مروری بر جنبه‌هایی از حقوق بیمار در آموزش بالینی

اطهر امید، پیمان ادیبی، لیلا بذرافکن، زهرا جوهری، مهسا شکور، علیرضا یوسفی*

چکیده

مقدمه: آموزش بالینی با درگیر کردن بیمار در آموزش دانشجویان فراهم می‌شود؛ بسیاری از بیمارانی که به دنبال مراقبت‌های تشخیصی و درمانی هستند برای آموزش دانشجویان به کار گرفته می‌شوند که لازم است اساتید و دانشجویان با اطلاع از جنبه‌های حقوقی بیمار و رعایت آن در این فرصت‌ها، مشارکت و رضایت بیمار را جلب کنند. این مطالعه با مرور اهمیت و ضرورت اجرای این موارد که شامل، رضایت بیمار از استفاده آموزشی و حق حفظ حریم خصوصی و اسرار می‌شود به توضیح نحوه صحیح کسب رضایت بیمار برای مشارکت در آموزش دانشجویان و نکاتی که در این خصوص باید رعایت شود پرداخته است، همچنین تعدادی از اقداماتی که در هنگام درگیری بیمار در آموزش برای حفظ محرمیت وی باید به آنها دقت شود ارائه گردیده و بر دادن حق انتخاب آگاهانه به بیمار بدون هیچ‌گونه احساس تهدیدی، تأکید شده است. در انتها پیشنهاد شده است که باید جزوات راهنما در خصوص نحوه کسب رضایت بیمار و حفظ اسرار وی تهیه شود و اطلاع‌رسانی به اساتید و دانشجویان در این خصوص انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش بالینی، رضایت بیمار، حقوق بیمار، رازداری، حق انتخاب، حفظ حریم خصوصی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ویژه‌نامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت/ اسفند ۱۳۹۰؛ ۱۱(۹): ۱۲۹۹ تا ۱۳۱۱

مقدمه

آموختن دانش، مهارت و هنر پزشکی باید به صورت عملی و بر بالین بیمار انجام گیرد لذا دانشجویان پزشکی در دوره تحصیل، قسمت عمده وقت خود را در این عرصه سپری می‌کنند. در این محیط سه رکن اساسی آموزش بالینی یعنی استاد، دانشجو و بیمار در کنار هم می‌آیند(۱) و تدریس بالینی با هدف فراگیری تبحر بالینی، مهارت‌های مورد نیاز برای ورود به نظام مراقبت بیمار و اخلاق حرفه‌ای، شکل می‌گیرد(۲و۳). بسیاری از بیمارانی که به دنبال مراقبت‌های تشخیصی و درمانی هستند در این فرایند یاددهی و یادگیری به کار گرفته می‌شوند. سطح درگیری بیماران، از یک مشاهده ساده که

* **نویسنده مسؤول:** دکتر علیرضا یوسفی ، دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
(aryousefy@edc.mui.ac.ir)اطهر امید، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اصفهان، ایران. athar_omid@yahoo.com
دکتر پیمان ادیبی ، استاد بخش گوارش، گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
(adibi@med.mui.ac.ir)؛ لیلا بذرافکن، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (bazrafkan@gmail.com)؛ زهرا جوهری، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (jouhari 42@yahoo.com)؛ مهسا شکور، دانشجوی دکترا آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (ms.shakour@gmail.com)؛
تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۰/۱۱/۱۴، تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۰

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

دانشجویان آنچه در ارتباط با مراقبت بیمار اتفاق می‌افتد را مشاهده می‌کنند تا انجام اقدامات عملی که دانشجویان به صورت مستقل یا زیر نظر استاد، بر روی بیمار انجام می‌دهند متفاوت است(٤). این درگیری بر بیمار و مراقبت‌های ارائه شده به وی می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی بر جای گذارد. از جنبه‌های منفی تأثیر آموزش بر روند درمان بیمار موارد زیر در مطالعات ذکر شده است:

- به حاشیه کشیده شدن بیمار: ایفای همزمان نقش درمانی و آموزشی توسط استاد بالینی بر کیفیت ارائه مراقبت بیمار تأثیرگذار است. در اغلب موارد نه تنها بیمار نادیده گرفته می‌شود و در ارتباط با آنچه که در حین تدریس اتفاق می‌افتد توجیه نمی‌شود(٥)بلکه این ادغام وظایف آموزشی و درمانی، بیمار را با تأخیر در دریافت خدمات مراقبتی مواجه می‌کند(٦).

- عدم ارتباط مناسب پزشک و بیمار: در این محیط افراد زیادی با رده‌های مختلف از جمله دانشجو، انترن، رزیدنت و استاد همه با بیمار به صورت مختصر مواجه می‌شوند. این تعاملات موقت آنقدر کوتاه است که نمی‌تواند باعث ایجاد یک رابطه دوستانه بین پزشک و بیمار شود(٤).

- احتمال وقوع آسیب جسمی برای بیمار: دانشجویان هنوز مهارت و دقت کافی در انجام اقدامات عملی روتین مثل تزریق و گذاشتن کاتتر داخل وریدی را پیدا نکرده‌اند. اگرچه نظارت استاد احتمال آسیب را کم می‌کند ولی کاملا از بین نمی‌برد.

- احتمال وقوع ناراحتی روحی برای بیمار: حتی اگر خطر اقدامات پزشکی ناچیز باشد، خطر آسیب روحی بیمار همچنان وجود دارد. بیمار انتظار دارد که به وسیله پزشک معالج خود درمان شود و وقتی که با دستیاران و دانشجویانی که او را درمان و معاینه می‌کنند مواجه می‌شود احساس می‌کند که از اعتماد او سوءاستفاده شده است و در تلاش‌های متعدد دانشجو برای تزریق، خود را وسیله‌ای برای تمرین دانشجو تصور می‌کند(٤).

- احتمال خدشه به حریم خصوصی بیمار: بیماران احساس می‌کنند که حریم خصوصی آنها با مداخله دانشجو و دسترسی آنها به مدارک پزشکی شکسته می‌شود و در هنگام آموزش معاینات حرمت آنان با در معرض دید بودن بدنشان خدشه دار می‌شود(٧).

با شناخت تأثیرات منفی فوق کرکران (Corcoran) برای اولین بار در سال ۱۹۷۷ با طرح یک سؤال اخلاقی در ارتباط با استفاده از عرصه‌های بیمارستانی برای فعالیت‌های یادگیری دانشجویان، نگرانی خود را برای رعایت حقوق بیمار اعلام نمود(٦) و به دنبال آن در سال ۱۹۹٦ نیز دکتر کارولین شونر (Caroline Shooner) بیان کردند که آیا استفاده از بیماران به عنوان یک وسیله یادگیری برای دانشجویان پزشکی بدون دادن فرصت کسب رضایت از بیمار اخلاقی است؟

اما از طرف دیگر ساخت یک محیط اخلاقی مناسب کلید اساسی تدریس موفقیت آمیز است. در یک محیط اجتماعی خوب افراد زیادی بدون آنکه از آنها خواسته شود حاضر به مشارکت و کمک به دیگران هستند. بیماران در صورتی که به حقوق آنها احترام گذاشته شود و به آنها مراقبت‌های انسانی ارائه شود آماده اند حقوق خود را با پزشکان به مشارکت بگذارند و به آنها کمک کنند. آنها در هنگام حضور در چنین محیطی دیدگاه مثبتی نسبت به آن دارند و لذت عمده آنان، احساس مشارکت در یادگیری دانشجویان است(۸تا۱۳). بیماران در طول راند از این که مورد توجه قرار می‌گیرند خوشحال هستند و فرصتی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

برای پرسیدن سؤالات خود پیدا می‌کنند. به علاوه اطلاعات آنان در مورد بیماریشان در حین راند افزایش می‌یابد و متوجه می‌شوند که نظرات و احساساتشان در تصمیم گیری‌ها دخالت داشته است. برخلاف آن در یک محیط غیر اخلاقی بیماران سعی می‌کنند از خود محافظت کنند و وجود عواملی مانند نداشتن حق انتخاب(۹)، نگرانی در ارتباط با فاش شدن اسرار(۱٤و۱٥) و احساس خطر آسیب جسمی در هنگام انجام اقدامات عملی حساس و دردناک، انگیزه آنان را برای مشارکت در آموزش کاهش می‌دهد(۱٦).

در چنین محیطی اساتید با حقوق آموزش گیرنده و جامعه نیز مواجه می‌شوند. از جمله حقوق آموزش گیرنده می‌توان حق حفظ‌شأن شخصی و دریافت آموزش مناسب و با کیفیت برای ارتقای توانمندی‌های حرفه‌ای را ذکر کرد. نظام آموزش و استاد باید در مقابل جامعه نیز پاسخ‌گو باشد به عبارتی آموزش‌ها باید متناسب با نیاز جامعه، هزینه اثربخش، عادلانه و با کیفیت ارائه شود(۱۷و۱۸). نقش محوری استاد در ایجاد تعادل بین حقوق این سه رکن، تعیین‌کننده است بنابراین لازم است اساتید آنها را شناسایی کنند و با تأکید و رعایت آنها در هنگام اجرای فرایندهای یاددهی و یادگیری موفقیت فرایند تدریس خود را ضمانت نمایند. براین اساس این مقاله با هدف ارائه یکی از این موارد یعنی جنبه‌های حقوقی بیمار که در هنگام آموزش بالینی باید مورد توجه قرار گیرد تدوین گردید. به امید آن که اساتید با الگو شدن خود در هنگام رعایت این موارد به دانشجویان برای فراگیری اخلاق حرفه‌ای به عنوان یک پیامد مثبت آموزش بالینی کمک نمایند.

حقوق بیمار در آموزش بالینی

حقوق بیمار به معنای رعایت نیازهای جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول است که به صورت استانداردها و قوانین و مقررات تبلور یافته و تیم درمان مسؤول و موظف به اجرا و رعایت آن می‌باشند(۱۹). در منابع به حقوق بیمار در دو حوزه درمان و پژوهش به خوبی پرداخته شده است اما در حوزه آموزش منابع محدودی در دسترس است. در این مطالعه دو جنبه از حقوق بیمار در آموزش بالینی یعنی، رضایت بیمار از استفاده آموزشی (Consent) و حق حفظ اسرار و حریم خصوصی (confidentiality, privacy) ارائه می‌شود. همانند پژوهش‌های بالینی، مشارکت بیمار در آموزش نیز باید با اصول اخلاقی سودمندی، احترام به افراد و عدالت مورد حمایت قرار گیرد(۲۰).

رضایت بیمار از استفاده آموزشی

مفهوم کسب رضایت آگاهانه ابتدا بعد از جنگ جهانی دوم با تصویب شدن کد نورمبرگNuremberg در حوزه پزشکی وارد شد؛ که کشورهای غربی توافق کردند هیچ فردی نمی‌تواند بدون رضایت آگاهانه بیمار، آزمایشات پزشکی را بر روی آنها انجام دهد. بعد از آن محدوده رضایت آگاهانه ابتدا به حوزه درمان و سپس به آموزش بالینی گسترش پیدا کرد و در حقوق بیمار گنجانده شد و اعلام شد که بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی هیچ‌گونه تعهدی برای کمک در آموزش دانشجویان ندارند و بیمارستان نیز نمی‌تواند آنها را مجبور به مشارکت کند(٤و۲۱و۲۲)

کسب رضایت آگاهانه از بیمار برپایه اصول اخلاقی خودمختاری بیمار و احترام به اشخاص بنا نهاده شده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

است. در دانشگاه‌های انگلستان کسب رضایت بیمار برای مشارکت در آموزش دانشجویان به عنوان حقوق بیمار مورد توجه است و جزء خط مشی‌های حقوقی بیماران در آموزش بالینی ذکر شده است(۲۳). در منشور حقوق بیمار در ایران نیز ذکر شده است که بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی وپژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند، تمایل و رضایت شخصی خود را به مشارکت اعلام نماید(۲٤). کسب رضایت آگاهانه می‌تواند باعث محافظت افراد درگیر در مراقبت بالینی، خصوصا در هنگام انجام اقدامات عملی تهاجمی شود.

اجزای یک رضایت آگاهانه شامل حق انتخاب (choice)، داشتن اطلاعات (Information)، توانمند بودن (competence)، درک (Understanding) و مداومت (continuous) است(۲۵و۲٦):

حق انتخاب: یکی از نیازهای حقوقی بیماران حق انتخاب یا تصمیم‌گیری داوطلبانه برای حضور یا عدم حضور فراگیران و مشارکت در آموزش دانشجویان است(۲۷). در واقع اجازه گرفتن از بیمار باید به گونه‌ای باشد که او فرصت رد کردن آن را بدون احساس هیچگونه تهدیدی داشته باشد(۲۸). عدم رعایت حق انتخاب می‌تواند باعث نگرانی بیماران شود(۱۰). بیماران خود می‌توانند قضاوت کنند که وجود افراد دیگر در هنگام ویزیت کمک کننده است یا مانعی برای شرح حال دادن و قبول خدمات تشخیصی و درمانی محسوب می‌شوند. بنابراین عدم تمایل بیماران برای حضور دانشجویان در بالین آنها را نباید به حساب بیمار سخت گذاشت(۲۷).

از نظر قانون، داوطلبانه بودن تصمیم‌گیری شرط لازم برای یک رضایت‌نامه معتبر است(۲٤). دادن حق تصمیم‌گیری به بیمار یکی از موارد مهم حفظ شأن و منزلت بیمار است. در بیانیه اخلاقی دانشگاه‌های نیوزیلند و انگلستان در ارتباط با مشارکت بیمار ذکر شده است که هر بیماری این حق را دارد که تصمیم بگیرد که آیا در مصاحبه با دانشجو مشارکت کند یا اجازه معاینه را به او بدهد و قبل از آن باید مطمئن شود که رد کردن مشارکت در آموزش هیچگونه تهدیدی برای وی به دنبال نخواهد داشت(۲۹). در منشور حقوق بیمار در ایران بر محترم شمردن حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار تأکید شده است و محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری در دریافت خدمات سلامت و شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش و آموزش ذکر شده است(۳۰).

داشتن اطلاعات: بیماران برای دادن رضایت نیاز به اطلاعات دارند که باید این اطلاعات صادقانه و به گونه‌ای باشد که بیمار بتواند در بهترین شرایط و بطور مستقل تصمیم‌گیری کند. آنان نسبت به آنچه در جریان یک ملاقات اتفاق می‌افتد، ویژگی‌های دانشجویان (مانند تجارب و سطح توانایی آن‌ها، جنس دانشجویان و تعداد دانشجویان)، ماهیت تدریس و خطرات بالقوه و نتایج مشارکت آنها نگران هستند و اطلاعات در ارتباط با این موارد، بیمار را توانمند می‌کند که بتواند یک رضایت آگاهانه برای مشارکت در تدریس داشته باشند(۸و۱۵و۲۷و۳۱).

بیماران بعضی مواقع از توانایی دانشجویان برداشت صحیحی ندارند و آنها را با تجربه تر و متبحرتر از آنچه واقعا هستند ارزیابی می‌کنند(۲۷). به علاوه دانشجویان اگر احساس کنند که اقدام عملی که می‌خواهند انجام دهند تهاجمی است (مثلاً هنگام انجام معاینات و پروسیجرهای دستگاه تناسلی) در ارتباط

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

با کسب رضایت از بیمار صادقانه برخورد نمی‌کنند(۳۲و۳۳). این فریب یا بازی دادن بیمار که عبارت است از دست‌کاری یا حذف تعمدی اطلاعات داده شده به بیمار به منظور وادار کردن(۲٤) او به قبول مشارکت در آموزش دانشجو به معنای سلب حق تصمیم‌گیری داوطلبانه از بیمار است. در مطالعه‌ای در آمریکا در سال۱۹۸۷ نشان داده شد که تنها ۵۱ درصد دانشکده‌های پزشکی در راهنمایی که برای نحوه کسب رضایت بیمار به دانشجویان پزشکی داده بودند بر این نکته تأکید کرده بودند که باید دانشجویان خود را به عنوان دانشجو به بیمار معرفی کنند و نقش خود را در مراقبت بیمار به وضوح برای بیمار روشن کنند(۳۳).

درک و توانایی: بیماران باید اطلاعات فوق را درک کنند تا توانایی تصمیم‌گیری در ارتباط با رضایت برای مشارکت در آموزش را داشته باشند(۲٦). هر تصمیم گیری، توانایی اختصاصی خود را دارد؛ یک نفر ممکن است در ارتباط با محل اقامت، توانایی تصمیم‌گیری داشته باشد ولی در ارتباط با تصمیم‌گیری درمان خود ظرفیت کافی نداشته باشد. به علاوه ممکن است توانایی به مرور زمان تغییر پیدا کند؛ مثلاً فردی ممکن است به علت هذیان موقتا قادر به تصمیم‌گیری نباشد ولی پس از مدتی ظرفیت خود را بازیابد(۲٤). اگر بیماری ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد باید رضایت از تصمیم گیرنده جایگزین کسب شود. در فرهنگ اسلامی کودکان تا سن بلوغ تحت ولایت پدر می‌باشند و لذا اخذ رضایت آنها در جهت حمایت از بیمار ضروری است.

مداومت: کسب رضایت بیمار از هنگام اولین ملاقات با وی باید شروع شود و یک اتفاق مقطعی نیست بلکه روندی است که در سرتاسر مدت ارتباط بین پزشک و بیمار باید وی از انجام همزمان آموزش با مراقبت‌های بالینی رضایت داشته باشد و در هر لحظه که بخواهد بتواند ابراز عدم رضایت کند(۱۵و۲٦). بیماران در هنگام پذیرش باید بدانند که در یک بیمارستان آموزشی بستری می‌شوند و دانشجویان پزشکی و پرستاری آنها را ملاقات می‌کنند. وقتی که بیمار به اتاق مشاوره دعوت می‌شود باید بداند که دانشجو حضور دارد و می‌خواهد وی را معاینه کند. کسب رضایت برای هر دانشجو به نظر دست و پاگیر و یک رویه بوروکراتیک غیرضروری است مگر کسب رضایت برای انجام هر اقدام عملی که توسط دانشجو انجام می‌شود و احتمال آسیب برای بیمار وجود دارد.

برای کسب رضایت قبل از ویزیت باید بیمار را ملاقات کرد؛ اطلاعات لازم در ارتباط با جریان ملاقات را به وی داد؛ فرصتی برای فکر کردن در اختیار وی گذاشت سپس رضایت بیمار بدون حضور دانشجویان کسب شده و در هنگام حضور دانشجویان قطعی و محکم می‌شود(۱۵). در طی راند آنها باید احساس کنند قسمتی از بحث هستند و قدرت و اختیار برای رسیدگی به وقایع را دارند. ممکن است لازم باشد آنها نظرات و بازخوردهای خود را بعد از راند به دانشجویان ارائه دهند.

در بسیاری از موارد کسب اجازه از بیمار برای حضور فراگیران در آخرین لحظات ملاقات بیمار گرفته می‌شود که فرصتی برای رد کردن این درخواست برای بیمار وجود ندارد(۲۷). بنابراین باید فرصت کافی به بیمار داده شود تا در ارتباط با این که آیا در این فرایند تدریس مشارکت داشته باشد یا نه، فکر کند(۱۵). به بیمار باید در هر لحظه فرصت این داده شود که بتواند در مقابل

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

مراقبت‌هایی که فراگیر برای او ارائه می‌دهد «نه» بگوید.

کسب رضایت شفاهی در اکثر موقعیت‌ها کافی است ولی در مواردی که احتمال خطر یا ناراحتی برای بیمار وجود دارد کسب رضایت کتبی مناسب‌تر است(۱۵). البته در مطالعه‌ای میزان رضایت بیماران بعد از کسب رضایت کتبی در مقایسه با بیمارانی که رضایت کتبی از آنها کسب نشده بود بالاتر بود و توصیه شد که از تمام بیمارانی که در معاینات پزشکی مشارکت داده می‌شوند رضایت‌نامه کتبی اخذ شود(۳٤) در این صورت متن رضایت نامه باید به قدر کافی خلاصه و شفاف باشد که بیماران آنچه از آنها انتظار می‌رود را درک کنند. در مواقعی که استاد حضور ندارد، امضا رضایت‌نامه توسط بیمار توصیه می‌شود. کسب رضایت می‌تواند توسط پرستار، دانشجو یا رییس بخش گرفته شود(۱۵).

رضایت بیمار در مواردی مانند معایناتی که به حریم خصوصی بیمار ارتباط پیدا می‌کند به سختی اخذ می‌شود. در آموزش سنتی اعتقاد بر این بود که به دنبال انجام معاینات دستگاه تناسلی توسط دانشجویان یادگیری برای آنان اتفاق می‌افتد و باعث افزایش استانداردهای مراقبت بیمار در آینده می‌شود و بنابراین انجام اینگونه معاینات را سودمند تلقی می‌کردند. اخیرا جنبه‌های مضر انجام این معاینه‌ها شناخته شده است و باید به دانشجویان در ارتباط با نحوه کسب رضایت آگاهانه از بیمار توضیح داده شود و از دانشجویان انتظار می‌رود که برروی مولاژ قبل از مواجهه با بیمار این معاینه‌ها تمرین شود(۳۵).

با توجه به این که در سال‌های اخیر در برنامه درسی پزشکی بر آموزش اخلاق حرفه‌ای تأکید می‌شود کمک به فراگیران برای یادگیری اصول اخلاق پزشکی یک وظیفه اصلی محسوب می‌شود(۳٦). بنابراین دانش و مهارت در مسائل اخلاقی یک جزء اصلی از برنامه درسی پزشکی است که می‌توان با تدریس روند کسب رضایت آگاهانه به دانشجویان و تأکید بر اهمیت مشارکت بیمار در این فرایند، زمینه ارتقای این برنامه درسی را فراهم آورد(۳۷). همچنین ارزیابی دانشجویان در این زمینه لازم است که یکی از روش‌هایی که می‌توان به کار گرفت، اختصاص یک ایستگاه آسکی برای بررسی توانمندی فراگیران برای کسب رضایت آگاهانه است(۳٦).

حق حفظ حریم خصوصی و اسرار

مفهوم حریم به عنوان یک نیاز اساسی و مهم برای انسان مطرح بوده و دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روحی و روانی، اجتماعی و اطلاعاتی است. بیمار حق دارد نحوه، زمان و چگونگی دادن اطلاعات به دیگران و یا سازمان‌ها و تشکیلات بیمارستانی را خود تعیین کند، او حق دارد ماهیت افکار شخصی خود را که در اختیار دیگران می‌گذارد، فردی را که می‌تواند این اطلاعات را دریافت کند و نحوه استفاده از آن را مشخص کند(۳۸). به علاوه شان و احترام هر فرد ارتباط قوی و مهمی با حفظ حریم ظاهر و نحوه پوشش فرد دارد، بدین مفهوم که بدن وی در معرض دید نباشد. وقتی نسبت به پوشش بیمار بی‌اهمیت باشیم، شان انسانی بیمار خدشه دار می‌شود. در منشور حقوق بیمار در ایران نیز بیان شده است که در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیص و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. همچنین در جایی دیگر از منشور حقوق بیمار بیان شده است که ارائه خدمات سلامت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

باید شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

بنابراین در موقعیت‌هایی مانند معاینه دستگاه تناسلی که حفظ حریم بیمار دقت بیشتری نیاز دارد باید اساتید با بیماران به گونه‌ای ارتباط برقرار کنند که بیماران احساس کنند به راحتی می‌توانند بر حفظ حریم خود کنترل داشته باشند و حق انتخاب و دادن رضایت برای دسترسی دیگران به اطلاعات شخصی و بدنشان را دارند و به شأن و منزلت آنها احترام گذاشته می‌شود(۳۹). برقراری ارتباط با بیمار و اهمیت دادن به او می‌تواند باعث کاهش تهدید حفظ حریم بیمار گردد(٤٠) بر این اساس آموزش معاینات دستگاه تناسلی و اقدامات عملی بر روی بدن بیماران خصوصا در بخش‌های زنان و زایمان و جراحی چالش برانگیز است و اساتید برای آموزش معاینه فیزیکی در مواردی که حفظ حریم بیمار تهدید می‌شود باید به دنبال مکانی امن باشند. این در حالی است که در بخش‌های بیمارستانی به لحاظ کمبود امکانات، محدودیت برای انجام معاینه فیزیکی قسمت‌های تناسلی با حفظ حریم بیماران وجود دارد(٥). و از طرفی دیگر وجود پرده اطراف تخت بیمار و یا یک اطاق معاینه نمی‌تواند محرمیت را حفظ کند و باید در هنگام آموزش درمعرض دید بودن بدن بیمار را به حداقل برسانند و تنها محدوده‌ای که جهت انجام معاینات و اقدامات عملی لازم است را در معرض دید قرار داد(٤١). به علاوه اساتید باید دانشجویان را توجیه کنند که قدم زدن آنان در جایی که بیمار برهنه یا در حال استحمام است یا عدم استفاده از پاراوان هنگام ارائه مراقبت شخصی و در نزدن یا اجازه نگرفتن هنگام ورود به اتاق یا محدوده پاراوان بیمار باعث شکسته شدن حریم بیمار می‌شود(٤٢).

اصل رازداری پزشکی یکی از مهم ترین وظایف در حیطه اخلاق پزشکی است که دارای سابقه دیرینه است و در سوگندنامه بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است. در دین مبین اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده و پرواضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط پزشک و بیمار باشد اهمیت آن دوچندان می‌شود. بر نگهداری اسرار بیماران در قانون نیز تأکید شده است و 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 مواقع مجازات‌هایی هم برای متخلفان وضع کرده‌اند(٤٣). در جمهوری اسلامی ایران در ماده ٦٤٨ قانون مجازات اسلامی آمده است «اطبا، جراحان، ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر از موارد قانونی اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس یا یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند»(٤٤).

یک تعریف مشترک بین افراد از رازداری وجود ندارد و هر فردی تفسیرهای خاصی از رازداری دارد. در یک مطالعه در بررسی تعاریف بیماران و پزشکان از این موضوع، بیماران تعریف سخت‌گیرانه تری از رازداری داشتند. پزشکان با اطلاعاتی که از بیماران خود داشتند به عنوان یک بخش عادی از فعالیت‌های آموزشی خود رفتار می‌کردند. در این مطالعه مشخص شد که اگرچه پزشکان بدون هیچ نگرانی و به راحتی از مدارک بیماران به عنوان وسایل مورد نیاز برای تمرین‌های حرفه‌ای خود استفاده می‌کنند اما بیماران انتظار دارند که پزشکان با مدارک آنها اینگونه برخورد نکنند و حساسیت بیشتری نسبت به آنها

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

از خود نشان داده و می‌خواستند که اطلاعاتشان محرمانه بماند(۱٤). یکی از دغدغه‌های بیماران در هنگام مراجعه برای اقدامات درمانی، نگرانی از فاش شدن اسرار شان است. آنها نیاز دارند موانعی که باعث می‌شود اسرار آنها در طی آموزش فاش شود برای آنها مشخص و شفاف شود(۱۵) و یکی از موارد که برای غیر قابل قبول بودن پزشک ذکر می‌کنند تخلف از رازداری است(٤٥). بیماران اگر از محرمانه ماندن اطلاعات خود مطمئن نباشند، ممکن است اطلاعات شخصی خود را ارائه نکنند. این مسأله باعث بازماندن پزشک از انجام اقدامات مؤثر یا دنبال کردن اهداف خاص سلامتی می‌گردد(۲٤).

نگرانی بیماران در مورد رازداری باعث بروز چالش در آموزش بالینی می‌شود(۲۷). افلین Oflynn در مطالعات خود نشان داد که ٤۰ درصد از بیماران احساس می‌کنند که دانشجویان نباید گزارشات آنها را مشاهده کنند و یک مانع بزرگ برای مشارکت بیماران در آموزش، رازداری ذکر شد(۱۰). وقتی که بیماران متوجه می‌شوند که اساتید به صورت روتین به دانشجویان اجازه می‌دهند که مدارک پزشکی آنان بدون کسب رضایتشان توسط دانشجویان خوانده شود احساس نگرانی می‌کنند. از نظر آنان موافقت با حضور دانشجو به معنای این نیست که دانشجویان می‌توانند مدارک پزشکی را ببینند و وقتی از اتاق آنها خارج می‌شوند راجع به آنها بحث کنند. به همین دلیل توصیه می‌شود که در هنگام کسب رضایت بیماران از آنها رضایت برای استفاده دانشجویان از مدارک پزشکی نیز اخذ شود(۲۷) و در ارتباط با نحوه استفاده از مدارک پزشکی، روش‌های محافظت از این مدارک و همچنین موانعی که برای حفظ اسرارشان موجود است، توجیه شوند.

حفظ اسرار بیمار یک مشکل جدی هنگام آموزش در بخش‌های شلوغ بیمارستانی یا در عرصه‌های بالینی دیگر است ولی در محیط بیمارستان در مقایسه با درمانگاه، دقت بیشتری باید نسبت به حفظ محرمیت بیمار مبذول گردد. در هنگام برگزاری یک راند بالینی باید توجه داشت که «چه کسی ممکن است اطلاعات بیمار را بشنود؟»؛ «آیا نیاز است که ارائه بیمار در کنار تخت بیمار انجام شود؟»؛ «آیا ما مجبور به بردن نام بیمار هستیم؟»؛ «آیا پرسنل بخش نیاز به دانستن تمام اطلاعات بیمار دارند؟». بنابراین استاد باید برای مباحث محرمانه یا ناراحت کننده یک مکان امن پیدا کند. مشکلی که در اینجا وجود دارد این است که ما نمی‌توانیم مطمئن شویم بیماران تخت‌های مجاور اطلاعات محرمانه بیمار را در طی راند درون بخشی نشنوند. فامیل نگران بیمار همچنین باعث می‌شوند که رازداری یک معضل شود. بیماران گاهی می‌خواهند که فامیل آنها اطلاعاتی در ارتباط با تشخیص و درمان آنها نداشته باشند و یا برعکس، گاهی فامیل بیمار می‌خواهند که بیمار از جدی بودن بیماریش آگاهی نداشته باشد(٤٥).

از موانع دیگر حفظ محرمیت بیمار، گرفتن شرح حال از بیمار توسط دانشجویان در مکان‌هایی که احتمال نشت اطلاعات خصوصی بیماران وجود دارد، است. بنابراین باید دانشجویان بدانند که از بیمار در اتاق مشترک با سایر بیماران یا در راهرو بخش نباید سؤالات خصوصی پرسیده شود و در ارتباط با مسائل شخصی آنها صحبت شود.

پزشکان جوان اغلب نیاز دارند که درباره مشکلات بیماران با تلفن مشاوره بگیرند. اما چگونه مطمئن شوند که چه کسی صحبت‌های آنها را می‌شنود. ارتباط با هم

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

کلاسی‌ها در هر زمان ممکن و در هر کجای بیمارستان برای آنان حیاتی است؛ این در حالی است که در یک مطالعه در کانادا نشان داده شد که ۱۱ درصد موارد تخلف از رازداری در آسانسور اتفاق می‌افتد که نام بیماران فاش می‌شود. صحبت کردن دانشجویان در ارتباط با مسائل مراقبت بیمار در محل‌های عمومی (آسانسور، کافه تریا) یا حمل کردن چارت‌ها و فولدرهای بیماران در حالی که نام آنها مشخص است می‌تواند از منابع نشت ناخواسته اطلاعات باشد که اساتید باید با شناسایی این منابع و توجیه دانشجویان در خصوص فعالیت‌هایی که باعث حفظ اطلاعات بیمار می‌شود در این جهت اقدام نمایند.

نتیجه‌گیری

رعایت جنبه‌های حقوق بیمار در حوزه آموزش نیز به مانند حوزه پژوهش و درمان باید مورد توجه قرار گیرد. کسانی که آموزش دانشجویان را برنامه‌ریزی می‌کنند باید به بیمار حق انتخاب درباره حضور دانشجویان بدهند و با شناسایی علل و منابع احتمالی افشای اسرار بیمار در فرایند آموزش دانشجویان و برنامه‌ریزی دقیق برای کنترل این موارد، نگرانی بیمار را در این خصوص کاهش دهند تا باعث افزایش انگیزه آنان برای مشارکت در آموزش دانشجویان شوند. از طرف دیگر رعایت این اصول و تأکید اساتید بر آنها از طریق ایفای نقش الگویی خود باعث ارتقای برنامه درسی پزشکی در زمینه آموزش اخلاق حرفه‌ای می‌شود. بر این اساس اقداماتی که باعث حفظ حقوق بیمار در آموزش می‌گردد می‌تواند شامل موارد زیر باشد که تهیه یک راهنما برای فراگیران و اساتید و شفاف کردن جزییات این اصول در تسهیل اجرای آن کمک کننده خواهد بود:

۱- انجام آموزش بالینی نباید منجر به صدمه به بیمار گردد:

- مراقبت لازم جهت پیشگیری از صدمات ناشی از مهارت اندک فراگیران در اجرای روند اقدامات عملی
- مراقبت لازم جهت پیشگیری از صدمات ناشی از دانش اندک فراگیران در انجام تصمیمات بالینی
- مراقبت لازم جهت پیشگیری از صدمات ناشی از دانش و مهارت اندک فراگیران در مهارت‌های ارتباطی و آموزش بیمار
- مراقبت لازم جهت پیشگیری از خدشه به حریم خصوصی بیمار
- مراقبت لازم جهت پیشگیری از صدمه روحی به بیمار در اثر تنش حاصل از راند بالینی
- مراقبت لازم جهت پیشگیری از غفلت از درمان به علت اجرای آموزش

۲- بیمار باید از این که در شرایط ادغام روند درمان و روند آموزش قرار دارد رضایت داشته باشد:

- اطلاعات مورد نیاز در این باره باید در سطح «قابلیت»، «درک» و «سواد سلامت» بیمار ارائه شود.
- کسب رضایت نباید با صدمه روحی به بیمار و ایجاد اضطراب در وی همراه گردد.
- کسب رضایت یا عدم کسب آن نباید منجر به تغییر روند درمانی بیمار گردد.
- بیمار می‌تواند در هر مرحله در تصمیم خود تجدید نظر نماید.
- در شرایط جدید روند درمانی، استمرار رضایت بیمار باید احراز گردد.

۳- انجام آموزش بالینی نباید منجر به خدشه به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

محرمانگی اطلاعات بیمار گردد:

- اتخاذ روش‌هایی برای آموزش بالینی که مستلزم افشای سر نیست.
- اتخاذ روش‌هایی برای اخذ اطلاعات که مستلزم افشای سر نیست.
- اتخاذ روش‌هایی برای پیشگیری از نشت ناخواسته اطلاعات

منابع

1. Harden RM, Dent JA. A practical guide for medical teachers. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2005.
2. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicne: learning and teaching in the clinical environment. BMJ. 2003; 326:591.
3. White R, Ewan C. Clinical Teaching in nursing. 1st ed. London: Champan & Hall; 1991.
4. Waterbury JT. Refuting patients' obligations to clinical training: a critical analysis of the arguments for an obligation of patients to participate in the clinical education of medical students. Med Educ. 2001; 35(3):286-294.
5. Omid A. [A Qualitative Study of Faculty Members' Lived Experiences in Ward Round Teaching In Isfahan University of Medical Sciences]. [Dissertation]. Tehran: Tehran medical school; 2011. [Persian].
6. Gaberson K, Oermann M. clinical teaching strategies in nursing. ۳rd ed. NewYork: Springer Publisher Company; 2010.
7. Peimani Z, Asadi Kalame Z, Sherafat SM, Mahmodian F. [Baresiye mizan reaiate tanasobe jensiati bimaran tahte amale jarahi ba kadre daman va tahlil janbehaie akhlaghi va shrei moozoe]. Majaleye Iranie Akhlagh va Tarikh Pezeshki. 2009; 2(4):37-46. [Persian].
8. Benson J, Quince T, Hibble A, Fanshowe T, Emery J. Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study. BMJ. 2005; 331(7508):89.
9. Lynoe N, Sandlund M, Westberg K, Duchek M. Informed consent in clinical training--patient experinces and motives for participating. Med Educ. 1998; 32(5):465-471.
10 Oflynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survay of patients' views on presence of students. BMJ. 1997; 315(7116):1138-1141.
11. Stacy R, Spencer J. Patients as teachers: a qualitative study of patients views on their role in a community based undergraduate project. Med Educ. 1999; 33(9): 688-694.
12. Thomas EJ, Hafler JP, Woo B. The patient's experience of being interviewed by first-year medical students. Medical Teacher. 1999; 21(3):311-314.
13. Doshi M, Brown M. Whys and hows of patient -based teaching. British journal of psychiatry 2005; 187(3):223-31.
14. Weiss MD. Confidentiality expectations of patients, Physicians, and medical students. JAMA. 1982; 247(19):2695-2697.
15. Howe A, Anderson J. Involving patients in medical education. BMJ. 2003; 327:326-328.
16. British Medical Association. Role of the patient in medical education. [Cited 2012 Apr 10]. Available from: http://www.bma.org.uk/careers/becoming_doctor/roleofthepatient.jsp
17. Rourke J. Social accountability in theory and practice. Ann Fam Med. 2006; 4 (Suppl 1):S45-8; discussion S58-60.
18. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. [Cited 2012 Apr 10]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7.pdf

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

19. Vaskuyi oshkori k, Karimi M, Asnaashari H, Kohan N. [Baresiye mizane reayate hoghogh bimaran dar bimarestanhaie tabee daneshgah oolom pezeshki Tehran dar sale 2008]. Majaleye Iranie Akhlagh va Tarikh Pezeshki. ۲۰۰۹; 2(4):46-54. [Persian].
20. Jagsi R, Soleymani Lehmann L. The ethics of medical education. BMJ. 2004; 329:332-334.
21. Lowe M, Kerridge I, McPhee J, Hart C. Do patients have an obligation to participate in student teaching? Med Educ. 2008; 42(3): 237-241.
22. Chen X, Yang T. Ethical issues of clinical teaching in chinese hospitala: informed consent is of great significance to clinical teaching. Eubios journal Of Asian and International Bioethics. 2004; 14:216-218.
23. Doyal L. Closing the gap between professional teaching and practice. BMJ. 2001; 322(7303):47.
24. Larijani B, Jafarian A, Kazemian A, Sadrhoseini M. [Pezeshk va molahezate akhlaghi]. 2nd ed. Tehran: Baraie farda; 2005. [Persian].
25. Santillan-Doherty P, Cabral-Castaneda A, Soto-Ramirez L. Informed consent in clinical practice and medical research. Rev Invest Clin. 2003; 55(3):322-338.
26. Sayer M, Bowman D, Evans D, Wessier A, Wood D. Use of patients in professional medical examinations: current UK practice and the ethicolegal implications for medical education. BMJ. 2002; 324(7334):404-407.
27. Williamson C, Wilkie P. Teaching medical students in general practice: respecting patients' rights. BMJ. 1997; 315(7116):1108-1109.
28. Nesheim B. Commentary: respecting the patient's integrity is the key. BMJ 2003;326(7380):100.
29. Grant VJ. patient involvement in clinical teaching. J Med ethics. 1994; 20(4):244-250.
30. Eleftheriola A (Author). [Hoghoghe bimaran]. Tabrizi M(Translator).1st ed. Tehran: Entesharat nozhat; 2007.[Persian]
31. O'flynn N, Rymer J. Woman's attitudes to the sex of medical students in a gynecology clinic; cross sectional survey. BMJ. 2002; 325(7366):683-684.
32. Cohen DL, McCullough LB, Kessel RW, Apostolides AY, Heiderich KJ, Alden ER. A national survey concerning the ethical aspects of informed consent and role of medical students. J Med Educ. 1988; 63(11):821-829.
33. Cohen DL, McCullough LB, Kessel RW, Apostolides AY, Alden ER, Heiderich KJ. Informed consent policies governing medical students' interactions with patients. J Med Educ. 1987; 62(10):789-798.
34. Welfare MR, Price CI, Han SW, Barton JR. Experiences of volunteer patients during undergraduate examinations: printed information can lead to greater satisfaction. Med Educ. 1999; 33(3):165-169.
35. Coldicott Y, Pope C, Roberts C. The ethics of intimate examinations-teaching tommorrow's doctors. BMJ. 2003; 326(7380):97-101.
36. Roberts LW, Mines J, Voss C, Koinis C, Mitchell S, Obenshain SS, et al. Assessing medical students' competence in obtaining informed consent. Am j Surg. 1999; 178(4): 351-354.
37. Johnson SM, Kurtz ME, Tomlinson T, Fleck L. Teaching the process of obtaining informed consent to medical students. Acad Med. 1992; 67(9):598-600.
38. Mehrdad N, ParsaYekta Z, Jolaei S. [Motaleei morori bar hefze harime bimaran]. Faslnameh hayat. 2005;10(4):87-95. [Persian].
39. Baillie L. The impact of staff behaviour on patient dignity in acute hospitals. Nursing Times.net. 2007; 103(34):30-31.
40. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. Int J Nurs Stud. 2009; 46(1):23-36.
41. Matiti RM, Trorey GM. Patients's expectations of the maintenance of their dignity. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17(20):2709-2717.
42. Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. Nurs Ethics. 2001; 8(3):234-246.
43. Charatan F. Bush to drop medical records privacy clause. BMJ. 2002; 324(7341):806.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

44. Parsa M. [Harime khososi va razdari dar pezeshki va janbehaie mokhtalefe an]. Majaleye Iranie Akhlagh va Tarikh Pezeshki. 2009; 2(4):1-14.
45. Bourke J, Wessely S. Confidentiality. BMJ. 2008; 336: 888-891.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

A Review on Some Aspects of Patient' Rights in Clinical Education

Athar Omid[1], Peyman Adibi[2], Leila Bazrafkan[3], Zahra Johari[4], Mahsa Shakur[5], Ali Reza Yousefi[6]

Abstract

Clinical education will be possible with involving patients. Many patients who seek medical and diagnostic care can be involved in clinical training. Therefore, teachers and students need to know the legal aspects of patient involvement and adhere to these aspects in order to attract patients' participation and satisfaction. This study reviewed the importance and necessity of legal aspects, including patient consent, confidentiality and privacy during clinical education. This article described how to take patient consent for participating in training as well as several measures to maintain patient privacy. Giving informed choices without a threat to the patient is emphasized. Finally, it is suggested to prepare leaflets about how to obtain patient consent and maintain confidentiality to inform teachers and students in this regard.

Keywords: clinical education, patient satisfaction, patient rights, confidentiality, choice, privacy

Addresses:
[1] PhD Student in Medical Education, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: athar_omid@yahoo.com
[2.] Professor, Department of internal Medicine, Integrative functional gastroenterology research center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: adibi@med.mui.ac.ir
[3.] PhD Student in Medical Education, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: bazrafkan@gmail.com
[4.] PhD Student in Medical Education, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: jouhari42@yahoo.com
[5.] PhD Student in Medical Education, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: shakoor@nm.mui.ac.ir
[6.] (✉) Associate professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: aryousefy@edc.mui.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]