

بررسی مبانی احراز عدم توانایی اداره امور زندگی و مالی ناشی از دمانس در پرونده های ارسالی به اداره کل کمیسیونهای سازمان پزشکی قانونی در سال ۹۲

دکتر رضا حاج منوچهری

نورولوژیست - مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور - تهران - ایران

چکیده

زمینه و هدف: بهبود شرایط بهداشتی در قرن گذشته منجر به افزایش طول عمر شده و این مساله باعث افزایش بروز بیماری های غیر واگیر مثل دمانس در بین مردم شده است. افزایش تعداد پرونده های ارجاعی به اداره کل کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی جهت احراز ناتوانی در اداره امور زندگی افراد، تعیین یک روش استاندارد در جهت شناخت واقعی افراد ناتوان را ضروری می سازد. هدف از انجام این مطالعه بررسی روش های کارشناسی فعلی و پیشنهاد یک روش مستند و علمی جهت ایجاد وحدت رویه در کارشناسی می باشد.

روش بررسی: مطالعه ی حاضر یک مطالعه مقطعی است که در آن کل پرونده های ارجاع شده به اداره کل کمیسیونهای پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۲ جهت رسیدگی از نظر محجوریت در زمینه دمانس مورد بررسی قرار گرفت. کلیه نظرات کارشناسی و مبانی آنها در کمیسیونهای بدوی و تجدید نظر، جهت دستیابی به روشهای احراز محجوریت افراد مبتلا به دمانس توسط کارشناسان، به دقت مورد مطالعه قرار گرفت.

یافته ها: از ۴۴ پرونده ارجاعی سال ۹۲، ۲۸ پرونده واجد شرایط ورود در مطالعه بود. بر اساس نتایج حاصله معیارهای فعلی صدور نظرات به دو شیوه اصول مبتنی بر شواهد و استنتاج می باشد.

نتیجه گیری: با توجه به حساسیت پرونده ها، روشهای استنتاجی نباید ملاک صدور نظر قرار گیرد و یک روش استاندارد و علمی جهت ایجاد وحدت رویه باید مبنای کارشناسی باشد. تعامل با انجمن های علمی و مراکز آموزشی و پرهیز از فرضیه سازی در استحکام بیشتر نظرات اثر به سزایی دارد.

واژگان کلیدی: دمانس، عدم توانایی اداره امور زندگی، اداره کل کمیسیونهای پزشکی

تایید مقاله: ۹۳/۶/۱۲

وصول مقاله: ۹۳/۴/۱۶

نویسنده پاسخگو: ایران، تهران، سازمان پزشکی قانونی کشور، اداره کل کمیسیونهای پزشکی

h.manouchehri@yahoo.com - شماره تماس: ۴۴۲۳۰۵۰۰ (۲۱) ۹۸+

مقدمه

کارهای پیچیده، وقوع توهم، سوء ظن یا عدم اعتماد، تحریک پذیری، گیجی، اختلال خواب، اشکال در بلع و افسردگی (۱۱). با این که از دست رفتن حافظه یکی از علایم اصلی دمانس است اما این موضوع به تنهایی دلیل بر دمانس نیست (۱). در منابع جدید معیار تشخیصی دمانس عبارت است از هر گونه اختلال شناختی یا رفتاری که (۱) در کارهای معمول و عملکرد شغلی فرد اختلال ایجاد نماید، (۲) باعث افت عملکرد شغلی فرد از سطح قبلی شود، (۳) با دلیریوم و سایر اختلالات عمده روانپزشکی قابل توجیه نباشد، (۴) اختلال شناختی از طریق معاینه بالینی و تستهای روانشناختی اثبات شود، (۵) اختلال شناختی و رفتاری شامل حداقل دو گروه از علایم زیر باشد: ناتوانی در به خاطر

دمانس یک اصطلاح عمومی، شامل مجموعه علایم و نقایص شناختی است که اختلالاتی در فرایندهای مغزی همانند حافظه، تفکر و ارتباط با دیگران را ایجاد می کند. افراد مبتلا به دمانس، عملکرد فکری - عقلی مختل شده دارند که در روابط شخصی یا فعالیت های عادی روزانه آنها مشکل ایجاد می کند (۱۰) سایر علایم آنها عبارت است از اختلال در آگاهی نسبت به زمان و مکان، تصمیم گیری، عملکرد مالی، استدلال و قضاوت، توجه و تمرکز، حل مسئله و تفکر، تکلم، عملکردهای حرکتی، تغییرات شخصیتی و روحی و روانی، رفتار اجتماعی، هیجانات، انجام

مبتلا به دمانس بوده اند (۲). طبق گزارش های بعدی انجمن جهانی آلزایمر که در مجله لانست به چاپ رسیده جمعیت مبتلایان به بیماری دمانس در ایران حدود ۲۵۰/۰۰۰ تا ۳۰۰/۰۰۰ نفر تخمین زده می شود. همچنین آخرین گزارش شیوع ابتلاء به دمانس در ایران نشان می دهد که در هر ۷ دقیقه یک نفر به این بیماری مبتلا می گردد.

حجر از نظر لغوی به معنای منع و بازداشتن کسی از تصرف در مال خویش و در اصطلاح حقوقی به معنی عدم اهلیت استیفا و اعمال حق می باشد (۱۶). محجور کسی است که به موجب قانون از مداخله در تمام امور حقوقی یا دست کم از مداخله در امور حقوقی که دارای جنبه مالی می باشد محروم است.

هرچند در فقه شیعیه تا شش سبب برای حجر برشمرده اند لیکن در قانون مدنی اسباب حجر منحصر به صغر، سفه و جنون است. البته حدود ممنوعیت هریک از اشخاص با دیگری متفاوت است مثلاً در حالیکه مجنون از دخالت در همه امور حقوقی (اعم از مالی مثل بیع و غیر مالی مثل نکاح) محروم است برای شخص سفیه فقط دخالت در امور مالی ممنوع است و بنابر این مثلاً انعقاد نکاح از سوی او صحیح است.

هدف قانونگذار در تدوین این مواد قانونی حمایت از اشخاص محجور در قبال سوء استفاده های احتمالی در جامعه است. نکته مهمی که در اینجا به آن اشاره می گردد، این است که معامله با این افراد باطل است و قانون عمل حقوقی که وی انجام داده است را بی اعتبار می داند. صرف نظر از مباحث پزشکی مربوطه، از دیدگاه حقوقی شخصی که دچار بیماری آلزایمر می شود به دلیل عدم تمرکز فکری بر امور و نیز فراموشی حاد و مکرر در خصوص موضوعات مختلف از جمله اشخاص طرف معامله و نیز اموالش، در معرض خطر سوء استفاده اشخاص ثالث قرار دارد و بنابر این همان فلسفه و حکمت حجر حمایتی در خصوص ایشان نیز صادق است (۱۷).

با توجه به توضیحات فوق الذکر و خطراتی که در کمین مبتلایان به دمانس وجود دارد و تصویر سازی هایی که بعضاً در جهت تمارض به بیماری دمانس ایجاد می گردد و معاملات کلانی که اعتبار آنها به نتیجه احراز یا عدم احراز بیماری توسط کارشناسان باز می گردد، اهمیت نحوه رسیدگی و صدور نظر کارشناسی دو چندان می شود. در این مقاله پرونده های «بررسی توانایی اداره امور مالی در مبتلایان به دمانس» که در سال ۹۲ در اداره کل کمیسیونهای پزشکی قانونی مورد بررسی قرار گرفته اند و مبانی اظهار نظر و استدلال کارشناسان استخراج گردید. هدف ارزیابی منتقدانه نحوه رسیدگی و احراز محجوریت در شرایط فعلی و ارائه راهکاری جدید پس از بررسی عملکرد حال حاضر می باشد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی است که در آن کل

سپاری و به یاد آوردن مطالب و اطلاعات جدید، اختلال در قضاوت و انجام کارهای پیچیده، اختلال در شناخت افراد، اختلال تکلم، اختلالات شخصیتی و رفتاری (۱۳) با توجه به اینکه تست تشخیصی قطعی در مورد دمانس وجود ندارد، بنابراین اساس تشخیص بر مبنای شرح حال و معاینه بالینی می باشد. به عنوان منبع شرح حال علاوه بر بیمار، یک همراه مطلع و آگاه بسیار کمک کننده است. در شرح حال اولیه آنچه جلب توجه می نماید علایمی از جمله: اختلال حافظه است که ابتدا حافظه اخیر (recent memory) درگیر می شود. دمانس یک بیماری مزمن و پیشرونده، تخریبی و غیر قابل برگشت می باشد ولی در پاره ای موارد می تواند شروع ناگهانی و حاد داشته باشد. در بخش معاینه یکی از تستهایی که به کار می رود Mini Mental State Examination (MMSE) است. این تست اگر چه ایراداتی دارد ولی در مجموع در بالین در تشخیص زود هنگام بیماری کمک کننده است (۲).

مبحث دمانس بسیار گسترده می باشد و تا حدود یکصد علت برای آن اشاره شده است به طور مختصر به انواع مهم آن اشاره گذرایی می شود:

آلزایمر: شایعترین نوع دمانس می باشد (۸) و به همین دلیل می باشد که در منظر عامه جامعه دمانس معادل آلزایمر تعریف می شود. تقریباً تمامی عملکردهای مغزی مانند حافظه، حرکت، گفتار، قضاوت، رفتار، و تفکر تحت تاثیر قرار می گیرد. شاخصه اصلی این بیماری اختلال حافظه می باشد. در مراحل اولیه بیماری پایین آمدن قدرت تصمیم گیری و تغییرات جزئی در شخصیت ظاهر می شود. وقتی بیمار پیشرفت می کند بیمار دچار اختلال در قضاوت می شود و کارهای روزانه شخص دچار مشکل می شود.

دمانس عروقی، دمانس جسم لوی، دمانس لوب پیشانی - گیجگاهی یا فرونتوتمپورال، دمانس دژنراسیون کورتیکوبازال از دیگر انواع شایع دمانس هستند (۴).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت که در ۱۱ آوریل ۲۰۱۲ منتشر شده، در هر ۴ ثانیه یک نفر در دنیا به بیماری دمانس مبتلا می شود. در جهان بیش از ۳۶ میلیون نفر به بیماری آلزایمر مبتلا هستند و تا سال ۲۰۳۰ این تعداد به بیش از ۶۵ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (۱۲) در حقیقت در هر سال ۷/۷ میلیون نفر به جمعیت بیماران مبتلا به دمانس اضافه می شود که این تعداد برابر جمعیت کشور سوئیس است (۵).

در ایران هنوز شیوع بیماری دمانس به طور دقیق ارزیابی نشده است ولی با عنایت به اینکه مهمترین عامل خطر آن سن بالا می باشد و این واقعیت که جمعیت مسن ایران در حال افزایش است به طوری که در سال ۱۳۸۸، ۷٪ جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دادند که با ادامه روند فعلی این رقم در سال های ۲۰۲۵ و ۲۰۵۰ به ترتیب به ۱۱٪ و ۲۸٪ خواهد رسید که این امر بیانگر روند رو به رشد افراد مبتلا به دمانس در ایران طی سال های آتی خواهد بود. بر اساس بررسی های انجام شده در سال ۱۳۸۸ بیش از ۲۰۰/۰۰۰ نفر در ایران

از تعداد ۹۱ جلسه ای که برگزار شده است در ۱۹ جلسه نورولوژیست حضور داشته است (حدود ۲۱٪) که در ۱۲ جلسه فقط در جلسه نهایی بوده است.

در ۱۱ پرونده (۳۹٪ موارد) نظرات صادره در تمامی جلسات بدون تغییر بوده است که در ۵ مورد مبنای صدور رای، معاینه حضوری بیمار در روز جلسه بوده است و در ۴ مورد بر اساس اطلاعات پرونده های بستری قبلی و در ۲ مورد نیز به استناد گواهی پزشک معالج بوده است.

بحث

همان طور که مشخص شد نکته اصلی که در بررسی پرونده ها جلب توجه می نماید، عدم وجود یک استاندارد و یک روند علمی یکنواخت و مشخص در بررسی پرونده ها می باشد که منجر به صدور رای بر اساس پاره ای استنتاجات می باشد و در این موارد قطعاً سلاقی کارشناسان دخیل است. پس گریزی جز طراحی، پذیرش و حرکت بر اساس یک الگوی عقلایی و علمی نداریم.

همانطور که اشاره شد در برخی موارد مبنای صدور نظر استنتاج و فرضیه سازی کارشناس بوده است. اگر چه عمدتاً مبنای اولیه صدور این دسته از نظرات احراز دمانس بر اساس معاینه یا رویت سابقه بالینی بوده است اما در قدم بعدی و در هنگام تعیین زمان شروع اختلال، کارشناسان روی به استنتاج آورده اند و جملاتی انشاء شده است که از نظر علمی قابل ایراد است که به نمونه هایی از آن اشاره می گردد. الف- این جمله به صورت گوناگون در این گروه از نظرات به کرات تکرار شده است که "با عنایت به اینکه دمانس یک بیماری تدریجاً پیشرونده می باشد پس زمان شروع آن بین ۱ تا ۴ سال قبل بوده است" و این مطلب به دادگاه اعلام شده است و برداشت حقوقی و قضایی آن این است که از ۴ سال قبل، فرد توانایی اداره امور مالی خود را نداشته است. این نوع اظهار نظر از دو منظر قابل ایراد است اول اینکه این صرفاً یک استنتاج است و کاملاً سلیقه ای است و هیچ مبنای علمی ندارد و دوم اینکه همانطور که قبلاً نیز اشاره گردید، درست است که عموماً بیماری به صورت مزمن و تدریجی است ولی در پاره ای موارد بیماری به صورت حاد بروز پیدا می کند (به عنوان مثال در زمینه سکته مغزی یا گاهی از موارد در یک بیمار که زندگی و عملکرد قابل قبولی دارد متعاقب بروز تب یا اختلال آب و الکترولیتی فرد دچار اشکال در عملکرد روزانه می شود) (۴).

ب- "با توجه به CT اسکن گرفته شده حداقل از ۶ ماه قبل بیمار محجور بوده است". در تعدادی از پرونده ها مبنای تشخیص دمانس تغییرات ایجاد شده در گرافی بیمار (اعم از MRI یا CT اسکن) بوده است و گاهی پا از این فراتر گذاشته شده و بر اساس رویت آتروفی در گرافی، زمان شروع بیماری به چند ماه قبل از انجام گرافی نسبت داده شده است. همانطور که اشاره شد تشخیص بیماری بر اساس معاینه و یافته های بالینی می باشد و انجام گرافی به منظور رد نمودن علل

پرونده های ارجاع شده از سوی مراجع قضایی در سال ۱۳۹۲ جهت بررسی حجر با سوال "بررسی بیمار از نظر ابتلا به جنون یا هر شرایط دیگری که منجر به حجر و عدم توانایی اداره امور مالی توسط بیمار شده و تاریخ شروع آن" تک مورد مطالعه قرار گرفتند. با عنایت به هدف مقاله، پرونده هایی برای مطالعه و بررسی انتخاب شدند که علت عدم توانایی اداره امور و اختلال عملکرد و بیماری زمینه ای آنها دمانس بود. تشخیص دمانس بر مبنای شرح حال و علائم بالینی بیماران در جلسه کارشناسی در درجه اول و در مرحله بعد با عنایت به سوابق قبلی آن ها بوده است. در این مسیر پرونده هایی که به هر دلیلی جنبه صرف روانپزشکی (به عنوان مثال حجر در زمینه بیماری های خلقی یا سایکوتیک) داشت، از مطالعه حذف گردید. اطلاعات مد نظر استخراج شد و وارد نرم افزار Microsoft Excell ۲۰۰۷ گردید و با توجه به اهداف مقاله، موارد مورد نظر تحلیل گردید.

یافته ها

در مجموع در سال ۱۳۹۲ در اداره کل کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی ۴۴ پرونده در کمیسیون روانپزشکی با سوال "بررسی بیمار از نظر ابتلا به جنون یا هر شرایط دیگری که منجر به حجر و عدم توانایی اداره امور مالی توسط بیمار شده و تاریخ شروع آن" مورد رسیدگی کارشناسی قرار گرفته است. از این تعداد در ۱۶ پرونده بیماری زمینه ای منجر به محجوریت صرفاً "بیماری های روانپزشکی بودند و در ۲۸ پرونده نیز علت بروز محجوریت دمانس بوده است. با عنایت به اینکه دفعات رسیدگی پرونده ها حداقل ۳ مورد بوده است، در مجموع این تعداد پرونده، ۹۱ بار در جلسات مطرح و بررسی شده بودند و در واقع ۹۱ مورد نحوه کارشناسی مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی کامل پرونده ها و تمامی نظرات صادر شده (۹۱ نظر)، مبنای صدور نظرات در دو گروه عمده قابل تقسیم بندی می باشد:

الف: صدور رای بر مبنای شواهد مستند و معتبر پزشکی:

۱- پرونده بستری: در ۲۱ مورد (۲۳٪) نظریه به استناد پرونده بالینی که بیمار ارایه کرده بود و صحت آن به تایید کارشناسان حاضر در جلسه رسیده بود، صادر شده است.

۲- پرونده مطب و گواهی پزشک معالج: ۱۱ نظر (۱۲٪) بر اساس اعتماد و پذیرش گواهی ارایه شده از سوی پزشک معالج صادر شده است.

۳- معاینه حضوری: در ۳۵ مورد (۳۸/۵٪) یا مدارک ارایه شده از سوی بیمار به تایید کارشناسان حاضر در جلسه نرسیده بود و یا اینکه بیمار اصولاً صرفاً ادعای بیماری داشته است و هیچ مدرکی دال بر اثبات ادعای خود نداشته است، فلذا بر اساس معاینه حضوری در جلسه رای صادر شده است.

ب: استنتاج و فرضیه سازی: نظر کارشناسی ۲۴ پرونده (۲۶/۵٪) به این طریق صادر شده است.

البته یکی از ایراداتی که می توان بر این روش وارد نمود، وابستگی این تست به سطح تحصیلات فرد است (۹) که در نهایت برای پذیرش یک استاندارد چاره دیگری جز پذیرش یک رویه نداریم. برخی منابع اشاره شده است که زمانی که بیماری که قادر نیست لباس خود را به تنهایی بپوشد یا کارهای اساسی روزانه خود را به تنهایی انجام دهد، قادر به انجام امور مالی خود نیز نمی باشد. بیمارانی که علائم روانی بارز (توهم، هذیان به خصوص در مورد افراد خانواده خود و اختلالات رفتاری بارز) دارند نیز قادر به انجام امور مالی مهم خود به تنهایی نمی باشند (۷).

در کشورهایی که سابقه طولانی تری در زمینه شناخت و رودرویی با این بیماری را دارند مانند کانادا، کشورهای آمریکای شمالی و بسیاری از کشورهای اروپایی، به دلیل وجود سیستم های پایش و غربالگری دقیق و پیشرفته و نیز آگاهی جمعی و حضور فعال انجمن های غیرانتفاعی و غیردولتی مرتبط با آلزایمر، قوانین به نحوی تغییر و تحول یافته که فرد مبتلا به آلزایمر در مراحل ابتدایی و پیش از ورود به فاز پیشرفته بیماری قادر به تعیین شخص یا ارگانی برای سرپرستی امور مالی خود می باشد و حتی می تواند نحوه مراقبت، درمان و فردی را که مایل به همراهی با اوست، تعیین کرده و به صورت کاملاً قانونی آن را به ثبت برساند. بر اساس آنچه در سایت انجمن آلزایمر آمریکا منتشر شده است در آن کشور به بیمارانی که به تازگی مبتلا به هر بیماری جدی جسمی به ویژه با درگیری قوای شناختی (مثل دمانس) می شوند توصیه می گردد با عنایت به اینکه این بیماران در ابتدای بیماری قادر به مدیریت مسائل مالی خود هستند ولی با پیشرفت بیماری قطعاً در این امر دچار مشکل خواهند شد و از سوی دیگر این واقعیت که سرعت افت عملکرد شناختی هر فرد مبتلا به آلزایمر با دیگران متفاوت است، در اسرع وقت جهت جلوگیری از ایجاد مشکلات احتمالی بعدی به اقدامات پیشگیرانه ای دست بزنند. به همین منظور این افراد باید نسبت به تهیه یا به روز نمودن وصیت نامه اقدام نمایند. تفویض اختیار به یک فرد امین مورد وثوق، تعیین وکیل و تنظیم نمودن وکالتنامه از دیگر گزینه های پیشنهادی می باشد. آنها در این بیماران قائل به نقص در ظرفیت قانونی هستند به این مفهوم که توانایی فهم و درک تبعات یک اقدام و اخذ تصمیم متناسب با آن در این بیماران مختل است و از سوی دیگر با توجه به اینکه در آن کشورها نیز مقررات و تبعات قانونی از یک سند به سند دیگر متفاوت است و با علم به اینکه در این جایگاه فقط وکیل است که می تواند این ظرفیت را در این افراد متناسب با درجه اهمیت سند تشخیص دهد استفاده از این راهکار قانونی اهمیت خود را بیش از پیش مشخص می سازد (۷).

در ایران نیز برای اینکه فردی در زمان سلامت برای خود تصمیم بگیرد و حتی تعیین فردی برای آنکه در سن سالمندی از وی مراقبت و حمایت کرده و به امور وی رسیدگی کند، هیچ منع قانونی ای وجود ندارد. اما برای فردی که به سن سالمندی رسیده، هنوز اراده تصمیم گیری دارد ولی فاقد توانایی جسمی است یا به دلیل بیماری

مقلد دمانس و تشخیص پاره ای از علل موجد دمانس است نه خود دمانس (۲، ۱۴). در پاره ای موارد در گرافی بیمار آتروفی مغزی دیده می شود در صورتی که در معاینه بالینی، بیمار طبیعی می باشد و بالعکس ممکن است بیماری با اختلال شناختی دارای گرافی نرمال باشد (۱۵). از سوی دیگر تغییرات مختلفی که در زمینه انواع مختلف دمانس (آتروفی منتشر یا موضعی مغزی، آتروفی هیپوکامپ، بیماری عروق کوچک مغزی و سکتته های متعدد و ...) در اثبات بیماری دمانس کمک می نماید و در تشخیص شروع زمان عدم توانایی اداره امور مالی بیمار کمک کننده نمی باشد و نکته دیگر اینکه با تشخیص بیماری دمانس و به استناد مراحل آن نمی توان تاریخ شروع بیماری را تعیین نمود چرا که این روش یک حدس و گمانه زنی می باشد و کارشناس باید به دنبال احراز بیماری باشد.

ج- در دسته ای از پرونده ها تاریخ شروع دمانس پس از ایجاد یک سکتته مغزی کوچک در ماده سفید تعیین گردیده است. اگرچه سکتته های مغزی از علل موجد دمانس است و به خصوص باعث بروز حاد بیماری می گردد ولی هر سکتته ای نمی تواند باعث این عارضه گردد و سکتته های بزرگ به ویژه در مسیر شریان مغزی میانی از علل عمده این مساله هستند. ۴ در همین جا ذکر این نکته را لازم می دانم که سکتته هایی که منجر به ایجاد آفازی می شود، اگرچه باعث دمانس نمی شود ولی به علت اینکه فرد قادر به درک مطالب پیرامونی نمی باشد امکان سوء استفاده و کلاه برداری از وی محتمل است، فلذا در این موارد نیز به نظر فرد قادر به اداره امور مالی خود نمی باشد، اگرچه از نظر علمی قادر به اداره امور معمول زندگی خود باشد.

د- در چند مورد بیمار در جلسه نهایی و در زمان معاینه علائم دمانس را نداشت ولی صرفاً به استناد یک گواهی، در جلسات ابتدایی بیمار محجور شناخته شده بود، در حالی که نکته اصلی این است که ابتدا باید بیماری فرد در شرایط فعلی احراز گردد و در صورت اثبات بیماری، آنگاه گواهی های ارائه شده نقش کمک کننده را در تشخیص بیماری و تعیین زمان آغاز آن دارند.

خوشبختانه در تقریباً تمامی مواردی که رای بر اساس استنتاج صادر شده است، نظر نهایی تغییر کرده است و تنها در یک مورد رای نهایی هم بر اساس استنتاج صادر گردیده است.

بیماری دمانس هم بر اساس عدد حاصل از معاینه با تست MMSE و هم بر اساس علائم بالینی بیمار به مراحل مختلفی تقسیم بندی می شود.

بر اساس متون علمی اگر چه بیماران در مراحل خفیف بیماری نیز در انجام کارهای مالی دچار اختلال می شوند ولی در مرحله متوسط (Moderate) بیماری به میزان زیادی در قضاوت و انجام کارهای پیچیده (برنامه ریزی، محاسبه، شناخت پول و خرید) دچار اختلال می شوند که این مرحله در مجموع منطبق با $MMSE < 20$ می باشد (۶). بر اساس بررسی های انجام شده در کشور های دیگر در تشخیص دمانس و اختلالات مالی این بیماران از این معیار استفاده می شود.

قبل و بعد از تاریخ مذکور ویزیت شده باشد و یافته‌ها موید تشخیص دمانس باشد بر صحت موضوع می‌افزاید.

ب- پرونده بستری: در این بخش نیز چه بیمار به علت مسائل نورولوژیک بستری شده باشد و یا به علل دیگری در حین بستری توسط پزشک متخصص ویزیت شده باشد، باید به صورت مستند و مستدل، اختلال شناختی بیمار گواهی شده باشد. در اینجا ذکر این نکته ضروری است که در پرونده‌های بستری و حتی برگه‌های مشاوره توجه به مسایل شناختی و ذکر دقیق آنها اگرچه اندکی زمان ویزیت را طولانی می‌کند ولی قطعاً فواید بسیاری دارد، به شرطی که بیمار دچار تب و اختلالات تشدید کننده بیماری به صورت حاد نباشد.

جهت رسیدگی دقیق تر پیشنهاد های زیر ارایه می‌گردد:

۱- با عنایت به اینکه دمانس و علل عمده ایجاد کننده آن مبنای نورولوژیک دارد رسیدگی این پرونده‌ها در کمیسیونهای تخصصی خود و یا در کمیسیون مشترک نورولوژی و روانپزشکی، می‌تواند در بررسی بهتر پرونده‌ها و صدور نظرات دقیق تر مؤثر باشد.

۲- با توجه به مشکلات ایجاد شده برای مردم و دستگاه‌های قضایی و ادارات ذی ربط و درگیر در این موضوع و به منظور پیشگیری، پیشنهاد می‌گردد از یک مقطع سنی به بعد (به عنوان مثال ۷۰ سال به بعد) انجام معاملات با ارائه گواهی سلامت روانی انجام گیرد.

۳- روش پیشنهادی برای احراز دمانس و تعیین زمان عدم توانایی انجام امور مالی توسط بیمار:

الف- در افراد زنده در درجه اول معاینه حضوری بیمار است و در صورت اثبات محجوریت (احراز مرحله متوسط بیماری و $MMSE < 20$ در معاینه می‌تواند در تعیین شروع زمان عدم توانایی اداره امور مالی فرد مبتلا، کمک کننده باشد). برای تعیین زمان شروع بیماری می‌توان از پرونده مطب و مدارک بستری در صورتی که معاینات بیمار به ویژه وضعیت شناختی وی به طور کامل در آن اشاره شده باشد و البته شرایطی که علائم بالینی بیمار را به طور حاد از تعادل خارج می‌کنند (تب) رد شده باشد، کمک گرفت. بدیهی است که صرف ارائه یک گواهی قابل قبول نمی‌باشد.

ب- در افرادی که در قید حیات نیستند با عنایت به شرح بند "الف" از سوابق قبلی بهره می‌بریم.

ج- در حال حاضر تصویربرداری ساختاری (CT اسکن و MRI) و تغییرات مشاهده شده در آن در تشخیص شروع بیماری دمانس و تعیین زمان آغاز محجوریت هیچ نقشی ندارد.

محدودیت‌ها

با توجه به بررسی‌های صورت پذیرفته، این تحقیق در نوع خود در کشور اولین مورد است. محدودیت دیگر این مقاله تعداد اندک پرونده‌های بررسی شده می‌باشد که قطعاً انجام مطالعه ای در سطح کشور در ارزیابی دقیق تر می‌تواند کمک کننده باشد.

قادر به انجام امور اداری و مالی خود نیست هم قانون به‌طور مشخص و معین راهکاری ارایه کرده است. بر اساس ماده یکصد و چهار قانون امور حسبه فردی که عاجز از اداره امور خود است، می‌تواند از دادگاه درخواست کند تا فردی را به‌عنوان امین وی معین کند که بر اساس ماده یکصد و بیست و سه همین قانون، امین دارای حدود اختیارات یک وکیل برای انجام امور فرد سالمند است.

بسیاری از سالمندان با وجود ناتوانی‌های جسمی و با توجه به تجربه و شناخت نسبت به اطرافیان و بستگان خود معمولاً شایسته‌ترین فرد را به‌عنوان امین خود انتخاب خواهند کرد. اما در شرایطی که فرد دچار زوال عقل شده یا در مراحل پیشرفته آلزایمر قرار می‌گیرد و قدرت تشخیص و شناخت و تصمیم‌گیری اش دچار مشکل می‌شود، دیگر نمی‌توان ملاک را برای تعیین امین یا سرپرست، انتخاب فرد در نظر گرفت و تکلیف این افراد بر عهده دادستان محل زندگی فرد است.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه اساس تشخیص دمانس بر مبنای معاینه بالینی بیمار می‌باشد، بنابراین تشخیص «عدم توانایی اداره امور زندگی و مالی» صرفاً بر اساس نتایج معاینات بالینی حضوری در مراکز پزشکی قانونی صورت پذیرد، زیرا عمدتاً در این مراکز است که به این مساله که دغدغه اصلی قاضی هنگام صدور رای می‌باشد، توجه می‌گردد. از سوی دیگر در مراکز درمانی ویزیت بیماران با رویکرد درمانی انجام می‌شود و شاید این مساله که بیمار توانایی اداره امور مالی خود را دارد یا نه، اصلاً مد نظر قرار نداشته باشد در نتیجه در همان مراحل اولیه بیماری، درمان شروع می‌شود و این اشکال کارشناسی در رویه فعلی که یکی از پایه‌های تایید دمانس پرونده بستری، گواهی پزشک و یا پرونده مطب و رویت داروهای تجویزی می‌باشد به خوبی خود را نشان می‌دهد. در این روش حتی با رعایت تمامی اصول علمی و کارشناسی نهایتاً دمانس فرد قابل احراز است نه عدم توانایی اداره امور مالی ایشان که در سیر بیماری ایجاد می‌شود و نه در شروع آن. در جهت حل این مشکل برگزاری جلسات هماهنگی با وزارت بهداشت و درمان، انجمن‌های تخصصی نورولوژی و روانپزشکی در جهت توجه دادن به جنبه‌های قضایی هنگام ویزیت بیماران در مراکز تخصصی و دانشگاهی می‌تواند راهگشا باشد.

در پاره ای از موارد پرونده پس از فوت بیمار جهت رسیدگی ارسال می‌گردد که در این موارد و البته به عنوان یک راهکار جایگزین در افرادی که در قید حیات هستند نیز می‌توان از مدارک ذیل کمک گرفت:

الف- گواهی پزشک معالج: تنها در صورتی قابل استناد باشد که به همراه پرونده مطب قابل قبول و معتبر که در آن معاینه دقیق قوای شناختی بیمار و تاریخ معاینه به دقت ذکر شده باشد و البته در زمان ویزیت به شرایطی که می‌تواند به صورت حاد در بیمار ایجاد علائم نماید، توجه شده باشد. جهت اثبات مطلب اگر بیمار به فاصله نزدیکی

تقدیر و تشکر

که همکاری شایانی را در بخش جمع آوری اطلاعات داشتند، صمیمانه تشکر می نمایم.

از مدیر کل محترم کمیسیونهای پزشکی سازمان که در انجام این تحقیق راهنمایی های لازم را ارائه نمودند و از سرکار خانم تهذیبی

References

- 1- Alzheimer's Association, 2012 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Volume 8, Issue 2
- 2- Guy M. Mc.Khann, David S. Knopman, Howard Chertkow, Bradley T. Hyman, Clifford R. Jack, Jr., Claudia H. Kawas et al, The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup, *Alzheimer's & Dementia* -(2011) 1-7
- 3- Behnam Sabayan, Luc Bonneux. Dementia in Iran: How Soon it Becomes Late!. *Archives of Iranian Medicine*, Volume 14, Number 4, July 2011-290-291.
- 4- Diana Bocco. Changes In the Brain: 9 Types of Dementia; Reviewed on November 4, 2013 by George Krucik, MD, MBA; Available from www.alz.org/dementia
- 5- World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority, 2012, 12-19
- 6- John Gever, Mo. CA Beats MMSE to Assess Dementia, Oct 16, 2013, Available from www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/ANA/42322
- 7- Financial Decisions and Dementia, Richard E. Powers, MD (2004) – Bureau of Geriatric Psychiatry, 1-800-457-5679
- 8- deSouza L, Sarazin M, Goetz C, Dubois B, Clinical investigations in primary care. *Front Neurol Neurosci* 2009; 24:1-11.
- 9- Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP, Lessig M. Simplifying detection of cognitive impairment: comparison of the Mini-Cog and Mini-Mental State Examination in a multiethnic sample. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 871-4.
- 10- Solomon, Andrew E. Budson, Paul R. (2011). Memory loss : a practical guide for clinicians.
- 11- Lee AY, "Vascular dementia". *Chonnam Med J*, (2011), 47 (2): 66-71.
- 12- Alzheimer's Disease International (2009). World Alzheimer Report 2009. p.38. Retrieved 11 March 2012.
- 13- Jack CR, Albert MS, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011; 7: 257-262.
- 14- Tarakad S Ramachandran, Alzheimer Disease Imaging. Updated: Mar 27, 2014. Available from URL: [http:// www.emedicine.medscape.com/article/336281](http://www.emedicine.medscape.com/article/336281)
- 15- H. Soininen, M. Puranen, and P. J. Riekkinen, Computed tomography findings in senile dementia and normal aging, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Jan 1982; 45(1): 50-54.
- 16- Dekhoda Dictionary
- 17- Safaei SH, Ghasemzadeh SM, Ashkhas & Mahjourin, Teh, Samt, 1380, 5 Editing

Theoretical Investigation of Inability to Meet the Financial Affairs of Life in Dementia Cases Refer to the Department of Forensic Medicine commissions in March 2013- March 2014

Reza Haj Manouchehri MD,

Neurologist & Expert of Medical Commission of Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

Abstract:

Background: Improvements in health care in the past century have contributed to increased longevity and healthier lives of people. However, this has also resulted in an increase in the number of people with non-communicable diseases, including dementia. By increasing of cases refer to commission of Legal Medicine Organization to evaluate for financial abilities, we should plan a standard and scientific method. The aim of this study was to evaluate current methods and proposed scientific method to ensure uniformity of expertise.

Methods: It is a cross sectional study that all the cases with inability to manage their financial works due to dementia were studied. All expert opinions and principles in the first instance and appeals committees, in order to reach methods for establish inability to manage financial works in people with dementia, carefully studied.

Findings: In 2013-2014 from 44 cases referred for investigation, 28 cases reviewed. There are two methods of judgment one based on making assumptions and the other document- based.

Conclusion: Because of importance of files we proposed that we must have a standard and scientific solution to manage these cases. Following standard practice in scientific and documentary, interaction with the scientific and educational communities, and avoid making assumptions that have a significant effect on the strength of further comments.

Keywords: Dementia, Inability to Manage Financial Works, Commission of Legal Medicine Organization

Received: 7 Jul 2014

Accepted: 3 Sep 2014

†Correspondence : Legal Medicine Organization, Medical Commissions, Tehran, Iran

Tel: +98(21)44230500

Email: h.manouchehri@yahoo.com