

# اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای

بر اساس سرفصل جدید مصوب دروس کارشناسی پرستاری

گردآوری و تالیف

ایمانه باقری

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

فرزانه گل آقایی

پگاه مطوری پور

اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

# کتابخانه

کتابخانه مرکزی  
شماره ۱۴۹  
تاسیس ۱۳۵۷

# اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای

گردآوری و تالیف

(به ترتیب حروف الفبا)

**ایمانه باقری**

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

**فرزانه گل آقایی**

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

**پگاه مطوری پور**

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



ناشر کتب علوم پزشکی

سرشناسه	: ایمانه باقری، ۱۳۶۶
عنوان و نام پدیدآور	: اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای/گردآوری و تالیف ایمانه باقری، فرزانه گل آقایی، پگاه مطوری پور.
مشخصات نشر	: تهران : انتشارات حیدری،
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۷۸۱۵-۴۶-۵
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۴ ۳ الف ۱۷ ب / RT۸۵
شناسه افزوده	: گل آقایی، فرزانه، ۱۳۴۰
شناسه افزوده	: مطوری پور، پگاه، ۱۳۶۷
رده بندی دیویی	: ۱۷۴/۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۰۱۳۰۳۱



ناشر کتب علوم پزشکی

## اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه ای

گردآوری و تالیف: ایمانه باقری، فرزانه گل آقایی، پگاه مطوری پور

چاپ دوم-۱۳۹۵

چاپ و صحافی: طرح و نقش

مدیر تولید: سیده مریم حیدری

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۸۱۵-۴۶-۵

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هرکس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر)، منتشر یا پخش کند، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

### مراکز پخش

**دفتر مرکزی:** خیابان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهدای ژاندارمری غربی، روبروی اداره پست، پلاک ۱۲۴، طبقه اول، واحد ۲ | تلفن: ۶۶۹۷۶۴۹۹ | ۶۶۹۷۶۶۷۸

**فروشگاه ۱:** خیابان انقلاب، روبروی دانشگاه، پاساژ فروزنده، طبقه همکف، پلاک ۳۲۳ | تلفن: ۶۶۴۷۸۹۴۷

**فروشگاه ۲:** خیابان انقلاب، بین ۱۲ فروردین و فخر رازی، روبروی نشر جیحون، فروشگاه کتب پزشکی، ۶۶۴۹۹۲۱۴

**فروشگاه ۳:** قلهک، خیابان زرگنده، دانشگاه آزاد اسلامی، کتابفروشی دانشگاه | تلفن: ۲۲۶۲۲۶۰۵

**فروشگاه ۴:** اراک، خیابان دکتر حسابی، فروشگاه نشر حیدری | تلفن: ۰۸۶۳-۲۲۳۴۸۸۳

**فروشگاه ۵:** بجنورد، خیابان ۱۷ شهریور جنوبی، نبش کوچه پرتانی، پلاک ۳۱۳، فروشگاه نشر حیدری، تلفن ۰۵۸-۳۲۲۶۳۵۵۸

**فروشگاه ۶:** خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی کمالوند- فروشگاه نشر حیدری | تلفن: ۰۸۶۳-۲۲۳۴۸۸۳

و کتابفروشی‌های معتبر سراسر کشور

قیمت: ۱۰۹۰۰۰۰ ریال

کتاب پیش روی چکیده‌ای از مهم‌ترین مباحث مرتبط با اخلاق پرستاری می‌باشد که مطابق با سرفصل درس اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای در برنامه کارشناسی پرستاری تدوین شده است. از آنجا که برای این درس کتاب‌ها و متون اندکی وجود داشته و متون موجود نیز پاسخگوی تمامی سرفصل‌ها نمی‌باشد سعی شده است که به شکل کاربردی و مفید به موضوعات پرداخته شود به طوری که به عنوان یک کتاب درسی بتواند مورد استفاده دانشجویان و مدرسان عزیز پرستاری قرار گیرد. امیدواریم خوانندگان محترم، ما را از نقطه نظرات و پیشنهادات ارزشمند خود مطلع سازند.

مولفین

پائیز ۱۳۹۴

## فهرست

فصل اول مفهوم اخلاق.....	۹
اهمیت پرستاری از نظر اسلام.....	۱۰
تعاریف اخلاق.....	۱۱
فلسفه اخلاق.....	۱۱
مکاتب اخلاقی.....	۱۱
تاریخچه اخلاق زیستی.....	۱۷
فصل دوم اخلاق زیستی.....	۱۷
اصول اخلاق زیستی.....	۱۸
اخلاق حرفه‌ای.....	۱۹
اخلاق در پرستاری.....	۲۱
تعریف حساسیت اخلاقی.....	۲۵
فصل سوم تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاری.....	۲۵
اهمیت حساسیت اخلاقی.....	۲۶
فصل چهارم نظامنامه‌های اخلاقی در پرستاری.....	۲۷
نظامنامه اخلاقی پرستاری انجمن پرستاران کانادا.....	۲۸
نظامنامه پرستاری انجمن پرستاران آمریکا.....	۲۹
آیین نامه اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران.....	۳۰
فصل پنجم مبانی نظری اخلاق حرفه‌ای در اسلام.....	۳۷
اخلاق اسلامی و پرستاری.....	۳۸

فصل ششم ارتباط حرفه‌ای پرستار با بیمار ..... ۴۱

مراحل ارتباط پرستار و بیمار ..... ۴۲

مدل‌های ارتباطی پرستار و بیمار ..... ۴۴

اصول برقراری ارتباط موثر پرستار با بیمار ..... ۴۷

شروط اختصاصی قوانین پرستاری ..... ۵۱

فصل هفتم قوانین و مقررات حرفه‌ای در پرستاری ..... ۵۱

انواع رضایت نامه ..... ۵۶

برائت نامه ..... ۵۸

تعریف افراد آسیب پذیر ..... ۵۹

فصل هشتم موضوعات اخلاقی در مراقبت پرستاری از گروه‌های آسیب پذیر ..... ۵۹

انواع جرائم ..... ۶۳

فصل نهم موضوعات اخلاقی و قانونی در پرستاری ..... ۶۳

قصور پرستاری ..... ۶۴

سهل انگاری پرستاری ..... ۶۴

قصورهای رایج و تدابیر پیشگیری کننده ..... ۶۸

تخلفات اداری ..... ۷۰

پیوست ..... ۷۳

منابع ..... ۷۹

## فصل اول: مفهوم اخلاق

### مقدمه

در جامعه ما با فرهنگ والای ایرانی اسلامی، پرستاری بیمار **عبادت** محسوب می‌شود. آیات و احادیث متعددی بر ارزش والای مراقبت از بیماران تاکید دارند که تجلی آن در حرفه‌ی پرستاری است. نامگذاری روز ولادت حضرت زینب(س) به عنوان روز پرستار افتخاری بزرگ برای این قشر ارزشمند است که بر جایگاه والای آنان صحه می‌گذارد. هرچند اصول کلی و ارزشهای انسانی حاکم بر حرفه پرستاری مورد تأیید اسلام است اما با توجه به ظرایف خاص اخلاقی و معنوی که در اخلاق اسلامی مشهود است، موارد ذیل به عنوان مبانی ارزشی اسلامی-ایرانی در حرفه پرستاری، قابل استناد است:

همه انسانها از شأن و کرامت والای انسانی برخوردارند و لازم است در هر حالتی مورد احترام قرار گیرند ولی بیمار و یا فرد سالمی که نیازی در رابطه با سلامت خود دارد، شایسته توجه و احترام ویژه‌ای است. لذا تمامی بیماران، بدون درنظر گرفتن وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، توسط پرستار مورد احترام و حمایت روحی-روانی قرار می‌گیرند.

حفظ حیات هر انسان در هر جایگاه و موقعیتی که باشد وظیفه هر مسلمانی است ولی پرستار بواسطه تقبل مسئولیتی ویژه، در قبال نفس وجان بیمار مسئول خواهد بود. لازم است آیه شریفه (سوره مائده/۳۲) همواره مدنظر باشد که نجات جان یک انسان را برابر با احیاء تمام انسانها دانسته است.

تقویت روحی و معنوی بیمار از منظر اسلام در بهبود او تأثیر گذار است. لذا وظیفه اخلاقی پرستار است که بیمار را دلداری داده و زمینه را برای پذیرش بیماری فراهم کند.

### تعریف پرستاری

پرستاری بنابر تعاریف معروف، حرفه‌ای است که در جهت **حفظ و پیشبرد حیات**، **پیشگیری** از بروز بیماریها، تسکین دردها و بازگرداندن سلامتی به بشریت و در عین حال رساندن آنان به **استقلال** گام بر می‌دارد.

## اهمیت پرستاری از نظر اسلام

از نظر فرهنگ اسلامی نیز اموری چون حفظ حیات و احیاء، مراقبت از بیمار جهت بازگشت سلامت و تلاش در جهت شفاء بیماران و ارتقاء بهداشت عمومی از اعمال صالح اجتماعی محسوب می‌شود. ارزش هر کار و علمی به ارزش موضوع آن می‌باشد و آنچه که جز وظایف پرستار عنوان شده از با ارزشترین امور به حساب می‌آید. از اینرو پرستاری شغلی مقدس و ارزشمند است. از نظر فرهنگ اسلامی نیز اموری چون حفظ حیات و احیاء، مراقبت از بیمار جهت بازگشت سلامت و تلاش در جهت شفاء بیماران و ارتقاء بهداشت عمومی از اعمال صالح اجتماعی محسوب می‌شود و از جهتی پرستاری نوعی تخلف به اخلاق الهی و هماهنگی با اسماء حسناى خداوند است. چرا که:

- اولین محیی خداست و از این میان هر که شرایط احیاء را فراهم سازد کاری الهی کرده و اجرای عظیم دارد. بطوری که احیا یک شخص در فرهنگ دینی بمنزله احیاء همه عالم است و پرستار این وظیفه عظیم را متقبل شده است.

اولین شافی خداست، شفا دهنده واقعی بیماران هم اوست و یکی از ماموران شفاء خداوند در زمین پرستار است، چرا که خدا همه کارها را از مجاری اسباب انجام می‌دهد.

- اولین مراقب خداست، چون پرورش دهنده تکوین و تشریح است و مراقبت پرستار از بیمار کاری الهی و مورد احترام می‌باشد، انبیاء از این لحاظ که مراقبان روح و روان و ایمان مردمند، نزد خدا عزیزند و والدین بویژه مادر از آن لحاظ که مراقب جسم فرزند خود است ذکر آنان در قرآن بعد از خداست و احسان به آنها مورد تاکید فراوان قرار گرفته است

سلامتی و بهداشت دو وظیفه دیگر پرستار است که از نظر اسلام از اهمیت بسیار والائی برخوردار است. سلامتی در فرهنگ اسلام آنچنان اهمیت دارد که عبادات زیادی را تحت الشعاع خویش قرار داده است. وضو، نماز، روزه، حج، جهاد... هنگامی که به سلامتی ضرر برساند یا وجودش ساقط می‌شود و یا شکل عمل آن مبدل به صورتی می‌گردد که به سلامتی ضرر نرساند. امام سجاد (ع): هرگاه فرزندی پیدا می‌کرد بیش از هر چیز از سلامتی او جويا می‌شد و در دعاها بطور مکرر از خدا خواسته می‌شود.

## مفهوم اخلاق

واژه «اخلاق» جمع خلق است که به معنای شکل درونی انسان و سرشت و سجیه آمده است. اخلاق به غرایز و ملکات و صفات روحی و باطنی که در انسان وجود دارد گفته می‌شود. کردارها و رفتارهایی که از این خلقیات ناشی می‌شود رفتار اخلاقی نامیده می‌شود. پس اخلاق به معنای ویژگی‌های روحی و نفسانی است، منتها این ویژگی‌ها باید در وجود فرد «ملکه» شده باشد. یعنی چنان با شخص درهم آمیخته باشد که گویی جزئی از سرشت اوست. به عبارت دیگر اخلاق صفاتی است که در فرد، چنان ریشه بدواند که بی هیچ تکلفی خود را نشان بدهد. از اخلاق تعاریف زیادی ارائه شده است که در زیر به چند مورد اشاره می‌شود:

## تعاریف اخلاق

اخلاق عبارت است از خوی و ویژگی‌های درونی انسان. اخلاق ساختار وجودی انسان است که گاهی به معنای عام و با منظور تمام ویژگی‌های درونی انسان، اعم از خوب یا بد به کار می‌رود که معمولاً مترادف با رفتار و خصوصیات روحی و معنوی مثبت می‌باشد. سیستم‌های اخلاقی ممکن است طبیعت مذهبی و یا غیر مذهبی داشته باشند.

هر کس براساس مکتب و نوع جهان بینی اش اخلاق را به گونه‌ای تعریف کرده است، به عنوان مثال اخلاقی که هندیان تعریف کرده اند با معنای اخلاق عرفا متفاوت است و یا تعریف اخلاق از دیدگاه کانت با معنای اخلاق از دیدگاه راسل فرق می‌کند. اما به طور کلی کارهایی که ما به آنها می‌گوییم کار اخلاقی فرقی با کار عادی در این است که قابل ستایش و تحسین‌اند به عبارتی ارزشمندند مانند حق شناسی، عفو و گذشت.

## فلسفه اخلاق

فلسفه اخلاق عمدتاً از (چرا)های اخلاق بحث می‌کند؛ مثلاً، چرا باید راست گفت؟ چرا کسب کمال، خوب است؟ خوب یعنی (چه؟ آیا خوبی و خیر عینی هستند؟ آیا در اخلاقیات، ضرورت و الزامی در کار است؟ اگر هست، منشاء این الزام کجاست؟ آیا احکام اخلاقی مطلق و همیشگی اند یا نسبی و موقتی؟ به طور کلی، فلسفه اخلاق از پیش فرض‌ها و مبادی و مقدمات علم اخلاق بحث می‌کند. یکی از مباحثی که امروزه در فلسفه اخلاق مطرح می‌شود، بحث مکتب‌های اخلاقی است. در بحث مکتب‌ها، با آراء و افکار اندیشمندان و فیلسوفان اخلاقی آشنا می‌شویم و آن‌ها را با یکدیگر مقایسه می‌کنیم و مورد نقد و بررسی قرار می‌دهیم. فلسفه اخلاق مقدم بر علم اخلاق است یعنی چون فلسفه اخلاق از پیش فرض‌ها و مقدمات علم اخلاق بحث می‌کند، از نظر ترتیب منطقی، بر آن مقدم است. فرق دیگر بین علم اخلاق و فلسفه اخلاق این است که طرح مباحث در علم اخلاق اساساً برای توصیف است، اما طرح مباحث در فلسفه اخلاق، اساساً برای تبیین می‌باشد؛ مثلاً، در علم اخلاق اسلامی توصیف می‌کنند که در اسلام چه کارهایی شایسته است و چه کارهایی ناشایست، چه چیزهایی از فضایل به شمار می‌رود و چه چیزهایی از رذایل. اما در فلسفه اخلاق اسلامی، تبیین می‌کنند که چرا - به عنوان مثال - امانت داری شایسته است؛ چرا خیانت، ناشایست می‌باشد؛ چرا عدل حسن است و ظلم قبیح؛ چرا راست گویی نیکو است و دروغ‌گویی زشت.

## مکتب اخلاقی

هر کس براساس مکتب و نوع جهان بینی اش اخلاق را به گونه‌ای تعریف کرده است، به عنوان مثال اخلاقی که هندیان تعریف کرده اند با معنای اخلاق عرفا متفاوت است و یا تعریف اخلاق از دیدگاه کانت با معنای اخلاق از دیدگاه راسل فرق می‌کند. اما به طور کلی کارهایی که ما به آنها می‌گوییم کار اخلاقی فرقی با کار عادی در این است که قابل ستایش و تحسین‌اند به عبارتی ارزشمندند مانند حق شناسی، عفو و گذشت.

## اخلاق بر مبنای فضیلت

از نظر ارسطو یک عمل وقتی خوب است که یک فرد با فضیلت به آن عمل کند. فضیلت، یک صفت شخصیتی است که انسان جهت شکوفا شدن یا زندگی خوب به آن نیاز دارد. انتخاب فرد در فضیلت یا کمال دخیل است. هر انسان هدفی دارد، هدفی که توسط یک قاعده عقلانی تعریف می‌شود. قاعده ایی که شخص از "خرد عملی" جهت تعیین آن استفاده قرار می‌کند. خردی که هدف آن این است که به انسان در تشخیص اینکه چگونه عمل کند، کمک کند. پس فرد با فضیلت، فضیلت را انتخاب می‌کند، و در این انتخاب از خرد عملی استفاده می‌کند. خردی که به وی دانشی در خصوص اینکه چطور در موضوعات خوب و بد عقلانی عمل کند، منتقل می‌کند. پس در این دیدگاه خواسته ایی را که عقل بهترین میداند، مورد توجه قرار می‌گیرد.

دیدگاه ارسطویی قائل به این است که فضیلتها شامل درک درست از آن چیزی است که از لحاظ اخلاقی مهم است. با این حال باید پذیرفت که در جامعه ناهمگون امروز درک انسانها و دیدگاه‌هایشان در خصوص نحوه فهم مسائل اجتماعی مخالف یکدیگر است. ضمناً این دیدگاه مشخص نمی‌کند که در شرایط تعارض، که دو فضیلت ممکن است با یکدیگر در تعارض باشند، چگونه باید رفتار کرد.

## مکتب اخلاقی راسل

راسل می‌گوید بشر یک موجودی است که جبراً منفعت خواه آفریده شده است. جز در پی سود خودش نیست از طرف دیگر ما در جامعه نیاز داریم به یک سلسله روابط حسنه که نام آنها را از اخلاق گذاشته‌ایم مثلاً حقوق دیگران را رعایت کنیم، به یکدیگر احترام بگذاریم. او معتقد است که این اصول که اسم آن را اخلاق گذاشته ایم باید در جامعه حکم فرما شود و عقل و هوش بشر را زیاد کرد و به او دوربینی دهد. آدمی اگر خیال می‌کند سودش در پایمال کردن حقوق مردم است به علت نزدیک بینی اش است، او به عکس العمل‌ها توجه ندارد. او مثال می‌زند و می‌گوید: «فرض کنید من می‌بینم که همسایه ام یک گاو شیرده خوبی دارد و شک ندارم که در ابتدا منفعت جویی من حکم می‌کند که گاو همسایه را بدزدم این خیلی طبیعی است برای انسان ولی عقل دارم، هوشیاری دارم، می‌دانم که این کار بدون عکس العمل نیست من اگر گاو همسایه را بدزدم همسایه هم فردا می‌آید گاو من را می‌دزدد و من که می‌خواستم به یک منفعت جویی برسیم می‌بینم اگر من به منافع دیگران تجاوز کنم دیگری هم به منافع من تجاوز می‌کند پس من می‌گویم مصلحت این است که نه من نه تو». در مکتب اخلاقی راسل، اخلاق ضامن منفعت فردی است. او می‌گوید مال کسی را ندزد چون او هم مال تو را می‌رباید. به اعتقاد شهید مطهری این اخلاق فقط در جایی نافع است که قدرتها مساوی باشند. وقتی چند نفر قدرت مساوی داشته باشند، می‌ترسند به یکدیگر تعدی کنند، چرا که قدرت انتقام وجود دارد ولی درجایی که یکی قوی و دیگری ضعیف است و ترس از انتقام وجود ندارد، چرا باید قوی رعایت اخلاق را بکند و به مال و ناموس ضعیف تعدی نکند. پس اخلاق پیشنهادی راسل فقط در جوامعی قابل تحقق است که همه افراد جامعه قدرت مساوی داشته باشند. البته با نگاهی دقیق‌تر روشن می‌شود که اخلاق راسل در این جوامع نیز قابل تحقق نیست زیرا ممکن است مردم در ظاهر بخاطر ترس از انتقام اخلاق را رعایت کنند ولی

در خفا مرتکب خلاف اخلاق شوند چون دیگر ترس از انتقام وجود ندارد. انسانها به مکتبی نیازمند هستند که در خفا نیز حاکم باشد.

این سخن را بسیار شنیده اید که الان ملت‌هایی در دنیا وجود دارد که در عین اینکه به امور معنوی پایبند نیستند هرگز دروغ نمی‌گویند، از نفاق، خیانت و دزدی پرهیز می‌کنند؛ چه فلسفه‌ای پشت این اخلاق است؟ ابتدا باید این مساله روشن شود که اخلاق دوگونه است: اخلاقی که اساسش خودخواهی، خودپرستی و منافع شخصی است و اخلاقی که اساسش مبارزه باخود است یعنی پا گذاشتن روی منفعت شخصی، مثلاً می‌گوید: راستگو باش و دروغ نگو

دومین مساله‌ای که باید روشن شود این است که انسان دارای سه نوع خود است:

- ۱) خود شخصی: یعنی فقط خودش را در مرکز امور می‌بیند و همه چیز را برای خودش می‌خواهد.
  - ۲) خود خانوادگی: در این خود دایره‌ی خود پرستی فرد بزرگتر می‌شود و خانواده‌ی او را در بر می‌گیرد و همه چیز را برای خانواده اش می‌خواهد.
  - ۳) خود ملی: خودی که توسعه یافته و واحد ملت را شامل می‌شود. در این جا کسی که خودش ملی شده، نسبت به ملت خود امین است و ظلم نمی‌کند.
- حال این سوال پیش می‌آید که چرا وقتی پای ملت دیگری پیش می‌آید این مفاهیم معنا ندارد؛ در پاسخ باید گفت که منطق این اخلاق این است که همه حسنات مانند صلح، عدالت و درستی اگر به نفع آن ملت باشد صحیح است و اگر به نفع آن ملت نباشد درست نمی‌باشد.

### پیامدگرایی

از نظر پیامدگرایانی همچون بنتهام (۱۹۷۰) عملی، عمل درست است که بیشترین پیامدها را در قالب خوشبختی به دنبال بیاورد، از نظر میل خوشبختی معادل لذت است. بدین ترتیب، بهترین پیامدها آن مواردی هستند که در آنها مسرت و خوشایندی و خوشبختی به حداکثر برسد. می‌توان گفت که در این دیدگاه امیال و عواطف و خواسته‌های انسان‌ها مبداء حرکت انسان، و راه هدفمند وی برای رسیدن به خیر همه انسانهاست. در این دیدگاه اعمال تا اندازه‌ای که گرایش به ارتقاء خوشبختی دارند، صحیح هستند؛ و اعمال همان اندازه که گرایش به ایجاد ضد خوشبختی دارند، غلط هستند. و خوشبختی در پی مسرت و «نبود درد» است و عدم خوشبختی، در پی درد و محرومیت از مسرت است. البته میل و بنتهام تفاوت‌هایی در نحوه تعیین آنچه که سودمند است، داشتند.

البته باید پذیرفت که بنتهام الزاما در پی مسرت تنها خود فرد نیست، وی در این راستا به خوشبختی، مسرت و اجتناب از درد همه افراد جامعه اشاره دارد. بنتهام تا جایی فرا رفت که خواست بدنش برای مطالعات علمی تشریح شود، و در محلی عمومی در دانشگاه لندن به نمایش گذاشته شود؛ تا فلسفه سودمندگرایی به آذهنان افراد مختلف یادآور شود. امروزه بدنش با سری بافته از موم او در این دانشگاه به نمایش گذاشته شده است. از نظر سودمندگرایی آن چیزی خوب است که بیشترین مسرت یا خوشبختی را در پی داشته باشد و عقلانیت حاکم بر

سودمندگرایی آن چیزی که افراد می‌خواهند، است.

بر دیدگاه سودمند گرایی بنتهام و میل که قائلند، اعمال تا اندازه ایی که گرایش به ایجاد ارتقاء خوشبختی خوشبختی و مسرت دارند، صحیح هستند؛ انتقاداتی وارد شده است. به طور مثال، افرادی همچون سیچویک به نوعی ابهام جدی، در شکل دادن به اصل سودمندی اشاره کرده اند. به طور مثال، آیا ما باید کل خوشبختی و یا خوشبختی متوسط افراد را به حداکثر برسانیم؟ خوشبختی چه کسانی باید مورد توجه قرار گیرد؟ و یا این که اینکه چه چیزی و چرا مایه خوشبختی است؟ اغلب پیامدگرایان سعی دارند که در پی خوشبختی کل افراد باشند، با این حال تنها خود را به خوشبختی افرادی که فعلاً، و افرادی که قبلاً وجود داشته اند، محدود می‌کنند و نگران به وجود آمدن خوشبختی برای افراد آینده نیستند.

### وظیفه گرایی کانت

کانت می‌گوید، عملی صحیح است که با یک قاعده و یا یک اصل اخلاقی همخوان باشد. یک قاعده اخلاقی، قاعده ایی است که عقلانیت طلب می‌کند. از نظر کانت دو قاعده از اهمیت برخوردار است:

۱- تنها براساس قانونی عمل کن، که در آن بتوانی در همان زمان، بخواهی که آن عملکرد یک قانون جهانی گردد. در این صورت شخص در رابطه با رفتارهای خود باید بپرسد: آیا از لحاظ عقلانی من میتوانم بخواهم که همه افراد آنگونه عمل کنند که من پیشنهاد میکنم که عمل کنند.

۲- تنها به صورتی در رابطه با خودت و یا شخص دیگر برخورد کن، که در رابطه با بشریت برخورد می‌کنی؛ و همیشه با انسانها به عنوان غایت کارها برخورد کن و تنها به عنوان وسیله دستیابی به چیزی برخورد نکن. در این صورت شخص در رابطه با رفتارهای خود باید بپرسد: آیا من (و اعمال و کارهای من) به اهداف انسانها احترام میگذارم، یا اینکه میخواهم آنها را صرفاً برای اهداف خودم مورد استفاده قرار دهم؟

از نظر این دیدگاه انسان باید آنچه را که عقلش طلب می‌کند انجام دهد، و حتی حداقل سیاستهای نامنسجم و ضدو نقیض را در رابطه با خود و یا دیگری نداشته باشد. بدین ترتیب، میتوان نتیجه گرفت که آنچه که معیار مهم در رفتارهای آدمی است عقلانیت و صداقت است.

یکی از مهمترین موضوعات در رابطه با کانت این است که او معتقد بود که دروغ گفتن همیشه کار نادرستی است. چرا که انسان نمی‌خواهد این قانون در جهان فراگیر شود و این کار به معنای بازی با دیگران و عدم احترام به دیگران است.

در رابطه با دیدگاه کانت این انتقاد وارد شده است که آیا انسان حتی برای نجات دیگری نیز نباید دروغ بگوید؟ آیا وظائف اخلاقی انسان بعضاً با یکدیگر در تعارض قرار نمی‌گیرند؟ همچنین در نگاه کانت به مسائل، نوعی مطلق گرایی به نظر می‌رسد. برخی نیز اخلاق کانتی را یک اخلاق سرد و غیر عاطفی دانسته اند، اگر چه باید پذیرفت که کانت تنها به عواطف یک نقش ثانوی داده است؛ و آنها را کلاً حذف نکرده است.

نظریه‌های بسیار گوناگونی در ارتباط با معیار فعل اخلاقی وجود دارد و برخی دیگر از مهمترین آنها عبارتند

از:

- ۱- فعل اخلاقی، فعلی است که قابلیت تحسین و ستایش دارد. البته هر عمل قابل تحسینی اخلاقی نیست مثل قهرمانی یک ورزشکار که قابل تحسین است ولی فعل اخلاقی نیست.
- ۲- فعل اخلاقی، عملی است عاطفی و مربوط به دیگران و به آن عاطفه غیر دوستی گویند در اینجا محبت پایه اخلاق معرفی می‌شود.
- ۳- فعل اخلاقی عملی است که از الهامات وجدانی سرچشمه گرفته باشد.
- ۴- فعل اخلاقی عملی است که زیبا باشد یعنی بشر بتواند زیباییهای معنوی کارهای اخلاقی را درک کند. زیبایی با جاذبه، عشق و طلب و حرکت و جنبش در ارتباط است.
- ۵- فعل اخلاقی ترکیبی است از هوشیاری، منفعت‌طلبی و دوراندیشی این نظریه مبنای فلسفه ماتریالیست‌ها قرار گرفته است.
- ۶- ارزش اجتماعی، هر چیزی که مورد امر و نهی جامعه باشد دارای ارزش اخلاق مثبت یا منفی خواهد بود.
- ۷- مفاد باید و نباید: هر جا باید و نباید هست ارزش هم هست و هر جا باید و نباید نیست ارزش اخلاقی هم نیست.
- ۸- نظریه اصالت وظیفه یا وظیفه‌گرا (Deontological Theory): عمل اخلاقی، عملی است که محور آن انجام وظیفه باشد. وظیفه عملی است اختیاری و موافق با قانون که با انگیزه انجام وظیفه صورت گرفته باشد.
- ۹- نظریه اصالت نتیجه یا غایت‌گرا (Consequentialist Theory): خود به سه زیر گروه عمده تقسیم می‌شود:
  - اخلاق خودگرا: یک عمل زمانی اخلاقی است که نتایج آن برای خود انجام دهنده مطلوب باشد.
  - اخلاق دیگرگرا: ملاک اخلاقی بودن عمل وقتی است که نتیجه آن برای دیگران مطلوب باشد.
  - اصالت سودمندی: عمل وقتی اخلاقی است که بیشترین سود را برای حداکثر افراد داشته باشد. نظریه اصالت سودمندی در یک تقسیم‌بندی به اصالت لذت، اصالت سعادت و اصالت خیر و در تقسیم‌بندی دیگر به دسته عمل‌نگر و دسته قاعده‌نگر تقسیم می‌شود.
- ۱۰- اخلاق از مقوله عبادت و پرستش است. مسئله اخلاق و کرامت‌های انسانی و اخلاق جز در مکتب خداپرستی در هیچ مکتب دیگری قابل توجیه و تأیید نیست.

### جدول ۱- خلاصه‌ای از مکاتب مهم اخلاقی

پيامدگرایی	سودمندگرایی	وظیفه‌گرایی کانتی	اخلاق بر مبنای فضیلت
عملی درست است که بیشترین پیامدها را در قالب خوشبختی به دنبال بیاورد، بهترین پیامدها آن مواردی هستند که در آنها مسرت و خوشایندی و خوشبختی به حداکثر برسد	اعمال تا اندازه‌ای که گرایش به ایجاد ارتقاء خوشبختی خوشبختی مسرت دارند، صحیح هستند.	عملی صحیح است که با یک قاعده اخلاقی، که عقلانیت نیز طلب می‌کند و وظیفه ایجاب می‌کند؛ همخوانی داشته باشد.	یک عمل وقتی خوب است که یک فرد با فضیلت به آن عمل کند. یک فضیلت، یک صفت شخصیتی است که انسان جهت شکوفا شدن یا زندگی خوب به آن نیاز دارد.

## فصل دوم: اخلاق زیستی

فلسفه اخلاق در یک تقسیم بندی شامل سه بخش، اخلاق کاربردی، اخلاق هنجاری و فرااخلاق است؛ اخلاق کاربردی به کاربرد فلسفی اخلاق در زندگی واقعی توجه نشان می‌دهد. اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی از عمده ترین بخش‌های اخلاق کاربردی است و به مسائل متنوعی می‌پردازد که در مورد مراقبت‌های بهداشتی و بالینی مطرح می‌شود.

اخلاق زیستی شاخه‌ای از اخلاق، فلسفه و تفسیرهای اجتماعی است که به علوم زیستی و اثرات بالقوه آن بر جامعه می‌پردازد و سعی دارد در سایه تحلیل‌های فلسفی، درست و نادرست را در حیطه عملکرد در طب و مراقبت‌های بهداشتی تبیین نماید. تحلیلی که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش رفتار، احساسات، استدلال‌ات و بحث‌های مختلف در حیطه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در علوم زیستی به صورت دقیق و انتقادی بررسی شده و در صورت لزوم دستورالعمل‌هایی صادر می‌شود.

### تاریخچه اخلاق زیستی

جنگ دوم جهانی، نقطه عطفی در اصول اخلاقی سنتی حاکم بر حرفه پزشکی بود. پیشرفت سریع فناوری و اکتشافات انجام شده، به ویژه در زمینه مهندسی ژنتیک، پرسش‌های عمیق و جدیدی را درباره دانش زیستی و ارزش‌های انسانی مطرح ساخت. تعریف مرگ و زندگی و شروع حیات، محدوده ارزش ادامه حیات، دخالت انسان در امر تکامل، ابعاد اخلاقی آزمایشات ژنتیکی بر انسان و پیوند اعضا از جمله سوالاتی بودند که همراه با وحشت و نگرانی‌های شدید از احتمال تولید سلاح‌های بیولوژیکی و تغییر در اشکال مختلف حیات و گونه‌ها، به پیدایش جنبش و نظام جدیدی به نام «اخلاق زیستی» منجر شد.

شاید بتوان نخستین اثر اخلاق زیستی را کتاب «اخلاقیات و پزشکی»، نوشته جوزف فلچر دانست که در سال ۱۹۵۴ منتشر شد. فلچر یک اسقف آمریکایی بود که رویکرد بحث بر انگیز اخلاق موقعیتی او به مسائل، بیشتر با اخلاق نتیجه‌گرا اشتراک داشت تا اخلاقیات مذهبی. به این ترتیب از دهه ۱۹۶۰ اخلاق پزشکی از حوزه رابطه محدود پزشک و بیمار، به حوزه فراگیر همه جنبه‌های اخلاقی سلامت و بیماری در جامعه گسترش

یافت. اخلاق پزشکی سنتی با رویکردی فلسفی و چند رشته‌ای به موضوعات اخلاقی، در کاربرد بالینی نمود یافت. آنچه زمینه ساز رویکرد جدید در حوزه اخلاق پزشکی و توجه به اخلاق زیستی در متن جوامع شد، احساس تعهد به تلاش برای رفع عوامل محیطی و اجتماعی بود که به گونه‌ای در سلامتی افراد مؤثرند. از دهه ۱۹۷۰ در ایالات متحده آمریکا، به اخلاق پزشکی و زیستی، به عنوان حوزه‌ای مشترک، توجه شد. به هر حال اخلاق زیستی از یک سو به عنوان یک جنبش مدنی برای احقاق حقوق بیماران، زنان و سایر اعضای گروه‌های آسیب پذیر اجتماعی، و از طرفی به عنوان موضوعات اخلاقی ناشی از تکنولوژی پیشرفته زیست پزشکی و حتی اخلاق محیط زیستی مورد توجه قرار گرفت. از این دهه، اخلاق زیستی، به عنوان رشته‌ای دانشگاهی نهادینه شد و به تدریج در سایر کشورها، به عنوان مباحثه‌ای دانشگاهی استقرار یافت.

### اصول اخلاق زیستی

اصول اخلاق پزشکی شامل عدالت، رضایت، حقیقت‌گویی، سودرسانی، اجتناب از پژوهش‌های مخفی، اجتناب از آسیب و صدمه، رازداری و... می‌باشد که در زیر به مهم‌ترین آنها پرداخته می‌شود.

- اصل عدالت: نخستین اصل در اخلاق زیستی عدالت است؛ البته باید آن را در جایی که به زیست موجودات غیر انسانی ارتباط می‌یابد، "تبادل" نامید.

نتیجه اخلاقی که در حیطه اخلاق زیستی، طبق این اصل می‌توان گرفت، آن است که همگان باید صرف نظر از نژاد، جنس، سن،... از امکانات بهداشتی و درمانی بهره مند شوند.

- اصل رضایت: در مورد انسان‌ها، رضایت ایشان به هر گونه عمل جراحی و دست بردن در ساختار بدنی ضرورت دارد. بند ب و ج ماده ۵ اعلامیه جهانی ژنوم انسانی و حقوق بشر، به ضرورت اعلام رضایت آگاهانه فرد برای آزمایش‌های مجاز ژنتیکی اشاره دارد. آزادی شخص در اعلام رضایت، نامحدود نبوده و به دو شرط مهم مشروط است: نخست اصل "زیان نرساندن" است که بررسی می‌شود و دوم اینکه آزادی هر کس در اعلام رضایت بر عمل جراحی و درمانی تا جایی است که نسل او را که در واقع جزئی از نسل بشر به شمار می‌آید. در معرض انحطاط یا تغییر خطرناک قرار ندهد. برای تغییر در محیط زیست نیز رضایتی که مقید به دو شرط یاد شده است، ضرورت دارد.

- اصل عدم تبهکاری و زیان نرساندن: بدین مفهوم که هر پژوهشی در زیست انسانی یا محیط زیست او، باید با تکیه به این امر انجام شود که به ضرر برای انسان یا محیط اطراف او منجر نشود. این اصل را البته در صورتی که امر مهم تری در میان باشد.

- اصل منفعت‌خواهی (سودرسانی): براین اساس هر کس وظیفه دارد که به دیگران کمک کند تا آنچه بهترین است، برای او رخ دهد.

- اصل حقیقت‌گویی: هر کس باید اطلاعات مربوط به شخص دیگر را به صورت صحیح و کامل به وی انتقال دهد و اصول دیگری، از جمله اصل مسئولیت حرفه‌ای، اصل استقلال فردی، اصل سودمندی، اصل غایت بودن انسان و منع استفاده ابزاری از انسان می‌توان اشاره کرد.

## حقیقت گویی از نظر بیماران

بطور کلی به نظر میرسد بیشتر مردم تمایل دارند راجع به بیماری‌های خود اطلاع داشته باشند. در سنین بالا این تمایل کمتر دیده میشود. این تمایل ارتباط مستقیمی با مسایل فرهنگی جامعه دارد. پزشکان باید احتمال عدم تمایل بیماران برای نداشتن حقایق بیماری در نظر گرفته و به آن احترام بگذارند.

دلایل افشا حقایق برای بیمار:

- ۱) اصول اخلاقی عمومی
  - ۲) تمایل عامه مردم
  - ۳) اطلاع رسانی برای اخذ تصمیم آگاهانه
  - ۴) نفع بیشتر حقیقت گویی
  - ۵) احتمال افشا نامناسب حقایق
- دلایل توجیه عدم افشا حقایق برای بیمار:

- ۱) جلوگیری از صدمه به بیمار
- ۲) عدم پذیرش اجتماعی
- ۳) عدم تمایل بیمار

- رازداری: شاغلان حرفه‌های پزشکی و پرستاران موظفند اسرار بیمار و نوع بیماری او را مگر در موارد تصریح شده در قوانین حفظ کنند.

## اخلاق حرفه‌ای

در ابتدا مفهوم اخلاق حرفه‌ای به معنای اخلاق کار و اخلاق مشاغل به کار می‌رفت. امروزه نیز عده‌ای از نویسندگان اخلاق حرفه‌ای، از معنای نخستین این مفهوم برای تعریف آن استفاده می‌کنند. تعریف‌های مختلفی اخلاق حرفه‌ای ارائه شده است:

الف) اخلاق کار، متعهد شدن انرژی ذهنی و روانی و فیزیکی فرد یا گروه به‌ایده جمعی است در جهت اخذ قوا و استعداد درونی گروه و فرد برای توسعه به هر نحو.

ب) اخلاق حرفه‌ای یکی از شعبه‌های جدید اخلاق است که می‌کوشد به مسائل اخلاقی حرفه‌های گوناگون پاسخ داده و برای آن اصولی خاص متصور است.

ج) اخلاق حرفه‌ای به مسائل و پرسش‌های اخلاقی و اصول و ارزش‌های اخلاقی یک نظام حرفه‌ای می‌پردازد و ناظر بر اخلاق در محیط حرفه‌ای است.

د) مقصود از اخلاق حرفه‌ای مجموعه قواعدی است که باید افراد داوطلبانه و براساس ندای وجدان و فطرت خویش در انجام کار حرفه‌ای رعایت کنند؛ بدون آن که الزام خارجی داشته باشند یا در صورت تخلف، به مجازات‌های قانونی دچار شوند.

ه) اخلاق فردی، مسئولیت‌پذیری فرد است در برابر رفتار فردی خود، صرفاً به منزله یک فرد انسانی، و

اخلاق شغلی، مسئولیت‌پذیری یک فرد است در برابر رفتار حرفه‌ای و شغلی خود، به مثابه صاحب یک حرفه یا پست سازمانی.

و این اخلاق، دربرگیرنده مجموعه‌ای از احکام ارزشی، تکالیف رفتار و سلوک و دستورهایی برای اجرای آنهاست.

ز) اخلاق حرفه‌ای، به منزله شاخه‌ای از دانش اخلاق به بررسی تکالیف اخلاقی در یک حرفه و مسائل اخلاقی آن می‌پردازد و در تعریف حرفه، آن را فعالیت معینی می‌دانند که موجب هدایت فرد به موقعیت تعیین‌شده همراه با اخلاق خاص است.

### عوامل اساسی اخلاق حرفه‌ای

صاحب‌نظران عوامل زیر را به منزله عوامل اساسی اخلاق حرفه‌ای برمی‌شمارند :

#### الف) استقلال حرفه‌ای

اخلاق در هر نظام حرفه‌ای باید منعکس‌کننده هنجارهای درونی حرفه و احساس تعهد اخلاقی از سوی افراد آن حرفه و نهادهای تخصصی آنها باشد. برای مثال، یک مدیر باید در حرفه خود مسائلی مانند صداقت، دقت، قابل اعتماد بودن، احترام به زیردستان و اطرافیان، توجه به حریم خصوصی و مسئله حفظ اسرار افراد را سرلوحه خویش قرار دهد.

#### ب) خودفهمی حرفه‌ای

پایه و اساس اخلاق، خودفهمی حرفه‌ای است. افراد تنها با درک کار و فعالیت حرفه‌ای خود، فلسفه آن و ارتباط آن با زندگی مردم به درک اخلاقی از آن نائل می‌آیند و در نتیجه، در مناسبات خود با جهان پیرامون، نوعی احساس درونی از تعهد به آن ارزش‌ها پیدا می‌کنند. معنای اخلاق حرفه‌ای با عبور از مفهوم معیشتی آن به عرصه ظهور می‌رسد. زمانی که افراد در فعالیت و کسب‌وکار حرفه‌ای خود از سطح گذران زندگی مادی فراتر می‌آیند، احساس کارایی، اثربخشی، احساس خدمت به مردم و مفید واقع شدن واحساس رهایی بخشی از طریق توزیع فرصت‌ها و نقد قدرت توجه می‌یابند.

#### ج) عینیت‌گرایی و عدم سوگیری

عینیت‌گرایی و بی‌طرفی از مهم‌ترین اصول اساسی که در اغلب اسناد و مباحث مربوط به اخلاق حرفه‌ای علمی مورد تأکید می‌باشد.

عوامل تأثیرگذار بر اخلاق حرفه‌ای از سه جنبه مورد توجه می‌باشد:

۱. جنبه فردی: ویژگی‌ها و خصوصیات فردی، ارزش‌های مذهبی، ملاک‌های شخصی، عوامل خانوادگی، باورها و اعتقادات و شخصیت از جمله عوامل تأثیرگذار بر اخلاق حرفه‌ای از جنبه فردی هستند. مسلماً فردی که فاقد صلاحیت‌های اخلاقی شایسته از لحاظ فردی باشد، از معیارهای اخلاق حرفه‌ای متناسبی نیز برخوردار

نخواهد بود.

۲. جنبه سازمانی: عواملی مثل رهبری، مدیریت، ارتباط با همکاران، ارتباط با زیردستان و فرادستان، نظام تشویق و تنبیه، انتظارات همکاران، قوانین و مقررات و رویه‌ها، جو و فرهنگ سازمانی در این حیطه قرار می‌گیرند. بدیهی است که نا مطلوب بودن عوامل مزبور، عامل تهدیدکننده اخلاق حرفه‌ای خواهد بود.

۳. جنبه محیطی: عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی و همچنین دیگر سازمان‌ها و عوامل رقابتی بین آنها، از جمله عوامل تأثیرگذار بر اخلاق حرفه‌ای به شمار می‌آیند. علاوه بر این، کمبود امکانات و ابزار کار، نامناسب بودن ابزار، فضای نامناسب کاری، حجم کاری مازاد بر توان کارکنان بر معضلات اخلاقی دامن می‌زنند،

### اخلاق در پرستاری

پرستار حرفه‌ای تحصیلکرده، مراقبت‌های پرستاری را با پیروی از قوانین اخلاقی ارائه می‌دهد. اساس اعمال حرفه‌ای پرستاری از ارزشهای اجتماعی، احساس تعهد، ادراک اجتماعی و قوانین اخلاقی نشأت گرفته است. پرستار در ارائه خدمات پرستاری بایستی حرمت انسانی و فردیت افراد را در نظر گرفته و بدون توجه به وضع اجتماعی و اقتصادی و شخصی و نوع بیماری بدون هیچ محدودیتی خدمات ضروری را به مددجو عرضه نماید. پرستاران از مددجویان و جامعه هر زمانی که سلامت آنان بر اثر عملیات نارسا غیر اخلاقی و غیرقانونی مورد تجاوز قرار گیرد حمایت می‌کند.

مجمع بین المللی پرستاران نقش فعال پرستاران را در ارتقاء محیط مراقبت و احترام به حقوق انسانی، ارزش‌ها، عادات و اعتقادات معنوی فرد، خانواده و جامعه مورد تأکید قرار داده است. اخلاق پرستاری به عنوان یکی از زیر بنایی ترین موضوعات در حرفه پرستاری، پرستاران را موظف به رعایت اصولی می‌نماید تا مددجو با اطمینان و اعتماد بیش تری مراقبت‌های پرستاری را دریافت کند. عملکرد اخلاقی یکی از مؤلفه‌های اصلی ارائه مراقبت کل نگر، با کیفیت و شایسته به بیماران و مددجویان است.

### اصول اخلاقی در پرستاری

#### - رعایت استقلال بیمار

خود مختاری به معنای آزادی انتخاب است که یکی از حقوق اساسی و مسلم بشری محسوب می‌شود. اتونومی در حوزه درمان، به معنای آزادی در تصمیم‌گیری درباره جسم خود فرد؛ بدون دخالت دیگران است. از آنجا که پرستار بطور تنگاتنگ با بیمار و خانواده اش برای ارتقای تصمیم‌گیری اتونومی درگیر است، بیمار و خانواده او باید قبل از اقدام برای تصمیم‌گیری، تمام اطلاعات لازم درباره آن وضعیت خاص را بطور واضح دریافت کنند. آنها نه تنها تمام اطلاعات و واقعیتهای مربوط به بیمار را باید دریافت کنند بلکه لازم است درک واضح و روشنی از آنچه ایجاد شده یا بوجود آمده نیز داشته باشند. در این شرایط پرستار یکی از مهمترین نقشهای گروه تیم درمانی - مراقبتی را بر عهده دارد، زیرا او بعنوان مراقب بیمار، بیشترین اطلاعات مورد نیاز

را برای تصمیم‌گیری بدست می‌آورد، نکات اصلی را توضیح داده و روشن می‌کند و از بیمار حمایت می‌کند.

### -عدم آسیب‌رسانی

اصل اخلاقی عدم آسیب‌رسانی به معنای پیشگیری از آسیب‌رسانی به فرد و اصلاح موقعیت آسیب‌زا است. این اصل اخلاقی یکی از وظایف بدیهی پرستاران است. تفکر و اندیشمندی منجر به ارائه مراقبت مورد نیاز بیمار بر اساس تعادل بین خطرات و منافع می‌شود. اصل سودرسانی (خیرخواهی) و عدم آسیب‌رسانی در امتداد یکدیگر قرار دارند که بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات با آن مرتبط هستند.

### -سودرسانی

مفهوم مفید بودن و پیشگیری از ضرر و زیان و آسیب به بیمار جزء لاینفک پرستاری حرفه‌ای است. اصل اخلاقی سودرسانی نیازمند آن است که پرستار می‌بایست به دنبال ارتقای سلامت و بهبود بیمار باشد پیش فرض اصل اخلاقی مفید بودن آن است که بین صدمات و منافع تعادل باشد و نهایتاً "منجر به نتایج مفید و مثبت گردد.

### -راستگویی

صداقت یا راستگویی یکی از اصول مهم اخلاقی حاکم بر روابط بین پرستار و بیمار است صداقت پایه و اساس احترام و احترام باعث اعتماد عمومی می‌شود. زمانی که بیمار از شما درخواست می‌کند تا از خطرات احتمالی، سود و زیان درمان‌های اختصاصی و یا درمان‌های مختلف و جایگزین مطلع شود، صداقت و راستگویی درباره انتخاب درمان خاص، ممکن است امر آسانی نباشد زیرا ابعاد مختلف یک درمان خاص ممکن است واضح و روشن نباشد. در تمام ابعاد فعالیت‌های پرستاری یعنی در روابط حرفه‌ای با همکاران دیگر، کارمندان و بخصوص رابطه بین پرستار - بیمار صداقت باید رعایت شود.

### -وفاداری

این اصل نه تنها اساس ارتباط بین افراد بلکه اساس تمام ارتباطات اعم از ارتباطات فردی و حرفه‌ای است. بیماران بستری در بخش‌های بیمارستانی، به خصوص بخش‌های ویژه، برای بسیاری از انواع مراقبت‌های جسمی و حمایت‌های عاطفی به پرستاران وابسته و متکی‌اند. در این حال، رابطه‌ای که مبتنی بر اعتماد پایه ریزی شده باشد برای طرفین ارتباط مثبت خواهد بود. قول دادن پرستار به بیمار یک عمل اختیاری است، اما احترام گذاشتن به تصمیم‌گیری بیمار، یک وظیفه اخلاقی است. وسعت وفاداری به خانواده بیماران نیز کشیده می‌شود.

اگر شرایط حاد و اورژانسی پیش آید یا هرگونه اتفاقات خاص دیگری برای بیمار اتفاق افتاد، پرستار باید هرگونه تلاش را در عمل کردن به تعهد و قولی را داده انجام دهد. وفاداری نه تنها بر رابطه پرستار - خانواده

تأثیر دارد، بلکه بازتاب و تأثیر مثبتی بر حرفه پرستاری و مؤسسه‌ای که پرستار در آن جاکار می‌کند نیز دارد.

### - رازداری

رازداری اساس اخلاق حرفه‌ای مراقبت است. اطلاعات مربوط به بیمار فقط در اختیار کسانی که درگیر امر مراقبت و درمان بیمار هستند قرار گیرد. تنها استثنای این راهبرد زمانی است که پنهان نگهداشتن آن اطلاعات، دیگران را در خطر بیندازد. در این وضعیت نیز پرستار باید بین اصول اخلاقی و خطرات و فواید تعادل را بسنجد و برقرار کند.

قوانین گزارش دهی و الزامات قانونی برای گزارش دادن موارد خاص برای پرستار راهنمای خوبی در موقعیتهای ویژه است.

### - حفظ حریم بیمار

حفظ خلوت و حریم زنان و مردان و بیماران یعنی پوشاندن اطراف تخت و بستر بیمار با پوشش (مثلاً) پاراوان و پرده) و یا اطمینان از اینکه بیمار به حد کافی پوشیده شده است، می‌باشد.

### پرستاری و معنویت

نظریه پردازان پرستاری این دیدگاه را مطرح نمودند که پرستاران باید سعی کنند تا با توجه به مراقبت معنوی و قرار دادن آن در بخشی از عملکرد پرستاری از محیط مراقبت درمانی، یک محیط بهبود دهنده بسازند. راجرز، اورم، نیومن و روی به ماهیت کلی نگر و یکپارچه‌ی انسان در توصیف مفهوم شخص تاکید نموده و مراقبت معنوی را فعالیت‌ها و روش‌هایی می‌دانند که کیفیت زندگی معنوی، تندرستی معنوی و عملکرد معنوی مددجویان را ارتقاء می‌دهد. در برخی از متون معنویت بعدی از انسان تعریف شده است که به افراد احساس بودن با کیفیت‌هایی نظیر فطرت، ظرفیت برای دانستن درونی و منبع تقویتی، تجربه ذهنی مقدس، تعالی فرد به سوی ظرفیت عشق و دانش بزرگتر، یکی شدن با سایه کلی همه زندگی و یافتن معنایی برای موجودیت فرد را به انسان القا می‌کند. همچنین معنویت، مجموعه‌ای از ارزشها، نگرش‌ها و امیدهایی دانسته شده است که با هستی برتر ارتباط می‌یابد و زندگی فرد را هدایت می‌کند و به ویژه با تجاربی از زندگی مرتبط است که فرد را به آستانه عدم قطعیت می‌آورند. برخی معنویت را جستجوی معنی نهایی یا وجودی در یک تجربه‌ی زندگی مثل بیماری توصیف نموده‌اند. برخی معتقدند که معنویت حالتی فراتر از احساسات مذهبی بوده، می‌تواند به صورت ارزش گذاری و احترام به اخلاق، هنر، ادبیات و... ظاهر شود. مهم تر آن که معنویت به عنوان یکی از جنبه‌های مهم از وجود آدمی، ارتباط مهمی با سلامتی افراد دارد.

تامین مراقبت معنوی مستلزم مهارت‌هایی چون ارتباطات بین فردی، حساسیت، صداقت و گسترش اعتماد، خود آگاهی، تشریح مساعی، شناخت محدودیت‌های خود و نیازهای مذهبی می‌باشد. مراقبت معنوی، جنبه‌ای منحصر به فرد از مراقبت است که قابل جایگزینی با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی - اجتماعی نیست و

به سوالات انسانی بنیادی و اساسی، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد. برای تامین مراقبت معنوی متناسب با نیاز بیماران، پرستاران باید دانش و درک خود را از معنویت گسترش دهند و با تلفیق معنویت در مراقبت پرستاری، ارتباط با مددجویان و خانواده‌هایشان را بهبود بخشند. مراقبت معنوی جزء اساسی عملکرد پرستاری است و اغلب تعیین کننده چگونگی واکنش به بیماری و انتظارات همراه آن در بیمار می‌باشد.

پرستاران به عنوان عضو کلیدی تیم سلامت موظف هستند که علاوه بر در نظر گرفتن جنبه‌های جسمی و روحی بیمار، به عقاید و ارزش‌های وی احترام بگذارند. بنابراین پرستار موظف است با ایجاد رفاه جسمی و روحی، بیمار را به منظور رفع نیازهای مذهبی حمایت کند. با توجه به اینکه در جامعه ما پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی با مردم ما عجین شده و دین بخشی جدایی ناپذیر از زندگی و حتی لحظات مرگ است، رعایت اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار هستند و در بیمارستان بستری می‌باشند امری لازم و ضروری است. پرستاران معمولاً از مردمی که دارای ادیان و مذاهب مختلفی هستند مراقبت می‌کنند، و از همین رو لازم است نیاز معنوی و مذهبی مددجویانی که با اعمال مذهبی‌شان آشنا است را درک کرده و امکاناتی فراهم سازد که مددجو بتواند اعمال مذهبی خودش را انجام دهد.

## فصل سوم: تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاری

تصمیم‌گیری برای مددجویان حین ارائه‌ی خدمات بالینی از مسائل مهم پرستاران در انجام وظایف است. پرستاران اغلب با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که باید برای آنها راه‌حلی پیدا کرده و تصمیمات اخلاقی مناسب اتخاذ کنند. پرستاران معمولاً در عمل با مسائل اخلاقی چالش‌برانگیزی مواجه می‌شوند و این امر تصمیم‌گیری را برای آنها سخت می‌کند. پرستار بودن یک فعالیت اخلاقی است و هر تصمیمی را که پرستار اتخاذ میکند عموماً یک بعد اخلاقی دارد که این امر نه تنها در موقعیت‌های مرگ و زندگی اعمال می‌شود بلکه همه امور روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پس نیاز است تا پرستار برای کاربرد مؤثر اخلاق، مهارت‌های استدلال، حساسیت اخلاقی و درک و تجزیه و تحلیل، اخلاق را توسعه دهد.

پیشرفتهای حوزه دانش و فناوری در مراقبت‌های بهداشتی، چالش‌های عمده‌ای را پیش روی پرستاران قرار داده است. تمامی پرستاران، صرف‌نظر از تخصص خود، در فعالیت‌های کاری خود با چالش‌های اخلاقی مواجه شده، برای تصمیم‌گیری در نقش‌های سنتی و جدید خود نیازمند دانش فردی و مشاوره گروهی هستند. همگان بر این توافق هستند که برخورداری از حساسیت‌های اخلاقی یکی از ملزومات عملکرد پرستاران است. مسؤلیت‌های اخلاقی پرستاران در عملکرد و مراقبت مستلزم این است که ایشان از باورهای خود مطلع بوده، همچنین مبانی و اصول تحلیل اخلاقی و تصمیم‌گیری به صورت منسجم، تدوین شده و در دسترس باشند.

### تعریف حساسیت اخلاقی

حساسیت اخلاقی ویژگی است که شخص را به تشخیص کشمکش‌های اخلاقی و برداشت حسی و فکری از موقعیت‌های آسیب‌پذیر و آگاهی به نتایج اخلاقی در تصمیم‌گیری در مورد دیگران قادر می‌سازد. حساسیت اخلاقی یکی از ویژگی‌هایی است که فرد واجد آن، به پدیده‌های اخلاقی حساس می‌شود و پدیده‌ها را از زاویه اخلاق می‌بیند. حساسیت و مسؤلیت‌پذیری اخلاقی دو عامل درونی هستند که باعث تشخیص بین صحیح یا غلط در فرد و انجام عمل صحیح می‌شوند. در پرستاری این دو عامل در محیط به شدت تحت چالش روزمره هستند. حساسیت اخلاقی می‌تواند به صورت آگاهی و توجه به ارزش‌های اخلاقی موجود در یک موقعیت دارای

تناقض و خودآگاهی فردی نسبت به نقش و وظیفه در آن موقعیت خاص تعریف شود. حساسیت اخلاقی تنها مربوط به حس فرد نیست، بلکه نیازمند ظرفیت و تجربه شخصی جهت شناخت اهمیت مسأله اخلاقی موجود در موقعیت است.

روبرتسون و همکاران (۲۰۰۶) حساسیت اخلاقی را آگاهی از جنبه‌های موقعیتی تعریف می‌کند که بر خوب بودن افراد اثر می‌گذارد و با شناخت، درک مستقیم، دانش اخلاقی، خواسته افراد و توانایی آنان برای فکر کردن در هر موقعیتی که موضوع اخلاق در آن وجود داشته باشد، ارتباط پیدا می‌کند. حساسیت اخلاقی تحت تاثیر عوامل متعددی همچون: فرهنگ، مذهب، تحصیلات، سن، جنس، تجربه و تربیت فرد است و از فردی به فرد دیگر متفاوت می‌باشد.

### اهمیت حساسیت اخلاقی

برای اتخاذ تصمیم‌های درست در رشته پرستاری می‌بایست ابتدا نسبت به موضوعات اخلاقی حساسیت کافی وجود داشته باشد. در صورتی که توجه به مسائل اخلاقی در بین پرستاران وجود نداشته باشد ممکن است سبب نادیده گرفتن مسائل اخلاقی در محیط‌های پرتنش کاری آنان گردد. توسعه‌ی حساسیت اخلاقی، عکس العمل و نگرش اساسی را برای پرستاران ایجاد می‌کند تا بتوانند مراقبت مؤثر و اخلاقی از بیمارانشان به عمل آورند.

وجود حساسیت اخلاقی تا حد زیادی به دانش قبلی فرد و نحوه نگرش جامعه به مسأله‌ی اخلاق و خاطره‌ی وی از موارد اخلاقی در جامعه بستگی دارد. حساسیت اخلاقی نیازمند این توانایی است که فرد تشخیص دهد چه چیزی درست است و در ذهن خود در خصوص موضوعات اخلاقی و قانونی فکر و در مورد آن با دیگران بحث و مذاکره نماید. هر چند که حساسیت اخلاقی اولین مؤلفه برای رعایت اخلاق است مطالعات نشان می‌دهد که گاهی پرستاران به سبب برخی موانع حساسیت لازم را ندارند و نوعی سردرگمی و گاهی بی‌اهمیتی و بی‌توجهی در مواجهه با موضوعات اخلاقی در آنها وجود دارد. لذا توصیه شده که بهتر است به آموزش اخلاق حرفه‌ای به طور مداوم اهتمام ورزید. پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌کننده‌ی خدمت درسیستم‌های بهداشتی درمانی بوده و تأثیر بسزایی بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی دارند زمانی که انسان مجبور به تصمیم‌گیری در مورد جان‌داری گردد، یک موقعیت اخلاقی پیش آمده است. حتی تصمیم به واگذاری این حق به خود فرد، نیازمند تفکر و تصمیم‌گیری اخلاقی است.

## فصل چهارم: نظامنامه‌های اخلاقی در پرستاری

### اهمیت نظامنامه اخلاقی در پرستاری:

۱. پرستاران ارتباط مستقیم و مداوم با مردم دارند.
۲. بیماران انسان‌هایی آسیب پذیر هستند.
۳. با زندگی و سلامتی انسان‌ها سرو کار دارند.
۴. احتمال مواجهه‌شان با مشکلات اخلاقی در طی کار روزانه زیاد است.
۵. نیاز به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طی کار روزانه دارند.
۶. کسب این توانمندی تنها در سایه یک آموزش اخلاقی متناسب با شرایط امکان پذیر است.

آیین‌ها (یا کدها)ی اخلاقی راهنماهای نظام‌مندی برای شکل‌دهی رفتار اخلاقی است. آیین اخلاق در پرستاری به‌طور مستقیم بر عملکرد پرستار در مراقبت از بیمار تمرکز دارد. واقعیت این است که در انجام هر یک از وظائف پرستاری، ممکن است مقولات بحث برانگیز اخلاقی ایجاد شود. یک نظامنامه اخلاقی حرفه‌ای، چارچوبی را برای تصمیم‌گیری اخلاقی تعیین می‌کند و انتظارات شغلی را پیش رو قرار می‌دهد. نظامنامه اخلاق پرستاری هم پرستاران و هم جامعه را از اهداف اولیه و ارزشهای این حرفه آگاه می‌سازد که تمامی آنها باید نظام اخلاقی شخصی پرستار و اصول اخلاقی که وی به آنها معتقد است سازگار باشد. سایر عملکردهای نظامنامه عبارتند از:

- ۱ - نشان می‌دهد که پرستار مسئولیتی را که به عهده اش گذاشته شده می‌پذیرد و به آن چیزی که توسط جامعه تعیین شده اعتقاد دارد.
- ۲ - راهنمایی است جهت هدایت عمل و نحوه برقراری ارتباط حین انجام مسئولیتهای پرستاری که مطابق قوانین اخلاقی و ارائه مراقبت با کیفیت بالا صورت می‌گیرد.
- ۳ - روشهایی را ارائه می‌دهد که از طریق آن پرستاران خود می‌توانند مسائل حرفه‌ای را کنترل و اداره نمایند. (انجمن پرستاران امریکا ۱۹۸۵)

در نظامنامه پرستاری شورای بین المللی پرستاران مسئولیت اساسی هر پرستار شامل چهار رکن است:

۱ - پیشبرد سلامتی (تقویت نیروی سلامت انسانها).

۲ - پیشگیری از بیماری

۳- حفظ سلامتی

۴ - تسکین دردها

نیاز به پرستاری امری جامع و کامل است. احترام به زندگی، شان و حقوق انسانها جزء لاینفک رشته پرستاری به شمار می‌آید که با مسائلی چون ملیت، نژاد، آیین، سن، جنس، سیاست و وضعیت اجتماعی محدود می‌شود. پرستاران، خدمات بهداشتی را برای فرد، خانواده ارائه داده و یا خدمات خود را با خدمات عرضه شده توسط گروههای مربوطه هماهنگ می‌نمایند.

نظامنامه‌ها زمانی در اجرای اهداف خود موفق خواهند بود که توسط افراد شاغل در آن حرفه، مورد تایید قرار گیرند. نیازهای مطرح شده در نظامنامه‌ها، تقاضاهای قانونی را نیز افزایش می‌دهد. تخطی از قوانین پرستاری پرستار را مشمول جرائم مدنی و جنایی می‌کند و تخطی از نظامنامه اخلاقی ممکن است موجب توبیخ، انتقاد، انفصال از خدمت و یا اخراج گردد.

### تاریخچه نظامنامه‌های اخلاق در پرستاری:

۱- نظامنامه بین المللی پرستاران ICN- که در سال ۱۹۵۳ تنظیم شد و در سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۷۳ مورد اصلاح قرار گرفت.

۲- نظامنامه پرستاری CNA- انجمن پرستاران کاناداست که در سال ۱۹۸۰ تنظیم و در سال ۱۹۹۱ اصلاح گردید.

۳- نظامنامه پرستاری ANA- انجمن پرستاری ایالت متحده است که همراه با تفسیر مطالب ارائه شده در سال ۱۹۵۰ تنظیم و در سالهای ۱۹۶۸ و ۱۹۶۷ و ۱۹۸۵ اصلاح شد.

### نظامنامه اخلاقی پرستاری انجمن پرستاران کانادا:

#### ۱ - بهداشت و تندرستی:

پرستاران برای بهداشت و تندرستی ارزش قائل شده و به بیماران کمک می‌کنند تا در شرایط طبیعی از نظر سلامتی و در شرایط بیماری آسیب دیدگی و یا در هنگام مرگ به حد مطلوبی از سلامت دست یابند.

#### ۲- شان انسانی:

پرستاران از حرمت نفس و شان هر انسان دفاع کرده و برای آن ارزش قائلند.

### ۳ - حفظ اسرار:

پرستار سعی می‌نماید اعتماد بیمار نسبت به خود را حفظ کند و تنها با اجازه بیمار یا در صورت نیاز و به شکلی قانونی، اطلاعات بدست آمده از وی را خارج از تیم مراقبت بهداشتی مطرح نماید.

### ۴ - عدالت:

پرستار باید از اصل برابری و انصاف برای کمک به بیماران استفاده نماید و در جهت پیشبرد این اصل گام بردارد تا بتواند به آنها جهت دریافت درمانی خارج از تعصبات و پیش داوری‌های شخصی کمک کند و متناسب با نیازهایشان به ارائه منابع و سرویس‌های خدماتی بهداشتی بپردازد.

### ۵ - مسئولیت پذیری:

پرستار به گونه‌ای هماهنگ با مسئولیت‌های شغلی و استانداردهای عملی رشته پرستاری، فعالیت می‌کند. فعالیت در محیطی مناسب از نظر ایمنی، شایستگی و مراقبت‌های مطابق با اصول اخلاقی

### ۶. اخلاق پرستاری

محیطی مناسب از نظر ایمنی، شایستگی و مراقبت‌های مطابق با اصول اخلاقی

### نظامنامه پرستاری انجمن پرستاران آمریکا:

۱ - پرستار خدماتی را ارائه می‌دهد که در آن به شان انسانی و منحصر به فرد بودن بیماران، بدون در نظر گرفتن

وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، ویژگیهای فردی یا ریشه مشکلات بهداشتی، احترام گذاشته می‌شود.

۲ - پرستار با محرمانه نگهداشتن اطلاعات به دست آمده از بیمار به گونه‌ای معقول، حق وی را در رابطه با مسائل خصوصی حفظ می‌نماید.

۳ - وقتی عدم شایستگی فرد دیگر و انجام اقدامات غیر قانونی و غیر اخلاقی از سوی وی، بر وضعیت سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی بیمار تاثیر گذارد، پرستار باید به عنوان محافظ بیمار عمل نماید.

۴ - پرستار مسئول و پاسخگوی اعمال و قضاوت‌های پرستاری است، که در رابطه با افراد صورت می‌گیرد.

۵ - پرستار باید شایستگی خود را در حرفه پرستاری حفظ نماید.

۶ - پرستار باید تشخیص‌های پرستاری اعلام شده را بکار گیرد و از مهارت‌ها و قابلیت‌های افراد استفاده نموده و آنها را جهت انجام مشاوره، پذیرش مسئولیت و محول نمودن اجرای برخی فعالیت‌های پرستاری به دیگران، ملاک قرار دهد.

۷ - پرستار در فعالیتهایی شرکت می‌کند که به گسترش مداوم دانش و اطلاعات مورد نیاز در رشته پرستاری کمک می‌نماید.

۸ - پرستار در کلیه تلاش‌های به عمل آمده جهت ایجاد و حفظ شرایطی که در آن شیوه استخدام با هدف انجام مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا هدایت می‌شود، شرکت می‌نماید.  
پرستار با شرکت در فعالیتهای حرفه‌ای، سعی می‌کند تا افکار عمومی را از اطلاعات غلط و تصورات نادرست پاک گرداند و اصالت و تمامیت رشته پرستاری را حفظ نماید.

### رضایت آگاهانه:

در کلیه مراکز مراقبت بهداشتی رضایت آگاهانه و اختیاری بیمار برای پذیرش (برای درمانهای متداول) بکار می‌رود.  
که در هر تشخیص اختصاصی درمان داخلی و جراحی و اجرای هر گونه روشها و درمانهای تجربی، ضرورت دارد.

### رضایت آگاهانه باید:

- ۱ - به صورت کتبی و امضاء شده توسط بیمار یا مسئول قانونی بیمار باشد.
- ۲ - در صورتیکه زندگی و سلامت بیمار با تایید متخصص، در شرایط اورژانس مورد تهدید قرار گرفته باشد و در صورت عدم توانایی بیمار یا عدم حضور مسئول قانونی وی کسب رضایت امضاء شده، ضرورت ندارد.
- ۳ - کسب رضایت آگاهانه جهت حمایت پرسنل در دعوای حقوقی ارزشمند است.
- ۴ - کسب رضایت آگاهانه به عهده فردی است که روش تشخیصی یا درمانی یا پژوهشی را اجرا می‌نماید.
- ۵ - موارد ثبت فرآیند رضایت در فرم چاپ شده نباید با توضیحات ارائه شده به وی و فرم رضایت او در تضاد باشد.

۶ - در زمان ثبت رضایت، پرستار باید آگاهی بیمار را از محتوای امضاء بررسی نموده و مشکلات را به پزشک گزارش امتناع بیمار از امضاء رضایت نامه باید ثبت شود و بیمار باید از عواقب احتمالی آن آگاه گردد (توضیحات بیشتر در مورد رضایت آگاهانه در فصل هفتم بحث شده است).

## آیین نامه اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران

این آیین نامه در راستای تکمیل مجموعه‌ی آیین‌ها و راهنماهای اخلاقی مرتبط با حوزه‌ی سلامت در جمهوری اسلامی ایران تدوین شده است. مخاطبان این آیین عبارت از تمامی شاغلین حرفه‌ی پرستاری در حوزه‌های خدمات آموزشی، پژوهشی، مدیریتی، بهداشتی و بالینی، در تمامی رده‌ها، می‌باشد. این آیین نامه در سال ۱۳۹۰ ه. ش دو بخش ارزش‌ها و راهنماهای اخلاقی به شرح زیر تدوین شده است:

### ارزش‌ها

پرستاران مسوولیت دارند در حیطه شغلی خود بر مبنای ارزش‌های حرفه‌ای تصمیم‌گیری و فعالیت کنند.

ارزش‌ها مفاهیمی هستند که ذاتاً ارزش‌مندند و توسط فرد یا جامعه مبنا و ملاک درستی و نادرستی اعمال قرار می‌گیرند. در حرفه پرستاری نیز، با توجه به جایگاه والای آن، ارزش‌های حرفه‌ای توسط انجمن‌ها و سازمان‌های حرفه‌ای معین شده‌اند. در کشور ما تعالیم دین مبین اسلام، و نیز قانون اساسی در بسیاری از موارد، حدود و مرزهای عمل را معین می‌نمایند. ارزش‌های اخلاقی در عین انطباق با مبانی دینی، فراملی و جهان‌شمول هستند. مهم‌ترین ارزش‌هایی که در حرفه پرستاری باید مورد لحاظ قرار گیرد عبارتند از:

۱. احترام به مددجو/ بیمار و حفظ شأن و کرامت انسانی
۲. نودوستی و همدلی
۳. پایبندی به تعهدات حرفه‌ای
۴. پاسخگویی، مسوولیت‌پذیری و وجدان کاری
۵. عدالت در خدمت‌رسانی
۶. تعهد به صداقت و وفاداری
۷. حفظ حریم خصوصی بیماران و تعهد به رازداری و امانتداری
۸. ارتقاء صلاحیت علمی و عملی به طور مداوم
۹. ارتقاء آگاهی از مقررات حرفه‌ای و دستورالعمل‌های اخلاقی و رعایت آن‌ها
۱۰. احترام متقابل با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و برقراری ارتباط مناسب با آنان
۱۱. احترام به استقلال فردی مددجو/بیمار
۱۲. شفقت و مهربانی

## راهنماهای اخلاقی

### ۱- پرستار و جامعه

پرستار باید:

۱. در جهت ارتقای سلامت جامعه، پیشگیری از بیماری‌ها، اعاده سلامت و کاهش درد و رنج، کوشش کند و آن را رسالت اصلی خود بداند.
۲. مراقبت پرستاری را صرف‌نظر از نژاد، ملیت، مذهب، فرهنگ، جنس، سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، مسائل سیاسی، بیماری جسمی یا روحی-روانی یا هر عامل دیگری ارائه دهد و در جهت حذف بی‌عدالتی و نابرابری در جامعه بکوشد.
۳. مراقبت‌های پرستاری را با رعایت احترام به حقوق انسانی و تا حد امکان با در نظر گرفتن ارزش‌ها، آداب و رسوم اجتماعی، فرهنگی و اعتقادات دینی مددجو/بیمار آرایه دهد.
۴. به جامعه در زمینه‌های ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها آموزش دهد و این را از مهم‌ترین مسوولیت‌های خود بداند. مراقبت پرستاری و آموزش استاندارد باید متناسب با فرهنگ، باورها، ارزش‌ها و نیازهای افراد آرایه شود.

۵. به چالش‌ها و مسائلی اخلاقی در محیط جامعه و محیط کار که قداست حرفه پرستاری را مخدوش می‌کند توجه و حساسیت داشته، در مواقع لازم راه حل و پاسخ مناسب را پیشنهاد دهد.
۶. ضمن همکاری و هماهنگی با سایر افراد، گروه‌ها و نهادهای اجتماعی جهت برطرف کردن نیازهای اجتماعی و رفع مسائلی اخلاقی مطرح در حیطه مراقبت‌های سلامت تلاش کند.
۷. به گروه‌ها و افراد آسیب‌پذیر از قبیل کودکان، سالمندان، افراد دچار ناتوانی و معلولیت‌های جسمی، بیماران روانی و مانند آن‌ها توجه ویژه کند.
۸. ضمن توجه به سلامت در سطح محلی، در راستای حصول اهداف سلامت در سطح ملی و جهانی نیز تلاش و همکاری کند.
۹. در بحران‌ها و حوادث طبیعی همچون جنگ، زلزله، سیل، همه‌گیری بیماری‌ها و مانند آن‌ها مسوولیت‌ها و وظایف خود را با در نظر گرفتن احتیاطات لازم انجام دهد.

## ۲- پرستار و تعهد حرفه‌ای

پرستار باید:

۱. هنگام اجرای مداخلات پرستاری و تصمیم‌گیری‌های بالینی، مسوولیت‌های اخلاقی را همانند مسوولیت‌های حقوقی و حرفه‌ای در نظر بگیرد.
۲. در حد وظایف و اختیارات خود، در جهت فراهم آوردن محیطی امن و سالم برای مددجو/بیمار کوشا باشد.
۳. با حضور به موقع، انجام وظایف حرفه‌ای به نحو احسن، و ثبت دقیق و کامل مراقبت‌های انجام شده، امنیت مددجو/بیمار را تأمین کند.
۴. براساس استانداردهای حرفه‌ای حاصل از نتایج تحقیقات معتبر و شواهد موجود، بهترین مراقبت را به مددجو/بیمار ارائه دهد.
۵. تمامی مداخلات پرستاری را با حفظ عزت و احترام مددجو/بیمار و خانواده‌ی او انجام دهد.
۶. حداکثر کوشش خود را برای حفظ اسرار بیمار، رعایت حریم خصوصی او، احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه، به عمل آورد.
۷. با شناسایی و گزارش خطاهای حرفه‌ای همکاران تیم درمانی از بروز صدمات احتمالی به مددجو/بیمار پیش‌گیری کند.
۸. در صورت خطا در مداخلات پرستاری، صادقانه به مددجو/بیمار توضیح داده، در هر شرایطی راستگویی و انصاف را سر لوحه کار خود قرار دهد.
۹. توانایی‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را حفظ کند و ارتقا دهد.
۱۰. در جهت حفظ صلاحیت حرفه‌ای، دانش و مهارت‌های خود را به روز نگه دارد.
۱۱. توانمندی و دانش کافی برای مراقبت مؤثر و ایمن، بدون نظارت مستقیم را داشته، در برابر اقدامات خود پاسخگو باشد.

۱۲. به گونه‌ای عمل کند که اعتبار و حیثیت حرفه اش زیر سؤال نرود.
۱۳. توجه داشته باشد که از نام و موقعیت وی جهت تبلیغ تجاری محصولات استفاده نشود.
۱۴. از پذیرش هرگونه هدیه یا امتیازی از مددجو/بیمار یا بستگان وی، که ممکن است موجب معذوراتی در حال یا آینده شود پرهیز کند.

### ۳- پرستار و ارائه خدمات بالینی

پرستار باید:

۱. خود را با ذکر نام، عنوان و نقش حرفه‌ای به مددجو/بیمار معرفی کند.
۲. آرایه مداخلات پرستاری را با احترام کامل به مددجو/بیمار و حفظ شان وی انجام دهد.
۳. خواسته‌های مددجو/بیمار را صرفنظر از سن، جنس، نژاد، موقعیت، وضعیت اقتصادی، سبک زندگی، فرهنگ، مذهب، باورهای سیاسی و توانایی جسمی او، مورد توجه و ملاحظه قرار دهد.
۴. مراقبت‌ها را مبتنی بر دانش روز و قضاوت صحیح پرستاری انجام دهد.
۵. ارتباطی همراه با ملاحظت در رفتار و کلام داشته باشد، به نحوی که با جلب اعتماد مددجو/بیمار بتواند نیازها و نگرانی‌های بیمار را دریابد.
۶. قبل از انجام هرگونه مداخلات پرستاری، رضایت آگاهانه‌ی بیمار یا سرپرست قانونی وی را جلب کند. در همین راستا اطلاعات کافی در مورد اقدامات پرستاری را در اختیار بیمار قرار دهد تا بیمار امکان قبول یا رد آگاهانه خدمات مراقبتی را داشته باشد.
۷. هنگام آرایه یک محصول جدید یا بکارگیری آن در بالین، آگاهی کامل از خطرات احتمالی آن وسیله داشته باشد و همچنین اطلاعات لازم در مورد فواید و مضرات استفاده از آن محصول را در اختیار مددجو/بیمار بگذارد تا امکان انتخاب آگاهانه برای وی فراهم شود.
۸. آگاه باشد هیچ کس حق ندارد به جای یک فرد بالغ صلاحیت دار، رضایت دهد و در مورد کودکان، حق رضایت جزء مسوولیت‌های قیم قانونی است.
۹. جهت توانمند سازی مددجو/بیمار با توجه به طرح مراقبتی و برنامه ترخیص، به مددجو/بیمار و خانواده وی آموزش دهد.
۱۰. به طور استثناء، در مواقع اورژانس که اقدام درمانی در اسرع وقت برای حفظ زندگی مددجو/بیمار ضروری است، بدون رضایت بیمار اقدامات لازم را شروع کند.
۱۱. در شرایطی که مددجو/بیمار قادر به اعلام رضایت نبوده، اطلاع از خواسته وی نیز امکان پذیر نباشد، بر اساس استانداردهای موجود و با در نظر گرفتن مصلحت مددجو/بیمار، مناسب‌ترین اقدام را برای او انجام دهد.
۱۲. برای بی‌خطر بودن مداخلات پرستاری احتیاطات لازم را بکار بندد و در موارد لازم این موضوع را با سایر اعضای تیم سلامت به مشورت گذارد.
۱۳. کلیه اطلاعاتی که در حین فرایند مراقبتی به دست آورده یا در اختیار او قرار می‌گیرد، را سرّ حرفه‌ای

- تلقی کند و مگر در موارد مجاز، بدون رضایت مددجو/بیمار در اختیار دیگران قرار ندهد.
۱۴. اطلاعات درمانی مددجو/بیمار را تنها برای اهداف مرتبط با سلامت (درمان، پژوهش) و در جهت منافع بیمار مورد استفاده قرار دهد. همچنین مددجو/بیمار را مطلع کند که ممکن است بخشی از اطلاعات پرونده با سایر اعضای تیم درمان جهت مشاوره درمانی در میان گذاشته شود.
۱۵. در مواردی که از اطلاعات مددجو/بیمار در زمینه‌های تحقیقاتی و آموزشی استفاده می‌شود باید با کسب رضایت وی بوده و انتشار اطلاعات بدون درج نام یا هر نشانی منجر به شناسایی، صورت گیرد.
۱۶. هنگام انجام هر مداخله پرستاری، به حریم خصوصی مددجو/بیمار احترام بگذارد.
۱۷. در موارد عدم امکان خدمت رسانی ایده آل تا زمان برقراری برنامه جدید درمانی ارایه مراقبت را در بهترین سطح از توانایی ادامه دهد.
۱۸. در شرایط اورژانس خارج از محیط کار نیز به ارایه مراقبت از بیمار یا مصدوم بپردازد.
۱۹. در صورت نارضایتی مددجو/بیمار یا بروز مشکل، حق وی برای تغییر پرستار مسوول یا سایر مراقبان و درمانگران را محترم شمرده، در حد امکان در جلب رضایت مددجو/بیمار تلاش کند.
۲۰. در صورت اطلاع از موارد عدم رعایت استانداردهای مراقبتی، به مقام مسوولی که اختیار کافی برای اصلاح شرایط داشته باشد اطلاع دهد.
۲۱. هرگونه اعتراض و مشکل بیمار را به مسوول بخش گزارش دهد.
۲۲. از انجام اقداماتی که مستلزم زیرپا گذاردن اصول اخلاقی، قانونی و شرعی باشد حتی در صورت درخواست بیمار پرهیز کند.
۲۳. در بیمارانی که روزهای پایانی حیات را سپری می‌کنند، برای پذیرش واقعیت و برنامه ریزی مناسب برای برآوردن خواسته‌های بیمار، از جمله انجام اعمال مذهبی یا ثبت وصیت، کمک و همکاری کند.

#### ۴- پرستار و همکاران تیم درمانی

پرستار باید:

۱. با اعضای تیم سلامت، مددجو/بیمار و خانواده وی، در راستای ارائه مؤثرتر و بهتر مداخلات پرستاری، همکاری و مشارکت کند.
۲. مددجو/بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین را در اتخاذ تصمیمات در مورد مداخلات پرستاری مشارکت دهد.
۳. دانش و تجربه حرفه‌ای خود را با سایر همکاران در میان گذارد.
۴. با تیم درمان ارتباط متقابل مبتنی بر اعتماد برقرار کند.
۵. با سایر پرستاران، اساتید و دانشجویان برخورد و رفتاری توأم با احترام داشته باشد.
۶. در صورت بروز هرگونه تعارض منافع در هنگام مراقبت از مددجو/بیمار، با اولویت حفظ حقوق مددجو/بیمار، آن را با همکاران ارشد و مسوولین خود مطرح و چاره جویی کند.
۷. با سطوح مختلف حرفه‌ای، از جمله سرپرستار، سرپرستار ناظر، مدیر پرستاری و روسای بخش، ارتباط

- حرفه‌ای توام با احترام متقابل برقرار کند.
۸. در صورت مواجهه با هر نوع چالش اخلاقی برای تصمیم‌گیری با کمیته اخلاق بیمارستان مشورت کند. مدیر پرستاری باید:
  ۹. در تمامی ابعاد حرفه‌ای برای سایر پرستاران به عنوان الگو عمل کند.
  ۱۰. حداکثر تلاش خود را در جهت کسب اطمینان از انتقال اطلاعات لازم قانونی و اخلاقی به همکاران پرستار انجام دهد.
  ۱۱. شرایط لازم برای شرکت پرستاران در دوره‌های آموزش مداوم را فراهم کند.
  ۱۲. به منظور حل معضلات اخلاقی حین مداخلات پرستاری در صورت نیاز از مشورت افراد متخصص در زمینه اخلاق حرفه‌ای استفاده کند.
  ۱۳. بر اساس سلسله مراتب در راستای منافع مددجو/بیمار همپای دیگر همکاران تلاش کند
  ۱۴. با هدف ارتقای کیفیت خدمات، حداکثر تلاش خود را در جهت حفظ فضای مناسب کاری و افزایش انگیزه حرفه‌ای پرستاران به انجام رساند.
  ۱۵. در فرایند ارزشیابی و ارتقای حرفه‌ای پرستاران، ضمن رعایت استانداردهای حرفه‌ای و اصول اخلاق پرستاری، در مجموعه خود منصفانه عمل کند.

#### ۵- پرستار، آموزش و پژوهش

۱. مدرس پرستاری باید بیشترین تلاش خود را در جهت آگاه بودن از دانش روز و ارتقاء دانش و عملکرد اخلاقی خود به عمل آورد.
۲. رابطه استاد و دانشجو در محیط‌های علمی، آموزشی و تحقیقاتی، باید مبتنی بر شان و اخلاق حرفه‌ای توام با احترام باشد.
۳. مدرس پرستاری باید در راستای ارتقاء دانش و مهارت دانشجویان و ارتقاء عملکرد اخلاقی و حرفه‌ای آنان تلاش کند.
۴. در موارد استفاده از بیمار در آموزش دانشجویان، حقوق بیمار و ملاحظات اخلاقی مرتبط، باید به طور دقیق و کامل رعایت شود.
۵. در صورت عدم همکاری مددجو/بیمار یا خانواده وی در آموزش دانشجویان، نباید روند ارائه خدمات به او تحت تاثیر قرار گیرد.
۶. در راستای ارتقاء خدمات سلامت، کیفیت دوره‌های آموزشی پرستاران، راهنماها و استانداردهای موجود، باید به طور مستمر مورد بررسی و بازنگری قرار گیرد.
۷. در صورت فعالیت در حوزه پژوهش، پرستار باید ضمن گذراندن دوره‌های آموزشی لازم، از اصول و قواعد پژوهش مطلع و با راهنماهای اخلاق در پژوهش عمومی و اختصاصی کشوری آشنا و به آن‌ها ملتزم باشد.
۸. پرستار نباید از جایگاه حرفه‌ای خود برای متقاعد کردن مددجو/بیمار برای شرکت در تحقیق استفاده

کند.

۹. عدم پذیرش مشارکت در تحقیق از سوی بیمار یا خانواده او نباید روند ارایه مداخلات پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد.

۱۰. پرستار بالینی باید برای ارتقای مهارت‌ها و ظرفیت‌های بالینی دانشجویان پرستاری و مامایی تلاش کند.

## فصل پنجم: مبانی نظری اخلاق حرفه‌ای در اسلام

اخلاق حرفه‌ای در نظام اسلامی باید هویت اسلامی داشته باشد و مبتنی بر اخلاق اسلامی شکل بگیرد. برای داشتن هویت اسلامی اخلاق حرفه‌ای در کشورمان، به چهار دلیل می‌توان اشاره کرد: الف) از لحاظ فرهنگی به دلیل وابستگی توده مردم کشورمان به نظام عقیدتی اسلام؛ از لحاظ دینی به دلیل جداناپذیری اخلاق از دین در متن دین اسلام؛ ج) نیاز به پویایی درون فرهنگ اسلامی با توجه به مواجهه آن با چالش جهانی شدن؛ د) از لحاظ نظام حکومتی، الزام به حکومت دین‌مدار در نظام حکومت دینی و از لحاظ قانونی، به تأکید قانون اساسی - در اصل هشتم - بر تصویب قوانین اسلامی در کشور. نظام اخلاق اسلامی به گونه‌ای است که با اخلاق حرفه‌ای در هم آمیخته و تفکیک‌ناپذیر است؛ زیرا در این نظام ملاک نهایی و نهایت سعادت بشری، الله است و انسان در مقام خلیفه و جانشین الهی در زمین، محور توجهات اخلاقی است؛ بدین معنا که خشنودی انسان و خدمت به او موجب رضایت و تقرب به خداوند می‌شود.

هرچند اصول کلی و ارزشهای انسانی حاکم بر حرفه پرستاری مورد تأیید اسلام است اما با توجه به ظرایف خاص اخلاقی و معنوی که در اخلاق اسلامی مشهود است، موارد ذیل به عنوان مبانی ارزشی اسلامی-ایرانی در حرفه پرستاری، قابل استناد است:

همه انسانها از شأن و کرامت والای انسانی برخوردارند و لازم است در هر حالتی مورد احترام قرار گیرند ولی بیمار و یا فرد سالمی که نیازی در رابطه با سلامت خود دارد، شایسته توجه و احترام ویژه‌ای است. لذا تمامی بیماران، بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، توسط پرستار مورد احترام و حمایت روحی-روانی قرار می‌گیرند.

حفظ حیات هر انسان در هر جایگاه و موقعیتی که باشد وظیفه هر مسلمانی است ولی پرستار بواسطه تقبل مسئولیتی ویژه، در قبال نفس وجان بیمار مسئول خواهد بود. لازم است‌ایه شریفه (سوره مائده/۳۲) همواره مدنظر باشد که نجات جان یک انسان را برابر با احیاء تمام انسانها دانسته است.

تقویت روحی و معنوی بیمار از منظر اسلام در بهبود او تأثیر گذار است. لذا وظیفه اخلاقی پرستار است که بیمار را دلداری داده و زمینه را برای پذیرش بیماری فراهم کند.

از نظر فرهنگ اسلامی -اولین محیی خداست و از این میان هر که شرایط احیاء را فراهم سازد کاری الهی کرده و اجرای عظیم دارد. بطوری که احیا یک شخص در فرهنگ دینی بمنزله احیاء همه عالم است و پرستار این وظیفه عظیم را متقبل شده است.

اولین شافی خداست، شفا دهنده واقعی بیماران هم اوست و یکی از ماموران شفاء خداوند در زمین پرستار است، چرا که خدا همه کارها را از مجاری اسباب انجام می‌دهد.

-اولین مراقب خداست، چون پرورش دهنده تکوین و تشریح است و مراقبت پرستار از بیمار کاری الهی و مورد احترام می‌باشد، انبیاء از این لحاظ که مراقبان روح و روان و ایمان مردمند، نزد خدا عزیزند و والدین بویژه مادر از آن لحاظ که مراقب جسم فرزند خود است ذکر آنان در قرآن بعد از خداست و احسان به آنها مورد تاکید فراوان قرار گرفته است

سلامتی و بهداشت دو وظیفه دیگر پرستار است که از نظر اسلام از اهمیت بسیار والاّی برخوردار است. سلامتی در فرهنگ اسلام آنچنان اهمیت دارد که عبادات زیادی را تحت الشعاع خویش قرار داده است. وضو، نماز، روزه، حج، جهاد و... هنگامی که به سلامتی ضرر برساند یا وجودش ساقط می‌شود و یا شکل عمل آن مبدل به صورتی می‌گردد که به سلامتی ضرر نرساند. امام سجاد (ع): هرگاه فرزندی پیدا می‌کرد بیش از هر چیز از سلامتی او جويا می‌شد و در دعاها بطور مکرر از خدا خواسته می‌شود.

## اخلاق اسلامی و پرستاری

هرچند اصول کلی و ارزشهای انسانی حاکم بر حرفه پرستاری مورد تأیید اسلام است اما با توجه به ظرایف خاص اخلاقی و معنوی که در اخلاق اسلامی مشهود است، موارد ذیل به عنوان میانی ارزشی اسلامی -ایرانی در حرفه پرستاری، قابل استناد است:

همه انسانها از شأن و کرامت والای انسانی برخوردارند و لازم است در هر حالتی مورد احترام قرار گیرند ولی بیمار و یا فرد سالمی که نیازی در رابطه با سلامت خود دارد، شایسته توجه و احترام ویژه‌ای است. لذا تمامی بیماران، بدون درنظر گرفتن وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، توسط پرستار مورد احترام و حمایت روحی-روانی قرار می‌گیرند.

حفظ حیات هر انسان در هر جایگاه و موقعیتی که باشد وظیفه هر مسلمانی است ولی پرستار بواسطه تقبل مسئولیتی ویژه، در قبال نفس و جان بیمار مسئول خواهد بود. لازم است ایه شریفه (سوره مائده/۳۲) همواره مدنظر باشد که نجات جان یک انسان را برابر با احیاء تمام انسانها دانسته است.

تقویت روحی و معنوی بیمار از منظر اسلام در بهبود او تأثیر گذار است. لذا وظیفه اخلاقی پرستار است که بیمار را دلداری داده و زمینه را برای پذیرش همراه با طیب نفس بیماری فراهم کند.

جداکردن اخلاق پرستاری حرفه‌ای از اخلاق اسلامی به معنی عدم تأیید آن از نظر اسلام نیست بلکه آنها نیز مورد توجه اسلام می‌باشد ولی آنها اموری هستند که اگر شخصی مسلمان هم نباشد وبه اسلام نیز تقیدی نداشته باشد بعنوان یک وظیفه باید آنها را رعایت نماید، اما برخی از امور است که در روایات و آیات الهی قرآن

مورد تأکید قرار گرفته و به حرفه تقدس و عضویت و ارزش الهی داده شغل را به صورت عبادت در می‌آورد. یک مسلمان بعنوان اینکه پایبند عقاید اسلامی است باید کلیه رفتارهایی که در اسلام بر آن تأکید شده است را مورد توجه قرار دهد. برخی از رفتارها با برخی از حرفه‌ها تناسب بیشتری دارد، لذا آن قشر خاص باید در آن موارد دقت بیشتری مبذول دارد. در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌نمائیم:

۱- اخلاص: اخلاص انجام وظیفه برای رضای خداست و انسانی که وظایف خویش را فقط برای رضای خدا انجام دهد، در زندگی درنخواهد ماند. مشکلات و رنج و سختی کار او را از پا در نخواهد آورد و علاوه بر سود و منافع دنیوی به منافع اخروی نیز دست خواهد یافت و خدا همیشه یار و مددکار او خواهد بود و با هر قدمی که بر می‌دارد یک درجه تعالی معنوی پیدا خواهد کرد.

۲- توکل اعتقاد قلبی: بنا به آیات کریمه قرآن مرض و شفاء در دست پروردگار متعال است و لذا پرستار در تمام شرایط وظایف محوله را با توکل و استعانت از ذات باری تعالی به انجام می‌رساند. لذا پرستار با اعتقاد بر اینکه همه چیز در دست خداست همه تلاش علمی و عملی خود را در انجام وظیفه بکار می‌گیرد و نتیجه و اثر و عاقبت کار را که در دست او نیست به خدا واگذار می‌سازد و با همین خصلت در خویش آرامش قلبی نیز پدید آمده، اضطراب و نگرانی پیدا نمی‌کند. و من یتوکل علی الله فهو حسبه (سوره طلاق - ۳)

۳- امانت و درستکاری: کسی که در بیمارستان یا مراکز بهداشتی و درمانی با پرستار مواجه می‌شود، به علت اعتمادی که به پزشک و پرستار دارد، عزیزترین و ارزنده ترین بخش وجود خود یعنی سلامتی، جان و ناموس خود را به امانت در دست پزشک و پرستار قرار می‌دهد، لذا پرستاران باید به بهترین نحو از این امانت حفاظت و نگهداری نمایند و تمام تلاش خویش را در ادای امانت بکار گیرند. بشر هنگامی که حالت ضعفی به خود می‌گیرد و سوء استفاده‌های شغلی یا رفتاری از خود بروز می‌دهد، در دیدگاه مردم این بدنامی به ضعف سرایت می‌کند یعنی عملکرد هر پرستار معرف مقام معنوی همه پرستاران است.

## فصل ششم: ارتباط حرفه‌ای پرستار با بیمار

ارتباط فرآیندی است که به وسیله آن مردم، تفکر، احساسات و عقاید خود را به هم منتقل می‌کنند. ارتباط ابزاری است که شخص را قادر می‌سازد تا دیگری را بفهمد، بپذیرد و پذیرفته شود، اطلاعات را بفروشد یا بگیرد، تمایلات را بپذیرد یا بدهد و آموزش بدهد یا بیاموز. ارتباط همیشه فرآیندی دوطرفه است، پرستار با بیمار و بیمار با پرستار، ارتباط برقرار می‌کند.

پرستاری، حرفه‌ای کمک رسان است و پرستاران جهت ارتقای سلامتی افراد و حفظ آن در بهترین وضعیت ممکن با پیشگیری از بیماریها، بهبود افراد پس از وقوع حوادث و ابتلاء به بیماری و تطابق آنان با بیماریهای مزمن و بیماریهای مهلک تلاش می‌کنند. ارتباط بین پرستار و بیمار اصلاحاً «ارتباط مفید» نامیده می‌شود. این ارتباط، تعامل بین پرستار و بیمار را دربردارد. در حیطه بهداشتی، این ارتباط درمانی می‌نامند زیرا کلیدی است که کارکنان حرفه‌ای بهداشتی را قادر به ارائه مراقبت به بیمار می‌سازد.

### مشخصات ارتباط درمانی

مشخصات ارتباط درمانی توسط نویسندگان مختلفی مورد تعریف قرار گرفته است. یک جزء اساسی این ارتباط، همدلی است که اغلب به عنوان توانایی احساس بودن به جای شخص دیگر و درک احساسات از دیدگاه دیگران توصیف می‌گردد. از دیدگاه مراقبتی، همدلی به عنوان توانایی یا آمادگی پذیرش بیمار و تمایل ورود به دیدگاه دیگران است. این به آن معنا نیست که پرستار حس خویش و یا محدوده وظایف خود را از دست بدهد بلکه همدلی احساس همدردی برای درک موقعیت و درد دیگران است. همدلی در زمان برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار بوجود می‌آید. به طور مثال زمانی که پرستار به بیمار خود می‌گوید: «احساس شما را از داشتن آزمایشات زیاد درک می‌کنم» یا «از صحبت کردن با جراح خود چه احساسی دارید» گاهی حتی جواب «بله» یا «خیر» نیز می‌تواند همدلی پرستار با بیمار را نشان دهد و فرصتهایی را برای تسهیل ارتباط عمیق و ارتقاء همدلی فراهم آورد. جزء اساسی دیگر در ارتباط درمانی «احترام متقابل» است. ادای احترام به معنای درمان بیمار به عنوان یک انسان است، نه به عنوان یک مورد، شماره تخت، یک تشخیص، یا لیستی از وظایفی که

باید اجرا گردد. درک بیمار به عنوان انسانی منحصر به فرد که برقراری یک ارتباط مراقبتی را مطلبد و احترام به فرد و روش تصمیم‌گیری او ضروری است، البته اینکار در زمانی که فرد بیمار، دارو درمانی و سایر مراقبتها را رد می‌کند همیشه آسان نیست. حساسیت به آداب اجتماعی و فرهنگی بیمار نیز از علایم احترام است. مواردی نظیر موانع فرهنگی بیمار نیز از علایم احترام است. مواردی نظیر موانع فرهنگی و زبان، ایجاد رفتار مراقبتی احترام آمیز، متقابلاً هم پرستار و هم بیمار را دچار مشکل می‌کند. اگر مداخلات پرستاری، نتایج مثبتی را برای بیمار به همراه داشته باشد و ارتباط بین آن دو ارتباط مؤثری باشد، پرستار، انتظار احترام از سوی بیمار خویش را دارد. «صداقت» یا درستی، مشخصه دیگر یک ارتباط مفید است که «اعتماد» را به وجود می‌آورد. پاسخهای غیر ارادی پرستار و عدم پرخاشگری او در ایجاد اعتماد و دوستی سهم به سزایی دارد. تمایلات پرستار برای افشار تصورات و احساسات خود، مدلی برای بیمار خواهد بود تا علایق و اضطرابهای خصوصی خود را برای پرستار افشا کند، اما پرستار هرگز نباید مشکلات شخصی خود را در هنگام مراقبت از بیمار به او تحمیل کند. یکی از نگرانیهای بیماران اینست که پرستار ماهیت حقیقی مشکل او را با صراحت و به وضوح با او در میان بگذارد. در صورتی که پرستار به طور دایم با بیمار خود ارتباط برقرار کند و مشکلات او را بفهمد، پیچیدگیها و ابهامات جای خود را به وضوح و صراحت می‌دهند.

### مراحل ارتباط پرستار و بیمار

مطالعات نشان داده است که روابط بین پرستار و بیمار دارای ۳ مرحله اساسی است: مرحله اول، مرحله معرفی یا آشنایی است. زمانی که پرستار و بیمار همدیگر را شناختند و به یکدیگر اعتماد کردند، مرحله اجرا و سرانجام مرحله پایانی فرا می‌رسد. برخی از نویسندگان این مراحل را به مراحل کوچکتری نیز تقسیم نموده اند و برخی بیش از سه مرحله را عنوان کرده اند اما در هر صورت اجزای آنها با این تقسیم بندی مطابقت دارد.

### مرحله آشنایی

زمانی که صرف آشنایی پرستار و بیمار با یکدیگر شده، اعتماد متقابل بین آنان ایجاد می‌گردد، مرحله آشنایی نامیده می‌شود. در شرایط عادی، معمولاً افراد همچون غریبه‌ها با هم رفتار می‌کنند، اما پرستار معمولاً این مزیت را دارد که قبل از اولین ملاقات اطلاعاتی راجع به بیمار خود به دست آورد. به طور مثال پرستار از پرونده بیمار در درمانگاه می‌تواند اطلاعات لازم را راجع به بیمار کسب نماید یا گزارش شفاهی از پرستاری که مسئول مراقبتهای اولیه او بوده است بگیرد.

پرستار باید در شروع ارتباط ابتکار عمل را بدست گیرد. نحوه برخورد در ملاقات یا برخوردهای متوالی به عهده پرستار است. هم پرستار و هم بیمار باید به وسیله اسم یکدیگر را بشناسند و در طول این مرحله نقشهایشان کاملاً مشخص شود. البته هر دو، عقاید از پیش شکل گرفته شده‌ای را در مورد ماهیت این رابطه دارند. بیمار ممکن است در مورد بیمارستان یا پرستاران عقایدی را از قبل داشته باشند و توسط دوستان و

آشنایان توصیه‌هایی را در مورد مؤسسه بهداشتی یا بیمارستان دریافت کرده باشند. تجارب بستری در بیمارستان یا بودن در سایر مؤسسات بهداشتی بر انتظارات مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنند تأثیر خواهد گذاشت. انتظارات پرستار نیز به وسیله تجربیات بالینی قبلی و دانش از قبل آموخته شده او شکل می‌گیرد. پرستاران باید متوجه این موضوع باشند که ممکن است انتظاراتشان با شرایط بیمار منطبق نباشد. ضروری است که در طول مرحله آشنایی، انتظارات در مورد ماهیت ارتباط کاری بین پرستار و بیمار کامل روشن باشد. برای مثال ممکن است بیمار از پرستار انتظار داشته باشد که همه کارها را در حالی که او در تخت دراز کشیده است انجام بدهد و از طرف دیگر پرستار ممکن است اعتقاد داشته باشد که اگر بیمار هر چه بیشتر مسئولیتهای مراقبت از خود را بر عهده بگیرد به مراتب برای او بهتر است.

آشنا نمودن بیمار با واحد پرستاری، بخشی از مرحله آشنایی است. و در این مرحله معرفی همه افرادی که در مراقبت از بیمار شرکت دارند و نقش هر کدام از آنها بسیار مهم است. گرفتن تاریخچه از بیمار، اولین فرصتی است که به پرستار اجازه شناختن او را می‌دهد در طول این مرحله اعتماد متقابل بوجود آمده، امکانات و محدودیتهای موجود در برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار مشخص می‌گردد.

### مرحله اجرا

مرحله اجرا در فرآیند ارتباط بین پرستار و بیمار، با جمع‌آوری اطلاعات و طرح برنامه مراقبتی همراه با تشریح مساعی با همراه بیمار شروع می‌گردد. تأکید فراوانی بر مسئولیتهای و وظایف بیمار و پرستار و سهم مساوی هر دو طرف در اجرای فرآیند مراقبتی وجود دارد. پرستار و بیمار برای نیل به اهداف متقابلی که مورد توافق قرار گرفته و هر دو در رسیدن به آن نقش دارند، تلاش می‌کنند. بهتر است در شروع مرحله اجرا مسئولیتهایی که هر طرف برای هر جنبه از مراقبت به عهده دارد مشخص گردد.

### عقد قرارداد با بیمار

یک نوع ساختاری از ارتباط بین بیمار و پرستار «عقد قرارداد با بیمار» است. قرارداد بین بیمار و پرستار عبارت است از: توافق بین این دو در مورد نقشها و مسئولیتهایشان است. قرارداد ممکن است به شکلی ساده و به صورت یک توافق شفاهی باشد. برای مثال «من به شما نحوه تنفس عمیق پس از جراحی را آموزش می‌دهم و انتظار دارم که شما این تمرین را ۴ بار در روز انجام دهید». یا ممکن است توافق به صورت نوشته شده باشد و توسط دو طرف امضاء شود (یک عضو خانواده یا فردی از بستگان هم این توافق نامه را امضاء کند و پرستار دیگر و یا سایر کادر درمانی هم حضور داشته باشند).

معمولاً ممکن است بیش از یک پرستار در عقد قرارداد با بیمار شرکت داشته باشند. گاهی پزشک بیمار نیز در طراحی قرارداد شرکت می‌کند. بستگی به ماهیت فعالیت ممکن است دستورات پزشک هم جزو قرارداد باشد. به علاوه قرارداد ممکن است تمامی طرح مراقبتی را شامل شود.

پرستار نقش مهم ایجاد انگیزه را در طول مرحله اجرا بر عهده دارد. پرستار بیمار را به افزایش انجام مراقبت

از خود تشویق می‌کند (فقط آن دسته از مراقبت‌هایی که قادر به انجام آن است) و به بیمار جهت نیل به اهدافی که با هم مشخص کرده اند کمک می‌نماید. بازنگری پیشرفت روزانه و تشویق برای اجرای وظایف مختلفی که به حفظ انگیزه بیمار کمک می‌کند نیز از وظایف پرستار است. خانواده و دوستان می‌توانند جهت ایجاد انگیزه، بیمار را حمایت کرده و او را به سمت اهداف از پیش تعیین شده سوق دهند.

### مرحله پایانی

ارتباط بین پرستار و بیمار زمانی که بیمار مرخص می‌گردد یا پرستار برای سایر مسئولیتها بخش را ترک می‌کند و یا به هر دلیلی، دیگر مسئولیت مراقبت از بیمار را برعهده ندارد پایان می‌پذیرد.

### مدل‌های ارتباطی پرستار و بیمار

مدل، نمایش مختصری از واقعیت است که خصوصیات مهم موضوع را ساده و مشخص می‌کند. مدل‌ها در واقع مهم‌ترین جنبه‌های یک پدیده مشخص را تعیین میکنند.

### مدل روابط پرستار و بیمار نظریه پیلانو

رابطه پرستار و بیمار بر پایه ارزش و وقار نوع بشر است. پرستار به عنوان منبع اطلاعات، در نقش مشاوره، راهنما، مدافع بیمار و جایگزین والدین، خواهر یا فرد دیگر، کاهنده اضطراب و دموکراتیک میباشد. این رابطه بین فردی و درمانی و در مورد مسائل حرفه‌ای بیماران است. عدم تحمیل ارزش‌های پرستار به بیمار از خصوصیات دیگر این مدل میباشد.

بیماری را راهی جهت رسیدن به احساسات و توانمند شدن شخصیت می‌داند. ارتباط پرستار و بیمار نوعی رابطه کمک‌رسانی است. ترکیب تمامی نقش‌ها در جهت یادگیری و رشد بیمار است. بیمار به یک مشارکت‌کننده فعال در مراقبت پرستاری تبدیل می‌شود. یک رابطه دموکراتیک، اعتماد متقابل و احترام بین بیمار و پرستار وجود دارد (شبیبه مدل قراردادی ریچ).

### پرستار به عنوان مدافع

بیمار دارای حقوقی است و چنانچه بیمار قادر به محافظت از خود نباشد باید سایر افراد این کار را انجام دهند. نقش مراقب، محافظ، مدافع بیمار به ویژه زمانی که فرد دیگری وجود نداشته از سوی پرستار لازم الاجرا است.

پرستار خود را مساوی با بیمار قلمداد میکند و به عنوان فردی با احساسات نه شخصی که احساسات خود را قدرت مدارانه به بیمار تحمیل میکند قلمداد می‌شود. در این نقش، پرستار هرگز احترام به خودمختاری بیمار را نادیده نمی‌گیرد. پرستار در جهت محافظت از بیمار و به منظور حفظ سلامت وی از منافع او حمایت می‌کند.

## الگوهای دفاع از بیماران

- الگوی قانون شکنی‌های اجتماعی

توسط آبرامز مطرح گردید و تصدیق می‌کند حمایت از بیمار ممکن است با قوانین حاکم مغایر باشد. پرستار دست به مخاطره می‌زند و پیامدهای کار خود را می‌پذیرد. ممکن است امنیت شغلی پرستار به مخاطره بیافتد.  
- الگوی مبارز

پرستار به عنوان یک جنگجو بر ضد سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی عمل میکند.  
الگوی مبارز و قانون شکنی اجتماعی نقص دارد زیرا هردو دشمن، مخالف یا مشکل را در محلی نادرست و میان افرادی نادرست می‌یابد. اشکال از پرستار نیست بلکه حقوق بیمار از جانب یک سیستم نادیده گرفته می‌شود و بیمار نمی‌تواند در مراقبت‌های خود مشارکت فعالانه داشته باشد.

- الگوی حامی و عضوی از تیم بهداشتی درمانی

پرستار دارای یک جایگاه حرفه‌ای است. این دیدگاه به پرستار جایگاهی برای حمایت از بیماران می‌بخشد. این الگو به دو الگوی قبل برتری دارد.

## مدل‌های ارتباطی پزشکان و بیماران

در رابطه پزشک و بیمار دو مدل اصلی وجود دارد:

### مدل سزار هولاندر

خود شامل سه مدل زیر میباشد:

مدل فعالیت - انفعال

مدل هدایت - همکاری

مدل مشارکت دوگانه

### مدل فعالیت - انفعال

نوعی تقابل را نشان می‌دهد که پزشک فعال و بیمار غیر فعال است. نگاه پزشک سالارانه به پزشک دارد. مناسب در نوزادان، بیماران بیهوش، بیماران که در وضعیت اورژانسی قرار دارند. در این مدل از احساس قدرت پزشک حمایت میشود.

### مدل هدایت - همکاری

اساس بیشتر اعمال پزشکی برپایه این مدل میباشد. پزشک هدایت را در قالب درمان ارائه می‌کند و بیمار با پیروی از دستورات پزشک با او همکاری می‌کند. پزشک می‌داند چه چیز بهترین است و منافع بیمار را حفظ می‌کند و بیمار باید موافق وی باشد. در این مدل نگاه پزشک سالارانه با شدت کمتری وجود دارد.

### مدل مشارکت دوگانه

در این مدل تساوی میان انسان‌ها از ارزش بالایی برخوردار است. مشارکت کنندگان دارای توانایی تقریبی مساوی هستند، به یکدیگر نیاز دارند. این مدل تجربه‌ی بیمار را عامل مهمی در مراقبت از خود می‌داند. نقش

پزشک کمک به بیماران است تا آنها به خودشان کمک کنند. مناسب در بیماران تحصیل کرده بوده. رابطه پزشک و بیمار شبیه روابط درحال تغییر والدین با رشد فرزند است. این مدل نقش در خودمختاری بیمار دارد.

### مدل رابرت ویچ

مدل رابرت ویچ خود شامل چهار مدل می‌باشد:

- مدل مهندسی
- مدل مذهبی
- مدل دانشگاهی
- مدل قراردادی

### مدل مهندسی

امکان هرگونه ارتباط فاقد ارزش بین علم و پزشکی را رد می‌کند. انتخاب باید از میان حقایق، مشاهده‌ها، طرح‌های تحقیقاتی، نتایج آماری صورت بگیرد. در پزشکی که برخلاف مهندسی نمی‌توان ارزش‌ها را به نفع توصیه‌های تکنیکی برای انسان حذف کرد، این انتخاب صورت می‌گیرد. کناره‌گیری اخلاقی پزشک در این مدل دیده میشود.

### مدل مذهبی

پزشک موفقیت را از نظر اخلاقی بررسی و به بیمار بگوید در شرایط خاص چگونه عمل کند. مبتنی بر اصل «زبان نرسانید» بیمار تصمیم نمی‌گیرد در عوض پزشک آزادانه عمل می‌کند. مثلاً اجازه نمیدهد اشخاص بر اساس اعتقادات مذهبی از تزریق خون امتناع کنند. کناره‌گیری اخلاقی بیمار در این مدل وجود دارد.

### مدل دانشگاهی

در این مدل، پزشک و بیمار همکاری هستند که هدف مشترک آنان رفع بیماری و حفظ سلامت است. اعتماد و اطمینان نقش اساسی در این مدل دارد.

### مدل قراردادی

افراد مشارکت کننده یکسانند و دارای انتظارات، تعهدات و منافع در قبال یکدیگرند. این مدل متعهد به اصول اخلاقی میباشد.

کنترل نهایی بیمار بر سرنوشت خود وجود دارد. برای بیمار امکان انتخاب آزاد را ایجاد و به وی اجازه می‌دهد در مورد درمانش تصمیم بگیرد.

مزایای این مدل پرهیز از کناره‌گیری اخلاقی پزشک و بیمار در مدل مهندسی و مذهبی بوده و تساوی کاذب مدل دانشگاهی را ندارد.

### اصول برقراری ارتباط موثر پرستار با بیمار

در اینجا چند مورد از اقداماتی که بعنوان پرستار در برقراری ارتباط موثر با بیمار می‌توانید بکار گیرید آورده شده است:

- سعی کنید موقعیت مددجو را درک کنید: خودتان یا یکی از اعضای خانواده تان را به جای بیمار تصور کنید و از خود بپرسید دوست دارید چگونه با شما رفتار کنند.

- به اعتقادات و احساسات مددجو احترام بگذارید: آموزش دهنده لازم است دیدگاه‌های طرف مقابل را بشناسد و به آن‌ها احترام بگذارد. برای احترام به دیدگاه‌های دیگران لازم نیست دیدگاه خودمان را کنار بگذاریم بلکه تفاوت‌ها را می‌توان پذیرفت و در برقراری ارتباط به آن‌ها توجه داشت.

- از پیشداوری و برچسب زدن به مددجو پرهیز کنید: وجود پیشداوری شما را از شناخت صحیح مشکلات، نگرش‌ها و احساسات واقعی مددجو/خانواده باز می‌دارد و پیشبرد ارتباط برای رسیدن به تغییرات مورد انتظار را با مانع روبرو می‌سازد.

- خودتان را مسئول احساسات و رفتار خود بدانید: اگرچه رفتار دیگران بر احساس ما تأثیر می‌گذارد اما باید توجه داشته باشیم که این خود ما هستیم که نوع احساسمان را تعیین می‌کنیم. ارتباط گران مؤثر کسانی هستند که خودشان مسئول و نه دیگران را مسئول وقایع درونی خود می‌دانند. به عبارت دیگر از زبانی استفاده می‌کنند که به جای «تو» بر «من» تأکید دارد. زبان «تو» می‌گوید: تو مرا ناامید می‌کنی. اما زبان «من» می‌گوید: وقتی به حرف‌هایم گوش نمی‌دهی، احساس ناامیدی می‌کنم. به یاد داشته باشیم که خود ما موجب بروز احساساتمان می‌شویم و دیگران مسئول واکنش‌های ما نیستند.

رعایت نکات زیر به شما در برقراری یک ارتباط کلامی موفق کمک می‌کند:

- مددجو را با نام خطاب کنید: به کار بردن نام مددجو در ابتدای صحبت موجب جلب توجه به محتوای کلام و واکنش به آن می‌شود.

- شمرده و واضح صحبت کنید: شمرده صحبت کردن درک و دریافت مددجو را آسان می‌کند.

- دوستانه و با محبت صحبت کنید: لحنی آرام و با محبت داشته باشید. به این ترتیب مددجو با آرامش و اعتماد به نفس بیشتری در آموزش مشارکت خواهد کرد.

- با مددجو به عنوان فرد مستقل و با اختیار صحبت کنید: به جای این‌که به مددجو بگویید چه کار باید انجام دهد، از او درخواست یا به او توصیه کنید.

- در یک فرصت آموزشی بر موضوعات همگن تمرکز کنید: تغییر سریع موضوع و حجم زیاد اطلاعات موجب گیجی، سردرگمی و پرشدن ظرفیت ذهنی مخاطب می‌شود.

- از مجادله پرهیز کنید: به یاد داشته باشید که نقش شما کمک به برآوردن نیازهای مددجوست. به جای

بحث و جدل برای اثبات و درستی اقدامات و اطلاعات به برآوردن نیاز او تمرکز کنید.

- سطح سواد و زمینه اجتماعی فرهنگی مددجو را در نظر بگیرید: در انتخاب کلمات سطح تحصیلات بیمار را در نظر داشته باشید. از کلمات ساده با تعداد سیلاب کمتر استفاده کنید. استفاده از کلمات فنی و تخصصی می‌تواند موجب اختلال در درک مددجو شود. برای مثال در آموزش مدجوی کم سواد به جای واژه "آنتی بیوتیک" می‌توانید از واژه "چرک خشک کن" استفاده کنید.

### - نقش رفتارهای غیر کلامی در ارتباط با مددجو

۱- وضعیت و حرکات بدن: وضعیت و حرکات بدنی انسان‌ها معرف خلق و خو و احساسات آن‌هاست. علاوه بر این وضعیت بدن و چهره نشانگر آن است که آیا تمایلی به تعامل و ارتباط دارد یا نه. برای نمونه انسان‌ها معمولاً با اخم کردن، مخالفت و اکراه خود را برای تعامل ابراز می‌دارند و سلاسه سلاسه راه رفتن بی تفاوت بودن را نشان می‌دهد.

۲- تماس بدنی: استفاده از لمس نیز در ارتباط معانی مختلفی دارد مثلاً گرفتن دست طرف مقابل به منظور ابراز محبت یا همدردی، دست گذاشتن بر شانه فرد برای انتقال حس صمیمیت، گذاشتن دست بر پشت فرد به معنای حمایت از اوست. البته این معانی تا حد زیادی می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و ارزش‌های مورد قبول هر جامعه قرار گیرد.

۳- مجاورت مکانی: به طور کلی زمانی که افراد از نظر ارتفاع در یک سطح قرار می‌گیرند، ارتباط راحت‌تر برقرار می‌شود. مثلاً با یک بیمار بستری بهتر است در حالت نشسته گفتگو کرد و با یک کودک در حالت هم قامت صحبت کرد. هر فرهنگی از نظر میزان نزدیک شدن و فاصله گرفتن با افراد هنجارهایی دارد. اگرچه نزدیک شدن به همدیگر نشانه صمیمیت و اعتماد است اما باید توجه داشت که معمولاً هر فرد برای خود یک حریم خصوصی قابل است که وارد شدن دیگران به آن احساس ناراحتی در فرد به وجود می‌آورد.

۴- تماس چشمی: الگوهای تماس چشمی نیز محصول ارزش‌های فرهنگی است. در آمریکای شمالی نگاه کردن به چشم همدیگر عملی مناسب و نشانه صداقت است. اما در بسیاری از کشورهای آسیایی و شمال اروپا خیره شدن به چشمان دیگران عملی غیر مؤدبانه است. به طور کلی وقتی به دیگران نگاه می‌کنیم و سرمان را به طرف جلو متمایل می‌کنیم احساس توجه به طرف مقابل را منتقل می‌کنیم و وقتی به اطراف نگاه می‌کنیم و در حین صحبت با وسایل خود را مشغول می‌کنیم بی‌حوصلگی خود را نشان می‌دهیم. اگر چه تماس چشمی به طور کلی نشان دهنده پاسخ به ارتباط است اما برخی افراد در حین دقت در طی گوش دادن به حرف‌های طرف مقابل به چهره او نگاه نمی‌کنند. پس نمی‌توان گفت چون به او نگاه نمی‌کنند، به او توجه نشان نمی‌دهند.

۵- پیرازبان: پیرازبان عبارت است از ارتباط صوتی بدون استفاده از کلمات. پیرازبان شامل نحوه تلفظ کلمات و لحن ادای جملات است. با استفاده از لحنی که به اصوات می‌دهیم دیگران سخنان ما را به عنوان شوخی، تهدید و یا پرسش تلقی می‌کنند. یک لحن تمسخرآمیز یا لحنی که توأم با زخم زبان است بیش از کلمات تحقیر یا نفرت را نشان می‌دهد. بر عکس یک لحن گرم حاکی از احساس محبت و علاقه است.

## ارتباط غیر کلامی از طریق چهار اصل زیر بر تعاملات انسانی تأثیر می‌گذارد:

### ۱- ارتباط غیر کلامی مکمل یا جایگزین ارتباط کلامی می‌باشد.

رفتار غیر کلامی می‌تواند تأیید کننده و تکرار کننده پیام کلامی باشد. مثلاً در حالی که کلمه «بله» را بر زبان می‌آورید به طور همزمان سر خود را به علامت تصدیق تکان می‌دهید. گاهی اوقات رفتار غیر کلامی موجب مشخص‌تر شدن ارتباط کلامی می‌شود مثلاً برای تأکید بیشتر بر سخنان خویش می‌توانید تون صدا را بلندتر کنید. بسیاری از اوقات رفتار غیر کلامی تکمیل کننده کلمات است مثلاً در حالی که به مددجو می‌گویید «نگرانی تو را درک می‌کنم» دست‌های او را در دست خود می‌فشارید. گاهی اوقات رفتار غیر کلامی جایگزین کلمات می‌شود مثلاً برای رد کردن یک پیشنهاد سر خود را برمی‌گردانید.

### ۲- ارتباط غیر کلامی تعامل را تنظیم می‌کند.

رفتارهای غیر کلامی اغلب به طور ناخودآگاه جریان تعامل را تنظیم می‌کنند مثلاً با بلند نگاه داشتن صدا و سرعت کلمات جلوی قطع شدن حرف‌های خود را می‌گیریم یا پس از طرح سؤال با مستقیم نگاه کردن به فرد از او درخواست می‌کنیم تا جواب دهد.

### ۳- ارتباط غیر کلامی برخی معانی ارتباط را منتقل می‌کند.

ارتباط غیر کلامی بیش از پیام‌های کلامی احساسات و معنای موجود در روابط را بیان می‌کند. یک جنبه معنای ارتباط ابراز تمایل به ارتباط است. معمولاً مردم برای ابراز علاقه به ارتباط نگاه خود را به طرف مقابل ادامه می‌دهند و بدن خود را در موقعیت توجه به طرف مقابل قرار می‌دهند. جنبه دوم معنای ارتباطی علاقه است. رفتارهای غیر کلامی غالباً میزان مثبت یا منفی بودن احساس ما را نسبت به دیگران نشان می‌دهد. لبخندها و لمس کردن دوستانه معرف احساس مثبت و اخم کردن و درهم بردن چهره نشان دهنده احساس منفی است.

سومین جنبه معنای ارتباطی قدرت است. انسان‌ها برای نشان دادن قدرت از رفتارهای غیر کلامی استفاده می‌کنند. یک شکل اعمال قدرت غیر کلامی صحبت نکردن با دیگران است و شکل افراطی‌تر آن خشونت و بی‌احترامی به دیگران است که معرف سلطه‌جویی فرد می‌باشد.

### ۴- ارتباط غیر کلامی نشان دهنده ارزش‌های فرهنگی است.

بسیاری از رفتارهای غیر کلامی مانند تماس بدنی، لمس کردن و تماس چشمی در ارتباطات به ارزش‌های فرهنگی مربوط می‌شود. هر فرهنگی برای شکل و ظاهر آدم‌ها الگوهایی دارد. در برخی از فرهنگ‌ها نشان دادن ابراز احساسات منفی به دیگران عملی گستاخانه و ناپسند به شمار می‌آید در حالی که در فرهنگ دیگر این عمل محدودیت ندارد.

## فصل هفتم: قوانین و مقررات حرفه‌ای در پرستاری

### قوانین حرفه‌ای

قوانین حرفه‌ای مجموعه‌ای از ضوابط و اصول محسوب می‌شود که از طریق آن انتظار می‌رود اعضا مسئولیت حرفه‌ای خود را به جامعه نشان دهند. این قوانین ابزار خود تنظیمی، راهنمایی افراد و مسئولیت در پاسخ به نیازهای اجتماع و صلاحیت دست اندرکاران مجرب محسوب می‌شود.

بیانیه‌ی قوانین پرستاری به عنوان مبنا در موقعیت‌های حرفه‌ای به چهار روش عمل می‌کند.

- نشان می‌دهد که از پرستاران انتظار می‌رود اطمینان و مسئولیت خود نسبت به جامعه را درک کنند
- راهنمایی‌هایی را برای هدایت حرفه و روابط حرفه‌ای به عنوان اساسی در کار اخلاقی فراهم می‌کند
- رابطه پرستار با بیمار در حرفه پرستاری به عنوان مدافع بیمار و در جامعه به عنوان نماینده مراقبت‌های بهداشتی درمانی مشخص می‌کند.
- ابزار خودتنظیمی را برای حرفه فراهم می‌کند.

### شروط اختصاصی قوانین پرستاری

۱. پرستار که خدمات را با احترام، وقار و شان انسانی و عدالت به بیماران ارائه می‌کند نباید تحت تاثیر موقعیت اجتماعی، اعتقادهای فرعی و یا مشکل قرار گیرد. پرستار با پذیرش بیمار به عنوان فرد بیگانه که دارای منافع و احترام است به این اصل عمل می‌کند زیرا این اصل را در نظر می‌گیرد که احترام به دیگران تحت تاثیر وضعیت اجتماعی، اقتصادی و دیدگاه‌های فردی قرار ندارد.

پرستار معتقد است که حق بیمار باید به صورت کامل در مراقبت از او منظور شود. هر فرد دارای حق اخلاقی جهت تصمیم‌گیری است که توأم با حق کسب اطلاعات لازم در تصمیم‌گیری نیز هست و میتواند بر این اساس درمان را بپذیرد، خاتمه دهد یا رد کند.

۲. پرستار با حفظ عادلانه اطلاعات، از حقوق محرمانه بیمار حمایت می‌کند. پرستار در قبال حق محرمانیت بیمار بر اساس اصل اخلاقی احترام به وقار و شان انسانی متعهد است.

انتظار می‌رود که اطلاعات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت و حتی کیفیت خدمات بیمه محرمانه باقی بماند. در تحقیقات نیز باید اصل محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شود.

۳. پرستار جهت حفاظت از بیمار و جامعه عمل میکند، درحالی که مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌توانند تحت تاثیر هرگونه عملکرد غیرمنصفانه، غیراخلاقی و یا غیرقانونی قرار گیرد.

نقش مدافع پرستار به عنوان فردی تعریف می‌شود که مسئول اصلی مراقبت از بیمار و امنیت اوست... انتظار می‌رود پرستار از اعمال دست اندرکاران تیم مراقبت بهداشتی یا سیستم غیر اخلاقی و بدون صلاحیت یا غیر قانونی که برخلاف تامین منافع بیمار عمل می‌کند آگاهی داشته باشد تا بتواند گزارش کند.

۴. پرستار در مورد هر یک از قضاوت‌ها و اعمال پرستاری مسئولیت می‌پذیرد و به عنوان یک فرد آگاه مسئول کیفیت، اثربخشی و سودمندی مراقبت پرستاری ارائه شده است و از این لحاظ بازخواست می‌شود.

پرستار از نظر آنچه که برای بیمار و حرفه پرستاری انجام میدهد قابل بازخواست است و تمامی مسئولیت‌های قانونی را در بردارد. پرستار مسئول هرگونه عملی است که انجام داده یا قادر به انجام آن نبوده است.

۵. پرستار در پرستاری با صلاحیت باقی می‌ماند. انتظار می‌رود پرستاران بدانند که چه می‌کنند و با صلاحیت باقی بمانند و از اطلاعات جدید آگاهی داشته باشند. مراقبت‌های پرستاری باید بر مبنای آگاهی از نظریه‌ها و مفاهیم جدید پرستاری، شناخت داروهای جدید و تکنیک‌های جدید باشد.

۶. پرستار باید آگاهانه قضاوت کند و صلاحیت و قابلیت‌های فردی را به عنوان معیارهای مراقبت پرستاری به کار گیرد.

صلاحیت شخصی و دانسته‌های پرستار بایستی قبل از آنکه او برای اعمال پرستاری و اقدامات پزشکی پذیرفته شود مورد ارزیابی قرار گیرد. هر پرستاری که از صلاحیت کارکنان تحت امرش مطمئن نباشد مسئولیت دارد و باید مانع کارکرد آنان شود.

۷. پرستار باید در فعالیتهایی شرکت کند که در تکامل دانش حرفه‌ی پرستاری موثر باشد. جهت گسترش دانش هر حرفه، تحقیقات برنامه ریزی شده لازم است. دانش و آگاهی باید نمایانگر حقیقت، اعتقادات و مبتنی بر شواهد کافی باشد.

رعایت حقوق نمونه‌های انسانی در زمینه رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات، وقار و شان انسانی اطمینان حاصل شود و از خطرات احتمالی پیشگیری شود. نمونه‌ها باید حق خاتمه دادن به شرکت در تحقیق را در هر زمان دارا باشند.

۸. پرستار در تلاش حرفه‌ای جهت بهبود استانداردهای پرستاری مشارکت می‌کند. صلاحیت پرستاری عبارت است از مجموعه‌ای از مهارت‌ها، موفقیت در تحصیلات دانشگاهی، مسئولیت‌های مشخص و تعهد به بهبود کار پرستاری در جهت منافع دیگران. پس تمامی پرستاران باید مشارکت فعال داشته باشند.

۹. پرستار در تلاش حرفه‌ای به منظور تشخیص و تداوم شرایط شغلی لازم در تحقق کیفیت بالای مراقبت پرستاری، مشارکت می‌کند. شرایط اقتصادی و برخورداری از سلامت، عوامل مهمی هستند که سبب می‌شوند پرستاران با قابلیت در حد مطلوب کار کنند. حمایت از حقوق پرستاران جهت شرکت در تعیین شرایط عملکرد

شغلی برای دسترسی به کیفیت بالای کار پرستاری اهمیت دارد.

۱۰. پرستار باید جهت حفاظت جامعه از کسب اطلاعات نادرست و دریافت تصویر نامناسب از پرستاری خودداری کند

پرستار حق ندارد محصولات تجاری را آگهی کند یا آنها را بفروشد چون سبب افت عنوان در کل حرفه محسوب شود.

پرستاران باید به بیماران بر علیه استفاده از محصولات خطرناک اطلاعات دهد.

۱۱. پرستار باید با سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی در ارتقای سلامت و تامین نیازهای بهداشتی درمانی مشارکت کند. انتظار می‌رود که روابط این حرفه با سایر مشاغل، مشارکتی و حمایتی باشد. از آنجا که پرستاران به تمام مردم خدمت می‌کنند حق دارند در تمامی بحث‌ها و تصمیم‌گیری‌های مربوط به کیفیت، کمیت و توزیع مراقبت‌های بهداشتی درمانی و خدمات پرستاری اظهار نظر کنند.

### قوانین مربوط به اجرای دستورات پزشک:

پرستاران مسئول قانونی اجرای دستورات پزشک جهت بیمار هستند مگر آنکه اجرای دستوری موجب بروز صدمه در بیمار گردد.

خطوط راهنما در زمان اجرای دستورات به شرح زیر می‌باشد:

۱ - کلیه دستورات پزشک را کتبا دریافت کنید.

۲ - دستورات شفاهی و تلفنی باید در عرض ۲۴ ساعت به امضاء رسانیده شود.

### هنگام دستورات تلفنی رعایت نکات زیر موجب کاهش خطا می‌شود:

الف) محدودیت دستورات تلفنی مگر در مواقع اورژانس که چاره‌ای دیگر وجود ندارد.

ب) تعیین پرستار دریافت کننده دستورات تلفنی (مثل فردی که سابقه آموزشی و تجربی بیشتر دارد)

ج) تکرار دستور تلفنی برای پزشک به منظور تایید مجدد.

د) دستور، تاریخ و ساعت آن، شرایط نیازمند دستور.

ه) زمانیکه دستور سؤال برانگیز باشد دستور توسط دو پرستار شنیده شود و به امضاء هر دو رسانده شود.

۳ - موارد زیر را از پزشک سؤال کنید:

الف) دستورات مبهم

ب) متناقض با اقدامات معمول (مثل افزایش غیر طبیعی دوز دارویی)

ج) متناقض با شرایط موجود بیمار (مثل، بهبود شرایط بیمار و عدم نیاز به درمانهای شدید)

۴ - کنترل مجدد هر دستور مورد سؤال بیمار، از اقدامات مفید پرستار است.

۵ - گزارش نویسی دقیق یک محافظ سرنوشت ساز قانونی برای پرستار است. گزارش باید به صورت

واقعی، دقیق، صحیح، کامل و بهموقع ثبت شود. فرض قانون آن است که اگر مواردی ثبت نشده باشد پس

انجام داده نشده است. این موارد حتی فعالیت‌های معمول، مثل کنترل علائم حیاتی تا تغییر وضعیت بیمار و تضمین ایمنی بیمار را نیز در بر می‌گیرد و پرستار باید گزارشی جامع از هر مشکل بیمار که در نوبت کاری خود با آن برخورد نموده بنویسید.

### رعایت اصول اخلاقی در کسب رضایت

اخذ رضایت از بیمار سه جزء دارد:

#### ۱) ارائه اطلاعات (آشکار سازی):

در اختیار قرار دادن اطلاعات توسط پزشک و فهم آن توسط بیمار

#### اجزای آشکار سازی:

- توضیح دادن درمان و اثرات قابل انتظار آن (مثل مدت بستری، مدت بهبودی، باقی ماندن اسکار)
- توضیح راجع به سایر روش‌های درمان و منافع و مضرات آن
- گفتن عوارض سرپیچی از درمان
- دادن زمان مناسب برای پرسش و پاسخ
- ممکن است چندین جلسه گفتگو نیاز باشد.
- ارتباط با بیمار باید موثر و کارا باشد تا بیمار تشویق به طرح مشکلات خود شود.
- بیمار باید تاثیر درمان انتخاب شده را بر روی شغل، درآمد، زندگی خانوادگی.... بداند.
- تصمیم‌گیری در بعضی فرهنگها فردی و برخی موارد خانواده محور است (بیمار در جهت مشارکت خانواده در اخذ رضایت تشویق شود).

#### ۲) ظرفیت تصمیم‌گیری:

تعریف: توانایی بیمار برای درک اطلاعات مربوط به تصمیم‌گیری درمانی و فهم نتایج تصمیم‌گیری یا عدم تصمیم‌گیری.

ممکن است بیمار ظرفیت برای یک تصمیم را داشته باشد ولی برای مورد دیگر را نه.

گاه ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری لازم می‌شود: ارزیابی شناختی

باید از ارائه اطلاعات به نحو موثر مطمئن شد

ظرفیت به مرور زمان تغییر میکند (مثلاً یک هذیان موقت)

#### ۳) تصمیم‌گیری داوطلبانه :

حق بیمار در تصمیم‌گیری آزادانه بدون فشار و اجبار و یا فریب

تصمیم‌گیری داوطلبانه به معنی حق بیمار در انتخاب آزادانه درمان، فارغ از هرگونه تاثیر عوامل داخلی

خارجی است.

عوامل داخلی مثل درد

عوامل خارجی مثل

- اجبار : تهدید بیمار به ترخیص در صورت عدم انجام آزمایش

- فریب: بازی دادن عبارتست از دستکاری یا حذف عمدی اطلاعات به منظور وادار کردن بیمار به قبول

درمان خاص.

- ترغیب : با در نظر گرفتن دلایل بیمار، او را به انجام یک توصیه درمانی متقاعد کرد.

نباید در ابراز رضایت، شکست یا خستگی یا از بین رفتن اراده در بیمار استنباط شود.

نباید بلافاصله قبل از یک اقدام بزرگ و مشکل ساز اخذ رضایت شود (روی تخت جراحی).

موارد خاص شروع درمان علیرغم رضایت بیمار:

بیماری مسری که فرد غیر مسئولانه برخورد می‌کند

احتمال آسیب به خود یا دیگران

### وضعیت‌های اورژانس

در مواردی که استفاده از زور برای پزشک مجاز است باید از تکنیک‌های با حداقل محدودیت استفاده نمود

مثال: خطر آنی بیمار برای خود یا دیگران: تحت نظر داشتن در یک محیط مراقبت شده به جای بستن بیمار

پرت شدن بیمار مسن از تخت بدلیل دلیریوم: انتقال وی به زمین به جای محدودیت فیزیکی

به حداقل رساندن اجبار در مراکز بیماران روانی از طریق تشویق به دخالت دادن خانواده

بخش مهمی از مسایل قانونی که تیم درمان بخصوص پرستاران با آن روزانه مواجه می‌شوند مسایل مربوط

به اخذ رضایت و مواردی است که میتواند در صورت عدم انجام ملزومات قانونی بارتقونی برای پرستاران ایجاد

نماید. بنابراین در این قسمت در مورد ماهیت رضایت نامه و انواع آن توضیحاتی ارائه می‌گردد:

با ورود بیمار به بیمارستان، اجازه نامه‌های مختلفی از وی و همراهیان وی اخذ می‌گردد. رضایتنامه، مدرکی

است که بیمار قبل از تن دادن به هر گونه اقدام درمانی، از کلیه خطرات عمل، راههای درمانی و جایگزین

و خطرات آن توسط پزشک معالج آگاهی پیدا می‌کند. رضایت نامه بعنوان یک سند قانونی شناخته شده، لذا دقت

در مفاد آن و رعایت نکات قانونی آن بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

با توجه به اهمیت رضایت نامه‌ها در دفاع از حقوق بیمار، پزشک و بیمارستان در مراجع قضایی و قانونی،

آگاهی کادر درمانی از قوانین و مقررات مربوط به جنبه‌های قانونی رضایت نامه، آنان را در تامین این مهم یاری

می‌رساند. از آن جاکه رضایتنامه گرفته شده از بیماران در حکم یک سند رسمی محسوب می‌گردد هدف از

اخذ و نگهداری آن کمک به حل و فصل دعاوی احتمالی بین بیمار و کادر درمانی است بنابراین طبیعی است

که نحوه تنظیم و اخذ رضایت از بیماران باید تابع شرایط و ضوابط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد یعنی هم فرد

گیرنده رضایت؛ باید دارای شرایطی خاص و مختص باشد و هم بیمار باید از محتوای رضایت نامه آگاهی کامل

داشته باشد. فرم رضایتنامه باید در قسمت پذیرش توسط بیمار یا ولی/قیم بیمار پر شود. مسئولین پذیرش باید به نمایندگی از سوی پزشک مداوا کننده و بیمارستان، از مریض یا بستگان نزدیک او، جهت انجام اقدامات درمانی مجوزهای مناسب را اخذ نمایند. زمانی که این فرم توسط بیمار یا نماینده وی در زمان پذیرش امضا می‌شود، مدرکی از رضایت بیمار برای دریافت خدمات و اقدامات درمانی فراهم می‌کند.

آنچه باید در زمان اخذ رضایتنامه مورد توجه پزشک، پرستار و یا واحد پذیرش بیمارستان باشد، این است که بیمار با آگاهی نسبت به مفاد و محتوای اجازه نامه باید اقدام به تایید آن نماید. به عبارت دیگر آگاهی فرد امضاءکننده هر سند از محتوای آن جزو اصول تنظیم اسناد رسمی بوده و مسئولین امر برای جلوگیری از خدشه دار شدن رضایت نامه موظف به رعایت شرایط تنظیم اسناد رسمی کشور هستند و قانون گذار تنظیم کنندگان رضایت نامه‌ها را موظف نموده که پس از اطمینان لازم در خصوص آگاهی بیمار از مفاد رضایتنامه اقدام به دریافت رضایت و تایید آن نماید؛ بنابراین آگاهی پرسنل بهداشتی و درمانی از قوانین و جنبه‌های قانونی رضایت نامه، بسیار ضروری است و آگاهی آنها از قوانین موجود در این زمینه از بالاترین کیفی آنها در برخی موقعیتها می‌کاهد و آنها را در مقابل دعوای قانونی حفظ می‌کند.

از لحاظ مدارک پزشکی رضایتنامه باید در وهله اول توسط خود بیمار بمعنای فهم مطالب تکمیل شود. در رضایت نامه باید نام و نام خانوادگی و نام پدر و شماره شناسنامه و محل صدور و همچنین مشخصات رضایت دهنده خود بیمار و یا فرد دیگر ذکر شود. رضایت نامه باید به امضا خود بیمار یا افراد رضایت دهنده برسد امضاء شامل نام و نام خانوادگی و ذکر تاریخ و ساعت است و ارجح تر اثر انگشت از انگشت سیاه دست است. بهتر است موضوع نوع بیماری و یا نوع اقدام که قرار است انجام شود، بطور خلاصه ذکر شود

## انواع رضایت نامه

اگر چه فقط رسم است که در اعمال جراحی و انجام بیهوشی‌ها و موارد دیگر نظیر آن رضایت از بیمار یا ولی او اخذ گردد، ولی در سایر معاینات و اقدامات پزشکی نیز رضایت بیمار لازم و حتمی است این رضایت بیشتر ضمنی یا تلویحی است بدین معنی که وقتی بیمار به مطبی مراجعه و با پرداخت حق ویزیت پزشک برای درمان در انتظار نوبت می‌نشیند تلویحاً رضایت به معاینه بدنی خود داده است و در ضمن معاینه بیمار، پزشک جهت تشخیص افتراقی درد نیاز به معاینه سایر دستگاههای بدن دارد که در این موارد با رضایت از بیمار اقدام به معاینه می‌کند که این نوع رضایت را رضایت ابرازی یا اظهاری می‌نامند. در مواردی که رضایت ابرازی-کتبی برای انجام یک عمل جراحی لازم است بایستی نوع عمل و نحوه بیهوشی و مدت تقریبی بستری شدن و نقاهت و خطرات و عوارض احتمالی برای بیمار یا همراهان او شرح داده شود و در صورت ابراز رضایت بیمار از وی کتباً رضایت حاصل گردد که این امر خوشبختانه امروز در تمام بیمارستانها رایج است.

## انواع رضایت نامه از دیدگاه مدارک پزشکی

### ۱- رضایت نامه معالجه و عمل جراحی

مسئولیت اصلی تفهیم رضایت نامه معالجه و عمل جراحی با پزشک معالج می‌باشد، زیرا طبق حقوق بیمار، پزشک معالج بیمار باید در ارتباط با روش درمان و درصد خطر پذیری، ریسک درمان و...، اطلاعاتی به بیمار بدهد، اما این رضایتنامه بطور رسمی در زمان پذیرش بیمار و ورود او به سیستم درمانی توسط پرسنل واحد پذیرش بیمارستانها تنظیم و به امضاء می‌رسد.

### ۲- رضایت نامه ترخیص با میل شخصی

همانطوری که می‌دانیم بیمار در انتخاب پزشک، بیمارستان و خاتمه دادن به درمان خود در زمان بستری، در صورتیکه ترخیص او مضر به حال افراد و سلامت جامعه نباشد، مختار است. بنابراین بیمار بستری در هر زمان و مرحله از فرایند درمانش به هر دلیلی، در صورت تقبل کتبی مسایل و مشکلات ناشی از ترخیص با میل شخصی می‌تواند از پزشک معالج و کادر پرستاری خودش درخواست ترخیص موقت و یا دائم نماید و پس از تسویه حساب و پرداخت وجوه خدمات ارائه شده، از بیمارستان مرخص گردد.

در زمان چنین درخواستی از طرف بیمار معمولاً پزشک معالج و پرستار مربوطه خطرات ناشی از این تقاضا را به آگاهی بیمار می‌رسانند و در صورتی که بیمار متقاعد نشد و بر اجرای درخواست خود اصرار ورزید، با ثبت توصیه‌ها در برگ دستورات پزشک و حتی گزارش پرستاری و با اخذ رضایت نامه کتبی از بیمار تمهیدات لازم برای ترخیص وی انجام می‌گیرد و در این صورت مسئولیتی متوجه پزشک معالج و کادر پرستاری بخش مربوطه نخواهد بود.

همانطوری که ملاحظه می‌شود، این رضایت نامه به تناسب نیاز و براساس درخواست و میل بیمار در داخل بخش درمانی و توسط کادر درمانی تنظیم و اخذ می‌گردد و لازم است که در خصوص رضایت نامه گرفتن و رعایت شرایط تنظیم این سند رسمی، کادر پرستاری نیز آموزش لازم را دیده باشند. لازم به ذکر است فرم رضایت شخصی در دو نسخه تکمیل می‌گردد.

### ۳- اجازه قطع عضو

زمانی که پزشک معالج بیمار در تداوم درمان، تصمیم به قطع یکی از اعضای بدن او را می‌گیرد، این اجازه نامه تنظیم و اخذ می‌گردد. بنابراین این رضایتنامه در داخل بخش و توسط کادر پرستاری اخذ خواهد شد. در خصوص متقاعد کردن بیمار و تفهیم شرایط و دلیل قطع عضو، پزشک معالج موظف است که توضیحات کافی برای بیمار ارائه نماید.

### ۴- اجازه نامه استفاده از اطلاعات پرونده بیمار

این اجازه نامه باید از کلیه بیماران و در زمان پذیرش اخذ گردد، زیرا احتمال دسترسی به اطلاعات پرونده،

خصوصاً در بیمارستانهای آموزشی برای اطلاع رسانی در جهت تحقق قابلیت‌های مدارک پزشکی از قبیل آموزش، تحقیقات پزشکی و مسایل حقوقی و... بسیار زیاد و وسیع است. کارکنان واحد پذیرش برای سلب مسئولیت از سایر همکاران خود در سایر واحدها و بخشهای درمانی و اطلاع رسانی، همزمان با پذیرش هر بیمار نسبت به اخذ این رضایت نامه به طور عادی اقدام می‌نمایند. لازم به توضیح است، که این رضایتنامه مجوزی برای واگذاری اطلاعات به افراد غیر مسئول نبوده و کماکان بحث محرمانه بودن اطلاعات بیمار و جلوگیری از افشای آن به افراد غیر مسئول، جزو وظایف کارکنان بخش مدارک پزشکی خواهد بود و به قوت خود باقی است.

### برائت نامه

منظور از برائت، این است که در چه زمانی پزشک نسبت به عوارض اقدام درمانی که انجام می‌دهد مسئولیت ندارد.

چنان چه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضوی گردد در صورتی که پزشک بر اساس موازین علمی و فنی عمل کرده باشد مقصر نیست. برائت نامه نیز مانند رضایت نامه باید شرایطی داشته باشد برائت نامه باید قبل از شروع به درمان گرفته شود، آگاهانه باشد و تبعات معالجه به طور روشن برای بیمار بازگو شود، توسط پزشک معالج گرفته شود (شخصاً)، و مشروط به عملی یا چیزی نباشد.

### شرایط اخذ برائت

برائت نامه نیز مانند رضایت نامه باید شرایطی داشته باشد برائت نامه باید قبل از شروع به درمان گرفته شود، آگاهانه باشد و تبعات معالجه به طور روشن برای بیمار بازگو شود، به توسط پزشک معالج گرفته شود (شخصاً)، منجّز بوده و مشروط به عملی یا چیزی نباشد.

## فصل هشتم: موضوعات اخلاقی در مراقبت پرستاری از گروه‌های آسیب پذیر

### تعریف افراد آسیب پذیر

فردی یا گروهی از افراد آسیب‌پذیر محسوب میشوند که دارای استعداد یا بی‌پناهی خاصی در برابر دچار شدن به جراحت یا آسیب یا تهاجم (اعم از جسمانی یا روانی) میباشند. گاه ویژگی خاصی، نظیر سن یا بیماری یا وضعیت اجتماعی، برخی از آدمیان را در وضعیت ویژه‌تری از آسیب‌پذیری قرار می‌دهد.

### گروه‌های آسیب پذیر جامعه

- نوزادان و کودکان
- زنان باردار و جنین‌ها
- افراد ناتوان
- سالمندان
- بیماران روانی
- افراد مجهول‌الهویه
- معلولان ذهنی و جسمی
- افراد بدون سرپرست
- بیماران اورژانسی
- دیگر جمعیت‌های در معرض خطر

## نوزادان:

دوره‌ی نوزادی از بدو تولد تا پایان ۲۸ روزگی محسوب می‌شود. سرپرست قانونی نوزاد، ولی، قیم، یا فرد بزرگسال دیگری که بر طبق قانون، سرپرست کودک می‌باشد. حمایت ویژه و مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) باید در نظر گرفته شود.

رضایت کتبی هم از پدر و هم از مادر نوزاد اخذ خواهد شد. در صورت عدم دسترسی به آن‌ها یا فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری در هر یک از والدین، رضایت از یکی از والدین کفایت می‌کند. در صورت عدم دسترسی یا فقدان ظرفیت هر دو والد رضایت سرپرست قانونی واجد صلاحیت برای درمان لازم می‌باشد.

## کودکان:

دوره‌ی کودکی به دوران پس از نوزادی آغاز و تا پایان ۱۸ سالگی اطلاق می‌شود. به حمایت ویژه و مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) نیاز می‌باشد.

کودکان از نظر دارا بودن ظرفیت برای دادن رضایت به سه گروه سنی تقسیم می‌شوند:

زیر ۷ سال: نیازمند رضایت کتبی از پدر و مادر

۷ تا ۱۵ سال تمام: رضایت آگاهانه‌ی کتبی از سرپرست قانونی، متناسب با سطح درک و شناخت کودک موافقت آگاهانه‌ی وی نیز اخذ می‌شود. کودک حق دارد که اطلاعات لازم را در حد توانایی فهم خود دریافت کند، نظر خود را بیان کند و تصمیم بگیرد.

• **توجه:** روش‌های مورد استفاده برای ارائه‌ی اطلاعات و اخذ رضایت، باید متناسب با سن و قدرت فهم کودک باشد.

بالای ۱۵ سال: رضایت آگاهانه‌ی کتبی باید هم از سرپرست قانونی و هم از کودک اخذ گردد.

• **نکته:** در اکثر کتب اخلاق پزشکی، بلوغ قانونی رسیدن به سن ۱۸ سال می‌باشد.

از لحاظ پژوهش در این گروه سنی نیز اگر کودک طی پروسه تحقیق ناراحت یا اذیت شود پژوهشگران باید این مسئله را بعنوان قبول نکردن و رد شرکت در تحقیق بپذیرد. پژوهشگران باید از هرگونه فشاری برای داوطلب شدن کودک و والدین به شرکت در پژوهش جلوگیری کنند (مثلا ایجاد تصور دریافت منافع مستقیم اقتصادی یا درمانی در آنها).

چنانچه کودک در طول پژوهش ظرفیت تصمیم‌گیری پیدا کند باید به کودک فرصت داده شود تا در مورد شرکت یا عدم شرکت در تحقیق تصمیم بگیرد.

## زنان باردار و جنین:

حمایت ویژه و مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) ارائه اطلاعات کافی به زنان باردار در فرایند تصمیم‌گیری و اخذ رضایت باید انجام گیرد.

هر گونه تصمیم‌گیری در رابطه با ختم بارداری در یک زن باردار: تنها بر اساس ملاحظات پزشکی و قانونی

انجام می‌گیرد.

اطلاعات در مورد احتمال ارسال جفت، جنین مرده، بقایای جنین، سلول‌ها، بافت یا ارگان‌های حاصل از جنین مرده به خارج از کشور با اخذ رضایت از والدین انجام می‌گیرد. در ارتباط با تناسل از قبیل عقیمی، یا ختم حاملگی و... توافق همسر نیز مورد نیاز می‌باشد.

از لحاظ پژوهشی نیز اگرچه پژوهش دارای ریسک‌هایی برای زن حامله یا جنین است ولی درکنار آن باعث سوددهی مستقیم نیز به زن حامله یا جنین میشود یا احتمال خطر برای جنین بیشتر از حداقل نیست و هدف از پژوهش ارتقا اطلاعات مهم پزشکی است که از طریق دیگری قابل دستیابی نیست. در این موارد انجام پژوهش بر زنان باردار اخلاقی میباشد.

### ناتوانان ذهنی:

ناتوان ذهنی به فردی اطلاق می‌شود که به دلیل بیماری یا هر گونه نقصان ذهنی، توان تجزیه و تحلیل شرایط واقعی و تصمیم‌گیری براین اساس را ندارد و شامل افراد با اختلالات یادگیری، با مشکلات جدی روانی و زوال عقل میباشد. این افراد را باید از کسانی که به علت مشکلات جسمانی قدرت بیان تصمیماتشان را ندارند افتراق داد. باید مطالعه در این افراد محدود به مواردی شود که این افراد بیشترین فایده را از بهبود شیوه درمانی می‌برند. پرهیز از استثمار این افراد و اخذ رضایت (از قیم قانونی) باید در این بیماران مورد توجه قرار گیرد. باید نظر بیماری که شرکت در تحقیق را رد میکند یا برای شرکت کردن مقاومت میکند محترم شمرده شود.

### بیماران بی هوش و مجهول الهویه

این افراد به دلیل آنکه، فاقد قوه تمیزند و وضعیت آنها فاقد ارزش و اعتبار قانونی است و پزشک باید قبل از درمان و معالجه اینگونه بیماران، رضایت وصی یا قیم آنان را کسب نماید، مگر در موارد فوری که اخذ رضایت ضروری نیست.

### بیمار با زبان محلی یا بیگانه نسبت به زبان رسمی فارسی

اگر بیمار به زبان رسمی کشور آشنا نبود و فقط زبان محلی یا خارجی می‌دانست، باید برای او مترجم گرفت و پس از تفهیم مسأله بطور کامل نام مترجم را نیز ضمن درج این مسأله در رضایتنامه قید کرد و علاوه بر امضای بیمار امضای مترجم نیز لازم است

### ظرفیت تصمیم‌گیری:

فردی دارای ظرفیت تصمیم‌گیری است که بتواند مفهوم گزینه‌های مورد انتخاب و آزادی خود در تصمیم‌گیری را درک کند. بتواند سود و زیانی که متعاقب پذیرش یا عدم پذیرش متوجه او خواهد شد را بر اساس علایق و ترجیحات خود ارزیابی کند. در مورد افرادی که سرپرست قانونی دارند، باید از سرپرست قانونی

رضایت آگاهانه اخذ شود، در عین حال، از خود فرد هم متناسب با ظرفیت، رضایت آگاهانه گرفته شود. اخذ رضایت یک فرایند ادامه‌دار و با توجه به امکان تغییر ظرفیت فرد در طول زمان، ارزیابی ظرفیت به شکل دوره‌ای انجام گیرد، و در صورت به‌دست آوردن ظرفیت، از خود فرد رضایت گرفته شود. دادن رضایت بر عهده سرپرست قانونی و افشای اطلاعات نیز باید با رضایت سرپرست قانونی صورت گیرد.

## فصل نهم: موضوعات اخلاقی و قانونی در پرستاری

موضوع نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از کادر درمانی به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی از مسائل مهم و مورد بحث جامعه می‌باشد که در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث قرار می‌گیرد. فعالیت‌های ایمن و بی‌خطر پرستاری مستلزم درک چارچوب قانونی است که هر پرستار باید به آن عمل کند. پرستاران به دو دلیل نیاز به آگاهی از مفاهیم قانونی و حقوق دفاعی خود دارند یکی اطمینان از این که تصمیم‌ها و اقدامات آنان بر طبق اصول قانونی و اخلاقی حرفه پرستاری و دیگری آگاهی وی از عواقب عدم رعایت موازین قانونی.

پرستاران باید قانون را به عنوان عنصر کلیدی کار خود بشناسند تا در فرایند تصمیم‌گیری در موارد حقوقی حمایت و در صورت نیاز محافظت شوند.

### انواع جرائم

جرائم دارای تقسیم‌بندی‌های گوناگونی می‌باشند یکی از این تقسیم‌بندی‌ها تقسیم‌بندی جرایم به عمدی، شبه عمدی و غیر عمدی می‌باشد. جرم عمدی جرمی است که مرتکب هم قصد انجام فعل و هم قصد نتیجه مجرمانه را دارد مانند آن که پزشک به قصد کشتن بیمار به وی داروی مسموم تزریق نماید. جرم غیر عمدی، جرمی است که مرتکب قصد ارتکاب فعل را دارد، ولی به هیچ وجه قصد تحصیل نتیجه را ندارد. وجه خاص همه جرایم غیر عمدی این است که انسان نتیجه عمل خود را به طور قطع نمی‌داند، ولی در عین حال نتیجه مجرمانه آن قدر محتمل است که هر انسان محتاطی باید از ارتکاب عمل خودداری کند.

به موجب ماده ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی هرگاه جنایت (اعم از ورود صدمه یا فوت) توأم با تقصیر باشد شبه عمد محسوب می‌گردد. به عنوان مثال چنانچه پرستاری قصد تزریق داروی خاص به بیمار را داشته باشد ولی نمی‌داند که این اقدام وی منتهی به مرگ یا ایراد صدمه به بیمار می‌گردد این عمل جنایت شبه عمدی می‌باشد. در جنایات شبه عمدی به موجب ماده ۴۵۰ قانون مجازات اسلامی صرفاً دیه پرداخت می‌گردد و مجازات دیگری غیر از دیه برای پرستار خاطی متصور نمی‌باشد. ماده ۴۴۸ قانون مجازات اسلامی دیه را این

گونه تعریف کرده است دیه مقدر مال معینی است که در شرع مقدس به سبب جنایت غیر عمدی بر نفس، عضو یا منفعت یا جنایت عمدی در مواردی که به هر جهتی قصاص ندارد مقرر شده است.

چنان چه قتل شبه عمد ناشی از تقصیر باشد علاوه بر پرداخت دیه به اولیا دم، مرتکب به مجازات تعزیری مندرج در ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات محکوم می‌گردد.

پرستاران و کادر درمانی در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار بطور مستقیم مسئول خطاهای خود می‌باشند. خطای پرستاری زمانی اتفاق می‌افتد که پرستار براساس آنچه که طبق قوانین و مقررات پزشکی وظیفه اوست، اقدام نکرده باشد.

### - قصور پرستاری<sup>۱</sup>:

قصور به معنی کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می‌باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسئولیت‌های مصوب وزارت بهداشت و درمان است.

بر این اساس قصور پرستاری در دو شکل مورد بحث قرار می‌گیرد:

#### ۱. سهل انگاری پرستاری<sup>۲</sup>:

مطابق ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی قصور در چهار شکل امکان بروز می‌یابد.

##### - بی‌مبالاتی<sup>۳</sup>:

یعنی ترک فعلی که از نظر عملی و علمی انتظار انجام آن می‌رود. مثال: تزریق آمپول با سوزن سایز غیر استاندارد که منجر به نفوذ زیر پوستی دارو و التهاب محل و در نتیجه نکروز و نیاز به جراحی مکرر پیدا نموده است

**مثال:** تزریق واکسن در یک کودک بدون رعایت اقدامات حفاظتی منجر به شکستن سر سوزن با تحریک کودک شده و در نتیجه عمل جراحی برای خروج آن انجام شده است.

##### - بی‌احتیاطی<sup>۴</sup>:

انجام فعلی که از نظر علمی انتظار انجام آن نمی‌رود.

**مثال:** تزریق وریدی دارویی که کتراندیکاسیون وریدی داشته و با ایجاد تشنج منجر به مرگ شده است

**مثال:** ارایه داروی اشتباه درسنگ به پزشک بیهوشی، به دلیل عدم دقت در خواندن برچسب روی شیشه اصلی دارو.

##### - عدم مهارت<sup>۵</sup>:

حالتی که مرتکب، تجربه و مهارت علمی و عملی کافی در انجام آن ندارد.

1- Nursing Malpractice  
2- Negligence Nursing  
3- Act Omission  
4- Act Commission  
5- Not Experience

مثال: تزریق سرم زیر پوست، که منجر به نکروز و در نهایت پیوند پوستی شده است.

### - عدم رعایت نظامات دولتی

عدم رعایت و اجرای کلیه قوانین، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مقامات ذیربط مانند مسئولین وزارت بهداشت و درمان، رئیس دانشگاه، رئیس خدمات پرستاری دانشگاه، مدیر گروه، رئیس بخش، مترون بیمارستان و...

بدیهی است که کلیه دستورات بایستی صریح و کتبی باشند، مانند عدم اطلاع رسانی مناسب به پزشک اورژانس توسط پرستار بخش در ارتباط با وضعیت بحرانی بیمار و یا اجرای غیر مجاز وظایف پزشکی توسط پرستار بخش.

### ۲. سوء رفتار حرفه‌ای پرستاری<sup>۱</sup>

از نظر قانون، این تخلفات جرم محسوب نشده و مجازاتی در قانونی برای آن مشخص نگردیده است ولی صاحبان حرفه پرستاری، بر اساس تعهدی که در سازمان نظام پرستاری به آن داشته اند ملزم به رعایت آن جهت حفظ شئون حرفه‌ای می‌باشند رسیدگی به این تخلفات در هیئتهای تجدید نظر استانی صورت گرفته و مجازاتهای خاص خود مانند توبیخ شفاهی یا کتبی، محرومیت از انجام خدمات به صورت کوتاه مدت یا طولانی را خواهند داشت.

### اثبات قصور:

جهت احراز قصور بررسی و تحقق چهار شرط اصلی ذیل ضروری است (معروف به 4D):

#### (۱) وظیفه:

به محض قبول پرستاری از بیمار به هر صورت: کشیک در بخش، خصوصی و در منزل، رایگان و یا در مقابل دریافت وجه، این وظیفه برقرار می‌گردد که این مسئولیت می‌تواند کامل یا نسبی باشد. اثبات این بخش، نیاز به بررسی دقیق گزارشات پرستاری پرونده‌ها، گزارش دفتر خدمات پرستاری و برنامه شیفت موظف خواهد داشت با توجه به بروز اکثر خطاهای پرستاری در حد فاصل تعویض شیفتهای بیمارستانی بر اساس آمار موجود، تعیین فرد موظف در قبال بیمار و بررسی عملکرد وی، معمولاً با مشکل صورت می‌گیرد.

#### (۲) کوتاهی:

کوتاهی یا سهل انگاری در انجام وظیفه می‌باشد. همانگونه که توضیح داده شد این خطا در چهار شکل بی‌مبالا، بی احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی بروز می‌نماید که در آراء حقوقی نیز بر همین اساس ارزیابی می‌گردد. مشخص نمودن حدود وظایف افراد و تعریف استانداردهای آن در علم پرستاری، تعیین

1- Nursing Professional Misconduct

۲- وظیفه Duty، کوتاهی Dereliction، آسیب جسمی یا روانی Damage، ارتباط بین کوتاهی و آسیب Dependency

و تکلیف عوارض اقدامات پرستاری از خطا و قصور بایستی با دقت کافی در احراز و اثبات تخطی صورت گیرد.

### ۳) آسیب جسمی یا روانی

در صورت بروز صدمه جسمی یا روحی به بیمار و توانایی در مشخص نمودن حدود دقیق این آسیب، عمل انجام شده در ایجاد آن را می‌توان قصور تلقی نمود. بدیهی است مواردی همچون سردرد گذرا، سرگیجه و ضعف جسمانی و... واژه‌هایی هستند که تا پاتولوژی دقیق ایجاد کننده آن مشخص نشود در حد یک شکایت تلقی گردیده و نمی‌توان در اثبات قصور از آن استفاده نمود.

### ۴) ارتباط بین کوتاهی و آسیب

اثبات ارتباط بین خطای انجام شده با آسیب مورد ادعای بیمار در برخی موارد به راحتی صورت نمی‌گیرد و بررسی کارشناسانه و علمی آن ضروری است مثلاً تزریق غیر استریل در ناحیه سرین و بروز دیسک کمر یک سال بعد از تزریق نمی‌تواند از نظر علمی عارضه پذیرفته شده‌ای تلقی گردد.

### شایعترین مصادیق اشتباهات و اقدامات پیشگیرانه

#### - سقوط بیماران:

آسیب‌های مربوط به سقوط بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان یکی از دلایل شایع اقامه دعوی علیه پرستاران است. اما باید توجه داشت همیشه مسوولیت مطلق بر عهده پرستار نیست بلکه در چنین مواردی باید اثبات شود که پرستار بخش قسمتی از وظایف خویش را انجام نداده است. اقدامات پیشگیرانه: در هنگام مصرف داروهای موجد سر گیجه، اختلال قضاوت و تعادل توسط بیمار اقدامات حمایتی (مثل بالا بردن نرده‌های کنار تخت یا برانکار، کمک به بیمار و رفتن به تخت یا خروج از آن، ترک بیمار در مواقع مناسب و ...) و ثبت شرایط بیمار در پرونده بسیار کمک کننده است.

#### - سهل انگاری در اجرای دستورات پزشک یا خط مشی‌های مقرر

سهل انگاری در اجرای دستورات و یا مقررات بیمارستان، ریسک ابتلا به درد سر خطرناک حقوقی را افزایش می‌دهد. اجرای دستورات و ثبت آنها در پرونده سبب رهایی از درد سرهای حقوقی است. در مورد دستورات مبهم حتماً از پزشک سوال شود. رفتار بیمار و نوع محدودیت مورد استفاده نیز باید در پرونده ثبت شود.

#### - اشتباهات و سهل انگاری‌های مربوط به دارو

تجویز دارو یک حیطة بالقوه خطرناک است. طبق گزارشات موجود سالانه هزاران مرگ و میر به علت سهل انگاری دارویی رخ میدهد.

- اقدامات پیشگیرانه: ۱- شناخت مقدار دارو، سطوح سمیت، عوارض جانبی، کار برد و کنترا اندیکاسیون دارو قبل از تجویز. ۲- اطلاع از سیاستهای بیمارستانی محل خدمت ۳- در مورد ابهام و یا عدم شناخت دارو حتما از پزشک معالج و یا داروساز سوال شود.

### - استفاده نابه جا از وسایل:

پرستار درمورد انتخاب و استفاده مناسب از وسایل، مسئول است. در صورتی که بیمارستان تازه تاسیس است و یا وسایل جدید در بیمارستان بکار رفته پرستار باید با آن وسایل آشنا شود. در صورتیکه وسیله‌ای درست کار نمی کند باید آن را کنترل کند.

### - سهل انگاری در برداشتن اشیاء خارجی

اشیاء خارجی باقیمانده در بدن مشکلی است که اساسا پرستاران درگیر در اقدامات تهاجمی یا پرستاران اتاق عمل با آن روبرو می‌شوند بیمارستان‌ها عموما دارای ابزار اختصاصی و قوانین شمارش گاز می‌باشند. پیروی از چنین سیاستهایی از اهمیت زیادی برخوردار است. اگر از پرستار خواسته شده که درن یا سایر اشیاءخارجی را از بدن بیمار خارج نماید مطمئن شود که اولاً با خروج آن آشناست و ثانياً از حدود اختیارات و محدودیتهای حرفه‌ای باید آگاه باشد.

### - سهل انگاری در کنترل مناسب بیمار

قصور در کنترل بیمار، علت شایع و عادی مربوط به سهل انگاری است. اگر کنترل مکرر بیمار توصیه شده یا اگر پزشک روش کنترل ویژه‌ای دارد باید مطمئن شد که دستور داده شده کنترل و مداخلات پرستاری انجام شده دقیقا ثبت شود.

### - سهل انگاری در زمینه ارتباط:

ارتباط بین پرستار و بیمار و سایر اعضاء حرفه‌ای مراقبت بهداشتی برای حفظ سلامتی بیمار ضروری است. هنگامی که شکایت جسمی از بیمار شنیده می‌شود هر چند که مربوط به روش کار یا دارو یا علتی ناشناخته باشد باید به پزشک اطلاع داده شود و هرگز راجع به نشانه‌های گزارش شده غفلت نشود. اگر ارتباط بین پرستار و پزشک بطور صحیحی ثبت نشود پرستار مسئول قصور ارتباطی شناخته می‌شود. لذا تمام مکالمات تلفنی باید ثبت شود و زمان هم ثبت شود.

### - سوختگی:

تعدادی از حالت‌های خاص سهل انگاری در معالجه مربوط به پرستاری بر اساس جراحات ناشی از سوختگی در بیماران می‌باشد. سوختگی در بعضی اوقات بر اثر استفاده از دستگاه‌های مختلف بیمارستان رخ میدهد )

(مثلا در ضمن CPR)

در افراد سالمند، کودک، گیج، مصرف کننده آرامبخش نیاز به دقت و کنترل ویژه است.

### - غفلت‌های پرستاری در مراقبت حاد

یکی از مهمترین عوامل در مراقبت ویژه، میزان دانش و آگاهی پرستاران و مهارت‌های فردی در وضعیت مراقبت بحران و لزوم پی بردن به نیازهای بیماران می‌باشد. پرستار شاغل در ICU و CCU باید توان قضاوت فوری و تصمیم گیری داشته باشد.

### - سوء رفتار حرفه‌ای پرستاری

صاحبان حرفه پرستاری، بر اساس تعهدی که در سازمان نظام پرستاری به آن داشته اند ملزم به رعایت آن جهت حفظ شئون حرفه‌ای می‌باشند  
رسیدگی به این تخلفات در هیئت‌های تجدید نظر استانی صورت گرفته و مجازات‌های خاص خود مانند توبیخ شفاهی یا کتبی، محرومیت از انجام خدمات به صورت کوتاه مدت یا طولانی را خواهند داشت.  
تخلف در اصطلاح حقوقی به معنی عدم انجام تعهد یا تأخیر انجام تعهد، ظهور خلاف آنچه که شرط شده و تجاوز مامور دولت از مقررات اداری در حین انجام وظیفه، و ارتکاب خلاف قانون به کار می‌رود.

### - پرونده‌های شایع قصور پرستاری در سازمان پزشکی قانونی

الف) تزجوز یا تزریق دارو بدون کسب نظر پزشک.

ب) تزریق دارو در شریان و یا محلی که باعث آسیب اعصاب محیطی گردد.

ج) تعبیه کاتتر وریدی به مدت طولانی

د) تهدید یا بد رفتاری با بیمار بخصوص کودکان

چ) همکاری در سقط جنین به صورت غیر مجاز

م) پایان دادن به زندگی بیمار

و) دستکاری در پرونده بیمار و افشای اسرار آنها

ز) خودداری از کمک به مددجویان اورژانس

### قصورهای رایج و تدابیر پیشگیری کننده

#### - اختلال در ایمنی بیمار

بیمار را طبق برنامه زمان بندی شده کنترل کنید. موارد موجود صدمه را بررسی و ثبت نمایید. نیازهای ایمنی را در برنامه مراقبتی بگنجانید. (بستن دست و پای بیمار بدون رضایت بیمار جهت محدود کردن آزادی و نگه داشتن او در بیمارستان بر خلاف قانون است.)

### - اجرای نامناسب اقدامات درمانی:

جهت اجرای موارد درمانی از تکنیکهای مناسب استفاده نمایید و سیاستهای مرکز درمانی خود را دنبال کنید. در صورت عدم اطمینان از یک روش جدید، کمک بگیرید. مهارتهای بالینی خود را از طریق کلاسهای آموزشی، کنفرانسها و بازآموزیها تقویت نمایید.

۳ - نارسائی در کنترل و گزارش: بر اساس دستورات پزشک بیمار را کنترل کنید مگر آنکه تغییری در وضعیت بیمار نیاز به تغییر در تکرار دستورات ایجاد نماید. نیاز به تغییر را به پزشک گزارش دهید. (در هیچ موقع و هیچ شرایطی پرستار نمی تواند دستور دکتر را تغییر دهد یا مشابه آن را به کار برد به جز در موارد خلاف مقررات) هر گونه اطلاعات درخواستی یا تغییرات مهم در وضعیت بیمار را گزارش دهید. از کافی بودن نسبت پرستار - بیمار اطمینان حاصل کنید.

### - اشتباهات و عوارض دارو درمانی

درمورد صحت نام بیمار قبل از اجرای دارودرمانی تحقیق کنید. به اعتراض بیمار علیه دارودرمانی گوش فرا دهید.

از سیاست مرکز خود در مورد دستورات شفاهی یا کتبی دارویی و اجرای دارو درمانی آگاه شوید. (چنانچه کسانی از شما برای درمان و ناراحتیهای خود چاره جویی کنند با آنها یادآوری کنید که به پزشک مراجعه کنند و هرگز دارویی که در خانه دارید به دیگران ندهید یا توصیه نکنید) اطلاعات دارودرمانی خود و پروتکلهای جدید اجرای دارودرمانی را به روز کنید.

### - نارسائی در تبعیت از روش کار مرکز:

از روش کار مرکز آگاه شوید مطمئن شوید که آشنایی شما با وظایف جدیدتان با سیاستها و شیوههای کار سازمان هماهنگی دارد.

- گزارش نویسی نادرست: اطلاعات مهم درباره بیمارتان را به صورت عینی و واقعی ثبت کنید. از روش گزارش نویسی موسسه محل کار خود آگاه شده و از آن تبعیت کنید. اطلاعات را از نظر زمانی مشخص کنید از قبیل زمان اجرای فعالیتها. فقط اصطلاحات مخفف مورد تایید مرکز استفاده شود. کاربرد نادرست تجهیزات: روش صحیح و ایمنی کاربرد تجهیزات را فرا بگیرید. از کاربرد تجهیزات جدید یا تعدیل شده آگاه شوید.

- وقایع نامطلوب: زمانیکه وقایعی نامطلوب رخ می دهد براساس سیاست موسسه گزارش را کامل کنید و آنرا به امضاء همه افراد برسانید. تقصیر یا گناه واقعه را بر گردن کسی نیاندازید. (مانند مفقود شدن وسایل بخش و یا بیمار)

تهدید بیمار جهت انجام دادن عملی برای درمان و مراقبت وی بدن رضایت جرم است و هرگز نباید بدون اجازه بیمار حتی کاری را که برای وی ضروری است انجام دهید. (فقط در مورد درمان و پرستاری بیماران روانی)

- فاش کردن راز بیمار: هر گونه اطلاعاتی که درباره بیمار در اختیار افراد دیگر گذاشته می‌شود یا با اجازه بیمار و چنانچه بیهوش باشد با اجازه نزدیکترین اقدام او باید صورت گیرد. در تصادفها و موارد مشابه که پلیس اطلاعاتی درباره بیمار بخواهد پرستار بدون کسب اجازه از بیمار فقط موضوعات ذیل را می‌تواند بگوید.

- مرد یا زن - متاهل یا مجرد - سن بیمار - شغل - سازمان محل خدمت - نام و نشانی نزدیکترین اقوام او. درباره وضعیت بیماری فقط با کلمات خوب - متوسط - بحرانی یا مرده گفته شود. درباره چگونه تصادف و یا زخم یا محل ضربه و علت آن نباید چیزی گفته شود.

از گفتن نام پزشک که مسئولیت درمان بیمار را به عهده دارد خودداری کنید. عکس گرفتن از بیمار باید با اجازه مقامات ذیصلاح باشد.

آنچه مسلم است اینست که پایان دادن به زندگی یک انسان زنده به هر دلیلی که هدفی که باشد جرم بزرگی است. (افراد با نقص عضو و کودکان ناقص به دنیا آمده) و ادیان مختلف و اخلاق و قوانین آن را منع کرده اند.

### - به کار بردن داروهای مخدر و مسکن و مشابه آنها:

استفاده از این داروها در همه جا مقررات مخصوص دارد. همه فرآورده‌های شیمیایی و طبیعی باید با نسخه پزشک مصرف شوند. کوتاهی در نگهداری و مصرف از این داروها خلاف قانون می‌باشد. دستور استفاده از آنها به قرار ذیل می‌باشد.

نام دارو مقدار - تاریخ - ساعت و نام پزشک تجویز کننده دارو - نام مریض و نام پرستار و امضاء پرستار ثبت شود. مهمترین نکته این که این داروها باید در قفسه مخصوص نگه داری و دارای قفل و کلید مخصوص باشد.

- پرونده بیمار: یک سند قانونی محسوب می‌شود. برای احقاق حق بیمار و برای جلوگیری از اتهام و رفع اتهاماتی که در مورد درمان و مراقبت او ممکن است به پزشک و پرستار وارداید مورد استفاده قرار می‌گیرد. همه مطالب باید خوانا و دقیق نوشته شود و کلیه اطلاعات مربوط به بیمار از زمان پذیرش او به بیمارستان تا هنگام مرخص شدن وی باید به دقت و به درستی در پرونده نوشته شود و مهمتر از همه تاریخ و ساعت مشاهدات و کارهای را که برای درمان و مراقبت بیمار انجام می‌دهید و نام بیمار حتما در تمام صفحات پرونده قید گردد.

### تخلفات اداری:

در اصطلاح حقوقی به معنی عدم انجام تعهد یا تأخیر انجام تعهد، ظهور خلاف آنچه که شرط شده و تجاوز مامور دولت از مقررات اداری در حین انجام وظیفه، و ارتکاب خلاف قانون به کار می‌رود.

نقض مقررات صنفی به وسیله یک نفر از افراد صنف، مانند صنف پزشکان، پرستاران، وکلا و قضات، تخلف انضباطی نامیده می‌شود.

### - انواع تخلفات انتظامی حرف بهداشتی درمانی

- حمله و تهدید بیماران (درمان یک بیمار بدون رضایت او غیر از موارد اورژانسی واقعی):
- در صورت ایجاد خسارات مالی و جانی پرستار ضامن است، و طبق قوانین مجازاتهای اسلامی، مجازات در نظر گرفته میشود.
- ایجاد رعب و هراس در بیمار: تشریح وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است؛ متخلف از این ماده طبق قانون مجازاتهای انتظامی با توجه به تکرار عمل، از تذکر شفاهی یا توضیح کتبی با درج در پرونده محکوم میشود.

### - عدم انجام اقدامات لازم و ضروری

- شاغلان حرفه‌های پزشکی و پرستاران مکلفند در موارد فوریت‌های پزشکی، اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند، و متخلفان از این ماده برابر قوانین مجازاتهای انتظامی با توجه به تکرار عمل، به محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته، از یک سال تا پنج سال محکوم میگرددند.

### - عدم حضور و ترک محل خدمت

- ترک محل خدمت و موسسه توسط شاغلان حرفه پزشکی در ساعت مقرر، جرم محسوب شده و متخلف برابر قوانین مجازاتهای انتظامی با توجه به تکرار عمل محکوم میشود. در صورتیکه فعل فرد موجب ضرر مالی و جانی به بیمار شود؛ برابر قانون مجازاتهای اسلامی محکومیت در نظر گرفته میشود.

### - هتک حرمت:

- مجازاتهای در نظر گرفته شده از توبیخ کتبی با درج در پرونده، تا محرومیت دائم از اشتغال به حرف پزشکی و وابسته در نظر گرفته شده است.

### - تحمیل مخارج غیر ضروری

- اضافه دریافتی و ایجاد هزینه‌های مضاعف و غیر ضروری برای بیماران، توسط شاغلان حرفه پزشکی ممنوع است؛ و در صورت تخلف طبق قوانین مجازاتهای انتظامی، و با توجه به تکرار فعل از توضیح کتبی تا محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی وابسته تا یکسال محکوم میشوند.
- طبق قوانین جزایی تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران در مرتبه اول جریمه نقدی به میزان دو برابر اضافه دریافتی از بیماران، و در مرتبه دوم جریمه نقدی به میزان پنج برابر اضافه دریافتی از بیماران، محکوم میشوند.

**- انجام ندادن وظایف حرفه‌ای:**

- شاغلان حرفه‌های پزشکی موظفند، بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب، موقعیت اجتماعی و سیاسی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود بکار ببرند؛ و متخلفان طبق قوانین مجازات‌های انتظامی با توجه به تکرار فعل از تذکر یا توبیخ شفاهی، تا توبیخ کتبی با درج در پرونده، محکوم میشوند.

**- عدم همکاری لازم در موارد خاص:**

- شاغلان حرفه‌های پزشکی موظفند، در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیردار یا در هنگام بروز سوانح از سوی وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی یا مراجع تعیین کننده از آنان استمداد میشود، همکاری لازم را معمول دارند، و در صورت تخلف برای متخلفین برابر قوانین مجازات‌های انتظامی، مجازات در نظر گرفته شده است.

**- تجویز داروهای روانگردان و مخدر:**

- به گونه‌ای که به حالت اعتیاد درآید ممنوع است. مگر در مواردی که بیمار از بیمار روانی یا از دردهای شدید ناشی از بیماری‌های غیر قابل علاج رنج ببرد؛ یا ضرورت پزشکی مصرف آنها را ایجاب کند. (ماده ۹ شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای)

**- جذب بیمار از موسسات بهداشتی، درمانی:**

- جذب بیمار از موسسات بهداشتی، درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی، بیمارستان و درمانگاه خصوصی و بالعکس، به منظور استفاده مادی توسط شاغلان حرف پزشکی و وابسته ممنوع است

## پیوست

### منشور حقوق بیمار

- ۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
- ۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج خود را در صورت تمایل بشناسد.
- ۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت مایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید. به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تاخیر در ادامه درمان و یا تهدید جانی بیماری گردد.
- ۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و یا اجرای درمان، اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.
- ۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
- ۶- بیمار حق دارد از رازی داری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
- ۷- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

### منشور حقوق بیمار در ایران

#### بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری

اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. براین اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

## حقوق بیمار

### ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

- ۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛
- ۱-۲) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛
- ۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛
- ۱-۴) بر اساس دانش روز باشد؛
- ۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛
- ۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد؛
- ۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛
- ۱-۸) به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد؛
- ۱-۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛
- ۱-۱۰) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛
- ۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛
- ۱-۱۲) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛
- ۱-۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
- ۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

## ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

- ۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:
  - ۲-۱-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛
  - ۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛
  - ۲-۱-۳) نام، مسؤلیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
  - ۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛
  - ۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
  - ۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
  - ۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛
  - ۲-۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
    - ۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:
      - تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
      - بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛
      - ۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

## ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

- ۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:
  - ۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛
  - ۳-۱-۲) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛
  - ۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛
  - ۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر

در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛  
 ۵-۱-۳) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری  
 می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین  
 قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۲-۳) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱-۲-۳) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور  
 در بند دوم) باشد؛

۲-۲-۳) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

#### ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۱-۴) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون  
 آن را استثنا کرده باشد؛

۲-۴) در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود.  
 ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛  
 ۳-۴) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند  
 میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی  
 یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های  
 پزشکی باشد.

#### ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۱-۵) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در  
 کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛  
 ۲-۵) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛  
 ۳-۵) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات  
 در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی  
 حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنان‌چه  
 تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط

درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.

چنان‌چه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

## منابع

۱. بهنام سعید، اخلاق زیستی و تهدیدات فرآورده‌های غذایی درستکاری شده ژنتیکی، مجموعه مقالات، کنگره بین‌المللی اخلاق زیستی، تهران ۱۳۸۴ ص ۱۵۳.
۲. جمعی از نویسندگان (محمد تقی اسلامی، احمد دبیری، مهدی علیزاده) اخلاق کاربردی، پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، قم، ۱۳۸۶ ص ۱۴۳.
۳. مصطفی‌السان، اصول اخلاق زیستی، مجله حقوق، تحقیقات حقوقی، بهار و تابستان ۱۳۸۶، ص ۱۵۸.
۴. مجموعه مقالات پیشین ص ۱۵۳.
۵. اخلاق زیستی (دکتر سید مصطفی محقق داماد، پرفسور عبدالغدير ساشادنيا، دکتر محمود عباسی) روزنامه اطلاعات [www.ettelaat.com](http://www.ettelaat.com) تاریخ چاپ ۲ فروردین ۱۳۸۸، تاریخ بازدید ۳۰/۴/۸۹، فلسفه طلب و اخلاق پزشکی احمد رضا همتی مقدم.
۶. آر. جی فرای، اخلاق زیستی چیست؟ ترجمه دکتر علی ملائکه، ویرژنامه خردنامه، ۱۰ تیر ۱۳۸۳.
۷. فاطمی، سید محمد، بیوتکنولوژی در آیین فلسفه اخلاق، فصلنامه باروری و ناباروری، شماره ۴.
۸. اخلاق زیستی-فرهنگ نامه علوم انسانی و اسلامی، پژوهشگاه باقرالعلوم(ع)، سایت پژوه، ۱۳۸۹.
۹. پایگاه اطلاع رسانی حوزه. کاربردهای اخلاق زیستی. پگاه حوزه؛ ۱۳۸۹. شماره ۲۹۴. قابل دسترس در: <http://www.hawzah.net/fa/Magazine>
۱۱. مطهری م. فلسفه اخلاق. چاپ یازدهم. انتشارات صدرا. تهران. ۱۳۷۲.
۱۲. سعید سید مرتاض. مبانی و فلسفه اخلاق. بسیج جامعه پزشکی. قابل دسترس در: <http://basijmed.ir>
۱۳. دوگاس بورلی ویتزر. اصول مراقبت از بیمار: نگرش جامع بر پرستاری. مترجمین اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی. جلد اول. انتشارات گلبن. تهران. ۱۳۸۶.
۱۴. گل آقایی ف. خسروی ش. فرایند آموزش به مددجو در مراقبت‌های بالینی و سرپایی. نشر بشری. تهران. ۱۳۸۹.
۱۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه سیاست گذاری سلامت، منشور حقوق بیمار. قابل

دسترس در: <http://siasat.behdasht.gov.ir>

۱۶. باندمن، السی ال. باندمن برترام. اخلاق پرستاری در طول زندگی، ترجمه مهتاب علیزاده. انتشارات بشری. تهران چاپ. ۱۳۷۵.

۱۷. ایزدی، احمد. ایمانی، الهام. خادمی، زهرا. اسدی نوقابی، فریبا. حاجی زاده، نینا. نقی زاده، فاطمه. همبستگی حساسیت اخلاقی پرستاران با رفتار مراقبتی آنها، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ششم، شماره‌ی ۲، خرداد ۱۳۹۲.

۱۸. دهقان نیری، ناهید. نگارنده، رضا. ایزدی، خدیجه. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. دوره چهارم. شماره ۴. مرداد ۹۰.

۱۹. دانشور پ، قدوسی آ، قشلاقی ف. قانون و حرفه پزشکی. چاپ اول. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان. ۱۳۸۲.

# Nursing ethics and professional communication

کتاب پیش روی چکیده ای از مهم ترین مباحث مرتبط با اخلاق پرستاری می باشد که مطابق با سرفصل درس اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه ای در برنامه کارشناسی پرستاری تدوین شده است.



9 786007 815465 >