

مقایسه میزان رعایت ابعاد حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی زنان در بیمارستان‌های شهرضا: یک مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۴

نویسندگان:

شایسته صالحی*^۱، زهرا جلی^۲

۱- مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) اصفهان، ایران
۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) اصفهان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.6, No.1&2, Spring & Summer 2017

چکیده:

مقدمه: حفظ حریم خصوصی از جمله مفاهیم بسیار مهم در پرستاری و اخلاق مراقبت و درمان است. این مطالعه باهدف مقایسه میزان رعایت حفظ حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی زنان انجام گردید.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای از نوع مقطعی است که طی آن دو گروه ۱۰۰ نفری از بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی در بیمارستان‌های شهرضا در سال ۱۳۹۴ به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه حریم خصوصی شامل ۴۷ سؤال در ابعاد مختلف حریم فیزیکی (۱۲ سؤال)، حریم روانی (۱۴ سؤال)، حریم اجتماعی (۸ سؤال) و حریم اطلاعاتی (۱۳ سؤال) بود که روایی و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷) آن تأیید شده بود. آنالیز داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین رعایت حفظ حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$) و هر دو بخش حریم خصوصی بیماران زن را به یک‌میزان رعایت می‌کنند، اما این مقادیر در هیچ‌یک از بخش‌های مذکور مطلوب نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌منظور رعایت هرچه بهتر حریم خصوصی بیماران زن لازم است که مدیران بیمارستان‌ها و دست‌اندرکاران بهداشت و درمان و آموزش پزشکی توجه خاص به این مقوله داشته باشند و در جهت تأمین امکانات لازم و برطرف کردن موانع موجود برای حفظ حریم تلاش کنند.

واژگان کلیدی: حریم خصوصی، بیماران زن، بخش‌های داخلی و جراحی

J Educ Ethics Nurs 2017; 6(1&2):15-23

مقدمه:

انسان مستحق و سزاوار احترام است و یکی از راه‌هایی که نشان‌دهنده احترام به انسان‌هاست، حفظ حریم خصوصی آن‌هاست [۱]. این مفهوم به‌عنوان یک نیاز اساسی و مهم در انسان و در پرستاری شناخته شده است [۲]. حریم خصوصی از گذشته‌های بسیار دور مورد توجه بوده است و باگذشت زمان در تمام نظام‌های اجتماعی و مکاتب خصوصی مطرح گردیده است [۳]. حفظ حریم خصوصی را می‌توان یکی از بنیادی‌ترین و

انسان مستحق و سزاوار احترام است و یکی از راه‌هایی که نشان‌دهنده احترام به انسان‌هاست، حفظ حریم خصوصی آن‌هاست [۱]. این مفهوم به‌عنوان یک نیاز اساسی و مهم در انسان و در پرستاری شناخته شده است [۲]. حریم خصوصی از گذشته‌های بسیار دور مورد توجه بوده است و باگذشت زمان در تمام نظام‌های اجتماعی و مکاتب خصوصی مطرح گردیده است [۳]. حفظ حریم خصوصی را می‌توان یکی از بنیادی‌ترین و

*نویسنده مسئول، نشانی: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) اصفهان، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۰۹۲۹۹۷

پست الکترونیک: sh.salehi@khuisf.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۵

بیمار بدون در زدن، عدم معرفی خود به بیمار، جابجایی وسایل مددجو بدون اجازه وی و بازگو کردن اسرار بیمار پیش دیگران بدون اجازه او، از دیگر موارد عدم رعایت حریم بیمار در بیمارستان می‌باشد [۱۰]. نقض حریم بیمار نه تنها می‌تواند صدمات غیرقابل جبرانی را به بیمار وارد کند، بلکه می‌تواند کل سیستم سلامت را تحت تأثیر قرار دهد [۱۸]. عدم رعایت حفظ حریم خصوصی بیمار در نهایت سبب کاهش کیفیت مراقبت که هدف اصلی هر سازمان مراقبت بهداشتی درمانی و به‌ویژه تیم پرستاری است، می‌شود [۱۴]. از طرفی حفظ حریم خصوصی مددجویان، تبعاتی چون ارتباط مطلوب با کارکنان، احساس امنیت و کاهش مدت اقامت در بیمارستان از طریق کاهش مشکلات روحی و روانی ناشی از عدم رعایت حریم شخصی و کاهش هزینه‌ها خواهد داشت [۱۶]. همچنین رعایت حریم بیمار باعث استقلال و احساس ارزشمندی بیمار و افزایش انگیزه کارکنان می‌شود [۱۹]. محققان به اهمیت نفوذ و تأثیر فرهنگی - اجتماعی بر درک حریم شخصی پی برده‌اند [۱۴]؛ و مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که تحقق حفظ حریم در بیمار با فرهنگ پرستاری ارتباط دارد [۸]. توجه به شأن و منزلت و حریم بیمار در همه ادیان و فرهنگ‌ها مورد توجه است و حتی در کشورهایی که مسئله حجاب جایی ندارد، مسئله حریم بیمار در نظام‌های درمانی آنان مورد توجه می‌باشد. در ایران که شرع مقدس اسلام بر آن سایه افکنده است، این مسئله از اهمیت بالاتری برخوردار است. ابلاغ آیین‌نامه‌های طرح انطباق تدوین شده توسط صاحب‌نظران دینی و اخلاق پزشکی به بیمارستان‌ها نیز در همین راستا می‌باشد [۲۰]. با توجه به آنکه تعداد زیادی از بیماران بستری در مراکز بهداشتی و درمانی را بیماران زن تشکیل می‌دهند و در بخش‌های مختلف داخلی و جراحی تحت مراقبت و درمان قرار می‌گیرند و از آنجایی که انجام اقدامات تشخیصی درمانی از سوی کادر درمان می‌تواند حریم شخصی آن‌ها را مورد تعرض قرار می‌دهد، می‌توان تصور نمود که آثار مخرب چنین تجربیاتی در نزد مددجویان به چه اندازه می‌تواند در بهبودی آن‌ها اختلال ایجاد کند؛ لذا توجه به حریم خصوصی این گروه از بیماران درخور توجه می‌باشد. در ایران مطالعات مختلفی بارویکرد کمی و کیفی در زمینه رعایت حقوق بیمار و حفظ حریم خصوصی بیمار انجام شده است؛ با توجه به یکسان بودن اصول رعایت حریم خصوصی بیمار در بخش‌های مختلف و متفاوت بودن ماهیت خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز بیماران در بخش‌های مختلف، به نظر می‌رسد، انجام مطالعه‌ای که اختصاصاً به بررسی رعایت حریم بیمار زنان و تفاوت‌های آن در بخش‌های اختصاصی بستری زنان با نیازهای مراقبتی مختلف بپردازد، ضروری می‌باشد، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا این مطالعه را باهدف مقایسه میزان

حریم خصوصی یک نیاز جهانی قلمداد شود [۶]. در جمهوری اسلامی ایران نیز مفهوم حفظ اسرار بیمار و حفظ حریم خصوصی مورد توجه بوده و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ حفظ حریم شخصی بیمار را در بند ۶ منشور حقوق بیمار ذکر نموده است [۷]. مفهوم حریم از کلمه پریویتوس (privatus) گرفته شده و به معنی محروم کردن و بی-نصیب شدن است. این واژه برای اولین بار در ارتش مورداستفاده قرار گرفت و معنی تحت‌اللفظی آن محروم شدن از مقام و رتبه و درجه ارتشی است [۲]. حریم هرکس، حسی است که هر فرد بالغ نسبت به هویت، شأن، استقلال و فضای شخصی خود دارد [۸] که شامل ۴ بعد فیزیکی (در دسترس بودن جسم فرد برای دیگران)، روانی (توانایی برای کنترل فرایندهای روانی)، اجتماعی (کنترل بر تعاملات اجتماعی با دیگران) و اطلاعاتی (کنترل بر فرایند تبادل اطلاعات شخصی) است [۹]. ماهیت مراقبت‌های پرستاری و طبی اغلب به گونه‌ای است که جهت انجام آن، ورود به فضای شخصی بیمار اجتناب‌ناپذیر است و لازمه مراقبت‌های طبی و پرستاری ورود به قلمرو بیمار است [۱۰]. با وجود اینکه کادر درمان درباره احترام به حریم خصوصی بیمار توافق دارند [۱۱]، اما متأسفانه شواهد نشان‌دهنده آن است که حریم و منزلت بیمار به خوبی مورد حمایت قرار نمی‌گیرد. ادیب به نقل از وگرا (۲۰۰۱) می‌گوید که تقریباً ۱/۴ بیمار پذیرش شده در بیمارستان‌های بریتانیا اظهار می‌کنند که حریم آنان در طول مدت بستری رعایت نشده است [۱۲]. مطالعه کوزو و همکاران (۲۰۰۶) در ترکیه نشان داد که حق خلوت و حریم شخصی بیمار در ۶۸/۱ درصد موارد رعایت می‌شود. مطالعه‌ای در استرالیا گزارش کرده که ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش اورژانس، احساس می‌کنند که اطرافیان صدای مکالمه آن‌ها را با پرسنل بهداشتی درمانی می‌شنوند و ۱۱ درصد از آنان تجربه در معرض دید قرار گرفتن قسمت‌هایی از بدن را داشته‌اند [۱۳]. مطالعه‌ای در کرمان نشان داد از نظر بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی، برخی از جنبه‌های حریم شخصی بیمار از سوی پرستاران کمتر رعایت شده است [۱۰]. مطالعه آقاجانی و دهقان نیری (۱۳۸۶)، نیز نشان داد که احترام به قلمرو ۵۰٫۶٪ بیماران متوسط یا ضعیف بوده است [۱۴]. مطالعه سرخیل و همکاران (۱۳۹۲)، نیز بیانگر این مطلب بود که حریم بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی به‌طور کامل رعایت نمی‌شود [۱۵]. مطالعه راستی و همکاران (۱۳۹۳)، نیز میزان رعایت حریم بیمار از نظر پرستاران و بیماران را در حد متوسط گزارش نموده است [۱۶]. کمبود توجه به‌ظاهر افراد، هم‌جنس نبودن پرستار و بیمار، مختلط بودن بخش و بی‌توجهی به پوشاندن بدن بیمار از جمله مواردی هستند که حریم بیمار را در معرض خطر قرار می‌دهد [۱۷]. وارد شدن به اتاق

رعایت حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی زنان بیمارستان‌های شهرضا انجام دهد.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای از نوع مقطعی است که طی آن میزان رعایت حفظ حریم خصوصی دو گروه از بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی در بیمارستان‌های شهرضا مورد بررسی قرار گرفت و با یکدیگر مقایسه گردید. جامعه پژوهش در این مطالعه، بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی زنان بودند که بیش از سه روز در بخش بستری بودند. با توجه به معیارهای ورود و محدودیت زمانی برای انجام پژوهش، روش نمونه‌گیری غیر احتمالی به طریق در دسترس استفاده شد. به منظور تعیین حجم نمونه مورد نیاز برای پژوهش، آمار تعداد بیماران بستری در بخش‌های مورد پژوهش طی سه ماه قبل از شروع پژوهش بررسی شد. تعداد جامعه بیماران بستری در بخش‌های داخلی زنان و جراحی مردان با مدت بستری بیش از سه روز در سه ماه گذشته، ۹۵ - ۱۱۰ نفر بودند. بر اساس آمار بستری بیماران در این بخش‌ها و طبق جدول کرسچی و مورگان، حجم نمونه مورد نیاز برای هر بخش ۸۰ نفر به دست آمد که این مقدار به ۱۰۰ نفر برای هر بخش افزایش داده شد، یعنی حجم نمونه مورد نیاز برای پژوهش در مجموع ۲۰۰ نفر تعیین گردید. معیارهای ورود بیماران به این مطالعه شامل حداقل ۳ روز بستری در بخش، دریافت مراقبت معمول و عدم بستری در اتاق ایزوله یا خصوصی، محدوده سنی ۲۰ سال و بالاتر، توانایی درک و برقراری ارتباط با زبان فارسی، هوشیار، بدون وجود بیماری روانی، عدم مصرف داروی مؤثر بر سطح هوشیاری و اعصاب و روان و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه بود. در این پژوهش از پرسشنامه حریم خصوصی استفاده شد که توسط سرخیل و همکاران در سال ۱۳۹۲ طراحی شده بود و روایی محتوای آن و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ تأیید شده بود [۱۵]. این پرسشنامه شامل دو بخش بود؛ بخش اول حاوی اطلاعات جمعیت شناختی شامل پرسش‌هایی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، شغل و مدت بستری بود. بخش دوم پرسشنامه مشتمل بر ۴۷ سؤال در مورد ابعاد گوناگون حریم، حریم فیزیکی (۱۲ سؤال)، حریم روانی (۱۴ سؤال)، حریم اجتماعی (۸ سؤال) و حریم اطلاعاتی (۱۳ سؤال) بود که بر اساس مقیاس پنج‌قسمتی لیکرت تدوین گردیده بود. پاسخ سؤالات به صورت پاسخ‌های تکرار (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز) بود و با نمره ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است. حداکثر نمره برای کل حریم ۲۳۵ و حداقل نمره برای حریم کل ۴۷ و حد متوسط ۱۴۱ بود. حداکثر نمره برای حریم فیزیکی ۶۰ و حداقل نمره ۱۲ و حد متوسط ۳۶

بود. حداکثر نمره برای حریم روانی ۷۰ و حداقل نمره ۱۴ و حد متوسط ۴۲ بود. حداکثر نمره برای حریم اجتماعی ۴۰ و حداقل آن ۸ و حد متوسط ۲۴ بود. حداکثر نمره برای حریم اطلاعاتی ۶۵ و حداقل نمره ۱۳ و حد متوسط ۳۹ بود. چون برخی سؤالات پرسشنامه به صورت مثبت و برخی دیگر منفی بود، در سؤالات مثبت، هرگز نمره ۱ می‌گرفت و در سؤالات منفی، به هرگز نمره ۵ داده می‌شد. اطلاعات در تمام‌روزهای هفته بین ساعت ۸ صبح تا ۹ شب به مدت ۴ ماه در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان-های شهرضا جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی شامل میانگین، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شد. هم‌چنین از آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه‌های درون‌گروهی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین فراوانی سن بیماران در بخش جراحی، سن ۳۱ تا ۴۰ و در بخش داخلی سن ۵۱ تا ۷۰ سال بود. تحصیلات اکثر بیماران در بخش جراحی دیپلم و در بخش داخلی بی‌سواد بود. مدت‌زمان بستری اغلب واحدهای پژوهش در دو بخش ۳ تا ۵ روز و اکثراً خانه‌دار و متأهل و سطح اقتصادی آن‌ها متوسط بود.

میزان رعایت بعد فیزیکی حریم خصوصی بیماران زن در بخش جراحی ۳۳/۷۳ درصد و داخلی ۲۹/۶ درصد بود و تفاوت بین نمرات کسب‌شده در این بخش‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود (۰/۰۵ < P). همچنین بیشترین مورد رعایت شده در بعد فیزیکی حریم خصوصی در هر دو بخش داخلی و جراحی (۶۰-۶۲ درصد)، اجازه گرفتن از بیمار در هنگام نشستن در کنار تخت یا جابجایی وسایل بیمار بود و کمترین مورد رعایت شده در این بعد از حریم خصوصی در بخش جراحی (۴۹ درصد)، رها کردن بیمار بعد از انجام معاینه یا اقدام درمانی و در بخش داخلی، بی‌توجهی به نظر بیمار در مورد کنار بودن پرده اطراف تخت (۴۲ درصد)، بود.

در رابطه با رعایت بعد روانی حریم خصوصی می‌توان گفت که این میزان در بخش داخلی ۶۳/۲۳ درصد بوده که از بخش جراحی (۵۷/۹۸ درصد)، بیشتر بود (۰/۰۵ < P). همچنین بیشترین مورد رعایت شده در بعد روانی حریم خصوصی در هر دو بخش خطاب کردن بیمار بانام خانوادگی بود که در بخش جراحی این مورد (۷۳ درصد)، میزان بالاتری نسبت به بخش داخلی داشت. در رابطه با میزان رعایت بعد اجتماعی حریم خصوصی، با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس بین میزان رعایت بعد اجتماعی حریم خصوصی در بخش‌های داخلی و جراحی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت و این بعد از رعایت حریم خصوصی در هر

و جراحی، نگفتن جواب آزمایشات و تشخیص بیمار به افرادی غیر از کارکنان درمان و کمترین مورد رعایت شده در بعد اطلاعاتی حریم خصوصی، مربوط به سؤال کردن در مورد زندگی خصوصی بیماران می‌باشد. در مجموع یافته‌ها نشان داد که بین رعایت حفظ حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$) و هر دو بخش، حریم خصوصی بیماران زن را به یک‌میزان رعایت می‌کنند (جدول ۱ و جدول ۲).

در پژوهش حاضر در مورد ویژگی‌های دموگرافیک، بین متغیرهای سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سطح اقتصادی، مدت‌زمان بستری و تعداد دفعات بستری و نمرات رعایت حریم خصوصی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۳).

دو بخش، به یک‌میزان رعایت می‌شد ($P > 0/05$). بیشترین مورد رعایت شده در بعد اجتماعی حریم خصوصی در بخش داخلی، مراقبت شدن توسط پرسنل هم‌جنس، (۷۲ درصد) و در بخش جراحی، عدم حضور کارکنان در هنگام ملاقات بیمار با نزدیکان (۹۳ درصد)، بود. کمترین مورد رعایت شده در بعد اجتماعی رعایت حریم خصوصی در بخش‌های داخلی و جراحی، اهمیت دادن به نظر بیمار در انتخاب پرستار و پزشک وی (۴۰ درصد) بود.

در رابطه با بعد اطلاعاتی حریم خصوصی بین میانگین نمرات رعایت این بعد از حریم خصوصی در بخش‌های داخلی و جراحی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) و این بعد از رعایت حریم خصوصی در بخش داخلی با میانگین ۳۹/۳۳ درصد بیشتر از بخش جراحی رعایت می‌شد. در بعد اطلاعاتی رعایت حریم خصوصی بیشترین مورد رعایت شده در هر دو بخش داخلی

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار رعایت حفظ حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی

بخش	ابعاد حریم	میانگین	میانگین درصد	انحراف استاندارد
داخلی	بعد فیزیکی	۱۵/۴۰	۲۹/۶	۴/۹۸
داخلی	بعد روانی	۳۵/۴۱	۶۳/۲۳	۹/۰۳
داخلی	بعد اجتماعی	۱۳/۸۴	۴۹/۴۳	۴/۳۶
داخلی	بعد اطلاعاتی	۲۵/۶۵	۴۹/۳۳	۵/۸۹
داخلی	حریم کلی	۹۵/۱۶	۵۰/۶۱	۱۴/۵۹
جراحی	بعد فیزیکی	۱۷/۵۴	۳۳/۷۳	۵/۹۹
جراحی	بعد روانی	۳۲/۱۵	۵۷/۴۱	۸/۱۵
جراحی	بعد اجتماعی	۱۵/۳۲	۵۴/۷۱	۶/۲۲
جراحی	بعد اطلاعاتی	۲۳/۴۰	۴۵	۴/۳۳
جراحی	حریم کلی	۹۳/۴۳	۴۹/۶۹	۱۵/۸۹

جدول ۲: مقایسه رعایت حفظ حریم خصوصی بیماران زن در بخش‌های داخلی و جراحی (تحلیل واریانس)

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۱۵۷/۸۱	۲	۷۸/۹۴		
درون گروهی	۷۶۲۲۷/۴۹	۲۹۲	۲۶۱/۰۵	۰/۳۰۲	۰/۷۳۹
کل	۷۶۳۸۵/۳۷	۲۹۴			

جدول ۳: مقایسه نمرات متغیرهای دموگرافیک و میزان رعایت حفظ حریم خصوصی (تحلیل واریانس)

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
سن	بین گروهی	۶۸۲/۵۹	۶	۱۱۳/۷۶	۰/۴۳۲	۰/۸۵۸
	درون گروهی	۷۶۱۶۴/۹۹	۲۸۹	۲۶۳/۵۴		
	کل	۷۶۸۴۷/۵۹	۲۹۵			
سطح تحصیلات	بین گروهی	۲۳۳۶/۱۷	۵	۴۶۷/۲۳	۱/۸۱	۰/۱۰۹
	درون گروهی	۷۴۵۱۱/۴۱	۲۹۰	۲۵۶/۹۳		
	کل	۷۶۸۴۷/۵۹	۲۹۵			
وضعیت تأهل	بین گروهی	۳۵۶/۲۳	۳	۱۱۸/۷۴	۰/۴۵۳	۰/۷۱۵
	درون گروهی	۷۶۴۹۱/۳۵	۲۹۲	۲۶۱/۹۵		
	کل	۷۶۸۴۷/۵۹	۲۹۵			
طول مدت بستری	بین گروهی	۹۰۲/۰۱۵	۴	۲۲۵/۵۰۴	۰/۸۶۴	۰/۴۸۶
	درون گروهی	۷۵۹۴۵/۵۷۶	۲۹۱	۲۶۰/۹۸۱		
	کل	۷۶۸۴۷/۵۹۱	۲۹۵			
تعداد دفعات بستری	بین گروهی	۴۴۹/۸۹۲	۴	۱۱۲/۴۷۳	۰/۴۹۸	۰/۷۸۸
	درون گروهی	۷۶۳۹۷/۶۹۹	۲۹۱	۲۶۲/۵۳۵		
	کل	۷۶۸۴۷/۵۹۱	۲۹۵			
وضعیت اقتصادی	بین گروهی	۱۰۷/۶۹	۲	۵۳/۸۴۸	۰/۲۰۶	۰/۸۱۴
	درون گروهی	۷۶۷۳۹/۸۹	۲۹۳	۲۶۱/۹۱		
	کل	۸۶۸۴۷/۵۹	۲۹۵			

بحث:

و بیلایاد، مددجویان زن نسبت به مردان درجات بالاتری از نیاز به حریم را ذکر می‌کنند [۱۸]. همچنین کوهن و همکاران در انگلیس به این نتیجه رسیدند که زنان در مورد تهاجم به حریم شخصی حساس‌تر بوده و احساس نامطلوب‌تری دارند [۲۱]. در گزارش کهن و همکاران (۱۳۸۶)، نیز افراد مذکر نمره بالاتری را در حفظ حریم خصوصی دریافت کرده بودند [۱۰]. موارد مذکور می‌تواند بیان‌کننده این موضوع باشد که دیدگاه زنان نسبت به حفظ حریم خصوصی حساس‌تر و از اهمیت ویژه‌تر نسبت به مردان برخوردار است. بسیاری از دست‌اندرکاران امور بیمارستانی بر این باورند که در نظر گرفتن بخش‌های اختصاصی برای بیماران زن می‌تواند باعث حفظ حریم خصوصی بیماران زن گردد. درحالی‌که ممکن است بر اساس فرهنگ و درک افراد، برخی موارد خاص می‌تواند در زمینه رعایت حریم خصوصی برای زنان حائز اهمیت باشد، درحالی‌که برای مردان از اهمیت چندانی برخوردار نباشد.

یافته‌های مطالعه حاضر درباره رعایت حریم خصوصی در بعد فیزیکی نشان داد که بخش جراحی (میانگین ۳۳/۷۳ درصد)، نسبت به بخش داخلی (میانگین ۲۹/۶ درصد)، در این زمینه در مرتبه اول قرار دارد. در مطالعه ادیب و ذهتاب چی (۱۳۹۳)، میزان رعایت حریم فیزیکی در ۲۲/۴ درصد از بیماران سالمند در بخش‌های مختلف در سطح خوب رعایت می‌شده است [۱۲].

مطالعه حاضر نشان داد که اگرچه میانگین رعایت حریم خصوصی در بخش داخلی از بخش‌های جراحی بیشتر است، اما با توجه به نتایج تحلیل واریانس این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نیست ($P=0/۷۳۹$) و هر دو بخش جراحی و داخلی، حریم خصوصی بیماران زن را به یک‌میزان رعایت می‌کنند. میزان رعایت حریم خصوصی به‌طور کلی، برای بخش داخلی ۵۰/۶۱ درصد و برای بخش جراحی ۴۹/۶۹ درصد به دست آمد. بر اساس گزارش آقاجانی و دهقان نیری (۱۳۸۶)، میزان رعایت حریم کلی بیماران در اورژانس ۴۹/۴ درصد در سطح خوب و نسبتاً خوب و در ۵۰/۶ درصد از بیماران در سطح ضعیف و متوسط بوده است [۱۴]. همچنین مطالعه ادیب و ذهتاب چی (۱۳۹۳)، نیز نشان داد که رعایت حریم خصوصی در بیماران سالمند در ۶۸/۵ درصد در سطح متوسط بوده است [۱۲]. کارو و همکاران (۲۰۰۵)، میزان نقض حریم بیماران در اورژانس را ۳۳ درصد و احتمال نقض حریم را ۳۵ درصد عنوان کردند [۱۳]. سرخیل و همکاران (۱۳۹۲)، ابراز کردند که میزان رعایت حریم به‌طور کلی برای بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی ۷۸/۱۳ درصد، می‌باشد [۱۵]. تفاوت در نتایج این پژوهش‌ها می‌تواند مربوط به تفاوت در مکان پژوهش و فرهنگ و درک بیماران یا ناشی از تفاوت در ساختار فیزیکی و امکانات موجود در بخش‌های مورد پژوهش یا عدم تفکیک جنسیت در پژوهش‌های قبلی باشد، چراکه به گزارش باک و

استفاده شده بود [۱۳]. در مطالعه کهن و همکاران (۱۳۸۶) و ادیب و همکاران (۱۳۹۳)، نیز این مورد رعایت نشده بود و این یافته با مطالعه حاضر مغایرت دارد. در مطالعه کهن و همکاران (۱۳۸۶) و راستی و همکاران (۱۳۹۳)، توجه به اصول اعتقادی و مذهبی و قرار دادن امکانات لازم در اختیار آن‌ها از مواردی بود که کمتر رعایت شده بود؛ در مطالعات مذکور میزان رعایت این موارد به ترتیب ۴۱ درصد و ۳۰/۰۳ درصد بود [۱۶ و ۱۰]؛ اما در مطالعه حاضر این‌طور نبود و در حدود ۵۰ درصد از این موارد به‌طور کامل مورد توجه قرار گرفته بود.

بین میزان رعایت بعد اجتماعی حریم خصوصی در بخش‌های داخلی و جراحی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت و این بعد از رعایت حریم خصوصی در هر دو بخش، به یک‌میزان رعایت می‌شد ($P > 0/05$). در مطالعه سرخیل و همکاران (۱۳۹۲)، در بخش مراقبت ویژه قلبی میزان رعایت حریم اجتماعی، ۶۸/۸۶ درصد گزارش گردید [۱۵]. این میزان نسبت به مطالعه حاضر بیشتر است و علت این تفاوت می‌تواند ناشی از قوانین خاص حاکم بر بخش‌های ویژه نسبت به بخش‌های عمومی و آگاهی بیمار به این قوانین باشد. در مطالعه حاضر در بعد اجتماعی رعایت حریم خصوصی در بخش‌های داخلی و جراحی، اکثر بیماران عنوان کردند که به نظر آن‌ها در انتخاب پرستار و پزشک اهمیت داده نمی‌شود. چراکه در بیمارستان‌های کشور ما، بیمارانی که به‌صورت اورژانسی پذیرش می‌شوند، در سرویس پزشک آنکال یا مقیم بیمارستان قرار می‌گیرد و برای بیمار امکان انتخاب پزشک وجود ندارد. همچنین به دلیل کمبود نیروی انسانی امکان انتخاب پرستار توسط بیمار وجود ندارد.

درباره رعایت حریم خصوصی در بعد اطلاعاتی می‌توان گفت که این بعد از رعایت حریم خصوصی در بخش داخلی با میانگین ۴۹/۳۳ درصد، بیشتر از بخش جراحی (میانگین ۴۵ درصد)، رعایت می‌شد. تفاوت در میزان رعایت بعد اطلاعاتی حریم در بخش داخلی با بخش جراحی می‌تواند مربوط به محیط فیزیکی بخش‌ها و تفاوت چیدمان تعداد تخت در اتاق‌های بخش داخلی (سه تخته) و اتاق‌های بخش جراحی (۴ تخته)، باشد که منجر به حضور هم‌زمان تعداد بیشتر بیمار و همراه خواهد شد. صالحی و همکاران (۱۳۹۴)، گزارش کردند که رعایت حریم اطلاعاتی بیش از نیمی از بیماران در سطح ضعیف می‌باشد [۱۹]. نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. این در حالی است که در مطالعه سرخیل و همکاران (۱۳۹۲)، میزان رعایت حریم اطلاعاتی، ۷۴/۹۷ درصد به دست آمد [۱۵]. همچنین یغمایی و همکاران (۱۳۸۶)، نیز معتقد بودند که ۶۴/۹ درصد از بیماران از محرمانه ماندن اطلاعات پزشکی خود اطمینان داشتند [۲۳]؛ بنابراین یافته‌های دو مطالعه اخیر با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. تفاوت

نتیجه مطالعه مذکور با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه آقاجانی و دهقان نیری (۱۳۸۶)، در بخش اورژانس میزان رعایت حریم فیزیکی ۵۰/۶ درصد افراد در سطح پایین و ۴۹/۴ درصد از آن‌ها در سطح خوب و نسبتاً خوب بود [۱۴] که این میزان نسبت به مطالعه حاضر بیشتر می‌باشد. همچنین در مطالعه سرخیل و همکاران (۱۳۹۲)، میزان رعایت بعد فیزیکی حریم خصوصی در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، ۸۰/۲۷ درصد بود [۱۵] که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت در فرهنگ و درک بیماران در شهرهای مختلف یا به دلیل تفاوت در ساختار فیزیکی و امکانات موجود در بخش‌های مورد پژوهش باشد. همچنین در مطالعه حاضر در بعد فیزیکی حریم خصوصی، ۴۹ درصد از بیماران بخش جراحی عنوان کردند که بعد از انجام معاینه یا اقدام درمانی برهنه رها می‌شوند. در بخش داخلی نیز توجه به نظر بیمار در مورد کنار پرده اطراف تخت در ۴۲ درصد موارد هرگز رعایت نشده بود. این موارد با مطالعه کهن و همکاران (۱۳۸۶)، همخوانی دارد [۱۰]. کارو و همکاران (۲۰۰۵)، نیز گزارش کردند که ۱۱ درصد بیماران تجربه در معرض دید قرار گرفتن نامناسب قسمت‌هایی از بدن را در طول دوره بستری داشته‌اند [۱۳]. این موارد نشان می‌دهد که عدم توجه به پوشیدگی بدن بیماران و عدم استفاده از پاراوان و پرده‌های اطراف تخت در حین ارائه مراقبت‌های درمانی (حتی در حضور سایر بیماران هم‌جنس) از نظر بیماران، حریم آن‌ها را دچار خدشه و آسیب گردانده است و حتی وجود بخش‌های اختصاصی برای زنان و اجرای آئین‌نامه‌های ابلاغی مانند طرح انطباق، باعث حفظ کامل حریم خصوصی بیماران نمی‌شود.

میزان رعایت بعد روانی حریم خصوصی بیماران زن در بخش داخلی، ۶۳/۲۳ درصد بود که از بخش جراحی، (۵۷/۴۱ درصد) بیشتر است ($P < 0/05$). بارلاس و همکاران (۲۰۰۱)، در ارتباط با احترام کادر درمانی به حقوق روحی و روانی بیماران بیان کردند که ۳۳ درصد بیماران ابراز داشته‌اند که حریم آن‌ها در این زمینه رعایت نشده است [۲۲]. در مطالعه سرخیل و همکاران در سال (۱۳۹۳)، میزان رعایت حریم روانی در بخش مراقبت ویژه قلبی، ۸۷/۳ درصد گزارش گردید [۱۵]. بالاتر بودن میزان رعایت حریم روانی در مطالعه مذکور نسبت به مطالعه حاضر می‌تواند احتمالاً ناشی از همدلی و درک متقابل و احساس وظیفه توأم با رعایت مسائل حقوقی، اخلاقی و شرعی کارکنان درمانی نسبت به بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به بخش‌های عمومی باشد. در مطالعه حاضر در بخش جراحی در ۷۳ درصد و در بخش داخلی در ۶۲ درصد از موارد برای صدازدن بیمار از نام خانوادگی وی استفاده شده بود، درحالی‌که در مطالعه راستی و همکاران (۱۳۹۳)، برای صدازدن اکثر بیماران به‌جای اسم از شماره تخت

دست‌اندرکاران این مقوله توصیه می‌شود که از طریق برگزاری دوره آموزشی و نظارت بهتر و بیشتر و فراهم کردن تسهیلات لازم و برطرف کردن موانع موجود، زمینه تحقق این امر را فراهم کنند. به منظور رعایت بهتر بعد فیزیکی حریم خصوصی، مواردی مانند کسب اجازه از بیمار در هنگام معاینه، جابجایی وسایل، تعویض لباس و ورود به اتاق وی باید مورد توجه قرار گیرد. برای رعایت بهتر بعد روانی حریم خصوصی، داشتن برخوردهای محترمانه با بیمار، توجه به اعتقادات و باورهای فرهنگی - مذهبی، فراهم کردن شرایط مناسب برای خواب، خوراک و دفع بیمار ضروری هست. همچنین ارائه مراقبت توسط کارکنان همگن، خطاب نمودن بیمار با القاب محترمانه و تأمین شرایط مناسب هنگام خلوت کردن بیمار با اعضای خانواده و نزدیکانش، می‌تواند باعث رعایت بهتر بعد اجتماعی حریم خصوصی گردد. ارائه اطلاعات و توضیحات صحیح و قابل‌درک درباره اقدامات تشخیصی مراقبتی درمانی به بیمار توسط کادر درمان، عدم تجسس در زندگی شخصی بیمار، حفظ محرمانگی و جلوگیری از افشا شدن اطلاعات پرونده بیمار و عدم ارائه اطلاعاتی از بیمار به افراد غیر ضروری، به رعایت هر چه بهتر بعد اطلاعاتی حریم خصوصی بیمار کمک می‌کند. لذا این موارد باید در آموزش سیستماتیک دوران تحصیل دانشجویان پرستاری و دوره‌های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت کارکنان، مدنظر و مورد تأکید قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد که مجوز اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دریافت نموده و کد اخلاق IR.MUI.REC.1395.4.4 را دارا می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین بیمارستان‌های شهرضا که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع:

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

در میزان رعایت حریم اطلاعاتی در بخش مراقبت ویژه قلب با بخش‌های عمومی می‌تواند به دلیل بسته بودن این بخش‌ها باشد. کمترین مورد رعایت شده در بعد اطلاعاتی حریم خصوصی در هر دو بخش مربوط به سؤال نکردن در مورد زندگی خصوصی بیماران بود و این مورد در بخش داخلی در ۷۹ درصد موارد و در بخش جراحی ۶۹ درصد موارد رعایت نشده بود. کهن و همکاران (۱۳۸۶)، معتقد بودند که مطرح نکردن سؤال خصوصی بیمار با دیگران از مواردی است که به میزان کمی رعایت می‌شود [۱۰]: درحالی‌که در مطالعه آقاجانی و دهقان نیری (۱۳۸۶)، عدم پرسیدن سؤالات شخصی و بی‌مورد با بیماری و درمان از مواردی بود که در ۶۶/۹ درصد از موارد کاملاً رعایت شده بود [۱۴]. شنیدن صدای مکالمه بیماران دیگر با کارکنان از مواردی بود که در مطالعه حاضر در هر دو بخش رعایت نشده بود که با یافته‌های مطالعه آقاجانی و دهقان نیری (۱۳۸۶)، مطابقت دارد.

در پژوهش حاضر بین متغیرهای دموگرافیک مطالعه (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سطح اقتصادی، مدت‌زمان بستری و تعداد دفعات بستری) و میانگین نمرات رعایت حریم خصوصی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$). یافته‌های پژوهش کهن و همکاران (۱۳۸۶)، نیز بیانگر عدم وجود رابطه معنی‌دار بین ویژگی‌های دموگرافیک مذکور و رعایت حریم خصوصی بیماران بود [۱۰]. عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین متغیرهای دموگرافیک مطالعه و میزان رعایت حریم خصوصی بیماران می‌تواند بیان‌کننده این نکته باشد که نیاز به رعایت حریم خصوصی در تمامی موارد، احتمالاً یکسان بوده و نیازمند توجه خاص از سوی پرسنل پرستاری در تمام موارد می‌باشد.

نتیجه‌گیری:

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که میزان رعایت حریم خصوصی بیماران زن در هر دو بخش داخلی و جراحی مشابه می‌باشد، اما این مقادیر در هیچ‌یک از بخش‌های مذکور مطلوب نیست و نشان‌دهنده ضعف سیستم ارائه خدمات مراقبتی در رعایت حریم خصوصی بیماران زن می‌باشد. این موضوع می‌تواند نتایج درمانی و مراقبتی را تحت تأثیر قرار دهد. لذا به مسئولین و

References:

1. Parsa M. Medical privacy and secrecy in its different aspects. Tarikh Va Akhlagh Pezeshki 2010;4: 1-13. (Persian).
2. Mehrdad N, Parsayekta Z, Joulaei S. A study of patients' privacy overview. Hayat 2004; 10(23): 87-95. (Persian)
3. Mehrabi N. The importance of privacy and confidentiality of patients by health care workers. J Paramed Fac 2008; 4(2):24-26. (Persian)
4. Rahmdel M. The human right to privacy. J Fac Law Political Sci 2004; 70: 119-145. (Persian)

5. Nargesi Khorramabad N. The dimensional of patient's right according to the Quran and Islamic tradition. *J Med Jurisprudence* 2011; 3(9):11-35
6. Kemp R, Moore A. Privacy. *Libr Hi Tech* 2007; 25(1): 58-78.
7. Kalroozi F, Dadgari F, Zareiyan A. Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. *Iran J Mil Med* 2010; 12(3): 143-148. (Persian)
8. Hydari MR, Anushe N, Azad T, Mohamadi E. The process of patient privacy: foundations of a theory of data. *J Med Sci, Yazd MARTYR* 1390;19(5):644-54. (Persian)
9. Gahramanian A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Mohajjel Agdam A. Patients- and Nurses' Perspectives on Respecting Patients' Privacy During Nursing Care. *Iran J Nurs* 2008, 21(55): 37-45. (Persian)
10. Kohan N, Sabzevari S, Nakhaee N, Kohan M. Reviews of surgical patients in university hospitals to comply with the Privacy [Dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Science; 2007: 40-47. (Persian)
11. Bostani Khalesi Z, Reza Masoule Sh, Abedinzade M. Evaluation of the Patients, Doctors and Nurses View Points about Patient Bill of Rights in Rasht Public Hospitals. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(2): 91-95. (Persian)
12. Adib Hajbaghery M, Zehtabchi S. Evaluation of elderly patients' privacy and their satisfaction level of privacy in selected hospitals in Esfahan. *Med Ethics J* 2014; 8(29):97-120 (Persian)
13. Karro J, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringement in an emergency department. *Emerg Med Australas* 2005; 17(2): 117-123.
14. Nayeri ND, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 167-77. (Persian)
15. Sarkhil H, Darvishpoor A, Borzabadi Farahani Z. Respecting patient's privacy in cardiac care units of Tehran's selected hospitals. *Cardiovasc Nurs J* 2013; 2(2): 40-47. (Persian)
16. Jahanpour F, Rasti R. Viewpoints of Nurses and Patients on Paying Respect to the Privacy of Patients in Care. *J Mazand Univ Med Sci* 2013; 24(1): 34-42. (Persian)
17. Torabizadeh K, Mohamadi E, Ebrahimi H. Related to patient privacy and dignity: review of the literature. *J Med Ethics* 2012; 9:119-32. (Persian)
18. Back E, Wikblad K. Privacy in hospital. *J Adv Nurs* 1998; 27(5): 940-945.
19. Salehi T, Eyni E, Sadeghe T. Effect of nursing staff regarding the privacy of information on patients in the emergency department. *Iran J Nurs Res* 2015; 10(1): 66-75. (Persian)
20. Yousefi Maghsoudbeiki H, Naderi M, Tajmiri M, Daryabeygi R. Privacy as an aspect of human dignity in nursing. *J Educ Ethics Nurs* 2013; 2(4): 21-27. (Persian)
21. Cohen DL, McCullough LB, Kessel RW, Apostolides AY, Heiderich KJ, Alden ER. A national survey concerning the ethical aspects of informed consent and role of medical students. *J Med Educ* 1998; 63(11): 821-829.
22. Barlas D, Sama AE, Ward MF, Lesser ML. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Ann Emerg Med* 2001; 38(2): 135-139.
23. Yaghmaee M, Dashipour E. Evaluation of the knowledge of Hazrat Ali ibn Abi Talib patients were hospital staff to patient rights and professional ethics in 1386. 2th International Congress of Medical Ethics: 2008, Iran: Tehran; 2008. (Persian)

Comparing Respecting to different aspects of female patients' privacy in women's medical & surgical wards in Shahreza hospitals in 2016

Shayesteh Salehi^{*1,2}, Zahra Jali²

Received: 2017/9/06

Accepted: 2018/27/08

1 Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

2 Nursing Department, Nursing and Midwifery School, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.6, No.1&2, Spring & Summer 2017

J Educ Ethics Nurs 2017;6(1&2):15-23

Abstract:

Introduction:

The need to respect privacy is one of the most important concepts in nursing and ethics of health care and treatment. This study aimed to compare the various aspects of privacy of female patients in women's medical & surgical wards.

Methods & Materials:

This research is a descriptive - comparative cross-sectional study in which 100 people two groups of female patients in wards of internal medicine and surgery in shahreza hospitals were selected by convenience sampling. The data collecting tool consisted of two parts: demographic information and questionnaire of privacy including 47 questions on various aspects of privacy: Physical privacy (12 items), mental privacy (14 items), social privacy (8 items) and the privacy of information (13 items). For data analysis, descriptive statistics and variance analysis were performed using SPSS version 15.

Results:

The results showed that there was no significant difference between respecting privacy of female patients in medical and surgical wards ($P > 0.05$) and both wards respect to patient privacy equally. Also, there was no statistically significant association between respecting to privacy and demographic variables ($P > 0.05$).

Conclusion:

In order to improve respect to female patient privacy, it is needed that hospital managers and authorities take particular attention to this issue and try to provide the necessary facilities and remove barriers for respecting patient privacy. Also, the systematic training of nursing students and staff about privacy should be considered.

Keywords: Privacy, Female Patients, Medical & Surgical Wards

* Corresponding author Email: sh.salehi@khuisf.ac.ir