

بررسی وضعیت افشای نام یا تشخیص بیماری و دیدگاه بیماران نسبت به حفظ محرمانگی آن در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران

ابراهیم نصیری^{۱*}، حمید رضا کلیدری^۲، سبحان بهرامی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۱۹

تاریخ انتشار: ۹۵/۷/۲۶

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حفظ رازهای بیمار و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات خصوصی او و پابندی به آن، از جمله نام یا تشخیص بیماری، نقش مهمی در برقراری اعتماد بیماران با تیم درمانی دارد. هدف این مطالعه تعیین وضعیت آشکار بودن و افشای نام یا تشخیص بیماری و دیدگاه بیماران نسبت به حفظ این راز در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. در این پژوهش مقطعی-توصیفی، ۲۱۶ بیمار از بخش‌های داخلی، جراحی و زنان که حداقل ۲۴ ساعت بستری بودند وارد مطالعه شدند. بعد از تعیین روایی و پایایی پرسشنامه، دیدگاه بیماران در دو بخش سؤالات دموگرافیک و اختصاصی بررسی شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و استفاده از آزمون Chi-Square تحلیل شد. نتایج نشان می‌دهد از ۲۱۶ بیمار شرکت‌کننده در این تحقیق ۱۲۲ نفر (۵۶/۵ درصد) مرد و ۹۴ نفر (۴۳/۵ درصد) زن بودند. میانگین سنی بیماران برابر ۶/۱۸±۴۷ (۱۶-۸۰) سال بود. نتایج تحقیق در مورد دیدگاه بیماران نشان داد که ۴۹ نفر (۲۲/۷ درصد) بیماران نسبت به آشکار بودن نام یا تشخیص بیماری در سر تخت خود مخالف هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت دیدگاه بین بیماران زن و مرد در خصوص نصب نام یا تشخیص بیماری در سر تخت آنان وجود دارد ($P < 0/05$). هم‌چنین، دیدگاه بیماران نسبت به آگاهی همراهان بیماران دیگر از نام و تشخیص بیماری‌شان برحسب سطح تحصیلات تفاوتی نداشت ($P < 0/05$). با توجه به فراوانی مخالفت درصد قابل توجه بیماران در این مطالعه برای افشا و آشکاربودن نام و تشخیص بیماری آنان، احتمال گستردگی این پدیده در بیماران بخش‌های خاص یا اورژانس، توجه متولیان امور را به تدبیر فرایند مناسب‌تری جهت محرمانه باقی ماندن اطلاعات بیماران از جمله نام و تشخیص بیماری معطوف می‌داریم.

واژگان کلیدی: تشخیص بیماری، نام بیماری، آشکارسازی، رازداری، محرمانگی

^۱ استادیار، دانشکده پیراپزشکی، و مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email: rezanf2002@yahoo.com

^۲ دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران و شرکت صنعتی کمیدارو، تهران، ایران

Email: hamidreza.kelidari@yahoo.com

Email: Bahrani_Sobhan@yahoo.com

^۳ بیمارستان امام سجاد، رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران

* نویسنده‌ی مسؤول: مازندران، ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پیراپزشکی ساری، و مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل

Email: rezanf2002@yahoo.com

ساری، تلفن: ۰۱۱۳۳۰۴۴۰۴۵

مقدمه

بیماران با توجه به ویژگی‌های روحی، جسمی، اجتماعی و معنوی خود در زمان‌های سلامتی و بیماری دارای حقوقی هستند که خواهان دست‌یابی به آن هستند (۱). یکی از عوامل مهم پایداری رابطه‌ی بین بیمار و تیم پزشکی، حفظ اعتماد بیماران به پزشک و تیم درمانی است و بدین صورت بیمار خصوصی‌ترین اطلاعات خود را در جهت تشخیص و درمان بیماری در اختیار پزشک و نظام سلامت قرار می‌دهد. از این رو، حفظ حریم خصوصی و پایبندی به آن نقش مهمی در برقراری اعتماد در این رابطه دارد (۲، ۳). نام یا تشخیص بیماری یکی از رازهای مهم هر بیمار است که افشای آن ممکن است مشکلاتی را برای بیماران یا خانواده‌ها ایجاد کند. رازداری در اخلاق پزشکی قاعده‌ای اساسی در رابطه‌ی پزشک و بیمار است که تامین‌کننده‌ی منافع فردی بیمار، پزشک و مصالح و منافع اجتماعی آنان است. در آموزه‌های دینی از رازداری با عبارتهای مختلفی مثل کتمان سر، عیب‌پوشی و تقیه یاد شده که منظور از آن پوشاندن و افشا نکردن یک راز است (۴). رازداری و پوشاندن اطلاعات مرتبط با بیماری جزو حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی بیماران است، اهمیت زیادی دارد و به‌عنوان حق مهم آنان تلقی می‌شود (۵، ۶). پوشاندن رازهای بیماران یکی از ارکان اصلی اخلاق پزشکی است و حفاظت از اطلاعات خصوصی بیمار و جلوگیری از افشای آن از زمان‌های کهن در سوگندنامه‌های پزشکی و هم‌چنین توسط حکمای طب سنتی ایرانی به‌شدت مورد توجه بوده‌است و در حال حاضر در حیطه‌ی اخلاق حرفه‌ای جایگاه مهمی دارد. حکمای طب سنتی ایران محفوظ نگه‌داشتن راز بیماران و عدم افشای آن را به‌عنوان وظیفه‌ی مهم طبیب تلقی و بر آن تاکید می‌کردند (۷، ۴). مشخص بودن و آشکار کردن نام یا تشخیص بعضی از بیماری‌ها، مثل سرطان، ممکن است مشکلاتی ایجاد کند و بر جنبه‌های

مختلف زندگی اثر بگذارد. اطلاع‌رسانی نامناسب در خصوص مشخصات بیماری و عدم توجه به ظرفیت‌های بیمار، توسط افراد غیرحرفه‌ای که در بخش‌های مختلف بیمارستان به‌عنوان همراه یا ملاقات‌کننده حضور دارند ممکن است مشکلات بیماران و خانواده‌ها را بیش‌تر کند (۸).

مطالعات دیگر گزارش کرده‌اند که جامعه هنوز آمادگی لازم را ندارد و آشکار کردن نام یا تشخیص بیماری، خصوصا بیماری سخت و صعب‌العلاج، وابسته به ویژگی‌های بیمار و جامعه است ولی ممکن است افشای آن بدون در نظر گرفتن ظرفیت و فرایند آن توسط افراد غیرحرفه‌ای و همراهان، موجب ناامیدی، افسردگی، اقدام به خودکشی یا پرخاشگری و تاثیر منفی بر بیماری کنونی بیمار شود. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که ۷۴ درصد از اساتید و دستیاران، تشخیص بیماری ناعلاج خود را به هیچ‌وجه، حتی به بیماران خود نمی‌گویند (۶). لذا آشکاربودن تشخیص بیماری و مشاهده‌ی آن توسط همراهان یا حتی سایر بیماران پیامدهای اخلاقی خوبی در پی ندارد. هم‌چنین، نوشته شد که گاهی خانواده‌ها به‌منظور محافظت از بیمار، درخواست پنهان کردن اطلاعات پزشکی و عدم افشای تشخیص بیماری را با پزشک مطرح می‌کنند. بسیاری از گروه‌های فرهنگی بر این باور هستند که بیان باز و صریح در مورد نام یا تشخیص و پیش‌آگهی بعضی از بیماری‌های سخت، غیرانسانی و ظالمانه است و باید از این‌کار اجتناب شود (۹، ۶). گسترش علم و به‌کارگیری اطلاعات ژنتیکی، توسعه‌ی دانش، و در نتیجه، دستاوردهایی مثل پیش‌بینی وضعیت سلامت، بیماری و آینده‌ی افراد را در پی دارد. عدم اطلاعات کافی اقبال عمومی جامعه در صورت دسترسی به نام یا تشخیص اختلالات و بیماری‌ها ممکن است موجب سو تفسیرهایی توسط افراد غیرحرفه‌ای شود

گفتاری مشکل داشتند یا برای تکمیل فرم جمع‌آوری داده‌ها رضایت نداشتند، بود. حجم نمونه با حدود اطمینان ۹۵ درصد و خطای نوع اول ۵ درصد و عنایت به نتایج مطالعات قبلی ۲۱۶ نمونه برآورد شد (۸، ۱۱، ۱۲). روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای در این مطالعه برحسب بخش‌های مورد بررسی شامل چشم، ارتوپدی، جراحی عمومی، ارولوژی، زنان، داخلی و مغز و اعصاب در ۷ طبقه به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد.

با توجه به در دسترس نبودن پرسشنامه‌ی استاندارد در مورد رازداری نام و تشخیص بیماری، این ابزار بر مبنای محتوایی از مطالعات قبلی تهیه شد (۶، ۱۱)، روایی محتوای آن توسط ۶ نفر از اعضای هیأت علمی بررسی شد و بعد از اصلاح لازم بر مبنای نظرات آنان انجام و تأیید شد. پایایی ابزار با استفاده از آزمون مجدد و تعیین ضریب توافق کاپا به میزان ۰/۸۴ و همبستگی درونی سؤالات با ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۱ مورد قبول واقع شد. نظرات در مورد هفت سؤال مربوط به این بخش بر اساس مقیاس ۵ طبقه‌ای لیکرت ارزیابی شد که شامل کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف، و نه موافق و نه مخالف بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق شامل دو بخش بود. قسمت اول شامل مشخصات فردی و زمینه‌ای بیماران، بخش دوم شامل سؤالات مربوط به دیدگاه بیماران در خصوص آشکارسازی تشخیص بیماری آنان در بین پزشکان، پرستاران یا سایر بیماران و همراهان بوده‌است. روش جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت حضوری و مصاحبه جهت تعیین دیدگاه و هم‌چنین، مشاهده جهت تکمیل چک‌لیست بود. نتایج با استفاده از برنامه‌ی نرم‌افزاری SPSS و آمار توصیفی به‌صورت گزارش شاخص‌ها در جدول و متن نمایش داده شد و برای تحلیل یافته‌ها از آزمون آماری Chi-Square استفاده شد. P کم‌تر از ۵ درصد معنی‌دار تلقی شد.

و در نهایت پیامدهای نامناسبی بر سلامت عمومی جامعه داشته باشد (۹). در بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی-درمانی کشور ما، امر مراقبت و درمان به‌گونه‌ای است که حضور همراهان غیرحرفه‌ای در بخش‌ها، تقریباً به‌عنوان یک روند عادی است و حتی در خارج زمان ملاقات، حضور آنان ممنوع نیست و حمایت هم می‌شود. آشکاربودن و افشای اطلاعات بیماران توسط افراد غیر حرفه‌ای می‌تواند عوارضی در پی داشته باشد و از طرف دیگر، بیماران با تشخیص‌های مختلف در کنار هم بستری می‌شوند و شاید بسیاری از اطلاعات بیمار در مجاورت تخت بیمار قابل شناسایی باشد و دسترسی به این اطلاعات که ممکن است به‌عنوان حریم خصوصی و راز بیماران تلقی شود، فراهم باشد. با توجه این‌که دیدگاه و تجربیات بیماران در حوزه‌ی حاکمیت خدمات بالینی و توجه به آن به‌عنوان رکنی مهم در اعتباربخشی و نیز ارائه‌ی خدمات سلامتی و توجه به حقوق بیماران تلقی می‌شود (۱۰)، هدف از این تحقیق تعیین وضعیت آشکاربودن نام یا تشخیص بیماری و دیدگاه بیماران در این مورد در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی توصیفی است. جامعه‌ی مورد بررسی در این تحقیق را بیماران بستری در بخش‌های داخلی، جراحی و زنان مراکز آموزشی-درمانی امام خمینی و بوعلی سینای دانشگاه علوم پزشکی مازندران تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه در این تحقیق شامل سن حداقل ۱۶ سال، حداقل ۲۴ ساعت طول مدت بستری، هوشیاری و توانمندی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات و همکاری برای تکمیل فرم جمع‌آوری داده‌ها بوده‌است. معیارهای خروج شامل بیماران معلول ذهنی یا افرادی که از نظر شنوایی و

نتایج

خمینی ساری بودند. ۲۴ بیمار (۱۱/۱ درصد) مجرد و ۱۹۲ بیمار (۸۸/۹ درصد) متاهل بودند. میانگین سنی بیماران برابر $47 \pm 11/6$ (۱۶-۸۰) سال بود. توزیع بیماران مطالعه شده در این تحقیق بر حسب بخش‌های مختلف در جدول شماره ۱ نشان داده شد.

نتایج نشان می‌دهد از ۲۱۶ بیمار شرکت‌کننده در این تحقیق ۱۲۲ نفر (۵۶/۵ درصد) مرد و ۹۴ نفر (۴۳/۵ درصد) زن بودند. ۸۴ بیمار (۳۸/۹ درصد) از مرکز آموزشی درمانی بوعلی و ۱۳۲ نفر (۶۱/۱ درصد) از مرکز آموزشی درمانی امام

جدول شماره ۱- توزیع بیماران شرکت کننده در این تحقیق بر حسب بخش بستری

نام بخش	تعداد (مرد- زن)	درصد
جراحی عمومی	۳۷ (۱۰-۲۷)	۱۷/۱
ارتوپدی	۳۵ (۴-۳۱)	۱۶/۱
داخلی	۳۱ (۹-۲۲)	۱۴/۴
زنان و زایمان	۳۱ (۰-۳۱)	۱۴/۴
ارولوژی	۲۹ (۴-۲۵)	۱۳/۴
مغز و اعصاب	۲۸ (۸-۲۰)	۱۳
چشم	۲۵ (۱۱-۱۴)	۱۱/۶
جمع	۲۱۶ (۹۴-۱۲۲)	۱۰۰

بوده است که برابر ۱۸۵ نفر (۸۵/۷ درصد) و ۳۱ بیمار (۱۴/۳ درصد) لیسانس و بالاتر بود. نتایج تحقیق نشان داد که دیدگاه بیماران با سطوح تحصیلات لیسانس و بالاتر با دیپلم و پایین‌تر با نصب نام و تشخیص بیماری در سر تخت تفاوتی نداشت ($P < 0/00774$). هم‌چنین، دیدگاه بیماران نسبت به آگاهی همراهان بیماران دیگر از نام و تشخیص بیماری بر حسب سطح تحصیلات تفاوتی نداشت ($P < 0/0578$). جدول شماره ۲ جزئیات آن را نشان می‌دهد. شرایط و وضعیت اتاق بستری بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق به گونه‌ای بود که ۲ نفر (۰/۹ درصد) در اتاق خصوصی و ۲۱۴ بیمار (۹۹/۱ درصد) در اتاق عمومی بستری شده بودند.

نتایج تحقیق در بخش مشاهدات حضوری در مورد چگونگی آشکار بودن و درج نام یا تشخیص بیماری در بالای سر تخت بیمار نشان داد که در ۱۹۹ مورد (۹۲/۱ درصد) تشخیص بیماری در بالای سر تخت آن‌ها درج شده بود و در ۱۷ مورد (۷/۹ درصد) مشخص نبود. تشخیص بیماری در ۱۳۹ مورد (۶۴/۴ درصد) به زبان فارسی نوشته شده بود و در ۶۰ مورد (۷۲/۷ درصد) تشخیص به زبان انگلیسی بر روی کارت وضعیت و مشخصات بیمار نوشته شده بود و از این تعداد ۵۰ مورد (۲۳/۱ درصد) به صورت اختصار درج شده بود. سطح تحصیلات اکثر بیماران شرکت‌کننده دیپلم و کم‌تر

جدول شماره ی ۲- توزیع دیدگاه بیماران در خصوص آگاهی همراهان بیماران دیگر از نام و تشخیص بیماری به تفکیک سطح

تحصیلات

سطح تحصیلات	کاملاً مخالف یا مخالف تعداد (درصد)	کاملاً موافق یا موافق تعداد (درصد)	نه مخالف نه موافق تعداد (درصد)
دیپلم و پایین تر	۳۳ (۱۷/۸)	۱۲۹ (۶۹/۷)	۲۳ (۱۲/۴)
لیسانس و بالاتر	۵ (۱۶/۱)	۲۰ (۶۴/۵)	۶ (۱۹/۴)

جدول شماره ی ۴- توزیع دیدگاه بیماران در خصوص آگاهی همراهان بیماران از نام و تشخیص بیماری به تفکیک

جنس	جنس		
	کاملاً مخالف یا مخالف تعداد (درصد)	کاملاً موافق یا موافق تعداد (درصد)	نه مخالف نه موافق تعداد (درصد)
مرد (۱۲۲)	۱۶ (۱۳/۲)	۸۵ (۶۹/۷)	۲۱ (۱۷/۲)
زن (۹۴)	۲۲ (۲۳/۴)	۶۴ (۶۸/۱)	۸ (۸/۵)

بر اساس نتایج تحقیق در زمینه ی چگونگی حفظ اطلاعات بیماران به صورت شنیداری نشان داده شد که در زمان راند، برای همه ی بیماران مورد مطالعه در این تحقیق، توضیحات لازم در خصوص بیماری آنان توسط استادان برای دانشجویان کارآموز و کارورز داده می شد یا فرایند مراقبت های آنان توسط مربیان برای دانشجویان پرستاری توضیح داده می شد. در هنگام راند در بخش، صحبت ها و توضیحات مرتبط با بیماری برای ۱۲۱ بیمار (۵۶ درصد) به راحتی توسط سایر بیماران قابل شنیدن بوده است. همچنین، اطلاعات مرتبط با علایم حیاتی بیمار، و سن و وزن در برگه ی علایم حیاتی بالای تخت در ۲۱۱ مورد (۷۹/۷ درصد) در معرض دید همگان بود.

در این تحقیق تنها ۴ مورد (۱/۹ درصد) از گزارش مراقبت های پرستاری و مشکلات احتمالی ایجاد شده در برگه ی ثبت بالای سر بیمار در معرض دید بوده است. در

همچنین، نوع اتاق بستری از نظر تعداد بیمار به این ترتیب بود که ۲ نفر (۰/۹ درصد) در اتاق تک نفره، ۳۲ نفر (۱۴/۸ درصد) در اتاق دونفره، و ۱۸۲ نفر (۸۴/۳ درصد) در اتاق چندنفره بستری شده بودند. از بیماران فوق ۵۳ نفر (۲۴/۵ درصد) سابقه ی بستری در بیمارستان نداشتند. میانگین طول مدت بستری برابر 4 ± 4 روز با دامنه ی ۱ تا ۳۰ روز بوده است. میانگین بستری برابر ۳ روز بوده و ۷۵ درصد بیماران ۵ روز و کم تر بستری بودند.

نتایج نشان می دهد که تفاوت دیدگاه بین بیماران زن و مرد در خصوص نصب نام یا تشخیص بیماری در سر تخت آنان وجود دارد ($P < 0/050$). جدول شماره ی ۳ جزئیات آن را نشان می دهد.

جدول شماره ی ۳- توزیع دیدگاه بیماران در خصوص

نصب نام و تشخیص بیماری در سر تخت آنان به تفکیک جنس

جنس	کاملاً مخالف یا مخالف تعداد (درصد)	کاملاً موافق یا موافق تعداد (درصد)	نه مخالف نه موافق تعداد (درصد)
مرد (۱۲۲)	۱۶ (۱۳/۱)	۸۸ (۷۲/۱)	۱۸ (۱۴/۸)
زن (۹۴)	۲۱ (۲۲/۳)	۶۷ (۷۱/۳)	۶ (۶/۴)

همچنین، بین دیدگاه بیماران زن و مرد برای آگاه شدن همراهان بیماران دیگر از نام و تشخیص بیماری، تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/045$). جدول شماره ی ۴ چگونگی آن را نشان می دهد.

بالین بیماران خود حضور پیدا می‌کردند. از نظر در دسترس بودن پرونده‌ی بیماران که حاوی اطلاعات متنوعی از بیمار است در این مطالعه نشان داده شد که پرونده‌ی کامل بیمار در ۲۰۷ مورد (۹۵/۸ درصد) در بالای سر بیمار در دسترس نبود ولی در ۹ مورد (۴/۲ درصد) پرونده‌ها در دسترس بیمار و همراهان قرار داشت. نتایج تحقیق در مورد دیدگاه بیماران نشان داد که ۴۹ نفر (۲۲/۷ درصد) بیماران نسبت به درج نام بیماری یا تشخیص بیماری در سر تخت خود مخالف هستند. نتایج مذکور برحسب گویه‌های مختلف در پاسخ به سؤال اصلی تحقیق در جدول شماره‌ی ۵ نشان داده شد.

هنگام معاینه‌ی بیماران تنها ۴ مورد (۱/۹ درصد) به‌وسیله‌ی پاراوان در محیط کاملاً جداگانه معاینه و بررسی یا مراقبت شدند. در همه‌ی موارد پاراوان در بخش موجود بود. از منظر میزان حضور همراهان در بالین بیماران و در نتیجه مشاهده‌ی بسیاری از اطلاعات بیماران از جمله نام یا تشخیص بیماری، نتایج نشان داد که تنها در ۳۶ مورد (۱۶/۷ درصد) مراقبت از بیماران فقط توسط پرستاران انجام گرفته ولی در ۱۸۰ مورد (۸۳/۳ درصد) این اقدامات به‌صورت مشترک توسط همراهان بیمار و پرستاران بخش انجام شده بود. وضعیت حضور همراهان در کنار بیماران در ۱۷۷ مورد (۸۱/۹ درصد) به‌صورت شیفت‌های عصر و شب به‌طور کامل بوده‌است و ۳۹ مورد (۱۸/۱ درصد) به‌صورت پاره‌وقت در

جدول شماره‌ی ۵ - توزیع دیدگاه بیماران در مورد آشکارسازی تشخیص و نام بیماری

در پنج طبقه‌ی کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بر حسب گویه‌های مختلف

شماره	گویه‌ها	کاملاً موافق تعداد (درصد)	موافق تعداد (درصد)	مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)	نه مخالف نه موافق تعداد (درصد)
۱	آگاهی و مشاهده‌ی نام و تشخیص بیماری من توسط پزشکان و پرستاران دیگر منعی ندارد.	۱۷۷ (۸۱/۹)	۳۲ (۱۴/۸)	۶ (۲/۸)	۱ (۰/۵)	-
۲	آگاهی و مشاهده‌ی نام و تشخیص بیماری من توسط بیماران بستری دیگر منعی ندارد.	۸۵ (۳۹/۴)	۶۸ (۳۱/۵)	۲۱ (۹/۷)	۱۶ (۷/۴)	۲۶ (۱۲)
۳	آگاهی و مشاهده‌ی نام و تشخیص بیماری من توسط همراهان بیماران بستری منعی ندارد.	۷۰ (۳۲/۴)	۸۰ (۳۷)	۲۷ (۱۲/۵)	۱۷ (۷/۹)	۲۲ (۱۰/۲)
۴	آگاهی و مشاهده‌ی نام و تشخیص بیماری من توسط ملاقاتی‌های بیماران منعی ندارد.	۷۱ (۳۲/۹)	۶۹ (۳۱/۹)	۳۷ (۱۷/۱)	۲۱ (۹/۷)	۱۸ (۸/۳)
۵	این‌که نام و تشخیص بیماری اینجانب در سر تختم نوشته شود رضایت دارم.	۷۳ (۳۳/۸)	۷۹ (۳۶/۶)	۳۵ (۱۶/۲)	۱۴ (۶/۵)	۱۵ (۶/۹)
۶	از ثبت علایم و مواردی مثل سن، وزن، و فشارخون اینجانب در بالای سر تختم که قابل مشاهده باشد رضایت دارم.	۸۰ (۳۷)	۶۵ (۳۰/۱)	۴۵ (۲۰/۸)	۸ (۳/۷)	۱۸ (۸/۳)
۷	در هنگام توضیح بیماری‌ام توسط پزشک یا پرستارم (راند)، بیماران و افراد دیگر بشنوند و بدانند مانعی ندارد.	۱۳ (۶)	۱۳۴ (۶۲)	۲۱ (۹/۷)	۲۴ (۱۱/۱)	۲۴ (۱۱/۱)

محمدمدی و کمالی با بررسی دیدگاه بیماران سرپایی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان نسبت به عملکرد ابعاد پاسخ‌گویی تیم درمانی از قبیل توجه سریع به بیماران، حفظ استقلال آنان و رازداری به این نتیجه رسیدند که محرمانگی اطلاعات شخصی بیمار در ۲۳/۸ درصد موارد بد و ضعیف است و ۷۳/۳ درصد بیماران مسأله‌ی رازداری را مهم یا خیلی مهم قلمداد کردند (۱۳). با وجود تفاوت در نوع بخش مورد ارزیابی آن مطالعه با تحقیق ما، نتیجه‌ها در دو مطالعه تقریباً مشابه است که احتمالاً مربوط به ماهیت متغیر مورد بررسی است. حسینیان در مطالعه‌ی خود در بیمارستان‌های همدان گزارش کرد که محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و برنامه‌های درمانی و مراقبتی بیماران، در حدود ۸۸ درصد بیماران رعایت می‌شود و در واقع، اطلاعات شخصی و برنامه‌های درمانی ۱۲ درصد بیماران افشا یا آشکارسازی می‌شود و محرمانه نمی‌ماند (۱۵، ۱۴). این دو مطالعه از نظر تعیین دیدگاه بیماران مشابه است ولی تفاوت نتایج دو مطالعه احتمالاً مربوط به این است که در مطالعه‌ی ما بر یکی از موارد حساس و ملموس حقوق بیمار یعنی آشکار بودن نام یا تشخیص بیماری تمرکز شده است ولی در مقاله‌ی مورد اشاره مباحث کلی محرمانه بودن برنامه‌های درمانی، مراقبتی و مشخصات بیمار مطرح بود. شاید علت این امر عدم اطلاع بیماران از حقوق خود که در منشور حقوق بیمار به همگی بیمارستان‌ها ابلاغ شده است باشد.

Bramesfeld و همکاران در تحقیق خود خواسته‌ها و انتظارات ۲۲۱ بیمار سرپایی و ۹۱ بیمار بستری را در بخش‌های بهداشتی - درمانی در آلمان بررسی کردند. تنها ۱۵ درصد شرکت‌کنندگان در این تحقیق در بخش بیماران سرپایی نسبت به آیت‌های مختلف مسؤلیت‌پذیری تیم درمانی دیدگاه منفی داشتند؛ فقط ۶ درصد آن‌ها حفظ محرمانگی مرتبط با بیماری و حریم خصوصی را ضعیف گزارش کردند که این میزان برای بیماران بستری ۱۲ درصد گزارش شد (۱۶). تفاوت نتایج دو مطالعه ممکن است مربوط به تفاوت‌های

نتایج این تحقیق در خصوص این‌که آیا اطلاعات بیماران از نام و نوع بیماری‌شان از منابع معتبری بوده یا خیر، مشخص شده است که اطلاعات و توضیحات در خصوص بیماری و نام آن بیش‌تر توسط پزشکان به بیماران داده شده است. ۹۴ نفر (۴۴/۴ درصد) از بیماران اظهار داشتند که در مورد نام و ویژگی‌های بیماری‌شان، پزشک بیش‌ترین توضیح را داده و ۶۲ بیمار (۲۸/۷ درصد) توضیحات پرستاران را برای شناخت بیماری خود موثر دانستند. ۱۱ نفر (۵/۱ درصد) همراهان، ۷ نفر (۳/۲ درصد) ملاقاتی‌ها و دوستان، و ۵ نفر (۲/۳ درصد) توضیحات سایر بیماران را عامل اصلی شناخت بیماری خود گزارش کردند. ۳۵ بیمار (۱۶/۲ درصد) اظهار داشتند که هیچ‌گونه اطلاعاتی در خصوص بیماری‌شان دریافت نکردند. در این گزارش بیش از ده درصد اطلاعات بیماران توسط افراد غیر حرفه‌ای مشاهده و مورد تحلیل قرار گرفت و به بیماران گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق تعیین دیدگاه بیماران در مورد آشکارسازی نام و تشخیص بیماری به‌عنوان یک راز در حریم خصوصی آنان بوده است که به‌ترتیب ۲۶/۸ درصد بیماران با آشکار بودن آن برای ملاقاتی‌های بیماران، مخالف یا کاملاً مخالف بودند و ۱۷/۱ درصد از آشکار بودن آن برای بیماران دیگر، ۲۰/۲ درصد برای همراهان بیماران دیگر، مخالف یا کاملاً مخالف بودند. همچنین، ۲۲/۷ درصد بیماران از نوشته شدن نام یا تشخیص بیماری در برگه‌ی سر تخت مخالف بودند. در واقع، بیش‌ترین مخالفت بیماران به آشکارسازی نام یا تشخیص بیماری‌شان برای ملاقاتی‌های سایر بیماران که در روزها و ساعات مشخصی می‌آیند بود (۲۶/۸ درصد) و کم‌ترین مخالفت مربوط به آشکارسازی آن برای سایر پرستاران و پزشکان غیرمسئول در درمان و مراقبت ایشان بوده است (۳/۳ درصد) و بقیه‌ی بیماران از این‌که تشخیص بیماری‌شان برای دیگران آشکار باشد مخالفتی نداشته یا موافق بوده‌اند.

و رازداری اطلاعات شخصی بیماران در حدود ۳۴ درصد موارد در سطح متوسطی قرار دارد (۲۰). ناهمسویی و اختلافی که از گزارش‌هایی که از این مطالعات به دست آمد و بالا بودن درصد عدم رعایت محرمانگی در حفظ اسرار و اطلاعات شخصی بیماران در مقایسه با مطالعه‌ی ما احتمالاً مربوط به این است که در بخش اورژانس به دلیل شرایط بحرانی و پراسترس اورژانسی بیماران امکان توجه به حفظ اطلاعات و رازداری کم‌تر است ولی در بخش و برای بیماران بستری فرصت بیشتری در اختیار بوده تا برنامه‌ریزی مناسبی برای حفظ داده‌های خصوصی و عدم آشکار نمودن اطلاعات شخصی بیماران از جمله نام یا تشخیص بیماری انجام شود. به‌طور کلی، مطالعات مختلف گویای این هستند که در بیمارستان‌ها افراد غیر حرفه‌ای نه تنها به اطلاعات مرتبط با بیماری افراد دسترسی پیدا می‌کنند بلکه آن را تحلیل و تفسیر هم می‌کنند و به بیماران یا افراد دیگر گزارش و القا می‌کنند و تفسیرهای نادرست و غیر علمی آنان بدون توجه به ویژگی‌ها و شرایط بیماران ممکن است منجر به عوارض نامطلوب شود. بنابراین، باید تدابیری اندیشید که از دسترسی افراد غیر حرفه‌ای به اطلاعات بیماران از جمله نام و تشخیص بیماری آنان جلوگیری شود.

در تحقیق ما مشخص شده بود که تفاوت معنی‌داری بین دیدگاه جنس زن و مرد در آشکار بودن نام و تشخیص بیماری آنان از منظر همراهان وجود دارد؛ به‌طوری که زنان بیشتر از مردان معتقد بودند که تشخیص بیماری آنان به‌عنوان یک راز شخصی نباید در سر تخت‌شان بر روی کارت مشخصی درج شود یا همراهان سایر بیماران از آن مطلع باشند. نتایج مطالعه‌ی ما با محتوای کلی تحقیق رنگرز جدی و ربیعی در خصوص محرمانه بودن محتویات پرونده و اطلاعات خصوصی بیماران از منظر پزشکان و پرستاران همخوانی داشت (۲۱) ولی با نتایج مطالعه‌ی ربیعی و همکاران مشابهت نداشت (۱۱). دلیل تفاوت احتمالاً مربوط

فرهنگی دو جامعه، سطح آگاهی بیماران نسبت به حقوق خود و همچنین، اختصاصی بودن مطالعه‌ی ما در مقابل عمومیت داشتن متغیرهای مورد بررسی باشد.

در مطالعه‌ی دیگری در سال ۱۳۸۷ توسط وسکویی اشکوری و همکاران گزارش شد که در حدود ۴۴ درصد موارد، اطلاعات شخصی بیماران در بیمارستان‌های دولتی افشا می‌شود و این میزان در بیمارستان‌های خصوصی کم‌تر بوده و تقریباً برابر ۱۹ درصد است و از نظر این ویژگی، ۸۱ درصد خدمات ارائه‌شده در این مراکز مطلوب گزارش شد (۱۷). هرچند تفاوت ظاهری در میزان رعایت حفظ اسرار و اطلاعات بیماران در مطالعه‌ی مذکور با تحقیق ما وجود دارد، عدم حفظ رازداری و اطلاعات شخصی بیماران اهمیت زیادی دارد که دغدغه‌ی بسیاری از محققان شده و با روش‌های مختلف مطالعاتی مورد ارزیابی قرار گرفته‌است. تفاوت‌های گزارش شده از نظر میزان افشا یا آشکار بودن رازها و اطلاعات بیماران ممکن است مربوط به نوع رازها و ویژگی‌های مربوط به اطلاعات شخصی بیماران یا شرکت‌کنندگان در تحقیق باشد. در هر صورت مشخص شد که در مراکز آموزشی - درمانی تعداد زیادی از ویژگی‌های خصوصی بیماران آشکار و نمایان است که نیاز به برنامه‌ریزی مناسبی دارد تا این اصل مهم اخلاقی و رفتاری و حفظ اسرار بیماران به‌طور کامل رعایت شود.

امینی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تعیین رعایت منشور حقوق بیمار در مراکز سرپایی بیمارستانی گزارش کردند که رعایت اصل رازداری و احترام به حریم خصوصی بیمار در مقایسه با سایر محورهای منشور حقوق بیمار بهتر بوده و در طیف خوب گزارش شد (۱۸). در مطالعه‌ی دادخواه و همکاران گزارش شد که ۳۵/۸ درصد بیماران اعلام کردند که رازداری و حفظ اطلاعات شخصی آن‌ها و حرمت اطلاعات خصوصی‌شان رعایت نشده‌است (۱۹). دهقان‌نیری و همکاران گزارش کردند که رعایت حریم خصوصی اطلاعاتی

با توجه به فراوانی مخالفت گروهی از بیماران در این مطالعه برای آشکارسازی نام و تشخیص در کارت بالای سر تخت آنان، احتمال این پدیده در بیماران بخش‌های خاص یا اورژانس ممکن است وجود داشته باشد و بنابراین، ضمن پیشنهاد تحقیقات بیشتر در سایر دانشگاه‌ها، توجه متولیان امور را به تدبیر فرایند مناسب‌تری جهت محرمانه باقی ماندن نام و تشخیص بیماری معطوف می‌داریم.

لازم است با توجه به دیدگاه منفی درصدی از بیماران مبنی بر آگاهی همراهان سایر بیماران از نام و تشخیص بیماری یا سایر اطلاعات شخصی مربوط به آنان و با توجه به ویژگی‌های بستری شدن بیماران در اکثر بخش‌ها به صورت عمومی و در نتیجه حضور همراهان مختلف، تمهیداتی برای کنترل بیشتر و پیشگیری از حضور افراد غیر حرفه‌ای در بالین بیماران اتخاذ شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه با شماره ۳۴-۹۱ است و از حمایت اعضای شورای پژوهشی و معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران و هم‌چنین از شرکت و همکاری بیماران عزیز تشکر می‌کنیم.

به تفاوت‌های محیط پژوهش است که در محیط تحقیق ما همراهان بیماران در اتاق‌های چندنفره برای شیفت‌های عصر و شب در کنار بیمارشان حضور دارند و این یک ویژگی عادی قلمداد می‌شود و امکان مشاهده‌ی نام یا تشخیص بیماری از روی کارت نصب شده در سر تخت بیماران وجود دارد یا دسترسی به آن آسان است ولی بیماران زن بیش از مردان از این مسأله ناراضی‌اند و ابراز مخالفت کردند که مربوط به ظرافت‌ها و حساسیت‌های بیش‌تر خانم‌ها نسبت به محرمانه باقی ماندن اطلاعات شخصی‌شان است.

از محدودیت‌های این مطالعه، ویژگی توصیفی-مقطعی آن است که در نتیجه، تعیین رابطه‌ی علیتی بین متغیرهای جنس، سطح تحصیلات و سایر ویژگی‌ها در گروه‌های مختلف دقیق نیست، زیرا حجم نمونه در درصد بیماران که ابراز مخالفت کرده‌اند کم است و هم‌چنین به دلیل وجود متغیرهای مخدوش‌کننده و نداشتن گروه کنترل اظهار نظر شفاف در مورد رابطه‌ی علیتی متغیرهای مذکور با آشکار بودن نام یا تشخیص بیماری ضعیف است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود، مطالعه‌ای گروهی و شاهددار با حجم نمونه‌ی کافی برای متغیرهای گزارش شده در این تحقیق که ارزش آماری قابل ملاحظه‌ای را نشان دادند انجام شود.

منابع

- 1- Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V, Mansouri I. et al. An Iranian perspective on patients' rights. *Nurse Ethics* 2006; 13(5): 488-502.
- 2- Glenn T, Monteith S. Privacy in the digital world: medical and health data outside of HIPAA protections. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16(11): 494-505.
- 3- Norozie M, Salari P. [Taamol ba rasaneh: ahammiyate hefze harime khososie bimar]. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2015; 8(2): 86-9. [in Persian]
- 4- Nazari Tavakoli S, Nejadsarvary N. Confidentiality: a comparative study between medical ethics principles and Islamic ethics. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(7): 40-540. [in Persian]
- 5- Parsa M. Medicine and patients' privacy. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 1-14. [in Persian]
- 6- Zirak M, Ghafoori-Fard M, Aghaganlou A, et al. Respect for patient privacy in the teaching hospitals of Zanjan. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2015; 8(1): 79-89. [in Persian]
- 7- Larijani B. [Pezeshk va Molahezate Akhlaghi]. Tehran: Baraye Farda; 2013, p. 45-60. [in Persian]
- 8- Lashkarizadeh M, Jahanbakhsh F, Samareh-Fekri M, Poorseyedi B, Aghaei-afshar M, Shokoohi M. Views of cancer patients on revealing diagnosis and information to them. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(4): 65-74. [in Persian]
- 9- Ahmady M, Motavallizadeh-Ardakani A. Conflict and balance in keeping privacy and disclosure of patients' genetic information. *Iran J Med Law* 2011; 5(16): 89-113. [in Persian]
- 10- Parsapour A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(Supp): 39-47. [in Persian]
- 11- Rafiee Z, Bibak A, Hosseini S, et al. Professional ethics in nursing practice from the perspective of the hospitalized in teaching hospitals of Bushehr during 2015. *Iran J Ethics Hist Med* 2016; 9(2): 80-9. [in Persian]
- 12- Mosavinasab SM, Jalali Jahromi M. [Barrasi negaresh asatid va dastyarane balini daneshkadehe pezeskhi Shiraz dar rabete ba goftane tashkhis beh bimarane gheire ghabele darman]. *Sci J Forensic Med* 2002; 8(27): 34-8. [in Persian]
- 13- Mohammadi A, Kamali K. Patients' perspectives on responsiveness in outpatient clinics of hospitals at Zanjan University of Medical Sciences. *Prev Care Nurs Midwifery J (PCNM)*; 2015; 5(1): 80-92. [in Persian]
- 14- Farsinegad MR, Bazmi S, Timori B, Resane S. [Moghayese rezayatmandi morajeeine as raayate manshoore hoghooghe bimaran dar bimarestanhaye dolati va khosousi Tehran]. *Med Ethics J* 2012; 6(21): 99-112. [in Persian]
- 15- Hosainian M. [Barasi reayate hoghoghe bimaran tevassode kadre darmane as didghahe bimaran dar bimarestanhaye daneshghe alome pezeskhye]. Proceedings of the 2nd Congress of International Law and Medical Ethics in Iran; 2008; Tehran, Iran; Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2008. [in Persian]
- 16- Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 99.
- 17- Vaskoei Eshkevari K, Karimi M, Asnaashari H, Kohan N. The assessment of observing patients' right in Tehran University of Medical Sciences' hospitals. *J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 47-54. [in Persian]
- 18- Amini A, Sadegh Tabrizi JS, Shaghaghi AR, Narimani MR, et al. The status of observing patient rights charter in outpatient clinics of Tabriz University of Medical Sciences: perspectives of health service clients. *Iranian J Med Edu* 2013; 13(7): 611- 22. [in Persain]
- 19- Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N. Respect rate of patients rights in Ardabil Hospitals in 2002. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2004; 9(2): 37-44.
- 20- Dehgan Nayeri N, Agajani M. Protecting patients' privacy by medical team and its relation to patients' satisfaction. *Hayat* 2010; 16(1): 13-27.

[in Persian]

21- Rangraz Jeddi F, Rabiee R. A study on the attitude of physicians and nurses of Kashan

Hospitals about the charter of patients' right, 2003. Feyz J Kashan Univ Med Sci 2006; 10(3): 40-6. [in Persian]

A survey on revealing disease names or diagnoses and patients' views on confidentiality in hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences

Ebrahim Nasiri^{*1}, Hamidreza Kelidari², Sobhan Bahrami³

¹Assistant Professor, School of Allied Medical Sciences AND Traditional Complementary Medicine Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran;

²Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran AND Chimidaru Company, Tehran, Iran;

³Imam Sadjad Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran.

Abstract

Protecting patient's secrets and private information such as disease name and diagnosis can play an important role in establishing trust in the treatment team. The present study aimed to investigate the issues surrounding the confidentiality of patients' disease names and diagnoses in hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences.

This was a cross-sectional study conducted on 216 patients in internal, surgical and women's wards who had been hospitalized for at least 24 hours. Research tool was a questionnaire consisting of two parts: demographic data, and questions on the disclosure or confidentiality of information such as disease names. Patients' views were investigated through simple sampling method, and data were analyzed using SPSS software and chi-square test. Of the 216 patients entered in the study, 122 (56.5%) were male and 94 (43.5%) were female. Participants were aged between 16 and 80, and their mean age was 47 ± 18.6 years.

The results showed that 49 (22.7%) of the patients did not approve of an open display of their disease names and diagnoses above their beds, while a difference was observed between male and female patients in this regard ($P < 0.50$). Moreover, there was no relationship between patients' educational levels and their perspective on other patients' caregivers finding out about their disease names or diagnoses ($P < 0.578$).

In this study, a significant percentage of patients were found to be opposed to the disclosure of their diagnoses and disease names. Considering that this phenomenon may prevail among special disease or emergency room patients, it is recommended that authorities take measures against disclosure of patients' disease names and diagnoses.

Keywords: diagnosis, disease name, disclosure, confidentiality

* Corresponding Author: Email: rezanf2002@yahoo.com