

بررسی میزان رعایت حریم خصوصی بیماران سالمند در مراکز آموزشی و درمانی

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال 1398

ساسان موگهی^۱، معصومه تاجیک^۲، ماریا چراغی^۳، فرخنده جمشیدی^{۴*}

تاریخ دریافت: 99/7/8

تاریخ پذیرش: 99/11/13

تاریخ انتشار: 99/12/27

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حریم خصوصی، اصل اساسی انسانیت و یکی از حقوق بنیادین مهم هر انسان است که رعایت آن، به‌ویژه در سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمانی الزامی شناخته شده است. هدف از این مطالعه، تعیین میزان رعایت حریم خصوصی بیماران سالمند در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۸ بود. این پژوهش مقطعی روی ۲۳۰ نفر از بیماران سالمند بستری در دو بخش داخلی و جراحی در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام شد. اطلاعات به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه در دو بعد روانی با یازده سؤال و بعد فیزیکی با هجده سؤال تهیه شد؛ همچنین، خبرگان و استادان روایی پرسش‌نامه را بررسی کردند. نتایج نشان داد که ۶۲/۲ درصد (۱۴۳ نفر) از بیماران زن و مابقی مرد بودند. به لحاظ میزان رعایت حریم خصوصی ۴۷/۱۳ درصد از زنان و ۵۱/۷۵ از مردان، میزان رعایت حریم خصوصی را بالا ارزیابی کردند و ۱۳/۷۹ درصد از زنان و ۲۰/۲۸ درصد از مردان آن را ضعیف ارزیابی کردند. میزان رعایت حریم خصوصی بر حسب جنسیت بیمار و پرستار و پزشک مسئول به لحاظ آماری متفاوت بود ($P\text{-value} < 0.05$)؛ اما بین میزان رعایت حریم خصوصی با رده‌ی سنی و شغل بیمار قبل از بازنشستگی، وضعیت تأهل پرستار و پزشک مسئول تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P\text{-value} > 0.05$). آموزش پرستاران، پزشکان، پرسنل و مراقبین سلامت در جهت ارتقاء حریم خصوصی بیماران سالمند و تقویت عملکرد نظارتی مدیران و مسئولان در این زمینه ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: حریم خصوصی، سالمند، بیمار

1. استادیار بیماری‌های عفونی، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

2. پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

3. دانشیار اپیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

4. دانشیار پزشکی قانونی، گروه پزشکی قانونی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، دانشکده پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، تلفن: ۰۹۱۶۶۰۷۸۵۰۳،

Email: dr.jamshidi2009@yahoo.com

مقدمه

بیماران از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند و حقوق آنان در کانون توجه مجامع بین‌المللی حقوق بشر است (۱). طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، حقوق بیمار مجموعه‌ای از حقوق است که افراد در سیستم‌های بهداشتی‌درمانی داشته و ارائه‌دهندگان خدمات ملزم به رعایت آن هستند (۲). حقوق بیمار در واقع همان نیازهای جسمی و روانی و اجتماعی مشروع و معقول اوست که به‌صورت استانداردها و قوانین و مقررات درمانی تبلور یافته و مراقبان بهداشتی‌درمانی مسئول و موظف به اجرا و رعایت آن هستند (۳). رعایت حقوق بیمار یکی از اولویت‌های سیستم ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی و از شاخص‌های هر جامعه است (۴). در ایران، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منشور حقوق بیمار را در آبان‌ماه ۱۳۹۳ به مراکز تابعه ابلاغ کرد. این منشور در یک محور کلی و ۳۲ بند به همراه پیش و ارزش و یک تبصره‌ی پایانی تنظیم شده است و شامل پنج محور کلی است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، رعایت حریم خصوصی بیماران است (۴).

حفظ حریم از نیازهای اساسی بشر و از جمله مفاهیم بسیار مهم و کلیدی است (۲). مفهوم حریم خصوصی، به معنی محروم‌کردن، برگرفته از کلمه‌ی لاتین پراویتس^۱ و بی‌نصیب‌شدن است. سازمان جهانی بهداشت، در سال ۱۳۹۴ این مفهوم را در اصول اخلاق پزشکی و در بیانیه‌ی حقوق بیمار قید کرده است (۳). 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 (۲). حریم شخصی، یکی از حقوق بنیادین هر انسان و

برگرفته از لزوم احترام به شأن و کرامت انسانی است. حریم خصوصی مفهومی سیال و نسبی دارد و تعریف‌های متعددی برای آن ارائه شده است؛ زیرا هنجارها و ارزش‌های فرهنگی هر جامعه و همچنین موقعیت خاص هر فرد در اجتماع در تعریف و تعیین دامنه‌ی آن مؤثر است. به‌طور کلی، حریم خصوصی تمایل افراد برای داشتن فضای فیزیکی به دور از مداخله، مزاحمت، اضطراب و آشفتگی یا پاسخ‌گویی و تلاش برای کنترل زمان و جلوگیری از افشای اطلاعات خود، تعریف می‌شود (۵).

حریم خصوصی تعیین‌کننده‌ی حدود انتقال افکار و احساسات فرد به دیگران است (۶). این حریم، شامل ابعاد فیزیکی و اطلاعاتی و روانی-اجتماعی است؛ بعد فیزیکی به معنی در دسترس‌بودن جسم فرد برای دیگران است و شامل محدوده‌ی خاصی است که باعث جداکردن فرد از دیگران می‌شود؛ بعد روانی-اجتماعی به معنی توانایی برای کنترل فرایندهای روانی است و شامل تلاش برای کنترل ورودی و خروجی ارزش‌ها، ارتباطات اجتماعی و توانایی برای تصمیم‌گیری و انتخاب بدون دخالت دیگران است؛ بعد اطلاعاتی نیز به معنی توانایی کنترل فرایند تبادل اطلاعات شخصی و تعیین‌کننده‌ی زمان و حدود دسترسی افراد دیگر به اطلاعات شخصی فرد است (۷).

در اکثر مطالعات، منحصرأً به بعد فیزیکی یا اطلاعاتی توجه شده و بعد روانی-اجتماعی نادیده گرفته شده است (۹،۸). مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی رعایت حریم خصوصی، نشستن بدون اجازه روی تخت بیمار، در معرض دید قرار گرفتن بخش‌هایی از بدن، سروصدای بیش‌ازحد در بخش، نداشتن حق کنترل فضا و قلمرو شخصی خود، پاسخ‌گونبودن به سؤالات بیمار و آگاه‌نبودن از نوع بیماری و

1. Privates

کم‌رنگ‌شدن توجه به این گروه می‌تواند در ایجاد یا تسریع اختلالات روان‌شناختی اثرگذار باشد که ارزیابی و تدوین برنامه‌های مراقبتی جامع متناسب با نیازهای سالمندان می‌تواند در ارتقاء سلامت آن‌ها مفید واقع شود (۱۸).

حریم خصوصی، به‌ویژه در سازمان‌های مراقبت سلامت، از حقوق بنیادین بشر است که باید محترم شمرده شود؛ اما اکثر مطالعات انجام‌شده در این زمینه در بخش‌های مراقبت ویژه و گروه سنی غیرسالمند بوده است. از طرفی در تعدادی محدود از مطالعات که به بررسی رعایت حریم خصوصی در سالمندان پرداخته‌اند، میزان رعایت این حریم را در حد متوسط و ضعیف گزارش کرده‌اند؛ همچنین نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که بیشتر بیماران سالمند از رعایت حریم خود، رضایت کم و متوسطی دارند. این موضوع می‌تواند مانع سازگاری آن‌ها با محیط بیمارستان و تحت تأثیر قرارگرفتن نتایج درمانی و مراقبتی‌شان شود (۱۹)؛ لذا هدف از انجام‌دادن این مطالعه، تعیین رعایت ابعاد مختلف حریم خصوصی سالمندان طی مراقبت‌های درمانی بود. امید است که بتوان گامی در جهت افزایش رضایتمندی سالمندان برای رعایت حریم خصوصی آنان برداشت.

روش کار

این مطالعه، پژوهشی مقطعی و از نوع توصیفی تحلیلی بوده که پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، بر روی ۲۳۰ سالمند مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. نمونه‌های این پژوهش سالمندان بستری در دو بخش داخلی و جراحی بیمارستان‌های بزرگ گلستان و امام‌خیمینی (زه) اهواز بوده‌اند. معیار ورود بیماران به مطالعه شامل دارابودن سن بیشتر از شصت سال، بستری‌بودن به مدت

نتایج و دلایل انجام‌دادن رویه‌های درمانی را از شایع‌ترین موارد نقض حریم خصوصی بیماران گزارش کرده‌اند (۱۱۰). نقض حریم خصوصی بیماران می‌تواند منجر به عدم تطابق با شرایط بیمارستان، ازدست‌دادن کنترل و استقلال، سلب اعتماد، افزایش اضطراب و تنش، تهدید شرافت و کرامت انسانی، تغییر در الگوی خواب، پنهان‌نگه‌داشتن بخش‌هایی از تاریخچه‌ی سلامت و عدم ارائه‌ی مؤثر مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران شود (۱۲)؛ درحالی‌که بنابر شواهد موجود، رعایت حریم خصوصی بیماران موجب احساس آرامش، امنیت، افزایش سرعت بهبودی و ترخیص سریع‌تر آنان می‌شود. برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند رعایت حریم خصوصی بیماران با میزان رضایتمندی از خدمات درمانی، رابطه‌ای مستقیم و معنادار دارد (۱).

یکی از مهم‌ترین تغییراتی که در قرن بیست‌ویکم در ساختار اجتماعی جوامع اتفاق افتاده، افزایش جمعیت سالمندان است (۱۳) که به دنبال ورود فراورده‌های تکنیکی، پیشرفت‌های پزشکی و افزایش سطح بهداشت روی داده است (۱۴). رشد تعداد افراد سالمند به‌قدری شایان توجه است که از آن به‌عنوان انقلاب ساکت توصیف شده است (۱۵). جمعیت‌شناسان آغاز دوران سالمندی را بین ۶۰ و ۶۵ سالگی دانسته‌اند (۱۶). شاخص‌های آماری نشان می‌دهد روند سالمندشدن جمعیت در کشور ایران نیز در حال گسترش است؛ به‌طوری‌که در سال ۱۳۸۵، ۲۵ درصد از جمعیت ایران زیر پانزده سال و ۷/۳ درصد بالای شصت سال بوده که نشان‌دهنده‌ی گذار ساختمان سنی جمعیت از جوانی به سالمندی است (۱۷). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰، جمعیت افراد بالای شصت سال ایران، به رقمی حدود ده میلیون نفر برسد. روند افزایش جمعیت سالمندان، صنعتی‌شدن و

پرسش‌نامه، بر اساس مطالعات استفاده‌شده در طراحی پرسش‌نامه و نظرخواهی از استادان متخصص در این موضوع به این ترتیب در نظر گرفته شد: امتیاز کمتر از ۶۸، به معنی رعایت کم حریم خصوصی بیماران، امتیاز بین ۶۸ تا ۱۰۷، به معنی رعایت حریم خصوصی بیماران در سطح متوسط و امتیاز بالاتر از ۱۰۷، به معنی رعایت بالای حریم خصوصی بیماران بوده است. در بعد فیزیکی، دامنه‌ی امتیاز از هجده تا نود بود که امتیاز کمتر از ۴۲، بین ۴۲ تا ۶۶ و بالاتر از ۶۶ به ترتیب به معنی رعایت کم، متوسط و بالای حریم خصوصی بیماران در بعد فیزیکی بوده است. در بعد روانی، دامنه‌ی امتیاز از ۱۱ تا ۵۵ بود که امتیاز کمتر از ۲۶، بین ۲۶ تا ۴۱ و بالاتر از ۴۱ به ترتیب به معنی رعایت کم، متوسط و بالای حریم خصوصی بیماران در بعد روانی بوده است.

پس از کسب مجوزهای لازم و مراجعه‌ی پرسشگر به محیط پژوهش، اهداف پژوهش تشریح شده و سالمندان به صورت نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب شدند؛ سپس با استفاده از مصاحبه و در برخی از سالمندان از طریق خوداظهاری، پرسش‌نامه‌ی مطالعه تکمیل شد. برای توصیف داده‌ها در متغیرهای کمی، از میانگین و انحراف معیار و در متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. با توجه به اهداف مطالعه، برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی، از آزمون ناپارامتریک کای اسکور استفاده شد. همه‌ی تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ انجام و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول شماره‌ی یک، یافته‌های مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، رده‌ی سنی، وضعیت تأهل، شغل قبل از بازنشستگی سالمندان و جنسیت و وضعیت تأهل پزشک مسئول و پرستار ارائه شده است.

حداقل ۲۴ ساعت، هوشیاربودن بیمار، نداشتن معلولیت ذهنی و مشکلات روانی و شناختی، داشتن توانایی همکاری و پاسخ‌گویی به سؤالات مطالعه و رضایت آگاهانه برای ورود به مطالعه بوده است.

برای جمع‌آوری اطلاعات مطالعه، از چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل سالمند قبل از بازنشستگی، وضعیت جنسیت و تأهل پزشک و پرستار مسئول و همچنین از پرسش‌نامه محقق‌ساخته‌ی حریم خصوصی بیماران سالمند که با استفاده از مطالعات محمدی و همکاران (۲۰)، زیرک و همکاران (۲۱) و حسن طهرانی و همکاران (۲۲) تهیه گردید، استفاده شد. در طراحی این پرسش‌نامه، پس از بررسی متون کامل و استخراج سؤالات مهم، از هفت نفر متخصص موضوعی در زمینه‌ی اخلاق پزشکی نظرخواهی و حیطه‌ها و سؤالات پرسش‌نامه تأیید شد؛ سپس به منظور بررسی روایی محتوایی، پرسش‌نامه در اختیار خبرگان و استادان این حوزه‌ی موضوعی قرار گرفت و نظرات این استادان با هدف نهایی‌سازی پرسش‌نامه اعمال شد؛ همچنین به منظور محاسبه‌ی پایایی ابزار پژوهش، پرسش‌نامه پیش از شروع مطالعه، در اختیار ۲۰ درصد از نمونه‌های همین مطالعه (۴۶ نفر) در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی حریم خصوصی بیمار دارای ۲۹ سؤال در دو بعد فیزیکی با هجده سؤال و بعد روانی با یازده سؤال، با طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم: یک، مخالفم: دو، نظری ندارم: سه، موافقم: چهار و کاملاً موافقم: پنج) بود. برای به‌دست‌آوردن امتیاز پرسش‌نامه، مجموع امتیازات مربوط به تک‌تک سؤالات با هم جمع شدند. این امتیاز دامنه‌ای از ۲۹ تا ۱۴۵ داشت. امتیازات بیشتر نشان‌دهنده‌ی میزان بالاتر حفظ حریم خصوصی بیماران بوده است. امتیازبندی این

همچنین ۱۷/۸٪ (۴۱ نفر) از بیماران سالمند بررسی شده، میزان رعایت حریم خصوصی توسط پرسنل را پایین و ۳۲/۲٪ (۷۴ نفر) متوسط و ۵۰/۰٪ (۱۱۵ نفر) بالا ارزیابی کرده‌اند. در بعد فیزیکی، ۲۰/۹٪ (۴۸ نفر) میزان رعایت حریم خصوصی فیزیکی را پایین و ۴۷/۸٪ (۱۱۰ نفر) بالا ارزیابی کرده‌اند. در بعد روانی نیز ۲۰/۰٪ (۴۶ نفر) سالمندان میزان رعایت حریم خصوصی روانی را پایین و ۴۹/۶٪ (۱۱۴ نفر) بالا ارزیابی کرده‌اند (نک: جدول شماره ۲).

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول شماره ۱ سه، ۵۱/۷۵٪ از مردان و ۴۷/۱۳٪ از زنان سالمند تحت مطالعه، رعایت حریم خصوصی را بالا ارزیابی نموده‌اند. بین میزان رعایت حریم خصوصی در بیماران سالمند با جنسیت تفاوتی معنادار وجود داشت ($P < 0.05$)؛ افزون‌براین، ۴۷/۳۷٪ از بیماران سالمند بررسی شده، میزان رعایت حریم خصوصی توسط پرستار مرد و ۴۵/۶۶٪ از آنان میزان رعایت حریم خصوصی توسط پرستار زن را بالا ارزیابی کرده‌اند. همچنین ۴۶/۸۸٪ از بیماران سالمند بررسی شده، میزان رعایت حریم خصوصی توسط پزشکان مسئول مرد و ۴۱/۱۸٪ از آن‌ها میزان رعایت حریم خصوصی توسط پزشکان مسئول زن را بالا ارزیابی نموده‌اند. بین رعایت حریم خصوصی با جنسیت پرستار و پزشک مسئول تفاوتی معنادار وجود داشت ($P < 0.05$). چنان‌که از دیدگاه سالمندان تحت مطالعه، پرستاران و پزشکان مرد بیشتر از زنان، حریم خصوصی آنان را رعایت می‌کردند. بین رعایت حریم خصوصی با جنسیت، رده‌ی سنی، وضعیت تأهل، شغل قبل از بازنشستگی سالمندان و تأهل پزشک مسئول و پرستار تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0.05$) (نک: جدول شماره ۱ سه).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در سالمندان تحت مطالعه (تعداد: ۳۲۰ نفر)

متغیر	طبقه	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۸۷	۳۷/۸
	زن	۱۴۳	۶۲/۲
	کل	۲۳۰	۱۰۰
رده‌ی سنی	بین ۶۰ تا ۶۵	۱۰۶	۴۶/۱
	بیشتر از ۶۵	۱۲۴	۵۳/۹
	کل	۲۳۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۷۶	۳۳/۰
	متأهل	۱۵۴	۶۷/۰
	کل	۲۳۰	۱۰۰
شغل قبل از بازنشستگی	کارگر	۳۸	۱۶/۵
	کارمند	۲۸	۱۲/۲
	آزاد	۳۹	۱۷/۰
	خانه‌دار	۱۲۵	۵۴/۳
	کل	۲۳۰	۱۰۰
جنسیت پزشک مسئول	مرد	۱۲۸	۵۵/۷
	زن	۱۰۲	۴۴/۳
	کل	۲۳۰	۱۰۰
جنسیت پرستار	مرد	۵۷	۲۴/۸
	زن	۱۷۳	۷۵/۲
	کل	۲۳۰	۱۰۰
وضعیت تأهل پزشک مسئول	مجرد	۶۲	۲۷/۰
	متأهل	۱۶۸	۷۳/۰
	کل	۲۳۰	۱۰۰
وضعیت تأهل پرستار	مجرد	۱۰۹	۴۷/۴
	متأهل	۱۲۱	۵۲/۶
	کل	۲۳۰	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی میزان رعایت حریم خصوصی و ابعاد فیزیکی و روانی آن در سالمندان تحت مطالعه (تعداد: ۳۲۰)

متغیر	میزان رعایت حریم خصوصی					
	پایین	متوسط	بالا	کل	فراوانی درصد	فراوانی درصد
رعایت حریم خصوصی کل	۱۷/۸	۷۴	۳۲/۲	۱۱۵	۵۰/۰	۲۳۰
بعد فیزیکی رعایت حریم خصوصی	۲۰/۹	۷۲	۳۱/۳	۱۱۰	۴۷/۸	۲۳۰
بعد روانی رعایت حریم خصوصی	۲۰/۰	۷۰	۳۰/۴	۱۱۴	۴۹/۶	۲۳۰

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی میزان رعایت حریم خصوصی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در سالمندان تحت مطالعه (تعداد: ۳۲۰)

متغیر	میزان رعایت حریم خصوصی					
	پایین	متوسط	بالا	سطح معنی داری *	فراوانی درصد	فراوانی درصد
جنسیت	مرد	۲۰/۲۸	۳۴	۲۷/۹۷	۴۱	۵۱/۷۵
	زن	۱۳/۷۹	۴۰	۳۹/۰۸	۷۴	۴۷/۱۳
	کل	۳۴/۰۷	۷۴	۶۷/۰۵	۱۱۵	۹۸/۸۸
رده‌ی سنی	بین ۶۰ تا ۶۵	۱۹/۸۱	۳۲	۳۰/۱۹	۵۳	۵۰
	بیشتر از ۶۵	۲۶/۶۱	۴۰	۳۲/۲۶	۵۱	۴۱/۱۳
	کل	۴۶/۴۲	۷۲	۶۲/۴۵	۱۰۴	۹۱/۱۳
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴/۴۷	۱۱	۴۴/۷۴	۳۱	۴۰/۷۹
	متأهل	۱۹/۴۸	۳۰	۳۵/۰۶	۷۰	۴۵/۴۵
	کل	۳۳/۹۵	۴۱	۷۹/۸	۷۹	۸۶/۲۴
شغل قبل از بازنشستگی	کارگر	۳۱/۵۸	۱۲	۲۳/۶۸	۱۷	۴۴/۷۴
	کارمند	۲۸/۵۷	۸	۲۵	۱۳	۴۶/۴۳
	آزاد	۳۵/۹۰	۱۴	۲۸/۲۱	۱۴	۳۵/۹۰
	خانه‌دار	۱۶	۲۰	۲۹/۶۰	۶۸	۵۴/۴۰
	کل	۱۱۲/۰۵	۵۴	۱۰۶/۴۹	۱۱۲	۱۸۱/۴۷
جنسیت پرستار	مرد	۱۹/۳۰	۱۱	۳۳/۳۳	۲۷	۴۷/۳۷
	زن	۲۱/۳۹	۳۷	۳۲/۹۵	۷۹	۴۵/۶۶
	کل	۴۰/۶۹	۴۸	۶۶/۲۸	۱۰۶	۹۳/۰۳
جنسیت پزشک مسئول	مرد	۱۷/۱۹	۲۲	۳۵/۹۴	۶۰	۴۶/۸۸
	زن	۳۲/۳۵	۳۳	۲۶/۴۷	۴۲	۴۱/۱۸
	کل	۴۹/۵۴	۵۵	۶۲/۴۱	۷۳	۸۸/۰۶

متغیر	میزان رعایت حریم خصوصی					
	پایین		متوسط		بالا	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
مجرد	۲۲	۳۵/۴۸	۱۰	۱۶/۱۳	۳۰	۴۸/۳۹
تأهل پزشک مسئول	۳۳	۱۹/۶۴	۴۴	۲۶/۱۹	۹۱	۵۴/۱۷
کل	۵۵	۵۵/۱۲	۵۴	۴۲/۳۲	۱۲۱	۱۰۲/۵۶
مجرد	۳۲	۲۹/۳۶	۳۷	۳۳/۹۴	۴۰	۳۶/۷۰
تأهل پرستار	۲۷	۲۲/۳۱	۴۳	۳۵/۵۴	۵۱	۴۲/۱۵
کل	۵۹	۵۱/۶۷	۸۰	۶۹/۴۸	۹۱	۷۸/۸۵

* پی‌ولیو (P-Value) استخراج شده از آزمون ناپارامتریک کای اسکوئر

بحث

هدف از انجام دادن این پژوهش تعیین میزان رعایت حریم خصوصی بیماران سالمند در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد ۱۷/۸٪ از بیماران سالمند بررسی شده، میزان رعایت حریم خصوصی توسط پرسنل را پایین و ۳۲/۲٪ متوسط و ۵۰/۰٪ بالا ارزیابی کرده‌اند. در بعد فیزیکی، ۲۰/۹٪ از بیماران میزان رعایت حریم خصوصی را پایین و ۴۷/۸٪ آن را بالا ارزیابی کرده‌اند. در بعد روانی نیز ۲۰/۰٪ سالمندان میزان رعایت حریم خصوصی روانی را پایین و ۴۹/۶٪ بالا ارزیابی نموده‌اند.

مطالعه‌ی به‌مشت‌پور و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد رعایت حریم خصوصی از دیدگاه پرسنل اتاق عمل در بعد فیزیکی ۸/۲۴٪، در بعد اطلاعاتی ۵/۴۳٪ و در بعد اجتماعی ۷/۳۱٪ بود. همچنین رعایت حریم کلی بیماران در ۲/۵۹٪ نامطلوب، ۳/۲۱٪ متوسط و ۵/۱۹٪ مطلوب بوده است (۲۳). هرورانی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای که روی بیماران بستری در بخش اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام داده‌اند دریافته‌اند ۶۲/۲٪ از بیماران مورد مطالعه، میزان رعایت حریم خصوصی خود را ضعیف و فقط درصدی اندک (۱/۷٪) از شرکت‌کنندگان میزان رعایت

حریم خصوصی خود را در سطح خوب ارزیابی کرده‌اند (۲۴). یافته‌های شریفی و مافی (۲۰۱۷) نیز نشان داد رعایت حقوق بیمار از نظر کارورزان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی در ۴۱/۶٪ موارد مطلوب، در ۵۵/۵٪ موارد متوسط و در ۲/۹٪ موارد نامطلوب بود. بین رعایت حقوق بیمار در بخش‌های مختلف از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود داشت (۲۵). ذیحقی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی بیان نموده‌اند نمره‌ی رعایت حریم شخصی توسط پرستاران از دیدگاه سالمندان در ۴/۷۰٪ موارد در سطح مطلوب گزارش شده است. در بعد فیزیکی ۱/۸۱٪ و در بعد روانی اجتماعی ۴/۷۳٪ از بیماران رعایت حریم شخصی را مطلوب دانسته‌اند؛ در حالی که در بعد اطلاعاتی ۸/۸۴٪ از بیماران، رعایت حریم شخصی را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند. بین میانگین نمره‌ی رعایت حریم شخصی توسط پرستاران از دیدگاه زنان (۲۴/۷±۱۰۴/۱۳) و مردان سالمند (۶۰/۶۲±۱۰/۱۳) تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (۲۶). نتایج بررسی‌های زیرک و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد بیشتر بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر زنجان (۷۶/۲٪)، از منشور حقوق بیماران اطلاع نداشتند. بر اساس یافته‌ها، قلمرو جسمی و فیزیکی بیماران در اغلب اوقات (۴۹/۲٪) رعایت شده است. باوجوداین، اکثر شرکت‌کنندگان (۵۶/۳٪) اعلام کردند که

معنادار بین نوع بیمارستان، بخش و تعداد نفرات بستری در یک اتاق با میزان رعایت حریم بیماران بود (۲۸) که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر همسو است. نتایج مطالعه‌ی سرخیل و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد نمرات کسب‌شده برای ابعاد مختلف حریم خصوصی، در بیماران واجد شرایط بستری در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی قلبی بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهیدبهشتی، از ۸۰٪/۲۷ برای حریم فیزیکی تا ۶۸٪/۸۶ برای حریم اجتماعی متغیر بوده است (۲۹). بررسی‌های آقاجانی و دهقان نیری (۲۰۰۹) نیز نشان داد نیمی از بیماران بستری در بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، حفظ حریم خصوصی خود را در حد ضعیف و متوسط گزارش کرده‌اند. حدود ۴۹٪/۴ از بیماران گزارش داده‌اند حریم خصوصی آن‌ها در حد عالی است؛ همچنین حدود ۳۱٪ از بیماران بر این باور بوده‌اند که حفظ حریم خصوصی روانی اجتماعی‌شان در سطح متوسط بوده است. اطلاعات راجع به حریم خصوصی در ۷۶٪/۴ از بیماران کم و متوسط بود. با توجه به اینکه رعایت حریم خصوصی و رضایت بیشتر بیماران در سطح خوبی نیست، در نتیجه این امر به توجه خاص پزشکان و مربیان نیاز دارد (۳۰) که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر همسو نیست. ناهمسویی می‌تواند ناشی از تفاوت در آموزش به نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها، همچنین فرهنگ احترام به سالمند در شهر بررسی شده باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان رعایت حریم خصوصی بر حسب جنسیت بیمار، پرستار و پزشک مسئول به لحاظ آماری متفاوت است. بین جنسیت زن در بیماران، پرستاران و پزشکان مسئول و رعایت حریم خصوصی سالمندان ارتباط آماری معنادار مشاهده شد. در مطالعه‌ی بهمنش‌پور و همکاران (۲۰۱۹) نیز اختلافی معنادار بین جنسیت پرسنل و میزان رعایت حریم خصوصی وجود داشت

پرسنل بخش در هنگام معاینه یا انجام دادن مراقبت‌ها هرگز پرده‌ی اطراف تخت را نمی‌کشند. میانگین احترام به حریم بیماران مجرد (۵۱/۱۴±۲۳) کمتر از افراد متأهل (۵۸/۱۳±۸۸) بود. بر اساس این مطالعه اکثر بیماران از حقوق بیمار آگاهی نداشتند و برخی از معیارهای حریم خصوصی رعایت نشده بود (۲۱) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر در برخی نتایج همسو و در برخی دیگر ناهمسو است. همسویی از نظر میزان رعایت حریم خصوصی توسط کادر پزشکی و پرستاری بر اساس جنسیت است که می‌تواند ناشی از تفاوت آموزش به کارکنان باشد.

بنا بر یافته‌های حاج‌باقری و همکاران (۲۰۱۵)، میانگین رعایت حریم کلی در ۱۵٪/۲ از بیماران در سطح ضعیف، ۶۵/۵٪ در سطح متوسط و تنها در ۱۶٪/۴ در سطح خوب بود. میزان رعایت حریم بیمار در بعد فیزیکی ۶۴٪/۲، در بعد اطلاعاتی ۷۰٪ و در بعد روانی اجتماعی ۷۲٪/۷ در سطح متوسط قرار داشت. رضایتمندی بیماران در همه‌ی ابعاد مربوط به رعایت حریم در سطح متوسط بود. این مطالعه نشان داد میزان رعایت حریم و رضایتمندی بیماران سالمند در اکثر ابعاد در سطح متوسط قرار دارد؛ بنابراین لازم است به رعایت حریم بیماران و آموزش پرسنل بهداشتی‌درمانی در این باره بیشتر توجه شود (۲۷) که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر همسوست. ناهمسویی می‌تواند ناشی از تفاوت در آموزش به نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها، همچنین فرهنگ احترام به سالمند در شهر بررسی شده باشد. راعی و همکاران (۲۰۱۴) نیز دریافته‌اند از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر اصفهان، ۴۶٪/۴ از بیماران، حریم خصوصی خود را در سطح خوب و ۴۰٪/۴۵ آن را در سطح متوسط بیان کرده‌اند. بالاترین میانگین نمره (۳/۰±۲۲/۹۳) مربوط به پوشاندن سایر قسمت‌های بدن بیماران هنگام معاینه یا درمان توسط پرستار و پایین‌ترین میانگین نمره (۱/۱±۵۵/۷۳) مربوط به استفاده از پاراوان یا پرده در اطراف تخت هنگام معاینه یا درمان بود؛ همچنین نتایج آزمون‌های آماری نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط

باید عملکرد نظارتی خود را تقویت کنند؛ علاوه بر این، به مدیران ارشد سیستم توصیه می‌شود تا با برآورد کمبود نیروی انسانی پرستاری و جذب نیروی انسانی مناسب، زمینه‌ی لازم را برای ارتقاء کیفیت مراقبت فراهم نمایند. امید است که نتایج این پژوهش بتواند در برنامه‌ریزی‌های بعدی و شناخت مشکلات موجود راهنما و یاری‌دهنده باشد.

از جمله قوت‌های این پژوهش می‌توان به طراحی ابزار پژوهش اشاره کرد که پیشینه‌ی انتشاراتی دارد و در عین حال، روایی و پایایی آن اندازه‌گیری و تأیید شده است. این ابزار می‌تواند در سایر پژوهش‌های مشابه، به عنوان ابزاری جامع و به‌روز استفاده شود؛ حجم نمونه‌ی بالا، دیگر نقطه‌قوت این مطالعه است. از طرفی به علت محدودیت‌های زمانی، امکان گسترش نمونه‌های مطالعه در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه و بررسی وضعیت رعایت حریم خصوصی سالمندان، بر اساس بخش‌های گوناگون بیمارستان در این مطالعه میسر نبود.

محدودیت‌های پژوهش

ناممکن بودن گسترش مطالعه به بخش‌های گوناگون و بیمارستان‌های بیشتر به علت کمبود امکانات و محدودیت زمانی و دشواری جمع‌آوری داده‌ها از تعدادی از سالمندان به علت شرایط سنی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ البته پژوهشگر با تلاش فراوان و اختصاص زمان بیشتر، بر محدودیت دوم غلبه و داده‌های لازم را جمع‌آوری کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی مقطع پزشکی عمومی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز با شماره طرح U-97040 و کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1397.143 بوده است. بدین وسیله نویسندگان سپاس و قدردانی خود را از تمامی اعضای معاونت پژوهشی و بیماران شرکت‌کننده در مطالعه ابراز می‌دارند.

(۲۳) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو بود. در مطالعه‌ی ذیحقی و همکاران (۲۰۱۶) ارتباط معکوس و معنی‌داری بین سن سالمندان و رعایت حریم شخصی از سوی پرستاران وجود داشت (۲۶) که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر غیرهمسو بود.

در پژوهش حاضر بین سن بیمار، تأهل بیمار، تأهل پزشک مسئول و تأهل پرستار و رعایت حریم خصوصی بیمار اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد. در مطالعه‌ی هرورانی و همکاران (۲۰۱۷) میزان رعایت حریم بیماران با سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات ارتباطی معنادار داشت (۲۴) که با نتایج حاصل از این مطالعه همسو نبوده است. ناهمسوئی می‌تواند ناشی از تفاوت در نمونه‌ی بررسی‌شده و فرهنگ متفاوت مردم در شهرهای مختلف همچنین عرف و هنجارهای جامعه باشد. در مطالعه‌ی سرخیل و همکاران (۲۰۱۳) بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه‌ی بستری با رعایت ابعاد حریم خصوصی بیمار، رابطه‌ی معنی‌دار آماری به دست آمد (۲۹) که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر همسو نبود. ناهمسوئی این نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در آموزش به نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها و فرهنگ احترام به سالمند در شهر بررسی‌شده باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به حرکت سریع جامعه به سمت پیرشدن، باید به سالمندان و مقوله‌ی سالمندی بیشتر توجه کرد. دولت و سازمان‌های متولی باید مقررات و امکانات لازم را برای سالمندان فراهم آورده و به آنان به‌عنوان نسل جوان گذشته احترام بگذارند. مباحث سالمندی در حیطه‌ی بهداشت و درمان، به توجه خاص متخصصان بالین به این حیطه، آموزش نیروی انسانی و نیز انجام‌دادن اقداماتی برای رعایت مناسب حریم خصوصی بیمار و رضایتمندی هرچه بیشتر آنان نیاز دارد؛ همچنین با توجه به نقش مدیریت و نظارت و نیز نقش مؤثر سوپروایزرهای آموزشی و بالینی در این زمینه، این افراد

منابع

- 1- Amini A, Tabrizi JS, Shaghaghi A. The status of observing patient rights charter in outpatient clinics of Tabriz University of Medical Sciences: Perspectives of health service clients. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013;13(7): 611-22.
- 2- Özdemir MH, Can İÖ, Ergönen AT, Hilal A, Önder M, Meral D. Midwives and nurses awareness of patients' rights. *Midwifery*. 2009; 25(6): 756-65.
- 3- Yaghobian M, Kaheni S, Danesh M, Abhari FR. Association between awareness of patient rights and patient's education, seeing bill, and age: a cross-sectional study. *Global journal of health science*. 2014; 6(3):55-62.
- 4- Hadian Jazi Z, Dehghan Nayeri N. Barriers in the performance of patient's rights in Iran and appropriate offered solutions review article. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2014; 24(4): 69-79.
- 5- Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2010; 3(1): 39-47.
- 6- Almoajel AM. Hospitalized patients' awareness of their rights in Saudi governmental hospital. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2012; 11(3): 329-35.
- 7- Soheilifar F, Dyrkvnd Moghadam A, Hashemian A, Faizi A, Sayeh Miri K. Some factors affecting the satisfaction of the provisions of the Charter of Patient Rights in emergency department patients admitted to government hospitals in the city of Ilam. *JMC Iran*. 2013; 31(1): 34-9.
- 8- Otani K, Kurz RS, Barney SM. The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management*. 2004; 49(3): 181-9.
- 9- Bahrami N, Karimiyan K, Bahrami S. Search engines for the World Wide Web: Knowledge and respect for the Charter of Patients Midwives in the delivery of public hospital in Ahvaz 2010. The 3th International Congress Medical law, Iran.
- 10- Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine—part I: conceptual, moral, and legal foundations. *Annals of Emergency medicine*. 2005; 45(1):53-9.
- 11- Mizani MA, Baykal N. A software platform to analyse the ethical issues of electronic patient privacy policy: the S3P example. *Journal of Medical Ethics*. 2007; 33(12): 695-8.
- 12- Vejdani M, Foji S, Heydarabadi AB, Sani NH, Pourtaleb A, Imanzad M, et al. Clinical training students' awareness from patients' rights in Welfare and Rehabilitation Sciences University, Tehran (2013-14). *Journal of Medical Ethics*. 2015; 9(33): 143-66.
- 13- Matiti MR, Trorey G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 41(7): 735-44.
- 14- Er RA, Ersoy N, Celik S. The nursing students' views about the patient's rights at the West Black Sea Universities in Turkey. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014; 3(4): 32-9.
- 15- Woogara J. Patients' privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics*. 2005;12(3): 273-87.
- 16- Noroozi M, Salari P. Media Interaction: The Importance of Patient Privacy. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015;8(2):86-9.
- 17- Madani E, Khazaei Z. Virtue ethics and ethical decision-making in medicine. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(2):1-12.
- 18- Ghorbani A, Saadati N, Ayar N. Evaluation of Intern, Resident and Patient's Knowledge Of their Right Charter in Ahvaz Jundishapur University Educational Hospitals. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2011; 11(6): 645-55
- 19- Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S.

- Evaluation of elderly patients' privacy and their satisfaction level of privacy in selected hospitals in Esfaha. *Journal of Medical Ethics*. 2016; 8(29): 97-120.
- 20- Mohammadi M, Dayani Tilaki MS, Larijani B. Patients' attitudes about privacy and confidentiality in selected hospitals in Tehran. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2017; 9(6): 5-19.
- 21- Zirak M, Ghafourifard M, Aghajanloo A. Respect for patient privacy in the teaching hospitals of Zanzan. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(1): 79-89.
- 22- Hasan Tehrani T, Seyed Bagher Maddah S, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi Shahbooulaghi F, Ebadi A. Outcomes of Observance Privacy in Hospitalized Patients: A Qualitative Content Analysis. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2020; 27(6): 441-50.
- 23- Behmaneshpour F, mirderikvand A, F b. Survey of operating room staff views on the level of patient privacy in teaching hospitals in Zahedan in 2019. The first annual student research conference of the operating room of the country; 2019.
- 24- Harorani M, Pakniyat AG, Jadidi A, Sadeghi H, Varvanifarahani P, Golitaleb M, et al. The Extent of Maintaining the Privacy of Patients Hospitalized in Emergency Departments of Hospitals Affiliated with Arak University of Medical Sciences; A Cross-sectional Study. *Journal of Emergency Medicine*. 2017; 4(4): 158-63.
- 25- Sharifi M, Mafi A. Comparative Assessment of Patients' Rights Observance in the Hospitalization Wards of Shahid Beheshti University of Medical Sciences' Hospitals. *Alborz University Medical Journal*. 2017; 6(2): 130-7.
- 26- Zihaghi M, Saber S, Nouhi E. Respect for privacy by nurses from the perspective of the elderly hospitalized in internal and surgical wards. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2016; 5(3): 23-9.
- 27- Hajbaghery MA, Chi SZ. Evaluation of elderly patients' privacy and their satisfaction level of privacy in selected hospitals in Esfahan. *Medical Ethics Journal*. 2015; 8(29): 97-120.
- 28- Raei Z, Abedi H, Shahriari M. Investigating the situation of respect for the privacy and dignity of patients by nurses in Isfahan hospitals. *Education & Ethic In Nursing*. 2014; 3(2): 13-22.
- 29- Sarkhil H, Darvishpoor-Kakhaki A. Respecting patient's privacy in cardiac care units of Tehran's selected hospitals. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013; 2(2): 40-7.
- 30- Aghajani M, Dehghannayeri N. The rate of observe" various dimensions of Patients Privacy" by treatment team. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 2(1): 59-70.

Original Article

Evaluation of Privacy Level among Elderly Patients in the Educational and Medical Centers of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2019

Sasan Moogahi¹, Masoumeh Tajik², Maria Cheraghi³, Farkhondeh Jamshidi^{*4}

¹Assistant Professor of Infectious Disease, Department of Infectious Diseases, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

²General Practitioner, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical sciences, Ahvaz, Iran.

³Associate Professor of Epidemiology, Department of Public Health, School of Health, Social Determinants of health Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical sciences, Ahvaz, Iran.

⁴Associate Professor of Forensic Medicine, Department of Forensic Medicine, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical sciences, Ahvaz, Iran.

* **Corresponding Author:** dr.jamshidi2009@yahoo.com

Abstract

Privacy is a basic principle of humanity and one of the most important fundamental rights of every human, that adherence to it is required particularly in health care organizations. The purpose of this study was to evaluate privacy level of elderly patients in educational and medical centers of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. This cross-sectional study was performed on 230 elderly patients hospitalized in internal and surgical wards of educational and medical centers of Ahvaz Jundishapur University of medical sciences. Data were collected by a researcher-made questionnaire. The questionnaire was prepared in two dimensions of psychological with 11 questions and physical with 18 questions. Validity of the questionnaire was evaluated by experts and professors. Results showed that 62.2% (143 people) of the patients were female and the rest were male. In terms of adherence to privacy, 47.13% of women and 51.75% of men evaluated it as high and 13.79% of women and 20.28% of men evaluated it as poor. The level of privacy in terms of gender of the patient, nurse, and the physician in charge were statistically different (P -value <0.05). However, there was no significant difference between adherence to privacy and age and occupation of patient before retirement, marital status of nurse, and physician in charge (P -value >0.05). Training of nurses, physicians, personnel, and health care providers to enhance privacy of elderly patients and reinforce supervisory performance of managers and authorities is necessary.

Keywords: Privacy, Elderly, Patient

