



Critics on the Co-Emergence of Medical Authoritarianism and Criminal Securityism in Health Policy-Making

Mahdi Khaghani Esfahani¹

1. The Institute for Research and Development in the Humanities (SAMT), Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Explaining the way of applying the concept of authority and determining its relationship with fundamental rights and freedoms enables the analysis of authority in additional meanings (additional authorities; such as legal authority, medical authority, public policy authority, etc.) and exposes authoritarianism. Violations of human rights occur in areas such as health policy. Just as medical authoritarianism pursues the interaction only for the purpose of dishonestly persuading the patient, legal authoritarianism, through legal provisions and by recognizing the coercive authority of the government with the justification of criminal justice, sometimes unfairly supports the limitation of freedom are placed with public health justifications and treatment as a punishment is a reciprocal manifestation of medical justifications for penal authoritarianism. The convergence of authoritarianism in the criminal and medical realms aggravates the subsequent crises of these two. The analysis of the mutual abuse of criminal securitism and medical authoritarianism from each other, explains that the foundations of social control of crime, which is influenced by the dominant political ideologies, have a significant impact on the strategy of public health policy and providing legal support for health policies and determining the scope of individual freedoms and the territory of government interventions. Medical authoritarianism seeks to provide the support of criminal legal authoritarianism for itself; a phenomenon that causes the expansion of the domain of criminal law and the legalization of the government and the indiscriminate use of coercive means with the claim of social health control.

Methods: This research is of a theoretical type, the research method is descriptive and analytical and the method of collecting information is library-based, referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In all stages of writing the present research, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed.

Results: The lack of "health annex" on the bills related to the rehabilitation of criminals, the concern about the relationship between the two systems of health policy and criminal policy in terms of the interference of processes, the historical descent of authoritarianism in criminal law governance, the extended interpretation of some policy-making institutions of the "emergency situation" that it formulates the suspension of human rights norms with medical-criminal justifications, all seems to be the inappropriate intersection factors of the two currents of "medical authoritarianism" and "criminal securityism".

Conclusion: It is necessary to enact comprehensive professional and disciplinary regulations as well as regulatory guidelines in order to prevent medical violations; Especially the violations that occur in the interaction of medical institutions with criminal judicial authorities, which puts prisoners, convicts, and victims under the shadow of medical malpractices based on criminal infractions.

Keywords: Totalitarian Criminal Policy; Medical Authoritarianism; Legal Control of Body; Punishment and Treatment

Corresponding Author: Mahdi Khaghani Esfahani; **Email:** khaghani@samt.ac.ir

Received: February 15, 2023; **Accepted:** July 11, 2023; **Published Online:** August 08, 2023

Please cite this article as:

Khaghani Esfahani M. Critics on the Co-Emergence of Medical Authoritarianism and Criminal Securityism in Health Policy-Making. *Medical Law Journal*. 2023; 17(58): e32.



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مجله حقوق پزشکی

دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۲

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>

انجمن علمی حقوق سلامت

نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاستگذاری سلامت

مهدی خاقانی اصفهانی^۱

۱. پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تبیین نحوه کاربست مفهوم اقتدار و تعیین مناسبات آن با حق‌ها و آزادی‌های بنیادین، تحلیل اقتدار در معناهای مضاف (اقتدارهای مضاف، مانند اقتدار حقوقی، اقتدار پزشکی، اقتدار سیاستگذاری عمومی و...) را میسر می‌کند و پرده از اقتدارگرایی‌های مغایر حقوق بشر در قلمروهایی نظیر سیاستگذاری سلامت برمی‌افکند، همچنانکه اقتدارگرایی پزشکی تعامل را تنها به هدف اکتان غیر صادقانه بیمار دنبال می‌کند، اقتدارگرایی حقوقی نیز به واسطه تمهیدات قانونی و با رسمیت‌دادن به اقتدار قهری حاکمیت با موجه‌نمایی عدالت کیفری، گاهی پشتوانه ناعادلانه تحدید آزادی‌ها با توجیهات سلامت عمومی قرار می‌گیرد. درمان به مثابه کیفر، نمود متقابلی از توجیهات پزشکی برای اقتدارگرایی کیفری است. هم‌آیندی اقتدارگرایی در دو قلمرو کیفری و پزشکی، بحران‌های پی‌آیند این دو را تشدید می‌کند. تحلیل سوءاستفاده متقابل امنیت‌گرایی کیفری و اقتدارگرایی پزشکی از یکدیگر، تبیین می‌کند که مبنای کنترل اجتماعی جرم که متأثر از ایدئولوژی‌های سیاسی غالب است بر راهبرد سیاستگذاری سلامت عمومی و ارائه پشتوانه حقوقی برای سیاست‌های سلامت و تعیین محدوده آزادی‌های فردی و قلمرو مداخلات حکومت تأثیر به‌سزایی دارد. اقتدارگرایی پزشکی در پی تدارک پشتوانه اقتدارگرایی حقوقی کیفری برای خود، موجب توسعه مداخلات کیفری و حقوقی‌زدگی دولت و توسل بی‌رویه از ابزار قهری با ادعای کنترل سلامت اجتماعی می‌شود.

روش: این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: فقدان «پیوست سلامت» بر لویح 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 جزایی، تفسیر موسع برخی نهادهای سیاستگذار از «موقعیت اضطراری» که تعلق هنجارهای حقوق بشری را با توجیهات درمانی - کیفری صورت‌بندی می‌کند، از عوامل تلاقی ناشایست دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» است.

نتیجه‌گیری: تدوین مقررات صنفی - انتظامی جامع و تنظیم شیوه‌نامه‌های نظارتی در راستای پیشگیری وضعی از تخلفات پزشکی، به ویژه تخلفات در تعامل نهادهای پزشکی با مراجع قضایی کیفری که زندانیان و محکومان و بزه‌دیدگان را تحت‌الشعاع قصورهای پزشکی مبتنی بر سوء اجرای کیفرها قرار می‌دهد، بایسته است.

واژگان کلیدی: سیاست جنایی تمامیت‌خواه؛ اقتدارگرایی پزشکی؛ کنترل حقوقی بدن؛ کیفر و درمان

نویسنده مسئول: مهدی خاقانی اصفهانی؛ پست الکترونیک: khaghani@samt.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۵/۱۷

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Khaghani Esfahani M. Critics on the Co-Emergence of Medical Authoritarianism and Criminal Securityism in Health Policy-Making. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e32.

مقدمه

فلسفه پزشکی، بر پایه تحلیل مرزبندی‌های متافیزیکی، معرفت‌شناسی و اخلاقی الگوهای بیومدیکال و انسان‌باورانه یا انسانی دانش پزشکی و کار بالینی است تا بحران‌های کنونی پزشکی - از جمله افت چشم‌گیر کیفیت خدمات درمانی، الگوی بیومدیکال و به ویژه آنچه «اقتدارگرایی پزشکی» قابل نامیدن است - را در پزشکی معاصر بررسی کند. توضیح آنکه «خاستگاه الگوی بیومدیکال در ایالات متحده در اواخر قرن نوزدهم، به ویژه با ورود فیزیولوژی یا پزشکی مبتنی تجربه، از اروپا است، هرچند الگوی بیومدیکال سبب پیشرفت‌های بزرگی در آمریکا شده است، یکی از مشکلات زیربنایی آن احساس بیگانگی بیمار با پزشک است» (۱). جهان‌بینی الگوهای بیومدیکال و انسان‌باور، مرزهای متافیزیکی بسیار متفاوتی دارد. این تفاوت‌ها از جنبه دیدگاه‌ها و پیش‌فرض‌های متافیزیکی و باورهای هستی‌شناختی است، در حالی که الگوهای بیومدیکال یا دیدگاه متافیزیکی یگانه‌باوری، ماشین‌وار و مبتنی بر پیش‌فرض متافیزیکی نوحاسته‌گرایی و باور هستی‌شناختی به انداموارگی، الگوهای انسانی را مشخص می‌کنند. به این ترتیب، دگرگونی‌های بزرگی در مرزهای متافیزیکی پزشکی معاصر در حال انجام است.

اقتدارگرایی به معنای سیطره‌جویی، خودکامگی و تسلیم بی‌چون و چرا از قدرت است که منظور از آن در بافت سیاسی - روانی، ناآگاهی و ناتوانی است. در یک جامعه اقتدارگرا که اعتبار راستین معنایی ندارد، حد و حریم دیگران مشخص نیست و معمولاً به آن تجاوز می‌شود و دوگانه «ترس و زور» توسط خرده‌نظام‌های حقوقی، اقتصادی، پزشکی، فرهنگی و... دائماً بازتولید می‌شود.

توزیع بیماری‌ها در میان انسان‌ها متفاوت بوده و شناخت و آگاهی نسبت به بیماری در چارچوب الگوهای فرهنگی صورت می‌گیرد. به دلیل 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 می‌گردد، اما «به موازات 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 به مثابه ابزار اداره سیاسی جامعه، همپای رشد فزاینده موضع‌ها و سازمان‌های پزشکی، زمینه افزایش ماهیت سیاستگذارانه و مدیریت‌گری اجتماعی پزشکی و پزشکان را سبب شد و رغبت زمامداران به چرخاندن گرانیگاه پزشکی از درمان به تکنولوژی جمعیت با توجیه سلامت را رقم زد. این تغییر گرانیگاه، افت «شاخص‌های ارزشیابی کیفیت نظام سلامت - از جمله مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، اثربخشی حاکمیت، حاکمیت قانون، کیفیت قانونگذاری و کنترل ملی فساد» (۳) - را رقم زد.

برخی اشکال اقتدارگرایی پزشکی بر بیمار - شهروند عبارتند از: کاربرد واژگان تخصصی نامفهوم برای بیمار، ژست‌گیری و موقعیت‌گرینی 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 پیرامون عوامل و مخاطرات بیماری به بیمار، برقراری رابطه صمیمانه با بیمار پس از ژست‌گیری قبلی و با هدف سرپوش‌نهادن بر خطای خود (پزشک)، استفاده قهری از اقتدار حقوقی بر بیمار در قالب حق انتخاب زمان و شرایط ابراز اخبار ناگوار در مورد بیماری به بیمار یا اطرفیان‌ش، طفره‌رفتن از درمان با توجیه لزوم تداوم آزمایش‌های پاراکلینیکی، نگاه بیولوژیک به بدن بیمار بجای نگاه انسانی بر مدار توجه به تجربه زیسته بیمار و 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 جهت بازتولید مداوم و شدید تفوق بر بیمار، مدیریت تنظیم و ارائه اسناد درمانی و رازداری گروهی صنفی تبانی‌گونه. در توضیح اشکال مذکور می‌توان گفت هرچه فاصله پزشک با بیمار در مواجهه آغازین بیشتر شود، وجه ایدئولوژیک دانش پزشکی تقویت می‌شود.

کووید-۱۹ در ایران) خواهند بود، چارچوب مطالب مقاله را تعیین کرده است.

۱. پیشینه پژوهش: از حیث پیشینه تحقیق، میشل فوکو (Michel Foucault) پیش از «مراقبت و تنبیه»، کتاب «پیدایش کلینیک» (۱۹۶۳ م.) را ارائه داد که در آن محکومانی را شرح نمود 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، اگرچه وضعیت سیاسی مدرن آشکارا بر اساس حقوق ترسیم شده است، جرم و مجازات نیز به صورت پنهانی و بسیار شدید در حال گسترش است و انسان دیگر سوژه و فاعل شناسا نیست، بلک اُبژه و موضوع قدرت و به ویژه موضوع کیفر به مثابه فناوری سیطره بدن‌ها در راستای تجربه زیست روانی انقیاد و فرمانبری از مدرنیته ظاهراً مردم‌سالار، اما باطناً اتوریته (اقتدارگرا) و توتالیتر (اقتدارگرای فراگیر) است.

صالحی (۱۳۹۸ ش.) در کتاب «اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرگرفمی» با توضیح وجوه تشابه و تمایز قدرت، اقتدار قهری و اقتدارگرایی در پزشکی، صور 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 دگرگرفمی، 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 و البته تنویر نموده که این شکل اقتدار علیرغم تمام فوایدی که دارد، از آنجا که بر پایه محافظه‌کاری پزشک در نقش فروشنده خدمات درمانی قرار گرفته، نمی‌تواند حد نهایی تخیل برای تنظیم الگوی مطلوب رابطه پزشک و بیمار باشد. این پژوهش، حقوقی نیست و صرفاً در چارچوب تحلیل برخی

اقتدارگرایی پزشکی، یک منظومه فکری - رفتاری انحراف‌یافته از رسالت اصلی پزشکی است و جریان وخامت‌یافته الگوی بیومدیکال فلسفه پزشکی است. هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری، به ویژه در برهه‌های ضرورت اجرای قهری پروتکل‌های سلامت عمومی، پیامدهای سوء هر یک از دو گونه اقتدارگرایی را تشدید می‌کند و حل مسائل بدخیم سیاستی سلامت را به چالش سوءاستفاده متقابل حقوق جزا و حقوق سلامت از هم سوق می‌دهد.

رفع تعارض منافع در نظام سلامت ایران، نخستین گام در پیشگیری از هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری به نظر می‌رسد. تدوین و تصویب و پایش اجرای قوانین مدیریت تعارض منافع در دو نظام سیاستگذاری سلامت و سیاستگذاری جنایی، در کشور هنوز مورد عزم راسخ واقع نشده، و از دیگر سو، منظومه گفتمانی جامعه‌شناسی پزشکی به جایگاه واقعی خود در سیاستگذاری سلامت نائل نشده، همچنانکه جرم‌شناسی بازپرورانه نیز جایگاه واقعی خود در سیاست جنایی پیشگیری از جرائم و کیفردهی مجرمان را نیافته است. بر این اساس، مقاله حاضر، بر جستجوی چند پرسش است. ریشه‌های نظری جریان «اقتدارگرایی پزشکی» در نظام مدیریت سلامت عمومی در ایران کدام‌اند؟ 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 منجر به حمایت امنیت‌گرایی کیفری از اقتدارگرایی پزشکی شده و معضل ناهنجار سوم را از این تلاقی دو معضل، ایجاد کرده است؟ کنکاش در دستیابی به پاسخ این پرسش که جرائم پزشکی و دیگر جرائم علیه سلامت در نظام حقوق کیفری ایران طبق چه راهبردی با رعایت چه بایسته‌هایی قادر به کاهش چشم‌گیر جلوه‌های اقتدارگرایی پزشکی و به ویژه کاهش پشتوانگی حمایت کیفری از مظاهر قدرت‌طلبی غیر اخلاقی کنشگران نظام سلامت کشور (با تأکید بر مقررات حقوقی ایراددار مصوب برای مهار پاندمی

ارتباطی» - دنبال می‌کند (۴)، اقتدار حقوقی نیز به واسطه تمهیدات قانونی و با انگیزه رسمیت‌دادن به اقتدار قهری و اقتدارگرایی امکان‌پذیر می‌شود و هژمونی نظام درمان بر شهروندان را با قانونگذاری و رویه‌سازی سازمانی و حتی دکترازدی، تقویت و تضمین می‌کند.

شناخت عوامل، جلوه‌ها، پیامدهای منفی و راهکارهای برون‌شد از بحران سوءاستفاده متقابل اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی حقوقی از یکدیگر، در خدمت منافع سیاسی هژمونیک و اتوریته‌گرا، موضوع این مقاله است. این پژوهش می‌کوشد ضمن تبیین مفهوم، مبانی، جلوه‌ها و پیامدهای دو معضل «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری در سیاستگذاری حقوقی»، تبیین جامع و دقیقی نیز از یک ساحت وسیع از عوامل ناکارآمدی نظام سلامت ارائه دهد و اقدام به آسیب‌شناسی اقتدارگرایی پزشکی به مثابه یک ابرمعضل شامل آسیب‌های متنوع در اجرای نظام بهداشت، درمان و پیشگیری پزشکی بنماید. این تحقیق همچنین در پی آن است که به 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 بپردازد.

این پژوهش، تحقیقی کیفی با رویکردی میان‌رشته‌ای است که از نظر هدف کاربردی و از جهت ابزار گردآوری داده‌ها، کتابخانه‌ای است و در بستر دو دانش سیاستگذاری جنایی و سیاستگذاری سلامت، با تحلیل سوءاستفاده متقابل امنیت‌گرایی کیفری و اقتدارگرایی پزشکی از یکدیگر، به شیوه توصیفی - تحلیلی سامان یافته است.

نه پیمایش درک از فساد (مثلاً فساد در نظامی حقوقی و نظام سلامت) در کشور وجود دارد و نه آمار رسمی منتشره از فساد شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی و... . صرفاً آمار محکومیت‌های پزشکان بابت قصور در اعمال جراحی و برخی عمل‌های دیگر هر ساله توسط سازمان نظام پزشکی منتشر می‌شود که واقعاً بی‌فایده و ناتوان از ارائه تصویری از حتی یک لایه از لایه‌های ناکارآمدی حقوق در مهار تخلفات و جرائم پزشکی است.

گفتمان‌های جامعه‌شناسی پزشکی انتقادی، با پژوهش مد نظر ما مناسبت دارد.

صفرآهنگ (۱۳۹۹ ش.) 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 غیر مردم‌سالار دانسته و تحلیل کرده است سیاستگذاری سلامت در ایران تا انقلاب ۱۹۰۶ مشروطه، متأثر از عناصر خردستیز و عرفان‌گرا در تقابل با امر ملی بوده 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 بوده که در سال ۱۳۹۸ قوه مجریه در ایران مبتنی بر نظریات حکمرانی «مشارکتی - جهانی» کوشش کرده برای کنترل شیوع ویروس کرونا سیاستگذاری کند. این پژوهش نیز حقوقی نیست و صرفاً در بافت حقوق عمومی سلامت و حکمرانی سلامت معنوی تألیف یافته و منظر موضوعی و روشی کاملاً متفاوتی نسبت به مقاله حاضر دارد.

۲. ضرورت بحث؛ چالش پزشکی‌زدگی سیاست کیفری و چالش استمداد سیاست‌های سلامت از حقوق کیفری:

کاهش رابطه انسانی پزشک با بیمار و کاهش معایبه بالینی بیمار به شکل سنتی، 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 قادر به تشخیص بیماری وی گردد، این تحول برای برخی بیماران به شکل یک محرومیت تجربه می‌شود و این نوع تشخیص تجهیزات و غیر بالینی و غیر لمسی و غیر سنتی را تکبر و اقتدارگرایی پزشک تفسیر کنند.

همچنانکه اقتدارگرایی پزشکی گفتگو و تعامل را تنها به هدف اقناع بیمار به شیوه‌ای غیر صادقانه - آموزه یورگن هابرماس (Jürgen Habermas) با عنوان «خرَد ابزاری» در نقض «خرَد

پرمنت در مورد قوانین و مقررات مورد تصویب در جهت حمایت از حقوق بیماران، توجه چندانی به استفاده ابزاری از دانش و مکانیسم‌های حقوقی برای گسترش اختیارات پزشکان و کاهش تعهدات قانونی آن‌ها نمی‌شود و این همانا جلوه‌ای از ابزارگری حقوقی به خدمت اقتدارگرایی پزشکی است.

در حالی 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 مرتفع‌نمودن نگرانی‌ها و اولویت‌های بهداشتی جامعه تحت پوشش خود نموده است» (۶)، رویکرد جامعه‌شناختی به پزشکی در ایران همچنان بسیار ضعیف است و این را باید جزء عوامل فرهنگی - آموزشی بسترساز کم‌توجهی پزشکان به ملاحظات حقوق بشری در تعامل با مراجعان دانست؛ چالشی که جلوه وخیم آن به شکل اقتدارگرایی پزشکی بروز می‌یابد.

نظر به آنکه کم‌توجهی به پاسخگویی اجتماعی در تربیت پزشکان، زمینه‌های حس ناتوانی در پزشکان برای خدمت‌رسانی به جامعه را دامن می‌زند - که خود موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها و افزایش اضطراب آنان در سال‌های آغازین طبابت می‌گردد (۷) - کشورهای پیشرفته در ۲۵ سال اخیر، در جهت افزایش پاسخگویی اجتماعی برنامه‌های درسی، اقدام به تدوین و پیاده‌سازی برنامه‌های درسی شایستگی‌محور یا مبتنی بر پیامد در جهت اطمینان از توانمندی پزشکان نموده‌اند (۸).

بی‌شک، این تحول آموزشی و ارتقای ساختار و محتوای سرفصل دروس علوم اجتماعی مورد تدریس در آموزش پزشکی، زمینه‌های اقتدارگرایی پزشکی را در طول فعالیت طبی درمانگران کاهش می‌دهد.

از دیگر سو، سیاست حقوقی امنیت‌گرا، 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 یک بیماری فراگیر

اقتدارگرایی پزشکی، اما همچنان در حال جلب پشتیبانی سرکوب حقوقی نقض‌کنندگان سیاست‌های نظام سلامت است؛ سیاست‌هایی که بعضاً اهداف اقتصادی برای دولت و نه سیاست ملت را پیجویی می‌کند. «خرَد ابزاری» حاکم بر رابطه نادرست حقوق و پزشکی در این فضا، باید به «خرَد ارتباطی» سوق یابد تا بتوان شاهد امنیت‌گرایی شایسته حقوق کیفری در حمایت از هنجارهای درمان و پیشگیری و آموزش پزشکی بود.

سیاست‌گذاری حقوقی ناروا و نادرستکار، جلوه‌های آشکار اقتدارگرایی پزشکی را که باید جرم‌انگاری و دادرسی و مجازات کند، چشم‌پوشی می‌کند و فرایند محکومیت پزشکان متخلف را با موانع جدی رو به رو می‌سازد. پدیده «تقاضای القایی» در نظام حقوقی ایران جرم‌انگاری نشده و ادبیات پژوهشی و حتی پرداختن به طور اجمالی به این انحراف خطیر در آثار علمی حقوق پزشکی در ایران هم دیده نمی‌شود. این یک حیات خلوت است که اقتدارگرایی پزشکی، با چراغ سبز حقوق کیفری (عدم برخورد حقوق کیفری با این پدیده شوم) دهه‌هاست در تداوم ارتکاب است. تقاضای القایی، یک پدیده پیچیده و چندوجهی است که موجب بالارفتن نیاز نامحدود با منابع محدود شده، سبب افزایش ناروای سهم مردم در هزینه‌های سلامت و نیز رشد شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود. تجویز غیر ضروری دارو و خدمات پاراکلینیکی موجب زیان شدید به اقتصاد سلامت و اقتصاد جامعه و تشدید بحران کارآمدی و مشروعیت نظام سلامت می‌گردد.

«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» (۵) و اشکالات فراوان در سیاست‌گذاری پیرامون نوع و میزان و نحوه اجرای کیفرهای جرائم پزشکی، بخشی از بی‌کفایتی‌های نظام حقوقی است که مورد سوءاستفاده فساد در نظام سلامت و جریان اقتدارگرایی هزینه‌زا و نادرمانگر واقع شده است. با وجود تبلیغات فراوان و

قدرت و به محاق بردن اهمیت بسیاری از معضلات اجتماعی در گفتمان‌های جوامع بشود.

تنظیم‌گری حقوقی راهبردهای سیاست‌زده نظام سلامت عمومی، در برهه‌ها و موضوعاتی که پارادایم طب، از درمان به سمت کنترل اجتماعی منحرف شود، یک 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 برایش تمهید می‌کنند. مبانی نظری فقهی و حقوقی متعددی همچون لاضرر، لاجرح، سدّ ذرایع و نیز نقدهای وارد بر گفتمان «پدرسالاری قانونی (Legal Paternalism)» و قیّم‌آبی اخلاقی حقوق در سیطره فضیلت‌شعار بر سازوکارهای کنترل اجتماعی، نیز انتقادهای علیه «پزشکی‌کردن (Medicalization)» افراطی رهبردهای سلامت عمومی [پزشکی‌زدگی] و غفلت حاکمیت‌ها و حتی اغلب پژوهشگران حقوق سلامت از ابعاد غیر جسمی معرفت اجتماعی نسبت به مقوله‌های ذوجوه سلامت بیمان و بازپروری مجرمان، بستر نظری این پژوهش را فراهم می‌نماید.

۳. مفهوم و بنیادهای اقتدارگرایی در حقوق و پزشکی:
اقتدارگرایی، در بافت حقوقی و خصوصاً سیاستگذاری حقوقی و خصوصاً سیاستگذاری جزایی، معرفّ حوزه‌ای است که در آن ایجاد توازن میان حقوق و آزادی‌های فردی از یکسو با اعمال راه دولت از سوی دیگر به بیشترین درجه فشار، تنش و بحران می‌رسد، چنانچه آزادی‌ها به شدت نقض می‌شود، کنترل اجتماعی و تحدید و حتی تهدید حق‌های مردم توسط ریزسیستم‌های دولتی (خرده‌نظام دولتی حقوقی، اقتصادی، فرهنگی، درمانی و...) سازمانمند و شکلی ناظم یا شافی به خود می‌گیرد، قواعد و اصول کرامت انسانی در حقوق و خصوصاً حقوق کیفری مخدوش می‌شود و حقوق انسان‌ها از معیارهای حقوق بشر تهی می‌گردد و دامنه رعایت فردی در آن به پایین‌ترین وضع خود فروکش نموده، رژیم سیاسی حاکم از تمام ابزارهای قهری و حتی غیر قهری (مانند ابزار سیاستگذاری عمومی سلامت) در مسیر تضعیف تساهل، رواداری و آزادی تنظیم‌گری می‌کند.

(مثلاً کووید-۱۹) - به خدمت نظام سیاستگذاری سلامت درمی‌آید، در مسیر تصویب مقررات قرنطینه بدون توجه به حداقل آزادی‌ها و نیازها، در مسیر منع آمد و شد شبانه (به رغم مغایرت با اصل ۷۹ قانون اساسی) و حمایت کیفری از قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸ با اعمال ضمانت اجرای 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 ماسک‌نزدن را مصداق عناوین مجرمانه‌ای همچون تسبیب در قتل، تسبیب در اقدام علیه بهداشت عمومی و افساد فی الارض و حتی اتهامات خطیرتر و دارای جنبه امنیتی می‌کند و مرزهای نسبتاً ناواضح اصطلاحاتی همچون مصالح عمومی، امنیت عمومی، اخلاق عمومی و امنیت و آزادی را بیشتر درهم می‌آمیزد تا زمینه حمایت حقوقی از اقتدارگرایی پزشکی به هدف استفاده‌های سیاسی و تشدید تحکم بر مردم را فراهم آورد.

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 خاطر کاهش حضور و فعالیت سیستم‌های انتظامی و نظارتی و امنیتی و قضایی اغلب کشورها، افزایش عوارض روانی ناشی از تحمل قرنطینه و بیکاری و نگرانی از آینده و ده‌ها پدیده و پیامد دیگر در پاندمی اخیر - و البته با سرعت کمتری، قبل از پاندمی کووید-۱۹ - همه و همه موجب شد بسیاری از نظام‌های حاکمیتی و رژیم‌های سیاسی، با مجال دادن به تمایل خرده‌فرهنگ‌های قدرتمندی در نظام سلامت کشورشان، اقتدارگرایی پزشکی که تا پیش از پاندمی کووید-۱۹ مجال چندانی برای بروز نداشت، اینک توجیهی برای تشدید و توسیع انواع شیوه‌های کنترل اجتماعی با توجیه بهداشتی - درمانی و با ابزار سیاستگذاری حقوقی قرار گیرد (۹) و امنیت‌گرایی حقوقی، پشتوانه اقتدارگرایی پزشکی و این هر دو، بال‌های هژمونی سیاسی به هدف تثبیت پایه‌های

مقررانتگذاری برای تمسک به نرم‌افزارهای تعیین سطح سلامت شهروندان، جلوه‌ای از امنیت‌گرایی حقوقی پشتیبانی‌کننده اقتدارگرایی پزشکی است، زیرا این فناوری‌ها می‌تواند پس از اتمام بحران کرونا به عنوان ابزاری برای نظارت و کنترل مخالفان سیاسی و حتی اقشار عادی مردم مورد استفاده دولت‌ها قرار گیرد. فارغ از نظارت گسترده و نقض حریم خصوصی، مالکیت دولتی چنین داده‌هایی نیز معایب زیادی به همراه دارد.

چنانچه آزادی به عنوان ارزش برتر مورد پذیرش و قبول قرار نگیرد، به اندک بهانه‌ای و بدون نیاز به موجه‌سازی، مداخله در حریم خصوصی و آزادی اعضای جامعه با توجیهات نظیر سیاستگذاری سلامت عمومی بدون تدقیق حد و مرز و چارچوب و ساختار و کاربری نظارت‌شده تجویز می‌گردد و این امر باعث گسترش قلمرو مداخلات بیرونی و تحدید قلمرو آزادی می‌گردد. «از طرف دیگر، قلمرو آزادی با سنجش و ارزشی که سایر ارزش‌ها در جامعه دارند، به دست می‌آید، یعنی چنانکه ارزش‌های دیگری همچون امنیت، رفاه، اخلاقیات، 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» (۱۲) (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 باشند و اولیویته همچون آزادی نداشته باشند، قلمرو آزادی گسترش یافته و فضای مانور و مداخله حکومت تقلیل یافته و به تبع این امر شعاع قلمرو ممنوعیت‌ها و دامنه قلمرو حقوق کیفری نیز کاهش می‌یابد.

«اقتدارگرایی در طول سده‌های متمادی به رغم تغییرات تاریخی و گذشت زمان با برخی تغییرات ظاهری کماکان ریشه‌های عمیق خود را در ایران حفظ کرده و در قالب شبه‌اقتدارگرایی تداوم یافته است» (۱۳). از آنجا که مبانی نظری کنترل اجتماعی جرم در یک رژیم سیاسی مستقیماً

اقتدارگرایی پزشکی، یک منظومه فکری - رفتاری انحراف‌یافته از رسالت اصلی پزشکی است و نوع تشدید یافته و وخامت یافته الگوی بیومدیكال فلسفه پزشکی است و مهم‌ترین ارزش آن‌ها، اصل جداسازی است که بنا بر آن، امور بیرون از شرایطشان و رها از ابژه‌ها و انسان‌های مرتبط با خود باید شناخته شوند (۱۰). در مقابل، الگوی انسان‌باور یا انسانی، بیمار را به مثابه سوژه‌ای شکل‌گرفته در قالب ذهن و جسم یا تلفیقی از ذهن و جسم یا به صورت انسان یا نفس بی‌همتایی در نظر می‌گیرند که انسان در آن، سوژه است، نه ابژه، هر چند پزشکی به معنای طبابت، مبتنی بر علم است و علم، در خوانش سنتی، عاری از ارزش است (۱۱)، اما از نظر طرفداران پزشکی انسان‌باور یا انسانی، خود پزشکی به ویژه کار بالینی پزشکی، ساحتی عاری از ارزش نیست.

چرخه اقتدار در حوزه‌های مختلف زیست اجتماعی نمودگر وجود رابطه‌ای دوسویه بین حوزه عمل پزشکی با سیاست و حقوق است. مداخلات پزشک، سیاستمدار و کنشگر حقوقی (قاضی، پلیس و...) هر سه بر مدار داعیه بهروزی انسان و بر پایه احراز خیر عمومی مشروعیت می‌یابد. شیوه فهم آدمیان هر جامعه از جهان پیرامونشان ارتباط انکارناپذیری با آمادگی آن‌ها برای پذیرش «قواعد مختلف بازی اقتدار» دارد. تاریخ درمانگری که در شکل اولیه با پیروی از قواعد جادوگری، بلاگردانی را توانایی مسحورکننده طبقه خاصی - کاهنان، اخترشناسان و... - می‌دانست و با نفی اراده بیمار در پی تفویض اختیار کامل تن و روان وی به طبیب بود، از مدرنیته به بعد، به مثابه یک دانش خودآیین، اقتدارش را به واسطه حذف و نفی قلمروهای محسوس زندگی و تضعیف عواطف و دریافت‌های شهودی و تجربه‌های زیسته و ادراکات شخصی از دال‌ها و معانی فضاها و پزشکی و تن‌گفتار پزشکان به قلمرو ناعقلانیت کسب کرده به رغم احترام به حقوق بیمار در جهات مختلف، همچنان در ساحت‌های وسیع و مهمی، پیرو سوژه خودبنیاد دکارتی است بیمار را ابژه پنداشته، همواره مشغول بازتولید اشکال چیرگی خاموش بر بیمار است.

ایدئولوژی‌های پنهان در پس متون و گفتارها است و به دنبال ایستادگی در برابر نابرابری‌های اجتماعی است. بر همین اساس، یورگن هابرماس بیان می‌دارد که «زبان، ابزار سلطه و نیروی اجتماعی است و در خدمت مشروعیت‌بخشی به روابط قدرت سازماندهی شده است» (۱۵). از این رو یکی از ویژگی‌های صورت‌بندی ایدئولوژیکی - گفتمانی مسلط توانایی آن برای طبیعی‌جلوه‌دادن ایدئولوژی‌ها جهت حمایت از آن‌ها به عنوان «باورها و احساسات مشترک، غیر ایدئولوژیکی» است.

میشل فوکو از جمله پژوهشگران برجسته در جامعه‌شناسی روابط قدرت - به ویژه، جامعه‌شناسی بدن - است. فوکو معتقد است بدن نیز مانند تمام وجوه زندگی اجتماعی تحت سیطره قدرت قرار دارد و بدن ابژه قدرت و دانش است، این قدرت همواره بدن‌ها را کنترل می‌کند. در اندیشه فوکو قدرت امری سلسله‌مراتبی نیست که فقط در انحصار حکومت و نظام سیاسی باشد و از بالا به پایین اعمال شود، بلکه او معتقد است همه ما درون شبکه قدرت در حال کنش هستیم و گروه‌های مختلف انسانی کم و بیش از این قدرت برخوردارند و در حال دست و پنجه نرم کردن با آن هستند (۱۶). از این رو هیچ کس نمی‌تواند از قدرت بگریزد. این بدان معناست که قدرت، سیال و محلی است و هر روز و در همه جا خود را به ما تحمیل می‌کند و هرگز نمی‌توان قدرت را برتر، بی‌اثر و متلاشی کرد. در اندیشه فوکو، سوژه و بدنش در فرآیند سازوکارهای نظارتی و تنبیهی سراسربین و درونی‌شده شکل می‌گیرد. شاید مهم‌ترین پیامد چنین وضعیتی از خودبیگانگی، اسارت و تکه‌پاره‌شدن سوژه و بدنش باشد (۱۷). فرآیند پیکربندی سوژه، حاصل دستگاه‌های طردکننده است که در عصر مدرنیته بیشتر از قبل آشکارند و هدفشان نظم‌بخشی به سخن و گفتار نهاد اجتماعی و تداوم آن است و حقیقت‌های بشری خارج از این وضعیت را نادیده می‌انگارد.

الگوی پزشکی‌سازی انحرافات، سازوکار اجرای گفتمان اقتدارگرایی پزشکی در بستر امنیت‌گرایی کیفی است. این الگو دلالت بر این دارد که بیمارانگاری انحرافات و حالت خطرناک موجب تمایل دولت‌ها به اتخاذ رویکرد سختگیرانه

برگرفته از ایدئولوژی‌های سیاسی غالب است و نیز تفکر نظام سیاسی حاکم (لیبرالیسم، محافظه‌کار، مساوات‌گرا، اقتدارگرایی فراگیر، آنارشویست، انتگرالیسم، فمینیسم و...) بر راهبرد سیاستگذاری سلامت عمومی و ارائه پشتوانه حقوقی برای سیاست‌های بهداشتی و درمانی و پزشکی اتخاذ شده و تعیین محدوده آزادی‌های فردی و قلمرو مداخلات حکومت تأثیر به‌سزایی دارد، اقتدارگرایی پزشکی دائماً در پی تدارک پشتوانه اقتدارگرایی حقوقی (از طریق امنیت‌گرایی کیفی) برای خود می‌باشد؛ پدیده‌ای که توسیع قلمرو حقوق کیفی و حقوقی‌زدگی 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 وضع کرونایی - شاخص‌های دموکراسی سازمانی را تضعیف می‌کند، زیرا پاسخ‌خواهی اجتماعی، حاکمیت مشترک، جوّ 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 کیفی از خود، به جامعه تحمیل می‌نماید و سرمایه اجتماعی را تضعیف می‌کند.

۴. جامعه‌شناسی پزشکی؛ منتقد کنترل اجتماعی بدن و پزشکی‌سازی افراطی پاسخ‌گذاری کیفی: تحلیل گفتمان انتقادی یکی از شاخه‌های تحلیل گفتمان است که شیوه‌های استفاده گروه‌های صاحب قدرت از متن و کلام را در بافت‌های سیاسی و اجتماعی بررسی می‌کند و به این شکل، راه‌های سوءاستفاده از قدرت، سلطه‌گری و نابرابری اجتماعی را آشکار می‌سازد. «قدرت حاکم از راه گزاره‌های ایدئولوژیکی زبان را در اختیار خود می‌گیرد و با غلبه گفتمان مد نظر خود در ذهن افراد آن را نهادینه می‌کند. گفتمان نه‌تنها در ارتباط با مفاهیمی است که گفته یا فکر می‌شود، بلکه درباره اینکه چه کسی در چه زمانی و با چه قدرتی می‌تواند سخن بگوید نیز هست. گفتمان معنا و ارتباط اجتماعی - سیاسی را شکل می‌دهد» (۱۴). تحلیل گفتمان انتقادی در پی آشکارکردن

سبب به رفتار یا حالت کژروانه می‌گردد. با روی کار آمدن حکومت‌های محافظه‌کار و راست در بستر بحران اقتصادی - اجتماعی در بسیاری از کشورهای دموکراتیک غربی و روی آوردن دولت‌ها به سیاست کنترل و مدیریت خطر جرم، قوانین و مقرراتی برای اعمال نظارت بر همگان، از جمله «مجرم - بیمار»ها است. برخی حقوقدانان کیفری، در نقد این قسم راهبردهای کیفرشناسی اصلاح و درمان، چالش کرده‌اند که «برخلاف دیدگاه غالب [بر جرم‌شناسی]، بیماری‌سازی جرائم و انحرافات موجب تلافی نگاه به جرم و انحرافات نمی‌گردد، بلکه نگاه و رویکرد کیفری و سرکوبگرانه را تشدید می‌کند» (۱۸). اینان همراهی فرایند پزشکی‌سازی جرائم و انحرافات با گروه قدرت برای مشروعیت‌سازی برچسب بیماری و امکان سوءاستفاده گروه قدرت از الصاق برچسب بیماری به جرائم و کژروی‌ها در مسیر غیر اخلاقی کنترل مرتکبان آن‌ها را از دیگر آثار نامطلوب رویکرد بالینی به جرم و انحراف دانسته‌اند، همچنانکه به نقد آن‌ها می‌توان انتقادهای دیگری از دریچه نظریه‌های جرم‌شناختی تضاد، برچسب‌زنی، یادگیری اجتماعی، واکنش اجتماعی و جرم‌شناسی حقوقی انتقادی نیز وارد نمود که مجال تفصیل آن در این کوتاهه نیست و پژوهش مستقلی را می‌طلبد.

۴-۱. امنیت‌گرایی با توجیه کنترل انحرافات برای سلامت؛ گفتمان دانش به مثابه قدرت: یکی از عرصه‌هایی که «قدرت - دانش» از طریق آن به ایجاد گفتمان‌هایی بر مبنای روابط قدرت و در پایان، سلطه و پیروزی بر انسان دست می‌یابد، حوزه علوم سیاسی (جرم‌شناسی و مجازات) است. رابطه دانش - قدرت در ادبیات نیز که محملی برای بیان افکار و عقاید اجتماعی و سیاسی است، اغلب به شکل بسیار پنهان رخ می‌نماید و در این آثار می‌توان ایدئولوژی، اندیشه و آرای نویسندگان را مشاهده کرد. این، حلقه معنایی مهمی در مفصل‌بندی ربط «قدرت - دانش» در آموزه نقد مدرنیته با تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در فرایند تولید دانش و رویه‌های جرم‌شناسی و کیفرشناسی و جامعه‌شناسی کیفری است.

پس از اینکه جامعه کلاسیک پی به نقطه ضعف خویش (خشونت در اعمال مجازات) برد، برای تداوم حکومت خود چاره‌ای جز تحولی اساسی از طریق تدوین قانونی عام به منظور اعمال قدرت نداشت و این شناخت از طریق دانش جرم‌شناسی ممکن شد. قدرت به منظور مراقبت و کنترل دائم توده‌ها از شیوه‌ای بهره می‌برد که در اصطلاح فوکو، از آن به «تکنیک معکوس‌سازی رؤیت‌پذیری» یاد می‌شود. در واقع قدرت برای استمرار نظام خود و جلوگیری از هرگونه مقاومت احتمالی باید در عین چیرگی بر امور، نشانی از چهره خشن خود به جای نگذارد. برای نیل به این هدف، تحولی در شیوه اعمال قدرت در پیش می‌گیرد که فوکو از آن به «عبور از جامعه نمایش به جامعه مبتنی بر مراقبت» یاد می‌کند: جامعه ما، جامعه مبتنی بر نمایش نیست، بلکه جامعه مبتنی بر مراقبت است. در زیرسطح تصویرها، بدن‌ها عمیقاً در محاصره‌اند. این بدان خاطر است که «همواره نوعی ارتباط میان شکل قدرت و شیوه انسجام اجتماعی وجود دارد، در نتیجه، تغییر در اشکال قدرت، ممکن است موجب تحول در شکل انسجام اجتماعی گردد و برعکس» (۱۹)، بدین ترتیب در یک جامعه مبتنی بر خشونت، تنبیه قهرآمیز تعیین‌کننده بازی قدرت بوده و گرایش به مجازات‌های ملایم و انضباطی جلوه‌ای از بی‌عدالتی به شمار می‌آید. در مقابل، در یک جامعه انضباطی، خشونت موجب محکومیت قدرت اعمال‌کننده آن خواهد گردید.

تعامل قدرت و دانش از طریق انسانی‌شدن مجازات، موجب ایجاد رابطه قطعی میان جرم و مجرم می‌شود. بنابراین نسبتی ضروری و حتمی میان جرم و مجازات پدید می‌آورد که نمی‌توان از آن چشم‌پوشی کرد و با مشخص کردن هنجار و ناهنجار و تدوین قوانینی مانند مجازات تعدی به جان و مال و... این امر جرم محسوب می‌شود و دیگر عفو و مجازات از حیطة اختیارات سردمداران قدرت خارج می‌گردد و همانند گذشته جنبه شخصی نخواهد داشت. این بدان خاطر است که رابطه قدرت و دانش، متقابل است، بدین مفهوم که قدرت مولد دانش و دانش نیز تولیدکننده و افزایش‌دهنده قدرت است.

قدرت و مجازات، تغییر در چهره قدرت موجب دگرگونی در شیوه‌های اعمال آن و از جمله الگوهای کیفرگذاری می‌گردد» (۱۹).

جریان سیال قدرت را از دل تمام مناسبات اجتماعی می‌توان به نظاره نشست و پُربیراه خواهد بود، گر گفته شود دانش، تابعی از قدرت و انسان، محصول قدرت است. سیطره قدرت را در تمام اشکال آن و در بستر مناسبات اجتماعی، می‌توان دریافت و بدیهی است، پرداخت ذهنی و تکرر کاربرد اظهاری چنین مفهوم پیچیده‌ای، توسط تابعان نیز به سهولت صورت می‌گیرد، ولی عیان فارغ از نیاز به بیان است که تابعان، متوجه اسارت راستین خویش در چنگال پر از تحکم قدرت نبوده و نیستند. سازوکار قدرت از درون نهادهای برساخته و تصنع اجتماع انسانی به جریان خواهد افتاد. نظام قضایی هر کشوری در زمره برجسته‌ترین ارگان‌هایی است که مسؤولیت اجرای قانون برتافته از روابط قدرت پیش و پس‌اقانونگذاری را بر عهده دارد. کیفردهی تابعان، نمودگار بارز اعمال قدرت قانون و یا قدرت به نام قانون خواهد بود که نظری تبارشناختی به دعاوی شهیر جهانی، راستی سخن را هویدا خواهد ساخت.

جورجو آگامبن (Giorgio Agamben) - فیلسوف اجتماعی معاصر - معتقد است «ترسی که نسبت به گسترش ویروس کرونا از سوی دولت‌ها تبلیغ می‌شود، هر فردی را به منبعی مشکوک برای انتقال بیماری تبدیل می‌کند. در حملات تروریستی، هر یک از شهروندان می‌توانند مظنون بالقوه از سوی نهادهای امنیتی تلقی شده و با آن‌ها همانند تروریست‌ها رفتار شود؛ درست شبیه وضعیت فعلی که حتی افراد سالم هم در مظان اتهام انتقال بیماری قرار دارند» (۲۲). برگ (Berge) به نقل از آگامبن ابراز داشته که «از سیم‌های خاردار گرفته تا نیروگاه‌های هسته‌ای، جنگ‌ها طیفی از فناوری‌های سرنوشت‌ساز را به دوران صلح وصیت کرده‌اند و حالا ارث نامبارک و ویروس کرونا، فاصله اجتماعی است» (۲۳). او از اینکه زنده‌ماندن از هر دل‌نگرانی دیگری برای انسان‌ها مهم‌تر شده، به حدی که حاضرند آزادی‌شان را فدای آن کنند، انتقاد می‌کند و حاکم‌شدن فرامین زیست‌شناختی بر زندگی ما را مایه تأسف می‌داند.

بدون در نظرگرفتن رابطه متقابل این دو حوزه، نمی‌توان به درک درستی از مفهوم قدرت فوکویی دست یافت. از این منظر، سازوکار قدرت با بهره‌گیری از دانش به تحلیل بدن می‌پردازد و چگونگی اعمال قدرت بر جسم و روح را شناسایی می‌کند.

نظارت سراسربینانه، افراد را درگروه‌هایی نظیر «بزه‌کار/ بی‌گناه» طبقه‌بندی کرد و با تعریف هنجارها و ناهنجارها برای هر گروه به منقادسازی پرداخت. بدیهی است در چنین جامعه‌ای که قدرت و دانش ملازم یکدیگرند و محصول آن به منزله قانونی عام به جامعه ابلاغ می‌گردد، هیچ‌گونه نافرمانی توجیه‌پذیر نیست. کیفر، همچون دیگر پدیدارهای اجتماعی، نقش‌های متعددی را در فرایند تعاملات روزمره میان شهروندان و حتی فراتر از آن، میان ساختارهای موجود در یک جامعه و شهروندان آن ایفا می‌کند. مجازات، آخرین زنجیره از سلسله واکنش‌های تنبیهی است که در روابط شهروندان با یکدیگر و نیز با ساختارهای اعمال‌کننده قدرت اجتماعی، پیوسته اعمال می‌گردند (۲۰). مجازات یک تحمیل رنج صرف به عنوان واکنش در برابر بزه‌کاری نیست؛ مجازات یک فناوری عقلانی است که در قالب «اقتصاد تنبیه» قابل فهم خواهد بود. فراتر از تصورات مرسوم در خصوص اهداف مجازات‌ها، تمامی اشکال واکنش‌های تنبیهی ارتباطی مرموز و پیچیده با مناسبات قدرت برقرار کرده‌اند. «تکرار بی‌پایان» الگوی انضباط - تنبیه» در حقیقت، همان هنر ساختن و پرداختن انسان‌هاست؛ شهروندانی که نخست از طریق اجبار به پیروی از هنجارها به موجوداتی از پیش تسخیرشده بدل گردیده و سپس با بهره‌گیری از روش‌های تنبیهی، دوباره جامعه‌پذیر - و به تعبیر شایسته‌تر، قدرت‌پذیر - می‌شوند» (۲۱). به دیگر سخن، مجازات فناوری به غایت پیچیده مطیع‌کردن است. واکنش کیفری نه مطلقاً یک عکس‌العمل ناخودآگاه برای حراست از ارزش‌های اجتماعی که یک رفتار محاسبه‌شده برای وادار کردن شهروندان به تبعیت در برابر قدرت اعمال‌کننده آن است. «این اجبار به پیروی به تناسب اشکال مختلف اعمال اقتدار گاه از طریق خشونت و گاه از طریق روش‌های پیچیده ساختن و پرداختن حاصل می‌گردد. به واسطه ارتباط ناگسستنی میان

مهارکنندگی حبس‌های طولانی‌مدت اساساً در منطق اصلاح و درمان از قاطعیت و حتمیت برخوردار نیستند، هرچند ممکن است برخی از زندانیان در چارچوب و تحت برنامه‌های اصلاحی و درمانی عملاً برای مدتی طولانی در زندان نگهداری شده و حتی تا مدت‌ها پس از آزادی هم تحت کنترل و نظارت قرار گیرند. در نقطه مقابل، در تفکر ناتوان‌سازی فقط با تمرکز بر شرایط و موقعیت بزه‌کاران سعی می‌شود به واسطه سنجش آماري یا بالینی میزان ریسک یا حالت خطرناک آن‌ها شدیدترین پاسخ‌های ممکن که عبارت از اعدام و حبس‌های طولانی‌مدت و تبعید می‌باشند، در حق آن‌ها روا داشته شود.

گفتمان «عدالت استحقاقی» تأکید آشکاری بر کارکرد ناتوان‌کننده برای کیفر دارد. به موازات بازتولید گفتمان «بنیادگرایی کیفری» و انتگریشن و اعلام بی‌اعتباری جرم‌شناسی اصلاح‌مدار، رویکردهای جرم‌شناختی معارض خصوصاً «جرم‌شناسی واکنش اجتماعی» و «جرم‌شناسی عمل مجرمانه» عمیقاً از ضرورت توجه به جرم و مخاطرات و پیامدهای آن برای جامعه و کنارگذاشتن هرگونه طرح و برنامه‌ای برای بازسازگارسازی محکومان دفاع نمودند و در ابعادی غیر حقوقی، ابزارها و زمینه‌ای برای عیان‌شدن رویکردها و فروزی چون «لزوم گرایش به کیفرشناسی و سیاست جنایی ریسک‌مدار و مبتنی بر امنیت‌گرایی» و «اعتباریابی اندیشه دشمن‌پنداری بزه‌کاران نسبت به سایر شهروندان و جامعه» به دست دادند و «شوربختانه جریان غالب جرم‌شناسی را از انسان‌مداری به سوی خطرمحوری و امنیت‌باوری حداکثری، بدبینانه و متکی بر هراس اخلاقی، منحرف نموده است» (۲۶).

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 غیر جنایی و علوم انسانی و علوم دیگر، همگی با هم برای سیاستگذاری جنایی و اجرای راهبردهای آن است، علیه حقوق کیفری لیبرال باید اینچنین گفت که نهادهای ارفاقی نوین حقوق جزا

«آگامبن، وضع قوانین و مقررات دولتی در وضعیت استثنایی را زمینه‌ای برای سرکوب سیاسی در فردای پس از بحران می‌داند» (۲۴). در این زمینه می‌توان به اقدامات دولت چین اشاره کرد که در حال عادی‌سازی برخی قوانین اضطراری برای کنترل زندگی مردم است. دولت این کشور، اخیراً نرم‌افزاری را برای تعیین سطح سلامت شهروندان مورد استفاده قرار داده که میزان تماس آن‌ها را با مناطق ویروسی مشخص می‌کند و همین تکنولوژی می‌تواند پس از اتمام بحران کرونا به عنوان ابزاری برای نظارت و کنترل مخالفان سیاسی مورد استفاده گیرد. برخی از دولت‌های اروپایی همچون ایتالیا نیز برنامه‌های ملی ردیابی تماس ایجاد کرده‌اند که به آن‌ها امکان ردیابی شهروندان خود را با استفاده از تلفن همراه می‌دهد. فارغ از نظارت گسترده و نقض حریم خصوصی، مالکیت دولتی چنین داده‌هایی نیز معایب زیادی به همراه دارد. برای مثال، در فروردین‌ماه ۱۳۹۹، اطلاعات شخصی ۴۲ میلیون ایرانی که برای غربالگری کرونا از سوی ثبت احوال در اختیار وزارت بهداشت قرار داده شده بود، به بیرون درز کرد و در فضای اینترنت قرار گرفت (۲۵). برقراری مقررات منع رفت و آمد شبانه در برخی کشورها و تداوم آن حتی با فروکش‌کردن بیماری نیز نمونه دیگری از تبدیل وضعیت استثنایی به وضعیت طبیعی است که دوره‌های حکومت نظامی را تداعی می‌سازد.

۲-۴. از «جرم‌شناسی اصلاح و درمان» تا «استفاده ابزاری از درمان برای کنترل اجتماعی جرم»: اصلاح و درمان محکومان، کانون ترسیم و تجلی غایت جرم‌شناسی بالینی و شاخه‌ای از آن است که بزه‌کاران مختلف را با هدف توانمندسازی و نیل به راه‌ها و روش‌های کارآمد اصلاح و بازپروری آن‌ها و کنترل نرخ تکرار جرم در جامعه مورد مطالعه و بررسی قرار می‌دهد و منطقاً رویکردی مشابه با درمان طبی و پزشکی بیماران دارد. در تفکر اصلاح‌محور، هیچ وقت از مؤلفه «حالت خطرناک» بزه‌کاران غفلت نمی‌شود، اما این باور وجود ندارد که تنها راه مدیریت این حالت، اتکا به کیفرهای سرکوبگر محض و غیر قابل‌انعطاف باشد، لذا گفتمان

این قدرت اجرایی نوظهور از اوایل قرن نوزدهم به بعد، به دنبال نوعی تدبیر استقلال‌طلبانه از قوه قضاییه بود. عمدتاً این تصمیمات کلیدی در جریان مجازات، نظیر مکان بازداشت، شرایط کانون اصلاح و تربیت، تاریخ آزادی و دسترسی به خدمات و... تنها مختص اجراکنندگان مجازات بوده و به جای منطق حقوقی و قانونی مطابق با منطق اجرایی تعیین شده‌اند. این قدرت‌های اجراکننده در تعیین روش‌های مجازات و مجرمان به تنهایی یا با دیگری و همراه با تأثیر فزاینده اجرا روی سیاست مجازات و بحث مجازات مسئولان به این اطمینان رسیده‌اند که «مجازات»، عقلانی شده است. در شبکه مدرن سازمان‌های جزایی، «مجازات» به شکل منطقی به روال عادی و در حقیقت در قالب روش‌های مختلفی اعمال شده است.

در نظام‌های قضایی - کیفری اسکاندیناوی، به جای سزادهی، سرزنش، شرمسارنمایی مخرب و نابازپرورانه و طرد و بزه‌کار، پیام‌هایی از رواداری، تحمل و ترمیم منتقل می‌شود و این روشی است که نظام‌های مردم‌سالار و اخلاق‌مدار مذکور بدون نیاز به مجازات‌های افراطی، انسجام اجتماعی را تقویت می‌کنند. سازوکارهای اجتماعی سیاست جنایی مشارکتی، بر سطوح تقنینی و قضایی و اجرایی سیاست جنایی نظام‌های عدالت کیفری اسکاندیناوی بسیار مؤثراند و توانسته‌اند بین حاکمیت و مردم در طراحی و اجرای پاسخ‌های کیفری، همگرایی پایدار و ستوار برنندند (۲۱). به این ترتیب، به اغلب مجرمان (غیر خطرناک‌ها) به مثابه بزه‌دیده شرایط اجتماعی نامطلوب نگریسته می‌شود، پس نرخ پایین زندان و شرایط نسبتاً انسانی زندان امکان‌پذیر شده است (۲۹). در مقابل، در سیاست جنایی آنگلوامریکن که بر اساس «مدل لیبرال» تسهیلات رفاهی بسیار محدودتری دارند، جرم مسئولیتی است که به کلی بر عهده فرد قانون‌شکن گذاشته می‌شود. زمینه‌های اجتماعی نیز، بستر باروری برای ایدئولوژی خشن منجر به تدابیر کیفری موسوم به «قانون و نظم»، «پنجره‌های شکسته» و «تحمل صفر» در انگلستان، آمریکا، استرالیا و برخی دیگر کشورهای لیبرال و نئولیبرال سیاسی - حقوقی در رژیم‌های کیفری آنگلوامریکن است. به این ترتیب، نرخ بالای زندان و

(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، حبس‌کردن، کنترل‌کردن، بهنجارساختن حرکات و ژست‌ها و رژیم‌های انضباطی بدن» (۱۶). در مقایسه با حبس مکانی، نوعی زندان تلقی شده است که فرم بیرونی یا اصل کنترل‌کننده بدن زندانی است.

به همین خاطر، «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 و امور تشخیصی، اغلب به جای اهداف تنبیهی برگرفته از اجتماع به سمت اهداف مدیریتی که از لحاظ سازمانی تعریف شده‌اند، تمایل دارند» (۲۷). 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» (۲۸)، 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.

جرائمی که مجازات قانونی آن‌ها سلب حیات، قطع عضو، حبس ابد و یا تعزیر درجه چهار و بالاتر است. همچنین در جنایات عمدی علیه تمامیت جسمانی که میزان دیه آن‌ها ثلث دیه کامل مجنی‌علیه یا بیش از آن است، در حین انجام تحقیقات، دستور تشکیل پرونده شخصیت متهم را به واحد مددکاری اجتماعی صادر نماید. با توجه به صبغه امنیت‌گرایانه نهاد بازپرسی در روبه نظام قضایی، دغدغه بابت مشارکت نامیمون امنیت‌گرایی کیفری و اقتدارگرایی پزشکی در این زمینه وجود دارد.

نمود دیگر از ترابط کنش پزشکی و کنش کیفری نسبت به بزه‌کار - که دغدغه تناظر امنیت‌گرایی حقوقی با اقتدارگرایی پزشکی و به تبع، تشدید وخامت آثار حاصله، به ویژه «بزه‌دیدگی ثانویه» را ایجاد می‌کند - بستر ماده ۵۵۳ قانون آیین دادرسی کیفری است که به موجب آن، در جرائم مشمول نظام نیمه‌آزادی و آزادی تحت نظارت سامانه‌های الکترونیکی، قاضی اجرای احکام کیفری می‌تواند پس از وصول گزارش شورای طبقه‌بندی زندان و نظریه مددکاران اجتماعی معاونت اجرای احکام کیفری، مبنی بر آنکه اجرای یک فعالیت شغلی یا حرفه‌ای، آموزشی، حرفه‌آموزی، مشارکت در تداوم زندگی خانوادگی و یا درمان پزشکی، از سوی محکوم‌علیه در خارج از محیط زندان، در فرآیند اصلاح وی و یا جبران ضرر و زیان بزه‌دیده مؤثر است، به دادگاه صادرکننده حکم، پیشنهاد اجرای نظام نیمه‌آزادی و آزادی تحت نظارت سامانه‌های الکترونیکی را طبق مقررات راجع به دادرسی الکترونیکی دهد و مطابق تصمیم این دادگاه اقدام کند. طبق ماده مزبور، بهره‌مندی فرد محکوم از نهاد ارفاقی «حبس خانگی با نظارت الکترونیکی» در گرو آن است که قاضی اجرای احکام کیفری و قاضی صادرکننده حکم، درمان پزشکی خارج از زندان را مؤثر در بازپروری مجرم تشخیص دهند.

نارسایی‌های حقوقی ناشی از عدم تعیین رژیم حقوقی قرنطینه و محدودیت تردد در ایران، موجب تحدید آزادی‌های شهروندی شده (۳۰) و ترس از بزه‌دیدگی را افزایش داد و جلوه‌ای از امنیت‌گرایی حقوقی به عنوان پشتوانه اقتدارگرایی

شرایط تحقیرآمیز زندان، واقعیت آن‌هاست. پرواضح است که نظام‌های ارزشی - در طیف وسیعی که دارند - هر یک چگونه چارچوب‌های مختلفی برای تفکر درباره مجازات فراهم می‌کنند. در واقعیت حقوق ایران (نه در نگاه آرمانی و صرفاً سطرهای قانون‌های کیفری و پروتکل‌های بهداشتی)، در ساحت‌های گوناگون و به کرات، نظام سلامت از نظام حقوقی برای اجرای سیاست‌های مبتنی بر پارادایم کلاسیک نااجتماعی و ناکل‌نگر خود بهره می‌جوید؛ از دیگرسو، نظام سیاست جنایی نیز از نظام سلامت و دستگاه‌های بهداشت و درمان در زمینه‌های مختلف (به ویژه در قرارهای تأمین کیفری و در کیفرهای تعزیری) برای تأمین مقاصد خود در پیشگیری از جرم و مجازات مجرمان، استفاده ابزاری اقتدارگرایانه بستر مهیا و فراهمی دارد.

بندهای ۱ و ۳ تبصره ماده ۸۸ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) در موضوع مجازات‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی اطفال و نوجوانان، «معرفی طفل یا نوجوان به مددکار اجتماعی یا روان‌شناس و دیگر متخصصان و همکاری با آنان» و نیز «اقدام لازم جهت درمان یا ترک اعتیاد طفل یا نوجوان تحت نظر پزشک» ممکن است در قالب یک سیاست امنیت‌گرا و سختگیرانه، نه افتراقی ارفاقی و بازپرورانه و معطوف به فردی‌سازی پاسخ کیفری با شخصیت حساس طفل یا نوجوان، مورد رأی قاضی قرار گیرد و اینجاست که امنیت‌گرایی کیفری، پزشکی و دستگاه سلامت را اقتدارگرایانه به زیر سیطره خود می‌کشد و سیاست خود را با ابزار پزشکی پی می‌جوید. همچنین ممکن است تناظر امنیت‌گرایی حقوقی با اقتدارگرایی پزشکی، در سوء‌استفاده از بستر قانونی «الزام به ترک اعتیاد از طریق مراجعه به پزشک، درمانگاه، بیمارستان و یا به هر طریق دیگر، حداکثر ظرف شش ماه» (موضوع بند «ب» ماده ۸۱ قانون آیین دادرسی کیفری، مصوب ۱۳۹۲ ش.) در قالب مجازات تعلیق مراقبتی صورت گیرد.

همچنین «گزارش مددکاری اجتماعی و گزارش پزشکی و روان‌پزشکی» اجزای «پرونده شخصیت» هستند که به موجب ماده ۲۰۳ قانون آیین دادرسی کیفری، بازپرس مکلف است در

صورت‌بندی می‌نماید؛ فردی‌سازی بیماری و بی‌توجهی به عوامل اجتماعی آن، ابزار کنترل اجتماعی و حفظ ثبات نظام سیاسی است. زیاده‌روی در قدرت‌خواهی افراد تنها با تدوین یک نظام حقوقی و ایجاد منافع برابر و متضاد در برابر قدرت‌خواهی قابل دفع است، پس اولین گام برای حصر اقتدارگرایی، چه در دولت و چه در جامعه، «حکومت قانون» است. از این رو سیاستگذاری حقوقی، تیغ دولبه‌ای است که اگرچه 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 فشل یا فاسد می‌شود و مدافع ناراستی‌های پارادایم اقتدارگرایی منحرف از حقیقت درمان و قسم بقراط طبیب می‌گردد و چرخه سیاه اقتدار، در این فرض، بازتولید می‌شود.

سلامت معنوی، هوش معنوی و سبک‌های دلبستگی کنشگران نظام سلامت، آنگاه در معرض خطر بیشتری قرار می‌گیرد که دانش حقوق، که مسیری نسبتاً مشابه با سیر تحول پارادایم‌های پزشکی را از حیث بازتولید اقتدارگرایی بر آزادی‌مداری و حق‌بنیادی طی کرده، مورد استفاده جریان اقتدارگرایی پزشکی واقع شود 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 نماید.

می‌توان به راهکارهایی برای جبران یا تعدیل بخشی از تأثیرات برای گروه‌های اجتماعی خاص یا تغییراتی در سیاست‌ها و برنامه‌ها اندیشید. برخی از این راهکارها می‌تواند توجه بیشتر به سطح محلی جامعه باشد. این سطح، امکان خلاقیت در راستای بازنگری در روش‌های برنامه‌ریزی شهری را به ذهن تداعی می‌کند و پیوندهای میان آن و سلامت عمومی را از رهگذر افزایش احساس امنیت حقوقی شهروندان و اطمینان

پزشکی تلقی می‌شود، لذا با ارائه طرح متوازی از نحوه جمع میان آزادی‌های فردی با محدودیت‌های هوشمند برای حفظ سلامت، به هدف ارائه به سیاستگذاران حقوقی، راهکارهایی برای کاهش ترس از بزه‌دیدگی - صرف نظر از واقعیت کاهش یا افزایش بزه‌دیدگی در کوران کرونا - طراحی و تبیین شده است تا سرعت تضعیف حوزه عمومی گند شود.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها

پزشکی‌سازی انحرافات، سازوکار اجرای گفتمان اقتدارگرایی پزشکی در بستر امنیت‌گرایی کیفری است. فقدان «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 جزایی، تفسیر موسع 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.

بحث

گسترش دخالت‌های پزشکی به حوزه‌هایی از زندگی انسان که اساساً پزشکی نیستند و یا آنقدر که گفتمان رسمی دولت ادعا می‌کند، پزشکی نیستند، پدیده اقتدارگرایی پزشکی را

نسبی شهروندان از نبود مخاطرات شدید علیه حقوق شهروندی آنها محقق می‌سازد.

تبيين چگونگی کاربست مفهوم اقتدار و تعیین مناسبات آن با دیگر مفاهیم، از جمله حق‌ها و آزادی‌های بنیادین، زمینه تحلیل اقتدار در معناهای مضاف (اقتدارهای مضاف، مانند اقتدار حقوقی، اقتدار پزشکی، اقتدار سیاستگذاری عمومی و...) را میسر می‌کند و پرده از اقتدارگرایی‌های نادرست و ضد هنجار در ساحت‌های گوناگونی، از جمله در قلمرو سیاستگذاری عمومی سلامت برمی‌افکند. وضع موجود حمایت حقوق از سیاست‌های اغلب دولت‌ها بهانه‌ای برای اقتدار دولتی به نظر می‌رسد که در همدستی با دانش پزشکی می‌خواهد نفوذ و کنترل خود را بر زندگی مردم گسترش دهد.

تجهیزات پزشکی و صنایع غذایی، حتماً الزام‌آور گردد و گلوگاه‌های صدور و لغو مجوز کالا و فعالیت جهت نظارت حداکثری بر رعایت پیوست‌های اخلاق زیستی و حقوق سلامت مقرر گردد.

نیز توصیه می‌شود مقررات صنفی - انتظامی جامع و تنظیم شیوه‌نامه‌های کنترلی و نظارتی در راستای پیشگیری وضعی از تخلفات پزشکی تدوین و تصویب شود، به ویژه تخلفات در تعامل نهادهای پزشکی با نهادهای قضایی و کیفری که زندانیان و محکومان و بزه‌دیدگان را تحت‌الشعاع قصورهای پزشکی مبتنی بر سوء‌اجرای کیفرها قرار می‌دهد.

در پایان، نظر به وابستگی اصلاحات اجرایی و تقنینی به پژوهش‌های ژرف پشتوانه، پیشنهاد می‌شود دانشکده‌های پزشکی اجتماعی، دانشکده‌های حقوق، مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، فرهنگستان علوم پزشکی، مراکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، انجمن حقوق پزشکی، انجمن اخلاق زیستی، انجمن اخلاق در فناوری و... باید به لایه‌های داخلی به ویژه لایه گفتمانی در ایجاد یک انقلاب فرهنگی زمینه سلامت و ایجاد یک ساختار مناسب با گفتمان علوم انسانی اسلامی و طب انسان‌گرا و معنامدار (در مقابل طب ابزاری بیومدیكال بسترساز اقتدارگرایی پزشکی و قابل تشدید وخامت در هم‌آیندی با امنیت‌گرایی کیفری) توجه بیشتری کنند.

مشارکت نویسندگان

مهدی خاقانی اصفهانی تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

نتیجه‌گیری

شایسته است طرح‌ها و لوایح در دست بررسی جهت تصویب در نهادهای تقنینی و مقرراتگذار، چنانچه در موضوع‌های اخلاق زیستی یا مرتبط به آن هستند، حتماً با «پیوست حقوقی» در دستور بررسی قرار گیرند و از آنسو، آن دسته از طرح‌ها و لوایح در شرف تصویب به عنوان قانون یا مقرر که در حوزه سیاست جنایی جای دارند و با پیشگیری از جرائم و آسیب‌های اجتماعی، مداخلات جهت کنترل معضلات اجتماعی، دادرسی و واکنش کیفری و شبه‌کیفری به منحرفان و مجرمان مرتبطاند، حتماً در صورت تنظیم «پیوست اخلاق زیستی و سلامت عمومی» مورد رسیدگی واقع گردند تا اقتدارگرایی پزشکی به نهادهای کیفری و سیاستگذاری جنایی ره نیابد و امنیت‌گرایی کیفری نیز ابزار دست اجرای قهری سیاست‌های سلامت عمومی نشود. همچنین کدهای اخلاق، در سیاستگذاری‌های سلامت (به ویژه سلامت زندانیان بدون استثنا، حتی محکومان به کیفر اعدام و قصاص نفس، بازداشت‌شدگان، بزه‌دیدگان، کمپ‌های مهاجران و قرنطینه‌های انسانی، افراد مورد نگرانی در کانون‌های اصلاح و تربیت، ندامتگاه‌ها، مراکز ترک اعتیاد، مراکز نگهداری و مراقبت مجرمان بیمار روانی و...) و نیز در تولید و توزیع و استفاده از

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

References

1. Marcum JA. Introductory medical philosophy; Humanization of modern medicine. Translated by Shahbaz P, Mohammadzadeh F, Najjarnejhad A, Nematollahi P, Na'imi A, Na'imi M. Tehran: Loh-e Fekr; 2020. p.35. [Persian]
2. Joodaki H, Rashidian A. Review of corruption in the health Sector: Theory, methods and interventions. J Hosp. 2010; 8(3 and 4): 82-100. [Persian]
3. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. RJMS. 2019; 26(9): 10-28. [Persian]
4. Habermas J. Theory of communicative action. Translated by Pouladi K. Tehran: Iran Newspaper Publishing House; 2005. p.286. [Persian]
5. Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Ziyari R. Factors Affecting Induced Demand in Iran's Health System: A Qualitative Study. Management Strategies in Health System. 2020; 5(2): 143-154. [Persian]
6. Yamani N, Fakhari M. Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications. Iranian Journal of Medical Education. 2014; 13(12): 1082-1098. [Persian]
7. Liddell MJ, Davidson SK, Taub H, Whitecross LE. Evaluation of Procedural Skills Training in an Undergraduate Curriculum. Med Educ. 2002; 36(11): 1035-1041.
8. Emadzadeh A, Mousavi Bazaz SM, Noras M, Karimi S. Social Accountability of the Curriculum in Medical Education: A Review on the Available Models. Future of Medical Education Journal. 2016; 6(4): 31-37. [Persian]
9. Khaghani Esfahani M. The Role of Transgenics in Overcoming the Water Crisis; Necessary Criminalization In Support of Food Security. Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal. 2022; 12(37): e17. [Persian]
10. Salehi AR. medical authority; from violence to misunderstanding. Tehran: Agah Publications; 2019. p.81. [Persian]
11. Cockerham W. Medical Sociology. 15th ed. London: Routledge; 2014. p.98.
12. Soltanifar GH-R, Shambayati H, Azmayesh A. The influence of ideologies on the development of criminal law. International Legal Research Scientific Quarterly. 2017; 10(37): 93-146. [Persian]
13. Mousavi SL, Tavasoli Rokn Abadi M. Political Culture, Individuality and Reproduction of Authoritarianism in Iran. Journal of Political Science. 2017; 12(37): 183-204. [Persian]
14. Bordbar AR. Panic discourse; examining the policies of the twelfth government against the corona crisis. Tehran: Kharazmi University; 2021. p.29. [Persian]
15. McLoughlin D. The Fiction of Sovereignty and the Real State of Exception: Giorgio Agamben's Critique of Carl Schmitt. Law, Culture and the Humanities Quarterly. 2016; 12(3).
16. Butler J. Psychic Life of Power; Theories in Subjection. Redwood City, California: Stanford University Press; 1997. p.96.
17. Farmani Anooshe N, Zomorodi H, Akbari M, Golchin M. Review of Power and Knowledge (Criminology and Punish) in Some Persian Prose Texts by Foucault. Literary Text Research (Persian Language And Literature). 2018; 22(75): 129-150. [Persian]
18. Ardebili MA, Saeedinejad Y. Medicalization of Crime and Deviance; An Introduction to Critical Discourse Analysis of Clinical Approach to Delinquency problem. Legal Research Quarterly. 2021; 24(93): 35-60. [Persian]
19. Javanjaari Bojnordi AR, Sadati SJ. The concept of Power in the Sociology of Punishment. Journal of Criminal Law Research. 2015; 3(11): 38-39. [Persian]
20. Tohidi T, Ashouri M. Power mechanism and it's effects on the punishment of citizens. Journal of Criminal Law and Criminology. 2022; 9(18): 139-165. [Persian]
21. Pratt J, Erickson A. Contradiction in punishment; An explanation about criminal extremism in English-speaking countries and criminal exceptionalism in Nordic European countries. Translated by Hojbar Alsadati. Tehran: Mizan Publications; 2019. p.99, 199. [Persian]
22. Agamben G. (2020). The state of exception provoked by an unmotivated emergency. 2020. Available at: <http://www.positionspolitics.org/giorgio-agamben-the-state-of-exception-provoked-by-an-unmotivated-emergency/>.
23. Berge L. Biopolitics and the Coronavirus: In Defence of Giorgio Agamben. 2020. Available at: <https://www.blog.montaignecentre.com/biopolitics-and-the-coronavirus-in-defence-of-giorgio-agamben-2/>.
24. Agamben G. Exceptional situation. Translated by Imani P. Tehran: Ney Publications; 2016. p.119. [Persian]

25. Available at: <https://www.irna.ir/news/83736305>.
26. Kounani S, Sabet MA. Criminology, correction and treatment. Tehran: Jameshenasan Publications; 2017. p.138. [Persian]
27. Garland D. Punishment and society. Translated by Gholami N. Tehran: Mizan Publications; 2016. p.249. [Persian]
28. Davis JE. Medicalization, Social Control and the Relief of Suffering, in the New Blackwell Companion to Medical Sociology. Edited by Cockerham WC. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. p.107.
29. Habibnejhad SA, Moazzen V. Ethical Challenges of Restrictions on Citizens' Health choices by the Government. IJMEHM. 2020; 13: 306-318. [Persian]
30. Rahbari Bonab M, Majdzadeh R, Rajabi F, Vedadhir A. Participatory Health Policy-Making in Iran: Reflection on the Experience after the Revolution, within the Legal Pyramid Framework. Iran J Cult Health Promot. 2022; 6(1): 110-117. [Persian]