

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	دیباچه
۱۰	مقدمه
۳۵	فصل اول: چالش «اقتدارگرایی پزشکی» و فهم آن در سیاست گذاری حقوق سلامت
۳۵	مقدمه
۳۶	مبحث اول: مفهوم و جلوه های حقوق سلامت
۴۲	مبحث دوم: کنترل اجتماعی مخاطرات (به ویژه بهداشتی)، در کشاکش «معنا - ابزار» های ...
۴۶	مبحث سوم: مفهوم و نمودهای اقتدارگرایی پزشکی
۴۷	۱. پزشکی «صورت سنگی»
۴۸	۲. کاربرد واژگان تخصصی نامفهوم نزد بیمار
۴۹	۳. فاصله گذاری فناورانه / متکبران و نقض حریم بدنی
۵۰	۴. فریب دادن یا ترساندن بیمار
۵۰	۵. رضایت ناآگاهانه بیمار
۵۱	مبحث چهارم: از «سیاست گذاری سلامت» به «پارادایم حکمرانی سلامت»؛ در رنج از ...
۵۲	مبحث پنجم: «مسائل بدخیم» حوزه سلامت؛ مانع گذار از برنامه ریزی سلامت به پارادایم ...
۶۱	مبحث ششم: تأثیر روابط قدرت سیاسی بر سوءاستفاده متقابل امنیت گرایی کیفری و ...
۶۲	مبحث هفتم: اقتدارگرایی پزشکی پنهان، در کاربست زیست فناوری و هوش مصنوعی پزشکی
۷۳	فصل دوم: تنیدگی اقتدارگرایی پزشکی در امنیت گرایی کیفری؛ سیاست جنایی متناقض
۷۳	مقدمه
۷۳	مبحث اول: تأثیر گفتمان پوزیتیویستی علوم اجتماعی بر تمامیت خواهی راهبردهای کنترل اجتماعی
۸۳	مبحث دوم: نقد نظم حقوقی کنترل اجتماعی بدن؛ تحلیل گفتمان جامعه شناسی پزشکی
۹۰	مبحث سوم: از «جرم شناسی اصلاح و درمان» تا «استفاده ابزاری از درمان برای کنترل اجتماعی جرم»
۹۵	مبحث چهارم: تغییر ماهیت قدرت نهادهای جزائی با کاربست دانش و فناوری پزشکی در کیفر

صفحه	عنوان
۱۰۳	مبحث پنجم: کارکرد اربعابی/اصلاحی درمان در کیفر؛ تجربه اسکاندیناوی - آنگلوامریکایی
۱۱۱	مبحث ششم: نموده‌های تلافی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت گرای حقوقی در ...
۱۱۵	گفتار اول: در سیاست جنایی ارفاقی جایگزین‌های حبس
۱۱۷	گفتار دوم: در مقررات نحوه اجرای کیفرها
۱۳۶	گفتار سوم: در کنترل بهداشتی همه‌گیری کووید-۱۹
۱۴۴	گفتار چهارم: خلأ سیاست جنایی تقنینی در جرم‌انگاری‌های بایسته در حقوق سلامت
۱۴۹	گفتار پنجم: عدم حمایت حقوقی افتراقی از تحقیقات سلامت کودکان
۱۵۳	گفتار ششم: کنترل پزشکی مجرمان با توجیه‌های پیشگیری، تشخیص و درمان
۱۶۱	گفتار هفتم: در سیاست درمانی طب ایرانی - اسلامی «سند ملی گیاهان دارویی»
۱۶۳	برآمد
۱۶۳	نتایج
۱۷۳	دستاورها
۱۷۴	پیشنهادهای
۱۷۷	منابع
۱۷۷	الف) فارسی
۱۸۶	ب) عربی
۱۸۷	ج) انگلیسی

دیباچه

خشونت سازماندهی شده به توجیه، ابزارهای فناورانه و ساختارهای فرماندهی نیاز دارد؛ بنابراین نتیجه تعاملات اجتماعی پیچیده است، اما عامل برقراری نظم اجتماعی - از جمله کنترل مجرمان و مظنونان - نیز محسوب می شود. «بخواهیم یا نخواهیم، خشونت یکی از مؤلفه های سوژگی بشر و سوژگی مدرن به شکل خاص است؛ چون مدرنیته ای که ما می شناسیم بدون خشونت سازماندهی شده، تصورنشدنی است»^۱. جریان تحول های شبکه ای دانش ها و فناوری ها، گاهی آشکارا نمایانگر اقتدارگرایی مدرن علیه گروه هایی از بشر است، و گاه ساحت هایی از اقتدارگرایی پنهان مدرنیته آزادی مدعا را با پژوهش اکتشافی - انتقادی می توان عیان کرد. تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت گرایی کیفی در شبکه جرم - انحراف/ پاسخ دولتی - جامعه ای، جلوه ای از سیاست جنایی آزادی مدعی آزادی گریز است.

فلسفه پزشکی، بر پایه تحلیل مرزبندی های متافیزیکی، معرفت شناسی و اخلاقی الگوی زیست جسم گرا^۲ و الگوی روان - اجتماعی باورانه^۳، بحران های کنونی پزشکی - از جمله افت چشمگیر کیفیت خدمات درمانی، حاکمیت الگوی زیست پزشکی و عزلت الگوی صحیح زیست روان اجتماعی و به ویژه آنچه «اقتدارگرایی پزشکی» می نامیم و در این پژوهش بدان پرداخته ایم - را در پزشکی معاصر بررسی کند.

«خاستگاه الگوی زیست پزشکی (بیومدیکال) در ایالات متحده در اواخر قرن نوزدهم، به ویژه با ورود فیزیولوژی یا پزشکی مبتنی تجربه، از اروپا است. هرچند الگوی بیومدیکال سبب پیشرفت های بزرگی در امریکا شده است، یکی از مشکلات زیربنایی آن احساس بیگانگی بیمار با پزشک است»^۴. جهان بینی الگوهای زیست پزشکی و انسان باور، مرزهای متافیزیکی بسیار متفاوتی دارد. این تفاوت ها از جنبه دیدگاه ها و پیش فرض های متافیزیکی و

۱. واکلیت، ساندرا؛ مک گری، راس (۱۴۰۰)، جرم شناسی و جنگ: عبور از مرزها، به کوشش حمیدرضا نیکوکار با ترجمه گروهی از پژوهشگران، تهران: بنیاد حقوقی میزان، ص ۵۱.

2. Biomedical Model

3. Biopsychosocial Model

۴. مارکم، جیمز (۱۳۹۹)، فلسفه پزشکی مقدماتی؛ انسانی کردن پزشکی مدرن، ترجمه پیروژه شهپاز [و همکاران]، تهران: نشر لوح فکر، ص ۳۵.

باورهای هستی‌شناختی است. درحالی‌که الگوهای بیومدیکال (زیست‌روان‌اجتماعی) یا دیدگاه متافیزیکی یگانه‌باوری، ماشین‌وار و مبتنی بر پیش‌فرض متافیزیکی نوحاسته‌گرایی و باور هستی‌شناختی به اندام‌وارگی، الگوهای انسانی را مشخص می‌کنند. به‌این ترتیب، دگرگونی‌های بزرگی در مرزهای متافیزیکی پزشکی معاصر در حال وقوع است.

افزایش اقتدار و قلمرو پزشکی در زمره‌ای از مهم‌ترین دگرگونی‌های نیم قرن اخیر دنیای غرب بوده است. تحلیل‌گران مطالعاتِ برِ ساخت‌گراییِ دانش، با مرور ریشه‌ها، دامنه و آزمون آثار پزشکی شدن بر جامعه پزشکی، بر بیماران و بر فرهنگ طب، کانون توجه خود را بر شواهد ویژه‌ای، دال بر وجود پزشکی شدن قرار داده‌اند. پزشکی شدن آنگاه که در تعامل با سیاست‌گذاری جنایی غیرمردم‌سالار و نااخلاقی قرار می‌گیرد، ابزار امنیت‌گرایی کیفری می‌شود. سوءاستفاده متقابل اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری، سیاست جنایی اقتدارگرا^۱ را برمی‌سازد.

اقتدارگرایی به معنای سیطره‌جویی، خودکامگی و تسلیم بی‌چون‌وچرا از قدرت است که منظور از آن در بافت سیاسی-روانی، ناآگاهی و ناتوانی است. در یک جامعه اقتدارگرا که اعتبارِ راستین معنایی ندارد، حد و حریم دیگران مشخص نیست و معمولاً به آن تجاوز می‌شود و خرده‌نظام‌های حقوقی، اقتصادی، پزشکی، فرهنگی و ... دوگانه «ترس و زور» را دائماً بازتولید می‌کنند تا نظم اثبات‌گرایانه حکمرانی قهری - اگرچه حتی به‌راحتی در چهارچوب‌های ظاهراً دموکراتیک سیاسی - بازتولید شود.

توزیع بیماری‌ها در میان انسان‌ها متفاوت است و شناخت بیماری و آگاهی از آن در چهارچوب الگوهای فرهنگی صورت می‌گیرد. به‌دلیل مداخله عوامل و شرایط اجتماعی در مسیر و جریان درمان، علوم اجتماعی با پزشکی و بهداشت و درمان مشارکت می‌یابد و جامعه‌شناسی پزشکی در تعامل با حقوق و جامعه‌شناسی حقوقی واقع می‌شود. اما «به‌موازات تکامل شکل‌های تازه سرمایه‌داری در بخش‌هایی از دانش و عمل پزشکی، دیگر درمان صرفاً رابطه خصوصی پزشک و بیمار باقی نماند و نظارت بر سلامتی شهروندان در معنای عام، به پارادایم پزشکی تزریق شد»^۲. مایه‌کوبی آبله، مدیریت بهداشتی کشور برای پیشگیری از طاعون و وبا، پاستوریزاسیون عمومی، واکسیناسیون به‌مثابه ابزار اداره سیاسی جامعه، همپای

1. Authoritarian Criminal Policy

۲. جودکی، حسین؛ رشیدیان، آرش (۱۳۸۸)، فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات، بیمارستان،

دوره ۸، شماره ۳ و ۴، ص ۸۹

رشد فزاینده موضوع‌ها و سازمان‌های پزشکی، زمینه افزایش ماهیت سیاست‌گذارانه و مدیریت اجتماعی پزشکی و پزشکان را فراهم کرد و موجب رغبت زمامداران به چرخاندن گرانیگاه پزشکی از درمان به «تکنولوژی جمعیت»^۱ با توجیه سلامت شد. این تغییر گرانیگاه، افت «شاخص‌های ارزشیابی کیفیت نظام سلامت- از جمله مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، اثربخشی حاکمیت، حاکمیت قانون، کیفیت قانون‌گذاری و کنترل ملی فساد»^۲- را در پی داشت.

عمل پزشک و سیاستمدار هر دو بر مبنای خیر عمومی مشروعیت می‌یابد. هر دوی این‌ها داعیه بهروزی نوع انسان را دارند. با توجه به اینکه شیوه فهم افراد از جهان پیرامونشان ارتباط انکارناپذیری با آمادگی آن‌ها برای پذیرش «قواعد مختلف بازی اقتدار» دارد، سیر تحول فهم انسان از پزشکی، بازتولید مداوم اقتدارگرایی و آزادی‌گرایی را در برهه‌های پی‌درپی و در جنگی دائمی و هم‌زمان نشان می‌دهد. «دانش پزشکی در شکل‌های اولیه آن، از قواعد جادوگری تبعیت می‌کرد. در کنار خواندن اوراد جادویی و فال‌گیری می‌توان بلاگردانی را نیز یادآور شد که در آن جادوگر بیماری را از بیمار به جاندار دیگری مانند یک حیوان منتقل می‌کند تا بیمار به زندگی عادی خود ادامه دهد»^۳. نتیجه چنین انگاره‌ای، اعطای آزادی عمل بی‌انتهای درمانگر است؛ هر عملی که او انجام دهد، حتی اگر به تشدید ناراحتی بیمار منتهی شود، بخشی از روح عظیم آسمانی است و بنابراین توجیهی برای آن وجود دارد. از این رو، دانش پزشکی که تحت تأثیر باورهای اسطوره‌ای شکل می‌گرفت، زمانی قادر به شکل دادن به اقتدار قهری بود که جهان‌بینی اسطوره‌ای و مبتنی بر تداعی‌ها در دیگر حوزه‌های زندگی جمعی نیز نفوذ داشت.

در ادامه، با ورود به عصر روشنگری و اهمیت یافتن عقلانیت و تخصص، تقلیل جایگاه اجتماعی پزشک از جایگاه اراده‌خدایان به جایگاه فرد عادی صاحب مهارت را پژوهشگران «اولین عامل محدود شدن اقتدار پزشکی برخاسته از دانش منطقی» ذکر کرده‌اند.^۴ البته این

۱. برای مطالعه درباره «تکنولوژی جمعیت» و نقش آن در مدیریت بدن مردمان، از جمله در قالب درمان به مثابه مجازات، بنگرید به: فوکو، میشل (۱۴۰۰)، *امنیت، قلمرو، جمعیت: درس‌گفتارهای کولژ دوفرانس* ۱۹۷۷/۱۹۷۸، ترجمه سیدمحمدجواد سیدی، چاپ دوم، نشر چشمه.

۲. برای نمونه، نک: مصدق راد، علی محمد؛ رحیمی تبار، پریسا (۱۳۹۸)، *الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی، مجله علوم پزشکی رازی (دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، دوره ۲۶، شماره ۹، ص ۱۴.

۳. صالحی، علیرضا (۱۳۹۸)، *اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرفهمی*، تهران: آگاه، ص ۶۸.

۴. محسنی، منوچهر (۱۳۸۸)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: طهوری، ص ۹۲.

شکل از دانش پزشکی با تلقی مکانیکی از بدن انسان، تأکید بر امر عینی و مشاهده‌پذیر و محاسبات آماری و عملیات آزمایشگاهی امکاناتی را برای اقتدار در اختیار پزشک می‌گذارد. کاربرد سیاسی دانش پزشکی، شکلی از دانش پزشکی را عرضه داشت که با گسترشی تدریجی، جایگاه و وظیفه پزشک را از مسئولیت درمان بیماری‌های موجود بین افراد حقیقی، به نظارت بر سلامت شهروندان به مفهوم عام تغییر داد.

در دوران جدید، سازمان‌های متصدی بهداشت و سلامت نیز از جمله حاملان مهم این شکل از دانش جدید محسوب می‌شوند. دانش پزشکی در جامعه مدرن بیش از آنکه در خدمت سلامت افراد جامعه باشد، در چرخشی سیاسی، به ابزاری برای بهینه‌سازی فرایندهای تولید مادی بدل شده است. بمباران کردن افراد جامعه با پیام‌های بهداشتی و نهادینه کردن اضطراب بیماری در ذهن افراد جامعه در واقع هدف مهمی را دنبال می‌کند. بیمار در این نگرش، یک «نمونه» است؛ یکی از بی‌شمار افرادی که ممکن است به این یا آن بیماری مبتلا شده باشد. این رویکرد، زمانی که برای یک جمعیت اتخاذ شود، سیاست‌های بهداشتی را می‌سازد. این در واقع، همان پدیده‌ای است که میشل فوکو به آن «تکنولوژی جمعیت»^۱ می‌گفت. در این انگاره، نظام حقوقی تا زمانی که پزشک با رضایت بیمار و براساس منشور اخلاق حرفه‌ای عمل کرده باشد، به همان ترتیبی که مانع اقتدار قهری و اقتدار پزشکی می‌شود، پشتیبان شکل تازه‌ای از اقتدار است که پزشک به آن نیاز دارد.

برخی اشکال اقتدارگرایی پزشکی بر بیمار-شهروند عبارت‌اند از کاربرد واژگان تخصصی نامفهوم برای بیمار، ژست‌گیری و موقعیت‌گزینی تفوق‌جویانه بر بیمار، اجتناب از معاینه بالینی و بعضاً اکتفا به یک نگاه و ادعای تشخیص بیماری و بیان قطعی و فوری طرح درمان، تسلط بر حریم بدنی بیمار، هشدار و سرزنش اخلاقی بیمار در قالب تکریم حق آگاهی وی و ارائه اطلاعات درباره عوامل و مخاطرات بیماری به بیمار، برقراری رابطه‌ای صمیمانه با بیمار پس از ژست گرفتن با هدف سرپوش نهادن بر خطای خود (پزشک)، استفاده قهری از اقتدار حقوقی بر بیمار در قالب حق انتخاب زمان و شرایط ابراز اخبار ناگوار درباره بیماری به بیمار یا اطرافیانش، طفره رفتن از درمان با توجیه لزوم تداوم آزمایش‌های پاراکلینیکی، نگاه صرفاً جسمی به بدن بیمار به جای نگاه انسانی بر مدار توجه به تجربه زیسته بیمار و

۱. فوکو، میشل (۱۳۹۰)، *پیدایش کلینیک*، *دیرینه‌شناسی ادراک پزشکی*، ترجمه یحیی امامی، چ ۲، تهران: نشر نقش و نگار، ص ۱۰۹.

خودانگاره‌های وی از فضاها و آدم‌ها در فرایند و محیط درمان، سلطه مالی و علمی بر بیمار و وجود حق عدول از تداوم درمان و تصریح به آن برای بازتولید مداوم و شدیدِ تفوق بر بیمار، مدیریت تنظیم و ارائه اسناد درمانی، و رازداری گروهی صنفیِ تبانی‌گونه. در توضیح شکل‌های یادشده می‌توان گفت هرچه فاصله پزشکی با بیمار در مواجهه آغازین بیشتر شود، وجه ایدئولوژیک دانش پزشکی تقویت می‌شود. پزشک ساکت و فاصله‌گذار، حتی اگر آگاهانه چنین تمایلی نداشته باشد، مجال بیشتری به مراجعه‌کننده می‌دهد که در غیاب هر عاطفه انسانی او را حامل و سخنگوی «گفتمان پزشکی اقتدارگرا» بداند. همچنین، فاصله زبان فنی پزشک با فهم روزمره بیمار، او را سردرگم در جهانی رها می‌کند که به لحاظ واژگانی کاملاً غریبه است. این شاید یکی از آشکارترین تظاهرات اقتدارگرایی پزشکی است. افزون‌براین، کاهش رابطه انسانی پزشک با بیمار و کاهش معاینه بالینی بیمار به شکل سنتی - که در سال‌های اخیر با رشد استفاده از تجهیزات پاراکلینیکی و فناوری‌های پزشکی، از جمله انواع آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های تشخیصی این امکان را به پزشک داده‌اند که بدون تماس مستقیم با بدن بیمار بتواند بیماری وی را تشخیص دهد - تحولی است که برای برخی بیماران به شکل محرومیت تجربه می‌شود و این نوع تشخیص تجهیزات و غیربالینی و غیرلمسی و غیرسنتی را تکبر و اقتدارگرایی پزشک تفسیر می‌کنند.

از جمله پیامدهای جرم‌شناسی اثباتی بر حقوق کیفری، ایجاد کلینیک درمان مجرمان در کنار محاکم جزائی بوده است، تا عوامل و شرایط مؤثر بر ارتکاب جرم را بسنجد و برون‌دادهای درمانی و نه کیفرهای غیرسزاگرا (کیفرهای بالینی - بازپرورانه) به قاضی پیشنهاد کند. نظریه جرم‌شناسی اثباتی با تأثیرگذاری بر حقوق کیفری، با پیشنهاد درمان به جای مجازات یا دست‌کم درمان در قالب کیفر و ترقیق شدت کیفر از گذر درمانی کردن برخی پاسخ‌های کیفری به جرم، آثار ارزنده بسیار گسترده‌ای در طراحی و تقنین نهادهای کیفری ارفاقی (تعویق حکم، تعلیق مراقبتی مجازات، نیمه‌آزادی، مجازات‌های تکمیلی الزام به درمان و الزام به کار معین و منع از اقامت در اماکن مستعد جرم، خدمات عمومی رایگان، آزادی مشروط، قرارهای نظارت قضایی و...) داشته است. وام‌گیری حقوق کیفری از دانش پزشکی و راهبردهای پیشگیرانه - تشخیصی - درمانی قابل‌چینش در گُنه تدابیر انتظامی و قضایی و کیفری، تنها یک سویه از میان‌کنش علوم سلامت و علوم جنایی است و این پژوهش معطوف به تنویر سویه تاریک و کم‌پژوهیده مناسبات فزاینده علوم جنایی و علوم سلامت است: سویه

تاریکی به نام «تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست‌گذاری سلامت». نبود «پیوست سلامت» بر لوایح مرتبط با بازپروری بزه‌کاران، تشویش در نسبت دو نظام سیاست‌گذاری سلامت و سیاست‌گذاری جنایی از حیث تداخل فرایندهای این دو با هم، تبار تاریخی اقتدارگرایی در حکمرانی جزائی، تفسیر موسّع برخی نهادهای سیاست‌گذار از «موقعیت اضطراری» که تعلیق هنجارهای حقوق بشری را با توجیهات درمانی - کیفری صورت‌بندی می‌کند، از عوامل تلاقی ناشایست دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» است^۱ و جلوه‌های دائماً متغیر، عموماً پنهان و به‌ندرت جرم‌انگاری شده و تخلف‌انگاری‌شده‌ای دارد و حقوق کیفری و حقوق سلامت را مخدوش می‌کند.

همچنان‌که اقتدارگرایی پزشکی گفت‌وگو و تعامل را تنها به هدف اقناع بیمار به شیوه‌ای غیرصادقانه - آموزه یورگن هابرماس^۲ با عنوان «خرد ابزاری»^۳ در نقض «خرد ارتباطی»^۴ - دنبال می‌کند، اقتدار حقوقی نیز به واسطه تمهیدات قانونی و با انگیزه رسمیت دادن به اقتدار قهری و اقتدارگرایی امکان‌پذیر می‌شود و هژمونی نظام درمان بر شهروندان را با قانون‌گذاری و رویه‌سازی سازمانی و حتی دکتین‌پردازی، تقویت و تضمین می‌کند.

به‌رغم تصریح به حق‌های متعدد بیمار در معاهدات بین‌المللی مورد الحاق دولت جمهوری اسلامی ایران و نیز در قوانین و مقررات داخلی کشور، برخی پزشکان متخصص و فوق تخصص نه تنها مهارت‌های حداکثری رسیدگی به بیماران را از دست داده‌اند، بلکه قابلیت درک جامع‌نگر و چاره‌اندیشی سیاست‌گذارانه کلان برای کاهش این بحران بسیاری حیطه‌ها کمرنگ شده؛ وضعیتی که مغایر اصل حداکثر نمودن منافع همه‌جانبه برای بیمار است.

پزشکی اصیل مبتنی بر شرح حال جامع و معاینه بالینی (با همه کاستی‌هایش) جای خود را به پزشکی ابزارمحور - با بعضاً جفا و تحمیل هزینه، با تبانی یا بدون تبانی با بخش‌های تشخیصی و پاراکلینیکی - داده است و رشد شگرف فناوری در حوزه خدمات پزشکی، همچنین موجب شده شرکت‌های تولیدکننده لوازم پزشکی که به لحاظ ماهوی سنخیتی با رسالت اصلی پزشکی ندارند، تحمیل این ابزارها را به‌ویژه در شرایط تحریم اقتصادی کشورمان به جامعه پزشکی و دانشگاهی با رنگ و لعاب فناوری برتر - و در عمل، فناوری

۱. خاقانی اصفهانی مهدی (۱۴۰۲)، نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست‌گذاری سلامت، فصلنامه حقوق پزشکی، دوره ۱۷، شماره ۵۸، ص ۴۵۴.

2. Jurgen Habermas

3. Instrumental Rationality

4. Communicative Rationality

دست چندم و بدون خدمات پشتیبانی و پاسخگویی حقوقی - افزایش دهند و «پزشکی ماشینی» را به خدمت مبتنی بر تبخّر طبيّ پزشك مدار تفوّق دهند. همین وضع موجب «سهم‌خواری در پزشکی»^۱ به مثابه جلوه‌ای از فروکش طب فضیلت‌گرا و اخلاق‌مدار به طب منفعت‌گرای نامتعهد شده است که اقتدارگرایی پزشکی را با فشار مالی بر بیمار و تحدید حق سلامت وی، به جامعه تحمیل کند.

سلامت معنوی، هوش معنوی و سبک‌های دلبستگی کنشگران نظام سلامت، آن‌گاه در معرض خطر بیشتری قرار می‌گیرد که جریان اقتدارگرایی پزشکی از دانش حقوق استفاده کند، که مسیری نسبتاً مشابه با سیر تحول پارادایم‌های پزشکی را از حیث بازتولید اقتدارگرایی بر آزادی‌مداری و حق‌بنیادی طی کرده است و ابزارهای متنوع و قدرتمند حقوقی - از قانونگذاری به نفع پزشکان علیه بیماران گرفته تا لابی‌گری برای تأثیر بر رویه قضایی محاکمات پزشکان متهم به قصور پزشکی منجر به صدمه و حتی اقدام برای چرخش خاموش پژوهش‌های میان‌رشته‌ای حقوق پزشکی به سمت منویات جریان اقتدارگرایی پزشکی - را نردبان تحکیم و تشدید هژمونی خود نموده است.

رضایت‌نامه‌ها، پروتکل‌ها، مقررات و رویه‌های سیاست‌گذاری‌شده و در دست اجرا با هدف تحکیم حق بیمار بر زندگی و بدنش سمت‌وسویی سیاسی می‌یابد و شکایت بیمار از پزشک را دیگر اعضای صنف و تخصص وی بررسی می‌کنند و قاضی دادگاه نیز معمولاً در صدور رأی عیناً براساس نظریه داور پزشکی قانونی و نظام پزشکی اقدام می‌کند. بیمار یا خانواده وی چیزی از آنچه امضا می‌کنند نمی‌دانند و حتی اغلب دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری گرایش‌های مختلف رشته حقوق هم تفاوت دقیق رضایت و برائت پزشکی را نمی‌دانند.

انواع بسترها و جلوه‌ها و پیامدهای دگرگرفه‌ای، سوء برداشت و سردرگم کردن بیمار در فرایند تشخیص و درمان وجود دارد. ساختار آموزش پزشکی در دوره دانشجویی و پس از آن، موجب تربیت عده‌ای از پزشکان است که از بینش چندبعدی در زندگی اجتماعی، روانی و عاطفی افراد جامعه - بیماران آینده‌شان - به کلی بی‌بهره‌اند و قادر به برقراری رابطه انسانی و

۱. برای تبیین مفهوم، عوامل و آثار سهم‌خواری پزشکی جهت تسهیل درک ربط این پدیده شوم به چالش کلی‌تری به نام اقتدارگرایی پزشکی، بنگرید به: دشتی، نادر؛ باسحا، مهدی؛ مسائلی، ارشک (۱۳۹۱)، بررسی تفاوت در رفتار اقتصادی پزشکان و انگیزه‌های اقتصادی سهم‌خواری در پزشکی، فصلنامه حقوق پزشکی، دوره ۶، شماره ۲۳.

همراه با درک متقابل نیستند. درحالی که «آموزش پزشکی به سمت جامعه‌محوری و جامعه‌نگری سوق پیدا کرده و به مفهوم پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی توجه شایانی معطوف گردیده است و سازمان بهداشت جهانی هم در تعریف خود از پاسخگویی اجتماعی، مؤسسات آموزشی را ملزم به هدایت کلیه فعالیت‌های خدماتی، آموزشی و تحقیقاتی خود به سمت مرتفع نمودن نگرانی‌ها و اولویت‌های بهداشتی جامعه تحت پوشش خود نموده است»^۱، رویکرد جامعه‌شناختی به پزشکی در ایران همچنان بسیار ضعیف است و این را باید جزء عوامل فرهنگی - آموزشی بستر ساز کم توجهی پزشکان به ملاحظات حقوق بشری در تعامل با مراجعان دانست؛ چالشی که جلوه و خیم آن به شکل اقتدارگرایی پزشکی بروز می‌یابد.

نظر به آنکه کم توجهی به پاسخگویی اجتماعی در تربیت پزشکان، زمینه‌القای حس ناتوانی در پزشکان برای خدمت‌رسانی به جامعه را دامن می‌زند - که خود موجب کاهش اعتماد به نفس و افزایش اضطراب آنان در سال‌های آغازین طبابت می‌شود^۲ - کشورهای پیشرفته در ۲۵ سال اخیر، در جهت افزایش پاسخگویی اجتماعی برنامه‌های درسی، به تدوین و پیاده‌سازی برنامه‌های درسی شایستگی محور یا مبتنی بر پیامد در جهت اطمینان از توانمندی پزشکان اقدام کرده‌اند.^۳ بی‌شک، این تحول آموزشی و ارتقای ساختار و محتوای سرفصل دروس علوم اجتماعی که در آموزش پزشکی تدریس می‌شود، زمینه‌های اقتدارگرایی پزشکی را در طول فعالیت طبی درمانگران کاهش می‌دهد.

با وجود تبلیغات فراوان در خصوص 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 در خدمت اقتدارگرایی پزشکی است. در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، قانون‌گذار با عدول از نظریه خطر، نظریه فرض قصور و تقصیر را پذیرفته است. در گام بعدی برای حمایت از درمانگران، اخذ رضایت از بیمار را رافع مسئولیت درمانگر دانسته و دیگر نیازی به کسب رضایت علاوه بر براثت نیست. و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از

۱. یمانی، نیکو؛ فخاری، محمد (۱۳۹۲)، پاسخگویی اجتماعی برنامه درسی در آموزش پزشکی: موانع و راهکارها، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۳، شماره ۱۲، ص ۱۰۸۲.

2. Liddell, M. J. Davidson, S. K. & Taub H. (2002). Whitecross, L. E. Evaluation of Procedural Skills Training in an Undergraduate Curriculum. *Med Educ*, Vol. 36, No. 11: 1035-41.

3. Emadzadeh, A., Mousavi Bazaz, S. M., Noras, M. & Karimi, S. (2016). Social Accountability of the Curriculum in Medical Education: A Review on the Available Models. *Future of Medical Education Journal*, Vol. 6, No. 4, 31-37. doi: 10.22038/fmej.2016.8338

دستور درمانی اشتباه را سبب رفع مسئولیت پزشکی می‌داند؛ در حالی که در قانون مصوب ۱۳۷۰ این به تنهایی رافع مسئولیت کیفری و مدنی پزشک نبود.

سیاست حقوقی امنیت گرا، با تحدید حقوق و آزادی‌های عمومی به بهانه وضعیت اضطراری و لزوم ترجیح امنیت و حاکمیت بر حق‌های شهروندی، آنگاه که در شرایط خاص بهداشتی و درمانی – مانند شیوع بیماری فراگیر (مثلاً کووید-۱۹) – به خدمت نظام سیاست‌گذاری سلامت درمی‌آید، در مسیر تصویب مقررات قرنطینه بدون حمایت کیفری از قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸ با اعمال ضمانت اجرای خشن کیفری قرار می‌گیرد و بدون پیوست فرهنگی و زیست‌محیطی و جامعه‌شناختی، اقدام به قانون‌گذاری و مقررات‌گذاری محدودساز علیه مردم و هنجارگذاری حقوقی اعطاکننده اختیارات و امکانات بیشتر به نهادهای سلامت و بهداشت و درمان می‌کند و ماسک نزدن را مصداق عناوین مجرمانه‌ای همچون تسبیب در اقدام علیه بهداشت عمومی (ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی «تعزیرات») و حتی اتهامات خطرتر می‌داند و مرزهای نسبتاً ناواضح اصطلاحاتی همچون مصالح عمومی، امنیت عمومی، اخلاق عمومی، و امنیت و آزادی را بیشتر در هم می‌آمیزد تا زمینه حمایت حقوقی از اقتدارگرایی پزشکی با هدف استفاده‌های سیاسی و تشدید تحکم بر مردم را فراهم آورد.

مقدمه

اقتدارگرایی، در بافت حقوقی و به‌ویژه سیاست‌گذاری حقوقی و سیاست‌گذاری جزائی، معرّف حوزه‌ای است که در آن ایجاد توازن میان حقوق و آزادی‌های فردی از یک سو با اعمال اراده دولت از سوی دیگر به بیشترین درجۀ فشار، تنش و بحران می‌رسد؛ چنان‌که آزادی‌ها به شدت نقض می‌شود، کنترل اجتماعی و تحدید و حتی تهدید حق‌های مردم از سوی خرده‌نظام‌های دولتی (حقوقی، اقتصادی، فرهنگی، درمانی و ...) سازمان‌مند می‌شود و شکلی ناظم یا شافی به خود می‌گیرد، قواعد و اصول کرامت انسانی در حقوق و به‌ویژه حقوق کیفری مخدوش و حقوق انسان‌ها از معیارهای حقوق بشر تهی می‌شود و دامنهٔ رعایت فردی در آن کاهش می‌یابد، رژیم سیاسی از تمام ابزارهای قهری و حتی غیرقهری (مانند ابزار سیاست‌گذاری عمومی سلامت) در مسیر تضعیف تساهل، رواداری و آزادی استفاده می‌کند.

«حترام» به حق‌های بنیادین شهروندان بدین معناست که نظام حقوقی باید از هرگونه مداخلهٔ دولت در بازداری شهروندان از اعمال حق‌ها و آزادی‌های بنیادی‌شان جلوگیری کند. نظام حقوقی نیز باید با پیشگیری از مداخلهٔ اشخاص ثالث «محافظ» حق‌ها و آزادی‌های یادشده باشد. همچنین، این نظام به‌ویژه از راه آموزش می‌تواند نقش مهمی در «ترویج» و ارتقای دانش عمومی و تخصصی از حق‌های بنیادین انسانی ایفا کند. مراد از «جرائی» حق‌های یادشده آن است که حکومت به اقدام‌های ایجابی ضروری در حوزه‌های گوناگون برای عملی کردن حق‌های مزبور دست زند.^۱

با وجود اهمیت انکارناپذیر اعمال حق‌های بنیادین و جهان‌شمول انسانی، متأسفانه امروزه در بسیاری موارد حقوق بشر یا در حد «بیان ژورنالیستی» تنزل یافته یا به ابزاری در دست حکومت‌ها برای کسب مشروعیت، بهره‌برداری سیاسی و کسب مزایای مالی در صحنه‌های بین‌المللی بدل شده است؛^۲ اما برای آنکه حاکمیت قانون فراتر از هر قدرتی در جامعه اعمال شود

1. Alston, P.; Goodman, R. (2013). *International Human Rights: The Successor to International Human Rights in Context*, Oxford: Oxford University Press, p. 71.

۲. چلبی، آزاده (۱۳۹۶)، *فساد و مقبولیت قانون از منظر جامعه‌شناسی حقوق*، چاپ نخست، تهران: نشر نی، ص ۳۲.

لازم است قدرتِ مأخوذ، قدرتی بی طرف و حرفه‌ای (با صبغه حقوقی) باشد. در غیر این صورت، ورود جانبدارانه قدرت از نظام سیاسی - اداری به نظام حقوقی حاکمیت قانون را به «قانون حاکمیت» و به تعبیری «حاکمیت به وسیله قانون» تبدیل می‌کند. چنین قانونی به جای تأمین امنیت شهروندان، به ابزاری سرکوبگر در جهت منافع و امنیت حاکمان تبدیل می‌شود.

«عوام‌گرایی، پیامد‌گرایی، فایده‌گرایی و عمل‌گرایی، شاخص‌های سیاست‌گذاری حقوقی ابزار گرایانه است»^۱ و موجب صدمه به ارزش‌ها و دوری از عدالت اجتماعی می‌شود. جمله معروف *فرانسیس بیکن* - «علم و معرفت همان قدرت است» - تبیین کرد که نظام علمی موجود، فلسفه سیاسی خاص خود را دارد. این نظام توانسته است فلسفه سیاسی را برای تولید نهادهای مدنی و غیرحاکمیتی با محوریت تجمع سرمایه و با هدف تأمین منافع قشری خاص ایجاد کند.

یکی از پرسش‌های مطرح در فلسفه سیاسی متأخر و علوم اجتماعی انتقادی، «نسبت قدرت، سوژه، و بدن» است. میشل فوکو نسبت بدن، سوژه و قدرت را بررسی می‌کند. «او در کتاب *مراقبت و تنبیه* نشان می‌دهد که چگونه تکنولوژی‌های قدرت، با ابزارهای خاص، بدن سوژه‌ها را شکل می‌دهند»^۲. او با توصیف روش‌های گوناگون تاریخی مرتبط با آموزش بدن، نظارت سوژه بر بدن خود را نشان می‌دهد. فوکو تبیین کرده که در عصر مدرن، بدن‌ها تحت انضباط ناشی از تنبیه قدرت سیاسی و نظارت مستمر قرار دارند. نمونه تأمل‌برانگیز آن «پیدایش کلینیک» است. او پیدایش آن را مصادف با ایجاد آگاهی سیاسی منقادکننده‌ای می‌داند که، به جای ایفای نقش موقت و راهنمایی شهروندان، همچون دانشگاه (محل کسب دانش درباره بدن و ذهن سوژه) عمل می‌کند. «بدن آماج قدرت شد؛ بدین معنا که بدن‌ها براساس قدرت فیزیکی، فایده‌مندی، مطیع بودن و فرمانبرداری‌شان دسته‌بندی می‌شدند. از این طریق، فوکو توضیح می‌دهد مدرنیته می‌کوشد بدن‌ها را بهنجار، نظم‌یافته، سرکوب‌پذیر و فاقد آگاهی بنماید»^۳؛ چه

۱. رحمانیان، حامد؛ حبیب‌زاده، محمدجعفر (۱۳۹۲)، ابزارگرایی کیفری: قلمرو، مفهوم، شاخص‌ها، فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، دوره ۲، شماره ۵.

۲. فوکو، میشل (۱۳۹۰)، *پیدایش کلینیک*، دیرینه‌شناسی ادراک پزشکی، ترجمه یحیی امامی، چاپ دوم، تهران: نشر نقش و نگار، ص ۴۳.

۳. توانا، محمدعلی؛ علی‌پور، محمود (۱۳۹۴)، بدن، سوژه و تکنولوژی‌های خود: درس‌هایی از راه‌حل فوکویی برای جامعه امروز، فصلنامه غرب‌شناسی بنیادی، دوره ۶، شماره ۲، ص ۱۳.

اینکه وضعیت غیرعریان نهادهای قدرت در جامعه، بدن سخنگو را به بدن شنونده تبدیل کرده است و آزادی او را در محدوده ساخت‌مندی بدن با مرزهای مشخص محدود کرده و به‌طور کلی با آغاز مدرنیته، سلطه و عملکرد قدرت شکل‌های جدیدی از تبعیت را ایجاد کرده است. «شکل‌های مدرن بازاندیشی به کنشگران اجتماعی امکان می‌دهد علاوه بر پایه‌های اقتدار، به روال‌ها و شیوه‌های مألوف و بدیهی زندگی نیز شک کنند»^۱ و نیز آنان را قادر می‌سازد تا هر چیزی را، از خانواده تا شغل و حرفه و دولت و حتی شیوه‌های درمان بیماری‌ها، به چالش بکشند.

تنظیم‌گری حقوقی راهبردهای سیاست‌زده نظام سلامت عمومی، در برهه‌ها و موضوع‌هایی که پارادایم طب، از درمان به سمت کنترل اجتماعی منحرف شود، تنظیم‌گری حقوقی امنیت‌مدار و مغایر حقوق بشر خواهد بود و اینجاست که ابزارهای حقوقی، در خدمت انحراف سیاست‌های نادرست پزشکی قرار می‌گیرند و موجه‌سازی ظاهری را فراهم می‌کنند.

برخی دولت‌ها و مراکز پژوهشی دولتی در حال تئوریزه کردن مبانی نظری توجیه‌ساز برای عادی‌سازی برخی قوانین اضطراری به هدف کنترل دائمی زندگی مردم پس از رفع وضعیت‌های استثنائی تهدید علیه سلامت عمومی - مانند پاندمی کووید-۱۹ هستند.

مقررات‌گذاری برای استفاده از نرم‌افزارهای تعیین سطح سلامت شهروندان، جلوه‌ای از امنیت‌گرایی حقوقی پشتیبان اقتدارگرایی پزشکی است، زیرا دولت‌ها می‌توانند از این فناوری‌ها پس از پایان بحران کرونا به مثابه ابزار نظارت و کنترل مخالفان سیاسی و حتی اقشار عادی مردم استفاده کنند. فارغ از نظارت گسترده و نقض حریم خصوصی، مالکیت دولتی چنین داده‌هایی نیز معایب بسیاری دارد. مثلاً، لورفتن اطلاعات میلیون‌ها کاربر اینترنت در ایران (بانک سپه در اسفندماه ۱۴۰۳، اسنپ‌فود در دی‌ماه ۱۴۰۲، تپسی در شهریورماه ۱۴۰۲، بانک ملی در دی‌ماه ۱۴۰۰، پلیس راهور در تیرماه ۱۴۰۰، بانک ملت در اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰، سازمان ثبت احوال در فروردین‌ماه ۱۳۹۹ و دیگر وارد ک فهرست بلندبالایی از هک‌شدن داده‌های کاربران است). برقراری مقررات منع رفت‌وآمد شبانه در برخی کشورها و تداوم آن حتی با فروکش کردن بیماری نیز نمونه دیگری از تبدیل وضعیت استثنایی به وضعیت طبیعی است که دوره‌های حکومت نظامی را تداعی می‌سازد.

۱. بک، اولریش (۱۳۹۷)، جامعه خطر، به سوی مدرنیته/ی نوین، ترجمه رضا فاضل و مهدی فرهنگ‌نژاد، تهران: نشر ثالث، ص ۱۲.

«مفهوم «زیست‌سیاست» بر انفصال و انتزاع زیست از حاملان جسمانی و انضمامی آن استوار است. اُبژه‌های زیست‌سیاست نه تک‌تک انسان‌ها، بلکه خصایص بیولوژیکی آن‌هاست که در مقیاس جمعیت اندازه‌گیری و گردآوری می‌شود.^۱ جورجو آگامبن، فیلسوف ایتالیایی معاصر، «وضعیت استثنایی» را دستمایه اقتدارگرایی سیاست بر بدن شهروندان دانسته است؛^۲ با الهام از آموزه‌ی وی می‌توان گفت در اقتدارگرایی پزشکی برآمده از زیست‌سیاست اقتدارگرایی به‌ظاهر نه‌چندان قهری، شیوه‌های مدرن کنترل دولت بر بدن شهروندان، الگوی زیست‌سیاسی مدرن است؛ شبکه‌ای پنهان در زندگی سیاسی معاصر که معمولاً پشت نقاب متمدن لیبرال‌دموکراسی پنهان می‌شود و البته در رژیم‌های سیاسی غیردموکراتیک عریان‌تر و آشکارتر به بهره‌گیری سیاسی از مسائل و مشکلات سلامت عمومی اقدام می‌کند.

چنانچه آزادی به‌عنوان ارزش برتر پذیرفته نشود، به اندک بهانه‌ای و بدون نیاز به موجه‌سازی، مداخله در حریم خصوصی و آزادی اعضای جامعه با توجیهاتی همچون سیاست‌گذاری سلامت عمومی بدون تدقیق حد و مرز و چهارچوب و ساختار و کاربری نظارت‌شده تجویز می‌شود و این باعث گسترش قلمرو مداخلات بیرونی و تحدید قلمرو آزادی می‌گردد. «از طرف دیگر، قلمرو آزادی با سنجش و ارزشی به دست می‌آید که دیگر ارزش‌ها در جامعه دارند؛ یعنی چنان‌که ارزش‌های دیگری همچون امنیت، رفاه، اخلاق، برابری، نظم عمومی و ... جایگاه ویژه‌ای در گفتمان سیاسی رسمی غالب در هر کشور داشته باشند توجه و تأمین این ارزش‌ها از قلمرو آزادی‌ها خواهد کاست و منجر به افزایش مداخلات حکومت و گسترش فضای حقوق کیفری خواهد شد»^۳ (مواردی مانند وضع جریمه برای افزایش درآمد دولت، با توجیه ظاهری محدودسازی تردها برای مهار شیوع پاندمی) و در مقابل، چنان‌که این ارزش‌های اجتماعی در برابر آزادی تاب مقاومت نداشته و اولویتی همچون آزادی نداشته باشند، قلمرو آزادی گسترش می‌یابد و از فضای مانور و مداخله حکومت کاسته می‌شود و به تبع آن، شعاع قلمرو ممنوعیت‌ها و دامنه قلمرو حقوق کیفری نیز کاهش می‌یابد. از آنجا که مبانی نظری کنترل اجتماعی جرم در یک رژیم سیاسی مستقیماً برگرفته از

1. Berge, L. (2020). Biopolitics and the Coronavirus: in Defense of Giorgio Agamben. Available at: <https://blog.montaignecentre.com/biopolitics-and-the-coronavirus-in-defence-of-georgio-agamben-2/>

2. McLoughlin, D. (2016). The Fiction of Sovereignty and the Real State of Exception: Giorgio Agamben's Critique of Carl Schmitt, *Law, Culture and the Humanities*, Vol. 12, No. 3, p. 513.

۳. سلطانفر، غلامرضا [و همکاران] (۱۳۹۶)، تاثیر ایدئولوژی‌ها بر قبض و بسط حقوق کیفری، *تحقیقات حقوق*

ایدئولوژی سیاسی غالب است و نیز تفکر نظام سیاسی حاکم (لیبرالیسم، محافظه‌کار، مساوات‌گرا، اقتدارگرایی فراگیر، آنارشیزم، انتگرالیسم، فمینیسم و ...) بر راهبرد سیاست‌گذاری سلامت عمومی، ارائه پشته‌های حقوقی برای سیاست‌های بهداشتی، درمانی و پزشکی اتخاذ شده و تعیین محدوده آزادی‌های فردی و قلمرو مداخلات حکومت تأثیر بسزایی دارد، اقتدارگرایی پزشکی دائماً در پی تدارک پشته‌های اقتدارگرایی حقوقی (از طریق امنیت‌گرایی کیفری) برای خود است؛ پدیده‌ای که توسیع قلمرو حقوق کیفری و حقوقی زندگی دولت و توسل بی‌رویه از ابزار قهری با ادعای کنترل سلامت اجتماعی را سبب می‌شود. تداوم تفسیر موسع رژیم سیاسی حاکم بر سیاست‌گذاری سلامت عمومی از «وضعیت استثنایی» - مانند بحران کرونا - شاخص‌های دموکراسی سازمانی را تضعیف می‌کند، زیرا پاسخ‌خواهی اجتماعی، حاکمیت مشترک، جو سازمانی عادلانه، کرامت سازمانی، شفافیت، مراودات اثربخش، فرهنگ آزادی‌خواهی سازمانی، رقابت‌پذیری سازمانی و عدالت شغلی را مخدوش می‌کند و اقتدارگرایی پزشکی را با زور حمایت کیفری از خود، به جامعه تحمیل و سرمایه اجتماعی را تضعیف می‌کند.

مفهوم‌پردازی روابط قدرت در سطحی فراتر از پژوهش‌های دانشگاهی (در سطح جریان‌های تحول دانش و روابط علوم در شکل‌گیری حوزه‌های میان‌رشته‌ای و همکاری‌های کنشگران علوم برای تأمین اهداف یکدیگر) حیطه‌ای از سوءاستفاده متقابل دستاوردهای پزشکی در نهادهای کیفری را نشان می‌دهد - کم‌وبیش در نظام حقوقی بسیاری کشورها: در قوانین پزشکی، مقررات بهداشت و درمان محکومان، کیفرهای درمان‌مدار، رویه قضایی مراجع انتظامی پزشکی و ...؛ که موضوع توجه محققان عرصه سیاست جنایی در ایران نبوده است. حتی جست‌وجوی انگلیسی در پایگاه‌های مقالات معتبر جهانی نیز به پژوهش‌های چندانی در این زمینه - حتی پژوهش‌های غیرسیاست جنایی - دست نیافت.

پیشینه چاره‌جویی حکمرانان بر مدیریت سلامت عمومی، به چند هزار سال قبل بازمی‌گردد که تمدن‌های ایران، چین، روم و مصر بارها با شیوع بیماری‌های واگیر و کشنده و آسیب اساسی به جمعیت انسانی مواجه شدند. این کتاب، مجال و هدف مرور تاریخ بیماری‌های ویرانگر و مدیریت سلامت عمومی در بحران‌های ایمنی زیستی گسترده را ندارد. باین حال، به اختصار می‌توان اشاره کرد که از جمله درس‌های بزرگی که بشر در مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر طول تاریخ آموخته و به تحولات عظیمی منجر شده است، عبارت‌اند از: طاعون بزرگ، تولد جامعه مدرن (۱۳۰۰ میلادی)، آبله، مطبوعات آزاد (پس از ۱۹۸۰

میلادی)، سارس (۲۰۰۳ میلادی)، و در سال‌های اخیر پاندمی کووید-۱۹. اما در ایران اجمالاً می‌توان گفت سال‌های ۱۳۰۶ تا ۱۳۴۴ قمری (۱۸۸۹ تا ۱۹۲۶ میلادی) سال‌های بیماری‌های فراگیر در ایران نامیده شده‌اند. افزایش بیماری‌های همه‌گیر در سده نوزدهم، با افزایش نارضایتی عمومی از عملکرد حکومت، موجب آگاهی سیاسی در ایران شد. «در فاصله سال‌های ۱۸۸۹ تا ۱۸۹۳ وبا در کشور شیوع یافت و بار دوم، در سال ۱۹۰۴، این همه‌گیری تکرار شد، که به تغییر ساختار بهداشتی انجامید و نقش مهمی در فرایند انقلاب مشروطه داشت.»^۱ همچنین سیاست‌های انگلیس، گشایش کانال سوئز، پیشرفت‌های استفاده از بخار آب، از جمله عوامل توسعه تجارت دریای نواحی و بنادر جنوبی ایران میان کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس از بمبئی تا بصره و منامه و مسافران دریایی حج شد. اما ناتوانی دولت ایران در تأمین مراکز بهداشتی و قرنطینه مرزهای خود باعث شد که در اواخر قرن نوزدهم دولت انگلیس تصمیم بگیرد به منظور کنترل وبا، طاعون و دیگر همه‌گیری‌های کشنده به اعمال قرنطینه اقدام کند و اختلافات حقوقی میان دولت‌های انگلستان، ایران و مجاور ایران در اجازه و ماهیت حقوقی تأسیس این مراکز بهداشتی بریتانیایی در جنوب ایران رخ داد و مقررات و رویه‌های نظامی - جزائی متعدد و مورد مناقشه‌ای در زمینه مجازات ناقضان قرنطینه در گرفت^۲، که دقیقاً نمودی از تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری به نظر می‌رسد.

پژوهش‌ها^۳ درباره سیر تحول پزشکی در ایران عصر قاجار و پهلوی اول نشان می‌دهد خدمات پزشکی، اهدافی ناهمسو را دنبال می‌کرده است. این اهداف شامل ترویج علم پزشکی مدرن، گسترش فعالیت‌های کلیسای انجیلی، تقویت حضور سیاسی یا دیپلماتیک در ایران، کسب منافع اقتصادی یا ترکیبی از اهداف مزبور بوده است. در دوره قاجار، پزشکان دانشور غالباً به دربار یا رجال وابسته بودند. شاهزادگان پیوسته به دکترها نیاز داشتند، نه تنها برای درمان خود، بلکه برای کسب دانش درباره غذاها و سموم به منظور سوء قصد به یکدیگر.

۱. Afkhami, A. (2003). *Iran in the Age of Epidemics: Nationalism and the Struggle for Public Health: 1889-1926* [dissertation], *New Haven (USA)*. Yale University Press, p. 353.

۲. برای مطالعه بیشتر در این زمینه، نک. توکلی، آفرین (۱۳۹۹)، انتقال بیماری‌های همه‌گیر از طریق خلیج فارس، در اواخر قرن سیزدهم و اوایل قرن چهاردهم هجری قمری، *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ایران*، شماره ۱۳.

۳. ابراهیم‌نژاد، هرمز (۱۴۰۱)، *پزشکی در ایران*، حرفه، تخصص و سیاست (۱۳۴۳-۱۹۹۳ق)، ترجمه محمد کریمی و مرتضی ویسی، تهران: نشر شیرازه، ص ۲۲۸.

«ناصرالدین شاه (۱۲۷۵-۱۲۰۹ خورشیدی) را اغلب بیش از یک دکتر سر میز غذا، یا وقتی حمام می‌گرفت، همراهی می‌کردند. از دیگر کارکردهای دکترهای دربار، اجرا یا نظارت بر مجازات‌هایی نظیر بریدن گوش، دست یا بینی به دستور شاهزاده بود. هنگامی که پزشکان به خدمت دربار درمی‌آمدند، به شاه نزدیک شده و برخی از آن‌ها وارد سیاست یا تجارت می‌شدند».^۱ اقتدارگرایی پزشکی، تنیده با حکمرانی و کیفرگری، در تاریخ بشر به پیش آمده است و ره می‌پوید.

به‌رغم گذار از نمایش عمومی اعدام، بشر خود مرتکب و هم‌البته شاهد گذار به اعدام در گوشه زندان‌ها، از تعذیب شدید بدنی به اعدام به‌وسیله دار و طناب و تیرباران، و از تعذیب طولانی به اعدام سریع و آنی محکومان است و در چنین چرخشی در صحنه مراسم اعدام مدرن، حضور علوم مدرنی چون پزشکی و روان‌شناسی و جامعه‌شناسی کیفری و مانند آن حضوری فزاینده است و حقوق بشر، خشونت حقوق کیفری را از جهاتی و در زمان‌ها و مکان‌هایی تلطیف کرده است، اما جلوه‌های سوءاستفاده متقابل علوم پزشکی و علوم جنایی، کم نیست، اما پنهان و کم‌پیدا است.

در اروپای مدرن، جورجو آگامبن^۲ در کتاب خود، وضعیت/استثنایی، نمونه‌های مختلفی از این مفهوم در حقوق روم باستان تا مظاهر مدرن ترش در فرانسه انقلابی، آلمان نازی، و ایتالیای فاشیست را آورده است. او در فصل نخست کتاب، بحث مهمی درباره قانون وضع شده‌ای در زمان جرج بوش پیش می‌کشد و از وضعیت سیاسی موجود در ایالات متحده پس از یازده سپتامبر استفاده می‌کند تا نشان دهد چگونه دموکراسی‌ها خود، به وضعیت استثنایی و تعلیق قانون دامن می‌زنند.^۳

بین سال‌های ۱۹۴۶ و ۱۹۴۸، بیش از ۵۵۰۰ زندانی گواتمالایی، برده‌های جنسی، سربازان، کودکان و بیماران روانی تحت آزمایش‌های روانی و زیستی غیراخلاقی دولت آمریکا قرار گرفتند. بیش از یک‌چهارم آن‌ها عمداً به سیفلیس، سوزاک یا شانکروئید آلوده شده بودند تا بررسی شود که آیا پنی‌سیلین که در آن زمان نسبتاً جدید بود، می‌تواند از این بیماری‌ها جلوگیری کند یا خیر. در اوایل دهه ۱۹۵۰، برای یافتن ابزارها و داروهای مؤثری که از آن‌ها در بازجویی‌ها استفاده می‌شود، آژانس اطلاعات مرکزی (سیا) برنامه آزمایشی وحشتناکی را با نام رمز پروژه

۱. اعتمادالسلطنه (۱۳۸۵)، روزنامه خاطرات/اعتمادالسلطنه، تهران: نشر امیرکبیر، ص ۲۴-۲۵، ۲۱۸، ۳۱.

2. Giorgio Agamben

۳. نک: آگامبن، جورجو (۱۳۹۵)، وضعیت استثنایی، ترجمه پویا ایمانی، تهران: نشر نی.

MK-ULTRA بر روی انسان‌ها انجام داد^۱ که از روش‌های متعددی برای دستکاری ذهن افراد استفاده می‌کرد. حالات ذهنی و عملکرد مغز آزمودنی‌ها، از روش‌هایی مانند تزریق دوزهای بالای داروهای روان‌گردان و سایر مواد شیمیایی، شوک الکتریکی، محرومیت حسی، سوءاستفاده کلامی و جنسی و امثال آن آزمایش شد. شکنجه‌گرانی که در ژاپن و در اردوگاه‌های کار اجباری کار کرده بودند برای انجام این آزمایش استخدام شدند.^۲

نژادپرستی و ملی‌گرایی افراطی بخش جدایی‌ناپذیر رژیم سیاسی نازی بود و طرفداران این حزب بر این باور بودند که نژاد نوردیک^۳ نژاد برتر است، نژادی که متعلق به کشورهای اسکاندیناوی یا آلمان است. نازی‌ها علاوه بر جنایات دیگر، آزمایش‌های بی‌سابقه و غالباً بی‌رحمانه‌ای را روی انسان‌ها انجام می‌دادند که بخش عمده‌ای از پیشرفت‌های علمی آلمانی‌ها در آن دوران را سبب شده بود. آزمایش پیوند استخوان، انجماد اندام‌های انسانی، سلاح‌های آتش‌زا بر بدن انسان، ابتلای جمعی به مالاریا، بخشی از جنایات پزشکی نازی‌ها بر زندانیان مورد آزمایش بوده است.^۴ انتشار مقالات مبنی بر سوءاستفاده در آزمایش‌های انسانی و این عقیده که تعارض منافع بنیادی میان پژوهشگر و آزمودنی وجود دارد، اثری بیش‌ازحد معمول بر حوزه خارج از علوم پزشکی داشت و فیلسوفان، حقوق‌دانان و اندیشمندان اجتماعی را به نگرانی عمیقی در خصوص مسائل اخلاقی در پزشکی فرو برد. تشکیل کمیسیون‌های ملی برای حفاظت از آزمودنی‌های انسانی، زمینه قانون‌گذاری‌های دولت‌ها در حمایت از اخلاق پزشکی در قبال گروه‌های انسانی در معرض خطر - جنگ‌زدگان، سالمندان، اقلیت‌ها، زندانیان، به‌ویژه محکومان به اعدام - را فراهم کرد، یا موجب تأسیس هیئت‌های مشورتی اخلاق در دپارتمان‌های سلامت مراکز درمانی و دانشکده‌های پزشکی در بسیاری از کشورها شد و مطالعات تجربی و پژوهش‌های نظری برآمده از جریان علمی حقوق پزشکی، بستر تدوین و تصویب اسناد بین‌المللی در حوزه اخلاق پزشکی و حقوق سلامت^۵ فراهم شد.

1. Andonian, Haley L. (2018). From Forced to Voluntary Participation: The History of Biomedical Human Experimentation in the United States after the Second World War (2018). *Honors Theses*. Paper 907. <https://digitalcommons.colby.edu/honorstheses/907>
2. Innes, B. (2024). *The History of Torture (Crime and Punishment)*. 4th ed. Amber Books, p. 91.
3. Nordic
4. Miles, S. H. (2020). *The Torture Doctors: Human Rights Crimes and the Road to Justice*. Georgetown University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv15pjzgp>
۵. از جمله، بند ۵ ماده ۵۵ و ماده ۵۶ منشور ملل متحد، بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، ماده ۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر اسلامی، ماده ۱۴ منشور افریقایی حقوق و رفاه کودک، ماده ۱۰ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، مواد ۲ و ۱۰ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر، مواد ۲۰ و ۲۴ مقررات حداقل رفتار با زندانیان (RMT).

«سرم حقیقت» یا «سرم اعتراف‌گیری» نامی محاوره‌ای برای طیف وسیعی از داروهای روانگردان است که در تلاش برای کسب اطلاعات افراد از موضوعاتی است که نمی‌توانند ابراز کنند یا تمایلی به ابراز آن ندارند. داروهایی از قبیل اتانول، اسکوپولامین، شینوکلیدینول بنزینات، میدازولام، فلونیترازیپام، تیوپنتال سدیم و آموباریتال. از «سرم حقیقت» که بخشی از رفتارهای قدیمی و بی‌اعتبار روان‌پزشکی علیه بیماران روان‌پریش بود سوءاستفاده می‌شود و توان داوری و قدرت تمرکز فرد قربانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کارشناس بازجویی را قادر می‌کند متهم را به‌سوی اعتراف در زمینه اطلاعات مطلوب بازجو هدایت کند. بر اساس گزارش ۹۰ صفحه‌ای سیا (CIA) که در اختیار خبرگزاری آسوشیتدپرش قرار گرفت، در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ پزشکان، روان‌پزشکان، دستیاران پزشک و پرستاران وابسته به سیا به‌صورت مستقیم در برنامه‌های بازجویی این سازمان دخالت داشتند. آن‌ها ۹۷ زندانی را در ۱۰ زندان مخفی سیا در خارج از این کشور تحت نظر داشتند و از آن‌ها مراقبت می‌کردند.^۱

رویکرد هورمونی و آنتی‌آندروژنی^۲ در درمان، در تمامی تیپ‌های مجرمان جنسی، مورد استفاده سیاست جنایی برخی کشورها از گذشته تا امروز بوده است.^۳ دیدگاه پزشکی موافق اخته‌سازی مجرمان جنسی، برای توجیه نظر خود به پژوهش‌هایی ارجاع می‌دهد که اخته‌سازی را نوعی «درمان» و آن هم از «درمان‌های ارگانیک» مجرمان جنسی نشان می‌دهد و

۱. خبر «طرح سازمان سیا برای استفاده از داروی اعتراف»، منتشرشده در مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۳، کد خبر:

۲۲۷۷۴۰۱، قابل دسترس در: <https://www.iribnews.ir/009YSH>

۲. Antiandrogens؛ آنتی‌آندروژن‌ها که با عنوان آنتاگونیست آندروژن یا مسدودکننده‌های تستوسترون نیز شناخته می‌شوند، دسته‌ای از داروها هستند که از اثرات زیستی آندروژن‌ها مانند تستوسترون و دی‌هیدروتستوسترون (DHT) جلوگیری می‌کنند. این ترکیبات با انسداد گیرنده آندروژن و/یا مهار یا سرکوب تولید آندروژن عمل می‌کنند.

۳. در فقه اسلام، اخته کردن به عنوان کیفر مقرر نشده و این اقدام، تنها در تاریخ حقوق کیفری برخی کشورها وجود داشته است. با استناد به آموزه‌های دینی پرشماری می‌توان مشروعیت توجه به یافته‌های حقوق بشری را دست کم در موضوعی مانند کیفرهای بدنی مقرر در فقه جزائی (از جمله شلاق تعزیری، که امکان ترقیق آن با توجه به هنجارهای حقوق بشر و کیفرهای درمان‌محور و اجتماعی معاصر وجود دارد) اثبات کرد. در این باره می‌توان به فقه کرامت‌مدار، تاریخ‌مندی، امضایی بودن، غیرتعبدی بودن مجازات‌های بدنی، توجه معصومان به سیره عقلا و نیز جامعیت و جاودانگی شریعت اسلام اشاره کرد که هر یک به‌نحوی بر مشروعیت راهیابی چنین دستاوردهایی به نظام کیفری کشورهای اسلامی مهر تأیید می‌زنند. تلاقی ناپسند اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری، چالش وجه ناشایست تعامل بین‌رشته‌ای پزشکی و حقوق کیفری در فضای مدرنیته است، نه دشواره فقه اسلام.

چنین تصویر شرافتمندانه و دلسوزانه‌ای از اخته‌سازی القا می‌کند. درحالی‌که به نظر می‌رسد اخته‌سازی، از خشن‌ترین جلوه‌های بارز تلاقی شوم اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری است و نقض فاحش حقوق بشر است.^۱

«دو روش دیگر اخته‌سازی از طریق جراحی و نیز جراحی‌های مربوط به سیستم عصبی می‌باشد. درمان‌های ارگانیک (اندامی) نسبت به مجرمان جنسی به‌طور سنتی برای کاهش سائق جنسی متعرضان جنسی مرد مورد استفاده قرار می‌گیرند. آن‌ها همچنین برای درمان دیگر انحرافات جنسی، جایی که مرتکبان، توانایی کنترل رفتارشان را ندارند و همین امر باعث افزایش نرخ تکرار جرم می‌شود نیز به کار می‌روند».^۲ اخته‌سازی از طریق جراحی، از جمله درمان‌های آنتی‌آندروژنی اعلام شده است و این ادبیاتِ درمان‌بنیاد و پزشکی‌مدار و طب‌محور، جلوه‌ای از رفتنِ حقوق کیفری به چاه با طناب برخی خوانش‌های ناشایست از دانش پزشکی است؛ چه، سیاست جنایی کشورهایی که با استناد و تمسک به توجیهات پزشکی، مرتکب نقض حقوق بشر از طریق کیفرهای بدنی به‌مراتب خشن‌تر از کیفر شلاق (منجر به آثار وخیم ماندگار، نه صرفاً درد موقت ناشی از تحمل کیفر شلاق) می‌شود، ظاهراً ارفاقی و پزشکی‌وار کیفر کرده‌اند، اما به‌واقع موجب اختلال جسمی و روانی دهشتناکِ پایداری بر فرد محکوم می‌شوند که نقض فاحش حقوق بشر، جرم‌زا، جدّاً سزاگرا و بازگشت قهقراپی به تاریخ خشن حقوق کیفری کلاسیک است؛ آن هم با سوءاستفاده از دانش پزشکی روز که باید در مسیر درمان واقعی و کاهش رنج بیماران - خواه بزه‌دیده، خواه بزه‌کار - به کار می‌رفت.

درحالی‌که عقیم کردن حیوان، در نظام حقوقی کشورهایی که چندان به حمایت کیفری از حقوق حیوانات اقدام نکرده‌اند، مشمول عنوان «ناقص کردن حیوان» و مثلاً، در ایران مستوجب کیفر مقرر در ماده ۶۷۹ قانون مجازات اسلامی (تعزیرات) است، اما عقیم کردن انسان - اگرچه تحت عنوان بزه‌کار و در قالب مجازات جرم جنسی - شوربختانه در برخی

۱. مواد متعدد کنوانسیون منع شکنجه و دیگر رفتارها یا مجازات‌های بی‌رحمانه غیرانسانی یا تحقیرآمیز (۱۹۸۴)، ماده ۷ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی (۱۹۶۶)، ماده ۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸)، ماده ۳ کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی (۱۹۵۰)، بند ۲ ماده ۵ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر (۱۹۶۹)، ماده ۵ منشور افریقایی حقوق بشر و ملت‌ها (۱۹۸۱)، ماده اساسنامه دیوان کیفری بین‌المللی (۱۹۹۸)، ماده ۳۷ کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹)، بخش از اسناد بین‌المللی (بعضاً آمره و الزام‌آور برای حتی کشورهای غیرعضو) هستند که مجازات‌های بدنی را نقض حقوق بشر دانسته‌اند.

2. Puteri, Dina Silvia, Denita Cahyanti Wahono, Rr. Jannatul Firdaus, and Steven Sukamdani. (2020). Chemical Castration from Criminal Law and Human Rights. *Cepalo* 4 (1): p. 69.

کشورها^۱ به‌مثابه مجازات برخی مجرمان جنسی پیش‌بینی شده است و این همانا جلوه‌ای از سوءاستفاده امنیت‌گرایی کیفری از اقتدار و توان دانش پزشکی است.

در یکی دو سده اخیر، شکنجه‌های پزشکی در حکومت‌های دیکتاتوری محمدرضا پهلوی، صدام حسین، معمر قذافی، فرانچسکو چائوشسکو، ولادیمیر لنین، ژوزف استالین، آدولف هیتلر، بنیتو موسولینی و مانند آن‌ها، گواهی می‌دهد پزشکی گاهی ابزار اجرای کیفرهای بی‌رحمانه غیرقانونی و بعضاً قانونی (البته مغایر اخلاق) بوده، و اجرای سیاست‌های سلامت نیز با حمایت حقوق کیفری تحکیم شده است. علوم سلامت و علوم جنایی، درهم تنیدگی هوشمند و گاه درآشفته‌گی آشکار و گاه پنهان دارند.

افزایش ترس اجتماعی، رشد وحشت از بزه‌دیدگی و دیگر انواع آسیب‌دیدگی‌های اجتماعی، رشد خشونت خانگی و سرقت از اماکن تجاری و فزونی قاچاق بین‌المللی انسان و کالاهای ممنوعه به دلیل کاهش حضور و فعالیت سیستم‌های انتظامی و نظارتی و امنیتی و قضایی اغلب کشورها، افزایش عوارض روانی ناشی از تحمل قرنطینه در شرایط همه‌گیری‌های عفونی و ویروسی و تبعاً بیکاری و نگرانی از آینده موجب شد بسیاری از نظام‌های حاکمیتی و رژیم‌های سیاسی، با مجال دادن به تمایل خرده‌فرهنگ‌های قدرتمندی در نظام سلامت کشورشان، اقتدارگرایی پزشکی به مرور زمان دستمایه توجیه برای تشدید و توسیع انواع شیوه‌های کنترل اجتماعی با توجیه بهداشتی - درمانی و با ابزار سیاست‌گذاری حقوقی قرار گیرد و امنیت‌گرایی حقوقی، پشتوانه اقتدارگرایی پزشکی، و این هر دو، بال‌های هژمونی سیاسی به هدف تثبیت پایه‌های قدرت و به محاق بردن اهمیت بسیاری از معضلات اجتماعی در گفتمان‌های جوامع شود.

«روندهای جدید، پرسش‌های پیچیده حقوقی، اخلاقی و اجتماعی را برای سلامت و

۱. دانمارک، سوئد، فنلاند، نروژ، رژیم صهیونیستی، لهستان، ایالت کالیفرنیا، آمریکا، استرالیا، نیوزیلند، کره جنوبی، استونی، مولداوی، قزاقستان و اندونزی، از جمله کشورهایی هستند که با توجیهات هزینه - فایده، مجازات عقیم کردن مجرمان جنسی را با تفاوت‌هایی نسبت به دیگر (از حیث دفعات ارتکاب تجاوز، سن و شخصیت بزه‌دیدگان، خطرناکی جنایی بزه‌کاران مبتنی بر محاسبات کلاسیک یا محاسبات هوش مصنوعی در پیش‌بینی تکرار جرم) تصویب و اجرا کرده‌اند. برای مطالعات نحوه تفوق دلایل موافقان این کیفر بر مخالفان آن در پارلمان‌های کشورهای مذکور - که به تصویب کیفر عقیم‌سازی مجرمان جنسی منجر شده است - نک:

Sujono, Imam, Implementation of Chemical Castration Punishment for Sexual Violence against Children Perpetrator (June 29, 2022). *Journal of Law and Policy Transformation*, (S.I.), V. 7, N. 1, p. 67-84, June 2022. ISSN 2541-3139., Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4152012>

سیاست گذاری آن مطرح کرده است. بی شک جایگاه سلامت و شیوه ارائه خدمات مربوط در دنیای آینده و حتی در دهه آینده بسیار متفاوت از تصویر امروز است.^۱ کاربست روش های شناخت، پایش و حل بحران های سیاست گذاری سلامت - به ویژه بحران های هم آیند میان سیاست گذاری سلامت و سیاست گذاری های مهم دیگری، از جمله سیاست گذاری حقوقی - می تواند سیستم هشدار دهنده ای برای آگاهی از فرصت ها و تهدیدها پیش از بحران، یا مطالعات پشتیبان و تصمیم یار نظام سلامت باشد.

تبیین چگونگی کاربست مفهوم اقتدار و تعیین مناسبات آن با دیگر مفاهیم، از جمله حق ها و آزادی های بنیادین، زمینه تحلیل اقتدار در معناهای مضاف (اقتدارهای مضاف؛ مانند اقتدار حقوقی، اقتدار پزشکی، اقتدار سیاست گذاری عمومی و...) را فراهم می کند و اقتدار گرایی های نادرست و ضد هنجار در ساحت های گوناگون، از جمله در قلمرو سیاست گذاری عمومی سلامت را آشکار می سازد. «اقتدار گرایی در طول سده های متمادی به رغم تغییرات تاریخی و گذشت زمان با برخی تغییرات ظاهری کماکان ریشه های عمیق خود را در ایران حفظ کرده و در قالب شبه اقتدار گرایی تداوم یافته است».^۲ حمایت حقوق از سیاست های اغلب دولت ها گاهی دستمایه اقتدار دولتی می شود تا در همدستی با دانش پزشکی نفوذ و کنترل خود را بر زندگی مردم گسترش دهد.

زندان و بستر روابط قدرت غیر رسمی در درون آن همواره یکی از حوزه های پژوهشی جامعه شناسان و روان شناسان اجتماعی - انتقادی بوده است، اما پژوهشگران حوزه علوم جنایی، کمتر به روابط غیر رسمی قدرت در نهادهای کیفری پرداخته اند، آنگاه که از امور و فرایندهای غیر حقوقی (از جمله بهداشت و درمان زندانیان در ارتباط با درخواست های آنان به دریافت ارفاق کیفری از جمله درخواست عفو و آزادی مشروط و کسب شرایط تحمل راحت حبس مانند امتیاز گیری از دیگر زندانیان و کارکنان اداره زندان) در این روابط غیر رسمی سوء استفاده نرم می شود.

گسترش دخالت های پزشکی به حوزه هایی از زندگی انسان که اساساً پزشکی نیستند یا آنقدر که گفتمان رسمی دولت ادعا می کند پزشکی نیستند، ساحت دیگری از پدیده

۱. صدیقی، محمدصادق [و همکاران] (۱۴۰۰)، مطالعه مروری از کاربردها و روش های آینده نگاری در سیاست گذاری سلامت: تجارب بین المللی و اقتضانات ملی، فصلنامه رهیافت، شماره ۸۱، ص ۱۰۹.

۲. موسوی، سیده لیلا؛ توسلی رکن آبادی، مجید (۱۳۹۵)، فرهنگ سیاسی، فردیت و بازتولید اقتدار گرایی در ایران، فصلنامه علوم سیاسی (دانشگاه آزاد اسلامی)، دوره ۱۲، شماره ۳۷، ص ۱۸۳.

اقتدارگرایی پزشکی را صورت‌بندی می‌کند و به‌مثابهٔ یک ابزار کنترل اجتماعی جهت حفظ ثبات نظام سیاسی عمل می‌کند. زیاده‌روی در قدرت‌خواهی افراد را فقط با تدوین یک نظام حقوقی و ایجاد منافع برابر می‌توان مهار کرد؛ پس نخستین گام در حصر اقتدارگرایی، چه در دولت، چه در جامعه، «حکومت قانون» است. از این رو، سیاست‌گذاری حقوقی، تیغ دولبه‌ای است که اگر چه باید به ساماندهی و تحدید اقتدارهای تخصصی و حساسی همچون اقتدار پزشکی و جرم‌انگاری رفتارهای نامشروع درمانگران علیه حقوق بیماران و دیگر مردم بپردازد، اما گاه خود نیز فשל یا فاسد می‌شود و مدافع ناراستی‌های پارادایم اقتدارگرایی منحرف از حقیقت درمان و قسم بقراط طیب می‌گردد و چرخهٔ سیاه اقتدار، در این فرض، بازتولید می‌شود.

حق بر سلامت شهروندان حقی فراگیر، عام‌الشمول، انکارناپذیر و مستلزم رعایت برخی اصول حقوقی تغییرناپذیر و لازم‌الاجرا و برخی اقدامات خاص از سوی دولت‌هاست. «تحقق حق بر سلامت برای شهروندان مستلزم سیاست‌گذاری و تصویب قوانین جامع در حوزهٔ سلامت است. این حق که در بسیاری از اسناد و معاهدات بین‌المللی و قوانین و مقررات موضوعهٔ داخلی کشورها در سطح جهانی شناسایی و پذیرفته شده است، تعهدات و تکالیف حقوقی ویژه‌ای را برای دولت‌ها در سطح ملی و فراملی به وجود می‌آورد»^۱. هرگونه انحراف از استاندارد «بالاترین سطح ممکن خدمات پزشکی» با هر توجیه امنیتی، ایدئولوژیک، مذهبی، اقتصادی، و در هر وضعیتی حتی «وضعیت‌های استثنائی به رسمیت شناخته‌شده از حیث محدودیت‌های دولت‌ها» موجه نیست که حق بر سلامت و زیرحق‌های فراوان تابعهٔ آن را نقض، مخدوش یا تحدید کند. جلب ناروای پشتوانهٔ حقوقی برای اعمال بخش نادرست سیاست‌های سلامت عمومی، فاقد وجهت حقوقی و البته متأسفانه مثلاً در پاندمی کووید-۱۹ رایج بوده است. اقتدارگرایی پزشکی، یکی از قلمروهای وسیع نقض اخلاق پزشکی است.

الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. برخی پژوهش‌های منتشرشده^۲ توسعهٔ مدل یکپارچهٔ نظام سلامت، از جمله الزامات و اهداف، توسعهٔ ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت،

۱. عباسی، بیژن؛ حیدری، مریم (۱۳۹۷)، بررسی سیاست‌گذاری و قوانین و مقررات سلامت در امریکا، فصلنامه مطالعات حقوق عمومی، دوره ۴۸، شماره ۱، ص ۱۱۸.

۲. برای نمونه، نک: مصدق راد، علی محمد؛ رحیمی تبار، پریسا (۱۳۹۸)، الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی، مجله علوم پزشکی رازی (دانشگاه علوم پزشکی ایران)، دوره ۲۶، شماره ۹.

تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران را پیشنهاد می‌کنند.

برای ارزشیابی حاکمیت نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری استفاده کرد. با انجام مطالعات اقتصاد سلامت می‌توان به این پرسش‌ها پاسخ داد که میزان بهینه تخصیص منابع به هر بخش از نظام سلامت چیست، چه فرایندهای درمانی مقرون به صرفه‌ترند، چه داروهایی باید تحت پوشش نظام بیمه‌ای قرار گیرند، چه کالاهایی و چگونه تولید شوند، «با چه روش‌هایی به دست بیمار و شهروند برسند و سپس اطلاعات حاصل از پژوهش‌های مختلف در اختیار سیاست‌گذار قرار گرفته تا مبنای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد فراهم شود»^۱. فساد در پارادایم سلامت در کشور، برخلاف داده‌های اقتصاد سلامت، و در پرتو حمایت نظام حقوقی (لابی پزشکان در تقنین مقررات، بهترین و کلا در دفاع از پزشکان متهم به قصور پزشکی، و ...) حقوق بیماران آسیب‌دیده از اقتدارگرایی حقوقی پزشکان را تضعیف می‌کند.

سیاست‌گذاری حقوقی ناروا و نادرستکار، جلوه‌های آشکار اقتدارگرایی پزشکی را که باید جرم‌انگاری و دادرسی و مجازات کند، نادیده می‌گیرد و فرایند محکومیت پزشکان متخلف را با موانع جدی روبه‌رو می‌سازد. پدیده «تقاضای القایی» در نظام حقوقی ایران جرم‌انگاری نشده و در آثار پژوهشی و علمی حقوق پزشکی نیز حتی به اجمال به این انحراف پرداخته نشده است. این حیات خلوتی است که اقتدارگرایی پزشکی، با چراغ سبز حقوق کیفری (عدم برخورد حقوق کیفری با این پدیده شوم) دهه‌هاست استمرار دارد. تقاضای القایی، پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است که موجب بالا رفتن نیاز نامحدود با منابع محدود شده، سبب افزایش ناروای سهم مردم در هزینه‌های سلامت و نیز رشد شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود. تجویز غیرضروری دارو و خدمات پاراکلینیکی موجب زیان شدید به اقتصاد سلامت و اقتصاد جامعه و تشدید بحران کارآمدی و مشروعیت نظام سلامت می‌گردد.

۱. شیخی چمان، محمدرضا (۱۳۹۹)، چرخه سیاست‌گذاری، مدیریت و اقتصاد نظام سلامت، فصلنامه راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، دوره ۵، شماره ۳، ص ۱۶۹.

«تعدد نهادهای قانون‌گذار در بخش سلامت، ضعف تخصص قضات در تشخیص جرائم و تخلفات درمانگران حقیقی و اشخاص حقوقی مرتبط، متمرکز نبودن نظارت در بخش‌های مختلف سلامت، فقدان راهبرد کاهش تضاد منافع ناظران با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت»^۱، و اشکالات فراوان در سیاست‌گذاری پیرامون نوع و میزان و نحوه اجرای کیفرهای جرائم پزشکی، بخشی از اشکالات نظام حقوقی است که مورد سوءاستفاده در نظام سلامت و جریان اقتدارگرایی هزینه‌زا و نادرمان‌گر واقع شده است.

اقتدارگرایی پزشکیِ توخالی و غیرمتکی بر اصول حقوقی و حمایت حقوقی راستین، موجب تداول پرداخت رشوه برای تسریع فرایند یا کسب مجوز ثبت دارو و بازرسی کیفیت دارو و گواهینامه تأیید تولید مناسب دارو، اثرپذیری نتایج بازرسی از ملاحظات سیاسی، بی‌اثر کردن یافته‌های پزشکی، به کارگیری سوگرایانه مقررات بهسازی در مورد رستوران‌ها، تولیدکنندگان مواد غذایی و آرایشی، به کارگیری سوگرایانه فرایندهای اعتباربخشی، اعطای گواهینامه و استاندارد و مجوز به‌طور صوری و ظاهراً قانونی، امکان ورود داروهای تقلبی و غیر مؤثر از مبادی رسمی و غیررسمی به بازار، اجازه‌یابی عرضه‌کنندگان طردشده و متخلف به شرکت در مناقصه‌ها و کسب یارانه دولتی، افزایش مسمومیت غذایی، گسترش بیماری‌های عفونی و واگیر و فعالیت مراکز بی‌کیفیت و ده‌ها معضل و بحران چندوجهی می‌شود. حقوق کیفری امنیت‌مدار، به جای برخورد سختگیرانه با این جرائم و تخلفات، مترصد پشتیبانی قهری و سرکوبگر از سیاست‌های کنترل اجتماعی با توجیه‌های بهداشتی خواهد بود. این در حالی است که نه پیمایش درک از فساد (مثلاً فساد در نظام حقوقی و نظام سلامت) در برخی کشورها وجود دارد و نه آمار رسمی منتشرشده از فساد شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی و ... در ایران، صرفاً آمار محکومیت‌های پزشکان بابت قصور در اعمال جراحی و برخی عمل‌های دیگر هر ساله از سوی سازمان نظام پزشکی منتشر می‌شود، که به رغم فایده‌مندی در جای خود، صرفاً یک لایه از لایه‌های ناکارآمدی حقوق در مهار تخلفات و جرائم پزشکی را نشان می‌دهد.

اما اقتدارگرایی پزشکی در بسیاری از کشورها همچنان در حال جلب پشتیبانی سرکوب حقوقی نقض‌کنندگان سیاست‌های نظام سلامت است؛ سیاست‌هایی که بعضاً اهداف اقتصادی

۱. عسگری، حامد؛ خالصی، نادر؛ نصیری‌پور، امیراشکان؛ زیاری، رضا (۱۳۹۹)، عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران، فصلنامه راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، دوره ۵، شماره ۲، ص ۱۴۹.

برای تمشیت امور دولت و نه معطوف به تأمین نیازهای ملت را پی‌جویی می‌کند. «خرد ابزاری» حاکم بر رابطه نادرست حقوق و پزشکی در این فضا، باید به «خرد ارتباطی» سوق یابد تا بتوان شاهد حمایت شایسته حقوق کیفری از هنجارهای درمان و پیشگیری و آموزش پزشکی بود.

از دیگر سو، «بحران کرونا که موجب بحران سیاست جنایی شده بود و زمینه بروز بحران دیگری که همانا تلاش برای مشروعیت‌بخشی به مدل اقتدارگرایی فراگیر سیاست جنایی است را فراهم می‌آورد، نقش بسزایی در تحدید روزافزون آزادی‌های فردی و افزایش خودکامگی برخی دولت‌ها داشت. راه‌حل برون‌رفت از این بحران، مشارکت دادن مردم در سیاست جنایی و بازنگری در قوانین و رویه‌های تنظیم‌گری اجتماعی با مشارکت دولت - ملت است»^۱.

با توجه به مجموعه امکانات می‌توان به راهکارهایی برای جبران یا تعدیل بخشی از تأثیرات برای گروه‌های اجتماعی خاص یا تغییراتی در سیاست‌ها و برنامه‌ها اندیشید. در شرایط سختی اصلاحات گسترده و بنیادی، انجام برخی اقدامات بهبودگر در سطح خرد و محلی، شدنی است. این سطح، امکان خلاقیت به شکل بازنگری در روش‌های برنامه‌ریزی شهری را تداعی می‌کند و پیوندهای میان آن سطح و سلامت عمومی را از رهگذر افزایش احساس امنیت حقوقی شهروندان و اطمینان نسبی آنان از نبود مخاطرات شدید علیه حقوق شهروندی‌شان محقق می‌سازد.

از دیگر سو، عناصر مندرج در هریک از قانون‌های پنج‌ساله برنامه توسعه در ایران نوسان دارد و در مورد نقش دولت در تأمین سلامت هم ابهام‌هایی وجود دارد؛ چنان‌که با روی کار آمدن هر دولت و مسلط شدن گرایش سیاسی آن، برنامه‌های سلامت نیز دستخوش تغییرات می‌شود. بنابراین تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامت در هر دولت، نوعی سیاست‌گذاری کوتاه‌مدت به وجود آورده که امکان برنامه‌ریزی بلندمدت را برای پرداختن به امر سلامت تضعیف کرده است؛ اقتدارگرایی پزشکی در پس شکست در نیل به اهداف، یکی از نتایج همین آسیب در قوانین برنامه توسعه است.

تمرکززدایی و ارائه خدمات غیرمتمرکز از جمله اقداماتی است که باید به اجرای آن به‌طور جدی فکر کرد. لذا دولت باید در کنار بهره‌برداری از حکمرانی خوب، از تمامی ظرفیت‌های بخش دولتی و غیردولتی، شفافیت رویه‌ها و اطلاعات، پاسخگویی به جامعه، اعمال

۱. حاجی‌ده‌آبادی، محمدعلی (۱۳۹۹)، از بحران کرونا تا بحران سیاست جنایی، فصلنامه حقوق اسلامی، دوره ۱۷، شماره ۶۴، ص ۱۳۲.

قانون برای همه، وفاق‌گرایی براساس باور همگانی، فشار ساختاری و انگیزش اجتماعی و راهکارهای اثربخش برای مقابله با شیوع بیماری با داشتن افق دید راهبردی همراه با انعطاف‌پذیری در شرایط کنونی استفاده نماید تا با خلق ارزش عمومی بیشتری در فاصله‌گذاری اجتماعی، بتواند بحران‌های سلامت عمومی که مخاطرات تحدید کیفری آزادی‌ها را در پی دارد حتی‌الامکان مدیریت کند و ترس از بزه‌دیدگی در پی تضعیف حوزه عمومی را کاهش دهد. در همین راستا، «هرچه احساس ناامنی و ترس از جرم در فضاهای عمومی شهری افزایش می‌یابد، آزادی فردی بانوان بیشتر مختل شده و مانع استفاده آزادانه آن‌ها از فضاهای مختلف شهری می‌شود.»^۱

نارسایی‌های حقوقی ناشی از عدم تعیین رژیم حقوقی قرنطینه و محدودیت تردد در ایران، موجب تحدید آزادی‌های شهروندی می‌شود و ترس از بزه‌دیدگی را افزایش می‌دهد و جلوه‌ای از امنیت‌گرایی حقوقی به‌عنوان پشتوانه اقتدارگرایی پزشکی تلقی می‌شود. لذا با ارائه طرح متوازی از جمع میان آزادی‌های فردی با محدودیت‌های هوشمند برای حفظ سلامت، به هدف ارائه به سیاست‌گذاران حقوقی، راهکارهایی برای کاهش ترس از بزه‌دیدگی - صرف‌نظر از واقعیت کاهش یا افزایش بزه‌دیدگی در کوران کرونا - طراحی و تبیین شده است تا روند تضعیف حوزه عمومی کند شود.

در مورد ماهیت حقوقی تصمیمات ستاد ملی مقابله با کرونا - که برخی تدابیرش در وضع جریمه و محدودیت تردد و ... ماهیت پیشگیری شبه کیفری و پاسخ‌دهی شبه کیفری داشت - با تفویض اختیار، شورای عالی امنیت ملی بر ستاد نظارت داشت و این، نافی اختیار و حق نظارت نهاد تفویض‌کننده نبود.

نمود دیگری از بستر تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری، در سیاست جنایی تقنینی ایران قابل مطالعه است. توضیح آن که قانون‌گذار رفتار غیرعالمانه و غیرعامدانه پزشک متخصص و حادثی را که استاد برجسته دانشگاه است و به‌هر حال در حین انجام وظیفه خدمتگزارانه‌اش ممکن است مرتکب قصور و خطایی شود، جرم‌انگاری کرده، براساس قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ وی را به حداقل سه ماه حبس محکوم می‌کند - حبسی که

۱. خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۳۹۹)، تأثیر هم‌طردی اجتماعی در پاندمی کووید-۱۹ بر تضعیف حوزه عمومی و رشد ترس از بزه‌دیدگی، اولین همایش ملی خانواده و زنان در دوران کرونا، رشت: انتشارات دانشگاه گیلان،

غیرقابل تبدیل به جزای نقدی و حتی با رضایت شاکی غیرقابل تبدیل به مجازات‌های جایگزین است؛ اما پزشک قلابی و فرد فاقد صلاحیت پزشکی را که هیچ‌گونه آموزشی در این زمینه ندیده و هیچ مدرک و پروانه صنفی معتبر ندارد، در قبال جرائم ارتكابی با چند میلیون تومان جزای نقدی آزاد می‌کند. در حالی که در سال ۱۳۳۴ قانون‌گذاران مجلس شورای ملی با وضع ماده ۳ «قانون مربوط به مقررات پزشکی و دارویی» برای ارتكاب جرائم مداخله غیرمجاز در امور پزشکی علاوه بر جزای نقدی شش ماه تا دو سال حبس در نظر گرفته بودند و این روند نه تنها تا سال ۱۳۷۴ ادامه داشت، بلکه مجازات آن تشدید شده بود. متأسفانه قانون‌گذار در سال ۱۳۷۹ مجازات حبس مداخله غیرمجاز افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی را حذف و صرفاً به مجازات جزای نقدی بسنده کرده است و چندان توجیه منطقی بر این اراده قانون‌گذار نمی‌توان یافت.

در مجموع، سیاست جنایی و ضمانت اجرایی یکی فربه و همه‌جانبه و دیگری بسیار ضعیف و یک‌سویه است. هم در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و هم در قوانین و مقررات جاری همواره حق حیات، سلامت و کیفیت زندگی بر امنیت مقدم داشته شده، اما روشن نیست که چرا قانون‌گذار به پدیده جنایی جرائم علیه سلامت آحاد جامعه این‌گونه کم‌اعتنا بوده و سیاست‌گذاری حقوقی سلامت عمومی، دچار آسیب‌های فراوانی در جرم‌انگاری، دادرسی کیفری، کیفرگذاری قضایی و کیفرگزینی اجرایی است.

پژوهش‌ها^۱ نشان می‌دهد ضعف رعایت بهداشت در زندان‌های ایران، تورم جمعیت کیفری زندان‌ها، نبود فضا و شرایط مناسب از سویی و از سوی دیگر خلأهای قانونی در تأمین سلامت جسم و روان محکومان کیفری، تجویز القایی داروهای تجاری و غیرژنریک به زندانیان و رقابت نابرابر شرکت‌های دارویی در فروش دارو به سازمان زندان‌ها، و عوامل متعدد دیگر، نه تنها به ناکارآمدی مجازات و اصلاح نشدن مجرم منجر می‌شود، بلکه سبب بزه‌دیدگی از جرم حکومتی - در قالب سوءرفتارهای نرم و خاموش با زندانیان، علیه حقوق سلامت آنان - و گسترش بزه در محیط مؤسسات کیفری نیز شده است.

۱. نک: مؤمنی مقدم، بهزاد [و همکاران] (۱۴۰۰)، چالش‌های کیفرشناختی در استانداردسازی زندان در پرتو اسناد بین‌المللی، فصلنامه حقوق پزشکی (ویژه‌نامه نوآوری حقوقی)؛ 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.

قواعد حاکم بر زندان در حقوق ایران در آیین‌نامه سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی گرفتار تشّت شده است و اسناد بین‌المللی مرتبط نیز چندان آموزش داده نشده و اجرای آن کامل نیست. افزون بر آن، مصلحت‌گرایی برخی نهادهای اجرایی - قضایی در تعامل با زندانیان، باعث دوری از پابندی به قواعد حاکم بر زندان‌ها و همچنین برخورد تبعیض‌آمیز (نه واکنش افتراقی صحیح) با برخی زندانیان شده است.

شناخت عوامل، جلوه‌ها، پیامدهای منفی و راهکارهای برون‌رفت از بحران سوءاستفاده متقابل اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی حقوقی از یکدیگر، در خدمت منافع سیاسی هژمونیک و اقتدارگرا، از جمله موضوع‌های بررسی شده در این پژوهش است.

نگارنده در کتاب پیش رو بر آن است که روشن کند ریشه‌های نظری جریان «اقتدارگرایی پزشکی» در نظام مدیریت سلامت عمومی در ایران کدام‌اند و عوامل و جلوه‌های تلاقی دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» چیست و چه نابسامانی‌هایی در نظام هنجاری و کارکردی سیاست‌گذاری حقوقی در برخی کشورها، از جمله ایران، به حمایت امنیت‌گرایی کیفری از اقتدارگرایی پزشکی منجر شده و معضل ناهنجار سوم را از این تلاقی دو معضل ایجاد کرده است؛ همچنان که تحقیق حاضر می‌کوشد بحث کند که جرم‌انگاری شایسته در قلمرو جرائم پزشکی و دیگر جرائم علیه سلامت در نظام حقوق کیفری ایران طبق چه راهبردی و با رعایت چه بایسته‌هایی قادر به کاهش چشمگیر جلوه‌های اقتدارگرایی پزشکی و به‌ویژه کاهش پشتوانگی حمایت کیفری از مظاهر قدرت‌طلبی غیراخلاقی کنشگران نظام سلامت کشور خواهند بود.

به‌منظور دستیابی به پاسخ پرسش‌های اصلی پیش گفته، کوشش شده است که ضمن تبیین مفهوم، مبانی، جلوه‌ها و پیامدهای دو معضل «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» در سیاست‌گذاری حقوقی، تبیین جامع و دقیقی نیز از ساحت وسیعی از عوامل ناکارآمدی نظام سلامت ارائه و به آسیب‌شناسی اقتدارگرایی پزشکی به‌مثابه یک ابرمعضل شامل آسیب‌های متنوع در اجرای نظام بهداشت، درمان و پیشگیری پزشکی پرداخته شود. همچنین تحلیل عیوب برآمده از معضلات مشترک سیاست‌گذاری نادرست حقوقی در ساختار نظم حقوقی کشور و سیاست‌گذاری نادرست بهداشت و درمان در نظام سلامت عمومی کشور نیز از دیگر مباحث این کتاب است.

پژوهش‌های میان‌رشته‌ای درباره اقتدارگرایی، نشان‌دهنده مطالعات محدود و عرصه

کم پژوهش شده در نوشتگاه پژوهشی فارسی است. پیش از چند اثر منتشره توسط این نگارنده در مورد اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری^۱، و نیز اقتدارگرایی آکادمیک در قالب قلدری دانشگاهی^۲، پژوهش‌های کمی 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 مربوطه را فراهم می‌کند و خالی از فایده نیست.

علیرضا صالحی (۱۳۹۸) در کتاب *اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرفهمی نسخه* تفصیلی مقاله‌ای^۳ 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 به مثابه ابزار کنترل سیاسی دولت را تبیین می‌کند و با تفکیک اقتدارگرایی از اقتدار دگرفهم، دومی را عاری از نادرستی‌های اولی در نقض حقوق و آزادی‌های موضوعات اقتدار پزشکی (بیمار/شهروند) اعلام داشته، توضیح می‌دهد چگونه اقتدار حقوقی پزشکان آن‌ها را در موقعیتی قابل نقد قرار می‌دهد و ملزم به پاسخگویی می‌کند. این کتاب محدود به چارچوب تحلیل حقوقی نیست و در برخی گفتمان‌های جامعه‌شناسی انتقادی سلامت و علوم انسانی پزشکی نیز منظر تحلیل برخی مباحث کتاب را شکل می‌دهد.

صفرآهنگ (۱۳۹۹) در مقاله «نقد فرانظری مبانی هستی‌شناختی حکمرانی دولت‌ها در سیاست‌گذاری سلامت برای کنترل همه‌گیری کووید-۱۹» (مطالعه موردی ایران) سیاست‌گذاری سلامت را متأثر از مبانی هستی‌شناختی توجیه‌گر حفظ «جمعیت اجتماع» برای حکمرانی‌های سیاسی غیرمردم‌سالار دانسته و تحلیل کرده است سیاست‌گذاری سلامت در ایران تا انقلاب ۱۹۰۶ مشروطه، متأثر از عناصر خردستیز و عرفان‌گرا در تقابل با امر ملی و بعد از آن تا انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ متأثر از تفسیر ایدئولوژیک از سنت بوده و بعد از انقلاب اسلامی، سیاست‌گذاری سلامت با قرائتی سوسیالیستی از حکمرانی برای عدالت همراه

۱. خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۲)، نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست‌گذاری سلامت، فصلنامه حقوق پزشکی، دوره ۱۷، شماره ۵۸.

۲. خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۲)، زمیولوژی بدرفتاری‌های آکادمیک؛ نقد جرم‌شناختی ناموازنه روابط دانشگاهی قدرت، فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، دوره ۱۲، شماره ۴۵.

۳. صالحی، علیرضا؛ ذکائی، محمدسعید؛ اخلاصی، ابراهیم (۱۳۹۸)، اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرفهمی؛ مطالعه‌ای قوم‌نگارانه در شهر تهران، علوم اجتماعی (فصلنامه دانشگاه علامه طباطبائی)، شماره ۸۵.

بوده که در سال ۱۳۹۸ قوه مجریه در ایران مبتنی بر نظریات حکمرانی «مشارکتی - جهانی» کوشش کرده برای کنترل شیوع ویروس کرونا سیاست‌گذاری کند.

الوند و قاسمی (۱۴۰۰) در مقاله «اصول راهبردی سیاست‌گذاری مواجهه با کرونا به مثابه مسئله بدخیم سیاستی» استدلال کرده‌اند که دولت‌ها باید نوع نگاه خود را به مسائل پیچیده و بدخیم تغییر دهند؛ یعنی باید از فرماندهی و مدیری، به رویکرد رهبری و هدایتگر تغییر موضع دهند. در این رویکرد، تمامی ذی‌نفعان کالبدشکافی مسئله، راه‌حل‌ها، مهارت‌ها و قابلیت‌ها را ارائه می‌کنند و از طریق مذاکره به جمع‌بندی می‌رسند. در این مقاله تشریح شده که مسائل بدخیم علت‌ها و راه‌حل‌های ساده‌ای ندارند و مسائلی چندوجهی‌اند که باید نوع نگاه به رهبری تغییر یابد. راه‌حل‌های حکمرانی سلامت برای سیاست‌گذاری مواجهه با کرونا باید مبتنی بر رهیافت کل دولت و کل جامعه باشد که منعکس‌کننده مشخصه‌های پیچیدگی، تمرکززدایی تصمیم‌گیری و خودسازماندهی شبکه اجتماعی است و ذی‌نفعان را برای پاسخگویی سریع به حوادث غیرمنتظره با روش‌های جدید قادر می‌سازد. به نظر می‌رسد، نقض این رهیافت در شیوه سیاست‌گذاری مواجهه با بحران‌های سلامت را بتوان گونه‌ای از آشکال اقتدارگرایی پزشکی دانست.

محسنی و پناهی (۱۳۹۸) نیز در مقاله «بررسی جرم‌شناختی جرائم پزشکی در ایران» فقط به یکی از مسائل جزئی مورد توجه در پژوهش ما پرداخته است؛ و آن همانا تحلیل عوامل ارتکاب جرائم پزشکی از دید جرم‌شناسی انتقادی و شاخه‌های آن از جمله جرم‌شناسی مارکسیستی، جرم‌شناسی فمینیستی و جرم‌شناسی پست‌مدرن است. نظم تحلیلی پژوهش ما البته مانند این مقاله، یک نظم پست‌مدرن است، اما موضوع این مقاله اقتدارگرایی و گفتمان اقتدارگرا در رفتار پزشکی رایج نیست، بلکه صرفاً عوامل جرائم پزشکی را بررسی کرده است - که بخش ناچیزی از محتوای پژوهش ما، آن هم از منظری دیگر است.

حیدری (۱۴۰۰) در کتاب حقوق سلامت عمومی به طرح مباحث کلی پیرامون مبانی، منابع، اهداف، اصول، کنشگران و سطوح سلامت عمومی پرداخته است و این کتاب را می‌توان در حد درآمدی بر حقوق سلامت، بدون بحث تطبیقی یا انتقادی درباره سیاست‌گذاری سلامت یا نسبت آن با سیاست‌گذاری حقوقی کیفری در نظر گرفت. فلاحتی و نوری (۱۳۹۷) نیز در کتاب حقوق جهانی سلامت درباره معاهدات بین‌المللی حقوق سلامت و تعهدات عرفی و قراردادی دولت‌های ملحق و ناملحق به این معاهدات بحث کرده‌اند. کتاب‌های دیگری از جمله مبانی حقوق سلامت به قلم شهریار اسلامی تبار که در سال ۱۳۹۶ در انتشارات معجد منتشر شده و نیز کتاب مرجع سیاست‌گذاری سلامت که در سال ۱۴۰۰ به کوشش امیرحسین تکیان و

به همت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت منتشر شد، مسائل کلی و مقدماتی نظام سیاست‌گذاری سلامت را توصیف کرده‌اند و به موضوع خاص این طرح پژوهشی نپرداخته‌اند. موضوع اقتدارگرایی پزشکی به مثابه مطالعه یک انحراف اساسی در کنش طبّی و انواعی از رفتار اما ناشایستِ درمانگران نسبت به بیمار، موضوعی بسیار نو است، که ریشه‌های اندیشه‌ورزی کلی و عام پیرامون آن در قالب نمود معاصر به شکل روش‌مند، به مراقبت و تنبیه، اثر میشل فوکو (۱۹۷۵)، بازمی‌گردد. فوکو در آن کتاب تبیین کرد که قدرت و تکنیک‌های مجازات به دانشی وابسته است که اقتدار خود را از ارتباطات گفتمان قدرت به دست می‌آورد و اینکه «چگونه تکنولوژی‌های قدرت، با ابزار و بردارهای خاص، بدن سوژه‌ها را شکل می‌دهند و در عصر مدرن، بدن‌ها نه تنها از خود بیگانه می‌شوند، بلکه تحت انضباط ناشی از تنبیه قدرت سیاسی و نظارت مستمر قرار دارند»^۱. در اندیشه فوکو تکریم و آزادی و تنبیه و مجازات، که دو روی یک سکه‌اند، در قالب اعمال قدرت بر سوژه و ساختن وی نقشی اساسی دارند. در اینجا است که تکنولوژی مراقبت و تنبیه ظهور می‌کند. در واقع این تکنولوژی بیش از آنکه سازوکاری برای قدرت و اعمال ساختاری آن باشد نقشی اساسی‌تر دارد و آن ساختن بدن سوژه است. به بیان ساده، صرفاً از طریق بدن است که قدرت تداوم می‌یابد.^۲ البته فوکو هرگز به موضوع «امنیت‌گرایی کیفری» یا حتی عام‌تر از آن، به خود حقوق کیفری، به‌طور مستقیم و تخصصی نپرداخت، بلکه مجازات همانا مقوله‌ای فرعی در آثار و گفتمان اندیشه اوست. مرکز ثقل دیدگاه او، رابطه بدن به مثابه سوژه قدرت سیاسی مدرن با گفتمان و فناوری‌های مدیریت اجتماعی است.

فوکو همچنین در کتاب *پیدایش کلینیک* (۱۹۶۳) که پیش از *مراقبت و تنبیه* نگاشته، به محکومانی اشاره کرده که همواره تحت تأثیر مقررات ناشی از قدرت فائقه بوده‌اند و این بدن‌ها در قرون وسطی تحت تأثیر قوانین کلیسا و در سده‌های بعد تحت تأثیر تحریر قوانین مدرن، قربانی «عمل سیاسی معکوس» شده‌اند؛ که به معنای رشد سیاست در فضایی ملتهب و مبتنی بر دوگانگی‌های رفتاری و عملکردی است که در متن خود حقوق و جرائم وجود دارد و اگرچه وضعیت سیاسی مدرن آشکارا براساس حقوق ترسیم شده است، جرم و مجازات نیز

۱. توانا، محمدعلی؛ علی‌پور، محمود (۱۳۹۴)، بدن، سوژه و تکنولوژی‌های خود: درس‌هایی از راه‌حل فوکویی

برای جامعه امروز، *فصلنامه غرب‌شناسی بنیادی*، دوره ۶، شماره ۲، ص ۳.

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

به صورت پنهانی و بسیار شدید در حال گسترش است و انسان دیگر سوژه و فاعل شناسا نیست، بلکه اُبژه و موضوع قدرت و به‌ویژه موضوع کیفر به‌مثابه فناوری سیطره بدن‌ها در راستای تجربه زیست روانی انقیاد و فرمانبری از مدرنیته ظاهراً مردم‌سالار اما باطناً اتوریته^۱ و بعضاً حتی توتالیتیر^۲ است.

از دید آنتونی گیدنز (۲۰۰۵) «بدن و مدیریت بر آن، بر هویت اجتماعی فرد اثر می‌گذارد. وی بدن را در ارتباط با هویت و خود قرار می‌دهد و بر این باور است که افراد از بدن‌هایشان برای شکل دادن به هویت شخصی‌شان استفاده می‌کنند. بدن همچنین، در نظر وی ابزاری است که به وسیله آن افراد با اوضاع، احوال و کنش‌های دیگر افراد برخورد می‌کنند و عرصه‌ای برای تولید روابط اجتماعی است»^۳. دیدگاه گیدنز را شایسته است به این آموزه از فوکو مرتبط بدانیم که «کنترل بر بدن محصول تاریخ جدید است که در راستای اهداف سیاسی خاصی پیش می‌رود و در تحول در شیوه‌های برخورد با انسان‌های خاص (مجانین و مجرمان) فرایند کنترل را تشدید نموده است»^۴.

با لحاظ این حقیقت که جهان‌بینی در سیاست‌گذاری عرصه سلامت اجتناب‌ناپذیر است و در غیر این صورت، «آینده نظام سلامت کشور به تدریج یا در مسیر جهان‌بینی لیبرالیستی یا در مسیر جهان‌بینی سوسیالیستی طی مسیر خواهد داد»^۵، گفتمان سازمان و دانشگاه حکمت‌بنیان در بستر رویکرد جهان‌بینی اسلامی و توجه هم‌زمان به واقعیت موجود حاکم بر عرصه سلامت

۱. اقتدارگرا

۲. اقتدارگرای فراگیر

۳. گیدنز، آنتونی (۱۳۹۲)، *پیامدهای مدرنیته*، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ ۷، تهران: نشر مرکز.

۴. به نقل از: خواجه‌نوری، بیژن؛ روحانی، علی؛ هاشمی، سمیه (۱۳۹۰)، *سبک زندگی و مدیریت بدن*، فصلنامه *جامعه‌شناسی زنان*، دوره ۲، شماره ۴، ص ۲۸.

۵. توضیح آنکه، در جهان‌بینی لیبرالیستی به دلیل غلبه رویکرد افراطی بر آزادی فردی، راهبردهای پاسخگو آن هم تنها در بُعد درمان، تدوین و اجرا می‌شوند. پیامد این جهت‌گیری، تبعیض در ارائه خدمات سلامت است. در طیف جهان‌بینی سوسیالیستی، با نگاه افراطی به مساوات اجتماعی و سرکوب آزادی‌های معقود و مشروع فردی، راهبردهای پابرجا، تدوین و اجرا می‌شود. پیامد این رویکرد، اضمحلال کرامت انسانی در ارائه خدمات سلامت و نادیده گرفتن حق انتخاب دریافت‌کنندگان خدمت است. رفتار سازمانی و دانشگاهی نظام سلامت در جهان لیبرالیستی و سوسیالیستی متأثر از جهت‌گیری بیماری‌محور است. برای مطالعه تفصیلی درباره تأثیر فلسفه‌های لیبرال و سوسیال و سوسیال‌دموکرات بر سیاست‌گذاری سلامت، نک: اسمعیلی، عبدالکریم؛ ایزدی، مرتضی (۱۴۰۰)، *آینده ملی نظام سلامت مبتنی بر رویکرد تحلیل لایه‌ای علت‌ها با تأکید بر تمدن نوین اسلامی*، *فصلنامه مطالعات مدیریت راهبردی دفاع ملی*، دوره ۵، شماره ۱۹.

کشور، گفتمانی دانش‌محور در مسیر تمدن‌سازی جدید اسلامی است. در این راستا، از جمله اهداف کاربردی کتاب پیش رو را می‌توان ابتدا معطوف به دسته‌بندی، توضیح و آسیب‌شناسی مواد منتخب از قوانین کیفری و غیر کیفری کشور به‌ویژه در حوزه امور پزشکی دانست که مصداق «اقتدارگرایی پزشکی» هستند. همچنین، ترسیم مختصات خط‌مشی اصلاح سیاست‌گذاری حقوقی نظام سلامت در ج.ا.ا. به‌منظور کاهش حداکثری ایرادهای تقنینی، به‌ویژه عیوب جرم‌انگاری در حوزه پزشکی از دیگر اهداف پژوهش حاضر است. وانگهی، تشریح دقیق اشکالات قوانین و مقررات مرتبط با مقابله با بیماری‌های همه‌گیر از جمله کووید-۱۹، به‌مثابه جلوه معاصر اقتدارگرایی پزشکی مبتلا به نارسایی‌های حقوق بشری از منظر حمایت کیفری در ساختار سیاست جنایی ج.ا.ا. با اقتباس از دستاوردهای حقوقی برخی کشورهای پیشرو و بومی‌سازی با اقتضائات نظام حقوقی و نظام سلامت در ایران، از موضوعات دیگر این کتاب است. بین‌رشته‌ای (سیاست جنایی، سیاست‌گذاری عمومی، سیاست‌گذاری سلامت، حقوق کیفری اختصاصی پزشکی، اخلاق زیستی، فلسفه سیاسی و نظریه عمومی اجتماعی) تلاقی ناشیست اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری را از منظر سیاست جنایی سلامت، بحث می‌کند. در این راستا، مجموعه اسناد بالادستی شامل قوانین اصلی کیفری و سلامت، برنامه‌های توسعه، سیاست‌های کلی نظام، آمارهای حوزه سلامت و حوزه بزهکاری و کیفر، مجموعه‌ای از مطالعات پیشین در قالب کتاب‌ها، مقاله‌ها، رساله‌ها، گزارش‌های رسمی، نظریات مرتبط با حوزه بحث، و مشاهده مشارکتی در بیمارستان‌ها و مطب‌ها و مراکز انتظامی و قضایی بررسی شده است.

نتایج این پژوهش پاسخگوی نیازهای جامعه و نیازهای دانشگاهی متعددی خواهد بود. اصلاح بخشی از مشکلات کارآمدی نظام مدیریت کلان سلامت کشور، اصلاح قوانین و مقررات حوزه جرائم پزشکی، بهداشتی، دارویی و نظام دادرسی و پاسخ‌دهی شبه کیفری به تخلفات و جرائم پزشکی، و ارائه ایده به نظام سیاست‌گذاری عمومی کشور در ساماندهی اجزای حقوقی و پزشکی بحران‌های تلاقی دو سوء جریان موسوم به اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری را می‌توان از کاربردهای این کتاب دانست.

برخی از مهم‌ترین کاربران این کتاب عبارت‌اند از:

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: (۱) مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز، (۲) دفتر توانمندسازی، ارتقا و بهره‌وری سرمایه‌های انسانی وزارت بهداشت، (۳) مرکز مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، (۴) اداره کل مدیریت منابع

انسانی وزارت بهداشت، ۵) مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ۶) مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران).

ب) وزارت علوم، تحقیقات و فناوری: ۱) مرکز تحقیقات سیاست علمی کشور وزارت عتف، ۲) پژوهشکده سیاست‌گذاری علم و فناوری دانشگاه شریف و ۳) مرکز مطالعات سیاست‌گذاری عمومی دانشگاه تهران).

ج) اساتید و پژوهشگران رشته‌های حقوق پزشکی، حقوق جزا و جرم‌شناسی، اخلاق زیستی، روان‌شناسی سلامت، مدیریت سلامت، سیاست‌گذاری عمومی و حقوق عمومی.

از حیث سازماندهی کتاب، پس از درآمد بحث که به‌مثابه کلیات تحقیق است و شامل تبیین مسئله تحقیق و چهارچوب نظری آن و پرسش‌ها و فرضیه‌های تحقیق است و اهداف و روش و کاربردها و سازماندهی بحث را دربرمی‌گیرد، فصل نخست به تبیین چالش اقتدارگرایی پزشکی و فهم آن در سیاست‌گذاری حقوق سلامت اختصاص دارد، که طی آن، مفهوم و جلوه‌های حقوق سلامت همانا مدخل ورود به بحث پیرامون کنترل اجتماعی مخاطرات (به‌ویژه بهداشتی)، در کشاکش «معنا- ابزار»‌های حقوقی و پزشکی قرار داده شده و تشریح شده است که چگونه «مسائل بدخیم» حوزه سلامت مانع‌گذار از برنامه‌ریزی سلامت به پارادایم حکمرانی سلامت هستند. فصل دوم با عنوان «تندگی امنیت‌گرایی حقوقی و اقتدارگرایی پزشکی؛ سیاست جنایی متناقض» ابتدا در رویکردی تبارشناسانه، تبیین کرده که چگونه تداوم پوزیتیویسم ابزارگرا (نافضیلت‌گرا) بر علوم اجتماعی مدرن موجب جولان تمامیت‌خواهی در راهبردهای کنترل اجتماعی شده است. در این راستا، پس از نقد نظم حقوقی کنترل اجتماعی بدن از منظر تحلیل گفتمان جامعه‌شناسی پزشکی، فرایند گذار از «جرم‌شناسی اصلاح و درمان» تا «استفاده ابزاری از درمان برای کنترل اجتماعی جرم» از منظر تاریخ تحول پزشکی - حقوقی تحلیل شده و درباره تأثیر مسیر این تحول نامطلوب تاریخی بر تغییر ماهیت قدرت نهادهای جزائی بحث شده است. کاربرست دانش و فناوری پزشکی در کیفر، محور این مبحث است. در مبحث پنجم از فصل دوم، کارکرد اربابی/اصلاحی درمان در کیفر در میدان عمل و سنجۀ واقعیت، در تجربه اسکاندیناوی - آنگلوامریکایی بررسی شده است. پس از تمهید تمامی این مباحث و مقوله‌های نظری و تجارب میدانی در نظام سیاست‌گذاری سلامت و سیاست‌گذاری حقوقی چندین کشور، نمودهای تلافی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی حقوقی در سیاست‌گذاری جزائی - درمانی ایران در هفت حوزه تحلیل و نقد شده است. ارائه دستاوردها و پیشنهادها، خاتمه‌بخش کتاب است.