش عباس شیری]. تهران: بنیاد حقوقی میزان.

صالحی، علیرضا؛ ذکائی، محمدسعید و اخلاصی، ابراهیم (۱۳۹۸). «اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرفهمی؛ مطالعه‌ای قوم‌نگارانه در شهر تهران». فصلنامه علوم اجتماعی، دوره ۲۶، شماره ۸۵.

غلامپور، مهدی (۱۴۰۱). «مسئله‌مندی حق بر سلامت جسمانی زندانیان؟ تحلیل انتقادی گفتمان مقام‌های عدالت کیفری ایران». فصلنامه مطالعات حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دوره ۵۲، شماره ۱.

فروزش‌فرد، محمد و همتی، احمد (۱۳۹۳). «بررسی توزیع علل شکایت بیماران از پزشکان و آرای صادره در پرونده‌های سازمان نظام پزشکی شهرستان سمنان در یک دوره ده‌ساله (۱۳۹۰-۱۳۸۰)». مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۲، شماره ۴.

فوکو، میشل (۱۳۹۲). مراقبت و تنبیه (تولد زندان). ترجمه: نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.

گارلند، دیوید (۱۳۹۵). مجازات و جامعه. ترجمه: نبی‌اله غلامی، تهران: بنیاد حقوقی میزان.

گارلند، دیوید (۱۳۹۹). «چشم‌اندازهای جامعه‌شناختی در مورد مجازات»، در موسوی مجاب، سید درید و مهذب، مریم [مترجمان]. جستارهایی در جامعه‌شناسی کیفری. تهران: مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضائیه.

المركز الوطنی لحقوق الإنسان (۲۰۲۵). ملخص التقرير السنوی الحادی والعشرين لحالة حقوق الإنسان فی المملكة الأردنية الهاشمية لعام ۲۰۲۴، عمان: المركز الوطنی لحقوق الإنسان.

منا لحقوق الإنسان ومركز مناصرة معتقلی الإمارات (۲۶ يونيو ۲۰۲۶). تقرير مشترك عن تنفيذ دولة الإمارات العربية المتحدة لاتفاقية الأمم المتحدة لمناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

منظمة العفو الدولية (۲۰۲۲، ۲۵ تشرين الأول/أكتوبر). الإمارات العربية المتحدة: سجناء الرأي محتجزون والمهاجرون مستهدفون عنصرياً: تقديم إلى الاستعراض الدورى الشامل للأمم المتحدة، منظمة

العفو الدولية.

هیومن رایتس ووتش. (۲۰۲۳). **التقرير العالمي ۲۰۲۳**، الإمارات العربية المتحدة.

والش، آنتونی و بیور، کوین ام (۱۳۹۶). **جرم‌شناسی زیستی - اجتماعی؛ جهت‌گیری‌های نوین در نظریات و**

مطالعات. ترجمه: مریم مهذب، چاپ اول، تهران: بنیاد حقوقی میزان.

ودادهیر، ابوعلی (۱۳۸۷). **سخنرانی با عنوان «حرفه پزشکی و بازی پزشکی شدن»** در نشست علمی در مورخ

۱۳۸۷/۱۱/۸ گروه جامعه‌شناسی پزشکی انجمن علمی جامعه‌شناسی ایران در دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم

پزشکی تهران. گزارش نشست.

ودادهیر، ابوعلی و همکاران (۱۳۹۴). «داغ‌نگ‌سازی و پزشکی شدن مسائل روانی: مطالعه‌ای بر ساخت‌گرایانه درباره مسئله

افسردگی در شهر تبریز». **فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران**، دوره ۶، شماره ۱.

References

- Cairo Institute for Human Rights Studies. (2024, September 12). Saudi Arabia: Rights Groups Warn of Rise in Executions and Violations in Tabuk Prison.
- Cao, M., Esposito, M., & Lee, H. (2025). "The U.S. Criminal Legal System and Population Health". **Current Epidemiology Reports**, 12, 5.
- Dyett, J. (2025). "Taking Off the Mask: Examining the Biopolitics of Care Amongst Criminalized Women with Substance Use Histories". **Social Sciences**, 14 (3), 122.
- Egyptian Commission for Rights and Freedoms. (2026, April 17). Medical Release: A Violated Right! On Medical Negligence in Egyptian Prisons, 2024–2025.
- Foucault, M. "The History of Sexuality, I and id., the Subject and Power"; in: H. L. Dreyfus and P. Rabinow, **Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics** (2nd Ed, Chicago, 1983). 206-208.
- Hudson, B. S. (2025). "Material Pathologies: Caring for Personality Disorder in Prison". **History of the Human Sciences**, 38 (2), 98-123.
- Human Rights Watch. (2016, September 28). "We are in Tombs": Abuses in Egypt's Scorpion prison.
- McMahon, M. (1990). "NET WIDENING Vagaries in the Use of a Concept". **The British Journal of Criminology**, Vol. 30, No. 2, pp. 121-149.
- Sklansky, D. A. (2021). **A Pattern of Violence: How the Law Classifies Crimes and What It Means for Justice**. Belknap Press of Harvard University Press.
- U.S. Department of State. (2025). 2024 Country Reports on Human Rights Practices: Jordan – Section on Life, Liberty, and Security of Person. U.S. Department of State. Retrieved from <https://2021-2025.state.gov/reports/2023-country-reports-on-human-rights-practices/jordan/>
- World Justice Project. (n.d.). Custody and Health Conditions in MENA Prisons: Double Jeopardy.

In Persian & Arabic

- Al-Jabour, Jihad Fahd Salem (2016). **Guarantees of Prisoners' Rights in Jordanian Law in Light of International Standards**. [In Arabic]
- American Psychiatric Association (2014). **Psychopathology according to DSM-5** [Edited by Mehdi Ganji]. Volume 2, Fourth Edition, Tehran: Savalan Publications.
- Amnesty International. (2022, 25 October). United Arab Emirates: Prisoners of conscience detained and

- migrants racially targeted: Submission to the UN Universal Periodic Review, Amnesty International. [In Arabic]
- Bagheri, Hossein & Heidari, Arash (2021). "Understanding Informal Relations in the Prison Context". **Quarterly Journal of Cultural and Communication Studies**, Vol. 17, No. 63.
- Bakhshi Pour, A., Niknam Shahrak, V. and Jajarmi, M. (2021). "Comparing the Effectiveness of Group Reality Therapy and Group Person-Centered Therapy on Emotional Intelligence and Meaning of Life among Prisoners". **Research in Clinical Psychology and Counseling**, 10 (2), 123-141.
- Butler, Judith (2021). **The Psychobiology of Power; Theories of Subjugation**. Translated by Parviz Sharifi Daramadi and Leila Toorani, Tehran: Gam-e-No Publications.
- Earl, Rood (2018). **New Horizons in Criminology; Criminology of Convicts**. Translated by Farhad Shahideh, Tehran: Mizan Legal Foundation.
- Ehsanpour, Sayyed Reza (2018). Decriminalization of Recreational Drug Use; with a Comparative Study in the Criminal Law of the Netherlands and the United States. First Edition, Tehran: Legal Publications in Cooperation with the Medical Ethics and Legal Research Center.
- Forouzehsfard, M. and Hemmati, A. (2014). "Study of the Distribution of Reasons for Patients' Complaints against Doctors and the Decisions Issued in the Cases of the Medical System Organization of Semnan County over a Ten-year Period (2001-2011)". **Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran**, Volume 32, Number 4.
- Foucault, M. (2013). Care and Punishment (The Birth of Prison). Translated by Niko Sarkhosh and Afshin Jahandideh, Tehran: Ney Publishing House.
- Human Rights Watch. (2023). World Report 2023: United Arab Emirates. [In Arabic]
- Garland, David (2016). **Punishment and Society**. Translated by Nabiallah Gholami, Tehran: Mizan Legal Foundation.
- Garland, David (2019). "Sociological Perspectives on Punishment". in Mousavi Mojab, Sayyed Dorid & Mohazab, Maryam [Translators], **Essays in Criminal Sociology**, Tehran: Judiciary Publications Center.
- Gholampour, M. (2022). "Problematization of Prisoners' Right to Physical Health? A Critical Analysis of the Discourse of Iranian Criminal Justice Officials. **Criminal law and Criminology Studies**, 52 (1), 122-99.
- Javanjaari Bojnordi, A. & Sadati, S. J. (2015). "The Concept of Power in the Sociology of Punishment". **Journal of Criminal Law Research**, 3 (11), 38-9.
- Khaghani Esfahani, Mahdi (2023). "Critics on the Co-Emergence of Medical Authoritarianism and Criminal Securityism in Health Policy-Making". **Medical Law Quarterly**, 17 (58), 454-473.
- Khaghani Esfahani, Mahdi (2026). Medical Authoritarianism and Criminal Securitization in Iran's Criminal Policy. Tehran: SAMT Publications.
- MENA Rights Group and the UAE Detainees Advocacy Center (June 26, 2026). Joint Report on the Implementation by the United Arab Emirates of the United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. [In Arabic]
- National Center for Human Rights (2025). Summary of the Twenty-First Annual Report on the State of Human Rights in the Hashemite Kingdom of Jordan for the Year 2024, Amman: National Center for Human Rights. [In Arabic]
- Pirvaram, M. and Azimzadeh, Sh. (2022). "Iran's Penal Policy Against Induced Drug Prescription". **Journal of Criminal Law and Criminology**, 9 (18), 253-280.
- Pratt, John (2019). The Contradiction in Punishment: An Explanation of Criminal Extremism in English-Speaking Countries and Criminal Exceptionalism in Northern European Countries. Translated by Hanieh Hojbar-Sadati, Tehran: Mizan Legal Foundation.
- Rahnavard Vaeqef, M., Mousavi Mojab, S. D. & Farajiha, M. (2023). "Immunity-finding in Prison through

- Resorting to Violence: Cultural Presumptions”. **The Judiciarys Law Journal**, 87 (124), 289-329.
- Raijian Asli, Mehrdad (2022). **Criminology in General: Content and Evolution; From Yesterday to Today**. First Edition, Tehran: Negah Moaser Publication.
- Rezvani, Sudabeh (2012). **Human-Centered Crime Risk Management**. Tehran: Mizan Legal Foundation.
- Salehi, A., Zokaei, MS. and Ekhlasi, E. (2019). “Medical Authority: From Violence to Misunderstanding: An Ethnographic Study in Tehran. **Social Sciences**, 26 (85).
- Samavati-Pirouz, A. (2024). “Patient Rights Against Crimes Related to Medical Devices; From Theoretical Amnesia to Stray Criminal Policy”. Abstracts of the Articles of the Second International Congress of Health Law, Tehran: Legal Publication.
- Scott, D. & Flynn, N. (2019). **The Essentials of Prison and Punishment**. Translated by Mohammad-Matin Parsa and Mehrdad Rahnavaard-Vaegh, Tehran: Majd Publications.
- Shiri, A. (2018). “Critical Criminology School of Convicts”. in **Encyclopedia of Convicts' Criminology** [by Abbas Shiri], Tehran: Mizan Legal Foundation.
- Tohidi, T. and Ashouri, M. (2022). “Power Mechanism and its Effect on the Punishment of Subordinates”. **Quarterly Journal of Criminal Law and Criminology Research**, 9 (18).
- Vadadhir, Abu Ali (2008). Speech entitled “The Medical Profession and the Game of Being Medical” at a Scientific Meeting on 28/11/2008, Department of Medical Sociology, Iranian Sociological Association, Faculty of Traditional Medicine, Tehran University of Medical Sciences. Meeting Report.
- Vadadhir, Abu-Ali et. al. (2015). “Stigmatization and Medicalization of Mental Problems: A Constructivist Study on the Problem of Depression in the City of Tabriz”. **Quarterly Journal of Iranian Social Issues**, Volume 6, No. 1.
- Walsh, A. & Beaver, Kevin M. (2017). **Biosocial Criminology; New Directions in Theories and Studies**. Translated by Maryam Mohazzab, First Edition, Tehran: Mizan Legal Foundation.