

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه ای  
در روانشناسی بالینی  
(برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

---





- 
- سرشناسه : عاطف‌وحید، محمدکاظم، ۱۳۳۱ -  
عنوان و نام پدیدآور : راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / محمدکاظم عاطف‌وحید، محبوبه دادفر؛ [برای] بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء.
- مشخصات نشر : تهران : میرماه، ۱۳۹۳.  
مشخصات ظاهری : ۱۳۶ ص: مصور(بخشی رنگی).  
شابک : ۷۲۵۰۰ ریال : ۲-۱۰۱-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
یادداشت : The guide of professional ethics and behavior in clinical psychology  
یادداشت : ص.ع. به انگلیسی:  
Mohammad Kazem Atef Vahid, Mahboubeh Dadfar. The guide of professional ethics and behavior in clinical psychology for psychologists, counselors & psychiatrists.
- یادداشت : کتابنامه: ص. [۱۲۵]-۱۳۳.  
یادداشت : نمایه.  
موضوع : روان‌شناسان -- اخلاق حرفه‌ای  
موضوع : روان‌شناسی بالینی  
شناسه افزوده : دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -  
شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)  
شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء  
رده بندی کنگره : ۱۳۹۳ ۲/۴/۷۶ BF  
رده بندی دیویی : ۱۷۴/۹۱۵  
شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۱۵۰۷
-

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه ای  
در روانشناسی بالینی  
(برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

تألیف:

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

روانشناس بالینی  
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)

## راهنمای اخلاق و رفتار حرفه ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
عصاب  
شفا

تألیف: دکتر محمد کاظم عاطف وحید، محبوبه دادفر

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۷۳۵۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۰۱-۳

عبارات درج شده بر روی جلد شامل اصول عمومی، استانداردها و ضوابط اخلاق حرفه ای سازمان  
نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران است.

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تحریرش، دزاشیب، خیابان شهید رضایی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۰۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

---

تقدیم به جامعه علمی روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان ایران که در جهت خدمت و کمک‌رسانی و بهبود رفاه مردم کشور عزیزمان، اصول اخلاق و رفتار حرفه‌ای را سر لوحه کاری خود قرار داده و در عمل به اجرای آنها پای‌بند می‌باشند.

---





## مقدمه

---

هر شخصی می‌تواند تحت عنوان روانشناس و مشاور آنچه را که به مردم ارائه می‌دهد خدمات روانشناسی یا مشاوره بنامد. هر فردی نیز می‌تواند تحت عنوان درمانگر، به درمان اختلال‌های روانی بپردازد. با توجه به ماهیت مشکلات روانی و در جهت پیشگیری از سوء استفاده افراد فاقد صلاحیت، ضروری است که متخصصین بهداشت روان در حیطه تخصص خود قوانین و مقرراتی را تدوین نمایند که مشخص کند چه کسی می‌تواند به عنوان متخصص بهداشت روان با مردم کار کند و این فرد چه خصوصیات و صلاحیت‌هایی از نظر علمی و اخلاقی باید داشته باشد و چه خدماتی به عنوان خدمات بهداشت روان محسوب می‌شود.

اخلاق یعنی مطالعه استانداردهای اجرا و قضاوت بر مبنای اصول اخلاقی. هر حرفه‌ای برای معرفی خود، تعیین حد و مرزهای فعالیت، تعیین موضوع و تبیین جایگاه خود در جامعه، حفظ منافع مصرف‌کنندگان خدمات و منافع اعضاء آن حرفه باید استانداردها، آئین‌نامه‌ها، مقررات و ضوابطی را تدوین کند و بر اساس این ضوابط، صلاحیت، توانایی‌ها و یکپارچگی اعضاء خود را ارزیابی نماید. اخلاق حرفه‌ای در جستجوی تعیین آن چیزی است که به عنوان نقش حرفه، مطرح بوده است و آنچه که می‌بایست در حرفه روانشناسی بالینی به اجرا در آید. اصول و ضوابط اخلاقی در هر حرفه به منظور

ارائه و مشخص نمودن استانداردهای بکارگیری توانایی و تکنیک‌های موجود در آن حرفه تدوین می‌شوند. اصول رفتار، شرح وظایف و مشخص شدن آنچه که افراد یک حرفه باید و می‌توانند انجام دهند و یا نباید انجام دهند، رابطه‌ی اعضا حرفه را با خدمات گیرندگان آنها و همچنین با جامعه و گروهی که هر دو به آن تعلق دارند تعیین می‌کند. اخلاق حرفه‌ای در روانشناسی بالینی یعنی مطالعه‌ی اخلاق برای موضوع عملکرد حرفه‌ی روانشناسی بالینی.

روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان حامی شأن و مقام و ارزش انسان‌ها بوده و تلاش می‌کنند تا از حقوق اساسی انسان‌ها حمایت کنند. آنها متعهد به گسترش دامنه‌ی اطلاعات در مورد رفتار انسان بوده و در جهت افزایش شناخت افراد از خود و دیگران و استفاده از چنین اطلاعاتی در جهت بهبود و رفاه مردم می‌کوشند. جهت تحقق این اهداف، روانشناسان و مشاوران تمام سعی و کوشش خود را به کار می‌برند تا صلاح و رفاه مراجعین و شرکت‌کنندگان در تحقیقات مشاوره و روانشناسی را حفظ و حراست کنند. آنها معلومات خود را فقط در این جهت استفاده کرده و هیچ‌گاه آگاهانه اجازه سوء استفاده از این اطلاعات و یا یافته‌های تحقیقاتی خود را به دیگران نخواهند داد.

هر چند که روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان در پی آزادی بیان و به دست آوردن اطلاعات لازم از مراجعین هستند ولی در برابر این آزادی، مسئولیتی را که چنین آزادی ایجاب می‌کند یعنی صلاحیت و شایستگی، واقع‌گرایی در به کارگیری توانایی‌ها و علاقه به منافع مصرف‌کننده، همکاران، دانشجویان، شرکت‌کنندگان در پژوهش‌ها و جامعه را می‌پذیرند.

مسائل اخلاقی و رفتار حرفه‌ای برای اکثر روانشناسان یک نگرانی است و فشارهای سنگینی را بر آنها وارد می‌کند. اخلاق و رفتار حرفه‌ای اضطراب فوق‌العاده‌ای را برای متخصصان بالینی بوجود می‌آورد. از آنجایی که حرفه‌ی تخصصی روانشناسی توسعه پیدا کرده است، کد اخلاق از یک عبارت کوتاه به یک مطالعه میدانی کلی گسترش یافته است. پوپ (۲۰۰۶) یک مطالعه زمینه‌یابی را بر روی اعضای انجمن روانشناسی آمریکا (APA) انجام داد و از یک نمونه تصادفی ۱۳۱۹ نفر از اعضای این انجمن درخواست کرد تا وقایعی را توصیف کنند که برای آنها به لحاظ اخلاقی چالش برانگیز یا مشکل‌زا هستند. نتایج پژوهش وی نشان داد که ۶۷۹ روانشناس، ۷۰۳ اتفاق را در ۲۳ مقوله توصیف کردند.

باید اذعان داشت که آموزش و تدریس اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی ممکن است در کلاس‌های درسی و دانشگاهی سهل‌تر و آسان‌تر از به کارگیری آنها در کار حرفه‌ای و بالینی باشد. موارد زیادی از نقض اخلاق و رفتار حرفه‌ای توسط همکاران، دانشجویان و فارغ‌التحصیلان این رشته مشاهده شده است

که بسیار نگران کننده است. لذا در این راستا ضرورت تالیف کتابی در زمینه اخلاق و رفتار حرفه ای در روانشناسی بالینی جهت آگاهی بیشتر این عزیزان را احساس نمودیم.

کتاب اخلاق و رفتار حرفه ای در روانشناسی بالینی در دو بخش نگاشته شده است. بخش اول شامل ضوابط اخلاق حرفه ای در روانشناسی، اهداف، ضرورت و تاریخچه تدوین آن، مراحل یک تصمیم گیری اخلاقی، موارد اخلاقی دادگاه ها در ایالات متحده امریکا، ضرورت توجه به حقوق مراجعان و تاریخچه آن، منشور حقوق بیمار معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسائل اخلاقی در کاربرد فنون درمان گروهی، اخلاق در پژوهش (اعلامیه های نورمبرگ، هلسینکی و گزارش بلمونت)، مسائل اخلاقی در پژوهش (اخلاق در نگارش مقاله های علمی و کدهای اخلاقی در پژوهش) اصول اخلاقی روانشناسی و نظام نامه رفتاری انجمن روانشناسی امریکا (APA) و نظام نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران شامل اصول عمومی و استانداردهای ضوابط اخلاق حرفه ای آنها، منشور اخلاقی روان شناسان و مشاوران ایران، گزارش موارد غیر اخلاقی در ایران و خودآزمایی می باشد. بخش دوم کتاب شامل قوانین بهداشت روان در ایران: ضرورت بررسی دیدگاه روانشناسان در باره قوانین بهداشت روان است. امید بر این است که این کتاب مورد استقبال کارشناسان ارشد و دکتری روانشناسی بالینی، دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، سایر روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان شاغل در کشورمان قرار گیرد و پس از مطالعه آن، این عزیزان اصول اخلاق و رفتار حرفه ای را در این رشته تخصصی سر لوجه کاری خود قرار دهند.

در اینجا لازم می دانیم مراتب تشکر و قدردانی خود را از حمایت اجرایی و مالی ریاست و معاونت محترم مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء آقایان دکتر هادی کاظمی و پیرحسین کولیوند برای چاپ این کتاب اعلام نمائیم.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی



## فهرست

۱۹.....	ضوابط اخلاق حرفه‌ای.....
۱۹.....	اهداف ضوابط اخلاق حرفه‌ای.....
۲۰.....	ضرورت اصول و ضوابط اخلاق حرفه‌ای در رشته روانشناسی.....
۲۱.....	تاریخچه و تکامل تدوین ضوابط اخلاق حرفه‌ای روانشناسی.....
۲۲.....	الف - اخلاق پزشکی.....
۲۲.....	ب - اخلاق حرفه‌ای در روانپزشکی.....
۲۲.....	ج - ضوابط اخلاق حرفه‌ای در روانشناسی.....
۲۳.....	کنفرانس بولدر (۱۹۴۹).....
۲۳.....	تدوین ضوابط و اصول اخلاق حرفه‌ای.....
۲۳.....	ضوابط اخلاق حرفه‌ای (تجدید نظر قبل).....
۲۳.....	ضوابط داشتن مدرک تخصصی روانشناسی بالینی در امریکا.....
۲۴.....	۱- بورد تخصصی (دیپلمات).....
۲۴.....	۲- بورد تخصصی.....
۲۴.....	۳- گواهی جهت ارائه مستقیم خدمات روانشناسی.....
۲۴.....	ضوابط اخلاق و رفتار حرفه‌ای مشاوره.....
۲۵.....	الف - مسائل مربوط به مشاور.....
۲۵.....	ب - مسائل مربوط به مراجع.....
۲۵.....	ج - موضوعات مربوط به رابطه مشاور - مراجع.....
۲۵.....	دستورالعمل‌های اجرایی برای مشاوران.....
۲۷.....	موارد اخلاقی دادگاه‌ها در امریکا.....
۲۷.....	گریسولد بر علیه کانکتیکات (۱۹۶۵).....
۲۸.....	لایف شوتز (۱۹۷۰).....
۲۸.....	وایات بر علیه استیک نر (۱۹۷۲، آلاباما).....
۲۸.....	تاراسوف بر علیه هیئت امنای دانشگاه کالیفرنیا (۱۹۷۶).....
۲۸.....	دونالدسون بر علیه اوکانر (۱۹۷۴ فلوریدا)، مُرالس بر علیه ترمن (تگزاس، ۱۹۷۴) و روز بر
۲۹.....	علیه کامرون (واشنگتن دی سی، ۱۹۷۷).....
۲۹.....	پاکر بر علیه هیئت امناء برگزار کننده امتحانات پزشکی Ca (۱۹۷۴).....
۳۰.....	کوپر بر علیه هیئت امناء برگزار کننده امتحانات پزشکی Ca (۱۹۷۵).....

۳۰. تامپسون بر علیه بخش آلامدا (۱۹۸۰).....
۳۰. درسر بر علیه هیئت امناء تضمین کیفیت پزشکی Ca (۱۹۸۲).....
۳۰. واسکو بر علیه گروه اصلاح و تأدیب Ca (۱۹۸۹).....
۳۱. مراحل یک تصمیم‌گیری اخلاقی.....
۳۱. گام اول: حساسیت اخلاقی (حساس شدن به ابعاد اخلاقی در مشاوره).....
- گام دوم: تشخیص و شناسایی نوع مشکل و راهکارهای ممکن (تعریف و تبیین تضاد اخلاقی و راهکارها).....
۳۲. گام سوم: مراجعه به و مرور نظام نامه اخلاقی و استانداردها و ضوابط اخلاقی.....
- گام چهارم: بررسی اطلاعات و ادبیات اخلاقی مربوط به موضوع (بررسی آراء متخصصین اخلاق).....
۳۳. گام پنجم: به کارگیری اصول اخلاقی متناسب با موقعیت (در مورد موقعیت پیش آمده).....
- گام ششم: مشورت با همکاران و ناظر (سرپرست و همکاران مورد اعتماد) در باره مشکل.....
- گام هفتم: تفکر و تعمق در مورد موقعیت و برای تصمیم‌گیری براساس اصول و ضوابط اخلاقی.....
۳۵. گام هشتم: اطلاع به ناظر و افراد ذی ربط جهت اجرای تصمیم (مطلع نمودن سرپرست، اجرای تصمیم و یادداشت اقدامات).....
- گام نهم: انعکاس تفکر و تعمق در عمل (مرور و بررسی تجربه).....
۳۶. ضرورت توجه به حقوق مراجعان.....
۳۷. تاریخچه توجه به حقوق مراجعان.....
۳۸. منشور حقوق بیمار معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....
۳۹. مسائل اخلاقی در کاربرد فنون گروه درمانی.....
۴۰. مسائل اخلاقی در کاربرد فنون خانواده درمانی.....
۴۲. اخلاق در پژوهش.....
۴۴. اخلاقیات و ارزش‌ها.....
۴۴. مسائل اخلاقی در پژوهش.....
۴۵. تاریخچه اخلاق در پژوهش.....
۴۶. اصول اساسی اعلامیه نورمبرگ ۱۹۴۷.....
۴۷. متن کامل اعلامیه نورمبرگ ۱۹۴۷.....
۴۸. نکات مهم در تحقیق غیر درمانی.....
۴۹. قانون نورمبرگ: دستورهایی برای آزمایش‌های انسانی.....

اعلامیه هلسینکی (۱۹۶۴، ۱۹۷۵).....	۵۱
تحقیقات توام با طبابت .....	۵۱
تحقیقات زیست پزشکی روی انسان (غیر بالینی).....	۵۲
مسائل اخلاقی در کار آزمایشی بالینی.....	۵۲
متن کامل اعلامیه هلسینکی (۱۹۸۹).....	۵۲
گزارش بلمونت.....	۵۶
کمیته‌های اخلاق.....	۵۸
وظایف گروه بررسی سازمانی یا کمیته اخلاق.....	۵۸
موافقت نامه یا رضایت نامه.....	۵۹
اخلاق در نگارش مقاله‌های علمی.....	۶۱
۱) درج غیر اخلاقی نام نویسندگان (نویسنده میهمان، و نویسنده شیخ).....	۶۲
۲) ارائه چندگانه مقاله‌ها در کنگره‌های مختلف.....	۶۵
۳) سرقت علمی.....	۶۶
۴) داده سازی.....	۶۶
۵) غلط نمایی داده‌ها.....	۶۶
کدهای اخلاقی در پژوهش بر اساس راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش کشور ایران (۱۳۷۹).....	۶۷
اصول اخلاقی روانشناسی و نظام نامه رفتاری انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۰).....	۷۱
اصول عمومی انجمن روانشناسی آمریکا.....	۷۱
استانداردهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا.....	۷۳
۱- حل و فصل مسائل اخلاقی.....	۷۴
۲- صلاحیت و شایستگی.....	۷۴
۳- روابط انسانی.....	۷۴
۴- حریم شخصی و رازداری.....	۷۵
۵- تبلیغات و دیگر اظهارات عمومی.....	۷۵
۶- نگهداری پرونده‌ها و حق الزحمه.....	۷۶
۷- تدریس و آموزش.....	۷۶
۸- تحقیق و نشر.....	۷۶
۹- ارزیابی و سنجش.....	۷۷
۱۰- درمان.....	۷۷
مسئولیت.....	۷۸

۷۹.....	صلاحیت و شایستگی روانشناس
۷۹.....	موضوع صلاحیت و شایستگی روانشناس
۸۱.....	استانداردهای اخلاقی و قانونی
۸۱.....	اظهارنظرهای اجتماعی
۸۲.....	رازداری
۸۲.....	حفظ منافع و رفاه حال مراجعین
۸۳.....	روابط حرفه‌ای
۸۳.....	روابط چندگانه
۸۴.....	نگهداری پرونده‌ها
۸۶.....	تکنیک‌ها و روش‌های ارزیابی
۸۶.....	ویژگی‌های استفاده صحیح از آزمون‌ها از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA)
۸۷.....	موضوع‌های اخلاقی در استفاده از ابزارهای ارزیابی شخصیت
۸۸.....	رازداری
۸۹.....	تحقیق روی انسان‌ها
۹۰.....	نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵)
۹۰.....	الف: اصول عمومی
۹۰.....	ب: استانداردها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای
۹۱.....	۱- صلاحیت
۹۳.....	۲- مسئولیت
۹۳.....	۳- روابط حرفه‌ای
۹۵.....	۴- رازداری
۹۵.....	۵- سنجش و ارزیابی و تفسیر
۹۷.....	۶- مداخله‌های روانشناختی
۹۸.....	۷- آموزش، کارورزی و نظارت
۹۹.....	۸- پژوهش و انتشار
۱۰۲.....	۹- تبلیغات و خدمات عمومی
۱۰۳.....	۱۰- حل و فصل تعارض‌های اخلاقی
۱۰۴.....	متن کامل منشور اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران ایران
۱۰۵.....	تعریف برخی اصطلاحات در قانون اساسی ایران
۱۰۶.....	گزارش موارد غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای در ایران



۱۰۹	..... خودآزمایی
۱۱۲	..... قوانین بهداشت روان در ایران
۱۱۲	..... ضرورت بررسی دیدگاه روانشناسان درباره قوانین بهداشت روان
۱۱۸	..... پیشنهاد
۱۲۲	..... جمع بندی
۱۲۵	..... منابع
۱۳۴	..... نمایه موضوعی



## ضوابط اخلاق حرفه‌ای

### اهداف ضوابط اخلاق حرفه‌ای

اهداف ضوابط اخلاق حرفه‌ای شامل موارد زیر هستند:

۱- آشنایی با ضوابط اخلاق حرفه‌ای در روانشناسی و مشاوره و حل و فصل تعارض‌های

اخلاقی

۲- شناسایی موقعیت‌هایی که می‌توانند منجر به تعارض‌ها و تضادهای اخلاقی شوند.

۳- آشنایی با روش برخورد با همکارانی که ضوابط اخلاق حرفه‌ای را رعایت نکرده‌اند.

۴- آشنایی با روش‌های پیشگیری از مواجه شدن با موقعیت‌های بالقوه مشکل آفرین از نظر

اخلاق حرفه‌ای

۵- روش‌های حل و فصل تعارض‌ها و تضادهای احتمالی بین ضوابط اخلاق حرفه‌ای و قوانین

کشوری

۶- حصول اطمینان از حفظ حقوق مراجع و مشاور

### ضرورت اصول و ضوابط اخلاق حرفه‌ای در رشته روانشناسی

اصول و ضوابط اخلاقی در رشته روانشناسی را از چند جهت می‌توان ضروری دانست:

۱- نیاز به این اصول و ضوابط اخلاقی از این جهت که روانشناسی به صورت یک حرفه مستقل درآمده است، احساس می‌شود. روانشناسان ادعا می‌کنند اطلاعاتی در مورد انسان دارند که متخصصین حرفه‌های دیگر ندارند و همچنین تکنیک‌ها و روش‌هایی بر اساس این دانش را می‌دانند که دیگران نمی‌دانند. از این رو مردم از روانشناسان انتظار دارند که به یک حداقل اصول اخلاقی پای‌بند باشند و همچنین به آنها صدمه نزنند. هدف اصول و ضوابط اخلاقی اطمینان از این امر است که روانشناسان توانایی‌ها، دانش و تخصص خود را به طور صحیح بکار می‌برند.

۲- اصول اخلاق حرفه‌ای که توسط انجمن روانشناسی آمریکا (APA) تدوین شده با این هدف نوشته شده است که سلامتی کسانی که از خدمات روانشناسان استفاده می‌کنند حفظ شود. بر این اساس، ضوابط اخلاق حرفه‌ای همچنین جو اطمینانی را می‌سازد که بر اساس آن روانشناسان می‌توانند گزارش لازم برای کار درمان را با بیمار ایجاد نمایند. به طور کلی ضرورت اصول و ضوابط اخلاقی در رشته روانشناسی شامل موارد زیر است:

۱- شفاف‌سازی هویت حرفه‌ای با متمایز ساختن خود از متخصصین حرفه‌های دیگر

۲- آشنا ساختن دانشجویان و متخصصین با اصول اساسی، ایده‌آل‌ها و موضوع حرفه.

۳- با گسترش حرفه و افزایش تعداد متخصصین در موقعیت‌های شغلی متفاوت، احتمال پیش آمدن مسائل و موارد اخلاقی بیشتر می‌شود. ضوابط اخلاق حرفه‌ای مشخص می‌توانند متخصصین حرفه را به این مشکلات و مسائل حساس نمایند.

۴- وجود ضوابط اخلاق حرفه‌ای در نگرش عموم نسبت به حرفه تأثیر مثبت می‌گذارد.

۵- ضوابط اخلاق حرفه‌ای به مردم نشان می‌دهد که متخصصین حرفه ملزم به رعایت اصول اخلاقی در برخورد با مراجعین و ارائه خدمات به آنها می‌باشند. وجود این ضوابط احترام و موقعیت متخصصین را در بین مردم تقویت می‌نماید.

۶- این ضوابط همچنین این اطمینان را در مردم بوجود می‌آورد که متخصصین از دانش و توانایی و تخصص خود به طور صحیح استفاده نموده و به آنها صدمه نخواهند زد.

۷- با تدوین ضوابط اخلاق حرفه‌ای، به سیاست‌گذاران و قانونگذاران این پیغام داده می‌شود که اعضاء حرفه خود قادر به نظارت و کنترل خود بوده و می‌توانند منافع مراجعین خود را حفظ نمایند (عاطف و حید، ۱۳۹۱).

### تاریخچه و تکامل تدوین ضوابط اخلاق حرفه‌ای روانشناسی

شروع روانشناسی حرفه‌ای به سال ۱۸۹۵ با تصمیم انجمن روانشناسی آمریکا (APA) به ارزیابی و کنترل استفاده و اجراء تست‌های روانشناختی توسط روانشناسان آموزش ندیده برمی‌گردد. هرچند که اجرای این ضوابط تا سال ۱۹۱۷ به تعویق افتاد. در این سال در APA کمیته‌ای تشکیل شد که صلاحیت روانشناسان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و در سال ۱۹۱۹ ارزیابی روانشناسان جهت تأیید صلاحیت حرفه‌ای و دادن گواهی به آنها شروع شد. این وضعیت تا سال ۱۹۲۷ ادامه داشت اما بعد از آن قطع شد و بعد از جنگ جهانی دوم دوباره این کار از سر گرفته شد.

قبل از جنگ جهانی دوم، دو انجمن روانشناسی در آمریکا وجود داشت، یکی انجمن روانشناسی آمریکا که حیطه فعالیت آن کوشش در جهت ارتقاء روانشناسی علمی بود و دیگری انجمن روانشناسی کاربردی آمریکا که بر جنبه‌های کاربردی روانشناسی تمرکز داشت. در سال ۱۹۴۵ این دو انجمن به هم پیوسته و به علاوه چند انجمن کوچک دیگر در هم ادغام شده و انجمن روانشناسی امروزی آمریکا را تشکیل دادند که هدف آن ارتقاء علم روانشناسی و همچنین رشد روانشناسی به عنوان یک حرفه بود. در عرض دو سال بعد یعنی در سال ۱۹۴۷ بورد متخصصین روانشناسی حرفه‌ای تشکیل شد و عمل تأیید صلاحیت حرفه‌ای در تخصص‌های مختلف روانشناسی آغاز گردید. تاریخچه تدوین ضوابط اخلاق حرفه‌ای روانشناسی به شرح زیر می‌باشد:

۱۸۹۵- ضوابط مربوط به کنترل استفاده و اجرای تست‌ها (تعویق تا سال ۱۹۱۷)

۱۹۱۷- تشکیل کمیته تعیین صلاحیت روانشناسان

۱۹۱۹- شروع ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای روانشناسان (تا سال ۱۹۲۷)

۱۹۴۵- ادغام انجمن‌های روانشناسی و شکل‌گیری انجمن روانشناسی آمریکا (APA)

۱۹۵۳- تدوین اولین اصول ضوابط اخلاق حرفه‌ای که تا به امروز چندین بار مورد

تجدید نظر قرار گرفته است.

به بیانی دیگر تاریخچه تدوین ضوابط اخلاق حرفه‌ای به شرح زیر می‌باشد:

#### الف- اخلاق پزشکی

۱- ۱۸۴۷- تدوین اولین اصول اخلاق پزشکی

۲- ۱۹۵۷- تجدید نظر اول

۳- ۱۹۸۰- تجدید نظر دوم

۴- ۲۰۰۱- آخرین تجدید نظر با اضافه کردن دو اصل جدید

#### ب- اخلاق حرفه‌ای در روانپزشکی

۱- ۱۹۷۳- انتشار اولین اصول اخلاق پزشکی با افزوده‌هایی برای روانپزشکان

۲- ۱۹۸۱- تجدید نظر اول

۳- ۱۹۹۵- تجدید نظر دوم

۴- ۲۰۰۱- آخرین تجدید نظر (بر اساس چاپ ۱۹۸۰ اصول اخلاق پزشکی)

#### ج- ضوابط اخلاق حرفه‌ای در روانشناسی

۱۸۹۵- ضوابط مربوط به کنترل استفاده و اجرای تست‌ها (تعویق تا سال ۱۹۱۷)

۱۹۱۷- تشکیل کمیته تعیین صلاحیت روانشناسان

۱۹۱۹- شروع ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای روانشناسان (تا سال ۱۹۲۷)

۱۹۴۵- ادغام انجمن‌های روانشناسی و شکل‌گیری APA

۱۹۴۷- تشکیل مورد ممتحنین روانشناسی حرفه‌ای

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۲۳

۱۹۴۹- کنفرانس بولدر و شروع سازمان دادن و برنامه‌ریزی رسمی برای دوره‌های

روانشناسی بالینی

۱۹۵۳- تدوین اولین اصول ضوابط اخلاق حرفه‌ای که تا به امروز چندین بار مورد

تجدید نظر قرار گرفته است.

کنفرانس بولدر (۱۹۴۹)

هرچند که مجوز روانشناسی جهت کار به عنوان روانشناس تا قبل از سال ۱۹۴۷ الزامی بود، اما برنامه‌ریزی رسمی برای دوره‌های فوق‌لیسانس به بعد تا زمان کنفرانس بولدر در سال ۱۹۴۹ انجام نشده بود. تا آن زمان دانشگاه‌ها خودشان برای این دوره‌ها برنامه‌ریزی می‌کردند اما نیاز مبرم به متخصصین بهداشت روانی بعد از جنگ جهانی دوم انجمن روانشناسی آمریکا را مجبور به سازمان دادن به برنامه‌های درسی دوره‌های فوق‌لیسانس به بعد و همچنین ارائه ضوابط اخلاق حرفه‌ای برای روانشناسان نمود (عاطف وحید، ۱۳۹۱).

### تدوین ضوابط و اصول اخلاق حرفه‌ای

اصول و ضوابط اخلاقی در هر حرفه به منظور ارائه و مشخص نمودن استانداردهای به کارگیری توانایی و تکنیک‌های موجود در آن حرفه تدوین می‌شوند. در سال ۱۹۵۳، انجمن روانشناسی آمریکا اولین اصول ضوابط اخلاقی را تدوین نمود. از آن زمان APA یک برنامه مداوم برای تدوین اصول جدید و اصلاح اصول پیشین را داشته است.

### ضوابط اخلاق حرفه‌ای (تجدید نظر قبل)

ضوابط داشتن مدرک تخصصی روانشناسی بالینی در آمریکا

یک حرفه باید استانداردها، آیین‌نامه و مقرراتی جهت تأیید صلاحیت، توانایی‌ها و یکپارچگی اعضای خود وضع کند. در آمریکا سه نوع مدرک داده می‌شود که در صفحه بعد به آنها پرداخته‌ایم.

#### ۱- **بورد تخصصی (دیپلمات)**

بورد روانشناسی حرفه‌ای آمریکا (ABPP) که تا سال ۱۹۶۸ بنام بورد متخصصین روانشناسی حرفه‌ای آمریکا خوانده می‌شد، صلاحیت روانشناسان حرفه‌ای را از طریق امتحان تأیید می‌کند و در چهار زمینه روانشناسی بالینی، مشاوره، روانشناسی صنعتی و سازمانی و روانشناسی مدرسه دیپلماتی تخصصی می‌دهد. این امتحان از طریق یک امتحان شفاهی توسط ۵ دیپلمات انجام می‌گیرد که شامل پرسش‌هایی در مورد پروتکل‌هایی است که از طریق خود فرد به اعضاء گروه امتحان‌کننده داده شده و همچنین مشاهده روانشناس در جلسه درمان یک بیمار می‌باشد.

#### ۲- **بورد تخصصی**

#### ۳- **گواهی جهت ارائه مستقیم خدمات روانشناسی**

از آنجا که هر کس می‌تواند تحت عنوان مشاوره یا روانشناس آنچه را که به مردم ارائه می‌دهد خدمات مشاوره روانشناسی بنامد، لذا ضروری است که روانشناسان به تدوین قوانینی پردازند که مشخص کنند چه کسی می‌تواند به عنوان مشاور یا روانشناس با مردم کار کند و چه خدماتی به عنوان خدمات مشاوره یا روانشناسی محسوب می‌شود و یک روانشناس چه خصوصیات و چه صلاحیت‌هایی از نظر علمی و اخلاقی باید داشته باشد. جهت گرفتن این گواهی فرد نه تنها باید در رشته تخصصی خود کفایت داشته باشد، بلکه باید واجد اطلاعات کافی در مورد قوانین دولتی در مورد حرفه مشاوره، روانشناسی، روانپزشکی و همچنین ضوابط اخلاقی روانشناسی حرفه‌ای باشد.

#### **ضوابط اخلاق و رفتار حرفه‌ای مشاوره**

ضوابط اخلاق حرفه‌ای مشاوره شامل سه مورد مسائل مربوط به مشاور، مسائل مربوط به مراجع و موضوعات مربوط به رابطه مشاور - مراجع می‌باشند.



الف - مسائل مربوط به مشاور

- ۱- اصل مسئولیت
- ۲- اصل صلاحیت و کفایت
- ۳- آشنایی با قوانین و مقررات
- ۴- اصول مربوط به روابط حرفه‌ای با همکاران

ب - مسائل مربوط به مراجع

- ۱- حقوق مراجع
- ۲- موافقت یا رضایت آگاهانه

ج - موضوعات مربوط به رابطه مشاور - مراجع

- ۱- محل جلسات، مدت هر جلسه، مدت درمان
- ۲- تشکیل پرونده، یادداشت برداری، ضبط جلسات
- ۳- رازداری
- ۴- روابط مشاور و مراجع خارج از جلسات مشاوره، ازدواج، سوء استفاده از اعتماد
- ۵- قوانین گزارش کردن خودکشی، دیگرکشی، اعتیاد، سوء استفاده جنسی و آسیب‌های جسمی
- ۶- رابطه دوگانه مشاوره با اقوام و نزدیکان، مشاوره با زیر دستان
- ۷- ضوابط مربوط به ارجاع و بستری کردن
- ۸- کار با کودکان، نوجوانان و جوانان
- ۹- برخورد با مشکلات قانونی و دادگاه

دستورالعمل‌های اجرایی برای مشاوران

- ۱- مشاوران باید از نیازهای خود آگاه باشند و بدانند که چگونه این نیازها ممکن است روی مراجعین آنها تأثیر بگذارد.

- ۲- مشاوران باید آموزش و تجربه لازم را برای ارزیابی‌ها و درمان‌هایی که انجام می‌دهند داشته باشند.
- ۳- هرچند مشاوران با اصول و ضوابط اخلاقی حرفه خود آشنا هستند باید بدانند که در به‌کارگیری این اصول در موارد خاص براساس قضاوت خود ممکن است لازم باشد اقدام کنند. مشاوران باید آگاه باشند که بعضی از مسائل پاسخ روشن ندارد و لذا آنها مسئولیت یافتن پاسخ مناسب را به عهده می‌گیرند.
- ۴- ضروری است که مشاوران یک چهارچوب نظری در مورد تغییر رفتار داشته باشند که آنها را در کار بالینی خود راهنمایی کند.
- ۵- از آنجایی که مسئولیت اصلی مشاور، رفاه حال مراجعانش می‌باشد، لذا نباید نیازهای خود را به قیمت رفاه حال مراجعین خود ارضاء نماید.
- ۶- مشاوران باید توجه داشته باشند که ضروری است که آنها اطلاعات و دانش خود را دائماً ارتقاء داده و بازآموزی داشته باشند.
- ۷- مشاوران باید از روابطی که ممکن است رابطه درمانی را خدشه‌دار کند اجتناب کنند.
- ۸- مشاوران باید مراجعین خود را از شرایطی که ممکن است رازداری را خدشه‌دار کند آگاه سازند.
- ۹- ضروری است که مشاوران نسبت به ارزش‌ها و نگرش‌های خود آگاه بوده و توجه داشته باشند چگونه سیستم‌های ارزشی آنها در روابط بین مشاور و مراجع می‌تواند نقش داشته باشد و باید از تحمیل نگرش‌ها و ارزش‌های خود به مراجع اجتناب کند.
- ۱۰- مشاوران باید به مراجعین اطلاعات ضروری از قبیل طول مدت درمان، اهداف درمان و... را بدهند.
- ۱۱- مشاوران باید به حد و مرز صلاحیت و کفایت خود توجه نموده و با مشاوران باتجربه مشورت کنند.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۲۷

۱۲- از آنجایی که هدف مشاوره ایجاد یک موقعیت برای کمک به مراجع است، مشاوران از طریق الگو قرار گرفتن در گروه اقدام خواهند کرد.

#### موارد اخلاقی دادگاه‌ها در امریکا

موارد اخلاقی دادگاه‌ها در امریکا به شرح زیر می‌باشند که چند مورد از آنها توضیح داده می‌شود:

- گریسولد بر علیه کانکتیکات (۱۹۶۵)
- لیک بر علیه کامرون (واشنگتن دی سی، ۱۹۶۸)
- لایف شوتز (۱۹۷۰)
- وایات بر علیه استیک نر (آلاباما، ۱۹۷۲)
- تاراسوف بر علیه هیئت امناء دانشگاه کالیفرنیا (۱۹۷۶)
- دونالدسون بر علیه اوکانر (فلوریدا، ۱۹۷۴)
- مِریس بر علیه ترمن (تگزاس، ۱۹۷۴)
- پاکر بر علیه هیئت امناء برگزار کننده امتحانات پزشکی Ca (۱۹۷۴)
- کوپر بر علیه هیئت امناء برگزار کننده امتحانات پزشکی Ca (۱۹۷۵)
- روز بر علیه کامرون (واشنگتن دی سی، ۱۹۷۷)
- تامپسون بر علیه بخش آلامدا (۱۹۸۰)
- درسر بر علیه هیئت امناء تضمین کیفیت پزشکی Ca (۱۹۸۲)
- واسکو بر علیه گروه اصلاح و تادیب Ca (۱۹۸۹)

#### گریسولد بر علیه کانکتیکات (۱۹۶۵)

گریسولد در مقابل کانکتیکات (۱۹۶۵)، یک پرونده مشهور دادگاه عالی ایالات متحده، با تلویحات مهم هم برای حق الزحمه روان درمانی و هم برای افرادی است که می‌خواهند تحت درمان قرار بگیرند، ولی قادر به پرداخت هزینه درمان نیستند. در سال ۱۹۵۸، قوه مقننه کانکتیکات قانون منع پزشکان از تجویز داروهای ضد بارداری را در این ایالت به تصویب

رساند. یک پزشک مدعی حق مشروع برای درمان و تجویز دارو، از دادگاه فدرال شکایت کرد. دادگاه کانکتیکات این قانون را تایید کرد و این پزشک، برای این تصمیم‌گیری به دادگاه فدرال متوسل شد. در نهایت این پرونده توسط دادگاه عالی ایالات متحده تصمیم‌گیری شد و چهاردهمین اصلاحیه را برای قانون اساسی ایالات متحده تشکیل داد که به طور ضمنی حق هر شهروند را برای حفظ حریم خصوصی تضمین می‌کند و اینکه حق یک شهروند برای حفظ حریم خصوصی، شامل دسترسی به درمان نیز هست.

#### لایف شوتز (۱۹۷۰)

ایجاد این اصل بنیادی و پایه است که ارتباط آزاد و باز برای روان درمانی ضروری و اساسی است. "مگر در مواردی که یک بیمار... مطمئن است که... اطلاعات فاش شده توسط مراجع با حداکثر رازداری می‌تواند حفظ شود و حفظ خواهد شد، مراجع به افشای کامل اطلاعات تمایل پیدا خواهد کرد که بر آن اساس تشخیص و درمان وی... به آنها بستگی دارد". آن فرم پایه این استاندارد است که موارد استثناء برای حق الزحمه روان‌درمانی به تصویب رسیده‌اند یا در قانون موردی بعدی وضع و مقرر شده‌اند.

#### وایات بر علیه استیک نر (۱۹۷۲، آلاباما)

این پرونده مربوط به حق دریافت درمان است. براساس رای دادگاه، بیماران روانی که به طور غیر داوطلب در بیمارستان بستری هستند حق قانونی دارند که خدمات درمانی دریافت کنند و محیط بیمارستان باید مناسب بوده و تعداد کافی کارکنان با صلاحیت داشته باشد؛ برنامه درمان فردی برای بیماران داشته باشد و لباس، غذای کافی و مناسب در اختیار بیماران قرار دهد.

#### تاراسوف بر علیه هیئت امنای دانشگاه کالیفرنیا (۱۹۷۶)

این پرونده مربوط به وظیفه گزارش کردن و هشدار دادن به قربانیان احتمالی از تهدیدهای دیگر کشی و یا کسانی که می‌توانند انگیزه یک حرکت خشونت‌آمیز را رفع کنند، است. در این پرونده، یک بیمار در مورد قصد کشتن یک شخص سوم (زن جوانی) با یک

درمانگر شاغل در UC بر کلی صحبت کرد. بر اساس محرمانه بودن و عدم یقین، در مورد قصد مطرح شده این بیمار، به شخص سوم هیچ مطلبی گفته نشد و این بیمار بستری نگردید. بیمار قربانی مورد نظر را به قتل رساند. خانواده مقتول پس از قتل دخترشان از روان درمانگر شکایت کردند و دادگاه کالیفرنیا حکم داد که به دلیل کوتاهی در اطلاع دادن به قربانی، قربانی و خانواده قربانی می‌توانند از درمانگر و کارمند دانشگاه شکایت کنند. وانگهی در چنین مواردی حق محرمانه بودن برای یک بیمار از قانون مستثنی است و این حق می‌تواند کنار گذاشته شود و بیمار بایستی بستری گردد. دادگاه کالیفرنیا حکم کرد هنگامی که روان‌درمانگری تشخیص دهد که بیمارش خطری برای اعمال خشونت نسبت به دیگری را ارائه می‌دهد، وی تکلیف دارد برای حفظ جان قربانی "قابل پیش‌بینی" یا احتمالی از چنین خطری، از یک روش منطقی استفاده کند. در مدیون بودن روان‌درمانگر برای چنین تکلیفی نسبت به شخص سوم (ثالث) دادگاه روی "رابطه خاص" بین بیمار و درمانگر تاکید کرد. این رابطه خاص از نظر قانونی تکلیفی را بر عهده درمانگران نسبت به اشخاص ثالث می‌گذارد. درمانگر با وارد شدن به یک رابطه پزشک - بیمار، مسئولیتی را می‌پذیرد که در جهت حفظ امنیت بیمار و افراد مورد تهدید توسط بیمار است. با اینکه در پرونده تاراسوف، درمانگر هیچ رابطه مستقیمی با قربانی نداشت، صرف وجود رابطه بین او و بیمار (متهم)، ایفای این تکلیف برای افراد ثالث ضروری است.

دونالدسون بر علیه اوکانر (۱۹۷۴ فلوریدا)، مِرایس بر علیه ترمن (تگزاس، ۱۹۷۴) و روز بر علیه کامرون (واشنگتن دی سی، ۱۹۷۷)

کلیه این پرونده‌ها مربوط به حق دریافت درمان هستند.

پاکر بر علیه هیئت امناء برگزار کننده امتحانات پزشکی (Ca ۱۹۷۴)

ایجاد قدرت هیئت امناء برای پذیرش یا رد درخواست پروانه کار، بر اساس یافته‌هایش که دانشگاه متقاضی و مدعی دکتری، قابل قبول نیست.

۳۰ / راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

کوپر بر علیه هیئت امناء برگزار کننده امتحانات پزشکی Ca (۱۹۷۵)

حکم تایید شده هیئت امناء که یک روانشناس بایستی پروانه کارش را از دست بدهد و یا به وی اجازه کار خارج از حوزه صلاحیتش داده نشود.

تامپسون بر علیه بخش آلامدا (۱۹۸۰)

بعد از حکم تاراسوف، بعضی دادگاه‌های امریکا مشخص کرده‌اند که تکلیف هشدار دادن در مقابل عموم مردم فقط به اشخاص ثالث "قابل شناسایی" می‌باشد. در پرونده تامپسون بر علیه بخش آلامدا (۱۹۸۰)، دادگاه حکم کرد که تکلیف هشدار دادن شامل عموم مردم نمی‌شود بجز هنگامی که قربانی احتمالی، "قابل پیش‌بینی" و "به راحتی قابل شناسایی" باشد. بنا به حکم تامپسون، وقتی بیماری تهدیدهای نامشخص جهت آسیب رساندن به قربانیان نامشخص کرده است، هیچ تکلیفی جهت هشدار دادن وجود ندارد. بعضی از ایالات امریکا حکم تامپسون را رد کرده‌اند و حکم تاراسوف را شامل هشدار دادن به قربانی قابل پیش‌بینی کرده‌اند، حتی اگر هیچ تهدید مشخصی نسبت به قربانی بخصوصی وجود نداشته باشد (پرونده هما بر علیه بخش ماریکوپا در ایالت آریزونا، ۱۹۸۴ و پرونده شوستر بر علیه آلتن برگ در ایالت ویسکانسین، ۱۹۸۸). سایر ایالات قانون تکلیف هشدار دادن را مشابه تکلیفی که در پرونده تاراسوف مشخص شده را به تصویب رسانده‌اند برای مثال قانون نبراسکا (۱۹۹۴) محدود می‌شود به رفتار تهدیدآمیز بیمار یا مراجع، هنگامی که تهدید، قربانی یا قربانیان "قابل شناسایی" را شامل می‌شود.

درسر بر علیه هیئت امناء تضمین کیفیت پزشکی Ca (۱۹۸۲)

برقراری رابطه جنسی بین یک روانشناس و بیمارش باعث لغو پروانه کارش می‌گردد.

واسکو بر علیه گروه اصلاح و تأدیب Ca (۱۹۸۹)

مقرر شد که مشاوران تادیبی و اصلاحی که مانند روانشناسان پروانه کار کسب نکرده‌اند، می‌توانند گزارش‌های تشخیصی پیش‌بینی رفتار بیمار/ زندانی را تهیه کنند. این یافته

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۳۱

همچنین به طور قابل چشمگیری به طیف وسیعی از رشته‌های تخصصی‌ای گسترش پیدا کرد که می‌تواند برای حفظ وظیفه هشدار در مورد خطرات و رفتارهای مختلف، اعمال شود.

### مراحل یک تصمیم‌گیری اخلاقی

مراحل یک تصمیم‌گیری اخلاقی بر اساس کار کیچنز (۱۹۸۴) شامل نه گام به شرح زیر

هستند:

گام اول: حساسیت اخلاقی (حساس شدن به ابعاد اخلاقی در مشاوره)

گام دوم: تشخیص و شناسایی نوع مشکل و راهکارهای ممکن (تعریف و تبیین تضاد

اخلاقی و راهکارها)

گام سوم: مراجعه به و مرور نظام‌نامه اخلاقی و استانداردها و ضوابط اخلاقی

گام چهارم: بررسی اطلاعات و ادبیات اخلاقی مربوط به موضوع (بررسی آراء

متخصصین اخلاق)

گام پنجم: به کارگیری اصول اخلاقی متناسب با موقعیت (در مورد موقعیت پیش آمده)

گام ششم: مشورت با همکاران و ناظر (سرپرست و همکاران مورد اعتماد) در باره

مشکل

گام هفتم: تفکر و تعمق در مورد موقعیت و برای تصمیم‌گیری براساس اصول و ضوابط

اخلاقی

گام هشتم: اطلاع به ناظر و افراد ذی ربط جهت اجرای تصمیم (مطلع نمودن سرپرست،

اجرای تصمیم و یادداشت اقدامات)

گام نهم: انعکاس تفکر و تعمق در عمل (مرور و بررسی تجربه)

گام اول: حساسیت اخلاقی (حساس شدن به ابعاد اخلاقی در مشاوره)

برای افزایش آگاهی و حساسیت اخلاقی می‌توان از طرق زیر اقدام نمود:

- تشخیص عمومیت و پیچیدگی و ظرافت مشکلات اخلاقی، تحول در ساز و کارهای

ذهنی فرد در خصوص مسائل اخلاقی

- در نظر گرفتن یک تفاهم نامه برای آزمایش ابعاد اخلاقی برای جلسات گذشته و آینده جهت جلوگیری از انحرافات اجتماعی در میان متخصصان پر مشغله، افزودن سوالی در زمینه موارد اخلاقی احتمالی با تذکرات موردی.

- بصیرت و آگاهی مشاور/روانشناس در خصوص ارزش‌ها و انگیزه‌هایش (اصول و فلسفه شخصی فرد در ارتباط با حرفه‌اش)، داشتن انگیزه‌های نوع دوستانه و مشاور/روانشناس با فضیلت، دلسوزی واقعی برای مشکلات انسان و تعهد راسخ برای خدمت به بشریت اساس و زیر بنای حساسیت اخلاقی را تشکیل می‌دهد.

- آمادگی با آموزش رسمی در زمینه اخلاق، ثبت نام در دوره‌های مربوط به محتوای معیارهای حرفه‌ای و فرایندهای تصمیم‌گیری، بعد از اتمام دوره آموزشی، افزایش حساسیت اخلاقی از طریق ادامه آموزش و تبادل نظر با همکاران و استفاده از بازخوردهای آگاهانه و عینی همکاران. تجربه اولیه در ارتباط با مشکلات اخلاقی باعث آگاهی مشاور/روانشناس و به طور کل دانش و پیش زمینه اخلاقی حرفه‌ای می‌شود.

گام دوم: تشخیص و شناسایی نوع مشکل و راهکارهای ممکن (تعریف و تبیین تضاد اخلاقی و راهکارها)

- سازمان دهی همه اطلاعات ضروری و پرداختن به شناسایی مقوله گسترده اخلاقی که در این موقعیت ارائه می‌شود.

- طبقه بندی نوع مشکل اخلاقی، سپس فهرست کردن راه‌های عملی احتمالی که به ذهن مشاور/روانشناس می‌رسد.

- بارش فکری مشاور/روانشناس در باره راه‌های احتمالی برخورد با موقعیت (گزینش بدون سانسور)، سپس ارزیابی و حذف گزینش‌ها.

گام سوم: مراجعه به و مرور نظام نامه اخلاقی و استانداردها و ضوابط اخلاقی

- مراجعه به نظام نامه اخلاقی برای تعیین چگونگی کاربرد آن پس از تشخیص مسئله اخلاقی و گزینش خود.



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۳۳

گام چهارم: بررسی اطلاعات و ادبیات اخلاقی مربوط به موضوع (بررسی آراء متخصصین اخلاق)

- مراجعه به کتب و مقالات متخصصان بهداشت روانی دیگر که درگیر همان مسئله اخلاقی بوده‌اند.

- شناخت تالیف‌ها یک ضرورت است.

گام پنجم: به کارگیری اصول اخلاقی متناسب با موقعیت (در مورد موقعیت پیش آمده)

- مشاور/روانشناس در این مرحله درگیر اصول فلسفی و بنیادی متناسب با موقعیت می‌شود.

- تحلیل دقیق از مسائل و تاکید بر تالیف‌های فلسفی و سپس بر مشورت با همکاران مورد اعتماد

- رعایت پنج اصل اخلاقی اولیه حاکم بر حرفه‌های خدمات انسانی شامل اصول خودمختاری یا احترام به استقلال عمل، عدم آسیب رسانی، نیکوکاری، عدالت و وفاداری

گام ششم: مشورت با همکاران و ناظر (سرپرست و همکاران مورد اعتماد) در باره مشکل

- لزوم مشورت در هر لحظه‌ای از فرایند تصمیم‌گیری (به عبارت دیگر مشورت محدود به مرحله ششم نیست). عدم مشورت باعث کاهش کیفیت درمانی می‌شود. بحث درباره مشکلات اخلاقی با همکاران باعث کسب بینش کامل‌تری از مسائل در مشاور/روانشناس می‌شود. هنگام فرایند خودافشایی به مشاور/روانشناس کمک می‌شود تا مشکلاتش را به طور واضح‌تری درک کند.

- با انجام مشورت بازخورد عینی از همکاران قابل اعتماد، ارائه دیدگاه وسیع‌تری از مشکل، گشودن راه‌های تازه و تاکید بر روی حقایق جزئی یا تالیف‌های جانبی مربوط به موضوع، ایجاد آرامش و کاهش انزوای عاطفی و اخلاقی مشاوران/روانشناسان انجام می‌گیرد. - اطلاعاتی که هویت مراجع را مشخص می‌کند با رضایت مراجع، یا در صورت عدم رضایت مراجع با اجازه قانون می‌تواند به همکاران داده شود. مشاوران/روانشناسانی که چنین

رضایتی را کسب نکرده اند، فقط در صورتی می‌توانند در باره مراجع بحث کنند که هویت مراجع حفظ شود (نام مخفی بماند، اطلاعاتی نیز که منجر به شناسایی هویت مراجع برای متخصصان دیگر می‌شود نیز مخفی بماند).

- هنگام مشورت با همکاران، مشاور/روانشناس بایستی این موارد را توصیف نماید: واقعیت‌های مربوط به موقعیت، درک خودش از معیارهای اخلاقی مربوطه، تفسیر خود از چگونگی کاربرد تالیف‌ها و اصول اخلاقی مرتبط با مورد، ارزیابی فعلی‌اش در باره مناسب‌ترین انتخاب.

- مشاور/روانشناس بایستی فرایند تصمیم‌گیری را خلاصه کند و از همکارانش این سوال‌ها را بپرسد: به نظر شما چه حقایقی در رابطه با این مورد در تعیین راه حل‌های اخلاقی مهم است؟، من چه چیزی را مورد توجه قرار نداده‌ام؟، آیا تفسیر من از نظام‌نامه اخلاقی صحیح است؟، چه قسمت‌های دیگری از نظام نامه قابل استفاده بوده است که من تشخیص نداده‌ام؟، چه مقالات و کتاب‌های دیگری را در رابطه با تصمیم‌گیری من می‌شناسید؟، آیا تحلیل من از اصول اخلاقی معقول به نظر می‌رسد؟، آیا ارزیابی من از راه حل مسئولانه با قضاوت شما همخوان است؟، شما چگونه این مشکل را حل می‌کنید؟، چرا چنین تصمیمی می‌گیرید؟.

- تعداد همکاران برای مشورت به ماهیت مشکل و تجربه و شرایط بستگی دارد. اگر مشاور/روانشناس برای دریافت پروانه کار و یا قسمتی از تجربه آموزشی تحت نظارت است، مشورت با ناظران الزامی است. تبادل نظر باید در اولین فرصت انجام شود و باید بازخورد ناظر در تصمیم‌گیری نهایی بار ارزشی بیشتری نسبت به بازخورد هر همکار دیگری داشته باشد. ناظران بایستی از مشاوران/روانشناسان در حال آموزش، چابداری و حمایت نمایند و به آنها توصیه عملی کنند.

- افراد بدون پروانه کار نیز ملزم به عمل مطابق با معیارهای حرفه‌ای هستند. عدم پیروی از توصیه‌ها، مغایر با معیارها است. مشاور/روانشناس در قبال مراجع مسئولیت اعمال خود را بر عهده دارد.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۳۵

- مشورت با همکاران می‌تواند شامل گفتگو با اعضای کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای برای کسب راهنمایی در باره مشکل نیز باشد. اعضای کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای، مسئولیت تصمیم‌گیری را نمی‌پذیرند، اما می‌توانند در این باره که چگونه متخصصان با موقعیت‌های مشابه کنار می‌آیند، راهنمایی قابل ملاحظه‌ای را ارائه دهند.

**گام هفتم: تفکر و تعمق در مورد موقعیت و برای تصمیم‌گیری براساس اصول وضوابط اخلاقی**

- شروع فرایند تفکر و دسته‌بندی اطلاعات با جدیت

- پایه ریزی طرحی برای اجرای کار که کدام راه حل اخلاقی‌تر است.

- آگاهی مشاور/روانشناس از بهای تصمیم‌های اخلاقی خود، زیرا گاهی اوقات پیروی از معیارهای اخلاقی به استرس و اضطراب بیشتری می‌انجامد. راه حل‌های اخلاقی برای کاهش عواقب یا برطرف ساختن عواقب و یا حداقل حفظ مشاور/روانشناس از عواقب غیر منتظره بایستی کشف شوند.

- نائل شدن به یک تصمیم آگاهانه، افتخار به شهادت حرفه‌ای و اعتماد به نفس برای

مقابله با مشکلات آینده در مشاور/روانشناس

- فضای اخلاقی حرفه و کار، احساسات مربوط به اجرای یک عمل اخلاقی را تحت

تاثیر قرار می‌دهد. مشاور متعهد به عمل اخلاقی دارای این ویژگی‌ها است: مورد احترام همکاران بودن، شناخته شدن به عنوان الگوی اخلاقی، احساس رضایتمندی از خود، مقدم دانستن رفاه مراجع به نیازهای خود حتی در شرایط فشار.

**گام هشتم: اطلاع به ناظر و افراد ذی ربط جهت اجرای تصمیم (مطلع نمودن سرپرست، اجرای**

**تصمیم و یادداشت اقدامات)**

- الزام به آگاه ساختن ناظر/ناظران از تصمیم اخلاقی، دلیل آن و سپس لزوم صحبت

کردن مشاور با افراد دیگر. مراجع اولین فرد مورد نظر است (به دلیل اصل استقلال عمل، مگر یک اصل اخلاقی دیگری در معرض خطر باشد)، سپس افراد ذی ربط دیگر (افرادی که حق دانستن اطلاعات را دارند).

- شهامت اخلاقی دارای سه جزء یا منشاء است: ۱) ویژگی‌های اخلاقی مشاور/روانشناس، ۲) سازمان دهی محیط برای به حداقل رسانیدن وسوسه و ۳) عادت (عمل) مسئولانه در مسائل عادی زندگی و عمل کردن به شیوه اخلاقی در اکثر مسائل).

- قسمت نهایی این مرحله شامل اسناد رسمی ثبت شده از تصمیم فرد، یادداشت‌های موردی یا سایر پرونده‌ها، اطلاعات کتبی در باره راه‌حل‌های مورد قبول و دلیل منطقی برای آن تصمیم، بهترین وسیله حمایتی به مشاور/روانشناس می‌باشد. یادداشت برداری از فرایند باید در مرحله دوم با فهرستی از راه‌حل‌های مورد نظر آغاز شود؛ سپس نتیجه هر مرحله از فرایند را در بر داشته باشد.

#### گام نهم: انعکاس تفکر و تعمق در عمل (مرور و بررسی تجربه)

- شناسایی شیوه مسئولانه‌ای که به آن عمل شده، بررسی خطاها در افکار و اعمال مشاور/روانشناس برای اجتناب از مشکل بعدی.

- تفکر و تعمق، افزایش حساسیت اخلاقی (مورد توجه قرار دادن سریع تر مسئله اخلاقی بعدی و شناسایی موثرتر آن). مشاور/روانشناس این سوال‌ها را از خود می‌پرسد: آیا زمانی که ابعاد اخلاقی موقعیت روشن شد، من به موضوع توجه کردم؟، آیا به اندازه کافی در باره نظام نامه‌های اخلاقی اطلاع دارم تا آنها را به شیوه موثری به کار بندم؟، به چه تالیف‌های اخلاقی نیاز دارم که در کتابخانه شخصی خود داشته باشم تا در موارد بعدی که مورد نیاز است، سریع تر به آن دست یابم؟، چگونه به طور کارآمد، مشورت کردم؟ چه چیزی را می‌توانستم بهبود بخشم؟، چگونه ارزش‌های رقابت برانگیز و فشارهایی که بر تصمیم‌گیری من تاثیر می‌گذاشت را شناسایی کردم؟ چگونه می‌توانستم این کار را بهتر انجام دهم؟، چه کار دیگری را به شیوه متفاوت تری می‌توانستم انجام دهم؟، از انجام چه کاری خرسند هستم؟، چگونه می‌توانم برای کمک به مشاوران/روانشناسانی که با این مشکل مواجه اند، از این تجارب بهره گیرم؟

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۳۷

- این دوره از تفکر و تعمق پس از اجرای کامل تصمیم و شناخت عواقب آن آغاز می‌شود. لذا ممکن است بین دو مرحله اخیر وقفه باشد. مشاور/روانشناس بایستی در این مرحله مراقب باشد تا منفعت کامل از این تجربه را به دست آورد.

الگوهای مختلف دیگری نیز برای یک تصمیم‌گیری اخلاقی وجود دارند که از آن جمله می‌توان به الگوی کیت - اسپوچر و کوچر (۱۹۸۵)، استدلر (۱۹۸۶)، تیم چاک (۱۹۸۶)، فورستر - میلر و دیویس (۱۹۹۶)، استین من، ریچاردسون و مک انرو (۱۹۹۸)، تاروید (۱۹۹۸)، ولفل (۲۰۰۲، ۱۹۹۸)، رای، فورینر و رابرتز (۲۰۰۱)، کوری، کوری و کالاتان (۲۰۰۳) اشاره نمود.

### ضرورت توجه به حقوق مراجعان

اصول اخلاق حرفه‌ای مستلزم ارتقاء رفاه مراجعین و تضمین حقوق آنها می‌باشد. این اصول هم حقوق مراجعین را در نظر می‌گیرد و هم مسئولیت و حقوق ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان را.

توجه به این امور منافع زیر را در بر دارد:

- ۱- حساس کردن متخصصین به درمان مراجعین
- ۲- همکاری بهتر مراجعین با فرایند درمان به علت دریافت اطلاعات صحیح، اعلام رضایت برای همکاری با فرایند درمان
- ۳- پیشگیری از نارضایتی به علت انتظارات غیر واقعی از درمان (بخاطر نداشتن آگاهی و اطلاعات ضروری در مورد مشکل خود و فرایند درمان)
- ۴- اطمینان پیدا کردن به متخصص، که این امر تاثیر غیر قابل انکار بر همکاری مراجع و نتایج درمان دارد.
- ۵- به وجود آمدن این احساس در مراجع که علیرغم مسائل و مشکلاتی که دارد، به عنوان یک انسان به او احترام گذاشته می‌شود و آزادی، استقلال و اختیار او حفظ می‌شود.

۶- با توجه به این حقوق، درمانگر نیز حساسیت بیشتری به درمان مراجع نشان خواهد داد چون هر زمان مراجع بخواهد باید پاسخگو باشد.

۷- این احساس در مراجع تقویت می‌شود که خود او نیز در بهبودی خود تعیین کننده بوده و اختیار انتخاب درمانگر و روش درمان خود را دارد و هرگاه بخواهد در مورد مسائل مربوط به درمان خود اطلاعات بیشتری داشته باشد در اختیار او قرار داده خواهد شد. این امر باعث می‌شود که با خاطری آسوده تر به درمانگر خود اطمینان کرده و همکاری بهتری داشته باشد.

### تاریخچه توجه به حقوق مراجعان

تا دهه ۱۹۵۰، به حقوق بیماران توجه نمی‌شد. پزشکان تا آن زمان از نظر اخلاقی و قانونی نیازی به اینکه به بیماران در مورد بیماریشان یا فرایند درمان توضیح بدهند و یا رضایت آنها را کسب کنند نمی‌دیدند. در آن زمانها بیمار باید مطیع بود و پزشک تصمیم گیرنده. از زمانی که بیماران در شکایت‌های قانونی خود از پزشکان به علت سهل انگاری برنده شدند، کم کم توجه به حقوق بیماران جلب شد.

در سال ۱۹۷۰ قانونی به تصویب رسید که بر اساس آن بیماران این حق را پیدا کردند که از بیماری خود اطلاع پیدا کرده و بتوانند با آگاهی در مورد درمان خود تصمیم بگیرند. به دنبال آن قانونی وضع شد که بر اساس آن پزشکان موظف شدند که به صورت مستند، اطلاعات ضروری را در اختیار بیماران قرار بدهند تا بیماران بتوانند در مورد درمان خود تصمیم بگیرند.

از زمان شروع درمان و در طی درمان، باید مراجعان را نسبت به موارد زیر آگاه کنند:

- اهداف
- روش‌ها
- اقدامات
- محدودیت‌ها

- فواید و خطرهای بالقوه درمان

- طول تقریبی دوره درمان

- حق الزحمه

- ضبط جلسات درمان

- دسترسی به پرونده خود

### منشور حقوق بیمار معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.

۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید.

۷- بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.

۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.

۱۰- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

### مسائل اخلاقی در کاربرد فنون گروه درمانی

مسائل اخلاقی در کاربرد فنون درمان گروهی از نظر انجمن متخصصان کار گروه به شرح زیر می‌باشد:

۱- آماده سازی و هنجارهای گروهی

۲- انگیزه و موضع نظری رهبر گروه

۳- استفاده از فنون به عنوان وسیله گریز و اجتناب

۴- فشار زیادی (Undue)

۵- استفاده از فنون فیزیکی

۶- یار- رهبر (Co - leadership)

۷- شایستگی در کاربرد فنون گروه



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۴۱

۱- آماده سازی و هنجارهای گروهی به صورت دادن اطلاعات به اعضای گروه در باره رهبر گروه، ساخت و عملکرد گروه، خط مشی‌های اساسی گروه و استفاده از ضبط و نوار ویدئو است.

۲- انگیزه و موضع نظری رهبر گروه که مربوط به سوء استفاده احتمالی از فنون به دلایل شخصی و منطق رهبر در مورد کاربرد فنون است. رهبر گروه بایستی خودآگاهی نسبت به انگیزش‌های خود داشته باشد، با تصور اعضای گروه در مورد رهبر گروه به عنوان "آبر انسان" برخورد مناسب نماید، برای استفاده از فنون دارای یک منطق نظری باشد.

۳- استفاده از فنون به عنوان وسیله گریز و اجتناب که شامل اجتناب از رویارویی یک عضو گروه، اجتناب از برخورد مستقیم با اعضای گروه، اجتناب از ترس‌های رهبر گروه یا حذف مطالبی که پرداختن به آنها برای رهبر گروه راحت نیست، می‌باشد.

۴- فشار زیادی که شامل آزادی شرکت نکردن، فشار از ناحیه سایر اعضای گروه و رهبر گروه برای فعال بودن و مشارکت در گروه، سوء استفاده از فنون مواجهه و پرخاشگرانه، اجبار کردن لمس یا لمس تحمیلی، برون ریزی بیجا و نامناسب و تضمین آزادی ترک گروه است.

۵- استفاده از فنون فیزیکی به صورت مراقبت و حمایت از اعضا در هنگام استفاده از فنون فیزیکی مانند از پشت افتادن، از پشت دیگری را گرفتن، گرفتن یا روی زمین نگه داشتن، هل دادن، تنه زدن یا زورآزمایی، فنون جسمانی شدیداً برون ریزانه (Cathartic) می‌باشد. از فنون به عنوان ترفند استفاده نشود بلکه فنون در خدمت رفع نیازهای اعضای گروه قرار گیرد.

۶- "یار - رهبری" برای غنی تر کردن عملکرد گروه و ملاحظات اخلاقی مربوط به استفاده از این شیوه می‌باشد.

۷- شایستگی در کاربرد فنون گروه که در این مورد اساسی ترین موضوع اخلاقی مربوط به کاربرد فنون گروه، میزان تسلط رهبر گروه برای انجام این کار است. اطلاعات رهبر گروه بایستی به روز باشد.

### مسائل اخلاقی در کاربرد فنون خانواده درمانی

ارزیابی هر خانواده باید با در نظر گرفتن حقوق و تعهدات هر عضو خانواده انجام شود. یعنی پاسخ به این سوال‌ها که اعضای خانواده چه تعهداتی در وفاداری نسبت به خانواده دارند؟ آیا وفاداری‌های نامرئی محدودیت‌هایی بر رفتارهای آنها اعمال می‌کند؟ آیا محدودیت‌ها درست و عادلانه هستند؟ ماهیت تعهد همسران نسبت به یکدیگر چیست؟ آیا این تعهدات روشن هستند؟ آیا این تعهدات متعادل هستند؟ در مورد وفاداری و قابلیت اعتماد، اعضای خانواده چه تعهداتی نسبت به هم دارند؟ آیا این تعهدات رعایت می‌شوند؟

بندهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) اصول و خط‌مشی‌های نسبتاً مشخصی را تعیین می‌کند که روانشناسان می‌توانند در آن چارچوب کار کنند. وقتی کار با زوج‌ها و خانواده مطرح می‌شود، مسائلی پیش می‌آید که پرداختن به مباحث اخلاقی را ایجاب می‌کند. برای مثال چه وقت یک خانواده درمانگر بایستی اطلاعات حاصل از جلسه خود با یک کودک را با والدین در میان بگذارد؟ آیا خانواده درمانگر مشکلات اخیر یک نوجوان را باید به والدینش بگوید؟ و از این قبیل. بندهای اخلاقی و رفتار حرفه‌ای انجمن روانشناسی آمریکا (APA)، راهنمایی‌هایی به شرح زیر را برای چنین موضوعاتی در کار با زوج و خانواده تصریح می‌کند:

- وقتی روانشناسان خدمتی را به چند نفر ارائه می‌دهند که با هم روابطی دارند مانند زن و شوهر، یا والدین و کودکان، در ابتدا روشن می‌کنند که مراجعان هر کدام افرادی هستند که روانشناس با آنها ارتباطی مشخصی دارد.

- چنانچه از روانشناسان احتمالاً خواسته شود تا به طور بالقوه نقش‌های متعارض ایفا کنند مثل خانواده درمانگر بودن و در عین حال شاهد یک طرف برای درخواست طلاق بودن، آنها سعی خواهند کرد این موضوع را برطرف با تعدیل کنند یا به نحو مناسبی از ایفای چنین نقش‌هایی پرهیز نمایند.

انجمن آمریکایی ازدواج و خانواده درمانی (AAMFT) بندهای اخلاقی خاص خود را دارد که عمده آن همان مسائل ذکر شده در انجمن روانشناسی آمریکا (APA) است. البته

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۴۳

انجمن امریکایی ازدواج و خانواده درمانی (AAMFT) به طور مستقیم زمانی که درمانگر بیش از یک فرد را در یک خانواده تحت درمان دارد، به تنگناهای موجود در رابطه با محرمانه بودن می‌پردازد:

- یک خانواده درمانگر بدون درخواست کتبی نباید اطلاعات به دست آمده از هیچکدام از اعضای خانواده را برملا کند از جمله نزد اعضای دیگر خانواده. خانواده درمانگر بایستی از حق محرمانه بودن اطلاعات مراجعان خود محافظت کند. برای موضوعات اخلاقی مبهم مانند زنی که می‌خواهد اقدامی در مورد زناشویی خود بکند ولی حاضر نیست به روابط خارج از زناشویی خودش با فرد دیگری پایان بدهد، روانشناس یا خانواده درمانگر بایستی از قضاوت عالی خود استفاده بنماید. وی می‌تواند در شرایطی که احساس می‌کند درمان نتیجه‌ای نمی‌دهد از ادامه درمان خودداری کند ولی متعهد است که مراجع را نزد درمانگر دیگری بفرستد.

اصول فرعی ۱/۶ و ۱/۷ از مجموعه بندهای اصول اخلاقی انجمن امریکایی ازدواج و خانواده درمانی (AAMFT) بیان می‌کنند که:

- زوج درمانگران و خانواده درمانگران چنانچه نتوانند یا نخواهند کسی را که به دنبال کمک حرفه‌ای است به دلایل موجه یاری دهند بایستی به او کمک کنند خدمات درمانی دیگری پیدا کنند.

- زوج درمانگران و خانواده درمانگران مراجعان را بدون تدابیر معقول برای ادامه درمان تنها نگذاشته و آنها را ترک نمی‌کنند.

خطوط قرمز زیر حاکی از احتمال عملکرد غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای هستند:

- خاص بودن

- جذابیت

- تغییر در چارچوب درمان

- تخطی از هنجارهای بالینی

- انزوای حرفه‌ای

خاص بودن- چیزی در این موقعیت هست که آن را خاص و خارج از قواعد عادی قرار می‌دهد.

جذابیت- جذابیت بیش از حد در هر زمینه‌ای، نه تنها عشق رومانتیک بلکه تحت تاثیر وضعیت مراجع.

تغییر در چهار چوب درمان- جلسه‌های طولانی تر و مکرر، دادن اطلاعات بیش از حد خود، ناتوانی در نه گفتن به مراجع و غیره ممکن است حاکی از تخطی بالقوه از مرزهای اخلاق و رفتار حرفه‌ای باشد.

تخطی از هنجارهای بالینی- عدم ارجاع کسی که مشکل زناشویی دارد برای زوج درمانی، عدم پذیرش مشاوره شخصی از سرپرست و غیره.

انزوای حرفه‌ای- عدم تمایل به گفتگو راجع به تصمیم‌های خود با همکاران متخصص

### اخلاق در پژوهش

علم اخلاق مجموعه قوانین اجرایی به منظور جلوگیری از امکان بروز آسیب به دیگران و دستورالعملی برای پیشگیری از وقوع خطر و آسیب به دیگران در حین پژوهش می‌باشد. اخلاق در پژوهش آنچه را که موجب عملکرد صحیح در حین انجام بررسی علمی است، مشخص می‌کند.

### اخلاقیات و ارزش‌ها

۱- پروژه‌های تحقیقاتی پژوهشگر منعکس کننده نقطه نظرهای تئوریک پژوهشگر است.

۲- مدلی که انتخاب می‌کنند (مثلاً در ارتباط با شخصیت انسان)، منطبق بر ارزش‌ها و باورهای او در مورد موضوعات از قبیل حق انتخاب، مسئولیت شخصی و غیره است (مردها برتر از زن‌ها می‌باشند).

اخلاق در پژوهش شامل موارد زیر است:

- آزادی فردی، احترام به هویت و شخصیت انسان

- رعایت صداقت، امانت علمی
- در نظر گرفتن باورها، رفتار و سیستم‌های جامعه
- رفاه اعضای گروه
- صداقت و دقت در استفاده از بودجه و وسائل
- موازین اولیه اخلاق در پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد:
  - رضایت آگاهانه
  - رعایت آزادی فردی و انتخاب هدف و طبیعت
  - روش، خطرات، انتظارات و کسب اجازه (قیم)
  - ادامه ندادن، بهره‌کشی و موارد بحث انگیز
  - تجاوز به حریم خصوصی افراد، رفتار خصوصی، مخفی‌گری، مکاتبات، لزوم توضیح و اجازه ضربه زدن به اعتبار اطلاعات می‌شود.
- رازداری
- محرمانه بودن هویت، عدم نشر بدون اجازه
- حراست در برابر فشار یا آسیب
- خطر جسمی یا روانی
- حفظ سلامت، احتیاط، داشتن مهارت و تخصص
- آزمودنی‌های بحث انگیز

### مسائل اخلاقی در پژوهش

- ۱- رضایت آگاهانه
- ۲- پیشگیری از آسیب به شرکت‌کنندگان
- ۳- رازداری و محدودیت‌های آن
- ۴- استفاده از دانشجویان در تحقیق
- ۵- اهمیت علمی تحقیق

- ۶- جمع آوری و تحلیل داده ها
- ۷- انتشار نتایج تحقیق
- ۸- دزدی ادبی
- ۹- ارائه نتایج از طریق وسائل ارتباط جمعی
- ۱۰- تحقیقات اینترنتی (مسئله رضایت نامه آگاهانه، دسترسی به اطلاعات، عدم صداقت در پاسخگویی چون معلوم نمی‌شود چه کسی پاسخ می‌دهد).
  - به بیانی دیگر موضوعات اخلاقی شامل موارد زیر می‌باشد:
    - استفاده از اطلاعات دیگران به نام خود
    - ترجمه کار دیگران به نام تالیف خود
    - استفاده از اطلاعات خود ساخته به عنوان اطلاعات واقعی
    - اظهار نظرهای علمی نا صحیح با علم به عدم صحت آن
    - نادیده گرفتن یا ناچیز شمردن زحمات و خدمات بعضی از همکاران تحقیقاتی، سهمیم کردن خدمات کم ارزش بعضی دیگر
    - چشم پوشی از کم کاری یا بدکاری همکاران
    - دلایل و نتایج
    - مسئولیت کار همکاران، شراکت نتایج، ارج نهادن به همکاران
    - نشر نتایج و عینیت علم، اجرای وعده

#### تاریخچه اخلاق در پژوهش

تاریخچه اخلاق در پژوهش شامل موارد زیر است:

- اعلامیه نورمیرگک ۱۹۴۷
- انجمن روانشناسی امریکا ۱۹۵۳، ۱۹۶۳
- اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴
- اعلامیه توکیو ۱۹۷۵

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۴۷

- کمیسیون ملی پاسداران از انسان (گزارش بلمونت ۱۹۷۹)

- کمیته‌های اخلاق پژوهش

شورای بین‌المللی سازمان‌های علوم پزشکی (CIOMS) با مشارکت سازمان جهانی بهداشت (WHO) اولین بار در سال ۱۹۸۲ میلادی راهنمای بین‌المللی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی با سوژه‌های انسانی را تدوین و منتشر نمود که آخرین تجدید نظر آن در سال ۲۰۰۲ صورت گرفته است. علاوه بر قوانین و راهنماهای بین‌المللی، برخی کشورها نیز متناسب با شرایط اجتماعی، فرهنگی و مذهبی خود قوانین و راهنماهای اخلاقی ملی مدونی را تهیه نموده‌اند. قانون نورمبرگ، اعلامیه هلسینکی و گزارش بلمونت از اولین قوانینی هستند که در حوزه پژوهش رعایت اخلاق را مورد تأکید قرار داده‌اند.

#### اصول اساسی اعلامیه نورمبرگ ۱۹۴۷

اصول اساسی اعلامیه نورمبرگ ۱۹۴۷ شامل موارد زیر می‌باشد:

- رضایت انسان

- ضرورت انجام آزمایش (پر ثمر بودن، راه دیگر)

- پیش‌بینی قبلی نتایج (حیوانات، وضع طبیعی)

- اجتناب از هر گونه آزار جسمی و روانی

- عدم ایجاد جراحات علیل‌کننده یا مرگ

- نبودن خطر بیش از نتیجه

- حفاظت کامل آزمودنی از خطرات (اقدامات لازم)

- انجام توسط متخصصین ماهر

- آزادی آزمودنی برای ترک

- آزادی پژوهشگر برای قطع

#### متن کامل اعلامیه نورمبرگ ۱۹۴۷

- رضایت انسان مورد آزمایش، بطور مطلق باید با طیب خاطر باشد.

- آزمایش باید طوری باشد که نتایج مفید و پرثمری برای جامعه داشته باشد و در عین حال از راهها و وسایل دیگر امکان دست یافتن به آن نبوده باشد.
- آزمایش باید بر اساس نتایج بدست آمده بر روی حیوانات آزمایشگاهی و اطلاعات مکتسبه از وضع طبیعی و مشکلات بیماری باشد.
- آزمایش باید طوری ترتیب داده شود که از هر گونه آزار جسمی و روحی غیر ضروری اجتناب گردد.
- نباید هیچ گونه آزمایشی که در آن دلیلی بر مرگ و یا جراحات علیل کننده باشد انجام گیرد.
- درجه خطر نباید از آنچه که از آزمایش بدست خواهد آمد بیشتر باشد.
- باید مقدمات یا تمهیدات لازم و کافی تدارک گردد تا سوژه مورد تجربه را، حتی از خطرات احتمال بسیار دور مانند جراحات، علیل شدن و مرگ محفوظ نمود.
- آزمایش باید فقط بوسیله دانشمندانی که از نظر اخلاقی و عملی صلاحیت دارند انجام گیرد.
- در جریان آزمایش، انسان مورد آزمایش باید آزادی کامل داشته باشد تا هر وقت احساس نمود که ادامه آزمایش از نظر جسمی و روحی برای وی غیر ممکن است آن را قطع نماید.
- در جریان آزمایش دانشمند آزمایش کننده باید آمادگی داشته باشد که هر وقت حدس زد، با وجود مهارت و دقت کافی، ادامه آزمایش احتمالاً به جراحات و یا علیلی سوژه منجر خواهد شد آن را قطع نماید.

#### نکات مهم در تحقیق غیر درمانی

- توجه به حفظ جان و سلامت افراد
- چگونگی اخذ رضایت معتبر (فقدان اجبار، علم به پیامدهای اعمال) توجه به مسئله اضطراب برای فرد



- خطر توجیه‌پذیر (از نظر پژوهشگر یا از نظر فرد مورد تحقیق)

- تحقیق‌های درمانی

- اقداماتی که منجر به بالا بردن امید به نجات بیمار می‌شود.

- بررسی مقدار سود و خطر نسبت به یکدیگر

- اخذ رضایت معتبر - فقدان اجبار، آگاهی

- رضایت آگاهانه

#### قانون نورمبرگ: دستورهایی برای آزمایش‌های انسانی

کمیسیون ملی حفاظت از عوامل انسانی در پژوهش‌های زیست پزشکی و رفتاری آمریکا (۱۹۷۹) قانون نورمبرگ: دستورهایی برای آزمایش‌های انسانی را به شرح زیر گزارش داده است:

۱) رضایت داوطلبانه عامل انسانی، قطعاً ضروری است. این بدان معنی است که شخصی که در آزمایش شرکت می‌کند، باید دارای صلاحیت قانونی برای دادن رضایت باشد. می‌بایست در وضعی باشد که بتواند با قدرت آزاد برای انتخاب عمل کند، بدون مداخله هر نوع عنصر اجبار، فریب کاری، تقلب، زور، درخواست مفرط یا سایر اشکال نهان محدودیت یا اجبار و می‌بایست دارای آگاهی کافی و درک عناصر مورد نظر باشد به گونه‌ای که بتواند تصمیمی آگاهانه و روشنفکرانه بگیرد. این جزء آخر، نیازمند این است که قبل از پذیرش تصمیم مثبت گرفته شده به وسیله آزمودنی، باید به وی ماهیت، طول مدت و هدف از آزمایش، روش و وسایلی که به وسیله آنها آزمایش انجام می‌گردد. همه ناراحتی‌ها و خطراتی که انتظار می‌رود و اثرات آن بر سلامت وی یا شخصی که ممکن است ناشی از مشارکت او در آزمایش باشد، تفهیم گردد. وظیفه و مسئولیت اثبات کیفیت این رضایت بر عهده شخصی است که آغازگر، راهبر یا درگیر در این آزمایش، می‌باشد. این وظیفه و مسئولیتی شخصی است و نمی‌توان آن را با مصونیت از عواقب کار به دیگری واگذار نمود.

۲) آزمایش می‌بایست در زمره آزمایش‌های دارای نتایج اثر بخش برای بهبود جامعه، غیر قابل حصول توسط روشها یا وسایل دیگر مطالعه بوده و طبیعتاً اتفاقی و غیر ضروری نباشد.

۳) آزمایش می‌بایست به گونه‌ای طراحی گردد و مبتنی بر نتایج حاصل از آزمایش‌های حیوانی و آگاهی از تاریخچه طبیعی بیماری یا سایر مسائل تحت مطالعه باشد که نتایج پیش‌بینی شده، انجام آزمایش را توجیه نماید.

۴) آزمایش می‌بایست به گونه‌ای انجام گردد که از هر گونه رنجش و آسیب فیزیکی و روانی غیر ضروری اجتناب نماید.

۵) هنگامی که با دلیلی قبلی، احتمال می‌رود مرگ یا آسیب ناتوان کننده‌ای رخ خواهد داد، هیچ آزمایشی نباید صورت گیرد، مگر در مورد آزمایش‌هایی که پزشکان آزمایشگر نیز به عنوان آزمودنی، تحت آزمایش قرار می‌گیرند.

۶) درجه خطری که می‌بایست تحمل گردد، نباید هرگز فراتر از اهمیت انسان دوستی معین شده مسئله‌ای باشد که قرار است از طریق آزمایش حل گردد.

۷) آمادگی لازم باید ترتیب داده شده و تسهیلات کافی برای حفاظت از فرد مورد آزمایش در مقابل هر نوع خطر احتمالی، آسیب، ناتوانی یا مرگ، مهیا گردد.

۸) آزمایش می‌بایست فقط توسط اشخاص کارشناس علمی صورت گیرد. بالاترین درجه مهارت و مراقبت باید در تمام مراحل آزمایش توسط افراد اجرا کننده یا درگیر در آزمایش، اعمال گردد.

۹) در طول دوره آزمایش، فرد مورد آزمایش می‌بایست دارای اختیار عمل کافی برای ادامه آزمایش و یا خاتمه آن در صورتی باشد که دچار حالت فیزیکی یا روانی شود که ادامه آزمایش به نظر وی غیر ممکن محسوب گردد.

۱۰) در طی مدت آزمایش، دانشمند مسئول می‌بایست دارای آمادگی کافی برای خاتمه آزمایش در هر مرحله‌ای باشد، چنانچه به هر دلیل احتمالی، به این باور برسد که وفای به تعهداتش ممکن است قربانی اعتماد بیش از حد به مهارت و قضاوت محتاطانه‌اش گردیده و

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۵۱

احتمال دهد که ادامه آزمایش ممکن است به آسیب، ناتوانی یا مرگ فرد مورد آزمایش بیانجامد، موظف است آن را خاتمه دهد.

اعلامیه هلسینکی (۱۹۶۴، ۱۹۷۵)

اعلامیه هلسینکی، به عنوان یکی از معتبرترین راهنماهای بین‌المللی اخلاق در پژوهش، تاکنون چندین بار مورد ویرایش قرار گرفته که آخرین آن در سال ۲۰۰۴ میلادی بوده است. اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ بر اساس موارد زیر می‌باشد:

- پژوهش بر مبنای اصول علمی (آزمایش بر حیوانات)
- داشتن پروتکل و تصویب آن
- صلاحیت علمی پژوهشگر (صاحب صلاحیت در پزشکی در پژوهش زیست‌پزشکی)
- اهمیت موضوع برابر با خطرات احتمالی
- ذکر موازین اخلاقی در طرح تحقیقاتی
- حفظ و احترام به سلامت انسان (احتیاطات لازم)
- گزارش دقیق نتایج
- اطلاع آزمودنی از ویژگی‌های پژوهش و آزادی عمل وی در قبول و ترک
- رضایت قیم در موارد خاص
- عدم استفاده از دوستان، خویشان، منسوبین
- ذکر موازین اخلاقی در طرح تحقیقاتی

#### تحقیقات توأم با طبابت

- انتخاب آزادانه روش تشخیص یا درمان جدید به شرط امید به بهبودی بیشتر بیمار
- ارزیابی فواید، خطرات و ناراحتی‌های بالقوه روش جدید
- آگاهی و بهره‌وری گروه شاهد (هر بیمار) از بهترین روش
- عدم اختلال رابطه پزشک و بیمار در صورت عدم شرکت
- نظرخواهی از کمیته مستقل در صورت عدم کسب اجازه از بیمار

تحقیقات زیست پزشکی روی انسان (غیر بالینی)

- حفظ جان و سلامت آزمودنی
- داوطلبانه بودن افراد مورد آزمایش
- توقف پژوهش در صورت ایجاد صدمه
- منافع بیمار مقدم بر منافع علم یا اجتماع

مسائل اخلاقی در کار آزمایشی بالینی (Clinical trial)

- از نظر اخلاقی انتخاب گروه شاهد اشکال ندارد؟
- از نظر اخلاقی تجویز دارونما اشکال ندارد؟

متن کامل اعلامیه هلسینکی (۱۹۸۹)

مقدمه

وظیفه پزشک حفظ تندرستی مردم است و دانش و وجدان او وقف ایفای این رسالت می‌باشد. اعلامیه ژنو مصوب انجمن جهانی پزشکی، پزشک را با جملاتی از قبیل (سلامت بیمار اولین وظیفه و مسئولیت من می‌باشد) متعهد نموده است و آیین نامه بین‌المللی اخلاق پزشکی بیان می‌کند که هر عمل یا توصیه‌ای که مقاومت جسمی یا روانی انسان را تضعیف کند، فقط باید در جهت منافع بیمار انجام شود.

هدف از تحقیقات زیست پزشکی بر روی آزمودنی‌های انسانی باید در جهت توسعه روند تشخیص، درمان، پیشگیری و درک بیماری‌های عامل بیماری باشد.

در اعمال پزشکی رایج، بیشتر روش‌های تشخیصی، درمانی یا پیشگیری زیان‌هایی در بر دارند و این امر در تحقیقات زیست پزشکی بیشتر مصداق دارد.

در این تحقیقات باید میان آن نوع تحقیقات پزشکی که هدف آن الزاماً تشخیص یا درمان بیمار می‌باشد و آن دسته تحقیقات پزشکی که موضوع آنها صرفاً علمی و بدون ارزش تشخیصی یا درمانی برای انسان مورد آزمایش است، تفاوت اساسی قائل شد. در اجرای

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۵۳

تحقیقاتی که ممکن است بر محیط زیست موثر باشد باید توجه خاصی مبذول داشت و آسایش حیواناتی که برای تحقیق استفاده می‌شوند را مدنظر قرار داد.

از آنجا که نتایج کارآزمایی‌های بالینی در انسان به این منظور اعمال می‌گردد تا اطلاعات علمی افزایش یافته و از رنج‌های انسانی بکاهد انجمن جهانی پزشکی توصیه‌های ذیل را به‌عنوان دستورالعمل در تحقیقات زیست پزشکی شامل آزمودنی‌های انسانی، به پزشکان ارائه نموده است. این توصیه‌های پزشکی باید در آینده مورد تجدید نظر قرار گیرد. باید تأکید کرد که این معیارها تنها به‌عنوان دستورالعملی برای پزشکان سراسر جهان برگزیده شده‌اند. البته پزشکان از مسئولیت‌های جزایی، اجتماعی و اخلاقی مربوط به قوانین کشورشان مبرا نمی‌باشد.

اصول بنیادی در این توصیه‌ها عبارتند از:

۱- تحقیقات زیست پزشکی بر روی آزمودنی انسانی باید منطبق با اصول علمی پذیرفته شده بوده و بر اساس تجربیات آزمایشگاهی و آزمایش‌های حیوانی مناسب و کافی و با شناخت کامل از اطلاعات علمی اجرا گردد.

۲- طراحی و انجام هر نوع کارآزمایی بالینی بر روی آزمودنی انسانی باید در یک پروتکل تحقیقاتی دارای قاعده در یک کمیته مستقل و ویژه رسیدگی، تفسیر و راهنمایی گردد.

۳- تحقیقات زیست پزشکی بر روی آزمودنی انسانی فقط باید توسط افراد واجد صلاحیت علمی و تحت نظارت پزشک بالینی با صلاحیت انجام گیرد. مسئولیت آزمودنی باید همیشه به‌عهد یک پزشک با کفایت بوده و هرگز به‌عهد آزمودنی نباشد، حتی اگر خود وی رضایت داده باشد.

۴- تحقیقات زیست پزشکی بر روی آزمودنی انسانی قانوناً نباید انجام شود، مگر اینکه اهمیت موضوع بیش از زیان‌های ناشی از آن برای آزمودنی باشد.

- ۵- در هر تحقیق زیست پزشکی بر روی آزمودنی انسانی، باید قبلاً "با ارزیابی دقیق، خطرات قابل پیش‌بینی و منافع مورد انتظار برای فرد مورد آزمایش با دیگران مقایسه و سنجیده شود. همیشه منافع آزمودنی باید نسبت به منافع علمی و جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار باشد.
- ۶- حقوق آزمودنی در حفظ حیثیت خویش باید همیشه مورد احترام باشد. همه تمهیدات باید در جهت احترام به رازداری آزمودنی و به حداقل رساندن اثر مطالعه بر صحت جسمی و روانی و بر روی شخصیت آزمودنی باشد.
- ۷- پزشکان باید هنگامی اقدام به انجام تحقیقات بر روی انسان نمایند که مطمئن باشند زیان‌های احتمالی قابل پیش‌بینی خواهند بود. پزشکان باید هر گاه که احساس کنند مضار از منافع بالقوه فزونی گرفته، تحقیق را متوقف نمایند.
- ۸- پزشکان در انتشار نتایج تحقیق خویش، نسبت به صحت مطالب متعهد می‌باشند. گزارش‌های کارآزمایی بالینی که مطابق اصول این بیانیه نیست، نباید اجازه انتشار بیابند.
- ۹- در تحقیقاتی که بر روی انسان انجام می‌گیرد، آزمودنی باید به روشنی از اهداف، روش‌ها، منافع احتمالی و زیان‌های بالقوه ناشی از تحقیق و ناراحتی‌هایی که ممکن است پیش بیاید، آگاه باشد و به وی اطلاع داده شود که برای انصراف از شرکت در تحقیق آزاد است و می‌تواند در هر زمان، رضایت خود مبنی بر شرکت در تحقیق را پس بگیرد. پزشک باید رضایت آگاهانه آزمودنی را، ترجیحاً به شکل کتبی کسب نماید.
- ۱۰- اگر آزمودنی دارای وابستگی به پزشک بوده و یا دارای محدودیتی باشد، پزشک هنگام کسب رضایت نامه باید کاملاً محتاط باشد. در این مورد رضایت نامه باید توسط پزشکی که تعهدی در تحقیقات ندارد و کاملاً مستقل از این ارتباط است، کسب شود.
- ۱۱- در مورد آزمودنی‌هایی که از نظر قانون فاقد صلاحیت هستند، رضایت نامه باید از قیم قانونی که بر طبق قوانین ملی انتخاب شده، کسب شود. در مواردی که ناتوانی جسمی یا روانی، کسب رضایت نامه را غیر ممکن می‌سازد و یا در مورد افراد صغیر، محقق باید از سرپرست قانونی آنها اجازه بگیرد.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۵۵

۱۲- اجرای طرح تحقیقاتی همیشه باید حاوی ملاحظات اخلاقی بوده و مشخصاً اصول اعلام شده در اعلامیه حاضر در آن رعایت شده باشند.

توصیه‌های مربوط به تحقیقات پزشکی توأم با مراقبت (تحقیق بالینی) عبارتند از:

۱- پزشک باید در درمان بیمار آزاد باشد تا از روش تشخیصی یا درمانی جدید استفاده کند. مشروط بر آنکه به نظر وی این کار منجر به حفظ زندگی، بقای تندرستی یا نجات وی از درد و رنج باشد.

۲- فواید و زیان‌های احتمالی روش جدید باید با بهترین روش‌های تشخیصی و درمانی موجود سنجیده شود.

۳- در هر مطالعه پزشکی، همه بیماران از جمله آنها که در گروه شاهد قرار دارند، بایستی از بهترین روش تشخیصی و درمانی بهره‌مند شوند.

۴- امتناع بیمار از شرکت در طرح تحقیقاتی هرگز نباید بر روابط بین پزشک و بیمار تاثیر بگذارد.

۵- اگر پزشک تشخیص داد که کسب رضایت نامه ضروری نیست، دلایل خاص آن باید در طرح تحقیقاتی عنوان شود تا به نظر کمیته مستقل برسد.

۶- پزشک هنگامی می‌تواند تحقیق پزشکی را با مراقبت پزشکی توأم کند که هدف از اکتساب دانش طبی جدید صرفاً کمک به بیمار از نظر تشخیص و درمان باشد.

توصیه‌های مربوط به تحقیقات زیست پزشکی غیر درمانی بر روی آزمودنی انسانی عبارتند از:

۱- در تحقیقات پزشکی که بر روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرد، وظیفه پزشک حفظ زندگی و سلامت فردی است که تحقیق زیست پزشکی بر روی او انجام می‌گیرد.

۲- آزمودنی باید داوطلبانه وارد تحقیق شود، خواه فردی سالم باشد، خواه بیماری که تحقیقاتی مربوط به بیماری او نیست.

۳- محقق یا گروه تحقیقاتی باید هنگامی که احساس کردند ادامه تحقیق برای افراد مضر است، آن را متوقف نمایند.

۴- در تحقیق بر روی انسان، منافع علمی یا جامعه را هرگز نباید بر منافع آزمودنی ترجیح داد.

#### گزارش بلمونت (Belmont)

در سال ۱۹۷۴، اولین کمیته حمایت از انسان در پژوهش‌های زیست پزشکی و رفتاری تشکیل شد. از وظایف این کمیته حفاظت از عوامل انسانی در پژوهش‌های زیست پزشکی و رفتاری، تعیین اصول اخلاقی پایه‌ای بود که می‌بایست در پژوهش بر روی عوامل انسانی، مبنا قرار گرفته و برای ایجاد رهنمودهایی برای اطمینان از انجام پژوهش در راستای این اصول، مورد استفاده قرار گیرد. به دنبال ایجاد آن، این کمیته چندین گزارش منتشر کرد یعنی پس از ۴ سال این کمیته اصول و دستورالعمل‌های اخلاقی در پژوهش‌های انسانی را منتشر ساخت که به "گزارش بلمونت: اصول اخلاقی و رهنمودهایی برای حفاظت از عامل پژوهش انسانی" معروف شد که بیشترین توجه را جلب خود نمود. گزارش بلمونت شامل سه بخش می‌باشد: بخش اول: مرز بین طبابت و تحقیق، بخش دوم: اصول اخلاقی بنیادی و بخش سوم: کاربردها. در بخش دوم گزارش بلمونت (اصول اخلاقی بنیادی)، بر خلاف قانون نورمبرگ و بیانیه هلسینکی که مشتمل بر رهنمودها یا قواعد خاصی می‌باشد، گزارش بلمونت سه اصل اخلاقی بنیادین (احترام به افراد، نیکوکاری یا سودمندی و عدالت) که مرتبط با همه عوامل انسانی درگیر پژوهش است را مشخص می‌نماید. به عبارت دیگر گزارش بلمونت سه اصل اخلاقی اساسی را که مرتبط با تمامی عوامل انسانی درگیر پژوهش می‌باشد پایه‌گذاری نمود: احترام به افراد، نیکوکاری یا سودمندی و عدالت. اگرچه گاهی اوقات اصول مهم دیگری در پژوهش اعمال می‌گردد، این سه اصل، چارچوب جامعی را برای تصمیم‌گیری اخلاقی در مورد عوامل انسانی درگیر در پژوهش فراهم می‌آورد. اصول اخلاقی گزارش بلمونت به شرح زیر می‌باشد:

۱) اصل احترام به افراد، شأن و اختیار اشخاص را تصدیق نموده و افرادی که دچار نقصان اختیار لازم شده‌اند را نیازمند ارائه حفاظت خاص می‌داند. این اصل مستلزم کسب



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۵۷

رضایت آگاهانه از افراد شرکت کننده در پژوهش است. برخی جمعیت‌های مشخص مورد آزمایش، به علت آسیب پذیری بالقوه شان نیازمند اقدامات حفاظتی بیشتر هستند. اینها شامل جنین‌های زنده انسان، کودکان، زندانی‌ها، افراد عقب مانده ذهنی و افراد مبتلا به ناراحتی‌های شدید می‌باشند.

۲) اصل خیررسانی یا نیکوکاری/سودمندی ما را ملزم به حفاظت از افراد با توجه به منافع پیش‌بینی شده حداکثر و امکان آسیب‌های حداقل می‌نماید. بنابراین، لازم است طرح مطالعه و خطرات و منافع مشتمل بر آن به دقت مورد بررسی قرار گرفته و در برخی موارد، روش‌های جایگزین مشخصی برای کسب منافع حاصل از پژوهش جستجو گردد. خطرات پژوهش می‌بایست همیشه با توجه به منافع قابل انتظار پژوهش، توجیه گردند.

۳) اصل عدالت یعنی چه کسی از نتایج تحقیق سود می‌برد. اصل عدالت مستلزم آن است که با افراد مورد آزمایش منصفانه رفتار نمائیم. به عنوان مثال افراد می‌بایست به دقت و به طور مساوی انتخاب گردند تا مطمئن شویم که افراد مشخص یا طبقاتی از افراد مانند زندانی‌ها، سالمندان یا ثروتمندان به طور نظام‌مند انتخاب یا محروم نمی‌گردند، مگر اینکه دلایل معتبر علمی یا اخلاقی برای انجام چنین کاری داشته باشیم. همچنین بدون وجود توجیه دقیق برای موارد استثناء، پژوهش نباید از افراد گروهی استفاده نماید که بعید است از کاربردهای متعاقب این پژوهش نفعی ببرند.

در بخش سوم گزارش بلمونت (کاربردها) موارد زیر مطرح می‌باشد:

۱- رضایت آگاهانه (اطلاع، داوطلبانه بودن)

۲- ارزیابی زیان‌ها و منافع

۳- ماهیت و حیطه ارزیابی زیان‌ها و منافع (باید مبتنی بر اصل خیررسانی باشد نه

کنجکاوی شخصی)

۴- ارزیابی سیستماتیک زیان‌ها و منافع (طبقه‌بندی زیان کم یا سبک معنی ندارد)

۵- انتخاب آزمودنی‌ها (اصل احترام، رضایت آگاهانه، خیررسانی، عدالت)

### کمیته‌های اخلاق

در سال ۱۹۸۲، انجمن روانشناسی آمریکا اصول تحقیق بر روی انسان‌ها را منتشر کرد. در این اصول، بر کمیته بررسی سازمانی (IRB) (Institutional Review Boards) (کمیته اخلاق)، برای بررسی تحقیق‌هایی که انجام می‌شود، تاکید شده است.

### وظایف گروه بررسی سازمانی یا کمیته اخلاق (IRB) (Institutional Review Boards)

- ایجاد کمیته یا شورا برای بررسی
- تنظیم موافقت نامه برای آزمودنی
- عدم استفاده از روش‌های آسیب رسان جسمی و روحی
- عدم توسل به زور یا تهدید برای شرکت
- انطباق با سیاست‌های مملکتی، بین‌المللی و معیارهای شغلی، اجتماعی
- آگاه بودن بیمار از اینکه ممکن است دارونما دریافت می‌کند.
- توجه به اعتقادات و باورهای مذهبی و سنتی جامعه
- عدم تجاوز به حریم زندگی خصوصی
- پرهیز از استراق سمع، آینه یکطرفه و مواردی از این قبیل.
- محرمانه نگاه داشتن اطلاعات
- عدم سوء استفاده از افراد صغیر
- امکان ترک پژوهش
- جبران خسارت

### مطالعاتی که می‌توان بدون موافقت انجام داد:

- مطالعات گذشته نگر پرونده‌های بیمارستانی
- مطالعات اپیدمیولوژیک از مدارک موجود
- مطالعات رفتارهای یک گروه بدون نیاز به مداخله
- پژوهش‌های مربوط به خون، ادرار و نسج

- بهر حال هویت محرمانه باشد

#### موافقت نامه یا رضایت نامه

موافقت نامه یا رضایت نامه شامل موارد زیر می‌باشد:

- نام و نشانی و تلفن آزمودنی
- نام و نشانی و تلفن فردی که در اورژانس باید فرا خواند.
- عنوان پژوهش، نام مجری و همکاران
- نام سازمان
- دلایل شرکت فرد در طرح
- مدت زمان و نوع همکاری
- شرح خطرات و عوارض
- فواید احتمالی آینده به سایرین
- تضمین محرمانه بودن
- آزادی برای رها نمودن بدون کاستی در ارائه خدمات
- پذیرش مسئولیت قانونی در مقابل همه اشتباهات
- ذکر هدیه یا امتیاز
- امضاء آزمودنی و در صورت لزوم شاهد

اطلاعاتی که می‌بایست جهت کسب رضایت آگاهانه به شرکت‌کنندگان در پژوهش، ارائه گردد.

- گروه بررسی سازمانی یا کمیته اخلاق (IRB) اطلاعاتی که می‌بایست جهت کسب رضایت آگاهانه به شرکت‌کنندگان در پژوهش، ارائه گردد را به شرح زیر اعلام نموده است:
- بیان اینکه مطالعه، مستلزم پژوهش و بررسی است.
  - توضیح هدف مطالعه و زمان مورد انتظار برای شرکت در پژوهش
  - توصیف رویه‌هایی که می‌بایست دنبال گردند و تعیین رویه‌های تجربی

- توصیف هر گونه خطر یا ناراحتی قابل پیش‌بینی برای فرد مورد آزمایش، تخمین احتمال بروز آن و تشریح گام‌هایی که در جهت پیشگیری یا به حداقل رساندن آن باید برداشته شود.

- توصیف هر گونه منفعت حاصل از پژوهش برای شرکت‌کننده یا سایرین که ممکن است به طور منطقی انتظار رود. پرداخت وجه نقد، منفعت محسوب نمی‌شود. اگر پرداختی به آزمودنی‌ها یا داوطلبان سالم، صورت می‌گیرد، مقدار آن می‌بایست در رضایت‌نامه بیان گردد.

- آشکار ساختن هر گونه شیوه جایگزین مناسب یا دوره‌های درمانی که ممکن است برای شرکت‌کننده مفید باشد.

- توضیحی در مورد اینکه تمام اطلاعات ثبت شده محرمانه حفظ می‌گردند، شامل ارائه این مطلب که چه کسی ممکن است به اطلاعات ثبت شده پژوهش، دسترسی داشته باشد.

- برای پژوهشی که مستلزم خطری بیشتر از میزان حداقل است، توضیح و توصیف هر گونه مورد جبران‌کننده یا درمانی که در صورت آسیب به افراد مورد آزمایش در دسترس می‌باشد و اینکه از کجا می‌تواند اطلاعات بیشتری به دست آورده و در صورت رویداد هر گونه آسیب مربوط به پژوهش، با چه کسی می‌تواند تماس بگیرند.

- توضیح در مورد اینکه برای پاسخگویی به سوال‌های مربوطه در مورد پژوهش و حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش (شامل تعیین نماینده بیماران در مرکز بالینی و شماره تلفن وی) با چه کسی می‌تواند تماس حاصل نمایند.

- بیان این مسئله که مشارکت در پژوهش داوطلبانه بوده و هر گونه امتناع از مشارکت یا عدم ادامه مشارکت در هر برهه‌ای از زمان، مستلزم جریمه یا فقدان منافع نسبت به سایر شرکت‌کنندگان ذینفع، نخواهد بود.

توجه: بسته به نوع مطالعه، موارد دیگری نیز وجود دارد که پژوهشگران می‌بایست در رضایت‌نامه‌ها، چنانچه مناسب باشد، لحاظ نمایند.

- ۱) بیان درمان ویژه یا شیوه‌ای که ممکن است در بر دارنده خطراتی برای مورد آزمایش (یا برای جنین وی چنانچه باردار باشد یا باردار گردد) بوده ولی فعلاً غیر قابل پیش‌بینی است.
- ۲) پیش‌بینی شرایطی که ممکن است تحت آن، مشارکت فرد توسط آزمایشگر بدون توجه به رضایت وی خاتمه یابد.
- ۳) هر گونه هزینه اضافی برای شرکت کننده که ممکن است در نتیجه شرکت در پژوهش بوجود آید.
- ۴) پیامدهای تصمیم فرد مورد آزمایش برای ترک پژوهش و شیوه‌هایی که جهت انصراف قانونی از مشارکت توسط فرد مورد آزمایش در نظر گرفته شده است.
- ۵) بیان اینکه، یافته‌های معنی دار جدید که در طی آزمایش بدست آمده و ممکن است مرتبط با اراده فرد برای ادامه مشارکت باشد، به وی اعلام خواهد شد.
- ۶) شمار تقریبی شرکت کنندگان در مطالعه و مدت زمانی که مطالعه طول خواهد کشید.

در کشور ما نیز در سال‌های اخیر توجه و اقبال ویژه‌ای به موضوع اخلاق پزشکی وجود داشته است که برخی کتب و مقالات چاپ شده بیانگر آن می‌باشد. همچنین تدوین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی کشور، تصویب مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران، و نیز ایجاد سایت اخلاق پزشکی از فعالیت‌های بسیار مهم در این دوره بوده‌اند. اخلاق در پژوهش نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین مباحث اخلاق پزشکی در کشور ما مورد توجه خاص قرار گرفته است. خوشبختانه در حال حاضر کمیته‌های اخلاق در پژوهش در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و اکثر مراکز تحقیقاتی دارای ردیف بودجه مستقل تشکیل گردیده است.

### اخلاق در نگارش مقاله‌های علمی

در زمینه اخلاق در پژوهش دستورالعمل‌ها و بیانیه‌های بی شماری منتشر شده است که از آن جمله می‌توان به پروتکل معروف "هلسینکی" - که آخرین نسخه آن در سال ۲۰۰۷ در

سئول اصلاح و منتشر شد - اشاره نمود. در زمینه اخلاق در نگارش مقاله‌های علمی که زیرمجموعه‌ای از اخلاق در پژوهش می‌باشد حداقل در کشور ما به صورت مجزا توجه لازم صورت نگرفته است. از آنجایی که در سال‌های اخیر در کشور شاهد رشد بی سابقه انتشار مقاله‌های علمی بوده‌ایم، لزوم توجه به اخلاق در نگارش مقاله‌ها ضروری به نظر می‌رسد به ویژه که در همین دوره متأسفانه شاهد انجام عدم رعایت اخلاق توسط پژوهشگران کشورمان در انتشار مقاله‌ها بوده ایم که اکثر موارد صورت گرفته، ناشی از عدم آگاهی افراد از مصادیق نقض اخلاق در نگارش مقاله‌ها بوده است. رعایت اخلاق در نگارش مقاله‌ها، ارسال و ارائه مقاله‌ها در کنگره‌های پژوهشی را هم شامل می‌شود و پژوهشگران موظف هستند که اصول اخلاقی مربوطه را رعایت کنند. از این رو به صورت مختصر در مورد مصادیق نقض اصول اخلاقی که ممکن است در ارائه و ارسال مقاله‌ها به کنگره‌ها صورت گیرد توضیحاتی ارائه می‌شود.

۱) درج غیر اخلاقی نام نویسندگان (نویسنده میهمان Gift، Guest و نویسنده شبح

(Ghost

۲) ارائه چندگانه مقاله‌ها در کنگره‌های مختلف (Duplicate presentation)

۳) سرقت علمی (Plagiarism)

۴) داده سازی (Fabrication)

۵) غلط نمایی داده‌ها (Falsification)

۱) درج غیر اخلاقی نام نویسندگان (نویسنده میهمان، Gift، Guest و نویسنده شبح

(Ghost

در مورد اینکه در مقاله‌ها چه کسانی باید نامشان در فهرست نویسندگان قرار بگیرد کمیته‌ها و افراد صاحب نظر پیشنهادها را متعددی داده‌اند که در بین آنها از همه معروف تر و کاربردی تر پیشنهاد "مجمع سردبیران ونکوور" است که در سال ۱۹۷۹ به انتشار رسید. این مجمع اکنون گسترش یافته و تحت عنوان کمیته بین المللی سردبیران نشریه‌های پزشکی

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۶۳

(ICMJE) داشتن حداقل سه شرط را برای نویسنده بودن لازم دانسته‌اند. در ذیل به این سه شرط پرداخته‌ایم.

الف) در تنظیم دیدگاه کلی و طراحی دقیق، انجام پژوهش یا تحلیل و تفسیر اطلاعات نقش اساسی داشته باشد.

ب) همکاری فعال در تهیه محتویات و یا تنظیم پیش نویس مقاله داشته باشد.

پ) در تصویب نهایی مقاله جهت چاپ و ارتباط با دفتر مجله و انجام اصلاحات پیشنهاد شده شرکت داشته باشد.

با توجه به معیارهای فوق، دو مورد غیر اخلاقی شایعی که در درج نام نویسندگان، ممکن است پیش آید یکی نویسنده میهمان (Guest)، (Gift) است و دیگری نویسنده شبح (Ghost).

نویسنده میهمان (Guest)، (Gift) یک فرد صاحب نظر یا یک دانشمند برجسته و یا یک فرد بانفوذ است که معیارهای نویسنده بودن را ندارد ولی به خاطر اینکه ارزش مقاله را در چشم داوران و سردبیران بالا ببرد و به شکلی شانس انتشار مقاله را افزایش دهد نام او به صورت غیر اخلاقی در فهرست نویسندگان قرار می‌گیرد. مورد دیگری که از مصادیق نویسنده میهمان است قرار دادن نام مسئولین، روسای دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، به دلیل برخی ملاحظات یا به دلیل منافع شخصی سایر نویسندگان، در فهرست نام نویسندگان است. نویسنده شبح (Ghost) فردی است که توسط مجریان طرح با پرداخت حقوق به خدمت گرفته شده تا در مراحل انجام طرح همکاری کند و یا کارمند شرکت تامین کننده بودجه طرح تحقیقاتی است که وظیفه داشته در اجرای طرح همکاری کند و به دلیل ملاحظات و روابطی که با نویسنده مسئول داشته است نامش در فهرست نویسندگان مقاله قرار می‌گیرد که امری غیر اخلاقی است.

۶۴ / راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

ملاک‌های نویسنده بودن (نویسنده اول، نویسنده مسئول و پاسخگو، نویسنده میهمان و نویسنده شبیح) بر اساس و نکورر

نویسنده آن کسی است که نامش در by – line است. قانون و نکورر یک پروتکل اجرایی برای مقاله نویسی و نیز منابع است. در ملاک‌های آن از ۱۹۸۸ تاکنون تغییراتی به وجود آمده است. بر اساس قانون و نکورر نویسنده باید شرایط الف، ب و ج را داشته باشد:

الف: نویسنده کسی است که شرایط اساسی برای مفهوم و طراحی را دارد.

یا جمع آوری داده‌ها یا تحلیل و تفسیر داده‌ها (حداقل یکی از آنها را باید حتماً داشته باشد).

ب: پیش نویس مقاله

یا تجدید نظر آن به طور شاخص برای محتوای منطقی مهم (حداقل یکی از آنها را باید حتماً داشته باشد)

ج: تایید نهایی مقاله با دریافت پول یا بدون دریافت پول

نویسنده اول، نویسنده مسئول و پاسخگو

نویسنده اول کسی است که بیشترین کار را انجام داده است. از نویسنده دوم به بعد ترتیب بین المللی ندارد و به توافق طرفین بستگی دارد.

نویسنده مسئول و پاسخگو کسی است که در گروه نویسندگان کم مشغله‌تر می‌باشد، برای بازبینی ایمیل هایش وقت آزاد بیشتری دارد، وجهه علمی بیشتری ندارد، نقش وی بیشتر اجرایی است. نماینده نویسندگان است.

نویسنده شبیح (Ghost)، نویسنده میهمان (Guest)، (Gift)

نویسنده شبیح (Ghost): ۱) ملاک‌های نویسنده بودن را دارد اما شامل فهرست نویسندگان نیست و نام وی نیامده است، ۲) شامل دانشجویان و پژوهشگران جوان می‌باشد و ۳) آوردن نام آنها یک کار غیر اخلاقی است.



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۶۵

فردی می‌تواند نویسنده باشد که این شرایط را دارا باشد: (۱) معمولاً نویسنده پزشکی که پیش نویس مقاله را به وجود آورده است، (۲) موضوع بحث به عنوان نویسنده بودن به دلیل نوشتن یک پیش نویس و تفسیر داده‌ها است و (۳) آوردن نام آنها یک کار اخلاقی است. نویسنده (Gift، Guest: ۱) ملاک‌های نویسنده بودن را ندارد (۲) نام آنها به عنوان نویسنده بودن به دلیل افزایش شانس انتشار مقاله است و (۳) آوردن نام آنها یک کار غیر اخلاقی است.

اسامی بقیه نویسندگان در بخش سپاسگزاری مقاله آورده خواهد شد. این نویسندگان در مقاله نقشی داشته‌اند ولی ملاک‌های نویسنده بودن را نداشته‌اند. آنها در انجام پژوهش کمک کرده‌اند مثلاً ویرایش، دریافت پول و گرانت یا فقط تکمیل پرسشنامه‌ها؛ ولی ملاک‌های نویسنده بودن را ندارند.

## ۲) ارائه چندگانه مقاله‌ها در کنگره‌های مختلف (Duplicate presentation)

یکی از معضلات اخلاقی که برخی ارائه دهندگان به ویژه دانشجویان با آن مواجه هستند قوانین اخلاقی ارائه یک مقاله در چند کنگره مختلف است. برخی افراد جهت کسب امتیازهای بیشتر، یک مقاله واحد را در چندین کنگره ارائه می‌کنند که این عمل به طور کلی غیر اخلاقی است. فقط در دو مورد ارائه دهندگان مجوز دارند که یک مقاله را تنها در دو کنگره مختلف ارائه دهند که عبارتند از:

الف) مقاله قبلاً در یک کنگره درون دانشگاهی، محلی یا درون شبکه‌ای ارائه شده و اکنون ارائه دهنده قصد دارد که در یک کنگره با سطح بالاتر (ملی یا بین‌المللی) آن را ارائه کند (ارائه مجدد مقاله از یک کنگره با سطح پایین‌تر به یک کنگره بالاتر بلامانع است ولی عکس آن یعنی ارائه مجدد از سطح بالاتر به سطح پایین‌تر غیر اخلاقی است).

ب) مقاله قبلاً در یک کنگره تخصصی توسط استاد ارائه شده و اکنون دانشجوی این طرح قصد ارائه آن در یک کنگره دانشجویی را دارد. عکس این قضیه هم بلامانع است. یعنی

اگر مقاله‌ای توسط یک دانشجو در یک کنگره دانشجویی ارائه شود استاد مربوطه می‌تواند مجدداً همان مقاله را در یک کنگره تخصصی ارائه دهد.

### ۳) سرقت علمی (Plagiarism)

یکی از شایع نقض اخلاق در نگارش مقاله‌ها، سرقت ادبی می‌باشد. سرقت ادبی چندین مصداق دارد که در زیر به آنها اشاره می‌شود:

الف) ارائه مقاله‌های دیگران به نام خود چه با ذکر نام نویسندگان مقاله اصلی چه بدون ذکر نام آنها

ب) مقاله کردن پایان نامه‌های سایرین و ارسال آن به نام خود به کنگره‌ها بدون اجازه استاد راهنما و یا صاحب پایان نامه و یا بدون ذکر نام آنها در فهرست نام نویسندگان (این مورد در کنگره‌های دانشجویی خیلی بیشتر از سایر موارد رخ می‌دهد).

پ) استفاده بدون اجازه از ایده‌های دیگران یا برداشت مطلبی بدون ذکر منبع آن

### ۴) داده سازی (Fabrication)

در این مورد بدون اینکه فرد پروژه‌ای انجام داده باشد از خودش داده‌ها را می‌سازد، تحلیل می‌کند و آن را مقاله می‌کند و ارائه یا انتشار می‌دهد.

### ۵) غلط نمایی داده‌ها (Falsification)

دستکاری داده‌های واقعی به نحوی که در تحلیل نتایج مورد نظر پژوهشگر به طور غیرواقعی حاصل شود، اصطلاحاً غلط نمایی داده‌ها یا اطلاعات تحریف شده نام دارد. استفاده تعمّدی از آزمون‌های آماری نادرست به منظور دستیابی به نتایج مطلوب پژوهشگر حتی اگر همراه با دستکاری داده‌ها نباشد، جزء این مورد به حساب می‌آید و یک عمل غیر اخلاقی است.

## کدهای اخلاقی در پژوهش بر اساس راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش کشور ایران (۱۳۷۹)

پس از بررسی کدهای بین‌المللی موجود، با توجه به شرایط فرهنگی کشور، راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش کشور ما طراحی گردید. این راهنما (مصوب کمیته کشوری اخلاق، ۱۳۷۹) شامل ۲۶ اصل یا ماده است. پژوهشگر باید کدهای اخلاقی شامل ۲۶ اصل یا ماده را مطالعه نموده و ضمن امضاء و پیوست آن به پروپوزال، متعهد به رعایت تمامی موارد زیر که مرتبط با پژوهش وی است، گردد:

۱- کسب رضایت آگاهانه در کلیه پژوهش‌هایی که بر روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرد ضروری است. در مورد پژوهش‌های مداخله‌ای، کسب رضایت آگاهانه باید کتبی باشد.

۲- ارجحیت منافع جامعه یا پیشرفت علوم نمی‌تواند توجیهی برای قراردادن آزمودنی در معرض ضرر و زیان غیرمعقول باشد و یا محدودیتی در اعمال اراده و اختیار او ایجاد نماید.

۳- کسب رضایت آگاهانه بایستی فارغ از هر گونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا انجام گیرد، در غیر این صورت رضایت اخذ شده باطل و هیچ اثر قانونی بر آن مترتب نیست و در صورت بروز هر گونه خسارت، مسئولیت آن متوجه پژوهشگر خواهد بود.

۴- در مواردی که به لحاظ تشکیلاتی، پژوهشگر موقعیتی بالاتر و مؤثرتر نسبت به آزمودنی داشته باشد، علت انتخاب آزمودنی باید به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش رسیده و توسط فردی ثالث رضایت آگاهانه کسب شود.

۵- در انجام پژوهش‌های علوم پزشکی اعم از درمانی و غیردرمانی، پژوهشگر مکلف است اطلاعات مربوط به روش اجراء و هدف انجام پژوهش، زیان‌های احتمالی، فواید و ماهیت و مدت پژوهش را به میزانی که با آزمودنی ارتباط دارد به وی تفهیم نموده و به پرسش‌های او پاسخ‌های قانع‌کننده دهد و مراتب مذکور را در رضایت‌نامه قید نماید.

۶- در پژوهش‌های علوم پزشکی، باید قبل از انجام پژوهش، تمهیدات لازم (از قبیل امکانات پیشگیری، تشخیصی و درمانی) فراهم گردد و در صورت بروز خسارت غیرمتعارف، جبران شود.

۷- نحوه ارائه گزارش یا اعلام نتیجه پژوهش‌ها باید متضمن رعایت حقوق مادی و معنوی عناصر ذیربط (آزمودنی، پژوهشگر، پژوهش و سازمان مربوطه) باشد.

۸- پژوهشگر باید به آزمودنی اعلام کند که او می‌تواند در هر زمان که مایل باشد از شرکت در پژوهش منصرف شود. بدیهی است در صورت انصراف، پژوهشگر مکلف است مواردی را که ترک پژوهش، تبعات نامطلوبی نصیب آزمودنی می‌نماید به ایشان تفهیم نموده و او را حمایت کند.

۹- چنانچه به نظر پژوهشگر، ارائه بعضی از اطلاعات به آزمودنی، منجر به مخدوش شدن نتایج پژوهش گردد، عدم ارائه این اطلاعات بایستی با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش باشد و ضمناً برنامه‌ریزی کاملی جهت آگاهی به موقع آزمودنی از آن اطلاعات تدارک دیده شود.

۱۰- مسئولیت تفهیم اطلاعات به آزمودنی بر عهده پژوهشگر است. در مواردی که فرد دیگری این اطلاعات را به آزمودنی بدهد از پژوهش سلب مسئولیت نمی‌گردد.

۱۱- شرکت دادن آزمودنی در پژوهش بدون ارائه اطلاعات مربوط به پژوهش ممنوع است؛ مگر اینکه آزمودنی، آگاهانه از حق خود در کسب اطلاعات صرف نظر کرده باشد.

۱۲- در پژوهش‌های کارآزمایی بالینی (Clinical Trails) که وجود دو گروه شاهد و مورد ضروری است، بایستی به آزمودنی‌ها اطلاع داد که در پژوهشی شرکت کرده‌اند که ممکن است به طور تصادفی در یکی از دو گروه فوق قرار گیرند.

۱۳- در پژوهش‌های درمانی میزان ضرر و زیان (Risk) باید کمتر از منافع (Benefits) پژوهش باشد. مرجع تشخیص نفع و ضرر، کمیته اخلاق در پژوهش است که پس از مشورت با متخصصان حرفه‌ای رشته مربوطه اعلام نظر می‌نماید.

۱۴- در پژوهش‌های غیردرمانی میزان ضرر قابل پذیرش نایستی از میزان ضرری که آزمودنی در زندگی روزمره با آنها مواجه است بیشتر باشد. توضیح آنکه در محاسبه ضرر و زیان در زندگی روزمره، ضرورت دارد آن دسته از ضرر و زیان‌هایی که آزمودنی به اقتضای موقعیت و شرایط شغلی، سنی، زمانی و مکانی با آنها مواجه می‌باشد مستثنی گردد.

۱۵- عملی بودن، ساده بودن، راحت بودن، سریع بودن، اقتصادی بودن و مشابه آن نمی‌تواند توجیهی برای مواجه ساختن آزمودنی با ضرر و زیان اضافی در پژوهش باشد.

۱۶- در پژوهش‌هایی که دارای زیان احتمالی بوده و آزمودنی‌هایی در آنها مورد پژوهش قرار می‌گیرند که دچار فقر فرهنگی یا اجتماعی مالی هستند، لازم است درک صحیح آزمودنی‌ها از این زیان‌ها، مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش قرار گیرد.

۱۷- پژوهشگر موظف است که اطلاعات مربوط به آزمودنی را به عنوان «راز» تلقی نموده و آن را افشا نکند و ضمناً شرایط عدم افشاء آن را نیز فراهم کند. مگر آنکه در این مسیر محدودیتی داشته باشد که در این صورت باید قبلاً آزمودنی را مطلع نماید.

۱۸- در مواردی که آزمودنی از نوع دارو در پژوهش بی‌اطلاع باشد، پژوهشگر بایستی تریبی اتخاذ نماید که در شرایط ضروری، اطلاعات مربوط به دارو را در اختیار آزمودنی و یا پزشک معالج او قرار دهد.

۱۹- هر گونه صدمه جسمی و زیان مالی که در پی انجام پژوهش بر آزمودنی تحمیل شود، باید مطابق قوانین موجود جبران شود.

۲۰- انجام روش‌های گوناگون پژوهش نباید مغایر با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه باشد.

۲۱- شرایط مساوی در روند پژوهش - چه از نظر نوع آزمودنی و چه از نظر روش پژوهش - انتخاب آزمودنی از بین زندانیان و گروه‌های خاص (صغار، عقب‌ماندگان ذهنی، مبتلایان به زوال عقل، بیماران روان‌پریش و جنین) از طرفی و بقیه جامعه از طرف دیگر، انتخاب اولویت به عهده کمیته اخلاق در پژوهش است.

۲۲- شرکت زندانیان در پژوهش‌هایی که نتایج آن منحصر به زندانیان می‌شود با کسب رضایت آگاهانه کتبی بلامانع است.

۲۳- زندانیان را به علت شرایط خاص از جمله در دسترس بودن آنان نباید به عنوان آزمودنی ترجیحی در پژوهش‌ها شرکت داده و از طرفی نیز نمی‌توان آنها را از منافع پژوهش محروم نمود.

۲۴- شرکت گروه‌های صغار، عقب‌ماندگان ذهنی، مبتلایان به زوال عقل و بیماران روان پریش در کلیه پژوهش‌ها با کسب رضایت کتبی از ولی قانونی آنها و اثبات ضرورت انجام چنین پژوهشی بلامانع است. در صورتی که در ابتدای پژوهش، آزمودنی، زوال عقل و یا علایم روان پریشی نداشته و در مدت انجام پژوهش مبتلا به علایم روان پریشی (Psychotic signs) و یا زوال عقل گردد؛ رضایت قبلی باطل بوده و باید از ولی قانونی او رضایت کتبی کسب شود. آزمودنی‌هایی که در ابتدای پژوهش روان پریش یا صغیر بوده‌اند، اگر در مدت انجام پژوهش به ترتیب واجد صلاحیت یا کبیر شوند، رضایت قبلی ولی ایشان باطل بوده و لازم است رضایت کتبی جدیدی از خود ایشان کسب شود.

۲۵- انجام پژوهش‌های غیردرمانی بر روی جنین مجاز نیست. انجام پژوهش‌های درمانی هنگامی بر روی جنین مجاز است که به نفع جنین و یا مادرش بوده و ضرری متوجه هیچ یک از آنان نگردد. بدیهی است کسب رضایت آگاهانه کتبی از مادر و ولی قانونی جنین ضروری است.

۲۶- چنانچه پژوهشگر در خلال پژوهش متوجه شود که آزمودنی به هر علت با خطر تهدید کننده‌ی جاننش مواجه است، موظف است مداخله مقتضی صورت دهد.

- پژوهشگر متعهد است در استفاده، ارائه، و نشر مطالب علمی، امانتدار بوده و تمامی حقوق پژوهشگران را لحاظ نماید.

- پژوهشگر متعهد است تمامی نکات و تذکرات اخلاقی را که کمیته اخلاق دانشگاه در مورد پژوهش مطرح و رسماً به وی ابلاغ می‌نماید، رعایت کند.

### اصول اخلاقی روانشناسی و نظام نامه رفتاری انجمن روانشناسی آمریکا (APA) (۲۰۱۰)

انجمن روانشناسی آمریکا (APA) در سال ۱۹۵۱ یک نظام نامه اخلاقی آزمایشی را چاپ و در سال ۱۹۵۳، آن را به طور رسمی تحت عنوان معیارهای اخلاقی روانشناسان منتشر کرد. از آن زمان این انجمن یک برنامه مداوم برای تدوین اصول جدید و اصلاح اصول قبل را داشته است. در نسخه سال ۲۰۱۰ این انجمن ضوابط اخلاقی تدوین شده شامل پنج اصل عمومی و ده استاندارد اخلاقی می‌باشند هدف از اصول عمومی هدایت و الهام بخشیدن به روانشناسان نسبت به بالاترین آرمان اخلاقی این حرفه است. اصول عمومی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) عبارتند از موارد زیر:

#### اصول عمومی انجمن روانشناسی آمریکا (APA)

- ۱- احسان و نیکوکاری
- ۲- وظیفه شناسی و مسئولیت
- ۳- امانتداری و یکپارچگی (ارتقاء دقت، صداقت، راستگویی در کار)
- ۴- عدالت و انصاف (دسترسی / کیفیت مساوی برای همه)
- ۵- احترام به حقوق و حیثیت افراد (شامل حق حریم شخصی، رازداری و اختیار)

#### اصل اول: احسان و نیکوکاری

روانشناسان سعی دارند که به نفع شخصی که با او کار می‌کنند از او مراقبت کنند تا هیچ گونه آسیبی به او نرسد. در اقدامات حرفه‌ای، روانشناسان خود را در برابر رفاه و حقوق افرادی که با آنها در تعامل حرفه‌ای‌اند و افرادی که تاثیر پذیر این تعامل‌اند، موظف می‌دانند و حتی موضوع رفاه حیوانات پژوهشی نیز مطرح است. وقتی بین تعهدات یا نگرانی‌های روانشناسان تعارضی پیش می‌آید، آنها می‌کوشند تا این تعارضات به شیوه‌ای مسئولانه حل شود و از آسیب جلوگیری و یا به حداقل ممکن برسد. از آنجایی که قضاوت‌ها و اقدامات حرفه‌ای و علمی روانشناسان ممکن است بر زندگی افراد تاثیر بگذارد، آنها برای محافظت افراد در برابر عوامل شخصی، مالی، اجتماعی، سازمانی و یا سیاسی هشدار می‌دهند که ممکن

است به سوءاستفاده منجر شود. روانشناسان سعی می‌کنند تا از اثر سلامت جسمی و روحی خودشان بر توانایی‌شان آگاه باشند که این به افرادی که با آنها کار می‌کنند کمک می‌کند.

#### اصل دوم: وظیفه‌شناسی و مسئولیت

روانشناسان با کسانی که کار می‌کنند رابطه اطمینان بخش برقرار می‌کنند. آنها از مسئولیت حرفه‌ای و علمی خود در برابر جامعه و جوامع خاص که در آن کار می‌کنند آگاه‌اند. روانشناسان استانداردهای حرفه‌ای طرز عمل، روشن سازی نقش‌ها و وظائف حرفه‌ای شان، پذیرش مناسب مسئولیت برای رفتارشان، و بررسی مدیرانه تعارضات که می‌تواند منجر به بهره‌کشی یا آسیب شود را مورد تایید قرار می‌دهند. روانشناسان مشاوره می‌دهند، ارجاع می‌دهند و یا با دیگر متخصصان و مؤسسات در حد نیاز همکاری می‌کنند تا مطلوبترین خدمات را به افرادی که با آنها کار می‌کنند بدهند. آنها در مورد اجابت اخلاقی طرز عمل حرفه‌ای و علمی همکارانشان دلواپس‌اند. روانشناسان سعی می‌کنند تا بخشی از زمان حرفه‌ای شان را برای اندک یا هیچ دستمزد یا سود شخصی تخصیص دهند.

#### اصل سوم: امانتداری و یکپارچگی (ارتقاء دقت، صداقت، راستگویی در کار)

روانشناسان در پی تلاش برای درستی، وفاداری و صداقت در علم، آموزش و عمل روانشناسی هستند. در این فعالیت‌ها روانشناسان، دزد، کلاهبردار، متقلب، حيله گر و یا کسانی که اطلاعات را خلاف واقع ارائه کنند، نیستند. روانشناسان سعی دارند تا بر سر پیمان شان باشند و از تعهدات غیرعقلانی و نامشخص دوری می‌کنند. در شرایطی که فریب ممکن است از نظر اخلاقی برای حداکثر سود و حداقل آسیب توجیه پذیر باشد، روانشناسان تعهد جدی در برابر آن نیاز دارند زیرا بایستی عواقب احتمالی و مسئولیت شان نسبت به اصلاح هرگونه بی‌اعتمادی و یا اثرات آسیب زنده ناشی از چنین تکنیک‌هایی را در نظر بگیرند.

#### اصل چهارم: عدالت و انصاف (دسترسی / کیفیت مساوی برای همه)

روانشناسان می‌دانند که بی‌طرفی و عدالت حق همه افراد است تا از کمک‌های روانشناسی و کیفیت فرایندها، رویه‌ها و خدمات روانشناسان بطور برابر دسترسی پیدا کرده و



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۷۳

بهره برداری کنند. روانشناسان به طور منطقی قضاوت می‌کنند و اقدامات اطمینان بخشی انجام می‌دهند تا از سوگیری‌های بالقوه، مرزهای شایستگی، و محدودیت‌های تخصصی شان مطمئن شوند که منجر به چشم پوشی از اعمال ناعادلانه نشود.

اصل پنجم: احترام به حقوق و حیثیت افراد (شامل حق حریم شخصی، رازداری و اختیار)

روانشناسان به منزلت و ارزش همه افراد احترام می‌گذارند و حریم خصوصی، محرمانه بودن، و حق تعیین سرنوشت افراد را رعایت می‌کنند. روانشناسان آگاه‌اند که تدابیر حفاظتی خاصی ممکن است برای حفاظت از حقوق و رفاه افراد یا جوامعی که آسیب‌ها تصمیمات مستقل را مختل کرده لازم باشد. روانشناسان آگاه‌اند و به تفاوت‌های فرهنگی، فردی، و نقشی احترام می‌گذارند، از جمله کسانی که براساس سن، جنسیت، هویت جنسی، نژاد، قومیت، فرهنگ، ملیت، مذهب، گرایش جنسی، ناتوانی، زبان، و وضعیت اجتماعی - اقتصادی متفاوتند و این گونه عوامل را در کار با این گروه‌ها در نظر می‌گیرند. روانشناسان سعی دارند تا کارشان را از سوگیری بر این عوامل مبرا سازند و آگاهانه در آن شرکت نجویند یا از فعالیت‌های سوگیرانه دیگر براساس تعصبات چشم پوشی نکنند.

استانداردهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA)

استانداردهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) عبارتند از موارد زیر:

۱- حل و فصل مسائل اخلاقی

۲- صلاحیت و شایستگی

۳- روابط انسانی

۴- حریم شخصی و رازداری

۵- تبلیغات و دیگر اظهارات عمومی

۶- نگهداری پرونده‌ها و حق الزحمه

۷- تدریس و آموزش

۸- تحقیقات و انتشارات

۹- ارزیابی و سنجش

۱۰- درمان

### ۱- حل و فصل مسائل اخلاقی

۱/۰۱- سوء استفاده از کار روانشناسان

۱/۰۲- تضاد بین ضوابط اخلاقی و قوانین و مقررات

۱/۰۳- تضاد بین ضوابط اخلاقی و الزامات سازمانی

۱/۰۴- حل و فصل غیر رسمی نقض ضوابط اخلاقی

۱/۰۵- گزارش کردن نقض ضوابط اخلاقی

۱/۰۶- همکاری با کمیته‌های اخلاقی

۱/۰۷- تبعیض ناعادلانه در مورد شاکیان

۱/۰۸- شکایت‌های نادرست

### ۲- صلاحیت و شایستگی

۲/۰۱- حدود صلاحیت‌ها

۲/۰۲- ارائه خدمات در مواقع اورژانس

۲/۰۳- حفظ تخصص یا مهارت کارشناسی

۲/۰۴- زیربنای قضاوت علمی و حرفه‌ای

۲/۰۵- سپردن کارها به دیگران

۲/۰۶- مشکلات و تعارض‌های شخصی

### ۳- روابط انسانی

۳/۰۱- تبعیض قائل نشدن

۳/۰۲- مزاحمت‌های جنسی

۳/۰۳- سایر مزاحمت‌ها

۳/۰۴- اجتناب از آسیب رساندن

۳/۰۵- روابط چندگانه

۳/۰۶- تضاد منافع

۳/۰۷- درخواست خدمات توسط شخص ثالث

۳/۰۸- روابط استثمرگرانه

۳/۰۹- همکاری با دیگر متخصصین

۳/۱۰- رضایت آگاهانه

۳/۱۱- ارائه خدمات به یا از طریق سازمانها

۳/۱۲- قطع نابهنگام خدمات روانشناختی

#### ۴- حریم شخصی و رازداری

۴/۰۱- حفظ رازداری

۴/۰۲- بحث در مورد حدود رازداری

۴/۰۳- ثبت در پرونده

۴/۰۴- به حداقل رساندن دخالت‌ها در حریم شخصی افراد

۴/۰۵- فاش کردن اطلاعات

۴/۰۶- مشورت با همکاران

۴/۰۷- استفاده از اطلاعات محرمانه برای مقاصد آموزشی

#### ۵- تبلیغات و دیگر اظهارات عمومی

۵/۱- اجتناب از اظهارنظرهای دروغین یا فریبنده

۵/۰۲- اظهارهای دیگران

۵/۰۳- توصیف کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی غیرمدون

۵/۰۴- اظهار نظر در رسانه‌های جمعی

۵/۰۵- تقدیرنامه‌ها

۵/۰۶- درخواست شخصی حضوری

۶- نگهداری پرونده‌ها و حق الزحمه

- ۶/۰۱ - ثبت کارهای علمی و حرفه‌ای و نگهداری پرونده‌ها
- ۶/۰۲ - نگهداری، پخش و از بین بردن پرونده‌های محرمانه و یا علمی و حرفه‌ای
- ۶/۰۳ - اجتناب از ارائه مدارک بخاطر عدم پرداخت حق الزحمه
- ۶/۰۴ - حق الزحمه‌ها و قراردادهای مالی
- ۶/۰۵ - معامله پایاپای با مراجعین
- ۶/۰۶ - صحت گزارش‌ها به پرداخت کنندگان و منابع مالی
- ۶/۰۷ - ارجاع بیمار و حق الزحمه مربوط به آن

۷- تدریس و آموزش

- ۷/۰۱ - طرح برنامه‌های تحصیلی و آموزشی
- ۷/۰۲ - شرح برنامه‌های تحصیلی و آموزشی
- ۷/۰۳ - صحت و عینیت در آموزش
- ۷/۰۴ - افشاء اطلاعات شخصی توسط دانشجویان
- ۷/۰۵ - درمان‌های فردی و گروهی اجباری
- ۷/۰۶ - ارزیابی عملکرد دانشجویان و افراد تحت نظارت
- ۷/۰۷ - روابط جنسی با دانشجویان و افراد تحت نظارت

۸- تحقیق و نشر

- ۸/۰۱ - تأیید سازمانی
- ۸/۰۲ - رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق
- ۸/۰۳ - اعلام رضایت جهت فیلمبرداری یا ضبط تحقیق
- ۸/۰۴ - شرکت مراجعین، دانشجویان و زیردستان در تحقیق
- ۸/۰۵ - صرف نظر کردن از گرفتن رضایت آگاهانه
- ۸/۰۶ - ارائه مشوق جهت شرکت کنندگان در تحقیق

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۷۷

۸/۰۷ - فریب در تحقیق

۸/۰۸ - ارائه اطلاعات در مورد تحقیق به شرکت کنندگان

۸/۰۹ - مراقبت و استفاده از حیوانات در تحقیقات

۸/۱۰ - گزارش نتایج تحقیق

۸/۱۱ - دزدی تالیفات دیگران (دزدی ادبی)

۸/۱۲ - اعتبار تحقیق

۸/۱۳ - نشر مجدد اطلاعات

۸/۱۴ - ارائه داده‌های تحقیق جهت تائید آنها

۸/۱۵ - نقدکنندگان

#### ۹- ارزیابی و سنجش

۹/۰۱ - اساس ارزیابی

۹/۰۲ - استفاده از آزمون‌ها

۹/۰۳ - رضایت آگاهانه جهت ارزیابی

۹/۰۴ - ارائه نتایج ارزیابی‌ها

۹/۰۵ - ساختن آزمون

۹/۰۶ - تفسیر نتایج ارزیابی‌ها

۹/۰۷ - ارزیابی توسط افراد فاقد صلاحیت

۹/۰۸ - آزمون‌های قدیمی و نتایج ارزیابی‌های منسوخ

۹/۰۹ - خدمات نمره گذاری و تفسیر آزمون‌ها

۹/۱۰ - توضیح نتایج ارزیابی‌ها

۹/۱۱ - حفظ امنیت آزمون‌ها

#### ۱۰- درمان

۱۰/۰۱ - اعلام رضایت نسبت به درمان

۱۰/۰۲- درمان زوج‌ها و یا خانواده‌ها

۱۰/۰۳- گروه درمانی

۱۰/۰۴- ارائه خدمات به کسانی که از افراد دیگر خدمات دریافت می‌کنند.

۱۰/۰۵- روابط جنسی با بیماران و مراجعین فعلی

۱۰/۰۶- روابط جنسی با نزدیکان و خویشاوندان نزدیک مراجعان فعلی

۱۰/۰۷- درمان افرادی که قبلاً با آنان رابطه جنسی داشته‌اند.

۱۰/۰۸- روابط جنسی با مراجعان قبلی

۱۰/۰۹- قطع زود هنگام درمان

۱۰/۱۰- خاتمه دادن به درمان

در ادامه برخی از استانداردهای اخلاقی مانند مسئولیت، صلاحیت و شایستگی روانشناس، موضوعات صلاحیت و شایستگی روانشناس، استانداردهای اخلاقی و قانونی، اظهارنظرهای اجتماعی، رازداری، حفظ منافع و رفاه حال مراجعین، روابط حرفه‌ای، روابط چندگانه، نگهداری پرونده‌ها، تکنیک‌ها و روش‌های ارزیابی، تحقیق روی انسان‌ها، نگهداری و استفاده از حیوان‌ها از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح داده شده‌اند.

#### مسئولیت

بالاترین حدّ توجه به استانداردها و مقررات حرفه خود و قبول مسئولیت در قبال رفتار و کردار خود و اطمینان از اینکه خدمات آنها به طور صحیح استفاده می‌شود.  
(۱) جلوگیری از سوء استفاده از یافته‌های تحقیقی آنها توسط مؤسسه یا سازمانی که در آن کار می‌کنند.

(۲) قبول اعتبار و منافع فقط در مورد کارهایی که خودشان انجام داده‌اند.

(۳) توجه به این موضوع که اظهارات و بیانات‌شان چه تأثیرات اجتماعی دارد.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۷۹

(۴) در موارد طلاق و مسئله نگهداری بچه‌ها، اطلاع دقیق از قوانین داشته و از اظهار نظر براساس اخلاقیات خود، جنسیت مورد علاقه، الگوی زندگی و مذهب والدین خودداری می‌کند چون نشان داده نشده که این عوامل رفاه کودک را تضمین می‌کنند.

#### صلاحیت و شایستگی روانشناس

روانشناسان به حدّ و محدودیت‌های صلاحیت و شایستگی خود آگاه هستند.

(۱) عدم استفاده از عناوینی که قانوناً حق نسبت دادن به خود را ندارند. روانشناسان فقط درجات علمی که از دانشگاه‌های معتبر کسب کرده‌اند را بکار می‌برند و از بکار بردن عناوینی چون "کاندیدای دکترای روانشناسی" که قانوناً به آنها اجازه ارائه خدمات روانشناسی نمی‌دهد اجتناب می‌کنند.

(۲) روانشناسان فقط روش‌های درمانی را که تجربه دارند به کار می‌گیرند و فقط با گروه‌هایی کار می‌کنند که در ارائه خدمات به آنها تجربه کسب کرده‌اند و روش‌هایی را که در آنها تجربه نداشته به کار نمی‌برند.

(۳) ضرورت بازآموزی و آموختن اطلاعات جدید در زمینه‌های تخصصی آنان

(۴) بکار بردن تست و ابزار برای مواردی که این تست و ابزار ساخته نشده یا روایی آن تعیین نشده است.

(۵) مشاوره با یک متخصص در صورت داشتن مشکلات شخصی که می‌تواند در کار حرفه‌ای آنها تاثیر داشته باشد جهت تعیین اینکه آیا صلاح است کار خود را ادامه بدهد و یا محدود کند و غیره.

#### موضوع صلاحیت و شایستگی روانشناس

این وظیفه هر روانشناس با مسئولیتی است که به طور منطقی اطمینان حاصل کند که مراجعانش در نتیجه دریافت خدمات خود بهتر شده‌اند تا مراجعینی که احتمالاً خدمات خود را از راه‌های دیگری دریافت نموده‌اند (باس، دی مرس، اوگ لوف، پترسون و همکاران، ۱۹۹۶). این مسئولیت مستلزم موارد زیر است:

- یک تلاش معقولانه و منطقی برای کسب آموزش مربوطه، تدریس، تجربه نظارت شده، مشاوره، مطالعه و تجربه حرفه‌ای در حوزه‌ای که در آن او تمایل به تمرین و ممارست و عمل دارد.

- یک ارزیابی واقع بینانه از صلاحیت و شایستگی‌اش در یک حوزه خاص  
- یک ارزیابی واقع بینانه از خطر آسیب رسانیدن یا خطر انجام آسیب  
- یک ارزیابی واقع بینانه در مورد اینکه در صورت فقدان خدماتش، چه منابع جایگزین دیگری برای ارائه دادن به مراجع احتمالاً در دسترس خواهند بود.  
تنها صلاحیت‌ها و شایستگی‌های صراحتاً مورد نیاز روانشناسان توسط اساسنامه Ca عبارتند از:

- صلاحیت و شایستگی فرهنگی  
- صلاحیت و شایستگی در تشخیص سوء مصرف مواد و الکل  
- صلاحیت و شایستگی در تشخیص همسر آزاری  
دستورالعمل‌های جدیدی که حول شش اصل کلی سیر می‌کنند و روانشناسان حرفه‌ای به آنها نیاز دارند عبارتند از:

- تشخیص و شناسایی اینکه آنها ممکن است دارای نگرش‌ها و اعتقاداتی باشند که می‌توانند به طور زیان باری، بر روی درک و تعاملات شان با افرادی که متفاوت از خودشان هستند، تاثیر بگذارد.

- تشخیص و شناسایی اهمیت حساسیت چند فرهنگی، دانش و درک افراد مختلف  
- به کار گیری سازه‌های چند فرهنگی و تنوع در آموزش روانشناختی  
- تشخیص و شناسایی اهمیت انجام پژوهش‌های فرهنگ محور و اخلاقی روانشناختی در بین مردم با پیشینه‌های اقلیت قومی، زبانی و نژادی  
- به کار گیری مهارت‌های مناسب فرهنگی در کارهای بالینی و سایر کارهای کاربردی روانشناختی.



- حمایت از سیاست‌ها و کارهای رسمی فرهنگی در کلیه جنبه‌های جامعه، از بخش خصوصی گرفته تا سازمان‌های دولتی.

### استانداردهای اخلاقی و قانونی

ارزش‌ها و استانداردهای اخلاقی یک روانشناس شخصی و مربوط به خود اوست مگر اینکه این استانداردها در اجرا و انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای او تأثیر داشته باشد.

(۱) به عنوان کارمند یک مؤسسه روانشناس از شرکت در کارهای غیراخلاقی و غیرقانونی اجتناب می‌کند به عنوان مثال روانشناس از دخالت در پروسه استخدامی مؤسسه که براساس تبعیض‌ها و روابط باشد اجتناب می‌کند.

(۲) در مواقعی که بین ضوابط اخلاقی و مقررات قانونی تضاد وجود داشته باشد، روانشناسی باید از ضوابط اخلاقی حرفه خود تبعیت کرده و با یک وکیل مشورت کند.

### اظهارنظرهای اجتماعی

آنچه که روانشناسان بیان می‌کنند یا در مورد خدماتی که ارائه می‌دهند آگهی می‌کنند، همه با این هدف انجام می‌گیرد که مردم بتوانند از روی آگاهی و با قضاوت صحیح خدماتی را که نیاز دارند و ارائه‌دهنده خدمات مورد نیازشان را انتخاب کنند.

۱- اطلاعات مورد قبول در آگهی‌ها شامل نام، آخرین مدرک تحصیلی، تاریخ و نوع گواهی (license)، خدماتی که ارائه داده می‌شود، حق ویزیت، زبان‌های مختلفی که روانشناس می‌تواند صحبت کند و اطلاعاتی در مورد قرارداد با بیمه می‌باشد.

۲- در آگهی‌ها نباید عضویت در انجمن یا فرهنگستان علمی به طوری بیان شود که این تصور پیش بیاید که خدمات ارائه شده مورد تأیید یا به نمایندگی از طرف آنها ارائه داده می‌شود.

۳- روانشناسان اجازه نمی‌دهند که از نام و صلاحیت‌های آنها برای منافع شخصی یا در ازای وجه در آگهی‌هایی که جهت وادار کردن مردم به خرید کالا یا استفاده از خدمات خاصی استفاده شود.

## رازداری

روانشناسان تمام سعی و کوشش خود را می‌کنند که اطلاعاتی که از مراجعین می‌گیرند محرمانه باقی بماند به غیر از موارد زیر:

- مراجع به طور کتبی به روانشناس اجازه داده است که این اطلاع به غیر را بدهد.

- خطر جدی و واقعی مراجع یا دیگران را تهدید می‌کند مثلاً خودکشی، دیگرکشی

۱- روانشناس باید حد و مرز رازداری را به طور روشن به مراجع خود اطلاع دهد. وقتی روانشناس با افراد صغیر یا افرادی که با میل و رغبت یا آگاهانه نمی‌توانند اجازه دادن اطلاعات به غیر را بدهند، روانشناس تمام سعی و کوشش خود را به کار می‌برد که منافع این فرد را حفظ کند.

۲- در مواقعی که احتمال سوء استفاده یا بدرفتاری با کودکان وجود دارد، روانشناس وظیفه دارد که آنها را به مراجع قانونی گزارش بدهد.

## حفظ منافع و رفاه حال مراجعین

روانشناسان به حقوق افراد و گروهی که با آنها کار می‌کنند احترام گذاشته و تمام سعی و کوشش خود را جهت حفظ منافع آنها به کار می‌برند. وقتی تضادی بین منافع مراجع و مؤسسه‌ای که روانشناس در آن کار می‌کند پیش می‌آید روانشناس موقعیت و وفاداری و وظیفه‌شناسی خود را مشخص می‌کند. روانشناسان مراجعین خود را از اهداف و ماهیت ارزیابی‌ها، درمان، روش‌های آموزشی و... کاملاً آگاه می‌سازند و آزادانه اعلام می‌کنند که مراجعین، دانشجویان، یا شرکت‌کنندگان در تحقیق، کاملاً در شرکت یا عدم شرکت در تحقیق آزادی انتخاب دارند.

الف) روانشناسان به طور مستمر از نیازهای خود و موقعیت و نفوذ خود در ارتباط با افرادی مانند مراجعین، دانشجویان، زبردستان آگاه هستند. آنها از سوء استفاده از اعتماد و وابستگی این گونه افراد به خود اجتناب می‌نمایند. روانشناسان تمام سعی خود را به کار می‌برند که از روابط دوگانه که می‌تواند قضاوت حرفه‌ای آنها را خدشه‌دار نماید و خطر استفاده و

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۸۳

استثمار را افزایش دهد، اجتناب نمایند. نمونه‌های روابط دوگانه شامل موارد زیر می‌باشد، هر چند که محدود به آنها نمی‌شود: تحقیق یا درمان روی کارمند، دانشجویان، افراد تحت نظارت، دوستان نزدیک یا اقوام. روابط جنسی با مراجعین غیراخلاقی است.

ب) وقتی روانشناسی به درخواست فرد سوم به مراجعی خدمات ارائه می‌دهد، روانشناسان وظیفه خود می‌دانند که ماهیت روابط خود را با همه افراد درگیر روشن نمایند.

### روابط حرفه‌ای

۱- روانشناسان با همکاران براساس نیازها، کفایت‌ها و مسئولیت‌های آنها رفتار می‌کنند.

۲- روانشناسان مزاحمت‌های جنسی را تأکید نکرده و خود این کار را نمی‌کنند.

۳- وقتی از کار خلاف اخلاقی همکاری آگاه می‌شود سعی می‌کند اول آن را خود حل

کند و اگر نشد آن را به کمیته اخلاق یا مرجع رسمی گزارش می‌کند.

### روابط چندگانه

کد اخلاقی ۳/۰۸ انجمن روانشناسی آمریکا (APA) هر گونه رابطه استثمارگرانه را بین

یک روانشناس و مراجعش ممنوع می‌کند و انواع دیگری از بخش‌های این کد اشاره می‌کند

که به طور خاص موارد زیر ممنوع می‌باشد:

- هر نوع رابطه جنسی با مراجع فعلی. چنین رابطه‌ای نیز معمولاً در کد اخلاقی ۷۲۹

کالیفرنیا تحت عنوان رفتار مجرمانه تفسیر می‌شود.

- هر نوع رابطه‌ای که منجر به سود مالی به روانشناس، بیش از جبران برای خدمات

تخصصی‌شان، تحت عنوان کد اخلاقی ۶/۰۴ انجمن روانشناسی آمریکا (APA) ایجاد شده

است.

- هر نوع رابطه تحت عنوان اساسنامه مانند کلاهبرداری، اخاذی، دسیسه و توطئه یا

حمله، غیر قانونی است.

- هر نوع وعده برای یک رابطه ممنوع از طرف روانشناس.

### نگهداری پرونده‌ها

نگهداری پرونده‌ها در موقعیت‌های بالینی زیر ممکن است مورد حمایت قرار گیرد:

- ارائه خدمات در آینده توسط همان ارائه دهندگان و یا سایر ارائه دهندگان این

خدمات

- خود انضباطی در ایجاد برنامه‌های درمان

- صدور صورت حساب و بازپرداخت

- محافظت از مسئولیت

- پژوهش

- تجهیزات مورد نیاز قانونی، نظارتی و سازمانی

در هر موقعیت تعدادی نگهداری پرونده پایه به طور اجباری وجود دارد که شامل

حداقل موارد زیر است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۹۳ ب):

- شناسایی مراجع

- نسخه‌هایی از هر نوع درمان و رهایی از توافق نامه‌ها

- سابقه‌ای از خدمات ارائه شده

- ارائه اسناد و مدارک از گزارش وقایع اجباری (برای مثال وظیفه هشدار دادن)

- شرح هزینه‌ها و تمهیدات بازپرداخت

- مسئولیت بالقوه در ارتباط با پرونده‌ها

بسیاری از پرونده‌های بالینی مناسب از این عناصر و نه چیزی بیشتر تشکیل شده‌اند. در

شرایط خاص اضافی، پرونده‌های الزامی اغلب شامل ارزیابی‌های بالینی، برنامه‌های درمانی،

مشاوره و خلاصه گزارش‌ها، گزارش‌های آزمون، و انواع مختلف داده‌های تایید کننده

می‌باشند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۹۳ ب). پرونده‌های خارج از خط پایه اجباری، در هر

موقعیت، تعادلی را بین سودمندی بالینی دریافت شده و حفاظت از مسئولیت در ارتباط با

پرونده‌های دیگری را منعکس می‌کنند در مقابل:

- زمان و انرژی مورد نیاز برای ایجاد و نگهداری پرونده‌های اضافی

- تهدید ذاتی برای محرمانه بودن که در پرونده مطرح هستند.
- مسئولیت بالقوه در ارتباط با پرونده‌ها
- کدهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) نگهداری پرونده‌ها را فقط در کلی‌ترین خصوصیات برای سه بخش کوتاه ترکیب می‌کند:
- کد اخلاقی ۶/۰۱ بیان می‌کند که روانشناسان ایجاد پرونده‌ها را به‌وجود می‌آورند و آنها را مدیریت می‌کنند، اما به هیچ وجه بر محتوای این پرونده‌ها تاکید نمی‌کند.
- کد اخلاقی ۶/۰۲ ملزم می‌داند که گام‌های مناسبی برای اطمینان از محرمانه بودن هر دو پرونده‌های عادی و پرونده‌های الکترونیکی برداشته شود تا آنها به‌طور مناسبی در طول زمان نگهداری و در پایان کار دور ریخته شوند، و اینکه برای بازنشستگی، مرگ، یا درمان بالینی مجدد روانشناس برنامه ریزی شود.
- کد اخلاقی ۶/۰۳ تصریح کرده است که پرونده‌ها نمی‌توانند به‌طور انحصاری برای اهداف درمان اضطراری باشند به این دلیل که هزینه‌ها پرداخت نشده‌اند.
- بر اساس مفاد کد اخلاقی ۱۲۰۳/۰۹۷ کیفری کالیفرنیا، پس از اینکه دادگاه یک متهم را برای یک برنامه الزامی آزمایشی ارجاع می‌دهد، گروه عفو مشروط یا آزادی به قید التزام لازم است که یک ارزیابی از متهم شامل موارد زیر، اما نه محدود به همه این موارد، را انجام دهد:
- پیشینه اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی
- آموزش
- پیشرفت‌های شغلی
- سوابق جنایی
- سوابق پزشکی
- سابقه سوء مصرف مواد
- مشاوره با مسئول برنامه الزامی آزمایشی
- مشاوره کلامی با قربانی، فقط در صورتی که قربانی تمایل به مشارکت دارد.
- ارزیابی احتمالی آینده متهم از ارتکاب به قتل

علاوه بر این، کد اخلاقی ۱۲۰۳/۰۹۷ ملزم می‌داند که خود برنامه‌های مداخله‌ای در پرونده‌ها حفظ بشوند که مدرکی برای موارد زیر هستند:

- اثبات ثبت نام، ارائه به دادگاه و گروه عفو مشروط یا الزامی آزمایشی و شامل هزینه تعیین شده برای ترخیص متهم بر اساس توانایی پرداخت برای هر جلسه

- گزارش پیشرفت دوره‌ای که شامل حضور و غیاب، تاریخ پرداخت هزینه و موافقت با برنامه درمانی می‌باشد.

- ارزیابی نهایی که شامل ارزیابی برنامه پیشرفت متهم و یک توصیه برای یا ختم موفقیت آمیز یا ناموفق برنامه یا ادامه برنامه می‌باشد.

#### تکنیک‌ها و روش‌های ارزیابی

- ۱- در بکارگیری آزمون‌ها، روانشناس رفاه حال و منافع مراجع را در نظر می‌گیرد. روانشناس از آزمون‌های غیراستاندارد استفاده نمی‌کند.
- ۲- روانشناس به حق مراجع در مورد اطلاع از هدف و نوع تست‌هایی که قرار است روی او انجام شود، احترام می‌گذارد.
- ۳- روانشناس به حق مراجع در مورد دانستن نتایج آزمون‌ها احترام می‌گذارد. روانشناس آزمون را در اختیار کسانی که صلاحیت ندارند، نمی‌گذارد.
- ۴- این مسئولیت روانشناس است که مطمئن شود نتایج آزمون‌هایی که انجام می‌دهد به طور مناسب بکار برده می‌شود.

#### ویژگی‌های استفاده صحیح از آزمون‌ها از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA)

- ۱- اجتناب کردن از خطای نمره گذاری و ثبت
- ۲- خودداری کردن از برچسب زنی بر اشخاص، با اصطلاحات شخصیتی نامناسب، مانند "غیرقابل اعتماد" بر اساس آزمونی که نمره آن اعتبار کامل ندارد.
- ۳- نگهداری کردن از کلیدها و مواد آزمون به طور کاملاً سری و در یک جای امن

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۸۷

- ۴- توجه داشتن به این نکته که هر آزمودنی از دستورالعمل‌های خاصی پیروی می‌کند، به طوری که نمره‌های آزمون دقیق باشد.
- ۵- استفاده از محل‌هایی برای اجرای آزمون که موجب عملکرد مطلوب آزمودنی شود (مثل اتاق مناسب).
- ۶- خودداری کردن از راهنمایی یا آموزش افراد یک گروه درباره مواد آزمون، که موجب نادرست جلوه دادن توانایی‌ها و شایستگی‌های شخص شود.
- ۷- تمایل داشتن به ارائه‌ی تعبیر و تفسیر و راهنمایی به آزمودنی در موقعیت‌های مشاوره.
- ۸- کپی نگرفتن از آزمون‌های کپی شده (تکثیر نکردن آزمون).
- ۹- خودداری کردن از به کارگیری پاسخنامه‌های خودساخته که به طور مناسبی با کلیدهای نمره‌گذاری آزمون هماهنگ نیستند.
- ۱۰- برقراری رابطه با آزمودنی‌ها به منظور به دست آوردن نمره‌های دقیق.
- ۱۱- خودداری کردن از پاسخدهی به سؤال‌های آزمودنی‌ها با جزئیات بیشتر از اطلاعاتی که خود آزمون اجازه می‌دهد.
- ۱۲- در نظر داشتن اینکه هنجار موجود در یک شغل برای شغل دیگر کاربرد ندارد (و دانستن این نکته که هنجارهای یک گروه به خودی خود در مورد گروه دیگر به کار نمی‌آیند).

موضوع‌های اخلاقی در استفاده از ابزارهای ارزیابی شخصیت

موضوع‌های اخلاقی در استفاده از ابزارهای ارزیابی شخصیت شامل موارد زیر هستند:

- رازداری
- مصونیت
- محدود کردن آزادی

## رازداری

مشکلات مربوط به رازداری نه تنها در مورد اطلاعات ارزیابی شخصیت وجود دارند، بلکه در باره هر گونه اطلاعات شخصی‌ای مصداق دارند که برای یک روان‌شناس بالینی یا مشاور- یا در حد خودش برای یک پزشک، قاضی یا وزیر- افشا می‌شوند. از نظر انجمن روان‌شناسی آمریکا محرمانه بودن پرونده‌های مراجعان، شامل نتایج آزمون‌هایی که نزد روان‌شناسان هستند، هم یک ضرورت اخلاقی و هم قانونی است.

اصطلاح حق ویژه " ۲ ". که یک مفهوم بسیار ظریفتر از رازداری است، به قوانینی اشاره دارد (یعنی، استثنائاتی برای حق ویژه) که افشاسازی بعضی پرونده‌ها را تحت شرایط خاص مجاز می‌کنند؛ مثلاً اگر یک مراجع متقاضی نوعی ارزیابی روان‌شناختی باشد و بخواهد از نتیجه آن برای برخورداری از حمایت قانونی استفاده کند مانند زندانی کردن کودک یا دفاع جنایی. معمولاً پرونده چنین موردی از حق ویژه برخوردار نیست، بلکه موضوعی است برای دادخواست به وسیله دادگاه یا طرف مقابل دعوی. در یک سطح وسیع‌تر، رازداری و موضوع‌های دیگر مربوط برای روان‌شناسان علاقه‌مند به سیستم دادگاه جنایی گسترده و پیچیده است.

گاه رازداری و مسئله اجبار به تخطی از آن موضوع نگرانی و اختلاف نظرهای فراوان بین روان‌شناسان است. مطابق با یک اصل خاص در اصول اخلاقی روان‌شناسان " ۵ ". و نظام‌نامه هدایت و راهنمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا روان‌شناسان بدون رضایت فرد فقط زمانی می‌توانند اطلاعات محرمانه را افشا کنند که قانون حکم کند یا هدف باارزشی وجود داشته باشد که قانون آن را مجاز بداند (استاندارد ۰۵/۵). این موضوع می‌تواند شامل موقعیت‌هایی شود که در آن خطری آشکار و قریب الوقوع برای فرد یا جامعه وجود داشته باشد. این گونه قوانین (وظیفه هشداردهی " ۶ "). از مورد مشهوری نشأت گرفت که برای تاراسوف - وی " ۱"، رئیس دانشگاه کالیفرنیا (۱۹۷۶-۱۹۷۴) بود- اتفاق افتاد. وی برای عدم افشای قصد یک دانشجو که در جلسه مشاوره اظهار کرده و آن را عملی ساخته بود، تصمیم دارد خانم جوان معینی را بکشد، مسئول شناخته شد.



این اصل در استانداردهای اخلاقی روان‌شناسان و نظام‌نامه راهنمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا گنجانده شده است که " روان‌شناسان باید مطمئن شوند که در تبیین نتایج آزمون از زبانی استفاده می‌کنند که برای فردی که مورد ارزیابی قرار گرفته یا فرد دیگری که اختیار قانونی وی را به عهده دارد به طور معقولی قابل فهم است". صرف نظر از اینکه نمره‌گذاری و تعبیر و تفسیر آزمون به وسیله روان‌شناس، دستیاران یا خود فرد یا سایر مراکز خدماتی انجام شده باشد، روان‌شناسان برای کسب اطمینان از ارائه نتایج یا تعبیر و تفسیرهای مناسب مراحل معقولی را اجرا می‌کنند (استاندارد ۰۹/۲).

#### تحقیق روی انسان‌ها

- ۱- احترام به جنسیت و رفاه شرکت‌کنندگان در تحقیق
- ۲- مشخص کردن اینکه آیا شرکت‌کنندگان در معرض خطر هستند؟
- ۳- تخلف نکردن از قوانین و ضوابط اخلاقی
- ۴- دادن اطلاعات کافی به شرکت‌کنندگان در تحقیق در مورد تحقیق.
- ۵- اگر ضروری است در مورد هدف اصلی تحقیق شرکت‌کنندگان را فریب داد، پس از اتمام تحقیق باید آنها را مطلع کرد.
- ۶- تمام اطلاعات به دست آمده سری است مگر اینکه قبلاً با شرکت‌کنندگان توافق‌هایی به عمل آمده باشد.

۹۰ / راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵)

هدف این نظام‌نامه، تعیین استانداردها و ضوابطی به منظور انجام صحیح و بهینه فعالیت‌های حرفه‌ای روانشناسان و مشاوران، تعیین و تصریح حقوق مراجعان یا استفاده‌کنندگان از خدمات روانشناسی و مشاوره و متخصصان می‌باشد.

نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران شامل

دو قسمت است:

۱- قسمت نخست شامل اصول عمومی اخلاق حرفه‌ای است.

۲- قسمت دوم حاوی استانداردها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای است.

**الف: اصول عمومی**

اصول عمومی نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری

اسلامی ایران عبارت است از:

۱- اصل احترام به شأن و آزادی انسان

۲- اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری

۳- اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی

۴- اصل عدم تبعیض

۵- اصل توجه به رفاه دیگران

۶- اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه

**ب: استانداردها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای**

استانداردها و ضوابط اخلاق حرفه‌ای شامل مجموعه‌ای از مقررات و ضوابط ایجابی و

سلبی است که با تمرکز بر شرایط خاص حرفه‌ای، روانشناسان و مشاوران را ملزم به انجام

رفتار یا رفتارهایی معین، و یا اجتناب از رفتار یا رفتارهایی خاص می‌کنند. این استانداردها در

ده بخش ارائه می‌شود:

۱- صلاحیت

۲- مسئولیت

۳- روابط حرفه‌ای

۴- رازداری

۵- سنجش و ارزیابی و تفسیر

۶- مداخله‌های روانشناختی

۷- آموزش، کارورزی و نظارت

۸- پژوهش و انتشار

۹- تبلیغات و خدمات عمومی

۱۰- حل و فصل تعارض‌های اخلاقی

#### ۱- صلاحیت

روانشناسان و مشاوران به ارائه خدمات حرفه‌ای، پژوهش و آموزش، در حیطه‌هایی می‌پردازند که صلاحیت لازم برای انجام آنها را احراز کرده باشند.

روانشناسان و مشاوران برای معرفی خود فقط درجات علمی را که از دانشگاه‌های معتبر دریافت کرده‌اند مورد استفاده قرار می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران از عناوینی که احراز نکرده‌اند، استفاده نمی‌کنند.

روانشناسان و مشاوران فقط روش‌های درمانی و مشاوره‌ای را که برای آنها آموزش دیده و تجربه پیدا کرده‌اند به کار می‌گیرند.

روانشناسان و مشاوران از بکارگیری روش‌های درمانی و مشاوره‌ای که در آنها تجربه ندارند، خودداری می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران در جریان ارائه خدمات و تحقیقات، به نقش و تاثیر عوامل فرهنگی، قومی، نژادی، جنسیتی و مذهبی در چارچوبی که با کار آنها ارتباط پیدا می‌کند، توجه دارند.

روانشناسان و مشاوران تلاش‌های پیوسته و پیگیرانه‌ای را برای توسعه و حفظ صلاحیت و توانایی‌های خود بر عهده می‌گیرند.

روانشناسان و مشاوران هنگامی که وظیفه‌ای را به کارمندان، کارآموزان یا دستیاران آموزشی یا پژوهشی محول می‌کنند، یا هنگامی که از خدمات دیگران استفاده می‌کنند (مانند اجرا و تفسیر آزمون‌های شناختی و روانی)، اقدام‌های لازم را معمول می‌دارند تا مطمئن شوند که این افراد:

الف) توانایی و آموزش لازم را برای آن کار داشته باشند.

ب) خدمات مورد نظر را به طور کامل و صحیح انجام می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران از کار کردن در موقعیت‌ها یا زمینه‌هایی که احتمال می‌دهند مشکلات شخصی آنها در انجام وظایف شان، به هر شکلی، ایجاد اختلال می‌نماید، اجتناب می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران در مواردی که خود واجد صلاحیت کار در آن زمینه نیستند، بایستی موضوع را به همکاران واجد صلاحیت خود ارجاع کنند.

روانشناسان و مشاوران در مواجهه با مشکلات و مسایل مراجعینی که در مورد آنها دانش یا تخصص کافی ندارند، با همکاران خود مشورت کرده و یا مراجعین را جهت دریافت خدمات به همکاران واجد صلاحیت خود ارجاع می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران در موقعیت‌های اضطراری و بحرانی، تا زمان فراهم شدن خدمات تخصصی روانشناختی کافی و مناسب برای آسیب دیدگان، به کمک رسانی و ارائه خدمات روانشناختی مورد نیاز اقدام می‌نمایند؛ حتی اگر آموزش تخصصی برای اینگونه خدمات ندیده باشند. در این گونه موارد به محض آن که خدمات تخصصی مناسب فراهم شد، خدمات خود را متوقف خواهند کرد.

## ۲- مسئولیت

روانشناسان و مشاوران موظف هستند که تمامی تلاش خود را برای رعایت استانداردها و مقررات حرفه خویش به کار گرفته، در قبال رفتار و گفتار خود قبول مسئولیت نموده و در مورد اینکه از خدمات آنها به طور صحیح استفاده شود اطمینان حاصل نمایند.

روانشناسان و مشاوران در چارچوب قوانین و مقررات جاری کشور فعالیت می‌کنند و بدین لحاظ لازم است با قوانین در حیطه مسایلی که مرتبط با کار آنها است آشنایی کامل داشته باشند.

روانشناسان و مشاوران وظیفه خود می‌دانند از هر گونه سوء استفاده از یافته‌های تحقیقاتی جلوگیری نمایند.

روانشناسان و مشاوران مسئولیت رفاه و بهزیستی مراجعین و تمامی افرادی که از اقدام‌ها و تصمیم‌های آنها تاثیر می‌گیرند را بر عهده داشته، به حقوق افراد و گروه‌هایی که با آنها کار می‌کنند احترام گذاشته و تمام تلاش خود را در جهت حفظ منافع آنها به کار می‌برند.

روانشناسان و مشاوران در ارتباط با مسایل مالی قبل از شروع درمان اطلاعات لازم را در اختیار مراجعین قرار داده و توافق آگاهانه آنها را به دست می‌آورند.

روانشناسان و مشاوران تنها اعتبار و منافع کارهایی را که خودشان انجام داده اند، می‌پذیرند.

روانشناسان و مشاوران موظف هستند که تمامی تلاش خود را برای رعایت استانداردها و مقررات حرفه خویش به کار گرفته و در قبال رفتار و گفتار خود قبول مسئولیت نموده و در مورد اینکه از خدمات آنها به طور صحیح استفاده شود اطمینان حاصل نمایند.

## ۳- روابط حرفه‌ای

روانشناسان و مشاوران از اعمال هرگونه بی‌عدالتی و تبعیض نسبت به مراجعین و دریافت کنندگان خدمات اجتناب می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران مزاحمت‌های جنسی را تایید نکرده و در صورت آگاهی از فعالیت‌های خلاف اخلاق همکاران خود، نسبت به جلوگیری از آن از طریق مشورت یا تذکر دادن به آنان و در صورت لزوم از طریق اطلاع به هیات‌های رسیدگی به تخلفات سازمان نظام روانشناسی و مشاوره اقدام می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران از هرگونه آسیب رسانیدن به مراجعین، بیماران، دانشجویان، کارآموزان، شرکت‌کنندگان در پژوهش، مراجعان سازمانی و دیگرانی که با آنها کار می‌کنند، اجتناب نموده و برای به حداقل رسانیدن آسیب در مواقعی که غیرقابل پیش‌بینی یا غیرقابل اجتناب است، اقدام‌های لازم را معمول می‌دارند.

روانشناسان و مشاوران از ایجاد هرگونه ارتباط غیر حرفه‌ای با دریافت‌کنندگان خدمات و کارکنانی که تحت نظر آنها فعالیت می‌کنند، اجتناب می‌نمایند.

در مواقعی که تعارضی بین منافع شخصی و ایفای نقش حرفه‌ای به وجود بیاید، روانشناسان و مشاوران از پذیرش نقش حرفه‌ای اجتناب می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران از هرگونه سوء استفاده از روابط حرفه‌ای خود اجتناب می‌کنند. روانشناسان و مشاوران در مواقعی که ضروری باشد، یا در مواردی که به لحاظ حرفه‌ای لازم باشد، به منظور تامین خدمات متناسب و موثر برای مراجعین و بیماران خود، با سایر متخصصان، مشورت، همکاری و یا ارجاع می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران برای اجرای پژوهش، سنجش، درمان، راهنمایی و مشاوره با اشخاص، با استفاده از زبانی که برای آنها قابل درک باشد، توافق آگاهانه آنان را کسب می‌نمایند.

در مواردی که به علت وضعیت حاد بیماری یا صغر سن مراجع نتواند رضایت آگاهانه بدهد، لازم است که روانشناس یا مشاور توافق قیم قانونی یا ولی وی را کسب نماید. علیرغم این توافق قانونی، ضروری است که رضایت ضمنی مراجع نیز کسب شود و شأن و منزلت و رازداری او حفظ گردد.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۹۵

روانشناسان و مشاوران اقدام‌های احتیاطی را به منظور محافظت از اطلاعات محرمانه به دست آمده در حوزه فعالیت‌های حرفه‌ای خود، اعمال می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران صرفاً در حدود مورد نیاز برای ارزیابی، تشخیص، درمان و پژوهش به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته و از هرگونه دریافت اطلاعات اضافی اجتناب می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران در ثبت و گزارش اطلاعات به صورتی عمل می‌کنند که امکان سوء استفاده از آن وجود نداشته باشد.

روانشناسان و مشاوران قبل از ضبط صوتی یا تصویری جلسات، مجوز کتبی را از افراد یا نمایندگان قانونی آنها کسب می‌نمایند.

#### ۴- رازداری

روانشناسان و مشاوران صرفاً در موارد زیر می‌توانند رازداری را نقض کنند:

- بنا به درخواست و رضایت مراجع یا قیم قانونی او، مشروط به اینکه افشای اطلاعات منافع مراجع را به خطر نیندازد.

- وجود خطر جانی برای مراجع یا دیگران

- بیماری مسری کشنده مانند HIV و ایدز

- در صورتی که به وسیله قانون یا مراجع قانونی حکم شده باشد.

تبصره: در موارد نقض رازداری روانشناسان و مشاوران تمام سعی و تلاش خود را در جهت حفظ منافع مراجعان خواهند نمود و افشای اطلاعات در موارد فوق در حداقل ممکن خواهد بود، ضمن آن که لازم است مراجع حتی المقدور در جریان افشای اطلاعات قرار گیرد.

#### ۵- سنجش و ارزیابی و تفسیر

روانشناسان و مشاوران از آزمون‌های روانشناختی معتبر استفاده می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران فقط آزمون‌هایی را به کار می‌برند که قبلاً صلاحیت‌های لازم برای استفاده از آنها را کسب کرده باشند.

روانشناسان و مشاوران از آزمون‌های روانشناختی به صورت هدفمند و متناسب با نیاز و صرفاً در چارچوب تشخیص، درمان، راهنمایی، مشاوره و تحقیق استفاده می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران اجازه نمی‌دهند که آزمون‌های روانشناختی توسط افراد فاقد صلاحیت اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر شوند.

روانشناسان و مشاوران نتایج آزمون‌ها را به درخواست کتبی مراجع، قیّم قانونی و یا دادگاه، با رعایت منافع مراجع، در اختیار آنها قرار می‌دهند، مگر در مواردی که تشخیص دهند انجام این کار باعث آسیب به مراجع یا سوءاستفاده از نتایج آزمون‌ها شود.

روانشناسان و مشاوران احتیاط‌های لازم را به کار می‌گیرند تا نتایج آزمون‌ها مورد سوءاستفاده یا سوءتعبیر قرار نگیرد.

روانشناسان و مشاوران پاسخنامه، نتایج و گزارش آزمون‌های مورد استفاده را در پرونده مراجعان قرار می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران صرفاً در صورتی برای طراحی، تهیه، استاندارد نمودن و تعیین اعتبار و پایایی آزمون‌های روانشناختی اقدام می‌نمایند که از دانش و تخصص لازم برخوردار بوده، و با اصول علمی و روزآمد روان‌سنجی آشنا باشند.

روانشناسان و مشاوران سوابق ارزیابی مراجعان را حداقل تا پنج سال پس از درمان و در مورد کودکان و نوجوانان حداقل تا رسیدن به سن قانونی، نگهداری می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران در تفسیر نتایج آزمون‌ها، اهداف ارزیابی و عوامل مختلف مرتبط با آن را، که ممکن است در قضاوت آزمونگر یا دقت تفسیر نتایج آزمون تاثیرگذار باشد (از قبیل توانایی انجام آزمون، ویژگی‌های مراجع، موقعیت اجرای آزمون، تفاوت‌های زبانی و فرهنگی)، در نظر می‌گیرند.



#### ۶- مداخله‌های روانشناختی

روانشناسان و مشاوران رضایت آگاهانه مراجع، یا قییم قانونی وی را قبل از هرگونه مداخله روانشناختی کسب می‌نمایند.

در مواردی که روانشناس یا مشاور در دوره آموزش باشد، این مساله را قبل از گرفتن رضایت آگاهانه به اطلاع مراجع می‌رساند.

اگر روانشناس یا مشاور بخواهد روشی را که پشتوانه پژوهشی کافی ندارد، در مورد مراجع به کار ببرد، قبلاً مراجع را در جریان روش مزبور قرار داده و موافقت او را جلب می‌نماید.

روانشناسان و مشاوران پرونده مراجعان را به شکلی کاملاً ایمن بایگانی نموده و کلیه سوابق پرونده را حداقل برای ۵ سال بعد از خاتمه مداخله حفظ می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران در روابطی که با نقش حرفه‌ای آنها تعارض داشته باشد، وارد نمی‌شوند.

روانشناسان و مشاوران از درگیر شدن در هرگونه رابطه جنسی با مراجعان خود اجتناب می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران با مراجعان خود ازدواج نمی‌کنند، مگر آنکه حداقل ۲ سال از اتمام یا توقف مداخله آنها گذشته باشد.

روانشناسان و مشاوران وقتی که با زوج یا خانواده‌ای کار می‌کنند، به عنوان شاهد یکی از آنان بر علیه دیگری در دادگاه شهادت نمی‌دهند.

روانشناسان و مشاوران حق الزحمه خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای خود را طبق تعرفه‌های سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران دریافت نموده و وجه دیگری را از مراجعان خود دریافت نمی‌کنند.

## ۷- آموزش، کارورزی و نظارت

روانشناسان و مشاوران تنها برنامه‌های آموزشی، کارآموزی و کارورزی را بر عهده می‌گیرند که دانش و تجربه لازم را برای اجرای آنها داشته باشند.

روانشناسان و مشاوران دانشجویان، کارآموزان و کارورزان را از سرفصل، محتوی و فرایند برنامه آموزشی آگاه می‌کنند. محتوی و برنامه‌های آموزشی، کارآموزی و کارورزی که توسط روانشناسان و مشاوران ارائه میشود، باید مرتبط، علمی، دقیق و به روز باشد.

روانشناسان و مشاوران در برنامه‌های آموزشی، کارآموزی و کارورزی خود، اهداف، انتظارات، محتوای آموزشی و نحوه ارزشیابی برنامه را مشخص می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران نظارت کامل بر نحوه اجرای کارورزی‌هایی که مسئولیت آنها را بر عهده گرفته اند، داشته و بازخوردهای لازم را به کارورزان می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران با ارزیابی مداوم، از قابلیت‌ها و محدودیت‌های شخصی و علمی کارآموزان و کارورزان آگاه شده و در صورتی که محدودیت‌ها مانع تحقق اهداف کارآموزی و کارورزی باشد، در رفع آن اقدام می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران به دانشجویان، کارآموزان و کارورزان خود خدمات درمانی یا مشاوره‌ای ارائه نمی‌دهند و در صورت لزوم آنان را به متخصصین واجد شرایط ارجاع می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران دانشجویان، کارآموزان و کارورزان را به پیروی از اصول اخلاق حرفه‌ای روانشناسی و مشاوره ترغیب می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران مرزهای اخلاقی، حرفه‌ای و اجتماعی را با دانشجویان، کارآموزان و کارورزان خود، مشخص و رعایت نموده و از هر نوع رابطه‌ای که منجر به سوءاستفاده می‌شود، اجتناب می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران در طول دوره آموزش و کارورزی، با حفظ حرمت دانشجویان، کارآموزان و کارورزان، از ورود به حیطه‌های زندگی شخصی آنها خودداری می‌کنند.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۹۹

روانشناسان و مشاوران کارکنان، کارمندان و بستگان نزدیک خود را به عنوان کارآموز و کارورز نمی‌پذیرند.

روانشناسان و مشاوران در برنامه‌های آموزشی، زمینه مناسب برای آشنایی و کسب تجربه دانشجویان، کارآموزان و کارورزان را در خصوص دیدگاهها و فنون مختلف روانشناختی و مشاوره‌ای فراهم نموده و آنها را به توسعه تجربه‌های علمی و عملی خود ترغیب می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران صرفاً در چارچوب صلاحیت‌ها و توانایی‌های واقعی فرد و براساس شناخت شخصی خود، به ارائه توصیه‌های علمی برای افراد مبادرت می‌نمایند.

#### ۸- پژوهش و انتشار

روانشناسان و مشاوران از منطبق بودن پژوهش خود با اصول علمی و اجرای درست آن اطمینان حاصل می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران در برنامه ریزی و اجرای پژوهش‌های خود اطمینان حاصل می‌نمایند که پروژه پژوهشی آنها منطبق بر اصول اخلاق حرفه‌ای می‌باشد. در صورتی که روانشناسان و مشاوران نسبت به انطباق طرح پژوهشی خود با اصول اخلاق حرفه‌ای تردید داشته باشند، قبل از اجرای طرح پژوهشی، آن را به تصویب کمیته اخلاق حرفه‌ای دانشگاه یا سازمان محل خدمت خود می‌رسانند. در صورتی که کمیته اخلاقی در دانشگاه یا سازمان مذکور وجود نداشته باشد، می‌توانند از کمیته اخلاق حرفه‌ای دیگر دانشگاهها و یا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره استعلام نمایند.

روانشناسان و مشاوران می‌پذیرند که شرکت در هرگونه تحقیق روانشناختی داوطلبانه بوده و عدم تمایل به همکاری افراد نباید هیچگونه تبعات منفی برای آنها داشته باشد.

روانشناسان و مشاوران قبل از انجام پژوهش، با استفاده از زبانی قابل درک و فهم، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در تحقیق یا قییم قانونی آنها را به صورت کتبی کسب می‌نمایند. رضایت آگاهانه شامل اطلاعات زیر می‌باشد:

- داوطلبانه بودن شرکت در تحقیق
  - نوع فعالیتی که شرکت کنندگان باید انجام دهند.
  - توضیح منافع و خطرات احتمالی شرکت در تحقیق
  - حق شرکت کنندگان در انصراف از ادامه همکاری در هر زمان
  - توضیح روش‌های حفظ رازداری و محدودیت‌های احتمالی در این زمینه
  - آدرس و شماره تماس محقق و سازمان مجری تحقیق
- روانشناسان و مشاوران فقط زمانی می‌توانند از پنهان کاری در پژوهش استفاده کنند که اولاً منافع تحقیق بیشتر از ضرر احتمالی آن باشد، و ثانیاً امکان انجام تحقیق به روش‌های دیگر وجود نداشته باشد.
- روانشناسان و مشاوران صرفاً در مواردی که پژوهش متضمن هیچگونه استرس، درگیری و آسیب نباشد، می‌توانند از کسب توافق آگاهانه صرف‌نظر نمایند. به عنوان مثال وقتی ابزارهای تحقیق پرسشنامه‌هایی هستند که اشخاص نام خود را ذکر نمی‌نمایند، یا بررسی فعالیت‌های معمول آموزشی که در موقعیت‌های آموزشی انجام می‌گیرد، یا مشاهدات طبیعی و یا تحقیقاتی که پاسخ‌های افراد آنها را در معرض خطر قرار نمی‌دهد.
- روانشناسان و مشاوران نسبت به رفاه، آسایش و ایمنی آزمودنی‌ها / شرکت کنندگان در تحقیق خود مسئول هستند و تمامی احتیاط‌های لازم را برای اجتناب از هرگونه آسیب فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی به شرکت کنندگان در تحقیق به عمل می‌آورند.
- روانشناسان و مشاوران اطمینان حاصل می‌کنند که تمامی اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها و شرکت کنندگان در پژوهش به صورت محرمانه نگهداری شده و گزارش تحقیق به گونه‌ای تهیه و ارائه می‌شود که شناسایی شرکت کنندگان غیر ممکن باشد.
- روانشناسان فقط زمانی روی حیوانات تحقیق می‌کنند که انجام چنین تحقیقی ضروری بوده و نتایج حاصل در جهت پیشرفت و ارتقاء دانش روانشناسی و بهبود کیفیت زندگی انسانها موثر باشد.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۰۱

روانشناسان در تحقیق با حیوانات، اطمینان می‌یابند که حیوان در معرض رنج یا آسیب غیرضروری قرار نگیرد و اگر پس از پایان تحقیق لازم باشد به زندگی حیوان پایان داده شود، بایستی مطمئن شوند که این عمل در سریعترین زمان و با کمترین زجر ممکن انجام گیرد. مسئولیت علمی و اخلاقی پژوهش بر عهده مجری طرح است، در عین حال تمام افرادی که به نوعی درگیر انجام این پژوهش هستند، نیز به سهم خود در قبال اعمال و وظایف پژوهشی مسئول هستند.

روانشناسان و مشاوران در ارائه نتایج پژوهش‌های علمی و تفسیر آنها، صداقت و امانت‌داری را به طور کامل رعایت می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران اطلاعات دروغین و ساختگی ارائه نمی‌دهند.

روانشناسان و مشاوران از ارائه و انتشار داده‌ها و پژوهش‌های قدیمی به عنوان داده‌ها یا پژوهش‌های جدید، اجتناب می‌کنند.

روانشناسان و مشاوران وظیفه دارند اقدام‌های لازم را به منظور حفظ حقوق شهروندان و جلوگیری از سوء تعبیر و سوء استفاده از نتایج گزارش‌ها و پژوهش‌های خود، انجام داده و اطمینان حاصل نمایند که این نتایج در جهت ایجاد تبعیض بین گروه‌های نژادی، قومی، فرهنگی، دینی و جنسیتی مورد سوء استفاده قرار نخواهد گرفت.

چنانچه روانشناسان و مشاوران در اطلاعات منتشر شده خود دچار خطا یا اشتباهی شوند، به نحو مقتضی و مناسب نسبت به تصحیح آن اقدام می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران می‌پذیرند که حقوق مادی و معنوی تحقیقات و تالیفات، تماماً متعلق به پژوهشگران و مولفان آنها بوده و در کلیه فعالیت‌های علمی، پژوهشی و حرفه‌ای خود این حق را مورد توجه قرار داده و رعایت می‌نمایند.

روانشناسان و مشاوران مسئولیت و امتیاز کارهایی را که انجام نداده‌اند، یا هیچ نوع نقشی و نظارتی در اجرای آنها نداشته‌اند، نمی‌پذیرند.

در مقاله‌های استخراج شده از پایان‌نامه‌های دانشجویی، نام دانشجو به عنوان مؤلف اول مقاله می‌آید، مگر آنکه دانشجو نقشی در استخراج مقاله از پایان‌نامه خود نداشته باشد.

#### ۹- تبلیغات و خدمات عمومی

روانشناسان و مشاوران از هرگونه اظهارات کذب و جعلی در خصوص آموزش، تجربه، شایستگی‌ها، درجات تحصیلی، مدارک، وابستگی‌های سازمانی یا انجمنی، خدمات، پایه‌های علمی یا بالینی یا درجه موفقیت خدمات، کتب منتشر شده و کشفیات پژوهشی خود اجتناب می‌کنند.

روانشناسان و مشاورانی که از طریق کتاب، مجلات، روزنامه‌ها، اینترنت، رادیو، تلویزیون و دیگر ابزارهای ارتباط جمعی، برای عموم مردم پیشنهاد یا توصیه ارائه می‌کنند، توجه و دقت کافی برای تضمین این نکته که اظهارات ارائه شده واجد شرایط زیر باشد را مبذول می‌نمایند:

- بر پایه دانش روزآمد روانشناختی و تجربه‌های حرفه‌ای آنها باشد.
- در چارچوب صلاحیت‌ها و تخصص آنها باشد.
- با کدهای اخلاق حرفه‌ای روانشناسان و مشاوران منطبق باشد.
- دلالت بر آن نداشته باشد که رابطه حرفه‌ای با مخاطبان برقرار شده است.
- روانشناسان و مشاوران در مواردی که رسانه‌های جمعی، انجمن‌ها، گروه‌ها و افراد در خصوص مدارک، تخصص، توانایی‌ها، خدمات و اظهارات آنها اطلاعات نادرستی را ارائه می‌دهند، در اسرع وقت و به نحو مقتضی برای تصحیح آن اقدام می‌نمایند.
- هنگامی که روانشناسان و مشاوران از فرد، افراد یا سازمانی برای تبلیغ خدمات تخصصی خود استفاده می‌کنند، از صحت مطالب ارائه شده اطمینان حاصل نموده، بر فرایند تبلیغات نظارت نموده و مسئولیت آن را بر عهده می‌گیرند.
- روانشناسان و مشاوران در ارائه آموزش‌های عمومی نسبت به کارآمدی، موثر بودن، روزآمدی و صحت این آموزش‌ها اطمینان می‌یابند.
- روانشناسان و مشاوران در چارچوب حوزه تخصصی و در حد توان خود، در فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با توسعه و بهبود رفاه اجتماعی و حفظ و گسترش منافع عمومی (از جمله سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، اصلاح قوانین و مقررات، و مانند آن) مشارکت می‌نمایند.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۰۳

روانشناسان و مشاوران بخشی از زمان خود را به ارائه خدمات تخصصی عام المنفعه به افراد و گروههای نیازمند اختصاص می‌دهند.

روانشناسان و مشاوران به صورت داوطلبانه نسبت به ارائه خدمات تخصصی روانشناختی و مشاوره‌ای در شرایط بحران و اضطرار (از جمله بلایای طبیعی و مانند آن) اقدام می‌نمایند.

#### ۱۰- حل و فصل تعارض‌های اخلاقی

وقتی تعارضی بین دو یا چند اصل اخلاقی به وجود می‌آید، روانشناسان و مشاوران ضمن بررسی و ارزیابی دقیق موقعیت و راه‌حل‌های ممکن، تمام تلاش خود را صرف حل تعارض مذکور می‌نمایند. چنانچه تعارض حل نشود، با یادآوری تعهد خود به رعایت ضوابط اخلاق حرفه‌ای، راه‌حلی را بر می‌گزینند که بیشترین پیامد مثبت را برای فرد یا افرادی که از آن تاثیر می‌پذیرند و کمترین پیامد منفی را برای آنها داشته باشد.

روانشناسان و مشاوران در مواردی که بین ضوابط اخلاق حرفه‌ای و قانون تعارض وجود داشته باشد، پس از در پیش گرفتن اقدام‌های منطقی برای حل تعارض و رعایت ضوابط اخلاق حرفه‌ای، در صورتی که این تعارض غیرقابل حل باشد، ملزم به رعایت قانون هستند. روانشناسان و مشاوران در صورتی که بین ضوابط اخلاق حرفه‌ای و مقررات سازمانی که در آن کار می‌کنند تعارضی پیش بیاید، از ضوابط اخلاق حرفه‌ای پیروی خواهند نمود.

در صورتی که روانشناسان و مشاوران اطلاع حاصل نمایند که یکی از همکاران آنها ضوابط اخلاق حرفه‌ای را نادیده گرفته و برخلاف آن عمل کرده است، ابتدا سعی خواهند کرد که با تذکر به آن همکار از ادامه تخلف جلوگیری نمایند. در صورتی که این اقدام موثر واقع نشود، مراتب را به مسئول بالاتر اطلاع داده و در صورت تکرار تخلف، موضوع را به کمیسیون رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره اطلاع خواهند داد. روانشناسان و مشاوران در جریان رسیدگی به پرونده‌های متخلفین، همکاری‌های لازم را با کمیسیون رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره خواهند نمود.

### متن کامل منشور اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران ایران

- این‌جانب در محضر پروردگار منان و در پرتو نورانیت قرآن پیمان می‌بندم که:
- همواره در ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره، مقید به موازین اخلاقی و متعهد به رعایت ارزش‌های الهی بوده و پایبند نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران باشم.
  - در تکریم شخصیت فردی و خانوادگی مراجعان با کلام و رفتار از هیچ کوششی فروگذار نباشم.
  - برای مراجعان خود همواره محیطی امن در بستر موازین اخلاقی و شرعی فراهم نموده و از پدیدآیی احساس ناامنی در مراجعان خود پیش‌گیری نمایم.
  - همواره محرم راز مراجعان بوده، دانسته‌ها و اطلاعات لازمی که در فرایند ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره از مراجعان خود دریافت می‌دارم به مثابه امانت‌هایی الهی تلقی نموده و هرگز در محافل خصوصی و مجامع عمومی افشا ننمایم و جز در موارد استثنایی نظیر الزامات قانونی و شهادت‌های دادگاهی و ضرورت‌های مداخلات سریع درمانی، هیچ‌گونه از اطلاعات دریافتی را در اختیار کسی قرار ندهم.
  - در فعالیت‌های تخصصی و حرفه‌ای خود با مراجعان ثابت قدم بوده، هرگز بر اساس سلیق شخصی و کشش‌های نفسانی با مراجعان تعامل ننمایم و خارج از قلمرو تخصصی و حرفه‌ای با ایشان ارتباط برقرار ننمایم و از به‌کار بردن روش‌ها، تکنیک‌ها و توصیه‌هایی که با موازین شرعی و نظام ارزشی در تعارض می‌باشد اجتناب نمایم.
  - در امور خاصی که خارج از حوزه تخصصی‌ام می‌باشد وارد نشده و عنداللزوم مراجع یا مراجعانم را به متخصصان ذی‌صلاح ارجاع دهم.
  - افزون بر تعرفه‌های مصوب سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور از مراجعان خود مطالبه‌ای نداشته باشم.
  - متعهد می‌شوم حداقل دو ماه قبل از انقضای تاریخ اعتبار پروانه تخصصی خود نسبت به تمدید آن اقدام نمایم.

امضا/تاریخ



### تعریف برخی اصطلاحات در قانون اساسی ایران

- کودک: در قانون مدنی زیر ۱۵ سال برای پسر و زیر ۹ سال برای دختر.
- بلوغ: پسرها ۱۵ سال تمام، دخترها ۹ سال تمام.
- سن ازدواج: پسرها ۱۵ سال تمام، دخترها ۱۳ سال تمام.
- مسئولیت کیفری: پسرها ۱۵ سال تمام، دخترها ۹ سال تمام.
- مسائل کار و کارگران: برای هر دو جنس ۱۵ سالگی تعیین شده است.
- استخدام دولتی: پایان کودکی حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۳۵ سال تمام است.
- صدور گذرنامه: پایان کودکی ۱۸ سال تمام است.
- صدور گواهینامه: پایان کودکی ۱۸ سال تمام است.
- شرکت در انتخابات: پایان کودکی ۱۸ سال تمام است.
- استفاده از مستمری و حقوق وظیفه: تا ۲۰ سالگی افراد کودک حساب می‌شوند.
- حضانة مادر: برای هر دو جنس ۷ سالگی تعیین شده است.

## گزارش موارد غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای در ایران

### مورد یک:

یک روانشناس بالینی مسئول یک مرکز مشاوره دانشجویی در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، یک دانشجوی دختر دانشگاه آزاد را که با مشکل وسواس مراجعه نموده است به مدت یک ماه تحت درمان قرار می‌دهد. پس از این مدت، به دلیل اینکه بر اساس مقررات جدید دانشگاه، مجاز نیست به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها خدمات رسانی کند، دانشجوی مراجعه کننده را جهت ادامه درمان، طی یک معرفی نامه به روانشناس دیگری که در یک مرکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش مشغول به کار است، ارجاع می‌دهد. بعد از پیگیری و اطمینان از ادامه درمان مراجع، این روانشناس پس از چند ماه اطلاع پیدا می‌کند که روانشناس دوم با دانشجوی فوق ازدواج کرده است.

### مورد دو:

یک درمانگر مرد که مسئول یکی از درمانگاه‌های دولتی روانپزشکی و روانشناسی و استادیار دانشگاه نیز بوده است، در کنار ویزیت بیماران، مشاوره و راهنمایی پایان نامه‌های تعدادی از دانشجویان مراجعه کننده از دانشگاه‌های مختلف را نیز بر عهده داشته است. روزی یکی از همکاران این درمانگر که کار فوری با وی داشته است، جهت کسب تکلیف و بدون گرفتن وقت قبلی، نزد این درمانگر می‌رود. منشی در آن لحظه مشغول به کار دیگری بوده است و چون درب اتاق کار این درمانگر به طور کامل بسته نبوده است، مشاهده می‌کند که وی در اتاق کارش با یکی از این دانشجویان رابطه جنسی برقرار کرده است و آن دورا در حال انجام پیش‌نوازش‌های جنسی یکدیگر می‌بیند. وی که دچار شوک ناگهانی شده است، قبل از متوجه شدن این درمانگر به سرعت موقعیت را ترک می‌کند و با این احتمال که مسئولان بالاتر حرف وی را باور نکنند، برای شخص وی مشکل درست کنند و از درمانگر

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۰۷

مسئول حمایت کنند، مراتب فوق را به آنها گزارش نمی‌دهد. این ارتباط مدت‌ها تحت عنوان گرفتن وقت برای ارائه مشاوره و راهنمایی از این درمانگر ادامه داشته است.

مورد سه:

یک روانشناس بالینی که استادیار دانشگاه نیز بوده است به تعداد معدودی از دانشجویان جنس مخالف در کلاس درس توجه بیشتری می‌کرده است، در امتحانات، بدون اینکه آنها در مقایسه با سایرین تلاش و پشتکار و مسئولیت بیشتری نشان داده باشند، نمره بیشتری به آنها می‌داده است، مراجعان و بیماران بیشتری به آنها ارجاع می‌داده است و وقت بیشتری را صرف آموزش بالینی آنها می‌کرده است. همچنین تحت عنوان آموزش و پژوهش این دانشجویان را به منزل شخصی‌اش دعوت می‌کرده است. سایر دانشجویان به روند کار وی اعتراض می‌کنند. استاد اعتراض آنها را نمی‌پذیرد. دانشجویان مراتب اعتراض خود را به اطلاع مسئولان بالاتر می‌رسانند. مسئولان مافوق از این استاد درخواست می‌کنند در چهار چوب قوانین آموزشی دانشگاه رفتار کند، به اعتراض دانشجویان رسیدگی کند و مشکل را با دانشجویانش حل کند. وی پس از اطلاع پیدا کردن از اعتراض دانشجویان و گزارش روند کارش به مسئولان بالاتر نه تنها به درخواست مسئولان مافوقش توجهی نمی‌کند بلکه در یک واکنش شدیدتر به دانشجویان معترض اجازه نمی‌دهد که تحت برنامه آموزش بالینی موظفی وی قرار بگیرند، آنها را از اتاق ویزیت مراجعان و بیماران بیرون می‌کرده است و همچنان به کار خود ادامه می‌داده است تا اینکه پس از گزارش‌های مختلف از رفتارهای غیر اخلاقی وی از طرف دانشجویان، همکاران و خویشاوندان وی، از سوی چند نفر از مسئولان رده بالای وی، از ادامه کارش ممانعت به عمل می‌آید.

مورد چهار:

یک روانشناس بالینی که اجرای آزمون‌های روانشناختی مراجعان یا بیماران را بر عهده داشته است، آنها را برای تکمیل آزمون در اتاق دیگری غیر از اتاق کار خودش قرار می‌داده و

نظارتی بر رفتار مراجعان یا بیماران حین اجرای آزمون نمی‌کرده است. در برخی از روزهای هفته نیز که ساعات پایانی کارش بوده است، آزمون‌های درخواست شده را به مراجعان یا بیماران می‌داده و از آنها می‌خواسته که به سوال‌های آزمون‌ها پاسخ دهند و پس از تکمیل به مسئول پذیرش عودت دهند و خودش محل کار خود را ترک می‌کرده است.

#### مورد پنج:

یک استاد روانشناسی بالینی از یکی از دانشجویان دکتری روانشناسی بالینی خود درخواست کرده است که از پایان نامه یکی از فارغ التحصیلان کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی که وی استاد راهنمای وی بوده است، یک مقاله بنویسد. دانشجوی دکتری مقاله را می‌نویسد و بدون اینکه با استاد راهنما یا کارشناس ارشدی که پایان نامه را نوشته است، صحبت کند، نام خود به عنوان نویسنده اول مقاله ثبت می‌کند و مقاله را در یکی از کنگره‌های روانشناسی ارائه می‌دهد.

#### مورد شش:

نویسنده‌ای یک مقاله را به یک نشریه دارای امتیاز علمی - پژوهشی ارسال می‌نماید. سردبیر نشریه مقاله را جهت داوری برای شخصی که در یک مرکز تحقیقاتی مشغول به کار می‌باشد می‌فرستد. این شخص بر اساس عنوان مقاله متوجه می‌شود که مقاله متعلق به یکی از همکاران نزدیک وی می‌باشد که طرح پژوهشی وی قبلاً توسط آن مرکز تحقیقات به تصویب و اتمام رسیده است. بلافاصله با نویسنده تماس می‌گیرد و به ایشان می‌اطلاع می‌دهد که مقاله شما جهت داوری نزد من فرستاده شده است. این موارد را اصلاح کنید تا مقاله شما را تایید نهایی کنم و برای چاپ به سردبیر نشریه ارسال نمایم. نویسنده با خوشحالی می‌پذیرد و درخواست وی را سریع انجام می‌دهد و مقاله در این نشریه منتشر می‌شود.

### خودآزمایی

- ۱- اهداف ضوابط اخلاق حرفه‌ای را بنویسید.
- ۲- ضرورت اصول و ضوابط اخلاق حرفه‌ای در رشته روانشناسی را بنویسید.
- ۳- تاریخچه و تکامل تدوین ضوابط اخلاق حرفه‌ای روانشناسی را بنویسید.
- ۴- ضوابط اخلاق حرفه‌ای مشاوره شامل چند مورد است؟ هر یک از موارد را شرح دهید.
- ۵- شش مورد از دستورالعمل‌های اجرایی برای مشاوران را بنویسید.
- ۶- موارد اخلاقی دادگاه‌های امریکا را نام ببرید. یک مورد از آنها را توضیح دهید.
- ۷- مراحل یک تصمیم‌گیری اخلاقی را نام ببرید و آنها را توضیح دهید.
- ۸- ضرورت توجه به حقوق مراجعان را بنویسید.
- ۹- منشور حقوق بیمار معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل چند مورد است؟ پنج مورد را بنویسید.
- ۱۰- مسائل اخلاقی در کاربرد فنون گروه درمانی را بنویسید.
- ۱۱- مسائل اخلاقی در کاربرد فنون خانواده درمانی را بنویسید.
- ۱۲- اخلاق در پژوهش شامل چه مواردی است؟
- ۱۳- موازین اولیه اخلاق در پژوهش شامل چه مواردی است؟
- ۱۴- مسائل اخلاقی در پژوهش را نام ببرید.
- ۱۵- تاریخچه اخلاق در پژوهش را بنویسید.
- ۱۶- قانون نورمبرگ را شرح دهید.
- ۱۷- اعلامیه هلسینکی را شرح دهید.
- ۱۸- گزارش بلمونت را شرح دهید.
- ۱۹- وظایف گروه بررسی سازمانی یا کمیته اخلاق (IRB) (Institutional Review Boards) را بنویسید.
- ۲۰- چه مطالعاتی را می‌توان بدون موافقت انجام داد؟
- ۲۱- در اخذ موافقت نامه یا رضایت نامه چه مواردی را بایستی در نظر گرفت؟

۱۱۰ / راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

- ۲۲- از نظر گروه بررسی سازمانی یا کمیته اخلاق (IRB) چه اطلاعاتی می‌بایست جهت کسب رضایت آگاهانه به شرکت کنندگان در پژوهش، ارائه گردد؟
- ۲۳- مصادیق نقض اصول اخلاقی را که ممکن است در ارائه و ارسال مقاله‌ها به کنگره‌ها صورت گیرد توضیح دهید.
- ۲۴- کدهای اخلاقی در پژوهش بر اساس راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش کشور ایران (۱۳۷۹) چند مورد هستند؟ ده مورد را توضیح دهید.
- ۲۵- اصول عمومی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) و نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران را نام ببرید و آنها را از نظر شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه کنید.
- ۲۶- استانداردهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) و نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران را نام ببرید و آنها را از نظر شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه کنید.
- ۲۷- استاندارد اخلاقی مسئولیت را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.
- ۲۸- استاندارد اخلاقی صلاحیت و شایستگی روانشناس، موضوعات صلاحیت و شایستگی روانشناس را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.
- ۲۹- استاندارد اخلاقی اظهارنظرهای اجتماعی را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.
- ۳۰- استاندارد اخلاقی رازداری را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.
- ۳۱- استاندارد اخلاقی حفظ منافع و رفاه حال مراجعین را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.
- ۳۲- استانداردهای اخلاقی روابط حرفه‌ای و روابط چندگانه را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.
- ۳۳- استاندارد اخلاقی نگهداری پرونده‌ها را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۱۱

۳۴- استاندارد اخلاقی تکنیک‌ها و روش‌های ارزیابی را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توضیح دهید.

۳۵- کدهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) نگهداری پرونده‌ها را در چند بخش ترکیب می‌کند؟

۳۶- ویژگی‌های استفاده صحیح از آزمون‌ها را از نظر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) نام ببرید.

۳۷- موضوع‌های اخلاقی در استفاده از ابزارهای ارزیابی شخصیت را بنویسید.

۳۸- در منشور اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران ایران، روانشناس و مشاور متعهد به رعایت چه مواردی هستند؟

۳۹- یک مورد غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای که خودتان با آن مواجهه شده‌اید را بنویسید. موارد نقض اصول عمومی و استاندارد اخلاقی و حرفه‌ای را در آن نام ببرید.

۴۰- وقتی بین دو یا چند اصل اخلاقی و بین ضوابط اخلاق حرفه‌ای و قانون تعارض به وجود می‌آید، روانشناسان مطابق با اصول عمومی و استانداردهای اخلاق حرفه‌ای نظام‌نامه روانشناسان و مشاوران جمهوری اسلامی ایران چه مواردی را بایستی رعایت نمایند؟

## قوانین بهداشت روان در ایران

### ضرورت بررسی دیدگاه روانشناسان درباره قوانین بهداشت روان

حفظ شأن و منزلت انسان و رعایت اخلاق و حقوق فردی و اجتماعی انسان‌ها از موضوعاتی است که در سال‌های اخیر توجه جوامع مختلف را به خود جلب کرده است. در همین زمینه مفهوم حقوق بیمار و حمایت از او نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول وی در آن شرایط خاص است که شایسته است توسط تمامی کارکنان مورد توجه قرار گرفته و به اجرا درآید (نصیریانی، ۱۳۸۶، دادفر و دادفر، ۱۳۸۹، دادفر، بهرامی، رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۸۹).

در مبحث حقوق بیمار یکی از موضوعات مورد توجه در سال‌های اخیر، رعایت حقوق بیماران بستری در مراکز بهداشتی و درمانی روانپزشکی و نیاز به وجود قوانین پیشرفته برای حفاظت از بیماران روانی شدید بوده است. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال روانی، بخش آسیب‌پذیر اجتماع را تشکیل می‌دهند، دفاع از حقوق این بیماران امری لازم و ضروری است (حاجبی، ۱۳۸۳).

حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی به روش‌های گوناگون نقض می‌شود. در موارد بسیاری بیماران روانی بدون نظارت و وجود هیچ قانونی، از حق داشتن زندگی آزاد محروم شده‌اند، به این مفهوم که بسیاری از آنان با وجود توانایی تصمیم‌گیری در مورد زندگی و آینده خود، به اجبار سال‌ها در مؤسسات و مراکز بهداشت روان بستری می‌شوند. آن‌ها به



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۱۳

دلایل گوناگون از جمله پایین بودن اعتبارات بهداشتی - درمانی، کمبود تخت‌های بستری و... از حق دسترسی به مراقبت‌های اساسی سلامت محروم می‌شوند. مسایل مربوط به رضایت آنان از فرآیند درمان و خدمات ارائه شده در این مراکز معمولاً نادیده گرفته می‌شود. در طول مدت بستری بیمار در بسیاری از بیمارستان‌ها، خودمختاری و آزادی افراد (مانند داشتن روابط آزاد، داشتن وقت ملاقات و...) به دلیل وجود محدودیت‌های نامناسب نادیده گرفته می‌شود (واسقی، ۱۳۸۵).

منشور حقوق بیمار که در نظام‌های بهداشتی و درمانی بیشتر کشورها تدوین شده است، می‌تواند نقطه شروعی برای تأمین حقوق بیماران، از جمله بیماران روانی باشد. اما باید توجه داشت که همان‌طور که در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید شده است، در زمینه حمایت از حقوق بیماران و از جمله بیماران روانی، نمی‌توان مسئولیت حمایت از این حقوق را تنها بر عهده یک گروه خاص گذاشت، بلکه این کار زمانی با موفقیت بیشتری همراه است که افراد درگیر در مورد ضرورت اجرایی شدن هر یک از حقوق اتفاق نظر بیشتری داشته باشند (جولایی، نصرآبادی و پارسایکتا، ۱۳۸۳).

نادیده گرفتن حقوق و آزادی بیماران روانی در جهان شایع است. در حالی که تا سال‌های میانی سده بیستم بیشتر قوانین برای حمایت از جامعه در برابر بیماران روانی وضع شده بود، در سال‌های اخیر دیدگاه قانون‌گذاران بر حفظ حقوق بیماران روانی متمرکز شده است. نقش روانپزشکان و دانش روانپزشکی و روانشناسی در تدوین قوانین حقوقی مربوط به بیماران روانی و نیز دست‌اندرکاران امر درمان این بیماران در سده‌های ۱۶ و ۱۷ میلادی شناخته و مطرح گردید.

پائولو زاکیا بر این باور بود که تنها پزشکان می‌توانند در مورد حالت‌های روانی افراد داوری کنند. به باور او توجه و تأکید اولیه باید بر فرد استوار باشد تا بر قانون. پس از انقلاب کبیر فرانسه در سده‌ی هجدهم، فیلیپ پینل تلاش‌های زیادی در راستای جرم نبودن بیماری روانی انجام داد و توانست اصل عدم مسئولیت «دیوانگان» را به اثبات برساند (موسوی‌نسب و پناهی‌متین، ۱۳۷۲).

پیشرفت‌های دانش روانشناسی در سده‌های ۱۹ و ۲۰، کمک بزرگی به تغییر دیدگاه‌های جامعه و مجامع حقوقی نسبت به بیماران روانی نمود. امیل کرپلین تقاضای اصلاح حقوق جزایی را در مورد مجانین مطرح نمود.

در سایه تحولات حقوق جزا و پیشرفت‌های علم پزشکی، گارو فالو رفتار مجرمانه را از دیدگاه روانشناسی مورد بررسی قرار داد (موسوی‌نسب و پناهی متین، ۱۳۷۲). در پژوهش گسترده‌ای سازمان جهانی بهداشت (۱۹۵۵) نشان داد که قوانین در بسیاری از کشورها برای حفظ جامعه از بیماران روانی می‌باشد. کمیته کارشناسان بهداشت روان در همان سال گزارش کرد که بیشتر قوانین موجود در کشورها ناکارآمد و بر پایه دیدگاه‌های کهنه بنا شده‌اند.

در سال ۱۹۷۲ در بررسی دیگری سازمان جهانی بهداشت نشان داد که در ۲۸ کشور از ۴۳ کشور مورد بررسی، قوانین بهداشت روان نارسا و ناکارآمد بوده‌اند. در این میان، در مورد ارزیابی موارد بستری بیماران روانپزشکی به‌عنوان شاخص نگرش عمومی نظام بهداشتی-درمانی به این بیماران و امر درمان آنها، نشان داده شد که ایران با حدود ۹۰-۸۰٪ موارد بستری اختیاری در ردیف کشورهای چگون کانادا و انگلیس قرار داشت (کورانو هاردینگ، ۱۹۷۸).

در سال ۱۹۹۶ بخش بهداشت روان و پیش‌گیری از سوءمصرف مواد سازمان جهانی بهداشت ده اصل اساسی و اولیه را برای بیماران روانی یادآور شده است. این مجموعه با هدف تشریح اصول اساسی قانونی بهداشت روان برای به‌کارگیری این اصول در یک مجموعه‌ی قانونی منسجم و متناسب با زبان، شرایط اقتصادی-اجتماعی و نیازهای محلی به بهترین وجه به صورت موردی توسط مسئولان دولت تدوین شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶a، بخش بهداشت روان و پیش‌گیری از سوءمصرف مواد سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۲).

دفتر منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی سازمان جهانی بهداشت، با برگزاری نشست‌های گوناگون در کویت، مصر، اسرائیل و یمن، کوشش در انگیزه‌مند کردن این کشورها برای دستیابی به اصول قانونی اولیه در بهداشت روان و روزآمدتر کردن قوانین این کشورها داشته

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۱۵

است (کمیته کارشناسی بهداشت روانی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶b).

در سال‌های اخیر طرح پژوهشی گسترده‌ای از سوی انستیتو روانپزشکی تهران آغاز شده است و مجموعه‌ی قوانین موجود در ارتباط با بیماران روانی در ایران جمع‌آوری شده است (شاه‌محمدی، اصغرزاده‌امین، ۱۳۷۸) که انجام آن می‌تواند مقدمات تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران را فراهم آورد.

مقدمات این پژوهش به صورت پیش‌نویس یک طرح پژوهشی چند مرحله‌ای از سوی انستیتو روانپزشکی تهران مطرح گردیده است (شاه‌محمدی، ۱۳۷۸). مراحل آغازین آن که بررسی قوانین بهداشت روان همه‌ی کشورها به‌ویژه کشورهای اسلامی می‌باشد در حال انجام است و این پژوهش به‌عنوان یکی از مراحل تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان کشور انجام شده است.

یکی از هدف‌های مهم قانون‌گذاری در بهداشت روان، ایجاد تعادل میان دو اصل حمایت از جامعه و مسئولیت‌پذیری اجتماع در برابر بیماران روانی است. این باور عمومی که بیماران روانی مسئولیت‌پذیر و خودمختار نیستند، رفتارهای منطقی ندارند و دیگران می‌توانند برخلاف میل آنها رفتار کنند، سبب تدوین قانون بهداشت روان، به‌عنوان شالوده‌ی حمایت از حقوق این بیماران گردیده است.

از سوی دیگر دفاع از حقوق بیماران روانی، نگرش نوینی در دهه‌های گذشته پدید آورد که تفاوتی میان بیماران روانی و جسمی نمی‌دید و به وضع قانونی ویژه بیماران روانی باور نداشت (اپلبام، ۱۹۹۷).

از آن‌جا که در روان‌پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌های پزشکی، به‌کارگیری مداخله‌های غیراختیاری در برخی شرایط ضرورت پیدا می‌کند و این موضوع، تأثیر چشم‌گیری بر آزادی و حق انتخاب فرد دارد و از سوی دیگر، خطر سوءاستفاده اجتماعی و سیاسی نیز وجود دارد.

سال‌هاست که درباره بستری اجباری به لحاظ قانونی و اخلاقی دیدگاه‌های گوناگونی ارائه شده و به همین دلیل رویکرد کشورها در این زمینه بر پایه نوع فرهنگ، قوانین جاری و ساختار نظام مراقبت‌های بهداشت روان، متفاوت است. در حالی که چندین بیانیه حقوق بشر مانند معاهده اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های فردی (بین‌دمن و همکاران، ۲۰۰۳)، بیانیه‌هاوایی (انجمن جهانی روانپزشکی، ۱۹۸۳) و قوانین MI (اجلاس عمومی سازمان ملل متحد، ۱۹۹۱) پذیرفته‌اند که گاهی بستری اجباری بیماران روانی ضرورت می‌یابد، اما برخی گروه‌ها مانند شبکه جهانی کاربران خدمات روان‌پزشکی (۲۰۰۱) در هیچ شرایطی بستری اجباری بیماران را روانی دانند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳).

از دهه ۱۹۵۰ به بعد، پس از بیانیه جهانی حقوق بشر (اجلاس عمومی سازمان ملل، ۱۹۴۸)، نظام خدمات‌رسانی بهداشت روان با تغییر نگرش پدران «خدمت‌رسانی به بیماران» که توانایی مراقبت از خود را ندارند» به اندیشه «رعایت حقوق بیماران روانی» تحوّل تازه یافت. از این رو، چارچوب قانونی بستری اجباری در بسیاری از کشورها با توجه به بیانیه‌های «حقوق بشر» دگرگون شد.

نخستین توافق جامعه روان‌پزشکی برای رعایت کمترین معیارهای اخلاقی درباره بیماران روانی در بیانیه‌هاوایی که توسط انجمن جهانی روان‌پزشکی در سال ۱۹۷۷ منتشر شد، بازتاب یافت (کینگدون و همکاران، ۲۰۰۴). این موضوع به‌ویژه پس از چندین گزارش کاربرد نابه‌جای سیاسی از روان‌پزشکی (فولفورد، ۱۹۹۳) اهمیت بیشتری یافت.

به‌دنبال بیانیه‌هاوایی (انجمن جهانی روانپزشکی، ۱۹۸۳) و منشور انجمن جهانی روانپزشکی (انجمن جهانی روانپزشکی، ۱۹۸۹) درباره حقوق بیماران روانی و قطعنامه سازمان مللبرای حمایت از بیماران روانی و ارتقاء بهداشت روان (اجلاس عمومی سازمان ملل، ۱۹۹۱)، رعایت حقوق بشر درباره بیماران روانی بیشتر مورد توجه قرار گرفت. اما این نظریه نیز وجود داشت که تأکید بیش از اندازه بر حقوق بشر ممکن است به بهای از دست رفتن گرایش به نگهداری و درمان مناسب بیماران بیانجامد. بنابراین گاهی در موارد ویژه‌ای، ضرورت

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۱۷

نادیده گرفتن برخی از این حقوق برای دستیابی به درمان مناسب احساس می‌شود (تفرت، ۱۹۷۳).

با آنکه از آغاز تدوین قوانین بهداشت روان در بسیاری از کشورها بر کاستن از موارد بستری اجباری تأکید می‌شد (کوران، ۱۹۷۸)، اما بر خلاف این ایده اساسی، در برخی کشورها مانند اتریش و بلژیک پس از تدوین قوانین تازه، بستری اجباری افزایش یافت (لکومپته، ۱۹۹۵؛ هابرفلنر و ریتمانسبرگ، ۱۹۹۶؛ وال و همکاران، ۱۹۹۹؛ دارسو - شوته و مولر، ۲۰۰۱).  
نگاهی به قوانین کشور ایران در این مورد نشان می‌دهد که در حال حاضر در کشور ما قانون تعریف شده‌ای برای بستری اجباری بیماران روانی وجود ندارد. برخی از قوانین موجود در زمینه بستری اجباری در ایران (اصغرزاده امین، شاه‌محمدی، ۱۳۷۸؛ جعفرزاده، ۱۳۷۵، حجتی اشرفی، ۱۳۷۶) به شرح زیر دیده شده است:

**ماده ۵۲ قانون مجازات اسلامی:** «هرگاه مرتکب جرم، در حین ارتکاب جرم مجنون بوده و یا پس از حدوث جرم، مبتلا به جنون شود، چنانچه جنون و حالت خطرناک او با جلب نظر متخصص ثابت شود به دستور دادستان تا رفع حالت مذکور در محل مناسبی نگهداری خواهد شد و آزادی او به دستور دادستان امکان‌پذیر است.»

**ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی:** «هر نوع عمل طبی یا جراحی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود جرم محسوب نمی‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.»

**ماده ۴ قانون اقدامات تأمینی:** «هرگاه مجرمین مجنون یا مختل‌المشاعر مخل نظم یا امنیت عمومی و دارای حالت خطرناک باشند، دادگاه ممکن است تشخیص دهد که برای جلوگیری از تکرار جرم، نگهداری یا معالجه مجرم در بیمارستان لازم است.»

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نیز برای بستری اجباری سه شرط اساسی را ضروری می‌داند:

الف - ابتلای فرد به بیماری روانی با شدت تعریف شده

ب - خطر آسیب به خود و یا دیگران

ج- مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت.

بستری اجباری به دلیل تداخل با حقوق بشر و اخلاق پزشکی یکی از موضوعات مهم قانون بهداشت روان است و با توجه به اجتناب ناپذیر بودن بستری غیراختیاری برخی بیماران (در شرایط خاص)، تدوین قانون در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

در قوانین مختلف بهداشت روان تشخیص معیارهای بستری اجباری به یک یا دو نفر از کارکنان آموزش دیده بهداشت روان (بسته به شرایط و امکانات) که مستقل از یکدیگر، فرد را معاینه می‌کنند سپرده شده است. این کارکنان آموزش دیده، دربرگیرنده روان‌پزشکان، پزشکان، روان‌پرستاران، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی هستند.

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) نیز تشخیص معیارهای بستری اجباری معاینه دو فرد آموزش دیده و برای تأیید ضرورت بستری اجباری دخالت یک مرجع مستقل که اغلب از سوی دستگاه قضایی گماشته شده است را ضروری دانسته است.

از سوی دیگر ضرورت تأیید بستری اجباری توسط یک مرجع مستقل نیز مورد توافق بیشتر کشورهای مورد بررسی است. سازمان جهانی بهداشت توجه به بیانیه‌های جهانی حقوق بشر ۱۹۴۹، حقوق کودکان ۱۹۵۹، حقوق افراد عقب‌مانده ذهنی ۱۹۷۱ و حقوق افراد ناتوان ۱۹۷۶ را برای تدوین قوانین بهداشت روان ضروری دانسته است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۰). اما در مواردی که بستری اجباری بر پایه شرایط بحرانی انجام می‌شود (بستری کوتاه مدت اضطراری از یک تا ۲۱ روز) نیازی به تأیید مرجع بی‌طرف نیست.

#### پیشینه

یافته‌های پژوهش یداللهی و بوالهیری (۱۳۸۳) در بررسی دیدگاه‌های روانپزشکان شهر تهران درباره‌ی قوانین بهداشت روان در ایران نشان داد که نزدیک به ۲۰٪ از روانپزشکان از قوانین موجود آگاهی ندارند، بیش از ۷۵٪ آنان با مشکلات قانونی در طی حرفه‌ی خویش روبه‌رو شده‌اند و بیش از ۷۰٪ آنان قوانین موجود را نارسا می‌دانند. این بررسی نشان داد که زنان روانپزشک ۱۲٪ بیشتر از مردان روانپزشک مشکلات قانونی در حرفه‌ی خویش داشته‌اند.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۱۹

۷۸٪ روانپزشکان بر این باورند که استانداردهایی برای مراقبت از بیماران روانی وجود ندارد و نزدیک به ۶۹٪ بر این باور بوده‌اند که دستگاه قضایی برای حمایت از روانپزشکان، قانونی پیش‌بینی نکرده است. ۶۲٪ آزمودنی‌ها قوانین موجود را در زمینه‌ی امور بستری و ترخیص بیماران روانی نارسا می‌دانند. آنها نتیجه گرفتند که قوانین مربوط به بهداشت روانی کشور از دیدگاه روانپزشکان دارای نارسایی هستند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، مهم‌ترین مسایلی که از دیدگاه روانپزشکان مطرح شد به شرح زیر است:

- ۱- بستری و ترخیص بیماران به‌ویژه در موارد اورژانس
  - ۲- مسئله‌ی حقوق زنان بیمار (سقط، ازدواج، بدرفتاری با آنان و ...)
  - ۳- کافی نبودن اطلاعات حقوق‌دانان و قاضی‌ها از مسایل روانپزشکی (برای نمونه، ابهام در تعریف جنون، تعریف جرم برای بیماران روانی و نبودن واژه‌های مشترک)
  - ۴- مسئله‌ی حقوق کودکان (برای نمونه، سوء رفتار و حضانت)
- بر اساس یافته‌های پژوهش ذکر شده، روانپزشکان با سه مسئله‌ی اصلی در قوانین روبه‌رو می‌باشند:

- ۱- نبودن قوانین روز آمد در مورد مسائل جدید مطرح شده در روانپزشکی
  - ۲- وجود ابهام در قوانین موجود
  - ۳- ناکافی بودن قوانین موجود
- همچنین ۹۹٪ روانپزشکان بر این باور بودند که حمایت قانونی از آنان به دلایل زیر ضعیف است:

- ۱- عدم حمایت قانون در موارد تهدید، توهین و تهاجم به روانپزشک
- ۲- وجود تهدیدات جانی و خسارات وارده از سوی بیماران روانی و عدم مسئولیت جبران خسارات
- ۳- عدم حمایت از روانپزشکان در موارد عدم قصور و پیش‌آمدن پیامدهای مصرف

دارو

۴- عدم توجه کارشناسانه به شکایت‌های بیماران از روانپزشکان برای کشف موارد تهمت و افترا

۵- مشخص نبودن موارد احتمال اتهام به روانپزشک در قانون

۶- عدم کمک به روانپزشک در رازداری

در بررسی مفاد برگرفته از پژوهش پارسا پور (۱۳۸۵)، دسترسی بیمار روانی به پرونده پزشکی خود و اطلاع از محتوای آن از دید پزشکان و پرستاران ضرورتی نداشت و بیان خطای درمانی برای بیماران توسط فرد مرتکب خطا نیز از دید پرستاران غیر ضروری بود.

والی پور و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان در مورد بستری اجباری بیماران گزارش دادند که بیش از ۵۰٪ روانپزشکان با احترام گذاشتن به حق بیمار روانی برای قبول نکردن درمان مخالف بودند. این در حالی است که این حق در منشور حقوق بیمار به عنوان حقی قطعی برای بیماران بیان شده است.

نصر اصفهانی و همکاران (۱۳۸۷) با بازبینی بیش از چهل پایگاه اطلاع‌رسانی و جستجوی دستی پانزده منبع در دسترس، گردآوری شده، قوانین بستری اجباری کشورها و هم‌چنین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در حوزه‌های تفکیک بستری و درمان اجباری، ایجاد محیط‌هایی با کمترین محدودیت، ملاک‌های بستری اجباری، مراجع تشخیص و تأیید بستری اجباری و نیز طول مدت بستری اجباری را مورد مقایسه قرار دادند.

آنها گزارش دادند که سازمان جهانی بهداشت و هم‌چنین بیشتر کشورهای مورد بررسی بر لزوم رعایت اصول زیر در تدوین قوانین بستری اجباری تأکید کرده‌اند:

- ایجاد محیط با کمترین محدودیت،

- وجود ملاک‌های "خطرناک بودن" و "نیاز به درمان" برای بستری اجباری فرد،

- لزوم تشخیص اندیکاسیون بستری اجباری توسط دو نفر،

- لزوم تأیید اندیکاسیون یادشده توسط مرجع بی طرف و طول مدت محدود بستری

اضطراری در حد چند روز.



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۲۱

هم‌چنین فرآیند بستری و درمان اجباری در برخی کشورها تفکیک و در برخی دیگر ادغام شده است. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به اهمیت رعایت حقوق متقابل بیمار روانی و جامعه، بستری اجباری دربرگیرنده بخش بزرگی از قانون بهداشت روان است.

عباسی، رشیدیان، عرب، امینی، و حسینی (۱۳۸۹) با هدف شناسایی ضعف‌ها و نارسایی‌های منشور حقوق بیماران روانی و ارائه پیشنهاد برای اصلاح آن به بررسی نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در مورد ضرورت و قابلیت اجرایی مفاد منشور حقوق بیمار، به روش پیمایشی مقطعی، پژوهشی را بر روی ۷۱ پزشک، ۹۷ پرستار و ۱۰۵ بیمار بستری در چهار بیمارستان روزه، ایران، امام حسین (ع) و رسول اکرم (ص) انجام دادند. گویه‌های پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته را از سه منبع ۱- منشور حقوق بیمار مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲- موارد مطرح‌شده در منشور حقوق بیماران برگرفته از بررسی پارساپور (۱۳۸۵) و ۳- مبانی قانونی مراقبت بهداشت روان در خصوص بیماران بستری، تهیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری کردند.

نتایج پژوهش آنها نشان داد که هر سه گروه با ضرورت نداشتن ۳ بند «امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی»، «امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» و «امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی» توافق داشتند.

هر سه گروه بستری اجباری بیمار در شرایطی را که بیمار «خطری برای دیگران محسوب شود»، «قادر به مراقبت و تأمین نیازهای خود نبوده، سلامت جسمی وی در خطر باشد» و «اقدام به خودکشی کرده باشد» ضروری میدانستند.

بیماران با محدود کردن فعالیت فیزیکی بیمار و استفاده از روشهای فیزیکی اجباری در درمان بیماری موافق نبودند. آنها نتیجه گرفتند که منشور کنونی حقوق بیمار در ایران نمیتواند به‌طور کامل پاسخگوی نیازهای بیماران روانی باشد.

## جمع بندی

در ایران قانون بهداشت روان وجود ندارد و بستری اجباری فرد تنها از طریق مراجع قضایی امکان پذیر است (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۹). مواد قانونی درباره این موضوع به طور پراکنده در قوانین مدنی و جزایی ایران گنجانیده شده است.

با توجه به اهمیت موضوع بستری اجباری بیماران روان پزشکی، بررسی قوانین کشورها در زمینه بستری اجباری، و تطبیق آنها با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت ضروری به نظر می‌رسد.

در ایران موضوع بستری اجباری بیماران روانی در منشور حقوق بیماران مطرح نشده است و در حال حاضر نیز قوانین روشن و مصوبی در این باره وجود ندارد.

لذا ضرورت قانونمندشدن بستری اجباری بیماران روانی در کشور ما احساس می‌شود چرا که در شرایط کنونی ممکن است پزشک، بیمار بالقوه خطرناکی را بستری اجباری نماید ولی از سوی بیمار یا وکیل وی با عنوان‌های آدم‌ربایی، زندانی نمودن و یا سلب آزادی مورد تعقیب قضایی قرار گیرد (با استناد به ماده ۶۲۱ قانون مجازات اسلامی). همین احساس نیاز باعث شد که تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان ایران از مدتی پیش آغاز گردد.

سازمان جهانی بهداشت، بستری اجباری را نه تنها محرومیت از آزادی بلکه یک ضربه روانشناختی می‌داند و اصولی را برای تدوین قانون بستری اجباری، ضروری دانسته است. از سوی دیگر با توجه به کاستی‌های قوانین مربوط به این موضوع در ایران، لزوم از میان برداشتن کاستی‌ها و قانونمندشدن روند بستری اجباری احساس می‌شود.

منشور کنونی حقوق بیمار در ایران نمی‌تواند به طور کامل پاسخ‌گوی نیازهای بیماران روانی باشد و بنابراین نیازمند تنظیم منشوری هستیم که به طور کامل دربرگیرنده حقوق این دسته از بیماران باشد.

یک راه این است که آن دسته از حقوقی که بر اساس نتایج پژوهش‌های ذکر شده در خصوص ضرورت آنها میان گروه‌های بررسی شده توافق وجود ندارد، در گروه‌های کارشناسی به لحاظ حقوقی، اخلاقی، حرفه‌ای و مدیریتی مورد بررسی قرار گیرد تا نواقص

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۳۳

موجود در آنها برطرف گردد. هم‌چنین مفادی که تمامی گروه‌های درگیر با ضرورت آن برای بیماران روانی موافق هستند، به‌عنوان حقی قانونی و مصوب برای این دسته از بیماران در منشور در نظر گرفته شود.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده نشان داد که دیدگاه روانشناسان درباره قوانین بهداشت روان در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. از آنجایی که روانشناسان جزو تیم بهداشت روان هستند، ضرورت بررسی دیدگاه آنها، یافتن دیدگاه مشترک و همچنین تفاوت نظر با روانپزشکان و سایر تیم درمان احساس می‌شود. امید بر این است که در آینده شاهد پژوهش‌هایی در این زمینه باشیم.



## منابع

- اصغرزاده امین، صفیه؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۸). مجموعه قوانین موجود در ارتباط با بیمار روانی در ایران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۱۶، ۹۶-۷۱.
- اوتر، اکهارت، اوتر، زیکلیند (۲۰۰۲). اصول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR. ترجمه مهدی نصر اصفهانی. جلد اول، ویراست دوم. تهران: انتشارات ارجمند.
- بخش بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد، سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۲). قانون مراقبت بهداشت روانی: ده اصل اساسی. ترجمه اقدس دواچی. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
- براونر، وارن (۱۳۸۲). آیین نگارش و نشر مقالات پزشکی در تحقیقات بالینی. ترجمه سعید شهرزاد، محمد خانی و رؤیا شرافت کاظم زاده. چاپ اول. تهران: نشر طیب.
- پارساپور، علیرضا (۱۳۸۵). بررسی نگرش پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی، آتیه و ضیائیان در خصوص رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و میزان رعایت آن. پایان نامه MPH، دانشکده بهداشتدانشگاه علوم پزشکی تهران.
- جعفرزاده، علی (۱۳۷۵). متن کامل قانون مجازات اسلامی مصوب. تهران: چاپ و نشر بازرگانی.
- جولایی، سودابه، نصرآبادی، علیرضا، پارسایکتا، زهره (۱۳۸۳). تبیین دیدگاه بیماران و همراه آنان پیرامون حقوق بیمار: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. فصل نامه حیات، شماره ۲۳، ۲۰-۵.

۱۲۶ / راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

چهره ئی، علی (۱۳۸۶). اصول پایه نگارش مقالات علوم پزشکی. چاپ اول. تهران: پژوهش‌های علمی آریا.

حاجبی، احمد (۱۳۸۳). گزارش تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان. اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

حجتی اشرفی، غلامرضا (۱۳۶۹). مجموعه کامل قوانین و مقررات جزایی با آخرین اصلاحات و الحاقات. تهران: کتابخانه گنج دانش.

حجتی اشرفی، غلامرضا (۱۳۷۶). مجموع قوانین اساسی - مدنی. تهران: کتابخانه گنج دانش. حسینیان، سیمین (۱۳۸۵). اخلاق در مشاوره و روانشناسی: مبانی و اصول. تهران: انتشارات کمال تربیت.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دمانس آلزایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، رمضان‌فرانی، عباس، دادفر، فرشته (۱۳۸۹). بررسی حقوق سالمندان در قرآن و حدیث. مقاله ارائه شده در سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران. ۳-۵ اسفند ماه، جزیره کیش، ایران.

دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، فرشته، دادفر، یونسی سید جلال (۱۳۸۹). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سرشت و منش. فصلنامه توانبخشی، سال یازدهم، شماره ۳ (پیاپی ۴۳)، ۱۵-۲۴.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای والدین و نوجوانان. تهران: انتشارات رویان پژوه.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). ارزیابی روانشناختی سالمندان. تهران: انتشارات میرماه.

راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۲۷

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۹). بررسی رضایت مراجعان سرپایی یک مرکز درمانی دولتی از خدمات مشاوره‌ای/درمانی خود. مقاله ارائه شده در سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران. ۳-۵ اسفند ماه، جزیره کیش، ایران.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته، بیرشک، بهروز، سلطانی، خدیجه (۱۳۸۹). داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی نوجوانان: عوارض جانبی و تداخلات دارویی مقاله ارائه شده در اولین کنگره تداخلات دارویی در بیماری‌های اعصاب و روان جانبازان، تهران مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء، بیمارستان خاتم النبیا. ۱۱-۱۲ اسفند ماه.

دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میر ماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میر ماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میر ماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). شاخص‌های تشخیصی آزمون‌های روانشناسی. تهران: انتشارات میر ماه.

دادفر، محبوبه، غرایبی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میر ماه.

داورزنی، محسن (۱۳۸۹). مقایسه حقوق بیماران در تحقیقات پزشکی در جهان. حقوق پزشکی، ۴، ۱۴، ۱۲۹-۱۰۱.

رستمی، رضوانه (۱۳۹۰). اخلاق حرفه‌ای در ثبت و نگهداری اطلاعات محرمانه مراجعین. فصلنامه رویش روانشناسی، سال اول، شماره ۱، ۱۶۳-۱۴۱.

۱۲۸ / راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان)

سازمان جهانی بهداشت، بخش بهداشت روان و پیش‌گیری از سوء‌مصرف مواد (۱۳۸۲). قانون مراقبت بهداشت روانی: ده اصل اساسی (ترجمه اقدس دواچی). تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.

شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۸). فراخوان همکاری در تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۱۶، ۷۰. شعبانی، امیر (۱۳۸۶). رعایت اخلاق در نگارش مقالات علمی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۱۳، سال ۲، ۸۸-۸۷.

صفاری، محسن، افتخار اردبیلی، حسن، سید امامی، رفعت، محمودی، محمود، احموپور، محمد، شجاعی زاده، داوود، فیاض بخش، احمد، غفرانی پور، فضل‌الله، حسینی سده، سیدرضا (۱۳۸۸). روش‌های پژوهش در آموزش و ارتقاء سلامت. تهران: موسسه انتشاراتی آثار سبحان.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۴، ۵۷-۴۱.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۹). کارگاه آموزشی آزمون‌های روانشناختی برای سازمان‌ها و مراکز مختلف کشور.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۹). کارگاه آموزشی ارزیابی و تشخیص برای سازمان‌ها و مراکز مختلف کشور.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). آزمون‌اندريافت موضوع. جزوه و اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). آزمون رورشاخ. جزوه و اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). ارزیابی و تشخیص. جزوه و اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). اصول اخلاق و قوانین حرفه‌ای در روانشناسی بالینی.

جزوه آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.



راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان) / ۱۳۹

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). اصول اخلاق و قوانین حرفه‌ای در روانشناسی بالینی. اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۴). هنجاریابی پرسش‌نامه روانشناختی کالیفرنیا. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۱، شماره ۴، ۳۷۸-۳۷۱.

عاطف وحید، محمد کاظم. نظرسنجی در مورد اصول اخلاق حرفه‌ای روانشناسی از متخصصین بهداشت روانی. (طرح پژوهشی در دست اجرا).

عباسی، مهرانوش، رشیدیان، آرش، عرب، محمد، امینی، همایون، حسینی، مصطفی (۱۳۸۹). نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران روانی در بیمارستان‌های منتخب روانپزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۳، ۱۸۰-۱۷۲.

کوری، جerald، کوری، ماریان اشنایدر، کالانان، پاتریک، راسل، مایکل (۱۳۷۷). فنون مشاوره و روان درمانی گروهی. ترجمه باقر ثنایی. تهران: موسسه انتشارات بعثت.

لانیون، ریچارد آی، گوداشتاین، لئونارد دی (۱۳۸۲). ارزیابی شخصیت. مترجمان سیامک نقش‌بندی، حمیدرضا حسین شاهی برواتی، علی قربانی، الهام ارجمند. تهران: نشر روان. محمدی قهساره، مصطفی. هنگامه‌های روانشناسی و مشاوره خانواده

<http://mostafamahmoudi.blogfa.com>

موسوی نسب، مسعود، پناهی متین، علی اصغر (۱۳۷۲). روانپزشکی قانونی، شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

نصراصفهانی، مهدی، عطاری مقدم، جعفر، رسولیان، مریم، قلعه‌بندی، میرفرهاد، صابری، سیدمهدی، اردستانی، سیدمهدی، غرابی، بنفشه، شیرازی، الهام (۱۳۸۷). بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۵۲، ۱۶-۴.

نصیریانی، خدیجه، فرنی، فرحناز، نصیریانی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر یزد. مجله علمی پزشکی قانونی، سال سیزدهم، شماره ۱، ۳۷-۳۳.

نیکولز، مایکل، پی، شوارتز، ریچارد، سی (۱۳۸۷). خانواده درمانی "مفاهیم و روش‌ها". مترجمان محسن دهقانی، آناهیتا گنجوی، فرزانه نجاریان، سمانه رسولی، علی زاده محمدی و کارینه طهماسیان. تهران: نشر دانه.

واسقی، مروئه (۱۳۸۵). بهداشت روان حقی بشری، روزنامه اعتماد ملی، دوشنبه ۷ اسفند ۱۳۸۵، ص ۱۱.

والی‌پور، محمد، ضرغامی، مهران، مسعودزاده، عباس، خلیلیان، علیرضا، تیرگری، عبدالحکیم، موسوی، طیبه (۱۳۸۶). بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ در ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۶۱، ۱۶۰-۱۴۸.

همتی، آزاد، دژکام، محمود، دلاور، علی، عاطف وحید، محمد کاظم، برجعلی، احمد، کامکاری، کامبیز (۱۳۹۲). همخوانی مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت (PSY-5) پرسشنامه MMPI-2-RF با صفات پیشنهادی محور دوم DSM-5. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ۱۲، ۱۱۴-۸۳.

یداللهی، زهرا، بوالهروی، جعفر (۱۳۸۳). دیدگاه روانپزشکان شهر تهران درباره قوانین بهداشت روان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۴۹-۴۴.

Abramson, M. F. (1972). The criminalization of mentally disordered behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 23, 101-105.

American Psychiatric Association (1983). Guidelines for legislation on the psychiatric hospitalization of adults. *American Journal of Psychiatry*, 140, 672-679.

American Psychology Association (APA). (2007). Ethical principles of psychologists and code of conduct.

Angermeyer, M. C. , & Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 159-164.

Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: An international perspective on the law of involuntary commitment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 25, 135-147.

Bindman, J. , Maingay, S. , & Szmukler, G. (2003). The Human Rights Act and mental health legislation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 91-94.

Chodoff, P. (1984). Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *American Journal of Psychiatry*, 141, 384-389.

- Code of ethics and conduct (2011). British psychological society. [http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/code\\_of\\_ethics\\_and\\_conduct](http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/code_of_ethics_and_conduct).
- Council of Europe (2000). White paper regarding a draft recommendation on legal protection of persons suffering from mental disorders especially those placed as involuntary patients. Strausbourg: Council of Europe.
- Curran, W. J. (1978). Comparative analysis of mental health legislation in forty-three countries: A discussion of historical trends. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1, 79-92.
- Curran, W. J. ,& Harding, T. W. (1978). *The law and mental health: harmonizing objectives*. Geneva: WHO.
- Darsow-Schütte, K. I. , & Muller, P. (2001). Zahl der Einweisungen nach psychkg in 10 jahren verdoppelt. *Psychiatrische Praxis*, 28, 226-229.
- Engberg, M. (1991). Involuntary commitment in Greenland, the Faeroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 353-356.
- Ethical principles of psychologists and code of conduct. (2010). Amendments. <http://apa.org/ethics/code/index.aspx>.
- European Commission (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislationand practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Faulkner, L. R. , McFarland, B. H. , & Bloom, J. D. (1989). An empirical study of emergency commitment. *American Journal of Psychiatry*, 146, 182-186.
- Forster, R. (1997). *Psychiatrische macht und rechtliche kontrolle*. Wien: Döcker.
- Fulford, K. W. , Smirnov, A. Y. , & Snow, E. (1993). Concepts of disease and abuse of psychiatry in the USSR. *British Journal of Psychiatry*, 162, 801-810.
- Haberfellner, E. M., & Rittmannsberger, H. (1996). Compulsory commitment to a psychiatric hospital: The status in Austria [in German]. *Psychiatrie Praxix*, 23, 139-142.
- Hoge, S. K. , Appelbaum, P. S. , & Greer, A. (1989). An empirical comparison of the stone and dangerousness criteria for civil commitment. *American Journal of Psychiatry*, 146, 170-175.
- Kingdon, D. , Jones, R. , & Lonnqvist, J. (2004). Protecting the human rights of people with mental disorder: New recommendations emerging from the Council of Europe. *British Journal of Psychiatry*, 185, 277-279.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, Critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The counseling psychologist*, 12, 43- 55.
- Kokkonen, P. (1993). Coercion and legal protection in psy-chiatric care in Finland. *Medicine and Law*, 12, 113-124.

- Laffont, I., & Priest, R. G. (1992). A comparison of French and British mental health legislation. *Psychological Medicine*, 22, 843-850.
- Lamb, H. R., & Mills, M. J. (1986). Needed changes in law and procedure for the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 475-480.
- Lecompte, D. (1995). The paradoxical increase in involuntary admissions after the revision of the Civil Commitment Law in Belgium. *Medicine and Law*, 14, 53-57.
- Lysbetten, T., & Igodt, P. (2000). Compulsory psychiatric admission. *Psychiatric Bulletin*, 24, 66-68.
- Malcolm, L. (1989). Bed availability as a significant influence on rates of committal to New Zealand's psychiatric hospitals. *New Zealand Medical Journal*, 102, 8-9.
- Miller, R. D., & Fiddleman, P. B. (1983). Emergency involuntary commitment: A look at the decision-making process. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 249-254.
- Phelan, C., & Link, B. G. (1998). The growing beliefs that people with mental illness are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 7-12.
- Pop, K. (2006). Ethics and clinical psychology.  
<http://justnoticeabledifferences.blogspot.com/2006/05/ethics-and-clinical-psychology.html>.
- Record keeping guidelines. American Psychology Association. (2007).  
<http://apa.org/practice/recordkeeping>
- Riecher-Rössler, A., & Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients: An international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Segal, S. P. (1989). Civil commitment standards and patient mix in England/Wales, Italy, and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 146, 187-193.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A., & Harrison, G. (1996). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 39-44.
- Spengler, A., & Böhme, K. (1989). Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. *Nervenarzt*, 60, 226-232.
- Stone, A. A. (1975). *Mental Health and Law: A System in transition*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Treffert, D. A. (1973). Dying with their rights on. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1041-1049.

- United Nations General Assembly (1948). Resolution 217 A (III): Universal declaration of human rights. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly (1991). Resolution 46 (119). Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care (MI principles). New York: United Nations.
- Wall, S. , Hotopf, M. , Wessely, S. , & Churchill, R. (1999). Trends in the use of the Mental Health Act: England 1984-96. *British Medical Journal*, 318, 1520-1521.
- WHO Expert Committee on Mental Health (1995). Fourth report. Legislation affecting psychiatric treatment. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1980). The law and mental health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1987). National Programme of Mental Health for Afghanistan. Alexandria: WHO.
- World Health Organization (1996a). Mental health care law: ten basic principles. World Health Organization, division of mental health and prevention of substance abuse, Geneva: WHO.
- World Health Organization (1996b). Meeting Report on consultation on mental health legislation. Alexandria, Egypt.
- World Health Organization (1997). Report on the intercountry consultation on mental health legislation in different law traditions. Kuwait , 29 Sep. - 2 Oct.
- World Health Organization (1999). Report on the intercountry consultation on mental health legislation in different law traditions. Alexandria, Egypt: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization (2003). Draft WHO manual on mental health legislation. Geneva: WHO.
- World Network of Users of Psychiatry (2001). Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. Vancouver: WPA.
- World Psychiatric Association (1977). The declaration of Hawaii. New York: WPA. Pop, K. (2006). Ethics and clinical psychology.
- World Psychiatric Association (1983). The declaration of Hawaii. Vienna: WPA.

## نمایه موضوعی

پ	آ
<p style="text-align: center;">پ</p> <p>پروانه کار، ۲۹، ۳۰، ۳۴</p>	<p>آموزش، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۶، ۳۲، ۳۴، ۳۹، ۷۲، ۷۳، ۷۶، ۸۰، ۸۵، ۸۷، ۹۱، ۹۲، ۹۷، ۹۸، ۱۰۲، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۲۱، ۱۲۶، ۱۲۸</p>
ت	ا
<p style="text-align: center;">ت</p> <p>تبلیغات، ۱۶، ۱۷، ۷۳، ۷۵، ۹۱، ۱۰۲</p> <p>تحقیقات، ۱۵، ۴۶، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۶۱، ۷۳، ۷۷، ۹۱، ۱۰۱، ۱۰۸، ۱۲۵، ۱۲۷</p> <p>تدریس، ۱۶، ۷۳، ۷۶، ۸۰</p> <p>تصمیم‌گیری اخلاقی، ۱۴، ۳۱، ۳۷، ۵۶، ۱۰۹</p> <p>تعارض‌های اخلاقی، ۱۷، ۱۹، ۹۱، ۱۰۳</p> <p>تفسیر، ۱۷، ۳۴، ۵۳، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۷۷، ۸۳، ۸۷، ۸۹، ۹۱، ۹۲، ۹۵، ۹۶، ۱۰۱</p>	<p style="text-align: center;">ا</p> <p>احترام، ۲۰، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۵۱، ۵۴، ۵۶، ۵۷، ۷۱، ۷۳، ۸۲، ۸۶، ۸۹، ۹۰، ۹۳، ۱۲۰</p> <p>احسان و نیکوکاری، ۷۱</p> <p>اخلاق در پژوهش، ۱۴، ۱۵، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۵۱، ۵۱، ۶۱، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۱۰۹، ۱۱۰</p> <p>ارزیابی، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۳۲، ۳۴، ۴۲، ۵۱، ۵۴، ۵۷، ۷۴، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۸۰، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۱، ۹۵، ۹۶، ۹۸، ۱۰۳، ۱۱۱، ۱۱۴، ۱۲۹</p> <p>استانداردهای اخلاقی، ۱۵، ۷۳، ۷۸</p> <p>اصل عدم تبعیض، ۹۰</p> <p>اصول اخلاقی، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۴۳، ۵۶، ۶۲، ۷۱، ۸۸، ۱۱۰</p> <p>اصول عمومی، ۱۵، ۱۶، ۷۱، ۹۰، ۱۱۰، ۱۱۱</p> <p>اظهارات عمومی، ۱۶، ۷۳، ۷۵</p> <p>اعلامیه نورمیرگت، ۱۵، ۴۶، ۴۷</p> <p>اعلامیه هلسینکی، ۱۵، ۴۶، ۵۱، ۱۰۹</p> <p>امانتداری، ۷۱، ۷۲، ۱۰۱</p> <p>انتشارات، ۷۳، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۹</p> <p>انجمن روانشناسی امریکا (APA)، ۲۰</p>
ح	ب
<p style="text-align: center;">ح</p> <p>حریم خصوصی، ۲۸، ۴۵، ۷۳</p> <p>حق الزحمه، ۱۶، ۲۷، ۲۸، ۳۹، ۷۳، ۷۶، ۹۷</p> <p>حقوق بیمار، ۱۴، ۳۹، ۱۰۹، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۵، ۱۳۰</p>	<p style="text-align: center;">ب</p> <p>بهداشت روان، ۱۷، ۳۷، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۳۰</p>
خ	ر
<p style="text-align: center;">خ</p> <p>خدمات عمومی، ۱۷، ۹۱، ۱۰۲</p>	<p style="text-align: center;">ر</p> <p>رازداری، ۱۶، ۱۷، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۴۰، ۴۵، ۵۴، ۵۷، ۷۳، ۷۵، ۷۸، ۸۲، ۸۷، ۸۸، ۹۱، ۹۴، ۹۵، ۱۰۰، ۱۱۰، ۱۲۰</p>
د	ز
<p style="text-align: center;">د</p> <p>درمان، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۳، ۴۴، ۵۱، ۵۲، ۵۵، ۶۱، ۷۴، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۱۰۶، ۱۰۹، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۳، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۳۰</p> <p>دقت، ۴۵</p>	<p style="text-align: center;">ز</p>

<b>ک</b>	راستگویی، ۷۲ رضایت آگاهانه، ۲۵، ۴۵، ۴۹، ۵۴، ۵۷، ۵۹، ۶۷، ۷۰، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۹۴، ۹۷، ۹۹، ۱۱۰ روابط انسانی، ۷۳ روابط چندگانه، ۱۶، ۷۵، ۷۸، ۸۳، ۱۱۰ روابط حرفه‌ای، ۱۷، ۹۱، ۹۳ روانشناسی بالینی، ۱۳، ۲۳، ۲۴، ۱۰۸، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰
<b>گ</b>	گزارش بلمونت، ۱۵، ۴۷، ۵۶، ۵۷، ۱۰۹
<b>م</b>	مداخله‌های روانشناختی، ۱۷، ۹۱، ۹۷ مسئولیت، ۱۶، ۱۷، ۲۵، ۲۶، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۴۴، ۴۶، ۴۹، ۵۲، ۵۳، ۵۹، ۶۷، ۶۸، ۷۱، ۷۲، ۷۸، ۷۹، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۹۰، ۹۱، ۹۳، ۹۸، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۱۰، ۱۱۳، ۱۱۹ منشور اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران ایران، ۱۱۱، ۱۰۴، ۱۷ موارد اخلاقی دادگاه‌ها در امریکا، ۱۳، ۲۷
<b>ن</b>	نظارت، ۱۷، ۲۱، ۳۴، ۵۳، ۶۱، ۷۶، ۸۰، ۸۳، ۹۱، ۹۸، ۱۰۲، ۱۱۲ نظام ارزش‌های جامعه، ۹۰ نظام نامه اخلاقی، ۱۴، ۳۲، ۷۱ نگهداری پرونده‌ها، ۱۶، ۷۳، ۷۶، ۸۴، ۸۵، ۱۱۰، ۱۱۱ نیکوکاری یا سودمندی، ۵۶
<b>و</b>	وظیفه‌شناسی، ۷۱، ۷۲، ۸۲، ۹۰
<b>ی</b>	یکپارچگی، ۲۳، ۷۱، ۷۲
<b>س</b>	سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، ۱۶، ۹۰، ۹۷، ۱۰۴، ۱۱۰ سنجش، ۱۶، ۱۷، ۷۴، ۷۷، ۹۱، ۹۴، ۹۵
<b>ش</b>	شایستگی، ۱۵، ۱۶، ۴۰، ۴۱، ۷۳، ۷۴، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۱۰۲، ۱۱۰
<b>ص</b>	صداقت، ۴۵، ۴۶، ۷۱، ۷۲، ۱۰۱ صلاحیت، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۴۸، ۴۹، ۵۱، ۵۳، ۵۴، ۷۰، ۷۳، ۷۴، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۶، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۶، ۹۹، ۱۰۲، ۱۱۰
<b>ع</b>	عدالت، ۳۳، ۵۶، ۵۷، ۷۱، ۷۲ عدم آسیب‌رسانی، ۳۳، ۹۰
<b>ق</b>	قانون، ۱۵، ۱۷، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۴۷، ۴۹، ۵۴، ۵۶، ۶۴، ۸۸، ۹۵، ۱۰۳، ۱۰۵، ۱۰۹، ۱۱۱، ۱۱۳، ۱۱۵، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۸

# The guide of professional ethics and behavior in clinical psychology

for psychologists, counselors & psychiatrists

---



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
عصاب  
و  
شفا

by:

**Dr. Mohammad Kazem Atef Vahid**

Clinical psychologist  
Faculty member of Iran University of Medical Sciences  
School of Mental Health & Behavioral Sciences

**Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences