

## عدم تحمل کیفر، بررسی موارد ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۱

دکتر محسن داداش پور اشکذری

دستیار پزشکی قانونی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمد دلیرراد\*

دستیار پزشکی قانونی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسن توفیقی

استاد پزشکی قانونی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سید امیر حسین مهدوی

متخصص پزشکی قانونی - سازمان پزشکی قانونی کشور

### چکیده

**زمینه:** در سیستم قضایی همه کشورها قوانینی وجود دارند که طبق آنها محکوم علیه در صورت بیماری یا عدم توانایی جسمانی از برخی مجازاتها معاف میگردد. در کشور ما نیز طبق قوانین متعالی اسلام مجازاتهایی از قبیل شلاق و زندان زمانی اجرا میگردند که فاقد خطر جانی برای محکوم علیه باشند. هدف از مطالعه حاضر بررسی دلایل و چگونگی صدور نظر کارشناسی عدم تحمل کیفر توسط سازمان پزشکی قانونی کشور و موارد ارجاعی بوده است.

**روشها:** ۳۸۷ مورد ارجاعی جهت کارشناسی تحمل کیفر در تهران در سال ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفتند. برای هر یک از موارد، پرسشنامه جداگانه ای شامل اطلاعات فردی، نوع بیماری مورد ادعا و نتیجه معاینات بالینی و آزمایشگاهی و نظریه نهایی صادر شده از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور تکمیل گردید.

**یافته ها:** حدود ۸۰ درصد موارد مرد بودند. میانگین سنی حدود ۴۳ سال بود. ۵۸/۴ درصد محکوم به زندان، ۳۹/۵ درصد محکوم به تازیانه و ۲/۱ درصد محکوم به هر دو مجازات شده بودند. اکثر زنان مرتکب جرایم منکراتی و اکثر مردان مرتکب جرایم مالی یا مواد مخدر شده بودند. طبق نظریات نهایی سازمان پزشکی قانونی، ۵۴/۳ درصد تمام موارد قادر به تحمل مجازات تعیین شده نبودند. بیماریهای قلبی - عروقی و کلیوی علل اصلی موارد منجر به صدور نظریه عدم توانایی تحمل کیفر بودند. **نتیجه گیری:** بیش از نیمی از موارد ادعای محکوم علیه در خصوص عدم توانایی تحمل کیفر صحت داشت و توصیه میشود پزشکان قانونی با دقت بیشتری به این مسأله بنگرند و از نتایج این مطالعه در صدور نظریات کارشناسی آتی خود بهره گیرند.

**واژگان کلیدی:** تحمل کیفر، شلاق، زندان، پزشکی قانونی.

## Archive of SID

بودند. میانگین سنی ۴۲/۸۸ سال (با انحراف معیار ۱۵/۴۲ سال، حداقل ۱۶ و حداکثر ۱۰۲ سال) بود. میانگین سنی مردان، ۴۴ سال (با انحراف معیار ۱۵/۸۳ و حداقل ۱۶ و حداکثر ۱۰۲ سال) و میانگین سنی زنان، ۳۸/۴ سال (با انحراف معیار ۱۲/۷۸ و حداقل ۱۸ و حداکثر ۷۴ سال) بود.

۳۰/۲ درصد موارد (۱۱۷ نفر) مجرد و ۶۹/۸ درصد (۲۷۰ نفر) ازدواج کرده بودند. در این مورد مردان، ۲۷/۴ درصد (۸۵ نفر) مجرد و ۷۲/۶ درصد (۲۲۵ نفر) ازدواج کرده و زنان ۴۱/۶ درصد (۳۲ نفر) مجرد و ۵۸/۴ درصد (۴۵ نفر) ازدواج کرده بودند که اختلاف مشاهده شده در رابطه با دو متغیر وضعیت تاهل و جنسیت از نظر آماری معنی دار بود ( $pvalue < 0.05$ ) میانگین بعد خانوار در کل موارد ۵/۷۲ نفر (با انحراف معیار ۲/۰۳ و حداقل ۲ و حداکثر ۱۲ نفر) بود. در این مورد اختلاف معنی داری بین مردان و زنان وجود نداشت بطوری که در مردان میانگین تعداد اعضای خانواده ۵/۷۸ نفر (با انحراف معیار ۲/۰۵ و حداقل ۲ و حداکثر ۱۲ نفر) و در زنان این میانگین ۵/۴۹ نفر (با انحراف معیار ۱/۹۴ و حداقل ۲ و حداکثر ۱۱ نفر) بود.

اما با آزمون آماری  $\chi^2$  اختلاف معنی داری بین میانگین بعد خانوار در رابطه با وضعیت تاهل بدست آمد ( $pvalue < 0.01$ ) بطوری که در ۲۷۰ فرد ازدواج کرده مورد بررسی، میانگین تعداد اعضای خانوار ۵/۱۹ نفر (با انحراف معیار ۱/۷۳) و در ۱۱۷ نفر مجرد بررسی شده میانگین تعداد اعضای خانوار ۶/۶۹ نفر (با انحراف معیار ۲/۱۳) بود. در رابطه با پیشینه کیفری اختلاف واضحی بین زنان و مردان وجود نداشت و در مجموع ۱۰ نفر (یعنی ۸ مرد و ۲ زن) دارای سوء پیشینه کیفری بودند.

در رابطه با نوع مجازاتهای تعیین شده، ۲۲۶ نفر (۵۸/۴ درصد) محکوم به مجازات زندان، ۱۵۳ نفر (۳۹/۵ درصد) محکوم به مجازات شلاق و ۸ نفر (۲/۱ درصد) محکوم به هر دو مجازات شده بودند. در مورد انواع مجازات در رابطه با جنسیت اختلاف معنی داری مشهود بود ( $pvalue < 0.01$ ) بطوری که نسبت بیشتری از مردان به مجازات زندان و نسبت بیشتری از زنان به مجازات شلاق محکوم شده بودند.

اکثر زنان در رابطه با جرایم منکراتی و اکثر مردان در رابطه با مسایل مالی و مواد مخدر مرتکب جرم شده بودند که این اختلاف نیز از نظر آماری معنی دار بود ( $pvalue < 0.01$ ).

نظرات کارشناسی صادر شده از طرف سازمان پزشکی قانونی در ۲۱۰ مورد (۵۴/۳ درصد) مبتنی بر عدم قدرت تحمل کیفر و در ۱۷۰ مورد (۴۳/۹ درصد) توانایی تحمل کیفر بود. در ۷ مورد (۱/۸ درصد) نیز تا زمان اتمام مطالعه نظریه قطعی صادر نشده بود. رابطه معنی داری بین دو متغیر جنسیت و نظریات کارشناسی سازمان پزشکی قانونی مشاهده نگردید.

در معاینات بالینی انجام شده ۳۷/۲ درصد (۱۴۴ نفر) یافته های مثبت دال بر بیماری خود داشتند. ۴۸/۱ درصد (۱۸۶ نفر) یا مدارک مبتنی بر انجام اقدامات پاراکلینیک را داشتند و یا اقدامات پاراکلینیک برای آنان درخواست گردیده بود و در این خصوص اختلافی بین زنان و مردان وجود نداشت.

انواع بیماریهای منجر به صدور نظریه کارشناسی عدم قدرت

## مقدمه

احکام صادره توسط دادگاهها در پاره ای موارد ممکن است اجرا نشود یا به تعویق افتد. با توجه به مواد ۲۸۸ و ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی، یکی از این موارد هنگامی است که اجرای حکم موجب تشدید بیماری یا تاخیر در بهبودی گردد (۱).

تازیانیه آثاری در بدن مضروب باقی میگذارد که گاهی التیام ناپذیر و کشنده است. بنابراین اگر اجرای آن به ضابطه ای متکی نباشد معلوم نیست ضامن صدمات و جراحات وارد شده کیست و یا مقصود قانونگذار حاصل شده باشد. قدر مسلم مقصود قانونگذار، معلول یا معدوم کردن محکوم علیه نیست (۲).

یکی از وظایف سازمان پزشکی قانونی کشور اظهار نظر در امور پزشکی قانونی و کارشناسی آن میباشد (ماده یک قانون تشکیل سازمان پزشکی قانونی کشور) (۳). بنابراین چنانچه محکوم علیه اعلام نماید به علت بیماری یا ضعف و عدم توانایی جسمانی قادر به تحمل شلاق نمیشود به پزشکی قانونی معرفی میشود تا در صورت تایید مراتب، در جرایم مستلزم حد، دادگاه حکم به اجرای یک دسته تازیانه یا ترکه مشتمل بر حد واحد نسبت به محکوم علیه صادر نماید که فقط یک بار زده میشود هر چند همه آنها به بدن محکوم علیه نرسند (۱ و ۴). در جرایم تعزیری نیز دادگاه میتواند کیفر دیگری را که معمولاً جزای نقدی است تعیین و اعلام نماید (۴). هدف از مطالعه حاضر بررسی چگونگی و دلایل صدور نظر کارشناسی عدم تحمل کیفر توسط سازمان پزشکی قانونی کشور در موارد ارجاعی بوده است.

## مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی تعداد ۳۸۷ مورد مجرم محکوم به شلاق یا حبس ارجاع شده به واحد معاینات مرکزی سازمان پزشکی قانونی کشور در تهران جهت کارشناسی تحمل کیفر، از اول دی ماه ۱۳۸۰ الی پایان اسفند ماه ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفتند.

برای هر یک از موارد، پرسشنامه جداگانه ای شامل مشخصات فردی از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل، بعد خانوار، نوع جرم و مجازات، سابقه کیفری و نیز کلیه اطلاعات حاصل از معاینه و اقدامات پاراکلینیک مربوط به بیماری مورد ادعا تکمیل گردید. برخی اطلاعات ناقص نیز از پرونده استخراج و کامل گشت. در نهایت داده های جمع آوری شده با رعایت دقت و امانت وارد رایانه شد و با آزمونهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به لحاظ حفظ موازین اخلاقی، مشخصات فردی افراد در پرسشنامه ذکر نشد و اطلاعات حاصله نیز در کلیه مراحل تحقیق محرمانه حفظ گردید.

## نتایج

از کل موارد بررسی شده حدود ۸۰ درصد (۳۱۰ نفر) مرد و مابقی زن

## Archive of SID

جدول ۱ - انواع بیماریهای منجر به صدور نظریه کارشناسی عدم توانایی تحمل کیفر بر حسب جنس در موارد بررسی شده کارشناسی تحمل کیفر در مراجعین به واحد معاینات مرکزی سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۱

کل		زن		مرد		بیماری مربوط به عدم قدرت تحمل کیفر
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۶/۷	۷۷	۳۵/۹	۱۴	۳۶/۸	۶۳	قلبی و عروقی
۱۳/۲	۲۸	۵/۱۳	۲	۱۵/۲	۲۶	کلیوی
۱۰/۵	۲۲	۱۷/۹۴	۷	۸/۸	۱۵	روانی
۸/۶	۱۸	۱۰/۲۶	۴	۸/۲	۱۴	مزمین
۸/۱	۱۷	۵/۱۳	۲	۸/۸	۱۵	ستون فقرات
۶/۲	۱۳	۲/۵۶	۱	۷	۱۲	ریوی
۵/۲	۱۱	۲/۵۶	۱	۵/۸	۱۰	خونی
۴/۸	۱۰	۵/۱۳	۲	۴/۷	۸	کبدی
۳/۸	۸	۰	۰	۴/۷	۸	مغزی
۲/۹	۶	۱۵/۳۹	۶	۰	۰	زنانگی
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۳۹	۱۰۰	۱۷۱	جمع

مورد مطالعه قابل انتظار می‌باشد. در این مورد، مردان ۸۵ نفر (۲۷/۴ درصد) و مجرد و ۲۲۵ نفر (۷۲/۶ درصد) متأهل بودند و زنان ۳۲ نفر (۴۱/۶ درصد) مجرد و ۴۵ نفر (۵۸/۴ درصد) متأهل بودند که این امر بیانگر در معرض خطر بودن زنان مجرد می‌باشد. لذا باید وضعیت این قشر از جامعه بیشتر مورد توجه قرار گیرد. میانگین تعداد اعضای خانواده در کل موارد ۵/۷۲ نفر بود و اختلاف معنی داری بین زنان و مردان وجود نداشت. ولی همانطور که انتظار می‌رود افرادی که خانواده پرجمعیت دارند بیشتر مرتکب جرم شده‌اند. همچنین میانگین تعداد اعضای خانوار مجرمین مجرد بطور معنی داری بیشتر از مجرمین متأهل است. بنابراین جای امیدواری است که این کاهش بعد خانوار در نسل جدید جامعه منجر به کاهش آمار جرم در بین آنها شود.

در رابطه با نوع مجازات، نسبت بیشتری از مردان به مجازات زندان و نسبت بیشتری از زنان به مجازات شلاق محکوم شده بودند. اگر بپذیریم مجازات زندان سنگین‌تر از مجازات شلاق است می‌توان گفت این امر بیانگر آن است که زنان معمولاً مرتکب جرمهای سبک‌تر و مردان معمولاً مرتکب جرمهای سنگین‌تری می‌شوند.

همچنین در بررسی انواع جرایم ارتكابی، مشخص شد که جرم اکثر زنان در رابطه با مسایل منكراتی و جرم مردان بیشتر در رابطه با مسایل مالی و مواد مخدر بوده است. این امر نیز قابل انتظار می‌باشد چرا که اکثر دختران فراری و زنانی که به عللی از خانواده جدا شده‌اند جذب باندهای فساد و فحشا شده مرتکب جرایم منكراتی می‌شوند.

از دیدگاه نظریات کارشناسی صادر شده نیز ملاحظه می‌شود که در حدود نیمی از موارد، بیماری مجرم در حدی تشخیص داده نشده که موجب عدم توانایی وی در تحمل کیفر گردد. همچنین

تحمل کیفر در جدول ۱ آورده شده است.

شایعترین حالات منجر به صدور گواهی عدم تحمل کیفر در بین بیماریهای قلبی، درد قفسه صدری (۴۰/۳ درصد) و سکتته قلبی؛ در بین بیماریهای کلیوی، نارسایی مزمن کلیه (۳۹/۹ درصد) و نارسایی حاد کلیه (۷/۱ درصد)؛ در بین بیماریهای روانی، اختلال دوقطبی (۲۲/۷ درصد) و سایکوز (۱۸/۲ درصد)؛ در بین بیماریهای ریوی، آسم (۴۶/۲ درصد) و COPD (۷/۷ درصد)؛ در بین بیماریهای کبدی، هپاتیت (۴۰ درصد) و سیروز (۳۰ درصد)؛ در بین بیماریهای مغزی، بیماریهای دژنراتیو مغزی (۵۰ درصد)، CVA (۲۵ درصد)، خونریزی مغزی (۱۲/۵ درصد) و تومور مغزی (۱۲/۵ درصد)؛ در بین بیماریهای عفونی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) (۳۶/۴ درصد)؛ در بین حالات مزمن، کهولت سن (۲۷/۸ درصد) و در بین مسائل زنانگی، بارداری (۶۶/۷ درصد) بودند.

## بحث

در این مطالعه حدود ۸۰ درصد موارد مراجعه جهت کارشناسی تحمل کیفر، مربوط به مردان بود. بنظر میرسد این امر ناشی از حضور بیشتر مردان در جامعه باشد که آنها را بیشتر در معرض ارتكاب جرم قرار میدهد.

میانگین سنی موارد بررسی شده ۴۲/۸۸ سال بود که سن میانسالی و فعالیت است. بدیهی است که درگیر شدن افراد فعال جامعه در این شرایط بسیار ناخوشایند است.

در مورد وضعیت تأهل، ۱۱۷ نفر مجرد (۳۰/۲ درصد) و ۲۷۰ نفر متأهل (۶۹/۸ درصد) بودند که با توجه به میانگین سنی افراد

## مراجع

۱. فقیه نصیری فیروز. قانون مجازات اسلامی. چاپ اول. تهران: نشر صدوق؛ ۱۳۷۸.
۲. اردبیلی محمد علی. حقوق جزای عمومی. چاپ اول. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۷۷: ۱۶۲.
۳. توفیقی حسن. جزوه گزیده پزشکی قانونی. تهران: سازمان پزشکی قانونی کشور؛ ۱۳۷۸.
۴. گلدوزیان ایرج. بایسته‌های حقوق جزای عمومی (۱، ۲، ۳). چاپ ششم. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۸۱: ۴-۳۲۱.

میتوان اینگونه استنباط کرد که کارشناسان پزشکی قانونی در زمینه صدور نظریه عدم تحمل کیفر، سختگیری لازم را داشته، صرف ادعای مجرم و بدون انجام معاینات و آزمایشهای تخصصی رأی به عدم توانایی تحمل کیفر نداده‌اند.

براساس یافته‌های این مطالعه بیمارانی که در مورد آنها عدم قدرت تحمل کیفر شلاق مطرح می‌گردد عمدتاً" به شرح ذیل می‌باشند:

از نظر بیماریهایی که قدرت تحمل کیفر شلاق نداشته‌اند موارد زیر قابل ذکر است: افراد با سابقه درد یا آرتیمی قلبی و یا هر نوع بیماری دریچه‌ای قلب، افراد دارای یک کلیه، سابقه صرع، سابقه آسم، کهیر کولینرژیک، پرفشاری خون، سن بالا، سابقه سنگ کلیه، زنان حامله و شیرده، دیابت، سایکوز، افسردگی کنترل نشده، هیپاتیت فعال، هیدرونفروز، پسوریازیس و بیماران دیالیزی. بهتر است این بیماران از مجازات شلاق معاف شوند چون ضربات تازیانہ ممکن است باعث عود بیماری آنها یا تأخیر در بهبود شود.

اما درباره کارشناسی تحمل کیفر زندان در کل سه حالت مطرح می‌گردد:

(۱) بیماری فرد با دارو تحت کنترل است: این دسته افراد توان تحمل حبس را خواهند داشت و فقط لازم است بطور مرتب تحت نظر پزشک متخصص بهداری زندان باشند.

(۲) بیماری فرد در حدی است که نیاز به بستری در بیمارستان جهت تنظیم داروها یا انجام عمل جراحی خاصی دارد: به عنوان مثال فرد مبتلا به فتق اینگوینال باید هر چه سریعتر به صورت الکتیو جراحی شود؛ بیمار مبتلا به آنژین صدری ممکن است نیازمند به انجام آنژیوگرافی و یا عمل جراحی بوده، فرد مبتلا به سل نیازمند بستری در بیمارستان باشد. در این موارد معمولاً" با نظر کارشناس سه ماه جهت مداوا به زندانی مرخصی داده می‌شود و سپس مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرد. این دسته از بیماران معمولاً پس از مداوای اولیه در خارج از زندان و پایدار شدن وضعیت، میتوانند بقیه دوران محکومیت خود را در زندان سپری کنند. البته لازم است این افراد مرتباً تحت نظر متخصص مربوطه باشند.

(۳) گروه سوم، بیمارانی هستند که مبتلا به بیماری پیشرفته و لاعلاج هستند: به عنوان نمونه می‌توان به سیروز پیشرفته، عفونت با ویروس HIV که به بیماری ایدز منجر شده است، بیماران زمینگیر و فلج، سرطانهای پیشرفته همراه با متاستاز و پیش آگهی ضعیف اشاره کرد. نگهداری این بیماران پرهزینه و نیازمند مراقبتهای پرستاری شدید است که امکان آن در زندان وجود ندارد. لذا این دسته از بیماران بهتر است از تحمل حبس معاف شوند. بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که تحت دیالیز قرار دارند نیز جزء این گروه قرار می‌گیرند. به کارگیری نکات فوق، پزشکان قانونی را در اخذ تصمیم و صدور نظر کارشناسی پیرامون تحمل کیفر یاری خواهد کرد.