journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2024 Dec;30(3):142-151 Volume 30, Issue 3, Autumn 2024 Research Article

Examining the Level of Agreement Between the Expert Opinions Issued by the Provincial Legal Medicine Commission Offices and the Central Legal Medicine Commission Office Regarding Cases of Financial Incapability Due to Dementia

Reza Hajmanouchehri[1] MD, Azar Tabesh[1*] PhD, Mojgan Nikpour[1] MSc

[1] Legal Medicine Research Center, Iranian Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

***Correspondence to:** Azar Tabesh, Email: tabeshazar@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: July 23, 2024
Accepted: October 21, 2024
Online Published: November 12, 2024

Keywords:
Dementia
Reliability
Financial incapability

HIGHLIGHTS

1. One can rely on the agreement between evaluators as a reliable source when the evaluations have been done according to specific and standard diagnostic criteria.
2. Neuroimaging, psychological test (MMSE) and expert counseling outside the organization have a positive effect on the level of agreement.

ABSTRACT

Introduction: Considering the importance of issuing correct and valid legal medical expert opinions about the financial incapability due to dementia, This study aims to examine the level of agreement between the expert opinions issued by the provincial legal medicine commission offices and the central legal medicine commission office and the effect of the use of diagnostic criteria such as the psychological test (MMSE), the existence of the results of neuroimaging, external consultations and the presence of a neurologist in expert meetings has been done on the level of this agreement.

Methods: The present study was conducted on 122 cases of people claiming financial incapability due to dementia referred to the central medical commission from September 2022 to September 2023. To examine the level of agreement (reliability) of expert opinions issued by Cohen's kappa coefficient, to analyze data from descriptive statistics methods and to investigate the relationship between some diagnostic criteria on the level of agreement, logistic regression was used using SPSS 19 software.

Results: There is a good agreement with the Kappa coefficient of 0.626 between the expert opinions issued regarding the financial incapability or the financial capability in the last commission held in the provinces and the Central Commission, and there is a good agreement with the Kappa coefficient of 0.681 between the expert opinions issued regarding the time of onset of financial incapability. In 76.2% of cases, there was no test MMSE, 77.8% of external consultations, 24.6% of neuroimaging or related results. The three variables have a significant and positive effect on the level of agreements made.

Conclusion: Although the level of agreement in the expert opinions issued between the last commission held in the province and the central commission is good, the agreement between the interrater should be relied on as a reliable source when the interrater is made according to specific and standard diagnostic criteria. Therefore, the use of standard and same instruction, the use of new psychometric tools for more accurate diagnosis of the mental capacity of patients, and the continuous training of psychiatrists and psychologists are necessary.

How to cite: Hajmanouchehri R, Tabesh A, Nikpour M. Examining the level of agreement between the expert opinions issued by the provincial legal medicine commission offices and the central legal medicine commission office regarding cases of financial incapability due to dementia. Iran J Forensic Med. 2024;30(3):142-51.

Copyright © 2024 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

مجله
پزشکی قانونی ایران

www.sjfm.ir

دوره ۳۰، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۱۴۲ تا ۱۵۱

مقاله پژوهشی

بررسی میزان تطابق بین نظریه های کارشناسی صادره بین ادارات کمیسیون پزشکی قانونی استان ها و اداره کمیسیون پزشکی قانونی مرکزی درخصوص پرونده های ناتوانی اداره امور مالی ناشی از دمانس

رضا حاج‌منوچهری[1] MD، آذر تابش[1*] PhD، مژگان نیک‌پور[1] MSc

[1] مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: آذر تابش، پست الکترونیک: tabeshazar@yahoo.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۲
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

واژگان کلیدی:
دمانس
پایایی
ناتوانی اداره امور مالی

نکات ویژه

۱- زمانی می‌توان بر توافق بین ارزیاب‌ها به‌عنوان یک منبع قابل اطمینان تکیه کرد که ارزیابی‌ها باتوجه به معیارهای تشخیصی مشخص و استانداردی صورت گرفته باشد.

۲-تصویربرداری عصبی، آزمون روان‌شناختی (MMSE) و مشاوره‌های تخصصی خارج سازمان بر میزان توافق صورت گرفته اثر مثبت دارد.

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت بالای صدور نظریه‌های کارشناسی پزشکی صحیح و متقن درخصوص پرونده‌های افراد محجور ناشی از دمانس، این مطالعه با هدف بررسی میزان توافق (پایایی) نظرات صادره توسط ادارات کمیسیون پزشکی استان‌ها با کمیسیون پزشکی مرکزی و اثر استفاده از معیارهای تشخیصی مانند آزمون روان‌شناختی (MMSE)، وجود نتایج یک تصویربرداری عصبی، مشاوره‌های خارج سازمانی و حضور نورولوژیست در جلسات کارشناسی بر میزان این توافق، صورت گرفت.

روش بررسی: بررسی حاضر روی ۱۲۲ پرونده افراد مدعی محجوریت ناشی از دمانس ارجاع شده به اداره کمیسیون پزشکی مرکزی در فاصله شهریور سال ۱۴۰۱ تا شهریور سال ۱۴۰۲ انجام شده است. برای بررسی میزان توافق نظرات صادره از ضریب کاپای کوهن، به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و برای بررسی رابطه بین بعضی از معیارهای تشخیصی بر میزان توافق صورت گرفته از رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها: بین نظریه‌های کارشناسی صادره درخصوص محجوریت یا فقدان محجوریت در آخرین کمیسیون برگزار شده در استان‌ها و اداره کمیسیون مرکزی توافقی خوب با ضریب کاپا ۰/۶۲۶ و درخصوص زمان شروع حجر بین آنها توافقی خوب با ضریب کاپا ۰/۶۸۱ وجود دارد. در ۷۶/۲ درصد پرونده‌ها آزمون MMSE، ۷۷/۸ درصد مشاوره‌های خارج سازمانی، ۲۴/۶ درصد تصویربرداری عصبی یا نتایج مربوط به آن وجود نداشته است. درصورتی که این سه متغیر دارای اثر معنی‌دار و مثبتی بر میزان توافقات صورت گرفته دارند.

نتیجه‌گیری: با اینکه میزان توافق در نظریه‌های کارشناسی صادره بین آخرین کمیسیون برگزار شده در استان و کمیسیون مرکزی خوب است، اما زمانی می‌توان بر توافق بین ارزیاب‌ها به‌عنوان یک منبع قابل اطمینان تکیه کرد که ارزیابی‌ها باتوجه به معیارهای تشخیصی مشخص و استانداردی صورت گرفته باشد. بنابراین استفاده از یک دستورالعمل استاندارد و واحد، به‌کارگیری ابزارهای روان‌سنجی جدید برای تشخیص دقیق‌تر ظرفیت ذهنی بیماران و آموزش مداوم روانپزشکان و روان‌شناسان ضروری است.

مقدمه

در ایران، بر اساس ماده ۱۲۰۷ قانون مدنی، «محجور» کسی است که تصرف در اموال و حقوق مالی برای او ممنوع است و بنا به دلایلی نمی‌تواند در اداره امور مالی خودش نقش داشته و تصمیم‌گیری کند. این قانون سه گروه از افراد را در مصادیق حجر قرار داده است: گروه اول افراد مجنون، گروه دوم افراد غیررشید و گروه سوم افرادی که در اصطلاح به آنان «صغیر» می‌گویند [۱]. موضوع محجوریت یک بحث کاملاً حقوقی و

فقهی است، اما وظیفه سازمان پزشک قانونی آن است که پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی به سازمان را در این زمینه بررسی کرده و پس از تطبیق با مفاهیم علمی پزشکی و روانپزشکی، درخصوص صلاحیت اداره امور مالی فرد اظهار نظر کند. در ایران سالانه پرونده‌های متعددی برای بررسی وضعیت جسمی و روانی مدعیان محجوریت از مراجع قضایی به پزشکی قانونی ارسال می‌شود. به عنوان نمونه در سال ۱۴۰۲ حدود ۲۶۱۹۱ معاینه روانی و ۳۴۶۹ معاینه جسمانی در این زمینه در سازمان پزشکی قانونی کشور انجام شده است [۲].

ظرفیت یا شایستگی برای تصمیم‌گیری مالی یک اصطلاح کلی است که نه‌تنها مهارت‌ها و توانایی‌های عملی (مانند شمردن سکه‌ها)، بلکه توانایی قضاوت و تصمیم‌گیری (پیچیده) را نیز در بر می‌گیرد. به همین دلیل هرگونه شرایط جسمانی و روانی در یک فرد که با ایجاد اختلال در قضاوت، تصمیم‌گیری و استدلال، منجر به ناتوانی در تشخیص مضرات و منافع توسط او و احتمال ایجاد ضرر و زیان مالی شود، ناتوانی در اداره امور مالی تلقی می‌شود [۳]. توانایی اداره امور مالی برای یک زندگی مستقل ضروری است و نبود آن ممکن است منجر به ناامنی، فقر یا سوءاستفاده مالی شود [۴-۶]. به همین دلیل تشخیص به‌موقع آن از اهمیت بالایی برخوردار است.

البته در برخی پرونده‌ها که منفعت کلان مالی مطرح باشد، موضوع محجوریت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. مثلاً پرونده‌هایی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود که یک معامله یا انتقال پول توسط یکی از والدین صورت گرفته و منجر به اختلاف و دودستگی بین فرزندان شده است. گروهی که در این معامله ذی‌نفع هستند به دنبال ابطال محجوریت و گروهی که متضرر شده‌اند به دنبال تأیید محجوریت برای باطل کردن آن معامله و یا قرارداد امضا شده هستند. علاوه بر این، اقداماتی که بعضاً در راستای تمارض انجام می‌شود و معاملات کلانی کـــه اعتبار آنها به احراز شدن یا نشدن بیماری توســـط کارشناســـان پزشکی قانونی بستگی دارد، اهمیت نحوه رسیدگی و صدور نظر کارشناسی صحیح را دوچندان می‌کند [۷].

تعیین زمان شروع حجر در فرد نیز از موارد مهم است. این امر در عین اهمیت قابل‌توجه، موضوعی فوق‌العاده چالش‌برانگیز است، زیرا گاهی پرونده‌ای که به سازمان ارجاع می‌شود مربوط به فردی است که سال‌ها قبل فوت کرده و یا فرد مدعی هیچ مدرک پزشکی مبنی بر محجوریت خود در سال‌های گذشته و دوره‌ای که معامله‌ای در آن صورت گرفته ندارد و باوجود آنکه ممکن است در زمان مراجعه به پزشکی قانونی محجوریت فرد قطعی تشخیص داده شود، درمورد تاریخ شروع حجر باید به اطمینان رسیده و سپس اظهارنظر کرد. ازاین‌رو وجود معیارهای استاندارد برای احراز فقدان صلاحیت اداره امور مالی و حتی زمان شروع این اختلال ضرورت دارد.

بسیاری از بیماری‌ها می‌توانند باعث ناتوانی در اداره امور مالی شوند. به‌عنوان‌مثال بیماران مبتلا به اختلالات نورودژنراتیو (مثل بیماری‌های رسته دمانس همچون آلزایمر (AD)، بیماری پارکینسون (PD) یا بیماری هانتینگتون (HD) که با کاهش تدریجی شناخت و اختلالات عصبی - روانی مشخص می‌شوند [۸،۹]، معمولاً در تصمیم‌گیری مالی آسیب‌پذیر می‌شوند. از طرفی مطالعات نشان داده که افراد مبتلا به آسیب مغزی اکتسابی (ABI) تقریباً ۳۰ درصد در توانایی اداره امور مالی خود مشکل دارند. آسیب مغزی اکتسابی (ABI) معمولاً به آسیبی در مغز گفته می‌شود که پس از تولد رخ داده و ارثی، مادرزادی یا دژنراتیو نیست. این آسیب معمولاً یکپارچگی فیزیکی، فعالیت متابولیک و/یا توانایی عملکردی سلول را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اصطلاح شامل آسیب‌های تروماتیک مغزی (TBIs) و آسیب‌های ناشی از یک حادثه داخلی به مغز مانند سکته مغزی، لخته‌شدن خون (مثلاً ناشی از ضربه‌مغزی) یا بیماری‌های عفونی می‌شود [۱۰]. گروه دیگر بیماران روانی جدی (SMI) مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی هستند که این‌گونه اختلالات روان‌پریشی نیز اغلب می‌توانند به طور قابل‌توجهی توانایی‌های شناختی و ظرفیت‌های تصمیم‌گیری افراد مبتلا را مختل کنند [۱۱]. بنابراین باتوجه به اینکه دامنه

وسیعی از بیماری‌ها ممکن است منجر به از دست دادن صلاحیت اداره امور مالی فرد شوند، می‌توان اذعان داشت که محجوریت صرفاً مربوط به سالمندان نیست. اگرچه بر کسی پوشیده نیست که روند پیری طبیعی بر عملکردهای شناختی تأثیر گذاشته و سالمندان بیشترین کسانی هستند که با این مسئله دست‌وپنجه نرم می‌کنند [۱۲].

در حال حاضر فقدان صلاحیت فرد برای اداره امور مالی در سازمان پزشکی قانونی کشور ایران باتوجه‌به اینکه فرد با کدام بیماری درگیر و احتمالاً در چه مرحله‌ای است، احراز می‌شود. به‌عنوان‌مثال درخصوص تشخیص محجوریت در فرد مدعی به داشتن بیماری دمانس، تمرکز بر تشخیص بیماری بوده که این تشخیص نیز بعضاً بر اساس معیارهای تشخیصی استانداردی که توسط نهادهای علمی بین‌المللی مانند مؤسسه ملّی اختلالات عصبی و ارتباطی و سکته مغزی (NINCDS-ADRDA) و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) ارائه شده نیز صورت نمی‌گیرد. البته بایستی اذعان داشت بااینکه معیارهای مذکور، استانداردهای تشخیصی رایج در تحقیقات هستند، اما از رشد بی‌سابقه دانش علمی عقب مانده و لازم است به طور مداوم مورد بازنگری قرار گیرند [۱۳].

به‌طورکلی آنچه در بررسی این پرونده‌ها در پزشکی قانونی جلب‌توجه می‌کند، نبود یک استاندارد و روند علمی یکنواخت و مشخص است که منجر به صدور گواهی‌های کارشناسی بر اساس پاره‌ای استنتاج‌ها می‌شود که در این موارد قطعاً سلایق کارشناسان دخیل است. به‌عبارت دیگر در برخی موارد مبنای صدور نظریه، استنتاج و فرضیه‌سازی کارشناس است. بنابراین زمانی که صرفاً پای یک عنصر ذهنی (Element of Subjectivity) یا یک قضاوت شخصی در میان باشد و گواهی‌ها بر اساس استنتاج صادر شود، امکان تغییر نظر نهایی نیز وجود دارد [۷]. به‌عنوان نمونه موارد متعددی وجود داشته که نظریه صادر شده در بخش معاینات بالینی سازمان، بعداً در اداره کمیسیون استان و بعضاً در کمیسیون مرکزی نقض شده است.

میزان توافق بین ارزیاب‌ها (Inter-rater Agreement) و یا میزان پایایی (Reliability) تشخیص‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. پایایی تشخیص‌ها به قابل تکرار بودن نتایج و یافته‌ها بر اساس معاینات و توافق بین دو یا چند پزشک درباره یک تشخیص معین (تطابق تشخیصی) اشاره دارد. در واقع اگر تشخیص صورت گرفته توسط تمام پزشکان معاینه‌کننده یکسان باشد، تشخیص موردنظر قابل‌اعتماد و پایا بوده و تطابق تشخیصی بین این پزشکان ۱۰۰ درصد است. به طور معمول صحت تشخیص‌ها با استفاده از استاندارد طلایی (Gold Standard) ارزیابی و بررسی می‌شود. «استاندارد طلایی» به بهترین روش موجود برای تعیین بود/نبود بیماری اطلاق می‌شود. البته واضح است که اگر پزشک متخصص امکان مشورت و کسب نظرات ثانویه (Secondary Opinions) از سایر پزشکان و همچنین امکان درخواست اطلاعات اضافه از پزشک ارجاع‌دهنده را داشته باشد، صحت تشخیص‌ها به میزان قابل‌توجهی افزایش می‌یابد [۱۴]. نبود توافق یا توافق کم بین پزشکان درخصوص یک تشخیص، نشانه وجود خطا در معیارهای تشخیصی است و می‌تواند مشکلاتی ایجاد کند [۱۵].

هدف این مطالعه بررسی میزان توافق یا پایایی بین نظرات صادره توسط پزشکان ادارات کمیسیون پزشکی استان‌ها با پزشکان شرکت‌کننده در جلسات اداره کمیسیون پزشکی مرکزی (بررسی میزان تطابق تشخیص‌های صورت‌گرفته درخصوص محجوریت ناشی از بیماری دمانس و اثر استفاده از معیارهای تشخیصی اصلی مانند استفاده از آزمون روان‌شناختی (MMSE) یا معیارهای پشتیبان مانند وجود نتایج یک تصویربرداری عصبی (سی‌تی‌اسکن یا MRI) برای بررسی وجود آتروفی در لوب تمپورال داخلی، وجود مشاوره‌های خارج سازمانی و حضور نورولوژیست بر میزان توافق صورت گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه گذشته‌نگر و یک بررسی توصیفی – تحلیلی و مقطعی است که بر روی تمام پرونده‌های

مربوط به ناتوانی در اداره امور مالی ناشی از بیماری دمانس ارجاع شده به اداره کمیسیون پزشکی مرکزی و به نتیجه رسیده در یک دوره یک‌ساله (در فاصله شهریور سال ۱۴۰۱ تا شهریور سال ۱۴۰۲) انجام شده است. اطلاعات فردی بیماران از سیستم آمار و اطلاعات اداره کمیسیون پزشکی مرکزی و گزارش‌های موجود در پرونده‌های آنان استخراج شده است. در حال حاضر آمار پرونده‌های ثبت شده و به نتیجه رسیده برای بررسی تعیین صلاحیت اداره امور مالی در بازه زمانی یک‌ساله در این مرکز ۳۱۸ پرونده است که ۱۲۲ پرونده آن مربوط به بیماران مبتلا به دمانس است. هدف اصلی این مطالعه بررسی توافق یا پایایی بین نظرات کارشناسی صادره در ادارات کمیسیون پزشکی استان‌ها و اداره کمیسیون پزشکی مرکزی است. اما با این حال در اینجا این پایایی بین نظرات کارشناسی صادره در بخش معاینات بالینی و هر شش نوبت کمیسیون برگزار شده (کمیسیون‌های نوبت اول و دوم در استان و کمیسیون‌های سوم به بعد در اداره کمیسیون مرکزی برگزار می‌شود) نیز بررسی می‌شود. میزان توافق با محاسبه ضریب کاپای کوهن (Cohen's kappa) حاصل شده است.

علاوه بر آن به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و محاسبه درصد توافق بین واحدها از نظر زمان شروع محجوریت (صرفاً برای افرادی که هر دو واحد متناظر محجوریت آن‌ها را تأیید کرده‌اند) از روش‌های آمار توصیفی و برای بررسی رابطه بین بعضی از معیارهای تشخیصی ناتوانی اداره امور مالی ناشی از دمانس مانند استفاده از آزمون روان‌شناختی (MMSE)، نتایج یک تصویربرداری عصبی (سی‌تی‌اسکن یا MRI)، مشاوره‌های خارج سازمانی و حضور نورولوژیست بر میزان توافق صورت‌گرفته از رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ استفاده شد.

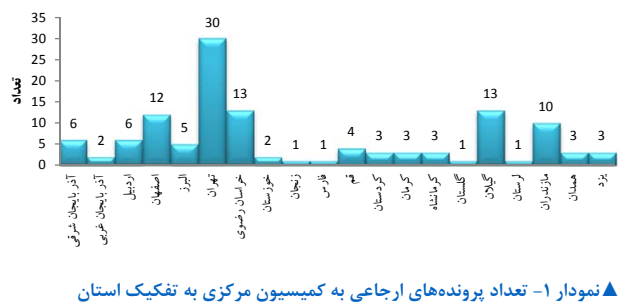
یافته‌ها

همان‌گونه که گفته شد در فاصله زمانی یک‌ساله مورد بررسی (از اول شهریور سال ۱۴۰۱ تا اول شهریور سال ۱۴۰۲) ۳۱۸ پرونده مربوط به احراز ناتوانی اداره امور مالی، در اداره کمیسیون مرکزی به نتیجه رسیده که ۱۲۲ پرونده آن مربوط به مدعیان مبتلا به بیماری دمانس است. در واقع از ۱۲۶ پرونده‌ای که از کمیسیون نوبت دوم ۲۰ استان به کمیسیون نوبت سوم کمیسیون مرکزی ارجاع شده، ۴ پرونده به دلیل غیبت متقاضی برای پیگیری دادخواست از فرآیند پژوهش خارج شده است. نمودار ۱ تعداد پرونده‌های ارجاعی از هر استان را به کمیسیون مرکزی به تفکیک نشان می‌دهد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که از ۱۲۲ پرونده موجود، ۹۲ پرونده مربوط به مردان (۷۵/۴ درصد) و ۳۰ پرونده مربوط به زنان (۲۴/۶ درصد) است. جوان‌ترین فرد در این میان در سال ۱۳۴۴ و مسن‌ترین فرد در سال ۱۲۹۸ متولد شده است (در اینجا چون ممکن است پرونده مربوط به بیماری باشد که فوت کرده است، سن بیمار عنوان نشده است).

همچنین از این تعداد، ۶۴ پرونده مربوط به بیماران مبتلا به آلزایمر (۵۲/۵ درصد)، ۲۶ پرونده مربوط به بیماران مبتلا به دمانس عروقی (۲۱/۳ درصد)، ۲۴ پرونده مربوط به بیماران مبتلا به دمانس مختلط (۱۹/۷ درصد)، ۴ پرونده مربوط به بیمارانی که دچار سکته مغزی (۳/۳ درصد)، ۳ پرونده مربوط به بیماران مبتلا به آلزایمر و پارکینسون (۲/۵ درصد) و یک پرونده نیز مربوط به بیماری که دچار ضربه مغزی شده (۰/۸ درصد) است.

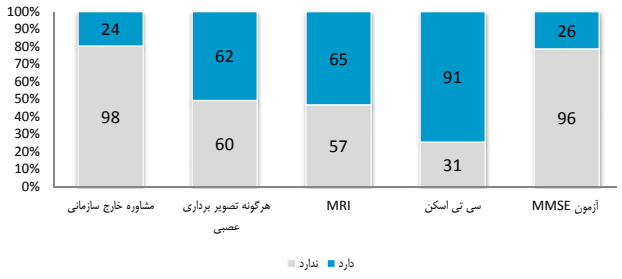
نتیجه نظریه کارشناسی صادره درخصوص این ۱۲۲ پرونده در واحدهای مختلف سازمانی (بخش معاینات بالینی استان، کمیسیون نوبت اول و دوم استان،کمیسیون نوبت سوم، چهارم، پنجم و ششم اداره کمیسیون مرکزی) نیز در



▲نمودار ۱- تعداد پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون مرکزی به تفکیک استان

جدول ۱ نشان داده شده است. ارجاع پرونده از هر مرحله‌ای به مرحله بعد براساس درخواست مراجع قضایی صورت می‌گیرد.

از طرفی مشاهدات بیانگر آن است که از ۱۲۲ پرونده مذکور، ۹۶ پرونده (۷۶/۲ درصد) فاقد آزمون روان‌شناختی (MMSE) به عنوان یکی از معیارهای تشخیصی مهم است. همچنین ۹۸ پرونده (۷۷/۸ درصد) فاقد مشاوره‌های خارج سازمانی، ۶۰ پرونده (۴۶/۶ درصد) فاقد تصاویر سی‌تی اسکن یا نتایج مربوط به آن، ۵۷ پرونده (۴۵/۲ درصد) فاقد تصاویر MRI یا نتایج مربوط به آن و به طور کلی ۳۱ پرونده (۲۴/۶ درصد) فاقد هر گونه تصویربرداری عصبی یا نتایج مربوط به آن به عنوان معیار تشخیصی پشتیبان بوده است. نمودار ۲ وضعیت هر یک از این معیارهای تشخیصی را نشان می‌دهد.



▲نمودار ۲- وضعیت معیارهای اصلی و پشتیبان تشخیصی موجود در پرونده‌ها

جدول ۲ میزان توافق نظریه‌های کارشناسی صادره در بخش معاینات بالینی و نوبت‌های مختلف واحدهای کمیسیون پزشکی (میزان پایایی نظرات) از نظر محجوریت (فقدان صلاحیت اداره امور مالی) و محجور نبودن (صلاحیت اداره امور مالی) و از نظر زمان شروع حجر (ناتوانی اداره امور مالی) در بیمارانی را که ناتوانی اداره امور مالی توسط آنها احراز شده و مورد توافق هر دو واحد متناظر قرار گرفته، نشان می‌دهد. این نتایج با محاسبه ضریب کاپای کوهن به دست آمده است. این ضریب عددی بین ۱- تا ۱+ است که هر چه به ۱+ نزدیک‌تر باشد، بیانگر وجود توافق بیشتر بین واحدهای ارزیابی‌کننده است و از طرفی اگر ضریب توافق کاپا صفر شود، نشان‌دهنده فقدان توافق کامل و هر چه به ۱- نزدیک‌تر باشد، بیانگر توافق وارون است. همان‌گونه

▼جدول ۱- نتیجه نظریه کارشناسی صادره در بخش معاینات بالینی و نوبت‌های مختلف واحدهای کمیسیون پزشکی

نتیجه نظریه کارشناسی صادره	بخش معاینات بالینی اداره پزشکی قانونی استان	اداره کمیسیون اداره پزشکی قانونی استان		اداره کمیسیون مرکزی (ستاد سازمان)			
		نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	نوبت چهارم	نوبت پنجم	نوبت ششم
ناتوانی اداره امور مالی احراز نشد	۴۴	۱۱	۱۱	۱۶	۶	۱	۰
ناتوانی اداره امور مالی احراز شد	۶۹	۱۰۵	۱۱۰	۱۰۴	۲۸	۹	۲
نامشخص	۹	۶	۱	۲	۱	۰	۰

▼جدول ۲- نتیجه محاسبه ضریب کاپا درخصوص نظریه‌های کارشناسی صادره

میزان توافق بین واحدها	از نظر محجوریت و نبود محجوریت		از نظر زمان شروع حجر (در بیمارانی که نبود صلاحیت اداره امور مالی آنها در دو واحد متناظر احراز شده)	
	ضریب کاپا	نتیجه	ضریب کاپا	نتیجه
بین معاینات بالینی استان و کمیسیون نوبت اول استان	۰/۰۱۵-	عدم توافق	۰/۷۰۸	توافق خوب
کمیسیون نوبت اول استان با کمیسیون نوبت دوم استان	۰/۰۱۹	توافق ضعیف	۰/۷۰۶	توافق خوب
کمیسیون نوبت دوم استان با کمیسیون مرکزی نوبت سوم	۰/۶۲۶	توافق خوب	۰/۶۸۱	توافق خوب
کمیسیون نوبت سوم با کمیسیون نوبت چهارم کمیسیون مرکزی	۰/۸۲۱	توافق عالی	۰/۸۲۷	توافق عالی
کمیسیون نوبت چهارم با کمیسیون نوبت پنجم کمیسیون مرکزی	۱	توافق عالی	۱	توافق عالی
کمیسیون نوبت پنجم با کمیسیون نوبت ششم	۱	توافق عالی	۱	توافق عالی

▼ جدول ۳- نتایج آزمون رگرسیون لجستیک

متغیرهای مستقل کیفی	ضریب بتا	خطای استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	سطح معناداری	تابع‌نمایی بتا
نورولوژیست	-۱/۷۶۳	۰/۵۴۵	۱۰/۴۵۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۲
مشاورهای خارج از سازمان	۱/۲۸۷	۰/۵۰۳	۶/۵۴۶	۱	۰/۰۱۱	۳/۶۲۴
تصویربرداری عصبی	۱/۹۷۷	۰/۸۷۳	۵/۱۳۰	۱	۰/۰۲۴	۷/۲۳۰
آزمون روان‌شناختی MMSE	۱/۸۰۹	۰/۵۱۳	۱۲/۴۳۹	۱	۰/۰۰۰	۶/۱۰۲

که جدول فوق‌الذکر نشان می‌دهد، ضریب کاپا بین آخرین گواهی صادره از اداره کمیسیون استان‌ها (کمیسیون نوبت دوم) با کمیسیون مرکزی (نوبت سوم) ۰/۶۲۶ بوده که نشان‌دهنده توافق خوب است.

در جدول ۳ نیز نتایج آزمون رگرسیون لجستیک را که در آن میزان توافق صورت گرفته در اداره کمیسیون استان‌ها با اداره کمیسیون مرکزی به عنوان متغیر وابسته و آزمون روان‌شناختی (MMSE)، تصویربرداری عصبی (سی‌تی اسکن یا MRI)، مشاوره‌های خارج سازمانی و نورولوژیست به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده است، نشان می‌دهد. همان‌گونه که جدول فوق‌الذکر نشان می‌دهد اثر هر چهار متغیر کیفی بر میزان توافق صورت گرفته معنادار بوده و به ترتیب وجود تصویربرداری عصبی، آزمون روان‌شناختی MMSE و مشاوره‌های تخصصی خارج سازمان اثر مثبت و حضور نورولوژیست در هر دو کمیسیون (کمیسیون استان‌ها و اداره کمیسیون مرکزی) اثر منفی بر میزان توافق صورت گرفته دارد.

بحث

حتی با وجود قانون درخصوص چگونگی برخورد با افراد محجور در راستای جلوگیری از سوءاستفاده مالی و اغفال آنان، آنچه باید به آن توجه داشت این است که نظر به قوانین حقوقی کشور ما (و بسیاری از دیگر کشورها) در صورت اثبات محجوریت یک فرد، او از بخش عظیمی از حقوق طبیعی و قانونی خود محروم شده (در مقابل امتیازهای اندکی که قانون برای حمایت از او در نظر می‌گیرد) و به‌نوعی فرد از حیزّ انتفاع به‌عنوان یک عضو اجتماع ساقط می‌شود. بنابراین بررسی دقیق شرایط حجر و چگونگی احراز آن از اهمیت زیادی برخوردار است [۱].

این مطالعه نشان می‌دهد بدترین میزان توافق درخصوص احراز محجوریت یک فرد، مربوط به پزشکان بخش بالینی استان‌ها و بخش کمیسیون استان‌هاست. در واقع بین این دو بخش مخالفت کامل وجود دارد. اما هر چه پرونده به مراحل بالاتری ارجاع می‌شود میزان توافق افزایش می‌یابد، به طوری که میزان توافق در نظریه‌های کارشناسی صادره بین آخرین کمیسیون برگزار شده در استان و کمیسیون مرکزی خوب بوده و میزان توافق در نوبت‌های مختلف کمیسیون مرکزی بر اساس تفسیر ضرایب کاپای کوهن عالی است. از نظر زمان شروع حجر (ناتوانی اداره امور مالی) در بیمارانی که فقدان صلاحیت اداره امور مالی آنها احراز شده نیز مطابق ضرایب کاپای کوهن، کمترین توافق در نظریه‌های کارشناسی صادره بین کمیسیون نوبت دوم استان‌ها و کمیسیون مرکزی (نوبت سوم) بوده و بالاترین توافق در نوبت‌های مختلف کمیسیون مرکزی مشاهده می‌شود.

البته آنچه باید مدّنظر داشت این است که پایایی در تشخیص‌ها، مترادف و هم‌معنی صحّت (Accuracy) در تشخیص‌ها نیست. صحّت تشخیص‌ها بدان‌معناست که آیا تشخیصی که توسط پزشک صورت گرفته درست است یا نادرست. ممکن است کلیه پزشکان یک تشخیص نادرست ارائه کرده باشند، حتی اگر همه آنها درخصوص یک تشخیص خاص اتفاق‌نظر داشته باشند. بنابراین ضروری است صحت تشخیص‌ها را با استفاده از استاندارد طلایی ارزیابی و بررسی کرد [۱۴]. در این بررسی‌ها

آنچه قابل مشاهده است این است که عمدتاً مبنای اولیه صدور نظرات احراز دمانس بر اساس معاینه یا رویت سابقه بالینی اســت و در قدم بعدی و علی‌الخصوص در هنگام تعیین زمان شــروع اختلال، کارشناســان به اســتنتاج روی آورده و جملاتی انشا می‌شود که از نظر علمی قابل ایراد است. به‌طورکلی آنچه مشخص است این است که یک استاندارد دقیق و واحد برای بررسی این پرونده‌ها در پزشکی قانونی وجود ندارد که همین امر منجر به صدور گواهی‌های کارشناسی مطابق سلایق فردی شده است.

پس با اینکه میزان توافق در نظریه‌های کارشناسی صادره بین آخرین کمیسیون برگزار شده در استان و کمیسیون مرکزی خوب است، زمانی می‌توان بر توافق بین ارزیاب‌ها به‌عنوان یک منبع قابل اطمینان تکیه کرد که ارزیابی‌ها باتوجه به معیارهای تشخیصی مشخص و استانداردی صورت گرفته باشد. به‌عنوان نمونه به مطالعات بالدرسکی و همکاران، هوگروست و همکاران، بلاکر و همکاران، لامار و همکاران، لیاماس ولساکو و همکاران می‌توان اشاره کرد که میزان توافق بین پزشکان را صرفاً با ملاحظه به‌کارگیری آنان از معیارهای تشخیصی استاندارد بین‌المللی خاص مورد ارزیابی قرار داده‌اند [۱۶-۲۱]. در پرونده‌هایی که غالباً مدارک پزشکی بیمار ناقص بوده و یا از معیارهای تشخیصی کمکی استفاده نشده، تشخیص ندادن صحیح و حتی احتمال تغییر نظریه نهایی در مراحل بالاتر وجود دارد. به‌عنوان نمونه در این ۱۲۲ پرونده مشاهده شد نتیجه آزمون روان‌شناختی (MMSE) که در اکثر کشورها به منظور تشخیص و غربالگری دمانس استفاده می‌شود، در ۷۶/۲ درصد موارد وجود ندارد. ۷۷/۸ درصد پرونده‌ها فاقد مشاوره‌های خارج سازمانی و ۲۴/۶ درصد فاقد هر گونه تصویربرداری عصبی (سی‌تی‌اسکن یا MRI) یا نتایج مربوط به آن است. درصورتی‌که مدل برآورد شده با رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد وجود آزمون روان‌شناختی MMSE با ضریب ۱/۸۰۹، تصویربرداری عصبی با ضریب ۱/۹۷۷ و مشاوره‌های خارج از سازمان با ضریب ۱/۲۸۷ اثر مثبت معنادار بر میزان توافق دارند. البته حضور نورولوژیست در هر دو کمیسیون با ضریب ۱/۷۶۳- اثر منفی معنادار بر میزان توافق دارد که شاید به دلیل همان بحث تأثیر مخرب عنصر ذهنی، در صورت استفاده نکردن از یک معیار تشخیصی استاندارد و یک دستورالعمل واحد است.

نکته دیگری که در اینجا باید مورد اشاره قرار داد این است که نباید تمرکز صرفاً بر تشخیص بیماری دمانس باشد، زیرا هدف غایی تشخیص ناتوانی اداره امور مالی است که در سیر بیماری ایجاد می‌شود. ممکن است فرد مبتلا به به بیماری دمانس، هنوز تا حدودی قادر به اداره امور مالی خود باشد. مشخص‌کردن این که افراد چه زمانی قادر به مدیریت مسائل مالی‌شان نیستند، کار پیچیده‌ای است و باوجود اهمیت این موضوع و وجود تعدادی از مدل‌های ابزاری برای اندازه‌گیری توانمندی مدیریت مالی بیماران دارای زوال عقل، هنوز یک روش مکفی و واحد برای اندازه‌گیری ظرفیت مالی وجود ندارد. با این وجود در مطالعات متعددی به بررسی و طراحی ابزاری برای سنجش این مهم پرداخته شده است. ابزارهای اندازه‌گیری ظرفیت مالی عموماً ابزارهای روان‌سنجی هستند که به‌منظور ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری مالی استفاده می‌شوند [۲۲]. این ابزارها به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که در مقایسه با ابزارهای کلاسیک روان‌شناسی با حداقل مقدار استنباط، پاسخ‌های خاص و مستقیم به سؤالات می‌دهند [۲۴،۲۳].

به‌عنوان مثال مطالعه‌ای که با استفاده از فرم‌های روان‌سنجی SCIFC (مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته برای ظرفیت مالی) برای بررسی میزان ناتوانی اداره امور مالی در شش مهارت: ۱) مهارت‌های پایه پولی ۲) دانش مفهومی مالی ۳) معاملات نقدی ۴) مدیریت دسته چک ۵) مدیریت صورت حساب بانکی و ۶) قضاوت مالی در ۲۶۱ بیمار مبتلا به اختلال شناختی خفیف (MCI) و بیماری آلزایمر (AD) با استفاده از رویکرد مصاحبه توسط پزشکان و با در نظر گرفتن سه حالت کاملاً توانا در اداره امور مالی، تا حدی توانا در اداره امور مالی و ناتوان در اداره امور مالی صورت گرفته نشان می‌دهد ۱۸ درصد بیماران مبتلا به اختلال شناختی خفیف (MCI) با MMSE حدود (۱/۹)۲/۲۸، ۷۴

درصد بیماران دارای آلزایمر متوسط (Mild AD) با MMSE حدود (۳/۱)۲۴ و ۹۶ درصد بیماران دارای آلزایمر شدید (Moderate AD) با MMSE حدود (۴/۲)۱۶/۴ ناتوان در اداره امور مالی خود هستند [۲۵]. بنابراین حرکت به سمت استفاده از ابزارهای روان‌سنجی جدید برای تشخیص دقیق‌تر ظرفیت ذهنی بیماران درخصوص امور مالی ضروری به نظر می‌آید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد بدترین میزان توافق درخصوص احراز محجوریت یک فرد، مربوط به پزشکان بخش بالینی استان‌ها و بخش کمیسیون استان‌هاست. در واقع بین این دو بخش مخالفت کامل وجود دارد. اما هر چه پرونده به مراحل بالاتری ارجاع می‌شود میزان توافق افزایش می‌یابد، به‌طوری‌که میزان توافق در نظریه‌های کارشناسی صادره بین آخرین کمیسیون برگزار شده در استان و کمیسیون مرکزی خوب بوده و میزان توافق در نوبت‌های مختلف کمیسیون مرکزی عالی است. اما آنچه در بررسی این پرونده‌ها در پزشکی قانونی جلب توجه می‌کند، فقدان یک استاندارد و روند علمی یکنواخت و مشخص است. پس با اینکه میزان توافق در نظریه-های کارشناسی صادره بین آخرین کمیسیون برگزار شده در استان و کمیسیون مرکزی خوب است، زمانی می‌توان بر توافق بین ارزیاب‌ها به‌عنوان یک منبع قابل اطمینان تکیه کرد که ارزیابی‌ها باتوجه به معیارهای تشخیصی مشخص و استانداردی صورت گرفته باشد. به‌عنوان نمونه در بسیاری از پرونده‌های مورد بررسی نتیجه آزمون روان‌شناختی (MMSE)، مشاوره‌های خارج سازمانی و هرگونه تصویربرداری عصبی (سی‌تی‌اسکن یا MRI) یا نتایج مربوط به آن وجود ندارد. درصورتی‌که مدل برآورد شده نشان می‌دهد وجود این متغیرها اثر مثبت معناداری بر میزان توافق دارند. به استفاده از این ابزارها در بسیاری از معیارهای تشخیصی استاندارد اشاره شده است. نکته دیگری که در اینجا باید مورد اشاره قرار داد این است که نباید تمرکز صرفاً بر تشخیص بیماری باشد، زیرا هدف غایی تشخیص ناتوانی اداره امور مالی است که در سیر بیماری ایجاد می‌شود. ممکن است فرد به بیماری دمانس مبتلا باشد اما هنوز تا حدودی قادر به اداره امور مالی خود باشد. به همین دلیل حرکت به سمت استفاده از ابزارهای روان‌سنجی جدید برای تشخیص دقیق‌تر ظرفیت ذهنی بیماران درخصوص امور مالی ضروری به نظر می‌آید. آموزش مداوم کارشناسان پزشکی قانونی، اعم از روان‌پزشکان و روان‌شناسان نیز برای کاهش تضارب آرا از ضروریات است. همچنین باتوجه به نتایج حاصله چنین استنباط می‌شود که شایسته است معاینات مربوط به تعیین محجوریت مراجعان به سازمان پزشکی قانونی از ابتدا توسط کمیسیون‌های پزشکی انجام شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از سازمان پزشکی قانونی کشور به دلیل همکاری و مساعدت‌های لازم تقدیر و تشکر کنند.
تأییدیه‌اخلاقی: مطالعه حاضر با کد IR.LMO.REC.1402.006 مورد تأیید کمیته اخلاق سازمان پزشکی قانونی کشور انجام‌گرفته است.
تعارض‌منافع: نویسندگان این مقاله اعلام داشتند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.
سهم‌نویسندگان: رضا حاج‌منوچهری: ایده‌پردازی و نگارنده بحث به میزان ۴۰ درصد؛ آذرتابش: پژوهشگر اصلی، تحلیل آماری و روش‌شناس به میزان ۴۰ درصد؛ مژگان نیک‌پور، جمع‌آوری اطلاعات به میزان ۲۰ درصد.
منابع‌مالی: پژوهش حاصل مورد حمایت مالی سازمان پزشکی قانونی کشور قرار گرفته است.

References

1. Hosni Satahi H, Khadim Razavi Q. The effect of drug addiction on the occurrence of stones from the point of view of jurisprudence and law. International Legal Research. 2021;13(50):317-34. [Persian]
2. Statistical yearbooks of the Legal Medicine Organization. 2024. [Persian]
3. Bangma DF, Tucha O, Tucha L, De Deyn PP, Koerts J. How well do people living with neurodegenerative diseases manage their finances? A meta-analysis and systematic review on the capacity to make financial decisions in people living with neurodegenerative diseases. Neurosci Biobehav Rev. 2021;127:709-39. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.05.021.
4. Lai JM, Gill TM, Cooney LM, Bradley EH, Hawkins KA, Karlawish JH. Everyday decision-making ability in older persons with cognitive impairment. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(8):693-6. doi: 10.1097/

16. Baldereschi M, Amato MP, Nencini P, Pracucci G, Lippi A, Amaducci L, et al. Cross-national interrater agreement on the clinical diagnostic criteria for dementia. Neurology. 1994;44(2):239. doi: 10.1212/WNL.44.2.239.
17. Hogervorst E, Barnetson L, Jobst KA, Nagy Z, Combrinck M, Smith AD. Diagnosing dementia: interrater reliability assessment and accuracy of the NINCDS/ADRDA criteria versus CERAD histopathological criteria for Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord. 2000;11(2):107-13. doi: 10.1159/000017222.
18. Blacker D, Albert MS, Bassett SS, Go RC, Harrell LE, Folstein MF. Reliability and validity of NINCDS-ADRDA criteria for Alzheimer's disease: the National Institute of Mental Health Genetics Initiative. Arch Neurol. 1994;51(12):1198-204. doi: 10.1001/archneur.1994.00540240042014.
19. Bucci M, Chiotis K, Nordberg A. Alzheimer's disease profiled by fluid and imaging markers: Tau PET best predicts cognitive decline. Mol Psychiatry. 2021;26(10):5888-98. doi: 10.1038/s41380-021-01263-2.
20. LaMarre AK, Rascovsky K, Bostrom A, Toofanian P, Wilkins S, Sharon JS, et al. Interrater reliability of the new criteria for behavioral variant frontotemporal dementia. Neurology. 2013;80(21):1973-7. doi: 10.1212/WNL.0b013e318293e368.
21. Llamas-Velasco S, Sierra-Hidalgo F, Llorente-Ayuso L, Herrero-San Martín A, Galende AV, Pareja FB. Inter-Rater Agreement in the Clinical Diagnosis of Cognitive Status: Data from the Neurological Disorders in Central Spain 2 Pilot Study. Neuroepidemiology. 2016; 47(1):32-7. doi: 10.1159/000447699.
22. Drima EP. Routine use of financial capacity instruments for clinical decisional capacity testing: A scoping review. 2022. doi: 10.20944/preprints202205.0413.v1.
23. Archer RP. Forensic uses of clinical assessment instruments. Routledge; 2013 Apr 15. doi: 10.4324/9780203726587.
24. Grisso T. Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments. Springer Science & Business Media; 2006 Jan 27.
25. Marson DC, Martin RC, Wadley V, Griffith HR, Snyder S, Goode PS, et al. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 2009;57(5):806-14. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02202.x.

JGP.0b013e31816c7b54.
5. Manthorpe J, Samsi K, Rapaport J. Responding to the financial abuse of people with dementia: A qualitative study of safeguarding experiences in England. Int Psychogeriatr. 2012;24(9):1454-64. doi: 10.1017/S1041610212000348.
6. Kershaw MM, Webber LS. Assessment of financial competence. Psychiatry Psychol Law. 2008;15(1):40-55. doi: 10.1080/13218710701873965.
7. Haj Manouchehri R. 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. Iran J Forensic Med. 2015;21(1):27-33. [Persian]
8. Cooper R. Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Routledge; 2018 May 8. doi: 10.4324/9780429473678.
9. Hardiman, O., Doherty, C.P., 2016. Neurodegenerative disorders: a clinical guide, 2nd ed. Springer International Publishing, Switzerland.
10. Sunderaraman P. Financial capacity and neuropsychological performance in acquired brain injury (ABI) [Doctoral dissertation]. USA: Drexel University, 2015.
11. Marson DC, Savage R, Phillips J. Financial capacity in persons with schizophrenia and serious mental illness: clinical and research ethics aspects. Schizophr Bull (Bp). 2005;32(1):81-91. doi: 10.1093/schbul/sbj027.
12. Giannouli V. Neuropsychological assessment and financial capacity in older adults: A review based on up-to-date knowledge. Global Perspectives on Health Assessments for an Aging Population. 2023. pp. 21-47. doi: 10.4018/978-1-6684-7630-7.ch003.
13. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, DeKosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS–ADRDA criteria. Lancet Neurol. 2007;6(8):734-46. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70178-3.
14. Mahdizadeh H, Ayatollahi H, Esmaeili N, Haghighi MK. Teledermatology: A comparison of reliability and accuracy of diagnoses with those in the face to face visits. Dermatology and Cosmetic. 2013;4(3):148. [Persian]
15. Cerullo E, Quinn TJ, McCleery J, Vounzoulaki E, Cooper NJ, Sutton AJ. Interrater agreement in dementia diagnosis: A systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2021;36(8):1127-47. doi: 10.1002/gps.5499.