



تحلیلی بر نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری با رویکردی بر کشورهای کانادا و ایالات متحده آمریکا*

میترا صدقی ثابت ^{ID**} - دکتر امیررضا محمودی ^{ID***}

دکتر عاطفه لرجوری ^{ID****} - دکتر شادی دهقانزاده ^{ID*****}



This is an open access article under the CC BY license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

چکیده

افراد در حبس اغلب از گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض ابتلا به انواع بیماری‌ها هستند. سلامت عمومی و تعهد جامعه به عدالت اجتماعی دو دلیل قانع‌کننده برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی در زندان‌ها است. تضمین حق سلامتی زندانیان مستلزم همکاری بین‌رشته‌ای دو نظام عدالت کیفری و سلامت است. ضرورت وجود این تعامل، پرستاران را به چهره‌های کلیدی در حفظ وضعیت بهینه سلامت مؤسسات کیفری تبدیل کرده است. آنان با توجه به ابعاد پزشکی، اجتماعی و قانونی بیماران قادر خواهند بود که ضمن کاهش پیامدهای نامطلوب جسمی و روانی ناشی از حبس؛ گامی مؤثر در برقراری عدالت بهداشتی و رفاه بهتر برای زندانیان، خانواده‌ها و جوامع آن‌ها بردارند. پرسش اصلی این است که نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری چیست؟ فرضیه تحقیق حاضر این است که جایگاه پرستاری قانونی در نظام عدالت کیفری ایران، نسبت به کانادا و ایالات متحده آمریکا تفاوت‌های ساختاری و نهادی دارد. هدف تحقیق تبیین نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری کانادا و ایالات متحده آمریکا می‌باشد. روش تحقیق این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است. نتایج نشان داد که تضمین حق سلامت زندانیان مستلزم اخذ راهکارهای نوین و جلب همکاری بین‌رشته‌ای است. کشورهای همچون کانادا و ایالات متحده آمریکا از دهه‌های قبل با جلب مشارکت پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری تا حد زیادی موفق

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری میترا صدقی ثابت با عنوان «بررسی نقش و جایگاه پرستاری قانونی در نظام عدالت کیفری با رویکردی بر حقوق ایران، کانادا و ایالات متحده آمریکا» و راهنمایی دکتر امیررضا محمودی است.

** دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

*** استادیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران. / نویسنده مسئول / ایمیل:

amirreza.mahmodi@liau.ac.ir

**** استادیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

***** استادیار گروه پرستاری، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

به رفع کمبودهای موجود در این زمینه شدند. لذا پیشنهاد می‌شود مسئولین از کشورهایی که قبلاً این مسیر را طی و تدابیری در جهت رفع این معضل اندیشیده‌اند الگوبرداری نموده و از ظرفیت پرستاران کشور بهره‌برداری نمایند.

کلیدواژگان: حق بر سلامت، پرستاری قانونی، پرستار قانونی اصلاحی، نظام عدالت کیفری، عدالت ترمیمی، مقررات ایران، اسناد بین‌المللی

مقدمه

مؤسسات کیفری جدا از جامعه تصور شده و مکان‌های آکنده از پریشانی و رنجی هستند که بازتابی از پیامدهای گسترده تر جرم و مجازات را برای جامعه بشری به تصویر می‌کشند. زندانیان اعضای فراموش شده و به حاشیه رانده شده جامعه بوده و از چشم عموم پنهان هستند. در دو دهه گذشته، جمعیت زندانیان جهان افزایش ۲۴ درصدی داشته و سالانه بیش از ۳۰ میلیون نفر بین جوامع و زندان‌ها جابجا می‌شوند. زندان از چالش برانگیزترین محیط‌ها برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی است و اغلب موارد زندانیان از خدمات بهداشتی ضعیفی برخوردارند. محیط شلوغ و محدود، فقدان مراقبت‌های بهداشتی و استرس از جمله شرایطی هستند که پیامدهای منفی سلامتی در حبس را به دنبال دارد.

تأثیرات حبس از دیوارهای زندان فراتر رفته و بر سلامت خانواده زندانیان نیز تأثیر می‌گذارد. اکثر زندانیان با بیماری‌های جدید به جامعه بازمی‌گردند که تهدیدی برای جامعه محسوب می‌شود؛ بنابراین، مهم است که این گروه آسیب‌پذیر تحت حمایت و درمان قرار گیرند.

هزینه‌های اقتصادی سلامت در حبس گزاف بوده و سالانه بیش از ۱۲ میلیارد دلار برآورد می‌شود. زندانیان که با نیازهای بهداشتی، به‌ویژه بیماری روانی یا اعتیاد به جامعه بازمی‌گردند، با موانعی برای اشتغال مواجه می‌شوند که پیامدهای اقتصادی منفی برای فرد، خانواده و جامعه به همراه دارد. از منظر هزینه و فایده اجتماعی و اقتصادی، بخش بهداشت نقش مهمی در رسیدگی به نیازهای بهداشتی زندانیان دارد. با تشخیص و رفع نیازهای بهداشتی این جمعیت محروم، می‌توان بار بیماری را کاهش و عدالت سلامتی را بهبود بخشید. نتیجه‌گیری نشست بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی در لیسبون در مورد زندان و سلامت، بر اهمیت اذعان به نقش زندان به‌عنوان محیطی مهم برای رسیدگی به نابرابری‌های بهداشتی و به رسمیت شناختن حق بر سلامتی زندانیان تأکید می‌کند.

در مراکز اصلاحی، منابع بهداشتی ناکافی، مراقبین بهداشتی کمیاب و خدمات در حداقل استانداردها بود. در دهه ۱۹۸۰، با ظهور آسیب‌شناسی‌های جدید مانند ایدز^۲ و هپاتیت^۳ که عمدتاً در نتیجه رفتارهای پرخطر بود وضعیت به‌طور چشمگیری تغییر کرد. مسئولین زندان‌ها نگران بودند

¹. Lisbon

². Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

³. Hepatitis

که زندان به مکانی برای بیماران لاعلاج تبدیل شود و در این مقطع زمانی بود که نیاز به ارائه مراقبت به این بیماران به شدت احساس شد. در قرن بیستم به دنبال اعتراضات زندانیان به پایین بودن استانداردهای بهداشتی زندان‌ها، مدافعان حقوق بشر از دستگاه‌های قضایی درخواست کردند که در قبال سلامتی زندانیان مسئولیت بیشتری برعهده گرفته و خدمات سلامت را توسط متخصصان بهداشتی عرضه دارند. جامه عمل پوشاندن به این خواسته اصلاحات گسترده‌ای را در مؤسسات کیفری به دنبال داشت که از جمله آن قرارگیری پرستاران در صف نخست ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به زندانیان و تبدیل آنان به چهره‌های کلیدی در حفظ وضعیت بهینه سلامت زندانیان بود. پرستاری قانونی؛ تخصصی بالینی است که در پاسخ به تأمین نیازهای جامعه جهت رفع مشکلات بهداشتی ناشی از افزایش بروز خشونت طراحی شده است. این مفهوم در زمینه نگرانی مشترکی برای وضعیت قربانیان، متهمان و خانواده‌های آنان با تلفیقی از علوم قانونی، مراقبت بهداشتی و عدالت کیفری به منصف ظهور رسید. در بیان ضرورت بهره‌برداری از خدمات پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری کشور یادآور می‌گردد که به‌رغم شناسایی حق بر سلامت محکومان به حبس در نظام عدالت کیفری، بررسی اسناد نشان می‌دهد که دسترسی افراد بازداشت‌شده یا زندانی به مراقبت‌های پزشکی در عمل کمتر از میزان پذیرفته‌شده در آیین‌نامه‌ها و قوانین مرتبط است. از آنجایی که گسترش مؤسسات کیفری منجر به شرایط نامطلوب بهداشتی آن‌ها شده و وجود موانعی مانند کمبود منابع مالی، انسانی و قانونی، بدیهی است که تأمین خدمات سلامت این زندانیان مستلزم تفحص در تجربیات سایر کشورها به‌منظور اخذ راهکارهای نوین می‌باشد و بررسی شیوه‌های مؤثر امری ضروری به نظر می‌رسد. هدف از تحقیق حاضر تبیین نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری کانادا و ایالات متحده آمریکا هست تا از این طریق به این پرسش پاسخ داده شود که نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری چیست؟ فرضیه‌ای که در پاسخ به این پرسش مورد تحلیل قرار می‌گیرد این است که جایگاه پرستاری قانونی در نظام عدالت کیفری ایران، نسبت به کانادا و ایالات متحده آمریکا تفاوت‌های ساختاری و نهادی دارد؛ بنابراین، در تحقیق حاضر با مطالعه اسناد و منابع کتابخانه‌ای و با استفاده از روش توصیفی و تحلیلی فرضیه مورد کنکاش قرار می‌گیرد.

۱- پیشینه

از جمله آثار در این زمینه مقاله‌ای از حاج ابراهیمی و همکاران (۲۰۲۰)، با عنوان «موانع ارائه مراقبت‌های بهداشتی در زندان‌های ایران: یک مطالعه کیفی» (Hajebrahimi et al., 2020: 373-388) است. نویسندگان این مقاله ضمن ارائه تصویری از زندان‌ها بر وجود شواهد فزاینده‌ای مبنی بر تأثیر ارائه مراقبت‌های پزشکی در کاهش تعداد مجرمانی که پس از آزادی به زندان بازمی‌گردند، تأکید نمودند. آنان موانع ارائه مراقبت‌های بهداشتی در زندان‌های ایران را در چهار موضوع منابع انسانی، تأمین مالی، امکانات و موانع مربوط به فرآیند ارائه خدمات بهداشتی و درمانی طبقه‌بندی کردند.

¹. Forensic Nursing

نقطه قوت این مقاله شناسایی موانع ارائه مراقبت‌های بهداشتی در زندان‌های ایران است که می‌تواند نقش مهمی را در بهبود برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و فرآیند ارائه مراقبت‌های بهداشتی ایفا کند و نقطه‌ضعف این مقاله عدم پرداختن به راهکارهای رفع موانع در به‌کارگیری امکانات و نیروی انسانی متخصص موجود در نظام سلامت کشور است. پژوهش حاضر با معرفی پرستاری قانونی و پرداختن به توانمندی پرستاران راهکاری مناسب جهت برون‌رفت از این مشکل را مطرح می‌نماید.

اثر بعدی مقاله شلتان و همکاران (۲۰۲۰)، با عنوان «پرستاری در نظام قضایی امریکا» (Shelton et.al., 2020:304-309) است. آنان اظهار داشتند که زندان‌ها به بزرگ‌ترین مراکز روان‌پزشکی کشور تبدیل شده‌اند. حبس، فقر و اپیدمی مواد مخدر همراه با عدم دسترسی به درمان منجر به جرم‌انگاری بیماران روانی در دستگاهی شده است که اغلب برای مقابله مناسب با مشکل آماده نیست و علیرغم وجود تلاش‌ها، کماکان منابع برای رفع نیازها کافی نیست. باوجودآنکه این مقاله به حضور و مسئولیت پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری پرداخته، اما راهکاری برای مؤسسات کیفری بدون جداسازی زندانیان با اختلالات روانی و سایر زندانیان ارائه نداده است. توجه به‌حق بر سلامت زندانیان با مروری جامع بر قوانین پشتیبان داخلی و بین‌المللی و تشریح مؤلفه‌های ضروری خدمات بهداشتی زندان اعم از جسمی و روانی از وجوه تمایز پژوهش حاضر است.

از آثار دیگر مقاله کارو ای (۲۰۲۱) با عنوان «نقش پرستاری زندان: یک بررسی تلفیقی» است. نویسنده بایان نقش پرستاران در ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت، به‌ضرورت وجود پرستاران در مؤسسات کیفری تأکید ورزیده است (Caro A, 2021: 76-85). هرچند نویسنده به تشریح جنبه‌های حرفه‌ای پرستاری قانونی اصلاحی و بهره‌مندی از خدمات این متخصصان به‌خوبی پرداخته اما کشورهای فاقد پرستاران قانونی از دید نویسنده پوشیده مانده است. بیان نقش و جایگاه پرستاران قانونی در برآوردن نیازهای بهداشتی زندانیان در کل مسیری که اشخاص از بدو ورود به سیستم قضایی تا خروج از آن را طی می‌کنند از ویژگی‌های پژوهش حاضر است.

شلتان (۲۰۲۱) در مقاله «ترسیم مسیری برای عدالت سلامت در مراکز اصلاحی» به ارائه گزارشی از چالش‌های نظام بهداشتی ایالات‌متحده در مورد فقدان عدالت سلامت در مراکز اصلاحی پرداخت (Shelton, 2021:1-2). با آن‌که نویسنده به دستاوردهای پرستاری قانونی اصلاحی در مراقبت از زندانیان بیمار و به راهکارهای استفاده از ظرفیت نیروی کار پرستاری برای پیشبرد عدالت سلامت در مؤسسات کیفری توجه نموده، اما کشورهای فاقد پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری را در نظر نگرفته است. آنچه پژوهش حاضر را از مقاله مذکور متمایز می‌سازد تلاش در جهت جلب توجه متولیان امر به‌ضرورت وجود تعامل کشندگان عدالت کیفری با پرستاران قانونی است.

با ملاحظه یافته‌ها و نتایج سوابق پژوهش، می‌توان انتظار داشت که به‌کارگیری پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری راهکار مناسبی جهت رفع نیازهای بهداشتی زندانیان باشد. وجه تمایز این مطالعه علاوه بر بدیع بودن موضوع در خصوص تبیین نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری کشور در راستای اجرای عدالت در سلامت؛ رویکردی است که نویسندگان به سایر

کشورها از جمله دو کشور کانادا و آمریکا داشته‌اند. بر این اساس در مطالعه حاضر با تأکید بر حق سلامت زندانیان و نقش پرستاران قانونی در استیفای این حق، به بیان جایگاه پرستاران در مؤسسات کیفری پرداخته شده است.

۲- چارچوب مفهومی

در این بخش حق بر سلامت زندانیان، پرستاری قانونی و عدالت ترمیمی^۱، به عنوان مفاهیم اصلی پژوهش مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است.

۲-۱- حق بر سلامت زندانیان

در بیان اهمیت سلامت باید اذعان داشت «سلامت، مهم‌ترین حق انسانی است که می‌بایست بدون هرگونه تبعیض جنسیتی، نژادی، ملیتی، دینی و موقعیت اجتماعی از جمله انجام بزه از آن برخوردار گردد» (تیموری و همکاران، ۱۴۰۰: ۹۵)؛ (Teymouri et.al., 2021: 95) و «حق بر سلامت^۲ حق دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت فیزیکی و روانی است و خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط‌زیست پاک را در برمی‌گیرد» (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۸۳)؛ (Abbasi et.al., 2014: 183). «هرچند که مفهوم حق بر سلامتی نزد عموم با مراقبت‌های درمانی و بهداشتی مترادف است، اما مفهومی گسترده‌تر داشته که به برخورداری از زندگی سالم کمک می‌نماید» (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۴۳)؛ (Alekbajaf, 2013: 143). «باید میان دو مفهوم حق بر سلامتی و حق بر سالم بودن^۳ قائل به تفکیک شد. سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی فراتر از صرف نبود بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای دسترسی به تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد هست» (جاوید و نیوارانی، ۱۳۹۲: ۵۰-۴۹)؛ (Javid & Niavarani, 2013: 49-50).

حق بر سلامتی از حقوق بنیادین بشری است و «سلامتی علاوه بر حق بر سالم بودن دربرگیرنده آزادی‌ها و متضمن استحقاق‌ها است که از یکسو افراد را نسبت به مطالبه آن، صاحب حق ساخته و از سوی دیگر، دولت‌ها را در قبال تعهدات ناشی از آن مکلف می‌کند» (بیدار و قاسمی، ۱۳۹۹: ۱۱) (Bidar & Ghasemi, 2020: 11). با توجه به «گسترش چشمگیر مؤسسات کیفری که منجر به افزایش شرایط نامطلوب بهداشتی شده» (Massoglia & Remster, 2019: 8) و همچنین قرارگیری سلامت در زمره حقوق بنیادین بشر در اسناد بین‌المللی و قوانین داخلی، بدیهی است که «تضمین حق بر سلامت افرادی که به موجب قانون از آزادی خود محروم می‌گردند از تعهدات اولیه دولت‌ها است» (غلام‌پور، ۱۴۰۱: ۱۰۰)؛ (Gholampour, 2022: 100).

¹. Restorative justice

². Right to Health

³. Right to be Healthy

۲-۱-۱-۱- قوانین پشتیبان داخلی و بین‌المللی

در پی تلاش‌های جامعه بین‌المللی، اولین بار حق بر سلامتی در اسناد مهم بین‌المللی، در بند ب ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد ذکر شد. دومین بازتاب حق بر سلامتی را در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶) می‌توان دید که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی را از حقوق بنیادین انسان‌ها برشمرد. بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) انسان‌ها را سزاوار زندگی با استانداردهای قابل قبول برای تأمین سلامتی و رفاه خود و خانواده، از جمله تأمین مراقبت‌های پزشکی ضروری دانسته است. ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶) نیز حق کلیه افراد را به برخورداری از حق سلامت به رسمیت شناخته و دولت‌ها را موظف به تضمین این حق دانسته است. همچنین حق سلامتی در کنوانسیون‌های محو تبعیض نژادی، محو تبعیض علیه زنان و حقوق کودک نیز مورد تأکید قرار گرفته است. علاوه بر این بیانیه نقش پرستاران در مراقبت از زندانیان و بازداشت‌شدگان مصوب ۱۹۹۸ از اسناد مهم در رابطه با سلامت زندانیان است.

پس از آن که «حق بر سلامت به‌عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر در قامت یک اصل کلی وارد ادبیات حقوق بین‌الملل موضوعه شد» (علیزاده و همکاران، ۱۴۰۰: ۲)؛ (Alizadeh et.al., 2021: 2)، ایران نیز با پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرارداد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۸۳)؛ (Abbasi et.al., 2014: 183). قانون‌گذار در اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی ضمن به رسمیت شناختن حق بر سلامت به‌عنوان یک حق همگانی، دولت را موظف به تأمین این حق دانست. در همین راستا بندت ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور نیز این حق را برای زندانیان به رسمیت شناخت. زندانیان از گروه‌های آسیب‌پذیر می‌باشند و تأکید بر حق سلامت در همه اسناد حقوق بشری و قوانین داخلی دلیلی روشن بر پذیرش این حق بوده و رعایت آن را برای همه دولت‌ها الزامی می‌نماید، لذا بی‌توجهی نسبت به این موضوع می‌تواند حساسیت‌های زیادی را در فضای حقوق بشری مطرح سازد.

۲-۱-۲- مؤلفه‌های ضروری خدمات بهداشتی زندان

از دیدگاه بهداشتی، «زندان‌های جمعیتی آسیب‌پذیر با نرخ بالای مرگ‌ومیر هستند که نیازمند توجه ویژه و سرمایه‌گذاری منابع مراقبتی می‌باشند» (Shepherd et.al., 2021: 4). «سرمایه‌گذاری در سلامت زندانیان از نظر حقوق بشر، سلامت و امنیت عمومی همواره مورد توجه بوده است. استانداردهای بین‌المللی مانند قوانین ماندلا و بانکوک بر مسئولیت دولت‌ها جهت ارائه مراقبت‌های بهداشتی به زندانیان تأکید می‌کند» (McLeod et.al., 2020: 1).

هدف از مراقبت‌های بهداشتی در زندان از بسیاری جهات مانند خارج از زندان است. «مراقبت از بیماران وظیفه اصلی است که پیشگیری از بیماری را نیز در برمی‌گیرد» (Frazer, 2014: 173).

¹. The UN's Mandela Rules and Bangkok Rules

«خدمات بهداشتی زندان در حیطه‌های مراقبت پزشکی، حفاظت از سلامت، ارتقاء سلامت و تاب‌آوری سلامت دسته‌بندی می‌شود» (3: Gatherer et.al., 2014). حبس افراد را در برابر خطرات سلامتی آسیب‌پذیرتر و با برنامه‌ریزی ضعیف پس از حبس و قرارگیری مجدد در محیط‌های پرخطر سابق تشدید می‌شود. این وضعیت ضرورت اصل تداوم مراقبت بین زندان و جامعه را نشان می‌دهد. از منظری دیگر، «حبس می‌تواند اثرات محافظتی بر مرگ‌ومیر داشته باشد، زیرا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه را فراهم می‌کند» (9: Massoglia & Remster, 2019). «علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد ارائه مراقبت‌های پزشکی در کاهش تعداد مجرمانی که به زندان بازمی‌گردند مؤثر است» (373: Hajebrahimi et.al., 2020).

۲-۱-۳- نظام بهداشتی زندان

مجرمان اغلب از گروه‌های آسیب‌پذیر بوده و «دوران حبس ممکن است اولین باری باشد که آنان مراقبت‌های بهداشتی جامع را دریافت می‌کنند و بار سنگینی را بر دوش نهادهای اصلاحی می‌گذارند» (1657: Lynch & Duval, 2011). «اهمیت سلامت زندان برای سلامت عمومی و تعهد جامعه به عدالت اجتماعی دو دلیل قانع‌کننده برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی در زندان‌ها است. جمعیت بزرگ و رو به رشد زندانیان، سلامت زندان را به مؤلفه‌ای اساسی برای سلامت عمومی و محیطی حیاتی جهت کاهش نابرابری‌های بهداشتی تبدیل می‌کند و پرداختن به این نابرابری‌ها مستلزم حکمرانی کارآمد و ادغام آن با خدمات بهداشتی جامعه است» (1: McLeod et.al., 2020). مدیریت مراکز اصلاحی چالش‌برانگیز است و «نیازهای پیچیده و گسترده زندانیان، همراه با آگاهی روزافزون آن‌ها از حقوق خود، انتظارات بیشتر و همچنین دسترسی به نظام شکایات و کمک‌های حقوقی، نقش مهمی در تأمین مطلوب خدمات سلامت زندان ایفا می‌کند» (4: Gatherer et.al., 2014). با وجودی که ساختار ویژه‌ای برای مدیریت و ارائه مراقبت‌های بهداشتی زندان‌ها وجود ندارد و نظام‌های بهداشتی زندان متنوع هستند ولی «سازمان بهداشت جهانی در حصول اطمینان از قرارگیری بهداشت زندان در دستور کار بهداشت عمومی کشورها نظارت راهبردی دارد» (Woodall & Freeman, 2019: 2).

۲-۲- پرستاری قانونی

پرستاری حرفه‌ای رویکردی نوین به همکاری بین‌رشته‌ای داشته و به ابعاد پزشکی، اجتماعی و قانونی بیمار می‌پردازد. پرستاران در تعامل با نهادهای عدالت کیفری قادر خواهند بود که ضمن کاهش پیامدهای نامطلوب جسمی و روانی ناشی از حبس، گامی مؤثر در برقراری عدالت بهداشتی و رفاه بهتر برای زندانیان، خانواده‌ها و جوامع آن‌ها بردارند. یکی از تخصص‌های پرستاری که امروزه در بسیاری از کشورها از جمله ایالات متحده آمریکا و کانادا به این مهم می‌پردازد پرستاری قانونی است که «به‌کارگیری تلفیقی از علم پرستاری و فرآیندهای قانونی هست؛ به‌عبارتی دیگر استفاده از جنبه‌های قانونی مراقبت‌های سلامتی همراه با آموزش‌های زیستی، روانی و اجتماعی پرستاری در روند تحقیقات علمی، درمان تروما و یا مرگ‌ومیر قربانیان و مرتکبان سوء رفتار، خشونت، حوادث و فعالیت‌های جنایی است» (3: Hammer et.al., 2013).

افزایش موارد خشونت، جرم و جنایت به عنوان یک مشکل بهداشت جهانی تعریف شده و «پرستاران اولین مراقبین بهداشتی هستند که با قربانیان و مجرمان این پدیده مواجه می‌شوند» (Farzadfar et.al., 2023: 1). «پرستاری قانونی به عنوان یک تخصص پرستاری با تخصص‌های فرعی تعریف می‌شود که بر عملکرد پرستاری مرتبط با مسائل حقوقی بالینی قربانیان و مجرمان زنده یا متوفی تمرکز دارد» (Firuzi et.al., 2022: 1). «پرستاری قانونی برای اولین بار از حوزه پزشکی قانونی در بریتانیا و کانادا مشتق و به عنوان یک تخصص پرستاری در امریکا به رسمیت شناخته شد» (Lynch and Duval, 2011: 4). «پرستاران قانونی، در درجه نخست بر مراقبت از بیمار تأکید دارند. این بیماران می‌توانند قربانیان، شاهدان خشونت و بحران‌ها و عاملان خشونت باشند (Valentine et.al., 2020: 195). در برخی کشورها به منظور اهمیت و حفظ حقوق بیماران قانونی، نقش پرستاران قانونی در تخصص‌های مختلف تجلی یافته و به عنوان متخصصین پرستار قانونی بالینی، پرستار قانونی محقق مرگ، بازرس پرستار قانونی، پرستار قانونی معاینه گر حملات جنسی، مدیران خطر، روان پرستار قانونی، پرستار قانونی اصلاحی، وکیل پرستار، پرستار مشاور حقوقی^۱ و پرستار پزشکی قانونی^۲ فعالیت می‌کنند.

از سویی دیگر پرستاران قانونی بر اساس نوع بیماران خود به دودسته پرستار قانونی «قربانی» و پرستار قانونی «مجرم» تقسیم می‌شوند. دو نوع از پرستاران قانونی «مجرم» در امریکا تعریف می‌شود: روان پرستار قانونی و پرستار قانونی اصلاحی که متخصص در مراقبت و درمان بیماران قانونی در بازداشت هستند (Kettles and Woods, 2006: 20-21).

زندانیان نیازمند خدمات بهداشتی، بیماران قانونی هستند زیرا «به بیمارانی که علاوه بر دریافت خدمات بهداشتی و درمانی نیازمند خدمات نظام قضایی به‌طور هم‌زمان می‌باشند بیمار قانونی اطلاق می‌شود» (Erkan et.al., 2017: 1)؛ بنابراین پرستاران قانونی نه تنها مسئولیت مراقبت و مدیریت روزانه این گروه از بیماران را بر عهده‌دارند، بلکه امنیت موردنیاز آن‌ها را نیز برقرار می‌کنند. آنان در مدیریت مجرمان رویکردی چند رشته‌ای داشته و حوزه‌های مراقبت، درمان و توان‌بخشی افرادی که قوانین کیفری را نقض کرده یا در سطح بالایی از خطر هستند را پوشش می‌دهند.

¹. Forensic Clinical Nurse

². Forensic Nurse Death Investigator (FENDI)

³. Forensic Nurse Examiner

⁴. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)

⁵. Psychiatric Forensic Nurse

⁶. Forensic Correctional, Institutional, or Custodial Nursing

⁷. Nurse Attorney

⁸. Legal Nurse Consultant

⁹. Nurse Coroner

۲-۳- عدالت ترمیمی

اعمال مجازات در جوامع برای اصلاح مجرم و جامعه است و کوشش بر این است که بزهکار با تحمل کیفر اصلاح و به جامعه بازگردد زیرا «مجازات باید چنان باشد که فایده‌ای عاید جامعه شود» (گلدوزیان، ۱۳۹۵: ۵۳)؛ (Goldouzian, 2015: 53). مشکلات ناشی از اجرای عدالت کیفری سنتی و توجه ناکافی به حقوق بزه دیدگان، جامعه و مصادره عدالت از طرف دولت و ایرادهای وارده، زمینه‌ساز ظهور عدالت ترمیمی در بسیاری از کشورهای جهان شد (غلامی، ۱۳۸۲: ۱۸۳)؛ (Gholami, 2003: 183).

عدالت ترمیمی «فرآیندی است که طی آن، اشخاص دخیل در حادثه مجرمانه، گرد هم می‌آیند تا با مشارکت در مورد آثار و نتایج عمل مجرمانه و آینده بزه دیده، بزهکار و جامعه بعد از وقوع جرم، چاره‌اندیشی کنند» (کاظم‌پورفرد و رنگچی‌تهرانی، ۱۳۹۷: ۱۵۵)؛ (Kazempoor & Rangchitehrani, 2018: 155) و از این طریق «جبران خسارات بزه دیده، ترمیم رابطه بزهکار و بزه دیده، اصلاح بزهکار و تأمین مصالح جامعه را میسر نمایند» (صادقی موحد و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۰۷)؛ (Sadeghi Movahhed et al., 2019: 107).

جرم صرفاً نقض قانون نیست، بلکه «گسستگی رابطه بین قربانی و مجرم» است و بزهکاران، اصلی‌ترین بازیگران صحنه بزهکاری هستند؛ بنابراین، «برای تحقق اهداف نظام عدالت کیفری در مبارزه با جرم و ریشه‌کنی آن شناخت صحیح بزهکاران ضروری است» (محسنی، ۱۳۹۴: ۶۵) (Mohseni et al., 2015: 65). «قوانین موضوعه به پیروی از قانون اساسی به حفظ کرامت و حیثیت متهمان و محکومان دلالت دارد. رعایت شان و منزلت انسانی بزهکار در اجرای اقدامات تأمینی که هدف آن زدودن حالت خطرناک است، حساس‌تر می‌باشد» (اردبیلی، ۱۳۹۷: ۵۰)؛ (Ardabili, 2018: 50).

بسیاری از زندان‌ها با فرهنگ ترس ناشی از رفتارهای ناهنجار مجرمان و کارکنان معرفی می‌شوند. فرهنگ زندان به شدت امنیت‌محور بوده و مجرمان، در مراقبت از خود ناتوان و برای دریافت خدمات به‌ویژه مراقبت‌های بهداشتی به افسران اصلاح و تربیت وابسته می‌شوند. تاب‌آوری شوک فرهنگی مجرمان در اولین ورود به محیط اصلاحی، مستلزم وجود پرستاران قانونی در این مراکز است. زندان محیطی است که به دلیل قطع ارتباط مجرمان با خانواده و سیستم‌های حمایتی نیاز به سازگاری دارد. پرستاران قانونی می‌توانند مجرمان را با آموزش راهبردهای خود مراقبتی، مدیریت خشم، راهبردهای مقابله‌ای و ارتقای سلامت توانمند ساخته و با مشورت و دفاع درباره مسائل حقوق بشری، انجام معاینات قانونی، تهیه مستندات دقیق و بی‌طرفانه، ارائه مراقبت‌های پرستاری، آموزش بهداشت، ترغیب مجرمان در مراقبت از خود، همکاری در تدوین پروتکل‌هایی مطابق با استانداردهای اخلاقی، مساعدت در ایجاد محیطی امن و توسعه و اجرای طرح‌هایی به‌منظور کاهش ریشه‌های خشونت کمک شایانی نمایند.

در انتقال پذیری مجرمان به جامعه «پرستاران قانونی به‌عنوان رابط، خدمات و پشتیبانی ضروری

را برای مجرمان فراهم می‌کنند تا با موفقیت دوباره وارد جامعه شوند. بازگشت به جامعه کسانی که دوران محکومیت خود را سپری کرده‌اند چالشی بزرگ محسوب می‌شود و پرستاران قانونی می‌توانند به زندانیان کمک کنند تا چرخه تکرار جرم را شکسته و به موفقیت برسند» (Spader, 2018: 43).

رسیدگی به عوامل استرس‌زا و چالش‌های بهداشتی که در حین زندان و پس از آزادی تجربه می‌شوند مستلزم رویکردهای مشترک سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی، رهبران جامعه و اعضای خانواده است و در این عرصه پرستاران قانونی از موقعیت منحصر به فردی برخوردارند تا نقش‌های رهبری را در مراقبت از این جمعیت محروم به عهده بگیرند.

۳- تاریخچه مراقبت از زندان و مسائل مربوط به بهداشت و درمان

در تعریف زندان آمده که «زندان نهادی اصلاحی برای حبس مجرمین و افرادی است که طبق دستور مقام قضایی در بازداشت هستند» (Kasera, 2020: 2). «هدف اولیه مراکز اصلاحی محافظت مردم با حبس افرادی است که مرتکب جنایت شده‌اند، اما تأمین ایمنی و نیازهای بهداشتی زندانیان نیز از مسئولیت‌های جانبی مؤسسات اصلاحی است» (Lynch and Duval, 2011: 1649).

تفاوت‌های بهداشتی متعددی بین زندانیان و جامعه وجود دارد. «زندانیان ۱/۵ برابر بیشتر از افراد عادی احتمال ابتلا به بیماری مزمن را دارند. شیوع بیماری‌های عفونی در زندانیان بیشتر از جمعیت عادی است. بیش از نیمی از زندانیان مشکل سلامت روان دارند و نابرابری‌های بهداشتی نیز به این مشکلات اضافه می‌شود» (Bui et al., 2019: 3-4). آنان «نسبت به عموم مردم به میزان بیشتری از عوارض سوء‌مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. وضعیت سلامتی زندانیان سالخورده بسیار نگران‌کننده است» (Dhaliwal and Hirst, 2016: 5). «در جهان، حدود ۱۱ میلیون نفر در مراکز اصلاحی بسر می‌برند» (Puglisi & Wang, 2021: 1) اما «اطلاعات کمی در مورد سلامتی، رفاه و مرگ‌ومیر آنان در دست است» (Wildeman et al., 2019: 660) و «باوجود اهمیت نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی زندان، در مورد ساختار، تأمین بودجه و فرآیندهای پاسخگویی ابهامات زیادی وجود دارد» (McLeod et al., 2020: 1).

با افزایش زندانیان، ضرورت حضور پرستاران قانونی در مراکز اصلاحی احساس شد. «تا قبل از دهه ۱۹۷۰، در بسیاری از مراکز اصلاحی پرستار وجود نداشت و مددکاران، افسران و حتی زندانیان مراقبت‌های پزشکی را در شرایط نامطلوبی انجام می‌دادند. قوانین بعدی به اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی در مراکز اصلاحی منجر شد و پس از آن بود که پرستاری اصلاحی به‌عنوان یک تخصص به رسمیت شناخته شد. در سال ۱۹۷۶، دادگاه عالی ایالات متحده استاندارد قانونی

¹. Forensic Correctional, Institutional, or Custodial Nursing

برای مراقبت‌های بهداشتی زندانیان در پرونده تگزاس استل علیه گمبل^۱ تعیین کرد» (Pyrek, 2006: 419-420).

هشتمین متمم قانون اساسی ایالات متحده، مراقبت‌های بهداشتی را به‌عنوان حقی برای زندانیان تضمین نمود و مبنایی برای توسعه مدل‌های مراقبت بهداشتی اصلاحی شد. در کانادا، طبق قانون آزادی مشروط و اصلاحی، افرادی که زندانی می‌شوند حق دارند از مراقبت‌های بهداشتی استاندارد جامعه برخوردار شوند.

علاوه بر کدهای اخلاقی، دستورالعمل‌هایی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی در محیط‌های اصلاحی تعیین شده از جمله این که «مراقبت‌های بهداشتی باید محرمانه و با احترام به استقلال بیمار، همراه با حمایت انسان دوستانه، استقلال بالینی و صلاحیت حرفه‌ای باشد و تنها وظیفه مراقبین بهداشتی در محیط‌های اصلاحی، ارائه خدمات با وفاداری کامل به بیماران، استقلال بالینی نامحدود، ایفای نقش فقط به‌عنوان مراقب شخصی بیمار هست و دولت‌ها باید استقلال بالینی کامل را برای مراقبین بهداشتی فراهم کنند» (Pont et al., 2018: 473).

۴- نقش و جایگاه پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری

رفع نیازهای بهداشتی بازداشت‌شدگان از وظایف پلیس است. «عدم انجام صحیح این خدمات می‌تواند منجر به آسیب یا مرگ گردد. در برخی کشورها، مراقبین بهداشتی این خدمات را ارائه می‌دهند، لذا ضروری است که آن‌ها از وظایف خود در قبال بیماران بازداشت‌شده، به‌ویژه از معضلات بهداشتی، قانونی و فرآیندی موجود آگاه و نسبت به آن حساس باشند و در صورت لزوم مستندات خود را به دادگاه ارائه دهند» (Payne-James, 2017: 6). «برای تضمین رفع نیازهای بهداشتی در مراکز اصلاحی، پرستاران قانونی به‌عنوان یکی از ارکان اصلی وارد عمل شدند. پرستاری قانونی اصلاحی تخصصی است که به بیان بیشتر نقش حرفه‌ای پرستار در این مراکز می‌پردازد» (Peternelj-Taylor and Woods, 2019: 2). «اکثر مطالعات ضمن توافق بر آموزش پرستاران اصلاحی، بر نیاز به این تخصص در محیط‌های اصلاحی تأکید دارند» (Caro A. ۲۰۲۱: 79).

پرستاری اصلاحی «ارائه مراقبت از بیمار در نظام عدالت کیفری است که با مراقبت و احترام

^۱. Estelle vs Gamble

^۲. فردی زندانی به نام گمبل ادعا کرد به دلیل این که ماموران زندان قادر به مراقبت کافی از جراحات وی در زندان نبودند، متحمل رنج‌های ناروایی شد. دادگاه حکم داد که «بی تفاوتی عمدی نسبت به نیازهای جدی پزشکی به منزله مجازات ظالمانه و غیرعادی است که براساس اصلاحیه هشتم قانون اساسی ایالات متحده ممنوع است. لزومی ندارد که این بی تفاوتی از روی سوء قصد باشد تا عمدی محسوب شود». این تصمیم منجر به اصلاحات متعددی در دعاوی زندانیان شد که شامل حقوق زندانیان در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی از جمله دسترسی به مراقبت، قضاوت حرفه‌ای، مراقبتی که دستور داده شده است، رضایت آگاهانه، امتناع از درمان و رازداری پزشکی بود. اجرای فدرال این حقوق، سازمان‌های اصلاح و تربیت را مجبور کرد تا نظام‌های بهداشتی خود را بازسازی کنند.

به کرامت انسانی زندانیان همراه است» (Solelly & Smith, 2019: 2-3). «این پرستاران به رفع نیازهای بهداشتی زندانیان از جمله ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری؛ ارزیابی، غربال‌گری و شناسایی چالش‌های سلامت؛ حل بحران؛ ارزیابی و مدیریت ریسک خودکشی و اداره بیماری‌های حاد و مزمن در سراسر نظام عدالت کیفری در پیوستاری از سازمان‌های انتقالی جامعه‌محور و موسسات کیفری می‌پردازند» (Peternelj-Taylor and Woods, 2019: 1-2).

از لحاظ نظری، مراقبین بهداشتی زندان استقلال بالینی دارند، اما «اگر مراقبت‌های بهداشتی مستقیماً تابع اداره زندان باشد و مراقبین بهداشتی در سلسله‌مراتب نظامی قرار گیرند، استقلال بالینی در معرض خطر قرار می‌گیرد. از این‌روی آموزش کارکنان، اصلاحات ساختاری، مالی و قانونی و ارزیابی خدمات توصیه می‌شود» (Pont et al., 2018: 474-475).

شایان‌ذکر است که «مراقبت در مراکز اصلاحی که هدف اصلی آن امنیت و کنترل مجرمان است می‌تواند برای مراقبین بهداشتی معضلات اخلاقی و حرفه‌ای به همراه داشته باشد» (Dhaliwal, 2020: 12) بنابراین «پرستاران باید به درک تعادل بین مراقبت و حضانت نائل آمده» (Amar and Sekula, 2015: 10) و «از سیاست‌های اصلاحی حاکم پیروی کنند زیرا از یک سو آن‌ها مسئول مراقبت از زندانی بیمار هستند و از سوی دیگر در مقابل حرفه و کارفرمای خود یعنی نظام اصلاحی و جامعه پاسخگو می‌باشند» (Peternelj-Taylor and Woods, 2019: 2).

پرستاران در تعامل با پلیس به ایفای نقش مشارکتی خود پرداخته و در این تلاش مشترک طرفین از یکدیگر انتظارات متفاوتی دارند. «هدف نهایی برای پرستار بهترین‌ها برای بیمار و هدف نهایی برای مجریان قانون، امنیت عمومی است. هنگامی که هر یک از آنان به مانعی برای موفقیت تبدیل شوند، ممکن است همکاری تقریباً غیرممکن گردد. شباهت بین این دو حرفه تصادفی نیست. جامعه برای محافظت از جان و مال خود به هر دو آنان وابسته است. زمانی که آن‌ها باهم کار می‌کنند، به‌ویژه زمانی که فرآیند مشارکتی خارج از محیط بیمارستان باشد، دستاوردهای مشارکت آن‌ها بیشتر خواهد بود» (Pasqualone, 2015: 37-38). همکاری آنان در مقر پلیس در دو مقوله ارائه مراقبت‌های بهداشتی و فرآیند اجرای عدالت کیفری قرار می‌گیرد. «مسئولیت‌های پرستار در بازداشتگاه‌ها شامل ارزیابی وضعیت سلامت زندانیان برای بازداشت و مصاحبه، درمان و مراقبت از زندانیان بیمار، نمونه‌برداری از شواهد قانونی و تأیید مرگ ناگهانی است. بسیاری از این پرستاران به دلیل نزدیکی و مشارکت خود در مراقبت از بازداشت‌شدگان، در مورد موضوعاتی مانند تکنیک‌های مصاحبه تحقیقی، ارائه شواهد در دادگاه و قوانین کیفری به درک قابل توجهی دست یافته‌اند» (Norman and Walsh, 2014: 19).

مراقبت‌های بهداشتی در مراکز اصلاحی، نظامی پرستار محور است و «پرستاران نقش کلیدی را در ارائه مراقبت‌های بهداشتی به مجرمان از بدو ورود به مراکز اصلاحی تا آزادی ایفا می‌کنند» (Dhaliwal and Hirst, 2016: 5). «در بررسی نظام‌مند پرستاری اصلاحی، سه موضوع مبارزه حضانت و مراقبت، نیاز به قضاوت نکردن و اهمیت مرزها حائز اهمیت است. این مفاهیم در بردارنده

توصیه‌هایی جهت ارتقای کیفیت مراقبت از زندانیان و بهبود محیط‌های کاری پرستاران بوده و بر ضرورت حفظ دیدگاه بنیادین پرستاران حرفه‌ای مبنی بر شایستگی همه افراد در برخورداری از رفتار احترام‌آمیز، عزت و شفقت بدون توجه به سبک زندگی یا ارزش‌های فردی آنان تأکید می‌ورزد» (Sheltona et al., 2020: 305).

کانادا از کشورهایی است که از پرستاران قانونی برخوردار است و «دارای شش مرکز اصلاحی فدرال و ۱۸ مرکز اصلاحی استانی است که همه این مراکز پرستاران اصلاحی را استخدام می‌کنند» (Butler & Mallet-Boucher, 2020: 25). «محققان به اهمیت پرستاری اصلاحی پی برده توجه خود را بر روی مسائل موجود در حوزه عملیاتی این پرستاران معطوف نموده‌اند» (Peternelj-Taylor & Woods, 2019: 2). «خدمات اصلاحی کانادا بر اساس استانداردهای سازمان ملل متحد تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی را در هر موسسه راه‌اندازی نمود و هر منطقه دارای یک بیمارستان و یک مرکز درمانی است که مراقبت‌های اولیه پرستاری را به‌صورت شبانه‌روزی ارائه می‌دهد» (Ifene & Manson, 2013: 886). به‌علاوه «در امریکا ۱۴۲۱۴ پرستار رسمی در مراکز اصلاحی کار می‌کنند که حدود ۰/۵٪ از جمعیت پرستاران رسمی را تشکیل می‌دهد و نسبت پرستاران به زندانیان ۱/۱۶۲ بر آورد شده است» (Solell & Smith, 2019; 2). درحالی‌که طبق تبصره ۱ ماده ۱۳۹ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها در ایران در مؤسسه‌های دارای کمتر از پانصد نفر زندانی، حضور شبانه‌روزی یک نفر پرستار و یا بهیار الزامی است و حسب نیاز، یک نفر پزشک نیز به‌صورت ساعتی در ایامی از هفته حضور می‌یابد. مدیریت مراقبت‌های بهداشتی زندان در ایران در حال حاضر تحت مسئولیت واحد بهداشت و درمان زندان است که توسط اداره کل سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور اداره می‌شود و پس از آن نیز در مواد ۱۳۹ تا ۱۵۱ به بیان شرح وظایف این واحد به‌طور اجمالی پرداخته است. با مروری بر این مواد فقدان حضور پرستاران قانونی و خدمات ویژه‌ای که توسط این متخصصان قابلیت ارائه را دارد به‌وضوح به چشم می‌خورد.

نتیجه‌گیری

آنچه از بررسی یافته‌های حاصل از پژوهش به دست می‌آید، این است که حق بر سلامتی زندانیان از حقوق بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشری و از مسئولیت‌های مهم دولت‌ها به شمار می‌رود. بررسی تجارب برخی کشورها از جمله کانادا و ایالات متحده امریکا در این خصوص نشان داد که آنان از پرستاران قانونی برای ارائه خدمات بهداشتی به زندانیان بهره می‌برند. این پرستاران در تعامل با نهادهای عدالت کیفری قادرند که ضمن کاهش پیامدهای نامطلوب جسمی و روانی ناشی از حبس، گامی مؤثر در برقراری عدالت بهداشتی و رفاه بهتر برای زندانیان، خانواده‌ها و جوامع آن‌ها بردارند. یکی از این جنبه‌های برجسته پرستاری قانونی در تخصص پرستاری اصلاحی به چشم می‌خورد و آن‌هم به دلیل نوع جمعیت متمایزی است که این دسته از پرستاران از آن‌ها مراقبت می‌کنند (مجرمان در مقابل قربانیان) و همین ویژگی بر اهمیت جایگاه این دسته از پرستاران در نظام عدالت کیفری می‌افزاید. پرستاری اصلاحی تخصص منحصربه‌فردی است که شامل ابعاد

گسترده‌ای در هر دو زمینه سلامتی و اصلاحی بوده و پرستاران را در نقطه تلاقی بین حضانت و مراقبت قرار می‌دهد. آنان خدمات خود را برای بیمارانی ارائه می‌دهند که در حالت درماندگی مطلق قرار داشته و از مشکلات بهداشتی پیچیده و متعددی رنج می‌برند و همه این خدمت‌رسانی‌ها نیز در یک محیط امنیتی و تحت نظارت شدید مراجع قانونی و انتظامی همراه با سایر محدودیت‌هایی که بر رفاه زندانیان تأثیر می‌گذارد، انجام می‌شود.

در کشور ما نیاز روزافزون به ارائه خدمات پرستاری قانونی احساس می‌شود، ولی متأسفانه تاکنون دامنه عملکرد پرستاران در نظام عدالت کیفری محدود بوده و به این تخصص توجهی نشده است. اگر مسئولین مایل‌اند که زندان‌ها به محیط‌های سالم‌تری تبدیل شوند، ضروری است از کشورهایی که قبلاً این مسیر را طی و تدابیری در جهت رفع این معضل اندیشیده‌اند الگوبرداری نموده و با در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی آن را بومی‌سازی نمایند. بدیهی است که باید در ابتدا جایگاه پرستاران قانونی در نظام عدالت کیفری تعیین گردد تا قادر به ایفای نقش حرفه‌ای خود در محیط‌های اصلاحی باشند و البته این امر بدون به‌روزرسانی قوانین جاری در این بخش امکان‌پذیر نخواهد بود؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که نقش و جایگاه پرستاری قانونی در نظام عدالت کیفری ایران، نسبت به کانادا و ایالات متحده آمریکا تفاوت‌های ساختاری و نهادی همچون دارد، مورد تأیید قرار گرفت. امید است که نتایج حاصل از پژوهش عنایت قانون‌گذاران برای وضع قوانین مناسب در جهت تعیین نقش و جایگاه برای پرستاران قانونی در مؤسسات کیفری و توجه سیاست‌گذاران حیطه آموزش عالی در پرستاری را به‌ضرورت برنامه‌ریزی‌هایی برای آموزش‌های رسمی پرستاری قانونی در ایران جلب بنماید تا شاهد خدمات پرستاری قانونی در راستای نیل به اهداف و رسالت‌های عدالت کیفری هم‌زمان با لحاظ کردن حق بر سلامت زندانیان باشیم.

منابع فارسی

۱. آل کجیاف، حسین. (۱۳۹۲). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر. فصلنامه حقوق پزشکی، ۷(۲۴)، ۱۷۰-۱۳۹.
۲. اردبیلی، محمدعلی. (۱۳۹۷). حقوق جزای عمومی. تهران: نشر بنیاد حقوقی میزان، چاپ چهل و هشتم.
۳. بیدار، زهرا، قاسمی، غلامعلی. (۱۳۹۹). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در توسعه حق بر سلامت. فصلنامه حقوق پزشکی، ۱۴(۵۲)، ۲۶-۷.
۴. تیموری، مهرداد، بیگی، جمال، و احدی، فاطمه. (۱۴۰۰). حبس زدایی سلامت‌محور؛ برآیند سلامت و عدالت در رویکرد نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی حقوق بشر. فصلنامه مطالعات بین‌المللی، (۳) ۱۸، ۱۲۰-۹۵.
۵. جاوید، احسان، نیاورانی، صابر. (۱۳۹۲). قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر. فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، (۴۱) ۱۵، ۷۰-۴۷.

۶. صادقی موحد، خدیجه، باقری، احمد، صدری، سیدمحمد، امیر پور، حیدر. (۱۳۹۸). عدالت ترمیمی، بایستگی و ضرورت حاکمیت آن در حوزه خانواده با تکیه بر مبانی فقهی. دو فصلنامه فقه و مبانی حقوق اسلامی، (۱) ۵۲، ۱۲۶-۱۰۷.
۷. عباسی، محمود، رضایی، راحله، دهقانی، غزاله. (۱۳۹۳). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران. فصلنامه حقوق پزشکی، (۳۰) ۸، ۱۹۹-۱۸۳.
۸. علیزاده، فرزاد، عباسی، اصغر، اسماعیلی، مهدی. (۱۴۰۰). حق بر سلامت اطفال زندانی در پرتو اسناد بین المللی. فصلنامه حقوق پزشکی، (۵۶) ۱۵، ۲۱-۱.
۹. غلام پور، مهدی. (۱۴۰۱). مسئله مندی حق بر سلامت جسمانی زندانیان؟ تحلیل انتقادی گفتمان مقام های عدالت کیفری ایران. مطالعات حقوق کیفری و جرم شناسی، (۱) ۵۲، ۱۲۲-۹۹.
۱۰. غلامی، حسین. (۱۳۸۲). عدالت ترمیمی؛ الگوی جدید تفکر در امور کیفری. پژوهش حقوق و سیاست، (۹) ۵، ۱۲۸-۸۵.
۱۱. کاظم پور فرد، فاطمه، رنگچی تهرانی، عطیه. (۱۳۹۷). نقش عدالت ترمیمی در واکنش کیفری به جرائم حوزه خانواده. دو فصلنامه فقه و حقوق خانواده، (۶۸) ۲۳، ۱۷۰-۱۵۳.
۱۲. گلدوزیان، ایرج. (۱۳۹۵). حقوق جزای عمومی ایران. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، چاپ چهاردهم.
۱۳. محسنی، فرید. (۱۴۰۱). جرم شناسی. تهران: دانشگاه امام صادق، چاپ سوم.

English References

1. Amar, A. F., & Sekula, L. K. (2015). *A practical guide to forensic nursing*. USA: Sigma Theta Tau International.
2. Bui, J., Wendt, M., & Bakos, A. (2019). Understanding and Addressing Health Disparities and Health Needs of Justice-Involved Populations, *Public Health Reports*, 134(1), 3-7. doi: 10.1177/0033354918813089
3. Butler, L.J., & Mallet-Boucher, M. (2020). Healthcare in Secure Environments: Leading a Collaborative for Forensic Nursing Education. *Nursing Leadership*, 33(1), 25-34. doi: 10.12927/cjnl.2020.26194
4. Caro, I. (2021). The role of prison nursing: an integrative review. *Rev Esp Sanid Penit*, 23(2):76-85. doi: 10.18176/resp.00034
5. Dhaliwal, K.K. (2020). The Implementation of Correctional Nursing Practice in Alberta: A Grounded Theory Study, *A Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies in Partial Fulfilment of the Requirements for the degree of Doctor of Philosophy*, Calgary, Alberta.
6. Dhaliwal, K., & Hirst, S. (2016). Caring in Correctional Nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 5-12. doi: 10.1097/jfn.0000000000000097.
7. Erkan, I., Yesilyur, A., & Kayserili, A. (2017). Analysis of Awareness for Healthcare Professionals in Forensic Nursing, *Forensic Research & Criminology International Journal*, 5(3):1-5. doi: 10.15406/ frcij.2017. 05.00153.
8. Farzadfar, S; Jafaraghae, F., Karkhah, S., Javadi-Pashaki, N., Kazemnezhad Leyli, E., Sedghi

- Sabet, M. (2023). Clinical Decision Making in Forensic Nursing: A Cross-Sectional Study from an Emergency Nursing Perspective. *Journal of Forensic Nursing*, 19(2): 1-6. doi: 10.1097/JFN.0000000000000443
9. Firuzi, Z., Sedghi Sabet, M., Jafaraghaee, F., Jafari, H., Kazemnezhad Leyli, E., Karkhah, S., & Ghazanfari, M.J. (2022). Effect of a forensic nursing virtual education course on knowledge and clinical decision-making of master's nursing students in Iran: a non-equivalent control group pre- and post-test study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 19(20): 1-8. doi: 10.3352/jeehp.2022.19.20
 10. Frazer, A. (2014). Primary health care in prisons. In: Enggist, S., Møller, G.G., Udesen, C. editors. Prisons and Health. First ed. *World Health Organization: Regional Office for Europe*, 173-179.
 11. Gatherer, A., Enggist, S., & Moller, L. (2014). The essentials about prisons and health". In: Enggist, S., Møller, G.G., Udesen, C. editors. Prisons and Health. First ed. *World Health Organization: Regional Office for Europe*, 134-137.
 12. Hajebrahimi, A., Alimohammadzadeh, K., Hosseini, S.M., Maher, A., & Bahadori, M. (2020). Barriers to healthcare delivery in Iranian prisons: a qualitative study. *International Journal of Prisoner Health*, 16(4), 373-388, at: <http://www>. doi: 10.1108/IJPH-01-2020-0008.
 13. Hammer, R. M., Moynihan, B., & Pagliaro, E. M. (2013). *Forensic Nursing: A Handbook for Practice*. Second Edition. USA: Kevin Sullivan.
 14. Iftene, A., & Manson, A. (2013). Recent crime legislation and the challenge for prison health care. *Canadian Medical Association Journal*, 185(10), 886-889. doi: 10.1503/cmaj.120222.
 15. Kasera, P. (2020). *Rights of Women Prisoners in India*, at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3621467
 16. Kettles, A., & Woods, P. (2006). A concept analysis of 'forensic' nursing. *The British Journal of Forensic Practice*, 8(3), 16-27. doi: 10.1108/14636646200600016.
 17. Lynch, V. A., & Duval J. B. (2011). *Forensic Nursing Science*. Second Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
 18. Massoglia, M., & Remster, B. (2019). Linkages Between Incarceration and Health. *Public Health Reports*, 134 (Supplement 1), 8-14. doi: 10.1177/0033354919826563.
 19. McLeod, K.E., Butler, A., Young, J.T., Southalan, L., Borschmann, R., Toft, S.S., Dirkzwager, A., Acheampong, L.K., Topp, S.M., Martin, R.E., & Kinner, S.A. (2020). Global Prison Health Care Governance and Health Equity: A Critical Lack of Evidence. *Analytic Essays*, 16, 1-6. doi: 10.2105/AJPH.2019.305465.
 20. Norman, A., & Walsh, E. (2014). *Nursing in criminal justice services*, UK: M&K Publishing.
 21. Pasqualone, G.A. (2015). The relationship between the forensic nurse in the emergency department and law enforcement officials. *Critical Care Quarterly*, 38(1), 36-48. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000047.
 22. Payne-James, J. (2017). Healthcare and forensic medical services in police custody – to degrade

- or to improve?. *Clinical Medicine*, 17(1), 6-7. doi: 10.7861/clinmedicine.17-1-6.
23. Peternelj-Taylor, C., & Woods, Ph. (2019). Saskatchewan Provincial Correctional Nurses: Roles, Responsibilities, and Learning Needs. *Journal of Correctional Health Care*, 1-14. doi: 10.1177/1078345819 833661.
24. Pont, J., Enggist, S., Stover, H., Williams, B., Greifinger, R., & Wolff, H. (2018). Prison Health Care Governance: Guaranteeing Clinical Independence. *AJPH Perspectives*, 108(4), 472-476. doi: 10.2105/AJPH.2017.304248
25. Pyrek, K.M. (2006). *Forensic Nursing*. First Edition. USA: Taylor & Francis Group (CRC Press).
26. Puglisi, L.B., & Wang, E.A. (2021). Health care for people who are incarcerated. *Comment*, 7(50), 1-2. doi: 10.1038/s41572-021-00288-9
27. Shelton, D. Maruca, A.T., & Wright, R. (2020). Nursing in the American Justice System. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 304–309. doi: 10.1016/j.apnu.2020.07.019.
28. Shelton, D. (2021). Charting a pathway to health equity in correctional settings. *International Scholars Journals*, 9(2), 1-2. at: <https://www.internationalscholarsjournals.com>
29. Shepherd, A., Hewson, T., Hard, J., Green, R., & Shaw, J. (2021). Equivalence, Justice, Injustice – Health and Social Care Decision Making in Relation to Prison Populations. *Forensic in Sociology*, Vol. 6, 1-6. doi: 10.3389/fsoc.2021.649837.
30. Solell, P., Smith, K. (2019). 'If we truly cared': understanding barriers to person-centred nursing in correctional facilities. *International Practice Development Journal*, 9(2), 1-16. doi: 10.19043/ipdj.92.007.
31. Spader, C. (2018). Forensic nurses make strides toward social justice. *American Nurse Today*, Vol. 13 (7), 42-43. at: <http://www.myamericannurse.com>.
32. Valentine, J. L.; Sekula, L. K., & Lynch, V. (2020). Evolution of Forensic nursing theory-- Introduction of the constructed theory of forensic nursing care: a middle-range theory profession. *Journal of forensic nursing*, 16(4), 188-198. doi: 10.1097/JFN.0000000000000287
33. Woodall, J., Freeman, Ch., (2019). Promoting health and well-being in prisons: an analysis of one year's prison inspection reports. *Critical Public Health*, 30(5) 555-566. doi: 10.1080/09581596.2019.1612516
34. Wildeman, Ch., Goldman, A.W., & Wang, E.A. (2019). Age-Standardized Mortality of Persons on Probation, in Jail, or in State Prison and the General Population, 2001-2012. *Public Health Report*, 134(6), 660-666. doi: 10.1177/0033354919879732

Translated References to English

1. Abbasi, M., Rezaee, R., & Dehghani, Gh. (2014). Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *Medical Law Journal*, 8(30), 183-199. **(In Persian)**
2. Alekajbaf, H. (2013). The concept and position of the right to health in international human

- rights documents. *Medical Law Journal*, 7(24), 139-170. **(In Persian)**
3. Alizadeh, F., Abbasi, A., & Esmaili, M. (2021). The right to the health of imprisoned children in the light of international instruments. *Medical Law Journal*, 15(56), 1-21. **(In Persian)**
 4. Amar, A. F., & Sekula, L. K. (2015). *A practical guide to forensic nursing*. USA: Sigma Theta Tau International.
 5. Ardabili, M.A. (2017). *General Criminal Law*. Tehran: Mizan Legal Foundation Publishing, 48th edition. **(In Persian)**
 6. Bidar, Z., & Ghasemi, Gh. (2020). Role of NGOs in Developing the Right of Health. *Medical Law Journal*, 14(52), 7-26. **(In Persian)**
 7. Bui, J., Wendt, M., & Bakos, A. (2019). Understanding and Addressing Health Disparities and Health Needs of Justice-Involved Populations, *Public Health Reports*, 134(1), 3-7. doi: 10.1177/0033354918813089
 8. Butler, L.J., & Mallet-Boucher, M. (2020). Healthcare in Secure Environments: Leading a Collaborative for Forensic Nursing Education. *Nursing Leadership*, 33(1), 25-34. doi: 10.12927/cjnl.2020.26194
 9. Caro, I. (2021). The role of prison nursing: an integrative review. *Rev Esp Sanid Penit*, 23(2):76-85. doi: 10.18176/resp.00034
 10. Dhaliwal, K., & Hirst, S. (2016). Caring in Correctional Nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 5–12. doi: 10.1097/jfn.000000000000097.
 11. Dhaliwal, K.K. (2020). The Implementation of Correctional Nursing Practice in Alberta: A Grounded Theory Study, *A Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies in Partial Fulfilment of the Requirements for the degree of Doctor of Philosophy*, Calgary, Alberta.
 12. Erkan, I., Yesilyur, A., & Kayserili, A. (2017). Analysis of Awareness for Healthcare Professionals in Forensic Nursing, *Forensic Research & Criminology International Journal*, 5(3):1-5. doi: 10.15406/ frcij.2017. 05.00153.
 13. Farzadfar, S; Jafaraghaee, F., Karkhah, S., Javadi-Pashaki, N., Kazemnezhad Leyli, E., Sedghi Sabet, M. (2023). Clinical Decision Making in Forensic Nursing: A Cross-Sectional Study from an Emergency Nursing Perspective. *Journal of Forensic Nursing*, 19(2): 1-6. doi: 10.1097/JFN.0000000000000443
 14. Firuzi, Z., Sedghi Sabet, M., Jafaraghaee, F., Jafari, H., Kazemnezhad Leyli, E., Karkhah, S., & Ghazanfari, M.J. (2022). Effect of a forensic nursing virtual education course on knowledge and clinical decision-making of master's nursing students in Iran: a non-equivalent control group pre- and post-test study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 19(20): 1-8. doi: 10.3352/jeehp.2022.19.20
 15. Frazer, A. (2014). Primary health care in prisons. In: Enggist, S., Møller, G.G., Udesen, C. editors. Prisons and Health. First ed. *World Health Organization: Regional Office for Europe*, 173-179.
 16. Gatherer, A., Enggist, S., & Moller, L. (2014). The essentials about prisons and health". In:

- Enggist, S., Møller, G.G., Udesen, C. editors. Prisons and Health. First ed. *World Health Organization: Regional Office for Europe*, 134-137.
17. Gholami, H. (2003). Restorative justice; A new pattern of thinking in criminal matters. *Law & Politics Research Journal*, 5(9). 85-128. **(In Persian)**
 18. Gholampour, M. (2020). Problematization of prisoners' right to physical health? critical discourse analysis of criminal justice system' authorities of Iran. *Journal of Criminal Law and Criminology Studies*. 52(1). 99-122, doi: 10.22059/JQCLCS.2023.352307.1804. **(In Persian)**
 19. Goldouzian, I. (2015). *General Criminal Law of Iran*. Tehran: Tehran University Press, 14th edition. **(In Persian)**
 20. Hajebrahimi, A., Alimohammadzadeh, K., Hosseini, S.M., Maher, A., & Bahadori, M. (2020). Barriers to healthcare delivery in Iranian prisons: a qualitative study. *International Journal of Prisoner Health*, 16(4), 373-388, at: <http://www.doi.org/10.1108/IJPH-01-2020-0008>.
 21. Hammer, R. M., Moynihan, B., & Pagliaro, E. M. (2013). *Forensic Nursing: A Handbook for Practice*. Second Edition. USA: Kevin Sullivan.
 22. Iftene, A., & Manson, A. (2013). Recent crime legislation and the challenge for prison health care. *Canadian Medical Association Journal*, 185(10), 886–889. doi: 10.1503/cmaj.120222.
 23. Javid, E., & Niavarani, S. (2014). The Scope of the Right to Health in International Human Rights Law. *Public Law Research*, 15(41), 47-70. **(In Persian)**
 24. Kasera, P. (2020). *Rights of Women Prisoners in India*, at: https://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3621467
 25. Kazempoor, F., Rangchitehrani, A. (2018). The Effects of Restorative Justice in Family Crimes. *Family Law and Jurisprudence Journal*, 23(68), 153-170. **(In Persian)**
 26. Kettles, A., & Woods, P. (2006). A concept analysis of 'forensic' nursing. *The British Journal of Forensic Practice*, 8(3), 16-27. doi: 10.1108/14636646200600016.
 27. Lynch, V. A., & Duval J. B. (2011). *Forensic Nursing Science*. Second Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
 28. Massoglia, M., & Remster, B. (2019). Linkages Between Incarceration and Health. *Public Health Reports*, 134 (Supplement 1), 8-14. doi: 10.1177/0033354919826563.
 29. McLeod, K.E., Butler, A., Young, J.T., Southalan, L., Borschmann, R., Toft, S.S., Dirkwzager, A., Acheampong, L.K., Topp, S.M., Martin, R.E., & Kinner, S.A. (2020). Global Prison Health Care Governance and Health Equity: A Critical Lack of Evidence. *Analytic Essays*, 16, 1-6. doi: 10.2105/AJPH.2019.305465.
 30. Mohseni, F. (2015). *Criminology*. Tehran: Imam Sadeq University, 3rd edition. **(In Persian)**
 31. Norman, A., & Walsh, E. (2014). *Nursing in criminal justice services*, UK: M&K Publishing.
 32. Pasqualone, G.A. (2015). The relationship between the forensic nurse in the emergency department and law enforcement officials. *Critical Care Quarterly*, 38(1), 36-48. doi: 10.1097/CNQ.000000000000047.
 33. Payne-James, J. (2017). Healthcare and forensic medical services in police custody – to degrade

- or to improve?. *Clinical Medicine*, 17(1), 6-7. doi: 10.7861/clinmedicine.17-1-6.
34. Peternej-Taylor, C., & Woods, Ph. (2019). Saskatchewan Provincial Correctional Nurses: Roles, Responsibilities, and Learning Needs. *Journal of Correctional Health Care*, 1-14. doi: 10.1177/1078345819 833661.
 35. Pont, J., Enggist, S., Stover, H., Williams, B., Greifinger, R., & Wolff, H. (2018). Prison Health Care Governance: Guaranteeing Clinical Independence. *AJPH Perspectives*, 108(4), 472-476. doi: 10.2105/AJPH.2017.304248
 36. Puglisi, L.B., & Wang, E.A. (2021). Health care for people who are incarcerated. *Comment*, 7(50), 1-2. doi: 10.1038/s41572-021-00288-9
 37. Pyrek, K.M. (2006). *Forensic Nursing*. First Edition. USA: Taylor & Francis Group (CRC Press).
 38. Sadeghi Movahhed, Kh., Bagheri, A., Sadri, SM., & Amirpour, H. (2019). Restorative Justice and the Necessity of Its Use in the Family, Relying on Jurisprudential Foundations. *Jurisprudence and The Fundaments of the Islamic Law*, 52(1). 107-126. doi: 10.22059/jjfil.2019.265308.668564 **(In Persian)**
 39. Shelton, D. (2021). Charting a pathway to health equity in correctional settings. *International Scholars Journals*, 9(2), 1-2. at: <https://www.internationalscholarsjournals.com>
 40. Shelton, D. Maruca, A.T., & Wright, R. (2020). Nursing in the American Justice System. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 304–309. doi: 10.1016/j.apnu.2020.07.019.
 41. Shepherd, A., Hewson, T., Hard, J., Green, R., & Shaw, J. (2021). Equivalence, Justice, Injustice – Health and Social Care Decision Making in Relation to Prison Populations. *Forensic in Sociology*, Vol. 6, 1-6. doi: 10.3389/fsoc.2021.649837.
 42. Solell, P., Smith, K. (2019). ‘If we truly cared’: understanding barriers to person-centred nursing in correctional facilities. *International Practice Development Journal*, 9(2), 1-16. doi: 10.19043/ipdj.92.007.
 43. Spader, C. (2018). Forensic nurses make strides toward social justice. *American Nurse Today*, Vol. 13 (7), 42-43. at: <http://www.myamericannurse.com>.
 44. Valentine, J. L.; Sekula, L. K., & Lynch, V. (2020). Evolution of Forensic nursing theory-- Introduction of the constructed theory of forensic nursing care: a middle-range theory profession. *Journal of forensic nursing*, 16(4), 188-198. doi: 10.1097/JFN.0000000000000287
 45. Wildeman, Ch., Goldman, A.W., & Wang, E.A. (2019). Age-Standardized Mortality of Persons on Probation, in Jail, or in State Prison and the General Population, 2001-2012. *Public Health Report*, 134(6), 660-666. doi: 10.1177/0033354919879732
 46. Woodall, J., Freeman, Ch., (2019). Promoting health and well-being in prisons: an analysis of one year’s prison inspection reports. *Critical Public Health*, 30(5) 555-566. doi: 10.1080/09581596.2019.1612516