

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Principles & Practice of

ترجمه کتاب:

Psychiatric Nursing

تألیف : Gail w.stuart

sandraj.sundeen

انتشارات Mosby Fifth Edition,

فصل هشتم CHAPTER 8

Legal Context of Psychiatric Nursing Care

مضمون قانونی مراقبت پرستاری روانپزشکی

Gail W.Stuart

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

عنوان :

مضمون قانونی مراقبت

پرستاری روانپزشکی

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

“پینل Pinel فوراً کاتون Couthon را به بخش دیوانگان راهنمایی کرد، جایی که منظره‌ای از سلول‌ها تأثیر دردناکی روی او داشت. کاتون درخواست کرد همه بیماران را جمع کنند، از اغلب آنها توهین شنید، فضای بی‌شرمانه‌ای حس کرد، بی‌فایده بود مصاحبه را ادامه دهد، کاتون نزد پینل برگشت و گفت: اکنون همشهری آیا خودت دیوانه‌ای که می‌خواهی چنین حیوانات چهارپایی را از زنجیر آزاد کنی؟ پینل به آرامی گفت: ای همشهری من متقاعد شده‌ام که این مردان دیوانه بسیار سرکش شده‌اند فقط باین دلیل که از هوا و آزادی محروم بوده‌اند.”

Philippe Pinel: Traite Complet do Ragime Sanilaire des Alienes 56
(1936)

Legal Context of Psychiatric Nursing Care

Topical Outline

عناوین این بخش :

• Hospitalizing the Patient	• بستری شدن بیمار
• Discharge	• ترخیص
• Outpatient Commitment	• تعهد بیمار سرپائی
• Patients' Rights	• حقوق بیمار
• Legislative Initiatives	• اقدامات وضع قوانین
• Psychiatry and criminal Responsibility	• روانپزشکی و مسئولیت جنایی
• Legal Role of The Nurse	• نقش قانونی پرستار

“مضمون قانونی مراقبت پرستاری روانپزشکی”

رابطه بین روانپزشکی و قانون تنش بین حقوق فردی و نیازهای اجتماعی را منعکس می کند. بحث و بررسی در مورد رفتار انسان و روابط و مسئولیتهائی که بین مردم وجود دارد در روانپزشکی و حقوق شبیه هم هستند. هر دو مورد همچنین نقشی را در کنترل رفتار اجتماعی نامطلوب ایفا می کنند و با یکدیگر تجزیه تحلیل می کنند که آیا مراقبت هائی که بیماران روانپزشکی دریافت می کنند “درمانی”، “حفاظتی”، “جلوگیری کننده” یا “کیفری” هستند.

همچنین تفاوت هائی بین قانون و روانپزشکی وجود دارد. بعنوان مثال روانپزشکی به رفتار فرد و رضایت او از زندگی ارتباط دارد، در مقابل قانون نتیجه رفتار افراد و اجرای مقرراتی را مورد خطاب قرار می دهد که عملکرد منظمی را بین گروههای مردم ترغیب می نماید.

رعایت مفاد قانون مراقبت، برای همه پرستاران روانپزشکی مهم است، زیرا این مفاد به حق بیماران و کیفیت مراقبت دریافتی آنان توجه دارد. در طی دو دهه اخیر، حقوق مدنی، جنائی و مصرف کننده بیماران وضع شده و از طریق سیستم قانونی توسعه یافته است. بیماران روانی و خانواده آنها از قانونی استفاده می کنند که شکایات مشروع خود را بیان کنند و برای تغییراتی مبارزه کنند که مراقبت روانپزشکی در ایالات متحده آمریکا فراهم نموده است. بسیاری از قوانین از یک ایالت تا ایالت دیگر فرق می کند و پرستاران روانپزشکی بایستی با مفاد قانونی ایالتی که در آن کار می کنند آشنا باشند. این دانش، آزادی پرستار و بیمار هر دو را گسترش می دهد و در نهایت نتایج بهتری را برای مراقبت از بیماران روانپزشکی در بر خواهد داشت.

Hospitalizing The Patient

بستری شدن بیمار

بستری شدن می تواند برای فرد جنبه های "ضربه زننده" Traumatic یا "حمایتی" supportive داشته باشد، که این امر بستگی به مرکز بستری، طرز برخورد خانواده و دوستان، پاسخ کارکنان و نوع پذیرش داشته باشد. سه نوع پذیرش عمده وجود دارد:

“غیررسمی” Informal “داوطلبانه” Voluntary و “غیرداوطلبانه” (Commitment)

Involuntary جدول زیر ویژگیهای ممتاز این سه مورد را بطور خلاصه نشان می دهد.

بستری غیررسمی		بستری داوطلبانه	بستری غیرداوطلبانه
بستری	درخواست شفاهی بیمار	فرم کتبی پذیرش توسط بیمار	درخواستی از بیمار وجود ندارد
ترخیص	آزادی ترک بیمارستان	آزادی ترک بیمارستان	آزادی با اجازه بیمارستان یا دادگاه و نه خود بیمار
حقوق مدنی	نگهداری و حفاظت کامل بیمار	نگهداری و حفاظت کامل بیمار	عدم تمایل بیمار به ماندن بستگی به قانون دارد
حقانیت	کمک درمان اختیاری	کمک درمانی اختیاری	بیماری روانی مشخص و یا موارد زیر: - خطرناک بودن برای خود یا دیگران - نیاز به درمان - عدم تشخیص نیازهای ابتدائی خود

- وقتی برای اولین بار جلوی بیمارستان روانپزشکی قدم می زدید چه احساسی داشتید؟ چگونه می توانستید از درک و پاسخ های خود استفاده کنید تا پرستاری بهتری را برای بیماران پذیرش شده بابت درمان در داخل بیمارستان فراهم نمایید؟

Informal Admission

پذیرش غیر رسمی

بمانند پذیرش در هر بیمارستان عمومی است. ورود به بیمارستان و ترخیص از آن می تواند شفاهی درخواست شود. فرد آزاد است هر وقت که بخواهد بیمارستان را ترک کند. اگر بیماران قبل از اینکه درمان آنها کامل شود تصمیم به ترک بیمارستان را

بنمایند اغلب از آنها درخواست می شود که برای خروج امضاء بدهند (در قبال توصیه پزشکی) "AMA" ولی الزامی نمی باشد.

Voluntary Admission

پذیرش داوطلبانه

تحت این عنوان هر شهروند با سن قانونی (مشروع) می تواند کتباً (معمولاً روی یک فرم پذیرش استاندارد) درخواست پذیرش به بیمارستان خصوصی یا عمومی روانپزشکی را ارائه دهد. فرد موافقت می کند که درمان شود و از قوانین بیمارستان پیروی نماید. افراد می توانند بر مبنای تصمیم شخصی یا توصیه خانواده یا یک متخصص بهداشتی درخواست کمک نمایند. در صورت شدت کسالت و عدم توانائی درخواست شخصی، بیمار اگر داوطلبانه در جستجوی کمک است، یکی از والدین یا قیم قانونی می تواند درخواست پذیرش نماید. در بیشتر ایالات کودکان کمتر از شانزده سال می توانند پذیرش شوند بشرطی که والدین آنها فرم درخواست را امضاء نمایند. پذیرش داوطلبانه ارجح است زیرا شبیه به بستری شدن پزشکی است و این نشان می دهد که فرد مشکلات زندگی را می پذیرد و برای غلبه بر آنها در جستجوی کمک است و احتمالاً بطور فعال در پیدا کردن راه حل ها مشارکت می کند. بیشتر بیمارانی که به واحدهای خصوصی روانپزشکی بیمارستانهای عمومی وارد می شوند بطور داوطلبانه عمل می کنند.

زمانی که به این طریق پذیرفته شدند، بیمار همه حقوق مدنی را حفظ می کند از جمله حق رأی دادن، دارا بودن گواهینامه رانندگی و حق خرید و فروش دارائی،

مدیریت امور شخصی، داشتن دفتر کار، انجام یک حرفه و مشارکت در فعالیت های تجاری. این تصور غلط است که همه پذیرش های بیمارستان روانی، مشمول محرومیت از حقوق مدنی می شود. اگر چه پذیرش داوطلبانه خیلی مطلوب است، ولی همیشه ممکن نیست. بعضی مواقع بیمار ممکن است مورد آزار قرار گیرد، خودکشی کند یا برای خودش یا دیگران خطرناک باشد و حتی از دخالت های درمانی خودداری کند، در این موارد تعهدات غیرداوطلبانه ضروری است.

آیا باید یک فرد روانی اجازه داشته باشد که فرم داوطلبی پذیرش در بیمارستان را امضاء کند؟ اگر نه، آیا همه بیماران داوطلب قبل از بستری شدن باید مورد آزمایش صلاحیت روانی قرار گیرند؟

پذیرش غیرداوطلبانه (حکم توقیف - پذیرش الزامی)

Involuntary Admission (Commitment)

در اواخر دهه ۱۹۴۰ سازمان بهداشت جهانی (WHO) گزارش داد که تقریباً ۹۰٪ پذیرش ها در بیمارستانهای روانی آمریکا غیر داوطلبانه بوده است و تقریباً ۱۰٪ داوطلبانه بوده است. این روند به پذیرش داوطلبانه بیشتری تبدیل شد. در سال ۱۹۶۳، ۳۰٪ داوطلب بودند، تا سال ۱۹۸۰ تقریباً نیمی از همه پذیرش ها در بیمارستانهای روانی داوطلبانه بود و در حال حاضر در حدود ۷۳٪ از ۱/۶ میلیون پذیرش سالیانه در بیمارستان های روانپزشکی داوطلبانه است.

این روند نتیجه تنوع بیشتر در آئین نامه های پذیرش و قوانین دقیق تر در خصوص توقیفات غیر داوطلبانه است. اگر چه پذیرش الزامی غیرداوطلبانه تحت موشکافی دقیق

قرار گرفته است، دادگاه عالی آمریکا سعی می کند که آنرا بر مبنای دو تئوری قانونی به رسمیت بشناسد:

اول؛ تحت قدرت پلیس خود، دولت اجازه دارد که جامعه را از اعمال خطرناک بیمار روانی حفظ نماید.

دوم؛ تحت قدرت های قیم یا سرپرست قانونی خود *Parens Patriae* دولت می تواند مراقب شهروندانی باشد که نمی توانند از خود مراقبت کنند مانند بعضی از بیماران روانی. در طی بیست سال گذشته اصول قدرت پلیس برای تعهدات مدنی در دکتترین سرپرست قانونی (قیم) مورد تأکید قرار گرفته است و از "خطر" بعنوان استاندارد "حکم توقیف یا پذیرش الزامی" استفاده شده است. همچنین روندی در راستای افزایش نیازهای مراحل برنامه ای برای چنین احکام توقیف، و نیاز به دلیل بیماری روانی و "خطر" از طریق سند روشن و متقاعد کننده وجود داشته است.

تعهدات غیرداوطلبانه به این معنی است که بیمار، بستری شدن را درخواست نکرده و ممکن است با آن مخالفت کرده باشد یا تردید کرده و در مقابل آن مقاومت نکرده است. استانداردهای "حکم توقیف یا پذیرش الزامی" در ایالت های مختلف تغییر می کند و این سردرگمی را در نظام های پزشکی اجتماعی و قانونی جامعه منعکس می نماید. بیشتر قوانین، حکم توقیف یا پذیرش الزامی بیمار روانی را در سه زمینه زیر مجاز می شمارد:

۱- خطرناک بودن برای خود و دیگران

۲- بیمار روانی بودن و نیاز به درمان

۳- عدم توانائی برای برآورده ساختن نیازهای ابتدائی شخصی

عموماً هر دولت در ایالت مشخص می کند که کدام معیارها مورد نیازند و هر معیار به چه معنی است. علاوه بر افراد مبتلا به بیماری روانی، دولت های معینی قوانینی دارند که اجازه می دهد بستری شدن غیرداوطلبانه در سه گروه دیگر انجام پذیرد:

۱- افراد عقب مانده ذهنی

۲- مصرف کنندگان مواد

۳- اقلیت معلولین ذهنی

فرآیند حکم توقیف (پذیرش الزامی) The Commitment Process

قوانین متغیر است لیکن دولت سعی می کند از فردی که بیمار روانی نیست در مقابل درخواست فرد به دلایل سیاسی، اقتصادی، خانوادگی یا سایر دلایل غیرپزشکی، محافظت نماید. در این مرحله یک دادخواست همراه سوگند توسط یک فامیل، دوست، مقام دولتی، پزشک یا هر شهروند علاقه مند داده میشود که در آن اظهار میدارد شخص مورد نظر بیمار روانی است و نیاز به درمان دارد. بعضی قوانین فقط به افراد خاصی اجازه می دهند چنین دادخواستی بدهند، سپس یک یا دو پزشک باید وضعیت روانی بیمار را بررسی کنند، بعضی قوانین الزام می کنند حداقل یکی از پزشکان روانپزشک باشد. این تصمیم که آیا بیمار باید بستری شود یا نه بعداً اتخاذ می شود. بطور دقیق کسی که این تصمیم را می گیرد طبیعت و نوع پذیرش الزامی را مشخص می کند. گواهی پزشکی بدین معنی است که تعداد خاصی از پزشکان منصوب شده و بعضی مواقع روانشناسان. تصمیم گیری می کنند. به همه پزشکان

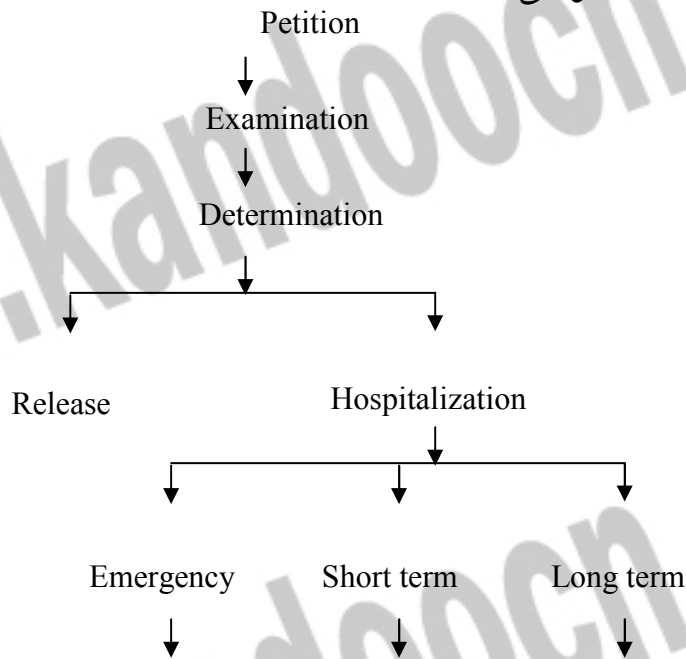
قدرت گواهی دادن اعطاء می شود نه فقط روانپزشکان یک قاضی یا هیئت ژوری در دادگاه یا تعهد قضائی در یک جلسه مقدماتی محاکمه تصمیم می گیرد.

در این مورد لازم است که دادگاه به بیماران اطلاع دهد تا بتوانند وکیل بگیرند- البته اگر می خواهند الزام را تصدیق کنند- هیئت ژوری الزامی نیست ولی می تواند توسط بیماران درخواست شود. اگر درمان ضروری باشد، بیمار بستری می شود. طول اقامت بیمار در بیمارستان بسته به نیازهای درمانی تغییر می کند. شکل زیر دیاگرام فرآیند پذیرش الزامی غیرداوطلبانه را نشان می دهد. این دیاگرام سه نوع بستری شدن را مشخص می کند.

۱- فوری (اورژانس)

۲- موقتی (کوتاه مدت)

۳- نامحدود (طولانی مدت)



بیشتر ایالات مشخص می کنند که هر پزشکی (نه ضرورتاً یک روانپزشک) می تواند گواهی بدهد که یک فرد نیاز به پذیرش غیرداوطلبانه در یک بیمارستان روانپزشکی را دارد.

آیا با این موضوع موافقت می کنید؟ در ایالت شما قانون به چه چیزی نیاز دارد؟

بستری شدن فوری (اورژانس) Emergency

تقریباً در همه جا اجازه حکم توقیف فوری را برای بیمارانی که بطور وضوح بیمارند، می دهند. اهداف کوتاه مدت هستند. در آغاز قصد و هدف این است که تهدید فوری به خود و دیگران کنترل شود. در ایالاتی که این قانون وجود ندارد، پلیس اغلب فرد بیمار را به اتهام بی نظمی که یک اتهام جنائی است به زندان می اندازد. چنین اقدامی نامناسب بوده و اغلب برای وضعیت روانی بیمار زیان آور است. برای کسب یک حکم توقیف فوری، خانواده بیمار، یک پزشک یا فردی که توسط دولت تعیین شده، باید دادخواست بدهد که شامل گزارش تأیید شده توسط یک روانپزشک است. این گزارش توسط قاضی یا یکی از مقامات رسمی بیمارستان بررسی و بستری شدن مهیا میشود. بیشتر قوانین طول مدت توقیف فوری را تا ۷۲-۴۸ ساعت محدود میکنند. بستری شدن فوری اجازه اقامت در یک بیمارستان روانپزشکی را فقط تا زمانی جایز می داند که اقدامات قانونی برای بستری شدن اضافی بعمل آید.

بستری شدن کوتاه مدت یا مشاهده ای Short-term or Observational این نوع پذیرش الزامی ابتدا برای تشخیص و درمان کوتاه مدت است و نیازی به وضعیت

فوری (اورژانس) ندارد. این توقیف برای یک زمان خاص است، مرحله توقیف شبیه بستری شدن فوری است. بعضی ایالات برای همه توقیف‌های موقتی نیاز به دستور دادگاه دارند. اگر در پایان دوره، بیمار هنوز برای ترخیص آماده نباشد، یک دادخواست برای توقیف بلندمدت می تواند ارائه شود.

بستری شدن بلندمدت (توقیف رسمی)

Long – term (Formal commitment)

توقیف بلند مدت برای بستری شدن در زمان نامحدود فراهم می شود یا تا زمانی که بیمار برای ترخیص آماده شود. این مرحله معمولاً یک حکم توقیف دادگاهی است. بیماران در بیمارستانهای عمومی یا دولتی تعهدات نامحدود دارند که اغلب نسبت به بیمارستان های خصوصی بیشتر است. حتی زمانی که تعهد می دهند این بیماران حق خود می دانند در هر زمان با یک وکیل مشورت نمایند و درخواست جلسه محاکمه در دادگاه را بنمایند تا مشخص شود آیا بستری شدن اضافی ضروری است یا خیر. با این وجود در نهایت بیمارستان بیمار را مرخص می کند و دستور دادگاه لازم نیست. تکرار دفعات بستری شدن بلندمدت ممکن است هر سه ، شش یا دوازده ماه انجام شود.

آیا شما با معیار تعهد بیماران به بیمارستان روانپزشکی موافق هستید؟ شما چگونه ارزیابی می کنید که آیا یک شخص از این معیارها تبعیت کرده است یا نه.

Commitment Dilemma

بلا تکلیفی حکم توقیف

در تعداد کمی از ایالات توقیف گیرداوطلبانه ناشایست فرض میشود و بیماران حقوق مدنی خود را از دست می دهند. در این ایالات ممکن است بیماران قادر نباشند قرارداد ببندند، رأی بدهند، رانندگی کنند، یک گواهی نامه حرفه ای دریافت کنند، در یک هیئت ژوری خدمت کنند، ازدواج کنند یا وارد یک دادخواهی مدنی شوند. در ضمن، بیمار از لکه ننگ همراه با برچسب "محکوم" در فعالیت های آتی رنج می برد. چون بسیاری از مردم از طریق توقیف گیرداوطلبانه و فقدان حقوق فردی تأثیر می پذیرند و این به یک موضوع قانونی، اخلاقی، اجتماعی و روانپزشکی تبدیل میشود. در پزشکی عمومی فقدان حقوق فردی تا این حد وجود ندارد. مگر در موارد نادر برای انتقال دهندگان بیماریهای شایع شده (اپی دمیک) که نیاز به قرنطینه دارند.

این سؤال ممکن است مطرح شود: "یک شخص چقدر باید مریض باشد تا شایسته توقیف گردد؟" ضروری نیست که یک بیمار روانی باشد هم چنانکه در مورد تعداد زیادی از بزرگسالان نشان داده شد، معتادان، بیماران عصبی بستری شده و همچنین بسیاری از افراد روانی که آزاد هستند. شاید خطر یک شخص برای خودش یا دیگران یک بررسی مناسب تری باشد. قطعاً متخصصین روانپزشکی بستری شدن در این مورد را بعنوان یک حرکت انسان دوستانه در نظر می گیرند که هم "فرد" و هم "جامعه" را حفظ می کنند. با وجود این "خطر" یک اصطلاح مبهم است.

Dangerousness

خطر

بطور قابل توجهی دادگاه ها از آزادی مردمی که از نظر ذهنی سالم اما خطرناک هستند محافظت می کنند. مثلاً زندانی بعد از سپری شدن مدت زندان بطور خودکار مرخص می شود و نمی توان او را در بازداشت نگه داشت ولی فردی که از نظر ذهنی بیمار است و خطرناک می باشد میتواند بطور نامحدود در حبس بماند. بیشتر بیماران روانی برای خود و دیگران خطرناک نیستند، مطالعات نشان می دهد بروز خشونت در بین بیماران روانی مانند عموم مردم است، فقط در بعضی از اختلالات شناخته شده روانی تحت شرایط خاص عملکرد بیماران روانی منجر به خشونت میشود. Teplin بیش از هزار مورد برخورد پلیس - شهروند را در مناطق حومه شهر مشاهده کرد، وی فهمید که برخورد پلیس با مردمی که نشانه هائی از اختلالات روانی جدی دارند نسبتاً نادر بوده است. در ضمن هیچ تفاوتی بین اختلالات روانی و غیر روانی در خصوص نوع جرایم مرتکب شده وجود ندارد. تحقیقات نشان می دهد که مواردی اینگونه، کمک می کند تا به این افسانه پایان داده شود که بیمار روانی از فرد معمولی خطرناک تر است و بیشتر مستعد جرایم خشونت بار است. هنوز عقیده پیشگیرانه در بیشتر حوزه های قانون وجود ندارد. زیرا تصور پیش بینی یک عمل، این حق را به ما نمیدهد که آن را از قبل کنترل کنیم.

موضوع دیگر این است که نشانه های قابل اعتمادی از خطر وجود ندارد، حتی اگر بعضی از بیماران روانی بطور بالقوه خطرناک باشند، روانپزشکان ضرورتاً نمی توانند

خشونت های آتی را پیش بینی کنند. اغلب روانپزشکان اعمال خطر آفرین و دامنه بیماری آنها را بیش از حد پیش بینی می کنند. این امر می تواند ناشی از آموزش پزشکی روانپزشک باشد که احتیاط می کند بر این اساس که تشخیص ملایم تر از تشخیص جدی زیان آورتر است. چون پزشکان نقش درگیر شونده ای بعنوان نماینده هر دو طرف بیمار و جامعه را دارند، این موضوع پیچیده تر می شود. پزشکان بایستی نقش درمانگر، ناظر و قاضی را بازی کنند. اگر روانپزشکان یک بیماری روانی را درست پیش بینی نکنند و بعد از آن بیمار زیان ببیند، جامعه آنان را مسئول می داند. بنابراین در معین نمودن "خطر" و میزان آن علاوه بر روانپزشکان گروههای دیگر انضباطی بایستی درگیر شوند. اطلاعات ورودی از آلهائی که با وضعیت محل کار و سکونت بیمار و زمینه اجتماعی - فرهنگی وی آشنائی دارند ممکن است ارزیابی ها را بهبود بخشد.

کارشناسان قانونی پنج مؤلفه را در رابطه، با "خطر" تعریف کرده اند. این مؤلفه ها شاید بعنوان یک راهنمای تصمیم گیری برای قضات، هیئت های ژوری، مأمورین ناظر به رفتار زندانیان و متخصصین بهداشت روانی مفید باشند. این مؤلفه ها بشرح زیر می باشند:

۱- طبیعت زیان یا هدایت

آیا شخص از نظر جسمانی تهدید میکند، به اموال خسارت وارد می کند یا زیان روان شناختی ایجاد میکند.

۲- اندازه زیان

آیا بیمار به قتل، حمله مسلحانه تهدید می کند یا فحاشی می کند.

۳- احتمال

تا چه اندازه احتمال دارد که یک اقدام زیان آور رخ دهد.

۴- نزدیک شدن زمان وقوع خطر

چه زمانی اقدام تهدیدآمیز رخ خواهد داد؟

۵- تکرار متناوب

هر چند وقت یکبار اقدام تهدیدآمیز رخ می دهد؟ آیا تکرار خواهد شد یا یک مورد
خشونت است؟ پاسخ به این سؤالات میتواند بسیار ذهنی (Subjective) باشد و انطباق
موضوع با عمل تعدی فرد به دیگران ضعیف جلوه کند. در این جا نقش جامعه و
مسایل اجتماعی - فرهنگی در مراقبت های روانپزشکی و نقش متخصصین بهداشت
روانی بعنوان مجریان قوانین اجتماعی مطرح میشود. (رجوع به بخش ۷)
بنابراین معیار "رفتار خطرناک بطور بالقوه"، عملکرد بیمارستان روانپزشکی را از
یک مکان درمانی به یک مکان حبس برای رفتارهای تهاجمی تبدیل می کند. بدین
معنی که عملکرد پنهان بیمارستان روانپزشکی می تواند کنترل اجتماعی باشد. این
عقیده توسط طیف متنوعی از اختلالات رفتاری، حمایت میشود که به "حکم توقیف"
منجر می گردد مانند: اعتیاد به مواد مخدر، الکلیسم و تجاوزات جنسی.

چگونه این واقعیت را توضیح می دهید که جامعه بعضی از رفتارهای خطرناک مانند رانندگی در مسابقات اتومبیلرانی را نادیده می گیرد اما سایر انواع خطر را مورد اعتراض قرار می دهد.

Freedom of Choice

آزادی انتخاب

سؤالات قانونی و روانپزشکی در آزادی انتخاب مطرح می شوند. بعضی از متخصصین معتقدند که در مواقع معینی فرد نمی تواند مسئول خودش باشد (Self-responsible). برای محافظت از بیمار و جامعه، ضروری است که او را حبس کنیم و تصمیماتی در مورد وی بگیریم. یک مثال بیماری است که خودکشی می کند. در بیشتر ایالات خودکشی برخلاف قانون است، بنابراین قانون و روانپزشکی بطور مشترک از شخص محافظت می کنند و به افراد کمک می کنند تا مسایل شخصی را حل کنند.

چگونه این وضعیت با سرطان یا بیماران قلبی که از توصیه های پزشکی و درمان های تجویز شده امتناع می کنند، مقایسه میشود؟ آیا جامعه باید از طریق قانون و دارو تلاش کند تا این بیماران را علیه مقاومت در مقابل خواست آنها، درمان کند؟ بعضی از پزشکان حکم توقیف مدنی را بعنوان یک سیستم نیکوکاری (نوع دوستی) در نظر می گیرند که درمان را میسر می سازد. آنها با این فرض موافق نیستند که بیماران روانی شایستگی آنرا دارند که از اراده آزاد خود استفاده کنند و برحسب منافع خود تصمیم بگیرند مانند اینکه آیا درمان پزشکی شوند یا در خارج از بیمارستان

باشند. آنها اصرار دارند که تعدادی از بیماران روانی هستند که ممکن است از نظر فیزیکی خطرناک نباشند اما امکان امیدهای بهبودی خود را برای یک زندگی معمولی به خطر می اندازند. چون مؤسسات حداقل می توانند از آنها محافظت کنند و در بسیاری از موارد به آنها کمک کنند، فکر می کنند این غیر اخلاقی است که حکم توقیف مدنی غیر داوطلبانه را منسوخ کنند.

دیگران مانند Szasz، مخالف میانجیگری و دخالت هستند، او معتقد به حق مسئولیت شخصی و برخورداری از حق انتخاب یا امتناع از درمان است. اگر اعمال یک فرد تخطی از قوانین جنائی باشد، او پیشنهاد می کند که فرد از طریق سیستم کیفری تنبیه شود.

در حال حاضر بنظر میرسد که تلاش های فزاینده ای در بین قانون گذاران صورت می گیرد تا قوانین الزامی را اصلاح کنند تا اینکه به نیازهای جدی بیمار روانی قبل از اینکه به یک خطر برای خود و دیگران تبدیل شود پاسخ دهد. تلاش فزاینده ای نیز از طریق حامیان بیمار، خانواده ها، متخصصین بهداشت روانی و قانون گذاران دولتی صورت می گیرد که از استاندارد خطر با یک تعریف کوتاه نظرانه بعنوان معیارهای ابتدائی توقیف احتراز شود. یک زمینه میانی بین برآورده شدن نیازهای بیمار روانی شدید و حفظ حقوق قانونی آنها و آزادی انتخاب، راهی جستجو می شود.

چه کسی باید تصمیم بگیرد که بهترین منافع بیمار چیست؟ اگر یک بیمار بطور غیرداوطلبانه تعهد بدهد؟ آن فرد باید بیمار، یک عضو خانواده، یک متخصص مراقبت بهداشتی یا سیستم قضائی باشد؟

Ethical Considerations

ملاحظات اخلاقی

همه پرستاران بایستی عقاید خود را در مورد حکم توقیف تجزیه و تحلیل کنند. اگر شخص ناسازگار نخواهد رفتار خود را عوض کند چه باید کرد؟ آیا ناسازگاران (Nonconformists) آزادند انتخاب کنند حتی اگر بنظر برسد که افکار آنها غیرمعقول و غیرطبیعی است؟ آیا اجبار عادلانه است؟ آیا منافع اجتماعی می توانند از طریق روش آسانتری مانند درمان سرپائی حاصل شوند؟ همه پرستاران برای مرور و بررسی روشهای پذیرش الزامی در ایالت خود و کار کردن برای اصلاحات ضروری کلینیکی، اخلاقی و قانونی مسئول هستند.

بلا تکلیفی در حکم توقیف اعمال اجباری را نشان می دهد و زمینه های بحث و مجادله در آینده را فراهم می کند. بیمارستان روانی فعلی بعنوان یک زندان، بیمارستان، خانه فقرا و خانه ای برای بزرگسالان توصیف شده است. بیمارستان افراد ناشایست اجتماعی را که اغلب جامعه از آنها می ترسد، محافظت می کند، تربیت می کند، غذا می دهد، نگه داری می کند و به آنها اسکان می دهد. این بیماران زمانی که مرخص میشوند اغلب فاقد راه حل دوم (آلترناتیو) هستند و مورد توجه آژانس های مجری قانون یا ادارات رفاهی قرار می گیرند.

مطالعاتی که در دهه ۱۹۸۰ انجام شده نشان می دهد که بیش از نیمی از جمعیت بی سرپناه دارای ناهنجاری های روانپزشکی یا استفاده از مواد مخدر هستند. بیماران روانی بی سرپناه نیازمند خدمات بیشتری نسبت به افراد بی سرپناهی که فقط از خدمات اجتماعی استفاده می کنند، هستند. بسیاری از بیماران روانی جدی نمی توانند به منابع جامعه مانند خانه، درآمد پایدار، درمان و سرویس های توان بخشی دسترسی داشته باشند. افراد بی پناه از شبکه های حمایت های اجتماعی محرومند و از برنامه های روانپزشکی، پزشکی و رفاهی کمی استفاده می کنند. بسیاری از آنها کاملاً از سیستم بهداشت روانی احتراز می کنند زیرا آنها تا آن اندازه سازماندهی نشده اند که به پیشنهاد های کمک پاسخ دهند. در نتیجه، آنها اغلب در بیمارستانهای روانپزشکی با شرایط پذیرش سخت گیرانه وارد میشوند یا به زندان می روند و به این دلیل که پناهگاه یا منابع دیگری ندارند و در نتیجه چنین محیط های سخت گیرانه نمی توانند به بهترین وجه نیازهایشان مورد توجه قرار گیرد.

متأسفانه ، جوامع محلی اغلب با مقاومت در مقابل تأسیس خانه های پیش ساخته یا پناهگاهها در همسایگی آنها، این مشکل را انکار می کنند. بیمه شخص ثالث بندرت بیمه مراقبت بیمار سرپائی روانپزشکی را تحت پوشش قرار می دهد. در جامعه امروز خانواده و دوستان اغلب قادر نیستند که از بیمار تازه مرخص شده مراقبت کنند، بیماری که می تواند در خانه ای کوچک زندگی کند و تلویزیون تماشا کند.

این موضوعات باید توسط پرستاران روانپزشکی، بیماران و شهروندان سراسر آمریکا مورد توجه قرار گیرد. ارزش تعهد، اهداف بستری شدن، کیفیت زندگی و حقوق بیماران باید از طریق سیستم های قضائی، مقننه و مراقبت های بهداشتی حفظ شود.

Discharge

ترخیص از بیمارستان

بیماری که بطور غیررسمی در بیمارستان پذیرش شده میتواند در زمان محدود و معقولی بیمارستان را ترک کند، بیماری که داوطلبانه پذیرش شده است میتواند زمانی که حداکثر بهره را از درمان برده است از بیمارستان مرخص شود. بیماران داوطلب همچنین میتوانند درخواست ترخیص از بیمارستان را بنمایند.

در بیشتر ایالات مرخص شدن بیمار نیازمند درخواست کتبی است. بیماران همچنین بایستی فرمی را امضاء کنند که بیان می کند بیمار در مقابل یک توصیه پزشکی (AMA) بیمارستان را ترک می کند. این فرم به بخشی از سوابق دائمی بیمار تبدیل می شود.

در برخی از ایالات بیماران پذیرش شده داوطلب می توانند فوراً مرخص شوند. در بعضی دیگر آنها می توانند ۷۲-۲۴ ساعت بعد از ارائه درخواست ترخیص در بیمارستان نگه داری شوند. این فاصله زمانی به کارکنان بیمارستان اجازه می دهد تا با بیمار و اعضاء خانواده او صحبت کنند و در مورد ادامه درمان سرپائی اضافی تصمیم بگیرند. در این صورت اگر بیمار از درخواست خود برای ترخیص عقب نشینی نکند، خانواده میتواند مراحل مقدماتی توقیف غیرداوطلبانه را شروع کنند که از این طریق

موقعیت بیمار تغییر می نماید. بیماران پذیرش شده داوطلب که از بیمارستان فرار می کنند اگر خودشان موافق باشند می توانند برگردند. اگر بعد از تماس کارکنان بیمارستان با آنان از بازگشت به بیمارستان خودداری نمایند یا باید مرخص شوند و یا مراحل توقیف غیرداوطلبانه شروع شود.

یک بیمار متهم غیرداوطلبانه حق ندارد هر زمان بخواهد بیمارستان را ترک کند. توقیف های موقتی و فوری حداکثر زمان نگهداری در بیمارستان را مشخص می کند. توقیف های نامحدود این زمان را مشخص نمی کند اگر چه وضعیت بیمار بایستی بطور متناوب مرور و بررسی شود. اگر یک بیمار متهم مخفیانه بیمارستان را ترک کند، کارکنان بیمارستان الزام دارند که به پلیس و دادگاه اطلاع دهند. اغلب این بیماران به خانه بر می گردند و باسانی پیدا می شوند و سپس مقامات قانونی بیمار را به بیمارستان بر می گردانند. در این جا اقدامات بیشتر مورد نیاز نمی باشد زیرا حکم توقیف اصلی هنوز بقوت خود باقی است.

Conditional Discharge

ترخیص مشروط

مرخصی های خاص یا آزاد، بسیاری از بیماران را قادر می سازد که از بیمارستان به جامعه برگردند. این موارد بعنوان ترخیص مشروط شناخته میشوند زیرا، رعایت بعضی چیزها از بیماران انتظار می رود. در اغلب موارد آنان نیازمند حضور جهت درمان سرپائی در بیمارستان یا مرکز بهداشت روانی هستند. در این مدت دستور توقیف هنوز اعتبار دارد و اگر بیماران در هنگام حضور در جامعه اعمال ناشایست خود را تکرار

کنند مجدداً به بیمارستان برگردانده میشوند. اینگونه ترخیص به بیمار اجازه می دهد بتدریج وارد جامعه شود و بسیاری از آنان از آن بهره مند می گردند. سایر مزایا بیشتر شامل آزادگذاشتن بیماران دوباره پذیرش شده (Read mitting) در صورت نیاز است و از بیمار بگونه ای حمایت میشود که بداند در این مدت سخت آنان توسط بیمارستان فراموش نشده اند و بیمارستان توان آنرا دارد که به ارائه سرویس های مورد نیاز وی ادامه دهد مانند: فراهم کردن معالجه و درمان مجانی برای بیماران فقیر یا دسترسی مستمر به کاردرمانی یا سایر برنامه های درمانی، اگر در پایان دوره مشروط بیمار توانست خود را بخوبی مطابقت دهد، بیمارستان میتواند او را بطور دائم مرخص نماید.

Absolute Discharge

ترخیص دائم (نهائی)

هم چنانکه از اسمش پیداست، یک ترخیص دائم رابطه بیمار را با بیمارستان فسخ کرده و پایان می دهد. این یک ترخیص نهائی است و اگر بیمار در آینده نیازمند بازگشت به بیمارستان شود، مراحل پذیرش جدید بایستی آغاز شود. معمولاً بیمارستان بایستی در هنگام ترخیص نهائی یک بیمار متهم، آنرا به دادگاه اطلاع دهد.

ترخیص دائم اغلب زمانی اتفاق می افتد که بیمار بهبودی اساسی خود را بازیافته باشد و بتواند بخوبی در جامعه عملکرد داشته باشد. با وجود این در بعضی از موارد بیمارانی که هنوز درمان اساسی نشده اند و بهبودی کمی یافته اند برای همیشه از بیمارستان مرخص می شوند، در این گونه موارد با خانواده ها یا قیم های بیماران

تماس گرفته می شود تا مراقبت رضایت بخشی از بیمار بعمل آورند. بعضی قوانین در این موارد تقاضا می کنند بیمارستان سایر مقامات دولتی را مطلع نماید.

Judicial discharge

ترخیص قضائی

در چهل ایالت قوانینی وجود دارد که به بیماران یا خانواده هایشان این اجازه را می دهد که تقاضای ترخیص کنند حتی اگر بیمارستان با درخواست ترخیص موافق نباشد، مراحل و شرایط در چنین مواردی از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است، اما اگر آنها معتقد باشند بستری بودن دیگر صحیح نیست، به بیمار قدرت انتخاب دیگری می دهد. چنین قوانینی برای تعاریف بهتر و کاملتر از حقوق بیماران در سالهای آینده مهم هستند.

Outpatient Commitment حکم توقیف یا پذیرش الزامی بیمار سرپائی

مرحله ایست که طی آن دادگاهها می توانند به بیماران متهم دستور دهند دوران درمان سرپائی را که توسط افراد کلینیکی آنها مشخص می نمایند بگذرانند. این روش برای بیمارانی که سرپناهی ندارند مشکل است لیکن برای بیمار روانی بی خطری که نیازمند درمان پیگیر روانپزشکی است و مجبور به بستری های متناوب می شود، بسیار مفید است. بیمارانی که بعد از مدت کوتاهی از ترخیص داروهای خود را قطع می کنند ممکن است شرایط روانی آنها بسرعت بهم ریخته و خیلی زود نیاز به بستری مجدد داشته باشند.

هر ایالتی شرایط خاصی برای پذیرش الزامی سرپائی دارد اما به نسبت تعداد کمی

بطور منظم از آن استفاده می کنند که دلایل آن بشرح زیر است:

- فقدان ساختارهای کلینیکی و اداری که برای درمان سرپائی به دستور دادگاه نیاز دارند.

- عدم آشنائی قضائی با مفهوم پذیرش الزامی سرپائی

- فقدان معیارهای مناسب برای پذیرش الزامی بیمار سرپائی و مکانیزم های اجرائی.

در بعضی ایالات معیارهای متفاوتی برای بیمار سرپائی دارند که با معیارهای بیمار بستری متفاوت است. این معیارها بر روی احتمال بهبودی در آینده تمرکز داشته و اگر بیمار دارو نخورد به الگوئی مستند از رفتار خطرناک وی نیاز است.

Geller ده مورد رهنمود پیشنهاد کرده است تا مناسبت درمان غیرداوطلبانه سرپائی بیمار را مشخص کند. رهنمودها برای بیمارانی است که بطور مزمّن گرفتار عودهای متناوب یک بیماری جدی روانی می باشند و سوابقی از خطرناک بودن برای خود و دیگران دارند.

• رهنمودهائی برای استفاده از پذیرش الزامی بیمار سرپائی

۱- بیمار باید علاقه خود را به زندگی در جامعه ابراز کند.

۲- بیمار باید قبلاً در جامعه شکست خورده باشد.

۳- بیمار باید دارای آن حد از شایستگی لازم باشد تا تعهد و پیمان برای درمان

گروه غیرداوطلب را درک کند.

- ۴- بیمار باید ظرفیت رعایت و اجرای طرح درمان گروه غیرداوطلب را داشته باشد.
- ۵- درمان یا درمان هائی که دستور داده میشود، در صورت اجرای صحیح از جانب بیمار بایستی سودمندی خود را نشان دهند.
- ۶- درمان یا درمان هائی که دستور داده میشود بایستی آنگونه باشد که از طریق سرپائی ارائه و اجرا گردد، برای نیازهای فرد کافی باشد و موقعیت و وضعیت گروه را حفظ کند.
- ۷- درمان توضیح شده بایستی قابل ارزیابی توسط آژانس های درمان سرپائی باشد.
- ۸- سیستم درمان سرپائی باید درمان سفارش شده را به بیمار ارائه دهد و آماده مشارکت و رعایت سازگاری آن با بیمار باشد.
- ۹- سیستم حمایت از بیمار سرپائی در بخش عمومی باید از مشارکت در فراهم نمودن درمان گروه غیرداوطلب حمایت کند.
- ۱۰- بیمار سرپائی زمانی که درمان توصیه شده را قبول می کند نبایستی خطرناک باشد.

Patients' Rights

حقوق بیمار

در سال ۱۹۷۳ مؤسسه بیمارستانی آمریکا لیستی از حقوق بیمار صادر کرد که بسیاری از بیمارستان ها و انجمن ها در سراسر آمریکا آنرا پذیرفتند. این حقوق در سال ۱۹۹۰ تأیید شد. اغلب متن این حقوق در محل هائی قرار داده میشود که بیماران به آسانی به آن دسترسی داشته و مطالعه نمایند. در بعضی از بیمارستانها ممکن است

این جزوات هنگام پذیرش به بیماران داده شود و برای آنها خوانده و توضیح داده میشود.

با وجود این، تضمینی وجود ندارد که بیماران روانپزشکی از حقوق مدنی خود آگاهی داشته باشند. بعنوان مثال در یک مطالعه گزارش شده است که، بیمارانی که در هنگام ورود حقوق خود را مطالعه کرده اند و کپی جزوات را دریافت کرده اند، لزوماً دارای نشانه درک یا حفظ مطالب نبوده اند. دو حق مهم؛ حق عقب نشینی از درمان و حق مشارکت در توسعه طرح درمانی، در بیش از یک چهارم بیماران درک نشده است. بدین لحاظ، شاید تغییر در چگونگی اطلاع رسانی در خصوص حقوق بیماران روانپزشکی لازم باشد تا توان بیشتری در مشارکت مراحل درمانی داشته باشند.

آیا در تجربه شما در بیمارستانهای عمومی حقوق بیماران به آنان گوشزد میشود؟ در مورد بیماران روانپزشکی چگونه است؟ پرستاران در جهت اعطای این حقوق چه اقدام خاصی بایستی بعمل آورند؟

با توجه به تنوع زیادی که در ایالات مختلف وجود دارد؟ بطور کلی بیماران روانپزشکی در حال حاضر از حقوق زیر برخوردارند:

- حق ارتباط با مردم خارج از بیمارستان از طریق مکاتبه، تلفن و ملاقات حضوری.

- حق نگه داری لباس و لوازم شخصی در بیمارستان.

- حق آزادی مذهب.

- حق استخدام شدن در صورت امکان.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- حق مالکیت و مصرف کردن مال خود.
- حق اجرای خواسته های خود (وصیت نامه).
- حق ورود به روابط قراردادی (انعقاد قرارداد).
- حق خرید کردن.
- حق تحصیل کردن.
- حق احضار و جلب اعضاء دادگاه و هیئت منصفه.
- حق درخواست معاینه مستقل روانپزشکی.
- حق دارا بودن وضعیت خدمات مدنی.
- حق دارا بودن مجوزها، امتیازات یا اجازه هائی که قانون برای وی صادر نموده
مانند گواهینامه رانندگی یا مجوز حرفه ای.
- حق پیگرد قانونی اشخاص یا اینکه تحت پیگرد قرار گیرد.
- حق ازدواج و طلاق.
- حق عدم قرار گرفتن در معرض فشارهای مکانیکی غیر ضروری.
- حق مرور و بررسی وضعیت خود بطور متناوب.
- حق نماینده قانون بودن.
- حق محرمانه بودن.
- حق اطلاع دادن موافقت خود.
- حق درمان شدن.

- حق خودداری از درمان شدن.

- حق درمان شدن با حداقل سخت گیری ها و محدودیت ها.

بعضی از حقوق مذکور شایسته بحث بیشتری است.

حق ارتباط با مردم خارج از بیمارستان: این حق به بیماران اجازه میدهد که بطور مستقل با ارسال نامه های سر بسته با هر کس که مایل هستند ملاقات نموده و یا مکالمه تلفنی داشته باشند. از جمله قاضی، وکیل، خانواده و کارکنان بیمارستان. گر چه بیمار حق دارد که با یک روش سانسور نشده ارتباط برقرار کند لیکن اگر این کار برای بیمار زیان آور باشد و یا فشار آزار و اذیت برای دیگران گردد کارمند بیمارستان میتواند دسترسی به تلفن و یا ملاقات با اشخاص را محدود نماید. بیمارستان همچنین می تواند زمان تماس تلفنی و ملاقات را محدود نماید. در مناسبت های مخصوص کارکنان بیمارستان نامه هائی را که تصور می کنند موجب تهدید یا ناسزاگوئی است ضبط کرده و از بین ببرند. در ایالاتی که این کار قانونی است این سؤال اخلاقی مطرح است که آیا آزادی فردی در مقابل آسایش جامعه قرار دارد؟

حق نگه داری اموال شخصی: بیمار می تواند لباس و وسایل شخصی خود را به بیمارستان بیاورد، البته با توجه به این نکته که محل نگه داری موجود باشد. بیمارستان مسئول ایمنی و سلامت اشیاء نیست و اشیاء با ارزش بایستی در منزل نگه داری شوند. اگر بیمار شیئی گران بهائی با خود داشته باشد، کارمند بیمارستان آنرا به بخش ایمنی

می سپارد. کارمند بیمارستان مسئول حفظ یک محیط سالم است و باید اشیاء خطرناک را از بیمار دور نگه دارد.

حق اجرای خواسته ها: شایستگی یک فرد برای ابراز خواسته های خود بعنوان توان و ظرفیت وصیت شخصی وی شناخته می شود. بیماران می توانند یک خواسته معتبر را ابراز کنند بشرط آنکه موارد زیر رعایت گردد:

- می دانند خواسته ای دارند.

- به طبیعت و گستره استعدادهای خود آگاهی دارند.

- می داند دوستان و بستگان آنها چه کسانی هستند و رابطه به چه معنی است.

خواسته بیمار بصورت سند صادر می شود و امضاء می شود، در این حال بیمار نبایستی از نظر ذهنی گیج و گنگ باشد، این بدان معنا نیست که فرد به تمامی جزئیات اموال خود یا ارقام بانکی آگاه باشد لیکن بایستی تلاش نماید بیش از آنچه هست ثبت نکند. شناخت بستگان از جانب بیمار ضرورت قانونی دارد اما خواسته نمی شود چیزی بآنها واگذار شود. تعهد درمانی یا تشخیص بیماری روانی فوراً وصیت نامه را از اعتبار ساقط نمی کند، اگر خواسته در طی دوره سلامت بیمار ابراز شده باشد و بیمار سه معیار را برآورده کند خواسته و وصیت او هنوز معتبر است. مسئله ای که بیشتر در تعیین ظرفیت وصیت نامه ای مورد بحث قرار می گیرد مربوط به بیماری است که گرفتار هذیان و توهم شده است. سؤال مهم این است که آیا هذیان یا توهم موجب شده که شخص مال و منال خود را متفاوت تر از آنچه بوده نشان دهد.

دو یا سه نفر باید با دیدن امضاء بیمار و در حالیکه به هنگام امضاء یکدیگر را می بینند شهادت دهند. بعداً یک پرستار را می توان فرا خواند تا شرایط بیمار را هنگام نوشتن وصیت نامه تصدیق نموده و شهادت دهد، شهادت پرستار باید به سه معیار بالا مرتبط باشد. پرستار اطلاعات را با دقت بخاطر می آورد بطور فشرده و عینی افکار و اندیشه ها را بیان می کند و مشاهدات را گزارش می نماید. چارت های بیمارستانی و یادداشت های پرستار می توانند در صورت جلسه دادگاه مورد استفاده قرار گیرند.

حق ورود به روابط قرار دادی: اگر شخص شرایط قرار داد و نتیجه آنرا درک کند دادگاه آنرا معتبر میدانند. مجدداً یادآوری می شود که بیماری روانی یک قرار داد را بی اعتبار نمی کند، اگر چه طبیعت قرار داد و میزان قضاوت لازم برای درک آن از عوامل تأثیر گذار هستند.

Incompetency

بی کفایتی ، عدم صلاحیت

موضوع بی کفایتی روانی به حق انعقاد قرار داد مربوط می شود. فرض بر این است که هر شخص بالغی از نظر روانی شایسته است و می تواند امور خود را انجام دهد. برای اثبات غیر آن به یک دادخواست خاص در دادگاه نیاز است که بی کفایتی فرد را اعلام کند. این یک اصطلاح قانونی است که معنی پزشکی دقیقی ندارد. برای اثبات عدم صلاحیت فرد بایستی نشان داده شود که فرد:

۱- پریشانی روانی دارد.

۲- این اختلال موجب نقض در قضاوت می شود.

۳- این نقص، فرد را از انجام امور شخصی باز میدارد.

هر سه عنصر مذکور باید موجود باشد و بر حسب تشخیصی درست در این مورد مهم نیست. اگر فرد بی کفایت شناخته شد دادگاه برای وی یک قیم قانونی منصوب می کند تا امور فرد را انجام دهد. در این موارد اغلب یک عنصر خانواده، دوست یا مجری بانک بعنوان قیم انتخاب می شود. قوانین عدم صلاحیت اغلب برای اشخاص پرونده ایجاد میکند که دارای بیماریهای دمانس پیری، آترواسکلروز مغزی، اسکیزوفرنی مزمن و عقب مانده گی ذهنی هستند. روند قانون گذاری این است که مفاهیم بی کفایتی و حکم توقیف غیر داوطلبانه را از هم جدا کنیم، زیرا دلایل برای هر یک ضرورتاً متفاوت است. عدم صلاحیت ناشی از تمایل اجتماعی است که داریهای شهروندان خود را در قبال ضعف آنها در درک و انجام امور تجاری حفظ می کند. حکم توقیف غیر داوطلبانه بدین معنی است که والدین و دیگران را از آنها بعلت خطر برای خود و دیگری حفظ می کند (خود کشی و دیگرکشی) و درمان را اداره می کند.

اگر قانوناً فرد بی کفایت شناخته شود (صدور رأی عدم صلاحیت) در آن صورت شخص نمی تواند رأی بدهد، ازدواج کند، رانندگی نماید و یا قرار داد امضاء کند. ترخیص از بیمارستان ضرورتاً کفایت و لیاقت را باز نمی گرداند، دادخواست دیگری در دادگاه مودر نیاز است تا قوانین قبلی را حفظ کند، قبل از آنکه فرد بتواند دوباره امور شخصی خود را اداره کند.

چگونه آموزش و تحصیل برای فرزندان بیمار که در جامعه زندگی می کشد فراهم می شود؟ آیا باید در سیستم مدرسه درس بخوانند یا منابع آموزشی خاصی برای آنها در نظر گرفته می شود، یا هر دو؟

حق تحصیل: این حق مربوط به کودکان و نوجوانان بیماری می گردد که بعلت درمان و بستری ممکن فاصله زمانی در دوره های درسی و تحصیلی آنان بوجود آید. قوانین تمامی ایالات نشان دهنده آنست که همه افراد می توانند و باید تحصیل نمایند.

حق جلب اعضاء دادگاه و هیئت منصفه: این یک حق مهم بر طبق قانون اساسی است که همه بیماران در تمام ایالات از آن برخوردارند، حتی اگر بطور غیر داوطلبانه بستری شده باشند. هدف آن آزاد شدن سریع فردی است که ادعا می کند بطور غیر قانونی بازداشت شده است. بیمار متهم می تواند هر زمان دادخواستی ارائه کند و ادعا نماید برای ترخیص، صلاحیت و مشروعیت دارد. این درخواست در دادگاه مطرح می شود و آنانی که اتهام بیماری و نگه داری او را دارند باید از اقدامات خود دفاع نمایند گاهی یک هیئت ژوری در هیئت منصفه دادگاه ثبت نام و شرکت می کند تا مشخص گردد بیمار از نظر عقلی در سلامت کامل می باشد.

حق معاینه روانپزشکی مستقل: بموجب آئین نامه پذیرش فوری، بیمار حق دارد درخواست معاینه روانپزشکی را توسط یک پزشک انتخابی بنماید. اگر پزشک تشخیص دهد بیمار اختلال روانی ندارد، بیمار بایستی مرخص شود.

حق محرمانه بودن: حقی است که فرد می خواهد بعضی از اطلاعات شخصی کاملاً محرمانه نگه داشته شود. افشای اطلاعات خاصی به افراد دیگر شامل موضوع محرمانه می شود و محدود به افراد مجاز می باشد. هر روانپزشک حرفه ای مسئول محافظت از حق بیمار در خصوص محرمانه بودن است از جمله اطلاعاتی که فرد در رابطه با درمان یا یک بیمارستان دارد. افشای این اطلاعات می تواند به شهرت بیمار لطمه وارد کند و مانع یافتن شغل شود. حفاظت قانونی شامل همه بیماران است، این امر می تواند معماهای اخلاقی و حرفه ای خلق کند، مانند تجربه ای که پرستار در این مثال کلینیکی توصیف نموده است.

مثال کلینیکی : در یک صبح چهارشنبه سال ۱۹۸۱ در شهر اسپرینگفیلد ایالت ایلوی نویز، مردی وارد مغازه ... شد تبری دزدید و شروع به چرخاندن آن کرد. بعد از ترک مغازه یک نفر مرده بود و سه نفر به سختی زخمی شدند. ده روز بعد پلیس تلفنی از آقای K دریافت کرد که قبلاً در واحد روانپزشکی چهل و نه تختخوابی بیمارستان سنت جان بستری بوده است. او به پلیس گفت که هم اطاقیش در بیمارستان به یک جنایت اعتراف کرد. او نام هم اطاقیش را نمی دانست . پلیس از پرستار M خواست تا هویت بیمار را بگوید اما پرستار امتناع کرد زیرا معتقد بود که افشای نام بیمار (قاتل) توسط قانون ایالتی که تضمین کرده سوابق بیمار روانی مستقل و محرمانه می باشد غیر قانونی است. بخش اداری بیمارستان نیز از تصمیم پرستار حمایت کرد. پرستار حتی بعد از اینکه توسط قاضی محلی بعلت امتناع از افشای نام بیمار دویست و پنجاه دلار

جریمه شد بر سر تصمیم خود باقی ماند و به پلیس گفت که فرد مظنون در زمان قتل در بیمارستان سنت جان نبوده است و اینکه او شبیه طرح های نقاشی پلیس از قاتل بوده است.

موضوع محرمانه بودن بصورت فزاینده ای اهمیت دارد. بنگاه های متنوعی در مورد زندگی بیمار، تشخیص، درمان و پیش بینی های بیماری، اطلاعاتی درخواست میکنند که این روند حقوق بیمار را در خصوص محرمانه بودن پرونده روانپزشکی اش مورد تهدید قرار می دهد.

کارمندان بیمارستان اگر اطلاعات کلینیکی را با درخواست کتبی و امضاء شده بیمار افشاء کنند مسئولیتی قانونی متوجه آنها نخواهد بود. رضایت کتبی به دو دلیل شایسته است:

- ۱- این موضوع برای دو طرف روشن می شود که رضایت کتبی ارائه شده است.
 - ۲- اگر سؤالاتی در مورد رضایت بیمار مطرح شود، یک سند مکتوب موجود است.
- بنابراین سند مربوطه بعنوان بخشی از پرونده دائمی بیمار باقی می ماند. بعنوان مورد قانونی بهتر است در حد امکان اطلاعات محدودی افشاء شود و در این رابطه با بیمار گفتگو شود.

تحقیقات انجام شده نشان میدهد بیماران سرپائی کلینیک روانپزشکی برای محرمانه بودن اطلاعات ارزش زیادی قایل هستند و در مورد امکان افشاء غیر مجاز اطلاعات مخصوصاً به کارفرمایان نگران هستند. با وجود این آنان با حقوق قانونی خود و گزینه

هائی که محرمانه بودن را نقص می کنند آشنا نیستند. این مطالعه بر اهمیت محرمانه بودن و نیاز برای تحقیق بیشتر و آموزش بیمار در این زمینه تأکید دارد. محرمانه بودن عنصر اعتماد و ورود لزوم در یک رابطه بیمار/درمانگر را بوجود می آورد. بیماران خویشتن را در معرض مراقبت دیگران قرار می دهند و جنبه های آسیب زده زندگی شخص خود را آشکار می کنند. در عوض آنان انتظار دارند مراقبت عالی وحی محافظت لازم از منافعشان بعمل آید. بنابراین رابطه بیمار/درمانگر یک رابطه صمیمی است که به اعتماد، وفاداری و محرمانه بودن نیاز دارد.

Privileged Communication مکالمات یا مکاتبات خصوصی و محرمانه میان دو

نفر که افشای آن برای شهادت و ارائه بعنوان مدرک دادگاهی جایز نیست: عبارت امتیاز ویژه یا دقیق تر حق ویژه شهادت و گواهی دادن فقط در صورت جلسات مربوط به دادگاه کاربرد دارد. این عبارت بین زن و شوهر، وکیل و موکل، روحانی و عضو کلیسا و پزشک و بیمار است.

حق افشای اطلاعات به فردی تعلق دارد که صحبت کرده و شنونده نمی تواند اطلاعات را افشا کند مگر اینکه صحبت کننده اجازه دهد بیمار می تواند شنونده را بخاطر افشای اطلاعات ویژه پیگرد قانونی قرار دهد امتیاز ویژه شهادت بین متخصصین بهداشتی و بیماران بر اساس قانون در ایالات مختلف متنوع می باشد. بر اساس این امتیاز ویژه ارتباطات حرفه ای بین بیمار درمانگر حفاظت می شود.

دایره محرمانه : در محدوده دایره محرمانه بیمار، افراد تیم درمان، مشاورین عالی، دانشجویان مراقبت بهداشتی و اساتید آنها و مشاورینی که درگیر موقعیت های بیمار در طول مراجعه و درمان هستند می باشد. بیمار در این دایره در نقطه ای روشن تمامی جنبه های زندگی، مسائل و تجربیات خود را بیان می کند. تمامی اطلاعات افراد داخل دایره از بیمار، کاملاً محرمانه تلقی می شود.

تعدادی از افراد خارج از دایره اند مانند اعضاء خانواده، نمایندگان قانونی درمانگران خارج تیم درمانی، متخصصین مراقبت بهداشتی که مستقیماً درگیر نیستند و دانشجویان مراقبت بهداشتی و هم چنین پلیس، این افراد نباید اطلاعات کلینیکی داشته باشند. با وجود این در بعضی شرایط نقض محرمانه بودن و شهادت مسائل محرمانه، هم اخلاقی و هم قانونی است.

استثنائاتی که اجازه می دهد اطلاعات محرمانه بدون رضایت بیمار افشاء شود:

شرایط فوری که به نفع بیمار است: - دستور دادگاه برای ارزیابی

- صورت جلسه های حکم توقیف

- صورت جلسه های جنائی

- اقدام برای محافظت از طرف سوم

- منازعات در مورد زندانی کردن کودک

- دستور دادگاه برای تهیه گزارشات

- گزارشات مورد نیاز توسط قانون ایالتی، بیماریهای مسری، زخم های حاصل از

تیر اندازی، تجاوز به کودک

- استثنائات بیمار - متهم

- صورت جلسه تجاوز به کودک

سوابق بیمار: بیشتر بیمارستان ها سوابق روانپزشکی را جداگانه نگه داری می کنند تا نسبت به سوابق پزشکی کمتر در دسترس باشد. این سوابق در نگاه قانون روانپزشکی حساس تر از سوابق پزشکی اند.

در بعضی ایالات اجازه می دهند بیماران به سوابقشان دسترسی داشته باشند در این صورت کارکنان کلینیک بایستی دلایل این درخواست را جستجو کنند و بیمار را برای مرور و بررسی پرونده آماده نمایند در هنگام بررسی پرونده نزد بیمار باشند و سوالات وی را مورد بحث قرار دهند. افراد کلینیک بایستی اطلاعاتی را که مربوط به سایر منابع می شود افشاء کنند و بایستی بخشی از سوابق را قبل از اینکه بیمار آنها را ملاحظه نماید تغییر داده یا نابود کنند.

پرستار بایستی بداند سوابق پزشکی در اختیار بیمارستان یا پزشک درمانگر است با وجود این اطلاعات مندرج در سوابق به بیمار تعلق دارد بنابراین در صورت لزوم اصل سوابق نگه داری و فقط یک کپی از آن به بیمار داده می شود. می توان یک چارت بیمارستانی را به دادگاه آورد و مطالب آنها در دادخواست بکار برد چون جزء موارد محرمانه نیست. محافظت از شخص سوم Protecting A Third Party : بعد دیگر

محرمانه بودن، اطلاع درمانگر از خطر جانی از طرف بیمار برای فرد سوم است. از نظر قانونی درمانگر وظیفه دارد به قربانی مورد نظر خشونت بیمار اخطار دهد. زمانی که درمانگر بطور معقول مطمئن است که بیمار قصد آسیب به فردی را دارد، مسئول است که محرمانه بودن را نقض کند و قربانی بالقوه را حفظ نماید. در وظیفه قانونی، فرد مسئول کلینیک ملزم است که :

۱- تهدید خشونت به دیگری را ارزیابی کند.

۲- شخصی را که مورد تهدید است شناسایی کند.

۳- بعضی از اقدامات مثبت و پیشگیرانه را انجام دهد.

(پرونده Tarasoff و بیش از هفتاد پرونده قانونی منتشر شده بعد از آن) در بین موضوعات پر مسئله که در آن وظیفه محافظت می تواند بکار رود ممکن است الگوهای جنسی افرادی باشد که به ویروس HIV آلوده هستند. قوانین برخی ایالات اجازه نمی دهد که بیماران اطلاعات را به همسر خود بدهند در حالیکه سایر ایالات چنین اجازه ای را می دهند.

هنوز آئین نامه دستور افشای اطلاعات گزارش نشده ولی بنظر می رسد حمایت عمومی را بدست آورد. حق کسب رضایت بعد از اطلاعات داده شده : پزشک بایستی اطلاعات لازم را درباره درمان پیشنهادی به بیمار بدهد و رضایت او را کسب کند، بیمار باید کفایت لازم در درک مسائل گفته شده را داشته باشد و در عین حال داوطلب

درمان پیشنهادی باشد. درمانگر بایستی پیچیده گی های احتمالی و خطرات ناشی از درمان را توضیح دهد.

اخذ رضایت با اطلاعات داده شده: اطلاعاتی که افشا می شوند : - تشخیص:
توصیف مشکل بیمار - درمان : طبیعت و هدف درمان پیشنهادی - نتایج : خطرات و
مزایای درمان پیشنهادی از جمله اثرات فیزیکی و روانی، هزینه ها و مسائلی که بالقوه
ممکن بعداً بوجود آیند.

- راه حل های دیگر: خطرات و مزایای آنها - سیر و پیش آگهی : نتایج مورد
انتظار در مورد درمان، درمان با روش های دیگر و بدون درمان.

اصول اطلاع دهی: - ارزیابی توان بیمار برای دادن رضایت

- ساده سازی زبان تا اینکه فرد عامی بتواند درک کند.

- دادن فرصت به بیمار و خانواده برای طرح سؤالاتشان.

- تست درک بیمار بعد از ارائه توضیحات.

- باز آموزی تا آنجا که اغلب مورد نیاز است.

- مستند نمودن تمامی موارد ذکر شده، توافق داوطلبانه برای درمان و رضایت

واقعی و صلاحیت بیمار.

بیمار بایستی قادر باشد رضایت بدهد و از نظر قانونی و قاضی، بی صلاحیت
شناخته نشده باشد. بیمار اگر روانی است پزشک برای کسب رضایت درمانی معاف
نمی باشد. روانی بودن ضرورتاً بدین معنی نیست که یک فرد قادر نیست برای درمان

رضایت بدهد. بسیاری از بیماران روانی قادرند با اطلاعات داده شده رضایت دهند.
فرم های رضایت معمولاً نیاز به امضاء بیمار، یک عضو خانواده و دو شاهد دارند. از
پرستاران اغلب درخواست می شود که شاهد باشند. این فرم بخشی از سوابق دائمی
بیمار خواهد بود.

بر اساس این طرح، رضایت با اطلاعات داده شده باید برای همه درمان های
روانپزشکی اخذ شود از جمله: خوردن دارو مخصوصاً نورولپتیک ها بعلت خطر دیس
کینزی دیر رس و درمانهای بدنی مانند درمان با الکتروشوک و درمان های تجربی. در
حال حاضر روشن نیست که برای روان درمانی نیز باید رضایت کسب گردد و هم
چنین سایر جنبه های مربوط به اخذ رضایت در بسیاری از ایالات مورد بحث های
جنجالی است.

حق درمان: مفهوم حق درمان به سال ۱۹۶۰ بر می گردد که Birnbaum فارغ
التحصیل پزشکی و حقوق هر دو، نوشت: «به نظر نمی رسد که ملاحظه و ارزیابی
مهم قانونی بر این مشکل شده باشد که افرادی که بعلت کسالت روانی نگه داری شده
اند اگر بطور مناسب درمان شوند سلامتی و بنابراین آزادی خود را بدست خواهند
آورد». در سال ۱۹۶۶ در منطقه کلمبیا دادگاهی برگزار شد که بیماران روانی که در
دادگاه جنائی متهم شناخته شده بودند حق داشتند بطور مناسب درمان شوند. در ضمن
حبس بدون درمان زندانی محسوب می شود و بیمارستان را به یک زندان تأدیبی تبدیل
می کرد. این پرونده ثابت کرد که هدف از بستری شدن غیر داوطلبانه درمان بود نه

مجازات. بیمارستان نیازی نداشت نشان دهد درمان، بیمار را اصلاح کرده یا شفا داده، فقط حقیقتاً تلاش میکرد اینگونه عمل نماید.

در سال ۱۹۷۲ مورد Wyatt V.Stickney در آلا با ما حق درمان را برای همه بیماران روانی و عقب مانده های ذهنی که بطور غیر داوطلبانه بستری شده بودند به رسمیت شناخت. دادگاه سه معیار برای درمان مناسب تعریف کرد:

- ۱- یک محیط فیزیکی و روانی مناسب برای انسان.
- ۲- کارکنان شایسته با اعضاء کافی که بتوانند درمان مناسب را انجام دهند.
- ۳- طرح های درمان فردی.

سنگ زیر بنای تصمیم Wyatt نیاز به طرح درمان فردی است. اگر این کار انجام نشود بدان معنی است که بیمار باید مرخص گردد مگر موافق باشد داوطلبانه بماند. این تصمیم در قوانین اخیر گرفته شد که استانداردهای مربوط به توسعه طرح های درمان را اصلاح کرده، محدودیت های شدید برای منزوی کردن و درمان با الکتروشوک وضع شده است. در این قوانین تعریف جدیدی در مورد متخصص شایسته بهداشت روانی ارائه شده است.

دو پرونده مهم در دادگاه عالی ملی مطرح شد یکی در سال ۱۹۷۵ D.V.O'conner یک بیمار روانی متهم غیر داوطلب در ایالت فلوراید بعد از ۱۵ سال حبس آزاد شد، دادگاه اظهار داشت او خطرناک نبوده و غیر قابل درمان است، بنابراین ادامه حبس او تعدی به حق او برای آزادی است. و در سال ۱۹۸۲ دادگاه اعلام کرد بیماران غیر

داوطلب حق آن نوع از درمان را داشتند که لازم بود آزادی آنها را از محدودیت های غیر ضروری و حملات قابل پیشگیری تضمین نماید.

حق درمان یک تضمین برای درمان بیماران نیست، این حق فقط شامل بیماران غیر داوطلب یا متهم می شود. در ضمن حق درمان استاندارهای درمان حداقل را مشخص می کند نه درمان بهینه را، این حق تضمین نمی کند که درمان مناسب از میان درمانهای مختلف اجرا شود، بنابراین در عین حال که قانون گذار خیلی چیزها داده بسیار چیزها دیگر می ماند که هنوز تدوین نشده است. این حق هم چنین سؤالاتی را مطرح می کند:

- درمان مناسب کدام است، حبس و نگه داری می تواند درمان کننده باشد؟

- درمان ناپذیر بودن بعضی بیماران و اینکه آیا باید بعد از مدتی مرخص شوند؟

- خودداری فرد از درمان و درخواست مرخص شدن با این ادعا که حق درمان مناسب برای وی رعایت نشده است.

- پرداخت هزینه های مورد نیاز جهت درمان مناسب بیمار روانی در مؤسسات

عمومی.

حق خودداری از درمان: رابطه حق درمان و حق رد درمان پیچیده است.

حق خودداری از درمان شامل حق خودداری از بستری شدن غیر داوطلبانه است. برخی معتقدند که درمان می تواند ذهن را کنترل کند، افکار را تنظیم نماید و شخصیت را تغییر دهد و حق رد درمان شخص را در مقابل این موضوع محافظت می کند. تداخل با دو حق اصلی قانونی، آزادی اندیشه و حق کنترل زندگی و کارها تا زمانی که با

حقوق دیگران تداخل نکند در سال های اخیر شمار دادخواست های مربوط به حق خودداری از درمان افزایش یافته مخصوصاً درمان با داروهای سایکوتروپیک و درمان با الکتروشوک و جراحی روانی. جنجال های مربوط به خودداری از خوردن دارو، معاینه و آزمایش. هر گونه درمان آزمایشی نیازمند کسب رضایت کتبی بیمار است. در یک پرونده در سال ۱۹۷۹ حقوق بیماران روانی برای خودداری از خوردن دارد تأیید شد. این حق تأکید می کند که محدودیت فقط در موارد فوریت اعمال می شود مانند بروز یا تهدید جدی خشونت بیش از حد، زخم برداشتن یا تلاش برای خودکشی. تصمیم دادگاه بدین معنی بود که بیماران روانی متهم صلاحیت و کفایت اتخاذ تصمیم در خصوص درمان در موارد غیر فوری را دارند. از طرف دیگر دادگاه عالی در سال ۱۹۸۲ به این موضوع توجه داشت که حقوق بیماران می توانست به نفع درمان محدود شود تا زمانی که قضاوت حرفه ای توسط افراد با کفایت انجام می شد.

مفهوم حق رد درمان سؤالات زیادی را مطرح کند. آیا این حق شامل همه درمان هاست یا فقط آنهایی که پرخطر و سخت هستند مانند جراحی روانی؟ امتناع و مقاومت در درمان چگونه از عدم رعایت مقررات مشخص می شود؟ برخورد کارکنان و الزام درمانی و امتناع از درمان از جانب بیمار چگونه ارزیابی می شود؟ وظیفه پرستاران در این رابطه چیست؟ بررسی های اخیر نشان می دهد که گر چه احتراز از خوردن دارد معمول و عادی است اما کوتاه مدت است و ادامه آن در دراز مدت نادر

است. بیمارانی که از خوردن دارو امتناع می کنند نسبت به آنانی که دارو می خوردند،

بیمارترند و این نشانی از بیماری آنهاست.

تفکر انتقادی درباره موضوعات معاصر

آیا ارزش درمان مهم تر از حق شخص برای آزادی است؟

این سؤال سالها مورد بحث قرار گرفته و هنوز در مورد بیماران روانی حل نشده

است. عمومی ترین مورد پرونده Billie Boggs بود، یک زن سیاهپوست چهل ساله

که در نیویورک بمدت یکسال در خیابان زندگی می کرد برای پول گدائی می کرد. او

توجه گروه بهداشت روانی را که تصمیم داشتند او را بستری کنند بخود جلب کرد.

آنها معتقد بودند وی از نظر روانی بیمار است و نمی تواند از خود مراقبت کند.

سؤالات قانونی که در این مورد مطرح شد این بود که آیا نامبرده از نظر روانی بیمار

بود و آیا خطرناک بود. به هنگام آزمایش روانپزشکان گفتند و شهادت دادند او هم

بیمار روانی است و هم خطرناک است. با وجود این روانپزشکانی که با وی بعد از

اینکه بستری شد دارو مصرف کرد، حمام کرد، استراحت کرد، لباس مناسب پوشید و

خوب غذا خورد، مصاحبه کردند شهادت دادند وی بیمار روانی نیست. سؤالاتی که

مطرح شد بقرار زیر است:

- چه رفتاری از نظر اجتماعی قابل قبول است؟

- چگونه بیمار روانی مشخص می شود؟

- چگونه خطرناک بودن تعریف می شود؟

اگر چه اقدامات قانونی انجام شد ولی بیمارستان وی را مرخص کرد زیرا از خوردن داروهای آنتی سایکوتیک امتناع می کرد. این پرونده سؤالات بی جواب زیادی را مطرح کرد و مشکل بیماران روانی خیابانی را به نمایش گذارد. آنچه که در این پرونده انجام نشده است، توجه به نیازهای اجباری بیماری روانی مزمن در این کشور است. آیا خودداری از درمان مانند عدم پیروی از مقررات است؟ اگر نیست، چگونگی تمیز بین این دو چیست؟ و کدام مداخله یا شفاعت پرستار برای هر یک مناسب خواهد بود؟

Rhoden چشم انداز دیگری را ارائه می دهد. او پیشنهاد می کند اعضاء و کارکنان بیمارستان که بگونه ای مافوق قانون بیمار رفتار می کنند، چون معتقدند بهترین کار را برای بیمار انجام می دهند، ارتباط و همکاری فرآینده بین بیمار/کارمند را قربانی می کنند. اگر چه درمان از طریق دارو می تواند به بیماران کمک کند لیکن جدی گرفتن دیدگاه بیماران برای اجتناب از خوردن دارو به آنها نشان می دهد به آنها احترام می گذاریم و این می تواند در درمان مؤثر باشد.

کارکنانی که با بیماری روبرو می شوند که از خوردن دارو خودداری می کند، چندین گزینه دارند:

- آنها می توانند داروی کمتری را پیشنهاد کنند یا از بیمار بخواهند اصلاً دارو مصرف نکند.

- طبق یک توصیه پزشکی بیمار را مرخص کنند بشرطی که هیچ اقدام دیگری نتواند نشانه های بیماری را تغییر دهد و بیمار معیارهای پذیرش الزامی را برآورده نسازد.

- رویکرد دیگر آنست که بیمار بی صلاحیت اعلام شود و در جستجوی دستور دادگاه برای اجازه خوردن دارو باشد. مشابه آن یک قیم است که می تواند به خوردن دارو توسط بیمار رضایت دهد. پرستاران بایستی هر وضعیتی را بر مبنای مورد به مورد قضاوت کنند.

در رفتار درمانی موضوع اجبار در درمان را آزمایش کردند و سه معیار برای توجیه آن پیشنهاد کردند:

- ۱- باید قضاوت شود که بیمار برای خود و دیگران خطرناک است.
 - ۲- کسانی که ترتیب درمان را می دهند بایستی معتقد باشند که این یک فرصت معقول است که بیمار و بستگان او از آن استفاده می کنند.
 - ۳- باید ثابت شود بیمار صلاحیت ندارد که لزوم درمان را ارزیابی کند.
- حتی اگر این سه شرط پذیرفته شود، نباید بیمار را فریب داد و باید وی را از آنچه انجام خواهد شد و نتایج آن و اثرات احتمالی آن آگاه نمود.

پرستاران در بحث با بیمارانی که از درمان و خوردن دارو امتناع می کنند پیشاهنگ هستند این موضوع روشن است که بیماران داوطلب حق دارند از هر گونه درمان خودداری کنند و نبایستی به اجبار با خوردن دارو درمان شوند به جز مواردی که بیمار

بطور فعال نسبت به خود و یا دیگران خشونت نشان می دهد. رفتار بیمار بایستی بطور

واضح مستند گردد و همه مداخلات گزارش شده در سابقه بیمار قرار گیرد.

پرستاران بایستی رهنمودهای تعیین شده بوسیله دادگاه و قانون را عمل نمایند تا

درمان از طریق دارو را برای بیمار متهم غیر داوطلب فراهم نمایند. برخی سؤالات که

می تواند به تصمیم پرستاران کمک کند به قرار زیر است:

۱- آیا بیمار یک تشخیص روانپزشکی دارد؟

۲- آیا درمان با تشخیص سازگاری دارد؟

۳- آیا علائم و نشانه های مشخص تعریف شده اند؟

۴- آیا بیمار از نتیجه درمان و آثار جانبی آن مطلع است؟

۵- آیا قبل از درمان دارویی، ارزیابی های پزشکی و پرستاری تکمیل شده است؟

۶- آیا اثرات درمانی و تأثیرات آن ارزیابی شده است؟

۷- آیا اثرات جانبی ارزیابی شده است؟

۸- آیا بیمار کم و بیش درمان شده است؟

۹- آیا دارو درمانی سریعاً تغییر و تعویض شده اند؟

۱۰- آیا میزان PRN ها و Stat اغلب کافی بوده اند؟

۱۱- آیا درمان دارویی برای دوره زمانی نامعینی تجویز می شود؟

بالاخره این برای پرستار مهم است که بخاطر بیاورد رابطه درمانی بیمار/پرستار

بخصوص با بیماری که از خوردن دارو امتناع می کند حساس و مهم است. یک رابطه

مراقبتی مثبت بین پرستار و بیمار می تواند نقش حیاتی در تلافی خودداری از درمان ایفا نماید.

حق درمان شدن با حداقل سخت گیری ها و محدودیت ها: حق درمان شدن با حداقل محدودیت ها بسیار زیاد به حق درمان مناسب بستگی دارد. هدف آن ارزیابی نیازهای خاص هر بیمار و حفظ آزادی های کامل فردی، خودمختاری، اعتبار و تمامیت در تعیین درمان است. این حق شامل برنامه های اجتماعی و غیر اجتماعی می شود. بررسی و ملاحظه بیشتر این حق ممکن است بعضی از تعهدات جنجالی و حق خودداری از درمان را محدود کند. جدول زیر شش بعد کلینیکی از مفهوم محدودیت ها در پرستاری روانپزشکی را نشان می دهد:

شش بعد از مفهوم محدودیت ها :

- ▼ بعد مؤلفه
- ▼ ساختاری نوع درمان و ابزار مورد نظر برای محدودیت های فیزیکی یا محدودیت ها در آزادی فیزیکی
- ▼ خط مشی مقرراتی قوانین، روش ها، کارهای معمول و مقررات برای اداره مؤسسه و درجه مشارکت بیمار در این طرح.
- ▼ اجبار نتایج حاصله کارکنان در مورد نقض قانون یا عدم توان بیمار برای ترک برنامه.
- ▼ درمان استفاده از داروهای آنتی سیکوتیک و سایر درمانهای جسمی مانند الکتروشوک و جراحی روانی.
- ▼ فضای روانشناسانه اختلاف وضعیت بین بیماران و کارکنان و درجه سخت گیری کارکنان.
- ▼ ویژگیهای بیمار توان بیمار برای مدیریت مراقبت و سطح عملکرد که توسط بی نظمی های شدید بیمار تحت تأثیر قرار می گیرد.

موارد ماوراء حق درمان نشان می دهد که اگر بیماران بتوانند در جاهائی غیر از بیمارستان روانی باشند، دادگاه مسئول فرستادن آنها به آن مکان هاست. در سال ۱۹۷۳ در پرونده D.V.Weinberger قاضی دادگاه حکم داد بیماران واشینگتن دی سی حق دارند در یک مکان با کمترین محدودیت نگه داری شوند. دولت مسئول توسعه طرحی برای انتقال گروهی این بیماران و امکانات جدید در صورت لزوم شدند. حق راه حل با کمترین سخت گیری و محدودیت ها موجب حمایت از نیازهای بیماران برای عادی کردن وضعیت است. با وجود این بعلت نیاز به مدل های جدید، امکانات بیشتر و بودجه افزون تر برای مراحل مراقبت و تا ترخیص بیمار و حمایت بیماران مزمن، شرایط رسیدن بسیار مشکل و پیچیده می باشد. آخرین بررسی در این رابطه این است که این حق نه فقط در زمان بستری شدن بیمار بلکه شامل دوران مراقبت شخص در بیمارستان نیز می شود. موارد مربوط به ایزوله و فیکس کردن بیمار موضوعات خاصی هستند که بایستی بر اساس اصول پایه مناسبی جهت استفاده وجود داشته باشد. مستند سازی از رویدادها که منجر به انزوا یا فشار می شود یا راه حل های چاره ساز برای رفتار بیمار و مداخله پرستاری و ارزیابی مستمر از بیمار، حتمی و مورد لزوم است. موضوع بسیار مهم آنست که بخاطر داشته باشیم انزوا و فیکس نمودن باید از نظر درمانی تعیین و توجیه شده باشند. ممکن است لازم باشد به رهنمودهای اتحادیه روانپزشکی در این مورد رجوع شود.

نقش پرستاری در حقوق بیمار

لیگ ملی پرستاری در سال ۱۹۷۷ بیانیه ای در مورد نقش پرستار در حقوق بیماران صادر کرد. بیانیه احترام و نگران بودن برای بیماران و اطمینان از مراقبت درست و شایسته بعنوان حقوق اصلی را تعریف کرد. از جمله اینکه بیماران حق دارند اطلاعات ضروری را دریافت کنند تا بیماری خود را درک کرده و تصمیمات ضروری جهت مراقبت از خود اتخاذ نمایند. این لیگ مصرانه از پرستاران می خواهد که در تضمین حقوق بشر و حقوق قانونی بیماران سهیم باشند. این لیگ بسیاری از حقوقی که قبلاً ذکر شد تعیین نموده و حقوق زیر را نیز به آن ها اضافه نمود:

- حق مراقبت بهداشتی که در دسترس بوده و مطابق استانداردهای حرفه ای باشد بدون در نظر گرفتن این نکته که کجا باشد.

- حق مراقبت بهداشتی فردی و محترمانه که عادلانه و انسانی باشد بدون تبعیض بر حسب نژاد، رنگ، اعتقادات، شخصی، جنسی، ملیت، منبع مالی یا اعتقادات اخلاقی و سیاسی.

- حق اطلاع از تشخیص بیماری خویش، علائم بیماری و درمان از جمله راه حل های دیگر برای مراقبت و خطرات احتمالی.

- حق اطلاع از شایستگی ها، اسامی و عناوین کارکنان مراقبت بهداشتی.

- حق خودداری از مشاهده کسانی که مستقیماً در مراقبت آنها دخیل نیستند.

- حق هماهنگی و استمرار مراقبت بهداشتی.

- حق داشتن اطلاعات در مورد هزینه خدمات از جمله حق مجادله در مورد

هزینه‌ها.

- و مهمتر از همه حق داشتن اطلاعات کامل درباره همه حقوق خود در همه
وضعیت های مراقبت بهداشتی.

شاید مهمترین عامل، روش برخورد و رفتار متخصصین بهداشت روانی است.
حساسیت به حقوق بیمار نمی تواند توسط دادگاه، قوه مقننه یا بنگاه های دولتی یا
گروه های حرفه ای تحمیل شود، اگر پرستاران آنرا نادیده بگیرند، آنها را بدون اهمیت
به انجام برسانند یا در اجرای آنها بصورت ظاهری خصومت ورزند، حقوق بیماران
یک مفهوم قانونی تو خالی خواهد بود. اما اگر متخصصین به نیازهای بیماران در همه
جوانب روابط با آنان حساس باشند، برای بیماران، حقوق بشری و قانونی را فراهم
می آورند.

Legislative Initiatives

اقدامات نخستین برای وضع قانون

فصل مشترک بین قانون و روانپزشکی بطور فزآینده ای در حال پیچیده شدن است.
از جنبه تاریخی، نظام خدمات بهداشت روانی فقط دو مؤلفه داشت: متخصصین
بهداشت روانی و بیماران. در حال حاضر با وجود این، نظام مذکور رشد کرده است و
شامل شش نیرو است که هر یک از آنها باید در زمان بحث در هر یک از مشکلات
بهداشت روانی مورد ملاحظه و بررسی قرار گیرد. این ها (نیروهای مؤثر در مراقبت
روانپزشکی) شامل: بیماران، خانواده ها، تهیه کنندگان خدمات، قانون گذاران دولتی و

قوه قضائیه و بیمه گذاران شخص ثالث است. بیماران نگران است که آیا خدمات زمانی که او به آنها نیاز دارد آماده است یا نه و آیا خدمات درست و مناسب است و او در ایجاد حق تقدم ها سهیم است؟ خانواده آنچه را که برای اعضای خانواده خوب است می پذیرد و نگران موضوعات مربوط به کیفیت زندگی، حمایت، تحصیل و ابراز صمیمیت است. فراهم کننده خدمات گرایش های کلینیکی و حرفه دارد. اگر کنترل بیرونی موجود باشد وی می خواهد بطور عادلانه بکار برده شود و مسئولیت ها و اعتبارها بطور واضح تعریف شوند. دولت می خواهد که شهروندان از خدمات کیفی با حداقل هزینه بهره مند شوند و از فراهم کنندگان خدمات می خواهند که در مورد مراقبت خود مسئول باشند. بعد از سالها، دادگاه ها روی حقوق نهادینه شده بیماران تمرکز و تأکید می کنند و شروع به موشکافی در مراقبت بیمار و درمان کرده اند. بالاخره کمپانی های بیمه علاقه مند به کسب منفعت و پرداخت برای سرویس های انجام شده توسط متخصصین و حرفه ای های مجاز و معتبر هستند. اولویت های متغیر و تعامل این شش نیرو روی کیفیت، دسترسی و پاسخگوئی خدمات بهداشت روانی در ایالات متحده آمریکا اثر می گذارد.

در حال حاضر روندهای همزمان برای درمان مناسب بیمار روانی و حفاظت از حقوق پذیرفته شده آنان وجود دارد که با محدودیت زمانی و فشارهای مالی همراه است. متخصصین بهداشت روانی نگران کمیت و کیفیت مراقبت های روانپزشکی هستند. اصلاح طلبان بدنبال قانون منع تعدی به حقوق بیماران رنج دیده در محیط

های اجتماعی هستند. قضات، خشمگین از اجرای تعهدات قانونی هر روزه علیه بیمار روانی و قرار تعقیب آنان هستند. بیمارستان های روانی با کمبود پرسنل و بودجه روبرو هستند و از همه جهات بعلت ناتوانی در مراقبت و درمان بیماران روانی مورد حمله های انتقادی می باشند. برنامه های گروهی اندک و مورد حمایت کمی قرار می گیرند. عامه مردم در هراس هستند که بیماران روانی در همسایگی آنان زندگی می کنند. شهروندان نگران، درخواست می کنند که برنامه های بهداشت روانی، کنترل بیشتر روی این جمعیت خطرناک داشته باشند.

واضح است که مکانیزم های مورد نیاز که از طریق آنها بیماران، خانواده ها، متخصصین بهداشت روانی و کلاً و شهروندان بتوانند با هم کار کنند تا مراقبت بهداشت روانی و حقوق بیماران ارتقاء یابد، مورد نیاز است. بیمار روانی نیاز به محافظت دارد نه فقط بخاطر حقوق قانونی خود بلکه بخاطر نیازهای کلینیکی و رفاه عمومی. هیچ کار و یا حرفه ای به تنهایی نمی تواند همه این نیازها را برآورده سازد مگر افزایش همکاری بین حامیان بهداشت روانی و دیگر دست اندرکاران این فرآیند پیچیده که می تواند به این هدف دست یابد.

مصوبه اصلاحی بودجه عمومی

Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)

با قانون گذاری، طبیعت مراقبت روانپزشکی و ارائه خدمات در آمریکا تغییر کرد. رویداد بزرگ مصوبه اصلاحی بودجه عمومی بود که اولین بار در سال ۱۹۸۱ بوجود

آمد. در این مصوبه برنامه های خدمات بهداشت روانی که قبلاً توسط دولت فدرال از طریق انستیتوی ملی بهداشت روانی اداره می شد به دولت ارجاع شد. هدف از این مصوبه قابلیت انعطاف بیشتر دولت در اتخاذ تصمیم برای تخصیص بودجه مناسب برای بهداشت روانی بود. نقش فدرال در هماهنگی ها کاهش یافت و هر ایالت قادر بود منابع مورد نظر را بر مبنای اولویت های خود و فضای سیاسی به بهداشت روانی اختصاص دهد. اگر چه بعضی از ایالات، پیشرفت های قابل ملاحظه ای در توسعه نظام های جمعی داشتند ولی در بیشتر دولت های محلی اولویت بالائی به بودجه بهداشت روانی داده نشد.

Protection and Advocacy Act

مصوبه حفاظت و حمایت

با مصوبه حفاظت و حمایت از افراد روانی که در سال ۱۹۸۶ به تصویب رسید، همه ایالات بایستی بنگاهی را تعیین کنند که مسئول حفاظت از حقوق فرد روانی باشد. سه مقوله زیر در رابطه با حمایت به بیمار کمک می کند که بمیزان حداکثر از حقوق خود بهره مند گردد:

- ۱- آموزش کارکنان بهداشت روانی و بکارگیری سیاست ها و روش هایی که حقوق بیمار را به رسمیت بشناسد و از آن حفاظت کند.
- ۲- ایجاد روش های اضافی که اجازه حل سریع مسایل پاسخ به سؤالات یا عدم توافق هایی که ممکن است بر مبنای حقوق قانونی بوجود آید را بدهد.

۳- زمانیکه حقوق بیماران به آنان داده نمی شود بایستی بتوانند به خدمات قانونی دسترسی داشته باشند.

مدلی از برنامه حمایت از حقوق بیمار در ایالت مریلند وجود دارد که شامل درخواست چهار مرحله ایست و سعی می کند مسائل را از طریق وساطت بین بیماران، کارکنان بیمارستان دولتی و نمایندگان قانونی حل کند. در این برنامه اکثر شکایات در مرحله اول درخواست بدون دخالت قانون حل شد که معمولاً جلسه ای بین مشاور حقوقی بیمار و کارمند بیمارستان تشکیل می شد.

اگر چه نهضت حمایت کمک کرد تا تعییرات مثبتی در نظام مراقبت بهداشتی بوجود آید ولی بابت تعاریف نامناسب از اصطلاحات و غیر مسئولانه بودن حمایت افراد، مورد انتقاد قرار گرفت.

Americans with Disabilities Act مصوبه آمریکائی های معلول

این مصوبه در سال ۱۹۹۰ تصویب شد و بیش از چهل و سه میلیون آمریکائی را که دارای یک یا دو معلولیت فیزیکی یا روانی هستند از تبعیض در اشتغال و خدمات عمومی حفظ می کند. این مصوبه تبعیض در برابری، استخدام، آموزش و پیشرفت را ممنوع می شمارد. استخدام کنندگان حق ندارند از درخواست کنندگان شغل سؤال کنند آیا آنها معلولیت دارند، اگر به نوع شغل ارتباطی نداشته باشد. این مصوبه تأثیر اساسی روی معلولین فیزیکی داشته است اما روی معلولین ذهنی نمی تواند زیاد مؤثر باشد. این موضوع بدان معنی نیست که کاملاً اسطوره ها، ترس ها و تبعیض های

موجود برای افراد معلول را حذف کند بلکه شامل تلاش های آموزشی است که با اطلاع رسانی غلط، گرایش ها و تصورات غلط در مورد مردمی که معلولیت و از جمله معلولیت ذهنی دارند، مبارزه می کند.

Advanced Directives

مقررات پیشرفته

این مقررات بدنال تصویب مصوبه خودمختاری بیمار P.S.D.A در سال ۱۹۹۰ بوجود آمد. این مقررات شامل اسنادی است که در زمان سلامت و صلاحیت دار بودن فرد نوشته می شود و مشخص می کند که چه تصمیماتی باید در مورد درمان احتمالی اتخاذ شود زمانی که شخص بی صلاحیت شناخته می شود. استفاده از مقررات پیشرفته بنظر می رسد مخصوصاً برای افراد بیمار روانی که بین صلاحیت و بی صلاحیتی هستند مناسب باشد. بعنوان مثال آنها می توانند به خواسته های بیمار در مورد خوردن داروی اجباری یا مکان درمان تصمیم بگیرند.

در بعضی ایالات بیماران تشویق می شوند که فرم های مقررات پیشرفته را پر کنند. در سال ۱۹۹۱ مقررات فدرال به همه بیماران پذیرش شده این امکان را می دهد که تحت حقوق ایالتی به هنگام پذیرش مقررات پیشرفته را امضاء کنند. تا کنون این مقررات تأثیر عمده ای روی روان درمانی بیمار نداشته است ولی بنظر می رسد در آینده نزدیک این تغییرات پدید آیند.

روانپزشکی و مسئولیت جنائی

Psychiatry & Criminal Responsibility

تعیین مسئولیت جنائی زمانی که جرم اتفاق می افتد به شرایط روانی متهم مربوط می شود. بسیاری به آن بعنوان « دفاع دیوانگی » Insanity defense توجه می کنند. در این دفاع گفته می شود فردی که اقدام جنائی را مرتکب شده است بعلت جنون و دیوانگی، مقصر نیست. این تصمیم مشکلی است که باید اتخاذ شود. در این بحث ها و جدل های موافق و مخالف این نوع دفاع، از روانپزشکان می خواهند شهادت دهند پرستاران بندرت درگیری مستقیم می شوند اما باید مفاهیم قانونی را در این زمینه بعنوان شهروند و متخصصین درگیر، درک کنند.

مبنای دفاع، اصول بشر دوستانه است که افراد نبایستی برای جنایتی سرزنش شوند که در هنگام ارتکاب، قادر به درک عمل خود نبوده اند یا قادر به کمک خود نیستند. با وجود این با توجه به پیچیدگی نظام اجتماعی و قضائی امروز بسیاری معتقدند که این دفاع مورد سوء استفاده قرار گرفته و بسیار جنجال برانگیز است. بخشی از این جنجال بدنبال تیراندازی به ریگان رئیس جمهور آمریکا در سال ۱۹۸۱ پیش آمد. تیرانداز بعلت دیوانگی مقصر شناخته نشد. تغییر اخیر در این خصوص، دوری جستن از استفاده از دفاع بعنوان « مقصر نبودن به دلیل ناسالم بودن » (not guilty by reason of insanity) (N.G.B.I) و قبول مفهوم قدیمی تر تحت عنوان « مقصر اما روانی » (GBMI) است.

Goilty But Mentally Ill

در حال حاضر سه سری از معیارها در ایالات متحد آمریکا بکار می رود که

مسئولیت جنائی یک مهاجم را که بیمار روانی است مشخص میکند:

تست M'Naghten test

تست محرک غیر قابل مقاومت Irresistible Impulse Test

تست مؤسسه حقوقی آمریکا American Law Institute's Test

تست M'Naghten

منشاء این تست محاکمه Daniel M'Naghten در لندن سال ۱۸۳۲ است. اوسعی

کرده بود ادوارد دروموند را بکشد، او از هذیان های تعقیب و آزار رنج می برد و

چندین بار به مقامات دولتی شکایت کرده بود کمکی باو نشد بنابراین خودش تصمیم

گرفت شخصاً موضوع را حل کند. او به ادوارد دروموند تیراندازی کرد، وکیل او

دادخواستی نوشت که او گرفتار «جنون موضعی» (Partial Insanity) است. مقرر شد

جهت تشخیص برای عدم سلامت جنائی به یک مؤسسه روانپزشکی ارجاع شود.

در تصمیم گیری پرونده، قضات دو قانون را مشخص کردند: قانون اول می گوید

که فرد در زمان وقوع جرم طبیعت و کیفیت عمل خود را نمی داند. قانون دوم

می گوید که اگر او نمی دانست که چه می کند پس نمی فهمیده که آن کار اشتباه است.

این دو قانون تست، «طبیعت و کیفیت» «Nature & Quality» و «حق از باطل»

«Right From Wrong» نامیده می شوند. این مورد اولین تست مهم در مورد

مسئولیت جنائی است و هنوز هم در بیشتر ایالات و دادگاه های جنائی مورد استفاده قرار می گیرد.

تست محرک غیر قابل مقاومت **Irresistible Impulse Test**

تعدادی از ایالات تست محرک غیر قابل مقاومت را همراه با تست M'Naghtun پذیرفته اند. این تست هرگز جداگانه و منفرد بکار نمی رود. بر اساس این تست، یک شخص می تواند تفاوت بین حق و باطل را بداند اما بطور غیر قابل کنترلی به سوی ارتکاب جرم رانده می شود. معمولاً در این مورد ضروری است که فقدان درمان داروئی مشخص شود و اصرار بر این است که این موضوع بدون توجه به شرایط پیگیری شود.

این تست اغلب برای دفاع از رفتار خشن و ناگهانی که تحت فشار روانی انجام گیرد بکار می رود. بعنوان مثال این تست در پرونده دفاعیه خانم دورنا بوییت در سال ۱۹۹۴ مورد استفاده قرار گرفت، این خانم بعلت جنون مقصر شناخته نشد، هیئت منصفه به این نتیجه رسید که او نتوانسته در مقابل محرک غیر قابل کنترل بریدن آلت تناسلی شوهرش مقاومت کند. در یک بیمارستان روانی بستری شد و بعد از برنامه های درمانی و مشاهدات لازم و تشخیص بیماری روانی، بعد از درمان مرخص شد.

تست مؤسسه حقوقی آمریکا **American Law Institute's Test**

این تست ترکیب دو تست بالا است. این تست بیان می کند که افراد مسئول اعمال جنائی نیستند اگر فاقد ظرفیت بیان و استدلال باشند که این کار اشتباه بوده یا با قانون

مطابقت دارد. این تست معمولاً در همه دادگاه های فدرال و برخی دادگاه های دولتی مورد استفاده قرار می گیرد.

جایگاه بیماران روانی متخلف

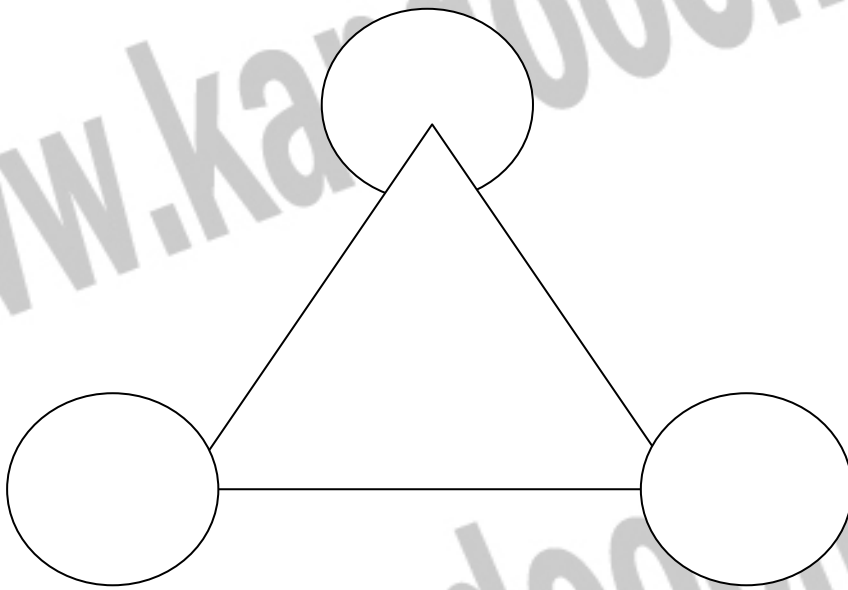
بیمارانی که بدلیل جنون مقصر شناخته نمی شوند (NGBI) بندرت آزاد گذاشته می شوند. در بعضی ایالات به صلاحدید دادگاه متهم شناخته می شوند و در یک سوم ایالات بطور اتوماتیک بستری می شوند. بعضی از متخلفین در بیمارستان های مخصوص درمان می شوند و بعضی به بیمارستان های روانی دولتی فرستاده می شوند. عده ای نیز در زندان درمان می شوند. بیماران روانی که مقصر شناخته می شدند (GBMI) هرگز آزاد نمی شوند، زیرا دفاع بعلت جنون اغلب در تخلفات بزرگ مورد استفاده قرار می گیرد. بهتر است امنیت خوبی برقرار باشد و مؤسسات تنبیهی برای موارد قانونی و در بهترین گزینه بیمارستان های روانی با امنیت قضائی داشته باشیم.

بعد از بستری و دوران نقاهت درمانی، بیمار ممکن است توسط دادگاهی که دستور حکم توقیف داده است، آزاد شود. در بعضی ایالات فرماندار می تواند بیمار را مرخص کند. در بعضی ایالات به مؤسسات روانی اجازه داده می شود که این تصمیم را بگیرند. معیارهای عمده برای ترخیص بیمار آنست که بیمار متهم احتمالاً تخلف را تکرار نمی کند و احساس نسبی ایمنی در آزاد کردن بیمار بسوی جامعه وجود دارد.

آیا شما به هر دو مورد دفاع های قانونی ؛ GBMI, NGBI اعتقاد دارید؟

نقش قانونی پرستار

حرفه پرستاری به همین سادگی نیست که بگوئیم فقط حقوق بیمار را رعایت کند، بلکه تأثیر متقابل در بین حقوق بیماران، نقش قانونی پرستار و نگرانی در مورد کیفیت مراقبت روانی است.



چنانکه در شکل دیده می شود سه نقش وجود دارد که پرستار بخش روانپزشکی در داخل و خارج آن حرکت می کند. در حالیکه مسئولیت های حرفه ای و شخصی را تکمیل می کند: فراهم کننده خدمات، کارمند یا کارفرمای خدمات و شهروند مستقل بشمار می آید. این نقش ها همزمان است و هر یک حقوق و مسئولیت های معینی را در بر دارد.

پرستار بعنوان فراهم کننده خدمات

عمل خلاف قاعده : تمامی متخصصین روانپزشکی جنبه های قانونی وظایف مراقبت را تعریف کرده و مسئول کار خودشان هستند. اگر این وظایف مورد تعدی قرار گیرند، عمل خلاف قاعده (Malpractice) بوجود می آید. این رویه غلط شامل شکست حرفه ای ها در تهیه مراقبت صحیح و شایسته است که توسط اعضاء حرفه آنها بوجود می آید و ضرر آن متوجه بیمار می شود. پرستاران مسئول مراقبت با استانداردهای ملی هستند نه محلی.

بیشتر رویه های غلط تحت عنوان قانون خطای مدنی شخص سهل انگار تقسیم بندی می شود (Tort). شبه جرم Tort به معنی خطای مدنی است که بابت آن طرف آسیب دیده حق دارد ادعای خسارت و جبران آن را بنماید. چون طبق قانون افراد مسئول اشتباهات مدنی خود هستند. هر پرستار بایستی مسئول اشتباهات مدنی خود باشد. طبق قانون خطای مدنی شخص سهل انگار، شاکی بایستی موارد زیر را ثابت کند:

- ۱- وظیفه قانونی مراقبت یک موجود زنده.

- ۲- پرستار وظیفه خود را با غفلت انجام داده است.

- ۳- در نتیجه شاکی متحمل خساراتی شده است.

- ۴- خسارات اساسی بوده است.

زمانی که بیماران در بیمارستان روانی پذیرش می شوند مشکلات دادخواهی در رابطه با مراقبت آنها زیاد و متنوع است. پیچیده گی های تشخیصی قوانین ناکار آمد در

مورد بیماران روانپزشکی درمان های نا امید کننده، حقوق مدنی افراد در جایگاه مراجعه کننده و بالاخره نقش های منازعه آمیز متخصصین بهداشت روانی، از آن جمله است. وجود مقرراتی در جهت تبیین نقش فراهم کنندگان خدمات بهداشتی در موضوعاتی مانند حق درمان و حق خودداری از درمان لازم است.

Litigation

دادخواهی

طرح دعوی در دادگاه در رابطه با رویه غلط در تشخیص یا درمان روانپزشکی در حال افزایش است. بیشترین منابع رویه غلط در مقابل روانپزشکان بین سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۸۵ بصورت دادخواست در موارد زیر داده شده است:

- به زندان انداختن و اقدام به خودکشی
 - مصرف بیش از حد مواد مخدر و اعتیاد
 - شکست در تشخیص موارد جسمی
 - نقض قرار داد
 - رواندرمانی / افسردگی
 - شکست در درمان روان پریشی
 - مشکلات ناشی از محدودیت ها و مضیقه ها - شکستگی یا فلج شدن
 - رفتار غلط جنسی
- مشابه آن دادخواست ها بر علیه پرستاران نسبتاً غیر عادی بوده با وجود این زمانی که پرستار خطا می کند چه بصورت مستقل یا غیرمستقل این دادخواست ها پیش می آید.

دادخواست های انتخابی در مواردی که پرستاران بخش روانپزشکی درگیر آند:

مورد اول: Valentine در برابر Strange

مسئله: زمانی که بیمار روانی خود را آتش زد پرستاران تحت پیگرد قانونی قرار گرفتند.

حقایق: علیرغم دو مورد تلاش قبلی بیمار برای خود سوزی، مسئولان مراقبت بهداشتی به بیمار اجازه داند سیگار و فندک خود را نگه دارد. در نتیجه بیمار لباس خود را آتش زد و از سوختگی درجه سه آسیب دید.

درس قانونی: شکست متخصصین مراقبت بهداشتی در اتخاذ رویه های احتیاط آمیز پیش از وقوع حتمی خطر برای زندگی بیمار، همانند تعدی به منافع و آزادی هائی است که بوسیله تبصره اصلاحیه شماره ۱۴ محافظت می شود.

مورد دوم: Lower Bucks Hospital در برابر Vattimo

مسئله: نیاز به محدود کردن و نظارت بیماران بوسیله پرستاران روانپزشکی .

حقایق: بیمار با تمایل روانی شدید به آتش زدن، اطاق خود را در بیمارستان به آتش می کشد که در نتیجه باعث مرگ ساکنان آنجا می شود. مشخص شد بیمار یک مورد پارانوئید اسکیزوفرنی می باشد که در مورد اقدام به آتش سوزی به کارکنان هشدارهای لازم داده شده بود.

درس قانونی: ضروری بود بیمارستان مراقبت های معقولی را تحت شرایط خاص انجام دهد تا بیماران با معلولیت های ذهنی تحت نظر و محافظت قرار گیرند.

مورد سوم: Bourlesses در برابر Delicata

مسئله: ارزیابی پرستاری روانپزشکی در برابر مسئولین روانشناسی

حقایق: ارزیابی پرستاری نشان می داد که بیمار افسرده بایستی از نزدیک مورد مراقبت قرار گیرد زیرا بالقوه تمایل به خودکشی در او وجود دارد. ارزیابی انجام شده توسط روانشناس احتیاطات پیش گیرانه جهت خودکشی را ضروری ندانست. در انتها بیمار در یک حمام با در قفل شده خود را کشت.

درس قانونی: دستورات پزشکی توسط روانپزشک یا ارزیابی توسط روانشناسی زمانی که تغییر و تحولی در بیمار دیده می شود بایستی مورد سؤال قرار گیرد. ارزیابی های پرستاری بایستی شامل ارزیابی چنین تغییر و تحولاتی در ظاهر فیزیکی و شرایط روان شناختی بیمار باشد. مسئولیت ارزیابی شامل ضرورت قضاوت صحیح پرستاری و بکارگیری اقدامات لازم بر مبنای این ارزیابی ها است.

سه مورد گفته شده درگیری قانونی در رابطه با پرستاران بخش روانپزشکی را توصیف کردند. مطالعه ای در مورد دادخواست رویه غلط پرستاران بین سالهای ۱۹۶۷ و ۱۹۷۷ نشان داد که تقریباً چهارده مورد در بیمارستان های روانی اتفاق افتاد. بیشتر این اتفاقات شامل مسایل اداری درمان یا خوردن دارو، ارتباطات و نظارت بر بیماران بود.

معمول ترین قضایای دادخواست رویه در مقابل پرستاران بخش روانپزشکی غفلت در احتیاطات پیشگیرانه درمورد خودکشی و کمک های حیاتی لازم در طول انجام

درمان با الکتروشوک می باشد. زمانی که بیمار معتقد است باید بمیرد و خودکشی کند روانپزشک در دستورات تأکید بر احتیاطات جلوگیری از اقدام به خودکشی را می دهد. سپس پرستار مسئولیت دارد آن دستور را پیگیری کند، تا حدی که ایمنی و سلامت بیمار تضمین شود. روش و برنامه از بیمارستانی به بیمارستان دیگر متفاوت است لیکن بایستی شامل نظارت نزدیک از بیمار باشد، فعالیت بیمار را فقط به بخش محدود کند و هر گونه عامل زیان آور بالقوه را دور کند. (به بخش ۱۸ مراجعه شود) مسئله دیگر درمان با الکتروشوک است. پرستار بایستی احتیاطات لازم پیشگیرانه صحیح را برای بیمار رعایت نماید تا آمادگی های لازم برای بیمار کامل باشد و بعد از انجام الکتروشوک نیز ارزیابی ها و احتیاطات لازم تا بهوش آمدن کامل بیمار و مراقبتهای بعد از آن از بیمار انجام گردد. (به بخش ۲۶ مراجعه شود).

مسئولیت های قانونی

پرستار مسئول دادن گزارش اطلاعات در مورد همکارانی که درگیر مراقبت از بیمار هستند می باشد. در جه مراقبت پرستاری به شرایط بیمار بستگی دارد. در موارد حاد بیماری مراقبت های مورد نیاز جدی هستند تا بیمار از صدمه، جراحت و یا نابودی شدیداً حفاظت شود.

اطلاعات گزارش شده شامل گزارشات کتبی و شفاهی است، گزارش ها دقیق و

حساسند.

ویژه گی های گزارشات خوب پرستاری:

روشن و واضح	فشرده	معقول
واقعی	دقیق	هدف مند
کامل	بموقع	

بعنوان مثال یادداشت هایی که احتیاطات پیشگیرانه خاص خودکشی را گزارش می کنند اقدامات و اعمال پرستاران را توضیح می دهند. پرستار بایستی همه اظهارات و گزارشات بیمار و خانواده اش را گزارش کند مانند شرح احتیاطات غذائی و منع مصرف آنها همراه خوردن داروهای مهار کننده آنزیم MAO. یادداشت ها بایستی دفاع خوبی در مقابل یک دادخواست باشند گزارش دقیق عنصر لازم در یک مراقبت پرستاری خوب است که بایستی بموقع و کامل باشد.

گزارشات بیمارستانی مانند سوابق یک حادثه، در دادگاه برای اثبات واقعیت قابل بررسی نیستند، لیکن می توانند این تردید را بوجود آوردند که اعتبار طرفین درگیر مخدوش می باشد. در حال حاضر بیشتر شرکت های بیمه از بیمارستان ها می خواهند که سوابق حوادث را نگه دارند و بیشتر ادارات دولتی و فدرال حق مرور این سوابق را دارند. چون این سوابق توسط بسیاری دیده و مورد استفاده قرار می گیرند بایستی گزارش پرستار از یک حادثه با دقت کافی داده شود و از بیانیه ها، دیدگاه ها و تفسیرهای بی اساس و توصیفات مبهم جداً احتراز شود.

مسئولیت های قانونی درمانگرهای غیر پزشک هنوز بخوبی تعریف نشده است.
پرستار می تواند موازین پیشگیرانه زیر را رعایت کند تا از دادخواست های احتمالی اجتناب نماید:

- ۱- بکارگیری مراقبت های پرستاری بر اساس استانداردهای پرستاری کلینیک بهداشت روانی، چنانچه توسط مؤسسه پرستاری آمریکا توصیف شده است.
- ۲- آگاهی به قوانین ایالتی خاص، از جمله حقوق و وظایف پرستار و بیماران.
- ۳- نگه داری سوابق پرستاری دقیق و فشرده.
- ۴- رعایت محرمانه بودن اطلاعات بیمار.

۵- حفظ پوشش بیمه ای معتبر در مورد رویه غلط جاری.

۶- مشورت با یک حقوقدان و مطرح نمودن سؤالات پیش آمده.

پرستار به عنوان یک کارمند

نقش کارمند یا کارفرمای خدمات اغلب کمتر مورد توجه قرار می گیرد لیکن بسیار مهم است. این نقش شامل حقوق فرد شاغل و مسئولیت ها در رابطه با کارمندان، شرکا، مشاورین و سایر همکاران حرفه ای است. متخصصین حرفه ای اغلب حقوق و مسئولیت های کارمندان و کارفرمایان خدمات را نمی دانند. با وجود این مبنائی برای تأمین اقتصادی شاغلین، آینده متخصصین و روابط هم شأن وجود دارد.

پرستاران بعنوان کارمندان مسئولیت دارند که نظارت داشته باشند و با اختیار خود کیفیت مراقبت را ارزیابی نمایند. آنان همچنین بایستی به حقوق و مسئولیت های

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

ارباب رجوع و سایر کارمندان توجه داشته باشند و الزمات خدمات قرار دادی را بطور مناسب برآورده سازند. شرایط لازم برای حفظ کیفیت مراقبت را به کارمند گوشزد نمایند و در زمان مناسب و صحیح مراقبت توأم با سهل انگاری و غفلت دیگران را گزارش دهند.

شما همکار خود را مشاهده می کنید که از روی میل جنسی بیمار را در بخش لمس می کند، بر مبنای ضروریات و تعهدات قانونی و حرفه ای خود چه باید بکنید؟
پرستاران نیز می توانند حقوق معینی را از کارفرمای خود انتظار داشته باشند این حقوق شامل بررسی خدمات شرایط کاری مناسب، در صورت لزوم کمک مناسب و کیفی و حق احترام به همه حقوق و مسئولیت های دیگر آنها است.

یک روز صبح شما وارد محل کار خود می شوید و بشما می گویند که شما و یک نفر کمکی تنها کارکنانی هستید که وظیفه دارید در شیفت روزانه بر مبنای ۲۵ تخت در بخش روانپزشکی کار کنید. بر مبنای حقوق قانونی و نقش و مسئولیت خود چه پاسخی باید بدهید؟

پرستار بعنوان شهروند

نقش سومی که پرستار بعهده دارد، نقش شهروندی است. این نقش بطور خاص قابل ملاحظه است زیرا همه نقش های دیگر حقوق، مسئولیت ها و موارد محرمانه، بدلیل حقوق شهروندی مقرر می شوند. دولت آمریکا این حقوق را بعنوان موارد اصلی و ذاتی اهداء می کنند:

حقوق مدنی، حقوق مالکیت، حق محافظت از ضرر و خسارت، حق داشتن یک نام خوب و حق اجرای مراحل وعده داده شده.

Conflict Of Interest

برخورد منافع

بدبختانه بهترین منافع بیمار، پرستار و کارفرما همیشه با هم سازگار نیستند. بعنوان مثال برخورد زمانی بوجود می آید که حق پرستار برای زندگی و کار بدون تهدید به امنیت شخصی توسط بیماری که به پرستار زیان می رساند مورد تعدی قرار می گیرد. موردی را در نظر بگیرید که بیماری روانی با توهمات، که بطور مناسب با خوردن داروهای روان گردان کنترل می شود از خوردن دارو امتناع می کند.

مداخله و شفاعت در امور این بیمار باید امکانات زیر را در نظر داشته باشد:

- نخوردن دارو می تواند حق بیمار برای درمان را باطل نماید.
- نخوردن دارو می تواند اثرات جانبی زیان آوری همچون ادامه غیر ضروری بیماری برای بیمار داشته باشد.
- نخوردن دارو می تواند باعث تثبیت حالت سایکوتیک و امکان آسیب برای خود و دیگران نزد بیمار گردد.

- نخوردن دارو می تواند باعث ادامه حالت سایکوتیک ولی بدون خشونت شود.
- خوراندن دارو به بیمار در وضعیت غیر اضطراری و بدون تهدید مشخص خشونت آمیز، حق بیمار را برای خودداری از درمان مورد تعدی قرار می دهد.

در مورد زیر پرستار مخصوص، تصمیم گرفت که به بیمار دارو ندهد. وقتی پرستار شب بیمار را در اتاقش کنترل می کرد بیمار ضربه ای به صورت پرستار کوبید که باعث شکستگی شدید و از دست دادن چند دندان وی شد. این مرحله سؤالات جدیدی را مطرح می کند:

- آیا بیمار از نظر قانونی و صلاحیت، مسئول اعمال خود بود؟
- شرایط حادثه چه بود؟
- آیا پرستار بقدر کافی از خطر بالقوه آگاه بود؟ اگر آگاه بود آیا مسئولیت پذیرش خطر را داشت؟

آیا پرستار مخصوص شرایط مناسبی برای مانع شدن، پاسخ دادن و کنترل یک وضعیت خشونت آمیز بالقوه را داشت؟

آیا شرایط یا مقرراتی در واحد مربوطه در مورد خشونت بالقوه بیماران وجود داشت؟ اگر چنین بود چرا برای این بیمار مورد استفاده قرار نگرفت؟

بدیهی است که راه حل های ساده و حتی عادلانه در این وضعیت دشوار وجود ندارد. این اوضاع واقعی و همیشه قابل اتفاق افتادن هستند. همه کارشناسان بهداشت روانی باید روی جلوگیری و پیشگیری متمرکز کنند. این امر نیازمند آشنائی با دانش قانون گذاری، حقوق، مسئولیت ها و برخوردهای بالقوه است.

پرستاران ایالت مریلند لایحه ای شامل حقوق پرستاران ثبت و آماده کرده اند. در این سند به پرستاران و عموم مردم آموزش می دهد و حقوق و مسئولیت ها را توضیح

می دهد. قضاوت در مورد آن نیازمند آزمون مراقبت، اقدامات عملی پرستاری در شرایط و آلترناتیوهای واقعی بدست خواهد آمد و اجرای حقوق و مسئولیت ها دارای معنی خواهند بود.

انجمن پرستاران مریلند: لیست حقوق به ثبت رسیده پرستاران

Maryland Nurses' Association

ما، هیئت حقوق بشر انجمن پرستاران مریلند برای افزایش دانش و درک حقوق و مسئولیت های پرستاران لیست حقوق به ثبت رسیده پرستاران را تهیه کردیم. ما معتقدیم این لیست به آموزش مراجعین و کارشناسان مراقبت بهداشتی در مورد حقوق پرستاران و مسئولیت آنها کمک می کند. بنابراین این لیست بعنوان بیانیه، وضعیت انجمن پرستاران مریلند ارائه می شود.

پرستار حق دارد : The nurse has a right :

بطور فردی Individual:

- بر اساس مصوبه پرستاری مریلند عمل کند.
- قضاوت های پرستاری مستقلی را انجام دهد.
- در مورد هر گونه دستور پزشکی یا طرح مراقبتی که امکان آسیب رساندن به بیمار یا مشتری یا دیگران را مطرح نماید سؤال کند.
- از انجام هر گونه دستور پزشکی یا طرح مراقبتی که امکان آسیب رسانی به بیمار، مشتری یا دیگران را بنماید خودداری نماید.

- کیفیت آموزش مستمر را پیگیری کند.
- روش های مراقبت بهداشتی را به افراد و گروه ها بیاموزد. این روش ها و اعمال درمان را آسان کرده از بیماری جلوگیری می کند و بهبودی بهینه را فراهم می نماید.

استخدام Employment :

- برای استخدام رقابتی و تبلیغی که بر مبنای دانش و تجربه است محدودیتی از نظر جنسیت، نژاد، سن، اعتقاد یا ملیت وجود ندارد.
- با انجام تکالیف واقعی که می تواند مراقبت کیفی بیمار/ ارباب رجوع را تضمین کند، شامل ایمنی، اعتبار و آسایش.
- مذاکره در مورد حقوق و شرایط فردی استخدام.
- کار کردن با پرسنل پرستاری شایسته و لایق.
- ارزیابی های متناوب، عادلانه و هدفمند توسط همتایان.
- افزایش حقوق بر مبنای عملکرد انجام شده.
- در صورت اتهام به اعمال غیر اخلاقی ناشایست، غیر قانونی و یا تعصب آمیز نادرست، بررسی و اقدام مقتضی بعمل آید.
- حمایت از بیمار/ ارباب رجوع و عموم مردم زمانی که مراقبت بهداشتی و ایمنی توسط اعمال ناشایست غیر اخلاقی یا غیر قانونی آسیب ببیند.
- حق نمایندگی از طریق یک مذاکره کننده در امور جاری کار.

حرفه ای Professional:

- دریافت حمایت از حرفه پرستاری در همه سطوح.
- تعلق داشتن به سازمان پرستاری خودمختار.
- داشتن یک کارشناس شاهد که از طریق سازمان پرستاری برای موضوعات قانونی و قانون گذاری فراهم می شود.
- حضور کامل و مساوی در شعبات تصمیم گیرنده که به مراقبت بهداشتی مربوط می شود.
- مشارکت فعال در تصمیم گیری های سیاسی در همه سطوح دولت.

پرستار مسئولیت دارد : The nurse has a responsibility

بطور فردی Individual:

- اعتبار و حیثیت شخصی را برای قضاوت های پرستاری فردی که سیستم های ارزش فردی را در بر دارد، در نظر می گیرد.
- بکارگیری تمامی مسئولیت های پرستاری در فراهم نمودن مراقبت های پرستاری فردی.
- محافظت بیمار/ ارباب رجوع و عموم مردم از اعمال مراقبت بهداشتی ناشایست، غیر اخلاقی و غیر قانونی.
- خودداری از اقدام امور پرستاری که بیمار/ ارباب رجوع یا عموم را به خطر می اندازد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

□ و الزام به ارتباط با مقام مربوطه و مطلع نمودن آنها از اصول معقول.

□ فراهم نمودن فرصت ها برای خود که دانش خویش را توسعه داده مهارت ها را

پالایش و افزایش دهد.

□ آموزش بیمار/ ارباب رجوع و عموم مردم.

www.kandoo.cn.com
www.kandoo.cn.com
www.kandoo.cn.com

استخدام Employment:

- حفظ شایستگی و آماده کردن خود برای ارتقاء و پیشرفت.
- ارزیابی محیط کاری خود و گزارش مستند از بارکاری غیر واقعی، از طریق کانال های صحیح.
- اطلاع داشتن از محکومیت های فردی و موارد ترجیحی آن قبل از استخدام.
- ارزیابی، سند سازی و تصحیح شرایط ناسالم و دادن اطلاعات لازم به مقامات زیربط بصورت بموقع.
- سند و مدرک شایستگی عینی باشد و به مقام زیربط گزارش شود. در رابطه با عملکردهای نامناسب و ناشایست نیز گزارش و اطلاع رسانی انجام گردد. مشورت و آموزش در صورت لزوم در مدت تعیین شده نیز انجام شود.
- شرکت در توسعه معیارهای ارزیابی معتبر.
- حفظ شایستگی، مشارکت در تکنیک ها و دانش جدید و تجدید و نوسازی مستمر مراقبت بهداشتی.
- مشارکت در طرح، تأسیس و بکارگیری روش ها تا مرحله مقرر شده، تضمین شود.
- آگاه بودن از تمام لحظات و موارد ناشایست غیراخلاقی یا اعمال غیرقانونی از طریق هر یک از اعضاء سیستم مراقبت بهداشتی و اقدام لازم در خصوص این اعمال.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- انتخاب و استفاده از یک مذاکره کننده دانشمند و بی طرف.
- مشارکت در فعالیت های مربوط به توسعه دانش سازمان حرفه ای.
- عضویت فعال و مشارکت در تلاش های انجمن های پرستاری برای بکارگیری و اصلاح استانداردهای پرستاری.
- پیگیری و گزینش کارشناس شاهد، دانشمند و هدفدار.
- همکاری علمی، فعال و مؤثر با اعضاء حرفه ای بهداشتی.
- آگاهی، فعالیت و تأثیر در مرحله قانون گذاری از طریق مشارکت مستقیم، آموزش مؤثر و انتخاب نمایندگان قانونی، بحث و مذاکره و ایجاد آگاهی شهروندی در ارتقاء تلاش های محلی، دولتی و ملی، تا اینکه نیازهای بهداشتی عموم مردم برآورده شود.

Summary

خلاصه فصل

۱- سه نوع پذیرش در بیمارستان روانپزشکی وجود دارد: غیررسمی، داوطلبانه، غیر داوطلبانه تعهد غیرداوطلبانه بیماران با بسیاری از موضوعات اخلاقی و قانونی، حقوق و کارشناسان روانپزشکی روبرو است.

۲- سه نوع ترخیص از بیمارستان روانی برای بیمار وجود دارد: مشروط، مطلق،

قضائی

۳- حکم توقیف سرپائی به بیماران حکم می کند که یک دوره درمان سرپائی را که بوسیله کارکنان مؤسسه درمانی مشخص شده را پیگیری نمایند.

۴- بیماران روانی گستره وسیع و متنوعی از حقوق شخصی و شهروندی دارند. آنها باید از این حقوق مطلع باشند و بیمارستان ها بایستی به آنان احترام بگذارند. بعضی از این حقوق بحث انگیز و جنجالی اند و بلا تکلیفی ها و دشواری هائی را برای کارشناسان روانی ایجاد می کنند.

۵- اقدامات قانون گذاری جاری که برای مراقبت های روانی شده در ایالات مختلف آمریکا مؤثر و شامل OBRA، مصوبه حفاظت و حمایت، مصوبه آمریکائی هائی که دارای معلولیت هستند و دستورات و تصمیم گیری های پیشرفته می باشد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: sadegh
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/11/2012 8:49:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/11/2012 8:49:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 80
Number of Words: 12,343 (approx.)
Number of Characters: 70,360 (approx.)