

## مطالعه‌ی تطبیقی رازداری پزشکی در بیماری‌های مقاربتی

میثم شیخ طلیمی<sup>۱</sup>، صادق شریعتی نسب<sup>۲</sup>، رضا عمانی سامانی<sup>۳\*</sup>

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

رازداری اصلی اخلاقی است که در مجموعه‌ی قوانین کیفی مورد حمایت قرار گرفته است. با این وجود، رعایت این اصل برای پزشک در فرض ابتلاء مراجعه‌کننده به بیماری‌های مقاربتی با چالش‌هایی خاص مواجه می‌شود. از یک سو رعایت این اصل، تکلیف پزشک محسوب می‌شود اما از سویی دیگر حفظ راز ممکن است سایر اشخاص به‌ویژه نزدیکان بیمار را در معرض خطر ابتلاء قرار دهد؛ از این رو، هشدار به شریک جنسی از مناقشه برانگیزترین موضوعات مطرح در رازداری پزشکی است. افزون بر این، دولت‌ها جهت انجام مطالعات پژوهشی و اتخاذ سیاست‌های پیش‌گیری از شیوع این امراض، اقدامات تقنینی برای گزارش الزامی موارد ابتلا انجام داده‌اند. سبک این کار ویژه از ارسال کامل هویت و محل اقامت فرد مبتلا که حقوق کشورهایمانند اوکراین، ایالات متحده و استرالیا در این دسته قرار می‌گیرند تا گزارش بدون ارائه‌ی اطلاعات حساس نظیر نام و نشانی که کشورهایمانند تایلند، فرانسه و ایران از این قبیل هستند را شامل می‌شود. بر خلاف نظام قانونی دولت‌های گروه نخست، در حقوق ایران هم‌چون نظام حقوقی فرانسه، بر وظیفه‌ی قانونی پزشکان به حفظ راز تأکید شده ضمن این‌که تکلیف پزشکان بر هشدار به شریک جنسی فرد مبتلا از آن افاده نمی‌شود. صرفاً طبق شروطی خاص و تفسیری مضیق با توسل به علل موجه جرم شامل رضایت فرد، قاعده اضطرار هنگامی که خطر ابتلا قریب‌الوقوع باشد و برخی احکام خاص قانونی، می‌توان اجازه‌ی نقض راز را به اشخاص در معرض سرایت دریافت.

**واژگان کلیدی:** رازداری، بیماری‌های مقاربتی، هشدار به شریک جنسی، گزارش الزامی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده‌ی زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دکترای حقوق خصوصی، عضو هیأت علمی پژوهشگاه رویان، مربی پژوهشی، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولیدمثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و استادیار، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده‌ی زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

\* نشانی: تهران، پژوهشگاه رویان، صندوق پستی: ۱۴۸-۱۶۶۳۵، تلفن: ۰۲۱-۲۲۳۰۶۴۸۱، Email: [r.samani@gmail.com](mailto:r.samani@gmail.com)

## مقدمه

رازداری در یک تعریف مختصر حقوقی به ممنوعیت افشای اطلاعات خاص که تحصیل آن‌ها مبتنی بر اعتماد یک شخص به دیگری است و به مناسبت حرفه از آن مطلع می‌شود، اطلاق می‌شود (۱). بنابراین، از تعریف مذکور، می‌توان رازداری در عرصه‌ی پزشکی را «ممنوعیت افشای اطلاعات پزشکی بیماران که به علت اعتماد بیمار مورد تبادل با پزشک واقع شده» برداشت کرد.

وثوق به پزشک باعث می‌شود بیمار اطلاعات نهان خود از روابط جنسی که بی‌گمان خصوصی‌ترین بخش از زندگی و حریم خصوصی است را با طیب خاطر در اختیار طیب قرار دهد. بدین ترتیب، مشروط بر اعتماد عمومی به طبیبان، مسائل و بیماری‌های ناشی از روابط جنسی با کارگزاران این حرفه در میان گذاشته می‌شود. اکنون این پرسش مطرح خواهد شد که آیا اصل رازداری پزشکی در روابط جنسی مطلق است یا خیر، زیرا با وجود الزام قانونی این اصل اخلاقی در مجموعه‌ی قوانین کیفری بسیاری از دولت‌ها، گاه رعایت آن با چالش‌های حقوقی و اخلاقی خاصی مواجه شده که تجلی آن را می‌توان در بیماری‌های مقاربتی<sup>۱</sup> به‌روشنی دریافت.

فرض کنیم آقای «م» پس از مراجعه به پزشک در می‌یابد دچار «سندرم نقص ایمنی اکتسابی»<sup>۲</sup> است. در حالی که علاوه بر همسر قانونی خود گاهی با یکی از دوستان قدیمی رابطه‌ی جنسی دارد و هر از گاهی نیز در مراکز فساد و فحشاء رابطه‌ی جنسی نامطمئن دارد. در این‌جا پزشک در مورد رعایت سوگند خود به حفظ راز آقای «م» و سلامت شرکای جنسی او دچار تعارض می‌شود؛ زیرا از طرفی حفظ راز بیمار تعهد اخلاقی- قانونی وی است و از طرف دیگر سکوت وی می‌تواند عواقب وخیمی برای سایرین داشته است.

به هر روی، در نظم اخلاقی و حقوقی کنونی برای پزشکان سراسر دنیا، قوانین می‌توانند نقش مهمی ایفا کنند تا در صورت مواجه شدن با چنین موضوعاتی آخرین اراده‌ی قانون‌گذاران را دریابند. بدین مناسبت در مقاله‌ی پیش رو کوشش می‌شود قوانین و رویه‌ی قضایی برخی کشورها در زمینه‌ی موضوعات مناقشه‌برانگیزی نظیر هشدار به شریک جنسی<sup>۳</sup> یا الزام به گزارش بیماری‌های مقاربتی<sup>۴</sup> بررسی شود که این شامل دو رویکرد جهانی عمده می‌شود و مبنای این تفکیک سبک آن‌ها در نوع گزارش ابتلا و نقض رازداری برای هشدار به شریک جنسی است: دسته‌ای از کشورها بنا بر مصلحت ملی، گزارش ابتلا به بیماری‌های مقاربتی را همراه با ذکر کلیه‌ی مشخصات فرد، مورد الزام قرار داده‌اند ضمن آن‌که هشدار به شریک جنسی را ولو بدون اخذ رضایت از بیمار امر کرده‌اند؛ در حالی که گروهی دیگر خواستار گزارش بدون ذکر مشخصات مراجعه‌کننده شده و نقض راز را با وجود شرایط معین و رعایت مراتبی خاص یا در صورت وجود رضایت بیمار، از طریق هشدار به شریک جنسی پیش‌بینی کرده‌اند.

## رویکرد نخست

گسترش روزافزون بیماری‌های مقاربتی در کشورهای اوکراین، استرالیا و ایالات متحده موجب شده رویکرد تحدید رازداری در مواجهه با افراد مبتلا اتخاذ شود.

## ۱- اوکراین

کشور اوکراین پس از فروپاشی شوروی و در مواجهه‌ی با روند جهانی شدن، آسیب‌های جدی اقتصادی و اجتماعی را متحمل شد و ۲۳۰ هزار مورد ابتلا به HIV در انتهای سال ۲۰۱۱ میلادی مورد تخمین بوده، با وجود آن‌که اپیدمی ایدز تا ۶ تا ۷ سال بعد از غرب اروپا در شرق اروپا شروع شده است (۲).

<sup>3</sup> Partner notification

<sup>4</sup> Compulsory reporting of STD's

<sup>1</sup> Sexual transmitted diseases

<sup>2</sup> AIDS

دانست زیرا پزشک پی دی را با توجه به موقعیت خاص به عنوان بیمار مطلع نکرده بود. بنا بر استدلال دادگاه، صرف نظر از رابطه‌ی پزشک با بیمار دارای HIV مثبت، پزشک مستقلاً تکلیف به مراقبت دارد (۳).

باید افزود، قانون حریم خصوصی استرالیا، افشای اطلاعات را تحت شرایطی که اعتقاد بر این باشد که افشا موجب کاهش یا پیش‌گیری از تهدید و آسیب جدی به شخص می‌شود فاقد وصف مجرمانه دانسته است. در راستای این دیدگاه دیپارتمان سلامت دولت، در دومین گزارش بیان استراتژی‌ها راجع به امراض مقاربتی، هشدار به شریک جنسی را از موارد اورژانس دانسته که یا به علت شرایط یا به منظور مداخله‌ی زودهنگام جهت پیش‌گیری از سرایت ضرورت می‌یابد (۴).

### ۳- ایالات متحده

رازداری در قانون اساسی، قانون حریم خصوصی و سایر قوانین ایالتی حمایت شده است اما حقوق و خرد متعارف در اخلاق پزشکی رازداری با پرونده‌ی تاراسوف علیه شورای دانشگاه کالیفرنیا<sup>۳</sup> به‌طور کلی تغییر یافت (۵).

پودار دانشجویی اهل هند در سال ۱۹۶۸ با تانیا تاراسوف<sup>۴</sup> دختری متولد چین اما روس‌تبار در دانشگاه کالیفرنیا آشنا شد و قصد ارتباط بیش‌تر با او را داشت که این مسأله از سوی تانیا رد شد. او به روان‌شناس قصد خود بر قتل تانیا را آشکار کرد و روان‌شناس طبق وظیفه به بخش امنیت دانشگاه موضوع را گزارش کرد که وی مختصراً نگره‌داری و سپس آزاد شد اما مدتی بعد پودار آنچه گفته بود انجام داد؛ چاقو زدن به دختر تا مرگ (۶).

والدین تاراسوف علیه دانشگاه کالیفرنیا و تعدادی دیگر (مأمورین امنیت دانشگاه و روان‌شناسان) برای مرگ دختر اقدامی دعوی کردند. دادگاه بدوی، دعوی را رد کرد و دادگاه

در این کشور انجام تست بیماری‌های مقاربتی به صورت هویت نامشخص وجود ندارد و گزارش موارد ابتلا به این بیماری‌ها از جمله ایدز به مراکز بهداشتی فرستاده می‌شود؛ با این وجود، سالانه تعداد زیادی از مردم تست HIV را انجام می‌دهند؛ برای نمونه، در سال ۲۰۱۰ میلادی، بیش از ۳ میلیون نفر آزمایش ایدز انجام داده‌اند. شاید یکی از دلایل استقبال عمومی علاوه بر تکثیر شدید این بیماری، رایگان بودن آن باشد؛ اما مهم‌ترین موضوع در بحث ما، اجباری بودن هشدار به شریک جنسی است. رویکرد اوکراین در تعارض میان احترام به رازداری بیمار و مصلحت عمومی و شریک جنسی شخص مبتلا، پاسخی توأم با عدم تسامح بوده و جالب این‌جاست که با وجود چنین سیاستی، انجام آزمایش نرخ بالایی دارد.

### ۲- استرالیا

طبق قانون سلامت ۱۹۱۱ بخش غرب<sup>۱</sup>، «کلیه‌ی اطبا و پرستاران موظف به گزارش بیماری‌های مقاربتی نظیر کلامیدیا، سوزاک، سفلیس، هپاتیت و ایدز هستند». ماده‌ی ۲۷۶ از فصل ۲ بخش ۴، گزارش الزامی را همراه با کلیه‌ی اطلاعات اشخاص شامل اسم، محل اقامت، شماره‌ی تلفن دانسته و عدم تبعیت از این قسمت را موجب مجرم شناخته شدن پزشک قلمداد کرده و در مورد ابتلا به HIV ماده‌ی اصلاحی صرفاً ذکر دو حرف اول نام فامیل را کافی دانسته است.

در مورد هشدار به شریک جنسی، پرونده‌هایی در استرالیا پزشک را مسؤول انجام این امر شناخته است. در پرونده‌ی پی دی علیه هاروی<sup>۲</sup>، پی دی از ویروس شریک جنسی‌اش بعد از آن‌که زوجین برای مشاوره و تست حاضر شده بودند، مطلع نشده بود. دادگاه پزشک را بر اساس منع پیش‌گیری از انتقال HIV مبتنی بر توصیه‌ی ناکافی در زمان مشاوره مسؤول

<sup>3</sup> Tarasoff v. Regents of The University of California (1969)

<sup>4</sup> Tanya Tarasoff

<sup>1</sup> Health Act 1911

<sup>2</sup> PD v. Harvey

از آن‌جا که نقض رازداری می‌تواند موجب پیش‌گیری از آسیب جدی به اشخاص ثالث شود صریحاً استثنائات رازداری تجویز شده است. با این وجود، در ایالات گوناگون قوانین متفاوت هستند هرچند به‌طور عام به‌عنوان یک قاعده، رازداری را اگر جمیع شرایط زیر وجود داشته باشد می‌توان نقض کرد:

- ✓ خطر بالقوه برای اشخاص ثالث قابل شناسایی به‌نحو جدی وجود داشته باشد.
- ✓ احتمال آسیب بالا باشد.
- ✓ هیچ نوع راه جایگزینی برای هشدار یا حمایت از اشخاص در معرض خطر وجود نداشته باشد.
- ✓ نقض رازداری اجازه می‌دهد اشخاص در معرض خطر گام‌هایی برای دفع خطر بردارند.
- ✓ آسیب منتج از نقض رازداری حداقل و قابل قبول باشد. افشا باید محدود به اطلاعات اساسی برای اشخاص هدف باشد و فقط آن افراد با داشتن نیاز به دانستن باید اطلاعات را دریافت کنند (۹).

بنابراین، هشدار به همسر و شریک جنسی با جمع شرایط فوق مجاز خواهد بود، ضمن آن‌که تا سال ۲۰۱۱ پانزده ایالت اجازه‌ی افشای نتایج آزمایش ایدز به همسر و البته نه به سایر شرکای جنسی را صریحاً و با عدم پیش شرط داده‌اند (مانند نیویورک، کالیفرنیا، میشیگان و کارولینا). به‌عنوان مثال، قانون افشای کارولینای جنوبی به‌سادگی بیان می‌دارد پزشکی که به شریک یا همسر شخص مبتلا به HIV شناسایی و هشدار می‌دهد مسئولیتی در قبال آسیب‌های احتمالی ناشی از افشا ندارد. اما پزشکان تکلیفی در قبال هشدار به سایر اشخاص ثالث ندارند؛ در نتیجه، اگر یک شخص از خطر ابتلا به ویروس توسط پزشک مطلع نشد نمی‌تواند علیه او طبق قوانین موضوعه اقامه‌ی دعوی کند.

لازم به ذکر است در بسیاری ایالات از جمله فلوریدا قاعده‌ی عام رضایت والدین برای درمان صغار در مورد

تجدید نظر کالیفرنیا نیز همسو با نظر دادگاه بدوی حکم اولیه را با این استدلال که قانون کالیفرنیا برای این اشخاص مصونیت قائل است، تأیید کرد.

دیوان عالی کالیفرنیا بیان داشت، به‌رغم عدم رابطه‌ی حرفه‌ای میان روان‌شناس و بزه‌دیده، همچنان تکلیف بر هشدار بر عهده‌ی ایشان است و مأموران امنیت دانشگاه و روان‌شناس مصونیت ندارند؛ بنابراین، مجوز اعاده‌ی دادرسی را صادر کرد که در دومین بررسی برای مأموران اعلام مصونیت کرد اما برای روان‌شناس به‌علت وجود مسئولیت حمایت از قربانی تهدید قابل پیش‌بینی، دعوی را به دادگاه نخستین اعاده کرد.

دادگاه بیان داشت که رابطه‌ی خاص میان پزشک و بیمار یا روان‌شناس او ممکن است موجب ایجاد تکلیف مثبت به نفع شخص ثالث باشد. دادگاه این استدلال که تأسیس یک «تکلیف به اقدام مراقبتی متعارف»<sup>۱</sup> برای شخص ثالث نامقدور است زیرا درمانگران نمی‌توانند به‌درستی پیش‌بینی کنند که بیمار به خشونت متوسل می‌شود را رد کرد. (۸، ۷).

نظر دادگاه بر آن بود که نیاز نیست درمانگر اقدامات را به کمال رساند و حقوق صرفاً می‌خواهد که «درجه‌ای از عمل، آگاهی و مراقبت عادی تحت اختیار در یک تخصص ویژه در شرایط مشابه» انجام شود و بیان کرد در این پرونده دکتر Moore پیش‌بینی مناسب را در مورد اقدام آتی توسل به خشونت پودار انجام داده بود (۷).

قضیه‌ی زوج مبتلا به بیماری آمیزشی ذیل استاندارد تاراسوف قرار می‌گیرد لذا باید شریک جنسی مطلع شود تا دچار بیماری نشود (۵). در واقع، آنچه قضیه‌ی تاراسوف را از سایر پرونده‌های حقوقی متمایز می‌سازد قائل شدن مسئولیت برای پزشکی است که فعل مثبت مادی مرتکب نشده‌است (۵).

افزون بر رویه‌ی قضایی فوق، وفق قانون فدرال HIPAA

<sup>۱</sup> A Duty to Exercise Reasonable Care

ساختار گزارش اجباری و نتایج تبعیض‌آور آن برای اشخاص هویت‌یابی شده در مقابل نفعی که از آن عاید شده ناچیز است. بنابراین، تغییر رویه داده و گزارش اجباری بدون اسم اشخاص صورت می‌گیرد (۱۲). این تغییرات که حاصل فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد بوده به تأسیس اصل داوطلبانه بودن، هویت ناشناس داشتن و مشاوره و تست محرمانه انجامیده است (۱۳).

اطلاع به همسر یا شریک جنسی نیز باید با رضایت بیمار صورت پذیرد، در غیر این صورت، نقض اسرار محسوب می‌شود. بنابراین، وفق مواد ۳۲۳ تا ۳۲۵ قانون جزای تایلند موجب مسئولیت کیفری می‌شود. اما در تایلند حتی برای صغار به منظور دسترسی به خدمات تشخیص و درمان بیماری‌های مقاربتی در نظر گرفته نشده و آنان باید همراه والدین یا سرپرست خود برای درمان مراجعه کنند و این خطر وجود دارد که شیوع بیماری فراگیر شود، ضمن این‌که کودکانی که خارج از ساختار خانواده قرار دارند در معرض آسیب‌های جدی‌تری قرار دارند (۱۴).

## ۲- فرانسه

در این کشور کلیه‌ی داده‌های مربوط به اشخاص حقیقی از قبیل نام، شماره تلفن و آنچه مستقیماً یا به‌نحو ضمنی راجع به دین، نژاد، عقاید سیاسی، فلسفی یا مذهبی یا مربوط به سلامت یا زندگی جنسی باشد، اطلاعات حساس محسوب می‌شوند (۱۶، ۱۵).

نقض راز در «قانون جزای فرانسه» جرم‌انگاری شده و راز پزشکی قسمی از اسرار حرفه‌ای محسوب می‌شود (۱۸)، این اسرار پوشش‌دهنده‌ی کلیه‌ی اطلاعاتی است که به‌واسطه‌ی ارتباط با پزشک به مناسبت حرفه پدید آمده، حفظ آن از حقوق بنیادین بیمار به‌شمار می‌رود و احترام بدان برای کلیه‌ی پزشکان الزام‌آور است (۱۹) و وفق ماده‌ی ۱۳-۲۲۶ قانون بالا، افشای آن خارج از مواردی مشخص نظیر رضایت بیمار، قابل کیفر است؛ اما در مورد هشدار به شریک جنسی

بیماری‌های جنسی، اعمال نمی‌شود. فلوریدا اطلاع‌دادن انجام مشاوره، آزمایش یا درمان بیماری‌های جنسی را به والدین چه به‌نحو صریح باشد و چه به‌نحو ضمنی (مانند صدور لیست هزینه برای والدین یا بیمه‌کننده بدون رضایت طفل) ممنوع کرده است مگر آن‌که شخص توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه نداشته باشد که در این فرض والدین یا سرپرست قانونی باید آگاه شود (۱۰).

در مورد گزارش الزامی ابتلا، اعلام بیماری‌های مقاربتی از جمله HIV با اسم اشخاص در اکثر ایالات خواسته شده است و در سطح ملی توصیه می‌شود. به‌عنوان نمونه، فلوریدا، در سال ۱۹۹۶ جزو اولین ایالاتی بود که از پزشکان و آزمایشگاه‌ها گزارش ایدز را همراه با «مشخصات بیمار» خواستار شد و در صورت عدم اجرای آن جزای نقدی در نظر گرفت (با این حال، انجام تست بیماری‌های جنسی به‌صورت ناشناس پیش‌بینی شده است و افراد حق دارند بدون ارائه‌ی هویت اقدام کنند) (۱۱).

## رویکرد دوم

کار ویژه‌ی این رویکرد، احترام به اصل رازداری از جنبه‌ی آثار عملی مفید حفظ آن همراه با رعایت حق بر خلوت اشخاص است. کشورهایی نظیر تایلند، فرانسه و ایران در این دسته قرار می‌گیرند.

## ۱- تایلند

در سال ۲۰۰۳، تخمین زده شده بود که تایلند بیش از ۶۷۰ هزار مورد مبتلا به ایدز دارد. تاریخ نظارت تایلند، معکوس آنچه در ایالات متحده انجام شده، بوده است. ابتدا فوراً گزارش اجباری ایدز را به همراه نام افراد مبتلا در دستور کار قرار داده اما نسبتاً سریع از آن عقب‌نشینی کردند. این شیوه به‌دنبال هشدار به شریک و یافتن منشأ بیماری نیز بود و سر زدن اجباری به خانه‌ی فرد مبتلا برای آموزش و مشاوره را شامل می‌شد. مقامات پس از گسترش شدید بیماری ایدز دریافتند

فرد مبتلا به بیماری مقاربتی در حالی که حکم صریحی وجود ندارد، حتی مخالفان شدیدی هم دارد (۲۰). به نظر می‌رسد علل موجه «ضرورت» بتواند کارگشا باشد که در ماده‌ی ۷-۱۲۲ به آن اشاره و در حقوق ایران به تفصیل بدان پرداخته خواهد شد. رویه‌ی عملی کلینیک‌های فرانسه نیز بر خلاف بسیاری از کشورهای اروپایی (۲۰ کشور در مورد ابتلا به ایدز و ۲۱ کشور موارد ابتلا به سفلیس، گونوره و کلامیدیا) هشدار روتین به شریک جنسی را نپذیرفته و صرفاً هشدار به بیمار را در مورد خطیر بودن موضوع و ضرورت هشدار به شریک کافی می‌دانند (۲۱).

گزارش الزامی نیز از سال ۱۹۴۲ میلادی وارد نظام پزشکی این کشور شده که شامل ارسال ابتلاء به سفلیس، سوزاک، شانکر نرم و لنفوگرانولوما می‌شود (۲۲) و به این موارد گزارش ایدز از سال ۱۹۸۶ افزوده شده‌است؛ بدین شرح که در فرم مربوطه کلیه‌ی اطلاعات حساس وارد می‌شود اما کدی با هویت ناشناس ایجاد می‌شود تا مانع از ورود دوباره‌ی گزارش ابتلا به یک شخص به سیستم شود اما هم‌چنان هویت شخص مخفی می‌ماند (۲۳).

### ۳- ایران

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که به‌عنوان قانون برتر در سلسله مراتب قوانین، رهنمودها، آرمان‌های اصلی و اهداف کلان نظام را احصاء کرده، در اصل بیست و نهم «خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی» را حقی همگانی برشمرده است. افزون بر این، همه‌ی افراد ملت در حمایت یکسان قانون قرار دارند (اصل بیستم) و «حیثیت و جان» اشخاص از تعرض مصون است، مگر «در مواردی که قانون تجویز کند» (اصل بیست و دوم).

حال سوال این‌جاست با عنایت بر اصول اساسی مذکور حمایت از اصل رازداری در قوانین عادی تا کجاست و بر چه مبنایی می‌توان آن را از عنصر قانونی تهی کرد. آیا می‌توان راز بیماران مبتلا به بیماری‌های مقاربتی را افشا کرد و حدود و

ثغور آن چیست به‌ویژه آن‌که ماده‌ی ۶۴۸ قانون تعزیرات، رازداری را به‌طور مطلق حمایت می‌کند مگر «در غیر از موارد قانونی»<sup>۱</sup>. موارد قانونی را می‌توان در این زمینه شامل رضایت بیمار، اضطرار و حکم خاص قانون احصا کرد.

در حقوق کیفری، رضایت فرد در مورد افشای راز، وصف مجرمانه را از عمل پزشک سلب خواهد کرد. اما آیا می‌توان در صورت عدم موفقیت پزشک به کسب رضایت از بیمار، قائل بر آن بود که به حکم علت موجه «اضطرار» اجازه‌ی آگاه‌کردن شریک جنسی وجود دارد. در ماده‌ی ۱۵۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ قانون‌گذار لفظ «بیماری» را افزوده است<sup>۲</sup> لذا اگر شخصی برای حفظ «دیگری» در برابر بیماری در حالی که خطر ابتلا قریب‌الوقوع باشد، مرتکب رفتاری شود که طبق قانون جرم محسوب می‌شود قابل مجازات نیست. بنابراین، مرتکب می‌تواند با فعل یا ترک فعل (به‌عنوان مثال، مانع نشدن از دسترسی شریک جنسی بیمار به پرونده‌ی پزشکی او) طبق قاعده رفتار کند.

در مورد بیماری‌های مقاربتی در فرض ثبوت نقض راز توسط پزشک، به استناد «قاعده‌ی اضطرار» که از اسباب اباحه یا علل موجه جرم به‌حساب می‌آید (۲۴)، آن هم بر مبنای شروط مصرح در ماده‌ی مذکور یعنی «تناسب خطر و رفتار ارتكابی» و «ضرورت دفع خطر»، می‌توان رفتار پزشک را منطبق بر قانون مجازات دانست. تناسب خطر و رفتار ارتكابی

<sup>۱</sup> وفق ماده‌ی ۶۴۸ «اطباء 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 سه ماه و یک‌روز تا یک‌سال حبس» محکوم می‌شوند.

<sup>۲</sup> ماده‌ی ۱۵۲ قانون مجازات اسلامی اشعار می‌دارد «هر کس هنگام بروز خطر شدید فعلی یا قریب‌الوقوع از قبیل آتش سوزی، سیل، طوفان، زلزله یا بیماری به منظور حفظ نفس یا مال خود یا دیگری مرتکب رفتاری شود که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، قابل مجازات نیست، مشروط بر این‌که خطر را عمداً ایجاد نکرده و رفتار ارتكابی با خطر متناسب و برای دفع آن ضرورت داشته باشد».

در مورد بیماری‌های مقاربتی به‌ویژه در مورد ایدز وجود دارد؛ اگر همسر بیمار باردار بوده یا احتمال بارداری رود که می‌توان با اطلاع به او از آسیب یا سرایت به جنین پیش‌گیری کرد. البته عنصر «ضرورت» بسیار تفسیربردار است؛ بنابراین، استناد و توسل پزشکان به اضطرار باید زمانی باشد که اقدامشان «تنها راه و آخرین گزینه» شناخته شود. معیار تنها راه و آخرین راه بودن را می‌توان از «خودداری بی‌دلیل بیمار به اطلاع‌دهی» یا «بی‌پروایی شدید به سلامت طرف مقابل» و «خطر ناشی از بیماری» دریافت.

افزون بر دو علت موجه بالا، حکم قانون در مورد نقض راز پزشکی در بیماری‌های واگیردار به قانون بسیار قدیمی «طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار» مصوب ۱۳۲۰ برمی‌گردد. در تبصره‌ی ماده‌ی یکم، بیماری‌های آمیزشی شامل «سوزاک، سیفلیس و آتشفک (شانکر نرم)» در هر نقطه از بدن بیان شده است.

اما آنچه موضوع بحث است در مواد ۱۳ و ۱۴ قانون ذکر شده است. وفق ماده‌ی ۱۳ «پزشکان آزاد و کلیه‌ی بنگاه‌های بهداشتی که معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی می‌کنند موظفند در آخر هر ماه تعداد بیماری‌های آمیزشی را که دیده‌اند و قبلاً به پزشک دیگری مراجعه نکرده‌اند بدون ذکر نام و مشخصات بیمار به بهداشتی بفرستند. طریقه‌ی فرستادن شماره‌ی بیماران به موجب آیین‌نامه‌ای است که بهداشتی کل تعیین خواهد کرد» و چنانچه در «دستورالعمل نظام مراقبت بیماری‌های آمیزشی در ایران» اداره‌ی ایدز و بیماری‌های آمیزشی مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت مرقوم است تنها اطلاعاتی که از هر فرد مراجعه‌کننده ثبت می‌شود «سن، جنس و نوع سندرم» است و بیماری‌های مقاربتی و ایدز جزو بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) در مقابل بیماری‌هایی است که مشمول گزارش فوری (تلفنی) است. بنابراین، وفق ماده‌ی ۱۳ صرفاً تعداد بیماران بدون ذکر نام اعلام می‌شود و به بیان دیگر آنچه اطلاعات حساس اشخاص

قلمداد می‌شود موضوع اعلام واقع نشده‌است. در ماده‌ی بعد آمده است که «پزشکان آزاد و کلیه‌ی بنگاه‌های بهداشتی که معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی را می‌کنند باید حتی‌المقدور به‌وسیله‌ی پرسش از بیمار کوشش کنند کانون سرایت بیماری را معین کرده و در موقع مقتضی بدون ذکر نام و مشخصات بیمار اطلاعات کافی برای تجسس و برطرف کردن کانون انتشار بیماری به بهداشتی مربوطه بفرستند که اقدام لازم به‌عمل آید».

یافتن منشأ و کانون سرایت بیماری<sup>۱</sup> امری غیر از هشدار به شریک است، در شیوه‌ی اخیر با همکاری و رضایت بیمار و معرفی شریک جنسی خود، پزشک شخص ثالث را از مآو‌قع آگاه می‌سازد یا شریک، خود به این امر مبادرت می‌ورزد زیرا در این شیوه رضایت بیمار مهم‌ترین رکن بوده و بدون آن یافتن کسانی که با او رابطه داشته‌اند بسیار مشکل است، به‌ویژه اگر بیمار همکاری نکند. در هر حال، هرگونه اعلام فشار برای اعلام اسامی می‌تواند سبب شود بیمار اطلاعات ناصحیح دهد یا اساساً داشتن شریک جنسی را انکار کند (۹).

شیوه‌ی مبتنی بر رضایت مذکور با شیوه‌ی سنتی مصرح در ماده‌ی ۱۴ این تفاوت را دارد که در این شیوه از بیمار، منشأ بیماری پرسیده می‌شود و از او خواسته نمی‌شود که به شریک جنسی‌اش هشدار دهد و این تکلیف بر عهده‌ی مأموران سلامت عمومی قرار می‌گیرد تا با یافتن منشأ بیماری او را تحت درمان اجباری قرار دهند. علاوه بر این، تنها اقدام پزشک و مأموران بهداشتی یافتن منشأ بیماری است و نه هشدار به همسر یا شریک جنسی بیمار، زیرا چه بسا بیمار خود می‌داند کانون بیماری از نقطه‌ای غیر از رابطه‌ی جنسی مطمئن‌اش آمده است.

اما وجه بارز مشترک در هر دو شیوه که می‌باید در اجرای ماده‌ی ۱۴ نیز رعایت شود «مبتنی بر رضایت بودن» اقدام است. در شیوه‌ی یافتن کانون سرایت نیز بدون ذکر نام بودن

<sup>۱</sup> Contact tracing

مورد حمایت قرار گرفته است (۲۵)؛ هرچند این امکان وجود دارد که با یافتن شخص کانون سرایت، هویت بیمار مراجعه‌کننده نیز برای او شناسایی شود.

نتیجه این‌که با اجرای این ماده می‌توان از سرایت بیماری از مبدأ آن به سایر افراد پیش‌گیری کرد اما همسر یا شریک جنسی بیمار از طریق هشدار مورد حمایت قرار نگرفته‌اند. ضمن این‌که در این‌جا مصادیق بیماری‌های آمیزشی جنبه‌ی حصری داشته و تکلیف پزشک منحصر بدان بیماری‌هاست.

لازم به ذکر است که در سال ۱۳۸۸، قانون «انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات» مورد تصویب مجلس شورای اسلامی قرار گرفت و بر اساس آن کلیه‌ی اشخاص حق دسترسی به اطلاعات عمومی را دارند و لذا کلیه‌ی اطلاعاتی که توسط نهادها و سازمان‌های دولتی نگه‌داری می‌شود مشمول «حق دسترسی برای کلیه‌ی اشخاص ایرانی» است.

مصادیق و استثنائات این قانون را می‌توان با سنجش اطلاعاتی که در وزارت بهداشت راجع به بیماری‌های واگیردار وجود دارد این‌طور برآورد کرد که دسترسی به «آمار و اطلاعات بیماری‌های واگیردار» شامل مصادیق حق دسترسی به اطلاعات می‌شود زیرا وفق ماده‌ی ۲ قانون فوق «هر شخص ایرانی حق دسترسی به اطلاعات عمومی را دارد، مگر آن‌که قانون منع کرده باشد. استفاده از اطلاعات عمومی یا انتشار آن‌ها تابع قوانین و مقررات مربوط خواهد بود» و اطلاعات عمومی طبق بند «ج» ماده‌ی یک «اطلاعات غیرشخصی نظیر ضوابط و آیین‌نامه‌ها، آمار و ارقام ملی و رسمی، اسناد و مکاتبات اداری که از مصادیق مستثنیات فصل چهارم این قانون نباشد» تعریف شده است.

اما آنچه در زمره‌ی «اطلاعات شخصی» افراد قرار گیرد در جهت حمایت از حریم خصوصی مستثنا شده است.<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> طبق ماده‌ی ۱۴ «چنانچه اطلاعات درخواست شده مربوط به حریم خصوصی اشخاص باشد یا در زمره‌ی اطلاعاتی باشد که با نقض احکام مربوط به حریم خصوصی تحصیل شده است، درخواست دسترسی باید

اطلاعات شخصی طبق بند «ب» ماده‌ی یک «اطلاعات فردی نظیر نام و نام خانوادگی، نشانی‌های محل سکونت و محل کار، وضعیت زندگی خانوادگی، عادت‌های فردی، ناراحتی‌های جسمی، شماره حساب بانکی و رمز عبور است». بنابراین، قانون‌گذار به‌صراحت در جهت حمایت از اطلاعات شخصی، این اطلاعات را که از جمله‌ی آن «ناراحتی‌های شخصی» است از دسترسی عمومی مستثنا کرده‌است.

نکته‌ی دیگر آن‌که این قانون به‌نحوی تکلیف دسترسی و آگاه‌شدن والدین یا قیم اشخاص را در فرضی که شخص قادر به تصمیم و انشا رضایت آگاهانه نیست مشخص کرده است. زیرا در بند «ب» ماده‌ی ۱۵ قانون مزبور در «حدود اختیارات» به این افراد اجازه‌ی دسترسی و مطلع‌شدن از اطلاعات شخصی که بیماری و امراض مقاربتی از مصادیق آن‌هاست داده شده‌است.

افزون بر قوانین فوق که هر یک بخشی از مقررات نقض یا حمایت از رازداری را پوشش می‌دهند، قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱ را می‌توان به گلوگاه غربالگری و ترغیب هشدار به شریک جنسی آینده تشبیه کرد. ماده‌ی ۲۳ قانون فوق مقرر می‌دارد «دفاتر رسمی ازدواج باید پیش از ثبت نکاح گواهی صادرشده از سوی پزشکان و مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دال بر عدم

رد شود» و طبق ماده‌ی ۱۵ «مؤسسات مشمول این قانون در صورتی‌که پذیرش درخواست متقاضی متضمن افشای غیرقانونی اطلاعات شخصی درباره‌ی یک شخص حقیقی ثالث باشد باید از در اختیار قرار دادن اطلاعات درخواست شده خودداری کنند، مگر آن‌که:

الف - شخص ثالث به‌نحو صریح و مکتوب به افشای اطلاعات راجع به خود رضایت داده باشد.

ب - شخص متقاضی، ولی یا قیم یا وکیل شخص ثالث، در حدود اختیارات خود باشد.

ج - متقاضی یکی از مؤسسات عمومی باشد و اطلاعات درخواست‌شده در چهارچوب قانون مستقیماً به وظایف آن به‌عنوان یک موسسه عمومی مرتبط باشد»

## نتیجه‌گیری

رازداری بیماری‌های مقاربتی در کشورهای مختلف، بنابر تدابیری که جهت پیش‌گیری از شیوع این امراض اتخاذ کرده‌اند، طیف متفاوتی از تصمیمات را در بر می‌گیرد. در حالی که برخی کشورها استثنائات رازداری را به‌طور وسیعی پذیرفته‌اند سایر کشورها پذیرش نقض راز به‌صورت مشروط را در نظام حقوقی خود پیش‌بینی کرده‌اند. از این رو، کشورهای نظیر اوکراین، استرالیا و در رأس آن‌ها ایالات متحده‌ی آمریکا در قوانین و رویه‌ی قضایی‌شان گزارش الزامی موارد ابتلا را همراه با ذکر اطلاعات حساس ضروری دانسته ضمن آن‌که هشدار به شریک جنسی، تکلیف قانونی پزشک محسوب می‌شود؛ بنابراین، دست کم در این‌باره استثنائات نامشروطی را در برابر اصل رازداری به رسمیت شناخته و نقض راز پزشکی را فاقد وصف مجرمانه کرده‌اند. این در حالی است که تجربه‌ی کشوری نظیر تایلند موجب شده از روند پاسخ شدید و سختگیرانه با موارد ابتلا چشم پوشیده، گزارش بدون ذکر نام را در نظام تقنینی موضوعه بگنجانند و هشدار، مبتنی بر رضایت بیمار به شریک جنسی باشد. همچنین، نظام فرانسوی رازداری، با تأکید بر حفظ راز در بیماری‌های مذکور، مسؤلیت هشدار به شریک جنسی را بر عهده‌ی شخص مبتلا قرار داده است.

حقوق ایران قریب به همین رویه بر وظیفه‌ی قانونی پزشکان به حفظ راز تأکید داشته ضمن آن‌که نمی‌توان تکلیف پزشکان بر هشدار به شریک جنسی فرد مبتلا را در حقوق این کشور یافت. صرفاً طبق شروطی خاص و تفسیری مضیق با توسل به علل موجهی جرم شامل رضایت فرد، قاعده‌ی اضطرار هنگامی که خطر قریب الوقوع بر ابتلا باشد و برخی احکام خاص قانونی، می‌توان اجازه‌ی نقض راز را به اشخاص در معرض سرایت دریافت.

اعتیاد به مواد مخدر و عدم ابتلا به بیماری‌های موضوع این ماده و واکنش‌شدن طرفین نسبت به بیماری‌های مذکور را از آنان مطالبه و بایگانی کنند». در تبصره‌ی این ماده نیز آمده «چنانچه گواهی صادرشده بر وجود اعتیاد یا بیماری دلالت کند، ثبت نکاح در صورت اطلاع طرفین بلامانع است. در مورد بیماری‌های مسری و خطرناک که نام آن‌ها به‌وسیله‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و اعلام می‌شود، طرفین جهت مراقبت و نظارت به مراکز تعیین‌شده معرفی می‌شوند».

بند «دال» از ماده‌ی ۷ مبحث دوم آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون مذکور که به «ارائه‌ی گواهی پزشکی توسط زوجین» اختصاص دارد، مقرر می‌دارد «چنانچه گواهی صادرشده بر وجود بیماری‌های مسری و خطرناک مذکور در فهرست یادشده دلالت کند، طرفین جهت مراقبت و نظارت توسط دفتر رسمی ثبت ازدواج به مرکز مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی می‌شوند. دفتر مذکور پس از تأیید مرکز یادشده مبنی بر انجام مراقبت لازم، نسبت به ثبت ازدواج اقدام می‌کند». بنابراین، به‌نظر می‌رسد دفتر ازدواج خود حق بر نقض رازداری را ندارد و صرفاً می‌تواند از ثبت نکاح امتناع کند و بنابراین، «مرکز مورد تأیید وزارت بهداشت» مسؤول آگاهی‌دادن به فرد مبتلا به بیماری مقاربتی قلمداد می‌شود زیرا انجام مراقبت لازم مستلزم آگاه‌کردن بر بیماری است در غیر این‌صورت مراقبت در بیماری جنسی ناممکن است. فرد مبتلا خود می‌باید بر اساس این هشدار، همسر آینده‌اش را در جریان موضوع قرار دهد. بنابراین، اگر شخص مبتلا اقدام لازم را جهت آگاه کردن طرف مقابل انجام ندهد یا از اوضاع و احوال چنین برآید که چنین قصدی ندارد با ضمانت اجرای عدم ثبت نکاح مواجه خواهد شد.

(Accessed on 2015).

14- Brown T, Sittitrai W. The HIV/AIDS epidemic in Thailand: addressing the impact on children. *Asia Pac Pop Policy* 1995; (35): 1-4.

15- Dyson A, Halpert J, Jansen T. Data protection laws of the world: DLA PIPER; 2014. <http://www.dlapiperdataprotection.com/#handbook/world-map-section> (Accessed on 2015).

16- Anonymous. [Professional guide of health: CNIL]; 2011. [http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides\\_pratiques/CNIL-Guide\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf) (Accessed on 2015). [in French]

17- Anonymous. [Rights of the patients in Act of 4 march]; 2002. [http://portail-web.aphp.fr/pitiesalpetriere/IMG/pdf/Loi\\_du\\_4\\_mars\\_2002.pdf](http://portail-web.aphp.fr/pitiesalpetriere/IMG/pdf/Loi_du_4_mars_2002.pdf) (Accessed on 2015). [in French]

18- Anonymous. [Code of medical deontology]; 2012. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) (Accessed on 2015). [in French]

19- Anonymous. [General direction of health]; 2010. [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr) (Accessed on 2015). [in French]

20- Hefez S. [Medical confidentiality and HIV infection], 2014. [https://www.janssen-france.fr/sites/janssen\\_franc\\_fr/files/JA1203VIH2\\_156\\_VIH\\_SecretMedical%5B1%5D.pdf](https://www.janssen-france.fr/sites/janssen_franc_fr/files/JA1203VIH2_156_VIH_SecretMedical%5B1%5D.pdf) (Accessed on 2015). [in french]

21- Anonymous. Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf> (Accessed on 2015).

22- Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France: recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994; 70(1): 15-21.

23- Semaille C, Barin F, Cazein F, et al. Monitoring the dynamics of the HIV epidemic using assays for recent infection and serotyping among new HIV diagnoses: experience after 2 years in France. *J Infect Dis* 2007; 196(3): 377-83.

24- Noorbaha R. [Hoghogh Jazaye Omoomi]. Tehran: Dadafarin; 1384. [in Persian]

25- Bayer R, Toomey KE. HIV prevention and the two faces of partner notification. *Am J Public Health* 1992; 82(8): 1158-64.

## منابع

1- Garner BA. *Black's Law Dictionary*, 11<sup>th</sup> ed. USA: Thomson/West; 2004.

2- Lindmark G. *Towards Better Reproductive Health Services in Eastern Europe: Concern, Commitment, and Change*. Hungary: Central European University Press; 1999.

3- Kausar S, Bradbeer CS. Patient confidentiality in STIs: current guidance and legal issues. *Obstetr Gynaecol* 2006; 8(4): 240-4.

4- Anonymous. *Second national sexually transmissible infections strategy 2010-2013: Common wealth of Australia*; 2010. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/ohp-national-strategies-2010-sti> (Accessed on 2015).

5- Rhodes R, Francis LP, Silvers A. *The Blackwell Guide to Medical Ethics*. USA: John Wiley & Sons; 2008.

6- Flight MR, Meacham MR. *Law, Liability, and Ethics for Medical Office Professionals*, 5<sup>th</sup> ed. USA: Delmar Cengage Learning; 2010.

7- Rothstein MA. Tarasoff duties after newtown. *J Law Med Ethics* 2014; 42(1): 104-9.

8- Cantu CE, Jones Hopson MH. Bitter medicine: a critical look at the mental health care provider's duty to warn in Texas. *ST Mary Law J* 1999; 31(2): 359-403.

9- Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas: a Guide for Clinicians*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

10- Hartog J. Florida omnibus aids act: a brief legal guide for health care professionals. [http://www.hiv-sarasota.org/Documents/Omnibus\\_2010.pdf](http://www.hiv-sarasota.org/Documents/Omnibus_2010.pdf) (Accessed on 2015).

11- Church K, Mayhew SH. Integration of STI and HIV prevention, care, and treatment into family planning services: a review of the literature. *Stud Fam Plann* 2009; 40(3): 171-86.

12- Pandey I. Unkept promises: law on the books and the high risk populations in Thailand 2009. [http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/rpar/about/RPAR%20and%20RAR%20Reports%20and%20Presentations/Thai\\_RPA\\_law\\_on\\_the\\_books\\_rev\\_12-08\\_3\\_2009\\_JH1.pdf](http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/rpar/about/RPAR%20and%20RAR%20Reports%20and%20Presentations/Thai_RPA_law_on_the_books_rev_12-08_3_2009_JH1.pdf) (Accessed on 2015).

13- Anonymous. *Thailand response to AIDS: Thailand Social Monitor*; 2010. <http://siteresources.worldbank.org/INTTHAILAND/Resources/Social-Monitor/2000nov.pdf>

## Comparative study on medical confidentiality in sexually transmitted diseases

Maysam Sheikh Talimi<sup>1</sup>, Sadegh Shariati Nasab<sup>2</sup>, Reza Omani Samani<sup>\*3</sup>

<sup>1</sup>MA in Criminal Law and Criminology, Department of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran;

<sup>2</sup>Research Supervisor, Department of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran;

<sup>3</sup>Medical Ethics PhD Candidate, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, and Assistant professor, Department of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran.

### Abstract

Confidentiality has long been protected in criminal law as an important ethical principle. With regard to the issue of sexually transmitted diseases, however, health care providers are faced with certain challenges. On the one hand, it is their obligation and duty to respect patient confidentiality, and on the other hand, the possibility of transmission of infection to sexual partners is a rather significant phenomenon. Therefore, health care providers have a crucial role in terms of the conflict of interests and legal duties with respect to sexually transmitted diseases.

Medical mandatory reporting to state authorities accompanied by personally identifiable information of the infected person is another controversial issue in the field of confidentiality, which will be discussed in this article by studying various trends in statutes and precedents. It seems that throughout the world, there are two major trends in this respect: in some states, principles of confidentiality are observed even if the patient is infected by sexually transmitted diseases, unless it is inevitable for the safety of third parties such as sexual partners in a narrow implementation of Acts. States like Iran, France and Thailand are examples of such governments. In some countries, however, partner notification and compulsory notification by personally identifiable information of patients are mandatory for epidemiologic reasons. The United States, Australia and Ukraine are some of the countries that fall within this category.

In Iranian legal system, the duty to respect confidentiality is emphasized and partner notification cannot be considered as a legal duty and therefore it is not legally permitted. Merely in emergency condition and under a narrow interpretation of law and by resort to patients informed consent, necessity and explicit law permission, breaching of confidentiality is justified.

**Keywords:** confidentiality, sexually transmitted diseases, partner notification, medical mandatory reporting

---

\*Email: [r.samani@gmail.com](mailto:r.samani@gmail.com)