

شمایی از مسؤولیت مدنی پرستاران

حمیدرضا صالحی^۱

چکیده

اگر صاحبان حرف پزشکی و وابسته، دارای اطلاعات و صلاحیت‌های لازم بوده و در انجام وظایف خویش مطابق موازین علمی و فنی عمل کرده باشند، لکن اقدام به اخذ برائت از بیمار یا ولی او نکرده باشند، در این صورت در قبال خسارات وارده، ضامن نخواهند بود. به عبارتی اصل بر این است که تعهدات صاحبان حرف پزشکی و وابسته تعهد به وسیله است، مگر خلاف آن مقرر شده باشد. در این مقاله بعد از توضیح اجمالی اقسام تحقق مسؤولیت مدنی پرستاران به تبیین تفصیلی برخی از تعهدات مهم و اساسی در خصوص مسؤولیت آنها نظیر تعهد به حفظ اسرار حرفه‌ای، حالت اورژانس و تعهدات پرستاران در این وضعیت، تعهد به بازآموزی و به روز رسانی اطلاعات علمی، مراقبت از بیماران پر خطر و نهایتاً به انجام اقدامات درمانی توسط پرستاران پرداخته شده است.

واژگان کلیدی

پرستاران، مسؤولیت مدنی، اسرار شغلی، اورژانس، بازآموزی اطلاعات، اقدامات درمانی

۱. مربی، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران. ایران. (نویسنده مسؤول)

مقدمه

عمری از جان پرستم شب بیماری را گر تو یک شب به پرستاری بیمار آیی^۱
 حرفه پرستاری از جمله مراکز ثقل سیستم‌های خدمات بهداشتی است به نحوی که در میان متصدیان امر سلامت، پرستاران بیش‌ترین تعداد را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل ارتباط مستقیم و زیاد با بیمار، این حرفه از اهمیت خاصی برخوردار است. در فرانسه، حرفه پرستاری طی سال‌های اخیر با تحولات قابل توجهی هم از نقطه نظر اجرایی و هم از حیث مسؤولیت‌ها مواجه شده است. (پل فلورین، ۱۹۵۰ م.) موضوع نارضایتی و شکایت بیماران از گروه درمان به خصوص پرستاران، به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی و... از جمله موضوعات مبتلابه در مراکز پزشکی و حقوقی است. پرستاران در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار، به طور مستقیم و غیر مستقیم مسؤول تقصیرات خود هستند. فلذا اگر در صورت غفلت، عدم مهارت و سهل‌انگاری آنان در فرآیند درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین طبی و امثال ذلک سبب ایراد خسارت به بیماران شوند، ملزم به جبران خسارات وارده هستند. (صالحی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) مضافاً این که ممکن است علاوه بر پرداخت جزای نقدی یا خسارات مادی، محکومیت کیفری و انتظامی نیز پیدا کنند که پرداختن به آن تخصصاً از موضوع این مقاله خارج است. فلذا در این مقاله به تبیین اجمالی بعضی از مصادیق مهم مسؤولیت مدنی این حرفه نظیر: حفظ اسرار حرفه‌ای، اورژانس، انجام اقدامات درمانی توسط پرستاران و امثالهم پرداخته شده است. البته لازم به ذکر است که بخش عمده‌ای از این مطالب مختص پرستاران نبوده و قابل تسری به سایر حرف پزشکی و وابسته نیز می‌باشد.

اقسام تحقق مسؤولیت مدنی پرستاران

در یک بررسی اجمالی می‌توان خطای پرستاری و خطرات ناشی از آن را به شرح ذیل تقسیم نمود:

۱- پرستاران مرتکب خطایی شوند که ناشی از جهل آن‌ها یا دخالت در اموری است که در تخصص آن‌ها نیست، مانند تجویز یا تزریق دارو بدون کسب نظر پزشک که در این صورت با اجتماع شرایط قانونی مسؤول خواهند بود.

۲- پرستاران در عین برخورداری از آگاهی و مهارت کافی، به دلیل سهل‌انگاری مرتکب خطای پزشکی شوند، مثل تعبیه کاتر وریدی به مدت طولانی که با اجتماع شرایط دیگر، در این حالت هم موجب مسؤولیت مدنی پرستار خواهد شد.

۳- پرستاران با اطلاع و مهارت کافی و اخذ رضایت^۲ و براءت^۳ اقدام به مراقبت و ارائه خدمات پرستاری نمایند. در این وضعیت، پرستار در صورت عدم سهل‌انگاری و عدم قصور در انجام وظیفه، در برابر خطرات احتمالی ناشی از درمان مسؤولیتی نخواهد داشت. (جوادی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.).

۴- برخی معتقدند اگر صاحبان حرف پزشکی و وابسته، دارای اطلاعات و صلاحیت‌های لازم بوده و در انجام وظایف خویش دقت لازم را انجام داده باشند، لکن اقدام به اخذ براءت از بیمار یا ولی او نکرده باشند، در این صورت در قبال خسارات وارده، ضامن خواهند بود. (گرگی و همکاران، ۱۳۸۴ ش.؛ میرهاشمی، ۱۳۸۳ ش.؛ طاهری، ۱۳۷۷ ش.؛ پارساپور و همکاران، ۱۳۸۵ ش.). به نظر می‌رسد اگرچه این نظر علی‌الظاهر مطابق نظر مشهور فقهای امامیه است، لیکن با عدالت که هدف غایی حقوق است قرابت چندانی نداشته و از این حیث خالی از اشکال نیست، زیرا به استناد قاعده عقلی و نقلی احسان (موسوی بجنوردی، ۱۳۸۹ ش.) و جلوگیری از انسداد

باب خدمات پرستاری و رجوع به حکم «کل ما حکم به العقل، حکم به الشرع و کل ما حکم به الشرع حکم به العقل» در این حالت نباید هیچ گونه مسؤولیتی برای پرستاران قائل شد. (موسوی بجنوردی، ۱۳۷۷ و ۱۳۸۲ ش.؛ اسماعیل آبادی، ۱۳۸۳ ش.؛ ظاهر نیا و همکاران، ۱۳۸۶ ش.)

مضافاً بر این که از حیث ادله موافقین این قول، ادعای اجماعی که برخی در این باره کرده‌اند حجیت ندارد (حسینی طهرانی، ۱۴۲۸ ق.) در مورد طبیب هم برخی از فقهای عظام هم چون ابن ادریس معتقدند اگر پزشک حاذق باشد و موازین فنی و علمی و نظامات مربوطه را مراعات نماید و معالجات وی با اذن بیمار (نه براءت) یا ولی او صورت پذیرد، در این صورت نیاز به اخذ براءت نیست (مالمیر، ۱۳۸۱ ش.) و مسؤولیتی متوجه طبیب نخواهد شد (صالحی، ۱۳۹۰ ش.) به عبارتی اصل بر این است که تعهدات صاحبان حرف پزشکی و وابسته تعهد به وسیله است، مگر خلاف آن مقرر شده باشد. (صالحی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)^۴

با عنایت به قول این دسته از حقوق دانان و فقها و با استفاده از قیاس اولویت، (محمدی، ۱۳۸۱ ش.) به نظر می‌رسد می‌توان همین حکم معقول و منطبق بر انصاف و عدالت را در خصوص پرستاران نیز اثبات نمود و قائل به عدم ضمان آنها در این حالت شد.^۵ از طرف دیگر هم می‌توان استدلال کرد که به فرض صحت دلایل و استدلالات موافقان مسؤولیت طبیب در فرض چهارم، از آنجایی که این امر خلاف قاعده به نظر می‌رسد بایستی تفسیر مضیق نمود و از تعمیم این مقرر ناعادلانه به سایر حرف پزشکی و وابسته و از جمله پرستاران که موضوع بحث این مقاله است اجتناب نمود. در قسمت بعدی به مطالعه اجمالی برخی از مصادیق مهم مسؤولیت مدنی پرستاران پرداخته شده است.

رعایت اسرار شغلی

هر راز که اندر دل دانا باشد باید که نهفته تر ز عتقا باشد^۶

اعتماد عنصر اساسی رابطه بین پرستار و بیمار است. بعضا بیمار برای حفظ سلامت خویش اسرار خود را در اختیار پرستار قرار می‌دهد و انتظار می‌رود که پرستار به حفظ این اسرار به عنوان راز احترام بگذارد. این انتظار از پرستارانی که در منزل بیمار به ارائه خدمات مشغول هستند به مراتب بالاتر است. در تمامی نظام‌های حقوقی دنیا خودداری از افشای اسرار بیماران به عنوان یک قاعده کلی مقبول است. (ممتو، ۲۰۰۱ م؛ سردا، ۱۹۹۷ م.) در خصوص مبنای تعهد پرستار به حفظ اسرار بیماران اختلاف نظر وجود دارد. عده‌ای معتقدند که این تعهد، ریشه قراردادی دارد و آن را به عقد ودیعه تشبیه کرده‌اند، در حالی که از نظر برخی دیگر، مبنای آن نظم عمومی است، یعنی به جهت مصلحت عمومی، پرستار باید حافظ اسرار بیمار باشد. (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹ ش.)

حمیدرضا صالحی

مقنن ایرانی در ماده ۴ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی حرف پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۴/۲۰ هیأت وزیران مقرر داشته است: «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار بیمار را مگر به موجب قانون ندارند». در ماده ۶۴۸ ق.م.ا مصوب ۱۳۷۵، این تعهد را برای تمام کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند پیش‌بینی شده است. ماده ۲۲۰ قانون مجازات عمومی سابق هم متذکر این مهم شده بود.

مقنن فرانسه در ماده ۳۷۸ قانون مجازات عمومی، این تعهد و ضمانت اجرای آن را مقرر کرده بود که در اصلاحات قانونی این کشور، این امر با توسعه بیش‌تری در ماده ۱۳-۲۲۶ قانون مزبور مقرر شده است. (مولر، ۱۹۹۳ م.)^۷

افشای راز پزشکی در ایتالیا نیز به استناد ماده ۶۲۲ قانون مجازات عمومی این

کشور، قابل تعقیب است. (اعتمادیان، ۱۳۴۲ ش.)

به نظر می‌رسد تعهد پرستار در حفظ اسرار حرفه‌ای از موارد مربوط به نظم عمومی است و علی‌القاعده، بیمار نمی‌تواند پرستار را از تعهد حفظ اسرار معاف نماید. لازم به ذکر است کلیه اطلاعاتی که پرستار از بیمار خود کسب می‌کند، خواه مربوط به اسرار خود بیماری باشد که مستقیماً از خود بیمار به دست آورده یا این که در اثنای ارائه خدمات پرستاری یا به مناسبت آن بدان دست یابد، حتی اگر خود بیمار هم از آن اطلاعی نداشته باشد، مکلف به حفظ آن می‌باشد و گرنه سبب مسؤولیت او خواهد شد. (دیبايي، ۱۳۷۹ ش.)

افشای اسرار بیمار حتی اگر پرستار از افراد خانواده بیمار هم باشد، باز هم مباح نیست. از مصادیق افشای اسرار پزشکی بیمار، نوشتن اسم یا تصویر او در کتب و مقالات و... است. مثلاً اگر پرستاری برای بیان رزومه کاری خود بگوید من تا به حال از چندین بیمار با اسم و مشخصات فلان که بیماری خاصی داشته‌اند (مثلاً فراموشی یا در خواب راه رفتن و...) پرستاری کرده‌ام، همین امر نیز می‌تواند موجب تحقق مسؤولیت مدنی پرستار ناشی از افشای اسرار بیماران - با اجتماع شرایط قانونی آن - گردد. مع‌الوصف، علی‌رغم این که حفظ اسرار بیماران به عنوان یک اصل کلی مقبول است، لیکن دارای استثنائاتی از قبیل: اعلام بیماری واگیردار، اعلام جرائم، ادای شهادت در برابر محکمه، کارشناسی، افشای سر در مقام دفاع، اعلام ولادت و فوت و در برخی موارد به رضایت بیمار نیز می‌باشد.

پرستاران ز او چون این شنیدند ز حیرت جمله انگشتان گزیدند^۸

در هر صورت در مقام شک در این که پرستار مجاز به افشای اسرار بیماران می‌باشد یا خیر، باید در این موارد تفسیر مضیق نمود و اصل را که همان عدم افشای اسرار بیماران است اعمال نمود. (عباسی، ۱۳۸۵ ش؛ ممتو، ۲۰۰۱ م.)

حفظ اسرار بیماران توسط پزشکان و کارکنان بهداشتی - درمانی، با تکیه بر منابع فقهی و حقوقی، واجب و افشای آن حرام و جرم محسوب می‌شود، ولی از طرفی رازداری مطلق نیست؛ بلکه ممکن است شرایطی پیش آید که حرف پزشکی ناچار به نقض آن شوند که می‌توان به مواردی نظیر مصلحت فردی یا عمومی اشاره نمود، لذا در تشخیص این که دفع کدام ضرر مهم‌تر است، به استناد ادله شرعی یا مستقلات عقلی، زمانی که دو حکم در کنار همدیگر قرار گیرند که یکی از آن‌ها دارای مصلحتی الزامی و قوی‌تر است، عمل به حکمی که مصلحت قوی‌تر دارد، مرجح خواهد بود. از سوی دیگر حرف پزشکی باید نهایت سعی و کوشش خود را مصروف کنند که از ناحیه این آشکارسازی، حداقل ضرر متوجه بیمار شود. مضافاً بر این که تعهد حرف پزشکی به رازداری با پایان یافتن ارتباط آن‌ها با بیمار یا با انصراف آن‌ها از امر طبابت و... به هر دلیلی که باشد و با گذشت دوره زمانی مشخص، حتی با فوت بیمار پایان نمی‌یابد؛ بلکه آن‌ها در طول زندگی‌شان، متعهد به آن باقی می‌مانند. (جوادی‌پور، طبیبی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.)

حالت اورژانس

کز ضرورت هست مرداری مباح بس فسادى كز ضرورت شد صلاح^۹

حالت اورژانس، پرستار را از تعهد اخذ رضایت بیمار معاف می‌کند. به عبارتی در حالت اورژانس، ارائه خدمات پرستاری و در بعضی موارد معالجه به صورت فوری ضروری است، زیرا جان بیمار یا سلامتی او در معرض خطر جدی است. در این حالت، پرستار ملزم به اخذ رضایت نیست و می‌تواند به میزانی که برای نجات بیمار ضروری است اقدامات لازم را مبذول نماید، چنانچه اگر بیمار هوشیار بود به حکم غریزه حب بقا، اذن درمان را به پرستار می‌داد. مفهوم تئوری

اورژانس که در پزشکی حول عنصر فوریت مطرح شده، این است که مداخله سریع پزشکی ضروری است و تأخیربردار نیست. در بیماری، حالاتی وجود دارد که هر لحظه آن برای بیمار نافع است و مداخله پزشکی باید در اسرع وقت انجام پذیرد. (صالحی، ۱۳۹۱ ش.).

ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، فوریت‌های پزشکی را بدین نحو تعریف نموده است: فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض لاعلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد. ماده ۲ آیین‌نامه مارالذکر، مصادیق فوریت‌های پزشکی را بیان نموده است^{۱۰} که با مذاقه در بند ۱۲ ماده ۲ آیین‌نامه مذکور، می‌توان نتیجه گرفت که موارد فوریت مذکور در ماده ۲ احصایی نبوده، بلکه از باب تمثیل است، زیرا در بند ۱۲ آمده است: «سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد».

فلذا اگر پرستار تصادفاً با بیمار فاقد هوشیاری مواجه شود مثلاً در صحنه تصادفی شخصاً حضور داشته باشد و یکی از مصدومین را ملاحظه کند که مواظبت و رسیدگی به او تأخیربردار نیست یا در بیمارستان و در بخش فوریت‌های پزشکی به بیمار فاقد هوشیاری برخورد کند که حال او مداخله سریع را اقتضا کند، در این حالات پرستار هم به استناد قانون مجازات خودداری از کمک به افراد آسیب‌دیده و هم به استناد ماده ۳ قانون تشکیل وزرات بهداشت و تکالیف حرفه‌ای که به موجب قانون و اخلاق و عرف خاص حرفه‌ای بر عهده دارد، مکلف به کمک به چنین افرادی است و از آنجایی که نسبت به سایر افراد عادی که در واقعه - مثلاً تصادف - حضور دارند این فرد متخصص حرفه‌ای محسوب می‌شود،

برای کمک به مصدومان اولویت دارد و در صورت ترک نجات و امداد، با اجتماع شرایط مقرر قانونی، حسب مورد به مسولیت مدنی و کیفری و بعضاً انتظامی نیز ممکن است محکوم شود. پرستاران در چنین شرایطی نمی‌توانند به نداشتن اذن استناد کنند و خود را تبرئه سازند، زیرا در صورت اجتماع شرایط اورژانس، نیاز به اذن بیمار نیست.^{۱۱}

در بند ۲ ماده ۵۹ و ۶۰ ق.م.ا. مصوب ۱۳۷۰ بر عنصر فوریت تأکید شده است: «در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نیست». البته قانون مجازات اسلامی معیاری برای شناخت فوریت ارائه نکرده است. (گلدوزیان، ۱۳۸۷ ش.) اداره حقوقی قوه قضائیه در نظریه تئوری، مرجع تشخیص موارد فوری و ضروری مذکور در بند ۲ ماده ۵۹ ق.م.ا. را پزشک معالج دانسته است که در صورت شکایت برای احراز فوریت می‌توان از سازمان نظام پزشکی یا پزشکی قانونی کسب نظر کرد. (نظریه ۷/۱۸۳۰ مورخ ۱۳۷۱/۳/۱۱، اداره حقوقی قوه قضائیه)

لفظ پزشک در این نظریه خصوصیتی ندارد که آن را محدود به اطبا نمائیم، زیرا در این جا استعمال لفظ پزشک ناظر به مورد غالب بوده است، پس در خصوص پرستاران هم با عنایت به این نظریه، معیار تشخیص فوریت خود آنها می‌باشند. از نقطه نظر حقوقی هم علی‌الاصول معیار تشخیص فوریت در فقدان یک معیار قانونی، مراجعه به عرف است. با این توضیح که ابتدا باید به عرف خاص که همان عرف حرفه مربوطه است مراجعه نمود و در صورت عدم امکان تشخیص فوریت، عرف عام را مناط عمل قرار داد.

مراقبت از بیماران پر خطر^{۱۲}

بر سر بالین، طبیب از ناله من زار شد از برای صحت من آمد و بیمار شد^{۱۳}

در مواردی که فرد به بیماری واگیرداری مبتلاء است و خطر جدی ابتلای پرستاران وجود دارد، این سؤال مطرح است که آیا مسؤولیت پرستاران مرتفع می‌شود یا کاهش می‌یابد؟ از نظر تاریخی، ملاحظات اخلاقی ارائه خدمات درمانی از سوی حرف پزشکی و از جمله پرستاران به مددجو، بسی فراتر از خطراتی است که در این شرایط متوجه خود آن‌ها می‌شود. حتی در صورتی که بیماری به صورت اپیدمی وجود داشته باشد، کادر پزشکی و بیمارستان ملزم به ارائه خدمات به قاطبه بیماران از جمله مبتلایان به امراض پرخطری نظیر ایدز، هپاتیت B و... می‌باشند و در صورت تخلف، حسب مورد منجر به ایجاد مسؤولیت مدنی و انتظامی پرستاران خواهد شد. (زالی، ۱۳۸۷ ش.)

در چنین مواردی، عدم انجام خدمات پرستاری از جانب پرستاران غیر قابل قبول است. البته با توجه به صدر ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به رفع مصدومین و... تحقق مسؤولیت کیفری به دلیل فقدان عنصر معنوی عمل مجرمانه برای پرستار در این شرایط بعید به نظر می‌رسد. (فارسانی، ۱۳۸۷ ش.؛ منصور و افچنگی، ۱۳۸۸ ش.)

همین بس که از پانیتاده‌ای بس افتادگان را پرستار نیست^{۱۴}

ماده ۱۲ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین پزشکی و حرف وابسته مقرر می‌دارد: «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیش‌گیری از بیماری‌های واگیردار یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی یا مراجع قانونی ذی‌ربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند». النهایه این که ترک نجات و قطع خدمات پرستاری به بیماران به دلیل ترس از سرایت بیماری به پرستار، اخلاقاً و قانوناً قبیح و ممنوع است و پرستار خاطی با اجتماع شرایط مقرر، مسؤول خسارات وارده به

بیماران یا اقربای قانونی آن‌ها خواهد بود. از طرف دیگر می‌توان استدلال نمود که لزوم توجه و پاسداشت کرامت ذاتی انسان نیز مانع از آن است که در این شرایط بیماران به حال خود رها شوند. (صالحی، ۲۰۱۳؛ صالحی؛ عباسی، ۱۳۹۰)

داشتن آگاهی اولیه اساسی و لزوم بازآموزی آن

گر ز معماری ندارد اطلاعی پس چرا فکر آبادی برای هر دل ویران کند^{۱۵}

صاحبان هر شغل و حرفه‌ای، لازم است که مهارت‌های مورد نیاز حرفه خود را کسب نمایند و رعایت این اصل برای پرستاران که با جان انسان‌ها سروکار دارند از اهمیت خاصی برخوردار است. (جونز، ۱۹۹۶ م.) رسول گرامی اسلام (ص) فرموده‌اند: کسی که بدون آگاهی کاری را صورت دهد، تباهی آن بیش از اصلاح آن است. گذشته از خود صاحبان مشاغل پزشکی، حکومت نیز در این مورد مسؤولیت سنگینی دارد. چنان‌که امیرالمؤمنین (ع) در این زمینه فرموده‌اند: بر حکومت واجب است که علمای فاسق و طیبیان جاهل را به زندان بیندازد. نکته قابل تأمل این است که رسیدگی به دانش، مهارت و تجربه پزشکان به معنی اعم، منوط به شکایت مردم نشده است. (مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، ۱۳۷۳ ش.)

در پندنامه اهوازی آمده است: «پزشک باید پیوسته به مطالعه کتب طبی مشغول باشد و هیچ وقت از مطالعه ملول نگردد». (نجم‌آبادی، ۱۳۷۱ ش.) امروزه تغییرات روزافزون علم باعث می‌شود که صاحبان حرفه پزشکی ملزم باشند تا دانش خود را به روز کنند و یک نفر نمی‌تواند با علوم قبلی خود به کار خویش ادامه دهد و به همین سبب، آموزش مداوم پزشکی به رویکردی اجباری در اکثر کشورهای جهان مبدل شده است، (جوادی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.) زیرا علاوه بر تغییراتی که در هر یک از علوم ایجاد می‌شود یک از آفات هر علمی، فراموشی

آن است.^{۱۶} بر همین مبنا در بیشتر قوانین اخلاق پزشکی دنیا به این مهم پرداخته شده است. مثلاً در قانون اخلاق پزشکی کبک در قسمت تکالیف عمومی پزشکان، مواد ۱۴ و ۱۵ به این مهم اختصاص یافته‌اند (قانون اخلاق پزشکی کبک، ۲۰۰۲ م.).^{۱۷} ماده ۱۶ قانون نظام پزشکی فرانسه نیز در این خصوص مقرر داشته است: «پزشکان موظفند معلومات خود را حفظ و تکمیل کنند». (بوریکان و عباسی، ۱۳۸۶ ش.)

البته صاحبان حرف پزشکی باید قبل از شروع به کار، دارای حداقل اطلاعات اولیه و اساسی باشند که مرجع تشخیص این امر مقنن است. مثلاً حداقل مدرک پرستاری را داشته باشند، زیرا اگر بدون داشتن مدرک به امر خطیر پرستاری پردازند مانند پزشک جاهل که مسئولیت مطلق دارد، مسؤول خواهند بود. رسول گرامی اسلام (ص) در این خصوص فرموده‌اند: «هر کس بدون آگاهی به امر طبابت پردازد ضامن است».^{۱۸}

نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که یکی از علل مهم محکومیت شاغلین حرف پزشکی، عدم مطالعه کافی و نداشتن اطلاعات لازم از تازه‌های تخصصی است و راه کار حل این معضل را افزایش شرکت در کنگره‌ها و همایش‌های بازآموزی و مطالعه متون علمی مربوطه دانسته‌اند. (شیخ‌آزادی، ۱۳۸۶ ش.)^{۱۹} در برخی تحقیقات چنین آمده است: با یک نگاه دقیق و تیزبینانه و علمی مشخص می‌شود که تفاوت‌های مهمی در برخی از خصائص جراحانی که مرتکب خطاهای مکرر شده‌اند با جراحانی که کم‌تر دچار خطا شده‌اند یا فاقد خطا بوده‌اند، وجود دارد. مثلاً تعداد افرادی که فلوشیپ یا بورده تخصصی دارند در بین جراحان پرخطا کم‌تر از جراحان کم‌خطاست و به علاوه جراحان پرخطا به میزان کم‌تری عضو انجمن‌های تخصصی بوده یا وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند.

همچنین علائق مذهبی در جراحان پرخطا کم‌تر مشاهده شده است. (صدر، قدیانی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.).

در حقوق انگلیس موارد بی‌شماری وجود دارد که بر مبنای همین امر به مسؤولیت مدنی بیمارستان یا حرف پزشکی و وابسته رأی داده شده است.^{۲۰} با عنایت به مطالب فوق، مقنن در مورخه ۱۳۷۵/۲/۱۲، قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی را به تصویب رسانده که در تبصره ۴ ماده یک این قانون مقرر شده است: «کلیه اقشار پرستاری بالاتر از فوق دیپلم برای ارتقا و ارزشیابی، موظف به شرکت در دوره‌های خاص آموزش مداوم هستند و شرایط ارتقا و ارزشیابی آنان منوط به ارائه گواهی شرکت در این دوره‌هاست».

به منظور برنامه‌ریزی و هماهنگی در امر آموزش مداوم جامعه پزشکی در هر دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی، شورای هماهنگی و برنامه‌ریزی آموزش مداوم جامعه پزشکی تشکیل می‌شود (ماده ۲ قانون مزبور) و برای نظارت بر حسن عملکرد این شوراهای شورایی تحت عنوان شورای عالی آموزش پزشکی در وزارت بهداشت، تشکیل می‌گردد (ماده ۳).

قانون دیگری تحت عنوان قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی کشور و ارتقای سطح دانش پزشکی آن‌ها در مورخه ۱۳۶۹/۸/۶ به تصویب رسیده است که به موجب ماده یک قانون مزبور، وزارت بهداشت موظف شده است هر ۵ سال یک بار نسبت به بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی اقدام نماید و در ماده ۴ قانون مزبور ضمانت اجرایی برای این قانون وضع کرده است.

همچنین در ماده یک ضوابط کلی اجرای برنامه‌های بازآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۳۷۰/۲/۴ هدف از اجرای این قانون را از قبیل: افزایش آگاهی نسبت به تازه‌های علمی و تخصصی در هر رشته و ارتقای سطح مهارت‌های حرفه‌ای و...

بیان کرده است. در بند ۳ ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور مصوب ۱۳۷۶/۲/۱۰ هیأت وزیران آمده است: کلیه اқشار پرستاری لیسانس و بالاتر برای ارتقای گروه و ارزشیابی موظف به ارائه گواهی شرکت در دوره‌های آموزش مداوم مربوطه هستند و تبصره یک ماده ۳ بیان داشته است: «کلیه شاغلان حرف وابسته پزشکی در بخش خصوصی که نیاز به مجوز یا پروانه کار ندارند طبق قانون موظف به شرکت در دوره‌های بازآموزی بوده...». این تبصره با درایت جلو برخی سوء استفاده‌های احتمالی را گرفته است. النهایه این که در بند ۱ و ۴ ماده ۲۲ قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری مصوب ۱۳۸۰/۹/۱۱ نیز از اهداف سازمان مذکور، تلاش به منظور ارتقای سطح دانش و مهارت و آموزش حین خدمات پرستاران معرفی شده است.

از جمله حقوق بیماران این است که اعضای گروه معالج، باید از تازه‌های علمی دنیا مطلع باشند و با جدیدترین روش‌ها به درمان و مراقبت از او بپردازند. (لمبدن، ۲۰۰۲ م.)^{۲۱} در قوانین فرانسه این مهم به عنوان یکی از وظایف مهم اطبا معرفی شده است. (قانون اخلاق پزشکی فرانسه، ماده ۲، ۳، ۱۴)^{۲۲}

فی الواقع یکی از توقعات بیمار از صاحبان حرف پزشکی و وابسته این است که آن‌ها موظف باشند تحصیلات و تعلیمات حرفه‌ای خود را ادامه دهند. پرستاری که در استمرار و تداوم و به روزرسانی اطلاعات حرفه‌ای و تخصصی و مهارت‌های لازم قصور نماید ممکن است متهم به تقصیرات حرفه‌ای شود و در صورت ایراد خسارت به مددجویان و یا اقربای آن‌ها، با اجتماع شرایط مقرر، به جبران خسارات وارده به آن‌ها محکوم شود. (لمبدن، ۲۰۰۲ م.؛ جونز، ۱۹۹۶ م.) البته مثل همه دعاوی مسئولیت مدنی، بایستی بین این قصور در به روزرسانی اطلاعات و خسارت حادث شده به زیان دیده - بیمار یا خانواده او - رابطه سببیت وجود داشته باشد. مع‌الاسف

در منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۰ به این مهم پرداخته نشده بود، لکن حساسیت مقنن نسبت به بازآموزی و نوآموزی دانش صاحبان حرف پزشکی و وابسته در قوانین فوق‌الاشعار مشهود است.

انجام اقدامات درمانی توسط پرستار

نه هر که آینه سازد سکندری داند	نه هر که چهره بر افروخت دلبری داند
کلاه‌داری و آیین سروری داند	نه هر که طرف کله کج نهاد و تند نشست
نه هر که سر بتراشد قلندری داند ^{۲۳}	هزار نکته باریک‌تر ز مو اینجاست

دخالت‌های غیرمجاز در امور درمانی و پرستاری از یک سو یکی از موارد رایج در سطح کشور می‌باشد به نحوی که برخی از پرستاران با انجام اقدامات پزشکی - درمانی و حتی جراحی‌های سرپایی خارج از وظایف خود، با ایجاد عارضه در بیمار منجر به طرح شکایت و محکومیت صددرصد در قبال اقدام انجام گرفته می‌شوند. از سوی دیگر، رده‌های پایین پرستاری مانند بهیار و کمک بهیار، با انجام وظایف تخصصی پرستاری با آسیب به بیمار، درگیر پرونده‌های قصور پرستاری در محاکم می‌شوند. (کاظمیان و فرشیدراد، ۱۳۸۵ ش.)

ماده ۲۷ آیین‌نامه انتظامی صراحتاً مقرر داشته است: «شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلفند در موارد فوریت‌های پزشکی، اقدامات مناسب و لازم را برای نجات جان بیمار بدون فوت وقت انجام دهند». تبصره ماده ۱۸ همین آیین‌نامه در موارد اورژانس، اذن بیمار یا همراهان او را ملاک ندانسته و حرف پزشکی را مکلف کرده تا به هرگونه اقدام لازم درمانی بپردازد. ماده یک آیین‌نامه فوق‌الاشعار، حرف پزشکی و وابسته را تعریف کرده است که پرستاران نیز جز یکی از آنها می‌باشند.

با توجه به مطالب فوق مبرهن می‌شود که در موارد اورژانس و در صورت عدم دسترسی به پزشک یا متخصص، پرستار مختار و بلکه مکلف به ارائه خدمات درمانی ضروری برای نجات بیمار می‌باشد و این اقدام اگر در حالت عادی رخ دهد، تقصیر محسوب می‌شود، اما در حالت اورژانس با جمع شرایط خاص قانونی، ترک این کار مستوجب مسئولیت مدنی و در برخی موارد مسئولیت کیفری و انتظامی پرستار نیز خواهد شد.

توضیح آن که تشخیص ضروری بودن با عرف صحیح و مسلم طبی خواهد بود و بایستی این نکته را لحاظ کرد که تمسک به اورژانسی بودن وضعیت، توجیه‌کننده همه اعمال حرف پزشکی و در بحث ما پرستاران نخواهد بود؛ بلکه بایستی کلیه شرایط جمع باشند تا بتوانیم حکم عدم مسئولیت افراد مارالذکر را در این شرایط روا بدانیم. قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۳/۵ نیز متعرض این مهم شده است. مطابق بند ۲ قانون مذکور، افرادی که حسب قانون یا وظیفه مکلف به کمک به افراد آسیب‌دیده هستند، در صورت خودداری از کمک، علاوه بر مسئولیت مدنی و انتظامی، ممکن است محکوم به مسئولیت کیفری (حبس جنحه‌ای از شش ماه تا ۳ سال) نیز بشوند. البته برای تحقق مسئولیت کیفری باید شرایط مندرج در صدر ماده واحده تماما ملحوظ گردد. (منصوری و افچنگی، ۱۳۸۸ ش.؛ غفاری فارسانی، ۱۳۸۷ ش.)

نتیجه گیری

عدم افشای اسرار بیماران به عنوان یک اصل کلی در تمامی نظام‌های حقوقی مورد قبول واقع شده است، لیکن دارای استثنائاتی است که شرح آن در متن گذشت. حفظ اسرار بیماران توسط حرف پزشکی و وابسته، به استناد منابع فقهی واجب و افشای آن حرام و از لحاظ قانونی نیز جرم محسوب می‌شود. حالت اورژانس، پرستار را از تعهد اخذ رضایت بیمار معاف می‌کند. در این حالات، پرستار به استناد قوانین مربوطه مکلف به کمک به چنین افرادی است و چون نسبت به سایر افراد عادی که در جریان حضور دارند متخصص حرفه‌ای محسوب می‌شود، برای کمک به مصدومان اولویت دارد و در صورت ترک نجات، مسؤول خواهد بود. البته معیار تشخیص فوریت، خود پرستاران هستند. ترک نجات و قطع خدمات پرستاری به بیماران به دلیل ترس از سرایت بیماری به پرستار و... اخلاقاً و قانوناً مذموم و ممنوع است و پرستار خاطی با اجتماع شرایط لازم مسؤول خسارات وارده به بیماران خواهد بود. صاحبان حرف پزشکی علاوه بر این که باید قبل از شروع به کار دارای حداقل اطلاعات اولیه و اساسی باشند، موظف به حفظ و تکمیل معلومات خود نیز هستند و بیشتر قوانین حقوق و اخلاق پزشکی دنیا متعرض این مهم شده‌اند. مداخلات غیرمجاز در امور درمانی و پرستاری یکی از موارد رایج در سطح کشور است، اما در موارد اورژانس و در صورت عدم دسترسی به پزشک یا متخصص، پرستاران مختار و بلکه مکلف به ارائه خدمات درمانی ضروری برای نجات بیمار هستند.

پی‌نوشت‌ها

۱. شهریار، دیوان غزلیات، غزل شماره ۱۲۱.
۲. برای اطلاع بیشتر بنگرید به: عباسی، محمود. (۱۳۸۳ ش.). رضایت به درمان. انتشارات حقوقی.
۳. برای اطلاع بیشتر بنگرید به: کریمی، نسرین. (۱۳۸۶ ش.). تأثیر شرایط براءت در رفع مسؤلیت پزشک. مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی تهران. شماره ۱، صص ۸۰-۵۹.
۴. جهت تحلیل تطبیقی این موضوع در فرق اسلامی ر.ک: صالحی، حمیدرضا. (۱۳۸۷ ش.). ماهیت تعهدات طبیب؛ مطالعه‌ای اجمالی در مذاهب اسلامی. فصلنامه فقه پزشکی. سال دوم و سوم. شماره پنجم و ششم، زمستان ۸۹، صص ۸۶-۵۷.
۵. برای تأیید این استدال در حقوق فرانسه بنگرید به:

Claude Boissier-Rambaud et Georges Holleaux (2002) La Responsabilité juridique de l'infirmière, Editeur : Lamarre Poinat; Édition : 6e édition, 315 pages_ Marie-Paule Florin(1999) Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière, Volume 1 of Professionnelles de santé et instituts de formation en soins infirmiers, Heures de France, 277 pages_ Nathalie Lelièvre(2003) Les obligations de l'infirmier: responsabilités juridiques et professionnelles, Heures de France, 126 pages.

۶. حکیم عمر خیام، رباعیات، شماره ۹۱.

7 - "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende". (Article du 226-13 code pénal français).

۸. وحشی بافقی، مجموعه فرهاد و شیرین.

۹. مولانا جلال‌الدین محمد بن محمد بلخی. (۱۳۸۵ ش.). مثنوی معنوی. به تصحیح عبدالکریم سروش، انتشارات علمی فرهنگی، دفتر دوم، بخش ۱۵.

۱۰. ماده ۲: از نظر این آیین‌نامه، فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می‌شود: ۱- مسمومیت‌ها؛ ۲- سوختگی‌ها؛ ۳- زایمان‌ها؛ ۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه؛ ۵- سگته‌های قلبی و مغزی؛ ۶- خون‌ریزی‌ها و شوک‌ها؛ ۷- اغماء؛ ۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها؛ ۹- تشنجات؛ ۱۰- بیماری‌های عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها؛ ۱۱- بیماری‌های نوزادانی که نیاز به

تعویض خون دارند؛ ۱۲- سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد.

۱۱. برای اطلاع بیشتر تر در این موضوع در حقوق فرانسه بنگرید به:

Lefranc, C. Dulioust, S. (2004). Formation et responsabilité de l'infirmière en médecine d'urgence, Disponible sur le.

12. High risk.

۱۳. بلالی.

۱۴. پروین اعتصامی، دیوان اشعار، مثنویات، تمثیلات و مقطعات.

۱۵. فروغی بسطامی، دیوان اشعار، غزل شماره ۲۳۶.

۱۶. آفت شجاعت، سرکشی است. آفت شرافت، تفاخر است. آفت بخشش، منت‌گزاری است. آفت زیبایی خودپسندی است. آفت سخن‌گفتن، دروغ‌گویی است. آفت دانش، فراموشی است. آفت بردباری، سفاهت است و آفت دین، هوس است. نهج‌الفصاحه، حدیث شماره ۱۰۴.

17. *Article 14: Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce. Article 15 : Le médecin doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de la profession par le partage de ses connaissances et de son expérience, notamment avec ses confrères, les résidents et les étudiants en médecine, ainsi que par sa participation aux activités, cours et stages de formation continue et d'évaluation.*

۱۸. من تطب و لم يعلم فيه طب قبل ذلك فهو ضامن. نه‌الفصاحه، حدیث ۲۵۳۹.

۱۹. موفقیت دوره‌های مارالذکر را در رسیدن به اهداف پیش‌بینی شده چندان بالا نیست. صرف‌نظر از دلائلی که می‌توان برای این نقیصه عنوان کرد، به ظن این حقیر، مثل بسیاری از مشکلات موجود در سطح کشور، خلاء تقنینی چندان در این خصوص مشهود نیست تا کمافی‌السابق و بر حسب عادت آن را علت‌العلل این امر بدانیم و انگشت اتهام را به سمت دیگری نشانه رویم، که این در منطق بی‌منطقان سهل‌ترین گزینه است. علی‌کل‌حال، امید آن است که با استعانت از حق تعالی این قبیل دوره‌ها شامل این سخن نباشند:

پی مصلحت مجلس آراستند نشستند و گفتند و برخاستند

20. Bolam, v. Friern Hospital Management Committee McNair. J, 1957_

Dawn v. Fraquabar, 1988, 23_ Roe v. Minister of Health. (1954). 2 Q.B.66_McLean v. Weir. (1977). 5 w. w. r. 609.

21. They must keep themselves up to date and cannot 'obstinately and pig-headedly carry on with the same old technique if it has been proved to be contrary to what is really substantially the whole of informed medical opinion'. See: Paul, Lamb den (2002) Dental Law and Ethics, Oxon, United Kingdom, Radcliffe Medical Press, p25.

22. Le médecin, membre du Collège des médecins, adhère de ce fait à la médecine moderne. Il doit exercer sa profession selon des principes scientifiques (art. 2.03.14, Code de déontologie des médecins).

۲۳. حضرت حافظ علیه‌الرحمه.

فهرست منابع

منابع فارسی:

اسماعیل آبادی، علیرضا. (۱۳۸۳ ش.). بررسی مسؤلیت یا عدم مسؤلیت پزشک. مجله مقالات اسلامی. شماره ۶۴، صص ۲۸-۹.

اعتمادیان، محمود. (۱۳۴۲ ش.). اخلاق و آداب پزشکی. تهران: چاپ اول. انتشارات دانشگاه تهران.

بوریکان، ژاک. عباسی، محمود. (۱۳۸۶ ش.). مطالعه مسؤلیت کیفی پزشکی در نظام حقوقی فرانسه. فصلنامه حقوق پزشکی. سال اول، شماره دوم، صص ۷۵-۴۵.

پارساپور، محمدباقر. اسماعیل آبادی، علیرضا. (۱۳۸۵ ش.). خطای پزشک و تأثیر آن در مسؤلیت پزشکان. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری. ویژه‌نامه اخلاق پزشکی. پیوست شماره ۱.

جوادیپور، مریم. طبیبی جبلی، مرتضی. راعی، مسعود. (۱۳۸۹ ش.). بررسی رازداری پزشکی در فقه و حقوق. فصلنامه حقوق پزشکی. سال چهارم، شماره سیزدهم، صص ۶۰-۱۳۱.

جوادی، محمدعلی. عباسی، محمود. ضیایی، حسین. (۱۳۸۶ ش.). اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک. چاپ اول. انتشارات مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.

حسینی طهرانی، سیدمحمدحسین. (۱۴۲۸ ش.). اجماع از منظر نقد و نظر. انتشارات عروج اندیشه.

دیباپی، امید. (۱۳۷۹ ش.). چکیده اخلاق و قوانین پزشکی. چاپ اول. قم: دفتر نشر معارف.

زالی، محمدرضا. (۱۳۸۷ ش.). *مبانی نوین ارتباط بیمار و پزشک*. چاپ دوم، انتشارات مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.

شجاع‌پوریان، سیاوش. (۱۳۸۹ ش.). *مسئولیت قراردادی پزشک در برابر بیمار*. چاپ اول، انتشارات فردوسی.

شیخ‌آزادی، اردشیر. قدیانی، محمدحسن. کیانی، مهرزاد. (۱۳۸۶ ش.). نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندان‌پزشکان در ایران. *مجله علمی پزشکی قانونی*. دوره ۱۳، ش ۳، ۸۰-۱۷۱.

صالحی، حمیدرضا. عباسی، محمود. (۱۳۹۰ ش.). ماهیت تعهدات پزشکی و بررسی جلوه‌های آن در پرتو مطالعه تطبیقی. *فصلنامه حقوق پزشکی*. سال پنجم، شماره ۱۶، صص ۵۸-۳۹.

صالحی، حمیدرضا. (۱۳۸۹ ش.). ماهیت تعهدات طبیب؛ مطالعه‌ای اجمالی در مذاهب اسلامی. *فصلنامه فقه پزشکی*. سال دوم و سوم، شماره پنجم و ششم، صص ۸۶-۵۷.

صالحی، حمیدرضا. (۱۳۹۱ ش.). *مسئولیت مدنی ناشی از فرآیند درمان*. چاپ اول، تهران: انتشارات حقوقی.

صالحی، حمیدرضا. فلاح، محمدرضا. عباسی، محمود. (۱۳۸۹ ش.). ماهیت تعهدات پزشکی در پرتو مطالعه تطبیقی. *فصلنامه حقوق پزشکی*. سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۵۲-۱۳۱.

صالحی، حمیدرضا. (۱۳۹۰ ش.). مفهوم تقصیر و تأثیر آن در مسئولیت مدنی ناشی از فرآیند درمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، تهران: دانشگاه شاهد.

صالحی، حمیدرضا. عباسی، محمود. (۱۳۹۰ ش.). کرامت انسانی؛ فصل‌الخطاب اندیشه‌های دینی و تفکرات اخلاقی. *فصلنامه علمی - پژوهشی اخلاق پزشکی*. شماره ۱۶، صص ۷۸-۳۹.

صدر، سیدشهاب‌الدین. قدیانی، محمدحسن. باقرزاده، علی‌اصغر. (۱۳۸۶ ش.). بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۷. *مجله علمی پزشکی قانونی*. دوره ۱۳، شماره ۲.

طاهری، حبیب‌ا... (۱۳۷۹ ش.). آیا طبیب ضامن است؟ *مجله‌نامه مفید*. شماره ۴، صص ۱۶-۱۰۱.

ظاهرینیا، آناهید. ظاهرینیا، زهره. ظاهرینیا، نادر. صحت، سیاوش. (۱۳۸۶ ش.). نقد مقاله مسئولیت تیم جراحی. *نشریه جراحی ایران*. دوره ۱۵، شماره ۱، صص ۳۲-۲۵.

- عباسی، محمود. (۱۳۸۸ ش.). *مسئولیت پزشکی*. چاپ اول، نشر مؤسسه حقوقی پزشکی سینا.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۳ ش.). *رضایت به درمان*. جلد ۱۱ سلسله مباحث حقوق پزشکی. انتشارات حقوقی.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۵ ش.). *افشای اسرار بیماران*. انتشارات حقوقی.
- غفاری فارسانی، بهنام. (۱۳۸۷ ش.). *مسئولیت مدنی ناشی از ترک نجات دیگری*. چاپ اول، انتشارات میزان.
- قدیانی، محمدحسن. صدر، سیدشهاب‌الدین. فربودمنش، حسین. (۱۳۸۴ ش.). *قواعد اسلامی در اخلاق پزشکی*. *مجله علمی پزشکی قانونی*. شماره ۳۷، صص ۵-۴۱.
- کاظمیان، محمد. فرشیدزاده، سمیرا. (۱۳۸۵ ش.). *آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه پرستاری*. *مجله علمی پزشکی قانونی*. دوره ۱۲، شماره ۲، صص ۱۰۸-۱۲.
- کریمی، نسرین. (۱۳۸۶ ش.). *تأثیر شرط برائت در رفع مسئولیت از پزشک*. *مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی تهران*. س ۲۷، صص ۸۰-۵۹.
- گلدوزیان، ایرج. (۱۳۸۷ ش.). *محتسبی قانون مجازات اسلامی*. چاپ پنجم، انتشارات مجد.
- مالمیر، محمود. (۱۳۸۱ ش.). *مسأله ضمان طبیب در مطب‌های خصوصی*. *ماهانه دادرسی*. شماره ۳۶، صص ۵-۳۲.
- مجموعه مقالات اخلاق پزشکی. (۱۳۷۳ ش.). *اخلاق پزشکی در آئینه اسلام*. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی. جلد دوم، انتشارات مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
- محمدی، ابوالحسن. (۱۳۸۲ ش.). *مبانی استنباط حقوق اسلامی*. چاپ شانزدهم، انتشارات دانشگاه تهران.
- منصوری، سعید. افچنگی، محسن. (۱۳۸۸ ش.). *کمک و یاری رسانی به دیگری (مبانی اخلاقی و حقوقی)*. *مسئولیت افراد، چالش‌های موجود*.
- موسوی بجنوردی، سیدمحمد. حق محمدی فرد، زهرا. (۱۳۸۶ ش.). *مسئولیت مدنی و کیفری پزشک با تکیه بر آرای امام خمینی*. *مجله پژوهش‌نامه متین*. شماره ۳۵-۳۴، صص ۵۸-۲۵.
- موسوی بجنوردی، سیدمحمد. (۱۳۷۷ ش.). *مسئولیت کیفری و مدنی پزشک*. *مجله پژوهش‌نامه متین*. صص ۴۴-۳۹.

- موسوی بجنوردی، سید محمد. (۱۳۸۲ ش.). مسئولیت پزشک. مجله قضایی و حقوق دادگستری. ۳۹-۴۴.
- مولانا جلال‌الدین محمدبن محمد بلخی. (۱۳۸۵ ش.). مثنوی معنوی. به تصحیح عبدالکریم سروش. انتشارات علمی فرهنگی.
- میرهاشمی، سرور. (۱۳۸۳ ش.). ضمان پزشک در فقه و حقوق اسلامی. قسمت دوم. مجله ندای صادق. س ۹، شماره ۳۵، صص ۸۳-۶۸.
- نجم‌آبادی، محمود. (۱۳۷۱ ش.). تاریخ طب در ایران. ج ۲، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- پاینده، ابوالقاسم. (۱۳۸۵ ش.). نهج‌الفصاحه. ترجمه ترجمه واحد پژوهش نسیم کوثر، چاپ اول، قم: نشر فرایض.

منابع عربی:

- الجمیلی، اسعد عبید. (۱۴۳۰ ش.). الخطاء فی المسؤولیه الطبیه المدنیه. الطبعه الاولی، الاصدار الثانی. عمان: للنشر دارالثقافه للنشر و التوزیع.
- الخیاری، احمد حسن. (۱۴۲۹ ق.). المسؤولیه المدنیه للطیب. الطبعه الاولی، الاصدار الثانی. عمان: للنشر دارالثقافه للنشر و التوزیع.
- موسوی بجنوردی، سید حسن. (۱۳۸۹ ش.). القواعد الفقهیه. جلد ۱، طبع نجف الاشرف.

منابع انگلیسی:

- Bolam, V. (1957). *Friern Hospital Management Commitee McNair*. 2 All E.R.118-23.
- Dawn, VF. (1988). *1 Queensland Reports*. 234.
- Jones, MA. (1996). *Medical Negligence*. Tort Law Library. London. *Sweet & Maxwell*.
- Lambden, P. (2002). *Dental Law and Ethics*. Oxon. United Kingdom. *Radcliffe Medical Press*.
- McLean, VW. (1977). *5 Western Weekly Reports*. 609.
- Roe, V. (1954). *Minister of Health*. 2 *Queen's Bench*. (Law Reform). 66.
- Salehi, HR. (2013). Human Dignity from the Viewpoint of Iranian Law. *Journal of Bioethical Inquiry*. 10 (2): 135-6.

منابع فرانسوی:

- Claude Boissier-Rambaud et Georges Holleaux. (2002). *La Responsabilité juridique de l'infirmière*. Editeur: Lamarre Poinat.
- Code de déontologie des médecins du Québec*. (2002). Adopté par le Collège des médecins du Québec et approuvé par le gouvernement du Québec, vigueur depuis le 7 novembre 2002.
- Code de la santé publique français. Partie législative*. Dernière modification du texte le 01 janvier 2010 - Document généré le 22 avril 2011. Legifrance.
- Code penal français*, Dernière modification du texte le 01 avril 2011 - Document généré le 20 avril 2011 - Copyright (C) 2007-2008 Legifrance.
- Lefranc, C. Dulioust, S. (2004). *Formation et responsabilité de l'infirmière en médecine d'urgence*. Disponible sur le.
- Marie-Paule, F. (1999). *Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière*. Volume 1 of Professionnelles de santé et instituts de formation en soins infirmiers. Heures de France.
- Mémeteau, Gérard. (2001). *Cours de droit médical*. les études hospitalières édition.
- Muller, P. (1993). *Le secret des soignants*. Conc. médical. 12 juin.
- Nathalie Lelièvre. (2003). *Les obligations de l'infirmier: responsabilités juridiques et professionnelles*. Heures de France.
- Sarda, F. (1997). *Le secret médical en Europe*. Médecine et Droit. 22 janvier-février.

یادداشت شناسه مؤلف

حمیدرضا صالحی: مربی، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسئول)

پست الکترونیک: Salehi_hamid1202@yahoo.com

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۲/۵/۲