journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2025 Dec;31(3):172-183 Volume 31, Issue 3, Autumn 2025 Research Article

Investigating the Reasons for Referring Psychiatric Files to the Rasht Forensic Medicine Commission

Somayeh Shokrgozar[1] MD, Maryam Nasseri Alavi[1*] MD, Roghaye Zare[2] PhD, Morteza Rahbar Taramsari[3] MD, Mehdi Ghorbani Samin[4] MD

[1] Department of Psychiatry, Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

[2] Guilan Road Trauma Research Center, Trauma Institute, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

[3] Department of Forensic Medicine, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

[4] Guilan Legal Medicine Organization, Rasht, Iran

***Correspondence to:** Maryam Nasseri Alavi, Email: alavi.shima@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: October 7, 2025
Accepted: November 29, 2025
Online Published: December 10, 2025

Keywords:
Referral
Psychiatric files
Forensic medicine commission

HIGHLIGHTS

1. Announcing the exact date of confirmation in the initial commission and specifying the ability to manage the property affairs will create the greatest reduction in the cases of re-commission.
2. All cases of emancipation and gender transition are referred to the commission.

ABSTRACT

Introduction: Today, the forensic medicine organization responds to a part of society's needs in relation to psychiatric expertise and helping the courts for judicial proceedings. Considering the increasing number of referrals to the Psychiatric Commission, knowing about the reason of the initial and repeated expression and checking the possible defects of the documents in the files can help to reduce the density of files and increase the efficiency of the legal system. The purpose of this study is to determine the reasons for referral of psychiatric cases to the Rasht Forensic Medicine Commission in 2022-2023.

Methods: This research was a descriptive-cross-sectional study. The study was conducted on the cases referred to the Rasht Forensic Psychiatry Commission in 2022-2023. Demographic questionnaire and checklist was the Data collection tool. Data were recorded in spss26 software and descriptive statistics were used.

Results: 71.1% of the held medical commissions were 3-member commissions, 27.6% were 5-member commissions, and 1.3% were 7-member commissions. The highest percentage of the reasons for the presentation in the 3-person commissions were the "interdiction" and "emancipation", and the 5- and 7-person commissions were objector. Cognitive disorder with 29% was the most psychiatric diagnosis in the initial commission.

Conclusion: Most criminal cases and all cases of emancipation and gender transition are referred to the commission. It seems that the greatest reduction in the cases of re-commissioning can be achieved by announcing the exact date of confirmation in the initial commission and specifying the ability to manage the property affairs of the people referred to the commission.

How to cite: Shokrgozar S, Nasseri Alavi M, Zare R, Rahbar Taramsari M, Ghorbani Samin M. Investigating the reasons for referring psychiatric files to the Rasht Forensic Medicine Commission. Iran J Forensic Med. 2025;31(3):172-83.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

Copyright © 2025 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.

مجله
پزشکی قانونی ایران
www.sjfm.ir
مرکز تحقیقات پزشکی قانونی
دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴، صفحات ۱۷۲ تا ۱۸۳
مقاله پژوهشی

بررسی دلایل ارجاع پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون پزشکی قانونی رشت

سمیه شکرگزار[۱] MD، مریم ناصری علوی[۱*] MD، رقیه زارع[۲] PhD، مرتضی رهبر طارمسری[۳] MD، مهدی قربانی ثمین[۴] MD

[۱] گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم شناختی، رفتاری و اعتیاد کاوش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
[۲] مرکز تحقیقات ترومای جادهای، پژوهشکده تروما، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
[۳] گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
[۴] سازمان پزشکی قانونی گیلان، رشت، ایران

*نویسنده مسئول: مریم ناصری علوی، پست الکترونیک: alavi.shima@yahoo.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۵
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۸
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۹/۱۹

واژگان کلیدی:
ارجاع
پرونده‌های روانپزشکی
کمیسیون پزشکی قانونی

نکات ویژه

۱- اعلام دقیق تاریخ احراز در کمیسیون اولیه و مشخص کردن توانایی اداره امـور اموال بیشـترین کاهش را در موارد برگزاری کمیسـیون مجدد ایجاد می کنند.
۲- همه موارد رفع حجر و تغییر جنسیت به کمیسیون ارجاع می شوند.

چکیده

مقدمه: امروزه سازمان پزشکی قانونی، پاسخگوی بخشی از نیازهای جامعه در ارتباط با کارشناسی روانپزشکی و کمک به دادگاه‌ها برای رسیدگی‌های قضایی است. باتوجه تعداد روز افزون ارجاع به کمیسیون روانپزشکی، آگاهی در مورد علت طرح اولیه و مجدد و بررسی نقایص احتمالی مدارک موجود در پرونده‌ها می‌تواند به کاهش تراکم پرونده‌ها و افزایش کارآیی سیستم قانونی کمک کند. هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین دلایل ارجاع پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون پزشکی قانونی رشت در سال ۱۴۰۱ است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که بر روی پرونده‌های ارجاع شده به کمیسیون روانپزشکی قانونی رشت انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک، و چک‌لیست بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ ثبت و از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها: ۷۱/۱ درصد از کمیسیون‌های پزشکی برگزار شده را کمیسیون‌های ۳ نفره، ۲۷/۶ درصد، ۵ نفره و ۱/۳ درصد هفت نفره بود. بیشترین درصد دلایل طرح در کمیسیون‌های ۳ نفره، توانایی اداره امور اموال (حجر) و رفع حجر و کمیسیون‌های ۵ و ۷ نفره، اعتراض خواهان بود. اختلال شناختی با ۲۹ درصد بیشترین تشخیص روانپزشکی در کمیسیون اولیه بود.

نتیجه‌گیری: بیشتر پرونده‌های کیفری و همه موارد رفع حجر و تغییر جنسیت به کمیسیون ارجاع می‌شوند. به‌نظر می‌رسد بیشترین کاهش در موارد برگزاری کمیسیون مجدد را بتوان با اعلام دقیق تاریخ احراز در کمیسیون اولیه و مشخص‌کردن توانایی اداره امور اموال افراد ارجاع شده به کمیسیون، ایجاد کرد.

مقدمه

روند رو به رشد ابتلابه بیماری‌های روانی یکی از موضوات روز بوده و رابطه مستقیم با سیر صعودی رشد جمعیت و افزایش فشارهای هیجانی و عاطفی دارد. در سال ۲۰۱۹، از هر ۸ نفر، ۱ نفر یا ۹۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان با یک اختلال روانی زندگی می‌کردند که اختلالات اضطرابی و افسردگی شایع‌ترین آنها بودند [۱]. در حوزه مسائل قانونی و قضایی، اختلال‌های روانی دایره گسترده‌ای دارند و شناختن هرکدام از آنها به طور جداگانه برای بهبود مجازات افراد مبتلا به این اختلال‌ها امری ضروری است، زیرا برخی از اختلال‌های روانی، اراده را کاملاً مخدوش می‌کنند، درصورتی که برخی دیگر تنها قسمتی از آن را از بین می‌برد. بدین ترتیب در هنگام صادر شدن حکم، باید جوانب و آثار هر اختلال روانی در شخص، مورد بررسی دقیق قرار گیرد تا عدالت در مورد متهم، بهتر اجرا شود. در ایران سالانه پرونده‌های متعددی برای بررسی وضعیت جسمی و روانی مدعیان محجوریت از مراجع قضایی به پزشکی قانونی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

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].

بیماران روانپزشکی قانونی، جمعیتی بسیار ناهمگن از نظر آسیب‌شناسی روانی، سابقه کیفری و عوامل خطر برای تکرار جرم را تشکیل می‌دهند. نمونه مطالعه شامل ۷۲۲ بیمار روانپزشکی قانونی مرد بود که بدون قید و شرط بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴ از کلینیک‌های پزشکی قانونی با امنیت بالا آزاد شدند. داده‌ها به صورت گذشته‌نگر از پرونده‌های الکترونیکی بیمار استخراج شدند. پنج طبقه بیمار متمایز پدیدار شدند: طبقه‌ای که فقط تشخیص شخصیت داشت، طبقه‌ای با مشکلات متعدد، طبقه ضداجتماعی، طبقه روان‌پریش و طبقه معلول ذهنی. این طبقات از نظر عوامل خطر و محافظتی تفاوت قابل توجهی داشتند. شاهمیری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود که با هدف بررسی فراوانی اختلالات روانی در بین کارکنان وظیفه مراجعه‌کننده به کمیسیون پزشکی یک مرکز نظامی بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ انجام شد، به این نتیجه رسیدند که در کل ۵۲۳۳ نفر: اختلال شخصیت، نوروز، اختلال خلقی، سایکوز، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر علل گزارش شد [۳].

این مطالعات به درک طبقات و گروه‌های بیماری کمک می‌کند و مسیرهایی را برای مداخلات آینده و متناسب با طبقه ارائه می‌دهد [۴]. یک مطالعه چند مرکزی [۵] در سال ۲۰۲۱ نشان داد که میزان تطابق بین تشخیص ارزیابی پزشکی قانونی و تشخیص بالینی تنها ۴۷/۳ است و تفاوت‌های قابل توجهی بین انواع مختلف بیماری وجود دارد.۷ تشخیص بالینی اختلال روانی عمدتاً مبتنی بر داده‌های توصیف شده توسط اعضای خانواده و بیماران است، اما تشخیص پزشکی قانونی برای تشکیل «زنجیرهای از شواهد»، به منابع داده دیگری به عنوان شواهد جانبی نیاز دارد، مانند داده‌های واحدها، دوستان، همسایگان، بیمارستان‌ها، رونوشت‌های استعلام امنیت عمومی و سایر کانال‌ها، و مبنای تشخیصی غنی‌تر است. بنابراین، اغلب بین نتیجه‌گیری‌های تشخیصی تشخیص بالینی و تشخیص پزشکی قانونی ناسازگاری وجود دارد.

امروزه سازمان پزشکی قانونی با در اختیار داشتن متخصصان روانپزشکی آموزش دیده، پاسخگوی بخشی از نیازهای جامعه در ارتباط با کارشناسی روا نپزشکی و کمک به دادگاه‌ها برای رسیدگی‌های دقیق‌تر قضایی است، اما بخش عمده ای از وظایف روانپزشک قانونی که عبارت است از درمان بیماران مبتلا به اختلال روانی، در حیطهٔ وظایف روان پزشکان شاغل در پزشکی قانونی تعریف نشده است [۶].

اگر چه پزشک قانونی قاضی دادگاه نیست ولی وقتی در مقام اجرای وظایف خود می خواهد میزان آسیب‌های جسمی و زوال منافع را با قوانین مجازات اسلامی مدون تطبیق دهد و عین عناوین به کاررفته در قانون را برای تسهیل در اجرای حکم قاضی استخراج و اعلام کند و یا در جایی ارش عضو آسیب دیده را با کارشناسی بسنجد. در عمل نوعی حکمیت و داوری است به همین دلیل نظرات و گزارش‌های پزشک قانونی باید با جدیدترین دست آوردهای علم پزشکی و موازین شرعی مستندسازی شود [۷]. آگاهی درمورد علت طرح اولیه و مجدد و بررسی نقایص احتمالی مدارک موجود در پرونده‌ها می تواند گامی در راستای کاهش تراکم پرونده‌ها و افزایش کارآیی و دقت سیستم قانونی باشد. همچنین این موضوع جزو اولویت‌های پژوهشی در حوزه‌ی پزشکی قانونی است و هنوز هیچ مطالعه‌ای به این صورت برای بررسی علل طرح، در ایران انجام نشده است. ضرورت انجام آن با توجه به اهمیت موضوع و اینکه پرونده‌ها محرمانه بوده و انجام مطالعه با هماهنگی‌های زیاد و اخذ مجوزهای قانونی متعدد امکان‌پذیر است، دیده می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی دلایل ارجاع و طرح مجدد در کمیسیون و بررسی ماهیت طرح مجدد پرونده‌های مرتبط با حوزه روانپزشکی و درصورت امکان پیشنهاد راهکارهای عملی برای پیشگیری

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

از طرح مجدد در کمیسیون، تسریع بررسی پرونده‌ها با توجه به روند افزایشی پرونده‌های پزشکی قانونی انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. مطالعه بر روی پرونده‌های ارجاع شده به کمیسیون روانپزشکی قانونی رشت که در سال ۱۴۰۱ مطرح شده اند، انجام شد. با توجه به اینکه اسناد موجود در پزشکی قانونی جزو اسناد طبقه‌بندی شده و محرمانه بود، این کار با تایید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق پزشکی قانونی کشور و بعد از اخذ کد اخلاق دانشگاه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک و چک‌لیست بود. چک‌لیست‌ها بدون درج اسامی افراد و با نظارت همکاران پژوهشی پزشکی قانونی استان تکمیل شد. پرونده‌ها شامل پرونده‌های بیماران ارجاعی به کمیسیون روان پزشکی قانونی بود. قابل ذکر است پرونده قبل از طرح در کمیسیون توسط روانپزشک قانونی مسئول و مستقر در سازمان پزشکی قانونی بررسی می‌شود و درصورتی که که تصمیم‌گیری نیاز به بررسی و شور بیشتری داشته باشد و تشخیص توسط روانپزشک احراز نشود، طرح مجدد اعتراض توسط طرفین پرونده و پرونده‌های مهم و حساس به کمیسیون ارجاع می‌شوند.

همکار رزیدنت در جلسات متعدد کمیسیون روانپزشکی که در پزشکی قانونی تشکیل شد، با اخذ اجازه حضور، به همراه و تحت نظارت استاد راهنما (عضو هیئت علمی و مشاور پزشکی قانونی) حضور یافت تا در جریان روند کلی کمیسیون و آشنایی با روش کار آن قرار گیرد. جمع آوری اطلاعات براساس چک‌لیست بود که متغیرهای آن براساس بررسی چند پرونده به صورت آزمایشی، طراحی شد و با تایید دو همکار روانپزشکی قانونی و پنج نفر از اساتید هیئت علمی روانپزشکی تنظیم شد. همچنین با مجوز مدیرکل پزشکی قانونی و حضور کارشناس مسئول و رعایت قوانین و موازین حرفه ای، صرفاً در همان محل بایگانی سازمان، اطلاعات پرونده‌ها (بدون درج اسامی بیماران)، دسترسی داشت.

پرونده‌های ارجاع به کمیسیون شامل داد خواست مراجع، دستور مقام قضایی، پرونده‌های طبی (شامل پاراکلینیک، تست‌های روانشناختی، نظریه پزشک درمانگر، تصویربرداری و پرونده بستری بیمارستانی) و تحقیقات قضایی و نظریه روانپزشک قانونی بود. تمامی پرونده‌ها ابتدا توسط روانپزشک قانونی مستقر در اداره پزشکی قانونی، بررسی و بیماران معاینه و ارزیابی شدند که درصورت احراز نشدن تشخیص قطعی، پیچیدگی‌های پرونده و یا اعتراض به نتایج اعلام شده از طرف پزشکی قانونی، موارد به کمیسیون ارجاع و در آن مرحله توسط سه همکار روانپزشک و پزشکی قانونی تشخیص و نظر نهایی اعلام شد (کمیسیون بدوی). در صورت اعتراض به نتیجه به ترتیب در کمیسیون‌های پنج (تجدید نظر) و هفت نفره (عالی) نیز موضوع قابل طرح مجدد بود. در کمیسیون روانپزشکان مدعو، پس از ارزیابی بیمار و در صورت فوتی بودن بررسی پرونده و شنیدن نظرات همراهان، تشخیص را بر اساس DSM-5 در برگه‌های مخصوص نوشته و در پایان نظریه خود را با زبان علمی و بر اساس نوع سوال قضایی بیان کردند. در نهایت همکار پزشکی قانونی نظریات را منطبق با اصطلاحات قضایی نگارش کرده و به مقام قضایی ارجاع دادند. لازم به ذکر است که تشخیص براساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته مبنی بر DSM-5 توسط روانپزشک ثبت شده بود. معیارهای ورود، تمامی پرونده‌هایی بودند که به کمیسیون روانپزشکی پزشکی قانونی رشت در سال ۱۴۰۱ معرفی شدند و معیارهای خروج، به دلیل بررسی همه پرونده‌ها و نبودن نقص در پرونده‌های پزشکی قانونی، معیار خروجی وجود ندارد. این طرح در کمیسیون پزشکی قانونی در مرکز استان گیلان و در شهر رشت انجام شد. هرچند مراجعه‌کنندگان از سرتاسر استان و استان‌های

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

همجوار بودند اما طبعاً نمی‌توانست قابل تعمیم به کل جامعه باشد. همچنین با توجه به اینکه نتایج بر اساس پرسشنامه‌های تکمیل شده قبل از شروع مطالعه به دست آمد، امکان بررسی برخی از متغیرهای زمینه‌ای و بالینی وجود نداشت.

ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک حاوی سؤالاتی مانند: سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، وضعیت حیات و تعداد دفعات بستری است. همچنین از چک‌لیست متغیرهای مطرح شده در این پژوهش استفاده شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شد. توصیف داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار، فراوانی (درصد فراوانی) بیان شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، در میان ۲۰۷ فرد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ مشخص شد که ۷۴/۴ درصد از افراد ارجاع شده را مردان تشکیل می‌دادند و ۲۵/۶ درصد از افراد ارجاع شده را نیز زنان تشکیل می‌دادند. ۱۷/۴ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ دارای سنین ۴۰-۳۱ سال بودند و افراد با سنین ۵۰-۴۱ سال و ۹۰-۸۱ سال هر یک با ۱۶/۴ درصد موارد در رده‌های بعدی بودند. ۲۶/۱ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ را افراد بیسواد تشکیل می‌دادند و ۲۱/۷ درصد از افراد مورد تحقیق دارای سطح تحصیلات در حد دیپلم بودند و ۱۷/۹ درصد تحصیلات در حد کمتر از دیپلم داشتند و ۱۴/۵ درصد از افراد مورد تحقیق نیز دارای تحصیلات در حد ابتدایی بودند. این در حالی است که افراد با تحصیلات در حد لیسانس ۱۱/۱ درصد و در حد فوق دیپلم ۶/۳ درصد و در حد فوق لیسانس ۱/۹ درصد و در حد دکتری نیز ۰/۵ درصد از افراد مورد تحقیق را تشکیل می‌دادند. ۴۴ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ را افراد فاقد اشتغال تشکیل می‌دادند و ۵۶ درصد از افراد نیز شاغل یا بازنشسته بودند. ۵۴/۶ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ را افراد متاهل تشکیل می‌دادند و افراد مجرد با ۲۰/۳ درصد موارد در رده بعدی بودند. ۱۸/۸ درصد نیز بیوه یا همسر فوت شده بودند و ۶/۳ درصد نیز از همسر

▼ جدول ۱- ارتباط بین خشونت، قلدری سازمانی، قلدری سایبری و پرخاشگری در پزشکان

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۵۴	۷۴/۴
	زن	۵۳	۲۵/۶
سن (سال) در هنگام تشکیل پرونده	کمتر از ۲۰	۷	۳/۴
	۲۱-۳۰	۲۲	۱۰/۶
	۳۱-۴۰	۳۶	۱۷/۴
	۴۱-۵۰	۳۴	۱۶/۴
	۵۱-۶۰	۲۹	۱۴
	۶۱-۷۰	۲۵	۱۲/۱
	۷۱-۸۰	۱۴	۶/۸
	۸۱-۹۰	۳۴	۱۶/۴
	بیشتر از ۹۰	۶	۲/۹
تحصیلات	بیسواد	۵۴	۲۶/۱
	ابتدایی	۳۰	۱۴/۵
	کمتر از دیپلم	۳۷	۱۷/۹
	دیپلم	۴۵	۲۱/۷
	فوق دیپلم	۱۳	۶/۳
	لیسانس	۲۳	۱۱/۱
	فوق لیسانس	۴	۱/۹
	دکتری	۱	۰/۵
وضعیت اشتغال	بیکار	۹۱	۴۴
	شاغل	۱۱۶	۵۶
وضعیت تاهل	مجرد	۴۲	۲۰/۳
	متاهل	۱۱۳	۵۴/۶
	از همسر جدا شده	۱۳	۶/۳
	بیوه / همسر مرده	۲۹	۱۸/۸
وضعیت افراد در هنگام تحقیق	در قید حیات	۱۷۹	۸۶/۵
	فوت شده	۲۸	۱۳/۵

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

خود جدا شده بودند. ۸۶/۵ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ در قید حیات بودند و ۱۳/۵ درصد نیز در زمان تحقیق فوت شده بودند (جدول ۱).

جدول ۲- ارتباط بین خشونت، قلدری سازمانی، قلدری سایبری و پرخاشگری در پزشکان

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
سابقه بستری در بیمارستان روانی	داشتند	۷۲	۳۴/۸
	نداشتند	۱۳۵	۶۵/۲
تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی	بدون بستری	۱۳۵	۶۵/۲
	یک بار	۳۶	۱۷/۴
	دو بار	۱۴	۶/۸
	سه بار	۱۰	۴/۸
	چهار بار	۷	۳/۴
	پنج بار	۲	۱
	شش بار	۳	۱/۴
تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (میانگین±انحراف معیار)			۰/۷۲ ± ۱/۲۹
میانه تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Median)			۰
چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)			۱

جدول ۳- بررسی برخی از شاخص‌های آماری تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی بر حسب انواع کمیسیون‌های پزشکی اجرا شده در سال ۱۴۰۱

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
کل کمیسیون ها	میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (میانگین±انحراف معیار)		۰/۶۹ ± ۱/۲۴
	چارک اول تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۰
	میانه تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Median)		۰
	چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۱
کمیسیون ۳ نفره	میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (میانگین±انحراف معیار)		۰/۶۳ ± ۱/۲۳
	چارک اول تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۰
	میانه تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Median)		۰
	چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۱
کمیسیون ۵ نفره	میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (میانگین±انحراف معیار)		۰/۸۷ ± ۱/۳
	چارک اول تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۰
	میانه تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Median)		۰
	چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۱
کمیسیون ۷ نفره	میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (میانگین±انحراف معیار)		۰/۶۶ ± ۰/۵۷
	چارک اول تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۰
	میانه تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Median)		۱
	چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی (Percentiles75)		۱

۳۴/۸ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ سابقه بستری در بیمارستان‌های روانی را داشتند. میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی برابر ۱/۲۹ ± ۰/۷۲ دفعه بود. میانه تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی برابر صفر بود. چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی برابر یک بود (جدول ۲).

برای افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ (۲۰۷ نفر) تعداد ۲۳۲ کمیسیون پزشکی برگزار شد، به طوری که ۷۱/۱ درصد از کمیسیون‌های پزشکی برگزار شده را کمیسیون‌های ۳ نفره تشکیل می‌دادند و ۲۷/۶ درصد از کمیسیون‌ها متعلق به کمیسیون‌های ۵ نفره بودند و ۱/۳ درصد از کمیسیون‌ها هم مربوط به کمیسیون‌های پزشکی ۷ نفره بود. توضیح اینکه ممکن است کمیسیون ۳ نفره فردی در سال‌های قبل تشکیل شده باشد و کمیسیون ۵ نفره او در سال ۱۴۰۱ باشد و در نتیجه در شمارش فقط کمیسیون ۵ نفره محاسبه شده است. همچنین برای بعضی از افراد نیز، دو کمیسیون در سال ۱۴۰۱ تشکیل شده که علت تفاوت ۲۰۷ افرادی که به کمیسیون در سال ۱۴۰۱ ارجاع شدند و ۲۳۲ تعداد کمیسیون‌های تشکیل شده در سال ۱۴۰۱ است.

بیشترین درصد دلایل طرح پرونده‌های روانپزشکی در کمیسیون‌های ۳ نفره پزشکی قانونی (۴۳/۶ درصد موارد) مربوط به «توانایی اداره امور اموال (حجر) و رفع حجر» بود و سپس «تاریخ احراز» با ۱۷ درصد موارد قرار داشت (جدول ۴).

بیشترین درصد دلایل اعتراض به نتیجه کمیسیون (۵ نفره و ۷ نفره) پزشکی قانونی (۲۹/۹ درصد موارد) مربوط به «اعتراض خواهان» بود و سپس «توصیه کمیسیون قبلی و تکمیل نبودن نظریه» با ۲۰/۹ درصد موارد قرار داشت. بیشترین درصد دلایل روش‌های ارجاع پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون اولیه پزشکی قانونی (۴۵/۵ درصد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

▼ جدول ۴- بررسی توزیع فراوانی دلایل طرح پرونده‌های روانپزشکی در کمیسیون‌های ۳ نفره پزشکی قانونی در سال ۱۴۰۱

دلایل طرح پرونده‌های روانپزشکی در کمیسیون‌های ۳ نفره پزشکی قانونی	تعداد	درصد
بررسی سلامت روانی	۲۳	۱۳/۹
ارزیابی مسئولیت اعمال(کیفری) و تحمل حبس	۱۳	۷/۹
توانایی اداره امور اموال(حجر) و رفع حجر	۷۲	۴۳/۶
تغییر جنسیت	۲۰	۱۲/۱
تاریخ احراز	۲۸	۱۷
سایر موارد(تعیین ارش- قصور کادر درمانی- سقط درمانی روانی)	۹	۵/۵
جمع	۱۶۵	۱۰۰

▼ جدول ۵- بررسی توزیع فراوانی دلایل اعتراض به نتیجه کمیسیون (۵ نفره و ۷ نفره) در سال ۱۴۰۱

دلایل اعتراض به نتیجه کمیسیون (۵ نفره و ۷ نفره)	تعداد	درصد
دلایل اعتراض به نتیجه کمیسیون (۵ نفره و ۷ نفره)	تعداد	درصد
رفع حجر	۱۱	۱۶/۴
ارائه مدارک جدید	۷	۱۰/۴
درخواست قاضی به صلاحدید شخصی	۸	۱۱/۹
توصیه کمیسیون قبلی و تکمیل نبودن نظریه	۱۴	۲۰/۹
اعتراض خواهان	۲۰	۲۹/۹
سایر (موضوع متفاوت- اعتراض مقصرین – تعیین زمان لازم برای مداوا)	۷	۱۰/۴
جمع	۶۷	۱۰۰

▼ جدول ۶- بررسی توزیع فراوانی انواع تشخیص‌های روانپزشکی در کمیسیون اولیه (کمیسیون ۳ نفره) در سال ۱۴۰۱

تشخیص‌های روانپزشکی در کمیسیون اولیه	تعداد	درصد
اختلال دوقطبی	۲۸	۱۳/۵
اختلال شناختی	۶۰	۲۹
بدون تشخیص	۳۲	۱۵/۵
اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها	۲۶	۱۲/۶
ملال جنسیتی	۲۰	۹/۷
ناتوانی ذهنی	۹	۳/۴
بهره هوشی مرزی	۴	۱/۹
اختلال شخصیت	۴	۱/۹
سایکوز ناشی از مواد	۳	۱/۴
اختلالات اضطرابی	۲	۱
اختلالات مرتبط با سانحه	۷	۳/۴
افسردگی	۵	۲/۴
سایر موارد	۷	۳/۴
جمع	۲۰۷	۱۰۰

موارد) مربوط به «درخواست قاضی» بود و سپس «اعتراض خواهان به جواب بخش معاینات» با ۴۳/۶ درصد موارد قرار داشت و همچنین «درخواست روانپزشک قانونی با تأیید مدیرکل» با ۱۰/۹ درصد موارد در رده بعدی قرار داشت (جدول ۵).

در خصوص انواع تشخیص‌های روانپزشکی در کمیسیون اولیه مشخص شد که «اختلال شناختی» با ۲۹ درصد موارد و «بدون تشخیص» با ۱۵/۵ درصد موارد و «اختلال دو قطبی» با ۱۳/۵ درصد موارد و «اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها» با ۱۲/۶ درصد موارد به ترتیب از جمله بیشترین تشخیص‌های روانپزشکی در کمیسیون اولیه را داشتند. ۳۴/۳ درصد از پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون‌های نهایی (کمیسیون ۵ و ۷ نفره) به تغییر تشخیص منجر شد ۶۵/۷ درصد از موارد نیز بدون تغییر تشخیص نهایی بودند (جدول ۶).

بحث

در میان ۲۰۷ فرد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ مشخص شد که ۷۴/۴ درصد از افراد ارجاع شده را مردان تشکیل می‌دادند. ۱۷/۴ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ دارای سنین ۳۱-۴۰ سال بودند و افراد با سنین ۴۱-۵۰ سال و ۸۱-۹۰ سال در رده‌های بعدی بودند.

۲۶/۱ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ را افراد بیسواد تشکیل می‌دادند و ۲۱/۷ درصد از افراد مورد تحقیق دارای سطح تحصیلات در حد دیپلم بودند و ۱۷/۹ درصد تحصیلات در حد کمتر از دیپلم داشتند. ۱۴/۵ درصد از افراد مورد تحقیق نیز دارای تحصیلات در حد ابتدایی بودند. این در حالی است که افراد با تحصیلات در حد لیسانس ۱۱/۱ درصد و در حد فوق دیپلم ۶/۳ درصد و در حد فوق لیسانس ۱/۹ درصد و در حد دکتری نیز ۰/۵

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

درصد از افراد مورد تحقیق را تشکیل می‌دادند.
۵۶ درصد از افراد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی نیز شاغل بودند. ۵۴/۶ درصد را افراد متاهل تشکیل می‌دادند و افراد مجرد با ۲۰/۳ درصد موارد در رده بعدی بودند. ۱۸/۸ درصد نیز بیوه یا همسر فوت شده بودند و ۶/۳ درصد نیز از همسر خود جدا شده بودند. ۸۶/۵ درصد از افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های روانپزشکی در سال ۱۴۰۱ در قید حیات بودند. ۳۴/۸ درصد از افراد سابقه بستری در بیمارستان‌های روانی را داشتند. میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی برابر ۱/۲۹ ± ۰/۷۲ دفعه بود. چارک سوم تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانی برابر یک بود. برای افراد ارجاع شده با پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون‌های پزشکی در سال ۱۴۰۱ (۲۰۷ نفر) تعداد ۲۳۲ کمیسیون روانپزشکی برگزار شد، به‌طوری که ۷۱/۱ درصد از کمیسیون‌های روانپزشکی برگزار شده را کمیسیون‌های ۳ نفره تشکیل می‌دادند و ۲۷/۶ درصد از کمیسیون‌ها متعلق به کمیسیون‌های ۵ نفره بودند و ۱/۳ درصد از کمیسیون‌ها هم مربوط به کمیسیون‌های ۷ نفره بود. بیشترین درصد دلایل طرح پرونده‌های روانپزشکی در کمیسیون‌های ۳ نفره پزشکی قانونی (۴۳/۶ درصد موارد) مربوط به «توانایی اداره امور اموال(حجر) و رفع حجر» بود و سپس «تاریخ احراز» با ۱۷ درصد موارد قرار داشت. شاید بتوان با اعلام تاریخ احراز در نوبت اول ویزیت روانپزشک قانونی یکی از علل عمده طرح در کمیسیون را کاهش داد. بیشترین درصد دلایل اعتراض به نتیجه کمیسیون (۵ نفره و ۷ نفره) پزشکی قانونی (۲۹/۹ درصد موارد) مربوط به «اعتراض خواهان» بود و سپس «توصیه کمیسیون قبلی و تکمیل نبودن نظریه» با ۲۰/۹ درصد موارد قرار داشت. در این موارد شاید بتوان با تکمیل تمامی اطلاعات از جمله تصویربرداری، چک کردن نسخ بیمه‌ای، تاریخچه بستری و... جلوی سیکل معیوب تکرار کمیسیون را گرفت. اکثر موارد اعتراض خواهان طبق داده‌ها به تاریخ احراز است و شاید در گام بعد به هر طریقی که پرونده در کمیسیون طرح شد، تاریخ احراز در همان کمیسیون ۳ نفره اولیه به طور دقیق اعلام شود تا از حجم کمیسیون‌های مجدد کاسته شود. بسط و گسترش سامانه‌های یکپارچه بیمه‌ای یکی از روزنه‌های امیدبخش برای رسیدن به مدارک و مستندات لازم به منظور رای‌گیری است که خوشبختانه به طور نسبی در حال اجراست.
۳۴ درصد از پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون‌های نهایی (کمیسیون ۵ و ۷ نفره) به تغییر تشخیص منجر شد و ۶۵/۷ درصد از موارد نیز بدون تغییر تشخیص نهایی بودند. شاید بتوان از طریق تکمیل اطلاعات پرونده فرد و تهیه تمام مدارک قبلی، بازنگری در افراد کمیسیون و درخواست بستری تشخیصی در بیمارستان روانپزشکی، از سیکل معیوب تکرار کمیسیون‌ها جلوگیری کرد.
یک بررسی سیستماتیک [۸] در سال ۲۰۲۱ نشان داد که تفاوت‌های تشخیصی نه تنها مربوط به معیارهای ارزیابی هستند، بلکه ارتباط نزدیکی با عواملی مانند تغییرات در محیط اجتماعی و افزایش آگاهی حقوقی نیز دارند. در حال حاضر، محققان داخلی و خارجی درمورد ساختار استاندارد ارزیابی روانپزشکی قانونی به اجماع رسیده‌اند، اما شیوه‌های خاص هنوز با چالش‌های زیادی روبه‌رو هستند. به عنوان مثال، در فرآیند شناسایی واقعی، هنوز نظرات متناقضی در مورد شناسایی وجود خواهد داشت، اینکه آیا داده‌های شناسایی درست، کامل و کافی هستند یا خیر، و تفسیر داده‌های شناسایی توسط ارزیاب و تجزیه و تحلیل نتایج بازرسی روانی بر نتایج شناسایی و در نهایت بر قضاوت قضایی تأثیر خواهد گذاشت که می‌تواند عدالت قضایی کشور را به خطر اندازد. بنابراین، در پرونده‌های جنایی، ارزیابی دقیق وضعیت روانی و تعیین ظرفیت مسئولیت‌پذیری نیازمند پشتیبانی تحقیقاتی تجربی بیشتری است. مطالعات موجود عمدتاً بر ویژگی‌های ارزیابی یک نوع خاص از بیماری روانی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

یا یک مورد خاص تمرکز دارند و فقدان نسبی تحقیقات سیستماتیک در مورد مسئله ثبات تشخیصی وجود دارد. لی و کوا در سال ۲۰۲۵ [۹] بر اساس با تحلیل داده‌های ۷۸ پرونده جنایی در بخش ارزیابی پزشکی قانونی یک مرکز بهداشت روان در ثبات و عوامل مؤثر بر تشخیص، ارزیابی و تشخیص قبلی را بررسی می‌کند تا مرجعی برای بهبود کیفیت ارزیابی روانپزشکی پزشکی قانونی فراهم کند. این مطالعه نشان داد که توافق بین تشخیص ارزیابی و تشخیص قبلی پایین است و میزان تطابق نداشتن تشخیصی به ۷۲/۰۹ درصد رسید و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی مشکل تطابق تشخیصی بالاتری داشتند. سازگاری تشخیصی پرونده‌های جرایم خشونت‌آمیز به وضوح کمتر از پرونده‌های جرایم مالی است. بنابراین، با توجه به انواع مختلف بیماری و انواع پرونده‌های مختلف، لازم است معیارهای تشخیصی مربوطه تعیین شود و سپس ابزارهای ارزیابی عینی‌تری، همراه با استفاده از فناوری‌های جدید، مانند هوش مصنوعی، برای بهبود کاستی‌های فعلی شناسایی پزشکی قانونی توسعه داده شود. پیشنهاد می‌شود ساختار استانداردسازی روانپزشکی پزشکی قانونی، مانند تدوین دستورالعمل‌های ملی ارزیابی پزشکی قانونی، اجرای برنامه‌های آموزشی استاندارد برای ارزیابان یا ایجاد مکانیسم‌های تضمین کیفیت، تقویت شود و انجام تحقیقات مشترک بین رشته‌ای، مانند ارتباطات در حقوق، پزشکی، روانشناسی و سایر رشته‌ها، برای جلوگیری از وضعیتی که یک رشته واحد برای مقابله با موارد پیچیده دشوار باشد.

از ۱۳ مورد کیفری مطرح شده در کمیسیون ها، ۱۰ مورد به درخواست روانپزشک قانونی بوده است. داده‌ها موید این موضوع این است که اکثر پرونده‌های کیفری به درخواست خود روانپزشک قانونی بود که این می‌تواند مطرح‌کننده حساسیت و اهمیت چنین پرونده‌هایی باشد که حتی با جان افراد ارتباط دارد.

با توجه به اینکه برخی از اختلال‌های روانی، اراده را کاملاً مخدوش می‌کنند،و برخی دیگر تنها قسمتی از آن را از بین می‌برد. بدین ترتیب در هنگام صادر شدن حکم، باید جوانب و آثار هر اختلال روانی در شخص، مورد بررسی دقیق قرار گیرد تا عدالت درمورد متهم، بهتر اجرا شود [۱۰]. اگر چه پزشک قانونی قاضی دادگاه نیست اما وقتی در مقام اجرای وظایف خود می‌خواهد میزان آسیب‌های جسمی و زوال منافع را با قوانین مجازات اسلامی مدون تطبیق دهد و عین عناوین به کاررفته در قانون را برای تسهیل در اجرای حکم قاضی استخراج و اعلام کند و یا در جایی ارش عضو آسیب دیده را با کارشناسی بسنجد. در عمل نوعی حکمیت و داوری است به همین دلیل نظرات و گزارش‌های پزشک قانونی باید با جدیدترین دستاوردهای علم پزشکی و موازین شرعی مستندسازی شود [۷].

در بررسی پرونده‌ها مشخص شد که تمامی موارد تغییر جنسیت و رفع حجر نیز در کمیسیون مطرح می‌شوند و صرفاً معاینه روانپزشک قانونی کفایت نمی‌کند.

۱۲/۱ درصد از دلایل ارجاع به کمیسیون را موارد تغییر جنسیت تشکیل می‌دهد، این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که جامعه به آگاهی از تشخیص ملال جنسیتی رسیده و افراد با این اختلال شرایط مطرح کردن خواسته خود به طور قانونی را دارند.

بیشترین درصد روش‌های ارجاع پرونده‌های روانپزشکی به کمیسیون اولیه پزشکی قانونی (۴۵/۵ درصد موارد) مربوط به «درخواست قاضی» بود و سپس «اعتراض خواهان به جواب بخش معاینات» با ۴۳/۶ درصد موارد قرار داشت و همچنین «درخواست روانپزشک قانونی با تایید مدیرکل» با ۱۰/۹ درصد موارد در رده بعدی قرار داشت. درخواست روانپزشک قانونی موارد کمی از ارجاعات را شامل می‌شود. در نگاه اول داده مذکور موید عملکرد اولیه خوب روانپزشک قانونی است، ازسوی دیگر یافته محرزی از داده‌ها به دست آمده که تغییر چشمگیر تشخیص در کمیسیون در مقایسه با معاینه اولیه است. این عدد معادل ۳۷/۹ درصد است.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

به نظر می‌رسد مطالعه بیشتر برای ارائه راهکار به منظور ارتقای عملکرد و ساز و کار معاینه روانپزشکی اولیه و کمیسیون ها، ضروری است.

درخصوص انواع تشخیص‌های روانپزشکی در کمیسیون اولیه مشخص شد که «اختلال شناختی» با ۲۹ درصد موارد و «بدون تشخیص» با ۱۵/۵ درصد موارد و «اختلال دو قطبی» با ۱۳/۵ درصد موارد «اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها» با ۱۲/۶ درصد موارد به ترتیب از جمله بیشترین تشخیص‌های روانپزشکی در کمیسیون اولیه را داشتند. نظر به سهم بالای (۲۶/۱ درصد) ارجاع شدگان مسن (بالای ۷۰ سال) و تشخیص اختلال شناختی با بیشترین تکرار، ارتباط همیشگی این دو متغیر تایید می‌شود. همچنین این مطالعه نشان داد که ارجاع شدگان مسن با تشخیص اختلالات شناختی بیشترین سهم از پرونده‌ها را بر عهده دارند. بنابراین آگاهی دادن به موقع به همراهان توسط پزشکانی که معالج این گونه بیماران هستند در مورد روند بیماری، اقدام به موقع برای گرفتن محجوریت می‌تواند موجب پیشگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی شود. در مطالعه جانکویک در سال ۲۰۲۱ [۴] در بررسی بیماران مرد مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی پنج گروه متمایز پدیدار شدند: طبقه‌ای که فقط تشخیص شخصیت داشت، طبقه‌ای با مشکلات متعدد، طبقه ضداجتماعی، طبقه روان‌پریش و طبقه معلول ذهنی. این طبقات از نظر عوامل خطر و محافظتی تفاوت قابل توجهی داشتند.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر به طور ضمنی با پژوهش صفاری و همکاران (۱۳۹۶) [۱۱] همسو است که به این نتیجه رسیدند که از میان ۷۵ مورد از پرونده‌های ارجاعی به بخش معاینات روان پزشکی سازمان پزشکی قانونی شهر کرمان که با اختلالات روانی مرتبط شناخته شده بودند بررسی ۲۱ مورد دچار اختلالات بالینی (شامل اختلالات شناختی، سایکوتیک، خلقی و...)، ۳۵ مورد دچار اختلالات شخصیت و ۹ مورد دچار عقب‌ماندگی ذهنی تشخیص داده شده بودند، اما از این میان تنها ۵ مورد از موارد مبتلا به اختلالات شخصیت در نهایت مجنون به معنای مصطلح حقوقی شناخته شدند. همچنین صادقی موحد (۱۳۸۵) [۱۲] در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بیشترین فراوانی مربوط به افراد عقب مانده ذهنی با ۶۸ نفر (۲۵/۳ درصد) و اختلالات خلقی با تعداد ۶۰ نفر (۲۲/۳ درصد) بود. لکنت زبان ۲۷ نفر (۱۰ درصد)، اختلالات شخصیتی ۲۶ نفر (۹/۷ درصد)، اختلالات اضطرابی ۲۵ نفر (۹/۳ درصد)، اسکیزوفرنی ۲۰ نفر (۷/۴ درصد)، اختلالات سوماتوفرم ۱۱ نفر (۴/۱ درصد)، IQ مرزی ۱۰ نفر (۳/۷ درصد)، نوروز ۸ نفر (۲/۹ درصد)، هیستری ۶ نفر (۲/۲ درصد) و اختلالات خواب ۴ نفر (۱/۴ درصد) و سایکوز حاد ۳ نفر (۱/۱ درصد) در درجات بعدی قرار داشتند. براساس یافته‌های پژوهش، بین سن، جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل با بیماری‌های روانی در مراجعان به کمیسیون روانپزشکی رابطه معناداری به دست نیامد، اما بین وضعیت تاهل و از کارافتادگی با بیماری‌های روانی رابطه معناداری وجود داشت. شایع‌ترین دلایل مراجعه به کمیسیون پزشکی، عقب‌ماندگی‌های ذهنی است اما اختلال تبدیلی، اختلالات خواب و سایکوز از شیوع کمتری برخوردار بودند.

در مطالعه شاهمیری و همکاران (۱۳۹۳) [۳] که در گروه‌های خاص انجام شده با توجه به جمعیت هدف که بررسی فراوانی اختلالات روانی در بین کارکنان وظیفه مراجعه‌کننده به کمیسیون پزشکی یک مرکز نظامی بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ انجام شد، به این نتیجه رسیدند که در کل ۵۲۳۳ نفر: اختلال شخصیت، نوروز، اختلال خلقی، سایکوز، عقب ماندگی ذهنی و سایر علل گزارش شد. عطاران و همکاران (۱۳۹۶) [۱۳] در پژوهش خود که با هدف تعیین شیوع ابتلا به اختلال روان پزشکی در مرتکبان به قتل ارجاع شده به کمیسیون روان پزشکی پزشکی قانونی خراسان رضوی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ انجام شده است، ۵۵/۲ درصد قاتلان سابقه اعتیاد و یا تداوم مصرف آن

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

را داشتند. در این میان ۱۷/۲ درصد سابقه بیماری روانی که توسط پزشک تشخیص‌گذاری شده بود داشتند. ۳۱/۸ درصد سابقه مصرف داروی اعصاب و روان، ۱۷ درصد سابقه بستری در بیمارستان روان پزشکی، ۷۰/۱ درصد سابقه خودزنی و ۲۸/۷ درصد سابقه اقدام به خودکشی را ذکر کردند. مجموعاً ۳۶/۷ درصد واجد نوعی اختلال روانی بودند و ۱۲/۸ درصد مسئول اعمال خود شناخته نشدند. نتایج این مطالعات می‌تواند شناخت کلی در مورد غالب پرونده‌های روانپزشکی ارجاعی به ما عرضه کرده و مسیرهایی را برای مداخلات آینده و متناسب با این تشخیص‌ها باز کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج همکاری بین دانشگاه و مراکز آموزشی درمانی با سازمان پزشکی قانونی قانونمندتر و ساختاریافته تر شود و این رویه در بهبود و ارتقای سلامت روان و برقراری عدالت اجتماعی در بیماران روانپزشکی کمک شایانی می‌کند. پیشنهاد می‌شود که در دوره تحصیل پزشکان متخصص و نیز تحت عنوان دوره‌های مدون بازآموزی درباره نحوه همکاری در مشاوره‌های پزشکی قانونی در مراکز خصوصی و دقت نظر در پاسخگویی و ارائه مستندات از طرف سازمان پزشکی قانونی و توسط اساتید پزشکی قانونی به صورت مستمر انجام شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از افرادی که در این پژوهش ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی کنند.
تأییدیه اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد IR.GUMS.REC.1400.112 تصویب شد.
سهم نویسندگان: مفهوم‌سازی و طراحی مطالعه: همه نویسندگان؛ کسب، تحلیل و تفسیر داده‌ها: رقیه زارع و سمیه شکرگزار؛ تهیه پیش‌نویس دست‌نوشته: سمیه شکرگزار و مریم ناصری علوی؛ بازبینی نقادانه دست نوشته برای محتوای فکری: همه نویسندگان؛ جمع‌آوری داده‌ها: مریم ناصری علوی؛ نظارت بر مطالعه: سمیه شکرگزار و مرتضی رهبر طارمسری و مهدی قربانی ثمین.
تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد و براساس پایان‌نامه دوره دستیاری روانپزشکی تدوین شد.
منابع مالی: این مطالعه هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

Resources

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/. [Accessed in 14 May 2022]
2. 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. [Persian]
3. Shahmiri H, Taghva A, Firouzian S, Kazemi H. Investigation of psychiatric reasons of exemption in soldiers referring to medical commission in a military hospital during 2007-2013. Journal of Nurse and Physician Within War. 2015;2(4):140-5. [Persian]
4. Janković M, Masthoff E, Spreen M, de Looff P and Bogaerts S. A Latent Class Analysis of Forensic Psychiatric Patients in Relation to Risk and Protective Factors. Front Psychol. 2021:12:695354. doi: 10.3389/fpsyg.2021.695354.
5. Yao SM, Zhang ZL, Wang XM. Analysis of forensic psychiatric evaluation. Hebei Medicine. 2021;43(9):1130-4.
6. Nicholls TL, Ogloff JR, Douglas KS. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL: SV, and VSC. Behav Sci Law. 2004;22(1):127-58. doi: 10.1002/bsl.579.
7. Fattahy Masoom H. Collection of Articles & Challenges of the second Seminar on Islamic views in Medicine.1st edition. Mashhad: Ferdowsi University Press. 2001; pp.513. [Persian]
8. Meyer LF, Valença AM. Factors related to bias in forensic psychiatric assessments in criminal matters: A systematic review. Int J Law Psychiatry. 2021;75:101681. doi: 10.1016/j.ijlp.2021.101681.
9. Li M, Cao Y, Wang X, Li L, Wu C, Yi X, et al. Analysis of Consistency Between Forensic Psychiatric Evaluation Diagnosis and Previous Clinical Psychiatric Diagnosis: A Retrospective Study. J Multidiscip Healthc. 2025:2185-92. doi: 10.2147/JMDH.S506609.
10. Alimardani A, Rayejian Asli M, Vahedi M, Khani M. The Influence of Psychological Disorders

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]

on Criminal Behavior and Different Degrees of Criminal Responsibility. Journal of Medical Council of Iran. 2017;35(1):68-78. [Persian]
11. Mohammadreza S, Rouholamini M, Amian A. A study on cases related to Insanity Referred to Forensic Organization of Kerman Between 2012-14. Iran J Forensic Med. 2017;23(1):45-51. [Persian]
12. Sadeghi Movahhed F. Prevalence of Psychiatric Disorders in People Referred to Psychiatry Commission of Fatemi Hospital, Ardabil. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2006;6(4):387-91. [Persian]
13. Attaran H, Koohestani L, Erfanian Talee Noughan Z, Hejazi SA, Fotovat A, Seyedeh Zohre B. A Survey on the Prevalence of Psychiatric Disorders among Perpetrators of Murder Referred to the Psychiatric Commission of the Legal Medicine Center of Khorasan Razavi from March 2013 to March 2015. Iran J Forensic Med. 2017;23(1):17-24. [Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-14]