

## بررسی میزان رعایت « ابعاد گوناگون حریم بیماران » در بخش اورژانس بیمارستان منتخب

### دانشگاه علوم پزشکی تهران

محمد آقاجانی<sup>۱</sup>، ناهید دهقان نیری<sup>۲\*</sup>

#### چکیده

رعایت حریم بیماران از حقوق بنیادین هر انسان به شمار می‌رود و یکی از اهداف اصلی نظام خدمات سلامتی است. حریم شخصی به‌عنوان حس هویت، ارزش و شأن فردی، استقلال و داشتن فضای خصوصی تعریف می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین میزان رعایت حریم فیزیکی، اطلاعاتی و روانی - اجتماعی بیماران توسط تیم درمان در بخش اورژانس است.

این پژوهش یک مطالعه ی توصیفی - تحلیلی است. ۳۶۰ بیمار بستری در بخش اورژانس بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه‌ی حریم شخصی در ابعاد گوناگون حریم فیزیکی (۱۳ سؤال)، اطلاعاتی (۷ سؤال) و روانی - اجتماعی (۲۱ سؤال) بود. اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (کای اسکوتر و همبستگی پیرسون) در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد که در حدود نیمی (۵۰/۶ درصد) از بیماران رعایت حریم خود را در سطح ضعیف و متوسط و ۴۹/۴ درصد از آن‌ها رعایت حریم خود را در سطح نسبتاً خوب بیان کردند، هم‌چنین رعایت حریم یک‌سوم بیماران در ابعاد فیزیکی (۳۶/۱ درصد) و روانی - اجتماعی (۳۱/۹ درصد) در سطح متوسط و حریم اطلاعاتی (۳۰/۶ درصد) در سطح نسبتاً خوب بود. برخی از متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی‌داری با رعایت حریم بیماران داشتند.

با توجه به این‌که رعایت حریم اکثریت بیماران در واحد مربوطه در سطح نامناسب قرار دارد، لذا توجه خاص متخصصان بالینی به این امر و آموزش آن و نیز انجام اقداماتی جهت رعایت مناسب حریم بیماران امری ضروری است.

واژگان کلیدی: حریم فیزیکی، حریم اطلاعاتی، حریم روانی - اجتماعی، تیم درمان، بخش اورژانس

<sup>۱</sup> دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران، میدان توحید، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۲۱۶۶۹۳۷۱۲۰، Email: nahid.nayeri@gmail.com

## مقدمه

رعایت حریم بیماران عامل ضروری در ایجاد مراقبت بیمارمحور، فردگرا و اخلاقی است. این فرایند شامل حفاظت از تمامیت اخلاقی بیمار و تیم درمان است (۱). این مقوله با احترام به شأن افراد مربوط می‌شود؛ از این رو، به عنوان اساس و بنیاد پزشکی در نظر گرفته شده و اهمیت روزافزونی یافته است (۲). حریم شخصی از مهم‌ترین اصول انسانی و حقوق او است که رعایت آن در سازمان‌های مراقبت بهداشتی و هنگام پرستاری الزامی شناخته شده است (۳-۵).

حریم شخصی یک احساس کنترل شخصی و فرصتی برای ارزیابی و رهایی از توقعات اجتماعی و موقعیتی برای سهیم کردن اطلاعات خود است (۶). به عقیده‌ی Leino-Kilpi و همکاران (۲۰۰۰) حریم بیمار دارای ابعاد گوناگون فیزیکی، اطلاعاتی، روحی - روانی و اجتماعی است (۷).

رعایت حریم شخصی در ایجاد ارتباط مؤثر کادر درمان با بیمار (۸)، حفظ آرامش (۹) و رضایتمندی بیماران (۱۰) بسیار ضروری است و در حقوق بیماران، حق حریم شخصی بسیار مورد تأکید قرار گرفته است (۱۱) اما با این حال، هنوز توجه اندکی به حس حریم خصوصی بیماران می‌شود (۴) و برخی از این رفتارها آنقدر جنبه‌ی عادی پیدا کرده‌اند که تیم درمان حتی فکر نمی‌کنند که تجاوز به این حس باشد (۱۲). از طرفی پیامدهای نقض حریم بیمار، زیاد و ناخوشایند است. پنهان نگه داشتن بخش‌هایی از تاریخچه‌ی بیماری، امتناع از معاینه‌ی فیزیکی (۱۳) افزایش اضطراب، استرس، برانگیخته شدن رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز (۱۴)، سلب اعتماد در روابط متقابل با کادر درمان و عدم تعادل فیزیولوژیکی از جمله‌ی این پیامدهاست (۱۵، ۱۶) که در نهایت سبب کاهش کیفیت مراقبت که هدف اصلی هر سازمان مراقبت بهداشتی درمانی و به‌ویژه تیم پرستاری است، می‌شود.

تحقیقات متعدد نشان داده‌اند عدم اطلاع بیمار از تشخیص و آگاه نبودن از نوع بیماری، نتایج و دلایل انجام رویه‌های

درمانی و عدم پاسخگویی به سؤالات بیمار از طرف تیم درمان (۱۷)، در معرض دید دیگران قرار گرفتن بخش‌هایی از بدن، نشستن بدون اجازه روی تخت و ورود بدون اجازه به اتاق بیماران توسط تیم درمان (۱۸) از مواردی هستند که توسط بیماران به عنوان نقض حریم بیان شده‌اند که به‌طور متداول رخ می‌دهد. هم‌چنین Roosa (۱۹۸۲) گزارش کرد بیش‌ترین تجاوز به حریم شخصی بیماران توسط کادر درمان در ارتباط با بهداشت شخصی و دفع آن‌ها بوده است (۱۹).

امروزه با توجه به افزایش تکنولوژی و استفاده از کامپیوتر جهت ثبت بسیاری از اطلاعات بیماران، هم‌چنین افزایش تحقیقات در زمینه‌ی سلامت، لزوم توجه بیش‌تر به حریم و رازداری بیش از پیش احساس می‌شود (۲۰). نقض حریم بیماران نه تنها می‌تواند صدمات غیر قابل جبرانی را به بیماران وارد کند، بلکه می‌تواند کل سیستم مراقبت سلامت را تحت تأثیر قرار دهد (۲۱). زمانی که یک شخص در بیمارستان پذیرش می‌شود، همیشه قادر به کنترل حریم شخصی خود نیست؛ از این رو، این مسأله اهمیت ویژه‌ای می‌یابد (۲۲). از طرفی، بخش اورژانس از جمله محل‌های پر سرو صدا، پر رفت و آمد، شلوغ و با بیماران متنوع و زیاد است (۲۳). لذا رعایت حریم مناسب برای بیماران توسط تیم درمان، توجه بیش‌تری را می‌طلبد.

محققان به اهمیت نفوذ و تأثیر فرهنگی - اجتماعی بر روی درک حریم شخصی پی برده‌اند. در حقیقت، برای تدارک مراقبت مناسب و مربوط فرهنگی، بررسی حریم خصوصی حائز اهمیت می‌گردد (۲۴). در ایران که شرع مقدس اسلام بر آن سایه افکنده است، این امر از اهمیت بالایی برخوردار است. با این حال، در سیستم بهداشتی - درمانی و حرفه‌ی پرستاری، تحقیقاتی که در حیطه‌ی حفظ حریم و خلوت بیمار انجام شده نه تنها کافی نبوده بلکه بیش‌تر مطالعات در زمینه‌ی مکان فیزیکی (مثل حمام و توالت و ...) و در افراد ناتوان و معلول به اجرا درآمده است. از

(۲۱ سؤال) بر روی یک مقیاس چهار قسمتی (بلی، نمی‌دانم، گاهی، خیر) که به ترتیب نمرات ۳، ۲، ۱/۵، ۱ را دریافت می‌کرد، با این تفاوت که نحوه‌ی نمره‌گذاری بر اساس هم‌جهت بودن با رعایت حریم و یا معکوس بودن تغییر می‌کرد.

پرسشنامه‌ی مذکور به صورت محقق - ساخت و با استفاده از مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و بر اساس وضعیت فرهنگی و مذهبی جامعه طراحی گردید. روایی ابزار اندازه‌گیری، به شیوه‌ی اعتبار صوری و محتوایی توسط ۱۰ نفر از متخصصان در این زمینه مورد تایید قرار گرفت. جهت پایایی ابزار از روش سنجش پایایی درونی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۸۴۴۲ به دست آمد.

مجموع نمرات کسب شده‌ی آزمون در پرسشنامه‌ی رعایت حریم دامنه‌ای بین ۴۱ تا ۱۲۳ داشت. با توجه به نتایج به دست آمده و محاسبه‌ی درصد افراد و میزان رعایت حریم و مقایسه‌ی آن با پژوهش‌های مشابه، میزان رعایت حریم کلی بیماران در چهار سطح ضعیف (کم‌تر از ۸۰)، متوسط (۹۰-۸۰)، نسبتاً خوب (۹۰-۱۰۰)، خوب (بیش از ۱۰۰) طبقه‌بندی شد. اطلاعات در تمام روزهای هفته، بین ساعت ۸ صبح تا ۸ شب و در طی سه ماه در سال ۱۳۸۶ جمع‌آوری شد و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (کای اسکوئر، ضریب همبستگی پیرسون) در نرم افزار SPSS نسخه 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن بود که حدود یک‌سوم بیماران بستری در گروه سنی کم‌تر از ۳۰ سال ( $43/18 \pm 44/18$ ) و مرد (۳/۶۵ درصد) بودند. بیش‌ترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۶۵ درصد) متأهل بودند و درصد کمی از آن‌ها همسرانشان فوت کرده بود. تحصیلات ۲۷/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش در سطح دیپلم بود و شغل بیش از یک‌سوم آن‌ها (۶/۳۵ درصد) آزاد بود. بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۱/۵۶ درصد) بیش از ۲۴

طرفی، مطالعات گذشته به بررسی برخی از جنبه‌های حریم بیماران پرداخته‌اند. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان رعایت حریم فیزیکی، اطلاعاتی و روانی - اجتماعی بیماران توسط تیم درمان در بخش اورژانس طراحی و اجرا گردید.

### روش کار

در این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی، جامعه‌ی مورد مطالعه، کلیه‌ی بیماران بستری در بخش‌های اورژانس بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران است. به منظور تعیین حجم نمونه، بر اساس فرمول حداکثر حجم نمونه و با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت برآورد ۰/۰۵، تعداد نمونه پژوهش ۳۸۴ نفر تعیین شد. در طول مطالعه‌ی برخی از نمونه‌ها به دلایل مختلف (عدم تمایل، انصراف از مطالعه به دلیل اولویت اقدام درمانی یا مساعد نبودن شرایط) از مطالعه خارج شدند. بدین ترتیب، نمونه‌های پژوهش را ۳۶۰ نفر از بیماران واجد شرایط تشکیل می‌داد که به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل بیماران بستری بالای ۱۵ سال، هوشیار، بدون وجود معلولیت ذهنی و مشکلات روانی، دارای توانایی همکاری و پاسخ‌گویی به سؤالات بود.

محیط پژوهش این مطالعه سه بخش اورژانس و دارای سه نوع اتاق (دیواردار، پاراوان‌دار، سه‌طرف دیوار و یک‌طرف پاراوان) بود. کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی در مراحل مختلف این پژوهش رعایت شد. پرسشنامه‌ها بی‌نام بودند، جمع‌آوری داده‌ها توسط افراد هم‌جنس با بیماران صورت گرفت، افراد در مورد ماهیت و اهداف پژوهش توجیه شدند و برای شرکت در این پژوهش آزاد بودند.

روش گردآوری داده‌ها به شیوه‌ی مصاحبه و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل ۲ بخش بود:

بخش اول، اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر ۱۲ سؤال در مورد سن، جنس، وضعیت تحصیلی، شغل، مدت بستری، سابقه‌ی بستری و ... بود. بخش دوم، پرسشنامه‌ی حریم شخصی مشتمل بر ۴۱ سؤال در مورد ابعاد گوناگون حریم فیزیکی (۱۳ سؤال)، اطلاعاتی (۷ سؤال)، روانی - اجتماعی

۳۰/۶ درصد در اتاق با دیوار ثابت و پرده بستری بودند. نزدیک به یک سوم واحدهای مورد پژوهش (۲۶/۷ درصد) به علت حوادث در بخش اورژانس بستری شده و کمترین درصد افراد بستری (۳/۱ درصد) دیابتی‌ها بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۶/۱ درصد) شیعه بودند (جدول شماره ۱).

ساعت در بیمارستان بستری بودند و درصد کمی از آن‌ها (۵ درصد) کم‌تر از ۵ ساعت بستری بودند. بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۶/۱ درصد) سابقه‌ی بستری در بخش اورژانس و ۶۸/۹ درصد سابقه‌ی بستری در بیمارستان را داشتند. بیش از یک‌سوم واحدهای مورد پژوهش (۳۹/۷ درصد) در اتاق پاراوان‌دار، ۲۹/۷ درصد در اتاق دیواردار،

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی از مشخصات بیماران بستری

درصد	فراوانی	رتبه‌بندی متغیر	مشخصات
۳۰/۸	۱۱۱	۳۰ سال و کم‌تر	سن
۲۵	۹۰	۳۱-۴۵ سال	
۲۱/۴	۷۷	۴۶-۶۰ سال	
۲۲/۸	۸۲	۶۱ سال به بالا	
۳۴/۷	۱۲۵	مذکر	جنس
۶۵/۳	۲۳۵	مونث	
۲۴/۲	۸۷	بیسواد	میزان تحصیلات
۱۷/۲	۶۲	ابتدایی	
۱۴/۷	۵۳	راهنمایی	
۹/۲	۳۳	دبیرستان	
۲۷/۸	۱۰۰	دیپلم	
۶/۹	۲۵	دانشگاهی	
۶/۷	۲۴	کارمند	شغل
۳۵/۶	۱۲۸	آزاد	
۱۰/۶	۳۸	بازنشسته	
۲۳/۶	۸۵	خانه دار	
۱۱/۱	۴۰	از کار افتاده	
۱۲/۵	۴۵	بیکار	
۵۶/۱	۲۰۲	بلی	سابقه‌ی بستری در اورژانس
۴۳/۹	۱۵۸	خیر	

میزان رعایت حریم بیماران در بعد اطلاعاتی، بیشترین فراوانی در موارد رعایت نشده مربوط به عدم شنیدن مکالمه بیماران دیگر با پزشک یا پرستار (۳۰ درصد) و در موارد کاملاً رعایت شده مربوط به عدم پرسیدن اطلاعات شخصی بی‌مورد با بیماری و درمان (۶۶/۹ درصد) بود. در رابطه با

در رابطه با میزان رعایت حریم بیماران در بعد فیزیکی، بیشترین فراوانی در موارد رعایت نشده مربوط به عدم لمس غیر ضروری بدن بیمار توسط تیم درمان (۵۸/۳ درصد) و در موارد کاملاً رعایت شده مربوط به عدم نشستن تیم درمان روی تخت بیمار بدون اجازه (۸۹/۲ درصد) بود. در رابطه با

در مجموع، یافته‌ها نشان داد که رعایت حریم کلی (۱۶/۷ درصد)، رعایت حریم فیزیکی (۲۲/۵ درصد)، اطلاعاتی (۲۸/۶ درصد) و روانی-اجتماعی (۲۸/۹ درصد) بیماران در سطح ضعیف بود (جدول شماره ۲).

میزان رعایت حریم بیماران در بعد روانی-اجتماعی، بیش‌ترین فراوانی در موارد رعایت نشده مربوط به آشنا کردن بیمار با محیط ناآشنای بخش در بدو پذیرش (۶۵ درصد) و در موارد کاملاً رعایت شده مربوط به مراقبت متجانس از بیمار (۹۱/۷ درصد) بود.

جدول شماره ۲ - ارتباط برخی از متغیرهای دموگرافیک با میزان رعایت حریم بیماران بستری

نتیجه‌ی آزمون	سطح رعایت حریم					متغیرها
	ضعیف	متوسط	نسبتاً خوب	خوب	جمع	
Pearson Correlation Test $r = -0.136$ $**P < 0.01$	۱۱	۳۵	۴۶	۱۹	۱۱۱	۳۰ سال و کم‌تر
	۲۰	۳۰	۲۶	۱۴	۹۰	۳۱-۴۵ سال
	۱۰	۲۷	۲۳	۱۷	۷۷	۴۶-۶۰ سال
	۱۹	۳۰	۱۷	۱۶	۸۲	۶۱ سال به بالا
Chi-Square $\chi^2 = 20.73$ $df = 6$ $* P < 0.002$	۱۱	۲۲	۴۳	۲۲	۹۸	مجرد
	۴۱	۹۴	۶۱	۳۸	۲۳۴	متاهل
	۸	۶	۸	۶	۲۸	همسر فوت شده
Chi-Square $\chi^2 = 27.80$ $df = 9$ $* P < 0.001$	۲	۲	۱۲	۲	۱۸	کم‌تر از ۵ ساعت
	۳	۲۶	۱۶	۱۳	۵۸	۵ تا ۱۰ ساعت
	۲۱	۱۸	۲۵	۱۸	۸۲	۱۰ تا ۲۴ ساعت
	۳۴	۷۶	۵۹	۳۳	۲۰۲	بیش از ۲۴ ساعت
Chi-Square $\chi^2 = 15.64$ $df = 6$ $** P < 0.016$	۱۶	۴۵	۲۸	۱۶	۱۰۷	اتاق دیوار دار
	۱۰	۳۴	۴۰	۲۶	۱۱۰	اتاق با دیوار ثابت و پرده
	۳۴	۴۳	۴۴	۲۲	۱۴۳	اتاق پاراوان دار

میزان رعایت حریم واحدهای مورد پژوهش ارتباط وجود دارد. اما با متغیرهایی چون جنس، تحصیلات، شغل، علت بستری، سابقه‌ی بستری و مذهب ارتباط معنی‌دار آماری را نشان نداد (جدول شماره ۳).

هم‌چنین نتایج آزمون‌های آماری نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط منفی معنی‌داری بین میزان رعایت حریم واحدهای مورد پژوهش و سن ( $P < 0.01$ ) بود. هم‌چنین نتایج آزمون کای دو نشان داد بین وضعیت تأهل ( $P < 0.002$ )، مدت بستری ( $P < 0.001$ ) و موقعیت تخت بیماران ( $P < 0.016$ ) با

\*  $P < 0.001$ , \*\*  $P < 0.05$

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی رعایت ابعاد گوناگون حریم بیماران بستری

انواع حریم بیماران	ضعیف		متوسط		نسبتاً خوب		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حریم کلی	۶۰	۱۶/۷	۱۲۲	۳۳/۹	۱۱۲	۳۱/۱	۶۶	۱۸/۳	۳۶۰	۱۰۰
حریم فیزیکی	۸۱	۲۲/۵	۱۳۰	۳۶/۱	۹۰	۲۵	۵۹	۱۶/۴	۳۶۰	۱۰۰
حریم اطلاعاتی	۱۰۳	۲۸/۶	۸۱	۲۲/۵	۱۱۰	۳۰/۶	۶۶	۱۸/۳	۳۶۰	۱۰۰
حریم روانی - اجتماعی	۱۰۴	۲۸/۹	۱۱۵	۳۱/۹	۷۸	۲۱/۷	۶۳	۱۷/۵	۳۶۰	۱۰۰

## بحث

تحقیق حاضر نشان داد که در مجموع ۵۰/۶ درصد از بیماران، رعایت حریم خود را در سطح ضعیف و متوسط و ۴۹/۴ درصد از آن‌ها در سطح نسبتاً خوب و خوب بیان کردند. بر اساس گزارش قاسمی و بهنام (۱۳۷۷) حقوق و قلمرو ۵۷/۵ درصد بیماران اغلب اوقات از سوی کارکنان درمانی مورد توجه و احترام قرار می‌گرفت که با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. در حالی‌که ملکشاهی در بررسی رعایت قلمرو و حقوق بیماران بیان کرد که تنها حریم ۱۰ درصد از بیماران همیشه رعایت می‌شده است (۲۵). هم‌چنین مصدق راد (۱۳۸۳) گزارش کرد که حقوق ۷۵ درصد بیماران در حد ضعیف، ۲۰ درصد در حد خیلی ضعیف و ۵ درصد در حد متوسط توسط تیم درمان رعایت می‌شده است (۲۶). Karro و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیق خود با عنوان درک بیماران از نقض حریم در بخش اورژانس گزارش کردند که در ۳۳ درصد بیماران قطعاً و در ۳۵ درصد احتمالاً نقض حریم رخ داده است (۲). در حالی‌که Barlas و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند که ۸۵/۲ درصد بیماران اعتقاد داشتند که حریم آن‌ها به‌طور کامل یا تا حد زیادی توسط تیم درمان رعایت می‌شده است (۲۷).

یافته‌های تحقیق در زمینه‌ی رعایت حریم در ابعاد مختلف بدین صورت بود: میزان رعایت حریم فیزیکی بیش از یک سوم واحد‌های مورد پژوهش (۳۶/۱ درصد) در سطح متوسط بود. میزان رعایت حریم اطلاعاتی ۳۰/۶ درصد بیماران

در سطح نسبتاً خوب، ۲۸/۶ درصد ضعیف و ۱۸/۳ درصد در سطح خوب بود. یغمایی و همکاران (۱۳۸۶) گزارش کردند که ۶۴/۹ درصد از بیماران از محرمانه ماندن اطلاعات پزشکی خود اطمینان داشتند (۲۸). Leino-Kilpi (۱۹۹۷) در بررسی تحقق حقوق ۲۰۳ بیمار بیان کرد که فقط ۳۰ درصد پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که اطلاعات آن‌ها در سیستم کامپیوتر بیمارستان محرمانه نگاه داشته می‌شود (۲۹).

میزان رعایت حریم روانی - اجتماعی ۳۱/۹ درصد واحد‌های مورد پژوهش در سطح متوسط و ۲۸/۹ درصد در سطح ضعیف بود. Barlas و همکاران (۲۰۰۱) در ارتباط با احترام کادر درمانی به حقوق روحی و روانی بیماران، بیان کردند که بیش‌ترین درصد بیماران (۳۲ درصد) ابراز داشتند که حریم آن‌ها رعایت نشده است (۲۷).

در بعد فیزیکی حریم، موردی که اصلاً رعایت نشده، عدم لمس غیر ضروری بدن بیمار (۵۸/۳ درصد) بود. Edwards (۱۹۹۸) تأکید می‌کند که عدم استفاده از لمس‌های فیزیکی غیر ضروری عاملی برای حفظ حریم بیماران است (۳۰). در این بعد هم‌چنین موردی که کاملاً رعایت می‌شد، عدم نشستن تیم درمان روی تخت بیمار بدون اجازه (۸۹/۲ درصد) بود. قاسمی و بهنام (۱۳۷۷) در تحقیقی با هدف تعیین میزان احترام به قلمرو و حقوق بیماران در شهر سبزوار گزارش کردند که ۶۷/۱ درصد بیماران معتقد بودند که تیم درمان این مورد را همیشه یا اغلب اوقات رعایت می‌کردند (۲۵). نشستن بدون اجازه برخی از پرسنل بر روی تخت بیماران

حریم خصوصی می‌شود (۴). در سال‌های اخیر نظرات و رضایت مددجویان از خدمات ارائه شده به عنوان معیار مهمی برای کیفیت مورد توجه قرار گرفته است (۳۵) از این رو، نظرات بیماران راجع به رعایت حریم می‌تواند بیانگر وضع موجود و راه‌گشایی برای آینده باشد.

یافته‌های مطالعه در زمینه‌ی مشخصات بیماران، ارتباط معکوس و معنی‌داری ( $r = -0/136$ ،  $P < 0/01$ ) بین میزان رعایت حریم و سن بیماران مورد مطالعه نشان داد. بدین ترتیب، بیماران با سن بالاتر رعایت حریم کم تری را دریافت می‌کردند. Bauer (۱۹۹۴) گزارش کرد که تجاوز به حریم شخصی سالمندان در برابر افراد جوان بیش تر بوده است که با نتایج این تحقیق هم‌خوانی دارد. اما در پژوهشی در سوئد یافت شد که مددجویان جوان‌تر درجات بالاتری از نیاز به حریم را بیان می‌کردند (۳). به عقیده‌ی پژوهشگر این تفاوت‌ها می‌تواند در اثر نقش فرهنگ باشد، هم‌چنان‌که افراد مسن در جامعه‌ی ما از احترام بالایی برخوردار بوده و لذا توقع دریافت احترام بیش‌تری دارند.

در این مطالعه اکثریت بیماران مجرد، حریم نسبتاً خوب یا خوب داشتند و بین رعایت حریم و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ( $P < 0/002$ ) که این امر می‌تواند در اثر حساسیت بیش‌تر افراد متأهل نسبت به رعایت حریم خود باشد. این در حالی است که نتایج تحقیق حیدری (۱۳۷۹) بیانگر عدم وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین چگونگی رعایت قلمرو با وضعیت تأهل بود (۳۶).

بر اساس یافته‌های پژوهش بین میزان رعایت حریم و مدت بستری بیماران مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری ( $P < 0/001$ ) وجود دارد. این یافته‌ی پژوهش تأییدی بر یافته‌های پژوهش‌های Back & Wikblad (۱۹۹۸) و Karro و همکاران (۲۰۰۵) است که بیان کردند هر چه مدت بستری بیماران بیش‌تر باشد نقض حریم بیش‌تری نیز رخ می‌دهد (۲،۳).

این مطالعه نشان داد در حالی که از نظر اکثریت بیماران

می‌تواند ناشی از کنترل نامناسب احساسات شخصی آن‌ها باشد (۱۱).

در بعد اطلاعاتی، موردی که کاملاً رعایت می‌شد، عدم پرسیدن اطلاعات شخصی بی‌مورد با بیماری و درمان (۶۶/۹ درصد) و موردی که اصلاً رعایت نمی‌شد، عدم شنیدن مکالمه‌ی بیماران دیگر با پزشک یا پرستار (۳۰ درصد) بود. گودرزی و رهنما در نظرخواهی از پرستاران و پزشکان میزان رعایت محرمانه بودن مذاکره بیمار با پزشک را ۸۳ درصد گزارش نمودند (۳۱) هم‌چنین Olsen و Sabin (۱۹۹۹) در تحقیقی با عنوان درک بیماران بخش اورژانس نسبت به حریم شخصی و رازداری گزارش کردند ۳۶ درصد از بیماران مکالمات تیم درمان را به‌طور اتفاقی می‌شنیدند (۲۳).

امروزه، توسعه‌ی تکنولوژی اطلاعاتی و روند رو به رشد استفاده از کامپیوتر به‌طور فزاینده‌ای نیازمند حفاظت اطلاعاتی است (۳۲) و پرستاران و اعضای تیم بهداشتی و درمانی باید توجه داشته باشند که چه قسمتی از اطلاعات محافظت گردد (۳۳) در این رابطه Etica و Gafo (۱۹۹۴) تأکید می‌کنند که نباید به حریم اطلاعاتی بیمار با افشاجاری اطلاعات شخصی او توسط پزشک و سایر حرف تیم بهداشتی در طول دوران بستری خدشه‌ای وارد آید (۳۴).

در رابطه با بعد روانی - اجتماعی حریم، موردی که اصلاً رعایت نمی‌شد، آشنا کردن بیمار با محیط ناآشنای بخش در بدو پذیرش (۶۵ درصد) و موردی که کاملاً رعایت می‌شد مراقبت متجانس از بیمار (۹۱/۷ درصد) بود. نتایج مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های پژوهش قاسمی و بهنام (۱۳۷۷) هم‌خوانی داشت بدین ترتیب که ۶۵/۵ درصد بیماران اعتقاد داشتند، تیم درمان هرگز یا به‌ندرت آن‌ها را با محیط بخش در بدو پذیرش آشنا کرده‌اند (۲۵). هم‌چنین بیش‌ترین درصد بیماران (۵۰ درصد) معتقد بودند که مراقبت متجانس از بیمار صورت می‌گرفته است.

در حقوق بیماران، حق حریم شخصی بسیار مورد تأکید قرار گرفته است (۱۱)، اما با این حال هنوز توجه اندکی به

و درمان برداشت. از این رو، ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی برای کل جامعه، بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات در زمینه‌ی حقوق بیماران، درگیر کردن رسانه‌ها در اطلاع‌رسانی موارد مربوط به حقوق بیمار و پی‌گیری موارد نقض حقوق بیماران، تصویب قوانین و مقرراتی برای تضمین رعایت حقوق بیماران و طراحی برنامه‌های مشخص برای نظارت و پایش رعایت قوانین و مقررات در این زمینه امری ضروری است.

با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی جهت بررسی عوامل تسهیل‌کننده و مانع‌شونده در رعایت حریم بیماران توسط تیم درمان انجام شود. هم‌چنین جهت تشخیص دقیق‌تر ابعاد مفهوم حریم، پژوهشی به‌صورت کیفی صورت پذیرد. از آن‌جا که فرهنگ، قومیت و مذهب از عوامل مؤثر بر حریم بیماران می‌باشند، لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی به بررسی تأثیر این متغیرها در فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف کشور ایران بپردازد.

مطابق هر نوع پژوهشی، پاسخ بیماران ممکن است انعکاس‌دهنده‌ی احساسات واقعی به‌ویژه تجربیات ناخوشایند آن‌ها نباشد. این مطالعه تنها در بخش اورژانس یک بیمارستان انجام شده، از این رو تعمیم نتایج به مجموعه‌های با شرایط متفاوت امکان‌پذیر نیست.

#### نتیجه‌گیری

حریم بیماران مقوله‌ای است که هنوز جای بحث و صحبت بسیار دارد و هر قدمی که برای شناخت و گسترش آن برداشته شود می‌تواند بیماران را در جهت دریافت مراقبت مبتنی بر حقوق انسانی و اخلاقی یاری کند. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد ۵۰/۶ درصد از بیماران رعایت حریم خود را در سطح ضعیف و متوسط می‌دانستند. نتایج حاصله گویای ضعف سیستم ارائه‌ی خدمات در رعایت حریم بیماران است. بنابراین، نتایج این مطالعه توجه مسئولین امر را به ضرورت آموزش مداوم پزشکان و پرستاران جلب می‌کند. هم‌چنین با توجه به نقش مدیریت و نیز نقش مؤثر سوپروایزرهای آموزشی و بالینی در این زمینه توصیه می‌شود

بستری (۶۶/۷ درصد) در محل‌های بدون پاراوان رعایت حریم در سطح ضعیف است و میزان رعایت حریم در اتاق‌های دیواردار بهتر از اتاق‌های پاراوان دار و اتاق‌های با دیوار ثابت و پرده است، بین میزان رعایت حریم و موقعیت تخت بیماران مورد مطالعه ارتباط معنی‌دار آماری ( $P < 0/016$ ) وجود دارد. نتایج تحقیقات Karro و همکاران (۲۰۰۵) و Barlas و همکاران (۲۰۰۱) نیز مؤید آن بود که نقض حریم بیماران در اتاق‌های دیواردار نسبت به پاراوان‌دار کم‌تر بوده است (۲،۱۳).

در این مطالعه بین جنس بیماران با میزان رعایت حریم رابطه‌ی معنی‌داری ( $P = 0/08$ ) یافت نشد. این یافته با نتایج تحقیق حیدری (۱۳۷۹) که بیان کرد بین چگونگی رعایت قلمرو با جنس بیماران رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (۳۶)، هم‌خوانی دارد. این در حالی است که Parrott و همکاران (۱۹۸۹) گزارش کردند تجاوز به حریم شخصی زنان در برابر مردان بیش‌تر است (۳۷) و به گزارش Back & Wikblad مددجویان زن نسبت به مردان درجات بالاتری از نیاز به حریم را ذکر می‌کردند (۳) هم‌چنین Cohen و همکاران نیز در پژوهش خود در انگلیس، به این نتیجه رسیدند که زنان در مورد تهاجم به حریم شخصی خود حساس‌تر بوده و احساس نامطلوب‌تری داشتند (۳۸). شاید بتوان علت این یافته را نزدیک بودن میزان انتظارات و توقعات مردان و زنان راجع به رعایت حریم در جامعه‌ی ایران دانست.

با توجه به اهمیت روزافزون مقوله‌ی حریم بیمار در دنیا، ضرورت توسعه‌ی راه‌کارهایی منطبق با زمینه‌های غنی فرهنگی ایران اسلامی، برای رعایت هر چه بهتر در بخش بهداشت و درمان، به‌عنوان یک امر اجتناب‌ناپذیر مطرح است. اما برای رعایت این حقوق در عمل، تنها صدور بیانیه و بخشنامه کافی نبوده و در کنار آن باید آموزش‌های لازم به ارائه‌دهندگان خدمات، دانشجویان گروه‌های پزشکی و هم‌چنین بیماران و خانواده‌ی آن‌ها ارائه گردد تا به این ترتیب بتوان به‌صورت مشارکت فعال گام‌هایی اساسی در امر مراقبت



## منابع

- 1- Woodward VM. Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. *J Adv Nurs* 1998; 28(5): 1046-52.
- 2- Karro J, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emerg med Australas* 2005; 17: 117-23.
- 3- Back E, Wikblad K. Privacy in hospital. *J Adv Nurs* 1998; 27: 940-5.
- 4- Low LP, Lee DT, Chan AwY. An exploratory study of Chinese older people's perceptions of privacy in residential care homes. *J Adv Nurs* 2007; 57(6): 605 -3.
- 5- Ohno-Machado L, Silveira PS, Vinterbo S. Protecting patient privacy by quantifiable control of disclosures in disseminated databases. *Int J Med Inform* 2004; 73(7-8): 599-606.
- 6- Westin A F. Social and Political Dimensions of Privacy. *J Soc Issues* 2003; 59 (2): 431-453.
- 7- Valimaki M, Arndt M, Dassen T, et al. Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. *Biomedical and Health Research*. Amsterdam: IOS press publishing; 2000.
- 8- Larkin GL, Moskop J, Sanders A, Derse A. The emergency physician and patient confidentiality: a review. *Ann Emerg Med*. 1994; 25(6): 855-6.
- 9- Yura H, Walsh M. *Human Needs and the Nursing Process*. New York: Appleton Century Crofts Company; 1983.
- ۱۰- آقاجانی م، دهقان نیری ن. مفهوم رضایتمندی. دو ماهنامه آموزشی - خبری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۵، دوره ۶، شماره ۵۶، صص ۱۹-۱۶.
- 11- Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nurs Ethics* 2001; 8: 234-46.
- ۱۲- دوگاسی. اصول مراقبت از بیمار. ترجمه گروه مترجمین. تهران: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۶.
- 13- Barlas D, Sama AE, Lesser ML. Is there a gender difference in patient's perception of privacy in the emergency department? *Acad Emerg Med* 1999; 6: 546.

که این افراد عملکرد نظارتی خود را تقویت نمایند. علاوه بر این، به مدیران ارشد سیستم توصیه می‌شود تا با برآورد کمبود نیروی انسانی پرستاری و جذب افراد مناسب زمینه لازم را برای ارتقاء کیفیت مراقبت فراهم نمایند. لذا امیدواریم که نتایج این پژوهش بتواند در برنامه‌ریزی‌های بعدی و شناخت مشکلات موجود راهنما و کمک‌کننده باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره قرارداد ۵۵۹۸ است و بدین‌وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی اعضا دست اندرکار به‌ویژه اعضای شورای پژوهشی دانشکده و دانشگاه و تمامی بیماران محترم ابراز می‌دارند.

- ۲۷- مصدق راد ع، اثنی عشری پ. آگاهی پزشکان و بیماران نسبت به حقوق بیمار و رعایت آن در بیمارستان شهید بهشتی اصفهان. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۳؛ شماره ۱۱، صص ۵۰-۴۳.
- 28- Barlas D, Sama AE, Lesser ML. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Ann Emerg Med* 2001; 38(2): 135-9.
- ۲۹- یغمایی م، دانشی پور ع. ارزیابی میزان آگاهی بیماران از عملکرد پرسنل کادر درمانی بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب نسبت به منشور حقوق بیمار و اصول اخلاقی حرفه ای در سال ۱۳۸۶. دومین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی ایران. تهران؛ ۱۳۸۶.
- 30- Leino-Kilpi H, Nyrhinen T, Katajisto J. Patients' rights in laboratory examinations: do they realize? *Nurs Ethics* 1997; 4(6): 451-64.
- 31- Edwards SC. An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *J Adv Nurs* 1998; 28(4): 809-17.
- ۳۲- گودرزی م، رهنما م. بررسی میزان رعایت حقوق بیماران توسط پزشکان و پرستاران در بیمارستان امیرالمومنین شهر زابل. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری منشور حقوق بیمار دانشگاه علوم پزشکی فسا؛ ۱۳۸۲.
- 33- Moehr JR. Informatics in the service of health, a look to the future. *Methods Inf Med* 1998; 37(2): 165-70.
- 34- Nyrhinen T, Leino-Kilpi H. Ethics in the laboratory examination of patients. *J Med Ethics* 2000; 26(1): 54-60.
- 35- Gafó J, Etica y. *Legislation en Enfermeria*. Madrid: Editorial Universities; 1994.
- ۳۶- حیدری ش. جعفری ص. بررسی احساسات مددجویان بستری در بخش های جراحی عمومی در رابطه با رعایت قلمرو شخصی آنها در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، پایان نامه ۲۹-۲۰.
- 14- Schopp A, Leino-Kilpi H, Valimaki M, et al. Perceptions of privacy in the care of elderly people in five European countries. *Nurs Ethics* 2003; 10(1): 39-47.
- 15- Ervin N, Dawkins C. Agency and research co-operation: an exploration of human territoriality. *J Adv Nurs* 1996; 23(4): 728-32.
- 16- Taylor C, Lillis C, Lemone P. *Fundamental of Nursing*. J.B. Lippincott Company. 2th ed, 1993.
- 17- Milholland DK. Privacy and confidentiality of patient information. Challenges for nursing. *J Nurs Adm* 1994; 24(2): 19-24.
- 18- Woogara J. Patient's privacy of the person and human right. *Nurs Ethics* 2005; 12(3): 273-87.
- 19- Roosa W. Territory and privacy: residents' views: findings of a survey. *Geriatr Nurs* 1982; 3: 241-3.
- 20- Deshefy- Longhi T, Karpe Dixon J, Olsen D, Grey M. Privacy and confidentiality issues in primary care: views of advanced practice nurses and their patients. *Nurs Ethics* 2004; 11(4): 378-93.
- 21- Meier F. Medical privacy and its value for patients. *Semin Oncol Nurs* 2002; 18(2): 105-8.
- 22- Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, et al. Privacy: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(6): 663-71.
- 23- Olsen JC, Sabin BR. Emergency department patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med* 2003; 25(3): 329-33.
- 24- Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 2000; 25(24): 3168-77.
- 25- Stolker JJ, Nijman HL, Zwanikken PH. Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward? *Arch Psychiatr Nurs* 2006; 20(6): 282-87.
- ۲۶- قاسمی م، بهنام ح. بررسی وضعیت احترام به محدوده قلمرو و حقوق بیماران از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستانهای شهر سبزوار. اسرار، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار ۱۳۷۷؛ دوره ۵، شماره ۳، صص ۲۹-۲۰.

38- Cohen L, Delaney C, Boston P. Listening to the customer: implementing a patient satisfaction measurement system. *Gastroenterol Nurs* 1994; 17(3): 110-5.

کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
تهران؛ ۱۳۷۹.

37- Parrott R, Burgoon JK, Burgoon M, LePoire BA. Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality. *Soc Sci Med* 1989; 29(12): 1381-85.

