

نگرش بیماران در مورد حریم خصوصی و رازداری در بیمارستانهای منتخب تهران

محمد محمدی^۱، محمد شمس الدین دیانی^۲، باقر لاریجانی^{۳*}

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۲۳

تاریخ انتشار: ۹۶/۵/۲۵

مقاله ی پژوهشی

چکیده

حفظ حریم خصوصی و رازداری، یکی از حقوق مسلم هر انسان به منظور حفظ حرمت و عزت اوست. ارزیابی نگرش بیماران پیرامون حریم خصوصی و رازداری می تواند برآورد مناسبی از ابعاد مختلف این مسأله باشد تا به پزشکان در فرایند تشخیص و درمان کمک کند. در این پژوهش به بررسی نگرش بیماران نسبت به موضوع حریم خصوصی و رازداری که نشاندهنده ی مطالبات جامعه از نظام سلامت است، پرداخته شده است. چنین مطالعه ای با نمایان ساختن نقاط قوت و ضعف، سیاست گزاران را در تنظیم روابط مناسب بین ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات کمک می کند. پژوهش حاضر به روش مقطعی بر روی ۲۰۰ بیمار بیمارستانهای امام خمینی (ره) و شریعتی تهران در سال ۱۳۸۸ که به روش تصادفی منظم انتخاب شده بودند، صورت گرفته است. متغیرهای مطالعه شامل سن، جنس، تحصیلات، بخش بستری، روزها و دفعات بستری، و نیز نگرش بیماران است. داده ها بر اساس پرسشنامه ی تهیه شده در دو بخش اطلاعات عمومی و نگرش که اطمینان و اعتبار علمی آن توسط آزمون مجدد و اعتبار محتوایی بررسی و مورد تایید قرار گرفته است، توسط پرسشگران آموزش دیده به طور مستقیم از بیماران گردآوری شده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، بر اساس نمرات، بخش نگرش بیماران به سه گروه منفی، تا حدودی مثبت و مثبت طبقه بندی شد و با آزمونهای آماری متعدد مورد سنجش قرار گرفتند.

در این مطالعه ۱۱۳ (۵۶/۵٪) زن و ۸۷ (۴۳/۵٪) مرد شرکت کرده اند. ۷۱ (۳۵/۵٪) بیمار با انجام معاینه ی بیمار زن توسط پزشک مرد کاملاً موافق و ۹۹ بیمار (۴۹/۵٪) موافق بودند. هم چنین، از بیماران در مورد الزامی و صحیح بودن مشورت پزشک با دستیارش و انتقال اطلاعات بیماری برای آموزش و تصمیم گیری بهتر (بدون اجازه ی بیمار) سؤال شد که نگرش ۵۳ بیمار (۲۶/۵٪) کاملاً موافق و ۱۰۳ بیمار (۵۱/۵٪) موافق بود. بیماران در مورد این که اگر بیمار قصد آسیب رساندن به خود یا دیگران را داشته باشد، پزشک باید بدون رعایت ملاحظات رازداری موضوع را به افراد ذی ربط اطلاع دهد، ۴۵ بیمار (۲۲/۵٪) کاملاً موافق، ۸۲ بیمار (۴۱/۰٪) موافق بودند و ۵۶ بیمار (۲۸/۰٪) نظری نداشتند. در این مطالعه براساس نمره ی کل نگرش بیماران، ۳۶ بیمار (۱۸/۰٪) دارای نگرش منفی، ۱۶۲ بیمار (۸۱/۰٪) تا حدودی مثبت و ۲ بیمار (۱/۰٪) مثبت بودند.

با توجه به نتایج مطالعه به طور کلی اکثر افراد جامعه مورد پژوهش یا دارای نگرش منفی یا تا حدودی مثبت در مورد حریم

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۲ مربی، گروه معارف دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

^۳ استاد، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

خصوصی و رازداری هستند، بیماران احترام به حریم خصوصی و رعایت رازداری توسط پزشکان را جزو مولفه‌های ضروری ارتباط پزشک و بیمار نمی‌دانند. لذا ضمن انجام تحقیقات بیش‌تر در خصوص رعایت حریم خصوصی و رازداری، ضروری است به‌منظور تغییر و ارتقاء نگرش بیماران در این زمینه بیش از پیش تلاش شود تا فراهم آوردن شرایط مناسب حریم خصوصی و رعایت رازداری جزو مطالبات بیماران از نظام سلامت باشد.

واژگان کلیدی: حریم خصوصی، رازداری، نگرش بیماران، اخلاق پزشکی

مقدمه

تعاریف و مفاهیم

تأمل در تعریف مبانی و ابعاد حریم خصوصی بیمار و رازداری بیانگر این حقیقت است که موضوع فوق سایه بر تمامی مراحل برخورد با یک بیماری از تشخیص تا ملاحظات درمانی افکنده است. بسیاری از سایر موضوعات مهم اخلاق پزشکی اعم از حقیقت‌گویی، روابط پزشک و بیمار (رابطه‌ی مالی، احترام متقابل و ...) و ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های پیشرفته در ارتباط تنگاتنگ با مبحث اخیر است. به بیان دیگر، ارزیابی نگرش گیرندگان خدمات درمانی پیرامون حریم خصوصی و رازداری در نظام ارائه‌ی خدمات درمانی می‌تواند برآورد مناسبی از ابعاد مختلف این مسأله باشد تا به پزشکان در فرایند تشخیص و درمان کمک کند.

حریم خصوصی به مفهوم محدودیت دسترسی دیگران به جسم یا افکار و احساسات یک فرد است. هم‌چنین، رازداری در فرهنگ لغت دهخدا به معنی حفظ سر، امانت‌داری و پوشیدگی معنی شده است که ارتباط نزدیکی با مفهوم حریم خصوصی دارد.

موازین اخلاقی

اگر فردی اطلاعاتی را به نحو محرمانه به دیگری بدهد، فرد دریافت‌کننده‌ی اطلاعات وظیفه دارد که این اطلاعات را نزد شخص دیگری افشا نکند. این وظیفه یا تعهد نسبت به رازداری^۱ ممکن است تصریح شده باشد، یعنی ارائه‌دهنده‌ی اطلاعات بیان کرده باشد که این اطلاعات نباید با کسی در میان گذاشته شود یا اینکه ضمنی باشد یعنی به واسطه‌ی ماهیت رابطه‌ی بین ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده‌ی اطلاعات ایجاد شود. حاصل آن‌که از حرفه‌مندان سلامت، این انتظار هم به صورت فردی هم به صورت عمومی می‌رود که اطلاعاتی را که در سیاق روابط بالینی به دست می‌آورند، به شخص ثالثی

ابراز نکنند (۱). از منظر اخلاق، حفظ اسرار با ایجاد اطمینان در بیمار باعث ایجاد رابطه‌ای مناسب برای تشخیص و درمان می‌شود. هم‌چنین، این امر، احترام به اتونومی بیمار است، زیرا اطلاعات شخصی یک فرد فقط متعلق به اوست و دیگران نباید بدون اجازه و رضایت وی از آن مطلع شوند. از نظر جامعه نیز پزشک باید به عهد و پیمانی که تلویحا او را موظف به رازداری میدانند، پایبند باشد.

بیمارستان محیطی است که بیماران از امکانات و شرایط محدودتری برخوردارند و به کرات از دست دادن حریم خود را تجربه می‌کنند و دچار استرس می‌شوند و البته این تجاوز به حریم شخصی صدمه‌زاست (۲). عدم احترام به حریم خصوصی و رعایت رازداری یا توجه کم‌تر به آن می‌تواند موجبات نارضایتی بیماران، ایجاد مشکلات درمانی و اختلال در بهبود بیماران و نیز افزایش شکایت از کادر درمانی را به همراه داشته باشد.

البته این نیز قابل درک است که رازداری نمی‌تواند امری مطلق باشد و گاهی ممکن است نقض آن از نظر اخلاقی مجاز یا حتی از نظر قانون لازم باشد. در مواقعی که خطر وارد شدن آسیب جدی به بیمار یا دیگران وجود دارد، نقض آن را توجیه می‌کند. وقتی تهدید به آسیب وجود دارد، اولویت اتونومی و در نتیجه تعهد به حفظ رازداری، اولویت را از دست می‌دهد و در چنین شرایطی، افشای اطلاعات بدون اجازه‌ی بیمار ممکن است مجاز یا الزامی باشد (۱).

کدهای اخلاقی

در کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی جهانی^۲ در قسمت وظایف پزشک در مقابل بیمار ذکر شده است: «یک پزشک باید به طور مطلق راز بیمار را حفظ کند حتی پس از مرگ». کدهای اخلاقی و دستورالعمل رفتار اخلاقی پزشکان کانادا^۳ نیز در خصوص رازداری ذکر می‌کند: «پزشک اطلاعاتی را که

² WMA

³ CMA

¹ Confidentiality

موازین اسلامی

بر اساس تعالیم دین اسلام فرد مسلمان باید راز دیگران را هم‌چون یک «امانت» حفظ کرده و در نگهداری از آن خیانت نکند. امیرالمومنین حضرت علی علیه السلام در این باره می‌فرماید: لَا تَخُنْ مَنْ اِثْمَنَكَ وَ اِنْ خَانَكَ وَ لَا تُلْعِ سِرَّهُ وَ اِنْ اَذَاعَ سِرِّكَ؛ به کسی که تو را امین قرار داده است خیانت مکن و راز او را فاش مساز (۴). حضرت رضا (ع) یکی از خصلت‌های مومنین راستین را کتمان اسرار مردم و رازداری می‌شمارند (۵). اگر همه‌ی افراد به حفظ اسرار توصیه شده‌اند پزشکان به طریق اولی باید به امر رازداری اهتمام ورزند. در توصیه‌های رسول خدا (ص) به ابوذر آمده است: ای اباذر! آنچه در مجالس می‌گذرد امانت است و علنی کردن سر مسلمان خیانت (۶).

افشای اسرار موجب پیامدهای نامطلوب فراوانی می‌شود، از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: تباهی کارها و نرسیدن به نتیجه‌ی مطلوب (۷)؛ از بین رفتن اعتماد در اثر خیانت در امانت (۶)؛ از بین رفتن آبروی افراد (۴).

آنچه این مطالعه به آن می‌پردازد بررسی نگرش بیماران در مورد حریم خصوصی و رازداری در بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و شریعتی تهران در سال ۱۳۸۸ است.

شناسایی مسائل بیماران در ارتباط با حریم خصوصی و رازداری به‌منظور پیش‌بینی تسهیلات مناسب برای رفع آن‌ها و تعیین الگویی برای کمک به تدوین دستورالعملی مناسب برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی جهت حفظ و احترام به حریم خصوصی بیمار و حفظ اسرار وی، از دیگر اهداف این مطالعه است. چنین مطالعه‌ای با نمایان ساختن نقاط قوت و ضعف، سیاست‌گزاران را در تنظیم روابط مناسب بین ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات یاری می‌کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت مقطعی اجرا شده است. از آنجا که در مطالعات قبلی نگرش بیماران در مورد حریم خصوصی و رازداری در دسترس نیست، می‌توان هر یک از نسبت‌ها را ۵۰٪ در نظر گرفته و با فاصله‌ی اطمینان ۰/۰۸ و هم‌چنین سطح اطمینان ۹۵٪ اندازه‌ی نمونه‌ی ۱۴۹ نفر محاسبه شد که

مربوط به راز بیمار است که از خود بیمار یا یک همکار گرفته است باید حفظ کند و فقط وقتی می‌تواند آن را فاش کند که بیمار رضایت داده باشد یا قانون او را ملزم کرده باشد. در اولین کنفرانس بین المللی طب اسلامی در سال ۱۹۸۱ نیز به اهمیت رازداری در کدهای اخلاق پزشکی اسلامی اشاره شده است. در ماده‌ی ۷ از منشور حقوق بیمار در جمهوری اسلامی ایران نیز چنین آمده است: «بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به اجازه‌ی بیمار خواهد بود». هم‌چنین، در ماده‌ی ۸ این منشور می‌خوانیم: «بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده‌ی پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید» (۳).

قانون

رازداری یکی از اصولی است که از پشتیبانی قانون نیز برخوردار است. در بریتانیا، دادگاه‌ها بیان کرده‌اند که منافع عمومی در رعایت رازداری پزشکی است و هرگونه نقض رازداری باید در برابر آن سنجیده شود. در تعداد زیادی از ایالات آمریکا، پزشکان ملزم به رعایت رازداری در رابطه با پرونده‌های پزشکی هستند و اطلاعات دریافت شده در حین مشاوره‌ی بالینی مگر در چند استثنا، قابل افشا در فرآیندهای دادرسی نمی‌دانند. قانون فدرال حریم خصوصی در استرالیا الزامات قانونی مصوبی به‌منظور محافظت از اطلاعات مکتوب و الکترونیک مانند پرونده‌ی پزشکی بیمار دارند (۱).

در کتاب پنجم «تعزیرات» قانون مجازات اسلامی جمهوری اسلامی ایران ماده‌ی ۱۵۱ آمده است: «اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه‌ی کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند».

تغییرات و اصلاحات لازم اعمال شد و جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت.

برای پایایی^۳ سؤالات بخش نگرش، آزمون - Test Retest انجام شد که پرسشنامه طی دو مرحله در اختیار ۲۰ بیمار مورد مطالعه (این بیماران به صورت تصادفی انتخاب شده و دارای مشخصات همگن با نمونه‌های مورد پژوهش بودند) به فواصل یک هفته تا ده روز قرار گرفت. نتیجه‌ی دو آزمون از نظر توجه به نکات اساسی و هماهنگی با یکدیگر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تعیین شد (۱ - ۰/۷). هم‌چنین، در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران آموزش‌دیده، اطلاعات استخراج و جهت انجام آزمون‌های آماری در بانک اطلاعاتی نرم‌افزار SPSS-16 وارد شد. در این مطالعه از روش‌ها و آزمون‌های مختلفی از جمله: روش‌های توصیفی، میانه، میانگین، فراوانی مطلق و نسبی، Oneway ANOVA, nonparametric t-Test, PostHoc Test (Bonferroni) Binomial test, chi-square test استفاده شده است.

به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام تهیه شده و به طور محرمانه نگهداری شده‌اند. هم‌چنین، در شروع مصاحبه در مورد طرح پژوهش و درخواست از بیمار برای همکاری صحبت شده و از وی رضایت شفاهی اخذ می‌شد. برای هر یک از مراحل پژوهش و حضور پرسشگران در بیمارستان‌های مورد مطالعه، مجوزها و معرفی‌نامه‌های لازم اخذ شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ بیمار شرکت کرده‌اند که میانگین سنی آنان ۳۹/۷ سال است. اطلاعات دموگرافیک آن‌ها به تفکیک در جدول شماره‌ی (۱) درج شده است. تحصیلات در سطح دیپلم بیش‌ترین فراوانی (۲۹/۵٪) و تحصیلات فوق لیسانس کم‌ترین فراوانی (۱/۵٪) را در بین بیماران داشته است.

برای افزایش دقت در این مطالعه حجم نمونه به ۲۰۰ نفر افزایش یافت و به نسبت مساوی برای هر بیمارستان تعداد ۱۰۰ بیمار در نظر گرفته شد. جامعه‌ی پژوهش را بیماران بخش‌های داخلی، جراحی و زنان بیمارستان‌های امام (ره) و شریعتی تهران که به صورت تصادفی منظم^۱ انتخاب شده بودند، تشکیل می‌دادند. میزان پاسخ شرکت‌کنندگان معادل ۹۳/۴۵٪ بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که توسط پرسشگر تکمیل می‌شد. این پرسشنامه دارای دو بخش اطلاعات عمومی و نگرش بود. در بخش اول اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، محل سکونت، سطح تحصیلات، بخش بستری، تعداد دفعات بستری، و مدت بستری است. در ابتدای بخش دوم سناریویی تدوین شده است که مباحث رازداری و حریم خصوصی را بیان می‌کند. سپس سؤالات بخش دوم بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای تدوین شده است و گزینه‌ها به ترتیب عبارتند از: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵). بعد از تکمیل پرسشنامه نمرات هر سؤال جمع شده و نمره‌ی نگرش بیماران به دست می‌آید. حداقل نمره‌ی نگرش ۱۴ (انتخاب گزینه کاملاً مخالفم برای تمامی سؤالات) و حداکثر ۷۰ (انتخاب گزینه کاملاً موافقم برای تمامی سؤالات) است. نمرات به دست آمده در سه دسته‌ی نگرش منفی (۳۲ ≤ نمره ≤ ۱۴)، نگرش تا حدودی مثبت (۵۱ ≤ نمره ≤ ۳۳) و نگرش مثبت (۷۰ ≤ نمره ≤ ۵۲) طبقه‌بندی شدند. اورژانسی نبودن شرایط بیمار، تمایل به مشارکت در طرح و حداقل دو روز بستری بودن در بیمارستان به عنوان معیارهای ورود به مطالعه تعیین شد.

برای کسب روایی (اعتبار)^۲ ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شده است. محتوای پرسشنامه از طریق مطالعه‌ی کتب و مقالات مربوط تهیه شد و سپس توسط چند تن از صاحب‌نظران حوزه‌ی اخلاق پزشکی و اپیدمیولوژی تحت بررسی و ارزشیابی قرار گرفت و طی چند مرحله

^۱ Systematic sampling

^۲ Validity

^۳ Reliability

در این مطالعه نگرش بیماران در مورد رازداری و حریم خصوصی از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفته است.

در مورد معاینه‌ی بیمار زن توسط پزشک مرد، ۷۱ بیمار (۳۵/۵٪) کاملاً موافق و ۹۹ بیمار (۴۹/۵٪) موافق بودند. هم‌چنین، با حضور برادر بیمار هنگام معاینه‌ی وی، ۴۶ بیمار (۲۳/۰٪) کاملاً موافق و ۹۵ بیمار (۴۷/۵٪) موافق بودند.

در پاسخ به این سؤال که پزشک اطلاعاتی از بیماری و سیر آن را در اختیار برادر بیمار قرار دهد، ۵۳ بیمار (۲۶/۵٪) کاملاً موافق و ۱۰۲ بیمار (۵۱/۰٪) موافق بودند.

نگرش بیماران در مورد این‌که پزشک از برادر بیمار در مورد مصرف الکل سؤال کند، ۵۸ بیمار (۲۹/۰٪) کاملاً موافق و ۹۵ بیمار (۴۷/۵٪) موافق بودند.

در پاسخ به سؤالی مبنی بر حضور پزشک، دستیار، پرستار، برادر بیمار و هم‌اتاقی وی که معمولاً بدون اجازه‌ی بیمار صورت می‌گیرد، ۱۱ بیمار (۵/۵٪) کاملاً موافق، ۶۵ بیمار (۳۲/۵٪) موافق، ۴۷ بیمار (۲۳/۵٪) مخالف و فقط ۹ بیمار (۴/۵٪) کاملاً مخالف بودند و ۶۳ بیمار (۳۱/۵٪) نظری نداشتند، ۵ بیمار نیز به این سؤال پاسخ ندادند.

در این مطالعه از بیماران در مورد الزامی و صحیح بودن مشورت پزشک با دستیارش و انتقال اطلاعات بیماری برای آموزش و تصمیم‌گیری بهتر (بدون اجازه بیمار) سؤال شد که نگرش ۵۳ بیمار (۲۶/۵٪) کاملاً موافق و ۱۰۳ بیمار (۵۱/۵٪) موافق بودند.

در این بررسی در پاسخ به سؤالی در مورد حضور دو دانشجوی پزشکی و بیان نکات آموزشی درباره‌ی بیمار توسط پزشک معالج به آن‌ها، ۴۱ بیمار (۲۰/۵٪) کاملاً موافق، ۷۲ بیمار (۳۶/۰٪) موافق، ۲۳ بیمار (۱۱/۵٪) مخالف و ۱۰ بیمار (۵/۰٪) کاملاً موافق بودند و ۵۱ بیمار (۲۵/۵٪) نظری نداشتند و سه بیمار پاسخی نداده بودند.

در مورد لزوم استفاده‌ی پزشک از جداکننده (پاراوان) در هنگام معاینه‌ی بیمار، نگرش ۴۸ بیمار (۲۴/۰٪) کاملاً موافق و ۹۲ بیمار (۴۶/۰٪) موافق بودند و ۴۳ بیمار (۲۱/۵٪) نظری نداشتند.

از بیماران در مورد عدم اجازه‌ی بیمار برای خون‌گیری از

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی بیماران بر حسب اطلاعات

دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	۱۱۳
	مرد	۸۷
وضعیت تاهل	مجرد	۵۹
	متاهل	۱۳۵
	نامشخص	۶
محل سکونت	شهر	۱۷۹
	روستا	۱۳
	نامشخص	۸
بخش بستری	داخلی	۴۲
	جراحی	۹۷
	زنان	۵۵
دفعات بستری	نامشخص	۶
	اولین بار	۱۴۳
	بیشتر از یکبار	۴۱
روزهای بستری	۳ ≤ روز	۴۷
	۴-۵ روز	۶۷
	۶-۷ روز	۳۲
	۸ ≥ روز	۴۸
	نامشخص	۶

میانگین نمره‌ی کسب‌شده‌ی نگرش بیماران $37/38 \pm 5/88$ و میانه‌ی نمره ۳۷/۰ بود. نمرات نگرش بیماران مورد مطالعه به سه گروه منفی ($32 \leq \text{نمره} \leq 14$)، تا حدودی مثبت (۵۱) $\leq \text{نمره} \leq 33$ و مثبت ($70 \leq \text{نمره} \leq 52$) طبقه‌بندی شدند. توزیع فراوانی نمره‌ی کل نگرش بیماران در جدول شماره‌ی ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی نمره‌ی کل نگرش بیماران

نگرش	تعداد	درصد
منفی	۳۶	۱۸/۰
تا حدودی مثبت	۱۶۲	۸۱/۰
مثبت	۲	۱/۰

و ۴۴ بیمار (۲۲/۰٪) کاملاً مخالف بودند و ۳۱ بیمار (۱۵/۵٪) نظری نداشتند و یک بیمار به این سؤال پاسخی نداده بود. در این مطالعه نگرش بیماران در مورد حق دسترسی به مدارک پزشکی و کپی‌برداری از اسناد و پرونده‌ی پزشکی آن‌ها سؤال شد که ۶۴ بیمار (۳۲/۰٪) کاملاً مخالف، ۳۶ بیمار (۱۸/۰٪) مخالف، ۴۶ بیمار (۲۳/۰٪) موافق و ۳۰ بیمار (۱۵/۰٪) کاملاً موافق بودند و ۲۳ بیمار (۱۱/۵٪) نظری نداشتند.

در این بررسی مشخص شد با استفاده‌ی پژوهشی از پرونده‌ی بیماران بعد از فوت برای پیشبرد علم ۱۰۷ بیمار (۵۳/۵٪) کاملاً موافق و ۵۱ بیمار (۲۵/۵٪) موافق بود. در این مطالعه هم‌چنین نظرات کاملاً موافق و موافق را در یک گروه و نظرات کاملاً مخالف و مخالف را در گروه دیگر قرار داده و نظرات را در سه دسته‌ی موافق، بدون نظر و مخالف طبقه‌بندی کردیم که نتایج حاصل در جدول شماره‌ی ۳ بیان شده است.

وی برای انجام آزمایش‌های درخواست شده، سؤال شد که ۶۱ بیمار (۳۰/۵٪) کاملاً مخالف، و ۶۶ بیمار (۳۳/۰٪) مخالف بودند و ۳۹ بیمار (۱۹/۵٪) نظری نداشتند.

در این مطالعه مشخص شد که اگر بیمار قصد آسیب رساندن به خود یا دیگران را داشته باشد، باید بدون رعایت ملاحظات رازداری موضوع را با افراد ذی‌ربط در میان گذاشت، ۴۵ بیمار (۲۲/۵٪) کاملاً موافق، ۸۲ بیمار (۴۱/۰٪) موافق بودند و ۵۶ بیمار (۲۸/۰٪) نظری نداشتند.

در پاسخ به سؤالی مبنی بر حضور پدر کودک بیمار در تمامی مراحل تشخیص و درمان تا آنجا که مانعی برای تشخیص و درمان نباشد، ۴۲ بیمار (۲۱/۰٪) کاملاً موافق، ۸۴ بیمار (۴۲/۰٪) موافق، ۳۲ بیمار (۱۵/۵٪) مخالف و فقط ۶ بیمار (۳/۰٪) کاملاً مخالف بودند و ۳۲ بیمار (۱۶/۰٪) نظری نداشتند و ۴ بیمار به این سؤال پاسخ ندادند.

در مورد این‌که تمامی کادر درمانی بیمارستان حق دارند پرونده‌ی بیماران را مطالعه کنند، ۲۵ بیمار (۱۲/۵٪) کاملاً موافق، ۵۸ بیمار (۲۹/۰٪) موافق، ۴۱ بیمار (۲۰/۵٪) مخالف

جدول شماره‌ی ۳ - توزیع فراوانی نگرش بیماران به تفکیک هر سؤال

بدون پاسخ	بدون نظر	مخالف	موافق	سؤال	
۲ (۱/۰)	۱۳ (۶/۵)	۱۵ (۷/۵)	۱۷۰ (۸۵/۰) %	معاینه‌ی بیمار زن توسط پزشک مرد بلامانع است.	۱
۳ (۱/۵)	۲۰ (۱۰/۰)	۳۶ (۱۸/۰)	۱۴۱ (۷۰/۵)	حضور برادر بیمار بر بالین وی در هنگام معاینه ضروری است.	۲
۷ (۳/۵)	۲۰ (۱۰/۰)	۱۸ (۹/۰)	۱۵۵ (۷۷/۵)	پزشک اطلاعاتی از بیماری و سیر آن را در اختیار برادر بیمار قرار می‌دهد.	۳
۵ (۲/۵)	۲۷ (۱۳/۵)	۱۵ (۷/۵)	۱۵۳ (۷۶/۵)	پزشک از برادر بیمار در مورد مصرف الکل می‌پرسد.	۴
۵ (۲/۵)	۶۳ (۳۱/۵)	۵۶ (۲۸/۰)	۷۶ (۳۸/۰)	حضور پزشک، دستیار، دانشجویان، پرستار و برادر بیمار بر بالین بیمار الزامی است.	۵
۵ (۲/۵)	۲۴ (۱۲/۰)	۱۵ (۷/۵)	۱۵۶ (۷۸/۰)	مشورت پزشک با دستیارش و انتقال اطلاعات بیماری برای تصمیم‌گیری بهتر (حتی بدون اجازه بیمار) کاملاً صحیح و الزامی است.	۶
۳ (۱/۵)	۵۱ (۲۵/۵)	۳۳ (۱۶/۵)	۱۱۳ (۵۶/۵)	حضور دو دانشجوی پزشکی بر بالین بیمار و بیان نکات آموزشی توسط پزشک معالج به آن‌ها بلامانع است.	۷
۴ (۲/۰)	۴۳ (۲۱/۵)	۱۳ (۶/۵)	۱۴۰ (۷۰/۰)	پزشک باید هنگام معاینه‌ی این بیمار از جداکننده (پاراوان) استفاده می‌کند.	۸
۸ (۴/۰)	۳۹ (۱۹/۵)	۱۲۷ (۶۳/۵)	۲۶ (۱۳/۰)	بیمار با خونگیری جهت انجام آزمایش‌های درخواست شده مخالفت می‌کند.	۹
۱ (۱/۰)	۵۶ (۲۸/۰)	۱۶ (۸/۰)	۱۲۷ (۶۳/۵)	اگر بیمار قصد آسیب رساندن به خود یا دیگران را دارد، پزشک باید موضوع را با افراد ذی‌ربط در میان بگذارد.	۱۰

۱۱	حضور پدر کودک بیمار در تمامی مراحل تشخیص و درمان تا آنجا که مانعی برای تشخیص و درمان نباشد، بلامانع است.	۱۲۶ (۶۳/۰)	۳۸ (۱۹/۰)	۳۲ (۱۶/۰)	۴ (۲/۰)
۱۲	تمامی کادر درمانی بیمارستان حق دارند پرونده‌ی بیماران را مطالعه کنند.	۸۳ (۴۱/۵)	۸۵ (۴۲/۵)	۳۱ (۱۵/۵)	۱ (۰/۵)
۱۳	بیماران حق دارند هرگاه بخواهند به اطلاعات پرونده‌ی پزشکی خود دسترسی داشته باشند و از اسناد و پرونده‌ی خود کپی برداری کنند.	۷۶ (۳۸/۰)	۱۰۰ (۵۰/۰)	۲۳ (۱۱/۵)	۱ (۰/۵)
۱۴	پرونده‌ی پزشکی بیماران پس از فوت می‌تواند بابت پیشبرد علم در اختیار مراکز تحقیقاتی قرار گیرد.	۱۵۸ (۷۹/۰)	۱۵ (۷/۵)	۲۴ (۱۲/۰)	۳ (۱/۵)

٪ فراوانی به صورت تعداد (خارج پرانتز) و درصد (داخل پرانتز) بیان شده است.

گزارش شده است. در خصوص گرفتن فشار خون نیز زنان مجرد بیش از متأهلین ابراز ناخرسندی کرده‌اند. نکته‌ی جالب توجه دیگر نگرش مثبتی بود که زنان مجرد و متأهلی نسبت به وجود پرستار زن در بخش زنان داشتند و آرامش روانی ناشی از آن را برای درمان ضروری می‌دانستند (۸).

رضاپور در بررسی نگرش کارکنان و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی در مورد طرح انطباق نشان داد که بسیاری از پاسخگویان با انجام طرح انطباق موافق بودند (۹). خورشیدی و همکاران در مطالعه‌ی در مورد نگرش بیماران نسبت به انجام معاینات بیماران بر اساس موازین شرع مقدس اسلام در شرایط غیر اضطراری، نشان داده‌اند که ۳۲/۰ درصد بیماران با انجام هیچ‌کدام از معاینات بیماران زن توسط کادر پزشکی مرد در شرایط غیر اضطراری موافق نبوده و فقط ۷/۸ درصد بیماران موافق انجام همه نوع معاینه بودند. دو شاخص فوق هنگامی که بیمار مرد و پزشک زن باشد به ترتیب ۳۳/۵ و ۷/۵ درصد بود. هم‌چنین، اکثر بیماران در مورد انجام امور پزشکی بیماران اظهار کرده‌اند که بهتر است از کادر همگن استفاده شود (۱۰).

Vu و همکاران با بررسی دلایل تاخیر زنان مسلمان آمریکایی در پیگیری مراقبت‌های بهداشتی‌شان دریافتند که ۵۳ درصد به علت کمبود پزشکان زن بوده است. بیماران با سطح مذهب بالاتر کم‌تر پیگیر مراقبت‌های بهداشتی خود بودند. این تحقیق نشان داده است که از مزایای معاینه‌ی بیماران زن

تفاوت میانگین نمره‌ی نگرش بیماران به تفکیک هر یک از متغیرهای جنس، سن، شهری و روستایی، تحصیلات، بخش بستری، دفعات بستری و روزهای بستری براساس آزمون ANOVA معنی‌دار نبود یعنی این متغیرها بر روی نگرش بیماران مورد مطالعه تأثیری نداشته است.

بحث

با مروری بر سیر تاریخی موضوع حقوق بیمار و تعهدات اخلاقی جامعه‌ی پزشکی، به نظر می‌رسد جوامع پزشکی فارغ از بستر فرهنگی، دین و تمدن خویش همواره پزشک را ملزم به رعایت تعهداتی در قبال بیمار می‌دانسته‌اند. در این میان تعهداتی چون رازداری و حفظ حریم خصوصی از جمله مواردی هستند که در تمام جوامع از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

رازداری و حریم خصوصی در هر کشور تحت تأثیر ابعاد فرهنگی (باورهای جامعه که حدود اختیارات پزشک را تعریف می‌کند)، مذهبی (اعتقاداتی که محدوده‌ی حریم خصوصی و حفظ اسرار بیمار را تبیین می‌کند)، تحصیلات و بسیاری از عوامل دیگر قرار دارد.

در مطالعه‌ی جزایری و بشلیده در رابطه با تأثیر روانی طبابت پزشک مرد بر روی زنان در شهر اهواز مشخص شد: دختران مجرد از برخورد با پزشک مرد و انجام معاینات بدنی به شدت دچار تنش روانشناختی می‌شوند. نگرش زنان متأهل در مقایسه با مجردان نسبت به اعتماد به پزشک بسیار بالاتر

۴۴/۰ درصد پاسخ‌دهندگان اعضای خانواده‌ی آن‌ها بر بالینشان به‌هنگام انجام اقدامات تهاجمی و ۳۶/۰ درصد به‌هنگام انجام عملیات احیا حضور داشته‌اند. از طرفی، مشخص شده است که ۶۱/۰ درصد شرکت‌کنندگان تمایل داشتند تا بر بالین بیمار به‌هنگام انجام اقدامات تهاجمی و ۳۱/۰ درصد برای عملیات احیا حضور داشته باشند (۱۶).

در مطالعه‌ی مهدوی و نوروزی تحت عنوان بررسی رضایت بیماران در تهران آمده است: ۷۲/۰ درصد از بیماران ابراز داشتند به‌طور مستقل تصمیم گرفته و کم‌تر از دیگران استفاده می‌کنند. ۱۷/۰ درصد نیز در حد متوسط و زیاد نظرات دوستان و آشنایان را مورد توجه قرار می‌دهند (۱۷). مطالعه‌ی ما نیز نشان داد که بیش‌تر بیماران با حضور بستگان بر بالین خود موافق بودند. این موضوع نشان می‌دهد که پزشکان فارغ از هر گونه زمینه‌ی فکری و اعتقادی و نیز بدون پیش‌داوری باید محیطی امن و همراه با آرامش را برای بیماران فراهم کنند تا بیماران تمام زوایای بیماری خود را بیان کرده و به پزشک اجازه دهند تا معاینه‌ی مناسبی صورت گیرد. بنابراین، این مهم محقق نخواهد شد مگر این‌که با حضور یکی از بستگان بیمار به وی اطمینان داده شود که معاینات پزشک و اقدامات درمانی وی به نفع اوست و صدمه‌ای متوجه سلامت جسمی و روحی بیمار نیست.

مطالعه‌ی سبزواری و همکاران نشان داده است که ۶۴/۵ درصد بیماران مایل نبودند در مورد مسائل خصوصی از آن‌ها سؤال شود. هم‌چنین، ۷۲/۹ درصد بیماران نیز تمایل نداشتند نتایج آزمایش‌هایشان برای دیگران بازگو شود (۱۲).

نوربالا در مطالعه‌ی خود تحت عنوان رازداری در خصوص مطرح کردن اطلاعات و مسائل بیمار با خانواده یا تیم درمانی آورده است: اصولاً هرگونه کسب اطلاعات از افراد خانواده بیمار یا انتقال اطلاعات بیمار به خانواده‌ی وی در فرایندهای بعدی درمان باید با اجازه و رضایت قبلی بیمار همراه باشد. هم‌چنین، در روندهای تشخیصی درمانی، تلاش

توسط پزشکان زن برقراری ارتباط مناسبتر، صرف وقت بیش‌تر پزشک برای بیمار و مشارکت بیش‌تر بیمار بر مبنای تعاملات بیمارمحور است (۱۱).

در پژوهش دیگری که توسط سبزواری و همکاران در مورد حریم خصوصی بیماران بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستانهای کرمان صورت گرفته، مشخص شده است که ۵۸/۸ درصد بیماران مایل بودند توسط کادر درمانی هم‌جنس تحت مراقبت قرار گیرند (۱۲).

با توجه به نتایج مطالعات فوق که انجام معاینات توسط جنس مخالف را موجب تنش روانشناختی دانسته و بیماران خواهان مراقبت و درمان توسط جنس موافق شده‌اند، در مطالعه‌ی ما مشخص شد علیرغم موافقت مسؤولان بیمارستان برای اجرای شرایطی که بیماران توسط کادر هم‌جنس خود معاینه و درمان شوند و نیز اثرات روانی نامناسبی که عدم رعایت این امر بر روند درمان می‌گذارد، لیکن این موضوع از نظر بیماران اهمیت زیادی ندارد. عدم هم‌خوانی در مطالعات اخیر می‌تواند مربوط به تفاوت فرهنگی باشد.

مطالعه‌ی حاج هاشمی و بهارلو در مورد ویژگی‌های اخلاق اسلامی یک پزشک که در اهواز انجام شده، نشان می‌دهد: ۴۳/۳ درصد از دانشجویان معاینه‌ی بیمار زن توسط پزشک مرد بدون حضور همراه یا پرستار زن را صحیح نمی‌دانند (۱۳).

طبق نظر Robinson برای کاهش اضطراب بیمار باید حتی المقدور محیط بیمارستان را به محیط منزل نزدیک کرد و به‌هنگام مراقبت‌های لازم از بیمار، باید رعایت این قلمرو جهت آسایش بیمار صورت پذیرد (۱۴).

در مطالعه‌ای که توسط Duran و همکاران انجام شد، مشخص که ۵۴ درصد از کادر پزشکی دارای نگرش مثبت در مورد حضور اعضای خانواده‌ی بیمار بر بالین بیمار به‌هنگام انجام فرایندهای تهاجمی بودند (۱۵). پژوهشی که توسط MacLean و همکاران انجام شده است، نشان داده است که

در مطالعه‌ی Choudhury و همکاران در لندن، نشان داده شده است که اکثر بیماران نگرش مثبتی نسبت به حضور دانشجویان در معاینات و مشاوره‌های آن‌ها داشته‌اند. ۹۱/۹ درصد بیماران به دانشجویان برای حضور بر بالین شان هنگام انجام معاینه و مشاوره اجازه می‌دهند. ۶۹/۱ درصد بیماران با حضور دو دانشجو یا کم‌تر بر بالین‌شان موافق بودند. همچنین ۹۳ درصد بیماران حضور دانشجویان بر بالین‌شان برای فراگیری و آموزش را مهم یا خیلی مهم ارزیابی کرده‌اند (۲۰). در مطالعه‌ی پارساپور و همکاران مشخص شد که بیماران معتقدند که پزشکان برای انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به‌ویژه در بیمارستان‌های آموزشی درمانی نظر آنان را جویا نشده و آنان را در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت نمی‌دهند (۲۱).

در مطالعه‌ی ما بیش از نیمی از بیماران با حضور دانشجویان و مشارکت آن‌ها در انجام امور آموزشی و انتقال اطلاعات به دانشجویان موافق بودند. البته براساس مطالعه‌ی پارساپور که نشان می‌دهد پزشکان برای آموزش از بیماران کسب اجازه نمی‌کنند، چنان‌چه به بیماران توضیح داده شود که مشارکت آنان در فرایندهای آموزشی منجر به پیشبرد علم شده و موجب تربیت پزشکان و بهره‌مندی جامعه از منافع آن در آینده خواهد شد، احتمال موافقت آنان با حضور دانشجویان بیش‌تر می‌شود.

نتایج تحقیق جزایری و بشلیده مشخص نمود پزشکانی که هنگام انجام معاینات، بدون آماده‌سازی و بلادرنگ به امر طبابت می‌پردازند باعث ایجاد دستپاچگی روحی در بسیاری از زنان می‌شوند (۸).

سبزواری و همکاران نشان دادند که ۵۴/۲ درصد بیماران خواستار بستری شدن در اتاق خصوصی بودند تا حریم خصوصی آن‌ها حفظ شود (۱۲). این موضوع در مطالعه‌ی ما نیز به‌خوبی نشان داده شده است که حریم خصوصی بیماران به‌راحتی نباید نقض شود. استفاده از پاراوان کم‌ترین اقدام

شود تا به‌جز اطلاعات ضروری جهت هر یک از فرایندها آن‌ها هم در سطح حداقل، سایر دانسته‌ها در درون سینه‌ی پزشک به‌عنوان رهبر تیم درمانی باقی بماند و هرگونه انتقال اطلاعات به تیم پزشکی نیز با کسب اجازه‌ی وی صورت گیرد (۱۸). با این وجود اکثر بیماران در مطالعه‌ی ما با سؤال از بستگان درجه یک بیمار در مورد اسرار بیمار و نیز بازگو کردن اطلاعات با بستگان یا تیم پزشکی (حتی بدون اجازه‌ی بیمار) موافق بودند. موضوعی که نشان می‌دهد هرچند این بیماران هستند که حق دارند در مورد نحوه‌ی انتقال اطلاعاتشان تصمیم بگیرند، لیکن فرهنگ جامعه‌ی ما پزشک را به‌عنوان امین خود دانسته و معتقد است هر آنچه را که انجام می‌دهد بر اساس منافع بیمار است، لذا تلویحاً این رضایت در اکثر بیماران وجود دارد تا در مورد بیماری‌شان با خانواده‌ی آنان مشورت شود. البته این امر نباید وظیفه‌ی پزشکان در مورد کسب اجازه از بیماران برای هرگونه ارائه‌ی اطلاعات به خانواده‌هایشان یا اخذ اطلاعات از آنان را نادیده بگیرد.

نوربالا هم‌چنین می‌نویسد علی‌رغم آن‌که در نظام آموزش پزشکی انتقال تجربیات پزشک به دانشجویان با معرفی موارد نمونه‌ی پزشکی میسر است، اما برای انتقال اطلاعات بیمار به دیگران باید کسب اجازه به‌گونه‌ای صورت گیرد تا وجهه، شخصیت کلی، اعتبار، آبروی اجتماعی (حریم خصوصی) وی لطمه نبیند. آموزش به‌گونه‌ای صورت گیرد که اسم و مشخصات بیمار به‌صورت آشکار یا ضمنی عیان نگردد (۱۸). در مطالعه‌ی سبزواری نشان داده شده است که ۶۳ درصد بیماران مخالف حضور دیگران هنگام صحبت با پزشک‌شان بودند (۱۲).

پژوهش عباسی و همکاران که به بررسی نگرش بیماران در مورد حقوق بیماران پرداخته است، نشان داده که ۸۴/۰ درصد بیماران با اطلاع‌رسانی و کسب رضایت از آن‌ها در خصوص حضورشان در فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی موافق بودند (۱۹).

برای محافظت از این حریم است.

در پژوهش عباسی و همکاران مشخص شد که ۴۳ درصد بیماران با امکان رد درمان موافق بودند (۱۹). همچنین، در مطالعه بر روی بیماران فشارخون مشخص شد که فقط ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران فشارخون از دستورات تبعیت کرده و مایل به همکاری هستند (۱۷). لیکن در مطالعه‌ی ما ۶۶/۵ درصد بیماران با مخالفت بیمار در فرایندهای تشخیصی درمانی موافق نبودند. همان‌طور که پیش‌تر نیز بیان شد از آن‌جا که بیماران به پزشکان اعتماد می‌کنند، اکثر آنان با انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مخالفتی ندارند. با این وجود، به لحاظ اخلاقی ضروری است پزشکان و کادر درمانی برای هر اقدامی به‌ویژه اقدامات تهاجمی و مهم از بیماران اجازه بگیرند، زیرا هرگونه اقدام بدون اجازه‌ی بیماران تجاوز به حریم خصوصی آنان محسوب می‌شود.

در مطالعه‌ی Knowles و McMahan دریافتند که عموم مردم وقتی که یک بیمار اقرار به قتل می‌کند یا قصد خودکشی یا قصد قتل کسی را داشته باشد یا کودک آزاری صورت گرفته باشد یا احتمال توطئه‌ای وجود داشته باشد از افشای راز حمایت کرده‌اند (۲۲). این مطالعه نشان داد که اکثر بیماران نیز با این موضوع موافقت کردند. آنچه فرهنگ جامعه‌ی ما نیز با آن موافق است حفظ مصالح عالی‌های افراد است، و این مهم نباید تحت هیچ شرایطی به خطر افتد. این مقوله در قوانین ما نیز به صراحت مورد حمایت قرار گرفته است.

در مطالعه‌ای که در بین ۳۰ نفر از بیماران در خصوص رازداری انجام شد نشان داده شد که ۶۹/۰ درصد بیماران با رعایت رازداری در کودک آزاری، رانندگی بیماران صرعی، رانندگی در حالت مستی؛ موافق بودند (۲۳). لیکن این یافته‌ها با نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما هماهنگ نیست. البته در بعضی از جوامع و فرهنگ‌ها رازداری یک امر مطلق در نظر گرفته می‌شود و پزشک نیز حتی در موارد قانونی خود را متعهد به افشای اسرار بیمار نمی‌داند.

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲، مشخص شد که بیماران به‌طور کلی از این‌که پزشکان عمومی و بیمارستان‌ها و خدمات اورژانس برای ارائه‌ی خدمات پزشکی به اطلاعات آن‌ها دسترسی داشته باشند رضایت داشتند و اعتقاد آن‌ها این بود که افراد دیگر که در جریان درمان آن‌ها هستند فقط در حد نیاز باید بدانند و آشکارسازی‌های خارج از سرویس‌های سلامتی باید به‌صورت داده‌های بدون اسم یا فقط با اجازه‌ی آن‌ها باشد (۳). در مطالعه‌ی ما تعداد بیماران که با این موضوع موافق و مخالفند تقریباً یکسان است (۴۲ درصد).

در پژوهش عباسی و همکاران مشخص شد ۷۹ درصد بیماران با جلب نظر و مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری جهت اقدامات تشخیصی و درمانی موافق بودند. همچنین، در این مطالعه ۵۲ درصد بیماران با دسترسیشان به پرونده‌ی پزشکی خود و اطلاع از محتوای آن موافق بودند (۱۹).

در مطالعه‌ی پارساپور و همکاران اکثر بیماران موافق دسترسی بیماران به پرونده‌ی پزشکی خود و اطلاع از آن بودند (۲۱).

در پژوهشی که به بررسی نگرش بیماران در مورد وضعیت حقوق بیمار در انگلستان پرداخته است مشخص شد که ۶۰ درصد بیماران در مورد امکان دریافت کپی (تصویر) پرونده‌ی پزشکی نظر مثبت داشته و ۱۰ درصد آن را مقید به شرایط دانسته و ۸ درصد نظر منفی داشتند (۲۴). لیکن در مطالعه‌ی ما ۳۸/۰ درصد بیماران با این کار موافق بودند که تفاوت زیادی با این دو مطالعه دارد.

طبق قواعد حریم خصوصی در قانون HIPAA بیمار باید بتواند تا حداکثر ۳۰ روز از تاریخ درخواست بتواند کپی مدارک خود را دریافت کند. که فقط نیمی از بیماران در مطالعه‌ی ما با حق کپی‌برداری از پرونده‌ی پزشکی موافق بودند.

در یک مطالعه که بین ۷ مرد و ۷ زن و ۷ پزشک در ژاپن انجام شد، دریافتند که عامه‌ی افراد مخالف کاربرد اطلاعات

آرشیو مثل مدارک پزشک به‌عنوان نمونه‌های تحقیقاتی بدون رضایت هستند (۲۵) که این یافته‌ها نیز با نتایج مطالعه‌ی ما مغایر است.

در مطالعه‌ی هاگان از میر و همکاران مشخص شد: ۴۲ درصد از پزشکان مخالف آشکار کردن اطلاعات بیماران فوت شده بودند ولی ۴۸ درصد افشای آن را برای بازماندگان جایز می‌دانستند و ۹ درصد قائل بودند که پس از مرگ بیمار اطلاعات وی جنبه‌ی محرمانه و راز ندارد و ۲ درصد به این سؤال پاسخ ندادند (۲۶). مطالعه‌ی ما نیز نشان دهنده‌ی سطح بالایی از نگرش مثبت در زمینه‌ی استفاده از اطلاعات پرونده‌ی بیماران برای مقاصد پژوهشی است.

با مقایسه‌ی میانگین نمرات نگرش بیماران مورد مطالعه به تفکیک جنس، گروه‌های سنی، محل سکونت، میزان تحصیلات، بخش بستری، تعداد دفعات بستری، روزهای بستری، تفاوت معنی‌داری بین سطح نگرش به تفکیک هر یک از متغیرها وجود نداشت.

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه به بررسی چرایی نگرش بیماران نپرداخته است و همچنین نتایج ارائه شده به‌معنی عدم احترام گروه پزشکی به مبانی اخلاق پزشکی نیست. لذا برای پاسخ به این سؤالات باید مطالعات دیگری در این زمینه انجام شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد که اکثر بیماران دارای نگرش تاحدی مثبت در مورد حفظ حریم خصوصی و رعایت رازداری توسط پزشک هستند. هرچند این مطالعه دلایل این امر را بررسی نکرده است ولی شاید زمینه‌های فرهنگی در آن نقش بسزایی داشته باشد. عدم آگاهی کافی در این موضوع می‌تواند باعث نگرش منفی بیماران شده و موجب کاهش انتظاراتشان از پزشکان شود. پزشکان و کادر درمانی در این فرایند می‌توانند فعالانه مشارکت کنند و پاسخ عملی به افزایش انتظارات بیماران از جامعه‌ی پزشکی را جزو وظایف اصلی خود تلقی کنند. همچنین، به پزشکان و کادر درمانی توصیه می‌شود به‌منظور اعتلای حرفه‌مندی پزشکی و جلوگیری از ایجاد شرایط نامطلوب برای بیماران، به حریم خصوصی بیماران و رازداری اهمیت بیشتری داده و در ارائه‌ی خدمات سلامت بدان توجه کنند.

تقدیر و تشکر

از روسای محترم و مسؤولان گرامی بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و شریعتی که زمینه‌ی انجام این تحقیق را فراهم کرده و با سعه‌ی صدر با مجریان پژوهش همکاری کردند تقدیر و تشکر می‌کنیم. همچنین، از بیماران عزیز که صبورانه به سؤالات پرسشگران پاسخ دادند، سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Larijani B, Aramesh K. Physician and Ethical Considerations. Tehran: Baraye Farda; 2013.
- 2- Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, et al. Privacy: a review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 2001; 38(6): 663-71.
- 3- Parsa M. Medicine and patients' privacy. *Med Ethics Hist of Med.* 2009; 2(4):1-14.[in Persian]
- 4- Majlisi A. [Bahar Al-Anwar]. Beirut: Vafa Institute; 1982. [in Arabic]
- 5- Al-Kulayni M. [Usul-Kafi]. Beirut: Dar-Alhadith; 2008. [in Arabic]
- 6- Noori M. [Mostadrakalvasael]. Beirut: Aloolbeit; 2012. [in Arabic]
- 7- Tamimi A, Abdul Vahed M. [Qorarol Hekam and Dorarol Kalem]. Tehran: Tehran University Press; 1999. [in Persian]
- 8- Jazayeri BK.
<http://idochp2.irandoc.ac.ir/FulltextManager/fulltext15/se/50/50249.pdf> (accessed on 2017).
- 9- Rezapour B.
<http://idochp2.irandoc.ac.ir/FulltextManager/fulltext15/se/50/50252.pdf>. (Accessed on 2017).
- 10- Khorshidi A, Taghadosi M, Atharizade M. [Moghayese negaresh bimaran va kadre pezhshki nesbat be anjame moayenat bimaran bar asase mavazin sharah moghadas eslam dar sharayet ghayre ezterari dar share kashan]. *Teb va Tazkiyee.* 2003; 45: 9-15.
- 11- Vu M, Azmat A, Radejko T, Padela AI. Predictors of delayed healthcare seeking among American Muslim women. *J Womens Health (Larchmt).* 2016; 25(6):586-93.
- 12- Sabzevari S, Kohan N, Nakhaee N, Kohan M. [Negaresh bimaran bakhshhaye dakheli jarahi nesbat be hefze mahdodeye ghalamro khososi dar bimarestanhaye daneshgah olom pezhshki Kerman 1388]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences.* 2010; 9(1):41-6.
- 13- Hajhashemi S, Baharloo N. [Barasi mizan agahi daneshjoyan pezhshki (karvarzan va dastyaran) az vazayef akhlaghi yek pezhshk az didgahe eslam dar markaze pezhshki golestan ahvaz]. *Proceedings of 1th Congress of Medical Ethics in Iran; Birjand, Iran; Birjand University of Medical Sciences; 1999.*
- 14- Sarshar M.
http://www.civilica.com/Paper-Islammed01-Islammed01_010.html (accessed on 2017).
- 15- Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care.* 2007; 16(3): 270-9.
- 16- MacLean SL, Guzzetta CE, White C, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2003; 29(3): 208-21.
- 17- Zali M. [Mabani Novin Ertebat Pezeshk Va Bimar]. Tehran: Farhangestan Olom Pezeshki; 1998. [in Persian]
- 18- Nourbala AA. [Razdari dar ravanpezhshki]. *Teb va Tazkiyeh.* 1994; 3(2): 0-111. [in Persian]
- 19- Abbasi M, Rashidian A, Arab M, Amini H, Hossaini M. Medical Staff and Hospitalized Patients' Attitude in Selected Psychiatric Hospitals in Tehran about Adaptation of Patients Rights Charter of Patients with Mental Disorder. *I J P CP.* 2010; 16(3):172-80. [in Persian]
- 20- Choudhury TR, Moosa AA, Cushing A, Bestwick J. Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations. *Med Teach.* 2006; 28(7):e198-203.
- 21- Parsapour AR, Mohammad K, Malek Afzali H, Alaeddini F, Larijani B. [Baresi negaresh bimaran, pezhshkan va parastaran dar khosus zaroorate raaiate hoghough bimar]. *Med Ethics Hist Med.* 2008; 2(4):79-90. [in Persian]
- 22- Knowles AD, McMahon M. Expectations and Preferences Regarding Confidentiality in the Psychologist-Client Relationship. *Aust Psychol.* 1995; 30(3): 175-8.
- 23- Jones C. The utilitarian argument for medical confidentiality: a pilot study of patients' views. *JMed Ethics.* 2003; 29(6): 348-52.
- 24- Anonymous. The patients association, survey of the public patients' rights main report 2005. <http://www.patients-association.org.uk/wp-content/uploads/2014/07/The-Public-Perception-of-Patient-Rights-in-Europe-and-the-UK.pdf> (accessed on 2017).
- 25- Asai A, Ohnishi M, Nishigaki E, Sekimoto

M, Fukuhara S, Fukui T. Attitudes of the Japanese public and doctors towards use of archived information and samples without informed consent: preliminary findings based on focus

group interview. BMC Med Ethics. 2002; 3(1):E1. 26- Fadiloglu C, Isik A, Ozbayir T. [Arzyabi Parastaran Tavasote Bimaran]. Turkey (Izmir): Ege University; 1992.

Patients' attitudes about privacy and confidentiality in selected hospitals in Tehran

Mohammad Mohammadi¹; Mohammad Shamsoddin Dayyani Tilaki²; Bagher Larijanin^{*3}

¹ PhD Candidate of Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Mentor, Department of Islamic Teachings, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

³ Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Privacy and confidentiality are the inalienable rights of every human being to preserve his dignity. This issue should be considered in all levels of medical interventions. In the healthcare system, based on respect for privacy and confidentiality, patients decide what information to provide to their physicians. However, if a patient does not provide necessary information to his physician this may impact the diagnosis and treatment. This study aims to evaluate patients' attitude regarding privacy and confidentiality in healthcare delivery. The result helps policy makers to establish appropriate relations between healthcare providers and patients by realizing its strengths and weaknesses.

This cross-sectional study was carried out on 200 patients, selected in a systematically random way, in Imam Khomeini and Shariati hospitals in Tehran the capital of Iran in 2010. The data were collected directly from patients by trained interviewers based on a questionnaire survey. In order to analyze the data based on the scores of the attitude, patients' attitudes were classified into three groups of negative, slightly positive, and positive and were evaluated by using various statistical tests.

In result, 56.5% (113) of participants were females and 43.5% (87) were male. In this study, it was found 71 (35.5%) patients were "strongly agree" that male physician can examine female patients and 99 (49.5%) patients were "agree". Fifty three patients were "strongly agree" that physician may consult with his assistant through training (without the patient's permission) and 103 patients were "agree". Participants' attitude about disclosing the patient's information if a he has threaten self-harm or harm to another person was as follow, 45 (22.5%) patients were "strongly agree", 82 (41.0%) patients were "agree" and 56 (28.0%) patients had "no comment". In this study, in general 36 (18.0%) patients had "negative", 162 (81.0%) patients "slightly positive", and 2 (1.0%) patients had "positive attitude" towards privacy and confidentiality in healthcare settings.

In conclusion, the study population possessed a moderate attitude towards privacy and confidentiality. These results show that in addition to performing further studies, patients' attitude towards privacy and confidentiality should be adequately improved.

Keywords: Privacy, confidentiality, patients right, medical ethics

* Corresponding Author: Email: emrc@tums.ac.ir