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، دخالت‌های 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 می‌نماید. آشنایی با شرح وظایف گروه‌های 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 مبالاتی، 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 مؤثردر 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

هدف اصلی و غایی حرفه پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است. تحقق این امر نه تنها از طریق علمی، بلکه از روش‌های 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 می‌گیرد.

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 اولویت‌های 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

ارتباط با بیمار از جهت زمان و مکان و نوع خدمات ارایه شده ، ضرورت قرار گرفتن گروه پرستاری را به عنوان الگوی ارایه اصول اخلاقی نشان مـی دهد که این موضـوع در اعتلاء و بهبود سـلامتی (به ویژه از نظر روانـی)، پیشـگیری از بیماریها و تسـکین درد مددجویان، نقش اولیه و اصلـی را ایفا خواهد نمود. از این جهت آشـنایی با محتویات قوانین و دستورالعمل‌های پرسـتاری و تغییرات آن، می‌تواند به عنوان راهنما جهـت هدایت در برقراری مناسـبات حین انجـام وظیفه، مد نظر قرار گیرد و مسـئولیت‌های محوله منطبق و سـازگار بـا اخلاق حرفه ای و با کیفیت مطلوب ارایه گردد (۱) . زمانی که پرسـتاران مطابق با علوم روز پرسـتاری ، خدمات خـود را به بیماران ارایه می نمایند بایسـتی نسـبت به ثبت آن و واکنشهایی که بیمار نسـبت به درمان و خدمات فـوق ارایه می‌دهد ، بدون نگرانی اقدام نمایند تا بدینوسـیله بتوانند با دانش پرستاری، به پزشـک در مسیر تشخیص و درمان بیماری کمک نمایند (۲).

پرستاران و کادر درمانی در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار بطور مسـتقیم و یا غیر مستقیم مسـئول خطاهای خود می باشند . بنابراین اگر غفلت ، عدم مهارت و سـهل انگاری آنان در مسیر درمان و مراقبت و یا عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی ، باعث خسارت و ضرر بیمـاران گردد باید بـه جبران آن بپردازند و از ایـن رهگذر نیز امکان دارد عـلاوه بر پرداخـت جریمه نقدی و یا خسـارت مادی محکومیت جزائـی نیز پیدا کنند. در نقطه مقابل، چنانچه پرسـتار، پیراپزشـک و .... اقدامـات درمانی و یا وظایف محوله را مطابق موازین پزشـکی و بر اسـاس دسـتورالعملها و بخشـنامه های وزارت تابعه خود و مطابق با استانداردهای حرفه‌ای کشور انجام داده و با احساس مسئولیت، حسن نیت و بر اساس اصول اخلاقی عمل نماید، موقعیتی برای طرح شکایت از طرف بیمار باقی نمی ماند و در صورت طرح موضوع شکایت نیز بدون نتیجه خواهد ماند(۳).

روش بررسی

امروزه علیرغم تلاش پزشـکان ، 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 می باشند .

علل خاص

۱ - عوامـل رفتاری به عنوان مهمترین عامل، همواره مورد بحث می باشـد. علم اخلاق پزشـکی یا Medical Ethic به عنوان یکی از زیـر بنایی ترین موضوعات آموزش حرفه پرسـتاری، فارغ التحصیل این رشـته را موظف به رعایت اصولی می نماید که در کنار آن مددجو با اطمینان و اعتماد و برخورد مناسـب از سوی پرستار خود ، اقدامات مراقبتی و پرسـتاری را دریافت می‌کند و در این راسـتا هر گونه خلل در نحـوه رفتارهای بین فـردی، می‌تواند علمی ترین و بهترین مراقبت پرستاری را تحت الشعاع خود قرار دهد (۴).

۲ – افزایش هزینه درمان بخصوص در بیمارسـتان‌های خصوصی باعث ایجاد توقع در ارایه سـرویس پرستاری بیش از حد استانداردهای تعریف شـده و درخواسـت خدمات کامل و ایده آل از سـوی بیمار و همراهـان وی می‌گردد کـه این موضوع زمینه بروز شـکایت را فراهم می نماید.

۳ – نیاز اقتصادی و عدم تأمین مالی پرسـتاران با حضور در چند شـیفت متوالی ، با ایجاد خسـتگی جسمی و روحی ، سبب واکنشهای غیر متعارف و ناهنجار در پاسـخ به خواسـته های منطقی و مشـروع بیماران می گردد که خود زمینه ساز بروز شکایت خواهد بود.

۴ – ذهنیـت منفی و بد بینی بیماران به ارایه خدمات ضعیف در بیمارسـتانهای دولتی و عدم رعایت اسـتانداردهای پزشکی، منجر به ترک بدون رضایت از بیمارسـتان می گـردد و بیماران در این صورت از چگونگـی ارایـه خدمات مطلوب در طی مدت بسـتری خود آگاهی نداشـته و در این شرایط همواره با نگرش انتقادی به مجموعه نگریسته می شود .

۵ – موقعیت نسـبتاً ایده آل اقتصادی و اجتماعی کادر پزشـکی، منجر به سـوء اسـتفاده بیماران سودجو و تهدید ایشـان به آبروریزی می‌گـردد . این گروه از بیماران یا همراهـان وی از کم بودن اطلاعات قانونی پرسـنل مطلع بوده و لذا از این مسیر اقدام به تهدید می نمایند که بدیهی است می توان با آگاهی و آموزش کادر پرستاری سبب ثبات و تقویـت عملکرد صحیح و مقاومت در مقابل مشـکلات ایجاد شـده گردید.

۶ – دخالت‌هـای غیـر مجاز در امور درمانی و پرسـتاری یکی از اقدامات رایج در سـطح کشور می باشد به نحوی که برخی از پرستاران با انجام اقدامات پزشـکی درمانی و حتی جراحی های سرپایی ، خارج از حیطـه وظایـف با ایجاد عارضـه در بیمار منجر به طرح شـکایت و محکومیت صد در صد در مقابل اقدام انجام گرفته می گردد و از سوی دیگر رده های پایین کادر پرسـتاری ماننـد بهیار ، کمک بهیار و .... با انجام وظایف تخصصی پرسـتاری که متاسـفانه در برخـی از موارد با درخواست و آگاهی مستقیم خدمات پرستاری بیمارستان‌ها می باشد، با آسیب به بیمار، درگیر پرونده های قصور پرستاری در محاکم قضایی می‌گردند .

۷ – اشـتغال پرسـتاران در اطاق عمل به عنـوان عضوی از تیم جراحی و یا بیهوشی منجر به درگیر شدن ایشان در پرونده های شکایت از اقدامات انجام شده در اتاق عمل می گردد . راهنمایی بیماران توسط دیگر همکاران پرستار ، جهت طرح شکایت و .... از علل خاص دیگر در ایجـاد و طرح پرونده های قصور پزشـکی در مراجع قضایی و انتظامی می باشند (۵).

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

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 می‌نماید.

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 نگریسته 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 آشناسازی 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 می‌تواند به نوعی منجر به طرح شکایت از قصور پرستاری در پرونده‌های قضایی گردد اهمیت آشنایی و رعایت مسئولیت‌های فوق را بیش از پیش روشن می نماید.

مدیر پرستاری

الف) برنامه ریزی برای بهبود فعالیت‌های 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 بخش‌ها اعم از الکتروکاردیوگرافی، ساکشن، لوله های اکسیژن، مانیتورها، فشارسنج و .... و همچنین وجود داروهای اورژانس، می‌تواند 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، می‌تواند 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

با بیمار، می‌تواند سبب شود حتی در صورت ارایه مناسب ترین خدمات، رضایت وی فراهم نشـود 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) کسـب اطلاع از وضعیت سـلامت مددجو و ثبـت در پرونده بیمار: بر اساس اسـتانداردهای جهانی در یک تریاژ در شرایط بحرانی ۶۰٪ عملکـرد پرسـنل به ثبت خدمات ارایه شـده و ۴۰٪ آن به ارایه عملی خدمات محدود می شـود که این میزان در شـرایط عادی ۵۰٪ می باشد. این مهم در سیستم درمانی و پرستاری کشور ما، مورد توجه جدی قرار نگرفته اسـت و این در حالیسـت که مسـتند سازی و ثبت دقیق شـرایط بیمار و خدمات ارایه شـده، اولین نتیجه مثبت را برای پرسـتار مسئول در شـرایط حقوقی در پی خواهد داشت؛ بگونه‌ای که تنهـا حامی وی در مقابـل مراجع قضایی و راهنمـای قاضی و اعضای کمیسـیون، مندرجات پرونده بالینی می باشـد که توسط پرستار ثبت گردیده است (۶).

ج) همکاری در انجام آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی

د) اقدامات پرسـتاری در فوریتها تا حضور پزشک : ارایه خدمات احیاء، ماساژ قلبی، باز کردن راه هوایی با Air way ، تا قبل از رسیدن پزشـک از وظایف پرستاری است و بدیهی است در صورت عدم حضور پزشـک 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 ومراقبت از جسد

ح) انجام اقدامات ضروری برای پیشگیری از عفونت‌ها.

خطای پرستاری[1]

بـه معنی کوتاهی از انجام اسـتانداردهای مراقبتی و پرسـتاری می‌باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسئولیت‌های مصوب وزارت بهداشـت و درمان اسـت که معمولا در مسـیر بررسـی و رسیدگی به پرونده‌هـا، میانگین اقداماتی که یک پرسـتار در وظایف محوله باید به کار بندد در نظر گرفته می شـود و چنانچـه 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 می گیرد:

۱ - سـهل انگاری پرسـتاری[2] : که بحث اصلی قصور پرسـتاری در ایـن بخش بوده اسـت و معمولاً در محاکم قضایـی 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 در چهار شکل امکان بروز می یابد (۷).

الف) بی مبالاتی[3]: یعنی ترک فعلی که از نظر فنی و علمی انتظار انجام آن می رود . مثل تزریق آمپول با سـوزن سایز غیر استاندارد که منجر به نفوذ زیر پوستی دارو و التهاب محل و در نتیجه نکروز و نیاز به جراحی مکرر پیدا نموده اسـت و یا تزریق واکسن در یک کودک بدون رعایت اقدامات حفاظتی منجر به شکسـتن سر سوزن با تحرک کودک شده و در نتیجه عمل جراحی برای خروج آن انجام شده است .

ب) بی‌احتیاطـی[4]: انجام فعلی که از نظر علمـی انتظار انجام آن نمـی رود . مثل تزریق وریـدی دارویی که کنتراندیکاسـیون وریدی داشته و با ایجاد تشنج منجر به مرگ شده است و یا ارایه داروی اشتباه در سـرنگ به پزشک بیهوشی، به دلیل عدم دقت در خواندن بر چسب روی شیشه اصلی دارو.

ج) عـدم مهارت[5]: حالتی کـه مرتکب ، تجربه و مهارت علمی و عملی کافی در انجام آن ندارد . مثل تزریق سـرم 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 ، بخشـنامه ها و دستورالعملهای مقامات ذیربط مانند مسئولین وزارت بهداشـت و درمان ، رئیس دانشگاه ، رئیس خدمات پرستاری دانشگاه، مدیر گروه ، رئیس بخش ، مترون بیمارسـتان و .... بدیهی اسـت که کلیه دسـتورات بایستی صریح و کتبی باشند، مانند عدم اطلاع رسانی مناسـب به پزشک اورژانس توسط پرسـتار بخش در ارتباط با وضعیت بحرانـی بیمار و یا اجرای غیر مجاز وظایف پزشـکی توسـط پرسـتار بخش(۸) .

۲ - تخلف انتظامی پرسـتاری[6]: از نظر قانونی، این تخلفات جرم محسـوب نشـده و مجازاتی در قانون برای آن مشخص نگردیده است ولی صاحبان حرفه پرسـتاری، بر اسـاس تعهدی که در سازمان نظام پرسـتاری به آن داشـته‌اند ملزم بـه رعایت آن جهت حفظ شـئونات حرفه‌ای می‌باشـند. رسـیدگی به ایـن تخلفات در هیأتهـای بدوی و تجدید نظر استانی صورت گرفته و مجازات‌های خاص خود مانند توبیخ شـفاهی یا کتبی، محرومیت از انجـام خدمات به صورت کوتاه مدت یا طولانی را خواهند داشت.

نتیجه گیری

جهت احـراز و اثبات قصور پرسـتاری تحقق چهار شـرط اصلی ضروری است.

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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

۱ - وظیفـه[۷]: بـه محض قبول پرسـتاری از بیمار به هر صورت، کشـیک در بخش، خصوصی و در منزل، رایگان و یا در مقابل دریافت وجـه، این وظیفه برقرار می‌گردد که این مسـئولیت مـی تواند کامل یا نسـبی باشـد. بدیهی اسـت اثبات این بخش، نیاز به بررسـی دقیق گزارشـات پرستاری پرونده ها، گزارش دفتر خدمات پرستاری و برنامه شـیفت موظف خواهد داشت . با توجه به بروز اکثر خطاهای پرستاری در حد فاصل تعویض شـیفتهای بیمارسـتانی بر اسـاس آمار موجود ، تعییـن فـرد موظف در قبال بیمار و بررسـی عملکـرد وی ، معمولا با مشکل صورت می گیرد .

۲ - تخطی[۸]: کوتاهی یا سـهل انگاری در انجام وظیفه می باشـد. همانگونـه که توضیح داده شـد این خطا در چهار شـکل بی مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهـارت و عدم رعایت نظامات دولتی بروز می نماید کـه در آراء حقوقی نیز بر همین اسـاس ارزیابی می گردد. مشـخص نمودن حدود وظایف افراد و تعریف استانداردهای آن درعلم پرستاری، تعیین و تفکیک عوارض اقدامات پرسـتاری از خطا و قصور بایسـتی با دقت کافی در احراز و اثبات تخطی صورت گیرد .

۳ – آسـیب[۹] جسـمی یا روانی: در صورت بروز صدمه جسمی یا روحی به بیمار و توانایی در مشـخص نمودن حدود دقیق این آسـیب، عمـل انجام شـده در ایجـاد آن را می توان قصور تلقـی نمود. بدیهی اسـت مواردی همچون سر درد گذرا ، سرگیجه، ضعف جسمانی و ..... واژه‌هایی هسـتند که تا پاتولوژی دقیق ایجاد کننده آن مشخص نشود در حد یک شـکایت تلقـی گردیده و نمی تـوان در اثبات قصور از آن استفاده نمود .

۴ – ارتباط بین خطا و آسـیب [۱۰]: اثبات ارتباط بین خطای انجام شـده با آسـیب مورد ادعای بیمـار در برخی موارد بـه راحتی صورت نمی‌گیرد و بررسـی کارشناسـانه و علمی آن ضروری است مثلاً تزریق غیراستریل در ناحیه سرین و بروز دیسک کمر یک سال بعد از تزریق، نمی‌تواند از نظر علمی عارضه پذیرفته شده ای تلقی گردد.

ذکر مواردی از شایع‌ترین 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) تزریـق دارو در شـریان و یا محلی که باعث آسـیب 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 برخورددداری 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 موازیـن فنی و علمی و اسـتاندارد روز دنیا و مطابـق ضوابط و قوانین کشـوری، می توانند عملکردی مبرا از قصور و خطـا را به جامعه ارایه نمایند.

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 – قشـلاقی ف . راههای پیشـگیری از قصور پزشـکی.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.

٦ – عباسـی مهری، گزارش کتبی و شـفایی در پرستاری. ۱۳۷۹، صص ۸۵-۷٤.

۷ – رسـائی نیا ن . مجموعـه قوانین مجازات اسـلامی. ۱۳۸۲، صص ٤۰-۳۲.

۸ – عباسی م . حقوق پزشکی. جلد دوم ،۱۳۷۷، صص ۸۹-۷۱.

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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]