

حریم خصوصی و رازداری در پزشکی و جنبه‌های مختلف آن

مجتبی پارسا^۱*

مقاله‌ی مروری

چکیده

اصل رازداری پزشکی و حفظ حریم خصوصی بیماران یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حیطه‌ی اخلاق پزشکی است که دارای سابقه‌ای دیرینه در دنیای پزشکی می‌باشد. در سوگندنامه بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است و از آن به مانند امری مقدس نام برده شده است. در اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده است و پر واضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط پزشک و بیمار باشد اهمیت آن دوچندان می‌شود. در بیان علت و فلسفه‌ی رازداری دلایل متعددی ذکر می‌شود که از جمله می‌توان به احترام به اتونومی بیمار و نیز جلوگیری از آسیب رسیدن به رابطه‌ی پزشک و بیمار که جز اصلی این رابطه موضوع اعتماد (trust) است اشاره نمود. لذا در اکثر کدهای اخلاقی انجمن‌ها و تشکلهای حرفه‌ای پزشکی به مسأله حریم خصوصی و رازداری تأکید فراوان شده است و حتی در بعضی از کشورها در این خصوص قوانینی وضع شده است که از این جمله می‌توان به قانون HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability ACT) در آمریکا اشاره نمود. از طرفی لزوم رازداری یک امر مطلق نیست و ممکن است شرایطی پیش آید که پزشک ناگزیر به نقض رازداری شود؛ مثلاً در مواقعی که خطری جدی فرد دیگر یا جامعه را تهدید می‌کند. هر چند تعیین مصادیق این موارد به عهده‌ی پزشکان گذاشته شده است ولی بعضی از کشورها به فراخور شرایط، وارد تعیین مصادیق هم شده‌اند. مثلاً در بعضی از کشورها الزام پزشکان به گزارش اجباری در مورد بعضی از بیماری‌ها مثلاً گزارش مورد خلبانی که دچار صرع می‌باشد وجود دارد. بنابراین، لازم است پزشکان به قوانین و مقررات کشور یا استانی که در آنجا طبابت می‌کنند آشنا باشند.

واژگان کلیدی: رازداری، حریم خصوصی، اخلاق پزشکی

^۱ پزشک عمومی، دانشجوی دکترای تخصصی (PHD) اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تقاطع خیابان قدس و بلوار کشاورز، سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران طبقه هشتم دبیرخانه هیأت اجرایی جذب،

تلفن: ۶۶۴۹۲۱۰۴، Email: mparsa@sina.tums.ac.ir

مقدمه

در لغتنامه حریم خصوصی (privacy) به‌عنوان «حالت (وضعیت) عاری شدن از تعرض یا اختلال در امور یا زندگی شخصی کسی» معنی شده است.^۱ ریشه آن از کلمه private به معنی خصوصی است و رازداری (confidentiality) به‌صورت: «داشتن اعتماد یا اطمینان به فرد دیگری در امور شخصی یا محرمانه‌ای که به او واگذار شده است.» یا به‌صورت «محدود کردن اجازه افراد در دسترسی به اطلاعات، اسناد و ...» تعریف شده است.^۲

حریم خصوصی به مفهوم محدودیت دسترسی دیگران به جسم یا افکار و احساسات یک فرد می‌باشد. از طرفی حریم خصوصی ارتباط خیلی نزدیکی با ارزش‌های هنجاری دارد و چیزی است که افراد به‌طور معمول میل دارند آن را محفوظ داشته، از آن حفاظت کرده و بر آن کنترل داشته باشند. لذا بعضی از اوقات حریم خصوصی با حق داشتن حریم خصوصی^۳ از هم قابل تشخیص نیستند. لذا در قانون و اخلاق، حریم خصوصی معمولاً به حق داشتن حریم خصوصی به‌علاوه دسترسی محدود اشاره دارد. لذا در قانون، حریم خصوصی با مورد تعدی قرار نگرفتن از سوی افراد ثالث یا دولت در هم آمیخته شده است.

رازداری ارتباط نزدیکی با مفهوم وسیع حریم خصوصی دارد ولی در عین حال حریم خصوصی و رازداری یکسان نیستند. حریم خصوصی اشاره به ویژگی‌های منحصر به فرد افراد مانند حریم خصوصی افکار، احساسات و تمایلات دارد در حالی که رازداری همیشه به زمینه‌های ارتباطی که بین دو نفر یا بیش‌تر است اشاره دارد. در بعضی از موارد دو واژه‌ی

حریم خصوصی و رازداری به‌جای همدیگر^۴ به‌کار می‌روند. برای مثال، کدهای اخلاق حرفه‌ای معمولاً این واژه‌ها را به جای یکدیگر به‌کار می‌برند. حریم خصوصی و رازداری در نقطه‌ی مقابل «عمومی»^۵ هستند. به عبارت دیگر، چیزی که خصوصی و محرمانه است دیگر عمومی نیست. باید توجه کرد که حریم خصوصی و رازداری در یک جنبه‌ی مهم با هم کاملاً متفاوت هستند؛ بدین نحو که اسقاط حریم خصوصی فرد پیش زمینه‌ای برای برقرار شدن رازداری است. رازداری احتیاج به برقراری ارتباط حداقل بین دو نفر دارد که یکی از آن‌ها اطلاعات شخصی را برای دیگری آشکار می‌کند. البته رازداری فقط جریان اطلاعات شخصی که برای دیگری آشکار می‌گردد نیست. اگر شخصی خودش روابط جنسی خود را در کتابی بنویسد یا در بیلبرد قرار دهد یا با صحبت در گوشه و کنار خیابان آن را به اطلاع عموم برساند این اطلاعات دیگر راز نیست. لذا رازداری نه فقط به اطلاعات بستگی دارد بلکه به زمینه‌ای که آشکارسازی صورت گرفته و نیز روابط بین آشکارکننده‌ی اطلاعات و گیرنده‌ی اطلاعات هم بستگی دارد.^(۱)

اصل رازداری پزشکی یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حیطه‌ی اخلاق پزشکی است که دارای سابقه‌ای دیرینه می‌باشد. در سوگندنامه‌ی بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است. در اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده است و پر واضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط پزشک و بیمار باشد اهمیت آن دوچندان می‌شود. اما با وجود این که این موضوع به‌عنوان یک قاعده در بین پزشکان پذیرفته شده است اما در مواردی مورد غفلت قرار می‌گیرد.

در مطالعه‌ای که در بین پزشکان شهر لاهور انجام شده است میزان رعایت پزشکان مذکور به اصول رازداری و حریم خصوصی مورد بررسی قرار گرفت و نتایجی که از این مطالعه

^۱ قابل دسترسی در

<http://dictionary.reference.com/browse/privacy>

^۲ قابل دسترسی در

<http://dictionary.reference.com/browse/confidentiality>
^۳ right to privacy

^۴ interchangeable

^۵ public

بحث

تاریخچه

رازداری در پزشکی دارای سابقه‌ای دیرینه هم در دنیای غیر اسلام و هم دنیای اسلام می‌باشد. از متون به جا مانده در زمینه‌ی پزشکی در دنیای غیر اسلام معلوم می‌شود که این موضوع اهمیت زیادی داشته است که به‌عنوان نمونه به ذکر مواردی پرداخته می‌شود.

در سوگندنامه‌ی بقراط (۴۵۰-۳۸۰ ق. م) آمده است: «من در راستای حرفه‌ی خود هر آنچه را که خواهم دید یا خواهم شنید، درست مانند آنچه بیرون از حرفه‌ی خود در ارتباط با افراد خواهم دید یا خواهم شنید، اگر باید فاش نگردد هرگز فاش نخواهم کرد و به چنین چیزهایی همانند رازهای مقدس نگاه خواهم کرد».

در سوگندنامه‌ی دیگری به نام سوگندنامه‌ی ASAPH (3-7 CE) که احتمالاً مربوط به قرن ششم بوده است و قدیمی‌ترین کتاب پزشکی عبری است و به‌وسیله‌ی Asaph Judae که یک پزشک یهودی بوده است نوشته شده است ذکر شده «هرگز رازهایی که به تو گفته شده است نباید فاش کنی».

از طرف دیگر، به‌نظر می‌رسد ملزم بودن پزشکان به حفظ راز حرفه‌ای در اواخر امپراتوری روم باستان، مربوط به قرن چهارم، به‌خوبی شناخته شده بوده است. St. Jerom^۱ به درخواست Nepotian که از او خواسته است توصیه‌هایی در مورد وظایف یک کشیش کند، گفته است: «بخشی از وظیفه‌ی تو به‌عنوان یک کشیش ویزیت بیمار است. بقراط قبل از این‌که به شاگردانش بیاموزد، از آن‌ها می‌خواست که سوگند بخورند و آن‌ها را به تبعیت از آن ملزم می‌کرد. در آن سوگندنامه آن‌ها ملزم به سکوت (silence) شده بودند و برای آن‌ها چگونگی سخن گفتن، راه رفتن، لباس پوشیدن و طرز رفتار معین شده بود».

به‌دست آمد بدین صورت بود که در ۸۱/۴ درصد بیماران در بیمارستان‌های عمومی و ۸۸/۴ درصد بیماران در بیمارستان‌های خصوصی درجات حداقلی از حریم خصوصی بیماران رعایت شده بود. رازداری کامل در خصوص اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های دولتی فقط ۱۰/۸ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۳۵/۵ درصد رعایت شده بود (۲).

از طرفی لزوم رازداری یک امر مطلق نیست و ممکن است شرایطی پیش آید که پزشک ناگزیر به نقض رازداری شود. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ی Knowles و McMahan دریافتند که عموم مردم وقتی که یک بیمار اقرار به قتل می‌کند، قصد خودکشی یا قصد قتل کسی را داشته باشد، کودک آزاری صورت گرفته باشد، یا احتمال توطئه‌ای وجود داشته باشد از افشا راز حمایت کرده‌اند (۳).

به دلیل اهمیت موضوع رازداری و حریم خصوصی بعضی از دولت‌ها در دهه‌ی گذشته قوانینی را وضع کرده‌اند که از حریم خصوصی افراد حفاظت کنند که ازجمله می‌توان به قوانین حریم خصوصی در کانادا و سایر کشورهای توسعه یافته اشاره کرد. این قوانین در ارتقای آگاهی‌ها و احترام به حریم خصوصی در بین محققان پزشکی نقش بسیار مهمی داشته است، اما متأسفانه به‌دلیل عدم انعطافی که در آن‌ها مشاهده می‌شود در مواردی اثرات زیانباری بر روی تحقیقات مشاهده‌ای مثلاً در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه مقدور نبوده است داشته‌اند (۴).

در این مقاله ضمن بیان تاریخچه‌ای مختصر از موضوع رازداری در ادوار گذشته در دنیای اسلام و غیر اسلام، به بیان تعدادی از کدهای اخلاقی و قوانین و مقررات در این زمینه و نیز به بیان دلایل ارائه شده در موضوع لزوم رازداری و در نهایت استثناهایی که در این زمینه وجود دارد خواهیم پرداخت، هرچند که در تعیین مصادیق آن وحدت رویه و قاعده‌ی یکسانی وجود ندارد و هر کشوری بسته به وضعیت و شرایط موجود خود ممکن است مواردی را استثنا کرده باشد.

^۱ یکی از پدران مقدس کلیسا که شناخته شده‌ترین مترجم انجیل از زبان یونانی و عبری به لاتین است.

در قرون وسطی سوگندنامه‌ی بقراط اعتبار زیادی داشت، اگر چه تغییراتی کرد که برای مسیحیان قابل پذیرش باشد ولی به پزشکان یاد آوری می‌کرد که راز بیماران را حفظ کنند و از خبر کشی کردن اجتناب کنند.

Constantine the African^۱ (یا به لاتین Constantinus Africanus) (1010-1087 AD) نوشته است: «پزشک باید اطلاعات مربوط به بیمار را پیش خود نگه‌دارد چون بعضی از اوقات بیمار چیزهایی را نزد پزشک آشکار می‌کند که از گفتن به والدین خودش شرم می‌کند». در بعضی از نوشته‌های مربوط به قرن یازدهم برای رازداری محدودیت قائل شده است و ذکر شده: «مگر آن چیزی باشد که باید گزارش شود یا مورد داوری (قضاوت) قرار گیرد».

در اسناد دیگری که موجود است بر آداب و رفتار پزشک تأکید شده است. John Adern در رساله‌ی خودش با عنوان *Fistula-in-Ano* در سال ۱۳۷۰ میلادی ذکر کرده است: «اگر فردی ببیند شما اطلاعات دیگران را نزد خود نگه می‌دارید بهتر به شما اعتماد نخواهد کرد».

هم‌چنین دست نوشته‌ای به زبان فرانسه مربوط به قرن پانزدهم بیان می‌کند که: «یک پزشک نباید متقلب باشد باید مانند یک دوست سکوت اختیار کند».

در نسخه‌های موجود در انگلستان مربوط به قرن شانزدهم قدیمی‌ترین آن به نظر می‌رسد مربوط به John Securius باشد که در نوشته‌ای با عنوان *Querimonie the daily enormities and abuses in physic* که در سال ۱۵۶۶ در لندن منتشر شد درخواست خودش را برای رازداری حرفه‌ای به این صورت بیان نموده است: «هر آن‌چه که من در حین معالجاتم ببینم یا بشنوم و هر آن‌چه که من در مورد افراد باید بدانم اگر به لحاظ قانون نباید فاش شود آن را به عنوان راز نزد خود نگه خواهم داشت».

در ۱۷ قاعده‌ی ENJUN که مربوط به قرن ۱۶ در ژاپن

است و به دانشجویان مدرسه‌ی Ri-shu تعلیم داده می‌شده ذکر شده است: «تو نباید آن چیزی که به تو درباره‌ی بیماری گفته می‌شود بدون اجازه به دیگران بازگو کنی».

هم‌چنین در The Five Commandment and Ten Requirement (۵ فرمان و ۱۰ کار ضروری) مربوط به اخلاق پزشکی در چین که توسط Chen Shih-Kung پزشک چینی اوایل قرن هفدهم نوشته شده است به رازداری پزشک اشاره شده است.

John Gregory (1724-1773) استاد طب دانشگاه ادینبورگ در مقاله‌ی خود با عنوان وظایف و ویژگی‌های یک پزشک به پزشکان یادآوری می‌کند که آن‌ها «بیماران را در بدترین شرایط می‌بینند ... رازداری به‌ویژه در جاهایی که مربوط به خانم‌هاست ضروری است».

و در نهایت تذکرات برای حفظ آداب و احتیاط در صحبت کردن تا به مهاجران آمریکای شمالی ادامه یافت لذا در ایالات متحده Samuel Bard (1742-1821) هشدار داد که: «نام و آوازه‌ی خود را بر مبنای نابودی اعتبار دیگران قرار ندهید».

اما آن چیزی که اولین کدهای اخلاقی مدرن در پزشکی نامیده شد اولین بار در سال ۱۸۰۳ توسط Thomas Percival (1740-1804) در منچستر انگلستان منتشر شد. او در کتابش به نام *Medical Ethics* درباره‌ی رازداری ذکر می‌کند: «در بخش بزرگ یک بیمارستان باید از بیمار درباره‌ی شکایاتش سؤال نمود ولی با تون صدایی که به‌طور اتفاقی نتوان آن را شنید. رازداری در موقعی که ضروری است باید دقیقاً رعایت شود».

به دنبال آن ارزش کار پرسووال توسط پزشکانی مانند William Heberden (1710-1803) درک شد و در ایالات متحده اساس اولین کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا (AMA^۲) که در سال ۱۸۴۶ وضع شد قرار گرفت. در سال

^۲ American Medical Association

^۱ اولین مترجم متون پزشکی از عربی به لاتین بوده است.

وی ذیل عنوان وظایف اخلاقی پزشک می‌گوید: «پزشک باید راز بیماران را حفظ کند و نباید به آن‌ها خیانت کند به خصوص به کسانی که بیمار نمی‌خواهد آن‌ها بدانند» (۱).

چرا پزشک باید رازدار باشد؟

در این که پزشک باید رازدار باشد امری پذیرفته شده است که مستند به دلایل موجهی نیز می‌باشد. از جمله دلایلی که در توجیه رازداری مطرح شده است می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- اعتماد (trust): مهم‌ترین دلیلی که در بیش‌تر متون و مقالات به آن استناد می‌شود اعتماد بین پزشک و بیمار می‌باشد. اعتماد یک جزء ضروری رابطه‌ی پزشک و بیمار می‌باشد. بیماران برای بهره‌مند شدن از مراقبت‌های پزشکی ناگزیر هستند که اطلاعاتی را که دوست ندارند هیچ‌کس آن‌ها را بداند در اختیار پزشکان قرار دهند. لذا باید دلیل موجهی داشته باشند که این اطلاعات را برای کسانی که به آن‌ها خدمت ارائه می‌دهند فاش کنند. لذا بیمار بدون اطمینان از مخفی ماندن اطلاعات فاش شده از ارائه‌ی آن‌ها دریغ خواهد کرد و این باعث خواهد شد که پزشک نتواند وظایف خود را به‌طور مؤثری انجام دهد.

۲- احترام به اتونومی (respect to autonomy) بیمار: یک اصل مهم در اخلاق پزشکی که جزء اصول چهارگانه‌ی پذیرفته شده اخلاق پزشکی نیز هست اصل احترام به اتونومی (autonomy) بیمار است. اصل اتونومی تأکید بر حق بیمار بر تمام زندگی خودش دارد. به لحاظ اتونومی، اطلاعات شخصی یک فرد متعلق به خود اوست و دیگران نباید بدون رضایت او از آن مطلع شوند. لذا در صورت نقض رازداری، اتونومی بیمار نیز دچار خدشه خواهد شد.

۳- احترام به دیگران (respect to others): انسان مستحق و سزاوار احترام است و یکی از راه‌هایی که نشان‌دهنده‌ی احترام به انسان‌هاست حفظ حریم

۱۹۴۸ انجمن پزشکی جهانی (WMA^۱) در اعلامیه‌ی ژنو خود صراحتاً بیان می‌کند: «من به رازهایی که محرمانه به من گفته شود احترام خواهم گذاشت» (۵، ۱).

اما در دین مبین اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده است و پر واضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط پزشک و بیمار باشد اهمیت آن دوجندان می‌شود. امیرالمومنین علی (ع) می‌فرماید: «پیروزی در دور اندیشی و دور اندیشی در به‌کارگیری صحیح اندیشه و اندیشه‌ی صحیح به رازداری است»^۲.

پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: «هر کس راز مسلمان را بپوشاند خداوند در دنیا و آخرت راز او را می‌پوشاند» (۶). امام سجاده (ع) می‌فرماید: «من علاقه‌مندم که پاره‌ای از گوشت بازوی خود را به‌عنوان فدا بدهم برای آن‌که شیعیان خویش‌ن‌دار و راز نگهدار باشند»^۳.

امام صادق (ع) می‌فرماید: «خداوند متعال افرادی را به واسطه‌ی بیان اسرار و شایع نمودن آن ملامت می‌کند تا آن‌جا که می‌فرماید و اذا جائهم امر من الامن وال خوف اذاعوه»^۴. سپس فرمود: «اسرار را فاش نکنید».

با توجه به اهمیت موضوع حفظ راز در اسلام پر واضح است در مورد بیمار رنجوری که به ناچار به پزشک مراجعه می‌کند و بسیاری از اسراری را که حتی برای نزدیک‌ترین کسان خود نیز بازگو نمی‌کند به پزشک می‌گوید، وظیفه‌ی پزشک چه خواهد بود.

درپندنامه‌ی اهوازی (۳۱۸-۳۸۴ هـ.ق) ذکر شده است: «یک پزشک باید به رازداری احترام بگذارد و از اسرار بیماران محافظت کند و در محافظت از راز بیماران از خود بیمار مصرت‌ر باشد».

در خلاصه‌الحکم محمد حسین عقیلی شیرازی (1770 CE)

^۱ World Medical Association

^۲ نهج البلاغه - حکمت ۴۸

^۳ اصول کافی - باب الکتان

^۴ اصول کافی - باب الاذاعه

خصوصی آن‌هاست. لذا پزشک هرچند به درمان بیماران می‌پردازد اما این مسأله نباید موجب نادیده گرفتن شأن بیماران شود (۷).

۴- حفظ تعهد تلویحی (to keep on implied promise): بعضی استدلال می‌کنند که رابطه‌ی پزشک و بیمار شامل یک قرارداد و یک عهد و پیمان است که در درون آن یک تعهد تلویحی به حفظ رازداری نیز وجود دارد. به عبارت دیگر، پزشک بدون این‌که بخواهد بر زبان بیاورد تلویحاً متعهد می‌شود که راز بیمار را فاش نکند. بنابراین، بیماران معتقدند وقتی که نزد پزشک می‌روند به مفهوم آن است که آن‌ها باید رازدار باشند. لذا دلیل این‌که چرا پزشک نباید نقض رازداری کند این است که در صورت انجام این کار زیر تعهد و پیمان خود زده است.

۵- حفظ راز بهترین نتیجه و پی‌آمد را خواهد داشت (نتیجه گرایی): یکی از تئوری‌های اصلی در فلسفه‌ی اخلاق این است که عمل درست در هر وضعیتی این است که بهترین نتیجه را داشته باشد و لذا از دیدگاه معتقدین به این مکتب از این جهت حفظ راز مهم است چون بهترین نتیجه را در پی دارد و به نفع بیماران است و در صورت نقض رازداری بیماران متضرر می‌شوند (۸).

قوانین و مقررات و کدهای اخلاقی موجود در

خصوص رازداری

الف - کدهای اخلاقی

در کدهای اخلاقی انجمن‌ها و تشکل‌های حرفه‌ای بسیاری از کشورها به لزوم رازداری و در بعضی از موارد به استنها و موارد نقض آن اشاره شده است که به بعضی از آن‌ها به اختصار اشاره می‌شود.

۱- در بخش ۹ کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا (AMA) سال ۱۹۵۷ ذکر شده است: «پزشک نباید رازهایی که به او سپرده می‌شود یا نواقصی را

که در شخصیت بیمارش پیدا می‌کند فاش کند مگر این‌که قانون از او خواسته باشد یا به منظور رفاه افراد یا جامعه ضروری باشد». این کدها دوبار در سال‌های ۱۹۸۰ و ۲۰۰۱ مورد بازبینی قرار گرفتند که در بازبینی سال ۲۰۰۱ در اصل ۴ آن ذکر شده است: «یک پزشک باید به حقوق بیماران و همکاران و سایر اعضای حرفه‌ی پزشکی احترام بگذارد و از راز و حریم خصوصی بیمار در چارچوب قانون حفاظت کند».

۲- نظرات شورای امور قضایی و اخلاقی AMA (Ethical and Judicial Council Affairs, 2002): در بخش رازداری این کدها آمده است: «پزشک نباید راز بیماران را بدون رضایت واضح آن‌ها فاش نماید مگر این‌که قانون چنین چیزی خواسته باشد».

۳- درکدهای بین المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی جهانی (WMA) در قسمت وظایف پزشک در مقابل بیمار ذکر شده است: «یک پزشک باید به طور مطلق راز بیمار را حفظ کند حتی پس از مرگ».

۴- بیانیه‌ی لیسبون انجمن پزشکی جهانی در زمینه‌ی حقوق بیمار (۱۹۸۱، ۱۹۹۵): در اصل هشتم این بیانیه به اصل رازداری در سه بند اشاره شده است که در بند یک آن ذکر شده: «تمام اطلاعات قابل شناسایی درباره‌ی وضعیت سلامتی بیمار، وضعیت طبی، تشخیص، پروگنوز، درمان و تمام اطلاعات شخصی دیگر باید به عنوان راز تلقی شود حتی پس از مرگ...». در بند ۲ آن ذکر شده: «اطلاعات محرمانه فقط وقتی افشا می‌شود که بیمار رضایت واضح داده باشد یا صراحتاً قانون آن را خواسته باشد. اطلاعات برای سایر افراد کادر پزشکی که در مراقبت از بیمار دخیل هستند فقط به اندازه‌ای که لازم است بدانند باید آشکار شود. مگر این‌که بیمار رضایت واضح داده باشد». و در نهایت در بند سوم آن ذکر شده

۱۹۸۱ در کویت تدوین شد نیز به اهمیت رازداری اشاره شده است (۱).

۹- در دو ماده از منشور حقوق بیمار در جمهوری اسلامی ایران به موضوع رازداری اشاره شده است که در ماده‌ی ۷ ذکر می‌شود: «بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند مؤکول به اجازه‌ی بیمار خواهد بود». و در ماده‌ی ۸ ذکر می‌شود: «بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده‌ی پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید»^۲.

ب- قوانین و مقررات

در بسیاری از کشورها علاوه بر کدها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای قوانین و مقرراتی هم در خصوص حریم خصوصی و رازداری وضع شده است که در بعضی از اوقات مجازات‌هایی هم برای متخلفان در نظر گرفته است که به اختصار به بعضی از این قوانین و مقررات اشاره می‌شود.

۱- بریتانیا: در بریتانیا معمولاً قوانین مربوط به رازداری تحت پوشش یکی از ۴ قانون زیر می‌باشد.

الف- Common Law: بسیاری از قوانین حاکم بر رازداری در سیستم حقوقی بریتانیا که بر اساس Common Law است آمده است. در خصوص موارد نقض رازداری نظر Common Law این است که اطلاعات باید زمانی فاش شود که رضایت بیمار وجود داشته باشد یا این‌که قانون آن را درخواست کند. آرای صادره از سوی دادگاه‌ها نشان داده است که رازداری فقط وقتی ممکن است نقض شود که منفعت عمومی که مهم‌تر از حریم خصوصی بیمار است مد نظر باشد.

است: «از تمام داده‌هایی که بیمار با آن قابل شناسایی است باید حفاظت نمود. نگهداری این داده‌ها باید به‌طور مناسب صورت بگیرد. مواد انسانی که از آن داده‌های قابل شناسایی می‌تواند استخراج شود، نیز باید حفاظت شود».

۵- کدهای اخلاقی و دستورالعمل رفتار اخلاقی پزشکان کانادا (CMA^۱) که در سال ۱۹۸۴ وضع شد و در سال‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۹۶ مورد بازبینی قرار گرفت. این کدها در خصوص رازداری ذکر می‌کند: «پزشک اطلاعاتی را که مربوط به راز بیمار می‌باشد که از خود بیمار یا یک همکار گرفته است باید حفظ کند و فقط وقتی می‌تواند آن را فاش کند که بیمار رضایت داده باشد یا قانون او را ملزم کرده باشد».

۶- کدهای اخلاقی و دستورالعمل رفتار اخلاقی پزشکان نیوزیلند (۱۹۸۹) که در سال ۲۰۰۲ آخرین بازبینی آن بوده است در خصوص رازداری می‌گوید: «پزشک باید از اطلاعات شخصی بیماران در سراسر طول زندگی و حتی پس از مرگ آن‌ها حفاظت کند؛ مگر این‌که منفعت عمومی که اهمیت آن بیش‌تر از نقض رازداری است مطرح باشد یا در جهت ایمنی خود بیمار باشد که در این موارد می‌توان رازداری را نقض کرد».

۷- در کدهای اخلاقی برزیل (Federal Council of Medicine, 1988) آمده است: «پزشک باید اطلاعاتی را که از بیمار به‌دست می‌آورد به‌عنوان راز حفاظت کند و کاربرد آن فقط برای خود بیمار باشد مگر این‌که الزام قانونی وجود داشته باشد یا خود بیمار خواسته باشد یا خطری متوجه فردی دیگر یا جامعه باشد».

۸- درکدهای اخلاق پزشکی اسلامی (۱۹۸۱) که در اولین کنفرانس بین المللی طب اسلامی در سال

^۲ قابل دسترسی در

ب- قانون حفاظت از داده‌ها (Data Protection Act, 1998):
گستره‌ی این قانون فقط شامل افراد زنده می‌شود و افراد فوت شده را در بر نمی‌گیرد. هم‌چنین این قانون محدود به داده‌های الکترونیکی نیست. جان کلام این قانون ۸ اصل حفاظت از داده‌هاست که در اصل یک آن می‌گوید: «داده‌ها باید واضح و قانونی پردازش شود (fairly and lawfully) یعنی بیمار باید بداند که چه داده‌هایی و چه زمانی پردازش می‌شود و دیگر این‌که تمام استانداردهای قانونی از جمله وظایف رازداری که در Common Law آمده است در آن رعایت شود».

ج- قانون حقوق بشر (Human Rights Law, 1998)
تأثیر این قانون هم مانند Common Law است و در آن حریم خصوصی یک اصل مهم است اما احتمال نقض رازداری به دلیل مسائلی که اهمیت آن‌ها بیش از رازداری است وجود دارد.

د- قانون مراقبت سلامتی و اجتماعی (Health and Social Care Act, 2001): این قانون فقط در انگلستان و Wales کاربرد دارد. بخش ۶۰ این قانون اجازه‌ی افشای اطلاعات را بدون رضایت در صورتی که در جهت اهداف پزشکی و منافع عمومی باشد و امکان اخذ رضایت یا گمنام‌سازی (anonymization) داده‌ها عملی نباشد داده است (۹).

۲- ایالات متحده: در ایالات متحده قانونی تحت عنوان HIPAA^۱ وجود دارد که از آن به‌عنوان جامع‌ترین قانونی که تا به حال برای حفاظت از حریم خصوصی نوشته شده است نام برده می‌شود. این قانون در زمان دولت کلینتون در سال ۱۹۹۶ توسط کنگره وضع شد. بخشی از قانون HIPAA تحت عنوان مقررات حفاظت از حریم خصوصی (The privacy protection rules) است که اولین استانداردها جامع فدرال برای حریم خصوصی پزشکی است (۱۰).

تعدادی از مواد قانون HIPAA در صدد تشویق به تبادل الکترونیکی داده‌ها و حفاظت، ایمن‌سازی، حفظ حریم خصوصی و حفظ رازداری بیماران می‌باشد (۱۱).

اما در دولت بوش این مقررات تعدیل شد به‌طوری که بعضی معتقد هستند که مقررات جدید تضمین لازم را در حفاظت از بیماران به دست نمی‌دهد. طبق این قانون پزشکان و بیمارستان‌ها می‌توانند در صورتی که اطلاعات مستقیماً مربوط به ارائه‌ی خدمات سلامتی باشد بدون اجازه‌ی کتبی بیمار این اطلاعات را در اختیار شرکت‌های بیمه، سازمان‌های مسؤول حفظ سلامت و داروخانه‌ها قرار دهند و این موارد به دلیل عملی نبودن بسیاری از مقررات قبلی اتخاذ شده است (۱۲).
۳- کانادا: در کانادا قانونی تحت عنوان قانون اسناد الکترونیکی و حفظ اطلاعات شخصی (PIPEDA^۲) وجود دارد که در سال ۲۰۰۰ دولت کانادا آن را از تصویب گذراند.

۴- در کشورهای دیگری نیز نظیر اتحادیه‌ی اروپا و استرالیا قوانینی در خصوص حریم خصوصی و رازداری وجود دارد که در اتحادیه‌ی اروپا تحت عنوان European Union Privacy Directive است که در سال ۱۹۹۵ وضع شده است و در استرالیا تحت عنوان قانون حریم خصوصی (The Privacy Act) از آن نام برده می‌شود که در سال ۱۹۸۸ وضع شده و در سال ۲۰۰۱ مورد بازنگری قرار گرفته است (۴).

۵- در جمهوری اسلامی ایران در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی آمده است: «اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه‌ی کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر از موارد قانونی اسرار مردم را افشا کنند به سه‌ماه و یک‌روز تا یک‌سال حبس یا به یک‌میلیون و

² Personal Information Protection and Electronic Documents Act

¹ Health Insurance Portability and Accountability Act

«این کار مجرمانه است که بعضی از پزشکان به بیماران دلگرمی می‌دهند که انتظار بهبودی از بیماری‌ای که به مرحله‌ی لاعلاج رسیده است داشته باشند».

ولی در اسکاتلند معاصر با او John Gregory در این خصوص احساس دوگانه‌ای را بیان می‌کند و می‌گوید: «انحراف از اعتماد در این حالت گاهی ضروری و قابل توجیه است. اتفاق می‌افتد که بیماری بسیار مریض است و اگر او از وضعیت خود آگاه نباشد ممکن است بهبود یابد. از طرف دیگر، در بعضی از اوقات فردی دچار یک بیماری خطرناک شده است و کسی در پی حل مشکلات او نیست و آینده و سعادت خانواده او ممکن است به تصمیمات او وابسته باشد ...، اما در هر حالت لازم است که پزشک هرگز وضعیت واقعی بیمار را از بستگانش پنهان نکند».

در زمان بقراط با توجه به دیدگاه پترنالیستی که وجود داشته است مبنای حفظ راز در خصوص اطلاعات پزشکی بر مبنای پزشک محوری بوده است (physician-based). در این مبنای اگر در قضاوت حرفه‌ای پزشک، نقض رازداری به نفع بیمار بود پزشک می‌توانست اطلاعات را فاش کند ولی با پدید آمدن زبان حقوق طبیعی (Natural Rights of Language) که با John Lock شروع شد (۱۷۰۴-۱۶۳۲) مبنای حفظ راز از مبنای پزشک محور به یک مبنای بیمار محور (patient-based) تبدیل شد. در این مبنای وظیفه‌ی حفظ راز مطلق (absolute) است اگر چه قانون آن را به نفع جامعه بداند (۵).

و لذا کدهای اولیه‌ی اخلاق پزشکی هم متأثر از این حال و هوا وظیفه‌ی حفظ رازداری را مطلق می‌دانستند. به عنوان مثال، در کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی جهانی (WMA) که در سال ۱۹۴۹ وضع شد آمده است: «یک پزشک باید به طور مطلق راز بیمار را حفظ کند حتی پس از مرگ» (۱).

کم کم با گذشت زمان با مسایلی که پیش آمد لزوم نقض رازداری در بعضی از موارد احساس شد. واضح است که

پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند^۱. هم‌چنین در ماده‌ی ۴ آئین‌نامه‌ی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب سال ۷۸ هیأت وزیران ذکر شده است: «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند»^۲.

استثنائات رازداری

با مروری به تاریخچه و سوگندنامه‌ها و کدهای اخلاقی در می‌یابیم که رازداری یک امر مطلق نیست. بلکه در شرایطی ممکن است نیاز به نقض رازداری باشد و در بعضی از موارد تحت تأثیر تفکرات غالب آن زمان حتی موضوعات مربوط به بیماری از خود بیمار مخفی می‌شده ولی برای دیگران آشکار می‌شده است. مثلاً در زمان بقراط بیماری‌های لاعلاج و کشنده از خود بیمار پنهان می‌شده است ولی کاملاً برای خانواده و آشنایان آشکار می‌شده است. در بریتانیا نیز برای چندین دهه این کار مرسوم بوده است، از جمله در بعضی نوشته‌های مربوط به قرن یازدهم برای رازداری محدودیت قائل شده است و ذکر شده: «مگر آن چیزی باشد که باید گزارش شود یا مورد قضاوت (داوری) قرار گیرد».

Mac Kinney در تألیفات خود تحت عنوان، اخلاق پزشکی در قرون وسطی، ۱۱ نوشته مربوط به قرن‌های ۹ تا ۱۵ را ذکر کرده است که به پزشکان توصیه شده است: «هرگز کسی را که در حال مردن است و بیماری لاعلاج دارد آگاه نکنید».

در ایالات متحده (Benjamin Rush (1745-1813 انسان‌شناس و استاد پزشکی برجسته قویاً دروغ گفتن واضح یا تلویحی را توسط پزشکان قبیح می‌دانست و گفته است:

^۱ قابل دسترسی در

<http://www.ghavanin.ir/detail.asp?id=1232>

^۲ قابل دسترسی در

http://lawoffice.mohme.gov.ir/lawoffice/laws/dedicated_law/laws_all.jsp?id=1&id2=1294&offset=0

امکان افشا اطلاعات بر اساس دیدگاه بقراطی امروزه کم‌تر دیده می‌شود و از طرفی این مطلق بودن رازداری هم که در کدهای اولیه WMA دیده می‌شد امروزه وجود ندارد. در مطالعه‌ای که توسط Knowles و McMahan انجام شد این محققان دریافتند که عموم مردم وقتی که یک بیمار اقرار به قتل می‌کند، قصد خودکشی یا قتل کسی را دارد، کودک‌آزاری صورت گرفته است یا احتمال توطئه‌ای وجود دارد از آشکارسازی و نقض رازداری حمایت کرده‌اند (۳).

اما وقتی که برای پزشک مسجل شد که وظیفه دارد اطلاعاتی را فاش کند دو تصمیم دیگر نیز باید بگیرد: اول این‌که به چه کسی بگوید؟ و دیگر این‌که به چه میزان بگوید؟ در پاسخ به این سؤالات باید ذکر شود آشکارسازی باید فقط منحصر به اطلاعات ضروری‌ای باشد که پیش‌بینی می‌شود از آسیب جلوگیری کند و فقط باید به کسانی گفته شود که برای جلوگیری از آسیب به آن نیاز دارند.

علاوه بر این مراتب منطقی و معقول باید رعایت شود تا کم‌ترین آسیب به بیمار که از این آشکارسازی متحمل خسارت می‌شود وارد شود. توصیه می‌شود که پزشک بیمار را آگاه کند که نقض رازداری به علت جلوگیری از آسیب به بیمار یا دیگران صورت گرفته است و در صورتی که ممکن باشد، همکاری بیمار درخواست شود (۷).

طبق نظر انجمن پزشکی بریتانیا (BMA^۱, 1981) مواردی که در آن‌ها می‌توان رازداری را نقض کرد عبارتند از:

الف - وقتی که بیمار رضایت کامل و آزادانه به آشکارسازی داده است؛

ب - جایی که قانون آن را درخواست (الزام) کرده باشد. در این مورد دو حالت وجود دارد:

۱- قانونی در این زمینه وجود دارد: برای مثال، بر طبق قانون سلامت عمومی در انگلیس پزشکان باید مشخصات و آدرس هر شخصی که دچار یکی از موارد مسمومیت‌های غذایی، مرگ‌ها، آسیب‌های

عمده، تصادفاتی که باعث می‌شود بیمار بیش از سه روز از کار بیفتد و وقوع بیماری‌های خاص و خطرناک از جمله مننژیت، طاعون و سل را به اطلاع مقامات مسئول بهداشتی برسانند. یا در کانادا در ایالت‌های کبک، British Colombia و Ontario طبق قانون پزشک ملزم است نام بیماری را که تشخیص می‌دهد رانندگی کردن او خطرناک است گزارش کند. در آلبرتا نیز پزشکان به این کار تشویق می‌شوند.

در سال ۲۰۰۳، GMC^۲ دستورالعملی صادر کرد و به پزشکانی که در بخش‌های اورژانس کار می‌کردند توصیه کرد که تمام آسیب‌های ناشی از گلوله را به پلیس گزارش کنند. این تصمیم به دنبال شیوع رو به ازدیاد این آسیب‌ها در انگلیس رخ داده بود.

در ایران در آخرین بازنگری که در سال ۸۳ انجام شده است بسیاری از بیماری‌ها از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از جمله سل، هپاتیت و ایدز مشمول گزارش‌دهی شده‌اند.

در هند قانون تأکید کرده است که تمام بیمارانی که با تروما به بیمارستان مراجعه می‌کنند و منجر به بستری شدن آن‌ها می‌شود باید به اطلاع پلیس برسند.

نکته‌ی مهمی که وجود دارد این است که بعضی از قوانین اجازه (permit) به آشکارسازی می‌دهند مانند قانون مراقبت سلامتی و اجتماعی ۲۰۰۱، یا قانون جرم و اختلال ۱۹۹۸ (Crime and Disorder Act, 1998) که اجازه به آشکارسازی را به سازمان‌های مربوطه مثل پلیس و مقامات ذی‌صلاح محلی یا قانون اصلاح و تربیت می‌دهد. در چنین مواردی پزشک وقتی می‌تواند اطلاعات را فاش کند که بیمار رضایت داده باشد یا منافع عمومی بر آن غلبه داشته باشد.

نکته‌ی دیگر این‌که اگر پزشک در این شک داشته باشد که آشکارسازی که از طرف پلیس یا مرجع قانونی درخواست

² General Medical Council

¹ British Medical Association

شده ممکن است الزام قانونی نباشد باید سؤال کند که طبق چه قانونی این اطلاعات درخواست شده است.

۲- وقتی که قانون به طور موردی از پزشک درخواست اطلاعات می‌کند:

دادگاه‌ها اختیار قانونی دارند که اطلاعات مورد نیاز خود را درخواست کنند و پزشکان باید به این امر توجه باشند که اطلاعات مورد نیاز را در اختیار دادگاه قرار دهند. عدم تمکین از دستور دادگاه ممکن است جرم تلقی شود. ولی هر گاه امکان‌پذیر باشد بیماران باید از آشکارسازی که مورد درخواست دادگاه است آگاه شوند. در مورد آشکارسازی در ارتباط با یک منازعه یا دادخواهی، پزشک وقتی باید اطلاعات را در اختیار وکلای بیماران قرار دهد که مطمئن باشد بیمار رضایت کتبی داده است و بیمار از ماهیت و محتوای اطلاعاتی که ارائه می‌شود آگاهی داشته باشد.

ج - جایی که منفعت عمومی (public interest) مهم‌تر از رازداری است:

در این خصوص پزشک باید نکاتی را مد نظر قرار دهد:

۱- باید فواید آشکارسازی را در برابر مضرات نقض رازداری سبک و سنگین کند؛

۲- میزان اورژانس بودن آشکارسازی را ارزیابی کند؛

۳- بررسی کند که آیا می‌تواند بیمار را به آشکارسازی داوطلبانه ترغیب کند؛

۴- فرد را قبل از آشکارسازی آگاه کند و رضایت او را بگیرد مگر این‌که انجام این کار ریسک خطر را بالا ببرد؛

۵- به دادن حداقل اطلاعات لازم بسنده کند؛

۶- پیگیری کند که اطلاعات فاش شده فقط برای اهدافی که باید فاش می‌شده استفاده شود؛

۷- و در نهایت در هر حال قادر باشد که تصمیم خود را توجیه کند. از جمله مثال‌هایی که می‌توان در جهت آشکارسازی به جهت منفعت عمومی مطرح کرد در مورد بیمار HIV مثبت است. در این مورد پزشک

باید با بیمار صحبت کند که شریک جنسی او را آگاه کند و تماس جنسی safe برقرار کند. اگر بیمار امتناع کرد بنابر توصیه GMC پزشک باید رازداری را نقض کند و به شریک جنسی او اطلاع دهد. لازم به ذکر است قبل از آشکارسازی باید همه‌ی شرایط مهیا باشد از جمله این‌که شریک جنسی در معرض خطر آلودگی باشد و راه معقول دیگری برای آگاه کردن وجود نداشته باشد و دیگر این‌که بیمار از آگاه کردن شریک جنسی خود امتناع می‌کند و در نهایت این‌که بیمار از کمک پزشک به نیابت از او در این آگاه سازی امتناع می‌کند. مثال دیگر که ممکن است در شرایطی رخ دهد مربوط به کسی است که به طور قانونی اسلحه دارد ولی پزشک تشخیص می‌دهد که به علت مصرف الکل یا دارو یا بعضی از حالات مثل افسردگی ممکن است خطرناک باشد لذا اگر فکر می‌کند کسی در خطر است باید پلیس را آگاه کرد.

از موارد دیگر می‌توان به سوءاستفاده یا سهل‌انگاری در افراد فاقد ظرفیت اشاره کرد. طبق توصیه‌ی GMC اگر پزشک معتقد است که یک بیمار قربانی یک سهل‌انگاری یا سوءاستفاده‌ی جنسی، فیزیکی یا احساسی شده است یا بیمار نمی‌تواند رضایت دهد یا از دادن رضایت خودداری می‌کند باید فوراً به اطلاع مقامات مسؤول رسانده شود و آشکارسازی صورت بگیرد. این در حالی است که باید پزشک تشخیص دهد که آشکار سازی بیش‌ترین نفع را برای بیمار دارد.

د - وقتی که قضاوت پزشکی حکم می‌کند که به دست آوردن رضایت بیمار ناخوشایند است ولی مصلحت بیمار امر می‌کند که اطلاعات باید منتقل شود.

ه- وقتی که اطلاعات برای اهداف تحقیقاتی مورد نیاز است و گرفتن رضایت صریح، غیر عملی یا ناخوشایند است. اما انجمن پزشکی عمومی (GMC) که بدنه‌ی حرفه‌ای پزشکان انگلیس است به طور کلی ۸ استثنا رازداری را ذکر کرده است که عبارتند از:

نتیجه‌گیری

موضوع رازداری از قدیم‌الایام از ضروریات حرفه‌ی پزشکی محسوب می‌شده است؛ به‌طوری که به‌عنوان یک اصل پذیرفته شده در بین بیماران و پزشکان بوده است و به همین دلیل هم بیماران مسائل و موضوعاتی را که حتی از نزدیک‌ترین کسان خود مخفی می‌داشته‌اند برای پزشکان بازگو می‌کرده‌اند. هنوز هم این اصل موضوعی مهم است که در کدهای اخلاقی و دستورالعمل‌های حرفه‌ای تأکید فراوان به آن شده است. از طرفی موضوع رازداری یک امر مطلق نیست. بلکه ممکن است شرایطی پیش آید که پزشک ناچار به نقض رازداری شود که از جمله می‌توان به مواردی هم‌چون: رضایت بیمار به آشکارسازی، وقتی که منافع عمومی در میان باشد، وقتی که خطری فرد دیگر را تهدید می‌کند، وقتی که قانون پزشک را ملزم به آشکارسازی می‌کند اشاره کرد. نکته‌ی مهم این‌که در تمام این شرایط پزشک باید منافع آشکارسازی را با مضرات آن سبک و سنگین کند و در نهایت تصمیم‌گیری کند. هم‌چنین نهایت سعی و کوشش خود را مصروف کند که از ناحیه‌ی این آشکارسازی کم‌ترین ضرر متوجه بیمار شود ازجمله این‌که به دادن حداقل اطلاعات بسنده کند و دیگر این‌که اطلاعات را فقط به کسانی بگوید که برای دفع خطر به این اطلاعات نیازمند هستند و در نهایت تا جایی که ممکن باشد سعی کند در این آشکارسازی بیمار را همراه خود کند و رضایت او را جلب کند.

- ۱- وقتی که بیمار یا وکیل قانونی او رضایت بدهند؛
- ۲- وقتی که سایر پزشکان یا سایر گروه‌های پزشکی در درمان بیمار مشارکت دارند؛
- ۳- وقتی که پزشک تشخیص می‌دهد که دوست یا خویشاوند بیمار باید از وضعیت سلامتی بیمار مطلع باشد و به لحاظ پزشکی گرفتن رضایت از بیمار ناخوشایند (undesirable) است؛
- ۴- به‌طور استثنا وقتی که پزشک اعتقاد دارد آشکارسازی برای شخص سوم به غیر از بستگان به منفعت بیمار است و بیمار هر تلاش معقولی را برای ترغیب کردن او را رد کرده است؛
- ۵- الزام قانونی وجود داشته باشد؛
- ۶- وقتی که یک دادگاه یا مسؤول قانونی دستور بدهد که پزشک اطلاعات را فاش کند؛
- ۷- وقتی که منافع عمومی مهم‌تر از رازداری است برای مثال تحقیقات پلیس از یک جرم بزرگ و جدی؛
- ۸- برای اهداف تحقیقاتی که به‌وسیله‌ی کمیته‌ی اخلاق تأیید شده باشد (۱۵ - ۱۳، ۹، ۸).

Press; 2004.

- 9- Anonymous. Medical Ethics Today, The BMA's Handbook of Ethics and Law, 2nd ed. UK: British Medical Association Ethics Department; 2004, p. 165-96.
- 10- Charatan F. Bush to drop medical records privacy clause. BMJ 2002; 324(7341): 806 .
- 11- Bergeron B. Where is HIPAA taking physician practices? MedGenMed 2005; 7(2): 65.
- 12- Josefson D. New rules announced on confidentiality of US patient records. BMJ 2002; 325(7361): 408.
- 13- Macara AW. Confidentiality--a decrepit concept? Discussion paper. J R Soc Med 1984; 77(7): 577-84.
- 14- Cotton C, Crippen DW, Kapadia F, Morgan A, Murray HN, Ross G. Ethics roundtable debate: is a physician-patient confidentiality relationship subservient to a greater good? Crit Care 2005; 9(3): 233-7.

۱۵- طباطبایی م، زهرایی س م، احمدنیا ه، قطبی م،

رحیمی ف. اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها،

چاپ دوم. تهران: مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت

بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۶، ص ۳.

منابع

- 1- Post SG. Encyclopedia of Bioethics, 3rd ed. Michigan: Macmillan Reference; 2004, p. 494-6, 2633-716.
- 2- Humayun A, Fatima N, Naqqash S, et al. Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. BMC Med Ethics 2008; 9: 14.
- 3- Jones C. The utilitarian argument for medical confidentiality: a pilot study of patients' views. J Med Ethics 2003; 29(6): 348-52.
- 4- Gershon AS, Tu JV. The effect of privacy legislation on observational research. CMAJ 2008; 178(7): 871-3.
- 5- Higgins GL. The history of confidentiality in medicine: the physician-patient relationship. Can Fam Physician 1989; 35: 921-6.
- ۶- احمدیان ا. رهگشای انسانیت (نهج الفصاحه). قم: گلستان ادب؛ ۱۳۸۵، ص ۲۲۶.
- 7- Williams JR. Medical Ethics Manual. World Medical Association; 2005.
- 8- Hope RA. Medical Ethics: A Very Short Introduction. USA: Oxford University

