

Principles, Criteria and Challenges of Criminal Law and Forensic Medicine in Diseases Leading to Non-Endurance of Imprisonment*Daryoush Valinavaz¹, Javad Vahedyzadeh²***Abstract**

Punishment does not always guarantee the resocialization of delinquents and in some cases, the non-endurance of punishment by delinquents is more appropriate with a perpetrator and in accordance with criminal law and criminology. With all the severity in pursuit of the goals of the criminal justice system, the specific regulations of exemption are discussed by the opinion of the forensic medicine expert in the case of illness on the execution of a punishment in the intensification or delay of recovery and special conditions of women. Obtaining the required conditions for the legislator beside of a range of diseases and the development of therapeutic methods has led to get a great way to issue expert opinions by the forensic medicine; Therefore, it is necessary to develop specific, scientific and benchmarking criteria. The aim of this study, in addition to explaining the desired meaning of the legislator in criminal law is to describe the precise criteria for the non-endurance of imprisonment in the various diseases. Our criminal laws, despite the special attention to Criminal disease, is facing with using general terms and insisting to punish, even by assuming loss on individuals, not paying attention to contagious diseases, not having a prison with separate units and necessary therapeutic equipments as a shortage. The classification of all kinds of diseases by mentioning the examples and reasons for non- endurance of imprisonment is along with the standard and scientific criteria to present the expert opinions on non- endurance of imprisonment are among the results.

1 Master in Law, Department of Law, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. (Corresponding author)

Email: dvalinavaz@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Keywords

Forensic Medicine, Criminal Law, Imprisonment

Please cite this article as: Valinavaz D, Vahedyzadeh J. Principles, Criteria and Challenges of Criminal Law and Forensic Medicine in Diseases Leading to the Non-Endurance of Imprisonment. Iran J Med Law 2018; 12(44): 143-174.

مبانی، معیارها و چالش‌های حقوق کیفری و پزشکی قانونی

در بیماری‌های منجر به عدم تحمل حبس

داریوش ولی‌نواز^۱

جواد واحدی‌زاده^۲

چکیده

اجرای کیفر همیشه تضمین‌کننده بازاجتماعی‌کردن بزه‌کار نیست و در شرایطی عدم تحمل کیفر توسط بزه‌کار مطلوب‌تر و مطابق با موازین حقوق کیفری و جرم‌شناسی است. با همه سخت‌گیری‌ها در راستای تحقق اهداف نظام عدالت کیفری، قانون شرایط خاص بزه‌کار را با کسب نظر کارشناسی پزشکی قانونی در بیماری نسبت به اجرای کیفر در تشدید یا تأخیر بهبودی و شرایط ویژه زنان را مورد تبیین قرار داده است. احراز شرایط مورد نظر قانونگذار در کنار طیف وسیعی از بیماری‌ها و پیشرفت روش‌های درمانی باعث شده است تا پزشکی قانونی راه خطیر و دشواری را در صدور نظرات کارشناسی داشته باشد. بنابراین لازم است معیارهای مشخص، علمی و محکمه‌پسندی را تهیه و تدوین نماید. در این تحقیق هدف این است که علاوه بر تبیین مراد مقنن در حقوق کیفری، با مشخص کردن معیارهای دقیق به علل عدم اجرای کیفر حبس در انواع بیماری‌ها اشاره نماید. حقوق کیفری ما علی‌رغم توجه ویژه به بیماری بزه‌کار، با به کار بردن الفاظ کلی و اصرار بر اجرای کیفرهای حدی حتی با فرض ضرر بر فرد، عدم توجه به بیماری‌های مسری، نداشتن زندان با بخش‌های مجزا و تجهیزات درمانی لازم با نقص رو به روست. دسته‌بندی انواع بیماری‌ها با ذکر مصادیق و علل عدم تحمل حبس در کنار معیار مدون و علمی برای اظهار نظر کارشناسی عدم تحمل حبس از جمله نتایج حاصله است.

۱. کارشناس ارشد حقوق جزا، گروه حقوق، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسؤؤل)
Email: dvalinavaz@yahoo.com

۲. استادیار، گروه معارف، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

واژگان کلیدی

پزشکی قانونی، حقوق کیفری، تحمل حبس

مقدمه

کیفر یا مجازات عقوبت و مشقتی است که قانون بر متخلفان در امور کیفری تحمیل می‌کند (۱). بیماری هر گونه انحراف از ساختار یا عمل طبیعی در هر قسمتی از بدن که با یکسری علائم و نشانه‌هایی مشخص می‌گردد (۲) و پزشکی قانونی هنر کارشناسی در مسائل مربوط به علوم پزشکی در راه کمک به تنظیم قوانین و اجرای عدالت می‌باشد (۳). صرف نظر از مطلوب یا نامطلوب بودن حبس، قدر مسلم این است که مقصود قانونگذار، معلول یا معدوم کردن بزه‌کار نیست (۴). امروزه حقوق کیفری از حالت انتزاعی و ذهن‌گرایی صرف خارج گردیده و در پرتو یافته‌های جرم‌شناسی و علمی به ویژه علم پزشکی، به سمت عینیت و واقع‌گرایی گرایش پیدا کرده و بزه‌کاران دارای شرایط ویژه را از تحمل کیفر به صورت موقت و یا دائم معاف کرده است. در این راستا ماده ۵۰۲ ق.ا.د.ک تشدید یا تأخیر در بهبودی را مبنای تعویق یا تبدیل مجازات برشمرده که احراز آن با نظر کارشناسی پزشکی قانونی است. با وجود انواع بیماری‌ها و پیشرفت علم پزشکی در امر درمان، رسیدن به مراد مقنن کار سختی خواهد بود، لذا عملکرد و معیار این سازمان در معاینه بیماران جای بحث فراوانی دارد. فراوانی احکام حبس، ترفندی به نام تمارض، مرگ محکومان، عدم درمان عمدی، خطر بیماران روانی زندانی برای خود و دیگران، احتمال سرایت بیماری‌های مسری، وضعیت خاص محیطی و بهداشتی زندان‌ها ضرورت تحقیق در این امر را می‌رساند.

روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف از نوع بنیادی کاربردی است، زیرا علی‌رغم توسعه دانش حقوق و پزشکی قانونی، نتایج و پیشنهادهای ارائه‌شده، می‌تواند مورد استفاده متولیان امر قرار گیرد. بر اساس ماهیت و روش از نوع توصیفی - تحلیلی است. اطلاعات به روش کتابخانه‌ای و از طریق فیش‌های مطالعاتی گردآوری و سرانجام به روش عقلانی - منطقی تجزیه و تحلیل شده است.

۱- تاریخچه، مبانی و دیدگاه‌های حقوق کیفری در عدم تحمل حبس

رویکرد تاریخ و تحولات ایجادشده در اعصار مختلف با تاسی از مکاتب کیفری در خصوص زندانیان بیمار با مد نظر قرارداد اهدافی که برای مجازات‌ها در نظر گرفته شده است و توجه

قانونگذار به تأثیر بیماری در عدم تحمل حبس در انواع مجازات از لحاظ طبقه‌بندی موضوعی، در این بخش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۱- **تاریخچه و مبانی نظری:** مجازات‌های شدید بدنی و استفاده از زندان‌های سرد و تاریک و نمود از خصوصیات مهم عصر قدیم بود (۵). نهضت اصلاح‌طلبی در بنیان‌های سیاسی، اجتماعی و حقوقی و... از قرن هجدهم آغاز شد و صاحب‌نظران با کوشش‌های خود، مکاتب عمده حقوق جزا را پایه‌گذاری کردند (۶) که در آن‌ها، اگرچه به طور مستقیم صحبت از بیماری به میان نیامده، اما در تعیین کیفر به مواردی، مانند اصل قانونی‌بودن، دوری جستن از تعصبات مذهبی، تخفیف مجازات، معاف و معاذیر قانونی، اعتقاد به فایده‌مندی کیفرها و عدم آسیب به مجرم، سن، سلامتی، وضعیت روحی و روانی و شخصیت مجرم، عدم مسؤولیت کیفری اطفال و مجانین و مسؤولیت نقصان یافته، اعتقاد به مجرم بیمار با کاربرد عام، دیدگاه عرف، زندان زدایی، درمان و اصلاح و تربیت مجرم، توجه شده است.

محققین دیدگاه اسلام را هم‌سو و حتی فراتر از مکاتب کیفری دانسته‌اند (۷). اگر عقل در مواردی قطعاً به این نتیجه برسد که اجرای حد در زمان یا مکانی خاص مصلحت نداشته یا با مصلحت مهم‌تری تزاخم پیدا نموده یا مفسده داشته باشد، حد موقتاً تعطیل یا به کیفیت دیگری اجرا خواهد شد. مانند تأخیر در اجرای حد زنان باردار و مجرم بیمار، تغییر کیفیت اجرای حد در مورد مریض (۸). از سوی دیگر زندان به عنوان راه‌کار شایع مورد استفاده شرع قرار نگرفته است (۹). از قول برخی فقهای شیعه جایز نیست مریض زندانی شود، به دلیل قاعده نفی ضرر و حرج و یا با استناد به این‌که زندانی از بین برود، ولی در آرای مذاهب دیگر در صورت وجود پرستار آزاد نمی‌شود (۱۰).

۱-۲- **اهداف مجازات:** در آینه مکاتب کیفری برخورد قانونی با بزه‌کار از آن روست که او با رفتار خود مرزهای قانون را درنوردیده و قواعد موردپذیرش جامعه را زیر پا گذاشته است، لذا ارزش کیفر، در بارشدن اثر بر آن بوده و بدون ویژگی یادشده به کاری نامعقول دست زده‌ایم (۱۱)، لذا اهداف مجازات سودمندی، تشفی و انتقام، اجرای عدالت، به‌سازی، درمان و بازپروری و پیشگیری است (۱۲)، اما اگر بزه‌کار بیمار باشد، این اهداف اثر معکوسی داشته و تبدیل به نوعی انتقام کورکورانه و خصوصی خواهد شد. معنای عدالت هیچ وقت برابر با مساوات نبوده و

هیچ بیماری با اجرای کیفر متنه نشده، هیچ جامعه‌ای از مجازات مجرم بیمار درس عبرت نگرفته و عذوفت و دل‌رحمی نسبت به چنین مجرمی بیش از اثر اربابی و پیشگیری است. کیفر در اسلام، کفاره‌ای است که امکان اصلاح فرد خاطی را فراهم آورده و اهدافی نظیر پاسداشت حریم الهی، پوشش اثر گناه و بازدارندگی، فسادزدایی، کمال‌آفرینی، مهار گستره آزادی، سزادهی و مسؤولیت‌پذیری مطرح شده است (۱۲). نظام کیفری ایران با اقتباس از فقه اسلامی در توجیه مجازات، الگویی ترکیبی را دنبال کرده و مطابق با نوع جرم، اولویت اهداف مجازات را تعیین می‌کند. در این زمینه با چالش‌هایی در خصوص انسانی‌بودن مجازات‌ها و نیز انتقادهایی راجع به اصول تناسب رو به روست که به نظر می‌رسد در کنار سایر دلایل فراحقوقی، کارآمدی مورد انتظار را زیر سؤال برده است (۱۳).

۳-۱- طبقه‌بندی مجازات‌ها: از لحاظ موضوع مقنن در ماده ۱۴ ق.م.ا مجازات اصلی را به حد و قصاص و دیه و تعزیر تقسیم‌بندی نموده است. حسب تعریف قانون از حد در ماده ۱۵ ق.م.ا و با مد نظر قرارداد ماده ۲۱۹ همان قانون دادگاه نمی‌تواند کیفیت، نوع و میزان حدود شرعی را تغییر یا مجازات را تقلیل، تبدیل یا ساقط نماید که در ماده ۵۴۴ ق.ا.د.ک نیز مورد تأکید قرار گرفته است. با وجود اثبات مضر بودن کیفر بر بزه‌کار به دلیل ناتوانی یا بیماری، قانونگذار اصرار به اجرای کیفر داشته و ساز و کاری با عنوان عدم تحمل را پیش‌بینی نکرده است. تعزیرات مجازات‌هایی هستند که از جانب شارع میزان و کیفیت آن به عهده حاکم گذاشته که در ماده ۱۸ و ۱۹ ق.م.ا با توجه به نوع جرم و وضع مرتکب معین شده است. در بند ث ماده ۳۸ ق.م.ا یکی از جهات تخفیف در مجازات، بیماری ذکر شده است.

مجازات‌ها از لحاظ نوع با توجه به مشتقی که بر مجرم تحمیل می‌شود، تقسیم‌بندی شده است. در این موارد به نحوی حیات، آزادی، حقوق، شرافت و یا اموال محکوم در معرض خطر قرار می‌گیرد. یکی از مهم‌ترین مجازات‌های سالب آزادی، حبس می‌باشد. برابر مقررات قانونی، محکوم‌علیه را می‌توان به موجب حکم قطعی به صورت دائم یا غیر دائم یا موقت حبس کرد. از این نظر که آزادی رفت و آمد، اشتغال، سکونت در محل و... را از محکوم‌علیه سلب می‌کند، به آن مجازات سالب آزادی می‌گویند (۱۴). حبس حدی در مرتبه سوم سرقت و در تمامی درجات هشت‌گانه تعزیرات دیده می‌شود.

۴-۱- بیماری در حقوق کیفری: حقوق کیفری در کنار آیین‌نامه‌های اجرایی، بیماری‌های جسمانی و روانی و شرایط خاص زنان را در عدم تحمل حبس مورد توجه قرار داده است که در ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴-۱-۱- بیماری جسمانی: مطابق ماده ۵۰۲ ق.آ.د.ک که اصلی‌ترین محور تحقیق می‌باشد، اگر مجازات موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی شود، با کسب نظر پزشکی قانونی تا زمان بهبودی، اجرای مجازات به تعویق می‌افتد. در جرائم تعزیری اگر امیدی به بهبودی بیمار نباشد، تبدیل مجازات پیش‌بینی شده است. در شرح این ماده می‌توان گفت مقنن: ۱- به طور صریح بیماری جسمانی یا روانی در محکوم‌علیه را مد نظر قرار داده است؛ ۲- در قسمت اول ماده مذکور کلمه مجازات به صورت کلی ذکر شده، لذا با تأمل در متن ماده می‌توان به این نکته اشاره نمود که وجود بیماری اجرای مجازات حدی را نیز به تأخیر می‌اندازد تا بهبودی حادث شود؛ ۳- با قیدی که در تبدیل مجازات به انواع دیگر فقط در مجازات تعزیری آورده، به روشنی معلوم می‌گردد که مراد مقنن از تبدیل، مشمول مجازات حدی نخواهد بود.

استفاده از شرایط کلی تشدید یا تأخیر در بهبودی که از طرف مقنن پیش‌بینی شده است، یک لفظ کلی است و بررسی این شرایط دشوار خواهد بود، زیرا به روشنی مشخص نیست تا چه حدی بیماری باید تشدید و یا تأخیر در بهبودی چه مدت ادامه یابد. در جهت رسیدن به این نظر شاید توجه به ادامه ماده مزبور راه‌گشا باشد که امیدی به بهبودی را آورده است، یعنی نظر مقنن را این‌گونه می‌توان تفسیر نمود که تشدید یا تأخیر در بهبودی محکوم‌علیه در صورت اجرای کیفر حبس به گونه‌ای باشد که از نظر علمی دیگر علاجی برای بهبودی وی وجود نداشته باشد.

با توجه به ظرفیت زندان‌های ما در نگهداری از بیماران مسری و حسب ناقل بودن و سرایت به افراد دیگر در مراحل اولیه ابتلا به بیماری، لزوم توجه به این‌گونه بیماران در عدم تحمل حبس به وضوح ضرورت می‌یابد. در مذاقه با ماده مزبور مشاهده می‌شود که قانونگذار به این امر توجه ننموده است و تنها شرط را تأخیر در بهبودی و یا تشدید بیماری قرار داده است. همانطور که در بررسی‌های بعدی اشاره خواهد شد، در مراحل اولیه بیماری چنین وضعیتی وجود ندارد، اما خطر ابتلای سایرین وجود دارد، لذا به جاست قانونگذار در این امر توجه کافی ننموده باشد. باید خاطر نشان شویم که توجه مقنن به اظهار نظر کارشناسی از سوی پزشکی نمی‌تواند این امر

را پوشش دهد، زیرا اگر نظر به عدم تحمل حبس باشد، محاکم کیفری نمی‌توانند در خارج از چارچوب ماده مزبور عمل نمایند و به نوعی خروج موضوعی از اصل قانونی بودن جرائم و مجازات‌ها خواهد بود.

در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور (مصوب ۱۳۸۴ ش.) به طبقه‌بندی محکومان برحسب نوع و میزان، وضعیت جسمانی و روانی، معاینه قبل از پذیرش، بررسی سلامت جسمی، آزمون پزشکی، تأمین احتیاجات درمانی و بهداشتی، پیشگیری از سرایت بیماری‌ها، تهیه داروهای حیاتی، بستری در بهداری یا بیمارستان، مجزانگه‌داشتن، معاینه و معالجه، نظارت روزانه و بهداشت محیط توجه شده است، اگرچه زمینه اجرای بسیاری از موارد فوق در زندان‌های کشور فراهم است، ولی نمی‌توان در شهرهای محروم و دورافتاده چنین امری را متصور شد. تأمین نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران، نیاز به تجهیزات خاصی دارد که نمی‌توان آن را حتی در بیمارستان فراهم نمود، لذا تقلیل مسؤولیت زندان‌ها راهکار عملی این مشکل است.

از دیدگاه محققین آیین‌نامه‌ها خالی از اشکال نبوده و نواقصی را دربر دارند و در عمل حقوق زندانیان در بسیاری از موارد اجرا نشده است (۱۵).

۲-۴-۱- بیماری روانی: ضمن اشاره به ماده ۵۰۲ ق.آ.د.ک که بیماری روانی را نیز مد نظر قرار داده است، ماده ۵۰۳ همان قانون ابتلا به جنون پس از ارتکاب جرم را تا زمان افاقه از موارد تعویق حکم برشمرده است. به تصریح ماده ۱۴۹ ق.م.ا، تنها آن دسته از اختلالات روانی در ردیف جنون قرار گرفته و موجب عدم مسؤولیت کیفری می‌شوند که اراده و یا قوه تمیز را از مرتکب سلب کرده باشند. حکم مقرر در ذیل ماده ۱۵۰ ق.م.ا که صحبت از علائم بهبود و درمان کرده، مؤید آن است که جنون ادواری نیز مد نظر قانونگذار بوده است. ضمناً ق.م.ا مجنون را در چند حالت تصور نموده است: بزه‌کار، بزه‌دیده، مکره، مکره، مباشر، مسبب، دائمی، ادواری، سابقه جنون و مسلوب‌الاختیار. نداشتن مسؤولیت کیفری بزهکار در همه حالات فوق غیر منطقی است. در واقع قانونگذار مقید به فقه بوده و سعی نموده با تأمین نظر فقها به نحوی قانون را سر و سامان دهد، اما در عمل آنچه قابل درک است، بی‌توجهی به تناقض‌های آشکار در بین مواد قانونی و عدم دقت در تعیین مجازات، معاف یا تخفیف در کیفر است. در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها تشکیل پرونده شخصیتی، طبقه‌بندی، بستری و معالجه، نگهداری به

صورت مجزا وظیفه این سازمان برشمرده شده است، ولی فاصله قوانین شفاهی با عمل مستلزم زمان و هزینه و امکانات لازم است. بلامنازعه باید قبول نماییم که زندان‌ها فاقد امکانات و محل‌های خاص برای نگهداری و مراقبت از بیماران روانی است.

با توجه به عدم وجود قوانین لازم در خصوص شرح بیماری‌های روانی، لازم است قانون جامع بهداشت روانی و موارد کیفری و حقوقی مرتبط با بیماران روانی تدوین شده تا در محاکم قضایی امور قانونی این‌گونه بیماران با دقت و صحت بیشتری مورد رسیدگی قرار گیرد و از تضییع حقوق صاحبان حق پیشگیری شود (۱۶).

درک مرز جنون و عقل، امری فنی و پیچیده است. جنون درجاتی دارد و پی‌بردن به آن در مواردی که نمود خارجی و آشکار ندارد، جز برای پزشک متخصص و بدون آزمایش‌های دقیق و مستمر و طولانی امکان ندارد. طبق مواد ۵۷ و ۵۸ ق.ا.ح و ماده ۱۲۱۰ ق.م.ت.ت تشخیص و تعیین جنون امری ماهوی و در اختیار دادگاه است و دادگاه می‌تواند از کسان و نزدیکان و سایر مطلعین، تحقیقات لازم را به عمل آورد.

از دیدگاه برخی، قضات می‌توانند در داوری عرف را ملاک عمل قراردهند، ولی بهتر است تشخیص آن را مانند سایر موضوعات فنی به کارشناس محول نماید، چون جنون مفهومی پزشکی است و تشخیص آن مسأله دشواری است که به آسانی از عهده غیر متخصص برنمی‌آید، اما مطابق نظر مشورتی شماره ۷/۵۰ مورخ ۱۳۷۳/۱/۱۸، نظر کارشناس جنبه مشورتی دارد و دادگاه در صورتی که با اوضاع و احوال مسلم قضیه سازگاری نداشته باشد، به آن توجهی نمی‌کند (۱۷).

با وجود این اختلاف نظرها لازم است قانونگذار به این امر توجه نموده و تشخیص و احراز در یک ردیف و در عهده کارشناس امر قرار دهد. متأسفانه این ایراد در بسیاری از موارد پزشکی وجود دارد و بحث طریقت و موضوعیت نظر کارشناس از مباحث مورد اختلاف بین حقوقدانان می‌باشد.

بیماری‌های روانی ممکن است اساساً بدون رفع مسؤولیت جنایی، تنها سبب تقلیل مسؤولیت بشود. مفهوم تقلیل مسؤولیت یک بحث مجادله‌ای است و بعضی از صاحب‌نظران آن را رد کرده‌اند (۱۸)، لذا در هر شرایطی نمی‌توان با مختصر علائم اختلال شعوری یا عصبی و یا روانی یا شخصیتی در مجرم، وی را از هر گونه مجازاتی معاف بدانیم (۱۹). قانون برای مسؤولیت درجاتی قائل نشده است و مسؤولیت نسبی و مسؤولیتی که موجد تخفیف است، ناشناخته

مانده است. دادگاه به نقص قوای عقلانی آنان توجه می‌کند و از مزایای کیفیات مخفیه و تطبیق آن با وضع مجرم، مجازات را تخفیف می‌دهد. این سیستم نتیجتاً به محکومیت افراد ناقص‌العقل، به حبس‌های کوتاه‌مدت منجر می‌شود که نه ارزش ارعابی دارد نه ارزش درمانی.

به نظر عده‌ای از محققین باید جنون از مطلق بودن در قانون کنونی خارج شده و با معیار نسبی سنجیده شود (نسبی نمودن اثر جنون) تا اگر افرادی در طیف رافعین از مسؤولیت کیفری قرار نگرفته‌اند، از موجبات اخف و اشد، اقل و اکثر، تبدیل نوع محکومیت و... برخوردار شوند (۲۰). بی‌توجهی به این امر تا حدودی وهن احکام را به دنبال داشته و نمایشگر نقض قانون در افکار عمومی است، پس ضروری است مقنن به اختلالات روانی مادون جنون توجه ویژه نماید (۲۱). بی‌شک اراده کنترل و کنترل رفتار در یک فرد سالم تا فقدان اراده و کنترل رفتار در حالت جنون دارای ماهیت سیاه و سفید نمی‌باشد (۲۲).

۳-۴-۱- شرایط خاص زنان: در ماده ۵۰۱ ق.آ.د.ک قانونگذار نظر به تعویق هر نوع مجازاتی در زنان شریط ویژه را دارد، اما با آوردن حالت‌های خاص زنانگی مثل حیض و نفاس، بالواقع نمی‌توان نظر مقنن را به درستی دریافت که توجه به جنین است یا مادر، این امر با اصل شخصی بودن جرائم و مجازات‌ها در تضاد بوده، ولی به استناد نظریه مشورتی شماره ۴۱۳۷/۷ مورخه ۱۳۷۶/۱۲/۲۳ که عدم وجود فردی دیگر غیراز مادر را برای تغذیه نوزاد، یکی از موارد تأخیر مجازات دانسته، توجه به جنین را تقویت می‌نماید. عده‌ای معتقدند تفاوت‌گذاری ناشی از موقعیت‌های زیست‌شناسانه (بارداری و زایمان) و اجتماعی (مادری) است و معیار عدم تحمل کیفر و تبعیض مثبت نسبت به اشخاص متعلق با جنس زن انگاشته نمی‌شود، زیرا دختران و زنان غیر باردار و بی‌فرزند مشمول این سیاست کیفری ویژه نخواهند شد (۲۳). این نظر با توجه به بند «ث» ماده مذکور کمی مورد تردید قرار خواهد گرفت، زیرا در آن به کیفر و شرایط خاصی در جنس مونث توجه شده است.

مخالفین معتقدند: «بنا بر اصل برابری افراد در قبال قانون، حقوق کیفری ذاتاً غیر شخصی است و قانونگذار هنگام تعریف جرائم و تعیین مجازات‌ها از معیار دوگانه استفاده نمی‌کند» (۲۴)، اما موافقین می‌گویند: «در موارد استثنایی به عنوان یک امتیاز و حمایت برای برخی تابعان از این اصل عدول می‌شود. این تفاوت در مجازات به جهت تفاوت در ساختار طبیعی خلقت زن و مرد و تفاوت بین وظایف و تکالیف آن‌ها می‌باشد» (۲۵).

۲- مبانی پزشکی قانونی در عدم تحمل حبس

در جهت رسیدن به نظر مقنن در هر بیماری شرایط خاصی مطرح خواهد بود. در بعضی مواقع عدم درمان لازم باعث این امر خواهد شد. همچنین اجرای هر نوع کیفری با مد نظر قرارداد شدت بیماری و عوارض حاصله می‌تواند زمینه تشدید و تأخیر در بهبودی بیماری گردد که در این صورت اظهار نظر در خصوص هر فرد متناسب با عوامل زمینه‌ای مطرح شده خواهد بود. به عنوان مثال در فردی که مبتلا به بیماری قلبی عروقی است، حسب شدت بیماری تأثیر اجرای احکام کیفری چون شلاق یا حبس و یا تبعید متفاوت خواهد بود، چه بسا این فرد بتواند کیفر حبس را در شرایط مناسب محیطی با امکان ملاحظات درمانی تحمل نموده، ولی در فرض وجود شرایط بحرانی موضوع منتفی خواهد بود.

اقرار از جمله اصلی‌ترین ادله اثبات جرم است، لذا در صورتی که متهمی به دلیل بیماری، قدرت تفکر و تعقل و منطق خود را از دست بدهد، چنین اعتراف و اقراری فاقد وجهت قانونی است. در بیماران اختلال روانی استفاده از سایر مزایای قانونی نیز مطرح خواهد بود.

باید توجه داشت متهمی قادر به دفاع از خود است که از زمان و مکان و اطرافیان خود درک داشته و مبتلا به بیماری آزاردهنده نباشد. در این شرایط مدت استراحت برای درمان کامل و به دست‌آوردن قوای کامل برای دفاع پیش‌بینی می‌شود. در صورتی که متهم بازداشت باشد، اگر بهداری زندان مجهز باشد، مناسب‌ترین محل است و در غیر این صورت از بیمارستان‌های دادگستری و نیروی انتظامی و دولتی، باید بر حسب نوع و شدت بیماری استفاده شود. در مورد بیمارانی که بستری بوده، ولی قادر به دفاع از خود باشند، این نکته به مقام قضایی اعلام گردد، زیرا ممکن است با حضور بر بالین بیمار از او بازجویی شود (۱۹).

توجه پزشکان زندان به سلامت قبل از اجرای حکم و تحمل کیفر ضروری بوده و این موضوع با مستندکردن شرایط عمومی، فیزیکی و لحاظ‌کردن بیماری‌های داخلی محکوم، در پرونده وی تحقق یافته و کمک مؤثری به تشخیص ادعاهای محکوم و یا طرف مقابل پرونده برای مقایسه شرایط مجازات اعمال شده با وضعیت اولیه خواهد داشت (۲۶).

اگر زندانی مبتلا به بیماری علاج‌ناپذیر یا وخیمی گردد، با معاینه و مطالعه پرونده بالینی و مشاوره با پزشکان معالج و بهداری زندان اظهار نظر می‌شود. در این موارد با سه دسته بیمار رو به رو می‌شویم: ۱- بیمارانی که که تحت درمان دارویی و در حال کنترل هستند؛ ۲- بیمارانی

که تحت درمان دارویی هستند، ولی وضع آنان متغیر است؛ ۳- بیمارانی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان و یا مراقبت ویژه دارند. دسته اول و دوم قادر به تحمل حبس بوده، ولی دسته سوم قادر به تحمل حبس نخواهند بود (۱۹).

پزشکان قانونی به اتفاق پزشکان معالج، زندانی را معاینه و پس از انجام مشاوره معمولاً یکی از سه متن زیر را اعلام می‌دارند: ۱- رو به بهبود است می‌تواند برای ادامه درمان در بیمارستان زندان بستری شود و پس از بهبود به بازداشتگاه اعزام گردد؛ ۲- با درمان از شدت بیماری کاسته شده و لازم است به مدت ... روز دیگر تحت درمان باشد، با معاینه مجدد اظهار نظر خواهد شد؛ ۳- درمان‌ها مؤثر نبوده، حال بیمار وخیم است، احتمال خطر می‌رود (۲۷).

بارداری، زایمان و شیردهی از مسائل خاص زنان محسوب شده و گاه بزه‌کاران زن با ادعای مسائل فوق خواستار عدم تحمل کیفر هستند که به دلیل گذرا و موقتی بودن این موضوعات، عدم تحمل کیفر نیز موقتی بوده و در واقع تنها اجرای کیفر به تأخیر خواهد افتاد. در ارتباط با زن شیرده محدودیت بیشتری وجود دارد و معیار عدم تحمل کیفر در زمان شیردهی بسته به نظر پزشکی قانونی در ارتباط با در معرض خطر قرار گرفتن یا نگرفتن کودک به علت قطع شیر مادر است. در واقع زن در صورتی می‌تواند از این کیفیت قانونی استفاده کند که به کودک شیر بدهد. بنابراین اگر تغذیه کودک با شیر خشک باشد، عنوان زن شیرده بر مادر صدق نخواهد کرد. آنچه موجب تأخیر اجرای کیفر است، معیار شیردهی زن است نه شیرخوارگی کودک. اگر پزشکی قانونی آسیب و خطر را نسبت به کودک احراز کند، اجرای مجازات با صدور گواهی عدم تحمل کیفر تا رفع خطر سلامتی کودک به تأخیر خواهد افتاد (۲۳).

بزرگی رحم ناشی از سایر علل، بند آمدن قاعدگی در شروع یائسگی، ادامه قاعدگی در بعضی از زنان آبستن و امکان اشتباه در آزمون‌های حاملگی را از مواردی است که نباید پزشکی قانونی را به اشتباه بیندازد. آبستن شدن دختری که پرده بکارت سالم دارد، نادر نیست، لذا پزشک نباید به ظاهر امر اکتفا نماید و از انجام آزمایش‌های لازم برای تشخیص غفلت کند (۳).

آنچه باید مد نظر پزشکی قانونی قرار گیرد، تشخیص این امر است که امروزه با ورود روش‌های آزمایشگاهی و تشخیصی خاص اظهار نظر به طور صددرصد علمی بوده و امکان بروز اشتباه و خطا تقریباً به صفر رسیده است.

۳- معیارهای عدم تحمل حبس با ذکر مصادیق

با توجه به تعریف بیماری و درمان و بخشنامه داخلی سازمان پزشکی قانونی کشور، در این بخش معیارهای لازم در خصوص صدور گواهی عدم تحمل حبس برای بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۳- **بیماری‌های روانی:** از نظر پزشکی جنون انواع بسیار گوناگونی دارد. از جمله اختلالات نافذ مربوط به رشد، اسکیزوفرنی (جنون اطباقی) (Schizophrenia): روان‌گسیختگی، نوعی اختلال یا گروهی از اختلالات روانی که با اختلال در شکل و محتوای فکر (مثلاً هذیان‌ها و توهمات)، خلق (مثلاً خلق نامتناسب)، در تصویر از خویشتن و رابطه با دنیای خارج (مثلاً گوشه‌گیری، انزوا) و در رفتار (رفتارهای عجیب، غریب و بی‌هدف) مشخص می‌گردد (۲)، اختلال شبه‌اسکیزوفرنی (علائم جنون اطباقی به مدت کم‌تر از شش ماه)، اختلال اسکیزوافکتیو (Schizoaffective) (مخلوطی از علائم جنون اطباقی و اختلالات خلقی)، اختلالات هذیانی، اختلال جنون ناشی از یک وضعیت طبی عمومی، اختلال جنون ناشی از مصرف مواد مخدر و الکلی و...، بعضی از انواع اختلالات خلقی شدید واجد علائم جنون (مثل جنون ادواری) و... همانطوری که ملاحظه می‌گردد، در منابع قانونی تنها برای معدودی از انواع جنون معادل فارسی در منابع قانونی وجود دارد (۱۹).

بهرتر است مفهوم واقعی جنون در علم پزشکی و روانپزشکی تبیین، سپس با مفهوم قانونی و فقهی مقایسه و تطبیق داده شده و نهایتاً بهترین و نزدیک‌ترین مفهوم و تظاهرات روانی قابل تعریف عنوان جنون در تعبیر حقوقی آن بیان شود. در این نگاه بسیاری از مصادیق جنون که در نظریه‌های کمسیون‌های پزشکی قانونی واجد تعبیر جنون یا عدم جنون شده است، دچار ایراد خواهد بود (۲۸).

هذیان یا توهم به علت دچاربودن به نوعی روان‌پریشی یا ضایعات مغزی یا سوء مصرف مواد، رفتارهای تکانه‌ای یا جبری، اختلالات شخصیتی که سبب می‌شود جرم در موقعیت‌های غیر دلخواه قرارگیرد و یا این‌که در بعضی انواع این اختلالات، فرد مبتلا، تمایل زیادی به زیر پا گذاشتن قوانین و مقررات اجتماعی دارد، حالات تحریک‌پذیری، پایین‌بودن آستانه تحمل و سایر علائم نوروئیک (Neurotic): عصبانی، فرد عصبی که هیجان‌ات و احساسات در وی بر دلیل و منطق غلبه دارد (۲) بررسی می‌شود. در مواردی ممکن است یک بیمار روانی مرتکب جرم شده، اما جرم مطروحه ارتباطی به بیماری او نداشته باشد، مانند اقدام به سوء استفاده مالی در

محیط کار، توسط یک بیمار مبتلا به اختلال هذیانی نوع حسادت مرضی. در چنین مواردی با بررسی ماهیت و شدت بیماری، امکان مداوای آن در زندان، لزوم یک آزادی موقت و بستری در بیمارستان و یا عدم امکان تحمل کیفر به دلیل شدت یافتن بیماری توسط روانپزشک قانونی به دادگاه اعلام می‌گردد (۱۸).

در این امر ممکن است از مدارک بیمارستانی قبلی، بستری بیمار برای بررسی دقیق بیماری، مطالعه پرونده کیفری، کسب نظر از پزشک معالج استفاده شود. بهتر است مقام قضایی جرم ارتكابی و مجازات فرد را قید نموده و در صورت امکان به نزدیکان و مطلعین دسترسی داشته باشیم. پزشکی قانونی باید به جنون در زمان معاینه، هنگام ارتكاب بزه، عدم مسؤولیت تام یا نسبی، وقوع مجدد جرم و محل نگهداری را تعیین نماید. تشخیص نوع بیماری و یا سلامت شخص، تعیین تاریخ شروع بیماری، وضع بیمار در هنگام معاینه از نظر مسؤولیت کیفری و قدرت اداره امور، ناسازگاری با افراد خانواده و اجتماع، پیش‌بینی آینده بیمار، تأثیر درمان و احتمال عود بیماری از جمله نکاتی است که باید در یک گواهی روانپزشکی مد نظر قرار گیرد (۱۹).

البته معاینات دقیق، اخذ شرح حال از بستگان، بررسی پرونده بالینی و درمانی و یا سایر زمینه‌های تشخیصی، مثل افت در تحصیل، از دست دادن شغل و... در تشخیص جنون دائمی یا ادواری کمک‌کننده خواهد بود، زیرا گاهی بدون وجود این موارد در معاینه فردی که در حال حاضر در وضعیت جنون است، تشخیص این امر که بیماری فرد از نوع دائمی است یا در مرحله افاقه، کار سختی خواهد بود.

در حال حاضر بسیاری از بیماران روان‌پریش ناگزیر در زندان نگهداری می‌شوند. در صورت مشاهده هر گونه حالت بالقوه خطرناک و یا حالاتی که مستلزم مراقبت بیشتر هستند، باید انتقال بیمار از زندان به بیمارستان روانپزشکی را مد نظر قرار داد (۲۰).

در تحقیقات صورت‌گرفته در بین زندانیان شهرهای مختلف کشور، انواع اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پرخاشگری، روان‌پریشی، خودمغلوبی، خودشیفته و... دیده شده است. در تمامی این مطالعات به لزوم توجه و نیاز فوری رسیدگی به وضعیت روانی و پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی و روانی و زندان خاص بیماران روانی یا بستری نمودن در یک مرکز درمانی مجهز توصیه شده است (۲۹-۳۸).

از نتایج این پژوهش‌ها این نکته به دست می‌آید که زندان‌های ما مملو از مبتلایان به انواعی از اختلال روانی می‌باشند که تاکنون چاره‌ای برای این امر پیش‌بینی نشده است، هرچند در ماده ۱۸ ق.م.ا به تقلیل مسؤولیت اشاره‌ای نشده، ولی قاضی می‌تواند با توجه به وضعیت ذهنی و روانی متهم در مجازات وی تخفیف قائل شود. بند «ث» ماده ۳۸ ق.م.ا بر بیماری‌های روانی نیز حمل شده و موجب تخفیف یا معاف از مجازات خواهد بود که شامل جرائم تعزیری است. مطابق مواد ۵۰۲ ق.ا.د.ک می‌توان برای این بیماران تقاضای عدم تحمل حبس نمود که شرایط تشدید و یا تأخیر در بهبودی را دارد، به طوری که در بین سال‌های ۸۴ تا ۸۸ از میان ۳۵ نفر مورد ارجاعی جهت کارشناسی تحمل حبس به پزشکی قانونی اردبیل، برای ده نفر با تشخیص بیماری روانی از نوع اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو، افسردگی شدید و اختلال اضطراب پس از آسیب شدید (Post Traumatic Stress Disorder) صادر شده است (۳۹). نظر بر این است که قانون ماهوی با شکلی تفاوت بسیاری دارد، باید تقلیل مسؤولیت به نحوی در چارچوب موانع مسؤولیت کیفری وارد شود.

۲-۳- بیماری‌های واگیردار و مسری: بیماری‌هایی هستند که امکان سرایت آن از فردی به فرد دیگر به چهار طریق: مستقیم، آمیزی، مدفوع و حشرات وجود دارد. بروز مقاومت دارویی در عوامل بیماری‌زا و یا ناقلین آن‌ها، بازگشت مجدد برخی بیماری‌ها (بازپدید) و ظهور بیماری‌های جدید (نوپدید)، همه از دلایل لزوم توجه همه بخش‌های درگیر سلامت به این بیماری‌ها هستند که زندان‌ها نیز از این امر مستثنی نخواهند بود (۴۰). بی‌توجهی به وضعیت بهداشت و درمان زندانیان عواقب و پیامدهای ناگواری برای جامعه به همراه دارد که نمونه عینی آن را می‌توان در زندان‌های مختلف کشور در گسترش ایدز (AIDS) جستجو کرد. رعایت دقیق مفاد آیین‌نامه زندان‌ها برای پیشگیری، کشف، قرنطینه و مهار کردن بیماری‌ها ضروری است (۴۱). مطالعات صورت‌گرفته نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین زندان، اعتیاد و ایدز وجود دارد (۴۲-۴۵).

از میان پانصد نفر زندانی زن زندان‌های اوین، رجایی‌شهر و ورامین، هشت نفر به سفلیس (Syphilis) مبتلا بودند که سه نفر سابقه تزریق با سرنگ مشترک را ابزار داشته‌اند (۴۶).

مطالعات وسیعی در زندان‌های کشور صورت پذیرفته که وجود انواع هپاتیت (Hepatitis) در زندانیان به اثبات رسیده و ارتباط معناداری بین این بیماری با اعتیاد و ایدز دیده شده است (۴۷-۵۷).

در بررسی‌های صورت‌پذیرفته سل (Tuberculosis) در زندان‌های مختلفی دیده شده که ارتباط معناداری بین این بیماری با ایدز به اثبات رسیده است (۶۴-۵۸).

بیماری‌های مسری و عفونی نظیر ایدز، هپاتیت و سل در میان زندانیان به ویژه معتادان بسیار شایع است. باید مدیریت زندان در موارد اضطراری، دسترسی دائم و بدون تأخیر به مراقبت‌های پزشکی را در داخل و بیرون از زندان را تضمین کند (۶۵).

سابقه قبلی زندانی، خالکوبی، حجامت، دریافت خون، تماس جنسی مشکوک، عدم آگاهی از نحوه انتقال بیماری، سابقه بیماری آمیزشی، تزریق مواد مخدر، جراحی، استفاده از تیغ و سرنگ مشترک، مصرف الکل، ضرب و جرح، اعتیاد به هروئین و حشیش، فاکتورهای خطر در زندان و مدت محکومیت از عوامل مؤثر در شیوع بیماری‌های مسری در زندان‌ها است. دلایل عدم تحمل حبس در این دسته، بیمار و سایرین است. تأثیری که بیماری‌های مسری بر روی فرد می‌گذارد، از لحاظ افت عملکرد و از بین رفتن سیستم دفاعی بدن و فعالیت‌های ارگان‌های داخلی مد نظر قرار گرفته و نهایتاً بسیاری از بیماران نیاز به مراقبت ویژه درمانی و بیمارستانی خواهند داشت. با توجه به امکان انتقال و سرایت این بیماری‌ها به سایرین حتی در مراحل اولیه که تشخیصی صورت نگرفته و علائمی در بیمار دیده نمی‌شود، خطر برای دیگران از نظر ابتلا به بیماری وجود دارد، البته وجود بخش جداگانه در زندان نیز جوابگوی مشکل نخواهد بود، زیرا در مراحل پایانی نیاز به درمان و بستری و مراقبت در بیمارستان به صورت دوره‌ای و در انتهای پیشرفت بیماری به صورت پیوسته تا سرانجام مرگ وجود دارد که تجهیز زندان به بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستانی امکان‌پذیر نیست. موارد فوق لزوم خروج این افراد از زندان را امری ضروری نموده است. سختگیری در صدور عدم تحمل کیفر از سوی پزشکی قانونی که مراحل نهایی بیماری را مد نظر قرار داده است، اگرچه موافق با نظر مقنن در ماده ۵۰۲ ق.آ.د.ک است، اما باید قانونگذار در ماده فوق به مسأله مسری‌بودن بیماری نیز توجه نموده و فقط تشدید یا تأخیر در بهبودی را ملاک امر قرار ندهد.

۳-۳- بیماری‌هایی که نیاز به مراقبت ویژه دارند: تقریباً برای هر بیماری شناخته‌شده‌ای در دنیا درمانی وجود دارد (به غیر از موارد استثنایی)، صدور گواهی عدم تحمل حبس در مرحله‌ای از بیماری امکان‌پذیر است که به درمان‌ها پاسخ نداده و عوارض به وجود آمده به حدی زیاد هستند که دیگر امیدی به درمان و بهبودی وجود ندارد. در این مرحله درمان‌ها صرفاً از نوع حمایتی و نگهدارنده و در جهت تسکین درد و کاهش عوارض می‌باشد.

در این گروه می‌توان به این بیماری‌ها اشاره نمود: آرتریت (Arthritis)، روماتیسم مفصلی (Rheumatoid Arthritis)، اسپوندیلیت انکیلوزان (Ankylosing Spondylitis)، اسکروز جانبی آمیوتروفیک (Amyotrophic Lateral Sclerosis)، لوپوس (Systemic Lupus Erythematosus)، مولتیپل اسکروزیس (Multiple sclerosis)، سوختگی، پسوریازیس (Psoriasis)، میوپاتی (Miopathy)، نوروپاتی (Neuropathy)، استوما (Stoma)، سرطان یا چنگار، کاشکسی (Cachexia)، آدیسون (Addison)، بهجت و پارکینسون (Parkinson) یا فلج لرزان فقط در مراحل تشدید.

هموفیلی (Hemophilia) که بیمار از دو طریق تهدید می‌شود: ۱- عوارضی که خود بیماری دارد؛ ۲- ابتلا به بیماری‌های ویروسی نظیر ایدز و هپاتیت (۶۶).

نتایج مطالعات صورت گرفته از وجود ارتباط معنادار این بیماری با ایدز و هپاتیت را به اثبات رسانده است (۶۷-۷۱).

محدودیت حرکتی و نیاز به مراقبت و همراهی و اقدامات پرستاری ویژه و از بین رفتن عملکرد ارگان‌های داخلی و یا به نوعی نقص عضوی در این بیماران وجود دارد. اگر فرد در حبس باشد، نیاز به داشتن یک پرستار یا همراه برای چنین افرادی امکان‌پذیر نبوده و در شرایط کنونی زندان‌های ما فاقد چنین بخش‌های مجهز درمانی برای نگهداری این‌گونه افراد هستند.

بیماران قطع نخاعی علاوه بر فلجی دست و پاها دچار عوارض دیگری نظیر بی‌اختیاری ادرار و مدفوع ... نیز گردیده و در این حالت نیاز به مراقبت‌های ویژه بهداشتی و درمان‌های حمایتی خواهند داشت، در این وضعیت عدم تحمل حبس مطرح خواهد بود.

ناهنجاری‌های شکل قفسه سینه در صورت ابتلای فرد به سایر ناهنجاری‌های داخلی جواز عدم تحمل حبس دارد.

در پیوند ریه (Lung Transplantation)، قلب (Heart Transplantation) و کبد (Liver Transplantation)، سیر پیشرفت بیماری تا رسیدن به مرحله پیوند به صورت تدریجی است و این امر تأثیر در سایر ارگان‌های مرتبط با عضو اصلی را به همراه دارد، لذا در برخورد با بیماران پیوند فوق که از اعضای مهم داخلی بدن هستند، نباید صرفاً به عضو پیوندی و بهبود وضعیت کارکرد آن توجه نمود، بلکه باید بسیار محتاطانه عمل نموده، زیرا اندکی غفلت چه بسا باعث مرگ بیمار گردد.

۳-۴- بیماری‌های که به درمان‌های ویژه نیاز دارند: در معرفی اجمالی این دسته از بیماری‌ها می‌توان گفت که پیشرفت بیماری و تأثیر در ارگان هدف و یا سایر ارگان‌های مرتبط، علاوه بر درمان دارویی در جهت کاهش عوارض ایجاد شده و بهبود اختلالات، نیاز به مداخله درمانی مستقیم و استفاده از تجهیزات خاص بیمارستانی با امکانات ویژه خواهد بود. انجام آزمایش‌های مستمر در جهت بررسی تأثیر داروها و میزان اختلالات ایجاد شده در بدن و همچنین مراقبت ویژه از بیمار برای جلوگیری از بروز عوارض شدید و یا در مواقعی جلوگیری از خطر مرگ نیاز به بستری در بیمارستان را ایجاب می‌نماید که این امر در مراحل اولیه بیماری‌ها به صورت دوره‌های کوتاه‌مدت و با پیشرفت بیماری بستری‌ها به صورت بلندمدت خواهد بود.

در این گروه می‌توان به سیروز کبدی (Cirrhosis) که تحقیقات بسیاری از ارتباط این بیماری با بیماری هپاتیت را به اثبات رسانده است (۷۵-۷۲).

کبد چرب، افزایش فشار خون ریوی (Pulmonary Hyper Tension)، بیماری مزمن انسدادی ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)، نارسایی قلبی، کاردیومیوپاتی (Cardiomyopathy)، نارسایی کلیوی، دیابت (Diabetes)، سندرم کوشینگ (Cushing Syndrome)، آسم (Asthma)، بیماری‌های التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease) اشاره کرد.

این بیماری‌ها در مراحل اولیه با نظارت پزشکان زندان بر مصرف دارو با استفاده از تجهیزات درمانگاهی زندان‌ها قابل کنترل خواهد بود، اما با پیشرفت عوارض، این افراد به بستری در مراکز درمانی مجهز به بخش‌های مراقبتی ویژه نیاز خواهند داشت، اگرچه این امر به صورت موقتی و تا رفع حالت خاص اورژانسی است، اما دوره نقاهت و زمان لازم برای رسیدن به وضعیت عادی

هم مطرح خواهد بود. در واقع هیچ ضریب اطمینانی برای بهبودی و ازسرگرفتن روند عادی زندگی برای بیمار تصور نمی‌شود، چه بسا بیمار در دوره نقاهت، با شیوع عوارض مجدداً نیاز به مراقبت ویژه درمانی و نگهداری در بیمارستان را داشته باشد که این روند با شروع اختلالات عملکردی اعضای داخلی و یا تغییر وضعیت‌های غیر منتظره نظیر استرهای وارده محیطی (گرما، سرما، آلاینده‌های موجود در هوا، سر و صدا و...) قابل پیش‌بینی خواهد بود، مثلاً بیماران آسمی در وضعیت عادی می‌توانند با دارو درمانی و استراحت در منزل و نهایتاً در شرایط خاص با مراجعه کوتاه‌مدت به بیمارستان، بهبودی نسبی خود را باز یابند، اما در زندان و شرایط محیطی حاکم در آن، کنترل بیماری مشکل می‌شود. با وجود شرایط و آلاینده‌های محیطی نظیر مصرف سیگار، حمله‌های آسمی بیشتر و کنترل مشکل شده و باعث تأخیر در بهبود احتمالی و تشدید بیماری خواهد بود.

در پاتولوژی قانونی نایت بیماری آسم یکی از مواردی است که در ردیف مرگ‌های طبیعی در بین زندانیان برشمرده شده است (۷۶).

همچنین خاطرنشان می‌شویم در بسیاری از موارد فرد تحت شرایطی مانند حوادث، بیماری‌های حاد و یا مزمن قابل درمان، نیاز به جراحی و بستری در بیمارستان را دارند. در این خصوص می‌توان به انواع شکستگی، خونریزی‌های داخلی و خارجی، جراحات و... ناشی از تصادفات، ضرب و جرح و... را نام برد. اقدام جراحی برای درمان بیماری‌های حاد یا مزمنی نظیر آپاندیس و... را می‌توان در این خصوص مثال زد، لذا در صورت بروز این موارد برای محکومین به حبس، نظر پزشکی قانونی عدم تحمل کیفر بطور موقت با معاینه مجدد خواهد بود. در معاینه مجدد، در صورت عدم نیاز به بستری بیمارستانی و طی دوره نقاهت تحمل کیفر بلا مانع خواهد بود.

۴- نقد چالش‌ها

با وجود معیارهای لازم و توجه مقنن به موضوع بیماری زندانی، پزشکی قانونی در تشخیص این امر همواره با چالش‌هایی رو به رو بوده است که در ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴-۱- مرگ محکومان: اگر زندانی مبتلا به امراض مهم باشد، بقای وی منوط به مساعی زندان برای درمان بیماری است. عدم درمان ناکافی و غیر مناسب و تأخیر در آن، مرگ زندانی را تسهیل و تسریع خواهد کرد.

بین ۱۵۰ نفر از زندانیان فوت شده در سال ۷۸-۷۴، علت مرگ بیماری‌های قلبی عروقی، تنفسی، گوارشی، روانی و اختلالات رفتار، عفونی و انگلی، عصبی، ادراری و تناسلی بوده و مواردی چون خودکشی، قتل، سوانح و حوادث غیر عمدی نیز مطرح بوده است. درخواست عدم تحمل فقط از سوی پنج نفر بوده که به غیر از یک مورد هیچ کدام مورد تأیید قرار نگرفته بود (۷۷).

حضور پزشک قانونی در صحنه جرم باعث می‌شود که اظهار نظر درباره علت جنایت و یا مرگ واقعی‌تر شده و از ایجاد شک و تردید در پرونده‌های قضایی جلوگیری شود (۲۶). لازم است جهت رد یا اثبات ادعای کوتاهی یا مسامحه زندانبانان و مشارکت آن‌ها در حدوث مرگ، یک کالبدگشایی دقیق انجام گیرد. زندانی ممکن است در طی دستگیری یا اندکی پس از آن فوت کند. مرگ زندانی علاوه بر حالت جنایی، خودکشی، اتفاقی، اعتیاد، الکلی، شکنجه و... امکان دارد منشأ کاملاً طبیعی (معمولاً قلبی عروقی) داشته باشد (۷۶).

با استناد به اصل قانونی و شخصی بودن جرائم و مجازات‌ها، مرگ محکومان می‌تواند زمینه‌ای برای طرح شکایت از سوی اولیای دم علیه دستگاه قضا و یا سازمان‌هایی نظیر زندان و پزشکی قانونی نسبت به عدم دقت در نگهداری و یا تشخیص را داشته باشد. زیرمجموعه بودن مرجع صدور حکم، مجری احکام و کارشناس تشخیص تحت نظر قوه قضاییه در ایران مشکل را دوچندان نموده است.

۲-۴- تمارض و تجنن: تقلب به ظاهر به یک بیماری (روانی یا جسمی) و یا نقض عضو است که معمولاً عمدی بوده و برای منظور خاصی انجام می‌گیرد (۷۸).

در صورت شک به تمارض، پزشکان قانونی باید در معاینات دقت نمایند، با ایجاد زمینه‌های تشخیصی مثل آزمایش‌های دقیق و تخصصی و اقدامات پاراکلینیکی مثل رادیولوژی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی و... تشخیص تمارض در بیماری‌های جسمانی، نسبتاً مقدور خواهد بود. در این موارد مواجهه‌شدن با گواهی‌های خلاف و برگه‌های آزمایش و پاراکلینیکی غیر واقع به دور از انتظار نیست.

باید به هنگام معاینه به تجنن که به صورت پافشاری در تداوم بیماری، توأم با مبالغه و حقیقی مطرح می‌شود (۱۹)، توجه شود. روانپزشکان قانونی راه سخت و دشواری را در تشخیص این وضعیت با حالت واقعی بیماری روانی و جنون دارند، زیرا این افراد بیش از حد تصور

حرفه‌ای عمل می‌نمایند. بستری فرد فرصتی طلایی است تا نا آموخته‌های خویش را با مشاهده رفتارهای بیماران واقعی بیاموزند. اگر بیمار واقعی در قالب تجنن فرض شود، با مجازات وی، تشدید حالت روانی و یا تأخیر بهبودی و در مواقعی با اقدام به خودکشی باعث مرگ وی شده‌ایم. در صورت عدم تشخیص، باعث رهایی مجرم از دست قانون و استفاده از کیفیت مخفیه‌ای شده‌ایم که سزاوار آن نیست.

۳-۴- عدم درمان: با مد نظر قراردادن انواع درمان (سببی، فعال، حفاظتی، علامتی، اختصاصی و حمایتی)، در بعضی مواقع عدم درمان دلیل عدم تحمل حبس خواهد بود. یکی از روش‌های پزشکی قانونی در بررسی عدم تحمل حبس صدور گواهی موقت با مراجعه مجدد و با تأکید بر درمان بیماری می‌باشد. در فرض قبول شرط درمان، ملاک و معیار برای این امر چیست؟ آیا توانایی بیمار به درمان و عواملی نظیر سن، جنس، میزان درآمد، زمینه بیماری، استرس، امکانات درمانی محل حادثه یا سکونت، هزینه و... باید مد نظر قرار گیرند؟

برخی ترک درمان را در موارد زیر موجه دانسته است: ۱- ناآگاهی مجنی‌علیه به اصل موضوع؛ ۲- عدم تمکن مالی و عدم توان جسمی؛ ۳- تصور اشتباهی در مورد تبعات؛ ۴- مجنی‌علیه بداند مداوا بی‌نتیجه است؛ ۵- به دلیل سهل‌انگاری و مسامحه ترک کند؛ ۶- حالت مشتبه باشد (۷۹).

اگر با اتمام مدت درمان و عدم اقدام به آن، تحمل حبس صادرشود، با توجه به باقی‌ماندن بیماری نظریه فوق خلاف مبنای علمی است. در طرف دیگر با صدور دوباره طول مدت درمان و تأیید عدم تحمل حبس، راه را برای فرار محکوم از چنگال عدالت فراهم نموده‌ایم. بهتر است با شرح مبسوط واقعه و عدم درمان بیماری از سوی محکوم، تصمیم‌گیری نهایی به عهده مقام قضایی واگذار شود.

نتیجه‌گیری

در مکاتب کیفری به طور مستقیم به مسأله بیماری مجرم پرداخته نشده، ولی با تفسیر اندیشه‌های مبتکران، می‌توان جای پای از توجه به این موضوع را دریافت. اسلام در زمینه حقوق کیفری جامع و مانع بوده که از این میان می‌توان به تأخیر در اجرای حد در زنان باردار و

مجرمان بیمار و تغییر در کیفیت اجرای حد اشاره کرد. دلیل این امر مفسده بیشتر اجرای حکم تعطیل عنوان گردیده است. حقوق کیفری اصرار به اجرای کیفرهای حدی دارد و ساز و کاری به عنوان عدم تحمل پیش‌بینی ننموده است.

مستفاد از ماده ۵۰۲ ق.ا.د.ک در جرائم حدی فقط امکان تعویق کیفر، اما در جرائم تعزیری در صورت احراز شرایط فوق امکان تبدیل مجازات پیش‌بینی شده است. مقنن تحت تأثیر شرع و قوانین بین‌المللی، اجرای احکام در مجرم بیمار را منع و حسب موضوع، راه‌کارهایی تعیین نموده است که از نقاط قوت حقوق کیفری ما محسوب می‌شود، اگرچه عدم توجه به بیماری‌های مسری و استفاده از اصطلاحات کلی از ایرادات آن می‌باشد. برخی مراد مقنن در ماده ۵۰۱ ق.ا.د.ک را توجه ویژه به زن و حالت فیزیولوژی خاص مطرح کرده‌اند، ولی علاوه بر آن، حیات جنین و دوران شیردهی نیز مطرح خواهد بود. در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها، به بیماری محکومان در سه محور: طبقه‌بندی، وضعیت جسمانی و بیماری در بدو ورود و بعد از آن و بهداشت محیط زندان توجه شده است، اما تا اجرایی شدن کامل آن راه طولانی در پیش است، زیرا تجهیز زندان‌ها برای نگهداری محکومان بیمار در مکان‌های مجزا و توجه به وضعیت سلامت همراه با مراقبت‌های ویژه و... مستلزم هزینه فراوانی است که خارج از توانایی نظام زندانبانی است، لذا باید به نوعی به تقلیل مسؤولیت زندانها فکر کرده، همچنین محاکم توجه خود را به مجازات‌های جایگزین معطوف نمایند که در ق.م.ا به عنوان نهادی جدید آورده شده است.

در محکومان به زندان، آنچه باید به عنوان ملاک و معیار از سوی پزشکی قانونی مورد توجه قرار گیرد، محکوم و امکانات محیط زندان از لحاظ تجهیزات پزشکی و محل نگهداری و وضعیت بهداشتی و... که در مطالعات انجام‌یافته این امر به صورت دقیق و علمی مورد دقت قرار نگرفته و اکثراً به درمان دارویی، تحت نظارت و نهایتاً بستری و مراقبت اشاره شده است. عدم دسته‌بندی و تبیین معیارهای دقیق و علمی معین از ایرادات پژوهشگران رشته پزشکی قانونی نسبت به این امر بوده، به طوری که بیشتر آن‌ها به روش معاینه و گواهی‌نویسی و نهایتاً به صدور گواهی عدم تحمل حبس به طور موقت با نیاز به معاینه مجدد را مطرح نموده‌اند. تبیین معیارهای بیماری‌های: روانی، مسری، نیاز به مراقبت ویژه، نیاز به درمان‌های ویژه همراه با ذکر مصادیقی از آن‌ها از دستاوردهای این تحقیق می‌باشد. علی‌رغم تأکید بر داشتن معیار مشخص

در ارزیابی بیماران برای عدم تحمل حبس، توجه به فرد از نظر جنس، سن و وجود سایر بیماری‌های زمینه‌ای و... باید به عنوان عوامل مؤثر فردی در نظر گرفته شود. یافتن راه‌کارهای شرعی و ممکن در جهت ساماندهی به حبس حدی بیماران، خصوصاً بیماران روانی، استفاده از مجازات‌های جایگزین حبس در احکام کیفری، ارائه اطلاعات دقیق مربوط به مجازات (نوع، مدت و...) از سوی محاکم کیفری به هنگام ارجاع فرد به پزشکی قانونی، الزامی بودن پذیرش نظر کارشناسی پزشکی قانونی از جانب محاکم کیفری، اجرایی کردن کامل آیین‌نامه زندان‌ها در امور بیماران محکوم، نگهداری بیماران مسری زندانی در بخش‌های مجزا، ایجاد (زندان بیمارستان) در نقاطی از کشور، تبیین معیاری کلی و جامع در جهت تشخیص بیماری‌های منجر به عدم تحمل حبس، بررسی دقیق بیماران در جهت جلوگیری از تمارض و تجنن و یا مرگ محکومان، تهیه و تنظیم بیماری‌هایی شناخته‌شده علم روانپزشکی که در تعریف جنون قرار می‌گیرند، از پیشنهادات این تحقیق است.

References

1. Jafari Langarodi MJ. Laws terminology. 15th ed. Tehran: Library Treasure of Knowledge; 2008. p.615. [Persian]
2. Dorlands W. Dorlands medical dictionary. Translated by Sedigi A. Tehran: Chehr; 2003. p.221, 540, 711. [Persian]
3. Gazaei S. Forensic Medicine. Tehran: University of Tehran Press; 1994. p.1-, 530, 532. [Persian]
4. Ardebili MA. General criminal law. 5th ed. Tehran: Mizan; 2010. p.142. [Persian]
5. Goldouzian I. General criminal law in Iran. Tehran: Tehran University; 2006. [Persian]
6. Walid MS. Criminal liability. Tehran: Amir Kabir; 1986. p.94. [Persian]
7. Rest AR. Check the teachings of Islamic criminal and penal provisions and their impact on Iran. karaj: Content writer pleadings class, graduate, Faculty of Law, Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2013. [Persian]
8. Salymi AH. Indecision the level of crime and punishment rely on the time and place. Women Strategic Studies 2002; 5(17): 146-176. [Persian]
9. Shams Nateri ME, Ganbarian Banoei M. The concept and nature of proscription. Teaching Criminal Law 2011; 1(2): 37-62. [Persian]
10. Tabasi N. Prisoner and prison low in Islam. 2nd ed. Translated by Ahmadi MA, Deilami B, Ramazani H. Qom: Garden Books; 2008. [Persian]
11. Ardebili MA. General criminal law. Tehran: Rate; 2001. p.34-38. [Persian]
12. Ebrahimpour Lialestany H. Purposes and principles of criminal law punishment in the two approaches and religious teachings. Qom: Garden Books; 2008. Units.2-3. [Persian]
13. Yazdyani Jafari J. Why and how punishment. Tehran: Islamic Culture and Thought Research Center; 2012. [Persian]
14. Shambayati H. General criminal law. Tehran: Majd; 2011. [Persian]

15. Talebi A. Iran statutory law, prisoners' law in Islam. Sabzevar: Master thesis Islamic Azad University of Sabzevar; 2010. [Persian]
16. Salehi M, Khodadadi N. Insanity cycle and criminal punishment from the perspective of law and psychiatry. Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.52. [Persian]
17. Sotoudeh Jahromy S. Comments Legal Department of the judiciary regarding criminal matters. Tehran: Official Journal; 1994. [Persian]
18. Saberi M, Mohammadi MR. A New Approach to Forensic Medicine Psychiatry. Tehran: Tabib; 2005. p.15, 55-56, 111-112. [Persian]
19. Goudarzi F. Forensic Medicine. Tehran: Gutenberg; 1998. p.7, 94, 295, 297, 1581, 1590-1601, 1603-1695. [Persian]
20. Yaguobi MK. Pattern modification of criminal laws insanitic on the basis of Psychiatry science. Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.6-7. [Persian]
21. Sadegi M. Paradigms will defect: Insanity and subnormal Insanity disorder on the basis of Iran's legal approach. Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.45. [Persian]
22. Ghasempouri KH, Masoudzadeh A. Delusional disorder and reduced entitlements responsibility (commutation). Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.48. [Persian]
23. Khani M, Laki Z, Nasrabadi MA. The lack of punishment, legal and medical principles and standards. Medical Law Quarterly 2013; 26: 113-140. [Persian]
24. Najafi Abrndabady AH. Complex article of women and the law punishment. Tehran: Salsabil; 2005. p.111. [Persian]
25. Mehrparvar H. Complex article of women and the law punishment. Tehran: Salsabil; 2005. p.57. [Persian]
26. Abedi Khorasgani MH, et al. Teaching forensic medicine for medical prison, of the Prisons Organization and Security and Corrective Measures. Tehran: Legal Medicine Research Centre; 2011. p.106-108. [Persian]
27. Goudarzi F, Kiani M. Forensic medicine for law students. Tehran: Samt; 2006. p.388-389. [Persian]

28. Attaran HR, Mohabbati H, Niknam H, Salari E, Parsa GH. The actual structure of insanity in law and Islamic law and its effect on the decisions of psychiatric commission law. Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.60. [Persian]
29. Forougan M, Dadkhah A, Avladabdolhady B, Delavar A. Personality disorders in women prisoners in Tehran and Karaj. *Social Welfare (Women's Pathology)* 2003; 3-12: 301-307. [Persian]
30. Behbodan M, Fazel A, Chinave M. Compare personality disorders and altitude my identity in Adel Abad prison in Shiraz offender's women in prison and normal people. *Woman and Family Studies* 2011; 3-10: 13-33. [Persian]
31. Sharifi SB, Arasteh M. The prevalence of psychiatric disorders in prisoners of sanandaj. *Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(40): 311-316. [Persian]
32. Shariat SV, Asadi SM, Norouzian M, Pakravannagad M, Yahyazadeh O, Agayan SH. The prevalence of psychiatric disorders in male prisoners of Qasr prison in Tehran. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(3): 25-63. [Persian]
33. Ashkani H, Dehbozorgi G, Shoja AM. Epidemiology of Mental Disorders in Adel Abad prison in Shiraz men. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Action)* 2002; 8(2): 4-9. [Persian]
34. Palahang H, Vakilzadeh SB, Deris F. Prevalence of Personality Disorders in Male Prisoners of Shahrkord prison (2000-2001). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Action)* 2001; 8(3): 57-64. [Persian]
35. Mohammadiforod H, Mirhashemi M. The relationship of personality disorders by type of crime in prison. *Thinking and behavior (Applied Psychology)* 2009; 2(7): 21-30. [Persian]
36. Moradi GM, Almasi M. Study of mental health and related factors in ilam prisons. *Strategic Research Security and Social Order* 2012; 1(3): 101-116. [Persian]
37. Salari A, Mohabbati H, Rahimi HR, Bahmadi SH. The relationship between crime and mental disorders psychiatric assessment results convicts in the first six months of 2009 in the center of Forensic Medicine Mashhad.

Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.48. [Persian]

38. Samadirad B, Arfaei A, Sohrabi T, Bayburdi F. The prevalence of psychiatric disorders in the psychiatric ward of convicts referred to the legal medicine Tabriz from 2002 to 2005. Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.36. [Persian]

39. Abbasi azar A, Valizadeh B, Azad R, Kazemi R. Evaluation of reference to determine ability to withstand the punishment of imprisonment due to mental illness in the lagal Medicine Ardabil from 2005 to 2009. Tehran: Proceedings of the Second Congress of Medicine and the judiciary; 2009. p.63-64. [Persian]

40. Tabatabai M, Zahraei M, Ahmadnia H, Gotbi M, Rahimi F. Principles of prevention and treatment of diseases. 3rd ed. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Tehran: Center for Disease Control cooperation Ava Art Group; 2007. [Persian]

41. Abbasi M. Health rights of prisoners; all that prisons must comply. Tehran: Ethics and Medical Sciences Research Center martyr Beheshti University of Medical Sciences and Health Services; 2013. [Persian]

42. Bazovand S, Mehdipour V, Moradi L. The relationship between HIV positive cases in the transmission of AIDS among addicts Barftarhay effective risk behavior clinic 115 of Khorramabad in the first half of 2009. Sunrise Health 2009; 8(3-4): 33-34. [Persian]

43. Javadi AA, Ataei B, Kasaian N, Amraei M, Zahedi MR. Seroepidemiological study drug-related HIV + in prison in Isfahan, Chaharmahal Bakhtiari and Lorestan in 2003-4. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2006; 13(2): 57-57. [Persian]

44. Javadi AA, Pourahmad M, Ataei B. Communication frequency and duration of incarceration with the prevalence of HIV and hepatitis B and C immunodeficiency virus (HIV) in Iranian prisons. Journal of Medical Organization of Islamic Republic of Iran 2003; 24(4): 358-364. [Persian]

45. Nakhaei H. The amount of knowledge about AIDS in Kerman prison. Research in Medical Sciences 2003; 8(4): 129-131. [Persian]

46. Nickbin M, Tagadosynaghad FA, Tofighi Zavare H, Farhodi S. The prevalence of syphilis among women imprisoned in Tehran between 2001-2002. *Journal of Legal Medicine* 2003; 9(30): 82-84. [Persian]
47. Kaffashian A, Nokhodian Z, Kassaian N, Babak A, Yaran M, Shoaie P, et al. Screening for hepatitis C in intravenous drug users in prisons esfahan. *Journal of Esfahan University Medicine, Issue Special Edition hepatitis C* 2010; 28: 1565-1571. [Persian]
48. Mohammadalizadeh AH, Alavian SM, Jafari KH, Yazdi N. The outbreak HIVAb, HCVAb, HbsAg addicted prisoners in Hamedan prison. *Iran Tropical and Infectious Diseases* 2009; 14(45): 4-9. [Persian]
49. Paydar F, Tajbakhsh A. Investigate the seroprevalence of hepatitis C and B virus in this city shahrood prisoners by EIA. *The World of Microbes* 2008; 1(1): 23-27, 55-59. [Persian]
50. Kazem M, Asgari F, Gouya MM, Foutoohi A, Yousefi A. Hepatitis B infection and its relation to addiction in prisons in the country during the years 2001-2005. *Payesh* 2008; 7(3): 279-286. [Persian]
51. Asgari F, Kazem M, Gouya MM, Foutoohi A, Yousefi A. The situation Hepatitis C infection in the prison system and its relationship to addiction over the years 2001-2005. *Payesh* 2008; 7(3): 1-8. [Persian]
52. Azarkar Z, Sharifzadeh GH. Prevalence of hepatitis C and B and HIV in Birjand prisoners. *Journal of Kerman University of Medical Sciences (Congress of Epidemiology)* 2007; 13(2): 18-18. [Persian]
53. Khodabakhshi B, Besharat S, Jabbari A, Moradi AW, Fadaei F, Rabiei MR, et al. Seroprevalence of HCV in Gorgan city addicted prisoners. *Journal of Kerman University of Medical Sciences (Congress of Epidemiology)* 2006; 13(2): 7-7. [Persian]
54. Zakizadeh M, Sadeghian AA, Bagheri nesami M, Mohammadpour tahamtan RA, Saleme F, Yaghoubi T, et al. Serological prevalence and factors associated with hepatitis C infection among prison inmates addicted Khazar Abad Sari. *University of Medical Sciences and Health Services Yazd Martyr* 2006; 14(2): 29-37. [Persian]

55. Mohtasham Amiri Z, Rezvani M, Jafari Shakib RA. The prevalence of hepatitis C in drug prisoners Lakan Prison in Rasht. Payesh 2006; 6(1): 5-10. [Persian]
56. Zaki Zadeh M, Sadeghian A. Prevalence of hepatitis C infection and risk factors for drug-addicted prisoners. Bring Knowledge 2002; 7(27): 55-64. [Persian]
57. Salehi M, Sanei Moghaddam E, Ansari Moghadam A. Prevalence of HBsAg and hepatitis C infection among prisoners in Sistan and Baluchistan. Journal of Research in Medical Sciences (doctor East) 2001; 3(4): 203-206. [Persian]
58. Amiresmaili MR, Musazadeh M, Parsaei MR, Ahmadi M, Jlahy H. Prevalence of tuberculosis in prisons prisoners living in Mazandaran province in 2008. University of Medical Sciences 2001; 10(4): 309-316. [Persian]
59. Ansari M, Shahnazari H. The frequency of sputum positive pulmonary TB in prisoners of the central prison Hamadan in 1998-9. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services 2008; 8(3): 48-52. [Persian]
60. Morovvati S, Hosseini MJ, Ghadyani MH, Ranjbar R, Farnia M. Epidemiologic study of TB in jails across the country in the first 6 months of 2004. Journal of Forensic Medicine 2007; 13(45): 7-10. [Persian]
61. Asefzadeh M, Farokhi AH. Prevalence and factors associated with tuberculosis among prisoners in the city of Qazvin in the summer of 1999. Iran Tropical and Infectious Diseases 2001; 6(15): 58-63. [Persian]
62. Taremian S, Jvafshany MA. The prevalence of sputum positive pulmonary TB in prisons periodically review the Lakan Prison in Rasht, autumn and winter 2001. Journal of Medical Organization of Islamic Republic of Iran 2001; 23(3): 265-272. [Persian]
63. Hagshenas MR, Mirmpbini M, Babamahmoudi F. Prevalence of TB and HIV in the city of Sari prisoners in 1997-8. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 1999; 10(26): 33-39. [Persian]
64. Salek S, Velayati AA, Tagizadehasl R, Yazdanpanahi M, Masjedi MR. The situation of TB in the prisons of Evin and Gasr in 1998-9. Journal of

Medical Organization of Islamic Republic of Iran 1998; 19(2): 90-94. [Persian]

65. Rezvani S, Ramezandadeh O, Ghasemipour S. The rights of mental health and medical education with an emphasis on the rights of prisoners addicted prisoners. *Medical Law Quarterly* 2010; 150: 107-128. [Persian]

66. Yadegarynia D, Sally SH. Hepatitis and haemophilia. *Research in Medicine* 2006; 30(2): 89-90. [Persian]

67. Jedari Seyfi S. Double viral infections in hemophiliacs with hepatitis C. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2009; 30(3): 27-30. [Persian]

68. Torabi SE, Abed Ashtyani K, Dekhoda R, Moghaddam AN, Bahram MK, Dolatkah R, et al. Prevalence of hepatitis B, C and HIV in hemophiliac patients of East Azarbaijan in 2004. *Journal of Blood* 2005; 2(6): 73-82. [Persian]

69. Javadzadeh H, Attar M, Yavari MT, Svabiyeh SH. Prevalence of hepatitis B, C and HIV infection in patients with thalassemia and hemophilia in Yazd province in 2002. *Journal of Blood* 2005; 2(7): 315-322. [Persian]

70. Ziyaei M, Nemaie MH, Hosseini SM, Azarkar GH. Evaluation of Hepatitis C and Related Viremia in Khorasan Hemophilia Hemophilia Association. *Knowledge Horizon* 2005; 11(3): 54-60. [Persian]

71. Khoshnod MJ, Darvish Moghaddam S. Prevalence of hepatitis B, C in patients with hemophilia Kerman. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2004; 11(3): 131-135. [Persian]

72. Kashifard M, Saravy M, Taheri H, Bahreyni R. Comparison of echocardiographic findings in patients with liver cirrhosis with ascites and no healthy subjects. *Gastroenterology* 2011; 19(1): 20-25. [Persian]

73. Azimi C, Sarrafi M, Alavian M, Golestan SH, Alavian M, Michaeily J, Malekzadeh R. Determine causes of liver cirrhosis in patients hospitalized in Shariati Hospital doctor. *Gastroenterology* 2005; 7(37-38): 19-26. [Persian]

74. Fattahi MR, QhHartArs M. Check cirrhosis, patients in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in the 91s. *Journal of Medical Research* 2004; 2(4): 57-63. [Persian]

75. Alavian M, Zandi M, Memarian R, Khazemnaghad A. The effect of self-care program on quality of life in patients with cirrhosis of the liver which had been referred to Tehran Hepatitis Center in 2001. Razi Medical Sciences (University of Medical Sciences) 2004; 11(41): 411-423. [Persian]
76. Knight B, Sacco P. Knight pathology. Translated by Kazemi AM, Shokrollahi MH. London: Arnold Press; 2006. [Persian]
77. Mousavi SH, Mahmoudi GA, Bahrami N, Alvandi M. Investigate the causes of deaths in centers prisons and detention contrey assign for legal medicine Tehran 1995 to 1999. Journal of Forensic Medicine 2003; 29: 5-11. [Persian]
78. Salahi J. Forensics medicine for law students. Tehran: Jangal; 2011. p.56. [Persian]
79. Bay A. The effect of the treatment of the victim in the criminal responsibility. Islamic Law 2011; 8(28): 139-168. [Persian]