

آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه پرستاری

دکتر محمد کاظمیان* - سمیرا فرشید راد**

*متخصص پزشکی قانونی، اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی
**کارشناس پرستاری، بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد

چکیده

مقدمه: تأمین و ارتقاء سلامت انسانها، به عنوان آرمان اصلی حرفه پرستاری با استفاده از اصول نوین علمی، بهره بردن از روشهای انسانی و دینی، برقراری ارتباط صحیح با مددجو و مبتنی بر اصول علم اخلاق پزشکی قابل دسترسی است. بروز تخلفات و خطاهای درمانی و مراقبتی، زمینه بروز نارضایتی و شکایت بیماران را مطرح می کند و از این جهت آگاهی به مسایل حقوقی و جزایی کشور و آشنایی با شرح وظایف مدون، از اصول کار حرفه ای پرستار می باشد.

بحث: عوامل رفتاری، افزایش هزینه های درمانی، نیاز اقتصادی پرستاران، ذهنیت منفی و بدبینی بیماران، دخالت های غیرمجاز در امور پرستاری به عنوان علل خاص و افزایش سطح آگاهی مردم و آشنایی با منشور حقوق بیمار، اطلاع رسانی رسانه ها به عنوان علل عام در بالا رفتن نرخ شکایات موثر می باشد. پرستاران به عنوان عضو اصلی تیم درمانی به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم در قبال خطای منجر به آسیب و یا فوت بیمار مسئول شناخته می شوند. این موضوع با فعال شدن سازمان نظام پرستاری با اعتقاد بر جایگاه تخصصی علمی و استقلال حرفه پرستاری، ضرورت فراگیری موضوعات حقوقی را بیش از پیش روشن می نماید. آشنایی با شرح وظایف گروه های مختلف پرستاری بر اساس دستورالعمل وزارت متبوعه و رعایت آن می تواند به طور قطعی سبب عدم طرح شکایت و یا مبرا شدن ایشان از اتهام گردد. خطای پرستاری به دو شکل سهل انگاری و تخلف انتظامی مورد بحث قرار می گیرد. مواد ۳۱۹، ۶۰، ۵۹ و ... از قانون مجازات اسلامی به طور صریح در ارتباط با موارد ضمانت و یا مسئولیت جامعه پزشکی در قبال عملکرد سهل انگارانه، اظهارنظر نموده است. سهل انگاری بر اساس قوانین جزایی در چهار شکل بی احتیاطی، بی مبالائی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی تقسیم می شود. جهت اثبات و احراز قصور وجود چهار شرط اساسی تخطی، آسیب، نوع وظیفه و ارتباط مستقیم بین خطا و صدمه وارده ضروری است.

نتیجه گیری: آشنایی جامعه پرستاری کشور با علم روز و اجرای دقیق آن، در کنار آشنایی با شرح وظایف تعریف شده در هر گروه بر اساس دستورالعمل وزارت و همچنین قوانین مطروحه در سیستم قضائی کشور می تواند ضمن ایجاد پشتوانه محکم برای حضور فعال و مؤثر در بالین بیماران، سبب ارایه عملکردی مبرا از قصور و خطا می گردد.

واژگان کلیدی: قصور پرستاری، قانون، وظایف مدون

وصول مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۲۱

نویسنده مسئول: تبریز، خیابان ولیعصر، اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی mohammad_kazemian@yahoo.com

مقدمه

افزایش حیطه اختیارات و مسئولیت پرستاران نسبت به گذشته ایجاب می نماید که پرستار دارای دانش و مهارت بالایی بوده و توانایی تصمیم گیری داشته باشد. در این صورت پرستاران باید قانون را به عنوان عنصر کلیدی کار خود بشناسند تا در فرایند تصمیم گیری در موارد حقوقی حمایت و در صورت نیاز محافظت شوند. آشنایی با قوانین و مقررات و ضوابط حاکم بر پرستاری از اولویت های برنامه های آموزشی پرستاری است و از این جهت، حرکت در چارچوب ضوابط و شرح وظایف پرستاری از اهم اموری است که باید آنان را مورد توجه قرار دهند. قرار گرفتن پرستار در خط مقدم

هدف اصلی و غایی حرفه پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است. تحقق این امر نه تنها از طریق علمی، بلکه از روش های اخلاقی صحیح و برقراری ارتباط با مددجو، قابل دسترسی می باشد. موضوع نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از کادر درمانی به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی از مسایل مهم و مورد بحث جامعه می باشد که در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث قرار می گیرد.

در نحوه رفتارهای بین فردی، می‌تواند علمی ترین و بهترین مراقبت پرستاری را تحت الشعاع خود قرار دهد (۴).

۲ - افزایش هزینه درمان بخصوص در بیمارستان‌های خصوصی باعث ایجاد توقع در آرایه سرویس پرستاری بیش از حد استانداردهای تعریف شده و درخواست خدمات کامل و ایده آل از سوی بیمار و همراهان وی می‌گردد که این موضوع زمینه بروز شکایت را فراهم می‌نماید.

۳ - نیاز اقتصادی و عدم تأمین مالی پرستاران با حضور در چند شیفت متوالی، با ایجاد خستگی جسمی و روحی، سبب واکنشهای غیر متعارف و ناهنجار در پاسخ به خواسته‌های منطقی و مشروع بیماران می‌گردد که خود زمینه ساز بروز شکایت خواهد بود.

۴ - ذهنیت منفی و بد بینی بیماران به آرایه خدمات ضعیف در بیمارستانهای دولتی و عدم رعایت استانداردهای پزشکی، منجر به ترک بدون رضایت از بیمارستان می‌گردد و بیماران در این صورت از چگونگی آرایه خدمات مطلوب در طی مدت بستری خود آگاهی نداشته و در این شرایط همواره با نگرش انتقادی به مجموعه نگریسته می‌شود.

۵ - موقعیت نسبتاً ایده آل اقتصادی و اجتماعی کادر پزشکی، منجر به سوء استفاده بیماران سودجو و تهدید ایشان به آبروریزی می‌گردد. این گروه از بیماران یا همراهان وی از کم بودن اطلاعات قانونی پرسنل مطلع بوده و لذا از این مسیر اقدام به تهدید می‌نمایند که بدیهی است می‌توان با آگاهی و آموزش کادر پرستاری سبب ثبات و تقویت عملکرد صحیح و مقاومت در مقابل مشکلات ایجاد شده گردید.

۶ - دخالت‌های غیر مجاز در امور درمانی و پرستاری یکی از اقدامات رایج در سطح کشور می‌باشد به نحوی که برخی از پرستاران با انجام اقدامات پزشکی درمانی و حتی جراحی‌های سرپایی، خارج از حیطه وظایف با ایجاد عارضه در بیمار منجر به طرح شکایت و محکومیت صد در صد در مقابل اقدام انجام گرفته می‌گردد و از سوی دیگر رده‌های پایین کادر پرستاری مانند بهیار، کمک بهیار و با انجام وظایف تخصصی پرستاری که متأسفانه در برخی از موارد با درخواست و آگاهی مستقیم خدمات پرستاری بیمارستان‌ها می‌باشد، با آسیب به بیمار، درگیر پرونده‌های قصور پرستاری در محاکم قضایی می‌گردند.

۷ - اشتغال پرستاران در اطاق عمل به عنوان عضوی از تیم جراحی و یا بیهوشی منجر به درگیر شدن ایشان در پرونده‌های شکایت از اقدامات انجام شده در اتاق عمل می‌گردد. راهنمایی بیماران توسط دیگر همکاران پرستار، جهت طرح شکایت و از علل خاص دیگر در ایجاد و طرح پرونده‌های قصور پزشکی در مراجع قضایی و انتظامی می‌باشند (۵).

ارتباط با بیمار از جهت زمان و مکان و نوع خدمات آرایه شده، ضرورت قرار گرفتن گروه پرستاری را به عنوان الگوی آرایه اصول اخلاقی نشان می‌دهد که این موضوع در اعتلاء و بهبود سلامتی (به ویژه از نظر روانی)، پیشگیری از بیماریها و تسکین درد مددجویان، نقش اولیه و اصلی را ایفا خواهد نمود. از این جهت آشنایی با محتویات قوانین و دستورالعمل‌های پرستاری و تغییرات آن، می‌تواند به عنوان راهنما جهت هدایت در برقراری مناسبات حین انجام وظیفه، مد نظر قرار گیرد و مسئولیت‌های محوله منطبق و سازگار با اخلاق حرفه‌ای و با کیفیت مطلوب آرایه گردد (۱). زمانی که پرستاران مطابق با علوم روز پرستاری، خدمات خود را به بیماران آرایه می‌نمایند بایستی نسبت به ثبت آن و واکنشهایی که بیمار نسبت به درمان و خدمات فوق آرایه می‌دهد، بدون نگرانی اقدام نمایند تا بدینوسیله بتوانند با دانش پرستاری، به پزشک در مسیر تشخیص و درمان بیماری کمک نمایند (۲).

پرستاران و کادر درمانی در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار بطور مستقیم و یا غیر مستقیم مسئول خطاهای خود می‌باشند. بنابراین اگر غفلت، عدم مهارت و سهل انگاری آنان در مسیر درمان و مراقبت و یا عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی، باعث خسارت و ضرر بیماران گردد باید به جبران آن بپردازند و از این رهگذر نیز امکان دارد علاوه بر پرداخت جریمه نقدی و یا خسارت مادی محکومیت جزائی نیز پیدا کنند. در نقطه مقابل، چنانچه پرستار، پیراپزشک و اقدامات درمانی و یا وظایف محوله را مطابق موازین پزشکی و بر اساس دستورالعملها و بخشنامه‌های وزارت تابعه خود و مطابق با استانداردهای حرفه‌ای کشور انجام داده و با احساس مسئولیت، حسن نیت و بر اساس اصول اخلاقی عمل نمایند، موقعیتی برای طرح شکایت از طرف بیمار باقی نمی‌ماند و در صورت طرح موضوع شکایت نیز بدون نتیجه خواهد ماند (۳).

روش بررسی

امروزه علیرغم تلاش پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بخش بهداشت و درمان و با وجود امکانات وسیع، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش گذاشته است. علل گوناگون در ارتباط با بروز این پدیده در دو گروه علل خاص و عام قابل بررسی می‌باشند.

علل خاص

۱ - عوامل رفتاری به عنوان مهمترین عامل، همواره مورد بحث می‌باشد. علم اخلاق پزشکی یا Medical Ethic به عنوان یکی از زیر بنایی ترین موضوعات آموزش حرفه پرستاری، فارغ التحصیل این رشته را موظف به رعایت اصولی می‌نماید که در کنار آن مددجو با اطمینان و اعتماد و برخورد مناسب از سوی پرستار خود، اقدامات مراقبتی و پرستاری را دریافت می‌کند و در این راستا هر گونه خلل

علل عام

۱ - افزایش سطح آگاهی مردم و آشنایی با منشور حقوق بیمار و از سوی دیگر اطلاع رسانی در موارد تخلفات و بی مبالاتی های پزشکی و اعلام آن توسط رسانه ها و جراید ، منجر به دقت بیشتر مردم در نوع خدمات بیمارستانی گردیده است و بدیهی خواهد بود که عدم رعایت استانداردهای مراقبتی و درمانی منجر به طرح شکایت خواهد گردید .

۲ - پایین آمدن درآمد نسبی مردم و مشکلات اقتصادی جامعه، زمینه های رویکرد به کسب در آمد از طریق مذکور را ایجاد می نماید.

۳ - نقش رسانه های عمومی بویژه جراید در طرح موضوع ، دامن زدن به آن و بزرگنمایی بیش از حد می تواند در ایجاد بدبینی و فراهم کردن شکایتهای بی مورد مؤثر باشد.

اگر چه تا سالیان اخیر، با وجود پیشرفتهای روزافزون علم پرستاری و همگامی آن با دانش نوین ، اصل بر مسئولیت پزشک بوده و خطای حرفه ای پرستاری در مسیر درمان ، به عنوان پدیده مستقل نگرسته نمی شده است ، ولی با اعتقاد و باور جامعه پرستاری بر جایگاه والای علمی و موقعیت مستقل خود در روند درمان، با افتتاح سازمان نظام پرستاری سر فصل جدیدی در این امر گشوده شده و بر این اساس، پرستاران باید قانون را به عنوان اصل و ابزار جدی کار خود تلقی نموده تا قادر باشند در برخورد با مشکلات حرفه ای، قانونی یا اخلاقی با اطمینان بیشتری به حل آن اقدام نمایند. در این میان جایگاه سازمان نظام پرستاری در شناسازی جامعه خود با وظایف و تکالیف قانونی، شرح مسئولیتهای مراقبتی و بیان جایگاه ویژه ایشان، نقش بسزایی ایفا خواهد نمود.

بحث

اشاره به برخی از وظایف محوله بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که عدم رعایت آن می تواند به نوعی منجر به طرح شکایت از قصور پرستاری در پرونده های قضایی گردد اهمیت آشنایی و رعایت مسئولیتهای فوق را بیش از پیش روشن می نماید.

مدیر پرستاری

الف) برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های ارایه خدمات مددجویی: عدم برنامه ریزی و حضور نیروهای سرگردان در بخشهای مختلف، حتی در صورت کافی بودن تعداد، می تواند باعث از دست رفتن بیمار به علت عدم تدوین برنامه مناسب مراقبتی گردد.

ب) بکارگیری نیروی انسانی بر اساس توانایی افراد: استفاده از نیروی کارشناس ولی بدون تجربه به عنوان مسئول در یک بخش حیاتی و فعال مانند I.C.U و عدم سنجش قابلیت وی در اداره این بخش، منجر به آسیب بیماران خواهد گردید.

ج) تأمین نیازهای آموزشی و آشنایی با شرح وظایف پرسنل:

اذعان پرستاران یک بیمارستان مبنی بر عدم آشنایی با شرح دقیق وظایف در توجیه عارضه حادث شده برای یک بیمار می تواند مدیر پرستاری را به عنوان مسئول در یک حادثه به مراجع قضایی بکشاند .

سوپروایزر

الف) کنترل حضور و غیاب: عدم نظارت بر ورود و خروج پرسنل و ارایه مرخصی به کارکنان واحدهای حیاتی مانند اورژانس می تواند در یک بحران غیر مترقبه ، کمبود پرسنلی و عدم پوشش مناسب خدمات به بیماران را روشن نماید . بدیهی است در این صورت مسئول مربوطه در این زمینه مرتکب قصور شده است .

ب) کنترل نحوه مراقبتهای پرستاری از بیماران (به ویژه بیماران بدحال) : متأسفانه نقشی است که برخی از پرستاران سوپروایزر برای خود قائل نبوده و بی توجه از کنار آن عبور می نمایند .

ج) جلسات پرستاری برای رفع مشکلات : عدم ارایه مشکلات به مسئول مربوطه و عدم اقدام در جهت رفع آن می تواند در صورتی که کمبود فوق منجر به آسیب بیمار گردد، سوپروایزر وقت را درگیر نماید .

د) نظارت بر چگونگی مصرف و نگهداری تجهیزات و داروها: یکی از اصلی ترین وظایفی است که معمولاً در برخی از پرونده های قصور پرستاری می توان دید. بدیهی است نظارت بر عملکرد صحیح تجهیزات بخش ها اعم از الکتروکاردیوگرافی، ساکشن، لوله های اکسیژن، مانیتورها، فشارسنج و و همچنین وجود داروهای اورژانس، می تواند در صورت بروز موارد بحرانی، اطمینان کامل برای حمایت قانونی از پرستاران بخش و سوپروایزر وقت ایجاد نماید.

سرپرستار

الف) برنامه ریزی برای استانداردهای مراقبتی

ب) تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت: عدم تدوین برنامه منظم برای پرستاران شیفت شب یک بخش پر کار، می تواند باعث جابجا شدن افراد مراقب، عدم دقت در پیگیری وضعیت یک بیمار بد حال و از دست رفتن وی گردد.

ج) کنترل عملکرد تجهیزات مورد استفاده در بخش: کنترل دقیق تجهیزات و اعلام سلامت یا عیب آن به سوپروایزر وقت از وظایف مهم و اولیه سرپرستار می باشد.

د) همراهی با پزشک در زمان ویزیت : که متأسفانه واگذاری این وظیفه به افراد غیر مسئول و عدم درک تأکید و جدیت دستور پزشکی توسط وی ، سرپرستار بخش را درگیر خواهد نمود .

ذ) مراقبت پرستاری در شرایط اورژانس : حضور سرپرستار در بالین بیماران بدحال همگام با پرستار مربوطه ضروری است.

پرستار

الف) جلب اعتماد و اطمینان مددجو: عدم برقراری ارتباط مناسب

در چهار شکل امکان بروز می یابد (۷).
الف) بی مبالاتی^۲: یعنی ترک فعلی که از نظر فنی و علمی انتظار انجام آن می رود. مثل 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 و یا تزریق واکسن در یک کودک بدون رعایت اقدامات حفاظتی منجر به شکستن سر سوزن با تحرک کودک شده و در نتیجه عمل جراحی برای خروج آن انجام شده است.
ب) بی احتیاطی^۳: انجام فعلی که از نظر علمی انتظار انجام آن نمی رود. مثل تزریق وریدی دارویی که کنتراژیکاسیون وریدی داشته و با ایجاد تشنج منجر به مرگ شده است و یا ارایه داروی اشتباه در سرنگ به پزشک بیهوشی، به دلیل عدم دقت در خواندن بر چسب روی شیشه اصلی دارو.

ج) عدم مهارت^۴: حالتی که مرتکب، تجربه و مهارت علمی و عملی کافی در انجام آن ندارد. مثل تزریق سرم زیر پوست، که منجر به نکروز و در نهایت پیوند پوستی شده است و یا تزریق دارو به صورت وریدی با سرعت زیاد علیرغم توصیه پزشک مبنی بر تزریق آهسته که منجر به ایست قلبی گردیده است.

د) عدم رعایت نظامات دولتی: عدم رعایت و اجرای کلیه قوانین، بخشنامه ها 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 (۸).

۲ - تخلف انتظامی پرستاری^۵: از نظر قانونی، این تخلفات جرم محسوب نشده و مجازاتی در قانون برای آن مشخص نگردیده است ولی صاحبان حرفه پرستاری، بر اساس تعهدی که در سازمان نظام پرستاری به آن داشته‌اند ملزم به رعایت آن جهت حفظ شئون حرفه‌ای می‌باشند. رسیدگی به این تخلفات در هیأت‌های بدوی و 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.

نتیجه گیری

جهت احراز و اثبات قصور پرستاری تحقق چهار شرط اصلی ضروری است.

- 1 - Nursing Malpractice
- 2 - Nursing Negligence
- 3 - act of mission
- 4 - act of commission
- 5 - Not experience
- 6 - Nursing Professional Misconduct

با بیمار، می‌تواند سبب شود حتی در صورت ارایه مناسب ترین خدمات، رضایت وی فراهم نشود که خود زمینه ساز بروز شکایت خواهد بود و در نقطه مقابل، در صورت جلب اطمینان مددجو و رعایت اصول انسانی و اخلاقی، حتی در صورت خطا و سهل انگاری از سوی پرستار، می‌تواند با چشم پوشی و بخشش بیمار و عدم طرح شکایت توأم گردد.

ب) کسب اطلاع از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده بیمار: بر اساس استانداردهای جهانی در یک تریاژ در شرایط بحرانی ۶۰٪ عملکرد پرسنل به ثبت خدمات ارایه شده و ۴۰٪ آن به ارایه عملی خدمات محدود می‌شود که این میزان در شرایط عادی ۵۰٪ می‌باشد. این مهم در سیستم درمانی و پرستاری کشور ما، مورد توجه جدی قرار نگرفته است و این در حالیست که مستند سازی و ثبت دقیق شرایط بیمار و خدمات ارایه شده، اولین نتیجه مثبت را برای پرستار مسئول در شرایط حقوقی در پی خواهد داشت؛ بگونه‌ای که تنها حامی وی در مقابل مراجع قضایی و راهنمای قاضی و اعضای کمیسیون، مندرجات پرونده بالینی می‌باشد که توسط پرستار ثبت گردیده است (۶).

ج) همکاری در انجام آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی
د) اقدامات پرستاری در فوریتها تا حضور پزشک: ارایه خدمات احیاء، ماساژ قلبی، باز کردن راه هوایی با Air way، تا قبل از رسیدن پزشک از وظایف پرستاری است و بدیهی است در صورت عدم حضور پزشک و در صورت رو به اتمام بودن زمان طلایی، اقدامات تهاجمی شامل تزریق دارو و تعبیه لوله تراشه بایستی انجام شود.

ه) اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای حرفه پرستاری
و) نظارت بر اقدامات همکاران دیگر: بروز خطای فاحش توسط یک پرستار در واحد اورژانس و سلب مسئولیت توسط دیگر نیروهای موجود بر این اساس هیچوقت پذیرفته نبوده و در این شرایط تذکر و راهنمایی همکاران برای جلوگیری از بروز خطا ضروری است.

ز) کنترل و مراقبت از جسد
ح) انجام اقدامات ضروری برای پیشگیری از عفونت‌ها.

خطای پرستاری^۱

به معنی کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می‌باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسئولیت‌های مصوب وزارت بهداشت و درمان است که معمولاً در مسیر بررسی و رسیدگی به پرونده‌ها، میانگین اقداماتی که یک پرستار در وظایف محوله باید به کار بندد در نظر گرفته می‌شود و چنانچه اعمال انجام گرفته از حد متوسط فوق کمتر و یا خارج از حد وظایف باشد، قصور تلقی می‌گردد. بر این اساس قصور پرستاری در دو شکل مورد بحث قرار می‌گیرد:

۱ - سهل انگاری پرستاری^۲: که بحث اصلی قصور پرستاری در این بخش بوده است و معمولاً در محاکم قضایی و پس از انجام کارشناسی در سازمان پزشکی قانونی و یا سازمان نظام پرستاری، منجر به صدور رأی می‌گردد. مطابق ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی قصور

۴ - ارتباط بین خطا و آسیب^{۱۰}: اثبات ارتباط بین خطای انجام شده با آسیب مورد ادعای بیمار در برخی موارد به راحتی صورت نمی گیرد و بررسی کارشناسانه و علمی آن ضروری است مثلاً تزریق گیراستریل در ناحیه سرین و بروز دیسک کمر یک سال بعد از تزریق، نمی تواند از نظر علمی عارضه پذیرفته شده ای تلقی گردد.

ذکر مواردی از شایع ترین پرونده های قصور پرستاری در سازمان پزشکی قانونی در روشن شدن بیشتر توضیحات فوق و آگاهی همکاران پرستار در ارایه دقیق خدمات مفید خواهد بود .

الف) تجویز 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 و یا بد رفتاری با بیمار بخصوص کودکان

چ) همکاری در سقط جنین به صورت غیر مجاز

م) پایان دادن به زندگی بیمار (اتانازی)

و) دستکاری در پرونده بیمار و افشای اسرار آنها

ز) خودداری از کمک به مددجویان اورژانس

جامعه پرستاری کشور، با برخورداری از همکارانی مؤمن و دلسوز و با هدف قرار دادن خدمت صادقانه به بیماران و مددجویان که رضایت خداوند متعال را بدنبال خواهد داشت و با استعانت از ذات حق، مطابق موازین فنی و علمی و استاندارد روز دنیا و مطابق ضوابط و قوانین کشوری، می توانند عملکردی مبرا از قصور و خطا را به جامعه ارایه نمایند.

۱ - وظیفه^۷: 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 می گردد که این مسئولیت می تواند کامل یا نسبی باشد. بدیهی است اثبات این بخش، نیاز به بررسی دقیق گزارشات پرستاری پرونده ها، 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 می گیرد .

۲ - تخطی^۸: کوتاهی یا سهل انگاری در انجام وظیفه می باشد. همانگونه که توضیح داده شد این خطا در چهار شکل بی مبالاتی، بی احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی بروز می نماید که در آراء حقوقی نیز بر همین اساس ارزیابی می گردد. مشخص نمودن حدود وظایف افراد و تعریف استانداردهای آن در علم پرستاری، تعیین و تفکیک عوارض اقدامات پرستاری از خطا و قصور بایستی با دقت کافی در احراز و اثبات تخطی صورت گیرد .

۳ - آسیب^۹ 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 می توان قصور تلقی نمود. بدیهی است مواردی همچون سر درد گذرا ، سرگیجه، ضعف جسمانی و واژه هایی هستند که تا پاتولوژی دقیق ایجاد کننده آن مشخص نشود در حد یک شکایت تلقی گردیده و نمی توان در اثبات قصور از آن استفاده نمود .

References

- 1 - Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. Health Care Ethics: Principles and Problems. New Jersey: Prentice Hall, 1993: 23- 27.
- ۲ - قضایی ص . پزشکی قانونی. ۱۳۷۳، صص ۲۵ - ۱.
- ۳ - قشلاقی ف . راههای پیشگیری از قصور پزشکی. ۱۳۸۰: صص ۱۴۳-۱۳۷.
- 4 -Jonson A. Clinical Ethics. Mc Graw Hill, 2002: pp 163-180.
- ۵ - عباسی م . حقوق پزشکی. جلد سوم، ۱۳۷۷، صص ۲۲۵-۲۱۵.
- ۶ - عباسی مهری، گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. ۱۳۷۹، صص ۷۴-۸۵.
- ۷ - رسائی نیا ن . مجموعه قوانین مجازات اسلامی. ۱۳۸۲، صص ۳۲-۴۰.
- ۸ - عباسی م . حقوق پزشکی. جلد دوم، ۱۳۷۷، صص ۸۹-۷۱.

7 - Duty
8 - Derilication
9 - Damage
10-Dependency