



دوره ۵۲، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۱
صفحات ۹۹ تا ۱۲۲ (مقاله پژوهشی)

DOI:10.22059/JQCLCS.2023.352307.1804

مسئله‌مندی حق بر سلامت جسمانی زندانیان؟ تحلیل انتقادی گفتمان مقام‌های عدالت کیفری ایران

مهدی غلامپور *

دانش آموخته دکترای حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس،
تهران، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۹ مرداد ۱۴۰۱ - تاریخ تصویب: ۱۵ آبان ۱۴۰۱)

چکیده

محرومیت افراد از آزادی به حکم قانون، برانگیزنده این تعهد برای دولت‌ها است که سلامت جسمانی آنان را با فراهم آوردن امکانات و مراقبت‌های پزشکی هم‌تراز با استانداردهای پذیرفته‌شده درمانی برای دیگر افراد جامعه، تضمین کنند. این حق زندانیان در اسناد متعدد بین‌المللی مورد تأیید قرار گرفته است و امروزه در همه نظام‌های داخلی نیز دست‌کم در سطح قانونگذاری مورد پذیرش قرار گرفته است. مقاله حاضر تلاش می‌کند تا ضمن مقایسه تطبیقی قوانین و مقررات نظام عدالت کیفری ایران با اسناد بین‌المللی در خصوص حق بر سلامت جسمانی زندانیان، گفتمان مقام‌های عدالت کیفری ایران را نیز در خصوص ۸ مورد از پرونده‌هایی که حسب اظهارنظرهای رسمی، عامل بیماری موجب مرگ افرادی در زندان بوده است، مورد تحلیل انتقادی قرار داده و به این پرسش پاسخ دهد که پدیده مرگ در زندان آنگاه که در نتیجه بیماری زندانیان رخ می‌دهد، تا چه میزان به عنوان یک «مسئله» برای مقام‌های نظام عدالت کیفری ایران مطرح بوده است. به‌رغم شناسایی حق بر سلامت و مراقبت‌های پزشکی محکومان به حبس در نظام عدالت کیفری ایران، بررسی اسناد و گزارش‌های رسمی از پرونده‌های مربوط به این حق زندانیان نشان می‌دهد که دسترسی افراد بازداشت‌شده یا زندانی به مراقبت‌های پزشکی در عمل کمتر از میزان پذیرفته‌شده در آیین‌نامه‌ها و قوانین مرتبط است. علاوه بر این، تحلیل گفتمان مقام‌های رسمی حکایت از این موضوع دارد که در نگاه آنان به خطر افتادن حق بر سلامت جسمانی زندانیان، مسئولیتی برای مدیران و کارکنان زندان در پی ندارد.

واژگان کلیدی

زندان، تحلیل انتقادی گفتمان، حق بر سلامت زندانیان، محرومیت از درمان، مرگ در زندان.

مقدمه

تضمین حق بر سلامت جسمانی افرادی که به موجب قانون از آزادی خود محروم می‌گردند، از تعهدات اولیه دولت‌ها است. با وجود این، در بسیاری از نظام‌های عدالت کیفری، کیفیت ارائه خدمات لازم برای تضمین این حق با استانداردهای قابل‌انتظار حقوق بشری فاصله دارد. امکانات محدود زندان‌ها در کنار تقاضای روزافزون زندانیان برای ارائه خدمات پزشکی-بهداشتی، شیوع بیماری‌های خطرناک و گاه واگیردار در این محیط‌ها و نیز جدی نگرفتن بیماری‌های زندانیان سهم قابل تأملی در وقوع مرگ و میر در میان این گروه از افراد دارد.

مرگ در زندان به مثابه یک مسئله در مدیریت زندان‌ها، نظام‌های عدالت کیفری را با چالش روبرو می‌سازد. تعداد مرگ‌های مشکوک در زندان‌ها و همچنین سازوکار تحقیقات و رسیدگی‌های پس از این مرگ‌ها، شاخصی مهم برای ارزیابی کیفیت رژیم زندان‌ها است (ایستون، ۱۳۹۴: ۱۰۹). گرچه چنین مرگ‌هایی ممکن است در پی علت‌های مختلفی رقم بخورند، کانون توجه در این مقاله تنها متمرکز بر آن دسته از مرگ‌هایی است که حسب اظهارنظرهای رسمی، پیرو بیماری شخص زندانی به وقوع پیوسته است.

در مورد پدیده مرگ در زندان و انواع آن تعریف مشخص و یک‌پارچه‌ای وجود ندارد. با مطالعه ادبیات پژوهشی در حوزه زندان، می‌توان تقسیم‌بندی‌هایی مختلف با آثاری متفاوت از هم را در مورد این پدیده مشاهده کرد. در یک طبقه‌بندی شناخته‌شده، مرگ‌های در زندان به دو دسته مرگ‌های طبیعی و غیرطبیعی تقسیم می‌شوند. در حالی که گروه نخست، اغلب متمرکز بر مرگ‌های در اثر بیماری‌های سیستم تنفسی، گوارشی، عصبی، غدد، بیماری‌های واگیردار و به‌طورکلی عواملی بوده است که زندان در ایجاد آنها نقش قابل‌احرازی نداشته است (Fazel et al, 2006: 441)، مرگ‌های غیرطبیعی به دسته‌ای از مرگ‌ها اطلاق می‌گردد که محیط بازداشتگاه یا زندان یا ساکنان آنها، نحوه برخورد با فرد محروم از آزادی و عواملی از این دست در وقوع آنها نقش داشته است. برای نمونه مرگ‌های ناشی از مصرف بیش از اندازه مواد مخدر یا مشروبات الکلی، خودکشی، زد و خورد زندانیان با یکدیگر، و نیز شکنجه بازداشت‌شدگان و زندانیان در زمره این عنوان قرار می‌گیرند (Graham, 2003: 95).

قوانین و آیین‌نامه‌های مرتبط با مدیریت زندان‌ها و بازداشتگاه‌ها در ایران، اساساً توجهی به این پدیده و مآلاً تقسیم‌بندی‌های مختلف و آثار مترتب بر آنها ندارند. با وجود این، گفتمان مقام‌های عدالت کیفری ایران در مورد این پدیده قابل تحلیل است. این موضوع، رشته محوری مقاله پیش روست. از بررسی مصاحبه‌های مقام‌های عدالت کیفری ایران و نیز گزارش‌ها و اعلام نظرهای رسمی گاه به گاه در مورد پرونده‌های مرگ در زندان می‌توان به طبقه‌بندی دیگری رسید. تحلیل

این اسناد و مدارک می‌تواند مؤید چنین برداشتی باشد که مرگ در زندان در ایران به دو صورت با منشأ مجرمانه و یا بدون آن قابل طبقه‌بندی است. مرگ‌های با منشأ مجرمانه، نمونه‌هایی شامل شکنجه، زد و خورد زندانیان با هم و محرومیت‌های عمدی زندانیان از درمان و مصادیقی از این دست می‌باشند. در مقابل مرگ‌های با منشأ غیرمجرمانه، مواردی را در بر می‌گیرد که بنا بر فرض، نه زندان و کارکنان و مدیرانش و نه هیچ کدام از دیگر زندانیان سببیتی در وقوع آن نداشتند. با این طبقه‌بندی، مرگ‌های ناشی از بیماری (با شرایطی) در زمره مرگ‌های با منشأ غیرمجرمانه قرار می‌گیرند. طرح این طبقه‌بندی جدید از آن جهت حایز اهمیت است که برخلاف عنوان مرگ‌های غیرطبیعی در تقسیم‌بندی مرسوم که پاسخگویی و مسئولیت دولت‌ها را در پی دارد؛ در مورد مرگ‌های با منشأ غیرمجرمانه (شامل مرگ‌های ناشی از بیماری)، نمی‌توان ردپایی از شناسایی مسئولیت برای کارکنان و مدیران زندان را پی گرفت. ادعایی که مقاله پیش رو سعی در اثبات آن دارد. با وجود این، نکته‌ای که نباید دور از ذهن داشت این است که برخی از پرونده‌ها از سوی گفتمان رسمی و غالب در حالی در زمره مرگ‌های طبیعی جلوه داده می‌شوند که ادعاهای خلاف آن بدون پیدا کردن مجالی برای طرح، به فراموشی سپرده می‌شوند.

سلب آزادی افراد، تعهداتی چون حفظ سلامت محبوسین، در اختیار گذاشتن امکانات بهداشتی و نیز مراقبت‌های پزشکی برای آنان را بر عهده مقامات سالب آزادی قرار می‌دهد. مسئولیت نهادهایی چون پلیس، بازداشتگاه و زندان در حفظ این حق در اسناد حقوق بشری و قوانین داخلی نظام‌های حقوقی مورد تأیید قرار گرفته است. در آرای محاکم بین‌المللی، عدم رسیدگی‌های پزشکی از سوی مقامات زندان، در تعارض با حق‌های تضمین‌شده موجود در اسناد حقوق بشری و قوانین داخلی کشورها قرار دارد و به مثابه نقض حق بر ممنوعیت شکنجه و بدرفتاری با زندانیان تفسیر شده است. علاوه بر این، این واقعیت که در موارد متعددی بیماری‌های زمینه‌ای، اما قابل کنترل زندانیان به دلیل شرایط وخیم زندان حاد و غیرقابل کنترل می‌گردد، می‌تواند موضوع مسئولیت مدیران زندان را به دلیل ایجاد چنین شرایطی یا دست کم بی‌اعتنایی برای از بین بردن یا کاهش آن به همراه داشته باشد.

مرگ زندانیان در اثر عواملی که از سوی مقام‌های رسمی، بیماری عنوان می‌شود آنان را یکسره از مسئولیت مبرا نمی‌سازد، چه دور از ذهن نیست که در موارد بسیاری، این زندان بوده است که وضعیت سلامت زندانی را به وخامت کشانده است. این در حالی است که در برخی نظام‌های حقوقی، مسئولیت مدنی دولت در قبال زندانیانی که حیات خود را در اثر بی‌توجهی‌های پزشکی مسئولان زندان از دست داده‌اند پیش‌بینی شده است. سلطه گفتمان مقام‌های رسمی عدالت کیفری بر رسانه‌های جمعی، موجب طبیعی جلوه دادن بسیاری از مرگ‌هایی می‌گردد که امکان طرح

ادعای خلاف آن ممکن نیست. این گفته فوکو که حقیقت، یک برساخته گفتمانی است و رژیم‌های معرفتی گوناگون هستند که تعیین می‌کنند چه چیز صادق و چه چیز کاذب است (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۹۳: ۳۵) در سراسر مقاله قابل ارجاع است.

این مقاله ضمن بررسی مقررات مربوط به حق سلامت زندانیان در اسناد حقوق بشری و نظام عدالت کیفری ایران، کوشیده است با روش کیفی حاصل از تحلیل گفتمان مقامات عدالت کیفری و نمونه پژوهی‌های انجام‌گرفته، رویکرد نظام عدالت کیفری ایران در مورد میزان مسئولیت‌پذیری دولت در قبال مرگ زندانیان در اثر بیماری‌های آنان را مورد ارزیابی قرار دهد. بر این اساس، پس از بیان روش تحقیق (۱)، ضمن معرفی جلوه‌های تضمین حق بر سلامت زندانیان در دو نظام حقوقی داخلی و بین‌المللی (۲)، محرومیت از این حق را به مثابه شکنجه مورد تحلیل قرار خواهد گرفت (۳) و در پایان، یافته‌های آن، به واسطه نمونه‌پژوهی‌های صورت گرفته از منظر تحلیل انتقادی گفتمان مورد بررسی قرار خواهند گرفت (۴).

۱. روش تحقیق

مقاله پیش‌رو در راستای انجام یک پژوهش کیفی و در پاسخ به این پرسش که پدیده مرگ در زندان، در نتیجه بیماری زندانیان، تا چه میزان به عنوان یک «مسئله» برای مقام‌های عدالت کیفری ایران مطرح است، از شیوه نمونه‌پژوهی و تحلیل انتقادی گفتمان بهره برده است. همان‌طور که از نام تحلیل انتقادی گفتمان بر می‌آید این رویکرد قصد دارد تحقیقی اجتماعی-انتقادی انجام دهد؛ یعنی تحقیقی که به اصلاح بی‌عدالتی و نابرابری در جامعه کمک کند (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۹۳: ۱۳۴). پژوهش‌هایی با این رویکرد پیش از هر چیزی، چگونگی سوءاستفاده از قدرت اجتماعی، و نابرابری و تبعیض در بستر اجتماعی و سیاسی را مطالعه کند (ون دایک، ۱۳۸۲: ۸۱). رویکردهای تحلیل گفتمان انتقادی، تحت عنوان رهایی‌بخشی، جانب گروه‌های اجتماعی ستم‌دیده را می‌گیرند. چنین نقدی قصد دارد نقش پرکنس‌های گفتمانی در حفظ و بقای مناسبات قدرت نابرابر را آشکار کند تا از این طریق نتیجه تحلیل گفتمان‌های انتقادی را برای ایجاد تغییرات رادیکال به خدمت گیرند (ون دایک، ۱۳۸۲: ۱۱۵). در همین چهارچوب، التسر پنیوکوک، هدف اصلی تحلیل انتقادی گفتمان را کشف و در نهایت رفع نابرابری‌های اجتماعی می‌داند. تحلیل‌گران انتقادی گفتمان، رویکرد خود را انتقادی می‌نامند، زیرا زبان، عامل تولید و حفظ نابرابری‌های اجتماعی است و وظیفه آنان کشف این نابرابری‌ها و رفع آنها از طریق افزایش هوشیاری مردم است (سلطانی، ۱۴۰۰: ۳۲). خلاصه آنکه زبان‌شناسان انتقادی یا تحلیل‌گران انتقادی گفتمان، قصد دارند زبان را در جهت اهداف سیاسی تحلیل کنند. به اعتقاد آن‌ها، زبان محمل اصلی در فرایندی

است که طی آن مردم به مثابه افراد و سوژه‌های اجتماعی ساخته می‌شوند و از آنجا که زبان و ایدئولوژی پیوند تنگاتنگی با هم دارند، تحلیل نظام‌مند زبان می‌تواند فرایند سرکوب در ساختارهای اجتماعی را آشکار کند (کلاتری، ۱۳۹۰: ۲۶). تحلیل گفتمان انتقادی نه تنها در برابر «خود» قدرت واکنش نشان می‌دهد، بلکه به تحلیل «اثرات» قدرت، پیامدهای قدرت، آنچه قدرت بر سر مردم، گروه‌ها و جوامع می‌آورد، و اینکه این اثرات «چگونه» روی می‌دهند نیز می‌پردازد. پیچیده‌ترین و بغرنج‌ترین این تأثیرات، «نابرابری» است؛ آن هنگام که سازوکارهای قدرت به گزینش و تمایز گذاری میان «خودی‌ها» و «غیرخودی‌ها» یعنی طرد شدگان و محروم گشتگان می‌پردازد (جهانگیری و بندری‌ریگی‌زاده، ۱۳۹۲: ۵۸).

در این راستا، در این پژوهش، اطلاعات رسمی برگرفته از سایت‌ها و خبرگزاری‌های داخلی در مورد ۸ مورد از پرونده‌ها، گردآوری و گفتمان برخی مقام‌ها و نهادهای عدالت کیفری در مورد آنان مورد تحلیل قرار گرفته است. بر خلاف تحقیقات کمی، تحقیق کیفی مبتنی بر نمونه‌گیری غیراحتمالی است که معمولاً آن را نمونه‌گیری معیار-محور یا هدفمند^۱ می‌خوانند. در این نوع نمونه‌گیری، انتخاب مشارکت‌کننده‌ها، محیط‌ها، فضاها، تجربه‌ها یا دیگر واحدهای نمونه‌گیری مبتنی بر معیار خاص یا به طور هدف‌مند است. واحدهای نمونه در این تحقیق کیفی به این دلیل انتخاب می‌شوند که دارای مشخصه‌ها یا مختصات ویژه‌ای هستند که کاوش و تفهم مفصل موضوعات محوری را که محقق کیفی در صدد مطالعه آنهاست، میسر می‌سازد. نمونه‌گیری هدفمند دقیقاً همان چیزی است که عنوان آن دلالت می‌کند. یعنی اعضا یا واحدهای نمونه «از روی هدف»^۲ جهت بازنمایی معیار کلی خاصی انتخاب می‌شوند. هدف نخست این نوع نمونه‌گیری تأمین این قاعده است که همه عناصر کلیدی مرتبط با موضوع تحقیق پوشش داده شوند. (محمدپور، ۱۴۰۰: ۳۵۴)

اطلاعات مربوط به این پرونده‌ها شامل مصاحبه‌های مقام‌های عدالت کیفری، گزارش‌های رسمی نهادهایی چون پلیس، پزشکی قانونی و قوه قضاییه، جملگی در خبرگزاری‌های رسمی منتشر شده‌اند. جدول شماره ۱ شامل اطلاعاتی در مورد نام افراد بازداشت‌شده یا زندانی و علت فوت آنان حسب گزارش‌های رسمی است.

1. Judge Sampling
2. Representativeness

جدول ۱: اطلاعات نمونه‌های مورد بررسی

محبوسان متوفی	تعداد	علت فوت (حسب گزارش‌های رسمی)
۱. محمود طالبی، ۲. طالب بساطی، ۳. علی پولادی، ۴. عبدالرحمن نارویی، ۵. وحید صیاد نصیری، ۶. ساسان نیک‌نفس، ۷. بکتاش آبتین، ۸. مهرداد طالشی	۸ مورد	بیماری

اخبار و اطلاعات مربوط به همه ۸ مورد بررسی شده در این مقاله از سایت‌ها و خبرگزاری‌های رسمی داخلی به دست آمده‌اند. جدول ۲ بیانگر سایت‌ها و خبرگزاری‌هایی هستند که منبع گردآوری اطلاعات مورد بررسی بودند.

جدول ۲: اسناد و گزارش‌های مربوط به هر نمونه

منابع اطلاعات	زندانی متوفی	نمونه
مصاحبه محمدتقی عباس‌پور، فرماندار بابل و دکتر احمد محمدپور، رئیس مرکز فوریت‌های پزشکی بابل، www.rokna.net ، ۱۳۹۶/۲/۲۵، کد خبر: ۲۶۴۶	محمود طالبی	۱
مصاحبه جلال میرزایی، نماینده ایلام در مجلس شورای اسلامی، www.isna.ir ، ۱۳۹۶/۱۲/۲۳، کد خبر: ۹۶۱۲۲۳۱۳۲۹۴	طالب بساطی	۲
مصاحبه سرهنگ عبدالله منتظری، فرمانده انتظامی شهرستان چالوس، www.mizanonline.com ، ۱۳۹۶/۱۰/۲۴، کد خبر: ۳۸۶۸۵۵	علی پولادی	۳
گزارش پزشکی قانونی، www.mizanonline.com ، ۱۳۹۷/۳/۵، کد خبر: ۵۲۵۵۲۱	عبدالرحمن نارویی	۴
مصاحبه دادستان قم، www.mashreghnews.ir ، ۱۳۹۷/۹/۲۵، کد خبر: ۹۲۰۰۷۲	وحید صیاد نصیری	۵
اطلاعیه اداره زندان‌های تهران درباره مرگ «ساسان نیک‌نفس»، www.isna.ir ، ۱۴۰۰/۳/۱۷، کد خبر: ۱۴۰۰۳۱۷۱۲۳۲۲	سامان نیک‌نفس	۶
اطلاعیه اداره کل زندان‌های تهران در پی درگذشت بکتاش آبتین، www.isna.ir ، ۱۴۰۰/۱۰/۱۸، کد خبر: ۱۴۰۰۱۰۱۸۱۳۲۶۵	بکتاش آبتین	۷
توضیح پلیس در مورد فوت مهرداد طالشی در زندان، www.entekhab.ir ، ۱۳۹۹/۱۱/۲۴، کد خبر: ۶۰۱۵۸۰	مهرداد طالشی	۸

استناد به گزارش‌های فوق به معنی تأیید یا رد محتوای هیچ کدام از آنها نیست؛ چه در یک پژوهش تحلیل گفتمانی، اولین کار این نیست که از میان داده‌های به دست آمده، گزاره‌های درست و گزاره‌های غلط راجع به جهان را از یکدیگر تفکیک کنیم، بلکه برعکس، تحلیل‌گر مجبور است با آنچه در عمل گفته یا نوشته شده سروکار داشته باشد و الگوهای موجود در یک گزاره یا

گزاره‌های مختلف را بررسی و پیامدهای اجتماعی بازنمایی گفتمانی مختلف از واقعیت را مشخص کند (یورگنسن و فیلیپس، ۱۳۹۳: ۴۸).

۲. تضمین حق بر سلامت جسمانی زندانیان در اسناد بین‌المللی و مقررات داخلی

حق بر سلامت به مثابه یکی از حق‌های بنیادین زندانیان در اسناد حقوق بشری به رسمیت شناخته شده است. در این قسمت ضمن مطالعه جایگاه این حق و نیز جلوه‌ها، شاخص‌ها و کیفیت تضمین آن در اسناد حقوق بشری، وضعیت آن در قوانین و مقررات ناظر بر حقوق زندانیان در نظام عدالت کیفری ایران مورد بررسی قرار می‌گیرد. حق حیات و حق بر برخورد انسانی با زندانیان، تعهدات مثبتی را بر دولت‌هایی که معاهداتی را برای تضمین حمایت از حیات و زندگی بهتر آنان به تصویب رسانده‌اند، تحمیل می‌کند. این تعهدات اغلب به عنوان الزام مقام‌های دولتی برای انجام اقدامی در راستای مراقبت از سلامت زندانیان تفسیر شده است. سازوکارهای حقوق مدنی و سیاسی در سازمان ملل و نظام‌های منطقه‌ای حقوق بشر حمایت‌هایی اساسی برای سلامت افراد در زندان در نظر گرفته‌اند (Lines, 2008: 11). ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق کلیه افراد بر بهره‌مندی از حداکثر میزان سلامت جسمانی و روانی ممکن را به رسمیت شناخته است. رعایت حق سلامت جسمانی و روانی در مورد افراد زندانی به سبب وضعیت آسیب‌پذیرتر آنان در مقایسه با افراد دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار است. در واقع اختیار محدود دولت‌ها به موجب قوانین داخلی یا بین‌المللی بر محروم ساختن افراد از آزادی، تعهد آنها مبنی بر حفظ سلامت زندانیان و فراهم آوردن مراقبت‌های پزشکی و درمانی را به همراه دارد.

اصول سازمان ملل درباره اخلاق پزشکی^۱ بیان می‌دارد که همه اشخاصی که در ارتباط با سلامت زندانیان فعالیت می‌کنند تعهد دارند که بیماری‌های آنان را با همان کیفیت درمان دیگر افراد جامعه مورد معالجه قرار دهند. گرچه امروزه هنوز در برخی کشورها، در مورد گستره اعمال حقوق بشر در رابطه با زندانیان تردیدهایی وجود دارد؛ با این حال اسناد و معاهدات حقوق بشر نسبتاً صراحت دارند که زندانیان استحقاق تمام حق‌های بشری، جز آنچه به‌طور شفاف از آنان دریغ می‌شود؛ را دارند (Coyle, 2008: 220). از این رو دولت‌ها تعهد دارند برای زندانیان، مداخلات تشخیصی و درمانی متناسب با نیازهای آنان و نه کمتر از دیگر افراد جامعه فراهم آورند (Dubler, 1998: 151).

1. The UN Principles of Medical Ethics (note 94) art 1.

«اصول پایه برای رفتار با زندانیان»^۱، دسترسی محبوسین به مراقبت‌های پزشکی را به رسمیت شناخته است و در ماده ۹ خود بیان داشته است که زندانی باید در اسرع وقت پس از پذیرش وی در مکان بازداشت یا حبس، تحت آزمایشات مناسب پزشکی قرار گیرند و پس از آن در مواقع لزوم، مراقبت‌ها و درمان‌های پزشکی فراهم شود.

در نظام عدالت کیفری ایران، موضوع آزمایش‌های پزشکی از زندانیان، دست‌کم در سطح قانونگذاری به رسمیت شناخته شده است. برای نمونه ماده ۶۰ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰/۲/۲۸ (از این به بعد، آیین‌نامه) مقرر می‌دارد: «در بخش «تشخیص» در اسرع وقت زندانی یا متهم بازداشتی برای بررسی مقدماتی، توسط پزشک و روانشناس مؤسسه مورد معاینه و مصاحبه قرار می‌گیرد و در صورت لزوم به تشخیص پزشک یا روانشناس مؤسسه برای بررسی تکمیلی و تخصصی مورد آزمایش‌های پزشکی، روان‌پزشکی و آزمون‌های روان‌شناسی قرار می‌گیرد و وضعیت سلامت جسمی و روانی، علائم حیاتی، قد، وزن، بیماری فعلی، سوابق بیماری‌های قلبی، داروهای مصرفی، احتمال ابتلا به بیماری‌های مسری، واکسیناسیون، پوست و مو، دهان و دندان، بینایی، شنوایی و موارد حساسیت (آلرژی)، نوع ناتوانی، وضعیت بارداری و سایر شاخص‌های پزشکی و روان‌کاوی مطابق ضوابط، بررسی و در پرونده سلامت زندانی ثبت و شرایط مناسب و ایمن برای نگهداری زندانی ناتوان یا بیمار فراهم می‌گردد و در صورت لزوم نسبت به مراقبت‌های پزشکی، درمان بیماری و یا پیشگیری از هرگونه عوارض سوء، اقدام می‌شود»^۲. به همین ترتیب، ماده ۵۱ قانون آیین دادرسی کیفری ایران نیز مقرر می‌دارد: «بنابر درخواست شخص تحت‌نظر یا یکی از بستگان نزدیک وی، یکی از پزشکان به تأیید دادستان از شخص تحت‌نظر معاینه به عمل می‌آورد. گواهی پزشک در پرونده ثبت و ضبط می‌گردد». این ماده اگر چه از این حیث که حق شخص تحت‌نظر را محدود به معاینه از سوی پزشکی می‌کند که به تأیید دادستان رسیده است، قابل انتقاد است^۳ اما با پیش‌بینی چنین سازوکاری، از سویی با هدف

1. Basic principles for the treatment of prisoners

۲. تبصره ۱ همین ماده بیان داشته است که: «هرگاه بنا بر نتایج بررسی‌ها و مستندات بدست آمده، برای پزشک یا روان‌شناس مؤسسه، مشخص گردد که زندانی دارای ناتوانی، بیماری جسمی یا روانی است و نگهداری زندانی ناتوان در محیط مؤسسه، همراه با مخاطرات جسمی و روانی برای او یا دیگر زندانیان باشد یا شرایط مناسب و ایمن برای اقامت زندانی ناتوان فراهم نباشد و یا حبس موجب تشدید و یا تأخیر در بهبودی بیماری زندانی می‌گردد و یا چنانچه بیماری به نحوی است که مانع اجرای حبس باشد و مداوای زندانی در خارج از مؤسسه ضروری بوده یا امیدی به بهبودی بیمار نباشد، مراتب فوراً به رئیس مؤسسه اعلام می‌گردد تا در اسرع وقت به قاضی اجرا و مرجع قضایی مربوط گزارش شود و مطابق مقررات مواد ۵۰۲ و ۵۲۲ قانون آیین دادرسی کیفری اتخاذ تصمیم و اقدام مقتضی صورت گیرد.

۳. کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه و دیگر مجازات‌ها یا رفتارهای غیرانسانی یا تحقیرآمیز، پس از بازدید از بازداشتگاه‌های دولت‌های اروپایی در گزارش‌های خود به این دولت‌ها توصیه کرده است که: (۱) هر فرد حاضر در بازداشتگاه پلیس حق دارد توسط

پیشگیری از طرح ادعاهایی چون خودکشی یا وجود بیماری‌های زمینه‌ای زندانی، از سوی مسئولان زندان، در مواردی است که سلامت زندانی در طول مدت حبس یا پس از آن به مخاطره افتاده است و از سوی دیگر این امکان را برای نهادهای عدالت کیفری فراهم می‌سازد تا با ثبت و ضبط گواهی پزشک در پرونده در موارد لزوم با ارائه سابقه‌ای از وضعیت سلامت زندانی در مقام پاسخگویی به ادعاهای زندانی یا بستگان او مبنی بر عدم مراقبت‌های پزشکی برآیند.

علاوه بر این، از آنجا که عواملی چون تراکم بیش از اندازه جمعیت در زندان‌ها، رفتارهای پرخطر زندانیان و به تبع آن شیوع بیماری‌های واگیردار که در مواردی حتی می‌تواند حیات محبوسین را به خطر اندازد؛ حاد شدن بیماری‌های نهفته در زندانی که به دلیل شرایط زندان خود را نشان می‌دهند؛ محروم ماندن زندانیان از درمان و نیز کمبود یا فقدان مراقبت‌های بایسته پزشکی این ضرورت را ایجاب می‌کند که وضعیت سلامتی آنان در فواصل زمانی کوتاه‌تری نسبت به افراد دیگر مورد بررسی‌های پزشکی قرار گیرد؛ از همین رو بود که ماده ۱۰۲ آیین‌نامه پیشین سازمان زندان‌ها (مصوب ۱۳۸۴) بهداری زندان را مکلف کرده بود تا دست‌کم یک بار در ماه نسبت به تست پزشکی کلیه محکومان اقدام نماید. آیین‌نامه جدید به‌رغم پیش‌بینی سازوکارهای متری تر در خصوص سلامت زندانیان معلوم نیست که چرا این ماده را حذف نموده است.

از شاخص‌های دیگری که در مجموعه قواعد ماندا مورد توجه قرار گرفته، دسترسی فوری به رسیدگی‌های پزشکی در مواقع ضروری و نیز انتقال زندانیان نیازمند به درمانی خاص یا عمل جراحی به موسسات ویژه یا بیمارستان‌های خصوصی است (قاعده ۲۷). قسمت دوم این قاعده بیان می‌دارد که تصمیمات پزشکی صرفاً می‌تواند از سوی مسئول متخصص مراقبت پزشکی اتخاذ شود و نمی‌تواند از سوی کارکنان غیرپزشک زندان، رد یا مورد بی‌توجهی قرار گیرد. نویسندگان این قاعده کاملاً متوجه بوده‌اند که اعمال نظر و تصمیم‌گیری در مورد یک مسئله پزشکی به مثابه موضوعی تخصصی در صلاحیت کارشناسانی است که در آن زمینه از تخصص لازم برخوردارند. نظر به اهمیت مسئله سلامت زندانیان، این قاعده، تنها مسئول متخصص مراقبت پزشکی را برای تصمیم‌گیری صالح می‌داند و از این رو کارکنان غیرپزشک اعم از زندانبان، رئیس بند یا زندان، نه تخصص و نه صلاحیت لازم برای اتخاذ چنین تصمیمی را ندارد.

سیاست جنایی تقنینی ایران در این مورد قابل انتقاد به نظر می‌رسد. در واقع در موارد بسیاری قانونگذار ایران تشخیص و تصمیم متخصص پزشکی در مورد لزوم درمان و نیاز زندانی به

دکتر موردنظر خود معاینه شود. (۲) مأموران پلیس در هنگام معاینات پزشکی افراد در بازداشتگاه پلیس، حضور نداشته باشند (مگر اینکه دکتر موردنظر به گونه‌ای دیگر درخواست کند و ۳) نتایج معاینات پزشکی و اظهارات فرد بازداشت‌شده و نتیجه‌گیری‌های پزشکی معاینه‌کننده به صورت رسمی توسط او ثبت شود و در اختیار فرد بازداشت‌شده و وکیل او قرار گیرد (حقوق بشر در دستگاه قضایی، ۱۳۸۸: ۴۸۱).

مراقبت‌های خاص بیرون از زندان را در طول نظر نهایی مقام قضایی قرار داده است. از جمله این موارد می‌توان به ماده ۱۳۷ آیین‌نامه اشاره کرد که مقرر می‌دارد: «خروج زندانی از مؤسسه برای درمان و معالجه با تأیید رئیس واحد بهداشت و درمان و موافقت قاضی اجرا و رئیس مؤسسه صورت می‌گیرد...». چنان که می‌خوانیم خروج محکوم از زندان بنا بر اصل، پس از تأیید رئیس واحد بهداشت و درمان، موکول به اجازه رئیس مؤسسه و موافقت قاضی ناظر زندان شده است. پیش‌بینی چنین شرطی علاوه بر آنکه اظهار نظر نهایی در مورد موضوعی را در صلاحیت مقام قضایی قرار داده که در آن هیچ تخصصی ندارد، می‌تواند زمینه‌های سوءاستفاده از چنین حقی را نیز فراهم بیاورد و حق زندانی بر مراقبت‌های پزشکی مناسب را مخدوش کند. در قسمت اخیر ماده که بیان می‌دارد: «در موارد فوری (اورژانسی)، زندانیان بیمار به دستور مسئول واحد بهداشت و درمان و اجازه رئیس مؤسسه یا جانشین آن‌ها به بیمارستان و مراکز درمانی خارج از مؤسسه انتقال می‌یابند و موضوع در اسرع وقت به قاضی اجرا و مرجع بازداشت‌کننده اطلاع داده می‌شود تا مطابق قانون آیین دادرسی کیفری اقدام کند؛ باز هم این رئیس زندان یا جانشین او هستند که باید در مورد اعزام به بیمارستان خارج از زندان تصمیم بگیرند. مقررات قانون آیین دادرسی کیفری ایران نیز از این جهت خالی از ایراد نیستند؛ چرا که برای نمونه ماده ۴۸۲ این قانون اتخاذ تصمیم درباره محکومان مبتلا به بیماری‌های روانی و بیماری‌های جسمی صعب‌العلاج و سایر افراد محکوم نیازمند به مراقبت و توجه ویژه، از قبیل صدور اجازه بستری برای آنان در مراکز درمانی براساس ضوابط و مقررات را از وظایف قاضی اجرای احکام کیفری دانسته است. پیش‌بینی چنین مقرراتی که احتمالاً با این ذهنیت از سوی نویسندگان این قوانین توجیه شده است که بسیاری از زندانیان با تمارض به بیماری، قصد سپری کردن مدتی را در خارج از زندان دارند؛ می‌تواند بستر محرومیت زندانیان از مراقبت‌های درمانی مناسب را به همراه داشته باشد.

۳. محرومیت از مراقبت‌های پزشکی به مثابه شکنجه یا رفتاری غیرانسانی

با وجود پیش‌بینی سازوکارهای حمایتی در ارتباط با حق سلامت زندانیان در نظام‌های حقوقی داخلی و بین‌المللی، یافته‌های پژوهش‌های تجربی در موارد متعددی نشان می‌دهند که این سازوکارها در عمل از سوی بسیاری از نظام‌ها نقض می‌شوند. برای نمونه/ینات و همکارانش در یک بررسی از وضعیت زندان‌های اسرائیل به این نتیجه رسیده‌اند که به رغم مقررات رسمی خدمات زندان در این رژیم، نه تنها شکاف اساسی بین این مقررات و اجرای حقوق مربوط به سلامت زندانیان در عمل وجود دارد که خدمات زندان در این رژیم فاقد ابزارهای عملی با هدف حمایت از حق‌های بنیادین بشری برای زندانیان است (Einat, 2016: 167). جدی نگرفتن ابراز

نگرانی زندانی از وضعیت سلامتی خود از سوی مدیران و کارکنان زندان با توجیهاتی از قبیل زیاد بودن این درخواست‌ها، عادی بودن شرایط جسمانی زندانی، تمارض کردن آنها، و یا ضرورت نداشتن و بزرگ‌نمایی زندانیان، در عمل بسیاری از زندانیان را از حق بر مراقبت‌های پزشکی محروم می‌سازد. اطلاعات پرونده‌های متعددی نشان می‌دهد که محرومیت از مراقبت‌های پزشکی و گاه امکانات اولیه بهداشتی می‌تواند کارکرد نوعی شکنجه را داشته باشد که آثار سوئی بر سلامت جسمانی یا روانی زندانی بر جای می‌گذارد. دیوان اروپایی حقوق بشر در یک پرونده که در آن فراهم نیاوردن تمهیدات پزشکی لازم از سوی مقام‌های زندان در زمان وخامت وضع سلامت زندانی، منجر به مرگ او شد، تصریح نمود که محروم ساختن زندانی از مراقبت‌های روان-پزشکی می‌تواند نقض ممنوعیت شکنجه و رفتارهای غیرانسانی محسوب گردد.^۱ قواعد بازنگری شده ماندلا، روابط بین کادر بهداشت و زندانی را تابع همان اصول اخلاق حرفه‌ای قابل اجرا بین پزشک و بیمار در خارج از زندان دانسته است. قاعده ۲۶ این سند خاطر نشان می‌سازد که کادر بهداشت و پزشکی ملزم به حمایت از سلامت جسمانی و روانی زندانیان بر پایه ملاحظات کلینیکی و نیز حفظ محرمانگی داده‌های پزشکی هستند. این قاعده بدین ترتیب، اعمال شکنجه یا رفتارهای غیرانسانی و تحقیرکننده نسبت به زندانیان را به طور مطلق ممنوع می‌کند. این ممنوعیت شامل آزمایشات پزشکی و علمی زیان‌بخش به سلامت زندانیان مانند برداشت سلول یا برخی اعضای بدن را در برمی‌گیرد. علاوه بر این، مجموعه قواعد ماندلا به شکل صریح کادر پزشکی را به جمع‌آوری حفظ و اعلام هر نوع علامت شکنجه یا سوءرفتارها ملزم کرده است. آیین‌نامه پیشین سازمان زندان‌ها در ایران (مصوب ۱۳۸۴) در این خصوص ساکت بود. این نکته از سوی برخی نویسندگان نیز مورد توجه قرار گرفته بود (ابراهیمی، ۱۳۹۸: ۹۲۱) تا اینکه ماده ۵۴ آیین‌نامه جدید مقرر داشت: «هنگام تحویل زندانی به مؤسسه، وضعیت ظاهری و جسمانی وی کنترل و در فرم رسید زندانی درج می‌شود. فرم رسید پس از پذیرش زندانی، با ذکر تاریخ و ساعت تحویل در سه نسخه تهیه و یک نسخه آن حضوراً به مأمور بدرقه تحویل، یک نسخه در پرونده زندانی درج و نسخه دیگر به مرجع قضایی مربوط ارسال می‌شود. در صورت داشتن بیماری حاد یا شرایط جسمانی وخیم یا هر گونه جراحی و صدمه بدنی، ناتوانی، خالکوبی، علائم ویژه و ویژگی‌های غیرطبیعی در بدن زندانی، مراتب در صورت جلسه ثبت می‌شود و در صورت وجود آثار ضرب و جرح و صدمه جدی و یا طرح ادعایی از سوی متهم یا محکوم در این خصوص، پیش از پذیرش ضمن گرفتن عکس از آثار صدمات و جراحات، به بهداری مؤسسه معرفی، معاینه و مراتب

1. HRC, View of 26 March 2002, Comm. 763/1997, para 9.2 (Lantsova v. Russia)

صورتجلسه می‌شود و به امضا و اثرانگشت مأمور بدرقه می‌رسد و موارد بلافاصله به نحو مکتوب به رئیس مؤسسه گزارش می‌شود تا ضمن ثبت موضوع، به مرجع قضایی ذی ربط نیز اعلام شود. در نظام عدالت کیفری ایران هم محرومیت زندانیان از درمان، گاه به مثابه ابزاری در اختیار مقامات زندان شناخته می‌شود که با کارکرد شکنجه و بدرفتاری با محکومان به حبس، قابل تحلیل است. فضای بسته زندان و رؤیت‌ناپذیری نحوه برخورد با زندانیان به ویژه در هنگامی که نیاز به مراقبت‌های درمانی دارند این فرصت را برای مسئولان زندان مهیا می‌سازد تا با اهدافی چون کسب اعتراف‌هایی غیرقانونی یا اعمال تنبیهاتی مضاعف، از ارائه ملزومات پزشکی در حق زندانیان دریغ ورزند.

به تعویق انداختن نیازهای پزشکی زندانیان در مواردی موجب از دست رفتن زمان و گسترش بیماری می‌شود که اثربخشی درمان را منتفی می‌سازد. در یکی از پرونده‌های مربوط به حق سلامت زندانیان در ایران (پرونده علیرضا رجایی)، برادر زندانی بیان داشته است که: «پنج مرتبه از سوی بهداری زندان اعزام به خارج از زندان برای اسکن و عکسبرداری تجویز شد که متأسفانه این اجازه داده نشد. تا آن‌ها ماه سال ۹۴ که وی از زندان آزاد شد، می‌شود گفت اقدام درمانی خاصی برای او صورت نگرفته بود^۱. هرچند این موضوع در نهایت مورد انکار سخنگوی وقت قوه قضاییه قرار گرفت و بیماری سرطان زندانی که منجر به عمل جراحی سنگین بر روی صورت او و برداشتن فک فوقانی و عضله اصلی جویدن و تخلیه یکی از چشمان او گردید بی‌ارتباط با دوران زندان دانسته شد^{۲،۳}.

۱. روزنامه اعتماد، ۱۳۹۶/۶/۱۱

۲. روزنامه شرق، ۱۳۹۶/۶/۱۳

۳. «عفو بین‌الملل» در گزارش خود در مورد وضعیت سلامت زندانیان در ایران، به مصاحبه با عضوی از خانواده یکی از زندانیان (امید کوکی) استناد می‌کند که: «اگر «امید» برای انجام یک سونوگرافی معمولی در نوامبر ۲۰۱۱، که نخستین بار خونریزی و درد ناشی از سنگ کلیه را تجربه کرد؛ به بیرون از زندان منتقل می‌شد، تومور او تشخیص داده می‌شد... با اینکه او چندین بار به بهداری زندان مراجعه نمود و از درد کلیه و شکم شکایت داشت؛ مجبور شد برای مدتی طولانی جهت اعزام به بیمارستان منتظر بماند. پزشکان زندان هرگز از او آزمایشی نگرفتند و صرفاً برایش مسکن تجویز می‌کردند. هفته پیش برای امید بیماری سرطان تشخیص داده شد^۴. این گزارش توضیح می‌دهد که رفتارهای شایعی که سلامت و زندگی زندانیان در زندان‌های ایران را تهدید می‌کند عبارتند از: الف) تأخیر عامدانه در مراقبت‌های پزشکی ضروری یا ویژه و یا امتناع از آن، ب) کم‌اهمیت جلوه دادن یا رد صریح و خامت مشکل پزشکی زندانی و تجویز مسکن و آرام‌بخش معمولی بدون پرداختن به مشکلی پزشکی که زندانی از آن شکایت دارد، پ) مضایقه کردن از خدمات درمانی اساسی، ت) امتناع از آزادی زندانیانی که به شدت بیمار هستند و ث) اجبار زندانیانی که به بیمارستان بیرون از زندان منتقل شده‌اند بر قطع درمان و بازگشت به زندان به رغم توصیه‌های پزشکی. این گزارش در مصاحبه با یکی از زندانیان پیشین زندان اوین از قول او نقل کرده است که «برای بیشتر انتقال‌ها به بیمارستان که مربوط به مشکلات قلبی، کلیوی یا گوارشی است؛ تأیید پزشک متخصص داخلی لازم است؛ اما دکتر داخلی زندان اوین که با نام مستعار شهریاری کار می‌کند هیچ وقت همکاری نمی‌کند. او دائماً از عبارتهایی مثل «چیزی نیست»، «دارید جو میدید» و «عصبیه» استفاده می‌کند تا به ما بگوید نیازی به درمان در یک مرکز درمانی بیرون از زندان ندارید و نهایتاً آرام‌بخش تجویز می‌کند».

در برخی از پرونده‌ها، نه به تعویق انداختن درمان بیماری که اساساً بی‌توجهی به نیازهای درمانی زندانی سلامت او را به مخاطره می‌اندازد. برای نمونه همسر یکی از زندانیان (محمد حبیبی)، بیان داشت که به‌رغم وجود آثار ضعف در بدن او و نیاز به درمان پزشکی به درخواست آنان مبنی بر درمان در خارج از زندان هیچ توجهی نشده است.^۱ به‌طور مشابه، همسر یکی دیگر از زندانیان (رضا شهابی) بیان داشته است که از اعزام همسرش به بیمارستان پس از دوبار سکتۀ مغزی در طول دو هفته ممانعت شد. این شخص همچنین بیان داشته است که اگرچه در نهایت همسرش، سه روز پس از سکتۀ مغزی دوم برای یک سری آزمایشات به بیمارستان اعزام شد؛ اما به دلیل نبود یک سری دستگاه‌ها، آزمایشات به طور ناقص انجام شد و زندانی با همان حال به زندان منتقل شد.^۲ مخالفت با درخواست آزادی مشروط یا استفاده از حق مرخصی زندانیان در راستای نادیده گرفتن حقوق درمانی آنان قابل تحلیل است. مصاحبۀ وکیل یکی دیگر از زندانیان (اسماعیل عبدی) نشان می‌دهد که بر اساس نامه‌های متعدد متخصصان ریه، بر مبنای تجویز پزشک متخصص، این زندانی باید تحت مراقبت و درمان مداوم باشد و بر این مبنای اعطای حق مرخصی و آزادی مشروط طبق قانون را خواستۀ موکل خود عنوان کرده‌اند.^۳ در یکی دیگر از پرونده‌های ایران نیز که میزان مصرفی کورتون یکی از زندانیان به دلیل بیماری روماتیسم مفصلی به تجویز پزشک زندان ده برابر شده بود؛ به دلیل قطع دارو دچار آسیب نخاعی و از دست دادن توان حرکتی شد. رئیس بازرسی سازمان زندان‌ها، در مورد این پرونده بیان داشت که اعزام این زندانی به بیمارستان اورژانسی نبوده و از آنجا که هماهنگی برای انتقال زندانیان زمان‌بر است؛ به همین خاطر این اعزام به تأخیر افتاده است.^۴

تحلیل داده‌های نمونه‌های مذکور بیانگر این مسئله است که در این نمونه‌ها مقام‌های زندان با سوءاستفاده از وضعیت نامساعد سلامت زندانی، که بسیاری از آنها در محیط زندان ایجاد شده است؛ از طریق به تعویق انداختن درمان، یا عدم تدارک درمان کافی موجبات حادث شدن بیماری او را فراهم می‌آورند و بدین ترتیب مجازات مضاعفی را بر فرد بار می‌کنند که شایستۀ آن نیست (Vaughn, 2004: 528). محروم نمودن زندانی از حقوق مربوط به مرخصی و یا ملاقات، بسترهای لازم برای وخیم‌تر شدن بیماری زندانی را فراهم می‌آورد و برعکس رعایت این حقوق و ایجاد زمینه‌های دیده شدن محکومان به حبس از سوی خانواده یا وکیل او در فاصله‌های زمانی کوتاه می‌تواند در صورت نمایان شدن آثار بیماری از وخامت آن جلوگیری نمایند.

۱. اعتماد آنلاین، ۱۳۹۷/۴/۵.

۲. پایگاه خبری آفتاب نیوز، ۱۳۹۶/۱۰/۴، کد خبر: ۴۹۷۶۷۸.

۳. خبرگزاری ایلنا، ۹۷/۲/۱۶، کد خبر: ۶۱۹۵۰۶.

۴. خبرگزاری ایسنا، ۱۳۹۵/۱۲/۱۰، کد خبر: ۹۵۱۲۱۰۰۶۵۹۸.

۴. یافته‌های پژوهش

بررسی محتوای گزارش‌ها و اظهارنظرهای رسمی پیرامون ۸ پرونده مورد بررسی نشان می‌دهد که در همه آنها از آنجا که علت فوت زندانی به عواملی چون سکته قلبی (نمونه‌های شماره ۱، ۳، ۴ و ۸)، سکته (بدون تعیین نوع آن) (نمونه شماره ۲)، بیماری کبدی (نمونه شماره ۵)، تشنج و مصرف دارو (نمونه شماره ۶) و بیماری با علتی نامعلوم (نمونه شماره ۷) نسب داده شده، اثری از طرح بحث مسئولیت مقام‌ها یا نهاد بازداشت‌کننده یا سالب آزادی نیست. تحلیل گفتمان مقام‌های رسمی در قسمت بعدی این فرضیه را تقویت می‌کند که طبیعی‌انگاری مرگ‌های ناشی از بیماری، مجالی برای طرح بحث از مسئولیت کیفری یا مدنی مسئولان نهاد‌های سالب آزادی باقی نمی‌گذارد.

تحلیل انتقادی گفتمان، دیدگاه کسانی را برمی‌گزیند که بیشترین رنج را می‌کشند، و از منظری انتقادی، زبان کسانی را تحلیل می‌کند که در رأس قدرت‌اند، کسانی که مسئول وجود نابرابری‌ها هستند و ابزارها و امکانات لازم برای حل این مشکلات در اختیار آنهاست» (ون دایک، به نقل از سلطانی، ۱۴۰۰: ۳۲). از این رو در این مقاله زبان کسانی مورد تحلیل قرار گرفت که بنا بر فرض در قبال سلامت جسمانی زندانیان، طبقه‌ای که هیچ بخشی از گفتمان رسمی را اشغال نکرده است، مسئول هستند. این موضوع که زندانیان در اغلب موارد از طبقات ضعیف‌تر جامعه هستند نه تنها توجیه‌کننده رواداری رفتارهای نامناسب و محرومیت سیستماتیک آنان از حقوق خود نیست که برعکس، برانگیزنده تعهدات ایجابی برای دولت‌هاست. با این وصف وضعیت آنان در گفتمان‌های رسمی، اغلب «مسئله‌دار» و «دردسرساز» توصیف می‌شود. برای نمونه این گفته رئیس وقت سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور که «قریب به ۸۰ درصد از کسانی که وارد زندان می‌شوند، خود و خانواده‌های‌شان در مناطق حاشیه‌ای و سکونت‌گاه‌های غیررسمی زندگی می‌کنند که این امر موجب بیماری‌های بسیاری می‌شود»^۱ احتمالاً می‌تواند به «جانب‌داری‌های درون گروهی» و «تبعیض‌های برون‌گروهی» منجر گردد. پیامدهایی گفتمانی نظیر آنکه بخش زیادی از بودجه‌های زندان صرف مداوای زندانیانی می‌گردد که بیماری را با خود وارد زندان می‌کنند. یافته‌های پژوهش پیش‌رو ذیل چهار عنوان قابل طبقه‌بندی است:

۴.۱. دسترسی تبعیض‌آمیز به گفتمان عمومی و نادیده‌انگاری روایت‌های مخالف با گفتمان غالب

سلطه مطلق گفتمان رسمی، بدون وجود کمترین مجالی برای شنیده شدن صدای گروه ضعیف مقابل، این امکان را به صاحبان گفتمان غالب می‌دهد تا با تکیه بر ابزار زبان، ایدئولوژی مورد نظر خود را در سطح جامعه گسترش دهند. به عقیده آلتوسر ایدئولوژی، شناختی تحریف شده از روابط

۱. خبرگزاری ایسنا، ۱۳۹۵/۶/۲۰، کدخبر: ۹۵۰۶۲۰۱۳۰۰۹

اجتماعی واقعی است و تمامی وجوه (پدیده‌های) اجتماعی تحت کنترل ایدئولوژی‌اند؛ ایدئولوژی که از طریق «دستگاه دولت سرکوبگر» (برای مثال پلیس) و «دستگاه دولت ایدئولوژیک» (برای مثال رسانه‌های جمعی) عمل می‌کند (آلتوسر، ۱۳۸۶: ۴۳). ون دایک در مقاله «گفتمان به مثابه تعامل اجتماعی» توضیح می‌دهد که دسترسی تبعیض‌آمیز به گفتمان عمومی، یک منبع مهم قدرت است. این دسترسی، و رای مالکیت و کنترل مستقیم محتوای گفتمان، از طریق شیوه‌های نامحسوس و ظریف تحقق می‌یابد. بنابراین می‌توان اطلاعات به ظاهر عینی را از طرق بسیار متنوعی منتشر کرد؛ به نحوی که معتبر جلوه کند و عملاً مردم آن‌ها را باور و بازتولید کنند. به طور کلی آنچه در مورد رسانه‌ها صادق است، دربارهٔ کنترل گفتمان به وسیلهٔ گروه‌های قدرتمند اجتماعی نیز صدق می‌کند. او در جای دیگر همین مقاله توضیح می‌دهد که گفتمان به مانند دیگر کنش‌های صاحبان قدرت، تنها وسیله‌ای برای اعمال قدرت نیست، بلکه در عین حال به خودی خود یک منبع قدرت محسوب می‌شود. بنابراین، گروه‌های مختلف نخبگان قدرت‌مدار (دسترسی به) بسیاری از انواع گفتمان عمومی از جمله در حوزه‌های سیاست و ادارات، رسانه‌ها، آموزش و غیره را کنترل می‌نمایند. برای کنترل سایر اذهان از طریق کنترل گفتمان، اصحاب قدرت باید مؤثرترین مشخصه‌های گفتمانی را به کنترل خود درآوردند تا موفق به تأثیرگذاری بر دیگران شوند. چنین کنترلی به محتوا و شکل محدود نمی‌گردد. ساده‌ترین شکل کنترل از طریق فرامین انجام می‌پذیرد: صاحبان رسانه‌ها (یا دولت یا حزب و غیره) ممکن است به سردبیران خود بگویند که چه چیزی را باید (یا نباید) چاپ کنند (ون دایک، ۱۳۸۲: ۱۱۵). به نظر می‌رسد تحدید رسانه‌های داخلی در مورد انتشار جزئیات بیشتر در مورد علت فوت نمونه شماره ۲، در همین راستا قابل تحلیل باشد. توضیح آنکه بررسی محتوای سه پایگاه خبری تحلیلی ایسنا (کد خبر: ۹۶۱۲۲۳۱۳۲۹۴)، رکنا (کد خبر: ۳۶۶۲۹۱) و پارسینه (کد خبر: ۴۱۷۲۱۷) در روز ۱۳۹۶/۱۲/۲۳، در حالی که از تیرهایی چون «جزئیات مرگ طالب بساطی» یا «توضیحاتی در مورد مرگ طالب بساطی» استفاده کرده‌اند، در واقع شامل اطلاعات خاصی نیستند. محتوای گزارش هر سه پایگاه خبری مصاحبهٔ نمایندهٔ ایلام در مجلس شورای اسلامی است. در خبری که پایگاه خبری ایسنا منتشر کرده می‌خوانیم: «نماینده مردم ایلام در مجلس گفت که بر اساس پیگیری‌هایش، طالب بساطی بعد از نآرامی‌ها بازداشت شده و بر اثر سکنه در زندان فوت کرده است. طبق پیگیری‌هایی که انجام دادیم طالب بساطی کارمند اورژانس شهرستان ملکشاهی بوده و بعد از نآرامی‌ها بازداشت شده است، گویا وی ارتباطاتی هم با خارج داشته است. وی افزود: چند روزی از بازداشت آقای بساطی گذشته بود که او به زندان منتقل شد و نهایتاً یک شب در بند عمومی زندان که ۱۸ نفر هم حضور داشتند بر اثر سکنه فوت کرده است». این مصاحبه از چند جهت قابل تحلیل انتقادی است. همانطور که ون

دایک بیان داشته است (۱۳۸۲: ۱۴۰) در سراسر ساختارهای گفتمانی در همه سطوح، ما شاهد تأکید بر چیزهای خوب خود و چیزهای بد دیگران هستیم. در این مصاحبه، جمله «طبق پیگیری‌هایی که انجام دادیم»، القاکننده این معناست که مصاحبه‌کننده به عنوان نماینده شهرستان محل اقامت فرد فوت شده، پیگیری‌های خود را حسب وظایفش انجام داده است، اما این جمله‌ها که «بعد از ناآرامی‌ها بازداشت شده است» و نیز «گویا وی ارتباطاتی هم با خارج داشته است» دست کم تلویحا مؤید نکاتی منفی در مورد فرد بازداشت‌شده است. تأکید بر این نکته که فرد فوت شده، بعد از ناآرامی‌ها^۱ بازداشت شده است برانگیزنده این تصور در اذهان بخشی از افکار عمومی وفادار به این گفتمان است که او نقشی احتمالا فعال در این پدیده (ناآرامی) داشته است. به همین ترتیب، جمله بعدی که در صدد اثبات ارتباطاتی از سوی او با خارج است تأکید بر چیزهای بد اوست. «خارج» به عنوان واژه‌ای مبهم، شامل مفاهیمی چون بیگانگان، دشمنان، معاندان و ... است و ارتباط با آن می‌تواند فرد را از دایره خودی‌ها طرد و او را سزاوار محرومیت از حقوق خود نماید.

علاوه بر این، اطلاعیه پلیس در مورد نمونه شماره ۸ نیز در همین جهت قابل تحلیل است: «پلیس در خصوص فوت فردی به نام "مهرداد طالشی" اعلام می‌دارد این فرد به دلیل همراه داشتن مواد مخدر توسط کلانتری دستگیر و جهت سیر مراحل قانونی به پلیس مبارزه با مواد مخدر تحویل داده می‌شود که در بازداشتگاه مواد مخدر دچار ایست قلبی شده و پس از انتقال به مرکز درمانی فوت می‌کند که موضوع از طریق پزشکی قانونی در حال بررسی است و به محض مشخص شدن علت مرگ، مراتب اعلام خواهد شد». توضیح آنکه تا جایی که نتایج جست‌وجوهای ما نشان می‌دهد چنین علتی هیچ‌گاه از سوی خبرگزاری‌های بعدی اعلام نشد. موضوعی که می‌توان آن را به کنترل رسانه‌های داخلی از سوی گفتمان غالب و صاحب ایدئولوژی نسبت داد. این موضوع را از منظر دیگر نیز می‌توان تحلیل نمود: منافع پلیس و رسانه‌های گروهی در هم آمیخته شده است؛ در ضمن نیروهای پلیس و رسانه‌های گروهی دارای نوعی رابطه همزیستی مسالمت‌آمیز با یکدیگر می‌باشند که در این رابطه، رسانه‌ها به خاطر دریافت بسیاری از اطلاعات، متکی به پلیس می‌باشند و در مقابل نیروهای پلیس به منظور ارائه تصاویر و برداشت‌های خاص از نحوه عملکرد خودشان و اموری که به ایشان مربوط است از رسانه‌ها بهره می‌گیرند (وایت و هینس، ۱۳۸۲: ۲۶).

۴. ۲. طبیعی‌سازی شرایط جسمانی زندانیان در گفتمان رسمی

نرمن فرکلاف در مقاله زبان، قدرت و ایدئولوژی توضیح می‌دهد که از جمله خصایص یک صورت‌بندی گفتمانی-ایدئولوژیکی مسلط، توان آن در «طبیعی‌سازی» ایدئولوژی‌هاست. یعنی می‌تواند برای ایدئولوژی‌ها، به عنوان مواردی از «عقل سلیم» غیرایدئولوژیک، مقبولیت کسب کند. «غیرطبیعی‌سازی» این ایدئولوژی‌ها، آماج یک تحلیل گفتمانی است که اهداف «انتقادی»^۳ دارد (فرکلاف، ۱۳۷۹: ۲۶). او همچنین در مقاله *زبان و ایدئولوژی* از قول آلتوسر خاطر نشان می‌سازد که ایدئولوژی با پنهان کردن ماهیت ایدئولوژیک خود عمل می‌کند و به امری طبیعی، خودکار- و در اصطلاح گرامشی به «عقل سلیم» تبدیل می‌شود (فرکلاف، ۱۳۷۹: ۱۱۰). مصاحبه سخنگوی وقت قوه قضاییه در مورد ابتلای یکی از زندانیان به بیماری سرطان در همین راستا قابل تحلیل است. سخنگوی قوه قضاییه در یکصد و هفدهمین نشست خبری خود در پاسخ به پرسشی درباره وضعیت جسمانی علیرضا رجایی و بیان ادعاهایی مبنی بر کوتاهی بهداری زندان در این باره گفت: «این آقایی که شما اسم بردید حدود دو سال پیش از زندان آزاد شده و محکومیت او پایان یافته است؛ بنابراین حدود دو سال از آزادی ایشان می‌گذرد، این مطالب طبق آنچه گفته‌اند هست و از شنیده‌های من است. ایشان سرطان گرفته؛ مانند بسیاری از افراد در کشور که سرطان می‌گیرند. این فرد دو سال پیش آزاد شده و در زمانی که در زندان بوده، آثاری از این بیماری در او وجود نداشته است. من پرونده زندان را هم دیدم که او به خاطر سرماخوردگی به بهداری مراجعه کرده و یک بار هم مشکل دندان داشته که به متخصص خارج از زندان مراجعه کرده است؛ بنابراین مثل هر زندانی دیگری در صورت بیماری یا به بهداری یا به متخصص در بیرون مراجعه کرده است»^۴. در کنار این نکته که عبارت ابتدایی مصاحبه: «این آقایی که شما اسم بردید»، در جهت «غیریت‌سازی» یا «بیگانه‌پنداری» فرد زندانی قابل تحلیل انتقادی است؛ این جمله که «ایشان سرطان گرفته، مانند بسیاری از افراد در کشور که سرطان می‌گیرند»، کارکرد ایدئولوژیک طبیعی‌سازی مورد نظر گوینده را برعهده دارد. مخاطبان این مصاحبه، ابتلای فرد زندانی به بیماری سرطان را همچون مسئله‌ای طبیعی و قابل پذیرش برای هر عقل سلیمی دریافت می‌کنند. «ایدئولوژی»، از منظر تحلیل انتقادی گفتمان، ابزار ایجاد و حفظ روابط نابرابر قدرت در جامعه است و این کار به واسطه زبان صورت می‌گیرد. در واقع ایدئولوژی با وساطت زبان در نهادهای اجتماعی به جریان می‌افتد. در الگوی نظری که فرکلاف برای تحلیل انتقادی گفتمان فراهم آورده است نیز ایدئولوژی عاملی تعیین‌کننده

1. Naturalize
2. Denaturalize
3. Critical

است، زیرا «اعمال قدرت در جوامع مدرن، به طور روزافزونی از طریق کارکردهای ایدئولوژیک زبان صورت می‌گیرد» (سلطانی، ۱۴۰۰: ۳۲). فرکلاف بیان می‌دارد که با در نظر گرفتن توجه من به ایدئولوژی، این بدان معناست که به مردم کمک کنیم تا بفهمند تا چه اندازه زبانشان مبتنی بر مفروضات عقل سلیم نیست و اینکه چگونه این مفروضات مبتنی بر عقل سلیم از نظر ایدئولوژیک می‌توانند به وسیله روابط قدرت شکل گیرند (Fairclough, 2013: 4).

۳.۴. ابهام‌افکنی و انحراف افکار عمومی از واقعیت‌های موجود

در هاله‌ای از ابهام پیچاندن واقعیت‌ها، یکی دیگر از شیوه‌هایی است که گفتمان‌های رسمی برای تحکیم ایدئولوژی‌های مسلط به کار می‌گیرند. کار یک تحلیل انتقادی گفتمان در اینجا زدودن ابهامات پیرامون یک واقعیت است. فرکلاف توضیح می‌دهد که ابهام، روی دیگر سکه طبیعی‌سازی است (جهانگیری و بندرریگی زاده، ۱۳۹۲: ۷۱). اطلاعیه اداره کل زندان‌های تهران در مورد فوت نمونه شماره ۷ از این حیث قابل تحلیل انتقادی است. در بخشی از این اطلاعیه می‌خوانیم: «خدمات درمانی و تکمیلی نامبرده با مراجعه بعدی وی به بهداری در روزهای ۱۵ و ۱۶ تاریخ مذکور نیز ادامه یافت. با این وجود جهت درمان دقیق‌تر مراحل غربالگری و تشخیص بیماری، انجام تست کرونا نیز از وی بعمل آمد که تست کرونا منفی اعلام شد. در ادامه به دلیل بروز برخی علائم بعدی، به تشخیص پزشک بیمارستان بازداشتگاه، جهت اقدامات بیشتر درمانی و تشخیص احتمال بیماری کرونا، نامبرده به بیمارستان طالقانی اعزام شد». معلوم نیست منظور تهیه‌کنندگان اطلاعیه از «برخی علائم بعدی» چیست و چرا چنین علایمی ایجاد شدند. آنچه طبق همین اطلاعیه قابل فرض است تأثیر این علائم بر فوت زندانی است. چه در ادامه همین جمله آمده: «با این حال پس از دو روز بستری در بیمارستان، با اخذ و تمدید مرخصی نامبرده، وی به تشخیص خانواده‌اش به یکی از بیمارستان‌های خصوصی منتقل می‌گردد که متأسفانه طی ۳۵ روز بستری در آن بیمارستان با وجود تلاش پزشکان نامبرده فوت می‌کند». اداره کل زندان‌های تهران در ادامه این گزارش خاطرنشان ساخته است که: «گفتنی است؛ مرحوم بکتاش (مهدی) آبتین به جرم تبلیغ علیه امنیت ملی کشور از تاریخ ۱۳۹۹/۷/۵ دوران محکومیت پنج سال حبس خود را در بازداشتگاه اوین سپری می‌کرد که در این مدت نیز از مرخصی‌های اعطایی استفاده می‌نمود. اعزام وی به زندان نیز قبلاً با نظر مساعد مرجع قضایی به تعویق افتاده بود». این قسمت آخر از چند جهت قابل نقد است. نخست این که توجه دادن به علت محکومیت فرد زندانی (تبلیغ علیه امنیت ملی) در راستای ایجاد تصویری منفی از او در اذهان عمومی و فرایند عادی‌سازی فوت او قابل تحلیل است. این فرایند

موجباتی را که در آن امکان طرح پرسش‌های اخلاقی وجود دارد به حداقل می‌رساند. عادی‌سازی^۱ به مثابه یکی از فرایندهای انسانیت‌زدایی، مشروعیت را از قربانیان این اعمال برداشته، آنان را از اجتماع اخلاقی شخص یا نهاد انسانیت‌زدا خارج می‌سازد (غلامپور و فرجیها، ۱۳۹۹: ۶۹۴)؛ به طوری که نتایج بی‌توجهی نهادهای مسئول در قبال حق بر سلامت آنان چندان موجب برانگیختگی احساسات عمومی نگردد. علاوه بر این، اشاره به استفاده زندانی از مرخصی و تعویق در اعزام او به زندان با نظر مساعد در راستای ارائه تصویری مثبت از نهاد زندان قابل تحلیل است. به همین ترتیب، گزارش پزشکی قانونی در مورد علت فوت نمونه شماره ۴ نیز با ابهاماتی در هم پیچیده شده است. خبرگزاری میزان^۲ (خبرگزاری رسمی قوه قضاییه) در مورد این پرونده، با رد ادعای برخی از خبرگزاری‌ها مبنی بر مرگ یک زندانی (عبدالرحمان نارویی) در اثر شوکر برقی، پس از مضروب شدن توسط مأموران، با استناد به نامه اداره کل پزشکی قانونی استان خراسان جنوبی، حسب مطالعه شرح معاینه ظاهری جسد، شرح کالبدگشایی و بررسی سم‌شناسی و آسیب‌شناسی و مطالعه پرونده بیمارستانی علت فوت نامبرده را سکتۀ حاد قلبی معرفی کرده است. گواهی پزشک قانونی اگرچه ادعای مرگ در اثر شوکر برقی و ایراد ضرب توسط مأموران را رد می‌کند؛ این موضوع را مبهم باقی می‌گذارد که چه علت یا عواملی در بروز سکتۀ حاد قلبی زندانی تأثیرگذار بوده است.

۴. ۴. انکار واقعیت‌های موجود از سوی گفتمان رسمی

راهبرد دیگر بازتولید سلطه، انکار است. ون دایک در مقاله «اصول گفتمان کاوی انتقادی» این راهبرد را این گونه توضیح می‌دهد که: «سلطه‌ای وجود ندارد، همه مردم در جامعه ما برابر هستند و به منابع اجتماعی دسترسی یکسان دارند، چنین راهبردهای اجتماعی - شناختی در گفتمان نیز، در توجیه و نابرابری ظاهر خواهند شد. توجیه نابرابری مستلزم دو راهبرد مکمل هم است: مثبت نشان دادن گروه خود و منفی نشان دادن گروه رقیب. استدلال‌ها، ماجراها و تحرکات معنایی و دیگر ساختارهای این گفتمان (اغلب) با ظرافت در مکالمات روزمره، گفتمان سیاسی، کتاب‌های درسی و گزارش‌های خبری، دلالت این چنینی دارند» (ون دایک، ۱۳۸۲: ۲۰۴). نزدیک به همین راهبرد، کوهن با طرح دو مفهوم در مقاله مهم خود، گفتمان رسمی دولت‌ها را تبیین می‌نماید: *انکارهای ناب*^۳، شامل جملاتی چون «چنین اتفاقی نیفتاده است، آنها دروغ می‌گویند، رسانه‌ها جانبدارانه اخبار را پوشش می‌دهند و بی‌طرف نیستند، جامعه جهانی تنها به ما پيله کرده است و ...» و دیگری

1. Routinization

۲. پایگاه خبری آفتاب به نقل از خبرگزاری میزان، ۱۳۹۷/۳/۵، کد خبر: ۵۲۵۵۲۱

3. The pure denials

توجیهات ناب^۱: شامل مواردی چون «بازدارندگی، حفظ امنیت ملی، دفاع از خود و ...» (Cohen, 1993: 104). جلوه‌هایی از آنچه کوهن آنها را انکارهای ناب می‌نامد در برخی از گزارش‌ها و اطلاعیه‌ها قابل ردیابی است. برای نمونه قسمت اخیر گزارش پلیس در مورد فوت نمونه شماره ۸ بدین شرح است: «ضمناً علیرغم تبلیغات رسانه‌های معاند در خصوص انجام ضرب و شتم متهم، به صراحت اعلام می‌دارد هیچگونه ضرب و شتمی در بازداشتگاه پلیس انجام نمی‌شود و کلیه بازداشتگاه‌های پلیس مجهز به دوربین‌های مداربسته بوده و تصویر حضور متهم در بازداشتگاه نیز موجود است». گزارش مورد بحث اگرچه در مورد این پرونده تدوین و منتشر شده است، اما با ظرافت سعی در بازتولید تصویری عمومی از بازداشتگاه پلیس دارد که نه تنها در این مورد که هیچ‌گاه «هیچگونه ضرب و شتمی در بازداشتگاه پلیس انجام نمی‌شود». علاوه بر این انتساب طرح ادعای خلاف آنچه پلیس بر آن تأکید دارد (نفی ضرب و شتم متهم) به «رسانه‌های معاند»، تلویحاً این معنا را به رسانه‌های داخلی نیز مخابره می‌کند که از بازتاب چنین خبرهایی پرهیز نمایند.

نتیجه‌گیری

حق بر سلامت زندانیان در اسناد حقوق بشری به رسمیت شناخته شده است. این حق در نظام عدالت کیفری ایران، هر چند به طور ناقص، در آیین‌نامه سازمان زندان‌ها و مواد متفرقی از قانون آیین دادرسی کیفری به رسمیت شناخته شده است. با این حال، تحلیل اسناد و گزارش‌های رسمی و نیز تحلیل انتقادی گفتمان مقام‌ها و نهادهای عدالت کیفری نشان می‌دهد که در مواردی محروم ماندن زندانیان از مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی علاوه بر عواملی چون کمبود امکانات ساختاری، ازدحام بیش از حد تراکم جمعیت زندانیان، فقدان یا کمبود بودجه‌های مربوط به امور بهداشتی/درمانی زندانیان، فقدان آموزش کارکنان زندان در مواجهه با بیماری‌های محکومین، در مواردی نیز به صورت بدرفتاری با آنان جلوه می‌کند که می‌تواند سلامتشان را به خطراتی جدی بیاندازد. در واقع، برخلاف تصور مرسوم، آنچه را که محکوم به حبس از دست می‌دهد محدود به حق آزادی نیست؛ نیازهای پزشکی و در مواردی حتی امکانات بدیهی بهداشتی بنا به شرایط ساختاری حاکم بر زندان یا با کارکرد نوعی شکنجه از او دریغ می‌شود. تعویق در اعزام زندانی به بیمارستان، مخالفت با اعزام او و نیز موکول نمودن اعزام زندانی برای درمان به نظر مقامات قضایی، نبود امکانات تخصصی پزشکی در بهداری زندان‌ها، جدی نگرفتن نیازهای پزشکی زندانیان، عدم تأمین شرایط مساعد برای پیشگیری یا درمان بیماری‌های محکومان، فقدان یا کمبود

امکانات بهداشتی و چالش‌هایی از این دست، سلامت زندانیان را هم به طور نظام‌مند و هم به طور خودسرانه با چالش‌هایی اساسی روبرو می‌سازد.

تحلیل گفتمان مقام‌های رسمی در ایران پیرامون وضعیت سلامت جسمانی زندانیان نشان می‌دهد که این موضوع، اگرچه در ظاهر مورد تأیید آنان است، اما در عمل گاه می‌توان شاهد توسل به تکنیک‌هایی چون «انکار مسئله» یا «مبهم کردن» آن بود. تکنیک‌هایی که در نهایت بیانگر مسئله‌مند نبودن موضوع سلامت جسمانی زندانیان است. نبود مجال لازم برای طرح روایت‌های مخالف با آن چه مقام‌های رسمی پیرامون شرایط جسمانی زندانیان به خورد افکار عمومی می‌دهند و تصویرسازی‌های خلاف واقع از وضعیت سلامتی و ربط دادن بیماری یا مرگ زندانیان به عواملی طبیعی و انکار وجود اسباب مجرمانه در وقوع این پدیده‌ها از دیگر ویژگی‌های گفتمان غالب در این خصوص است. بهبود شرایط جسمانی زندانیان در درجه اول، مستلزم به رسمیت شناختن کاستی‌ها و «مسائلی» پیرامون این موضوع است. انکار آنها و عدم بیان تمام وقایع درون زندان با دلایلی چون امنیتی یا محرمانه‌بودن مسائل درون زندان، و فراتر از آن تحدید رسانه‌ها در بازتاب اخبار مربوط به زندان و تهدید به پیگیری کیفری در صورت انتشار اخباری در این خصوص تحت عناوینی مانند نشر اکاذیب، راهی به سوی «مسئله‌مندی سلامت جسمانی زندانیان» نمی‌برد.

رعایت حقوقی چون حق ملاقات و حق مرخصی برای زندانی می‌تواند زمینه‌های تشخیص زودهنگام بیماری و نیز شروع بهنگام فرایند درمان او را فراهم آورده و از بروز نابسامانی در وضعیت سلامت روانی زندانی که او را به سوی خودکشی کشانیده است مانع شود. تحلیل داده‌های پرونده‌های مرتبط با محرومیت زندانیان از حق بر مراقبت‌های پزشکی نشان می‌دهد که مسئولان زندان با به رسمیت نشناختن نیازهای پزشکی زندانیان، نه تنها سلامت زندانیان را به مخاطره می‌اندازند که در مرگ او در اثر بیماری نیز قائل به پذیرش هیچ سطحی از مسئولیت نیستند.

علاوه بر این اصلاح مقررات آیین‌نامه سازمان زندان‌ها و موادی از قانون آیین دادرسی کیفری که اعزام زندانی بیمار به مراکز درمانی را موکول به اعلام نظر مقام قضایی کرده‌اند می‌تواند تا حدی چالش‌های درمانی زندانیان را کاهش دهد. رؤیت‌پذیر ساختن محیط زندان و انجام بازرسی‌های واقعی به منظور کنترل وضعیت بهداشتی و میزان رسیدگی به احتیاجات درمانی زندانیان، رعایت حق ملاقات زندانیان، موافقت با مرخصی‌های آنان و تسهیل در امور مربوط به آزادی مشروط، علاوه بر کمک به بهبود وضعیت روحی آنها، امکان کشف بهنگام‌تر بیماری و نارسایی‌های جسمانی زندانیان را نیز میسر می‌سازد. در کنار این‌ها، تغییری عمیق‌تر در نوع نگاه و

گفتمان نهادهای رسمی در قبال سلامت و حیات زندانیان و کنار گذاشتن این دیدگاه که زندان در قبال سلامت و حیات ساکنان خود تنها زمانی مسئولیت دارد که جرمی به وقوع پیوسته باشد؛ لازمه تضمین حق بر سلامت زندانیان است. تحلیل انتقادی گفتمان مقام‌های رسمی در نمونه‌های مورد بررسی، مؤید این نظر است که زندان، مقام‌های قضایی بازداشت‌کننده و به طور کلی هیچ شخص یا نهاد رسمی در قبال افرادی که به سبب بیماری، سلامت و حیات خود را از دست داده‌اند مسئول نیستند؛ چه بیماری امری طبیعی و مرگ به سبب آن، فاقد منشا مجرمانه است. طبیعی‌انگاری این مرگ‌ها، به مثابه گفتمان مطلق، مجال طرح دیدگاه‌های رقیب را از بین می‌برد. اکنون این گفته فرکلاف که هدفش از تحلیل انتقادی گفتمان را این چنین بیان می‌کند قابل درک‌تر است: «هدف کاربردی‌تر، کمک به افزایش هشیاری نسبت به زبان و قدرت، به ویژه نسبت به این (نکته است) چگونه زبان در سلطه بعضی‌ها بر بعضی دیگر نقش دارد» (Fairclough, 2013: 4).

منابع

الف) فارسی

۱. آلتوسر، لویی (۱۳۹۶). ایدئولوژی و سازوبرگهای ایدئولوژیک دولت، ترجمه روزبه صدرآرا، تهران: نشر چشمه.
۲. ابراهیمی، شهرام (۱۳۹۸). «مدیریت زندان در سنجه موازی حداقل سازمان ملل درباره رفتار با زندانیان» در «دایره‌المعارف علوم جنایی (کتاب چهارم - علوم جنایی تجربی)»، زیر نظر علی‌حسین نجفی ایرندآبادی، تهران: نشر میزان.
۳. ایستون، سوزان (۱۳۹۴). اصول و رویه عملی حقوق زندانیان، ترجمه فراز شهلایی، تهران: نگاه بینه.
۴. دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد برای همکاری با کانون بین‌المللی وکلا (۱۳۸۸). حقوق بشر در دستگاه قضایی، ترجمه نوری نشاط، خبیری، کابک و روان‌بد، امین، سازمان دفاع از قربانیان خشونت، تهران: سازمان دفاع از قربانیان خشونت.
۵. جهانگیری، جهانگیر؛ بندرریگی‌زاده، علی (۱۳۹۲). «زبان، قدرت و ایدئولوژی در رویکرد «انتقادی» نورمن فرکلاف به تحلیل گفتمان»، پژوهش سیاست نظری، دوره ۸، شماره ۱۴، پاییز و زمستان، (۸۲-۵۷).
۶. رضایی‌پناه، امیر؛ شوکتی مقرب، سمیه (۱۳۹۷). تحلیل گفتمان سیاسی (گردآوری و ترجمه)، تهران: انتشارات تیسرا.
۷. سلطانی، سیدعلی‌اصغر (۱۴۰۰). قدرت، گفتمان و زبان، سازوکارهای جریان قدرت در جمهوری اسلامی، تهران: نشر نی.
۸. غلامپور، مهدی؛ فرجیها، محمد (۱۳۹۹). «تبیین نظری پدیده مرگ در زندان در بستر عدالت کیفری تطبیقی»، مطالعات حقوق تطبیقی، دوره ۱۱، (شماره ۲)، پاییز و زمستان، (۶۸۷-۷۱۴).
۹. فرکلاف، نورمن (۱۳۷۹). تحلیل انتقادی گفتمان، ترجمه فاطمه شایسته پیران و همکاران، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.
۱۰. کلاتری، عبدالحسین (۱۳۹۰). گفتمان از سه منظر زبان‌شناختی، فلسفی و جامعه‌شناختی، تهران: جامعه‌شناسان.

۱۱. وایت، رایت؛ هینس، فیونا (۱۳۸۲). درآمدی بر جرم و جرم‌شناسی، ترجمه میرروح‌الله صدیق بطحایی اصل، تهران: دادگستر.
۱۲. محمدپور، احمد (۱۴۰۰)، ضد روش (زمینه‌های فلسفی و رویه‌های عملی در روش‌شناسی کیفی)، تهران، لوگوس.
۱۳. ون دایک، تئون ای (۱۳۸۲). مطالعاتی در تحلیل گفتمان: از دستور متن تا گفتمان کاوی انتقادی، ترجمه پیروز ایزدی و همکاران، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه‌ها.
۱۴. یورگنسن، ماریان؛ فیلیس، لوئیز (۱۳۹۳). نظریه و روش در تحلیل گفتمان، ترجمه هادی جلیلی، چاپ چهارم، نشر نی.

ب) انگلیسی

15. Amnesty International (2016) Health Taken Hostage, Cruel denial of medical care in IRAN's prisons
16. Cohen, S. (1993). Human rights and crimes of the state: The culture of denial. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 26(2), 97-115.
17. Coyle, A. (2008). The treatment of prisoners: international standards and case law. *Legal and criminological Psychology*, 13(2), 219-230
18. Dubler, N. N. (1998). The collision of confinement and care: End-of-life care in prison and jails. *The journal of law, Medicine & Ethics* 26(2), 149-156
19. Einat, T., Parchev, O., Litvin, A., Michaeli, N., & Zelikovitz, G. (2016). Who Knows Who Cares for Me: C'est La Vie: Abuse of Israeli and Palestinian Prisoners' Human and Medical Rights—A Foucaultian Perspective. *The Prison Journal*, 96(2), 167-190
20. Fairclough, Norman. *Language and power*. Routledge, 2013.
21. Fazel, S., & Benning, R. (2006). Natural deaths in male prisoners: a 20-year mortality study. *The European Journal of Public Health*, 16(4), 441-444.
22. HRC, View of 26 March 2002, Comm. 763/1997, para 9.2 (Lantsova v. Russia)
23. Graham, A. (2003). Post-prison mortality: unnatural death among people released from Victorian prisons between January 1990 and December 1999. *Australian & New Zealand journal of criminology*, 36(1), 94-108.
24. Lines, R. (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of prisoner Health*, 4(1), 3-53
25. McKinnon, I., & Grubin, D. (2010). Health Screening in police custody. *Journal of forensic and legal medicine*, 17(4), 209-212
26. Sharkey, L. (2010). Does overcrowding in prisons exacerbate the risk of suicide among women prisoners?. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 49(2), 111-124. P. 116
27. Van Kempen, P. H. (2008). Positive obligations to ensure the human rights of prisoners: Safety, healthcare, conjugal visits and the possibility of founding a family under the ICCPR, the ECHR, the ACHR and the AfChHPR.
28. Vaughn, M. S., & Collins, S. C. (2004). Medical malpractice in correctional facilities: State tort remedies for inappropriate and inadequate health care administered to prisoners. *The prison Journal*, 84(4), 505-534, p. 528
29. Weatherhead, K. (2003). Cruel but not unusual punishment: the failure to provide adequate medical to female prisoners in the United states. *Health Matrix*, 13, 429-472.

- اسناد بین‌المللی

1. Basic principles for the treatment of prisoners
2. International covenant on civil and political rights
3. The UN Principles of Medical Ethics
4. United Nations Standards Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). 17 December 2015

- گزارش‌ها و اطلاعیه‌ها

۱. مصاحبه محمدتقی عباس‌پور، فرماندار بابل و دکتر احمد محمدپور، رئیس مرکز فوریت‌های پزشکی بابل در مورد علت فوت محمود طالبی، www.rokna.net، ۱۳۹۶/۲/۲۵
۲. مصاحبه جلال میرزایی، نماینده ایلام در مجلس شورای اسلامی در مورد علت فوت طالب بساطی، www.isna.ir
۳. مصاحبه سرهنگ عبدالله منتظری، فرمانده انتظامی شهرستان چالوس در مورد یک متهم بازداشتی (علی پولادی)، www.mizanonline.com
۴. گزارش پزشکی قانونی در مورد علت فوت عبدالرحمن‌نارویی، www.mizanonline.com
۵. مصاحبه دادستان قم در مورد علت فوت وحید صیاد نصیری، www.mashreghnews.ir
۶. اطلاعیه اداره زندان‌های تهران درباره مرگ «سامان نیک نفس»، www.isna.ir
۷. اطلاعیه اداره کل زندان‌های تهران در پی درگذشت بکتاش آبتین، www.isna.ir
۸. توضیح پلیس در مورد فوت مهرداد طالشی در زندان، www.entekhab.ir

- سایت‌ها و خبرگزاری‌ها

1. <https://isna.ir>
2. www.ilna.ir
3. www.irna.ir
4. www.farsnews.com
5. www.mizanonline.com
6. www.iribnews.ir
7. <https://donya-e-eqtasad.com>
8. www.Etemadonline.ir
9. www.etemad.ir
10. www.sharghdaily.ir
11. www.iran-news-paper.com
12. www.aftabnews.ir
13. www.salamatnews.com