SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/ 2026;13(4):530-539
DOI: 10.22034/13.4.530
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

Frequency of Incapacitation Assessment Requests and Associated Factors at the Guilan Forensic Medicine Organization in 2023-24

Somayeh Shokrgozar[1], Roya Seyedi[2*], Mohammadrasoul Khalkhali[3], Reyhaneh Saber Ofoghi[4], Nooshin Yousefi[5]

1. Associate Professor of Psychiatry, Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. MD, Psychiatry Resident, Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3. Associate Professor of Psychiatry, Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
4. Psychiatrist, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran
5. MD, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

Article History:

Received: August 10, 2025
Revised: September 1, 2026
Accepted: September 19, 2026

***Corresponding Author:** Roya Seyedi, Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

E-mail: royaseyedi@gmail.com

Abstract

Background and Aims: The issuance of an incapacitation order has significant implications and affects an individual's autonomy in both financial and non-financial domains. This study examined the frequency of incapacitation assessment requests and associated factors at the Guilan Forensic Medicine Organization in 2023-2024.

Materials and Methods: This cross-sectional analytical study involved 250 cases referred for incapacitation assessment over one year. Data were collected through clinical interviews and medical records at the examination and commission levels, and diagnoses were made according to DSM-5-TR criteria. Data were entered into SPSS software (version 26) and analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, independent t-test, Mann–Whitney U test, and logistic regression at a significance level of 0.05.

Results: More than half of cases were diagnosed with permanent and temporary incapacitation. The most common diagnosis associated with permanent incapacitation was neurodegenerative disorders (39.8% in examination and 79.2% in commission level), while bipolar disorder (66.7% and 100% [n=4], respectively) was among temporary cases. Significant correlations were observed between the physician's opinion (P=0.012), psychiatric interview findings (P=0.018), history of hospitalization (P<0.001), and incapacitation. Among referral reasons, requisition of heirs (P=0.043), contract revocation (P=0.049), guardianship assignment (P<0.001), and release of liability (P<0.001) had a significant correlation with incapacition obtaining.

Conclusion: Psychiatric diagnosis was associated with the determination of incapacitation; however, diagnosis alone does not determine incapacitation, which requires comprehensive assessment of decision-making capacity and other relevant factors.

Keywords: Commission, Forensic Medicine, Mental Incapacitation, Psychiatry

Please cite this article as follows: Shokrgozar S, Seyedi R, Khalkhali M, Saber Ofoghi R, Yousefi N. Frequency of Incapacitation Assessment Requests and Associated Factors at the Guilan Forensic Medicine Organization in 2023-2024. SJPP. 2026;13(4):530-639.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۵۳۰-۵۳۹
DOI: 10.22034/13.4.530
https://shenakht.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی فراوانی درخواست حکم محجوریت و عوامل مرتبط با آن در سازمان پزشکی قانونی گیلان در سال ۱۴۰۲

سمیه شکرگزار[۱]، رؤیا سیدی[۲*]، محمدرسول خلخالی[۳]، ریحانه صابر افقی[۴]، نوشین یوسفی[۵]

۱. دانشیار، روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری-شناختی و اعتیاد کاوش، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. دستیار تخصصی، روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری-شناختی و اعتیاد کاوش، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳. دانشیار، روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری-شناختی و اعتیاد کاوش، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۴. تخصص روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
۵. دکترای حرفه‌ای، پزشک عمومی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۸

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** رؤیا سیدی، دستیار تخصصی، روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری-شناختی و اعتیاد کاوش، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

ایمیل: royaseyedi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: صدور حکم محجوریت اثرات قابل‌توجهی بر حقوق فردی دارد و موجب سلب اختیار قانونی فرد در امور مالی و غیرمالی می‌شود. این مطالعه با هدفِ بررسی فراوانی درخواست حکم محجوریت و عوامل مرتبط با آن در سازمان پزشکی قانونی گیلان در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی-تحلیلی بر روی ۲۵۰ پروندهٔ ارجاعی به پزشکی قانونی برای ارزیابی محجوریت در طی یک سال انجام شد. ارزیابی براساس مصاحبه و مستندات بالینی در مراحل معاینات و کمیسیون انجام و تشخیص براساس دستنامهٔ تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم متن بازنگری‌شده گذاشته شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ وارد شده و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، کای دو، آزمون‌های t مستقل و ناپارامتریک من-ویتنی و رگرسیون لجستیک با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل گردید.

نتایج: بیش از نیمی از پرونده‌ها حکم محجوریت دائم و موقت دریافت کردند. شایع‌ترین اختلال در احراز حجر دائم، اختلالات نورودژنراتیو (۳۹/۸٪ در مرحلهٔ معاینات و ۷۹/۲٪ در کمیسیون) بود؛ درحالی‌که در حجر موقت، اختلال دوقطبی بیشترین شیوع را داشت (به‌ترتیب ۶۶/۷٪ و ۱۰۰٪ [n=۴]). نظر پزشک معالج (p=۰/۰۱۲)، یافته‌های مصاحبهٔ روان‌پزشکی (p=۰/۰۱۸) و سوابق بستری (p<۰/۰۰۰۱) با احراز محجوریت ارتباط معنادار داشتند. در میان دلایل ارجاع، بین درخواست وراث (p=<۰/۰۴۳)، فسخ معامله (p=<۰/۰۴۹)، تعیین قیم (p<۰/۰۰۰۱) و رفع مسئولیت (p<۰/۰۰۰۱) با احراز حجر ارتباطی معنادار دیده شد.

نتیجه‌گیری: نوع اختلال روان‌پزشکی با وضعیت احراز حجر ارتباط داشت؛ بااین‌حال، تشخیص اختلال به‌تنهایی تعیین‌کنندهٔ حجر نیست و احراز حجر مستلزم ارزیابی جامع ظرفیت تصمیم‌گیری و سایر عوامل مرتبط است.

کلیدواژه‌ها: محجوریت، پزشکی قانونی، روان‌پزشکی، کمیسیون

استناد: شکرگزار، سمیه؛ سیدی، رؤیا؛ خلخالی، محمدرسول؛ صابر افقی، ریحانه؛ یوسفی، نوشین. بررسی فراوانی درخواست حکم محجوریت و عوامل مرتبط با آن در سازمان پزشکی قانونی گیلان در سال ۱۴۰۲. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۵۳۰-۵۳۹.

مقدمه

حجر یکی از مفاهیم بنیادین در تقاطع حقوق، روان‌پزشکی و پزشکی قانونی است که به موجب آن، فرد در شرایطی که قانون تعیین کرده است، از تصرف مستقل در اموال و حقوق مالی خود منع یا در این زمینه محدود می‌شود. صدور حکم حجر پیامدهای مهم فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد و می‌تواند منجر به تعیین قیم و ایجاد محدودیت در اعمال حقوق مالی فرد شود (علیمردانی، رایجیان اصلی، واحدی و خانی، ۲۰۱۷؛ شریفی و عدالتجو، ۲۰۱۲). در نظام حقوقی ایران، مفهوم حجر در قانون مدنی مورد شناسایی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

قرار گرفته و مطابق مادۀ ۱۲۰۷ قانون مدنی، صغار، اشخاص غیررشید و مجانین از تصرف در اموال و حقوق مالی خود ممنوع هستند. همچنین، مطابق مادۀ ۱۲۰۸، غیررشید کسی است که تصرفات او در اموال و حقوق مالی خود عقلایی نباشد و براساس مادۀ ۱۲۱۰، پس از رسیدن به سن بلوغ، حجر به‌علت جنون یا عدم رشد مستلزم اثبات آن است (قانون مدنی ایران، مواد ۱۲۰۷-۱۲۱۰). بنابراین، در نظام حقوقی ایران، احراز حجر صرفاً معادل وجود یک اختلال روان‌پزشکی یا شناختی نیست، بلکه مستلزم بررسی وضعیت فرد از منظر معیارهای قانونی و توانایی وی در ادارۀ امور مالی و حقوقی است.

در فرایند رسیدگی به درخواست حجر، پزشکی قانونی نقش کارشناسی مهمی در ارزیابی وضعیت روان‌پزشکی و شناختی فرد و ارائۀ نظر تخصصی به مراجع قضایی دارد. روان‌پزشکی قانونی در ایران، ارزیابی افرادی را که در ارتباط با مسائل حقوق مدنی، ازجمله قیمومت و توانایی ادارۀ امور مالی، به این نهاد ارجاع می‌شوند، در بر می‌گیرد (صابری، ۲۰۱۲). از این منظر، ارزیابی پزشکی قانونی باید میان تشخیص بالینی و مفهوم حقوقی حجر تمایز قائل شود؛ به این معنا که وجود یک تشخیص روان‌پزشکی به‌تنهایی برای احراز حجر کافی نیست و شواهد بالینی، شناختی و عملکردی فرد نیز باید در ارزیابی مورد توجه قرار گیرند (صابری، ۲۰۱۲؛ مک اسویگانز، مِیرز، پورتر[1]، ۲۰۱۵؛ مونی، مک‌کان، تیپِت و چانگ[2]، ۲۰۲۳؛ حاج منوچهری، تابش، نیکپور، ۲۰۲۴).

در سال‌های اخیر، با افزایش جمعیت سالمندان و شیوع اختلالات شناختی، اهمیت ارزیابی توانایی افراد در ادارۀ امور مالی و حقوقی افزایش یافته است. اختلالات نورودژنراتیو، به‌ویژه اختلالات همراه با زوال شناختی، می‌توانند با اختلال در قضاوت، عملکرد اجرایی و توانایی مدیریت امور مالی همراه باشند (مارسون[3]، ۲۰۱۶؛ سودو، لکس[4]، ۲۰۱۷). بااین‌حال، اختلال در توانایی‌های شناختی یا وجود تشخیص دمانس لزوماً به‌معنای فقدان کامل توانایی فرد در تمام حوزه‌های مالی نیست و شدت و نوع اختلال عملکردی باید به‌صورت موردی مورد بررسی قرار گیرد (مارسون، ۲۰۱۶؛ سودو، لکس، ۲۰۱۷). همچنین، در اختلالات روان‌پزشکی شدت و سیر بیماری می‌تواند بر توانایی فرد در ادارۀ امور حقوقی و مالی تأثیر بگذارد و این تأثیر ممکن است با وضعیت بالینی فرد تغییر کند (گرنده، برک، بیرماهر، ویِتا[5]، ۲۰۱۶؛ کالسدو باربا، فروکتوزو، مارتینز راگا، پاز، سانچز د کارمونا، ویسنس[6]، ۲۰۲۰).

ازسوی‌دیگر، مطالعات مربوط به ارزیابی افراد در فرایندهای قیمومت نشان داده‌اند که در گزارش‌های حرفه‌ای، گاهی تشخیص پزشکی بیش از شواهد شناختی، روان‌پزشکی و عملکردی مورد تأکید قرار می‌گیرد؛ درحالی‌که برای پشتیبانی علمی از نظر کارشناسی لازم است توانایی‌های شناختی و عملکردی فرد و ارتباط آن‌ها با موضوع مورد بررسی به‌طور مشخص توصیف شود (مک اسویگانز، مِیرز، پورتر، ۲۰۱۵؛ مونی،مک‌کان، تیپِت و چانگ، ۲۰۲۳). همچنین، ارزیابی توانایی مالی ماهیتی چندبعدی دارد و ابزارها و روش‌های ساختاریافتۀ مختلفی برای بررسی آن پیشنهاد شده است، هرچند اعتبارسنجی و کاربرد آن‌ها در زمینه‌های مختلف، ازجمله زمینه‌های فرهنگی و حقوقی متفاوت، همچنان مورد توجه پژوهش‌هاست (سودو، لکس، ۲۰۱۷).

در ایران نیز مطالعات محدودی به بررسی ارزیابی‌های مرتبط با حجر در پزشکی قانونی پرداخته‌اند. حاج‌منوچهری در بررسی موارد مرتبط با ناتوانی در ادارۀ امور مالی در بیمارانِ مبتلا به دمانسِ ارجاع‌شده به کمیسیون‌های پزشکی قانونی، بر اهمیت بررسی دقیق توانایی فرد در ادارۀ امور مالی تأکید کرده است (حاج‌منوچهری، ۲۰۱۵). همچنین، مطالعۀ دیگری با بررسی میزان توافق میان نظرات کمیسیون‌های پزشکی قانونی استانی و کمیسیون مرکزی در پرونده‌های ناتوانی مالی ناشی از دمانس، بر وجود ضرورت استفاده از رویکردهای منظم‌تر و معیارهای مشخص‌تر در ارزیابی‌های کارشناسی تأکید کرده است (حاج‌منوچهری، تابش، نیکپور، ۲۰۲۴).

باوجود اهمیت موضوع حجر و پیامدهای حقوقی و اجتماعی آن، مطالعات انجام‌شده در ایران عمدتاً بر گروه‌های محدود، اختلالات یا شرایط بالینی خاص، به‌ویژه دمانس، متمرکز بوده‌اند و شواهد جامع دربارۀ الگوی درخواست‌های حجر، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان، تشخیص‌های روان‌پزشکی و عوامل مرتبط با احراز حجر در جمعیت ارجاع‌شده به پزشکی قانونی محدود است. همچنین، اطلاعات محدودی دربارۀ ارتباط ویژگی‌های پرونده، دلایل ارجاع و یافته‌های حاصل از ارزیابی روان‌پزشکی با نتیجۀ نهایی احراز یا عدم احراز حجر در محیط واقعی پزشکی قانونی ایران وجود دارد. این خلأ پژوهشی، ضرورت بررسی پرونده‌های واقعی ارجاع‌شده به پزشکی قانونی را با هدفِ شناساییِ الگوی درخواست‌ها و عوامل مرتبط با نتیجۀ ارزیابی برجسته می‌کند. بنابراین، مطالعۀ حاضر با هدف بررسی فراوانی درخواست حکم محجوریت و عوامل مرتبط با احراز آن در مراجعان ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی استان گیلان در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه به‌صورت مقطعی-تحلیلی طراحی و اجرا شده است. جامعۀ پژوهش شامل تمامی پرونده‌های ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی استان گیلان (رشت) با موضوع درخواست صدور

[1] McSwiggan, Meares & Porter
[2] Mooney, McCann, Tippett & Cheung
[3] Marson
[4] Sudo & Laks
[5] Grande, Berk, Birmaher & Vieta
[6] Calcedo-Barba, Fructuoso, Martinez-Raga, Paz, Sánchez de Carmona & Vicens

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

حکم حجر در بازهٔ زمانی فروردین تا اسفند سال ۱۴۰۲ بود. معیارهای ورود شامل کلیهٔ پرونده‌های ارجاعی به پزشکی قانونی گیلان با موضوع بررسی محجوریت در سال ۱۴۰۲ بود. معیارهای خروج شامل پرونده‌هایی بود که متقاضی از ادامهٔ پیگیری انصراف داده بود یا در پایان دورهٔ مطالعه هنوز به نظر نهایی پزشکی قانونی منتهی نشده بودند یا صرفاً با هدف بررسی رفع حجر ارجاع شده بودند. از میان ۲۶۴ پروندهٔ ورودی ۱۴ پروندهٔ معیارهای خروج را داشتند که در نهایت ۲۵۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست بود. در ابتدا متغیرها عنوان شدند. برای اینکه بتوانیم متغیرهای بیشتر و زیرمؤلفه‌های مناسبی برای غنای کار داشته باشیم، ابتدا ۱۰ پروندهٔ مطروحه به‌عنوان پایلوت در نظر گرفته شد و مجدد جدول متغیرها بررسی گردید. سپس براساس متغیرهای مطرح‌شده، چک‌لیست نهایی تهیه شد و جمع‌آوری اطلاعات براساس آن صورت گرفت.

دستیار تخصصی روان‌پزشکی در ابتدا تحت نظارت استاد راهنما، در حضور روان‌پزشک بخش معاینات قانونی پرونده را بررسی و ابهامات را یادداشت کرد. سپس روان‌پزشک قانونی مصاحبه و ارزیابی روان‌پزشکی را انجام داد. در پایانِ ارزیابی، یا اظهارنظر قطعی به مراجع قانونی اعلام شد و یا درصورت ابهام به کمیسیون‌های روان‌پزشکی قانونی جهت اظهارنظر نهایی ارجاع گردید. اطلاعات مربوط به ۱۹۶ پرونده در مرحلهٔ معاینات تکمیل شد. ۵۴ پرونده به‌دلیل نقص مستندات، ابهام تشخیصی یا ارجاع بیمار جهت بستری پیش از تشخیص‌گذاری و به‌دلیل فاز حاد بیماری، به کمیسیون ارجاع شدند. در مرحلهٔ کمیسیون، توسط سه همکار روان‌پزشک و پزشکی قانونی تشخیص و نظر نهایی اعلام گشت (کمیسیون بدوی). دستیار تخصصی موظف بود در تمامی کمیسیون‌های مربوطه حضور یابد و اطلاعات لازم را در فرم ثبت کند. قابل‌ذکر است که مسئول کمیسیون اطلاعات لازم برای پژوهش را از حاضران درخواست‌کنندهٔ حجر در جلسه به‌دست آورد.

پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون شامل دادخواست مراجع، دستور مقام قضایی، پرونده‌های طبی (شامل پاراکلینیک، تست‌های روان‌شناختی، نظریهٔ پزشک درمانگر، تصویربرداری، سوابق بیمه‌ای و پروندهٔ بستری بیمارستانی) و تحقیقات قضایی و نظریهٔ روان‌پزشک قانونی بود. در کمیسیون روان‌پزشکان مدعو، پس از ارزیابی بیمار و درصورت فوتی بودن، بررسی پرونده و شنیدن نظرات همراهان، تشخیص را براساس DSM-5-TR در برگه‌های مخصوص نوشته و در پایان، نظر خود را با زبان علمی و براساس نوع سؤال قضایی بیان کردند. در نهایت، همکار پزشکی قانونی نظرها را منطبق با اصطلاحات قضایی ثبت کرد و به مقام قضایی ارجاع داد و نتیجهٔ نهایی ثبت گردید. انواع اختلالات عصبی-شناختی به‌صورت پایدار یا گذرا، به‌عنوان اختلالات نورودژنراتیو، و اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایکوز ناشی از مواد و بیماری‌های غیرروان‌پزشکی به‌عنوان اختلالات سایکوتیک در نظر گرفته شدند.

داده‌های به‌دست آمده در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند. داده‌های کمّی با میانگین، میانه و انحراف‌معیار و داده‌های کیفی با فراوانی و درصد توصیف شدند. برای مقایسهٔ متغیرهای کمّی بین گروه‌ها، ابتدا نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس بررسی شد. درصورت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون t مستقل و در غیر این صورت از آزمون من-ویتنی استفاده شد. برای مقایسهٔ متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو استفاده شد. برای پیش‌بینی عوامل تأثیرگذار بر احراز حکم محجوریت، از مدل رگرسیون لجستیک سه‌حالتهٔ رتبه‌ای استفاده شده است. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این مطالعه با اخذ کد اخلاق IR.GUMS.REC.1402.031 از کمیتهٔ اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. همچنین مجوزهای لازم از سازمان پزشکی قانونی اخذ گردید. تمامی اطلاعات به‌صورت محرمانه و بدون درج مشخصات هویتی استخراج شد. اصول اخلاق پژوهش شامل حفظ حریم خصوصی، استفادهٔ صرفاً پژوهشی از داده‌ها و رعایت دقت علمی در تحلیل و گزارش نتایج رعایت گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۵۰ پروندهٔ مرتبط با درخواست حکم محجوریت که در سال ۱۴۰۲ به سازمان پزشکی قانونی استان گیلان ارجاع شده بودند، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. براساس یافته‌ها، از مجموع ۲۵۰ پروندهٔ بررسی‌شده، ۱۱۷ پرونده (۴۶/۸٪) دارای حکم محجوریت دائم، ۲۵ پرونده (۱۰٪) دارای حکم محجوریت موقت و ۱۰۸ پرونده (۴۳/۲٪) فاقد شرایط احراز حجر بودند.

جدول ۱. مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک در سه گروه احراز، احراز موقت و عدم احراز حکم محجوریت

مشخصات دموگرافیک		احراز حجر دائم	احراز حجر موقت	عدم احراز حجر	آماره کای دو	سطح معناداری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
سن	میانه (فاصلهٔ میان‌چارکی)	۵۸ (۳۹-۷۹)	۴۱ (۳۳-۵۵)	۷۰ (۴۳-۸۳)	۱۵/۳۰۲	<۰/۰۰۰۱
جنسیت	مرد	۷۹ (۶۷/۵)	۱۹ (۷۶/۰)	۸۳ (۷۶/۹)	۲/۶۲۷	۰/۲۶۹

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

وضعیت تأهل	زن	۳۸ (۳۲/۵)	۶ (۲۴/۰)	۲۵ (۲۳/۱)	۰/۰۲۷
	مجرد	۵۰ (۴۲/۷)	۹ (۳۶/۰)	۳۱ (۲۹/۰)	
	همسردار	۳۲ (۲۷/۴)	۱۳ (۵۲/۰)	۴۱ (۳۸/۳)	
	جدا شده	۴ (۳/۴)	۲ (۸/۰)	۳ (۲/۸)	
	همسر فوت شده	۳۲ (۲۶/۵)	۱ (۴/۰)	۳۲ (۲۹/۹)	
تحصیلات	بی‌سواد	۶۸ (۵۸/۱)	۱ (۴/۰)	۴۳ (۳۹/۸)	<۰/۰۰۰۱
	ابتدایی	۱۷ (۱۴/۵)	۶ (۲۴/۰)	۲۱ (۱۹/۴)	
	دبیرستان	۱۷ (۱۴/۵)	۱۵ (۶۰/۰)	۲۱ (۱۹/۴)	
	دیپلم	۱۴ (۱۲/۰)	۰ (۰/۰)	۱۵ (۱۳/۹)	
	تحصیلات تکمیلی	۱ (۰/۹)	۳ (۱۲/۰)	۸ (۷/۴)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۰ (۱۷/۱)	۱۱ (۴۴/۰)	۴۳ (۳۹/۸)	<۰/۰۰۰۱
	بیکار	۷۶ (۶۵/۰)	۱۳ (۵۲/۰)	۳۷ (۳۴/۳)	
	سایر	۲۱ (۱۷/۹)	۱ (۴/۰)	۲۸ (۲۵/۹)	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۵۶ (۴۷/۹)	۸ (۳۲/۰)	۲۰ (۱۸/۵)	<۰/۰۰۰۱
	متوسط	۴۴ (۳۷/۶)	۱۶ (۶۴/۰)	۶۷ (۶۲/۰)	
	خوب	۱۷ (۱۴/۵)	۱ (۴/۰)	۲۱ (۱۹/۴)	
وضعیت حیات	فوت‌شده	۸ (۶/۸)	۰ (۰/۰)	۱۷ (۱۵/۷)	۰/۰۱۸
	زنده	۱۰۹ (۹۳/۲)	۲۵ (۱۰۰)	۹۱ (۸۴/۳)	

داده‌ها به‌صورت تعداد (درصد) و برای متغیر سن به‌صورت میانه (فاصلهٔ میان‌چارکی) ارائه شده‌اند. آزمون کای دو برای مقایسهٔ متغیرهای طبقه‌ای بین سه گروه احراز حجر دائم، احراز حجر موقت و عدم احراز حجر به‌کار رفت. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

براساس نتایج، میانهٔ سنی در گروه حجر دائم ۵۸ سال (۳۹-۷۹) در گروه حجر موقت ۴۱ سال (۳۳-۵۵) و در گروه عدم احراز حجر ۷۰ سال (۴۳-۸۳) بود که ازلحاظ آماری تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱).

ازنظر جنسیت، تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد (p=۰/۲۶۹). در بررسی وضعیت تأهل، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود داشت، به‌طوری که در گروه حجر دائم، افراد مجرد سهم بیشتری داشتند (۴۲/۷٪) (p=۰/۰۲۷).

ازنظر تحصیلات، تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱). در گروه حجر دائم، ۵۸/۱٪ افراد بی‌سواد بودند، درحالی‌که در گروه عدم احراز حجر، سطح تحصیلات بالاتری مشاهده شد. در وضعیت شغلی نیز تفاوت معنادار بین گروه‌ها وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱) و بیکاری در گروه حجر دائم شایع‌تر بود (۶۵٪).

ازنظر وضعیت اقتصادی نیز اختلاف معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱) و ۴۷/۹٪ از افراد دارای حجر دائم در وضعیت اقتصادی ضعیف قرار داشتند.

در بررسی وضعیت حیاتی، میزان فوت در گروه حجر دائم ۶/۸٪ بود، درحالی‌که در گروه حجر موقت هیچ مورد فوتی گزارش نشد (p=۰/۰۱۸) (جدول ۱).

جدول ۲. مقایسهٔ فراوانی تشخیص روان‌پزشکی در سه گروه احراز، احراز موقت و عدم احراز حکم محجوریت در مرحلهٔ معاینات و کمیسیون

			احراز حجر دائم	احراز حجر موقت	عدم احراز حجر	آمارهٔ کای دو	سطح معناداری
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
تشخیص روان‌پزشکی	مرحلهٔ معاینات	ندارد	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۴۳ (۵۲/۴)	۸۹/۱۸۰	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۹۳ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰۰)	۳۹ (۴۷/۶)		
	مرحلهٔ کمیسیون	ندارد	۰ (۰.۰)	۰ (۰/۰)	۹ (۳۴/۶)	۱۱/۶۳۱	۰/۰۰۳
		دارد	۲۴ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۷ (۶۵/۴)		
اختلالات نورودژنراتیو	مرحلهٔ معاینات	ندارد	۵۶ (۶۰/۲)	۲۰ (۹۵/۲)	۷۰ (۸۵/۴)	۱۹/۸۳۴	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۳۷ (۳۹/۸)	۱ (۴/۸)	۱۲ (۱۴/۶)		
	مرحلهٔ کمیسیون	ندارد	۵ (۲۰/۸)	۴ (۱۰۰)	۲۲ (۸۴/۶)	۲۳/۹۶۹	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۱۹ (۷۹/۲)	۰ (۰/۰)	۴ (۱۵/۴)		

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

اختلالات سایکوتیک	مرحلهٔ معاینات	ندارد	۷۲ (۷۷/۴)	۱۳ (۶۱/۹)	۸۰ (۹۷/۶)	۲۲/۰۴۵	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۲۱ (۲۲/۶)	۸ (۳۸/۱)	۲ (۲/۴)		
	مرحلهٔ کمیسیون	ندارد	۲۳ (۹۵/۸)	۴ (۱۰۰)	۲۵ (۹۶/۲)	۰/۱۷۰	۰/۹۱۹
		دارد	۱ (۴/۲)	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۸)		
اختلالات بایپولار	مرحلهٔ معاینات	ندارد	۹۳ (۱۰۰)	۷ (۳۳/۳)	۸۰ (۹۷/۶)	۱۰۷/۷۲۵	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۰ (۰.۰)	۱۴ (۶۶/۷)	۲ (۲/۴)		
	مرحلهٔ کمیسیون	ندارد	۲۴ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	۲۴ (۹۲/۳)	۳۵/۳۰۸	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۰ (۰/۰)	۴ (۱۰۰)	۲ (۷/۷)		
ناتوانی ذهنی	مرحلهٔ معاینات	ندارد	۵۷ (۶۱/۳)	۲۱ (۱۰۰)	۷۳ (۸۹/۰)	۲۵/۹۵۹	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۳۶ (۳۸/۷)	۰ (۰/۰)	۹ (۱۱/۰)		
	مرحلهٔ کمیسیون	ندارد	۲۰ (۸۳/۳)	۴ (۱۰۰)	۲۰ (۷۶/۹)	۱/۳۲۲	۰/۵۱۶
		دارد	۴ (۱۶/۷)	۰ (۰/۰)	۶ (۲۳/۱)		
سایر اختلال‌ها	مرحلهٔ معاینات	ندارد	۹۳ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰۰)	۶۸ (۸۲/۹)	۲۰/۹۶۱	<۰/۰۰۰۱
		دارد	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱۴ (۱۷/۱)		
	مرحلهٔ کمیسیون	ندارد	۲۴ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۲۲ (۸۴/۶)	۴/۶۵۲	۰/۰۹۸
		دارد	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۴ (۱۵/۴)		

براساس نتایج آزمون کای دو، بین تشخیص روان‌پزشکی و وضعیت حجر مراجعان رابطهٔ معناداری وجود داشت. به‌طور کلی، فراوانی احراز حجر دائم در افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بیشتر و فراوانی عدم احراز حجر در افراد فاقد اختلال روان‌پزشکی بالاتر بود. سطح معناداری در اغلب مقایسه‌ها کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد.

از میان ۱۹۶ پرونده در مرحلهٔ معاینات (جدول ۲)، در گروه حجر دائم، ٪۱۰۰ بیماران دارای یک اختلال روان‌پزشکی بودند. شایع‌ترین تشخیص در این مرحله اختلالات نورودژنراتیو ٪۳۹/۸ و پس از آن اختلالات سایکوتیک ٪۲۲/۶ بودند. در گروه حجر موقت نیز تمام بیماران دارای تشخیص روان‌پزشکی بودند و اختلال دوقطبی با شیوع ٪۶۶/۷ رایج‌ترین تشخیص بود. در گروه عدم احراز حجر، ٪۵۲/۴ از افراد فاقد اختلال روان‌پزشکی قابل‌تشخیص بودند. توزیع تشخیص‌ها بین گروه‌ها در تمامی دسته‌ها ازنظر آماری معنادار بود (p<۰/۰۰۰۱).

در ارزیابی مرحلهٔ کمیسیون (جدول ۲)، الگوی مشابهی مشاهده شد. در گروه حجر دائم، اختلالات نورودژنراتیو با شیوع ٪۷۹/۲ غالب بود. در گروه حجر موقت، ٪۱۰۰ موارد مبتلا به اختلال دوقطبی بودند که شامل هر ۴ مورد از پرونده‌هایی بود که در این مرحله حجر موقت دریافت کرده بودند. در گروه عدم احراز حجر، توزیع تشخیص‌ها متنوع‌تر بوده و ٪۱۵/۴ موارد نیز اختلالات نورودژنراتیو داشتند. ۹ پرونده از ۵۴ پروندهٔ واردشده به کمیسیون هیچ‌گونه تشخیص روان‌پزشکی‌ای دریافت نکردند.

جدول ۳. مقایسهٔ فراوانی روش تشخیص‌گذاری در سه گروه احراز، احراز موقت و عدم احراز حکم محجوریت

روش تشخیص‌گذاری	احراز حجر دائم	احراز حجر موقت	عدم احراز حجر	آماره کای دو	سطح معناداری
تست‌های روان‌شناختی					
خیر	۹۹ (۸۴/۶)	۲۴ (۹۶/۰)	۸۶ (۷۹/۶)	۴/۱۳۳	۰/۱۲۷
بله	۱۸ (۱۵/۴)	۱ (۴/۰)	۲۲ (۲۰/۴)		
مدارک تصویربرداری					
خیر	۱۱۲ (۹۵/۷)	۲۴ (۹۶/۰)	۱۰۸ (۱۰۰)	۴/۶۸۲	۰/۰۹۶
بله	۵ (۴/۳)	۱ (۴/۰)	۰ (۰/۰)		
نظر پزشکان معالج					
خیر	۷۴ (۶۳/۳)	۱۰ (۴۰/۰)	۷۷ (۷۱/۳)	۸/۸۰۰	۰/۰۱۲
بله	۴۳ (۳۶/۸)	۱۵ (۶۰/۰)	۳۱ (۲۸/۷)		
تحقیقات قضایی					
خیر	۱۱۶ (۹۹/۱)	۲۵ (۱۰۰)	۱۰۸ (۱۰۰)	۱/۱۴۱	۰/۵۶۵
بله	۱ (۰/۹)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)		
سوابق بستری‌های بیمارستانی					
خیر	۷۷ (۶۵/۸)	۱ (۴/۰)	۷۱ (۶۵/۷)	۳۵/۶۶۳	<۰/۰۰۰۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

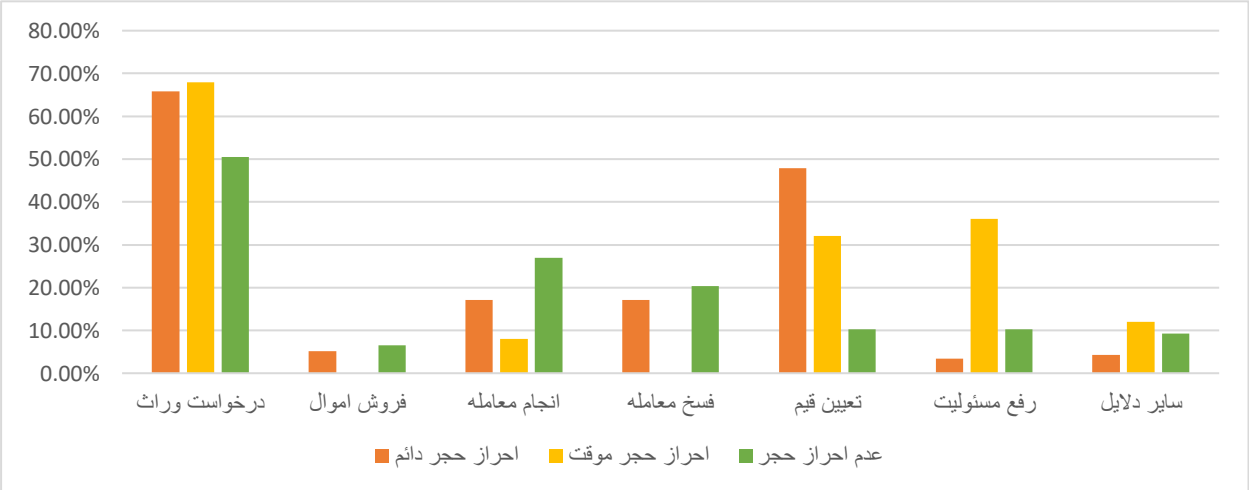
بله	۴۰ (۳۴/۲)	۲۴ (۹۶/۰)	۳۷ (۳۴/۳)		
سوابق بیمه‌ای					
خیر	۹۷ (۸۲/۹)	۲۲ (۸۸/۰)	۸۶ (۷۹/۶)	۱/۰۸۶	۰/۵۸۱
بله	۲۰ (۱۷/۱)	۳ (۱۲/۰)	۲۲ (۲۰/۴)		
مصاحبهٔ روان‌پزشکی					
خیر	۸ (۶/۸)	۰ (۰/۰)	۱۷ (۱۵/۸)	۸/۰۳۳	۰/۰۱۸
بله	۱۰۹ (۹۳/۲)	۲۵ (۱۰۰)	۹۱ (۸۴/۲)		
نظر همراهان					
خیر	۶۸ (۵۸/۱)	۱۶ (۶۴/۰)	۷۴ (۶۸/۵)	۲/۶۱۹	۰/۲۷۰
بله	۴۹ (۴۱/۹)	۹ (۳۶/۰)	۳۴ (۳۱/۵)		

نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین روش‌های تشخیص‌گذاری و وضعیت احراز حجر، تنها در متغیرهای سوابق بستری بیمارستانی (p<۰/۰۰۰۱) و مصاحبهٔ روان‌پزشکی (p<۰/۰۱۸) تفاوت آماری معناداری وجود داشت؛ درحالی‌که سایر روش‌های تشخیصی شامل تست‌های روان‌شناختی، مدارک تصویربرداری، نظر پزشکان معالج، تحقیقات قضایی، سوابق بیمه‌ای و نظر همراهان ارتباط معناداری با وضعیت احراز حجر نشان ندادند (p<۰/۰۵).

براساس جدول ۳، استفاده از مصاحبهٔ روان‌پزشکی در اکثر موارد انجام شده بود (۸۴/۳٪ تا ۱۰۰٪) و تفاوت معناداری بین گروه‌ها داشت (p=۰/۰۱۸). سابقهٔ بستری بیمارستانی در گروه حجر موقت به‌طور قابل‌توجهی بیشتر بود (۹۶٪) و ارتباط معناداری با نتیجهٔ نهایی داشت (p<۰/۰۰۰۱). نظر پزشک معالج نیز با احراز حجر ارتباط معنادار داشت (p=۰/۰۱۲). در مقابل، تست‌های روان‌شناختی، تصویربرداری، سوابق بیمه‌ای، نظرات خانواده و تحقیقات قضایی تفاوت معناداری بین گروه‌ها نشان ندادند.

براساس تحلیل دلایل درخواست حجر، شایع‌ترین علت در هر سه گروه درخواست وراث بود که در گروه حجر دائم بیشترین فراوانی را داشت (۶۵/۸٪). تفاوت بین گروه‌ها ازنظر این علت معنادار بود (p<۰/۰۰۰۱).

همچنین درخواست‌های مرتبط با رفع مسئولیت در گروه حجر دائم بیشتر مشاهده شد و با نتیجهٔ نهایی پرونده ارتباط معنادار داشت (p<۰/۰۰۰۱). در مقابل، دلایل مربوط به فروش اموال و انجام معامله تفاوت معناداری بین گروه‌ها نشان ندادند.



نمودار ۱. مقایسهٔ فراوانی دلایل دادخواست خواهان در سه گروه احراز، احراز موقت و عدم احراز حکم محجوریت

ابتدا همهٔ متغیرهایی که به‌صورت جدا اثر معنادار داشتند، وارد مدل رگرسیون لجستیک سه‌حالتهٔ رتبه‌ای شدند. سپس آن‌هایی که در مدل اثر معنادار نداشتند، یک به یک از مدل حذف شدند. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مدل نهایی حاکی از آن است که عوامل مرتبط با احراز حکم محجوریت، انواع تشخیص‌های روان‌پزشکی است. ضرایب رگرسیونی اختلال نورودژنراتیو نشان می‌دهد شانس احراز حکم محجوریت دائم نسبت به احراز حکم محجوریت موقت یا عدم احراز این حکم، در افرادی که مبتلا به اختلال نورودژنراتیو بوده‌اند، ۴/۸۶۵ برابر بیشتر از افرادی است که این اختلالات را نداشته‌اند. همین‌طور شانس احراز حکم حجر موقت نسبت به عدم احراز این حکم در افرادی که مبتلا به اختلال نورودژنراتیو بوده‌اند ۴/۸۶۵ برابر بیشتر بوده است. تفسیر سایر ضرایب نیز به همین صورت است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۴. نتایج رگرسیون لجستیک رتبه‌ای عوامل مرتبط با احراز حکم محجوریت

ضریب رگرسیونی		انحراف‌معیار	فاصلهٔ اطمینان ٪۹۵ β		OR	فاصلهٔ اطمینان ٪۹۵ OR	آمارهٔ والد[1]	سطح معناداری
			پایین باند	بالای باند				
اختلال نوروژنراتیو	۴/۸۶۵	۰/۴۴۶	۳/۵۸۱	۶/۱۵۰	۱۲۹/۶۷	۳۵/۴۶۸-۹۱/۷۲	۵۵/۳۵۸	<۰/۰۰۰۱
اختلال سایکوتیک	۴/۶۴۳	۰/۴۹۱	۳/۲۶۲	۶/۰۲۳	۱۰۳/۸۶	۲۶/۴۱۲-۱۰/۸۲	۴۳/۵۷۰	<۰/۰۰۰۱
اختلال بایپولار	۳/۰۰۲	۰/۷۳۰	۱/۵۷۹	۴/۴۲۴	۲۰/۱۳	۴/۸۳-۸۵/۴۳	۱۷/۴۹۴	<۰/۰۰۰۱
ناتوانی ذهنی	۴/۶۱۶	۰/۴۶۶	۳/۳۱۳	۵/۹۱۹	۱۰۱/۰۹	۲۷/۳۷۲-۴۷/۰۴	۴۸/۶۵۸	<۰/۰۰۰۱

در مدل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای، اختلالات نوروژنراتیو، سایکوتیک، بایپولار و ناتوانی ذهنی با افزایش احتمالِ قرارگرفتن در سطوح بالاتر وضعیت احراز حجر ارتباط معناداری داشتند (p<۰/۰۰۰۱).

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در میان پرونده‌های ارجاعی به پزشکی قانونی، بخش قابل‌توجهی منجر به احراز حجر دائم شده است. همچنین، نوع تشخیص روان‌پزشکی در تحلیل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای با وضعیت احراز حجر ارتباط داشت. در مدل نهایی، اختلالات نوروژنراتیو، سایکوتیک، دوقطبی و ناتوانی ذهنی به‌عنوان متغیرهای باقی‌مانده در مدل شناسایی شدند و برای اختلال نوروژنراتیو، شانسِ قرارگرفتن در سطوح بالاتر احراز حجر در مقایسه با سطوح پایین‌تر، به‌طور معناداری بیشتر بود. بااین‌حال، این یافته‌ها باید به‌عنوان ارتباط آماری تفسیر شوند و از آن‌ها نمی‌توان رابطهٔ علّی میان تشخیص روان‌پزشکی و احراز حجر استنباط کرد. همچنین، وجود تشخیص روان‌پزشکی به‌تنهایی معادل احراز حجر نیست و ارزیابی وضعیت عملکردی و ارتباط یافته‌های بالینی با موضوع حقوقی مورد نظر در فرایند کارشناسی اهمیت دارد. این نکته با دیدگاه‌های موجود دربارهٔ ارزیابی ظرفیت مالی نیز همخوانی دارد، به‌طوری که تشخیص پزشکی به‌تنهایی نمی‌تواند جایگزین ارزیابی مستقیم عملکرد و شواهد مرتبط با توانایی‌های فرد شود (مارسون، ۲۰۱۳). یکی از یافته‌های قابل‌توجه مطالعه، تفاوت سنی میان سه گروه بود. میانهٔ سن در گروه حجر دائم ۵۸ سال، در گروه حجر موقت ۴۱ سال و در گروه عدم احراز حجر ۷۰ سال بود و این تفاوت ازنظر آماری معنادار بود. این الگو در نگاه نخست ممکن است با فراوانی بالاتر اختلالات نوروژنراتیو در گروه حجر دائم متناقض به‌نظر برسد؛ زیرا اختلالات نوروژنراتیو معمولاً با افزایش سن ارتباط دارند، درحالی‌که گروه عدم احراز حجر در مطالعهٔ حاضر میانهٔ سنی بالاتری داشت. بنابراین، فراوانی بیشترِ اختلالات نوروژنراتیو در گروه حجرِ دائم را نمی‌توان به‌تنهایی به‌عنوان توضیحی برای تفاوت سنی یا نتیجهٔ نهایی پرونده تلقی کرد. این یافته می‌تواند ناشی از تفاوت ترکیب جمعیتی گروه‌ها، نوع اختلالات ارجاع‌شده و علائم شناختی آن‌ها (به‌طور مثال، علائم شناختی اختلال اسکیزوفرنی در سنین پایین‌تر) و سایر عوامل همراه باشد. ازآنجاکه سن با تشخیص اختلالات نوروژنراتیو و همچنین با برخی متغیرهای اجتماعی–اقتصادی، ازجمله وضعیت اشتغال و تحصیلات، ارتباط بالقوه دارد، بررسی مستقل بودن ارتباط این متغیرها با وضعیت حجر نیازمند تحلیل چندمتغیره‌ای است که سن و سایر متغیرهای بالقوه مخدوش‌کننده را هم‌زمان در مدل وارد کند. در مطالعهٔ حاضر، چنین تحلیلی برای بررسی مستقل بودن اثر سن، عوامل اجتماعی–اقتصادی و اختلالات نوروژنراتیو انجام نشده است؛ بنابراین تفسیر این روابط باید بااحتیاط صورت گیرد.

در مرحلهٔ معاینات، اختلالات نوروژنراتیو شایع‌ترین تشخیص در گروه حجر دائم بود و در مرحلهٔ کمیسیون نیز همین الگو مشاهده شد؛ در مقابل، اختلال دوقطبی در گروه حجر موقت بیشترین فراوانی را داشت. این یافته با ماهیت متفاوت این اختلالات ازنظر سیر بالینی قابل‌مقایسه است. در اختلالات نوروژنراتیو، اختلالات شناختی و عملکرد اجرایی می‌توانند بر توانایی مدیریت امور مالی و انجام تصمیم‌های پیچیده اثرگذار باشند؛ بااین‌حال، شدت اختلال شناختی و عملکرد واقعی فرد در تعیین میزان اختلال عملکرد اهمیت دارد و حتی در مراحل اولیهٔ دمانس، برخی مهارت‌های مالی ممکن است نسبتاً حفظ شده باشند (گریفیث، بلو، سیکولا، کرزیوانسکی، زمرینی، هَرِل، مارسون[2]، ۲۰۰۳؛ مارسون، ۲۰۰۰). ازسوی‌دیگر، اختلال دوقطبی دارای سیر دوره‌ای است و اختلال در قضاوت و تصمیم‌گیری ممکن است در دوره‌های حاد بیماری برجسته‌تر باشد و با بهبود وضعیت بالینی کاهش یابد (گریفیث، ۲۰۰۳؛ مارسون، ۲۰۱۶). بنابراین، غلبهٔ اختلالات نوروژنراتیو در گروه حجر دائم و اختلال دوقطبی در گروه حجر موقت را می‌توان به‌عنوان یک الگوی توصیفی در این جمعیت در نظر گرفت، اما نمی‌توان براساس آن رابطه علّی میان نوع اختلال و نوع حجر را اثبات کرد.

یافته‌های مربوط به عوامل اجتماعی–اقتصادی نیز نشان داد که بین وضعیت حجر و متغیرهایی ازجمله تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری وجود داشت. در گروه حجر دائم،

[1] Wald
[2] Griffith, Belue, Sicola, Krzywanski, Zamrini, Harrell & Marson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

بی‌سوادی و بیکاری و وضعیت اقتصادی ضعیف فراوانی بیشتری داشتند. بااین‌حال، این یافته‌ها نباید به‌عنوان شواهدی مبنی‌بر اثر مستقیم یا علّی وضعیت اجتماعی–اقتصادی بر احراز حجر تفسیر شوند. سن می‌تواند هم با وضعیت اقتصادی، تحصیلات و اشتغال و هم با شیوع اختلالات نورودژنراتیو مرتبط باشد و از این طریق در ارتباط مشاهده‌شده میان این متغیرها و وضعیت حجر نقش مخدوش‌کننده داشته باشد. بنابراین، برای تعیین اینکه آیا عوامل اجتماعی–اقتصادی، مستقل از سن و تشخیص روان‌پزشکی، با احراز حجر ارتباط دارند یا خیر، انجام تحلیل چندمتغیره با کنترل هم‌زمان این متغیرها ضروری است. ازآنجاکه مدل نهایی رگرسیون حاضر شامل متغیرهای اجتماعی–اقتصادی و سن نبوده است، نمی‌توان براساس نتایج این مطالعه استقلال این عوامل از سن یا تشخیص روان‌پزشکی را نتیجه‌گیری کرد.

نتایج مطالعهٔ حاضر در مقایسه با پژوهش‌های پیشین با توجه به تفاوت در جامعهٔ مورد مطالعه و سؤال پژوهش تفسیر شد. مطالعهٔ حاج‌منوچهری دربارهٔ موارد ناتوانی در ادارهٔ امور مالی در بیماران مبتلا به دمانس، که به کمیسیون‌های پزشکی قانونی ارجاع شده بودند، عمدتاً بر جمعیت مبتلا به دمانس متمرکز بود (حاج‌منوچهری، ۲۰۱۵)؛ درحالی‌که مطالعهٔ حاضر تمامی پرونده‌های ارجاع‌شده برای ارزیابی حجر را در بر گرفته و گروه‌های مختلف تشخیصی را مقایسه کرده است. همچنین، مطالعهٔ حاج‌منوچهری و همکاران دربارهٔ میزان توافق نظرات کمیسیون‌های پزشکی قانونی استانی و کمیسیون مرکزی، مشخصاً به موارد ناتوانی مالی ناشی از دمانس پرداخته است (حاج‌منوچهری، ۲۰۱۷). بنابراین، تفاوت در جامعهٔ مورد مطالعه، دامنهٔ تشخیص‌ها و هدف ارزیابی می‌تواند بخشی از تفاوت یافته‌های مطالعات را توضیح دهد.

ازسوی‌دیگر، مطالعات موجود دربارهٔ ظرفیت مالی نشان داده‌اند که اختلالات شناختی و دمانس می‌توانند با اختلال در برخی حوزه‌های پیچیدهٔ عملکرد مالی همراه باشند، اما شدت و گسترهٔ این اختلالات یکسان نیست و به مرحلهٔ بیماری و نوع توانایی مورد ارزیابی بستگی دارد (مارسون، ۲۰۱۳؛ گریفیث، بلو، سیکولا، کرزیوانسکی، زمرینی، هَرِل، مارسون، ۲۰۰۳). این موضوع اهمیت تفاوت میان تشخیص بیماری و احراز ناتوانی عملکردی را نشان می‌دهد. در مطالعهٔ حاضر نیز تشخیص‌های روان‌پزشکی با وضعیت حجر ارتباط داشتند، اما این یافته به‌معنای آن نیست که هر فرد مبتلا به یک اختلال روان‌پزشکی فاقد توانایی ادارهٔ امور مالی یا مستحق حجر است. از منظر حقوقی، وجود اختلال روان‌پزشکی به‌تنهایی معادل فقدان اهلیت یا حجر نیست. ارزیابی اهلیت نیازمند بررسی هم‌زمان وضعیت بالینی، شواهد عملکردی و نظر تخصصی روان‌پزشکی قانونی است. این موضوع بر ضرورت تفکیک بین تشخیص پزشکی و مفهوم حقوقی اهلیت تأکید دارد (دالکی، ۱۴۰۰؛ جمعه پور، ۲۰۲۱).

درخصوص دلایل ارجاع نیز درخواست وراث شایع‌ترین دلیل درخواست ارزیابی در هر سه گروه بود و در گروه حجر دائم بیشترین فراوانی را داشت؛ این تفاوت ازنظر آماری معنادار بود. همچنین، درخواست‌های مرتبط با رفع مسئولیت در گروه حجر دائم بیشتر مشاهده شد و با نتیجهٔ نهایی پرونده ارتباط آماری داشت، درحالی‌که دلایل مربوط به فروش اموال و انجام معامله تفاوت معناداری میان گروه‌ها نداشتند. این یافته‌ها بیشتر نشان‌دهندهٔ الگوی ارجاع در جمعیت مورد مطالعه هستند و نباید به‌عنوان شواهدی از وجود رابطه علّی میان انگیزهٔ وراث یا اهداف مالی و احراز حجر تفسیر شوند. به‌ویژه، در یک مطالعهٔ مقطعی و مبتنی‌بر پرونده نمی‌توان تعیین کرد که درخواست وراث یا سایر دلایل حقوقی موجب احراز حجر شده‌اند یا اینکه وجود وضعیت بالینی و حقوقی فرد، احتمال طرح چنین درخواست‌هایی را افزایش داده است. بنابراین، تفسیر این متغیرها باید صرفاً در سطح توصیف الگوی ارجاع و ارتباط آماری باقی بماند.

ازنظر روش‌های ارزیابی نیز مصاحبهٔ روان‌پزشکی و سابقهٔ بستری با نتیجهٔ نهایی پرونده ارتباط آماری داشتند، درحالی‌که تست‌های روان‌شناختی، تصویربرداری، تحقیقات قضایی، سوابق بیمه‌ای و نظرات همراهان ارتباط معناداری نشان ندادند. این تفاوت ممکن است تا حدی منعکس‌کنندهٔ نحوهٔ انتخاب و ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی قانونی باشد و لزوماً به‌معنای برتری یک روش تشخیصی بر سایر روش‌ها نیست. در ارزیابی‌های مرتبط با توانایی مالی نیز تأکید شده است که هیچ تشخیص یا آزمون منفردی نباید به‌تنهایی جایگزین ارزیابی جامع عملکرد فرد شود (مارسون، ۲۰۱۳). بنابراین، یافتهٔ حاضر بیشتر بیانگر الگوی استفاده و ثبت روش‌های ارزیابی در پرونده‌های مطالعه‌شده است.

در مجموع، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در جمعیت ارجاع‌شده به پزشکی قانونی استان گیلان، وضعیت احراز حجر با نوع تشخیص روان‌پزشکی و برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی–اقتصادی ارتباط آماری دارد. بااین‌حال، مدل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای حاضر، نوع تشخیص‌های روان‌پزشکی را به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده باقی‌مانده در مدل نشان داد و شواهد کافی برای ادعای اثر مستقل سن یا عوامل اجتماعی–اقتصادی فراهم نمی‌کند. تفاوت سنی میان گروه‌ها و فراوانی بالاتر اختلالات نورودژنراتیو در گروه حجر دائم نیز نشان می‌دهد که تفسیر ارتباط میان تشخیص، سن و نتیجهٔ حجر نیازمند تحلیل چندمتغیره است. همچنین، الگوی دلایل ارجاع، ازجمله درخواست وراث، باید به‌عنوان بخشی از الگوی پرونده‌های ارجاعی تفسیر شود و نه به‌عنوان شواهدی از اهداف مالی یا رابطهٔ علّی با احراز حجر. مطالعات آینده با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر، چندمرکزی و با استفاده از مدل‌های چندمتغیره که سن، تشخیص روان‌پزشکی و عوامل اجتماعی–اقتصادی را هم‌زمان کنترل کنند، می‌توانند به روشن‌ترشدن عوامل مستقل مرتبط با احراز حجر کمک کنند.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در پرونده‌های ارجاع‌شده برای ارزیابی محجوریت، نوع تشخیص روان‌پزشکی با وضعیت احراز حجر ارتباط آماری داشت. در مدل نهایی رگرسیون لجستیک رتبه‌ای، اختلالات نورودژنراتیو، سایکوتیک، دوقطبی و ناتوانی ذهنی با سطوح بالاتر احراز حجر مرتبط بودند. بااین‌حال، این یافته‌ها بیانگر ارتباط آماری بوده و نباید به‌عنوان رابطهٔ علّی یا معادل دانستن اختلال روان‌پزشکی با حجر تلقی شوند. تفاوت‌هایی در سن و برخی ویژگی‌های اجتماعی–اقتصادی مشاهده شد، اما به‌دلیل احتمال وجود عوامل مخدوش‌کننده، تفسیر آن‌ها باید بااحتیاط صورت گیرد. همچنین، درخواست وراث و برخی دلایل حقوقی با نتیجهٔ پرونده ارتباط داشتند، اما نمی‌توان از آن‌ها رابطهٔ علّی یا انگیزهٔ مالی را استنباط کرد. در مجموع، یافته‌ها بر ضرورت تمایز میان تشخیص پزشکی و مفهوم حقوقی حجر و اهمیت ارزیابی جامع وضعیت شناختی، روان‌پزشکی و عملکردی تأکید می‌کنند.

محدودیت‌ها

مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود. تک‌مرکزی بودن مطالعه، استفاده از داده‌های پرونده‌ای، وجود داده‌های ناقص در برخی پرونده‌ها، عدم امکان پیگیری طولی بیماران از مهم‌ترین محدودیت‌ها بودند. علاوه‌براین، ارزیابی وضعیت اقتصادی براساس مستندات پرونده انجام شده و از ابزار استاندارد استفاده نشده است. از دیگر محدودیت‌های طرح هم چنین امکان تغییر وضعیت فرد در طول زمان و درخواست رفع حجر و به دنبال آن تغییر حکم قضایی است. با توجه به ماهیت گذشته‌نگر و پرونده‌محور مطالعه، امکان کنترل کامل عوامل مخدوش‌کننده ازجمله سن، شدت اختلال و عوامل اجتماعی-اقتصادی وجود نداشت.

ملاحظات اخلاقی

مطالعهٔ حاضر با کد IR.GUMS.REC.1402.031 مورد تأیید کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گرفته است.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام داشتند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سپاس‌گزاری

این مقاله از پایان‌نامهٔ تخصصی روان‌پزشکی رؤیا سیدی استخراج شده و در تاریخ ۱۴۰۳/۱۲/۸ در گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد تأیید و توسط سازمان پزشکی قانونی استان گیلان مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

REFERENCE

1. Alimardani A, Rayejian Asli M, Vahedi M, Khani M. The influence of psychological disorders on criminal behavior and different degrees of criminal responsibility. J Med Counc Islam Repub Iran. 2017;35(1):68-78. Link
2. Calcedo-Barba A, Fructuoso A, Martinez-Raga J, Paz S, Sánchez de Carmona M, Vicens E. A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. BMC Psychiatry. 2020;20(1):339. DOI: 10.1186/s12888-020-02756-0
3. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet. 2016;387(10027):1561-1572. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X
4. Griffith HR, Belue K, Sicola A, Krzywanski S, Zamrini E, Harrell L, et al. Impaired financial abilities in mild cognitive impairment: a direct assessment approach. Neurology. 2003;60(3):449-457. DOI: 10.1212/WNL.60.3.449
5. Hajmanouchehri R. Review of the bases for determining inability to manage life and financial affairs due to dementia in cases referred to the General Department of Medical Commissions of the Legal Medicine Organization in 2013. Iran J Forensic Med. 2015;21(1):27-33. Link
6. Hajmanouchehri R. CT scan and MRI findings in patients with dementia. Iran J Forensic Med. 2017;23(3):150-159. DOI: 10.30699/epub.sjfm.23.3.150
7. 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):142-151. Link
8. Islamic Republic of Iran. Civil Code of the Islamic Republic of Iran. Book 10, Regarding guardianship and tutorship, Articles 1207, 1208 and 1210. Link
9. Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, McInturff B, Stalvey T, Boothe A, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: a conceptual model and prototype instrument. Arch Neurol. 2000;57(6):877-884. DOI: 10.1001/archneur.57.6.877
10. Marson DC. Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: a commentary. Am J Geriatr Psychiatry. 2013;21(4):382-390. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.01.033
11. Marson D. Conceptual models and guidelines for clinical assessment of financial capacity. Arch Clin Neuropsychol. 2016;31(6):541-553. DOI: 10.1093/arclin/acw052
12. 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):806-814. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02202.x
13. McSwiggan S, Meares S, Porter M. Decision-making capacity evaluation in adult guardianship: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2016;28(3):373-384. DOI: 10.1017/S1041610215001490
14. Saberi SM, Mirsepassi GR. Forensic psychiatry in Iran. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2013;7(1):1-3. Link
15. Sharifi MH, Edalatjoo A. Examining the position of jurisprudence in Iranian legal laws. Open Legal Research Journal. 2012;5(16). Link
16. Sudo FK, Laks J. Financial capacity in dementia: a systematic review. Aging Ment Health. 2017;21(7):677-683. DOI: 10.1080/13607863.2016.1226761

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]