



۱۳۱

حط

گفتگو با
نرگس محمدی

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰

با یادداشت‌ها و اظهار نظرانی از:

احمد فعال، کیومرث امیری، دکتر آزاد مرادیان، رضا نجفی، مجید زارعی،
رضا اکوانیان، نرگس محمدی، ماری محمدی، علی کلائی، آمنه آبیاری، معین
خزائلی، ژینام محمدی، الهه امانی، فرزاد صیفی کاران، بهار عباسی، مرتضی
هامونیان و جمعی دیگر از مدافعان حقوق بشر.



دکتر همایون سامه یح؛
وضعیت سلامت روان
در جامعه نگران کننده
است

پرونده ویژه

روان نا آرام جامعه

ماهنامه حقوقی - اجتماعی خط صلح
صاحب امتیاز: مجموعه فعالان حقوق بشر در ایران
سردبیر: رضا اکوانیان
مدیر ویراستاری: علی کلائی
مشاور حقوقی: محمد مقیمی
دبیر فرهنگی: رضا نجفی

همکاران این شماره: احمد فعال، کیومرث امیری، دکتر آزاد مرادیان، رضا نجفی، مجید زارعی، نرگس محمدی، ماری محمدی، علی کلائی، آمنه آبیاری، معین خزانلی، ژینام محمدی، الهه امانی، فرزاد صیفی کاران، بهار عباسی، مرتضی هامونیان، صبا اردلان، رضا اکوانیان و جمعی دیگر از مدافعان حقوق بشر.



اطلاعات تماس با ما:

Address:
12210 Fairfax Towne Center, Unit 911
Fairfax VA 22033
United State

Phone: +1 (571) 223 54 06
Fax: +1 (571) 298 82 17
E-mail: editor@peace-mark.org
Web: www.peace-mark.org

ماهنامه خط صلح حق ویرایش و تلخیص مطالب را برای خود محفوظ می دارد.
استفاده از مطلب خط صلح با ذکر منبع بلامانع است.

ISBN: 978-1-7332858-1-0

فهرست

- « برگزیده اخبار/۴
- « خشکسالی بی سابقه در ایران؛ سرآغاز بحرانی عظیم و لاینحل در کشور/ کیومرث امیری/۶
- « «سنگسار» در قانون مجازات اسلامی ایران و مبانی حقوقی و فقهی آن در اسلام/ آمنه آبیاری/۹
- « مشدی مراد/داستان کوتاه/کیومرث امیری کله جویی/۱۳
- « تحریم انتخابات؛ فریب مردم یا گذر از حکومت؟/ماری محمدی/۱۴
- « کرونا مشکلات روانی را به شدت زیاد کرده است/ گفتگوی علی کلائی با همایون سامه یح نجف آبادی، نماینده مجلس/۱۸
- « سلول انفرادی برای هر موجود زندهای شکنجه است/ گفتگوی رضا اکوانیان با نرگس محمدی/۲۱
- « مقدمه‌ای بر آسیب شناسی تربیتی استبداد/احمد فعال/۲۹
- « جای خالی حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی در قوانین ایران/ معین خزانلی/۳۳
- « پیامدهای گسترده روانی اجتماعی شکنجه و فشار سیاسی-اجتماعی در ایران/مترجم: نیما ناصرآبادی/۳۶
- « نقش مراکز تفریحی و ورزشی در افزایش بهبود سلامت روان جامعه/بهار عباسی/۴۱
- « زنگ خطر بهداشت روان و سلامت روانی در اجتماع ایران/مجدید زارعی/۴۳
- « بهداشت و سلامت روانی در زندان / صبا اردلان/۴۶
- « رسانه‌ها و روان جامعه؛ جولان در غار دموستنس!/ مرتضی هامونیان /۵۳
- « جامعه شناسی سلامت روان زنان/ الهه امانی/۵۶
- « ایران؛ بهداشت روانی، چالش‌ها و راهکارها/دکتر آزاد مرادیان/۶۰
- « بهداشت روانی در جامعه و مسئولیت حاکمیت/رضا نجفی/۶۸
- « انگ و تبعیض در مبحث اختلالات روانی/ ژینام محمدی/۷۰
- « سلامت روان اقلیت‌های دینی و مذهبی زیر سایه سنگین سرکوب مداوم/ فرزاد صیفی کاران/۷۴

حط ۱۲۰

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، اردیبهشت ۱۴۰۰

با یادداشت‌ها و اظهار نظراتی از:
فرانک چالاک، مجید زارعی،
مهوش شفیعی، احمد فعال،
آمنه آبیاری، رضا علیچانی،
ماری محمدی، رضا شاهمیرادی،
اعظم بهرامی، سایه رحیمی
و جمعی دیگر از مدافعان حقوق بشر

خوانندگان

□ شما چه گفته‌اید...

درباره مقاله / گفتگو:

از فقر تا مرگ؛ دستاوردهای دولت تدبیر و امید
برای کودکان / سایه رحیمی

حسین:

این‌طوری نیست که همه مشکلات از زمان دولت فعلی به‌وجود آمده باشد. اگر نگاهی به گذشته بیندازید در ماه‌های پایانی هشت ساله دولت‌ها شروع به تخریب دولت می‌کنند و نوید انواع رفاه و حل همه مشکلات و گل و بلبل در دولت بعدی داده می‌شود. در صورتی که معلوم نیست چه کسی مدیریت دولت بعدی را به‌دست خواهد گرفت و عجیبه که همه رئیس‌جمهورهای گذشته به غیر از رهبر و آقای رجایی بعد اتمام دولت صلاحیت خودشان را از دست داده‌اند. این‌طور که معلومه اگر پیامبر اسلام و امام‌ها الان بودند رد صلاحیت می‌شدند.

ستم مضاعف بر زنان اقلیت‌های دینی؛ در گفتگو با
رضا کاظم‌زاده، روانشناس / گفتگو از ماری محمدی

گریس لوهرمان:

ویژگی رایج بین سیستم‌های مبتنی بر تبعیض ایجاد گروه‌های اجتماعی جدا از یکدیگر و کاهش ارتباط اون جوامع با هم هست. برای مثال در جامعه ما که تبعیض علیه زنان وجود دارد، ما باید کاملاً زنان و مردان را متمایز کنیم. این در ایران با اسم مذهب انجام می‌شود و روابط زن و مرد به شدت کنترل می‌شود. اینکه می‌توان محیط آموزشی، جنبش‌ها و حتی شغل‌ها و نقش‌هایی را که می‌توانند در جامعه به عهده بگیرند، تفکیک کرد. هدف از این تفکیک‌ها کاهش ارتباط بیشتر بین این دو بخش از جامعه است.

حط

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

□ برگزیده اخبار

- در ادامه افزایش فشار بر شهروندان بهائی ایران، مسئولان بهشت زهراي تهران، از دفن درگذشتگان شهروندان بهائی در آرامستان بهائیان تهران (گلستان جاوید) جلوگیری کرده اند.
- حسین بالاخانی عیسی لو، مصطفی پروین، مرتضی پروین، حامد حیدری باریس، محمد جولانی اوجاق، پرویز سیابی گرجان، سبحان بخشی، مهدی هوشمند، بهمن خیرجو، مجتبی پروین، عسگر اکبرزاده خضرآبادی و سجاد جولانی اوجاق، ۱۲ تن از فعالین ترک (آذربایجانی) طی ابلاغیه‌ای الکترونیکی به شعبه ۱۰ بازپرسی دادرسی عمومی و انقلاب شهرستان اردبیل احضار شدند.
- ۱۷ تن از زندانیان سیاسی و عقیدتی زندان‌های اوین و رجایی‌شهر، با حضور در دفاتر بندهای این زندان‌ها نسبت به نگهداری متهمان در سلول‌های انفرادی، اعلام شکایت کردند. در این دادخواست زندانیان با استناد به رای وحدت رویه دیوان عدالت اداری در سال ۸۲ و قانون آئین دادرسی کیفری، نگهداری زندانیان در سلول انفرادی را "مصادق بارز شکنجه" و امری غیرقانونی عنوان کردند و خواهان رسیدگی به این موضوع شدند.
- ۳۴ نفر از بازداشت‌شدگان حادثه دیده چهارشنبه آخر سال در مشهد برخلاف اصل حفظ کرامت انسانی توسط نیروهای انتظامی در سطح این شهر گردانده شدند.
- دو زندانی در زندان اراک، در یک پرونده مشترک توسط شعبه اول دادگاه کیفری یک این شهر از بابت اتهام «سب‌نبی» به اعدام محکوم شدند.
- سعید افکاری، برادر وحید و حبیب افکاری، زندانیان سیاسی زندان عادل آباد شیراز از برگزاری جلسه بازپرسی در ارتباط با شکایت برادران افکاری از بابت ضرب و شتم، نگهداری بلندمدت در سلول انفرادی و همچنین تهدید به قتل توسط دو تن از مقامات خبر داده است. به گفته وی، این جلسه با حضور وحید افکاری بدون دسترسی به پرونده و اسناد نقض حقوق متهمان برگزار شده است.
- میلاد ناظری و سید شیر حسین نیک، فعالان دانشجویی، توسط دادگاه کیفری ۲ شهرستان شاهرود مجموعاً به ۷۲ ضربه شلاق محکوم شدند.
- انفجار یک شی مشکوک به گلوله خمپاره در روستای بشنان شهرستان بافت واقع در استان کرمان، منجر به کشته شدن دو تن و زخمی شدن یک کودک شد.
- سینا شکیب دانشجوی ترم ۴ رشته آمار و کاربردها در دانشکده ریاضی و کامپیوتر خوانسار دانشگاه اصفهان، به دلیل اعتقاد به آئین بهائی از این دانشگاه اخراج و از ادامه تحصیل محروم شد.
- شورانگیز بهامین، رویا آزاد خوش، مریم خورسندی، سارا شکیب، فیروزه راستی نژاد، ساناز راسته، آریتا رضوانی، مژگان پورشفیع، نسرين خادمی، نوشین همت و شعله آشوری، ۱۱ شهروند بهائی اهل بهارستان اصفهان در بازداشت و بلا تکلیفی بسر می‌برند. از این میان شعله آشوری و سارا شکیب از زمان بازداشت هیچ تماسی با خانواده خود نداشته اند. ۹ تن از این شهروندان روز یکشنبه ۵ اردیبهشت ماه و دو تن دیگر

ماهانامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

- در تاریخ ۱۰ و ۱۵ اردیبهشت ماه توسط نیروهای امنیتی بازداشت شدند. طی این مدت منازل دستکم ۲۹ خانواده بهائی توسط نیروهای امنیتی تفتیش و بسیاری از لوازم شخص آنان ضبط شده است. بازرسی منازل و بازداشت این افراد غالباً با خشونت و گاهی با ضرب و شتم همراه بوده است.
- حجت لطفی، اسماعیل نریمان‌پور، محمدعلی ترابی و علیرضا ورک شاه نوکیشان مسیحی که روز دوشنبه ۳۰ فروردین‌ماه، توسط نیروهای امنیتی در دزفول بازداشت شده بودند به صورت موقت از اداره اطلاعات دزفول آزاد شدند.
- نازنین زاغری رتکلیف، شهروند ایرانی بریتانیایی در پرونده جدیدش توسط شعبه ۱۵ دادگاه انقلاب تهران به تحمل یک سال حبس تعزیری و یک سال ممنوع الخروجی محکوم شد.
- یک مرد در کرج که متهم به آزار جسمی و قتل فرزند خوانده خود است، بازداشت شد. جسد کودک مذکور بهمن ماه سال گذشته در یکی از خیابان‌های سهرابیه مهرشهر کرج کشف شده و پزشکی قانونی آثار سوختگی با سیگار و اعمال ضرب و جرح را تایید کرده است.
- امیرعباس دهباشی نژاد، خبرنگار بوشهری روز یکشنبه ۵ اردیبهشت‌ماه از زندان بوشهر آزاد شد. آقای دهباشی نژاد پیشتر با شکایت معاون عمرانی استاندار و استانداری بوشهر توسط دادگاه کیفری ۲ بوشهر به ۲۱ ماه حبس و ۳۰ ضربه شلاق محکوم شد و این حکم عیناً به تایید دادگاه تجدیدنظر استان بوشهر رسید.
- حکم اعدام یک زندانی که پیشتر از بابت اتهامات مرتبط با مواد مخدر به اعدام محکوم شده بود، در زندان سبزوار به اجرا درآمد.
- بنا بر گفته امجد حسین پناهی برادر رامین حسین پناهی زندانی سیاسی اعدام شده، به دستور وزارت اطلاعات کماکان گذرنامه پدر و مادرش توقیف است.
- یک دختر نوجوان اهل شهرستان پیرانشهر از طریق حلق آویز کردن خود اقدام به خودکشی کرد و جان خود را از دست داد.
- آرش صادقی، زندانی سیاسی از زندان رجایی شهر کرج آزاد شد.
- زینب علی پور شهروند ساکن بهبهان، طی ابلاغیه ای به دادرسی عمومی و انقلاب این شهر احضار شد.
- بتول امینی ده‌یادگاری، شهروند و معلم ساکن مشهد روز پنج‌شنبه ۹ اردیبهشت‌ماه با تودیع قرار وثیقه به صورت موقت و تا پایان مراحل دادرسی آزاد شد.
- فرزانه انصاری فر، شهروند ساکن بهبهان و خواهر فرزاد انصاری فر، یکی از جانب‌باختگان اعتراضات آبان ۹۸، طی ابلاغیه ای به دادرسی عمومی و انقلاب بهبهان احضار شد.
- منوچهر بختیاری، پدر پویا بختیاری، از جان باختگان اعتراضات سراسری آبان ۹۸، توسط نیروهای امنیتی در منزل شخصی خود بازداشت شد.
- سمیه کارگر، دانش‌آموخته رشته فلسفه دانشگاه تبریز، روز چهارشنبه ۸ اردیبهشت‌ماه، با تودیع قرار وثیقه از زندان قرچک ورامین آزاد شد.
- یک دختر نوجوان در شهرستان دیواندره واقع در استان کردستان که به تازگی ازدواج کرده بود، دست به خودکشی زد و جان باخت.
- علیرغم سپری شدن دو هفته از بازداشت وحید دانا و سعید عابدی، دو شهروند بهائی در شیراز، این شهروندان کماکان به

صورت بلاتکلیف در بازداشتگاه اداره اطلاعات موسوم به پلاک ۱۰۰ بسر می برند.

- مدیرکل بهزیستی استان یزد از ثبت ۴ هزار و ۹۸ مورد کودک آزاری در طی سال گذشته در این استان خبر داد.
- جلسه دادگاه رسیدگی به اتهامات ناهید تقوی، سمیه کارگر، بهاره سلیمانی، نازنین محمدنژاد، مهران رئوف و الهام صمیمی در شعبه ۲۶ دادگاه انقلاب تهران برگزار شد.
- حامد عاشوری، نوکیش مسیحی توسط دادگاه انقلاب کرج به ۱۰ ماه حبس محکوم شد.

● رضا طالبیان جلودارزاده، روزنامه نگار محبوس در زندان تهران بزرگ از صبح روز چهارشنبه ۸ اردیبهشت ماه، در اعتراض به عدم رسیدگی به خواسته هایش دست به اعتصاب غذا زد.

- مسئول روابط عمومی سپاه همدان از احضار و بازداشت ۸ تن از هواداران عرفان حلقه در این استان خبر داد.
- دادستان عمومی و انقلاب شهرستان مهریز در استان یزد از صدور حکم قطعی شلاق برای یکی از اعضای شورای اسلامی این شهرستان خبر داد. این متهم در کنار سایر مجازات ها به تحمل ۷۴ ضربه شلاق محکوم شد.

● سه متهم در تهران از بابت اتهام سرقت در کنار سایر مجازات ها به تحمل ضربات شلاق محکوم شدند.

- غسل محمدی، هیراد پیربدایی و سعید ملایری شب شنبه ۱۱ اردیبهشت ماه از بازداشتگاه پلیس امنیت تهران آزاد شدند. این شهروندان روز گذشته در جریان تجمع روز جهانی کارگر در مقابل وزارت کار در تهران بازداشت شدند. هیراد پیربدایی، روز شنبه ۲۵ اردیبهشت ماه پس از حضور در اداره پلیس امنیت گیشا بازداشت و جهت تحمل دوران محکومیت خود به زندان اوین منتقل شد.

● رضا زعیمی، نوکیش مسیحی طی ابلاغیه ای جهت تحمل دوران محکومیت خود احضار شد.

- یک نوجوان ۱۶ ساله در آبادان از طریق حلق آویز کردن، اقدام به خودکشی کرد و جان خود را از دست داد.

● سمکو معروفی به یک سال حبس تعزیری و ۲ سال ممنوعیت خروج از کشور محکوم شد.

- پس از شش روز، پیکر بی جان میلاد روشنائی و سید اصغر افضلی دو معدن کار محبوس در تونل ۴۲ معدن زغال سنگ طزره دامغان سمنان پیدا شد.

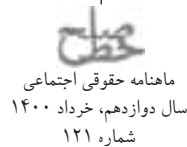
● طبق آمار منتشر شده توسط مرکز آمار ایران، طی سال ۹۸، تعداد ۸۱ هزار و ۶۲۴ مورد همر آزاری توسط پزشکی قانونی کشور مورد معاینه قرار گرفتند.

- با گذشت نزدیک به یک سال از تصویب قانون تابعیت فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی، تنها برای ۵۷۰ نفر از میان بیش از ۸۶ هزار کودک، شناسنامه صادر شده است.

● درخواست اعاده دادرسی پرونده مسعود مصاحب، شهروند دوتابعیتی ایرانی-اتریشی محبوس در زندان اوین، از سوی شعبه ۴۱ دیوان عالی کشور پذیرفته شد.

- فاطمه مثنی از زندان اوین به مرخصی درمانی ۲ ماهه اعزام شد.

● همزمان با آغاز موج جدید فشارهای امنیتی و قضایی بر شهروندان بهائی در شهرهای مختلف کشور، صدا و سیما جمهوری اسلامی در یک برنامه تلویزیونی که با حضور مهمانان برنامه پخش شده است اقدام به نفرت پراکنی و طرح مطالبی علیه پیروان این آیین کرده و در قالب یک تریبون یک طرفه،



عقاید و باورهای مذهبی این جامعه را دستمایه هجمه کرد.

- شهناز ثابت، شهروند بهائی ساکن شیراز، روز یکشنبه ۱۲ اردیبهشت ماه، از زندان عادل آباد شیراز آزاد شد.
- منیره عربشاهی، فعال مدنی زندانی روز دوشنبه ۱۳ اردیبهشت ماه از زندان کجویی کرج به مرخصی درمانی اعزام شد.

● سپنتا نیکنام عضو پیشین شورای شهر یزد و کاندیدای ششمین دوره انتخابات شورای شهر تهران، از رد صلاحیت شدن خود در انتخابات شورای مذکور به دلیل عدم التزام به اسلام خبر داد.

- شکیلا منفرد، زندانی سیاسی که دوران محکومیت ۴ سال و دو ماهه خود را در بند زنان زندان اوین سپری می کرد، روز یکشنبه ۱۲ اردیبهشت ماه به زندان قرچک ورامین تبعید شد.
- معین محمدی، شهروند بهائی اهل یزد روز پنجشنبه ۱۶ اردیبهشت ماه، طی احضاریه ای جهت تحمل دوران محکومیت خود به واحد اجرای احکام دادگاه انقلاب یزد احضار شد.

● صبا کردافشاری، فعال مدنی محبوس در زندان قرچک ورامین از روز شنبه ۱۸ اردیبهشت ماه اقدام به اعتصاب غذا کرد.

- اکبر شب زنده دار، کبری محمدی، حنیف شب زنده دار و سعید شب زنده دار، چهار عضو یک خانواده در کاشان، توسط دادگاه انقلاب این شهر مجموعاً به ۳۴ سال حبس و ۶ سال تبعید محکوم شدند.

● سیامک مقیمی، زندانی سیاسی و یکی از بازداشت شدگان اعتراضات سراسری آبان از زندان تهران بزرگ آزاد شد.

- علیرضا فاضلی منفرد، جوان همجنسگرای اهوازی در تاریخ ۱۴ اردیبهشت ماه به قتل رسید. روز جاری سازمان عفو بین الملل با اشاره به اینکه باوجود سپری شدن ۱۰ روز، عوامل قتل این جوان ۲۰ ساله کماکان بازداشت نشده اند خواهان برقراری عدالت در خصوص علیرضا فاضلی منفرد و ارج نهادن به کرامت انسانی در خصوص سایر اقلیت های جنسی و جنسیتی در ایران شد.

● حکم یک زندانی که پیشتر از بابت اتهام «زنای به عنف» به ۳ بار اعدام محکوم شده بود در زندان عادل آباد شیراز به اجرا درآمد.

- امین ماسوری، نویسنده، پژوهشگر و ایده پرداز هنر ساکن خرم آباد، توسط دادگاه تجدیدنظر استان لرستان به ۹ ماه حبس تعزیری و پرداخت جزای نقدی محکوم شد.

● محسن لرستانی، خواننده پاپ با تودیع قرار وثیقه از زندان آزاد شد.

- آتسا احمدآئی رفسنجانی، شهروند بهائی ساکن تهران توسط شعبه ۲۶ دادگاه انقلاب این شهر به ۸ سال حبس تعزیری محکوم شد.

● علیرضا علینژاد، زندانی سیاسی محبوس در زندان اوین به مرخصی کوتاه مدت اعزام شد.

- دادستان نظامی استان سیستان و بلوچستان ضمن تایید خبر مرگ کودک ۵ ساله بر اثر تیراندازی مأمورین انتظامی شهرستان ایرانشهر، از احضار و بازداشت مأموران متخلف خبر داد.

● دستکم ۲۶ شهروند در شهرهای اهواز و ماهشهر بازداشت و شماری دیگر نیز توسط نهادهای امنیتی احضار شدند.

- یک زن اهل اسفراین، پس از خوراندن قرص برنج به فرزند ۸ ساله و خفه کردن نوزاد دو ماهه خود، اقدام به خودکشی کرد.



خشکسالی بی سابقه در ایران؛

سرآغاز بحرانی عظیم و لاینحل در کشور



کیومرث امیری، روزنامه نگار



را به طور کلی با تغییر و بحران روبرو و به این شیوه نابود کرد تا جایی که دیگر به آسمان هم نمی شود امید داشت و هیچ دادرسی هم نیست.

ته قلبش می گوید آسمان هم با ما قهر کرده است و دیگر نمی بارد. با دنیایی از حسرت و اندوه بار دیگر کشتزارها را از نظر می گذرانند، فاجعه ای هولناک و یک تراژدی دردناک و وصف ناشدنی در اینجا در حال وقوع است. این را مرد دهقان که همه ی امیدش برای معاش را از دست داده است بیشتر از هر کسی می فهمد و بو می کشد و با تمام وجودش حس می کند. ناامیدانه راه خانه را پیش می گیرد و خاموش می گرید و می رود تا فردای بی نان و آذوقه ای خود و خانوارش و میلیون ها چون خود را به عزا بنشینند.

فلات بزرگ و باستانی ایران در طول تاریخ بارها و بارها خشکسالی را به خود دیده و تجربه کرده است. خشکسالی های موقت، طولانی و گاه و بی گاه. سابقه این معضل تا جایی هست که پادشاهان و بزرگان ایران باستان را به نیاش و درخواست از درگاه اهورا مزدا داشته است تا سرزمین ایران را از خشکسالی و دروغ محفوظ نگه دارد.

خشکسالی و دروغ دو مصیبت بسیار خطرناک به حال زمین و بشریت. دو پدیده ی شومی که در این برهه ی تاریخ نزدیک به نیم قرن است تمامیت سرزمین ایران را با مردمانش به ستوه آورده و به سقوط قهقهر کشانده است.

دهقان پیر با قامتی خمیده و دستهای پینه بسته بر روی تپه ی مشرف به مزرعه گندمش ایستاده و با حسرت و حیرت دشت را به تماشا نشسته است. تا چشم کار می کند مزارع گندم و جو است که به خاطر کم آبی و عدم بارش در فصل بهار از سبزی به زردی گرائیده و در حال خشکیدن و نابودی است. لکه های ابر که در آسمان هویدا می شوند جرقه امیدی به دل پیرمرد راه می یابد و بی اراده با خودش می گوید: یعنی می شود ببارد؟! ولی بهار است و هفته هاست که از باران خبری نیست.

دیدن مزارع تشنه بار دیگر زخم دلش را تازه می کند. آه بلندی می کشد و به اطراف چشم می گرداند تا چشم کار می کند مزارع جو و گندمی است که به دلیل بی آبی به زردی گرائیده و آخرین رمقشان را از دست داده اند و در حال خشکیدن و از بین رفتن هستند. دیدن این صحنه مرد دهقان را سخت رنج می دهد. رنجی که تا عمق جاننش را می آزارد. آه خدایا! آن همه رنج و تلاش، آن همه دوندگی و هزینه کردن زمان کشت و اکنون حاصل سوخته و بی ثمری است که او و میلیون ها کشاورز دیگر چون او را به خاک سیاه نشانده است!

یادش میاد اگر زمین هایشان دیم نبود و یادش میاد کاش آن سد زده می شد و کاش این چاه حفر نمی شد و و این دست کاری های ناشیانه که در طول نیم قرن اکوسیستم منطقه



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

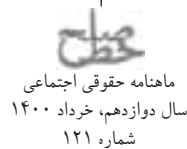
تاریخ گواه بر این مدعاست که همه‌ی آن خشکسالی‌ها با تلاش برخی دولت‌مندان و تدبیر مردم تلاشگر و با تجربه ایرانی به نیکی از سر گذرانده شد بدون آنکه خسارات سنگینی را باقی بگذارند و در تعریف دیگر با همت و تدبیر ایرانیان راستین آن خشکسالی‌ها مهار شدند و سال‌های پر از خیر و برکت و باران خیز باز از راه رسیدند و مملکت ایران نجات یافت از خشکسالی و از یاس و ناامیدی مردمانش.

اما این بار و در این نیم قرن اخیر گویی این مصیبت بزرگ دست بردار از سر ایران زمین و مردمانش نیست. مصیبتی که همراه با مشکلات گرم شدن زمین و دروغ‌های شاخدار سردمداران و مسئولین و مهندسین کذا و کذا و ناشی‌کاری‌های ناممعماران نان به نرخ روز خور نزدیک به نیم قرن متوالی است ادامه دارد و در سال زراعی جاری خشونتش را به تام و تمام نشان داده چرا که کشاورزان تقریباً سراسر کشور دانه‌ای حتی از کشته‌های خود برداشت نکردند و هر چه کاشته بودند درست در زمانی که چیزی به برداشتشان نمانده بود به دلیل عدم بارنگی در بهار نیست و نابود شد و از بین رفتند. دهقانانی که زردی کاشتند تا سبزی درو کنند حال با خاک سیاه مواجه شدند و آه از نهادشان برآمده است بی‌آنکه دادرسی داشته باشند.

گذری بر بخش کشاورزی و آب و هوایی ایران طی نیم قرن گذشته

گذری بر بخش کشاورزی و آب و هوایی ایران طی نیم قرن گذشته گویای این واقعیت تلخ و نگران کننده است که فلات ایران به دلایلی که به طور مختصر به دنبال خواهد آمد در مرز نابودی و عدم امکان زندگی در آینده نزدیک در آن طبق نظر کارشناسان قرار دارد.

طی حدود نیم قرن گذشته شاهد آن بودیم با از بین رفتن و سقوط سلسله پهلوی و روی کار آمدن جمهوری اسلامی در ایران تمامی طرح‌های مطالعه شده و حتی در دست اجرا در بخش آب و خاک و کشاورزی با عنوان طرح‌های طاغوتی از دید انقلابیون؟! و تازه به دوران رسیده‌ها کنار گذاشته شد و به باد فراموشی سپرده شدند و سپس بعد از آنکه تا سال‌ها از گذشت انقلاب اسلامی و در تمام طول هشت سال جنگ ایران با عراق کوچک‌ترین طرح و برنامه و حتی نگاهی به بخش مهم آب و هوایی و کشاورزی در کشور وجود نداشت و این بخش به طور کلی از یاد رفته و رها شده بود و اصولاً مسئولین جمهوری اسلامی ارزش و اهمیتی برای این بخش قائل نبودند و شاید هم به مخیله آنها راه نیافته بود اما در پایان جنگ، بخش کشاورزی کمابیش مورد توجه مسئولین قرار گرفت آن‌هم نه با دیدی تخصصی و جدی بلکه بیشتر با نگاهی سیاسی و باری به هر جهت به سراغ بخش کشاورزی آمدند؛ آن‌هم نه با در نظر گرفتن جمیع جهات آب و خاک



و هوا بلکه به طور ناشیانه و آنچه نبایست اتفاق بیافتد اتفاق افتاد. به این معنی که علیرغم آنکه خشکسالی در هر کجا که اتفاق بیافتد عوامل متفاوتی دارد ولی در ایران عمده‌ترین عوامل خشکسالی دخالت انسانی بوده و دست‌اندازی در آب و خاک زیر سایه مدیریت ناکارآمد و غیر متخصص و بدتر از آن با نگاه سیاسی و غیرمسئولانه و متاسفانه رانتی و بدون نظارت به این بخش بسیار مهم و حیاتی پرداخته شده است که نتیجه آن به همراه خشکسالی به بحران بزرگ بی‌آبی در کشور منجر شد. این ضایعه که بهتر است از آن با عنوان فاجعه یاد کرد بسیاری از کارشناسان متعهد را به این نتیجه تلخ و دردناک رسانده است که اعلام کنند با ادامه شرایط موجود در آینده نه چندان دور زندگی در فلات ایران غیرممکن خواهد بود و در این رابطه به خشک شدن سه چهارم از دشت‌های ایران طی چهار دهه گذشته و نابودی دستکم چهار دشت بزرگ کشور اشاره می‌کنند. تا جایی که در شرایط فعلی کشور نه تنها با مشکل و کمبود شدید آب کشاورزی مواجه بوده بلکه برای تامین آب آشامیدنی نیز هم اکنون علاوه بر قطعی آب مکرر در بیشتر شهرها به بسیاری از شهرهای کوچک و روستاها نیز با تانکر آبرسانی می‌شود و مردم در مضیقه قرار دارند.

حال چرا و چگونه کشور با این همه امکانات و این وسعت و با ۸۵ میلیون نفر جمعیت به چنین سرنوشتی دچار شد و هنوز بررسی دقیق و علمی صورت نگرفته است ولی آنچه آشکار است و از چشم پنهان نبوده و از نظر کارشناسان دور نمانده است عمق فاجعه‌ای است که طی این سال‌ها بر محیط زیست و آب و هوای ایران و کشاورزی آن رفته است.

متاسفانه پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ و روی کار آمدن انقلابیون مسلمان به فرمان آیت‌الله خمینی ارگانی به نام جهاد سازندگی در موازات با وزارت کشاورزی به وجود آمد و تشکیل شد. این ارگان که فعالیتش با نیروهای انقلابی و غیر متخصص به امور کشاورزی تشکیل شد بی‌محابا و لجام گسیخته به دخالت در امور آب و خاک و زمین و کشاورزی پرداختند و با دستکاری و دخالت همه‌جانبه و غیر تخصصی در همه امور ابتدا و قبل از هر چیز با رها کردن آب‌های سطحی و قنوت و رودخانه‌ها سیاست استفاده از سفره‌های آب زیرزمینی را برای استفاده در بخش کشاورزی و آشامیدنی پیش گرفتند و دولت‌های وقت نیز برای نیل به خودکفایی خیالی وزارت کشاورزی را هم ملزم به پیروی از چنین سیاست غلط و اشتباهی در این بخش کردند. لذا چاه‌های عمیق و نیم‌عمیق در کوتاه مدت و با سرعت در سراسر دشت و دمن‌های کشور و با هزینه‌های گزاف برای کشاورزان حفر شد؛ تا جایی که حتی کشاورزان را با پرداخت وام تشویق و حتی مجبوز به حفر چاه کردند و

و اختلاف و جنگ و درگیری بین کشاورزان ساکن این مناطق را به روندی دائمی دامن زده است و در نقاطی شور شدن آب مناطق را باعث شده است.

امروزه با نگاهی کلی به کلیت وضع آب و هوایی ایران متأسفانه به این نتیجه تلخ و نگران‌کننده می‌رسیم که به دلیل مدیریت ناکارآمد و غیر مسئول جنگل‌های وسیعی در کشور که در خنک نگه داشتن منطقه نقش بزرگی داشتند، نابود شده و رودخانه‌های بزرگ خشکیده و از جریان افتاده‌اند؛ دریاچه‌های زیادی برای همیشه خشک شده‌اند که مرگ آبزیان و نابودی نسل بسیاری از پرندگان را به دنبال داشته است. منابع طبیعی کشور و هزاران گونه گیاهی و جانوری در کشور دچار خسارات‌های جبران‌ناپذیر و اکثراً نابودی دائمی شده و امید ملت را به ناامیدی تبدیل کرده و نتایج اندوه‌بار نداشتن امید به زندگی در کشور را تا درجه زیادی کاهش داده است؛ تا جایی که می‌توان گفت این امر یعنی از عوامل عمده خودکشی‌ها، فقر و اعتیاد در جامعه و بسیاری ناهنجاری‌های اجتماعی شده است.

امروزه کارشناسان و صاحب‌نظران آمار و اطلاعات بسیار نگران‌کننده‌ای از وضعیت آب و هوایی و کلیت زندگی ملت را اعلام می‌دارند و در زمینه‌ی آب که مایه اصلی حیات است متعقدند ایران به مرز ورشکستگی آب رسیده است و آینده بسیار نگران‌کننده‌ای در پیش رو دارد.

با این حال متأسفانه هیچ اراده‌ای در جهت توجه و برنامه‌ریزی برای نجات این فلات بزرگ و ساکنانش از این مصیبت و مشکل عظیم وجود ندارد.

محیط

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

این امر باعث شد کشاورزان نگاه خود را به طور کلی از استفاده از آب‌های سطحی و رودخانه‌ای بردارند و تمامی تلاششان را در جهت حفر چاه‌های عمیق و نیم‌عمیق که گاه تا عمق ۶۰۰ متر هم پیش رفت و متأسفانه با آبیاری به شیوه سنتی معطوف دارند و به این شکل استفاده از سفره‌های آب زیر زمینی بی ضابطه و بی حد و مرز سال‌های طولانی ادامه یافت تا جایی که امروزه کارشناسان متعقدند بیش از ۸۰ درصد از سفره‌های آب زیر زمینی کشور از بین رفته، امری که غیر قابل جبران است و خشکی منطقه و رانش زمین و بسیاری مشکلات و معضلات محیط زیستی و آب و هوایی را در پی داشته و خواهد داشت.

از سوی دیگر دولت سازندگی هاشمی رفسنجانی؟! با اقدام به سد سازی در سطح وسیع و آن‌هم زیر نظر نیروهای غیر متخصص و ناکارآمد نظامی سپاه پاسداران و با دخالت مستقیم نظامیان که صد درصد مطالعه و اجرای سدسازی‌ها را عهده‌دار شدند و بدتر از آن با نگاه سیاسی و خودی و غیر خودی به استان‌ها، آب رودخانه بزرگ زاینده‌رود را به سمت کویرهای یزد هدایت کردند و زاینده‌رود بر اثر آن خشکیده شد و یا آب رودخانه سیروان در استان کردستان را با صدها کیلومتر فاصله با ایجاد ستون‌هایی به طول شصت کیلومتر و لوله‌گذاری‌های طولانی و ایستگاه‌های پمپاژ متعدد و با هزینه‌های زیاد به دشت عباس در جنوب کشور هدایت کردند و مسائل دیگری که جای بحث آن‌ها در اینجا نیست؛ متأسفانه این امر باعث تغییرات وسیع در اکوسیستم مناطق وسیعی از کشور شد و نتایج آن خشکسالی‌های غیر طبیعی و نابودی و خشکیدن دریاچه‌ها و رودخانه‌ها و صدها سراب و قنات و چشمه‌ها را به دنبال داشت و اعتراضات گسترده





سنگسار در قانون مجازات اسلامی ایران و مبانی حقوقی و فقهی آن در اسلام (بخش دوم) آمنه آبیاری، حقوقدان و محقق



توریه تصویب کرد.

اما تمامی تفصیلات مربوط به رجم را در قانون م-ا به استثنای مواد امنیتی به ضرر نیروی انتظامی خود یعنی کشتن هنگام دفاع از نفس به وسیله مردم را تصویب نمود و به قوت خود باقی نهاد. و مادّین منسوخ از ق-م-ا سال ۷۰ ضمن ۷ ماده مارالذکر به شرح ذیل است:

ماده ۶۲۶ منسوخه ق-م-ا ۷۰ می‌گوید: دفاع از نفس و مال و... ولو اینکه از مامورین دولتی صادر گردد جایز خواهد بود.

ماده ۶۲۶: هرگاه... بر حسب ادله و قرائن که عملیات آنها (نیروی انتظامی و دیگر ضابطین دادگستری) موجب قتل یا جرح و تعرض به عرض و مال گردد در این صورت دفاع در مقابل آنها نیز جایز است.

چرا که در همین قانون نسخ و اخیر یعنی ق-م-ا سال ۹۲ نیز مفهوم مهدورالدم بودن (که مربوط به قتل‌های خودسرانه) منصوص ماده ۳۱۳ ق-م-ا... کماکان مشخص ننموده است و مجازات آن را به ۳ تا ۵ سال حبس تعزیری می‌داند. قتل‌های خودسرانه‌ای که به وسیله ایادی خود در مقابل اعتراضات و وضعیت‌های خاص امنیتی آتش به اختیار به دستور رژیم انجام می‌دهند.

لذا می‌بینیم که سراسیمه در سال ۱۳۹۷ با سابقه امنیتی و جو و فضای مردم‌هراسی که از قیام و شورش دی ماه ۱۳۹۶ به وجود آمده و حاکم شد قانون مستبدانه و غیر

فضا و جو امنیتی تصویب ق-م-ا ۹۲ و ماده واحده دائمی شدن آن مصوب سال ۹۷: قانون م-ا در جو و فضای امنیتی و مردم‌هراسی بررسی و تنظیم شد، جوی که از اعتراضات و شورش‌های مردمی و دانشجویی سال ۷۸ و ۸۸ بر علیه رژیم سرچشمه می‌گرفت که رژیم با آنان برخورد سرکوبگرانه کرد و آنان را «مشتی‌خس و خاشاک» و اغتشاشگر نامید. در این بین تعدادی از نیروهای انتظامی را از دست داده بود که به موجب قانون م-ا سال ۷۰ ماده ۶۲۶ و ماده ۶۲۸ چنانچه مردم در دفاع از نفس عملی انجام داده‌اند و ادله مثبته باشد مردم محاکمه و قصاص نمی‌شوند و این موارد مردم را فعالتر و مطمئن‌تر به میدان اعتراضات و شورش‌ها می‌کشاند و اینجا رژیم علیرغم سیطره مستبدانه خود در سرکوب بی‌محابای مردم اما می‌دید که بعضی از قوانین دست و پا گیر وی است؛ لذا در همان قانون م-ا ۹۲ که مسئله سنگسار را کم‌رنگ‌تری یک یا چند ماده مختصر نمود اما در ماده ۸۲۸ همان قانون، آن را نسخ قانون قبلی م-ا سال ۷۰ به استثنای مواد ۶۲۵ تا ۶۲۹ و مواد ۷۲۶ تا ۷۲۸ کرد و در ضمن آن مواد منسوخه همین مادّین کشتن نیروی انتظامی برای دفاع از نفس (۶۲۸ و ۶۲۸ ق-م-ا-سال ۷۰) موجود است که رژیم با اطمینان بیشتر با جرائم سیاسی برخورد کند. در همین جو قانون و ماده مربوط به رجم و سنگسار مختصر و به



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

عادلانه مزبور را طی ماده واحده دائمی شدن قانون مجازات اسلامی ایران مصوب ۹۲ از تصویب مجلس گذرانده‌اند و دیگر رژیم ق-م-ا به اسم آزمایشی و موقت ندارد. برای بهتر نشان دادن جو امنیتی و فضای مردم هراسی رژیم هنگام تنظیم و تصویب ق-م-ا ۹۲ به بررسی موردی ۱۸۶۹ گزارش سال ۹۲ (به نقل از کمپین فعالین بلژیک) تعداد ۱۳۶۱۶۴۴ مورد نقض حقوق بشر در ایران گزارش شده است که ۳۶۲۳۸ مورد آن نقض مستقیم حقوق بنیادین بشر با حضور آمر در تطبیق با اعلامیه حقوق بشر و تعداد ۱۳۲۵۴۰۶ مورد آن نقض حقوقی است که در وجود معاهدات بین المللی نقص بنیادین حقوق است.

و نیز مشکلات اقتصادی ناشی از تحریم ها -درگیری های مرزی - اختلافات جناح های چپ و راست کشور که به میان مردم عموماً و موسم انتخابات ۹۲ خصوصاً کشیده شده که ابستن حوادثی چون حوادث ۷۸ و ۸۸ میشد ... و ازدیاد دستگیری ها و بازداشتها و زندان شکنجه و اعدام رژیم را در جو و فضای امنیتی و مردم هراسی واداشت که قانون مستبدانه و انچنان غیر عادلانه تنظیم نماید.

شیوه ی جرم نگاری و ازدیاد عناوین مجرمانه در قانون مزبور:

شیوه ی جرم نگاری رژیم قرون وسطایی نظام ایران شیوه ی دادگاه های تفتیش عقاید (انگیز یسیون) دوران تاریخ کلیسای غرب است که جامعه را ذاتا گناهکار میداند جامعه ای که پیامبری برای پاک کردن گناهان آنان به دار اوخته و در طول دوران تحریف عقاید خود مریم مادر پیامبر خود را که باکره بود در شورای نیقه اعلام کردند که وی نیز از گناه عمومی پاک نیست و وی معصوم نیست و بر اساس این استدلال بر مردم جهت پاک شدن قوانین و مقررات سخت اجتماعی و اقتصادی و قضایی که شامل چگونگی زندگی کردن آنان و نیز مالیاتهای سنگین و احکام شاق اعدام حتی بوسیله ی آتش سوزی برای دانشمندان کیمیا - کیمیاگران که آنان را «جادوگر» می نامیدند و سنگسار برای زناکاران... وضع نموده بود. این شیوه همان شیوه ی ارتجاعی نظام ایران است که غیر از خدا و نمایندگان خدا و امام و نمایندگان بر حق آنان مثل ولی فقیه هیچ کس پاک نیست و انرا در حد پیامبر می‌رسانند (به سخنان اطرافیان ولی فقیه ایران مراجعه شود.) و اصل را بر گناهکار بودن مردم و نه بری بودن گذاشته اند. به نحوی که اتهامهای - مفسد فی الارض - محارب - باغی - ضد انقلاب سب معصومین و غیره... از اتهامها و برجسب های سهل و آسان آنان است به اشخاص «مبتلی به» این عناوین مجرمانه

هستند به نحوی که به نقل از منابع خود رژیم مثل روزنامه همشهری مورخ ۱۴/۱۰/۱۳۹۵ مندرج در خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) به تاریخ ۲۱/۹/۱۳۹۸ عناوین مجرمانه بیش از ۱۸۰۰ جرم ذکر نموده است و جدیداً در این قانون رمالی و فال گیری و جعل آرای مراجع قضات - بدعت در دین - ارتداد بدون استتابه (حکم اعدام برای مرتد بدون بازگشت)، جن گیری و... نیز اضافه شده است.

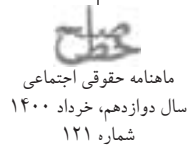
عدم محدودیت دایره جرم نگاری نظام قضائی ایران:

اما قانون گذار برای اینکه احیاناً متهمی از دستگاه قضائی به قول آنان قسر در نرود دایره جرم نگاری را به وسعت ماده ۲۲۰ ق-م-ا و ماده ۱۶۷ ق.ا می‌دانند چرا که مادتين مذکور در قانون مجازات اسلامی و قانون اساسی ذکر می‌کنند که:

ماده ۲۲۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: در مورد حدودی که این قانون ذکر نشده است طبق اصل یکصد و شصت و هفت (۱۶۷) قانون اساسی ج-ا-ا عمل می‌شود. ماده ۱۶۷ قانون اساسی ج-ا-ا: قاضی موظف است کوشش کند حکم هر دعوا را در قوانین مدونه بیابد و اگر نیابد با استناد به منابع اسلامی یا فتاوی معتبر، حکم قضیه را صادر نماید و نمی‌تواند به بهانه سکوت یا نقص یا اجمال یا تعارض قوانین مدونه از رسیدگی به دعوا و صدور حکم امتناع ورزد.

یعنی هر جا در قضیه‌ای و موضوعی جرم بودن آن در قانون نباشد و قانون در مورد آن ساکت باشد قاضی باید سعی کند با مراجعه به منابع دینی و فتاوی مجتهدین و علم خود (۱) جرم انگاری کند سپس حد و مجازات آن جرم را پیدا کند و حکم را صادر کند! حتی اگر آن حکم به گردن زدن «مسگری در شوشتر» به جای «اهنگر گناهکار در بلخ» باشد. (گنه کرد در بلخ اهنگری ... به شوشتر زدن گردن مسگری).

آیا وسیع تر از این دایره برای آن چنان شیوه جرم انگاری برای تدوین عناوین مجرمانه و مجازاتهای آنها وجود دارد؟ در صورتی که وضع و تصویب این موارد (ماده ۲۲۰ و ۱۶۰ ق-م-ا مصوب ۱۳۹۲) هیچگونه مبنی و وجاهت قانونی ندارد، چرا که جرم و مجازات بایستی قانونی باشد. و این دو ماده با قانونی بودن جرائم (۱) منافات دارد. باز گذاشتن دست قاضی در چنین شیوه جرم انگاری امنیت قضایی شهروندان را دستخوش پریشانی و تزلزل می‌کند. بایستی به موجب قانون شهروند بداند کدام چیز جرم است و مجازات آن چیست تا حق و تکلیف خود را بشناسد و



همینطور مسئولین قضائی نیز به موجب قانون در دادرسی قانون را ملاک قرار دهند. لذا در قانون جدید یعنی همان ق-م-ا مصوب ۱۳۹۲ دائمی شده به موجب ماده واحده مصوب ۱۳۹۷؛ نه تنها رجم حذف نشده بلکه به قوت خود باقی است و علاوه بر آن بر حدود و مجازاتی که قانون ساکت شده است دست قاضی را در وضع قانون جدید برخلاف قاعده قانونی بودن جرائم باز گذاشته شده است.

۳- ماده ۷۲۸ ق-م-ا مصوب ۱۳۹۲ نیز ق-م-ا مصوب ۱۳۷۰ را به استثنای نسخ ۷ ماده تمامی آن را تایید و به قوت خود باقی گذاشته که خود عامل دیگری بر دایره وسیع عناوین مجرمانه است.

نحوه دادرسی و رسیدگی پرونده های سنگسار و رجم:

مثل تمام پرونده های جزائی دیگر از حیث شرایط و اصول دادرسی عادلانه از این شرایط برخوردار نیست و از حیث اینکه جرم زنا نزد دادگاه نظام از کبائر و گناهان کبیره است شدت و غلظت دادگاهی و محاکمه آن را از عدالت دور و خارج کرده است.

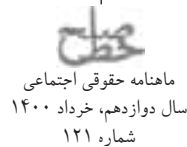
لذا مشاهده می شود با توجه به دو حیث مزبور متأسفانه شدت وحدت و سراسیمگی در رسیدگی به این گونه پرونده ها (سنگسار تا مرگ) به دلیل دادرسی نا عادلانه به احکام ظالمانه و بعضاً اشتباه منجر می شود مانند:

خانم شمامه قربانی (معروف به ملک) زن کرد ایرانی در دادگاه ارومیه که در ژوئن ۲۰۰۶ محکوم به سنگسار شده بود، در نامه به شعبه ۱۲ دادگاه جنائی نوشته می گوید: «از آنجایی که زنی روستایی و بی سواد بودم و از قانون بی خبر بودم، نفهمیدم که چه کردم و فکر کردم اگر اعتراف به ارتباط با مقتول کنم می توانم برادر و شوهرم را از اتهام قتل تبرئه کنم (۲) من صرفاً به این لحاظ حرف های نامربوط در دادگاه زدم و اینک فهمیدم که در حق خود ظلم کردم.» خانم حاجیه اسماعیلوند... او به ترکی سخن می گوید و سواد کافی ندارد و معنای کلمه دخول را نمی دانسته است و گفته است که قاتل قصد تجاوز به وی را داشته است... در جریان دادگاه او کاغذی که حاوی اقرار او به زنا بوده را امضا کرده است! او چند سال را در زندان به دلیل اینکه معنای کلمه «رجم» را نمی دانسته به سر برد... پس از سپری کردن ۵ سال زندان قرار اجرای سنگسار در زندان جلفا صادر شد. که بعد از فشارهای بین المللی و رسانه ای شدن موضوع وی و پیگیری و کیلان ایشان از زنا تبرئه شد و به اتهام مشارکت در قتل محاکمه شد.

۱. الف: اصل ۱۶۷ قانون اساسی: احکام دادگاه ها باید مستند و مستدل به موارد قانونی و اصولی باشد که بر اساس آن حکم صادر شده است.

ب: ماده ۲ ق-م-ا مصوب ۷۰: هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد جرم محسوب می شود.

۲. به دلیل اینکه شاید مشمول قتل در فراش می شدند (ق-م-ا مصوب ۱۳۹۲- ماده ۶۳۰) عین همین ماده در ق-م-ع مصوب سال ۱۳۵۲ ماده ۱۶۹ آمده است البته (این ماده حتی در فقه شیعه نیز هیچ مبنای فقهی ندارد چرا که در این صورت اصل بر قصاص است مگر اینکه دلیل و شهود بیاورد.) ولی به هر حال بهتر از رجم بود.



از موارد نا عادلانه بودن محاکمات ایران می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- فقدان دسترسی به مشاور حقوقی و وکیل انتخابی
- خشونت و بد اخلاقی با متهمان در بازداشتگاه قبل از محاکمه
- استفاده از اقرارهای دروغین اخذ شده در زندان و بازداشتگاه با زور و فشار و شکنجه
- به کارگیری امکانات امنیتی در بازداشتگاه های تحت کنترل وزارت اطلاعات و سپاه بر علیه متهم
- محرومیت از حقوق ابتدایی تظلم مثل حق احضار شاهد و حتی ارائه مدارک در جریان دادرسی در مهلت های مقرر
- محروم بودن متهمان از زمان و فرصت کافی برای دفاع از خود.
- زندانی کردن خویشان و نزدیکان متهم عموماً و حتی وکلای مدافع آنان خصوصاً در صورت اعتراض و کلاً به جریان ظالمانه دادرسی
- تلقین و القای مطالب بر علیه متهم در مراحل دادرسی از جانب قضات ایستاده [۱]
- عدم توجه به موارد عدم صلاحیت دادرسی در رسیدگی به پرونده های سیاسی یا پرونده های مرتبط به موضوع سیاست بدلیل انتساب و بی طرف بودن آنها در موضوع یا اطراف پرونده ها
- فرمایشی بودن محاکمات چرا که پرونده های سیاسی قبلاً در جلسات مشورتی دادرسی های ایستاده و نشست بوسیله گزارشهای کانالهای اطلاعاتی و انتظامی خود بدون حضور وکلای و اطلاع موکلین تکمیل و تصمیم گیری میشوند.
- عدم رعایت اصول دادرسی قانونی در محاکمات و تکمیل پرونده بر اساس قرارهای صوری و قابل اعتراض بدون رعایت مهلت اعتراض و مرور زمان لازم رسیدگی...

و القای مطالب خود خواسته به آنان بوسیله دادرسان و قضات نظام.

● مجبور کردن متهمین به امضای صورتجلسات تنظیمی دادرسان نظام هم در رسیدگی مقدماتی دادرها هم در دادگاهها.

● ایجاد مافیای زندانی از خلافکاران مزدور در بازداشتگاهها و زندانها برای کنترل یا برخورد با محکومین پرونده های خاص عموماً و سیاسی امنیتی خصوصاً و برخورد فیزیکی با آنانی که دادگاه نظام بدلیل رسانه ای یا تبلیغاتی نتوانسته آنطور باید و شاید با متهم برخورد کند... لذا این نقیصه خود را بوسیله مافیای زندان خود با برخورد فیزیکی به بهانه های «بیماری و خود زنی و خودکشی»... جبران می کند. برای دور نشدن از موضوع رجم به همین مقدار بسنده می کنیم.

پانوش: ۱. مصداق و سند این بند برای خود نگارنده در یکی از دادرها و دادگاه های شهرستانی در جنوب ایران اتفاق افتاده است.

و نیز تغییر نوع طبقه بندی پرونده از حقوقی به جزایی یا بالعکس بدون اطلاع متهم و ناگهان متهم متوجه میشود که در مقابل قاضی محکمه جزایی با دستبند ایستاده است.

● تند خویی و برخورد بد و غیر اخلاقی قضات با متهمین و توهین به آنان صرف اینکه وی بر اساس گزارشهای کانالهای یکطرفه اطلاعاتی و انتظامی خود متهم است.

● بی طرف نبودن دادرسان و قضات در رسیدگیهای پرونده های متهمین به همین دلیل عموماً با این جو ضمن اینکه نسبت به متهمین پرخاشگری میکنند هیچ وقعی به اظهارات و دفاعیات قانونی متهمین نمیکند و متناسب با سیر طبیعی رسیدگی... با پرونده متهم برخورد نمیکند.

● مدیریت و کمک به پرونده سازی علیه مخالفین و معارضین نظام با خلق شکات ساختگی و مزدور و دروغین

مطالعه

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

عکس ماه



تصویری از پدر و مادر «بابک خرم‌دین، کارگردان سینما» که به قتل وی و قتل دختر و دامادشان اعتراف کردند. آقای خرم‌دین در جریان جلسه بازپرسی گفت: برای هیچ کدام از قتل‌ها عذاب وجدان ندارم، هیچ زمان کابوس قتل‌ها به سراغم نمی‌آمد زیرا احساس گناه نمی‌کردم، افرادی را کشتم که فساد اخلاقی بالایی داشتند. اطلاع‌رسانی در خصوص ابعاد و جزئیات این پرونده از سوی مراجع قضائی و انتظامی ابهامات زیادی را در اذهان عمومی مردم ایجاد کرد. آرش کیخسروی، حقوق‌دان و وکیل دادگستری درباره اطلاع‌رسانی درباره این پرونده به امتداد گفت: رییس پلیس و سرپرست دادرهای جنایی تهران حق افشای تحقیقات مقدماتی را ندارند. بر اساس ماده ۹۱ قانون آیین دادرسی کیفری، تحقیقات مقدماتی باید به صورت محرمانه صورت گرفته و کلیه اشخاصی که در جریان این تحقیقات حضور دارند، موظف به حفظ اسرار هستند.



مشدی مراد / داستان کوتاه

کیومرث امیری



می‌گفت: اصغر اهل همین روستا بود، چند سال پیش فوت کرد. مادر بزرگم می‌گفت: اصغر سال‌های دراز برادرش اکبر را که مجرد بود و هرگز ازدواج نکرده بود مثل بچه خودش در خانه‌اش نگهداری کرد و با هم زندگی کردند. زن و بچه‌های اصغر تو بگو در همه‌ی این سال‌ها به اکبر بگویند بالای چشمش ابروست. همیشه حرمت یکدیگر را داشتند و با مهر و محبت با هم زندگی کردند. روزی هم که اصغر از دنیا رفت وصیت کرده بود همه دارائیش را بین زن و فرزندان و برادرش اکبر به طور مساوی و بی کم و کاست تقسیم کنند. آن نسل گذشته انسانهای خوب و شریفی بودند. ولی حالا را ببین مشدی مراد چه جوری پسر بزرگش را با زن و بچه‌هاش از خانه بیرون کرده و می‌گوید چون به حرف و فرمانم نیست حق زندگی در این روستا را ندارد. می‌گوید هر چه من می‌گویم باید بگوید چشم، باید درست مثل من فکر کند و مثل من باشد؟ والا حق ندارد توی این روستا بماند و زندگی کند.

مادر بزرگم می‌گفت خیلی حرفه؟! این جوری که مشدی مراد می‌گه سنگ روی سنگ بند نمیشه؟! این کار مشدی مراد نه تنها زندگی را بر پسر بزرگش بلکه بر همه‌ی اهالی روستا حرام کرده و هر چه فکر می‌کنم عاقبت خوشی برای همه‌ی ما ندارد. ولی مشدی مراد حرف، حرف خودش است و کوتاه بیا هم نیست!

مادر بزرگم که تجربه‌های زیادی از زندگی دارد و سرد و گرم چشیده روزگار است نگران این اوضاع است و با دلهره و نگرانی می‌گوید این کار مشدی مراد عاقبتش شوم است. انسان نباید حق را فقط به خودش بدهد و باعث ایجاد نفرت و کینه بشود.

مادر بزرگم می‌گفت این جور فکر کردن جنگ و خونریزی و برادرکشی‌ها به دنبال دارد. آدم باید حرف حساب سرش بشود حرف و خواسته دیگران را هم قبول کند نه فقط حرف خودش باشد. این که بدبختی است؟!

روستای ما از آن روستاهای قدیمی است که پدران و پدر بزرگان و مادران و مادر بزرگانمان در آن زندگی کردند و نسلی از پی نسل دیگر دنیا را ترک کردند و رفتند.

روستای ما تا پیش از این خیلی آباد بود. یک باغ بزرگ داشتیم که همه جور درخت میوه داشت، هر چند مالک باغ ارباب ده بود ولی ما می‌توانستیم موقع میوه‌رسان از باغبان میوه بخریم. چه میوه‌های خوشمزه‌ای داشت، یادش بخیر؟!

رودخانه‌ای داشتیم که تابستان‌ها وقتی که هوا گرم بود ما بچه‌های روستا در آن شنا می‌کردیم و گاه و بی‌گاه هم ماهی‌های ریز و درشت از رودخانه می‌گرفتیم و به خانه می‌بردیم.

فصل بهار طبیعت روستا به قدری سرسبز و زیبا می‌شد که بیا و ببین. برف‌های زمستانی و سرسره‌بازی روی برف‌ها و برگ‌ریزان‌های پاییزی و خلاصه همه چیز زیبا بود و روزگار به کام ما بچه‌ها خوش و خرم می‌گذشت. عروسی‌ها و جشن‌ها در روستا، به به چه عالمی داشتیم و چقدر شاد بودیم؟!

حالا که بزرگ شدم روستا جور دیگری شده، اصلاً تغییر چهره داده، یادم است آن روزها مادر بزرگ تنها کیسه سفید آرد خانه‌مان را بین همه خانواده‌ها به طور مساوی تقسیم می‌کرد تا خانواری گرسنه نماند. بارها را اهالی روستا با کمک یکدیگر بار می‌کردند و کشتزارها را دسته‌جمعی درو می‌کردند و همه با هم خوب و مهربان بودند؛ حالا اما دیگر روستا آن رنگ و بو و خرمی و یکسانی و صفا و صمیمیت گذشته را ندارد. چرا نمی‌دانم.

چند روز پیش از روستا خبر آوردند و گفتند: مراد پسر بزرگش را از خانه بیرون کرده و رفته شهر در دفتر ثبت او را از ارث پدری محروم کرده. بیچاره پسر بزرگ مراد با زن و سه بچه قد و نیم قد کجا را دارد برود؟! خرج زن و بچه‌هاش را چه جوری و از کجا تامین کند؟! آن هم در این روزهای سخت گرانی و خشکسالی؟! مادر بزرگم تعریف می‌کرد و از روانشاد اصغر می‌گفت،



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱



تحریم انتخابات؛ فریب مردم یا گذر از حکومت؟

محیط

ماری محمدی، فعال حقوق بشر

گروه اول، با تحریم انتخابات سعی دارند تظاهر به بریدن از تمامیت حکومت جمهوری اسلامی و همبستگی با مردم کنند. گروه دوم، همزمان با اعلام کاندیداتوری و عدم شرکت در رای گیری و یا صرفاً حمایت از این رویکرد سعی در تظاهر به همراهی با مردم و نیز نشان دادن چراغ سبز به حکومت دارند و در میانه‌ی محور ایستاده‌اند. اما گروه سوم از اصلاح طلبان همچنان مدافع انتخابات هستند؛ یا اعلام کاندیداتوری می‌کنند یا صرفاً نقش مبلغ را ایفا می‌کنند. در این مورد تفاوت چشم‌گیری با اصولگرایان وجود ندارد. گروه‌های دوم و سوم در یازدهمین دوره انتخابات مجلس شورای اسلامی نیز فعال بودند.

گروه اول به دلیل کشتار گسترده و بی‌رحمانه مردم در اعتراضات آبان ۹۸ و ساقط شدن هواپیمای مسافربری اوکراینی و سپس، سرکوب معترضان به سرنگونی هواپیمای مذکور که خشم خروشان همگانی را برانگیخته، مسئولیت: - بازگو کردن بخش‌هایی تعیین شده از درد مردم در رسانه - برقراری ارتباط نزدیک با خانواده‌های کشته شدگان، زندانیان سیاسی و عقیدتی سابق و حتی در اغلب اوقات نمایش پابلیک آن

- دلجویی، آرام کردن و سوزاندن پتانسیل اعتراض سرنوشت ساز نهفته در قشر خشمگین، آسیب دیده و هزینه داده - جلب اعتماد مردم برای استفاده به نفع خود در موقعیت‌های

در آستانه سیزدهمین دوره انتخابات ریاست جمهوری در ایران در حالی که بیست و چهار سال از شروع اصلاحات بدون کوچک‌ترین دستاورد مثبتی می‌گذرد، شاهد واکنش‌های مختلف از جانب این جناح از بدنه حکومت هستیم. سردمداران و اشخاص برجسته جریان اصلاحات که بدواً منافع و جایگاه خود را در حکومت جمهوری اسلامی متزلزل یافتند، بر آن شدند تا با پیوستن به یکدیگر تحت عنوان جناح اصلاح طلب پلی میان مردم و حکومت باشند. در حقیقت، اصلاح طلبان مردم و خواست‌هایشان را به ابزاری برای رسیدن به مقصد مطلوب خود تقلیل دادند و در مقام دلالاتی ظاهر شدند که هم از حکومت مزد می‌گیرند تا مردم را فریب دهند، و هم از مردم مزد محبوبیت و مشروعیت نسبت به جناح خود و نیز سکوت و مدارا نسبت به حکومت می‌گیرند تا متقابلاً حکومت را به ظاهر به مدارای حداقلی با مردم سوق دهند.

امروز با گذشت بیست و چهار سال از زاده شدن این جریان، اصلاح طلبان که مجدداً خود را در موقعیت پرمخاطره و متزلزل پیشین می‌بینند برای احیای مقبولیتی که با فریب و تزویر در بین مردم به دست آورده بودند، دست به تاکتیک‌ها و روش‌هایی متفاوت زده‌اند. این جناح سیاسی تحت لوای جمهوری اسلامی، در آستانه انتخابات ریاست جمهوری به لحاظ نوع واکنش به شرکت یا عدم شرکت در انتخابات چند شقه شد.

محیط

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

آتی و ضروری را بر عهده گرفته‌اند. پر واضح است که منافع اصلاح طلبان در گروی بقای جمهوری اسلامی و سواستفاده از مردم به عنوان ابزار برای سهم شدن در سفره انقلاب است. پس تصور آن که این گروه از اصلاحات دست کشیده‌اند، وهمی بیش نیست. اساساً اصلاح طلبان صرفاً در اعتراض به عملکرد حکومت و مشخصاً قوه مجریه نسبت به خواست‌های جناح نامبرده اقدام به تحریم انتخابات کرده‌اند و این به هیچ وجه به معنای رد اصول نظام جمهوری اسلامی نیست. حتی تحریم این قوه می‌تواند:

- موقتی و برای خرید زمان و فاصله‌گیری عاطفی مردم از سرکوب‌ها و کشتارهای سال ۹۸
- تحمیل فراموشی به مردم و خاموش‌سازی آتش خشم‌شان
- فرصت‌سازی برای حکومت با هدف کاهش نوسانات در عرصه اقتصاد و رفع یا کاهش تحریم‌ها و توافق‌های جدید در عرصه‌های بین‌المللی و سپس ایجاد بسترهای لازم برای دعوت مجدد مردم به مباحثات با حکومت باشد.

اشخاصی که در این گروه قرار دارند، طی سال‌ها در فعالیت‌های خود حقوق بشر و سیاست را به سود جناح متبوع در هم آمیخته‌اند؛ حقوق بشر به چهره‌شان مقبولیت بخشید و موجب پنهان شدن سیاست‌هایشان و تخفیف فاصله‌ی بین مردم و این جناح سیاسی شد. در معرفی این افراد عناوین فریبنده و غلط «فعال حقوق بشر»، «فعال مدنی»، «فعال حقوق زنان» و امثالهم جایگزین «فعال سیاسی اصلاح‌طلب» شدند و مخاطب را از پی بردن به ماهیت حقیقی فعالیت‌ها و خط مشی این دسته دچار اشتباه و تاخیر کرد. گاه حبس و محکومیت آن‌ها به دلیل اختلافات سیاسی درونی به مجموعه دستاویزهای این دسته برای اثبات نزدیکی دروغین و پوشالی به مردم و دوری از حکومت به کمکشان آمده است.

یکی از اغواگری‌های اصلاح‌طلبان در ارتباط با انتخابات در سال ۹۶ که ابراهیم رئیسی از جناح اصولگرا و حسن روحانی از جناح اصلاح طلب دو رقیب انتخاباتی بودند، برجسته‌سازی جنایات رئیسی در دهه‌های گذشته و نیز تقلیل تحلیل و شناخت روحانی به رنگ و مدل ریش بود. اصلاح‌طلبان با پنهان‌سازی و سکوت در مورد جنایات حسن روحانی او را فردی محبوب با ریش‌هایی مرتب، خوش رنگ و لبخند بر لب در مقابل ابراهیم رئیسی با معرفی ویژگی‌های یک اصولگرای جنایت‌کار، تندرو و خشن قرار دادند.

در این جا «اصل مقایسه ادراکی» وارد عمل شده است.

این اصل در روان‌شناسی مطرح شده است و به هر دو چیزی که در کنار هم مطرح شوند مربوط می‌شود. اصل مقایسه ادراکی می‌گوید وقتی دو چیزی که به ترتیب و پشت سر هم به ما ارائه می‌شوند، تفاوت زیادی با هم داشته باشند، ما تمایل داریم تا این تفاوت را بیش از آن چه

واقعیت دارد ادراک کنیم. به عبارت دیگر ما هر چیزی را با آن چه که پیش از آن تجربه کرده‌ایم، مقایسه و قضاوت می‌کنیم.

در حقیقت، اصلاح‌طلبان توسط رسانه‌های تحت نفوذشان در خارج و داخل ایران مردم را در موقعیتی قرار دادند تا با استفاده از اطلاعات ناکافی خواه ناخواه به قیاس این دو رقیب بپردازند. با تحمیل اطلاعات گزینشی به مردم رئیسی را در مقایسه با روحانی خطرناک‌تر و روحانی را در مقایسه با رئیسی خیرخواه‌تر جلوه دادند تا مردم از ترس از ابراهیم رئیسی در مقابل روحانی به تعرفه‌ها و صندوق‌های رای پناه ببرند و اجازه ندهند طرفداران رئیسی او را به مقام ریاست جمهوری برسانند. در حالی که حقیقتاً نه گذشته این دو و نه عملکردشان هیچ تفاوتی با یکدیگر ندارد. ژوزه ساراماگو در کتاب کوری می‌گوید: «ترس کورمان می‌کند، ترس ما را کور نگه می‌دارد» و «چشم کور کوری را به چشم بینا منتقل می‌کند». از درون زندان و بیرون زندان و خارج از ایران برای انداختن تعرفه‌های رای به صندوق‌های رای هجوم آوردند و در نهایت، موفق به فریب مردم و کشاندن آن‌ها پای صندوق رای شدند.

اما این چهار سال توأم بود با کشتار و سرکوب سازمان یافته مردم و جامعه مدنی و سیاسی در دوره ریاست جمهوری روحانی و ریخته شدن خون مردم در همان خیابان‌هایی که شاهد رقص و پایکوبی پس از اعلام نتایج انتخابات سال ۹۶ بود. امروز اصلاح طلبان در توجیه تبلیغات خود در سال ۹۶ برای حسن روحانی ادعاهایی سطحی مطرح می‌کنند که یکی از آن‌ها بدین قرار است که به دلیل وحشتی که از رئیسی داشتند، اقدام به تبلیغ به نفع روحانی کردند! این توجیه، با توجه به این که سانسور و گزینش اطلاعات به نفع حسن روحانی و کابینه‌اش به دست همین اصلاح طلبان در هر کسوت و از هر صنفی من جمله خبرنگار، بازیگر، خواننده، فعال سیاسی، زندانی، فعال مدنی و غیره انجام شد و خود از تمامی واقعیت پنهان شده باخبر بودند، ابدا پذیرفتنی نیست. این جاست که دیگر بار بخشی از کتاب کوری به ذهن متبادر می‌شود: «شنیده بودم که مردم کور می‌شوند، بعد از خودم پرسیدم اگر من هم کور بشوم چه حالی پیدا می‌کنم، چشم بستم تا امتحانش کنم، و وقتی بازش کردم کور بودم، ... این هم شبیه تمثیل است، اگر بخواهی کور شوی، کور می‌شوی.» اصلاح طلب‌ها با علم به اصول و روش‌های مطرح شده در روان‌شناسی اجتماعی از جمله اصل مقایسه ادراکی که پیشتر گفته شد، بارها و بارها اقدام به فریب مردم کرده‌اند. حتی در آستانه سیزدهمین انتخابات ریاست جمهوری با تقسیم جناح اصلاح طلب به سه شق که ذکر آن در بالا رفت، فضای سیاسی را قطبی، ملتهب‌تر و مهیج‌تر کرده و تنور انتخابات را با

ژست‌های مختلف چه با تحریم و چه با تبلیغ و چه با سردرگم کردن مردم در میان انبوهی از موضع‌گیری‌ها داغ کرده‌اند که این همان هدف غایی جمهوری اسلامی است. وگرنه نه تنها رای ما که حتی جان ما هیچ اهمیتی برای حکومت ندارد. گروه دوم سعی دارند تا فضا را به سمت گفتگو حول موضوع جنسیت پیش ببرند و مسائل انحرافی را مطرح کنند و اذهان و افکار عمومی را از اصل مخالفت و مبارزه علیه ریشه و تمامیت حکومت جمهوری اسلامی به سوی مسائل ثانویه و حاشیه‌ای سوق دهند. گویی می‌پندارند که تفاوت است بین زن دیکتاتور و مرد دیکتاتور!

قطعا کسانی که تایید صلاحیت می‌شوند و در نهایت به عنوان رئیس جمهور منصوب می‌شوند، التزام عملی و فکری‌شان را نسبت به پایه‌ها و آرمان‌های جمهوری اسلامی اثبات کرده‌اند. به عبارت دیگر، مقام ریاست هر سه قوه و حتی مقامات پایین‌تر در هر قوه (قاضی، نماینده مجلس و غیره) انتصابی است و مقام ریاست قوه مجریه نیز از این امر مستثنی نیست. این اشخاص پیش و پس از به قدرت رسیدن حکومت جمهوری اسلامی نقش اساسی در سرکوب‌ها و جنایت‌ها داشته‌اند و مویی در ره ظلم و استبداد سپید کرده‌اند و امروز پاداش ظلم بی‌قید و شرط را علیه مردم و به نفع حکومت می‌گیرند. چنانچه دیدیم نامزدهای دیگر دوازدهمین دوره انتخابات ریاست جمهوری با اکثریت اصلاح طلب محمدباقر قالیباف، ابراهیم رئیسی، اسحاق جهانگیری، مصطفی هاشمی طبا و مصطفی میرسلیم که تایید صلاحیت شدند، به ترتیب امروز رئیس مجلس شورای اسلامی (قوه مقننه)، رئیس قوه قضاییه، معاون اول رئیس جمهور (نامزد پوششی به نفع روحانی)، نامزد پوششی به نفع روحانی که در سال‌های پیش از آن سمت معاونت رئیس جمهوری و ریاست برخی سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌ها را بر عهده داشته است، و نهایتا مصطفی میرسلیم نماینده مجلس شورای اسلامی هستند.

حتی بدون بررسی پیشینه این اشخاص صرفا با توجه به تایید صلاحیت‌شان در انتخابات ریاست جمهوری سال ۹۶ می‌توان نتیجه گرفت که از وفاداران به حکومت بوده و هستند و به نحوی پس از سال‌ها سرکوب و ظلم در راستای ابقای جمهوری اسلامی مستحق پاداش از جانب حکومت هستند و با کرسی‌هایی که با ایشان تفویض شده دیگر در این مدعا تردیدی وجود ندارد.

همچنین، بازگشت مجدد ابراهیم رئیسی به صحنه انتخابات ریاست جمهوری با برنامه‌ریزی قبلی و نامه‌ها و درخواست‌هایی با هزاران امضا برای دعوت و خواهش نمایی و سفارشی از او خبر از تبانی‌ها و توافق‌های پنهانی می‌دهد.



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

اگر چه نمونه‌های بی‌شماری موجود است اما نگارنده برای اجتناب از طول و تفصیل بیشتر متن از ذکر موارد دیگر خودداری کرده است.

پس بحث بر سر جنسیت رئیس جمهور و یا این که عده‌ای مشخص که ید طولایی در ارتکاب و حمایت از جنایت‌های متعدد علیه مردم دارند، آیا متحول شده‌اند و تغییری بنیادی در افکار و عملکردشان رخ داده و امکان اعتماد مجدد به آن‌ها هست یا نه، مباحثی عبث، بیهوده و به زیان مردم است که سبب می‌شود حکومت فرصت کوچ از دهه‌ای به دهه‌ی دیگر بیابد و عمرش را طولانی‌تر کند.

هر چند معتقدم پرداختن به مسئله انتخابات محلی از اعراب ندارد چرا که مردم در طی سال‌های گذشته با خون و فریاد خود کف خیابان‌ها مواضع و مخالفت جدی خود را علیه تمامیت جمهوری اسلامی اعلام کرده‌اند. اما به هر روی، به دلیل (اولا) سواستفاده‌های اصلاح‌طلبان از تحریم انتخابات به عنوان ابزار فریب مردم برای تظاهر به پیوستن به صف مردم و (ثانیا) شگردهایی که برای داغ کردن تنور انتخابات و تلاش برای حفظ هم مردم و هم حکومت در جهت منافع سیاسی حزبی اتخاذ کرده‌اند، و (ثالثا) صرف وقت و انرژی بیش از اندازه‌ی رسانه و درگیر کردن اذهان عمومی نسبت به این مبحث توسط اصلاح طلبان و اپوزیسیون‌نماها، نیاز به یک بررسی اجمالی احساس می‌شد. وگرنه «آن جا که آزادی نیست، اگر رای دادن چیزی را تغییر می‌داد؛ اجازه نمی‌دادند که شما رای بدهید.» (از مارک تواین؛ نویسنده آمریکایی) مبرهن است که تأثیرات این رویکردها در ارتباط با انتخابات پس از تعیین رئیس جمهور در هر دوره ختم نمی‌شود و تا سالیان سال حتی پس از انقلاب و تغییر رژیم بر فکر و عمل مردم سایه‌ای سنگین می‌افکند. از کمترین آسیب‌های نبود انتخابات آزاد در دراز مدت ایجاد یاس و ناامیدی از امکان تأثیرگذاری بر سرنوشت خود و نیز کشور از رهگذر روش‌ها و فعالیت‌های مدنی و کم هزینه و کاهش اعتماد مردم نسبت به اساس و بنیان انتخابات و ساز و کارهای مشابه برای ایجاد تغییر و نیل به مقصد مطلوب و تحقق حقوق‌شان است.

از تمام کنشگران و تحلیل‌گران انتظار می‌رود با دوری از فضای پرتالهاب و هیجانی به روشنگری بپردازند و تحسین تاریخ را برانگیزند؛ هر چند مسلمان مسیری سخت و دشوار پیش روست. «فردا به‌شان می‌گویم که کور نیستیم.

—امیدوارم پشیمان نشوی. —فردا می‌گویم. مکشی کرد و بعد افزود مگر این که تا آن وقت من هم سر آخر وارد دنیاشان شده باشم.» (برشی از کتاب کوری)

پرونده ویژه محیط



روان ن آرام جاس





کرونا مشکلات روانی را به شدت زیاد کرده است

گفتگوی علی کلائی با همایون سامه یح نجف آبادی، نماینده مجلس



مشرح گفتگوی خط صلح با این نماینده و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس را در ذیل می‌خوانید:

■ احمد حاجبی، رئیس دفتر سلامت روان وزارت بهداشت در مهرماه ۱۳۹۹ در نشستی خبری از ابتلای ۲۳ درصد از جمعیت کشور به نوعی اختلالات روانی خبر داده و گفت که از این تعداد، حدود ۶۶ تا ۷۵ درصد برای درمان به روان پزشکان، روانشناسان و متخصصان سلامت روان مراجعه نمی‌کنند. فکر می‌کنید چرا در ایران به چنین معضلی گرفتار هستیم و چه عواملی باعث چنین وضعیتی شده است؟

نه تنها در ایران بلکه در تمام جوامع، درصدی از مردم دچار مشکلات اعصاب و روان هستند. داشتن مشکلات اعصاب و روان به این معنی نیست که فرد به حدی اختلال روانی دارد که باید حتماً در بیمارستان بستری شود و یا به او نام دیوانه اطلاق شود. افسردگی، اضطراب، وسواس و بسیاری از مشکلات عصبی و روانی مشکلاتی هستند که شخص با وجود داشتن آنها می‌تواند به صورت طبیعی در جامعه زندگی کند، ولی احتیاج به کمک روانشناس داشته باشد. البته به نظر من عدد حقیقی بسیار بیشتر از ۲۳ درصدی است که گفته شده. زیرا در کشورهای صنعتی و غربی، عدد ۲۳ درصد مبتلا به اختلالات روانی امری طبیعی است. به همین دلیل ما انتظار داریم که این عدد در ایران بالاتر باشد.

عضو کمیسیون بهداشت مجلس یازدهم شورای اسلامی، عدد واقعی مبتلایان به اختلالات روانی در کشور را بیش از عدد رسمی اعلام شده می‌داند و می‌گوید که کرونا باعث زیاد شدن افسردگی در میان مردم شده است. او دکتر همایون سامه یح نجف آبادی، منتخب کلیمیان ایرانی در مجلس و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی است.

خبرها هم از افزایش ناهنجاری‌های روانی در میان مردم کشورمان حکایت می‌کند. با توجه به فشار و اضطراب و استرس بیماری کرونا و وضعیت اسف‌بار اقتصادی کشور، به سراغ دکتر همایون سامه یح، نماینده مجلس رفتم تا از او بپرسیم که چرا گرفتار چنین معضلی هستیم و از نظر او به عنوان نماینده مجلس، چه باید کرد.

این نماینده مجلس که رئیس انجمن کلیمیان ایران نیز است، در پاسخ به ماهنامه خط صلح، سه مسئله بیماری کرونا، وضعیت اقتصادی کشور و عدم تحت پوشش قرار گرفتن خدمات روانشناسی توسط بیمه‌ها را از جمله مشکلات اساسی در ایران ذکر کرد و البته به خط صلح گفت که لزوم امر آموزش به مردم برای کاهش تنش‌های روانی در خانواده‌ها را در کمیسیون بهداشت مطرح خواهد کرد. او بر این باور است که دولت باید به هر صورتی واکسن کرونا را تهیه و جامعه را واکسینه کند.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

■ یعنی به نظر شما تعداد مبتلایان به اختلالات روانی در کشور بیشتر از عدد رسمی اعلام شده است؟

بله فکر می‌کنم بیشتر است. در این میان دو مورد قابل بررسی است. یکی مشکلات مربوط به بیماری کرونا و قرنطینه‌های خانگی است که موجب زیاد شدن افسردگی در بین مردم شده است. خیلی از مردم به دلیل ترس از بیمار شدن، به شدت مضطرب شده و به صورتی بیمارگونه خود را قرنطینه کرده‌اند و به شدت نگران هستند. بیش از آن چیزی که لازم است و باید مراعات می‌کنند و همین باعث ایجاد اضطراب و وسواس در میان افراد شده است. در کشورهای دیگر هم صد درصد وضعیت یا به همین حالت است و یا حادثه و با مشکلات بیشتر.

مسئله دیگر، مشکلات اقتصادی مردم است. مشکلات اقتصادی باعث می‌شود که تنش‌هایی بین مردم و خانواده‌ها ایجاد شود. وقتی نان‌آور خانواده نتواند آنچنان که باید و شایسته است خانواده خود را از نظر مالی اداره و تامین کند و دچار مشکل بشود، تبعاً به مشکل عصبی مبتلا می‌شود. مگر اینکه فرد شخص خیلی بی‌خیالی باشد که چنین حالتی بسیار کم است. مشکلات اقتصادی صد درصد باعث ایجاد تنش عصبی در فرد شده و بر رابطه او با بقیه و روابط درون خانواده‌ها تاثیر می‌گذارد.

ما در وضعیت تحریم هستیم و مشکلات اقتصادی به مردم وارد می‌شود. کرونا و مشکلات آن نیز این مسئله را چندبرابر کرده است. بسیاری از کسبه کوچک در ماه‌های حضور بیماری کرونا در کشور تنها توانسته‌اند چند روزی معاش خودشان را تامین کنند. کسب و کارهای کوچک و حتی کسب و کارهای بزرگ نیز دچار ضرر و زیان بسیار زیادی شده‌اند. دولت هم نتوانسته این امر را تامین و آن را پشتیبانی کند. آنچه تا به حال دولت انجام داده، بسیار کم و اندک بوده است. همین مشکلات باعث ایجاد مشکلات عصبی در افراد می‌شود. بسیاری هم که دچار مشکلات عصبی هستند، به روانپزشک و روانشناس مراجعه نمی‌کنند. این هم دو علت دارد. یکی اینکه این نوع مراجعه هنوز در فرهنگ ما جا نیفتاده است. اگر به کسی توصیه کنیم که به روانپزشک و روانشناس مراجعه بکند و مشکلات را توسط او و با مشاوره حل کند، شخص به خودش می‌گیرد و می‌گوید که من دیوانه نیستم!

من خودم در کار اجتماعی هستم و یکی از وظایف من در جامعه خودم، توصیه به مراجعه به روانشناس و مشاور است. مثلاً در مشکلات خانوادگی به افراد می‌گویم که به مشاور مراجعه بکنند. ولی یکی از زوجین و یا هر دو امتناع کرده و می‌گویند که ما دیوانه نیستیم که نزد روانشناس برویم. می‌گویند ما خودمان مشکلات مان را حل می‌کنیم و پاسخ‌هایی از این دست می‌دهند.

مشکل بعدی به مسائل اقتصادی بازمی‌گردد. خدمات روانشناسی مورد حمایت بیمه‌ای نیست. هزینه آن هم سرسام‌آور است. هر ۴۵ دقیقه تا یک ساعت مشاوره هزینه‌ای بین ۱۸۰ تا ۴۰۰ هزار تومان

دارد که خیلی از افراد واقعاً توانایی پرداخت چنین مبالغی را ندارند. مراجعه به روانشناس هم یک جلسه و دو جلسه نیست. بین ۵ تا ۲۰ جلسه و شاید هم بیشتر احتیاج به مشاوره دارند. فرد توانایی پرداخت را ندارد و تبعاً مشاوره نکرده و مراجعه نمی‌کند. همه این‌ها بر روی هم بار شده و معضل بزرگی را پدید می‌آورد.

■ ناظر به آنچه گفتید، مسئله مورد بحث ما چند بخشی و چند وجهی است. در مجلس، آیا برای حل این مشکلات راهکارهایی پیش‌بینی شده و بحث و مسئله‌ای مطرح است؟

بسیاری از مردم نمی‌دانند وظیفه مجلس و دولت چیست. ولی ما از شما خبرنگاران انتظار داریم که این را بدانید. این تصمیم‌گیری و پیگیری وظیفه دولت است.

قانونگذاری در خصوص آن وظیفه مجلس است. احتیاج به قانونگذاری ندارد. لایحه‌ای برای حل مشکل خدمات بیمه‌ای در حوزه مشاوره و روانشناسی باید از طرف دولت ارائه شود. به این دلیل که دولت باید مشخص کند که از محل چه درآمدی می‌تواند این مسئله را پشتیبانی کند. لایحه باید از طرف دولت به مجلس آورده شود تا مجلس در خصوص آن تصمیم‌گیری کند. واقعاً وظیفه مجلس نیست. وظیفه مجلس قانونگذاری است. پس دولت اینجا چه کاره است؟ من روزانه هزاران پیام دریافت می‌کنم که برو مثلاً زمان امتحانات نهایی را جابه‌جا کن! این وظیفه ما نیست. پس آموزش و پرورش اینجا چه کاره است؟ متأسفانه این وظایف با هم قاطی شده و نمی‌دانیم که در این مملکت چه کاره است! این سوال را شما بروید و از دولت بپرسید. از وزیر بهداشت و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره بپرسید که چه راهکاری دارند؟ در این حوزه و برای حل مسائل، علاوه بر ارائه لوایح از سوی دولت، مجلس هم باید طرح ارائه کند.

من به شما سه چیز می‌گویم که در خصوصشان صحبت هم شده. اول واکسینه کردن تمام مردم ایران، هرچه سریع‌تر در مقابل بیماری کروناست. متأسفانه ما در امر واکسیناسیون از دنیا عقب هستیم. همین هم باعث بسیاری از مشکلات ما شده است. شما فکر نکنید که ما تنها همین ۱۵ ماه اخیر را درگیر کرونا هستیم و بعد از واکسیناسیون همه چیز حل می‌شود. ما دست‌کم باید به مدت ده سال مشکلاتی را که در این مدت به وجود آمده حل کنیم. مشکلات پس از کرونا بسیار زیاد و عدیده است. در حوزه آموزش و پرورش، دانشگاه، قرنطینه‌هایی که انجام شده و تاثیری که بر کسب و کار و اقتصاد گذاشته، مشکل امنیت و دیگر مسائل، مشکلاتی هستند که کرونا ایجاد کرده است. مشکلات روانی نیز یکی از مسائلی است که بیماری کرونا به شدت بر روی آن تاثیر داشته است. این بیماری مشکلات روانی را در جامعه ما به شدت زیاد کرده است. اینکه ما باید کرونا را از بین ببریم هم شعار است. مهمترین امر پیشگیری است و نه درمان. هم خود شخص و هم جامعه باید پیشگیری کنند.

ماهانمه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

استفاده از ماسک و مواد ضد عفونی کننده و فاصله اجتماعی و قرنطینه بخشی از پیشگیری است. بخش دوم پیشگیری که بسیار مهم است، واکسیناسیون مردم است. این دیگر وظیفه مردم نیست. دولت باید به هر صورت و در هر شرایطی واکسن را تهیه کرده و جامعه را واکسینه کند. با این کار، بسیاری از مشکلات و معضلات ما از جمله مشکلات روانی مردم حل و کمتر خواهد شد.

مسئله دوم بهبود وضع اقتصادی است که بیشتر توضیح دادم. آن هم البته وظیفه دولت است و وظیفه مردم نیست. دولت باید تحت هر شرایطی و به هر صورتی مسئله را حل کند. مجلس هم باید کمک کند و این مسئله را بپذیرد. این مسئله تحریم و مشکلات اقتصادی مردم باید حل بشود و با حل آنها تبعاً مشکلات روانی مردم هم کمتر می شود. مورد سوم تحت پوشش قرار گرفتن خدمات روانشناسی توسط بیمه هاست. این هم باید انجام شود. مجلس می تواند در این خصوص طرح هم بدهد. اما باز باید منابع بودجه ای آن مشخص شود. هر چیزی که مخارج و هزینه یا دارد، باید منابع مشخص بشود. وگرنه شورای نگهبان آن را رد می کند.

■ با توجه به بودجه ۱۴۰۰ و آنچه بر آن گذشته، آیا امکان تامین منابع برای آنچه گفتید وجود دارد؟

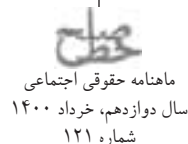
نخیر. در بودجه ۱۴۰۰ هیچ منبعی در مورد تامین هزینه های بیمه ای خدمات روانشناسی پیش بینی نشده است.

■ ناظر به آنچه گفتید و در وضعیت موجود، ارزیابی شما از کارنامه دولت و وزارت بهداشت در این حوزه چیست؟

سیاست من کوبیدن و مذمت اشخاص یا نهادی نیست. بخشی از وظیفه مجلس نظارت بر عملکرد دولت است. مشکل اول بیماری کرونا و مشکل دوم مسئله تحریم هاست. هر کدام از اینها هم مشکلات خاص خودش را دارد و به هم گره خورده اند. من نمی توانم بگویم و نمی دانم که چرا آن اتفاقات برای برجام افتاد و چرا امضا شد و چرا آمریکا از تعهداتش بیرون آمد و چرا در نتیجه آن، مشکلات اقتصادی برای ایران پیش آمد. اما آنچه می دانم این است که وظیفه اشخاص و دولت است که این مسائل را تحت هر شرایطی حل کند.

■ همان طور که گفتید، کرونا، فاصله گذاری اجتماعی و خانه نشینی و انزوا و تنهایی به دنبال می آورد و همین می تواند آغازگر مشکلات روانی برای شهروندان باشد. چه تدابیری باید اندیشیده شود تا آثار این سبک زندگی در شرایط کرونا کمتر بر روان شهروندان اثر بگذارد؟

جامعه ما در برابر کرونا با شوک مواجه شد. دنیا هم شوکه شد. به دلیل قرنطینه و خانه نشینی، خانواده ها بیشتر در کنار هم بودند. همین بیشتر در کنار هم بودن هم در میان خانواده درگیری ایجاد کرده است. مسئله آموزش بسیار مهم بوده و هست. همانطور که آموزش داده شد که مردم ماسک بزنند و مواد ضد عفونی کننده استفاده بکنند، در مورد این مسائل هم باید به مردم آموزش می دادیم که چطور در شرایط بحرانی دچار تنش کمتری بشوند. متأسفانه آموزش داده نشد. این یکی از مسائلی است که باید حل شود.



■ در شرایطی هستیم که آموزش های لازم داده نشده و سلامت روان مردم در وضعیت مطلوبی نیست. گفتید که در بودجه ۱۴۰۰ هم امکان تخصیص بودجه خاصی به این مسئله وجود ندارد. دولت هم با مسائلی دست به گریبان است که بخشی از آن در اختیار خودش نیست. در این میانه، راه حلی واقعی که مردم بتوانند با آن وضعیت خود را بهتر کنند چیست؟

آنچه که گفتید در ذهن من جرقه ای ایجاد کرد. ما می توانیم این مسئله را در کمیسیون بهداشت مطرح بکنیم. حداقل می توانیم به دولت در این زمینه توصیه بکنیم. واقعیت این است که وزارت بهداشت با کمیسیون بهداشت و درمان مجلس همکاری خیلی خوبی دارد. می توانیم توصیه کنیم که این آموزش هایی که گفته شد به مردم داده شود و این اتفاق خیلی خوبی خواهد بود.

این آموزش وظیفه صداوسیما با همکاری وزارت بهداشت است. اطلاع رسانی معمولاً از طریق صداوسیما انجام می شود. در اطلاع رسانی در خصوص انجام پروتکل های بهداشتی نیز وزارت بهداشت توصیه ها را می کرد و برنامه ها را می داد و صداوسیما برنامه تولید می کرد و پخش می کرد. پخش برنامه ها از صداوسیما هم با همکاری وزارت بهداشت انجام می شد و مردم هم واقعا رعایت کرده و می کنند. همین کار را می توانیم از طریق وزارت بهداشت و صداوسیما برای آموزش مردم در خصوص مسائل درون خانوادگی و مشکلات خانوادگی و اضطراب و غیره انجام دهیم. البته نتیجه اش مثل مراجعه به روانشناس و مشاور نیست. ولی بالاخره تاثیر خودش را خواهد داشت.

■ شما نماینده کلیمیان در مجلس شورای اسلامی هستید. اگر بخواهید شرایط هموطنان کلیمی را با دیگر هموطنان مقایسه بکنید، آیا این شرایط کرونایی بیشتر یا کمتر بر آنها تاثیر گذاشته؟

ما تافه جدا بافته از ملت ایران نیستیم. ما جزئی از این ملت و این جامعه هستیم و مطمئناً هر چیزی که بر کل جامعه تاثیر می گذارد، بر جامعه اقلیت های مذهبی هم تاثیر می گذارد.

■ با سپاس از وقتی که در اختیار خط صلح قرار دادید.



سلول انفرادی برای هر موجود زنده‌ای شکنجه است



گفتگوی رضا اکوانیان با نرگس محمدی

دیگران به شکل دروغ می‌شود؛ یا اینکه اتهاماتی را می‌پذیرد که آنها حتی منجر به صدور حکم مرگ برای او می‌شوند یا احکام سنگین زندان را برایش رقم می‌زند؛ یا اینکه تحت فشار روحی و روانی که برایش غیرقابل تحمل می‌شود وادار به مصاحبه‌هایی می‌شود که در آن مصاحبه‌ها به آنچه که بازجویان از او می‌خواهند تن می‌دهد؛ همه این‌ها نشان از این دارد که شکنجه سفید متأسفانه در زندان‌های جمهوری اسلامی ایران به شکل حبس زندانی در سلول انفرادی اعمال می‌شود و نتایج ناگوار آن را طی چهل و سه سال گذشته شاهد بوده‌ایم.

برای روشن شدن آن‌که چه فشار روحی و روانی در سلول انفرادی به زندانی وارد می‌شود سعی می‌کنم از فیزیک سلول انفرادی شروع کنم. سلول انفرادی یعنی مکانی با مساحت بسیار محدود که در بازداشتگاه‌های مختلف این مساحت‌ها فرق دارد. مثلاً سال ۱۳۸۰ که من در زندان عشرت‌آباد سپاه پاسداران متحمل حبس در سلول انفرادی شدم، سلول‌های انفرادی به اندازه‌ای بود که فقط یک نفر در آن می‌توانست جا بشود. یعنی موقع خوابیدن به اندازه قد انسان بود و دستی که از دو طرف باز بشود. البته سلول‌هایی بود که از دو طرف هم دست باز نمی‌شد. بعضی از زندانی‌ها در آن سلول‌ها نگهداری می‌شدند.

نرگس محمدی، فعال حقوق بشر، زندانی سیاسی پیشین و سخنگوی کانون مدافعان حقوق بشر است. وی بارها تجربه بازداشت توسط نهادهای امنیتی و نگهداری طولانی‌مدت در سلول انفرادی را داشته است. او چندی پیش به همراه شمار دیگری از فعالین مدنی و زندانیان سیاسی سابق با حضور در دفتر قضایی نسبت به نگهداری متهمان در سلول‌های انفرادی شکایت خود را ثبت کرد. ماهنامه خط صلح طی گفت‌وگویی با خانم محمدی به بررسی آثار سلول انفرادی بر سلامت روان بازداشت‌شدگان و تجربه‌های شخصی وی از زندان پرداخته است، متن این گفت‌وگو در ادامه می‌آید:

■ توصیف شما از فضای سلول انفرادی چیست؟
سلول انفرادی چه تأثیرات روحی و روانی بر روی یک زندانی می‌گذارد؟

خط
ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

طبق تعاریفی که از شکنجه در متون حقوق بین‌الملل وجود دارد، اذیت و آزار و فشاری که چه به لحاظ جسمی و چه به لحاظ روحی و روانی، خارج از توان انسان به فرد وارد شود، شکنجه تلقی می‌شود. از آنجایی که سلول انفرادی به گونه‌ای طراحی شده تا فشار روحی و روانی را به فرد محبوس در سلول وارد کند و فضا را برای او غیرقابل تحمل کند، فرد محبوس در سلول وادار به اعتراف علیه خود و

بنابراین چهار دیوار است که معمولا با رنگ کرم یا رنگی روشن، رنگ می‌شود. چشم بعد از مدتی با این رنگ‌ها اذیت می‌شود. چون رنگی ثابت است و تنوع رنگی وجود ندارد. دیوارها بسیار به زندانی نزدیک است. سقف بلندی وجود دارد که عموما از پنجره‌ای برخوردار نیستند. مثلا در زندان عشرت‌آباد، فضایی خیلی کوچک سی تا چهل سانتی‌متر در عددی در همین حدود نزدیک سقف بود که از آن هم نوری به داخل سلول نمی‌آمد. تنها می‌شد از آن طریق تشخیص داد که روز است یا شب. یا مثلا در سلول‌های انفرادی بند ۲۰۹، درست است که پنجره‌ها با ارتفاع خیلی بلند نزدیک سقف بود، ولی پشت آن ورق‌های آهنین سوراخ سوراخی گذاشته بودند که از آنها بیرون قابل دید و تشخیص نبود. ولی از آن روزه‌ها فقط می‌شد تشخیص داد که روز است یا شب. بعضی از سلول‌های انفرادی در شهرستان‌ها از فضایی حداقلی هم محدودتر و محروم‌تر هستند. مثلا یادم است که وقتی زینب جلالیان برایم تعریف می‌کرد و از سلول‌های انفرادی در کردستان می‌گفت که به مدت چند ماه از آنجایی که هیچ منفذی رو به بیرون وجود نداشت، شب و روز را از دست داده بود. می‌گفت یک موقع دندان‌هایم را مسواک زدم و فکر کردم که نصف شب است می‌خواستم بخوابم و مامورین آمدند و از من خواستند که بیرون بیایم، وقتی که از آن راهروها و دالان من را گذراندند و به سمت دری بردند که رو به بیرون باز می‌شد، در هواخوری که باز شد، دیدم آفتاب درست بالای سرم است و ظهر است. یعنی حتی روز و شب را هم از دست داده بودم.

فیزیک سلول انفرادی به گونه‌ای طراحی شده که با توجه به فضا و سکوت مطلق، حس بینایی و شنوایی و تمام حواسی که وجه ممیزه انسان است و از طریق آنها زیست روزمره خودش را تنظیم و زندگی می‌کند، هم دچار اختلال شوند. مثلا سکوت مطلق که ممکن است برای بعضی از آدم‌ها تا چند ماه طول بکشد، خیلی آزاردهنده است. این سکوت می‌تواند به نوعی توهماً باشد. محرومیت از هوا، محرومیت از آفتاب، محرومیت از قدم زدن در محیط خارج از سلول، گاهی آنچنان فشاری را به انسان وارد می‌کند که واقعا فرد نمی‌تواند آن شرایط را تحمل کند. شما به این شرایط اضافه کنید که نه کتاب و نه روزنامه‌ای به شما می‌دهند و موسیقی و رادیو و تلویزیونی هم وجود ندارد. کاغذ و قلمی هم نیست. به معنای واقعی هیچ چیز وجود ندارد. به همان طریق که جسم را تحت فشار قرار می‌دهند، با محدود کردن بینایی، شنوایی و بقیه حواس پنج‌گانه انسان، مغز را هم تحت کنترل و فشار قرار می‌دهند. به این معنی که هیچ داده‌ای به ذهن شما وارد نمی‌شود. هیچ اخبار و اطلاعاتی، از دیدن و بویایی تا صدا. بنابراین به مرور زمان، گویا ذهن کارکرد خودش را از دست



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

می‌دهد. یعنی به همان میزان که به جسم در این خلاء سلول انفرادی فشار می‌آید، ذهن هم دچار اختلالات و آسیب‌های جدی می‌شود. کسانی که شکنجه سفید را توضیح می‌دهند، می‌گویند همانطور که جسم برای زنده ماندن به هوا و مواد غذایی نیاز دارد، ذهن هم برای زنده ماندن و کار کردن نیاز به گرفتن داده‌ها و اطلاعات دارد و وقتی این‌ها نمی‌رسند، در واقع آن را دچار اختلال می‌کنند. به نوعی در این خلاء افکار و اطلاعات، ذهن آرام آرام به سمت خاموشی و تحلیل رفتن پیش می‌رود. اینجا دقیقا زمانی است که بازجو می‌تواند با ورود کردن و دادن اطلاعات و داده‌های غلط، یا اخبار و تحلیل‌های هدفمند و کانالیزه شده ذهن را برای پروژه‌ای که خودش مد نظر قرار داده آماده کند؛ یا محدودیت‌هایی که برای فرد ایجاد می‌کنند، در واقع فرد محبوس در سلول انفرادی را به گونه‌ای تحت فشار قرار می‌دهند که حتی اگر آگاه باشد از آن چیزی که به صورت خبر اشتباه یا خبر کذب یا تحلیل غلط به او می‌دهند، فرد محبوس در سلول انفرادی برای فرار از تنهایی و انزوا و بی‌کسی، سعی می‌کند که به بازجو و محیط بازجویی خود را نزدیک و دلخوش کند و آرام آرام در آن فضا قرار می‌گیرد و با آن منطق و طریق و گفتمانی که بازجوی مسلط بر او ایجاد می‌کند، ادامه می‌دهد و در پروژه بازجوها قرار می‌گیرد.

بنابراین می‌خواهم بگویم که با توجه به محدودیت‌هایی که چه به لحاظ جسمی و چه به لحاظ روحی به زندانی در سلول انفرادی وارد می‌شود، فرد محبوس در انفرادی برای رها شدن از این وضعیت، تن به خواسته بازجو می‌دهد و اگر توام شود با فشارهای روحی و روانی و یا تهدیدهای بازجوها، یعنی اگر قرار بر این باشد که شما در سلول مدام تهدید شوید که اگر که به آنچه که آنها می‌خواهند تن ندهید، مثلا اعضای خانواده شما بازداشت و این مکان منتقل می‌شوند. همسر، خواهر، برادر، فرزند یا پدر و مادر شما. یا فرض کنید که بازجوها در گوشی‌های موبایل، لپ‌تاپ یا دیگر وسایل شخصی که به دستشان می‌افتد به اطلاعات خصوصی شما دسترسی پیدا می‌کنند و از طریق تهدید به افشای اطلاعات خصوصی آن‌ها در صورت عدم تن دادن به خواسته‌های بازجوها، فرد زندانی را تحت فشار روحی و روانی قرار می‌دهند.

برای کسی که در سلول انفرادی محبوس است، نمی‌تواند با کسی صحبت کند و در آن فضا، تنهایی و انزوا و خلاء و بی‌کسی و بی‌پناهی را تجربه می‌کند، این فشارها او را از پای در می‌آورند. بنابراین از بعد روان‌شناسانه در رابطه با حذف ورودی اطلاعات و داده‌ها، چه به لحاظ جسمی و چه به لحاظ ذهنی که برای انسان رخ می‌دهد، فرد می‌تواند تعادل روحی و روانی خودش را از دست دهد و یا ممکن است

دچار اختلالات روحی و روانی شود. اختلال خواب جدی پیدا کند. اختلال اضطراب پیدا کند یا حتی برخی از محبوسین سلول‌های انفرادی که با آنها صحبت کردم می‌گویند که ما در سلول انفرادی دچار توهم شده بودیم. همچون شنیدن صدایی یا دیدن چیزی. همه این‌ها مجموعه شرایطی را برای فرد محبوس در سلول انفرادی به وجود می‌آورد که ناگزیر شود برای رها شدن از این وضعیت، خواسته یا ناخواسته، دست به انجام اقداماتی بزند. اقداماتی که تحت فشار و تحت شکنجه است و متأسفانه در دادگاه‌های جمهوری اسلامی ایران مورد استناد قرار می‌گیرد و قضات بر اساس آنها حکم می‌دهند. در واقع فعالان حقوق بشر به دنبال این هستند که بر اساس آنچه در اصل ۳۹ قانون اساسی آمده و شکنجه را منع کرده و البته اقرار و اعترافاتی که تحت شکنجه گرفته شده باشد نمی‌تواند مورد قبول باشد و اعتبار قانونی ندارد. فعالان حقوق بشر به دنبال این هستند که سلول‌های انفرادی را به‌عنوان ابزار شکنجه و اقرار ناشی از سلول انفرادی را به‌عنوان اقرار زیر شکنجه محسوب کنند و این روند را محدود و متوقف کنند تا فضای حداقل نسبتاً مناسبی برای فرد بازداشت شده در زندان را به وجود بیاورند.

فرد بازداشت شده در دوره بازداشت، با بازجویی و بلاتکلیفی طولانی‌مدتی مواجه می‌شود؛ حتی نمی‌داند که تا چه زمانی باید در این سلول نگهداری شود. بازجو هم می‌خواهد او را به همان شیوه‌ای که گفتید بشکند و بر روح و روان او در جهتی که قصد شکستن او را دارد، تأثیر بگذارد. در بسیاری موارد پیش آمده که زندانیان گفته‌اند روزها و هفته‌ها از حضورشان در انفرادی گذشت و بازجو سراغی از آنها نگرفت. برخی گفتند در برخی موقعیت‌ها در سلول انفرادی هرچند این فکر را عملی نکرده باشند، به خودکشی فکر کرده‌اند. ولی مواردی هم بوده که تا مرحله اقدام به خودکشی پیش رفته‌اند. سوال این‌جاست که به چه شکل در سلول انفرادی فکر خودکشی قوت می‌گیرد و زندانی حاضر است که به زندگی خود پایان دهد تا از این شرایط خلاصی پیدا کند؟

در سلول انفرادی اکثر کسانی که مدت طولانی در سلول می‌مانند به مرگ یا به خودکشی فکر می‌کنند که به نظر من مولفه بسیار مهمی است، برای اثبات شکنجه بودن سلول انفرادی به لحاظ فشار روحی و روانی که به فرد محبوس در سلول انفرادی وارد می‌کند. من سلول انفرادی را دو قسمت می‌کنم. یک قسمت همین شرایط فیزیکی و حذف صدا، نور آفتاب و هر امکانی که برای زیست روزمره انسان است. یک بخش دیگر به صورت هدفمند و برنامه‌ریزی شده است. از نوع برخورد زندانبان تا نوع بازجویی‌هایی که فرد محبوس در سلول انفرادی با آنها مواجه می‌شود، انسان را با بحران بسیار بزرگی مواجه می‌کند. بعضی وقت‌ها آدمی در خصوص

انسان بودن خودش هم به شک و تردید می‌افتد. بعضی وقت‌ها انسان به لحاظ فکری و عقیدتی مواضع سیاسی و تمام باورهایش به تردید، تزلزل و شک می‌افتد. یعنی انسان آرام آرام چیزهایی که باعث می‌شود شخصیت و هویت خودش را، اینکه من که هستم و چه کرده‌ام و الان اینجا چه می‌کنم را گم می‌کند؛ در مورد همه این‌ها به ابهام، گیجی و سردرگمی می‌افتد. بعضی وقت‌ها آدمی خودش را در زندان گم می‌کند. در سلول گم می‌کند. وقتی که هر آن چیزی که یادآور هویت و شخصیت شماست از شما گرفته می‌شود، این می‌تواند به لحاظ فیزیکی گرفتن لباس شما، گرفتن عینک شما، یا حتی گل سری که موهایتان را با آن جمع می‌کردید، باشد. هرچیزی را از شما می‌گیرند که برای شما یادآورنده آن چیزی که هویت شما و خود اصلی شما بوده است. می‌خواهند شما را از خودتان جدا کنند. با خودتان فاصله بیندازند. شما با آن مواضع سیاسی که داشتید نباید بمانید. شما با آن افکار و عقایدی که داشتید نباید بمانید. شما با آن هویتی که در جامعه، نزد خانواده و پیش خودتان داشتید، نباید باقی بمانید. در واقع بازجو از طریق سلول انفرادی و شکنجه سفید می‌خواهد که شما را از خود واقعی‌تان جدا کند. بنابراین در این حالت، این حالت تردید، این حالت شک و تزلزل یا خود گم کردن یا گیج شدن در سلول همه این‌ها انسان را در آستانه فروپاشی واقعی قرار می‌دهد؛ تحمل این فروپاشی بسیار سخت است. به نظر بسیاری از کسانی که هم شکنجه سفید یعنی شکنجه روحی و روانی و هم شکنجه جسمی را تحمل کرده‌اند، تحمل این لحظه‌های فروپاشی، این لحظه‌های تنهایی و انزوا و خلاء و بلاتکلیفی و این گم شدن در سلول بسیار کشنده‌تر و سخت‌تر از شکنجه‌های فیزیکی است. ضمن اینکه در شکنجه‌های فیزیکی، هر ضربه‌ای که به زندانی وارد می‌شود و یا کتکی که می‌خورد، جدا کردن خط بازجو با خط زندانی پررنگ‌تر، صریح‌تر و شفاف‌تر می‌شود. ولی در سلول انفرادی، خطر دیگری وجود دارد و آن این است که بازجو در مقام شکنجه‌گر به شکل ظاهری با تو مواجه نمی‌شود. تو نمی‌توانی آن خط و ربطی را که با بازجو و شکنجه‌گر در شکنجه فیزیکی خودش را عیان می‌کند، با همان نماد و صراحت، بازجوی خودت را در سلول انفرادی ببینی و خط و مرز تعیین کنی و این‌ها جاهایی هست که انسان را به تحلیل، برداشت و به موضعی غلط می‌اندازد و خیلی وقت‌ها آدم‌ها فکر می‌کنند که آن انگیزه مقاومت را توان و نیروی مقاومت را از دست داده‌اند، خود واقعی‌شان را گم کرده‌اند یا با فاصله با مواضع در خصوص آنها به تردید افتاده‌اند و با به تردید افتادن در خصوص آن مواضع، برایشان دوام آوردن در سلول غیرممکن می‌شود و خیلی وقت‌ها به خودکشی و مرگ فکر می‌کنند.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

■ شما خود تجربه سلول انفرادی و بعد انتقال به بند عمومی را داشته‌اید. وقتی زندانی را از انفرادی به عمومی می‌آورند، مواجه با فردی که ممکن است روزها و ماه‌ها با کسی ارتباطی نداشته و حرفی نزده، چگونه است؟ بر اساس تجربه شخصی‌تان این مواجهه به چه صورت بوده و چه تصویری از آن روزها در ذهن دارید؟

افرادی هستند که سلول انفرادی را تحمل کرده و مقاومت می‌کنند و وارد بندهای عمومی می‌شوند و این حس مقاومت در وجود آنها دیده می‌شود. ولی در اکثر مواقع وقتی کسی از سلول انفرادی می‌آید، دچار یک سردرگمی و ناباوری است. بعضی از آنها دچار افسردگی‌های شدید می‌شوند. من همیشه به دوستانم می‌گفتم به چشمان کسی که از سلول انفرادی می‌آید، دقت کنید. چشمانش نشان می‌دهد هول و هراس و اضطراب راه ناآرامی و تشویش که ناشی از فشار روحی و روانی در سلول انفرادی است، در چشمانشان کاملاً قابل مشاهده است. به نظر من اولین چیزی که در ظاهر این افراد می‌توانستی ببینی و حدس بزنی که از سلول انفرادی می‌آیند، همین حالت نگاه‌هایشان بود؛ هراس و اضطرابی بود که در چشمانشان نشان داده می‌شد. مثلاً وقتی یکی از دوستان من از سلول انفرادی آمد، دچار اختلال خواب شدید شده بود. یکی دیگر از دوستانم وقتی آمد، دچار اضطراب و بی‌قراری شدید شده بود. یعنی نمی‌توانست یک‌جا بنشیند. چند دقیقه

بیشتر نمی‌توانست بر روی صندلی یا جایی که نشسته دوام بیاورد. مرتب به طبقه پایین، حیاط، باشگاه و بخش‌های دیگر می‌رفت و به بالا بازمی‌گشت. بر روی تخت خودش آرام و قرار نداشت و این بی‌قراری ناشی از همان فشارهای روحی و روانی سلول انفرادی بود. یا کسی که می‌خواهید و وقتی از خواب بیدار می‌شد فکر می‌کرد در سلول انفرادی است و بنابراین از خوابیدن خیلی اذیت می‌شد. فقط از ترس اینکه آن لحظه‌ای که بیدار می‌شود تشخیص نمی‌دهد که در سلول انفرادی است یا نیست. دوست دیگری داشتم که وقتی از سلول انفرادی آمد به طرز عجیبی غذا می‌خورد. یعنی اگر الان غذا می‌خورد، نیم ساعت دیگرش احساس ضعف شدیدی می‌کرد و فکر می‌کرد که دوباره باید غذا بخورد. نیم ساعت بعد دوباره می‌خورد؛ به این صورت شده بود که همه و خودش متوجه شده بودند که این شکل طبیعی ندارد و گاهی که شدت اضطرابش خیلی بالا می‌رفت، فکر می‌کرد گرسنه است و با غذا خوردن خودش را آرام می‌کرد. به هر حال من تعداد آدم‌های زیادی را دیدم که وقتی از سلول انفرادی وارد بند عمومی می‌شدند، واقعا حالت عادی نداشتند. به‌خصوص که اگر از سلول‌های انفرادی طولانی مدت، از تنهایی طولانی مدت وارد جمع می‌شدند، این رفتارها و اختلالاتی چون خواب و اضطراب و تمرکز و همه این‌ها را می‌شد در این افراد دید. بعضی از آنها با مشکلات جسمی شدید وارد می‌شدند. عموماً دچار زانو درد، کمر درد، کتف درد و گردن درد بودند. گذشته از اینکه در

ماهانامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱



سلول انفرادی جا برای فعالیت و تحرک وجود ندارد، نشست و برخاست بر روی زمین است و تخت و صندلی وجود ندارد، یا اینکه امکان پیاده روی درست برای آنها وجود ندارد. این‌ها دچار عارضه‌هایی در ناحیه مهره‌های گردن و کمر و زانو می‌شدند و درد زیادی می‌کشیدند. یادم است یکی از خانم‌ها وقتی از انفرادی آمد، از سینه‌اش ترشحات سیاه رنگی خارج می‌شد. برای خود من هم خیلی عجیب بود. منتظر ماند تا پزشک متخصص زنان آمد. وقتی که پیش پزشک رفت، او هم نتوانست تشخیص بدهد و نهایتاً قرص‌های آرام‌بخش به او دادند. یعنی این را ناشی از فشار عصبی او می‌دانستند. در واقع یک واکنش عصبی بود که بدن نشان می‌داد. مسئله دیگر این بود که بسیاری از کسانی که از سلول انفرادی می‌آمدند، مجموعه قرص‌های زیادی با خود داشتند و در جعبه‌های قرص‌هایشان به آنها می‌دادند. شب‌ها هم آنها را صدا می‌کردند که قرص‌هایشان را بخورند. معمولاً قرص‌های زیادی هم می‌خوردند. این‌ها قرص‌های اعصاب و روان بود که به‌خصوص کسانی که طولانی مدت در سلول‌های انفرادی مانده بودند، مثلاً خوابشان به هم خورده بود و نمی‌توانستند بخوابند. یا اضطراب و بی‌قراری‌های شدید گرفته بودند به مرور زمان قرص‌های این‌ها افزایش پیدا کرده بود و با قرص‌های زیاد اعصاب و روان وارد بند می‌شدند. یک‌بار یادم است وقتی دادیار و رئیس زندان به بند زنان آمده بود، من و کیل‌بند بودم. در اعتراض به نگهداری زندانیان در سلول‌های انفرادی که با آنها صحبت کردم، به رئیس اندرزگاه گفتم که جعبه مخصوص قرص‌ها را لحظه‌ای به من بدهید. من می‌خواهم آن را به رئیس زندان نشان بدهم. او به من این جعبه را داد و من به رئیس زندان نشان دادم و گفتم که این فاجعه‌ای است که در سلول‌های انفرادی رقم می‌خورد و آدم‌ها با ده، پانزده قرص اعصاب و روان وارد عمومی می‌شوند. این به نظر من خودش بخشی از آن شکنجه سفید است. چرا در سلول‌های انفرادی وضعیتی به وجود می‌آید که زندانی مجبور می‌شود برای خوابیدن از قرص‌هایی که روکش ندارد و نمی‌داند که این قرص‌ها برای چیست. از چه تشکیل شده و چه آثار روحی و روانی می‌تواند بر روی فرد داشته باشد، استفاده کند؛ ناچار و ناگزیر می‌شود برای اینکه بتواند غذا بخورد و بخوابد و حتی بنشیند، از دست اضطراب و بی‌قراری رها شود، به این قرص‌ها پناه ببرد؛ به نظر من استفاده خود این قرص‌ها بخشی از شکنجه روانی را رقم می‌زند و آثار بسیار مخربی بر روی روح و روان زندانی می‌گذارد.

ماهانامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

■ اغلب افرادی که سلول انفرادی را تجربه کرده‌اند، احساس می‌کنند پس از آزادی این تأثیرات مخرب روانی همچنان بر روی آنها وجود دارد. حتی افرادی هستند که بعد از یکی دو سال، همچنان اختلال خواب دارند و یا زمانی از محیط خانه‌شان خارج شده و به سفر می‌روند، نمی‌توانند در محیط جدید خواب درستی داشته باشند. تجربه شخصی شما چیست؟ آیا خود شما پس از طی دوره انفرادی و پس از آزادی توانستید مسیر درستی را برای درمان طی کنید؟ آیا دولت امکانات درمانی به شهروندانی که در سلول انفرادی بوده‌اند می‌دهد تا خود را درمان کنند؟ آیا فضایی برای درمان این اختلالات در ایران هست؟ آیا اصولاً اینگونه موارد درمان‌شدنی یا بهبودیافتنی است؟

من اینجا مشخصاً در خصوص انفرادی می‌خواهم صحبت کنم که مدت‌های طولانی در سلول انفرادی مانده‌اند. کسانی که چندین ماه و یا چندین سال در سلول انفرادی بوده‌اند. قطعاً حتی اگر فرد محبوس در سلول انفرادی مقاومت بکند که در سلول انفرادی نشکند و حاضر به مصاحبه، اقرار و پذیرفتن اتهام ناروا و کذب نسبت داده شده نباشد، اما واقعیت این است که شکنجه سفید و نگهداری متهم در سلول انفرادی در درازمدت آثار زیان‌باری بر روی جسم، روح و روان زندانی می‌گذارد؛ خب چنین افرادی با توجه به اینکه یا احکام سنگین می‌گیرند و وارد بندهای عمومی می‌شوند و امکان درمان درستی ندارند و به درستی به آنها رسیدگی نمی‌شود و به پزشک اعزام نمی‌شوند و امکان بازیافتن خودشان را پیدا نمی‌کنند، چون دوباره به زندان منتقل می‌شوند و به هر حال شرایط امنیتی زندان شرایط پر فشار و پر استرسی است، بنابراین امکان درمان در بندهای عمومی به وجود نمی‌آید. اما اگر بخشی از آنها با وثیقه بخواهند آزاد شوند، زیر حکم دادگاه‌ها هستند یا حتی بازجویی‌ها ادامه پیدا می‌کند. احضارشان به نهادهای امنیتی ادامه پیدا می‌کند. یعنی اینکه از آن فشار ناشی از سلول انفرادی به طول کامل بیرون نمی‌آیند. هرکدام از این‌ها فکر می‌کنند که دوباره به سلول انفرادی بازخواهند گشت و دوباره همین بازگشت به سلول انفرادی یک فشار مضاعف روحی

و روانی و اضطراب را به وجود می‌آورد. این نه تنها امکان مداوای آنچه که در سلول انفرادی بر او رفته را از او می‌گیرد، بلکه اضطراب و نوعی نگرانی را به آن اضافه می‌کند که خودش فشار روانی را افزایش می‌دهد. من عموماً این ناراحتی‌ها و این آسیب‌ها را در افرادی که با آنها صحبت داشتم می‌بینم که تداوم پیدا کرده است. بعضی از آنها معتقد هستند که آنچنان آسیبی در سلول انفرادی به لحاظ روانی دیده‌اند که گمان می‌کنند تا آخر عمرشان این آسیب‌ها با آنها همراه خواهد شد. مثلاً از خواب بیدار شدن یا خوابیدنشان. مثلاً قرار گرفتن آنها در یک محیط و فضای در بسته. می‌تواند این فضا یک آسانسور و یا یک توالت یا یک حمام باشد. این شرایط برای آنها همان شرایط سلول انفرادی را تداعی می‌کند و آنها را دچار پریشانی و اضطراب می‌کند. این هر بار که تکرار می‌شود، آسیب را به فرد بیشتر می‌کند. اینکه امکاناتی برای مشاوره و درمان آسیب‌های ناشی از شکنجه سفید برای کسانی که این شکنجه را تحمل کرده‌اند به وجود می‌آید مسئله بسیار سختی است؛ برای اینکه اولاً فرهنگ سازی این قضیه که باید به این فشارهای روحی و روانی توجه شود. باید فرد با عنوان درمان مورد بازیابی قرار گیرد. اما اولاً فرهنگ این مسئله خیلی وجود ندارد. ثانیاً امکانش نیست. طبیعتاً دولت اگر متوجه شود که جایی برای دادن امکانات و خدمات برای این نوع آسیب دیدگان سلول انفرادی وجود دارد، آنجا را تحت فشار قرار می‌دهد و سراغ آن مجموعه‌ها می‌رود. ما هنوز نمی‌توانیم چنین امکانی را فراهم کنیم. گویی که من خیلی وقت‌ها به فکرش بودم که یک مجموعه‌ای باشد از پزشکانی که داوطلبان به آسیب‌دیدگان شکنجه‌ها کمک کنند. ولی نتوانستیم امکانش را فراهم کنیم.

■ آیا می‌توان با ثبت شکایت به سلول‌های انفرادی اعتراض کرد؟ می‌دانم که شما و جمعی از فعالین مدنی و زندانیان سیاسی سابق چندی پیش با حضور در دفتر قضایی نسبت به نگهداری متهمان در سلول‌های انفرادی شکایت خود را ثبت کردید. آیا شکایت چه در زمانی که فرد بازداشتی از سلول انفرادی به بند عمومی منتقل می‌شود و چه

زمانی از زندان آزاد شده است، به هدف این که پروسه درمان پیش برود هم میسر است؟ جدای از این که عاملان و آمران این امر باید مورد محاکمه قرار بگیرند.

اتفاقی که می‌افتد این است که وقتی آسیب دیدگان سلول انفرادی به بندهای عمومی می‌آیند و با ناراحتی‌هایی مواجه می‌شوند، با آسیب‌های جدی به روح و روان و جسمشان مواجه می‌شوند و به فکر مداوا و درمان و یا حداقل پیگیری می‌افتند، در واقعیت و عمل، مجموعه‌ی زندان، با توجه به اینکه اگر امکان ثبت این رسیدگی و پیگیری‌ها و درمان‌ها را برای فرد به وجود بیاورد و ثبت بکند، این فرآیند سند و مدرک‌سازی علیه نهادهای امنیتی و سلول انفرادی و شکنجه‌ها هم خواهد بود، مانع این کار می‌شود. یعنی مجموعه‌ای از پزشکان مستقل این امکان را ندارند. پزشکان خود زندان هم تحت کنترل و نظارت دستگاه‌های امنیتی هستند. بخشی از این پزشکان وارد بندهای ۲۰۹، دو الف، ۲۴۰ و ۲۴۱ می‌شوند. من شاهد بودم که وقتی پزشکان وارد بندهای امنیتی می‌شوند، عموماً ماموران امنیتی در بسیاری از این موقعیت‌ها آنها را همراهی می‌کنند. مثلاً من یادم هست که یک‌بار که من به پزشک نیاز پیدا کردم، بازجو در کنار پزشک بالای سر من بود. گو اینکه پزشکی که بالای سر من بود خیلی بدتر از بازجوی من بود. یعنی موضعش خیلی سرسخت‌تر بود و برخورد به مراتب سنگین‌تری داشت.

■ در بند ۲۰۹ این مسئله پیش آمد؟

بله در بند ۲۰۹ بود. من یادم هست که پزشکی که لباس سفید پزشکی به تن داشت آنچنان با من با خشونت برخورد کرد که بازجوی من از اتاق خارج شد. آن‌ها من را روی زمین و روی موزائیک خوابانند. به جای اینکه بر روی تخت بخوابانند. و حتی دست‌های من را از دو طرف پزشک گرفت و روی من داد و تهدید می‌کرد که اگر اجازه ندهی که من این آمپول را بهت بزنم، دستت را با زنجیر به پایه‌های تخت می‌بندم و پاهایت را هم می‌بندم، دیگر نمی‌توانی تکان بخوری و این کار را انجام

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

می‌دهم. بنابراین می‌خواهم بگویم که آن چیزی که در سلول‌های انفرادی اتفاق می‌افتد، بخشی از همان شکنجه سفید است که چه فیزیک سلول انفرادی، چه نحوه بازجویی‌ها، چه نحوه رسیدگی پزشکی، آن را تکمیل می‌کند. بنابراین وقتی فرد را به بند عمومی می‌آورند، بهداری و پزشکان زندان و سیری که پرونده پزشکی زندانی در آنجا دارد می‌گذراند می‌تواند مثل پرونده قضایی باشد که تاثیر قضایی ندارد. یعنی ما از دادرسی‌های عادلانه برخوردار نیستیم. برای اینکه نهاد امنیتی تاثیرگذار است و قوه قضائیه را تحت اختیار و چنبره خودش قرار می‌دهد و اعمال نفوذ می‌کند. این اتفاق در خصوص بهداری‌ها هم روی می‌دهد. شما هر اعزامی به هر بیمارستانی داشته باشید، دادیار باید مجوز دهد. دادیار به چه صورت مجوز را می‌دهد؟ قطعاً باید نظر نهاد امنیتی وجود داشته باشد. بنابراین نظر نهاد امنیتی به همان میزان که در روند قضایی پرونده‌ها و حین رسیدگی تاثیرگذار است، در امر درمان و پزشکی هم تاثیر دارد و همان فیلتر و همان کنترل را انجام می‌دهد. بنابراین این مسئله در زندان‌ها امکان ندارد به درستی اتفاق بیفتد، شاید به صورت شکلی اتفاق بیافتد. به نظر من البته همان شکلی هم مفید است و باید ثبت شود. اما اینکه بعد از آزادی بشود این کار را کرد، واقعیت این است که پزشکی قانونی در نظام جمهوری اسلامی ایران زیر نظر قوه قضائیه است و از استقلال برخوردار نیست. نهادی که برای امر پزشکی زیر نظر نهادی باشد که آن نهاد خود عامل و آمر این وضعیت است، من خیلی امیدی به آن ندارم. گو اینکه مثلاً در رابطه با پرونده‌هایی که زندانی را از داخل زندان به بیمارستان فرستاده‌اند و از آنجا به این نتیجه رسیده‌اند که به پزشکی قانونی بفرستند، پزشکی قانونی نظر صریح و شفاف پزشکی نمی‌نویسد. مثلاً می‌گوید که این فرد را شما می‌توانید در زندان نگه دارید ولی به شرط اینکه استرس نداشته باشد. آیا پزشکی که در پزشکی قانونی این رای را اجرا می‌کند با مفهوم زندان آشناست؟ اگر آشنا نیست و می‌داند یکی از ویژگی‌های زندان اضطراب، استرس و شرایط ناشی از زندان چون دوری از خانواده، بیماری و مشکلات دیگر و تحت نظر نهاد امنیتی و قضایی زندگی کردن است، آیا

ماهانمه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

می‌داند که یکی از الزامات زندان، یکی از چیزهایی که همیشه با زندان ملازم است، اضطراب و استرس است؟ این رای مستقل و پزشکی نیست. در واقع رایی است که فقط یک رفع تکلیف از آنها می‌کند. یا مثلاً در رابطه با فردی که اگر در زندان نگهداری شود، این نگهداری منجر به معلولیت می‌شود، مثلاً در رابطه با خانم راحله احمدی این اتفاق افتاده است. برای ایشان بیمارستانی که خود تحت نظارت قوه قضائیه است نوشته است که اگر ایشان در زندان نگهداری شود، بنا بر این دلائل پزشکی می‌تواند منجر به فلج شدن این خانم شود. پزشکی قانونی بر روی این چه نظری می‌دهد؟ متاسفم بگویم که پزشکی قانونی در مورد مسئله زندانیان، به‌خصوص زندانیان سیاسی و عقیدتی نظر مستقل پزشکی و درمانی نمی‌دهد و تحت فشارهای نیروها و نهادهای امنیتی و قوه قضائیه، ما نظر پزشکی مستقل از کمیسیون پزشکی‌ها نمی‌گیریم. شما در مورد بهنام محجوبی هم دیدید که حتی نظری هم که از سوی کمیسیون پزشکی آمد، باز توسط نهادهای امنیتی و قضایی به آن اعتنایی نشد و منجر به فوت بهنام محجوبی شد. یا در وضعیت فعلی در رابطه با آقای محمد نوری زاد، قطعاً نظر پزشکان در بیمارستان‌هایی که آقای نوری زاد را برده‌اند بر این است که ایشان نباید در زندان نگهداری شوند. آیا پزشکی قانونی چنین نظر صریح و قاطعی را به قوه قضائیه داده است؟ بنابراین می‌خواهم بگویم که علیرغم اینکه من با شما موافق هستم که قطعاً این موارد باید به ثبت برسد، حتی اگر مورد رسیدگی قرار نگیرد و قوه قضائیه توجهی به آنها نکند، از این حیث که مستندسازی می‌شود از طریق شکنجه شده علیه شکنجه‌گر که سیستم قضایی و امنیتی نظام جمهوری اسلامی ایران است، و باید روزی مورد دادخواهی قرار بگیرد، و این مسئله مسئله مهم تاریخی است. سند تاریخی است. این امر مهمی است که باید به آن پرداخته بشود. اینکه چقدر نتیجه بدهد، خیلی امیدوار کننده نیست. ولی به نظر من می‌تواند به عنوان اهرم فشار بر روی نهادهای امنیتی و قضایی آن را به دست بگیریم یا اینکه افکار عمومی را روشن کنیم. اگر نمی‌توانیم این روند را متوقف کنیم، حداقل تا حدی بتوانیم آن را کنترل کنیم.

■ آیا تاثیرات روانی سلول انفرادی با توجه به شرایط حاکم بر بندهای امنیتی در جمهوری اسلامی، بر زنان و مردان متفاوت است یا خیر؟ با توجه به رفتاری در انفرادی با زنان می‌شود. مثلاً بحث پوشش یا موضوع عادت ماهیانه برای زنان و تاثیر آن بر روند بازجویی. تخریب‌های جنسی حین بازجویی از فرد بازداشتی و یا تهدید به افشای اطلاعات خصوصی فرد بازداشتی توسط بازجو.

سلول انفرادی برای هر موجود زنده‌ای شکنجه است. هر موجود زنده‌ای به هوا نیاز دارد. به صدا نیاز دارد. به آفتاب نیاز دارد. وقتی که این‌ها را از موجود زنده بگیرید، زیست روزمره و بودنش را دچار اختلال می‌کنید. وقتی روابط اجتماعی انسان را محدود می‌کنند. وقتی سخن گفتن و شنیدن و مجالست را از انسان می‌گیرند و در انزوا و خلاء او را می‌برند، واقعیت این است که انسان را گویی از انسان بودنش جدا می‌کنند. بنابراین سلول انفرادی برای هر انسانی شکنجه است. شک و تردیدی نیست. روانشناسی هم شکنجه سفید را یکی از هولناک‌ترین انواع شکنجه می‌داند. این شکنجه روح و روان انسان را مورد هدف قرار می‌دهد و دچار اختلال می‌کند. اما اینکه در سلول‌های انفرادی برای زنان فشار مضاعفی می‌تواند وجود داشته باشد، به نظر من هم سیستم بازجویی و هم سیستم نگهداری زنان در سلول‌های انفرادی امکان این فشار مضاعف را برای بازجو فراهم می‌کند. اینکه زنان در جامعه ما همواره با تبعیض و سرکوب مواجه بودند، این تجربه زیسته زنان در جامعه ایران است. به‌خصوص در حکومت دینی و در یک نظام مردسالار. خیلی از ما این تجربه‌های سرکوب، تحقیر و اذیت و آزار را داشته‌ایم. ولی در سلول انفرادی هرکدام از این‌ها به توان چند برابر اعمال می‌شود. شاید تحقیر جسم از همان نوع تحقیری است که همواره شاهدش هستیم. ولی در سلول انفرادی این تحقیر فشار مضاعف ایجاد می‌کند. مثلاً وقتی که وارد فایلهای شخصی شما می‌شوند و در رابطه با آن روابط شما را زیر سوال می‌برند، یا آن را به عنوان یک اهرم تهدید قرار می‌دهند. اینکه ما به خانواده‌ات این عکس‌ها و فیلم‌ها را نشان می‌دهیم یا اینکه ما این‌ها را در فضای مجازی پخش می‌کنیم و اعتبارت را از تو می‌گیریم و آبرویت را می‌بریم. یا مداخلات دیگری در امور

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

خصوصی مربوط به زنان می‌کنند، این‌ها بار مضاعف روانی بر روی زنان می‌گذارد و خیلی از زن‌ها به دلیل ترس از آبرویشان و ترس از آن‌چیزی که نمی‌خواهند به هر دلیلی در افکار عمومی مطرح شود، این فشارها را تحمل نمی‌کنند و تن به خواسته بازجو می‌دهند. مثلاً در رابطه با تست بکارتی که من از دو نفر از همبندی‌هایم تا الان شنیدم که اتفاقاً هر دو هم متعلق به بازداشتگاه سپاه پاسداران بود. واقعا این فشار روانی خیلی زیادی به آنها وارد کرده بود. برای اینکه در برابر این کار مقاومت کرده بودند ولی وقتی در سلول انفرادی هستی، نه وکیلی داری و نه با کسی می‌توانی حرفی بزنی و بی‌دفاع در سلول قرار گرفتی، هرکدام از این فشارها می‌تواند زن را از پای در بیاورد. یا من یادم هست که خانمی که مذهبی هم بود. او را تحت فشار قرار داده بودند در خصوص روابطی که با آقای که با او دوست شده بود، توضیح شفاهی بدهد و وقتی این خانم نپذیرفته بود، به او گفته بودند که کاغذ و خودکار می‌دهیم که به سلول بروی و این‌ها را برای ما بنویس. او از این فشار به‌عنوان یکی از فشارهایی که خواب و تمرکز و اعصابش را برهم زده بود و او را خیلی تحت فشار قرار داده بود نام می‌برد. خودش می‌گفت که از من می‌خواستند بنویسم و این برای من خیلی هولناک بود. اگر هم نمی‌نوشتم بدرفتاری بازجوها با من افزایش پیدا می‌کرد و من تحمل شرایط سلول به اضافه تحمل این همه بدرفتاری بازجو را نداشتم. بنابراین دچار درگیری ذهنی هولناکی شده بودم که نمی‌توانستم تصمیم بگیرم چه باید بکنم. واقعیت این است که در سلول انفرادی، اگر هم بازجو به سراغت نیاید، باید بتوانی مدتی طولانی تنهایی، بی‌کسی و حتی حرف نزدن با بازجو را دوام بیاوری و تحمل کنی. قبول کردن این‌ها توسط آدمی که در سلول انفرادی است آسان نیست. بنابراین ناگزیر می‌شوی که تن به خواسته بازجو بدهی که اگر هم انجام بدهی برای یک زن خیلی هولناک و شکننده است و می‌تواند موضع آن خانم را در ادامه بازجویی‌ها که هیچ ربطی به این موضوع ندارد را پایین بیاورد و بازجو را بر آن زن مسلط کند. این‌ها اتفاقاتی است که برای زنان در سلول می‌افتد.

■ با سپاس از وقتی که در اختیار خط صلح گذاشتید.



مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی تربیتی استبداد

حط

احمد فعال، جامعه‌شناس

مقدمه اول:

مطالعه روانشناختی استبداد و جباریت پدیده جدیدی نیست. شاید یکی از مهیج‌ترین بخش روانشناسی اجتماعی مطالعه روانشناختی شخصیت افراد جبار و مستبد است. اگر بگوئیم، تاکنون صدها کتاب مهم درباره روانشناختی شخصیت هیتلر و استالین نوشته شده است، اغراق نکرده‌ایم. از جمله می‌توان به کتاب «آنانومی ویرانسازی انسان» اثر اریک فروم اشاره کرد. در کشورهای دموکراتیک اگر یک رئیس دولت خودکامگی به خرج دهد، و یا رفتار و گفتار او با نرم‌ها و هنجارهای متعارف سیاسی هماهنگ نباشد، سیلی از مقالات و کتاب‌ها و گزارش‌های تحقیقی و روانشناختی علیه او منتشر می‌شود. در زمان حکومت ترامپ بسیاری از روانشناسان به تحلیل رفتاری و روانی او پرداختند. اگر بگوئیم صدها مطالعه در باره روانشناختی ترامپ صورت گرفته است، باز هم به اغراق نگفته‌ایم. یکی از این کتاب‌ها تحت عنوان «ذهن ترامپ» اثر مک آدامز با همت حمید طاهری به فارسی برگردانده شده است. کتاب «جباریت» اثر مانس اشپریر یکی از جذاب‌ترین کتاب‌هایی است که به وضعیت روانشناختی یک جبار می‌پردازد. یک جبار چگونه به جباریت می‌رسد؟ چه کسانی و با چه انگیزه‌هایی یک جبار را در آستین خود پرورش می‌دهند، ویژگی‌های یک جبار پیش از به قدرت رسیدن چیست، از چه استعدادهایی برخوردار است که او را به جباریت سوق می‌دهد، این‌ها همه مسائلی است که موضوع مطالعه کتاب بسیار جذاب «جباریت» اثر مانس اشپریر است. اما مطالعه گسترده‌ای درباره

جامعه استبدادزده صورت نگرفته است. استانی میلی‌گرام یکی از جدی‌ترین روانشناسان اجتماعی است که موضوع جباریت و قدرت را از دریچه افرادی که تحت قدرت و جبر قرار گرفته‌اند، انجام داده است. کتاب بسیار خوب او با عنوان «اتوریته و اطاعت» توسط مهران پاینده و عباس خدایی در سال ۱۳۸۱ به فارسی ترجمه شده است. استانی میلی‌گرام که نام او به عنوان یک آزمایش معروف، در روانشناسی شناخته شده است، مطالعه خود را به روی افرادی که تحت اتوریته قدرت قرار می‌گیرند، متمرکز می‌کند. میلی‌گرام در این آزمایش نشان می‌دهد، بسیاری از مردمان عادی که طی یک برنامه تصادفی انتخاب می‌شوند، در یک فرایند سلسله‌مراتبی اتوریته، وقتی تحت اطاعت قرار می‌گیرند، و حتی بخشی از آنها به طور تصادفی به عنوان فرمانده و رئیس انتخاب می‌شوند، رفتارهای سادیستیکی و مازوخیستی از خودشان بروز می‌دهند. علی رضاقلی کتابی نوشته است با عنوان «جامعه نشاسی خودکامگی». این کتاب نوعی تفسیر فرهنگ سیاسی جامعه ایران است. فرهنگ سیاسی نگرش سیاسی جامعه را به سیاست نشان می‌دهد. مثل اینکه در ایران گفته می‌شود، سیاست پدر و مادر ندارد. رضاقلی جامعه ایران را یک جامعه قبیله‌ای توصیف می‌کند که در بطن خود خودکامگی را رواج می‌دهد. در واقع خودکامگی برآمده و بازتاب روابط اجتماعی فرهنگ سیاسی مردمان ایران است. مثل نظریه‌ای که پرویز پیران در باب انتخاب هوشمندانه زورمداری از سوی ایرانیان ارائه می‌دهد. پرویز پیران در مقاله‌ای با عنوان «نظریه راهبرد

حط

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

و سیاست سرزمینی» و نیز در مقاله‌ای با عنوان «ویژگی‌های جمعی ایرانیان یا سازوکارهای بقاء»، کوشش نموده است تا نشان دهد، مردم ایران بنا به ضرورت‌های سرزمینی، از جمله ناامنی‌هایی که از زمین و آسمان، بر این سرزمین آوار شده است، به خاطر بقای خود ناگزیر به انتخاب یک نوع زورمداری هوشمندانه بودند. این مجموعه‌ای را که خدمت خوانندگان ارائه و شمار کثیری از این مطالعات در این فهرست نیامدند، با این هدف بود که نشان بدهم، اغلب مطالعات یا روی ویژگی‌هایی روانشناختی و شخصیت فرد خودکامه و جبار معطوف است، و یا روی ویژگی‌های جامعه‌ای که بنا به شرایط سرزمینی و تاریخی تسلیم جبر و زورمداری می‌شوند. اما کمتر مطالعه‌ای است که نقش فضای سیاسی و فرهنگی قدرت و استبداد را، در روابط با جامعه، و آثار روانی و جامعه‌شناختی و آسیب‌شناختی این فضا را بر جامعه مورد بحث و تحقیق قرار داده باشد. مطالعه‌ای که در پیش رو ملاحظه می‌کنید، کوشش دارد تا وضعیت استبداد و خودکامگی را بر سلامت و رشد روانی جامعه تا حدی که به مثابه یک مقدمه تلقی می‌شود، از مطالعه بگذراند.

مقدمه دوم:

ژان ژاک روسو در همان آغاز کتاب قراردادهای اجتماعی می‌گوید، انسان موجودی است که آزاد به دنیا می‌آید و سپس این جامعه است که با وضع قوانین، آزادی‌های او را محدود می‌کند. اندیشمندانی هم مانند ولتر و منتسکیو معتقد بودند، انسان مجبور به دنیا می‌آید، و این جامعه است که آزادی‌ها را به انسان اعطاء می‌کند. با این وجود، همانطور که فرانتس نویمان می‌گوید، این اندیشه‌های روسو بود که ماندگار شد و بعدها اعلامیه حقوق بشر و حقوق شهروندی که در فرانسه در سال ۱۸۹۳ به تصویب رسید، اندیشه‌های فلسفی آن، مانند آزادی، فردگرایی و قرارداد اجتماعی برگرفته از اندیشه‌های فلسفه اجتماعی جان لاک و ژان ژاک روسو بود. فراتر از آن، به قول نویمان، اندیشه‌های روسو بود که از نظر تاریخی، تنگ مایگی نظام اشرافی را بر ملا کرد و «مشکل سیاست را یکسره بر اساسی نوین، یعنی دموکراسی محض استوار کرد»^۱. کشمکش‌های روسو با ولتر و منتسکیو، به دو نحله فکری طبیعت‌گرایی و جامعه‌گرایی در دوران روشنگری مربوط می‌شود. روسو یک فیلسوف طبیعت‌گرا بود. او نه تنها در مباحث سیاسی، بلکه در مباحث تربیتی توجه عمیقی به طبیعت و آزادی انسان داشت. دو اصل آزادی و طبیعت برای روسو کلیدواژه نظام تربیتی است. از یک طرف روسو توجه ما را به طبیعت جلب می‌کند و می‌گوید، به طبیعت بنگرید و مسیر رشد و تکامل را از قوانین طبیعت بیاموزید. روزگاری آدمیان در طبیعت در صلح و آزادی زندگی می‌کردند، اما جامعه با ایجاد یک رشته قید و بندها مطامع او را در جهت تخاصم با یکدیگر برانگیخت.

با این وجود روسو امر اجتماعی را اجتناب‌ناپذیر می‌داند، و می‌کوشد تا افراد انسانی پیش از ورود به جامعه مدنی در آزادی‌هایی که طبیعت به او عنایت کرده است، آموزش ببینند.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

روسو در کتاب امیل که یکی از جامع‌ترین آموزه‌های تربیتی در سده‌های پیشین فرهنگ مکتوب بشری است، راه و رسم زیستن در آزادی را از همان دوران کودکی به جامعه نشان می‌دهد. روسو تنها وظیفه والدین را در تربیت کودکان، مراقبت از انجام ندادن کارهای خطرناک می‌داند، و الا در بقیه امور کودکان باید آزاد باشند. به گفته روسو: «مخصوصاً [کودک] نباید از ماندن در تاریکی یا تنهایی وحشت نماید. از دور مراقبش باشید که بداند آزاد است، و بتواند از نیروی خود استفاده کند، و بگذارد خودش جستجو کند و اجازه بدهد که همیشه حاکم بر خودش باشد و هر کاری که می‌خواهد به میل خود انجام دهد. به محض اینکه کودک توانست چیزهایی را تشخیص بدهد آزادش بگذارد تا هر کدام از اشیاء را می‌خواهد انتخاب کند»^۲. روسو هر نوع خشونت و شرارت میان افراد را محصول ناتوانی آنان می‌داند، و از این جهت وظیفه جامعه است که این توانایی را از دوران کودکی به افراد انتقال دهند: «هر نوع شرارت محصول ناتوانی است، کودک بدان جهت شریر است که خود را ناتوان احساس می‌کند، اگر او را نیرومند سازید خوب و مهربان می‌شود. کسی که هر چه می‌خواهد انجام می‌دهد، هرگز نمی‌تواند بد بشود، از تمام صفات خداوند مقتدر، خوبی تنها امتیازی است که اگر آن را نداشت نیرومند نمی‌شد»^۳.

فلاسفه طبیعی و اجتماعی از دویست الی سیصد سال قبل دریافته‌اند که استعدادهای انسان در آزادی رشد می‌کند، متقابلاً استبداد ویرانگر استعدادهاست. اگر به قرآن هم مراجعه کنید، علاوه بر اینکه به روشنی می‌گوید، هیچ اکراهی در انتخاب دین وجود ندارد، در بیش از ده آیه به پیامبرش امر می‌کند که اگر مردم در پیروی کردن از تو امتناع کردند، هیچ وظیفه‌ای جز ابلاغ بر عهده تو نیست. «اگر خداوند می‌خواست کسی شرک نمی‌ورزید»، این روشن‌ترین آموزه دینی در بیان آزادی است. آمارتیا سن هم در کتاب «توسعه به مثابه آزادی» وقتی از توسعه یاد می‌کند، مراد او نوع توسعه‌ای است که به پرورش و تقویت قابلیت‌های انسانی منجر می‌شود. از نظر آمارتیا سن که برنده جایزه نوبل اقتصادی است و نظریات او، از جمله به نظریات متأخر توسعه مربوط می‌شود، هر جامعه‌ای که به منزلت‌ها و آزادی‌های انسان اهتمام نشان ندهد، هر اندازه در شاخص‌های اقتصادی توسعه یافته باشد، جامعه توسعه یافته‌ای محسوب نمی‌شود. آمارتیا سن منزلت انسان و آزادی‌های انسان را در کانون نظریات توسعه قرار می‌دهد. او با ارقام و آمار نشان می‌دهد که حتی جامعه‌های فقرزده‌ای که با آزادی‌های سیاسی و اجتماعی و منزلتی مواجه هستند، با بحران‌های اقتصادی مواجه نمی‌شوند»^۴.

آسیب‌های تربیتی که استبداد محصول آنهاست

استبداد پیش از آنکه به جامعه آسیب بزند، نخست به شخصیت مستبد آسیب وارد می‌کند. قاعده این است که انسان تا خود را تخریب نکند، دیگران را نمی‌تواند تخریب کند. تا خود را فریب ندهد دیگران را نمی‌تواند فریب بدهد. این ضرب المثل ایرانیان که می‌گوید «چاه مکن بهر کسی اول خودت

دوم کسی»، گویای همین واقعیت است که فرد مستبد و جبار در فضای استبدادی، ابتدا به ویران کردن خود می‌پردازد. اریک فروم در کتاب گریز از آزادی نشان می‌دهد، افراد سادیست و سلطه‌طلب تنها افراد زیرسلطه را به قدرت خود وابسته نمی‌کنند، بلکه زمانی که رشته استقلال و ناتوانی انسان در استقلال زیستن از هم گسیخته می‌شود، افراد سادیست و سلطه‌طلب به زیردستان خود نیز وابسته و معتاد می‌شوند. چه آنکه، هر دو طرف سادیست و مازوخیست مکمل یکدیگر هستند. اریک فروم به خوبی شرح می‌دهد، هر دو طرف از یک بیماری و یک ناتوانی رنج می‌برند. این بیماری و ناتوانی چیزی جز «ناتوانی در استقلال زیستن نیست»^۶. فروم در کتاب «آنانومی ویرانسازی انسان» از عشق و علاقه مغرط هیتلر به زیردستانش و به جامعه که تابع و مطیع او بودند، یاد می‌کند. این عشق و علاقه در افراد جبار در حدی است که بدون زیردستان و افراد تابع و مطیع، قادر به ادامه حیات خود نیستند. نظام دستبوسی و چاکرمنشی و غلامی یک قاعده عمومی و دو طرفه میان کسانی ایجاد می‌کند که به دست‌بوسی معتاد شده‌اند، و کسانی که اعتیاد به دست‌بوسیده شدن دارند. قاعده عمومی میان‌تهی شدن شخصیت از منزلت و کرامت انسانی، میان‌تهی شدن شخصیت از فضیلت‌ها و شرافت انسانی و میان‌تهی شدن از حقوق ذاتی است. به میزانی که آدمی در روابط قدرت و روابط میان اطاعت و اتوریته معتاد می‌شود، به همان میزان از این فضائل و منزلت‌ها و حقوق تهی می‌شود. همانطور که در مقدمه از قول ژان ژاک روسو نقل کردم، سرچشمه خشونت و شرارت ضعف است. نکته با اهمیتی که افراد مستبد و جبار درک نمی‌کنند، این حقیقت است که سرچشمه قدرت ضعف است. افراد جبار و مستبد، قدرت را با توانایی اشتباه می‌گیرند. متأسفانه بعضی از فیلسوفان سیاسی با تفسیر غلط و مغالطه قدرت و توانایی، به توهم قدرت داشتن صاحبان قدرت دامن می‌زنند. داشتن قدرت دارایی ذاتی انسان نیست. کسی که به علم و هنر او افزوده می‌شود، به قدرت او افزوده نشده، بلکه به توانایی‌هایش افزوده شده است. مگر علم و هنری که در قدرت ناچیز و بیگانه می‌شوند. در این صورت می‌توان علم و هنر را به عنوان یک ابزار، و با هدف سلطه بر دیگران مورد استفاده قرار داد. علم و هنری که در قدرت ناچیز و از خودبیگانه می‌شوند، فونکسیون (نقش یا وظیفه) اصلی خود را از دست می‌دهند. فونکسیون علم انتقال دانش به دیگری است، و فونکسیون هنر، خلق و آفرینش زیبایی و ادب برای خود و دیگری است. علمی که به ابزار قدرت تبدیل می‌شود، فونکسیون خود را از انتقال دانش به دیگری، به تحمیل و تحقیر دیگری تغییر می‌دهد، و هنری که در قدرت ناچیز و بیگانه می‌شود، فونکسیون خود را به ایجاد تفاخر و تیختر تغییر می‌دهد.

کسی که بر دیگری قدرت اعمال می‌کند، جز این نیست که از برقراری یک رابطه برابر و عادلانه ناتوان است. این افراد حتی از برقراری یک رابطه عادی با دیگران ناتوان هستند. از هر حیث باید در تاریکی زندگی کنند. زیرا دارایی‌ها و داشته‌های خود را یا از راه نامشروع کسب کرده‌اند، و یا در

جهت نامشروع بکار می‌گیرند. به محض اینکه نور بر هیاکل آنها تابیده شود، ضعفشان آشکار می‌شود. این افراد رفته رفته امیال عاطفی خود را هم از دست می‌دهند، هیجان و ذوق‌زدگی خودانگیخته در چهره آنها دیده نمی‌شود. هیچ محرکی آنها را به هیجان و ذوقی که متعارف روابط انسانی است، و انمی‌دارد. با خندیدین و از ته دل خندیدن بیگانه می‌شوند، و اگر گاه خنده‌ای بر چهره آنها می‌بینید، بیشتر با هدف استهزاء و تمسخر کردن و تحقیر کردن دیگران صورت می‌گیرد. خنده‌ها و گریه‌های یک فرد عادی، خودانگیخته است. افراد جبار و مستبد از هر حیث خودانگیختگی را از دست می‌دهند. اگر به ندرت خنده و گریه‌ای در آنها می‌بینید، برانگیختگی است. برانگیختگی ناشی از زیاد یا کم شدن فضای امکانی اعمال جبر و قدرت است. افراد مستبد و جبار در یک کلاف پیچیده‌ای از اوهمات سردرگم می‌شوند. بیشترین عارضه‌ای که ذهن مستبد را تخریب و ویران می‌کند، اوهماتی است که تا مرگ و یا سقوط ، او را رها نخواهد کرد. می‌توان به فهرستی از این توهمات اشاره کرد:

توهم خودبزرگ‌بینی:

تقریباً همه جباران و مستبدان خودبزرگ‌بین هستند توهم خودشیفتگی: ترامپ و رقیب او کیم جون اون در کره شمالی، به شدت دچار خودشیفتگی بودند توهم برگزیدگی: هیتلر خود را برگزیده نژاد برتر، و استالین خود را برگزیده تاریخ می‌پنداشت توهم شکست‌ناپذیری: تقریباً تمام جباران و مستبدان توتالیتیر خود را شکست‌ناپذیر می‌پنداشتند. صدام حسین تا لحظه آخر باور نداشت که کار او تمام شده است. توهم مریدان و مطیعانی که او را رها نخواهند کرد: شاه سابق ایران تا روز آخر فکر نمی‌کرد، بسیاری از مریدان و مطیعان به او پشت کنند. توهم توطئه: توتالیتاریست‌ها در یک توهم دائمی‌ای زندگی می‌کنند که جهان و دشمنان آنها، از صبح تا شب نشسته و در حال نقشه کشیدن و توطئه کردن علیه آنها هستند. هیتلر در توهم توطئه یهودیان به اردوگاه‌های وحشت پناه‌برد، و استالین در توهم توطئه بورژوازی بین‌الملل، تا دم مرگ خواب از کله خود ربود. توهم ترس و تهاجم: تمام جباران افراد ترسویی هستند که از ترس حالت تهاجمی به خود می‌گیرند. ترس تهاجمی یا پارانویا، سرشت جباریت است.

گاه اشخاص مستبد مستحق ترحم هم هستند. زیرا فرد مستبد و جبار از تمام استعدادها و توانایی‌های انسانی تهی می‌شود. هر چند به تعبیری، به دلیل کور و کر شدن، به طور قطع ناتوانی‌های خود را توانایی قلمداد می‌کنند، اما باید نیک درک کرد که به شدت گرفتار ناتوانی هستند. ناتوان کردن مستبدان و جباران اسباب خرسندی و خشنودی انسان‌های خودانگیخته نمی‌شود. باید به آنها کمک کرد که توانایی خود را بازیابند، و از برانگیختگی دائمی علیه این و آن، به خودانگیختگی بازگردند. اگر دنبال ضعیف کردن جباران و مستبدان هستید، قدرت آنها را ضعیف کنید، و به توانایی‌های آن‌ها بیافزایید.

آسیب‌های تربیتی که استبداد بر جامعه تحمیل می‌کند مطالعاتی که در مقدمه اول اشاره کردم، ناظر به جامعه‌هایی است که بنا به شرایط تاریخی و اجتماعی در زورمرداری تربیت می‌شوند و زورمرداری را آموزش می‌بینند. اما در این قسم به ویژگی‌هایی اشاره می‌کنیم که استبداد فضای روانی و تربیتی جامعه را به ویرانی می‌کشد:

۱. از بین رفتن اعتمادها
۲. تاریک شدن چشم‌اندازها و افزایش خودکشی
۳. از بین رفتن استعدادها و رشد
۴. افزایش خشونت و ویرانگری در جامعه
۵. کاهش شادی‌ها و افزایش اختلالات عصبی
۶. ناتوان کردن جامعه و چشم دوختن به بیگانه
۷. شایعه‌پراکنی و دهن‌بین کردن جامعه
۸. جانشین شدن ترس به جای شجاعت
۹. گسترش دروغ و نفاق
۱۰. گسترش روش‌های ترفندی و میان‌بر زدن
۱۱. فاسد شدن نظام اداری
۱۲. غل و غش در مناسبات تجاری و بازرگانی
۱۳. میل به وابستگی و ترس از استقلال
۱۴. تعمیم روابط پدرسالاری در سطوح مختلف زندگی
۱۵. احساس دائمی ناامنی
۱۶. کوتاه مدت شدن جامعه (قول همایون کاتوزیان).

از شانزده آسیبی که در فهرست بالا شرح دادم، و آسیب‌های دیگری که خوانندگان می‌توانند به این فهرست اضافه کنند، تنها اشاره‌ای به موضوع اعتماد خواهم داشت. معتقدم که تمام این شانزده موردی که به فهرست آوردیم، می‌تواند با یک مطالعه میدانی تعقیب شود. و از همین روست که عنوان مقاله را «مقدمه‌ای بر آسیب شناسی تربیتی استبداد» نهادم، تا مقدمه‌ای برای مطالعه پژوهشگران گردد. شاخص‌هایی که در مطالعه میدانی بدست می‌آیند، هر نظام سیاسی و اجتماعی می‌تواند خود را بدان بسنجد که آیا جامعه بر اساس استبداد و جبر اداره می‌شود، و یا آن چنان که مستبدان مدعی هستند، با هدف نجات و رفاه جامعه اداره می‌شود؟

اعتماد شیرازه حیات بشری است. بدون اعتماد حتی اداره یک خانواده دشوار می‌آید. نظم سیاسی و اجتماعی یک جامعه را می‌توان به نظم یک خانواده تشبیه کرد. اعتماد اعضای خانواده نسبت به یکدیگر، موجب پدید آمدن یک نظم دموکراتیک می‌شود. اما هرگاه اعضای خانواده به یکدیگر بی‌اعتماد شوند، یا قانون خانواده به آنارشیسم تبدیل می‌شود، و یا از راه جباریت والدین، نظم کنترلی در خانواده ایجاد می‌شود. نخستین آسیبی که استبداد و جباریت به جامعه وارد می‌کند، از میان بردن سلسله مراتب اعتماد در جامعه است. مراد از سلسله مراتب اعتماد، وجود اعتماد در تمام سطوح و لایه‌های زندگی اجتماعی است. از خانواده گرفته تا سازمان‌های کار تا سیاست، جبار و جباریت این سلسله مراتب اعتماد را از بین می‌برد؛ به این دلیل ساده که: هیچ نظام جباری و هیچ مستبدی بدون امتیازات ویژه و انحصار امتیازات، در وجود نخواهد آمد.

توضیح اینکه، مبنای اعتماد، برابری و تساوی حقوق است. اعتماد رعیت به ارباب، از جنس اعتماد دموکراتیک نیست، بلکه از جنس اعتماد آریستوکراتیک است. رعیت جز با قبول این واقعیت که ارباب دارای شرافت ذاتی است، جز با پذیرش ناتوانی خود، و جز با قبول این واقعیت که رابطه سلطه و سروری ارباب نسبت به او یک رابطه ذاتی است، به تسلط ارباب بر سرنوشت خود اعتماد نمی‌کند. به محض آگاهی رعیت نسبت به حقوق خود، اعتماد او از ارباب سلب می‌شود. همین وضع در روابط زناشویی وجود دارد. دنیای امروز در معرض اطلاعات و آگاهی قرار ندارد، یک ارباب و یک جبار و مستبد می‌تواند به موجب امتیازات ذاتی، بر تسلط و هژمونی خود بر جامعه اطمینان داشته باشد. شاه سابق اگر در شرایط بمباران اطلاعاتی کنون می‌زیست، خیلی باید در توهم بی‌اطلاعی می‌بود، که جامعه از او بپذیرد، سلطنت ودیعه الهی است.

یکی از ویژگی‌های اعتماد دو طرفه بودن اعتماد است. ممکن نیست من به شما اعتماد نداشته باشم، و بعد انتظار داشته باشم، شما به من اعتماد داشته باشید. در مسائل مالی و اخلاقی و در روابط شخصی، ممکن است یک نفر به دیگری اعتماد کند، اما دیگری به او اعتماد نکند. این نوع رابطه نیز، هم در دراز مدت دوام نخواهد آورد، و هم تا زمانی که پای عمل به میان نیامده است، اعتبار دارد. به محض اینکه پای عمل به میان آمد، بی‌اعتمادی به هر دو طرف سرایت می‌کند. در مسائل اجتماعی و سیاسی و در مسائل بزرگ که به سرنوشت جامعه مربوط می‌شود، اعتماد حتماً و حتماً دوطرفه است. جباران و مستبدان در این توهم دائمی زندگی می‌کنند که اعتماد باید یک طرفه باشد و یک طرفه بماند. جامعه باید به او اعتماد کنند، ولی او هرگز به جامعه اعتماد ندارد. از این نظر، باز به یک آسیب دیگری می‌رسیم که لطمه زدن به اعتماد جامعه، هر نوع برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری را ناممکن می‌کند. تبدیل جامعه بلندمدت به جامعه کوتاه‌مدت، از همین راه صورت می‌گیرد.

فهرست منابع:

کتاب قدرت، قانون و آزادی نوشته فرانتس نویمان، ترجمه عزت الله فولادوند، انتشارات خوارزمی، صفحه ۲۴۹
کتاب امیل نوشته ژان ژاک روسو، ترجمه ع. سبحانی، انتشارات فرخی، صفحه ۷۵، سال ۱۳۴۸ همان منبع صفحه ۸۲
برای مطالعه رابطه آزادی، منزلت انسان و توسعه، به کتاب توسعه به مثابه آزادی، اثر آمارتیا سن، ترجمه محمد سعید نوری نائینی، انتشارات نشر نی، مراجعه شود.
برای مطالعه در این باره به سلسه مقالات نویسنده همین اثر، تحت عنوان عقل توجیه، انتشار گویا نیز مراجعه شود.
برای مطالعه رابطه میان سادیسم و مازوخیسم و نانوانی آنها در استقلال زیستن، به کتاب گریز از آزادی، اثر اریک فروم، ترجمه عزت الله فولادوند، مراجعه شود.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

Law



جای خالی حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی در قوانین ایران

معین خزائلی، حقوقدان

صالح
خط

از حقوق افرادی است که قانونا مجاز به دخل و تصرف در امور حقوقی □ مدنی نیستند اما همین محدودیت خود می‌تواند تبدیل به ظرفیتی برای تضییع جدی و گسترده حقوق آنها شود. از این رو امروزه در بسیاری از کشورها و نظام‌های حقوقی در کنار قوانین تحدیدی مورد نظر، قوانین حمایتی نیز برای حمایت از افراد و بیماران مبتلا به اختلالات روانی وجود دارد. قوانینی که هدف اصلی آنها حفاظت از حقوق اساسی و انسانی این افراد و همچنین کرامت ذاتی آنها در برابر دست‌درازی‌های غیر قانونی از سوی نظام درمانی، خانواده و حتی نظام قضایی است.

مشکل کجاست؟

آنطور که سازمان بهداشت جهانی می‌گوید تصمیم‌گیری در مورد بستری اجباری افراد مبتلا به اختلالات روانی باید بر عهده یک مرجع پزشکی مستقل باشد. مرجعی که اگرچه می‌تواند از سوی مقام قضایی مستقل انتخاب شود، اما به نظام قضایی وابستگی نداشته و استقلال رای داشته باشد. چرا که در غیر این صورت اعمال هرگونه بستری اجباری تحدید جدی علیه حقوق ابتدایی و اساسی

بیماران مبتلا به اختلالات روانی از منظر حقوقی نسبت به دیگر بیماران در فشار بیشتری قرار داشته و احتمال نقض حقوق اساسی و انسانی آنها به دلیل آسیب‌پذیری و عدم شناسایی عاملیت و اهلیت قانونی آنها بسیار بیشتر است. این آسیب‌پذیری حقوقی در حالی است که این بیماران با فشارهای ناشی از انگ زنی اجتماعی نیز روبرو بوده و همین انگ زنی اجتماعی سبب می‌شود آنها حتی در موضع دفاع از خود نیز مورد باور عموم قرار نگرفته و در نتیجه از نظر جسمی و جنسی نیز در معرض آسیب قرار گیرند.

چرا که صلاحیت حقوقی‌شان به عنوان انسان منوط به کمک دیگران بوده و بدون آن صلاحیت لازم برای استیفای حقوق خود را ندارند. این عدم صلاحیت قانونی به دلیل آن چیزی است که در قانون با عنوان «محجور» شناخته می‌شود؛ یعنی افرادی که آنطور که قانون می‌گوید دچار «زوال عقل یا جنون» هستند و به همین دلیل صلاحیت عقلی لازم برای اداره امور حقوقی خود به ویژه مسائل مالی، مدنی و اجتماعی خود را ندارند.

اگرچه هدف این محدودیت قانونی برای حفاظت

صالح
خط

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

انسان‌ها و نقض حق آزادی بشر محسوب خواهد شد؛ به ویژه اگر تصمیم‌گیری در مورد بستری اجباری تنها در اختیار مقام قضایی باشد. بسیاری از کشورها امروزه برای جلوگیری از نقض حقوق مبتلایان به اختلالات روانی و همچنین نقض حقوق افراد دیگر از سوی مقامات قضایی تصمیم‌گیری در مورد بستری اجباری را از حیطه اختیارات مقامات قضایی خارج و آن را به مرجع پزشکی مستقل سپرده‌اند. در کشورهایی نیز که بر اساس قانون همچنان مقام قضایی اجازه مشارکت در این روند را دارد، این مشارکت منوط به کسب موافقت مرجع پزشکی است.

در ایران اما بر اساس قانون فعلی (ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی) این صرفاً مقام قضایی (حکم دادستان یا رای قاضی) است که اختیار بستری اجباری افراد را به دلیل آنچه که «جنون» خوانده شده بر عهده دارد. این قدرت به حدی مطلق است که حتی پزشک متخصص مرکز درمانی یا مسئول آن نمی‌تواند از آن سرباز زده و یا با آن مخالفت کند. این موضوع به ویژه در نظام قضایی وابسته و غیر مستقل در ایران به شدت سبب نقض جدی و فاحش حقوق افراد شده است. به ویژه اینکه قضات وابسته به نهادهای امنیتی یا دادستان‌ها به تبعیت از نهادهای امنیتی-اطلاعاتی به واسطه این اختیار، قانوناً مجاز هستند شهروندان را به دلایل سیاسی یا اعتقادی با حکم خود به اتهام واهی جنون در مراکز درمانی روانی بستری کنند. این بستری اجباری در عمل می‌تواند یک شهروند را از حق استیفای حقوق خود محروم ساخته و آسیب‌های جبران‌ناپذیری به حقوق انسانی او وارد سازد.

از سوی دیگر دادن اختیار تصمیم‌گیری در مورد بستری اجباری به مقام قضایی سبب شده آن دسته از بیماران مبتلا به اختلالات روانی که نیاز به بستری فوری و اجباری دارند از دسترسی به این حق محروم مانند؛ چرا که پزشکان به دلیل عدم اجازه قانونی در این زمینه نمی‌توانند نسبت به بستری فوری و اجباری بیماران تصمیم‌گیری نمایند.

مشکل اصلی دیگر در قوانین فعلی در ایران در زمینه افراد مبتلا به اختلالات روانی این است که در قوانین همه این افراد بدون توجه به نوع و شدت

بیماری خود صرفاً «مجنون» شناخته شده‌اند. حال آنکه به تایید روانپزشکان و روانشناسان بیماری روانی طیف بسیار گسترده‌ای از اختلالات را در بر می‌گیرد و اساساً تعاریف بسیار متفاوتی دارد. در این میان واژه «جنون» اشاره شده در قانون نیز نه تنها به شدت مبهم و نامشخص است بلکه اگر از منظر قانونی بر فردی اعمال شود، روند استیفای حقوق وی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و او را از منظر قانونی نیازمند به قیم خواهد کرد.

ماهانامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

از طرف دیگر شماری از اختلالات روانی دوره‌ای بوده و مدت زمان مشخصی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حال آنکه مفهوم جنون مفهومی بسیار کلی بوده و از منظر پزشکی به هیچ وجه نمی‌تواند نمایندگی درستی از افراد مبتلا به اختلالات روانی در قانون ارائه دهد. حتی تأکید ماده ۱۲۱۳ قانون مدنی بر جنون ادواری نیز نتوانسته این مشکل را حل کند؛ چرا که اختلالات دوره‌ای نیز طیف گسترده‌ای داشته و صرف استفاده از واژه جنون برای معرفی آن کافی نیست.

این مطلق‌انگاری قانونی در عمل سبب شده همه افراد مبتلا به اختلالات روانی علیرغم تمامی تفاوت‌ها صرفاً با یک چشم دیده شوند. حال آنکه بسیاری از آنها این توانایی را دارند که برخی یا عمده‌ای از امور خود را اداره کنند اما این مطلق‌انگاری همه افراد مبتلا را بدون در نظر گرفتن میزان توانایی آنها در اداره امور خویش محجور تلقی کرده و دسترسی آنها برای استیفای حقوق خود را ممنوع می‌کند. در حقیقت بر اساس رویه فعلی قانونی هیچ حد وسطی برای صلاحیت قانونی افراد مبتلا به اختلالات روانی وجود نداشته و افراد یا مجاز به استیفای کامل حقوق خود هستند یا این اجازه به طور کامل از آنها سلب می‌شود.

این در حالی است که امروزه در بسیاری از کشورها با توجه به درجه و نوع اختلال روانی افراد مبتلا میزان دسترسی آنها به استیفای حقوق و امور خود متفاوت است. به علاوه اینکه احکام محجوریت و وجود قیم همواره مورد رصد قرار گرفته و نیاز افراد به قیم به طور مرتب و با فواصل قانونی مشخص (دو تا شش ماه) ارزیابی می‌شود. حال آنکه در ایران احکام محجوریت به طور کلی و بدون محدودیت زمانی

صادر شده و مورد ارزیابی و رصد قرار نمی‌گیرد.

عدم پیش بینی مراکز ویژه نگهداری مجرمان مبتلا به اختلالات روانی از دیگر خلاءهای اصلی قوانین در ایران است. از آنجایی که در ایران مراکز ویژه برای نگهداری از مجرمان مبتلا به اختلالات روانی وجود ندارد، این مبتلایان یا در زندان‌های معمولی در کنار دیگر مجرمان نگهداری می‌شوند یا در مراکز مربوط به بستری و نگهداری از افراد مبتلا به اختلالات روانی در کنار دیگر مبتلایان؛ با این تفاوت که برایشان مامور انتظامی تخصیص داده می‌شود. این در حالی است که حضور این مجرمان مبتلا به اختلالات روانی در کنار دیگر مبتلایان هم نقض حقوق متهم و زندانی محسوب می‌شود و هم نقض دیگر مبتلایان؛ چرا که نیازهای درمانی و شرایط این دو گروه با هم متفاوت بوده و در نتیجه نیاز به محیطی مجزا دارند.

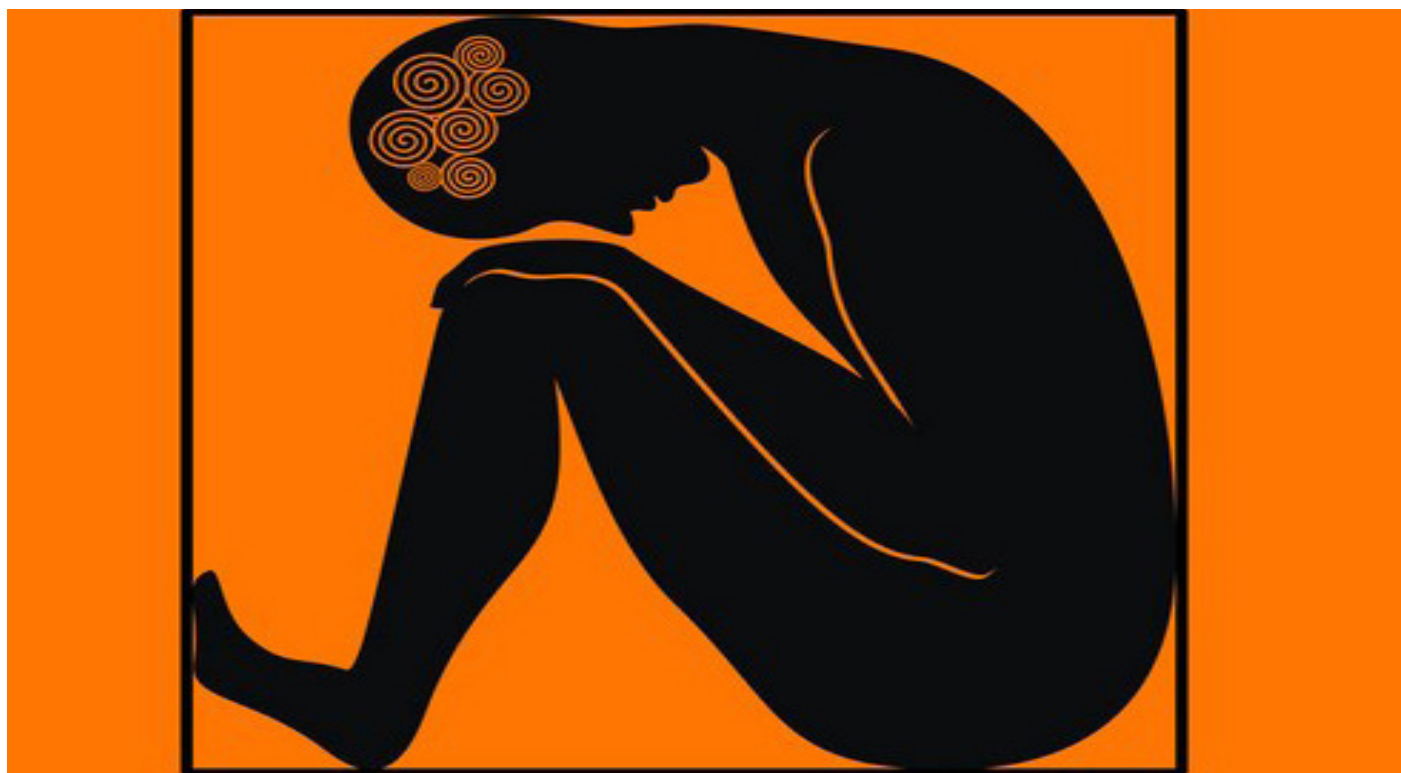
این عدم شناسایی مجرمان، متهمان و زندانیان مبتلا به اختلالات روانی همچنین سبب شده است شرایط و نیازهای ویژه آنها در روند دادرسی و پیش و پس از آن مورد توجه قرار نگیرد و با آنها همانطور رفتار شود که با دیگر متهمان. حال آنکه این افراد ممکن است با توجه به وضعیت متفاوت خود و درجه و نوع آن رفتار متفاوتی از خود بروز دهند که در قریب به اکثریت موارد با خشونت پلیس و ماموران انتظامی روبرو می‌شوند.

عدم وجود قوانین ویژه در مورد حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی در ایران همچنین سبب شده حمایت قانونی لازم برای حمایت از افراد به ویژه در دسترسی به امکانات و شرایط برابر اجتماعی و فرصت‌ها صورت نگرفته و این افراد با مشکلات عدیده‌ای در یافتن شغل روبرو شوند. حال آنکه در بسیاری از کشورها مقررات روشنی برای الزام به استخدام افراد با اختلالات روانی (با توجه به نوع و درجه) وجود داشته و ساز و کار لازم قانونی برای حمایت از آنها تعبیه شده است.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

این خلاءهای قانونی و به ویژه فقدان قانون ویژه حمایتی از افراد مبتلا به اختلالات روانی و شناسایی حقوق آنها در عمل سبب شده است این افراد به طور کامل از استیفای حقوق انسانی خود منع شده یا دست کم با محدودیت‌های فراوانی روبرو شوند که نتیجه‌ای جز طرد این افراد از جامعه و عدم دسترسی آنها به فرصت‌های اجتماعی در بر نداشته است.

تلاش‌های فعلی برای تدوین لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی نیز که از سال گذشته (۱۳۹۹) آغاز شده نشان از نیاز فوری به تصویب چنین قانونی دارد. تلاشی که البته هنوز به سرانجام نرسیده و روند آن به شدت کند و نامناسب است.



پیامدهای گسترده روانی اجتماعی شکنجه و فشار سیاسی - اجتماعی در ایران

مترجم: نیما ناصرآبادی



پژوهشی از سیروس میرزایی، همایون علیزاده، سید زارعی، ریم الکسیری

چکیده

پیشینه: خشونت و سرکوب سیاسی به طور کلی می‌تواند تأثیر روانشناختی پیچیده‌ای در جامعه پدید آورد. از آنجایی که دسترسی به داده‌های قابل اعتماد در کشورهایی که ظلم و سرکوب در آنها رواج دارد آسان نیست، روند مطالعه و تحقیق در آنها دشوار است.

روش‌ها و برآوردها: نویسندگان برای بررسی وضعیت روانی اجتماعی کشور با توجه به داده‌های دریافتی از ایران، تجربه تبعیدیان و منابع معتبر بین‌المللی پیرامون شکنجه و اعدام‌های گسترده، تدبیری برای ادغام این داده‌ها اندیشیده‌اند.

داده‌ها شامل موارد نقض حقوق بشر از جمله خشونت علیه زنان، آزار و اذیت فعالان سیاسی، شکنجه و اعدام نوجوانان، نشان‌دهنده سیاست گسترده سرکوب در ایران در چهار دهه گذشته بوده است. این سیاست سرکوب تأثیر قابل توجهی در دراز مدت در سلامت روان عمومی دارد و در نتیجه باعث ایجاد سایر مشکلات اجتماعی و اقتصادی و ایجاد بار روانی برای مردم ایران می‌شود.

فرجام: اگرچه سلامت روانی جامعه به عوامل گوناگونی ارتباط دارد، اما با توجه به اطلاعاتی محدودی که از داخل ایران داریم، می‌توان حدس زد که این فشارها به طور قابل توجهی به افزایش مشکلات جسمی و روانی در کشور کمک می‌کند و موقعیت دشواری را، به ویژه در بازداشتگاه‌ها برای متخصصان سلامت روان پدید می‌آورد.

پیشگفتار:

خشونت و سرکوب سیاسی ممکن است تأثیر روانی - اجتماعی بر سطوح مختلف جامعه داشته باشد. مطالعه این تأثیرات در کشورهایی که میزان سرکوب بالایی مانند ایران دارند از داخل کشور دشوار است. تعدادی از سازمان‌های بین‌المللی، از جمله انجمن پزشکی جهانی (WMA) و نهادهای سازمان ملل متحد، تصویری عینی و ترسناک از وضعیت کشور ارائه می‌کنند.

(دولت) ایران پیش از تغییر رژیم (در سال ۱۳۵۷)، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی-CCPR امضا کرده بود (چهارم آوریل ۱۹۶۸)؛ اما رژیم فعلی معاهدات بشر دوستانه چون کنوانسیون منع شکنجه سازمان ملل و یا پروتکل اختیاری کنوانسیون مقابله با شکنجه و سایر مجازاتهای بیرحمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز را امضا نکرده است (۱). سازمان ملل متحد بارها در مورد استفاده گسترده و بی‌رویه از مجازات اعدام در ایران ابراز نگرانی کرده است. گزارش‌های گزارشگر ویژه سازمان ملل متحد در مورد وضعیت حقوق بشر در جمهوری اسلامی ایران حاکی از آن است که زندانیان عقیدتی از جمله روزنامه‌نگاران، شهروندانی با تابعیت دوگانه و معترضان بخاطر اتهامات مبهم، خودسرانه بازداشت می‌شوند و در شرایط نامطلوبی نگهداری می‌شوند و اجازه دسترسی به



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

مراقبت های پزشکی را ندارند (۲). این بیانگر نقض قوانین استاندارد حداقلی در رفتار با زندانیان است (قوانین ماندلا). افزون بر آن، دولت ایران دهه ها است مانع دسترسی کلیه گزارشگران ویژه حقوق بشر سازمان ملل به کشور شده است. آشکار است که تقریباً هیچ داده تحقیقاتی در مورد رواج و تأثیر جنبه های مختلف آزار و اذیت در ایران ثبت و در دسترس نیست. در این نوشتار، نویسندگان به بررسی منابع ثانویه مستقل مانند گزارش های کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد و عفو بین الملل، همچنین نشریات معتبری که رویداد های مربوطه را گزارش میکنند و روایت های

آسیب دیده گان به تبعید آمده پرداخته اند. اطلاعات موجود و مشاهدات نشان می دهد که (حکومت ایران) به کرات از مجازات شکنجه و اعدام استفاده میکند (۲) و سازمان شفافیت بین المللی، شاخص فساد بالایی را (رتبه ۱۴۰ از ۱۸۰) گزارش می کند (<https://www.transparency.org/en/countries/iran>).

سوگند نامه پزشکان و دشواری های پیش رو

برپایه گزارش جامعه جهانی پزشکان (WMA)، مسئولین بهداری زندان (در مواردی) از معالجه بیماران جلوگیری می کنند و نگرانی در مورد صحت مستندات مربوط به علت مرگ بیماران وجود دارد، و حتی پزشکان مجبور شده اند مدارک نادرست بالینی برای پنهان کردن نقض حقوق بشر را تایید کنند (۳).

تحت تعقیب قرار دادن کارگزاران آزار و شکنجه در دادگاه های بین المللی دشوار خواهد بود، چرا که ایران اساسنامه دیوان بین المللی کیفری (اساسنامه رم) را تصویب نکرده؛ اساسنامه که به دادگاه های بین المللی اجازه می دهد در صورت سرباز زدن دولت های محلی از تحقیق و تعقیب مرتکبان جنایت و نقض حقوق بشر، آنها را در دادگاه های صلاحیت دار جهانی به پای میز محاکمه کشند (۴).

(دکتر) احمد رضا جلالی پزشک دوتابعیتی ساکن سوئد و پژوهشگر مدیریت بحران و حوادث غیر مترقبه که در دانشگاه های ایتالیا و بلژیک نیز تدریس می کند، بیدادگرانه به مرگ محکوم شده است. او که سابقه همکاری های علمی بین المللی را در کارنامه خود دارد، از زمان دستگیری در سال ۲۰۱۶ و علیرغم وخامت شرایط جسمی، از معالجه پزشکی او جلوگیری شده است (۵).

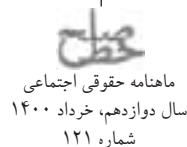
بیماری ایدز در ایران معمولن نادیده گرفته میشود، چرا که افراد در معرض خطر این بیماری در درجه اول همجنس گرایان و معتادان تزریقی هستند. دو گروهی که در مورد آنان تبعیض روا می شود و بیشتر در خطر بازداشت و اعدام هستند. دو پزشک بنام های کامیار و آرش علایی که از این زندانیان مراقبت پزشکی میکردند دستگیر شدند (۲). پزشک های ایران در این زمینه در موقعیت دشواری قرار دارند؛ از یک سو متعهد به سوگند پزشکی و رعایت قوانین بین المللی هستند، و از دگر سو در خطر آزار و زندانی شدن توسط کاربدستان زندان.

رویداد های تاریخی تأثیر گذار بر سلامت عمومی

۳۰ بررسی انجام شده پیرامون افسردگی در پرستاران نشان میدهد که ۲۲ درصد آنان مبتلا به افسردگی هستند که این رقم بالاتر از میزان شیوع افسردگی در کل جمعیت است، در حالی که در بیمارستان ها به پرستارانی با صحت و سلامت روحی نیاز داریم (۶).

شیوع گسترده شاخص های پریشانی و مشکلات روانی در ایران می تواند به عوامل گوناگونی چون شرایط اقتصادی و اجتماعی، و نظایر آن مربوط باشد که نشانگر آزار و اذیت (شهروندان) و رفتار سرکوبگرانه (حکومت) می باشد.

اثرات جنگ طولانی مدت بین ایران و عراق (۱۹۸۸-۱۹۸۰) ، و اختلال های روانی ناشی از جنگ (PTSD) در سربازان از جنگ برگشته و اعضای خانواده آنان بعنوان قربانیان ثانویه تا حدودی بررسی شده است. نویسندگان این پژوهش دریافتند که سطح هورمون کورتیزول (هورمون استرس) در فرزندان سربازان از جنگ برگشته پس از بهم رسیدن دوباره کاهش یافته است که احتمالاً بیانگر اثرات پدید آمده از آسیب روحی است (۷). در ۱۷ ژوئیه ۱۹۸۸، ایران رسمن پذیرش قطعنامه ۵۹۸ سازمان ملل متحد را که پیش تر در سال ۱۹۸۷ پیشنهاد شده بود، به اطلاع دبیرکل سازمان ملل رساند (۸). تا این زمان آیت الله خمینی از همه تلاش ها برای پایان دادن به جنگی که عراق آغازگر آن بود جلوگیری کرده بود. خمینی با بهره بردن از شرایط جنگی، مخالفان سیاسی خود را سرکوب و افراد بی شماری را اعدام کرد، و در پی صدور انقلاب (اسلامی) به کشورهای همسایه بود (۱۰). تنها در سال ۱۹۸۸، تعداد بیشماری از زندانیان سیاسی اعدام شدند که سازمان عفو بین الملل نام های ۴۴۰۰ زندانی ناپدید شده را ثبت کرده است (۱۱). همچنین اعدام نوجوانان همجنس گرا، کودکان بزهکار و حتا افرادی با معلولیت ذهنی انتقاد های شدیدی را از سوی نهاد های سازمان ملل متحد به همراه داشت (۲).



سازمان ملل متحد یافته های خود را از اعمال شکنجه گسترده منتشر کرده است (۲) و داده های پناهندگان ایرانی که در ادامه در موردش بحث می کنیم صحت این یافته ها را تایید می کند. اطلاعات دریافتی ما از قربانیان شکنجه در ایران بر اساس «پروتکل استانبول» (۲) نشانگر استفاده سیستماتیک از روش های مختلف شکنجه چون شکنجه روحی، ضرب و شتم کل بدن، آویزان کردن، شلاق، سوزاندن با آتش سیگار، آزار جنسی زنان و مردان است، که توسط مطالعات دیگر تا حد زیادی تایید شده است (۱۵-۱۳).

تحقیقات دیگری از پناه جویان ایرانی شکنجه شده نشان می دهد که از روش های گوناگونی چون سوزاندن (۳۸ درصد)، شکنجه برقی و آزار جنسی (۲۵ درصد) استفاده شده است (۱۳). آخرین ردهقان استفاده گسترده از آزار جنسی پناهندگان ایرانی را گزارش کرده است (۱۴). همچنین گزارش هایی از شکنجه مقعدی مردان با اجسام سخت وجود دارد. اعمال گسترده شکنجه در ایران، از جمله پیش از انقلاب (۵۷) موضوعی است که انگیزه ساخت موزه ای بنام «موزه شکنجه» شده است (۱۶). در بسیاری از کشورها، مجرمان تحت تعقیب قانونی قرار می گیرند و زیان های صدمه دیدگان جبران می شود. اما در کشوری مانند ایران دادرسی و دادخواهی قانونی و عادلانه وجود ندارد، و شکنجه توسط کارگزاران حکومتی و بر اساس باورهای مذهبی اعمال می شود (۱۷).

ترور رهبران کرد ایرانی در وین و برلین (۱۸) نشان داد که حتا مخالفان (حکومت ایران) در کشورهای دموکراتیک هم از امنیت جانی برخوردار نیستند. مورویل و همکارانش به کنکاش پیرامون گروهی از پناه جویان در مراکز پناهندگی دائمی پرداختند.

چهل و سه نفر -از جمله ایرانیان- که بیشترشان قربانیان شکنجه بوده و ۲۰ تا ۵۰ سال سن داشتند، با وجود آسیب های روحی و جسمی وارد، فعالیت های روزمره (ADL) قابل توجهی داشتند (۱۹). پریه و همکارانش به بررسی پیامدهای روحی طولانی مدت شکنجه در کشور و تفاوت بین داوطلبان درمان و آنهایی که داوطلب درمان نیستند پرداختند (۲۰). سی و چهار قربانی که با پیامدهای روحی شکنجه دست به گریبان هستند در آلمان مورد مطالعه قرار گرفته اند. افسردگی، اضطراب و اختلال های فیزیکی (سوماتیک سمپتوم) با همزمانی شدید دردها (کاموریدیتی) و اختلال های روحی حاصل از

واقع (PTSD) شایع ترین تشخیص ها بوده اند. داوطلبان درمان نشانه های بیشتری از آسیب های روانی و بویژه اختلال های شدید روحی حاصل از واقع (PTSD) را بروز می دادند. برپایه داده های فوق و گزارش های گوناگون، اعمال شکنجه یکی از پدیده های رایج در زندان های ایران است. اما هیچ راهی برای پیگیری این ادعاها در سیستم قضایی (ایران) وجود ندارد. دو پزشک شاغل در زندان کهریزک به نام های رامین پوراندرجانی و عبدالرضا سودبخش، پس از آنکه از شکنجه و تجاوز به زندانیان آگاه شدند، به قتل رسیدند (۲۱).

بخش بزرگی از زندانیان، اقلیت (مذهبی و قومی) هستند. افزون بر آن، اقلیت ها در دانشگاه ها نیز از تبعیض رنج می برند. به عنوان نمونه، بسیاری از بهایی ها یا امکان ورود به دانشگاه ها را ندارند، یا پس از قبولی اخراج می شوند (۲).

خشونت سازمان یافته علیه زنان

در یک جامعه مردسالار، تنگناهای فراوان، فشارهای اقتصادی و خشونت های جسمی و یا جنسی سلامت زنان را به مخاطره می اندازد. به گفته دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد (OHCHR)، ایران کنوانسیون رفع انواع تبعیض علیه زنان (CEDAW) را امضا نکرده است (۱). طبق قانون مدنی (جمهوری اسلامی)، زنان از حقوق مساوی با مردان از جمله در ازدواج، طلاق و حضانت فرزند محروم هستند و در اعتراض به حجاب اجباری بطور مداوم سرکوب می شوند. محکومیت زنانی که حجاب اسلامی را در انظار عمومی رعایت نکنند، می تواند شلاق، تا دو ماه زندان و یا جریمه نقدی باشد (۲). چند تن از مدافعان حقوق زنان نیز زندانی شده اند (۲۲). در این زمینه و به منظور کاهش خشونت خانگی در ایران، نه تنها رفع فوری موانع و استفاده از همه شیوه ها از جمله تغییر قوانین و اقدامات بودجه ای، تبلیغی، قضایی و اداری پیشنهاد شده است (۲۳)، بلکه باید زمینه دادخواهی برای قربانیان فراهم شود.

بررسی جدید نشان می دهد که شایسته است برای شناخت و درمان خشونت های خانگی، عملکرد سازمان های تامین و خدمات اجتماعی ارتقا یابد و دستورالعمل های آموزشی بایسته تدوین گردد (۲۴).

بررسی دیگری پیرامون قربانیان خشونت جنسی حاکی از آن است که قربانیان از نظر تحریک جنسی، لذت جنسی، روانکاوی جنسی، درد و خشنودی جنسی تفاوت های فراوانی داشتند (۲۵).

بنابر بررسی مشاهده ای گروه مطالعاتی سلامت زنان شیراز، شایع ترین اختلال، اختلال عملکرد اجتماعی (۷۸ درصد) و به دنبال آن اختلال های فیزیکی (سوماتیک سمپتوم) (۶۲ درصد) بوده است. اختلال های روانی با ۶۴ درصد، شایع ترین دشواری در میان زنان همسر دار (متاهل) بوده است. از مجموع ۲۶۵ شرکت کننده ای که همسرانشان در زندان بوده اند، ۶۵ درصد آنها دچار اختلال های روانی بودند. برآیند های این بررسی آشکار میکند زنانی که تجربه زندان بیشتری داشته اند، از اختلال های روانی به مراتب بیشتری نسبت سایرین رنج می بردند. این گروه مطالعاتی به سیاست گذاران پیشنهاد کردند تا توجه بیشتری به وضعیت بهداشت روانی زنان فقیر ایرانی داشته باشند (۲۶). افزون بر این، خشونت علیه زنان در شمال شرقی ایران نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. ویژگی های اقتصادی- اجتماعی همچون سطح تحصیلات، وضعیت شغلی مردان، اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر عوامل موثری در بروز خشونت علیه زن شریک زندگی بوده اند (۲۷). افزون بر این، افراد «آتش به اختیار»، گروه دیگری هستند که به زنان مخالف حجاب اجباری و فعالان حقوق زنان تعرض می کنند.

سلامت روانی- اجتماعی در جامعه و در میان زندانیان

از آنجاییکه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL) در میان افراد مسن ایرانی در مجموع پایین است، به سیاست گذاران پیشنهاد شده که با ارائه حمایت های اجتماعی، اقتصادی و روانی، در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL) این قشر بکوشند (۲۸).

احمد علی نور بالا و همکارانش با بررسی وضعیت سلامت روان ایرانیان بالای ۱۵ سال بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۵ به افزایش موارد مشکوک به اختلال های روانی پی برده اند. یافته جالب این مطالعه این بود که در سال ۱۹۹۹، روستائینان بیشتر در معرض خطر اختلال های روانی بودند؛ در صورتی که در سال ۲۰۱۵، شهرنشینان بیشتر مستعد ابتلا به چنین اختلال هایی بودند. احتمال دچار شدن به اختلال های روانی با افزایش سن، افزایش می یابد و در افراد ۶۵ سال به بالا و همچنین در افراد بیوه، مطلقه و بی سواد بیشتر است (۲۹). شیوع اختلال های روانی رایج در ایران از ۲۱ درصد در سال ۱۹۹۹ به ۳۲ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است. نویسندگان به این نتیجه رسیده اند که سیاست گذاران و مقامات بهداشتی به منظور بهبود و حفظ وضعیت بهداشت روانی افراد در معرض خطر در کشور باید اقدام عاجلانه ای مبذول دارند (۲۹).

با توجه به سیاست های سرکوبگرانه در ایران، شیوع اختلال های روانپزشکی در میان ۱۸۰ زندانی کاشان (میانگین سنی ۳۲ تا ۳۹ سال) ۴۳ درصد بوده است. شایع ترین اختلال ها، اختلال شدید

افسردگی (۲۸ درصد)،

اختلال های روحی حاصل از واقعه (PTSD) (هفده درصد) و اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر (۱۷ درصد) بوده است. سابقه ضربه به سر در زندانیان مبتلا به اختلال های روانپزشکی ۵۲ درصد بوده است، که حدود نیمی از زندانیان از آن رنج می بردند (۳۰). بنابراین برای جلوگیری از چنین اختلال روانپزشکی، باید از اعمال خشونت و شکنجه بر علیه زندانیان پیشگیری شود.

در ادامه به برخی از شاخص های پیامد های روانشناختی سرکوب در جامعه ایران می پردازیم:

الف- خودکشی

دیر زمانی است که خاص و عام میزان خودکشی را به عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه مربوط می دانند. بررسی دیگری نشان می دهد بیشترین علت اقدام به خودکشی درگیری های خانوادگی (۳۲ درصد) بوده است. مشکلات زناشویی (۲۶ درصد)، تنگناهای اقتصادی (۱۲ درصد) و شکست تحصیلی (۵ درصد) عوامل دیگری برای اقدام به خودکشی بوده اند. در بررسی ها پیرامون خودکشی در ایران، عوامل اجتماعی چون درگیری های خانوادگی و مشکلات زناشویی بیشتر از عوامل دیگر دیده شده اند (۳۱). از این نگر، به نظر می رسد پدیده خودکشی در سال های اخیر نگرانی فزاینده ای را در جامعه ایجاد کرده است. بر پایه گزارش دیگری، ایران در میان کشورهای اسلامی رتبه سوم را دارا است (۳۲). برپایه آمار، هر روز بیش از ۱۳ نفر در ایران خودکشی می کنند که بیشتر آنها ۱۵ تا ۳۵ سال سن دارند. تنگناهای اقتصادی، بیماری های روانی، قید و بند های فرهنگی، مسائل سیاسی و فشارهای اجتماعی مهمترین عوامل خودکشی در کشور هستند (۳۲).

ب- کودکان و نوجوانان

شیوع اختلال های روانی در کودکان و نوجوانان در ایران و سایر کشورها متفاوت هستند. تراز شیوع اختلال وسواس ناخودآگاه در میان کودکان و نوجوانان ایرانی بین ۱ درصد تا ۱۱.۹ درصد است، در صورتی که این تراز در سایر کشورهای منطقه ۰.۳ درصد تا ۲.۶ درصد گزارش شده است. تراز اختلال اضطراب اجتماعی (۸ درصد تا ۲۳.۵ درصد) در میان کودکان و نوجوانان ایرانی از چهار جامعه مورد مطالعه غیر ایرانی (۰.۰۸ درصد تا ۰.۹ درصد) به مراتب بالاتر بوده است (۳۳).

کودکان در معرض اعدام که روند قضایی مغایر با اصول پذیرفته شده بین المللی را پشت سر گذاشته اند، تحت فشار هولناکی، از جمله ترس از اعدام قریب الوقوع و عدم اطلاع از تاریخ اعدام قرار دارند. انتظار مرگ قریب الوقوع، سبب رنج بیشتری برای کودکان بزهکار و خانواده آنها می شود.

پ- اعتیاد

مصرف مواد مخدر غیر قانونی در ایران در دهه های گذشته افزایش یافته است. بنابر ادعای مقامات در سال ۲۰۰۷، تعداد معتادان در شش سال گذشته دو برابر شده است (۳۴). الکل، تریاک و حشیش پر استفاده ترین مواد غیر قانونی هستند. اما مصرف روزافزون آنابولیک استروئیدها (نسخه مصنوعی تستوسترون)، اکستازی و روان-گردان ها مشکلات جدیدی را بوجود آورده است. مصرف طولانی مدت مواد افیونی در مناطق مختلف کشور بین ۱.۲ درصد تا ۸.۶ درصد است (۳۵). به احتمال فراوان، پدیده افزایش چشمگیر اعتیاد به مواد مخدر نتیجه نابسامانی های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در جامعه است. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران خبر از وجود هشتصد هزار معتاد ثبت شده در کشور داده، که فقط در ظرف ۹ سال، ۱۰۰ درصد افزایش داشته است (۳۶). بر اساس برآورد سازمان ملل متحد، تراز استفاده از مواد مخدر مشتق از تریاک در ایران ۱.۷ درصد تا ۲.۸ درصد است، درحالی که این تراز در اروپای غربی ۰.۳ درصد است (۳۷). درصد بالایی از زندانیان ایران، معتاد به مواد مخدر هستند و حتی تراز خودکشی آنها به طور قابل توجهی بالاتر از تراز بالای خودکشی در کل جمعیت ایران (۴۲ درصد در مقابل ۳۵ درصد) است (۳۵).

ت- دشواری روحی روزنامه نگاران

روزنامه نگاران گروه دیگری هستند که از اختناق و سرکوب سیاسی مداوم رنج می برند. ایران در شاخص آزادی مطبوعات از بین ۱۸۰ کشور در رتبه ۱۷۳ قرار دارد. به تازگی عوامل آزار دهنده روحی در سلامت روزنامه نگاران ایرانی که ۶۵.۸٪ آنها ترک وطن کرده اند، مورد مطالعه قرار گرفته است. این عوامل شامل دستگیری (۴۱.۳ درصد)، شکنجه (۱۹.۳ درصد)، تعرض (۱۰.۵ درصد)، ارباب (۵۱.۴ درصد) و تهدید خانواده ها (۴۳.۱ درصد) بوده اند. ما این عوامل با اختلال های روحی حاصل از واقعه (PTSD) و نشانه های افسردگی مرتبط می دانیم. کم و بیش یک سوم روزنامه نگاران ایرانی به طور مرتب از داروهای آرام بخش استفاده می کنند (۳۸).

بررسی پایانی

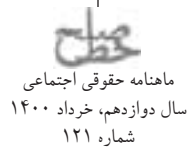
کادر پزشکی درون و برون مرز می توانند نقش با ارزشی در پشتیبانی از حقوق انسانی زندانیان داشته باشند. در این مورد و بر اساس پروتکل استانبول، و به همراه درمان آسیب ها، کادر پزشکی می توانند مدارک پیامد های احتمالی شکنجه را گردآوری کنند (۱۲)؛ که البته می تواند برای هموندان درون مرزی خطرات جدی به همراه داشته باشد. سازمان نظام پزشکی باید تهدیدات را به همه مقامات مربوطه و همچنین به جامعه جهانی پزشکان و عفو بین الملل گزارش دهد. مجازات های بدنی دیگری مانند قطع عضو و شلاق (مجازات بی رحمانه و غیر معمول که در ماده ۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر-مصوب ۱۹۴۸ ممنوع است) اعمال می شوند که در انظار عمومی به اجرا در می آیند (۳۹). از آنجاییکه (حکومت) ایران مانع سفر گزارش گران ویژه سازمان ملل به کشور می شود، باید تمام مدارک آسیب های جسمی عمدی گردآوری و گزارش آن به پایوران سازمان هایی مانند جامعه جهانی پزشکان و سازمان ملل ارسال شود.

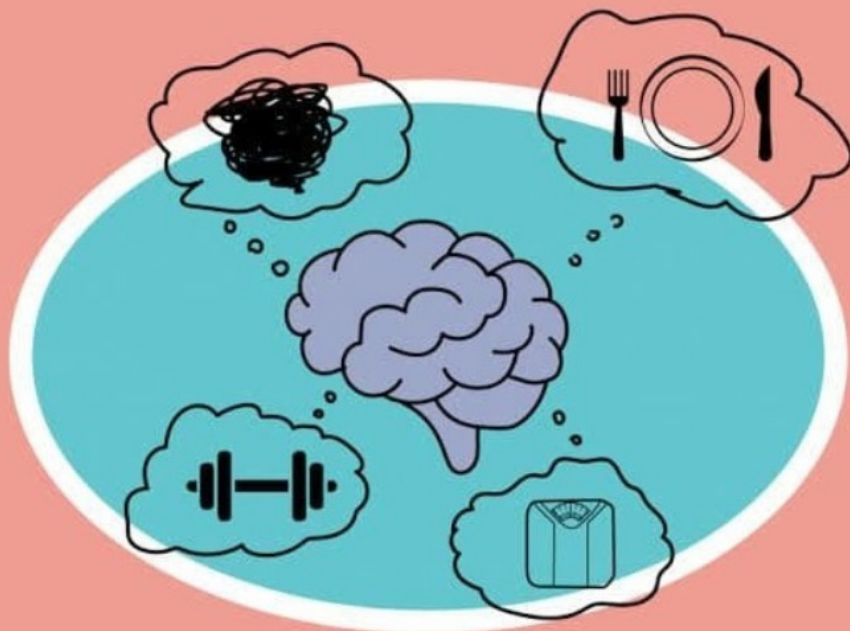
فرجام

به دلیل موانع انجام تحقیقات اجتماعی در ایران، گزارش های علمی اندکی از ایران در دسترس است. با این وجود، گزارش ها و بررسی های موجود نشانگر افزایش مشکلات روانی مانند خودکشی، افزایش استعمال مواد مخدر حتی در جوانسالان و همچنین خشونت علیه زنان هستند. افزون بر آن، شواهد معتبری از استفاده گسترده از شکنجه، اعدام نوجوانان و نقض مستمر حقوق بشر و عدم امضای کنوانسیون های بین المللی وجود دارد. در نتیجه، سرکوب سیاسی می تواند عامل مهمی در افزایش مشکلات بهداشت جسمی و روانی موجود در ایران باشد. در پایان امیدواریم با افزایش آگاهی های عمومی دستاوردکاران بهداشت و سلامت، و فشارهای داخلی و بین المللی شاهد استقرار امنیت شهروندان و عدالت در ایران باشیم.

* پژوهشی برگرفته از سامانه «طب اجتماعی»، دوره ۱۴، شماره یک، ژانویه تا آوریل ۲۰۲۱ میلادی رویه های ۳۷ تا ۴۳ (www.socialmedicine.info)
برای مطالعه ۳۹ منبع مورد اشاره در متن، به لینک زیر مراجعه فرمایید:

<https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/download/1115/2299>





نقش مراکز تفریحی و ورزشی

در افزایش بهبود سلامت روان جامعه

بهار عباسی، روزنامه‌نگار

صالح



شده‌اند و فعالیت‌های اوقات فراغت نیز به نوعی تنظیم شده که کمترین تحرک و فعالیت بدنی را به همراه دارد. امروزه با رشد سریع و سرسام‌آور جمعیت شهرهای بزرگ، تقاضا برای استفاده از کامپیوتر و سایر ابزارهای تکنولوژی نوین افزایش یافته است. لذا اغلب افراد بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کار با این وسایل جدید می‌کنند که این مسأله علت اصلی کم‌تحرکی شهروندان است. همچنین اکثر افراد زمان اوقات فراغت خود را در فضای شهری به نحوه‌ای سپری می‌کنند که نیازی به انجام فعالیت بدنی و تحرک نداشته باشند؛ از جمله این فعالیت‌ها تماشای تلویزیون، رفتن به سینما، گپ-زنی اینترنتی و بازی‌های کامپیوتری است. در کشورهای در حال توسعه، شلوغی، فقر، جنایت، ترافیک، آلودگی هوا، فقدان و کمبود پارک و اماکن ورزشی فعالیت بدنی را به انتخابی دشوار تبدیل می‌کند.

همچنین در این کشورها، گسترش مراکز ورزشی تفریحی با موانع زیادی روبرو است که شاید مهمترین آنها شرایط دشوار زندگی و پایین بودن سطح زندگی اکثریت مردم باشد. افزون بر این، نیاز به زنده ماندن فرصت کاملاً محدودی برای پرداختن به ورزش و تفریح را باقی می‌گذارد. در این میان آنچه کمتر مورد توجه مسئولان و مدیران شهری قرار گرفته، برنامه‌ریزی برای گذران اوقات فراغت از طریق توسعه فضاهای ورزشی تفریحی جهت دستیابی به سلامت و سرزندگی افراد است.

نقش مثبت مراکز تفریحی و ورزشی و تأثیر آن در افزایش و بهبود سلامت روان جامعه امری بدیهی به نظر می‌رسد؛ باید گفت که سرانه تخصیص مراکز تفریحی و ورزشی کشور آمار جالبی را بدست نمی‌دهد. عمدتاً تمرکز امکاناتی مانند مراکز تفریحی ورزشی در کلان‌شهرها و مراکز ثروت و قدرت است. با این حال این موضوع را در بستر کلی جامعه بررسی خواهیم کرد.

باید گفت که فعالیت تفریحی و ورزشی، لازمه ارتقاء سلامت روحی و جسمانی افراد هر جامعه است. از جمله شاخص‌های توسعه متوسط طول عمر و بهداشت جسمانی و روانی یک جامعه است و این مهم با ارتقاء فعالیت‌های تفریحی و ورزشی بهبود می‌یابد.

در عصر حاضر با گسترش دامنه‌های استفاده از وسایل جدید مانند آسانسور و پله‌برقی، ابزارهای فناوری اطلاعات (کامپیوتر، اینترنت و...)، تغییر سبک زندگی و نحوه اشتغال افراد و نیز گسترش زندگی آپارتمان‌نشینی در شهرهای بزرگ، تحرک شهروندان به شدت کاهش یافته است. در حقیقت کم تحرکی افراد عامل موثری برای افزایش میزان بیماری‌ها و ناتوانی‌ها و مرگ و میرها است. ضمناً به دلیل مشغله بیش از حد شهروندان، نبود فرصت کافی جهت انجام تمام کارهای روزمره و نیز فاصله زیاد بین مراکز خدمات‌رسانی شهری، شهروندان به اتومبیل و سایر وسایل مدرن به شدت وابسته

صالح

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

در حقیقت اوقات فراغت زمینه‌ی تجدید قوا را برای استمرار فعالیت انسان فراهم می‌سازد. بر اساس این تفکر، امروزه گسترش مراکز ورزشی تفریحی برای گذران اوقات فراغت شهروندان مانند گذشته نه به عنوان یک تفریح، بلکه در کنار مشکلات زندگی در عصر اطلاعات به مثابه یک نیاز مهم برای سالم و با نشاط زیستن افراد لازم و ضروری است. باید گفت که ساماندهی فضایی و تأمین امکانات فراغتی تا حدود زیادی به کمیت و کیفیت فضاهای شهری و تجهیزات آنها وابسته است. بنابراین تحقق این امر یعنی برنامه‌ریزی برای «گذران فراغت و تحقق سلامت» ارتباط نزدیکی با برنامه‌ریزی شهری دارد که خود سیستم مطلوب بروکراسی، مدیران متخصص، تأمین مالی و البته ارتباط و همکاری پویای نهادهای دولتی با مردم را می‌طلبد. در این راستا نقش مدیریتی ارگان‌ها و سازمان‌های مختلف شهری نظیر شهرداری جهت تأمین فضاهای تفریحی ورزشی مورد نیاز اقشار مختلف جامعه برای بهتر سپری کردن اوقات فراغت افراد پر اهمیت است. ایجاد تغییراتی در نظام مدیریتی شهرداری، اتخاذ تصمیمات نوین برای ارائه ضوابط و الگوهایی برای فراهم نمودن فضاهای گذران اوقات فراغت از جمله پارک، زمین‌های بازی و مراکز تفریحی ورزشی ضروری است. مراکز تفریحی ورزشی نقشی مهم در سلامت جامعه و در نهایت توسعه پایدار دارند. به منظور تحقق این امر باید تمام پتانسیل موجود مانند منابع دولتی (استفاده از تمام توان و قابلیت‌های شهرداری‌ها، اداره اوقاف و...) و نیز قابلیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد و بهره‌مندی و به‌کارگیری از فکر، اندیشه و سرمایه بخش خصوصی را به کار گرفت. مراکز تفریحی ورزشی می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر کاهش استرس، افزایش فعالیت فیزیکی، ایجاد فرصت‌های بیشتر برای تعامل اجتماعی، رفع خستگی، دسترسی به هوای سالم، کسب نشاط و تفریح خانوادگی، دوری از آلودگی و تنگی محیط مسکونی و گریز از یکنواختی زندگی شهری داشته باشند.

در دنیای امروز که رسانه‌های جمعی و فضای مجازی ذهن و روان افراد جامعه را به خود مشغول ساخته و افراد زمان و وقت قابل توجهی در روز را به گشت و گذار در فضای مجازی اختصاص می‌دهند، تأسیس و گسترش چنین مجتمع‌هایی به نوبه خود می‌تواند منتهی به فارغ شدن افراد از فضای مجازی و حضور در محیط اجتماعی شوند. البته امکانات و شرایط موجود، هنوز فاصله بسیار زیادی با استانداردهای جهانی داشته و همه عناصر و شاخصه‌های این حوزه را در بر ندارند. کلانشهرها هم، اکنون به یکی از شلوغ‌ترین و پرتراфик‌ترین شهرهای جهان تبدیل شده‌اند. پاسخگویی به نیازهای اجتناب‌ناپذیر این طیف عظیم جمعیتی، امکانات و فضاهای شهری خاص خود را می‌طلبد. در این بین، تکرر و حجم بالای جمعیت شهری از یک سو و نبود فضاهای باز و بزرگ از طرف

دیگر ایجاب می‌کند که مجتمع‌هایی با شاخصه‌های همه‌جانبه و مختلف تأسیس شوند تا با ارائه خدمات متنوع و تسهیلات تفریحی و رفاهی مختلف، بتوانند نیازهای عادی و روزمره شهروندان با هر طبقه و سطح معیشتی را برطرف سازند. حضور در فعالیت‌های ورزشی تفریحی به افزایش کیفیت زندگی در افراد با اختلالات روانی مزمن منجر می‌شود. همچنین حضور در فعالیت‌های ورزشی تفریحی به ارتقای سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی آنها منتج می‌شود. توصیه می‌شود که روانشناسان، کاردرمانگران و سایر متخصصان بهداشت روان که در مراکز روانپزشکی کشور مشغول به کار هستند، از فعالیت‌های ورزشی تفریحی برای ارتقای سطح روانشناختی بیماران بهره بگیرند.

نکته‌ای که باید به آن اشاره کرد لزوم تحقق این امر و نیز تمرکز بر کودکان است. سلامت جسمانی و روانی یک انسان اگر از کودکی تحقق یابد موجبات پرورش یک انسان سالم و مفید را برای جامعه فراهم می‌آورد. مسلم است که تحقق این موضوع هزینه‌های دولت را نیز کمتر کرده و نشاط جامعه بالاتر می‌رود.

تأثیر مجموعه‌های تفریحی ورزشی در زندگی کودکان مختوم به صرف تفریح و گذران اوقات فراغت نیست بلکه با ایده‌پردازی درست و معماری آگاهانه می‌توان فضایی را در این مجموعه‌ها ایجاد کرد که کودکان در حین لذت بردن، ناخودآگاه تحت تأثیر کالبد فرهنگی جامعه قرار بگیرند و در نتیجه زمینه‌ساز سلامت روانی کودکان شود. چرا که چگونگی گذران اوقات فراغت رابطه نزدیکی با رشد و بهبود سلامت روانی کودکان دارد. ورزش در سلامت و آمادگی جسمانی، تعادل و ثبات هیجانات، رشد اجتماعی و تأمین نیازهای دوستی، رقابت، جلب توجه، امنیت و تقویت روحیهی گروهی، کاهش افسردگی و تصویر مثبت بدنی و اجتماعی تأثیر دارد. از جمله کارکردهای مهم ورزش کمک به رشد و تحول شخصیت روانی اجتماعی و جسمانی کودکان، تحکیم معاشرت جمعی و تسهیل دستیابی به رشد، مسئولیت اجتماعی و فردی است. کودکان مشارکت‌کننده در فعالیت‌های ورزشی و گروهی از رشد اجتماعی بهتری نسبت به دیگر کودکان برخوردارند. بنابراین بایستی به این نکته اشاره کرد که ورزش و تفریح امروزه تنها یک فعالیت ساده نیست؛ بلکه قابلیت‌های پیچیده مغز را در امور مختلف از جمله آموختن مطالب، هماهنگی، چالاکی، درست عمل کردن و درست تصمیم گرفتن تقویت می‌کند.

کودکان سرمایه‌های آینده این کشور هستند و رشد و پرورش مطلوب آنان در گرو نگاهی دینامیک و پویا به این مقوله، مسئولیت‌پذیری و همکاری نهادهای مختلف زیربند دولتی و نیز NGOها و در نهایت خانواده است.



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱



زنگ خطر بهداشت روان و سلامت روانی در اجتماع ایران

مجید زارعی، نائب دبیر اتحادیه روانشناسی و مشاوره ایران

صحت

در ابتدا باید گفت: هر چند بررسی جامع برنامه‌های بهداشت روان با توجه به اهمیت، پیچیدگی و گستردگی آن‌ها در یک نگاه‌شسته امکان‌پذیر نیست، اما مروری کوتاه بر این برنامه‌ها می‌تواند تا اندازه‌ای در جهت تبیین پیشرفت‌ها و دستاوردها و مشخص نمودن نیازها و چالش‌ها مثمرتر باشد. از این‌رو، هدف این نگاه‌شسته مروری کوتاه بر تاریخچه بهداشت روان در ایران بوده و تلاش شده که سیر تغییر و تحولات، پیشرفت‌ها، دستاوردها، نیازها، نقص‌ها، کمبودها و چالش‌های موجود مورد بررسی قرار بگیرند. بنابراین در این نگاه‌شسته امیدواریم و قصد داریم به صورت مختصر به تعریف بهداشت روان و عوامل تاثیرگذار بر آن و همچنین ارائه پیشنهادات و راهکارهایی در این خصوص بپردازیم.

در واقع تعریف کردن دقیق بهداشت روانی و عدم بیماری روانی و شاخصه‌های سلامت روانی به تبع در یک اجتماع دشوار است. افرادی که نقش‌های خود را در جامعه اجرا می‌کنند و رفتار آنها مناسب و سازگارانه است، سالم در نظر گرفته می‌شوند بر عکس، کسانی که نمی‌توانند نقش‌های خود را برآورده کنند و مسئولیت‌های خود را انجام دهند یا رفتارشان نامناسب است، بیمار انگاشته می‌شوند. فرهنگ هر جامعه قویا بر ارزش‌ها و عقاید آن

بارها در خلوت خود اندیشیده‌ام و با خود گفته‌ام مگر می‌شود در مرز پرگزند سرشار از ناکامی و سرخوردگی باشی و بعد انتظار سلامت روان و شکوه روانی داشته باشی؟! بارها گفته‌ام و بار دگر می‌گویم، بی‌توجهی به مسائل جامعه، انفعال و عدم پیش‌بینی در مقابل آسیب‌ها مهم‌ترین مشکلات اجتماعی کشور ما هستند. ما سال‌هاست که درباره مشکلات و مسائل اجتماعی و سلامت روانی آدمیان اجتماع‌مان صحبت می‌کنیم و جالب این‌جاست که هیچ اتفاقی هم نمی‌افتد. انگار وظیفه ما عده اندک آن است که حرف بزیم و آن عده زیاد تماشاچی سکوت کنند و حرف‌های ما هم به هیچ کجا نرسد.

انگار این وظیفه ما شده است که برای رسانه‌ها فقط خوراک تهیه کنیم و با حسرت بگوییم که هر سال دریغ از پارسال... متأسفانه باید اعتراف کرد که مشکلات جامعه ما در حال تلبار شدن است و درباره این مشکلات هم هیچ گونه اظهارنظر تخصصی انجام نمی‌شود و اگر هم اظهارنظری تخصصی انجام شود؛ متأسفانه برای آن ارزشی قائل نخواهند شد و آن را پیش چشم، ذهن و گوش نمی‌نشانند. اما باز می‌گوییم و امیدواریم هرچند کم‌سو که حدال‌مکان پیش چشم، ذهن و گوش بنشانند.

صحت

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

اثر می‌گذارد و این به نوبه خود بر نحوه‌ای که آن جامعه سلامتی و بیماری را تعریف می‌کند تاثیر می‌گذارد. آنچه را که یک جامعه ممکن است پسندیده و مناسب در نظر بگیرد، جامعه دیگر ممکن است ناسازگارانه و نامناسب بداند. در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت «نه تنها نبود بیماری یا معلولیت» بلکه «حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف شده است (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). گرچه WHO از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی سلامت تا حد زیادی به وسیله متولیان سامانه سلامت و حاکمان کشورها نادیده گرفته شده، که البته کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نبوده است و در مواردی بدترین وضعیت ممکن را دارد.

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، مطالعات همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که حدود ۲۵ درصد مردم اختلال روانی قابل تشخیص دارند (WHO، ۱۹۹۶). تخمین زده شده است که حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از نوعی اختلالات روانی رنج می‌برند.

مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. به عنوان مثال، از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۸۱ شیوع اختلالات را از ۹/۱۱ درصد تا ۲/۳۰ درصد گزارش نموده‌اند. پژوهشگران در مطالعه خود با استفاده از پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران را ۳/۱۴ به دست آوردند. و در مطالعه‌ی دیگری با استفاده از پرسشنامه ۲۸ - GHQ و چک لیست واری بالینی براساس DSM - IV، شیوع مشکلات روان‌پزشکی در شهر تهران را ۵/۲۱ درصد گزارش کرده‌اند.

و بر اساس آخرین پیمایش‌های ملی که در سال ۹۰ انجام شده، آمار شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کشور در بین گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال، ۲۳.۶ درصد است. از این اختلالات روان‌پزشکی، ۱۲.۷ درصدش اختصاصاً اختلال افسردگی و ۱۵.۶ درصدش اختلال اضطراب است. همچنین شایع‌ترین بیماری در کشور اختلالات روان‌پزشکی است و شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی نیز افسردگی اعلام شده است. آخرین پیمایش سلامت روان در ایران سال ۹۰ انجام شد و طبق گزارش‌های این پیمایش، طبق گفته‌های پیشین علی‌اسدی، معاون

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت ۱۲ و نیم میلیون ایرانی به اختلالات روانی مبتلا هستند که بی‌تردید در دوران پاندومی سخت کرونا و فشارهای روانی آن، آمارهای کنونی ما به قطع افزایش بیشتر و بی‌شمارتری به همراه داشته است. چرا که «پیمایش سلامت روان هر هفت سال یک بار انجام می‌شود و به همین دلیل آخرین آمارهای رسمی داخل کشور به سال ۹۰ برمی‌گردد. افراد ۱۵ تا ۶۴ سال که ۵۰ میلیون نفر از جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند در این پیمایش مورد بررسی قرار گرفتند که طبق نتیجه، ۲۳.۶ درصد مردم دست‌کم از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند و نیازمند مداخلات دارویی و غیردارویی هستند. در نتیجه، بر اساس این آمار، ۱۲ و نیم میلیون نفر از جمعیت ایران نیازمند مراجعه به پزشک هستند».

طبق این پیمایش اختلال افسردگی با ۱۲.۷ درصد و اختلالات اضطرابی با ۱۵.۶ درصد، شایع‌ترین اختلالات روانی در کشور قلمداد می‌شوند. در مقابل، اختلالات سایکوتیک و خلقی تنها سهم حدود ۲ درصدی دارند. همچنین زنان به واسطه مراجعه بیشتر به مراکز درمانی و همچنین تحمل فشار خانوادگی و اجتماعی سهم بیشتری از این اختلالات می‌برند. بر همین اساس، اختلالات اضطرابی برای زنان ۱۹.۴ و برای مردان ۱۲ درصد عنوان شده است. مجموعه اختلالات خلقی هم آمار ۱۷.۳ برای زنان و ۱۱.۹ برای مردان را نشان می‌دهد.

البته باید در این مهم سهم برخی مناطق کشور را در درگیری با اختلالات روانی بیشتر دانست: «از یک طرف شهرهای بزرگ به واسطه ترافیک، آلودگی صوتی و آلودگی هوا، استرس بیشتر و... بستر بروز اختلالات روانی را تشدید می‌کنند. از طرف دیگر مناطق محروم به واسطه دور ماندن از مرکز امکانات به شکل دیگری درگیر این اختلالات می‌شوند. اما در مجموع مناطق شمال غرب، جنوب شرق و جنوب کشور دارای میزان بالاتری از اختلالات روانی هستند.

بنابراین پیشنهاد می‌شود: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت را شناسایی، تعیین محدوده و با موازین بومی و فرهنگی درجه‌بندی نماید. به بیان دیگر وزارت بهداشت، به همان صورت که به آلودگی‌های زیستی، میکروبی، صوتی و... حساسیت نشان داده، اقدامات به‌جا و لازم

انجام می‌دهد، ضرورت دارد نسبت به تنش‌های روانی - اجتماعی و ناهنجاری‌های ارتباطی نیز حساس و چاره‌جو باشد و بیش از پیش آن را در دستور کار خود قرار دهد و خدمات بیمه‌ای را برای متقاضیان سلامت روان ایجاد نماید. لازم است برای رسیدن به جامعه‌ای آرام و به دور از تنش، برخوردار از تعادل هیجانی، سرشار از سرور و شادی و پرهیز از غم و خشم افراطی و مراعات‌کننده جنبه‌های ارتباطی آحاد افراد بر مبنای اخلاق انسانی، وزارت بهداشت مشوق، بلکه هدایت‌گر سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران، متولیان اجرایی، قضایی، نظامی، انتظامی، امنیتی باشد.

نیاز است دولت‌ها، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی به دلیل این افزایش تقاضا در حوزه سلامت وارد شوند. دولت باید در مقوله سلامت روان سرمایه‌گذاری مادی و معنوی کند و خدمات سلامت روان در دسترس همگان قرار داده شود. چرا که یکی از وظایف دولت‌ها کاهش آسیب‌های اجتماعی (با فراهم کردن فرصت‌ها و افزایش قابلیت‌ها) در راستای تامین سلامت روان جامعه و کاهش رنج، غم و اندوه مردمان آن است.



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

همچنین از مردم نازنینم که این نگاشته را پیش چشم، ذهن و گوش می‌نشانند خواستارم تا موضوع سلامت روان را جدی بگیرند: «بیماری‌های روانی تحت تاثیر ژنتیک، سابقه خانوادگی، حوزه جغرافیایی، وضعیت اکونومیک و بسیاری موارد دیگر بروز می‌کنند. طبق تحقیقات، بخش زیادی از مردم جامعه دست‌کم یک بار در زندگی خود با یکی از انواع اختلالات روانی مواجه می‌شوند. در نتیجه، بیماری روانی چیزی نیست که بگوییم برای من اتفاق نمی‌افتد؛ همان‌طور که هیچ‌کس نمی‌تواند بگوید من هیچ‌وقت درگیر دیابت نمی‌شوم. پس اگر می‌بینید مثلاً بیش از گذشته ترجیح می‌دهید تنها باشید، احساس خستگی مداوم می‌کنید، دیگر با یک خرید ساده شاد نمی‌شوید، مدام استرس دارید یا به طور کلی خلق‌وخوی‌تان تغییر کرده، به جای گفت‌وگو با اعضای خانواده، سراغ متخصص بروید. اگر پزشک شما دارویی تجویز کرد، آن را مصرف کنید. اگر مشاوره‌ای داد، آن را جدی بگیرید. در غیر این صورت، نه تنها درمان نمی‌شوید بلکه باید در انتظار تشدید بیماری خودتان باشید.



بهداشت و سلامت روانی در زندان



صبا اردلان، فعال مدنی

بر اساس مواد ۴۰ و ۴۱ آیین‌نامه‌ی زندان‌ها، زندان مسئولیت شناسایی و درمان بیماران دچار اختلالات روانی را به صورت مستقیم بر عهده دارد. [۱] تأثیرات زندان و نگهداری در فضای بسته، انزوا از دوستان و خانواده و نداشتن تفریحات سالم بر سلامت روانی بر کسی پوشیده نیست. در این مقاله هدف بر این است که تأثیرات زندان بر سلامت روانی زندانیان، شرایط بیماران دچار اختلالات روانی در زندان و کیفیت خدمات روان‌پزشکی در زندان‌های ایران توضیح و تشریح شود.

این مقاله بر اساس مصاحبه با سه منبع که تجربه‌ی درگیری مستقیم یا غیرمستقیم با بیماری روانی در بند ۲۰۹ وزارت اطلاعات، زندان تهران بزرگ، بند زنان زندان اوین و زندان زنان قرچک را داشته‌اند انجام شده‌است. محدودیت تعداد منابع به این دلیل غم‌انگیز اما قابل‌درک است که بیماران درگیر با اختلال روانی عموماً به دلیل تجربه‌ی شخصی دردناک و سخت در این خصوص که در شرایط زندان دوچندان می‌شود، تمایلی به مرور خاطرات مربوط به آن دوره یا بازگو کردنش ندارند، که این موضوع به طور عام در خصوص افراد درگیر با اختلالات روانی صادق است و یکی از عوامل کمبود روایت‌های شخصی و روایت تجربه‌ی زیسته در این مبحث به شمار می‌رود.

منبع اول، «نازنین» ۳۰ ساله (نام مستعار، هویت محفوظ نزد خط صلح) با ما از تجربه‌ی خود در خصوص درگیری با بیماری روانی در بند ۲۰۹ سخن گفت. نازنین که به مدت ۱۱ ماه در این بند نگهداری شده‌است، توضیح می‌دهد که علیرغم نقش غیرقابل‌انکار شرایط انفرادی و جو بسیار امنیتی بند ۲۰۹ در افول حال جسمی و روانی وی، در مجموع از کیفیت رسیدگی و خدمات و داروهای ارائه شده به خود در این بند ناراضی نبوده‌است. به گفته‌ی نازنین، در بدو بازداشت و ورود او به بند و معاینه‌ی اولیه توسط پزشک عمومی، او بیماری روانی خود را توضیح داده و داروهای مورد مصرف خود را اعلام کرده و نسخه‌ای که همراه داشته را نیز ارائه کرده‌است، و داروهای او مطابق نسخه به او تحویل داده می‌شده‌است تا این که ظرف حدود یک هفته ویزیت با روان‌پزشک در داخل بهداری ۲۰۹ برای او هماهنگ شده و روان‌پزشک با انجام ویزیت نسبتاً دقیق، داروی اضافه‌ای برای او تجویز کرده که برای حال او مفید بوده‌است و پس از آزادی از بازداشت نیز توسط پزشک بعدی تایید شده‌است. در مدت ۱۱ ماه بازداشت، نازنین سه بار توسط روان‌پزشک در بند ۲۰۹ ویزیت شد و حال و درمان وی تحت نظر بود. نازنین توضیح می‌دهد که معتقد است این پی‌گیری و ارائه‌ی سرویس احتمالاً تا حدودی متاثر از نمایه‌ی اجتماعی و کاری وی و دغدغه‌ی وزارت اطلاعات برای حفظ سلامت او به سبب دغدغه‌ی الزام پاسخگویی در آینده



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

بوده است، با توجه به این واقعیت که بازداشت‌شدگان بند ۲۰۹ از حیطة مسئولیت سازمان زندان‌ها خارج هستند و مسئولیت سلامتی آن‌ها مستقیماً بر عهده‌ی وزارت اطلاعات است. نازنین در ادامه می‌گوید که میزان خودآگاهی بالای او و توان کلامی بالا در توضیح بیماری خود، سطح تحصیلات و نوع کارش به سرعت احترام و گاه‌ها همدلی پنهان پزشکان را برمی‌انگیخته و در نتیجه، این احتمال قوی وجود دارد که سایر بیماران که شاید به دلیل تفاوت بیماری یا سطح خودآگاهی یا تسلط کلامی و غیره امکان این نوع برقراری ارتباط را نداشته‌اند، استانداردهای رفتاری و پزشکی و معالجه‌ی مشابهی را دریافت نکرده‌اند، چنان‌که هم‌سلولی نازنین که مدت بسیار بیشتری در انفرادی به سر برده و به وضوح علائم ترامای شدید و اختلال روانی از خود نشان می‌داده است، در محدوده‌ی اطلاع نازنین از طرف روان‌پزشک ویزیت یا معالجه نشده است. نازنین می‌گوید اگرچه در مورد شخص خودش برخورد انگ و تبعیض آمیز یا ناخوشایندی از پزشکان یا نگهبانان زن ۲۰۹ ندیده است، اما این هم‌سلولی او برای هر مراجعه به پزشک عمومی باید دو روز خواهش و التماس می‌کرد و مورد بی‌توجهی یا رفتار تخفیف و تحقیر آمیز نگهبانان قرار می‌گرفت.

نازنین توضیح می‌دهد که پروسه‌ی ورود به بند ۲۰۹ شامل چشم‌بند، گرفتن لباس‌های شخصی و قرار گرفتن در سلول انفرادی خالی از هر وسیله‌ای با در بسته‌ای که صرفاً به اراده‌ی زندانبان برای بازجویی، دادن غذا یا رفتن به دستشویی باز می‌شود، کافی است تا هر فرد سالمی را دچار استرس و اضطراب شدید کند و در فرد بیمار باعث تشدید علائم بیماری شود.

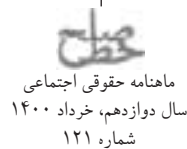
سلب کنترل کامل از زندانی در انفرادی، او را به یک چاه ذهنی عمیق می‌اندازد که در اعماق آن ممکن است تا ریشه‌ای ترین باورهای خود در مورد خود را مورد سوال قرار دهد و در سویه‌های هویتی مختلف خود دچار تردید شود، با توجه به این واقعیت که توان افراد مختلف در تحمل انفرادی با توجه به پیشینه‌ی آن‌ها، قدرت روحی و شخصیتی، تراماهای گذشته، احوال جسمی، تماس یا عدم تماس با بیرون و وجود یا عدم وجود حمایت خانواده یا وکیل، نوع پرونده و میزان نگرانی از عاقبت آن، نوع، تکنیک و مدت زمان بازجویی و فشار وارده در بازجویی و رفتار نگهبانان زندان، از فرد به فرد فرق می‌کند، نمی‌توان انتظار «مقاومت» یا «استحکام» یکسانی از افراد در این خصوص داشت.

نازنین توضیح داد که علیرغم عدم وجود هر نوع سابقه‌ی افکار خودکشی در خود، تحت شرایط امنیتی ۲۰۹ و ناامیدی و ترس از عاقبت پرونده و احتمال ماندن مدت طولانی نامشخص در

آن‌جا، در چند ماه اول به شدت درگیر افکار خودکشی و به دنبال یافتن راه‌های خودکشی بوده است. او معتقد است که الزام به خوابیدن در نور خاموش‌نشدنی ۲۰۹ یا الزام به پوشیدن چشم‌بند در فاصله‌ی چندمتری سلول تا سرویس بهداشتی، گرفته‌شدن تمام نشانه‌های خارجی هویتی مثل زیورآلات و لباس و پوشیدن لباس متحدالشکل ۲۰۹ و چادر، ندانستن زمان در انفرادی، نداشتن هیچ نوع اطلاعاتی از تقویم بازجویی یا کنترلی روی زمان یا نوع غذا، جابه‌جایی مدام بین سلول‌های چند نفره در زمانی که رابطه‌ی هم‌دانه و دوستانه‌ای با هم‌سلولی برقرار می‌شد، وجود نوشته‌های وحشت‌انگیز و ناامیدکننده روی دیوارها (نوشته‌شده از طرف افراد ساکن قبلی سلول) در مورد طول زمانی که سایر افراد در این سلول سپری کرده‌اند یا تکنیک‌هایی که برای شکستن آن‌ها استفاده شده است، نگاه‌داری زندانی در سلول انفرادی در زمان بازجویی فعال، و سایر تکنیک‌هایی که برای «امنیتی» و «پرفشار» کردن فضای این بند به کار گرفته می‌شوند، انتخاب‌هایی هوشمندانه برای به‌هم‌ریختن تعادل روانی زندانی و شکستن مقاومت او هستند، که غیر از غیرانسانی بودن به طور عام، در خصوص افرادی که دچار اختلال روانی هستند می‌تواند اثرات خطرناکی از تشدید بیماری تا سوق به خودکشی داشته باشد. نازنین این تکنیک‌ها را نمونه واضحی از استفاده‌ی هدفمند جمهوری اسلامی از شکنجه‌ی روانی می‌داند.

منبع دوم، مریم، ۳۵ ساله (نام مستعار، هویت محفوظ نزد خط صلح) که یک سال و نیم در زندان‌های زنان اوین و قرچک به سر برده است، با ما در خصوص شرایط کلی این دو زندان و نحوه‌ی رسیدگی و ارائه‌ی خدمات درمانی روانپزشکی در آن‌ها سخن گفت. مریم می‌گوید که وقتی با حال روحی نامساعد و تحت درمان برای یک بیماری مزمن روانی، وارد بند زنان زندان اوین شد و در ویزیت اولیه‌ی بهداری به پزشک بیماری روانی و داروهای مصرفی خود را اعلام کرد، وقت ویزیت روانپزشکی ظرف دو هفته برای او مشخص شد و در این مدت داروهای او طبق اظهار خودش به او داده شد تا در ویزیت روانپزشک نیز تایید شد. امکان ویزیت شدن توسط روان‌شناس نیز در صورت درخواست زندانی به صورت ماهانه یا حداکثر ماهی دو بار وجود داشت که مریم از این گزینه استفاده نکرد.

مریم می‌گوید که در ادامه‌ی مدت نگهداری در زندان زنان اوین دو بار دیگر به درخواست خودش توسط روانپزشک ویزیت شد. هرچند که این ویزیت‌ها از زمان درخواست بیمار دو الی سه هفته فاصله داشت و کیفیت ویزیت روانپزشک از حد انتظار مریم که خارج از زندان سال‌ها تحت درمان



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

تخصصی بود، فاصله داشت، اما در مجموع قابل قبول بود و حال عمومی و روحی وی در مدت نگهداری در بند زنان اوین رو به بهبود رفت. مریم تاکید می‌کند که بخش قابل توجهی از این بهبود مدیون محیط زندان زنان اوین بود که از بسیاری زندان‌های دیگر بهتر است، از جمله حضور حداقلی نگهبانان در داخل بند، نقش کلیدی و عاملیت زندانیان در مدیریت بند، وجود فعالیت‌های فوق‌برنامه و فرهنگی که از طرف زندانیان برنامه‌ریزی می‌شد و وجود کتابخانه و سایر امکانات برای پر کردن اوقات زندانی به صورت سالم. مریم می‌گوید به طور مثال وجود روزنامه، امکان ملاقات حضوری و امکان آشپزی در داخل بند با دادن میزانی از کنترل و عاملیت به زندانی در مورد نوع و کیفیت غذای خود و خاصیت درمانی فرآیند آشپزی در سلامت روان و تخلیه‌ی تنش روحی او تاثیر به‌سزایی داشت. هرچند، زمان اندک تلفن‌های زندانیان (در آن زمان ۳۰ دقیقه در هفته) یک عامل دائمی احساس دورافتادگی و انزوا و خفقان در بین آن‌ها بود.

مریم می‌گوید هرچند از طرف نگهبانان زندان در خصوص بیماری روانی خود برخورد ناشایستی ندیده‌است، متوجه بالا و رایج بودن میزان انگ و تبعیض بیماری روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی در بین هم‌بندیان خود شده‌است؛ به عنوان مثال هم‌بندیان با حالت دلسوزانه و خیرخواهانه دایما به او توصیه می‌کردند «کاش این داروها را کنار بگذارد» و «دختر خوبی مثل او خودش را قرصی نکند». مریم دقیقا می‌گوید «احساس می‌کردم در صدی از احترام هم‌بندیانم به من به خاطر «قرصی» بودن کم می‌شود و جای خودش را در بهترین حالت به دل‌سوزی‌ای می‌دهد که برای من که به شرایط بیماری خودم واقف‌تر از آن‌ها بودم ناراحت‌کننده و توهین‌آمیز بود».

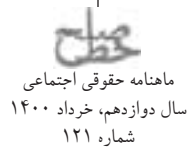
مریم همچنین از هم‌بندی‌ای روایت می‌کند که نوع بیماری‌اش را نمی‌داند، ولی می‌داند که دچار اختلال و ناراحتی روانی بود و یک بار به بیمارستان روان‌پزشکی رازی (امین‌آباد) اعزام و یکی دو هفته در آن‌جا نگهداری شده‌بود. مریم می‌گوید که این هم‌بندی به او گفته‌است یکی از دلایل وخامت حالش این بوده که هم‌بندیان در آن زمان به او مشکوک بودند که اخبار بند را به کادر زندان منتقل می‌کند و بدون در دست داشتن مدرک محکمی در این مورد، با او رفتارهای ناخوشایندی به صورت فردی و جمعی انجام شد که منجر به وخامت حال و بستری شدنش شد. مریم می‌گوید که شاهد بوده‌است که این هم‌بندی هنگامی که یک هم‌بندی دیگر از طرف بقیه «روانی» خطاب شده، به شدت متشنج و بدحال و دچار هیستری شده‌است و اعتراض کرده که چرا از این کلمه برای تحقیر افراد استفاده می‌شود. به گفته‌ی مریم این هم‌بندی او چنان

از زمان نگهداری در بیمارستان رازی (امین‌آباد) دچار تراما و خاطرات ناخوشایند بوده که تقریبا هرگز در مورد آن دوره صحبت نمی‌کرده‌است.

اهمیت روایت مریم از این جهت دوچندان می‌شود که بحث انگ و تبعیض بیماری روانی در محیط زندان را باز می‌کند و برجسته می‌سازد، انگ و تبعیضی که عموما از سر «خیرخواهی» و مهربانی و عدم اطمینان به خدمات پزشکی زندان از طرف زندانیان، به زندانیان درگیر بیماری روانی اعمال می‌شود. مریم می‌گوید «در کمال تأسف» شاهد بوده‌است که بعضا رفتار نگهبانان با زندانیان درگیر بیماری روانی مشفقانه‌تر و با درک بیشتری همراه بوده‌است، به گفته‌ی او «شاید هم چنین به این دلیل که نگهبانان با رفتارهای بعضا آزاردهنده‌ی این زندانیان (که به خاطر بیماری از کنترل رفتار خود ناتوان بودند) زندگی روزمره آن‌هم در محیط بسته و خفقان‌آور و پراسترس زندان نمی‌کنند و فقط گاه‌گاهی در مواقع بحران مداخله می‌کنند یا از روی شفقت انسانی وقت اضافه بر سازمانی را به صحبت با این زندانیان بیمار و آرام کردن و تسکین دادن به آن‌ها صرف می‌کنند».

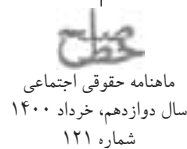
مریم می‌گوید عامل دیگری که در درمان و مصرف داروی زندانیان اختلال ایجاد می‌کرد سیستم توزیع دارو بود که باید روزانه یا شبانه با مراجعه مستقیم به کادر زندان و دریافت و مصرف آن در حضور نگهبان انجام می‌شد. این موضوع باعث بی‌میلی بعضی از زندانیان به مصرف داروی خود بود. مریم با درک این موضوع که در اختیار گذاشتن حجم زیادی از دارو در اختیار زندانی داخل بند دغدغه‌های مشخصی از دید مدیریت زندان به همراه دارد، معتقد است راه‌حل‌های بینابینی از قبیل در اختیار گذاشتن داروی روزانه، چند روزه یا هفتگی نیز می‌توانست برای حل این مشکل به کار رود.

مریم که پس از زندان زنان اوین، در زندان زنان قرچک نیز زندانی بوده‌است، از قرچک با عنوان «آخر دنیا» یاد می‌کند و تاکید دارد که حال روحی او در قرچک به سرعت رو به وخامت رفته‌است. او می‌گوید ویزیت شدن توسط روان‌پزشک در زندان قرچک زمان‌برتر، و مدت زمان جلسه‌ی ویزیت کوتاه‌تر و کیفیت آن بسیار پایین‌تر بود، و تجویز دارو بسیار سخاوتمندانه‌تر از زندان زنان اوین و صرفا بر اساس ادعا و درخواست زندانی به راحتی قرص‌های خواب‌آور و آرام‌بخش تجویز می‌شد. مریم می‌گوید شرایط نگهداری زندان قرچک، از جمله تعداد و تراکم بسیار بالاتر زندانیان در فضای خیلی کوچک‌تر، حیاط کوچک یا کثیف و فاقد امکانات مناسب ورزشی، عدم وجود هر نوع سرگرمی در داخل بند غیر از



تعداد اندکی کتاب غیر جالب و یک تلویزیون در وسط بند و پخش گه‌گاهی موسیقی با سی‌دی پلیر یا تماشای حداکثر یک فیلم در هفته به صورت دسته‌جمعی، کوچک بودن «کابین» ها و عدم وجود فضای شخصی برای زندانیان، کیفیت بسیار پایین غذای زندان و مجبور بودن زندانیان به خرید مواد غذایی مکمل از فروشگاه (در انواع محدود)، مجبور بودن زندانیان به خرید آب آشامیدنی (که همه امکان مالی آن را نداشتند)، عدم اجازه‌ی تحویل لباس از طرف خانواده و اجبار زندانیان به خرید لباس‌های بی‌کیفیت در مدل‌های محدود با قیمت گران از فروشگاه، آب شور و محیط بدشکل و کثیف سرویس‌های بهداشتی، وجود جانوران خطرناک یا آزاردهنده مثل سوسک و موش و عقرب و مار در محوطه حیاط و بعضاً داخل بند از عواملی بود که باعث تشدید بیماری هر فرد بیمار و سوق دادن افراد سالم به اضطراب و اختلال و بیماری می‌شد. مریم می‌گوید «تنها دیدن ظرف غذایی که شامل یک ظرف یک‌بار مصرف پر از برنج سفید و کمتر از یک قاشق سویای رب‌زده بود، در یک لحظه باعث می‌شد فکر کنم من انسان نیستم که این غذا را به من می‌دهند، و تازه این «پلوسویا» یکی از بهترین غذاها بود.»

مریم می‌گوید انگ و تبعیض بیماری روانی از طرف هم‌بندی‌ها در زندان قرچک مشابه یا شدیدتر از زندان زنان اوین بود، شاید به این دلیل که به خاطر تعداد بیشتر زندانیان و کیفیت پایین‌تر خدمات روان‌پزشکی و تجویز زیاد از حد داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، زندانیان احساس می‌کردند باید از یک‌دیگر در برابر این «قرصی کردن» سیستماتیک حاکم بر زندان - که شاید به هدف «کنترل و مدیریت» زندانیان انجام می‌شد- حفاظت کنند. مریم به خاطر وخامت حال روحیش سه بار داروی دوز بالاتر و شدیدتری دریافت کرد و در نهایت قرص لارگاردین برایش تجویز شد، که در این نقطه دلسوزی‌های هم‌بندیان به اوج رسید و به دخالت تبدیل شد، تا جایی که وکیل بند مستقیماً چندین بار با او صحبت کرد و درباره خطرهای لارگاردین و تاثیراتی که مصرف آن بر زندانیان دیگر گذاشته بود هشدار داد و گفت «نمی‌گذارم تو هم داغان شوی». مریم در عین این که این دلسوزی و دخالت‌ها را تا حدی متأثر از انگ و تبعیض می‌داند، آن را متأثر از بی‌اعتمادی به حق زندانیان به سیستم درمانی و سیستم هم‌بستگی زندانیان برای مراقبت از یک‌دیگر نیز می‌بیند و می‌گوید که در نهایت این هشدارهای هم‌بندیان باعث شده با تحقیق در مورد عوارض این قرص توسط دوستانش بیرون از زندان، مصرف آن را متوقف کند، اما در عین حال معتقد است این بی‌اعتمادی به حق و نظرات غیر کارشناسی در مورد بعضی از بیماران با شرایط وخیم‌تر می‌تواند خیلی خطرناک‌تر از مورد



خود او باشد. مریم می‌گوید از لحظه‌ی تقسیم داروی شبانه که یکی از هم‌بندی‌ها از دم در «قرصی‌ها» را صدا می‌زده تا به صف از رابط بهداری (کادر زندان) قرص بگیرند، متنفر بوده‌است.

مریم و نازنین با توجه به تجربه‌ی مستقیم خود از مدیریت بیماری روانی در محیط زندان، متفقاً معتقد بودند که باید مشاوره و راهنمایی‌های خاصی به زندانیان دارای اختلالات روانی از طرف کادر زندان و روان‌پزشکان و روان‌شناسان زندان ارائه شود. راه‌های ساده‌ای از قبیل مصرف منظم دارو، مدیریت الگوی منظم خواب، تغذیه سالم تا حد ممکن، ورزش منظم یا هرازگاهی ولو در حد پیاده‌روی ساده‌ی روزانه در هوای آزاد، تلاش برای برقراری ارتباط دوستانه‌ی حمایتی دوطرفه با زندانیان دیگر یا حتی نگهداران و کادر زندان یا شکل دادن گروه‌های حمایتی کوچک در بین زندانیان، تلاش برای حفظ ارتباط با خارج از زندان و ترجیحاً در موضوعات مثبت و روحیه‌بخش، دوری جستن از مسائل حاشیه‌ای و استرس‌زای داخل بند، اجازه ندادن به هم‌بندیان برای دخالت و نظر مخرب دادن در خصوص بیماری و روند درمان، تلاش برای ایجاد و حفظ تفریحات تا حد موجود، نوشتن خاطرات روزانه، کتاب خواندن یا ساختن سرگرمی‌ها و مشغولیت‌های خلاقانه، حفظ نظم و ترتیب و روتین شخصی روزانه، تمیز کردن منظم سلول انفرادی یا تخت و به طور خلاصه هر آنچه می‌تواند به زندانی احساس عاملیت و کنترل حداقلی روی وضعیت خود بدهد. نازنین که مدت طولانی در سلول انفرادی نگه‌داری شده‌است، می‌گوید بسیار مهم است که زندانی بپذیرد که کنترلی بر آنچه که بیرون از در بسته‌ی سلول اتفاق می‌افتد، شامل بازجویی و آمد و رفت نگهداران و نوع غذا و غیره، ندارد و تلاش کند بر آنچه داخل سلول در محدوده‌ی کنترل خود اوست، از جمله مقدار غذایش، نظافت شخصی و نظافت سلول، برنامه‌ی روزانه‌اش و از همه مهم‌تر افکارش کنترل داشته باشد.

نازنین و مریم هر دو درباره‌ی اثرات ادامه‌دار تجربه‌ی زندان بر سلامت روان حتی پس از آزادی نیز با ما سخن گفتند. مریم می‌گوید یکی از اولین و مخرب‌ترین اثرات این «گذار»، به ویژه برای او که از زندان زنان اوین به زندان زنان قرچک منتقل شده‌بود و از آن‌جا آزاد شد، قطع شدن ناگهانی پیوندهای عاطفی با دوستان و هم‌بندیانش در زندان اوین و بعداً قرچک بود. او می‌گوید «خیلی سخت بود که ماه‌ها با عده‌ای زندگی کنی، روابط دوستانه و همدلانه و عاطفی با آن‌ها برقرار کنی که برای جان به در بردن از زندان به این روابط عمیقاً وابسته‌ای و ناگهان دستی تو را از جا بکند و به زندان دیگری منتقل کند یا حتی آزاد شوی ولی در هر حال آن رشته‌های محکم و حیاتی که سلامت روان تو تا حد زیادی به آن‌ها متکی و وابسته بوده ناگهان قطع و پاره می‌شوند. یادآوری صحنه‌ی خداحافظی

از دوستانم در اوین هنوز هم برایم دردناک و تلخ است و چندین هفته‌ی اول در قرقچک تقریباً هر روز به یاد آن‌ها گریه می‌کرد، هیچ راه ارتباطی با آنها یا برای خبر گرفتن از حالشان نداشتم و منبع حمایت عاطفی و روانی خودم را نیز از دست داده بودم که باعث تشدید و وخامت بیماری روانی‌ام شده بود و در یک محیط جدید و غریبه بودم که شکل دادن روابط مشابه سخت و زمان‌بر بود. این پاره شدن از دوستانم برایم شبیه تجربه‌ی سقط جنین بود. سعی کردم تا حدودی روابط دوستانه‌ای با هم‌کابینی‌ها و هم‌بندی‌های قرقچک شکل دهم؛ اما به خاطر تنوع بیشتر مدل‌های شخصیتی و جرایم و شرایط زندان قرقچک، این کار خیلی سخت‌تر از محیط اوین بود. با این حال باز هم موقع آزادی از زندان قرقچک همین حس و حال «پاره شدن» رشته‌های عاطفی را از همان تعداد معدودی که موفق به برقراری ارتباط با آن‌ها شده‌بودم تجربه کردم، به ویژه این که اگر حداقل به بچه‌های داخل اوین می‌شد نامه نوشت، این امکان برای بچه‌های داخل قرقچک تا جایی که می‌دانم وجود نداشت. خاطره‌ی زن‌های قرقچک، پرونده‌ها و حکم‌های سنگین و حال نومیدی‌شان از آزادی و حس «زندگی کردن در مردگی» که به قرائت من در آن بند جریان داشت، تا امروز هم در شادترین لحظه‌ها هم به من برمی‌گردد؛ و احساس می‌کنم بخشی از وجودم همراه با دوستانم در اوین و زن‌های قرقچک همیشه در زندان خواهد ماند.»

مریم هم چنین می‌گوید که علیرغم تمام استرس و اضطراب زندان، در آن‌جا نیاز یا موضوعیت برای فکر کردن به بعضی مسائل اساسی زندگی مثل منبع درآمد، شغل یا ازدواج پس از آزادی «کم‌تر» بود (چون حتی در صورت فکر کردن به این موضوعات کاری از دست زندانی بر نمی‌آمد و فکر پرونده‌اش و زمان آزادی خیلی غالب‌تر بود) و این موضوع او را در نوعی حباب ذهنی کم استرس نگه می‌داشت. او می‌گوید پس از آزادی اضطراب سنگینی را در پروسه‌ی بازگشتن به روال معمول زندگی و فکر کردن و تصمیم‌گیری در خصوص این موضوعات تجربه کرده‌است و منطقاً این اضطراب در خصوص افرادی که سالیان بیشتری در زندان هستند بیشتر است و احتمالاً خیلی از آن‌ها بعد از آزادی این حس را دارند که همه در حال حرکت و پیشرفت بوده‌اند و تنها زندانی در زندان متوقف و راکد مانده‌است و الان باید «عقب ماندن» خود از روال زندگی را جبران کند، در حالی که تجربه و ترامای زندان و وضعیت قانونی «سوء پیشینه» مثل وزنه‌ای سنگین آن‌ها را کند می‌کند و امکان این جبران را برایشان سخت‌تر می‌سازد. نازنین در این باره توضیح می‌دهد که زندانی پس از آزادی، نمی‌تواند به یک‌باره تجربه‌ی مدتی پشت میله‌ها بودن را فراموش کند و برای پردازش کردن این تجربه و احساسات مرتبط به آن، علاوه بر کمک حرفه‌ای، نیاز به همدلی‌ای دارد



ماهانامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

که عموماً از طرف خانواده و دوستان به سختی قابل دریافت است. او می‌گوید خانواده‌اش دوست نداشتند او از زندان حرف بزند و هرگاه از زندان حرف می‌زد، از او خواهش می‌کردند به جای زندان بگوید «شمال که بودم.. چنین و چنان شد». نازنین می‌گوید عمیقاً نیاز داشته در مورد این تجربه که ۱۱ ماه از زندگی‌اش بوده با خانواده و دوستانش صحبت کند و با نقل خاطرات و احساساتش بتواند آن‌ها را پردازش کند، اما انگار یادآوری دوره‌ی زندان و «نبودن» او آن‌قدر برای بقیه، به ویژه خانواده سخت بوده‌است که همه ترجیح می‌دادند وانمود کنند اصلاً چنین اتفاقی نیفتاده و با جملاتی از قبیل «حالا که گذشت دیگر حرفش را زن» و «سعی کن فراموش کنی» در گفتگو را برای او می‌بستند. در نتیجه او تلاش کرد در فضای آنلاین افرادی را پیدا کند که تجربه‌ی زندان داشتند و امکان گفتگوی همدلانه با آن‌ها، علیرغم غریبه بودن، بیشتر و تجربه‌ی آن گفتگوها التیام‌بخش‌تر از گفتگو با خانواده یا دوستانی بود که حتی اگر گوش شنوا داشتند، درک واقعی و عمیقی از احساسات او درباره‌ی زندان نداشتند. نازنین می‌گوید چند نفر از دوستان قدیمی‌اش بعد از زندان تمایل چندانی به ادامه‌ی رابطه با او از خود نشان ندادند و او عمیقاً دلشکسته شد؛ چرا که «اگر می‌خواستند من را حمایت کنند؛ می‌توانستند با یک جستجوی ساده در گوگل روش‌های حمایت از فردی که تازه از زندان آزاد شده را بخوانند و یاد بگیرند؛ اما آن‌ها ترجیح دادند رویشان را از یک موضوع و تجربه‌ی سخت کلاً برگردانند؛ ولو این که به قیمت طرد و دور ریختن یک دوست قدیمی باشد. غیر از دلشکستگی عاطفی، این ناآگاهی مردم و تمایلشان به ماندن در ناآگاهی از روی ترس برایم غم‌انگیز بود.»

نازنین و مریم هر دو متفق القول هستند که حمایت دوستان و خانواده، صحبت کردن در مورد زندان و خاطرات و احساسات مربوط به آن، گرفتن کمک حرفه‌ای و حتی نوشتن در این مورد در دفتر شخصی یا فضای امن آنلاین، می‌تواند کمک شایانی برای بازگشتن کم‌تنش به «دنیای آزاد» باشد.

منبع چهارم، ابراهیم الله‌بخشی، از تجربه‌ی خود در ۶ ماه نگهداری در بند جرایم عمومی و آن‌چه آن‌جا شاهد بوده‌است، و هم‌چنین از تجربه‌ی خود در همراهی نزدیک با بهنام محجویی، درویش زندانی که در بهمن ۱۳۹۹ جان خود را در شرایط مشکوکی از دست داد با ما سخن گفته است.

ابراهیم می‌گوید که در زمان ۶ ماه تبعید به بند جرایم عمومی، شاهد استفاده‌ی گسترده و بی‌رویه‌ی قرص‌های مسکن، آرام‌بخش و خواب‌آور از طرف زندانیان به تجویز روان‌پزشک

زندان بوده است. این داروها عموماً در ویزیت‌های کوتاه و غیر دقیق، و صرفاً با اظهار مشکل «بی‌خوابی» از طرف زندانی، سخاوتمندانه تجویز شده و در اختیار زندانیان قرار می‌گرفته‌اند، در حالی که سایر داروهای ساده و اساسی مانند قرص سرماخوردگی یا قرص معده عموماً در بهداری موجود نبوده یا به سختی داده می‌شدند. هر زندانی می‌توانست با مراجعه به دکتر و اظهار بی‌خوابی، دوزهای کم تا بالای قرص خواب‌آور را دریافت کند که عمدتاً شامل لارگاردین ۱۰۰ و کلونازپام می‌شد. به گفته‌ی ابراهیم زندانیان دقیقی بعد از مصرف این قرص‌ها «می‌افتادند» و عموماً در طول روز نیز بی‌حال و کم‌فعالیت می‌شدند. نکته‌ی خطرناک‌تر این که توزیع این داروها از طرف یک زندانی که به عنوان «رابط بهداری» فعالیت می‌کرد، بدون هیچ نظارتی از طرف افسر نگهبان یا کادر زندان انجام می‌شد که با ایجاد فضای سوء استفاده، عملاً باعث می‌شد این رابط به دلیل حب و بغض شخصی یا سود مالی، داروی زندانیان را کم و زیاد داده یا از آن برداشته و به سایر زندانیان بفروشد.

اطلاعی در دست نیست که چه درصدی از این زندانیان واقعا مشکل بی‌خوابی یا مشکل شدیدتر روانی داشته‌اند، و چه تعدادی برای تسکین سختی زندان و فرار از افکار تعقیب‌کننده و نگرانی روزمره، یا به دلیل عدم توان تهیه‌ی مواد مخدر متوسل به این داروها می‌شده‌اند. آن‌چه مسلم است عدم دغدغه‌ی جدی برای سلامت روانی زندانیان این بند، و استفاده‌ی سخاوتمندانه از داروهای آرام‌بخش و مسکن برای «کنترل» زندانیان و مدیریت رفتارهای آنان از طرف مسئولین مربوطه است.

ابراهیم اگرچه دانش دقیقی برای توصیف این‌که چه تعدادی از زندانیان این بند دارای اختلال روانی بوده‌اند ندارد، اما شاهد بوده که چهار بیمار دارای اختلال روانی در وضعیت وخیم که کنترلی بر رفتار خود نداشته‌اند و تعادل عقلی و روحی خود را از دست داده‌بودند و رفتارهایی نظیر جیغ زدن، دویدن بی‌هدف، با خود یا اجسام یا افراد خیالی حرف زدن را بروز می‌دادند یا با هم درگیر می‌شدند، در اتاقی جداگانه با نام «اتاق ۱۵» نگهداری می‌شدند و سرانجام با نامه‌ی پزشکی قانونی برای نگهداری به بیمارستان روانپزشکی رازی (امین‌آباد) منتقل شده‌اند. اطلاعاتی از نحوه مدیریت سلامت این زندانیان قبل و بعد از انتقال به امین‌آباد، شرایطی که منجر به این درجه از وخامت بیماری شده و نحوه‌ی نگهداری آنان در امین‌آباد در دست نیست.

ابراهیم می‌گوید بسیاری از زندانیان این بند که واقعا اعتیاد داشته یا حتی نداشته‌اند، به خاطر این که توان خرید موادی که به صورت قاچاق وارد زندان می‌شده و در دسترس زندانیان بوده را نداشته‌اند، با اظهار اعتیاد در بدو ورود از سهمیه رایگان متادون زندان استفاده می‌کرده‌اند. حتی تحویل این سهمیه نیز به عنوان حربه‌ای برای کنترل زندانی و مدیریت رفتار آنان استفاده می‌شده است، به این معنی که در شرایط خاص برای آزار و اذیت زندانیان دوز متادون آن‌ها را کم و زیاد می‌کرده‌اند یا ساعت تحویل متادون از طرف

کادر زندان جا به جا می‌شده که منجر به بدحالی زندانیان و بروز تنش در بند می‌شده است.

ابراهیم می‌گوید نوعی قرص ترک اعتیاد به نام ب-۲ یا «بوپرنورفین» که به صورت قاچاقی توسط زندانیان یا زندانبانان وارد زندان می‌شد، به صورت استنشاق از طریق بینی توسط زندانیان استفاده می‌شد. به طور کلی مصرف استنشاقی داروهای مسکن یا روان‌گردان تاثیر شدیدتر و مخربی بر سیستم عصبی می‌گذارد و می‌تواند زمینه‌ساز افول حال کلی فرد شود.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

در خصوص پرونده‌ی «پیر آب چشم» بهنام محجوبی، ابراهیم توضیح داد که مشکل بیماری بهنام در ابتدا مشکل شدید و حادی نبوده و بهنام در دی ماه ۹۶ در پی از دست دادن یکی از عزیزانش دچار اضطراب، استرس و بی‌خوابی شد و به پزشک مراجعه کرد. پزشک با تجویز دارو، به او توصیه کرد از موقعیت‌های استرس‌زا پرهیز کند تا بیماریش وخیم نشود و نیازی به افزایش دوز دارو به وجود نیاید. پس از ابلاغ حکم حبس بهنام، این پزشک نامه‌ای مبتنی بر نامناسب بودن وضع روحی بهنام برای تحمل حبس به او داد که این نامه پس از تحویل به دادیار ناظر زندان، آقای وزیری، معتبر شناخته نشد و آقای محمدی، رئیس اجرای احکام، وعده‌ی ویزیت بهنام توسط پزشکی قانونی در داخل زندان را داد.

در روز معرفی بهنام برای اجرای حکم، اجازه‌ی بردن داروهای او به داخل داده نشد و پس از اظهار مشکل خود به بهداری، برای او قرص‌های مسکن و خواب‌آور تجویز شد. حدود یک ماه پس از مصرف این داروها بهنام از تشدید استرس و بی‌خوابی خود و ضعف و بی‌حسی در سمت چپ بدنش خبر داد. پزشک بهنام (خارج از زندان) دستور قطع مصرف داروهای داخل زندان را داد و برای بهنام داروی جدید تجویز کرد. این داروها توسط بهداری تا مدتی به بهنام داده‌شد، اما به محض بروز نشانه‌های بهبود، دوباره قطع شد و به بهنام گفته‌شد که داروهای تجویز شده توسط بهداری را مصرف کند. تا این نقطه، یعنی سه ماه بعد از شروع حبس، بهنام هنوز به پزشکی قانونی اعزام نشده‌بود. پس از شروع مجدد مصرف داروهای زندان، بهنام دچار تشنج شد و به جای بیمارستان عمومی، به بیمارستان روانپزشکی رازی (امین‌آباد) اعزام شده و شش روز در آن‌جا نگهداری شد تا سرانجام با رسانه‌ای شدن این خبر و تحصن مادر و دوستانش، به زندان بازگردانده شد.

ابراهیم از قول بهنام نقل می‌کند که در بستری اول او در امین‌آباد، در دو روز اول بهنام در «اتاق ایزوله» با یک بیمار دیگر نگهداری می‌شد و به صورت صلیبی به تخت بسته شده‌بود. اتاق ایزوله در بیمارستان‌های روانی اتاقی است که خاص نگهداری بیمارانی است که احتمال آسیب زدن به خود یا بقیه در مورد آنان وجود دارد. این اتاق تا حدودی مشابه سلول انفرادی‌ست، از این جهت که

حداقل وسایل در آن موجود است و نوع وسایل نیز به گونه‌ای است که امکان آسیب زدن به خود یا دیگران با استفاده از آن‌ها وجود نداشته‌باشد. بیمار دیگری که در این اتاق نگهداری می‌شد دچار توهم شدید بوده است و یک بار به تصور این که بهنام «جن» است سیلی خیلی محکمی به او زده است که باعث پارگی پرده‌ی گوش بهنام شده‌است، و یک بار در یک حالت خارج از کنترل روانی روی بدن بهنام که به تخت بسته شده بود ادرار کرد. بهنام حتی برای رفع نیازهای جسمی و رفتن به دستشویی از تخت باز نمی‌شد و به دلیل عدم رسیدگی به موقع، چند بار کنترل ادرار خود را در حالت بسته به تخت از دست داد.

پس از دو روز بهنام به بخش ابوریحان که ویژه بیماران اعصاب و روان است منتقل شد، جایی که بیماران بسیار بدحال‌تر از بهنام که تنها مشکل افسردگی و اضطراب و خواب داشت، نگهداری می‌شدند. در این بخش بهنام صحنه‌هایی از رفتارهای خارج از کنترل بیماران نظیر درگیری یا خودارضایی در ملاعام را شاهد بود که به قاعده در وضعیت روانی هر فرد سالمی نیز تاثیر منفی می‌گذارد. بهنام به ابراهیم گفته‌است که این بیماران را برای بردن به حمام لخت می‌کرده، داخل حمام می‌انداختند و در آن حالت آن‌ها را مسخره و تحقیر می‌کردند و کتک می‌زدند. بهنام پس از دیدن این صحنه‌ها این جمله را گفت که «در امین آباد، افول انسانیت را دیدم.» به گفته‌ی بهنام، در این بیمارستان آمپول‌های نامشخصی که احتمالا مسکن‌ها و آرام‌بخش‌های خیلی قوی بوده‌اند به او تزریق می‌شده که پس از تزریق دچار حالت سرگیجه و بیهوشی می‌شده است.

به گفته‌ی ابراهیم، پس از ترخیص از بیمارستان و برگشت به زندان، فرستادن به بیمارستان روان‌پزشکی رازی (امین‌آباد) در پرونده‌ی بهنام تبدیل به یک اهرم تهدید و فشار شد، به گونه‌ای که بهنام برای نوشتن توبه‌نامه یا قطع ارتباط با ابراهیم یا شکستن اعتصاب غذا با حربه‌ی «می‌فرستیمت به امین‌آباد» تهدید می‌شد، به ویژه این که ابراهیم فایل‌های صوتی ضبط شده از مکالمه با بهنام را در خصوص تجربه‌ی او در بیمارستان رازی (امین‌آباد) را منتشر کرده‌بود. بعد از ترخیص از بیمارستان در بار اول، داروهای اصلی بهنام (تجویز شده توسط پزشک وی در خارج از زندان) مجدداً قطع شده و داروهای بهداری به او داده شد و او مجدداً از مشکل بی‌حسی دست چپ و سمت چپ بدنش شکایت داشت و مبادرت به یک اعتصاب غذای ۱۰ روزه برای مطالبه‌ی داروهایش کرد. داروهای بهنام به طور منقطع و با اجازه‌ی هرازگاهی از بیرون زندان برای او تهیه و ارسال می‌شد اما قطع و وصل کردن این داروها هم نیز به یک حربه‌ی آزار و فشار تبدیل شده بود. در چند روز قبل از فوت مشکوک بهنام، داروهای او تمام شده‌بود و به علت بی‌حالی و سردرد دوبار به بهداری مراجعه

کرد، که در مراجعه‌ی دوم با اصرار پزشک داروهای بهداری زندان را خورد و پس از بازگشت به بند دچار بدحالی شدید و تهوع شد. فردای آن شب، بهنام محجوبی به بخش مسمومیت دارویی بیمارستان لقمان اعزام شد، و ظرف چند روز آینده، در حالی که در بخش آی سی یو در حالت کما با پابند و دستبند (که بعداً با پیگیری دوستان و خانواده باز شد) نگهداری می‌شد، در شرایط مشکوکی که از قلمرو این گزارش خارج است جان خود را از دست داد. نتایج کالبدشکافی که بر اساس وضعیت ظاهری بهنام به نظر می‌رسید انجام شده‌است، هنوز به اطلاع خانواده‌ی او نرسیده‌است. آنچه در پرونده‌ی تاسف برانگیز بهنام محجوبی واضح است- این است که بیماری روحی او (اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی) و داروهای مصرفی او (توپیرامات، ترانکوپین، سیتالوپرام، گاباپنتین، دپاکین و پرانول) از نوعی نبوده‌است که در صورت معالجه و مدیریت مناسب، زمینه‌ساز دو بار بستری و ایزوله در بیمارستان رازی (امین‌آباد) باشد؛ یا به وخامت حال او در حد بی‌حسی و نیمه فلجی نیمه از بدن بیانجامد. وخامت روزافزون حال و ضایعه‌ی از دست رفتن بهنام محجوبی، نتیجه‌ی مستقیم سوء مدیریت سلامت و امنیت روانی وی از سوی مدیریت زندان بوده‌است؛ و نمونه‌ی واضحی از استفاده از سلامت یا بیماری روانی و شکنجه‌ی روانی برای «مدیریت»، تهدید و ارعاب زندانی را به نمایش می‌گذارد. بهنام محجوبی از دست رفته‌است؛ و غیر از افسوس، تنها کاری که از دست برمی‌آید آگاهی به نقش جمهوری اسلامی در این ضایعه و دیده‌بانی عملکرد آنان در موارد مشابه به منظور پیشگیری از ضایعات دیگر در آینده است.

[۱] ماده ۴۰ - روانشناسان زندان و مراکز حرفه‌آموزی و اشتغال موظفند با همکاری مددکاران و بخش معاونت بازپروری و ملاحظه پرونده شخصیتی محکومان ضمن بررسی ناسازگاری و ناهنجاریهای روانی آنان مراتب را به شورای طبقه بندی اعلام و اقدام لازم را برای ایجاد سازگاری و در صورت لزوم درمان آنان بعمل آورند. ماده ۴۱- مسئول بهداری مراکز حرفه‌آموزی و اشتغال یا زندان موظف است با همکاری متخصصان مربوط چون روانپزشک، پزشک و یا روانشناس نسبت به بستری کردن بیماران روانی به منظور معالجه آنان اقدام نموده در صورتیکه بیماری افراد یاد شده منجر به جنون یا اختلال مشاعر تشخیص داده شود مراتب را در اسرع وقت بوسیله رییس مؤسسه یا زندان به پزشکی قانونی جهت اعلام نظر و اطلاع به مقام‌های قضایی گزارش نموده و در صورت نیاز برای انتقال و معالجه آنان در یک مؤسسه درمانی و تامینی تدابیر شایسته قانونی را اتخاذ نماید.



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱



خط ص

رسانه‌ها و روان جامعه؛ جولان در غار دموستنس!

مرتضی هامونیان، فعال حقوق بشر

آرامش برساند. این تأثیرگذاری شدید بر هیچ کس پوشیده نیست. رسانه‌ها همچنان که راه رسیدن به استقرار فرهنگ و گسترش آن را هموار می‌سازد در مقابل عین مانعی نیز در برابر شناخت فرهنگ واقعی عمل می‌کند.» (۳)

روانشناسی رسانه

مطالعه تأثیر روانشناختی رسانه‌ها و فناوری‌های رسانه‌ای و تأثیر و اثر آنها بر جامعه (۴)، نام دیگر رشته‌ای دانشگاهی به نام روانشناسی رسانه است. این رشته گرایشی میان‌رشته‌ای است که از همکاری دو رشته ارتباطات و روانشناسی شکل یافته و «با بهره‌گیری از مباحث مطرح در روانشناسی شناخت، روانشناسی رشد و روانشناسی اجتماعی به رویکردهای نظری و روش‌شناسی‌های جدیدی در عرصه رسانه دست یافته است.» (۵)

روانشناسی رسانه هم با همه اشکال رسانه‌ها با فناوری‌های گوناگون سر و کار دارد. از رسانه‌های جمعی و سنتی تا رسانه‌های دیداری و شنیداری جدید و رسانه‌های مکتوب. (۴) هدف از آن هم به تعبیر دیوید گیلز در کتاب روانشناسی رسانه (منتشر شده در سال ۲۰۰۳)، «مطالعه تأثیرگذاری رسانه بر رفتارها و فرایندهای بنیادین اجتماعی و روانشناختی همچون استدلال، شناخت و پرخاشگری است.» (۵)

خط ص
ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

در روزگار کرونایی و با افزایش حضور رسانه‌ها در خانه‌های مردم و محوریت آنها، حتی بیش از گروه دوستان یا خویشان، انتظارات از رسانه‌ها برای تأمین سلامت روانی جامعه هم افزایش یافته است. مرتب هم از سوی حاکمان و مسئولین از رسانه‌ها خواسته می‌شود تا حقایق را به مردم بگویند و واقع‌گرا باشند و امید بدهند و اما سیاه‌نمایی نکنند. گویی رسانه‌ها موجودیتی خارق‌العاده، خارج از فضای واقعی جامعه و جریان موجود در آن هستند که می‌توانند آنچه در متن جامعه می‌گذرد را به گونه‌ای «امیدبخش» به جامعه مخاطبین‌شان برسانند. از رئیس دولت (۱) تا رئیس مرکز توسعه سلامت و سخنگوی شورای شهر کیش (۲)، از رسانه‌ها می‌خواهند تا «ذهن بیدار جامعه» و «همراه نظام سلامت» باشند و اما همانطور که گفته شد، امید بدهند و سیاه‌نمایی هم نکنند!

اینکه رسانه‌ها در جهان امروز رابطه‌ای نزدیک با سلامت روان شهروندان در جامعه دارند، امری غیر قابل انکار است. البته تصویر حاکمان ایران از رسانه بیشتر به بوق و ابزار پروپاگاندا شباهت دارد تا آنچه که در جهان آزاد به عنوان رسانه شناخته می‌شود. اما اگر رسانه را با همان مفهوم موجود آن در جهان آزاد بفهمیم، «رسانه‌ها امروزه با تأثیر عمیق در روان جامعه همانند شمشیر دو لبه عمل می‌کنند. یعنی همان‌گونه که قادر است تا فشار روانی شدیدی بر آدمی وارد آورند. این توانایی را نیز دارند که انسان را از استرس‌ها دور نگه داشته و به

در روانشناسی رسانه تلاش می شود تا با مددگیری از نظریه ها و مفاهیم بنیادین و روش های روانشناختی، دست به مطالعه و تحقیق در خصوص تاثیر رسانه ها بر افراد و گروه ها و فرهنگ ها بزند و به این پرسش پاسخ دهد که رسانه ها و اطلاعات منتقل شده توسط آنان چه پیامی را به جامعه منتقل می کنند و چطور روابط و نگرش ها و رفتار و باور اجتماعی را شکل می دهند.

(۵)

قطعا برای چنین بررسی و نگاهی، اولاً یک دوره مشخص دانشگاهی برای گذراندن این رشته لازم است و ثانياً مجالی مفصل که به آن پرداخته شود. اما در مجال ما در یک مقال، بررسی مفصل آن نمی گنجد. اما می توان با پرسش هایی بیشتر به غور در مسئله پرداخت.

سه حوزه رسانه

اگر رسانه را به سادگی ابزار توزیع اطلاعات در جامعه بدانیم و هدف نهایی ارتباطات و رسانه ها را هم تحت تاثیر قرار دادن رفتار عمومی و تلاش برای تغییر آن، عملکرد آن در سه حوزه قابل بررسی است. حوزه اول ارتباطات فردی است که در اینجا موضوع بحث ما نیست. اما همین قدر باید گفت که موثرترین نوع ارتباط، برخورد چهره به چهره است. این برخورد بی واسطه انجام می شود و پیام به صورتی مستقیم از فرستنده به گیرنده می رسد و گاه بحثی در خصوص فهم پیام هم شکل می گیرد. در ایران، ستادهای انتخاباتی در ایام انتخابات عموماً و بالاخص در آخرین هفته های منتهی به انتخابات (به طور مشخص در انتخابات ریاست جمهوری) از این روش استفاده می کنند.

حوزه دوم رسانه های جمعی است. از رسانه های جمعی بزرگ چون رادیو و تلویزیون تا رسانه های چاپی و کاغذی. این دومی همان سوژه و منظور رسانه در این مقال است. پیام به واسطه اصحاب رسانه، خبرنگاران و روزنامه نگاران و از طریق یک مدیوم مشخص، صوت، صوت و تصویر و یا نوشتار به مخاطب می رسد. آنچه از ابتدا و در ادامه در خصوص تاثیر رسانه ها می گوئیم بیشتر ناظر به این نوع رسانه است. حوزه سوم هم رسانه های سنتی است. از گردهم آیی های سنتی تا آوازه ها و مثل ها و افسانه ها. «رسانه های سنتی در ارتباط تنگاتنگ با ارزش های فرهنگی بالاخص در جوامع بدوی، بکر، دست ناخورده و روستایی بوده و یکی از ابزارهای اصلی حفظ میراث فرهنگی هستند.» (۶) سوژه ما در بحث فعلی این مورد هم نیست. اما لازم است به عنوان یکی از حوزه های رسانه ای نام برده شده و به آن توجه شود.

در اینجا می خواهم به این پرسش پاسخ دهم که وظیفه اصحاب رسانه های حوزه دوم در قبال جامعه، بالاخص در جامعه ای مانند ایران چیست؟ بیشتر بگویم که قصد تجویز یا نسخه پیچی نداشته و ندارم که آنقدر در فضای رسمی و غیر رسمی برای

اصحاب رسانه نسخه پیچی شده و آنقدر موانع، دست اندازها و دستبندهای نامرئی بر دستان اصحاب رسانه زده شده که گاه خود آنها به خودسانسوری افتاده اند و پیش از سانسورچی، خود دست به سانسور خودشان می زنند. اما حتی در این وضعیت و با توجه به شرایط امروز حاکم بر کشور، مسئله بیماری کرونا، ناامیدی و خشم موجود در جامعه و خبرهای گاه و رای تصوری که در جامعه ایران می پیچد، (نمونه آخرش قتل بابک خرمیدین کارگردان توسط پدر و مادرش و اعتراف آنها به قتل دختر و دامادشان و سلاخی آنها) به نظر می رسد که اصحاب رسانه هم برای حفاظت از روان جامعه وظایفی دارند.

افزایش سواد رسانه ای

بارها شنیده ایم که امروز ما در دهکده جهانی زندگی می کنیم. اینکه آیا دهکده جهانی «مارشال مک لوهان» محقق شده یا نه خود محل بحث است که سوژه سخن ما نیست. اما در این دهکده جهانی و تاثیرگذاری رسانه های دور و نزدیک بر مردم، یک وظیفه اصحاب رسانه می تواند تلاش برای ارتقای سواد رسانه ای مخاطبان باشد. سواد رسانه ای آمیزه ای از تکنیک های بهره وری موثر از رسانه ها و کسب بینش و درک برای تشخیص رسانه ها از یکدیگر است. البته دکتر یونس شکرخواه می گوید که از نظر او هدف اصلی سواد رسانه ای، به خصوص در ارتباط با رسانه های جمعی، می تواند سنجش نسبت هر محتوای رسانه ای با عدالت اجتماعی باشد. (۷) به گفته این استاد دانشگاه و روزنامه نگار و متخصص در زمینه دانش ارتباطات، بهتر است که «خواننده، بیننده یا شنونده یک مضمون رسانه ای رابطه و نسبت محتوای یک رسانه از عدالت را مورد توجه قرار دهد تا همیشه در ارتباط با رسانه به جای تسلیم بودن و یا تسلیم شدن به رابطه یک سویه انفعالی، رابطه ای فعال تر و تعاملی تر داشته باشد.» (۷)

همچنین می تواند منظور دیگر از سواد رسانه ای به تعبیر دکتر شهرام خرازی ها، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و دبیر اجرایی دومین همایش سالانه رسانه و سلامت روان، واکسینه کردن مردم در برابر تاثیرات سوء محصولات رسانه ای باشد. به گونه ای که به مردم آگاهی داده شود تا در مواجهه با یک محصول رسانه ای بدانند که چطور با آن برخورد کرده، چه نکاتی از آن را گرفته و به این ترتیب چطور از یک محصول رسانه ای سود ببرند. دکتر خرازی ها بر این باور است که ما در عصر جنگ نرم و رسانه ای هستیم و می گوید که لازم است تا مردم را به سلاح سواد رسانه ای مجهز کرد. به گفته او و برای نیل به این مقصود، رسانه ها باید از افراد متخصص و مطلعی که در حوزه های مختلف هستند، بسته به فراخور بسته رسانه ای که عرضه می شود، مشاوره بگیرند. (۸)

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

ناظر به تاثیر رسانه در روان جامعه و همچنین با توجه به آنچه که روانشناسی رسانه به ما می گوید، می توان یک وظیفه دیگر اصحاب رسانه را شفافیت دانست. رسانه ها چشم جامعه اند برای دیدن واقعیت ها. آن هم نه بخشی از آن. رسانه ها می توانند به عنوان ابزاری در دست جامعه برای دیدن همه واقعیت های جامعه و حکومت، به صورتی شفاف و صادقانه عمل کنند. البته مراد از صداقت، صداقت گزینشی نیست. شاید اینجاست که باید گفت آن جمله هر راست نشاید گفت، در این عرصه کارکرد ندارد. چون نشان دادن گوشه ای از حقیقت، علاوه بر معوج نشان دادن امر واقع، نوعی دروغ گویی به مخاطبین است و موجب می شود که تصمیم مخاطب در قبال امر واقعی که در رسانه بازتاب داده شده، مطابق با آنچه به واقع روی داده شده نباشد. اگر حاکمیتی روابط خود را به صورتی شفاف و در آکوارיום به منصفه ظهور اجتماعی بگذارد و رسانه های آن هم صادقانه، همه واقعیت را با جزئیات به مخاطب برسانند، با واقعی شدن تصویر برای مخاطب از آنچه که در جامعه می گذرد تا امور گذران حاکمیتی، رفتار و عملکرد جامعه نسبت به آن نیز واقعی می شود و این دو تصویر حقیقی، بنا بر نیازهای همدیگر می توانند به تکامل یکدیگر کمک کنند. این تصویر شفاف، صادقانه، واقعی و کامل از جامعه که توسط رسانه ها به جامعه داده می شود می تواند در تصمیم گیری واقعی آن جامعه موثر باشد و این برخورد بدون توهم و خود کم/زیاد بینی از سوی جامعه، قطعاً در سلامت روان مردم آن جامعه موثر خواهد بود. واقع بینی می تواند به فهم ضعف ها و قوت بیانجامد و هم امید را در جامعه افزایش دهد و هم سطح توقع را به حدی حقیقی و بر اساس واقعیت های جامعه برساند.

یک خطر!

رسانه ها تیغی دولبه اند. هم می توانند زندگی آفرین باشند و هم مرگزا. بستگی دارد که خبر را چگونه و با چه کیفیت و صورتی بازتاب دهند. پیشتر در خصوص نقش رسانه و ارتباطش با خودکشی گفته شده است. (۹) اما بمباران خبری بالاخص در دورانی که مثلاً بیماری کرونا بر تمام ساحت های زندگی بشری سایه افکنده، خود می تواند رسانه را از مرهم به زهری کشنده بدل کند. البته بخشی از آن به همان بحث سواد رسانه ای باز می گردد و اینکه مخاطب به چه صورتی خود را در معرض اخبار قرار بدهد. اما سویه دیگری از این ماجرا نیز به رفتار اصحاب رسانه در این حوزه باز می گردد. «بر اساس یک مطالعه انجام شده در دانشگاه کالیفرنیا، تجربه چندین عامل استرسزا ناشی از ویروس همه گیر کرونا کووید ۱۹ «مانند بیکاری» و استفاده بیش از حد از رسانه های مرتبط با کرونا - کووید ۱۹، با افزایش استرس حاد و علائم افسردگی ارتباط

مستقیمی دارد.» (۱۰)

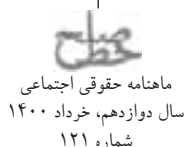
هم جوامع تغییر کرده اند و هم رسانه ها. آنچه امروزه در جهان جولان می دهند، رسانه های جمعی از سویی و رسانه های نوین و شبکه های اجتماعی از سویی دیگرند. اما در هر دو حالت، اصحاب رسانه وظیفه ای سنگین برعهده دارند. آنان باید علاوه بر خبر و گزارشگری حرفه ای آن، به تاثیر آنچه که از رسانه شان منتشر می شود هم فکر کنند. شفاف و صادقانه گزارشگری کنند. در راستای افزایش سواد رسانه ای جامعه بکوشند و البته مراقب باشند که از مرهم به زهر بدل نشوند. از سوی دیگر البته تیغ سانسور حکومت های اقتدارگرا و استبدادی از سویی و کمپانی های بزرگ بین المللی صاحب شبکه های اجتماعی از سویی دیگر بر تنش کشیده می شود. فعالیت رسانه ای امروز با توجه به پیچیدگی های جهان جدید، به مبارزه در غاری می ماند که به غار دموستنس، خطیب یونانی شبیه است. هر حرکتی که با قالب غار همگام نباشد، تن را زخمی می کند. اما درد و زخم تن تنها با تعهد رسانه ای برای اصحاب رسانه است که گوارا می شود. آنانی که با قلم تباهی دهر را به چشم جهانیان پدیدار می کنند!

مراجعات:

۱. گزارش دیدار رئیس جمهور حسن روحانی با اصحاب رسانه - پایگاه اطلاع رسانی ریاست جمهوری - ۲۱ اردیبهشت ۱۴۰۰
۲. خبرنگاران و اصحاب رسانه ذهن بیدار جامعه و همراه نظام سلامت - صداوسیما مرکز کیش - ۲۰ اسفند ۱۳۹۹
۳. تأثیر رسانه ها بر سلامت روانی جامعه (رابطه رسانه ها و سلامت روانی) - نخستین کنگره بین المللی جامع روانشناسی ایران - رحمان بدری نیا - ۱۳۹۴

4-What Is Media Psychology? - Society for Media Psychology & Technology - American Psychological Association - 2014

۵. رسانه و روان؛ همسازی ها و ناهمسازی ها - هادی خانیکی - ۳ بهمن ۱۳۹۳
۶. رسانه و سلامت روان «معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۷. سواد رسانه ای چیست؟ - ماهنامه علمی، تخصصی صدای جمهوری اسلامی ایران «یونس شکرخواه» سال هشتم - شماره ۵۰
۸. تاثیر رسانه ها بر سلامت روان «عظیمی مروی» روزنامه خراسان - ۲۵ مهر ۱۳۸۹
۹. رسانه ای چون خودکشی و لزوم مراقبت اصحاب رسانه - مرتضی هامونیان - خط صلح - شماره ۱۱۸ - اسفند ۱۳۹۹
۱۰. نقش رسانه ها در افزایش استرس ناشی از ویروس کرونا - انستیتو مغز دانا - ۲۹ شهریور ۱۳۹۹



MENTAL HEALTH+



جامعه شناسی سلامت روان زنان

الهه امانی، کنشگر کمیسیون زنان سازمان ملل



زیادی دارند و هر چقدر تعداد این وقایع و بار آن سنگین‌تر باشد آسیب پذیری سلامت روان بیشتر است.

برخی دیگر از دلایل اجتماعی که باعث آسیب روانی می‌گردد، چون عوامل ذکر شده در بالا نبوده بلکه در بافت روزمره زندگی افراد قرار دارد. در یک زمان با برهه خاص ظاهر نشده بلکه ریشه در زندگی مداوم و روزمره افراد دارد. به عنوان مثال افرادی که در محیط‌هایی زندگی می‌کنند که نرخ بالای فقر، بی‌ثباتی، عدم امنیت، جرم و جنایت، خانه‌های درهم شکسته و خانواده‌های از بین رفته زندگی می‌کنند احتمالاً دارای پریشانی روانی زیادی هستند (راس ۲۰۰۰). ازدواج‌های پرتنش، خشونت‌های مستمر خانوادگی، شرایط ظالمانه کار، تبعیضات، عدم وجود آزادی‌های اولیه در جوامع بسته و برای جوانان و کودکان والدین غیرمعتدل و باارزش‌های ناسالم از دیگر شرایط پایداری هستند که به طور روزمره شوق حیات را از انسان‌ها می‌رباید و فرسودگی روانی را سبب می‌گردد. این شرایط به ویژگی‌های بیولوژیکی و روان شناختی افراد بستگی ندارد و برخی از جامعه شناسان معتقد هستند که هزینه آسیب‌های روانی آن می‌تواند سنگین‌تر از عوامل بیولوژیکی و روان شناختی باشد.

برخی از عواملی که سبب می‌گردد که افراد به روش‌های مختلف به مشکلات عاطفی و روانی پاسخ دهند شامل

رویکردهای جامعه شناسی و روان شناسی در مورد سلامت روان اساساً متفاوت می‌باشند. برخلاف دیدگاه‌های روان شناسی و بیولوژیکی که به خصوصیات شخصی و ویژگی‌های مغزی افراد می‌پردازند، جامعه شناسان بر تاثیر شرایط اجتماعی بر سلامت روان و بیماری‌های روانی تمرکز می‌کنند. تاکید متمایز رویکردهای جامعه شناسی بر این است که فرآیندهایی مانند زندگی، شرایط اجتماعی و نقش‌های اجتماعی، ساختارهای اجتماعی و باورهای جمعی فرهنگی بر حالات روحی افراد و سلامت روان تاثیرگذار می‌باشند. به عبارتی آن چه سلامت روان افراد را شکل می‌بخشد فقط به شخصیت یا نرون‌های (Nuron) مغزی افراد بستگی ندارد بلکه به شرایط اجتماعی که با آن روبه‌رو هستند بستگی دارد و این شرایط در گروه‌های اجتماعی، جوامع و دوره‌های تاریخی مختلف متفاوت است.

برخی از این تاثیرات اجتماعی مهم شامل وقایع زندگی پر استرس است که افراد با آن روبه‌رو می‌شوند. این حوادث در برهه‌هایی از زندگی فرد سبب افت روانی می‌گردد. از جمله این حوادث، موارد طلاق، از دست دادن شغل، بیماری‌های شدید در مورد خود فرد یا عزیزان، از دست دادن افرادی که به آن‌ها نزدیکی و علاقه وجود دارد. خشونت، بلایای طبیعی، جنگ، تهدید و هراس از وقوع جنگ، سوءاستفاده جنسی و جسمی در دوران کودکی نیز از جمله عواملی هستند که پیامدهای روانی



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

ویژگی‌هایی اجتماعی مانند جنسیت، قومیت، سن و تحصیلات است. جنبه‌های دیگر در واکنش به مشکلات روانی مربوط به ارزش‌های فرهنگی است که در ارتباط با اختلالات و بیماری‌های روانی است. به عنوان مثال تفاوت زیادی وجود دارد بین جوامعی که فرهنگ مسلط بر آن بیماران روانی را با انگ‌های اجتماعی به طور مضاعف مورد آسیب قرار می‌دهند و جوامعی که سلامت روانی افراد جامعه از اولویت برخوردار است و افراد بیمار از حمایت‌های گروهی و برخورداری از شرایط اجتماعی هستند که در آن دسترسی، کیفیت، نوع و میزان مراقبت‌های بهداشت روانی مورد توجه خاص قرار می‌گیرد.

از نظر جامعه‌شناسی سلامت روان و ضریب احتمال بیماری روانی بستگی به آن دارد که افراد به چه گروه اجتماعی تعلق داشته، در چه دوره تاریخی و چه جامعه‌ای زندگی می‌کنند، دارای چه ارزش‌های فرهنگی هستند، چه احساسی نسبت به هویت اجتماعی و گروهی خود دارند. همچنین جامعه‌شناسان و پژوهش‌های آنان در زمینه سلامت روان تاکید بر این امر دارد که اختلالات روانی به چندین شاخص از جمله میزان ادغام اجتماعی، نابرابری‌های اجتماعی و اعتقادات و باورهای گروهی بستگی دارد.

امیل دورکیم (Emile Durkhiem) و کتاب وی "خودکشی" اولین مطالعه جامعه‌شناسی درمورد سلامت روان تلقی می‌گردد (دورکیم ۱۹۵۱-۱۸۹۷). او بر این عقیده بود که ماهیت ارتباطات مردم با یکدیگر و با نهادهای اجتماعی احتمال خودکشی آن‌ها را شکل می‌بخشد.

پژوهش‌های امیل دورکیم بر این دریافت تاکید داشت که افراد منزوی بیشتر از افراد با روابط اجتماعی، افراد غیرمتاهل بیشتر از افراد متاهل و افراد بدون فرزند بیشتر از افراد با فرزند دست به خودکشی می‌زنند زیرا از میزان ادغام اجتماعی کمتری برخوردارند. همچنین مطالعات و پژوهش‌های وی که روی کشورهای اروپایی تمرکز داشت نشان داد که افراد معدودتری در دوران جنگ و انقلاب‌ها به دلیل پررنگ بودن تجارب اجتماعی و مشترک افراد و حس تعلق اجتماعی و ادغام اجتماعی دست به خودکشی می‌زنند.

علاوه بر ادغام و تعلق اجتماعی، طبقات اجتماعی که دربرگیرنده تعاملات دربرگیرنده قدرت موقعیت اجتماعی، منابع اقتصادی است بر سلامت روانی تاثیرگذار است.

فقر اقتصادی نه تنها شامل محرومیت اقتصادی بلکه دربرگیرنده شرایط کار نامناسب و نامطلوب، حس مورد استثمار واقع شدن نیز است. لازم به تذکر است که فقر اقتصادی مفهومی

مطلق نیست بلکه "نسبی" است و در مقایسه با سایر افراد گروه اجتماعی، حس فرد و سلامت روان فرد را مورد تاثیر قرار می‌دهد. برای مثال یک ورزشکار که از حقوق بالایی نیز برخوردار باشد چنانچه حس کند که نسبت به سایر افراد تیم از موفقیت اقتصادی مطلوب برخوردار نیست می‌تواند افت روانی داشته باشد. در حالی که فردی از خانواده تهیدستی که احساس کند از امتیازات برجسته‌ای نسبت به سایر افراد گروه اجتماعی برخوردار است می‌تواند از سلامت روانی مناسبی برخوردار باشد.

سومین شاخص جامعه‌شناسی سلامت روان در کنار ادغام اجتماعی و طبقات اجتماعی، ارزش‌های فرهنگی است که به زندگی فرد معنی می‌بخشد. تعلق به گروه‌های اجتماعی که اهداف مشخص و قابل دستیابی دارند، می‌تواند تاثیرات مثبت بر سلامت روان افراد داشته باشد. این مفهوم هم در مورد گروه‌های اجتماعی است و هم فرهنگ مسلط و باورهای جمعی در جامعه. در مورد گروه‌های اجتماعی همانگونه که اهداف قابل دستیابی می‌تواند تقویت کننده سلامت روان افراد گردد، چنانچه فرهنگ گروه یا فرهنگ در جامعه در افراد انتظاراتی به وجود آورد که افراد نتوانند آن را تحقق بخشند موجب دلسردی و اختلالات روانی از جمله سرخوردگی و افسردگی گردد. برای مثال در فرهنگ آمریکا به طرز سنتی این امر که همه افراد صرف نظر از پیشینه طبقاتی خود می‌توانند موفقیت‌های اجتماعی و اقتصادی بالا را کسب کنند. (مرتون ۱۹۶۸-۱۹۳۸) در بافت فرهنگی تاریخی این جامعه وجود دارد. در چنین گفتمانی کسانی که نتوانند اهداف خود را تحقق بخشند و به علت تبعیضات ساختاری که محدودیت‌هایی را برای تعدادی از افراد جامعه به وجود می‌آورد به موفقیت‌های اجتماعی و اقتصادی دست یابند خود را مورد سرزنش قرار می‌دهند نه فرهنگ و گفتمانی را که این فرضیه را به مثابه فرهنگ غالب بر جامعه مسلط ساخته.

به طور کلی ارزش‌های فرهنگی که سبب انسجام گروهی گردیده و به زندگی افراد معنی می‌بخشد برای سلامت روان افراد مهم است. این ارزش‌ها از ویژگی‌های بیولوژیکی و روان شناختی نیستند بلکه خصوصیات اجتماعی می‌باشند.

سلامت روان و زنان

پاندومی کرونا تکان شدیدی بود بر ساختار قدرت جنسیتی بر زنان و اقتصاد جوامع بشری. از یک سو تکیه جوامع در صف مقدم مبارزه با این اپیدمی قرار داشتند. از سوی دیگر نابرابری‌های دیرپای ساختاری را در عرصه‌های مختلف از

بهداشت تا اقتصاد، از امنیت تا حمایت‌های اجتماعی را بر ملا ساخت. در برهه‌های بحرانی تاریخ، که منابع اندک و توان ساختارها محدود است زنان و دختران بیش‌تر از همیشه به حاشیه رانده می‌شوند و فرایندهای آن بر دوش زنان سنگینی می‌کند و حقوق و دستاوردهایی که به یمن مبارزات زنان کسب گردیده را در ورطه خطر قرار می‌گیرد. در چنین بحران‌های فراگیری چون کرونا نه تنها چاره جویی مصیبت‌ها باید صورت گیرد بلکه تلاش‌های اجتماعی دربرگیرنده ساختن آینده‌ای است که جوامع مقاوم‌تر که حقوق و شرایط اجتماعی و اقتصادی زنان و سایر بخش‌های فرودست جوامع را محافظت کند و نیز باید سازمان داده شود.

در خلال قریب به ۱۸ ماه گذشته نه تنها خشونت علیه زنان رشدی تصاعدی داشته، نه تنها بار گران رکود اقتصادی عمدتاً بر دوش زنان است بلکه عرصه سلامت روان زنان نیز به شدت افت داشته است. پاندمی کرونا احتمال بدتر شدن سلامت روانی زنان را سه برابر نموده و بیست و هفت درصد از زنان از فزونی مشکلات مرتبط به بیماری‌های روانی گزارش داده‌اند. این درحالی‌ست که این رقم در بین مردان ده درصد است. پنجاه و پنج درصد از زنان در سطح جهان و سی و چهار درصد از مردان از کاهش درآمد و آینده نامعلوم اقتصادی نگران بوده. افت سلامت روانی زنان در دوران پاندمی کرونا یکی از ابعاد و فرآیندهای این بحران است که بازتاب آن به طور کامل برآمد ننموده است.

در سطح جهان زنان بیشتر از مردان با اختلالات روانی دست به گریبان هستند. علاوه بر مولفه‌های بیولوژیکی در مورد زنان از دوران بلوغ و نوجوانی و تکامل جنسی گرفته تا دوران بارداری، زایمان، شیردهی، پس از بارداری و دوران یائسگی که هر یک از نظر بیولوژیکی می‌تواند زمینه‌های سلامت روان را تاثیر گذارد و علم پزشکی در زمینه ابعاد این تاثیرات و درک عمیق از آنان گام‌های برجسته‌ای برداشته است، فاکتورهای اجتماعی، عوامل فرهنگی و از دیدگاه جامعه شناسی سلامت روان، دلایل گوناگونی برای آسیب پذیری زنان وجود دارد. از این رو میزان بالاتر افسردگی زنان در سطح جهان فقط دلایل بیولوژیکی ندارد بلکه مناسبات قدرت پدر مرد سالاری، تبعیضات جنسی جنسیتی، موقعیت فرودست زنان در جامعه، خشونت علیه زنان زمینه ساز آسیب پذیری روانی را در زنان برجسته می‌کند.

اگر چه بسیاری از مردان اقلیت‌های جنسیتی به میزان فزون‌تری از مردان از استرس و فشارهای عصبی ناشی از فرودستی اقتصادی در نظام طبقاتی و تبعیضات اجتماعی، قومی، مذهبی

و سنی رنج برده اما زمینه‌های آن بسیار کمرنگ‌تر از آسیب پذیری زنان است.

جامعه شناسی سلامت روان در مورد زنان به موارد زیر به مثابه زیر ساخت‌هایی که آسیب پذیری زنان را بیشتر از مردان می‌نماید تاکید دارند.

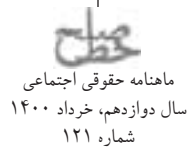
۱. مناسبات قدرت پدر مرد سالاری - پژوهش‌های علوم اجتماعی بر این امر تاکید دارند که شکاف جنسیتی یکی از شاخص‌های تاثیرگذار بر سلامت روان زنان است.

۲. فقر اقتصادی یکی دیگر از زمینه‌های آسیب پذیری روانی زنان است. فقر سبب نگرانی از آینده عدم اطمینان به فردای زندگی، عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی از جمله بهداشت روان، مشاغل بدون ثبات، شرایط سخت اشتغال، عدم وجود مزد برابر و کافی در برابر کار برابر از چالش‌های فقر اقتصادی هستند که بر سلامت روان زنان تاثیر گذاشته.

۳. عدم مشارکت اقتصادی و اشتغال - عدم استقلال اقتصادی برای زنان سبب افت عزت نفس، احساس عدم کنترل و اراده نسبت به زندگی، وابستگی اقتصادی در مناسبات زندگی زناشویی ناسالم از زمینه‌های آسیب پذیر برای زنان غیرشاغل در کنار عدم ارزش نهادن به نقش زنان و کارهای خانگی به مثابه بخشی از تولید ناخالص ملی که تنها ارزش مصرف دانسته نه مبادله است.

اگر چه بیکاری مصائب خود را دارد اما زنان شاغل نیز در بسیاری از کشورها به ویژه کشورهایی که شکاف جنسی از نظر اجتماعی و فرهنگی زیاد است و زنان از حمایت‌های اجتماعی برخوردار نیستند با زمینه‌های آسیب‌های روانی مواجه هستند. از جمله این زمینه‌ها کار در فضای عمومی در کنار تقسیم کار جنسیتی در فضای خصوصی، مسئولیت نگهداری از کودکان و افراد کهنسال خانواده، نگهداری از افراد بیمار در خانواده (این امر به ویژه در دوران پاندمی کرونا بسیار مطرح است) است. زنانی که لایه‌های گوناگون ستم را بر دوش دارند چون زنان سرپرست خانواده زنانی که مجبور به اشتغال در چند شغل هستند، زنانی که از اقلیت‌های قومی، جنسی و مذهبی بوده و زنان کهنسال از زمینه‌های پررنگ‌تر اختلالات روانی می‌توانند برخوردار شوند.

۴. اذیت و آزارهای جنسی جنسیتی، خشونت در حوزه خصوصی و عمومی از زمینه‌های مهم آسیب‌های روانی زنان است. زنانی که به دلایل فوق دچار بیماری افسردگی هستند در بسیاری از موارد از زمینه‌های دیگر آسیب‌های روانی چون اضطراب، اختلالات در اشتها، بی‌اشتهایی یا پرخوری و مصرف مواد مخدر و الکل نیز رنج می‌برند.



انگ زنی اجتماعی در مورد بیماران روانی اگر چه در بسیاری از جوامع سنتی وجود دارد اما بار آن در کنار تبعیضات جنسی جنسیتی برای زنان گران تر است.

زنان در ایران و سلامت روان در ایران

گفتمان سلامت روان به ویژه در مورد زنان یکی از گفتمان‌هایی است که در خلال ۴۲ سال گذشته همپای سایر جوامع گام‌های مثبت چندان بر نداشته است. تشدید تضادهای طبقاتی، شکاف جنسیتی گسترده، سایه سنگین واپسگرایی در جهت تقویت مولفه‌های جامعه سنتی در زمینه نقش‌های اجتماعی زنان، مشارکت اقتصادی و تقسیم کار جنسیتی، سلامت روان زنان جامعه را با چالش‌های جدی مواجه نموده و دولت تعهدات خود را نسبت به سلامت روان جامعه به ویژه زنان انجام نداده است و نگرانی‌های جدی در زمینه سلامت روان زنان به ویژه تاثیراتی که در کانون خانواده داشته وجود دارد. سر مقاله نشریه دنیای اقتصاد سال ۱۳۹۷ اعلام می‌نماید که ۱۲/۵ میلیون ایرانی حداقل از یک اختلال روانی رنج می‌برند و میزان شیوع اختلالات روانی در کشور را ۲۳/۶ درصد اعلام نموده که دربرگیرنده گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال است. در ایران به ازای هر ۴۵ هزار نفر یک روانپزشک وجود دارد. درحالی‌که در کشورهای پیشرفته ۱۰ درصد بودجه به طور متوسط به سلامت روان اختصاص داده می‌شود. در ایران این رقم ۶/۳ درصد است و سلامت روان جامعه از اولویت برخوردار نیست. سواد سلامت روان بسیار نازل است و این سبب می‌گردد که از امکانات محدود نیز به گاه استفاده‌های موثر صورت نگیرد. هیچ تحقیق جامع و سراسری در زمینه سلامت روان و مولفه‌های آن صورت نگرفته. در ایران شکاف بین زنان تحصیل کرده و مشارکت اقتصادی آنان قریب به ۵۰ درصد است.

زنان مجرد و تحصیل کرده از تبعیضات فزون‌تری در زمینه اشتغال نسبت به سایر زنان رنج برده، قوانین حمایتی در مورد خشونت علیه زنان در حوزه خصوصی و عمومی یا وجود نداشته و یا قوانین واپسگرایی که وجود داشته از جمله حداقل سن ازدواج اساساً به صورت موثر اجرا نمی‌گردد و تعداد ازدواج‌های زیر سن قانونی که حقوق کودک را در ایران نقض می‌کند، بیانگر این امر است. رسانه‌های ایران نمونه‌های متعددی از مباحث این که چرا دولت خروجی‌هایی برای ازدواج دختران زیر ۱۳ سال قرار می‌دهد، در بر دارند.

خودکشی هر ساله ۵ درصد در ایران افزایش یافته و تنها در سال ۱۳۹۷، ۱۰۰ هزار اقدام به خودکشی به صورت رسمی

در ایران ثبت گردیده، خودکشی دختران به ویژه خودکشی دختران جوان، در بسیاری از موارد زیر ۱۸ سال و در سال ۱۳۹۹ شاهد خودکشی‌های زیر ۱۵ سال بوده‌ایم و روند نازل شدن سن خودکشی در ایران روندی بسیار تائربار و نگران کننده است.

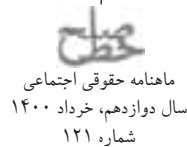
از منظر جامعه شناسی بهداشت روان، ناامیدی نسبت به آینده یکی از مهم‌ترین عوامل فشار روانی محسوب می‌گردد و دلایل خودکشی بیشتر از آن که بر پایه تصمیم فردی یا وضعیت روانی باشد از ساختار ناکارآمد سیاسی، اجتماعی در ایران نشأت می‌گیرد. خودسوزی زنان به ویژه در مناطق مرزی از جمله کردستان، سیستان و بلوچستان و خوزستان نه به معنای تمایل به مرگ بلکه فریادی است برای درخواست کمک و توجه کردن دیگران به مشکلاتشان. همچنین موارد رسانه‌ای شده متعددی از قتل‌های ناموسی است که زیر پرده خودکشی با قرص برنج صورت می‌گیرد. خودسوزی زنان چه امر اعتراضی باشد مانند خودکشی هما دارابی و چه نباشد امری طبقاتی و جنسیتی است.

از آن جا که بیکاری یکی از زمینه‌های آسیب پذیری روانی است، لازم به یادآوری است که درصد افت تعداد زنان شاغل در ایران از پاییز ۱۳۹۸ تا پاییز ۱۳۹۹ یعنی در طول یک سال اول پاندمی کرونا ۱۴ برابر مردان بوده است و از هر شش زن شاغل یکی شغلش را از دست داده است.

این افت دربرگیرنده این واقعیت است که زنان شاغل در بخش غیررسمی اقتصاد و مشاغل فصلی و نیمه وقت و در بخش‌هایی تمرکز داشته که به دلیل پاندمی دچار رکود گردیده‌اند چون خانه‌های سالمندان، مهد کودک‌ها، مدارس، تولید مواد غذایی و خدمات و غیره.

از طرف صندوق بین المللی پول پیش بینی می‌شود که نرخ بیکاری در ایران تا سال ۲۰۲۴ به ۱۹/۴ درصد خواهد رسید. در پایان سلامت روان جامعه و به ویژه سلامت روان زنان اهمیت ویژه‌ای دارد که متأسفانه از اولویت‌های بودجه‌ای و سیاست‌های دولت‌های گوناگون در خلال دهه‌های گذشته برخوردار نبوده و در کنار سایر چالش‌ها تبعیضات اقتصادی، اجتماعی ایران را در شاخص "شادمانی" جهانی در رده ۱۱۸ از ۱۵۳ کشور در سال ۲۰۲۱ قرار می‌دهد. شادترین کشورها، کشورهایی هستند که شکاف جنسیتی پایین‌ترین میزان است و سه کشور در صدر لیست شادترین کشورها فنلاند، دانمارک و سوئیس می‌باشند.

تا فلک را سقف بشکافیم و طرحی نو دراندازیم.



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱



ایران؛ بهداشت روانی، چالش‌ها و راهکارها

دکتر آزاد مرادیان، روان‌درمانگر

صحت

مقدمه:

هرکدام از واحدهای مرتبط با جغرافیای انسانی این سرزمین می‌تواند و باید این سوال را به ذهن پرسش‌گر خود بسپارد که ما با اقتصاد خود چه کرده‌ایم؟ با فرهنگ خود، با اجتماع، با سیاست، با سلامت خود، و با مردمان خود چه کرده‌ایم و اکنون در هر کدام از این حیطه‌ها، در کجای این جهان بزرگ ایستاده‌ایم.

آنچه که در نوشته زیر می‌آید نگاهی است به وضعیت بهداشت روانی در ایران و اینکه چه دورنمایی را می‌توان بر آن متصور شد.

بهداشت و سلامت روانی فردی؛ تعاریف و دیدگاه‌ها

رابطه تنگاتنگ بین فرد و اجتماع و تأثیر و تأثر این دو پدیده بر همدیگر، وظایفی را بر دوش دولت‌مردان و سیستم‌های سیاسی و اجتماعی گذاشته است که ضمن اهمیت دادن به سلامت جسمی و روانی هر شهروند ساکن در سرزمین تحت حکمرانی خود، باید به سلامت و بهداشت آن جامعه در سطح کلان هم اهمیت بدهند. این نگاه در عین اینکه فرد را یک واحد آسیب‌پذیر می‌داند، جامعه را هم در بعد وسیع‌تر از آسیب‌های روانی در امان نمی‌بیند. اهمیت به این موضوع از سوی دولت‌مردان، ضرورت یک برنامه مدون با اختصاص بودجه‌های مرتبط با آن‌را می‌طلبد.

صحت
ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

از تغییر نظام حکومتی در ایران در سال ۱۳۵۷ خورشیدی، از سیستم پادشاهی به جمهوری اسلامی، بیش از ۴۱ سال می‌گذرد. دلایل وقوع و فرایند این تغییر را می‌توان با دیدگاه‌های متفاوت تعریف و تبیین کرد. دستاوردهای حاصل از این تغییر و یا آنچه را که ساکنان این سرزمین از دست داده‌اند را هم می‌توان به همان‌گونه تحلیل و تفسیر کرد. اینکه اگر دستاوردی را می‌توان تصور کرد، بی‌گمان باید به حفظ آن و تداومش همت گمارد و اگر ضرر و زیانی وسیع به این سرزمین متصور است، چگونه می‌توان آن را جبران و از ادامه خسارت‌های بیشتر جلوگیری کرد.

باز اندیشی در مفاهیمی چون وطن و میهن با زیرساخت‌های متصور به یک واحد سیاسی-جغرافیایی که سرزمینش می‌نامیم، حس و همیبتی است که همت به حفظ آن واحد جغرافیایی می‌بندد، آن‌را در باور و فکر خود نهادینه می‌کند و بالایی و سرفرازی آن را به باوری تقدس‌گونه می‌سپارد که بالاتر از آن‌را تصویری نیست. همیبت و حس فردی به حفظ واحد سیاسی-جغرافیایی آنگاه می‌تواند به عرصه عمل نزدیک شود که واحدهای جغرافیایی انسانی آن سرزمین هم در بعد کلان به چنین باوری رسیده باشند. اینکه ما در سرزمینی که اکنون ایرانش می‌نامیم با برداشتی از تعاریف بالا در کجا ایستاده‌ایم، نیاز به باز اندیشی دیگری دارد که در حوصله و حیطه‌ی این مقاله نیست.

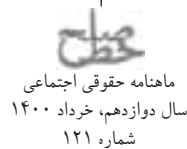
با نگاه فوق به موضوع بهداشت روانی می‌توان گفت که بهداشت و سلامت روانی موضوعی فراتر از بهداشت روانی فردی، یا به گونه‌ای فرد با بیماری روحی و روانی حاصل سیستم اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی آن جامعه است. نگاه سیستمی و سببرنتیک به موضوع اختلالات روانی، نخست جامعه و سیستم فوق را بیمار می‌داند که همان‌گونه و تحت‌تاثیر دینامیسم ناسالم موجود عناصر موجود در آن سیستم، به بیماری روحی روانی مبتلا شده‌اند. با این دیدگاه هرگونه تشخیص فرد مبتلا به بیماری روحی و روانی در درون یک سیستم اجتماعی و فرهنگی به همان ترتیب هم درمان بیماری در همان سیستم و با مداخلات در آن سیستم، امکان‌پذیر خواهد بود.

فرد سالم - فرد بیمار از نگاه روانشناسی بالینی

شاید به جرات می‌توان گفت که راهنمای جامع طبقه‌بندی‌ها و تشخیص بیماری‌های روانی که از سوی انجمن روانپزشکان آمریکا منتشر می‌شود (۱) و هر چند سال یک‌بار در محتوای آن تجدیدنظرهای اساسی می‌شود، در جدیدترین نسخه آن تحت عنوان دی اس ام ۵، تعریف جامعی از همه بیماری‌های روانی که تاکنون روان‌پزشکان و روانشناسان شناخته‌اند را مورد بحث و تفسیر قرار داده است. در این راهنما که صدها اختلال و بیماری را شامل می‌شود، همه اختلالات روحی و روانی، اختلالات خلقی و عاطفی، شامل اضطرابات، ترس‌ها، افسردگی‌ها، اختلالات خواب، تغذیه، اختلال استرس بعد از سانحه و اختلالات با وجود تجربه توهمات، و هذیان‌ها مانند اسکیزوفرنی، و همین‌طور بیماری‌های مرتبط با مراحل رشد انسانی، تکامل جسمی، روانی، اجتماعی و جنسیتی مورد توجه قرار گرفته است. آنچه که در تفسیر همه این طبقه‌بندی‌ها مشترک است، بستر به وجود آمدن این اختلالات، زمان به وجود آمدن آن، میزان استرس حاصل از آن و محرک‌های محیطی، سن، جنسیت فرد، موقعیت اجتماعی و فرهنگی، تعلق فرد به یکی از المنت‌های متنوع فرهنگی، اجتماعی و غیره است.

فرد سالم از نگاه روانشناسی بالینی کیست؟ می‌توان به جرات گفت پاسخ دقیقی به این سوال بدون قرار دادن آن فرد در مقوله وسیع‌تری چون جامعه نداریم. این به این معنا است که همه عملکردهای حیاتی و بیولوژیکی و همچنین روانی یک فرد را بدون تعریف از حضور او در خانواده، در محل کار، در میان محافل و گروه‌های مرتبط و در نقش‌های مرتبط با حضور شهروندی وی نمی‌توان تفسیر کرد.

در تشخیص فرد سالم از نظر سلامت روانی، بخش عمده عناصر تشخیصی شامل الگوهایی است که فرد در زندگی با خود آنها حمل می‌کند و این الگوها بر اساس تجربیات، باورها و ارزش‌هایی است که در بستر جامعه شکل گرفته است، و در نهایت در افکار، احساسات و رفتار فرد تبلور می‌یابد.



در واقع بحث سلامت روانی فرد ضمن تأکید بر وجود پارامترهای هوشی و شناختی برای درک و تحلیل و آنالیز کردن وقایع به نحوه تفکر فرد، به مدیریت احساسات و رفتارهای فردی تسری دارد.

هنگامی که وقایع و رویدادهای پیرامون (جامعه)، فرد و توانایی‌های فردی وی را برای تحلیل و تفسیر آن وقایع به چالشی غیر قابل انتظار بکشد، فرد به اختلال انطباقی با محرک‌های رسیده از پیرامون و برون رفت از آن مبتلا خواهد شد.

عمده نیازهای بیولوژیکی فرد در درون جامعه شکل گرفته و فرد روابط خود با جامعه را هم براساس نحوه پاسخ جامعه به این نیازها شکل می‌دهد. اگرچه استاندارد جهانی برای تعریف فرد سالم از ناسالم در حیطه روانشناسی فردی وجود ندارد، با این حال می‌توان به صراحت بیان کرد که هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و سیاسی می‌تواند در ایجاد فرد سالم و نحوه انطباق‌پذیری وی با ناملایمات و چالش‌های روزمره زندگی موثر واقع شود.

سازمان بهداشت جهانی در تعریف خود از بهداشت به سه موقعیت سلامت جسمی، روحی-روانی و اجتماعی در کنار هم اشاره می‌کند که برآیند این سه موقعیت فرد را در سطح متعارف از سلامت یا عدم سلامت قرار می‌دهد. در این تعریف تشخیص یک بیماری جسمی و یا روانی در فرد، مبین اطلاق داشتن سلامت روانی و حتی جسمی نیست.

سازمان بهداشت جهانی تأکید می‌کند که موجود انسانی، توانایی تحمل استرس، اضطراب و ناکامی‌ها را در سطح محدودی دارد ولی اگر میزان این استرس‌ها و اضطرابات آن‌چنان زیاد باشد که بر عملکردهای روزانه فرد تاثیر عمیقی بگذارد، می‌تواند زندگی او را مورد خطر جدی قرار دهد.

جدای از فاکتورهای بیولوژیکی و زیستی که می‌تواند به توانایی‌ها و ناتوانی‌های فرد شکل دهد، عوامل روانشناختی، شناختی و شخصیتی هم در حضور عناصر بیولوژیکی می‌توانند بر سلامت یا عدم سلامت روانی فرد تاثیر جدی بگذارد.

سازمان بهداشت جهانی برای ارتقا و رشد بهداشت روانی در جامعه، تأکید مکرر بر نقش بهداشت روانی در کودکان کرده و می‌گوید که آینده زندگی آنان در گرو داشتن بهداشت روانی در دوران کودکی و نوجوانی است.

تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت روانی، ترکیبی جداناپذیر از تاثیر جنبه‌های زیستی و بیولوژیکی فرد با جنبه‌های اجتماعی و پیرامون اوست. شالوده تعریف این سازمان، فرد سالم را کسی می‌داند که توانایی و استعداد ایجاد رابطه موزون با دیگران و دنیای پیرامون خود را دارد، محیط اجتماعی خود را می‌شناسد، توانایی‌های آن‌را درک می‌کند و به گونه‌ای سازنده و کارآمد و در همکاری با دیگران به

تغییرات اجتماعی در محیط پیرامون خود در جهت رفاه بیشتر قدم برمی‌دارد. «بهداشت روانی، عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب». در همین تعریف به مشخصات فردی فرد سالم نه از جنبه‌های تشخیصی و بیمارپندارانه بلکه به آرامش فکری و ذهنی، استقلال فکری و عملی لازم در ارتباط با دیگران و جامعه و همینطور تلاش در رسیدن به کمال و شکوفایی فرد اشاره شده است.

بهداشت روانی و مطالعات شاخص‌های جهانی بیماری‌ها

متاسفانه آمارهای موجود در سطح جهان و در کشورهای عضو سازمان ملل به دلیل عدم پیروی از یک سیستم اندازه‌گیری و استاندارد، قابل تعمیم به همه کشورهای عضو این سازمان نیست. تنوع متدهای سنجش و اندازه‌گیری، موانع اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی سیستم بهداشت جهانی را از دستیابی به یک آمار قابل قبول محروم کرده است. تعاریف متفاوت از بهداشت و بیماری‌های روانی در عدم دسترسی به شاخص‌های مورد قبول پیشگیری و درمان اختلالات روحی و روانی هم موثر بوده است.

براساس مطالعات منتشر شده توسط «شاخص جهانی بیماری‌ها» که هر ساله ارزیابی جامعی از مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها در جهان را ارائه می‌دهد، در کنار بیماری‌های واگیردار و مرگ و میر ناشی از آن، اختلالات عصبی-روانی با بیش از ۱۰ درصد، شاخص مرگ و میر در جهان را تشکیل می‌دهد.

در آمار منتشر شده توسط «جهان ما در آمار»، در سال ۲۰۱۷ میلادی، ۱۰.۷ درصد از جمعیت جهان مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که جمعیتی نزدیک به ۷۹۲ میلیون در را در بر می‌گیرد.

۹.۳ درصد از این جمعیت را مردان و ۱۱.۹ درصد را زنان در اختیار دارند. هنگامی که این آمار با تعداد مبتلایان به مصرف مواد مخدر، داروهای روانگردان و در عین حال بیماری‌های روانی ترکیب می‌شود، میزان آن به ۱۳ درصد جمعیت جهانی و نزدیک به ۹۷۰ میلیون می‌رسد.

در آخرین مقاله‌ای که توسط «جهان ما در آمار» منتشر شده است، تخمین زده شده است که بیش از یک میلیارد نفر در جهان به یک یا چند بیماری روانی و مصرف داروهای اعتیادآور مبتلا هستند و همین آمارها بر این واقعیت تاکید دارند که میزان بودجه برآوردی در سطح همه کشورهای عضو سازمان ملل متحد برای مقابله با این بحران انسانی در سطح بسیار پایینی قرار دارد.

در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی، بر اساس آمارهای موجود اختلالات اضطرابی با ۳.۸ درصد و افسردگی با ۳.۴ درصد

بالاترین آمار مبتلایان را در بر می‌گیرد.

ایران، وسط بهداشت روانی

بر اساس آخرین آمار منتشر شده توسط اداره آمار ایران، جمعیت ایران بر اساس نتایج سرشماری مسکن و نفوس سال ۱۳۹۵ برابر با ۷۹،۹۲۶،۲۷۰ بوده است که با احتساب نرخ رشد جمعیت ۱.۴ درصدی تا پایان سال ۱۳۹۸ جمعیت کشور به نزدیک به ۸۳ میلیون نفر رسیده است. تنها با قبول اینکه نرخ جهانی ابتلا به بیماری‌های روانی و مصرف مواد مخدر، ۱۳ درصد جمعیت یک کشور را می‌تواند شامل شود، در بهترین گزینه ما با جمعیتی معادل با ۱۰.۷۹ میلیون نفر از ساکنان ایران مواجه هستیم.

سیر تحولات و رویدادهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و همینطور بحران‌ها و حوادث طبیعی همه دلالت بر این دارد که درصد مبتلایان به اختلالات روحی و روانی و مصرف مواد مخدر در حضور استرس‌ها و اضطرابات حاصل از بحران‌های فوق‌الذکر باید به مراتب بیشتر از سطح میانگین جهانی باشد.

سازمان آمار کشور همچنین کاهش نرخ رشد جمعیت ایران در سال ۱۳۹۹ را از ۱.۴ درصد به ۰.۶ درصد اعلام کرده است که می‌توان ضمن اشاره به بحران کرونا و مرگ و میر ناشی از آن و پایین آمدن سطح بهداشت کشور، به پایین آمدن سطح رضامندی به زندگی و کاهش میزان امید به آینده که یکی از شاخص‌های بهداشت روانی است اشاره کرد.

در پژوهشی که توسط گروهی از روانشناسان در راستای سنجش عدالت در سلامت طی سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۱ صورت گرفته است شیوع اختلال روانی در شهر تهران برابر با ۳۴.۲ درصد بوده است. که بر پایه آمارهای منشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی برای همین دوره زمانی در حدود ۴.۳ درصد بوده است.

دکتر فرید فدایی، متخصص اعصاب و روان و عضو انجمن روانپزشکان ایران می‌گوید: ۲۰ درصد افراد جامعه دچار یکی از انواع بیماری یا اختلالات روانی به درجات خفیف تا شدید هستند. او همچنین می‌گوید گرچه بسیاری از بیماری‌های روانی، منشاء ژنتیک دارد، اما بعضی از آنها ناشی از عوامل محیطی هستند: برای مثال فقر، بیکاری و مهاجرت اجباری بر اثر جنگ میزان بیماری‌های روانی را بالا می‌برد و آنها را تشدید می‌کند.

در همین رابطه عباسعلی ناصحی، مدیر دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت می‌گوید، بررسی شیوع اختلال‌های روانی در سطح کشور که در سال‌های اخیر انجام شده نشان می‌دهد که ۲۶ درصد زنان و ۱۵ درصد مردان دچار این اختلال‌ها هستند. این میزان در خوش‌بینانه‌ترین حالت



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

شامل یک پنجم کل شهروندان می‌شود.

کوروش محمدی، رئیس انجمن آسیب‌شناسی ایران می‌گوید ایران جزو ۱۰ کشور نخست افسرده دنیا است. وی می‌گوید که «خشم در جامعه» یکی از دلایل اصلی در ایجاد افسردگی در میان شهروندان است.

نتیجه تحقیقی که کنگره سالانه انجمن علمی روانپزشکان ایران در مهر ۱۳۹۶ ارائه کرد، نشان می‌داد که ۲۳،۴۴ درصد افراد مورد مطالعه اختلالات روانی دارند. این مطالعه روی ۳۶ هزار نفر در شش گروه سنی بالای ۱۵ سال انجام شده بود. این مطالعه تایید می‌کرد که اختلالات روانی در شهرها بیشتر از روستاها و شهرستان‌هاست و با سواد و فقر نسبت مستقیم دارد.

چالش‌های بهداشت روانی در ایران:

بهداشت روانی در یک جامعه، مستلزم برنامه‌ریزی در سطح کلان توسط سیستم‌های حکومتی و قانون‌گذاری در آن جامعه است. متأسفانه مسئولین جمهوری اسلامی که عامل بخش عمده‌ای از اختلالات روانی در جامعه و ایجاد بحران بهداشت روانی در جامعه هستند، نه می‌توانند و نه می‌خواهند که جلو رشد این بحران فراگیر را بگیرند. دایره وسیع چالش‌ها در این زمینه آنچنان سیر صعودی گرفته است که امیدی به هیچ کدام از برنامه‌های جسته و گریخته جمهوری اسلامی برای مقابله با این بحران‌ها نمی‌رود.

یکی از پژوهشگران علوم اجتماعی چالش‌های موجود بر سر راه بهداشت روانی در جامعه ایران را بدین‌گونه شرح می‌دهد.

چالش در ماهیت و نام

چالش در سبب‌شناسی

چالش در شیوع

چالش در تشخیص

چالش در درمان

چالش در انگ

چالش در هزینه‌ها و بار کلی

چالش در توجه سیاست‌گذاران

چالش در برخورد مؤسسه‌های حمایتی

چالش در برخورد رسانه‌ها

سطح پایین بهداشت روانی در ایران، مویذ از هم‌گسستگی جامعه است

اگر چه مقایسه نحوه عکس‌العمل فرد با حوادث، بحران‌ها، ناکامی‌ها و دورنمایه‌های زندگی با جامعه و تعمیم دادن این عکس‌العمل‌ها در یک بعد وسیع‌تر به همه اعضا یک جامعه امری متداول نیست، با این حال می‌تواند در ابعاد کوچک‌تری مصداق عینی بر آن پیدا کرد.

وقوع تحولات منجر به تغییر سیستم سیاسی و اجتماعی ایران، در عین اینکه انتظارت بیشماری را در بین شهروندان ایرانی

ایجاد کرده، در همان حال هم منجر به ایجاد شکافی وسیع در ساختارهای موجود شده است. هر چند دیرزمانی از قیام مردم ایران نگذشته بود که حکمرانان جدید، سرخوش از پیروزی به تحمیل آنچه خود باور داشتند به دیگر شهروندان این سرزمین پرداختند. اعدام‌های بدون محاکمه در روزهای آغازین پیروزی قیام تحت نام اعدام سران رژیم سابق، اعدام رهبران آیین بهائی و یهودیان، یورش قهرآمیز به شهروندان ایران در سطح وسیعی در کردستان، ترکمن صحرا، و دیگر نقاط ایران، که حاصل آن قتل‌عام مردم بی‌گناه، اعدام آزادی‌خواهان و سرکوب دموکراسی‌خواهی، حق‌طلبی و آزادی‌خواهی در ایران بود. طولی نپایید که میادین فرهنگی و سیاسی تهران و شهرهای بزرگ نیز به صحنه تسویه حساب‌های سیاسی تبدیل شد. جنگ ایران و عراق، آوارگی و بی‌خانمانی شهروندان، مهاجرت‌های حاصل از جنگ، فشارهای شدید اقتصادی دوران جنگ، قتل‌عام وسیع زندانیان سیاسی، دستگیری‌های وسیع، شکنجه، آزار و تجاوز به زندانیان، یورش مکرر به سازمان‌ها و احزاب سیاسی دگراندیش، روزنامه‌نگاران و جامعه روشنفکری ایران، سرکوب جنبش عدالت‌خواهی و برابری زنان، سرکوب جنبش‌های کارگری و تداوم نگاه امنیتی به دیگرانی که با مذهب و باور دینی حکمرانان هیچ سنخیتی نداشتند، فقط نمونه‌هایی است که نشان می‌دهد سطح بهداشت روانی در یک کشور جنگ‌زده، ویران شده از جنگ و درمانده از بازسازی مناطق جنگ زده، مواجه با سیل عظیم آوارگان، آسیب دیدگان از جنگ، کشته‌ها، مجروحین و معلولین جنگی تا چه اندازه می‌تواند سیستم روانی فرد در مقیاس کوچک و هم در مقیاس شهروندان یک کشور در سطح وسیع‌تری را به خطر اندازد.

به این بحران‌ها و فاجعه‌های سیاسی، اجتماعی فرهنگی و اقتصادی، اگر فجایع زیست‌محیطی، بحران‌های حاصل از وقایع زلزله، سیل، بیکاری بخش وسیعی از نیروی کار کشور، نابودی زیر ساختارهای اقتصادی، رانت‌خواری و دزدی در سطح کلان را اضافه کنیم می‌توانیم تصویر بهتری از فاجعه فروپاشی ساختارهای بهداشت روانی هم در مقیاس فردی و هم در سطح کلان جامعه تصور کرد.

استرس‌های محیطی و فزاینده در مقیاس فردی و در مقیاس یک جامعه بزرگتر

هانس سلیه روانپزشک اتریشی مقیم کشور کانادا که وی را پایه‌گذار پژوهش‌های علمی در زمینه استرس می‌دانند، در تعریف استرس آن‌را عاملی محیطی می‌نامد که با تاثیر مستقیم بر سیستم روانی فرد می‌تواند باعث صدمه شدید جسمی شده و اثرات آن‌را در گستره عملکرد فیزیولوژیک بدن به خوبی تعریف و تبیین کرد. هانس سلیه در تحقیقات خود درباره استرس، اصطلاح سندرم کلی سازگاری را وارد این مقوله



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

از جنگ، فجایع طبیعی پروسه سوگواری ملی در سطح وسیع شباهت‌های زیادی با سوگواری فردی دارد.

الیزابت کوبلر راس^۱ روانپزشک سوییسی-آمریکایی می‌گوید که هنگامی ما با مرگ عزیزی مواجه می‌شویم، از پنج مرحله مشخص عبور خواهیم کرد که عبارتند از: انکار که با مشخصه‌های شوک و درد عاطفی شدید همراه است. مرحله دوم عصبانیت است. بی‌حسی و کرختی حاصل از شوک می‌تواند به عصبانیت از خود و ایجاد حس گناه و تقصیر، و همین‌طور احساس عصبانیت از دیگران و از همه آنانی بینجامد که در مرگ آن عزیز از دست رفته موثر بوده‌اند؛ و یا می‌توانستند از مرگ وی جلوگیری کنند. این حالت می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کنش‌ها و عملکردهای بیولوژیک فرد وارد کند، و حس ترس و وحشت عمیقی را هم با خود به بار آورد. فرد برای رهایی از این وضعیت روحی و روانی ممکن است به رفتارهایی متمسک شود که در دنیای واقعی توجه‌پذیر نیست و یا فرد در دنیای واقعی به آن تمایلی نشان نداده است.

مرحله چهارم کوبلر، افسردگی است. بی‌قراری، بی‌خواهی و احساس گناه و تقصیر که در ادامه می‌تواند به غم، اندوه و افسردگی منجر شود. اگر چه انتظار می‌رود که گذشت زمان و طی کردن مراحل طبیعی عزاداری را پشت سر بگذارند، اما برگشتن به حالات روحی، روانی و فیزیکی قبل از حادثه و یا

کرد و یاد آور شد که فرد در مواجهه با استرس از سه مرحله عبور می‌کند و سطح عکس‌العمل فرد بستگی به میزان شدت استرس محیطی دارد. همچنین مهم است فرد در هر مرحله چه پاسخ فیزیولوژیکی را به این استرس خواهد داد. تصور اینکه ما در سرزمینی زندگی می‌کنیم که در طول ۴۱ سال گذشته میزان استرس‌های محیطی در سطح وسیعی وجود داشته و به گونه‌ای بیشتر آحاد مملکت را هم در میان گرفته است، خود می‌تواند تصویری فاجعه‌آمیز از سطح بهداشت روانی جامعه را به تصویر بکشد.

مدل روانی سوگ و عزاداری برای از دست دادن عزیزان و تعمیم آن به جامعه

هرچند آمار مستندی از فجایع ملی حاصل از جنگ ایران و عراق، قتل‌عام‌های وسیع در کردستان و سایر مناطق ایران، قتل‌عام وسیع و سیستماتیک دگراندیشان و زندانیان سیاسی، اعدام‌های ناعادلانه طیف وسیعی از مردم این سرزمین با عناوین مختلف از جمله تحت نام مبارزه با قاچاقچیان مواد مخدر، قتل و کشتار کولبران و سوختبران و غیره وجود ندارد، بیان همین نمونه‌ها در سطح خرد، افراد منتسب به کشته‌شده‌گان را به عزا می‌نشانند و در سطح کلان جامعه را به عزا.

اگر چه مقایسه مراحل عزاداری فردی با تأثیرات فجایع ملی بر بستر جامعه امری مرسوم نیست، با این حال در مقایسه پژوهش‌های روانشناسی و جامعه‌شناسی از جوامع آسیب دیده

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱



زمانی که منجر به مرگ عزیز از دست رفته شده در کوتاه مدت امکان پذیر نیست. کوبلر رسیدن به مرحله قبول مرگ آن عزیز را منوط به طی ۴ مرحله قبلی می‌داند. اگر چه هیچ استاندارد زمانی برای گذر از این مراحل وجود ندارد و تفاوت‌های فردی کاملاً می‌تواند پروسه سوگواری را از فردی به فرد دیگری تغییر دهد.

متأسفانه ایران چه در سطح یک شهروند خاص و چه در سطح کلان شهروندی با فجایع مکرری مواجه شده است که بر اوج فاجعه قبلی افزوده است.

سرکوب قهرآمیز تظاهرات حق طلبانه مردم طی چند سال گذشته، جامعه را به سطح بالای عصبانیت و افسردگی جمعی سوق داده است. خواست‌ها و آرزوهای مردم در شور و هیجان انقلابی برای تغییر به سرکوب و مرگ جنبش منجر شده و اکنون مردم به عنوان بازماندگان این جنبش، در سوگ این خواست‌ها و آرزوهای سرکوب شده خود هستند. اینکه آیا مردم می‌توانند مرگ خواسته‌های خود را بپذیرند و زندگی جدیدی آغاز کنند، بسیار بعید به نظر می‌رسد. آنچه که از برآیند این تحولات بر سطح بهداشت روانی جامعه آمده است، افزایش نارضایتی عمومی، افزایش خشونت در سطح وسیعی از جامعه، افزایش خودکشی‌ها، پایین آمدن سطح کارآیی جامعه در کلیت آن است.

دکتر احمد نوربالا استاد روانشناسی بالینی دانشگاه در مقاله سلامت روانی-اجتماعی و راهکارهای بهبود آن می‌نویسد: بر پایه پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی بار اختلال افسردگی، حوادث و سوانح، عوارض جنگ، خشونت و صدمه به خود از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۰ به‌ترتیب از رتبه چهارم به دوم، نهم به سوم (گفتنی است کشور ما در حال حاضر از این نظر در بدترین وضعیت است). دکتر نوربالا در همین مقاله اشاره می‌کند: "در ایران بار بیماری‌های روانی و اختلال‌های روانی-رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، رتبه دوم را در سال ۱۳۸۲ به دست آورده است (نقوی، ۲۰۰۷). تمامی این پیش‌بینی‌ها از اهمیت توجه جهانی به سلامت روان در دو دهه آینده حکایت می‌کند."

در پژوهش دیگری در ایران که توسط رفیعی، سمیعی، امینی رازانی و اکبری انجام شده است آمده است "از دیدگاه صاحب‌نظران ایران شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت است از: نبود فرد فقیر، خشونت، تبعیض جنسی، بیکاری و تبعیض قومی-نژادی-منطقه‌ای؛ کنترل رشد جمعیت؛ برابری همگان در برابر قانون؛ رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان؛ آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی؛ دسترسی همگان به خدمات سلامت؛ وجود امنیت و آزادی عقیده؛ احساس رضایت از زندگی؛ زیرپوشش بیمه بودن تمامی مردم؛ توزیع عادلانه درآمدها (حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد فرصت برابر داشته باشند)؛ مشروعیت حکومت نزد مردم؛ انتخاب حاکمان به شیوه مردمسالارانه و نظارت مردم بر آن‌ها (رفیعی،

سمیعی، امینی رازانی و اکبری، ۲۰۱۰).

اساتید و پژوهشگران ایرانی که در حیطه روانشناسی و جامعه‌شناسی به موضوع بهداشت روانی و چالش‌های آن در ایران پرداخته‌اند، در یافته‌های پژوهشی خود به نکاتی توجه کرده‌اند که همگی آنها به عنوان نکات برجسته‌ای در زمینه بحران بهداشت روانی در ایران مورد توجه قرار گرفته است.

شیوع اعتیاد در ایران

دکتر نوربالا که با همراهی گروهی از همکاران خود و در طی ۱۰ ماه به تدوین طرح جامع سلامت روان در ایران همت گمارده است، نتایج این طرح را در مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی در ایران به چاپ رسانده‌اند. دکتر نوربالا در این طرح به برخی واقعیت‌های روانی و اجتماعی ایران اشاره می‌کند از جمله به روند شیوع اعتیاد در ایران.

ماهانمه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

دکتر نوربالا معتقد است: طی ۲۰ سال گذشته از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۷۷، به طور متوسط میزان بروز سوءمصرف مواد، سالانه ۸ درصد رشد داشته و به بیان دیگر به‌طور تقریبی هر ۱۲ سال دو برابر شده است. مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت، که طی ۲۰ سال گذشته به طور متوسط ۶۳/۲ درصد بوده است، نشانگر سه برابر بودن میزان رشد بروز سوءمصرف مواد نسبت به نرخ رشد جمعیت است. همچنین میزان مصرف تریقی مواد در ۱۰ سال گذشته ۳۳۰ درصد رشد داشته است، به بیان دیگر رشد متوسط ۳۳ درصدی در هر سال (رحیمی موقر، محمد و رزاقی، ۲۰۰۲)

اگر رشد ۳۳ درصدی میزان مصرف مواد و میزان روند افزایش معتادین در طی سال‌های بعد از این تحقیق را به این آمار بیفزاییم، به اوج فاجعه اعتیاد به‌عنوان یکی از پارامترهای سلامت روانی پی خواهیم برد.

بر اساس پژوهش کیفی بررسی مشکلات اجتماعی در اولویت ایران (مدنی، وامقی و رفیعی، ۲۰۰۷، به نقل از مدنی، ۲۰۰۸) از افراد صاحب‌نظر با کاربرد روش دلفی ۱ نشان داد ۱۵ مشکل اعتیاد، بیکاری، خشونت، بی‌اعتمادی اجتماعی، فقر اقتصادی، فساد، تبعیض اجتماعی، بی‌عدالتی در برخورداری از قدرت، نزول ارزش‌ها، افزایش میزان جرایم، سیاست‌های اقتصادی، معضل ترافیک، مسائل آموزش و پرورش، رعایت نشدن حقوق شهروندی و نابرابری در اجرای قانون مورد اجماع صاحب‌نظران بوده است.

احساس شهروندی

همان‌گونه که در مقدمه این مقاله به آن اشاره شد احساس شهروند بودن و عدم تبعیض نسبت به شهروندان دیگر در یک جامعه می‌تواند از نشانه‌های سلامت روانی در یک واحد سیاسی-

جغرافیایی باشد.

در پژوهشی که توسط مؤگان عظیمی هاشمی و علی یوسفی در دانشگاه مشهد تحت عنوان احساس شهروندی در مراکز استان‌های ایران انجام شده است، شهروندی را حاصل رابطه دو سویه فرد و دولت می‌داند، از یک سو این رابطه وفاداری فرد به دولت یا سیستم حکومتی و از سوی دیگر الزام حکومت به حمایت از فرد است به سه جنبه از حقوق شهروندی می‌پردازند که عبارت است از برابری مشارکتی، برابری قانونی و هویت سیاسی.

در نتایج این پژوهش آمده است که: 'از بین یافته‌ها دو نکته بیشتر قابل تامل است: نخست ضعف احساس شهروندی در ابعاد برابری فرصتی، توزیعی و مشارکتی است، این در حالی است که عناصر سه‌گانه مذکور از مهم‌ترین ذخایر مشروعیت مدنی حکومت محسوب می‌شوند و کسری تدریجی این ذخایر می‌تواند حکومت را با چالش مشروعیت روبه‌رو سازد.' از دیگر شاخص‌های مورد توجه محققان ایرانی در حیطه بهداشت روانی می‌توان به: ناپایداری در ساختارها، مدیریت‌ها، ارزش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در ایران روند ازدواج و طلاق در ایران که با افزایش ۳۷ درصدی آمار طلاق و کاهش آمار ازدواج مواجه بوده است افزایش مصرف داروهای روانگردان در ایران، علی‌الخصوص داروهای ضد اضطراب و افسردگی افزایش آمار خودکشی به عنوان یکی از معضلات اجتماعی ایران بر اساس آمار رسمی ایران که در اختیار مرکز اطلاعاتی جمعیتی جهان قرار گرفته است، نرخ خودکشی در سال ۱۳۹۰ ۴.۱ نفر در هر صد هزار نفر بوده است. باین حال آمار منشر شده توسط سازمان‌های حقوق بشری مبین رشد روزافزون خودکشی در میان همه افشار جامعه و در گروه‌های سنی متفاوت بوده است. بر اساس آمار منشر شده توسط معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی تهران، آقای مسعود قادی پاشا در سال ۱۳۹۸، تعداد را پنج هزار و ۱۴۳ نفر دست به خودکشی زده‌اند؛ این رقم در مقایسه با سال ۱۳۹۷، ۰.۸ درصد رشد داشته است.

سازمان حقوق بشری هه نگاو در گزارشی از میزان خودکشی در ماه فروردین ۱۴۰۰ می‌نویسد: ۲۴ شهروند کرد در شهرهای مختلف کردستان به زندگی خود خاتمه داده‌اند.

طبق آمار سازمان پزشکی قانونی، استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، ایلام و کرمانشاه از نظر جمعیت بیشترین آمار خودکشی را داشته‌اند و کمترین آن مربوط به خراسان رضوی، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان بوده است. نکته قابل توجه اینکه بیشترین متوفیان ناشی از خودکشی بین ۳۰ تا ۳۹ سال و سپس ۱۸ تا ۲۴ سال داشتند به استناد آمار رسمی از سوی سازمان ثبت احوال کشور؛ خودکشی، پنجمین دلیل مرگ و میر نوجوانان و جوانان در کشور به حساب می‌آید. ۳.۸۹ درصد مرگ در این سن، به دلیل خودکشی است.

افزایش مهاجرت در داخل کشور از مناطق حاشیه به مرکز، فرار مغزها به خارج که براساس گزارش‌های منتشر شده توسط صندوق بین‌المللی پول در سال ۲۰۰۶ ایران در میان ۹۱ کشور

توسعه‌یافته و در حال توسعه، بالاترین نرخ فرار مغزها را به خود اختصاص داده است.

دکتر نوربالا در طرح پیشنهادی خود به مسولین جمهوری اسلامی ایران می‌نویسد:

۱. اهمیت سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی در سامانه سلامت کشورها و نیز ایران تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. بنابراین برای آینده سلامت روانی و اجتماعی جهان و نیز ایران احساس نگرانی می‌شود.

۲. آمار اختلال‌های روانی در ایران در مقایسه با سایر کشورها وضع خوبی ندارد.

۳. جامعه ایرانی، جامعه‌ای هیجانی، نگران، غمگین، حرمت‌شکن، غیرقابل پیش‌بینی و به تعبیر برخی بزرگان و مسئولان غیراخلاقی، قانون‌گریز و نظارت‌ناپذیر است که همگی از عوامل خطر بروز اختلال روانی و بیماری‌های روان‌تنی است.

وی در بخش دیگری از این طرح اضافه می‌کند:

- اگر در بعد پیشگیری از بروز عوامل تنش‌زا، در سطح خانواده و اجتماع اقدامی اساسی و بنیادی صورت نگیرد، آینده‌ای ناخوشایند برای کشور پیش‌بینی می‌شود.

بودجه اختصاصی به امر بهداشت روانی در ایران و جهان

ردیف‌های بودجه در ایران در طی ۴۱ سال گذشته هیچ‌گاه به صورت مشخص مبلغی را برای پیشگیری و درمان طیف وسیع بیماری‌های روحی و روانی اختصاص نداده‌اند. در واقع بخشی از چالش‌های بهداشت روانی همین موضوع است که بودجه‌های مربوط به امر بهداشت روانی به حیطه‌های دیگری اختصاص داده شده است.

سازمان بهداشت جهانی در مقاله‌ای منتشر شده در بولتن خود به این امر اشاره می‌کند که بیشتر کشورهای در حال توسعه یا عقب‌نگه داشته شده مبلغی کمتر از یک درصد درآمد سالانه کشور را به این امر اختصاص می‌دهند. همین مقاله می‌افزاید کشورهای پیشرفته در بیشتر مواقع تا ۵ درصد درآمد سالانه کشور را برای امر پیشگیری و در کل درمان بیماری‌های روانی اختصاص داده‌اند.

سازمان بهداشت جهانی می‌افزاید تا سال ۲۰۰۳ میلادی بین ۴۰ تا ۵۰ درصد کشورهای عضو از جمله ایران فاقد یک برنامه مدون بهداشت روانی بوده‌اند. عدم وجود کادر درمانی متخصص، روانپزشک، روانشناس، روان‌درمانگر، مددکار اجتماعی در کنار بیمارستان‌های روانی و کلینیک‌های روزانه از جمله مواردی است که در مقام مقایسه چند کشور مورد مطالعه سازمان بهداشت جهانی به آن اشاره شده است.

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

منابع:

درباره دی اس ام ۵ و توسعه / سایت انجمن روانپزشکی آمریکا
بهداشت روانی جامعه ایران در مخاطره است / سایت دویچه وله
۶/۲۳ درصد ایرانی‌ها دچار اختلال روانی از جمله افسردگی‌اند /
سایت دویچه وله
خشونت خانگی علیه زنان مجرد و متاهل در جامعه ایران / سایت آکادمیا
موسسه ای کی آر
سرگذشت الیزابت کوبلر-راس
ارزیابی ابزار سنجش سازمان بهداشت برای سیستم‌های
بهداشت روان با مقایسه سیاست‌های بهداشت روان در چهار
کشور / سایت سازمان جهانی بهداشت
داده‌های آمار بهداشت جهانی / سایت سازمان بهداشت جهانی
سلامت روان جهانی / سایت انجمن روانپزشکی آمریکا
سلامت روان جهانی: پنج بینش کلیدی حاصل داده‌ها / سایت
دنیای ما در داده‌ها
هانس سلی (-۱۹۰۷ ۱۹۸۲): بنیان‌گذار نظریه استرس / سایت
مرکز ملی اطلاعات بیوتکنولوژی
اطلاعات بهداشت روان به زبان فارسی / سایت کالج سلطنتی
روانپزشکی

سلامت روان / سایت دنیای ما در داده‌ها

سلامت روان: تقویت کردن پاسخ ما / سازمان جهانی بهداشت
سلامت روان: چه چیزی طبیعی است و چه چیز نیست؟ /
سایت مایو کلینیک

اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی در ایران در سال ۲۰۰۱
احساس شهروندی در مراکز استان‌های ایران / سایت مجله
جامعه شناسی ایران
خودکشی دستکم ۲۴ شهروند کرد در فروردین ۱۴۰۰ / سایت
هه نگاو

نرخ رشد جمعیت به پایین‌ترین رقم در تاریخ کشور رسید /
سایت خبرگزاری مهر

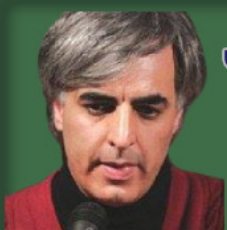
سلامت روانی-اجتماعی و راهبردهای بهبود آن / مجله
روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران
مشکلات سلامت روانی و بیماری‌ها / انجمن ملی روانپزشکان
ایران

چالش‌های سلامت روان و پیامدهای ناگزیر آن / سایت
روانپزشکان

چند کودک ایرانی در سال ۹۹ خودکشی کردند؟ / سایت ایمن

مجله
ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱





بهداشت روانی در جامعه و مسئولیت حاکمیت

رضا نجفی، نویسنده و منتقد ادبی

حطاح

زنجیره‌ای کرمان رخ نداده بود و مگر قاتلان با ادعای داشتن حجت شرعی از مجازات نگریخته بودند؟ و این خبری نیست که از چشم همگان و از جمله این پدر و مادر پنهان مانده باشد. وانگهی شاید ماجرای اولیای دم بودن قاتلان، آنان را در انجام قتل نیز دلگرمی داده است، زیرا می دانسته‌اند در صورت کشف شدن جنایت، احکام سنگینی در قوه قضاییه در انتظارشان نیست. برخی نیز همچنان به سبب غیرعادی بودن چنین جنایتی از ابعاد پنهان ماجرا سخن می‌گویند. گویی مانند آن داستان و فیلم معروف ژاپنی، راشومون، همه می‌دانند جنایتی رخ داده اما کم و کیف جنایت در انبوهی از گمانه‌زنی‌ها گم شده است. اما هر کدام از روایت‌های گفته شده نیز درست باشد، در یک چیز نمی‌توان تردید کرد: این جنایت ناشی از سقوط بهداشت روانی و در عین حال نشان دهنده این فروپاشی است. اخباری دیگر از همین دست نیز همین حکم را دارند، شمار فراوانی از قتل‌های به اصطلاح ناموسی مانند سر بریده شدن رومینا اشرفی به دست پدر، قتل علیرضا جوان اهوازی به دست اعضای خانواده، تجاوز مردی به دختر نوزادش، افزایش کودک‌آزاری‌ها، سرقت اولی بودن نیمی از سارقان دستگیر شده سال اخیر، افزایش بی‌سابقه زورگیرهای خشن و ده‌ها آسیب اجتماعی دیگر همه و همه برآمده و در عین حال نشانه‌های فروپاشی روانی جامعه و گونه‌ای آپوکالیپس اخلاقی در کشور است. در وهله نخست، ممکن است مسئول هر بزه

امروز که دست بردم برای نوشتن یادداشتی درباره مقوله مغفول مانده سلامت روانی و حقوق انسانی مردمان برای زندگی در صلح و آرامش، خبر تلخ قتل فیلمسازی جوان به دست گویا پدر و با همدستی مادرش شاهدی از غیب بود که سوگمندان اهمیت پرداختن به حق بهره‌مندی از بهداشت روانی به مثابه حقوقی بدیهی و پایه‌ای را متذکر شد.

در باب نمونه‌ای که من برای گشودن در بحث برگزیده‌ام از برخی زوایا می‌توان چون و چرا داشت و به ابهام‌های ماجرا اشاره کرد؛ اینکه آیا پدری که فرزند خود را تکه تکه می‌کند، شاید به دلیل سابقه حضور در جبهه‌های جنگ دچار عدم تعادل روانی و خود نیز قربانی جنگ و تاریخ انقلاب بوده است؟ در این صورت همدستی مادر در این قتل را چگونه باید توجیه کرد؟ آیا مادر در حمایت از همسر پا بر عشق مادرانه خود گذاشته است؟ آیا می‌توان پذیرفت فرزندى که در غربت با الهام از سرگذشت خود و به شکلی حدیث نفسی فیلمی می‌سازد درباره دلتنگی‌های مهاجری که از خانواده خود دور افتاده، ناخلف و شرور بوده باشد؟ گویا پدر نیز در توجیه قتل صحبت از مفسد بودن فرزند به میان آورده است. اما آیا همین نیز حاوی نکته‌ای آسیب شناختی نیست؟ متهم با آگاهی از نقطه ضعف‌های سیستم معیوب قضایی می‌داند با تثبیت به توجیهات شرعی ممکن است تخفیفی در مجازات خود بیابد و انگیزه خود را مذهبی وانمود کند. مگر چنین امری در قضیه قتل‌های

حطاح

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

و جنایتی را شخص مرتکب بشماریم. شکی نیست که بزه را بزهکار انجام می‌دهد، اما پرسش اینجاست چرا این جامعه در مقایسه با جوامع دیگر ولو برخی جوامع اسلامی مشابه و حتی در مقایسه با گذشته خود، شاهد رخ دادن جنایت‌هایی بی‌سابقه و نامرسوم مانند تجاوز یک پدر به دختر خردسالش، یا مثله کردن فرزندی هنرمند به دست پدر و مادرش شده است؟ چرا هر سال و بلکه هر ماه آمار جرائم و آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد، خودکشی، طلاق و بیماری‌های روانی افزایش می‌یابد؟ نگاهی سطحی به آمار نیز نشان می‌دهد رابطه‌ای مستقیم میان افزایش همزمان مشکلات اقتصادی و انواع بزه‌های اجتماعی وجود دارد. نیازی نیست جامعه‌شناس باشیم تا بدانیم ده، بیست یا پنجاه درصد تورم مساوی است با افزایش همان میزان سرقت، طلاق، اعتیاد و دیگر آسیب‌های اجتماعی. انبوهی از پژوهش‌های آماری وجود این رابطه را انکارناپذیر می‌کند. در این صورت آیا حاکمیت هنگامی که اولویت‌های خود را جاه‌طلبی در جنگ‌های نیابتی و مناقشات منطقه‌ای و پروژه زیانبار هسته‌ای قرار داده است، می‌تواند سهم و نقش و مسئولیت خود را در بروز و افزایش این آسیب‌ها کتمان کند؟ آیا جزو وظایف نخستین یک سیستم حکومتی، ایجاد امنیت اقتصادی و روانی جامعه نیست؟ بدیهی است که هزینه پروژه‌های مناقشه برانگیز سیاسی جمهوری اسلامی تنها تحمیل گرانی یا تورم بر جامعه نیست و حاکمیت باید مسئولیت فروپاشی روانی و اخلاقی جامعه را نیز بپذیرد. مسئولان سیاسی جامعه چه بدانند و چه ندانند و چه بپذیرند و چه نپذیرند در قتل بابک خرم‌دین و مانند او سهم هستند، همان‌گونه که در بخش بزرگی از هر طلاق، هر اعتیاد، هر سرقت و هر بزه یا آسیب اجتماعی سهم هستند. حاکمیت تنها زمانی می‌تواند دامن خود را از این اتهام پاک کند که مانند بسیاری از جوامع عالم حداقل وظایف خود را در حوزه رفاه، معیشت، آموزش، بهداشت و ... انجام داده باشد. در این صورت است که می‌تواند ریشه‌های هر آسیبی را فردی و شخصی قلمداد کند.

دلایل این مدعا پرشمار و گوناگون است از احادیث مذهبی بگیرید که به ظاهر حکمرانان اسلامی مدعی‌اند، (برای نمونه این گفته منسوب به امام نخست شیعیان که در عجبم اگر مسلمانی در جامعه اسلامی شب گرسنه بخوابد و با شمشیر علیه جامعه قیام نکند) تا حقوق بشر و از پژوهش‌های جامعه‌شناختی و آماری گرفته تا اعترافات خود دولتمردان به هنگام رقابت‌های سیاسی. همچنین تدقیق در بسیاری امور نیز موبد این گفتار است، از جمله این نکته که چرا مصرف مشروبات الکلی در کشوری اسلامی بر اساس آماری که گاه خود مسئولان می‌دهند، بیش از بسیاری کشورهایی است که مصرف الکل در آنها نه منع مذهبی دارد و نه قانونی؟ چرا متوسط سن برای امر فحشاء در این کشور پس از انقلاب اسلامی باید بسیار پایین‌تر

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

از دوره حاکمیت پیشین آمده باشد؟ و بی‌شمار نمونه‌های دیگر. در یادداشتی دیگر در شماره‌های پیشین همین نشریه به مسئولیت و نقش حاکمیت در جوانمرگی بسیاری از نویسندگان و هنرمندان ایرانی پرداخته بودم و قصد تکرار آن سخنان را ندارم، اما پیرو بحث قتل فجیع هنرمندی به نام بابک خرم‌دین که امروز از او نامی بردم، مایلم این سخن را مطرح کنم که تنها، آن هنگام مرگ غلامحسین ساعدی، یا خودکشی کوروش اسدی و اسلام کاظمیه و سیامک پورزند و بسیاری دیگر را می‌توان خودخواسته دانست که دستگاهی غیر اخلاقی و غیر قانونی به نام سانسور و ممیزی و ده‌ها محدودیت و داغ و درفش دیگر وجود نمی‌داشت. حال بماند بی‌شمار افسردگی‌ها و روان‌پریشی‌های اهل هنر و ادب که بسیار مواقع شاید دیده و رسانه‌ای نیز نشود.

اما این آسیب‌ها تنها مختص گروه نویسنده یا هنرمندان نیست. بارها در نظرسنجی‌های گوناگون نهادهای متفاوت ایرانیان در افسردگی رتبه‌های نخست تا سوم را در جهان کسب کرده‌اند و این پرسش به قوت مطرح است چرا کشوری با چنین ثروت هنگفت نفت و گاز و منابع معدنی و وسعت خاک و ... باید به چنین فلاکتی افتاده باشد؟

همان‌گونه که در پیش گفته آمد، مسئولیت و سهم دولتمردان و حاکمیت در این ادبار و شوربختی امر پنهانی نیست تا جایی که نه تنها منتقدان، بلکه حتی سرمدمداران حکومتی نیز به آن اذعان دارند و تنها بسنده به آن می‌کنند که جناح رقیب درون حکومت را مسئول بشمارند. بسنده است که نیم نگاهی به گفته‌های عالی‌رتبه‌ترین مقامات حکومتی بکنیم که از رسانه‌های رسمی خود علیه یکدیگر بر زبان می‌رانند و نه تکذیب که بر آن اصرار هم دارند. سخن را کوتاه کنم. زمانی که خود اولیای امور به سهم حاکمیت در فساد و فروپاشی و تباهی جامعه ایران اصرار دارند، چه حاجت به بیان آنچه عیان است؟ تنها می‌ماند یادآوری اینکه نمی‌توان در قدرت بود و از رانت‌ها و مزایای آن بهره برد و به هنگام پذیرش مسئولیت خود را در مقام اپوزیسیون نشانند و فریاد دزد، دزد سر داد. بزرگی گفته بود می‌توان یک نفر را برای همیشه و همه را به مدت کوتاهی فریب داد، اما نمی‌توان همه را همیشه فریفت. دوره بازی‌های نخ‌نما شده فرافکنی مسئولیت به دوش همپالکی‌ها سپری شده است. تک تک مسئولان همان‌گونه که از نام‌شان برمی‌آید از نظر اخلاقی در بروز همه مصائب جامعه سهم هستند و باید پاسخ‌گو نیز باشند؛ نه تنها در کوچک شدن سفره مردم که با عدد و رقم تخمین پذیر می‌کند، بلکه در رنج‌ها و پریشانی‌های روحی و روانی و فکری و اخلاقی تک تک آسیب‌دیدگان که به هیچ رو سنجیدنی و شمارپذیر نیست.



انگ و تبعیض در مبحث اختلالات روانی



ژینام محمدی، فعال مدنی

مفهوم علمی انگ و تبعیض اولین بار در میانه قرن بیستم به صورت تئوری و در دهه ۱۹۷۰ به صورت تجربی تکامل یافت. در کتاب اروین گافمن درباره انگ و تبعیض آمده است: «هیچ کشور، جامعه یا فرهنگی نیست که در آن افراد دارای اختلالات روانی، ارزش اجتماعی یکسانی با افراد فاقد اختلالات روانی داشته باشند.» متأسفانه این جمله هنوز تا حدود زیادی صحت دارد.

انگ ویژگی تصور شده به صورت منفی و نامطلوبی است در یک فرد یا پیرامون یک موضوع مرتبط به او که فرد را از دیگران متمایز می‌کند و او را در نظر دیگران به شکل موجودی بد، خطرناک یا ضعیف جلوه می‌دهد و عموماً سبب دوری‌گزینی سایر افراد و جامعه از فرد یا گروه خاص و منجر به آسیب و تبعیض علیه آن فرد یا گروه می‌شود. انگ به دو شکل انگ اجتماعی و انگ به خود مشاهده می‌شود. منظور از انگ اجتماعی نگرش و رفتاری است که اجتماع و افراد عادی اجتماع نسبت به افراد متعلق به گروهی خاص دارند و منظور از انگ به خود نگرش و رفتاری است که خود افراد متعلق به این گروه اجتماعی به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه نسبت به خودشان اعمال می‌کنند و نتیجه پذیرش و درونی‌سازی انگ اجتماعی در اثر فشار آن است.

بیماران درگیر با اختلالات روانی بیش از هر نوع بیماری دیگری در معرض پیش‌داوری، قضاوت‌های منفی و انگ و تبعیض^[۱] به دلیل بیماری خود هستند. بسیاری از بیماران علاوه بر چالش‌های همراه با بیماری خود، از حذف و محرومیت اجتماعی و تعصبات و باورهای غلط در خصوص بیماری‌های روانی رنج می‌برند.

در بخش اعظم هزاره‌ی اخیر، جامعه با بیماران دچار اختلالات روانی چندان بهتر از بردگان یا مجرمان رفتار نکرده است: آن‌ها زندانی شده، شکنجه یا کشته شده‌اند. در قرون وسطی بیماری روانی به عنوان مجازاتی الهی تلقی می‌شد و بیماران به اتهام تسخیر شدگی توسط شیطان سوزانده می‌شدند یا در حالت بهتر به دهکده‌های دورافتاده، ندامتگاه‌ها یا دیوانه‌خانه‌ها فرستاده می‌شدند تا به درختان، دیوارها یا تختخواب‌هایشان زنجیر شوند. در دوره‌ی روشن‌گری، افراد درگیر با اختلالات روانی سرانجام به عنوان بیمار شناخته شده و به جای زنجیر کردن، موسسه‌هایی برای نگهداری یا کمک به آن‌ها تشکیل شد که البته روند نگهداری و درمان بیماران در این موسسات تا قرن‌ها محل سوال و اشکال بوده و هست. شوریخانه، انگ و تبعیض علیه بیماران روانی در قرون معاصر آن‌جا به اوج خود رسید که در آلمان نازی، صدها هزار بیمار روانی کشته یا عقیم‌سازی شدند.

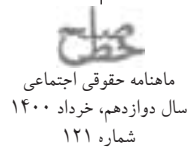


ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

انگ و تبعیض در مبحث بیماری‌های روانی و علیه بیماران دارای اختلالات روانی باعث می‌شود که میزان اشتغال و درآمد در این بیماران کمتر باشد، دچار انزوا و گوشه‌گیری شوند و موقعیت‌های اجتماعی را از دست بدهند، از سیستم‌های حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی محدودتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی و عزت نفس پایین‌تری داشته باشند، برای درمان دیر مراجعه کنند یا مراجعه نکنند، و در نتیجه‌ی عدم درمان در معرض خطر تشدید بیماری، کاهش عملکرد شغلی و افزایش نابسامانی در خانواده قرار گیرند. انگ روان‌پریشی بسیاری از بیماران را از بدیهی‌ترین حقوق اجتماعی نظیر اشتغال، ازدواج و فعالیت اجتماعی محروم کرده و می‌کند. باورهای اشتباه همچون علاج‌ناپذیر بودن اختلالات روان‌پزشکی، خطرناک بودن مبتلایان به این اختلالات، اعتیادآور بودن داروهای اعصاب و روان، ناتوانی بیماران دارای اختلالات روانی از هدایت یک زندگی متعادل و سالم یا داشتن روابط سالم، یا درمان‌ناپذیر بودن اختلالات روانی همچنان در اذهان وجود دارد. این تلقی‌ها و پنداشت‌های نادرست و غیرعلمی، انزوای بیماران را تشدید می‌کند و به روند تشخیص و درمان این اختلالات صدمه‌های جدی وارد می‌سازد.

ترس از شناخته شدن با برچسب «روانی» یا انگ زدن ذهنی بیماران به خود و مقاومت در برابر قبول کردن بیماری به خاطر ترس از انگ ذهنی به خود، باعث می‌شود بسیاری از افراد دچار اختلالات روانپزشکی هرگز برای درمان مراجعه نکنند یا در صورت مراجعه، درمان خود را به شکل درست و کامل ادامه ندهند.

احتمالاً اغلب ما کلمات و عباراتی نظیر «روانی» و «قرصی» یا «باز قرص‌هایت را نخوردی حرف می‌زنی» را به عنوان کلمات منفی و توهین‌آمیز و تمسخرآمیز استفاده‌شده علیه کسانی که واقعاً دچار اختلال روانی هستند و دارو مصرف می‌کنند یا علیه هرکسی که رفتار «غیرمتعارف» و غیرقابل فهم مطابق با معیارهای معمول اجتماعی از خود نشان می‌دهد شنیده‌ایم، بدون این که درک درست و جامعی داشته باشیم که این کلمات دقیقاً تا چه اندازه مخرب هستند و غیر از آسیب مستقیم به روح و روان افراد، زمینه‌ی رفتارهای ناشی از تعصب از قبیل تبعیض در حیطه‌های فردی، اجتماعی و کاری را فراهم می‌کنند و مانع از آن می‌شوند که افراد فاقد اختلالات روانی که می‌توانند با کمک علم روان‌پزشکی و روان‌شناسی و مشاوره کیفیت زندگی خود را افزایش دهند از منابع موجود استفاده کنند یا مشکلات خود را پیش از بروز بحران شناسایی و درمان کنند.



به گزارش شبکه سلامت، حدود ۲۳ درصد مردم ایران به نوعی از اختلالات روانی مبتلا هستند و از این تعداد، ۶۶ تا ۷۵ درصد برای درمان به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه نمی‌کنند. واضح است که در کنار مشکلات و هزینه‌های دسترسی به خدمات پزشکی مرتبط، انگ و تبعیض یکی از دلایل این عدم مراجعه است و این آمار نشان از تاثیر گسترده اما خاموش اختلالات روانی و انگ و تبعیض پیرامون آن در سلامت عمومی و بهره‌وری جامعه و کیفیت زندگی مردم دارد. تبعیض به سبب اختلال روانی یک مسئله حقوق بشری است، به این معنا که حقوق بشر عبارت است از حقوق و آزادی‌هایی که همه افراد باید داشته باشند و سازمان ملل بیان می‌کند که «همه‌ی افراد دارای بیماری روانی باید با انسانیت و احترام به عزت ذاتی نوع بشر مورد درمان قرار گیرند». این احترام و عزت، آزادی است که نباید از فرد گرفته شود. این یک حق انسانی، اصلی و اساسی برای همه افرادی است که مشکلاتی در زمینه‌ی سلامت روانی دارند، صرف نظر از این که کجا زندگی می‌کنند. همه این حق را دارند که بدون هر گونه تبعیضی زندگی کنند و این شامل تبعیض به سبب عدم سلامت روانی نیز می‌شود.

ریشه‌های انگ و تبعیض علیه بیماران دارای اختلالات روانی را می‌توان در عوامل زیر جست:

۱- ترس: ترس آشنای عموم نسبت به پدیده‌هایی که از آن درک درست و کاملی ندارند، علاوه بر ترس از اعمال خشونت یا بروز رفتارهای غیرقابل مدیریت از سوی بیماران یا ترس از مورد انگ و تبعیض قرار گرفتن و زیر سوال رفتن به خاطر ارتباط خانوادگی یا شخصی با این بیماران، یکی از اصلی‌ترین و ریشه‌ای‌ترین دلایل ایجاد و تشدید انگ و تبعیض است. در بسیاری از فرهنگ‌ها، کل خانواده انگ و تبعیض ناشی از یک بیماری روانی را بر دوش می‌کشد؛ زیرا کل خانواده به عنوان یک گروه و واحد اجتماعی شناسایی می‌شود. در نتیجه این احتمال وجود دارد که اعضای خانواده نتوانند در خصوص این تجربه با دوستان و یا سایر افراد حاضر در شبکه حمایتی خود درد دل کنند.

۲- باورهای قالبی: باورهای پذیرفته شده‌ی گروهی اجتماع درباره‌ی افراد دچار اختلالات روانی، نظیر این که این افراد اصلاً بیمار نیستند بلکه ضعیف هستند، به خود کمک نمی‌کنند، درباره وضعیت خود اغراق می‌کنند یا می‌توانند بدون کمک پزشکی بر بیماری خود فایز شوند، حرف‌های آن‌ها قابل اعتماد نیست، [۲] برای بقیه خطرناک هستند و از مدیریت و درمان بیماری خود و هدایت یک زندگی سالم و مفید ناتوان هستند.

۳- پیش‌داوری و تبعیض: عبارت است از پذیرش بدون مطالعه‌ی باورهای قالبی، و رفتاری که بر مبنای این پیش‌داوری نسبت به بیماران دارای اختلالات روانی اعمال می‌شود و می‌تواند شامل رفتارهایی مانند اجتناب از این افراد و عدم حمایت از آن‌ها، یا عدم اعتماد به آن‌ها در زمینه‌های اجتماعی، خانوادگی، کاری یا سیاسی باشد.

برای کاهش انگ و تبعیض فردی در اختلالات روانی، باید به فرد مبتلا به این اختلالات آموزش داده شود که چگونه باورهایش درباره خود را به شکل باورهایی منطقی‌تر تعدیل کند و تغییر دهد که آسیب کمتری به او و زندگی‌اش بزند، مثلاً این‌که با جستجو و مطالعه‌ی منابع در خصوص بیماری خود یا آموزش در خصوص مفهوم انگ فردی، از تاثیرگذاری این پدیده در تصمیم‌های شخصی مربوط به درمان یا مداخله و تاثیرگذاری سایر افراد کم‌اطلاع و دچار باورهای نادرست در روند درمان خود بکاهد.

در مبارزه با انگ اجتماعی، سعی می‌شود تا جامعه از آرایه تصاویر توأم با بی‌احترامی و بی‌ارزش‌نمایی بیماران دچار اختلالات روانی بازداشته شود و با افزایش اطلاعات عموم جامعه در سطوح مختلف، انگ و تبعیض و آثار مخرب آن را کاهش داده و نظیر هر بیماری دیگری فضایی حمایت‌کننده و پذیرنده برای بیماران درگیر با این اختلالات فراهم کند. برای این هدف سه راهبرد کلی توصیه شده است که عبارتند از:

۱ - افزایش تعاملات بین جامعه عمومی و افراد دچار بیماری‌های روانی: ملاقات با افرادی از جامعه که دچار بیماری روانی بوده‌اند و زندگی مفیدی داشته‌اند نگرش‌های انگ‌زننده به بیماران را به چالش می‌کشد. تماس با افراد دچار بیماری‌های روانپزشکی ممکن است به شکل نقل و انتشار زندگی‌نامه این افراد، ساخت فیلم‌های مستند و سینمایی درباره زندگی‌شان یا تماس واقعی و رو در رو با آنان باشد. این تماس‌ها باید به شکلی باشد که باورهای قالبی را به طور تدریجی و ملایم به چالش بکشد و آرایه تصاویر بسیار اغراق‌شده از باورهای جامعه درباره افراد دچار بیماری‌های روانی ممکن است کارآیی چندانی نداشته باشد. افراد دارای اختلالات روانی می‌توانند با جمع کردن شجاعت خود برای صحبت کردن درباره بیماری خود و چالش‌های زندگی با آن در حلقه‌های خصوصی و عمومی، ارائه‌ی تجربه‌ی شخصی و زیسته‌ی خود و جایگزین کردن کلیشه‌ها و باورهای غلط عمومی با روایات حقیقی و ترغیب سایر بیماران اختلالات روانی به انجام این کار، کمک شایانی به کند کردن تیغ انگ و تبعیض علیه خود کنند.

۲ - آموزش: از طریق آموزش، اطلاعاتی به جامعه ارائه می‌شود تا بتواند درباره افراد دچار اختلالات روانی دقیق‌تر و آگاهانه‌تر بیندیشد و تصمیم بگیرد. هدف از آموزش ارائه‌ی اطلاعات گسترده و توأم با جزئیات درباره اطلاعات علمی مرتبط با بیماری‌های روانی نیست، بلکه هدف آن است که مخاطبان از واقعیت‌های ساده‌ای آگاهی یابند که باورهای نادرست اجتماعی درباره بیماری‌های روانی را سست کند. در این راهبرد کوشش می‌شود به دو سؤال اصلی برای درک بیماری‌های روانی پاسخ داده شود:

ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

تجربه‌ی ابتلا به بیماری روانی چگونه تجربه‌ای است؟ اگر فردی این تجربه را پیدا کند و دچار اختلال روانی شود، از چه روش‌های مؤثری برای تشخیص و درمان این حالت می‌تواند کمک بگیرد؟

ثابت شده است که به چالش کشیدن باور قالبی اجتماع درباره مسئولیت در افراد دچار اختلالات روانی («افراد دچار بیماری‌های روانی خود در ایجاد این مشکلات مقصرند و مسئولیت دارند»)، از طریق آموزش، می‌تواند اثرات قابل‌توجهی بر نگرش و رفتار افراد داشته باشد. تنها آگاهی دادن به مردم که بیماری روانی یک اختلال زیست‌شناختی یا هورمونی است که فرد در ایجاد آن کنترل چندانی ندارد، می‌تواند هم نگرش و هم رفتار افراد جامعه نسبت به این بیماران را به شکلی قابل‌توجه بهبود دهد. یک روش برای انجام این کار، مقایسه بیماری روانی با بیماری‌های شناخته‌شده‌ای مانند دیابت است (بیماری روانپزشکی یک اختلال شیمیایی یا هورمونی است. همان‌طور که فرد دچار دیابت را برای مصرف انسولین سرزنش نمی‌کنید، فرد دچار بیماری روانی را هم نمی‌توان برای ابتلا به این اختلال مقصر دانست و سرزنش کرد).

۳ - اعتراض: در این راهبرد افراد، برای به چالش کشیدن انگ اجتماعی، نسبت به ارائه‌ی تصاویر غیر دقیق و خصمانه از بیماری‌های روانی اعتراض می‌کنند. انگ‌هایی که در این راهبرد مورد هدف قرار می‌گیرد انگ‌هایی است که به شکل عمومی و در سطح وسیع اجتماعی زده می‌شود (برخلاف تماس و آموزش که اغلب مربوط به نگرش‌های شخصی افراد است) و بر اساس ماهیت و عمومی بودن‌شان اثرات گسترده‌تر و مخرب‌تری دارند. گروه‌های هدف برای این نوع مداخلات شامل روزنامه‌ها و مجلات، نمایش‌های تلویزیونی، شرکت‌های تولید فیلم، شبکه‌های رادیویی، شرکت‌های تبلیغاتی، قانون‌گذاران، کارفرماها و مانند آن هستند.

اعتراض دو جزء اصلی دارد:

پیامی اخلاقی به اجتماع می‌دهد که انگ و تبعیض نسبت به افراد دچار اختلالات روانی نادرست است و تحمل نمی‌شود. باعث می‌شود انگ اجتماعی و رفتارهای تبعیض‌آمیز با پیامدی منفی برای مسببان آن همراه باشد.

علاوه بر ایجاد بستر ارائه‌ی گسترده‌ی خدمات قابل دسترسی در زمینه‌ی سلامت روان برای اقشار مختلف اجتماع، دولت می‌تواند و باید با ایفای نقش کلیدی در دست‌کاری هدفمند و سلامت محور فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌ها، زدودن خرافه‌ها و حذف مطلق و بی‌چون و چرای باورهای انحرافی از طریق آموزش هدفمند و ساختارمند، و بها بخشیدن به سلامت روان در دستور کار سیاست‌گذاران امور بهداشتی، فرآیند انگ‌زدایی از اختلالات روانی را تسریع کرده و مسئولیت و وظیفه خود در حفظ و ارتقای سلامت روان شهروندان را به جا آورد. اطمینان از سیاست‌گذاری برای عدم تبعیض در دسترسی به تحصیل و کار برای افراد دارای شرایط یا سندروم‌ها یا اختلالات روانی خاص، به طور ویژه وظیفه‌ی اختصاصی دولت و قانون‌گذاران است.

افراد غیر بیمار نیز برای حفظ سلامت روان خویش و داشتن زندگی با نشاط و پویا نیازمند دریافت خدمات سلامت روان، آشنایی با مهارت‌های زندگی و فرزندپروری، پیشگیری از اعتیاد، برخورداری از حمایت اجتماعی و حقوق شهروندی هستند. جامعه باید به جای تمسخر و تحقیر و برجسب زدن، به افراد بیاموزد بیش از پیش برای سلامت روان خود اهمیت قائل شده و از مراجعه به روانپزشک و روانشناس ترسی نداشته باشند.

د عصر امروز و در جامعه‌ی ایران که تعداد قابل‌توجهی از مردم دسترسی به اینترنت و اطلاعات دارند، مسئولیت آموزش بین دولت و افراد تقسیم می‌شود، به این مفهوم که در عین این که وظیفه‌ی اصلی آموزش اجتماع به‌ویژه در خصوص اقشار محروم و به‌حاشیه‌رانده‌شده - که اتفاقاً بیشتر در معرض آسیب‌های روانی هستند- بر عهده‌ی دولت است، این وظیفه از دوش آن دسته از مردم که دسترسی آسان به اینترنت و اطلاعات آزاد دارند ساقط نیست. برای این دسته از افراد، «ندانستن» عذر و بهانه‌ی موجهی برای ماندن در ناآگاهی و بروز رفتارهای نامناسب به دلیل این ناآگاهی یا سکوت محض محسوب نمی‌شود، بلکه چنان‌که در رویکرد «اعتراض» بیان شد، این دسته از مردم جامعه مسئولیت دارند تا با مطالبه از دولت، رسانه‌ها و نهادهای اجتماعی، مسئولیت اجتماعی خود در افزایش آگاهی خود و دیگران در راستای کاهش انگ و تبعیض اختلالات روانی را ایفا کنند.

افرادی که با اختلالات روانی مستقیماً دست به گریبان نیستند، می‌توانند با مراقبت در استفاده از کلمات دارای انگ و تبعیض نظیر دیوانه، روانی، مجنون، قرصی، موجی و سایر کلمات مشابه و اعتراض به کاربرد آن‌ها توسط سایرین، اعتراض به تبعیض‌های مبتنی بر اختلالات روانی که علیه بیماران مشاهده می‌کنند و مشارکت در افزایش بازنمایی روایات صحیح و اطلاعات علمی و تجربیات زیسته در این خصوص در حلقه‌های شخصی یا رسانه‌های اجتماعی خود، به کاهش انگ و تبعیض اختلالات روانی و آسان‌تر شدن دسترسی به خدمات سلامت در این حیطه کمک کنند. از یاد نبریم که هر فرد «سالم» می‌تواند در هر نقطه‌ای از زندگی به دلایل بیولوژیک یا محیطی در معرض آسیب و اختلال روانی قرار گیرد، و انجام این کارها توسط افرادی که «هنوز» درگیر اختلال روانی نشده‌اند، در واقع بسترسازی برای جامعه‌ای سلامت است که اگر فردا عضوی از آن دچار اختلال روانی شد، بتواند با امنیت و کرامت انسانی کمک حرفه‌ای مورد نیاز خود را دریافت کند.

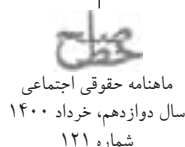
[۱] در این نوشته کلمه‌ی انگلیسی Stigma به معنی «انگ» به «انگ و تبعیض» ترجمه شده است تا بازتاب‌دهنده‌ی ماهیت مخرب این پدیده که غیر از انگ‌زنی، شامل تعصب به معنی داشتن عقاید و یا باورهای منفی درباره افراد که متفاوت هستند و تبعیض یعنی عمل کردن بر پایه‌ی این باورها و ایده‌ها در راستای اعمال تبعیض علیه افراد و گروه‌ها و محروم‌ساختن آن‌ها از حقوق انسانی برابر نیز باشد.

[۲] چنین باور قالبی‌ای می‌تواند اثرات هولناکی بر زندگی بیماران داشته‌باشد، فقط یک مثال این که بیماران اختلالات روانی نسبت به سؤاستفاده و آزار جنسی بسیار آسیب‌پذیرتر از سایر افراد هستند زیرا آزارگر می‌داند که احتمال باور شدن حرف ایشان از سوی دیگران به دلیل اختلال روانی حتی پایین‌تر از سطح معمول باورپذیری چنین اتهاماتی از سوی افراد فاقد اختلال روانی است.

منابع:

The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices
استیگما (انگ اجتماعی) و تبعیض درباره مشکلات مربوط به استفاده از مواد و بهداشت روانی، وبسایت Here to Help
شبکه سلامت
مداخلات انگ‌زدایی برای اختلالات روانپزشکی، دکتر سامان توکلی

Stigma towards patients with mental disorders:
Iranian Journal of Systematic Review in Medical
(Science) (IJSR





سلامت روان اقلیت‌های دینی و مذهبی زیر سایه سنگین سرکوب مداوم فرزاد صیفی کاران، نویسنده و روزنامه‌نگار



بهائیت، بابت، مندایی (صبی)، یارسان، ایزدی، سیک، شیطان‌پرستی و راتلیان در ایران وجود دارند که هیچ‌کدام به رسمیت شناخته نمی‌شوند و از هرگونه حقوق شهروندی و قانونی محروم هستند.

اقلیت بهایی در ایران، از جمله اقلیت‌های دینی است که بیشترین نقض حقوق و سرکوب در قبال آنها هم از سوی حکومت و هم از سوی جامعه صورت می‌گیرد. بهائیان از همان آغازین روزهای انقلاب اسلامی جزو اولین گروه‌هایی بودند که مورد شدیدترین سرکوب‌ها قرار گرفتند. بهائیت نه تنها در ایران به رسمیت شناخته نمی‌شود، بلکه آنها از انجام مراسم‌های دینی و عبادی، حقوق شهروندی، حق تحصیل و استخدام در مراکز و ادارات دولتی محروم هستند. طی چهار دهه گذشته بسیاری از اعضای جامعه بهائی در ایران اعدام شده‌اند، تعدادی توسط حکومت شامل ناپدیدسازی قهری شدند و همچنان بسیاری از بهائیان به دلایل مختلف بازداشت و به اتهامات همچون عامل کشورهای متخاصم، کفر، اقدام علیه امنیت ملی یا به احکام سنگین زندان می‌شوند و در موارد متعددی املاک و مستغلات آنها توسط حکومت مصادره می‌شود.

علاوه بر ریشه‌های تاریخی تقابل اسلام با دیانت بهائی، جمهوری اسلامی به تداوم هرچه بیشتر این تقابل و انکار و حذف بهائیان به شکلی کاملاً سیستماتیک دامن زده است.

رهبران جمهوری اسلامی، از جمله آیت‌الله خمینی و رهبر فعلی، علی خامنه‌ای، مواضع تندی علیه بهائیان اتخاذ کرده‌اند که همین دست نیروهای امنیتی و دستگاه قضایی را برای سرکوب بهائیان باز گذاشته است. در جلد سوم کتاب صحیفه امام صفحه ۲۳۷ خمینی، بهائیان را این‌گونه توصیف می‌کند:



ماهنامه حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

«هر شخصی حق دارد از آزادی اندیشه، وجدان و دین بهره‌مند شود. این حق مستلزم آزادی تغییر دین یا اعتقاد و همچنین آزادی اظهار دین یا اعتقاد، در قالب آموزش دینی، عبادت‌ها و اجرای آیین‌ها و مراسم دینی به تنهایی یا به صورت جمعی، به طور خصوصی یا عمومی است.» ماده ۱۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر

ایران سرزمینی مملو از گوناگونی‌های است. از تفاوت‌های زبانی گرفته تا فرهنگ و ادیان و فرقه‌های مذهبی متنوع در آن وجود دارد. اگرچه تعداد انگشت‌شماری از ادیان در ایران به رسمیت شناخته شده، اما همواره نقض حقوق پیروان ادیان و مذاهب، حتی ادیان رسمی از جمله معضلات گریبان‌گیر جامعه به شکل گسترده‌ای در چهل سال گذشته بوده است.

بر اساس اصل ۱۲ قانون اساسی تنها دین رسمی در ایران اسلام و شیعه جعفری اثنی عشری است و این دین الی‌الابد غیر قابل تغییر است و مذاهب چهارگانه اهل سنت دارای احترام ذکر شده‌اند. بر اساس اصل ۱۳ قانون اساسی، مسیحیت، یهودیت و زرتشتیت اقلیت‌های دینی شناخته شده‌اند که برابر با قانون اجازه انجام امور و مراسم دینی خود را دارند. مسیحیت و یهودیت از جمله ادیان ابراهیمی و سرچشمه اسلام به شمار می‌روند و زرتشتی هم دین باستانی ایرانیان است، لذا ناگزیر بعد از انقلاب نیز به عنوان ادیان به رسمیت شناخته شده در کنار اسلام پذیرفته شدند. این ادیان رسمی بر طبق قانون اساسی از حقوق مدنی و سیاسی در نظام جمهوری اسلامی ایران برخوردار هستند، اما در عمل دست کم به جز پیروان اسلام/شیعی، مابقی موارد به شکل فراگیر نقض حقوق در قبال آنها صورت می‌گیرد. اما علاوه بر این چهار دین رسمی، ادیان و مذاهب دیگری همچون

«این طایفه ضاله، کافر و نجس هستند و ازدواج با آنها مجاز نیست و به حمام مسلمین نباید وارد شوند.»

علی خامنه‌ای نیز نظر مشابهی نسبت به بهائیان دارد و آنها را «نجس» و «گمراه» می‌خواند. در بخش استفتاهای وبسایت رهبر جمهوری اسلامی، نظرات او درباره بهائیان چنین بیان شده است:

«همه پیروان فرقه گمراه بهائیت محکوم به نجاست هستند و در صورت تماس آنها با چیزی، مراعات مسائل طهارت در رابطه با آنها، نسبت به اموری که مشروط به طهارت است، واجب است. ولی رفتار مدیران و معلمان و مربیان با دانش‌آموزان بهایی باید بر اساس مقررات قانونی و اخلاق اسلامی باشد. همه مؤمنین باید با حيله‌ها و مفسد فرقه گمراه بهائیت مقابله نموده و از انحراف و پیوستن دیگران به آن جلوگیری کنند.»

با در کنار هم قرار دادن به رسمیت نشناختن دیانت بهائی در قوانین ایران و همچنین نفرت‌پراکنی‌های راهبران جمهوری اسلامی علیه پیروان آئین بهائی، می‌توان به راحتی متصور شد که شهروندان بهائی در جامعه از ابتدایی‌ترین حقوق خود بهره‌مند نیستند و به عنوان یک اقلیت تماما تحت ستم و در معرض خشونت از سوی جامعه عمدتاً مسلمان و نهادهای حکومتی علی‌الخصوص نهادهای امنیتی و قضایی قرار دارند.

علاوه بر بهائیان، پیروان آیین یارسان، مندائیان، بابیان، سیک‌ها، ایزدهای و رائلان سرنوشتی مشابهی دارند. به رسمیت نشناختن این ادیان و آیین‌ها باعث شده تا بسیاری از آنها مانند پیروان آیین یاری و مندائیان این خلاء قانونی را با معرفی خود به عنوان پیروان ادیان رسمی پر کنند و از این طریق بتوانند ابتدایی‌ترین حقوق خود را به دست بیاورند. در حقیقت آنها ناگزیر هستند هویت دینی/مذهبی خویش را انکار/پنهان و با هویتی جعلی برای برای به دست آوردن حداقل‌ها در جامعه به زندگی بپردازند.

در سال‌های گذشته بسیاری از پیروان این آیین‌ها بارها بازداشت شده‌اند و صرفاً به واسطه اعتقاد به آیینی غیر از اسلام احکام زندان، تبعید، و مصادره اموال علیه آنها صادر شده است. در موارد متعددی اماکن مذهبی و مقدس آنها تخریب یا به زور بسته شده است. به همین جهت بسیاری از پیروان این ادیان و آیین‌ها به اجرای مراسم و فرایض دینی خود به صورت مخفی روی آورده‌اند.

پیروان اهل تسنن در ایران دومین گروه مذهبی بعد از اهل تشیع هستند، اگرچه آنها مشکلات کمتری نسبت به دیگر اقلیت‌های دینی و مذهبی دارند، اما در خارج از شهرهای سنی‌نشین از جمله تهران به عنوان پایتخت از داشتن مسجد برای انجام امور مذهبی بی‌بهره هستند. طی چهار دهه گذشته بسیاری از شهروندان سنی و علمای اهل سنت به دلایل مختلف عقیدتی-سیاسی بازداشت، زندانی و حتی اعدام شده‌اند، علی‌الخصوص در استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان و کرمانشاه.

اقلیت دینی مسیحی، کلیمی و زرتشتی اجازه انجام مراسم و امور دینی خود را دارند و به صورت محدود برخی از عبادتگاه‌های آنها همچنان باز است، اما به شدت تحت کنترل هستند، اجازه و امکان بهرهمندی از بسیاری از حقوق شهروندی و سیاسی را ندارند. حتی امکان معرفی و تبلیغ دیانت خود را ندارند. افرادی که تغییر مذهب داده و به عنوان نوکشین به یکی از این سه دین قانونی در ایران گرایش پیدا کنند، هم از لحاظ شرعی و هم قانونی

مرتد (کسی که از دین خارج شده) شناخته شده با احکام سنگین زندان، شلاق و در مواردی اعدام روبه‌رو خواهند شد.

دراویش گنابادی که از سلسله صوفیه نعمت‌اللهی و مسلمان شیعه هستند، از جمله دیگر اقلیت‌های مذهبی در ایران به شمار می‌آیند که در سال‌های تحت شدیدترین سرکوب‌ها قرار گرفته‌اند. سال ۱۳۹۶ در جریان واقعه گلستان هفتم صدها درویش که برای ممانعت از بازداشت قطب دراویش گنابادی نورعلی تابنده مقابل منزل او چندین روز تجمع مسالمت‌آمیز کرده بودند، با یورش نیروهای امنیتی به خشونت کشیده و بسیاری از آنها بازداشت و زندانی شدند. در جریان اعتراض‌های گلستان هفتم دستکم ۱۸۰ زن و مرد درویش گنابادی زخمی شدند. تعدادی از آنها همچنان در زندان به سر می‌برند. محمد ثلاث که در اعتراض‌های سال ۹۶ بازداشت شده بود، با حکم دادگاه اعدام شد.

در سال‌های گذشته تعداد زیادی از شهروندان اهل تسنن، بهائی، مسیحی و پیروان دیگر ادیان در ایران تحت حاکمیت جمهوری اسلامی به دلایل و اتهام‌های مختلف اعدام شده‌اند. در حال حاضر زندانیان عقیدتی زیادی نیز که پیروان این ادیان و مذاهب هستند در زندان‌های سراسر ایران به سر می‌برند.

آنچه که واضح و مبهره است، سرکوب، به رسمیت نشناختن، بازداشت و صدور احکام سنگین علیه اقلیت‌های دینی در ایران، آنها را به گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه تبدیل کرده است. از جمله مخرب‌ترین پیامدهای این برخورد با اقلیت‌های دینی و مذهبی موجب قطع احساس تعلق آنها با جامعه و هرچه بیشتر منزوی شدن و بسته‌تر شدن این گروه‌های تحت ستم خواهد شد.

تبعیض و محروم کردن اقلیت‌های دینی غیرمسلمان از حقوق قانونی، شهروندی، اجتماعی و انسانی‌شان آنها را به ناشهرواندانی تبدیل می‌کند که در جامعه احساس امنیت و آرامش را از آنها سلب می‌کند. یکی از بارزترین نمودهای این ستم علیه اقلیت‌های دینی و مذهبی، وادار کردن آنها به انجام مراسم‌ها و فرائض دینی‌شان به صورت مخفی و زیرزمینی در ایران است. برای مثال نوکیشان مسیحی از هراس زندان و مواجهه با صدور احکام سنگین، نه تنها تغییر دادن دین خود را مخفی/انکار می‌کنند، بلکه برای انجام امورات مذهبی به کلیساهای خانگی پناه برده‌اند.

بهائیان ایران که از حق تحصیل برخوردار نیستند، ناچارند برای تحصیل به مدارس مخفی یا آموزش‌های خصوصی روی بیاورند. یکی از شدیدترین سرکوب‌های علیه بهائیان در ۱۰ سال گذشته، پرونده «بهائیان گلستان» در دولت حسن روحانی اتفاق افتاد، رئیس جمهوری که یکی از وعده‌های انتخاباتی‌اش از بین بردن سرکوب اقلیت‌های دینی برد. در جریان این پرونده ۲۲ بهائی که در استان گلستان بازداشت شده بودند، مجموعاً به ۲۳۷ سال زندان محکوم شدند. این تنها یکی از بزرگ‌ترین بازداشت‌های دسته‌جمعی بهائیان بود، بلکه آنها به شدت در بازجویی‌ها مورد شکنجه قرار گرفته بودند. جامعه سالم و روان جمعی سلامت تنها زمانی تحقق پیدا خواهد کرد که همه اقشار آن جامعه از اقلیت‌های دینی و مذهبی گرفته تا جنسی و جنسیتی، اتنیکی، زبانی و غیره، همگی از تساوی حقوق برخوردار باشند.

ماهانم حقوقی اجتماعی
سال دوازدهم، خرداد ۱۴۰۰
شماره ۱۲۱

حکایت

ماهانهای حقوقی اجتماعی خط صالح
شماره ۱۲۱ - خرداد ۱۴۰۰ - سال دوازدهم

ISBN 978-1-7332858-1-0
90000 >



9 781733 285810