



فرایند حفظ حریم بیماران: یک نظریه داده بنیان

محمد رضا حیدری^۱، منیره انوشه^{۲*}، تقی آزاد ارمکی^۳، عیسی محمدی^۴

۱- دانش آموخته دکتری پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

۲-۴ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۳- استاد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: رعایت اخلاق و آداب و توجه به ارزش‌های الهی و انسانی در همه فعالیت‌ها و تلاش‌های علمی و غیر علمی یکی از امور پذیرفته شده جامعه بشری در هر عصری است. هدف اصلی این تحقیق، تبیین فرایند مواجهه پرستاران با مقوله حفظ حریم بیماران است.

روش بررسی: ۲۱ در این مطالعه که به روش گراند تئوری انجام شد مشارکت کننده از طریق نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند، فرایند نمونه‌گیری، بر اساس مقوله‌های پدیدار شده هدایت می‌شد. تمام مشارکت کنندگان به صورت انفرادی مصاحبه شدند و مصاحبه‌ها در محیط خصوصی انجام و بعد از هر مصاحبه نسخه نویسی آن انجام شد. برای گردآوری داده‌ها نیز، از مصاحبه‌های عمیق و سوالات نیمه ساختاردار و برای تبیین فرایند حفظ حریم بیمار از متدولوژی اشتراوس و کوربین استفاده شد. تحلیل داده‌ها فرایند مداومی بود که در طی گردآوری داده‌ها آغاز شد. روش تحلیل داده‌ها بر اساس کدگذاری سه مرحله‌ای کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی و از طریق خواندن مکرر خط به خط دست نوشته‌ها و یادآورها بود.

نتایج: به دنبال تجزیه و تحلیل داده‌ها، چهار طبقه اصلی ناچالاکتی سیستم، اهتمام جدی نقش آفرینان، تلاش برای حفظ حریم و ایجاد تنش، به عنوان عوامل تاثیر گذار بر حفظ حریم بیماران استحصال شد.

نتیجه‌گیری: آشنایی با چگونگی مواجهه پرستاران با مقوله حفظ حریم بیمار می‌تواند به رشد حرفه‌ای و رعایت حقوق و رضایتمندی مددجویان کمک کند و پرستاران نیز با داشتن حساسیت نسبت به حفظ حریم بیمار می‌توانند انتظارات آنها را به نحو احترام آمیزی برطرف کنند.

واژه‌های کلیدی: حریم بیمار، پرستاری، نظریه داده بنیان

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۵۰۶۵۰۸۸، پست الکترونیکی: anoosheh@modares.ac.ir

مقدمه

بسیاری منجر به شکستن حریم و خلوت بیماران در جریان معاینه می‌شود؛ از جمله برهنگی قبل از شروع معاینه توسط پزشک، برهنگی در حضور اعضاء تیم پزشکی و برهنه بودن قسمت‌هایی از بدن بیمار که ارتباط و ضرورتی به معاینه پزشکی ندارد (۱۷).

در ایران نیز مطالعات مختلفی با رویکرد کمی در زمینه میزان رعایت حقوق بیماران در بیمارستان (۱۸)، میزان آگاهی پرستاران در مورد حقوق بیمار (۱۹) میزان آگاهی و رعایت منشور حقوق بیمار در خصوص ابعاد رعایت حفظ شان و مقام بیمار (۲۰) میزان ارتباط آگاهی بیماران از حقوق خود و رضایتمندی آنها (۲۱) رعایت خلوت بیمار (۲۲) صورت گرفته است و یافته‌های آنها حاکی از مطلوب نبودن تامین نیاز بیماران به حفظ حریم و کرامت آنها می‌باشد و از سوی دیگر این تحقیقات به صورت اختصاصی به بررسی نیازهای بیمار از نظر حفظ حریم و قلمرو انسانی نپرداخته‌اند و با توجه به اینکه تحقیق کیفی برای موقعیتی مناسب است که دانش ما در مورد آن محدود است لذا محققین بر آن شدند تا تحقیقی مبتنی بر رویکرد کیفی با هدف تبیین تجربه و چگونگی مواجهه پرستاران با مقوله حفظ حریم و کرامت بیمار انجام دهند.

با توجه به اهمیت این موضوع در سیستم پرستاری و با توجه به خلاء نظریه بومی در این زمینه، هدف اصلی این تحقیق، نظریه پردازی در باب چگونگی مواجهه پرستاران با مقوله حفظ حریم و کرامت بیمار با تاکید بر پدیده مراقبت همگن از بیمار و بر اساس تجربه آنان است. انتظار می‌رود از این طریق بتوان چارچوب‌های نظری راهگشایی را درباره الگوی مطلوب در این زمینه ارائه داده و راه را برای حل مسئله در این بخش هموار کرد. شایان ذکر است که با تولید تنها یک نظریه نمی‌توان به همه ابعاد این موضوع پرداخت؛ به وسیله این نظریه باید بتوان بخشی از عوامل مؤثر بر پدیده را توضیح داد.

روش بررسی

از آنجا که هدف این پژوهش نظریه پردازی در باب چگونگی مواجهه پرستاران با مقوله حفظ حریم بیمار است از راهبرد

حفظ حریم از نیازهای اساسی بشر و از جمله مفاهیم بسیار مهم پرستاری و اخلاق مراقبت و درمان است (۱) که امروزه از آن به عنوان یک حق اساسی یاد می‌شود (۲،۳) و بیماران صرف نظر از موقعیت و وضعیت سلامتی، نسبت به حریم خود انتظاراتی دارند (۴). حریم، مفهوم مرکزی مراقبت پرستاری است (۵). مفهوم حریم که از کلمه لاتین Privatus و به معنی محروم کردن و بی نصیب شدن است (۶) برای اولین بار در سال ۱۹۶۸ توسط مینکلی مطرح شد (۷). حریم هر کس، حسی است که هر فرد بالغ نسبت به هویت، شأن، استقلال و فضای شخصی خود دارد (۸). به طور نمونه در زدن در هنگام ورود به اتاق بیمار، نشانه حمایت و حفظ خلوت بیمار (۹) و عدم استفاده از لمس فیزیکی غیر ضروری عاملی برای حفظ حریم بیمار است (۱۰). تکریم فرهنگ، احترام به ارزش‌ها و هنجارها (۱۱) و مراقبت شدن از سوی افراد با جنسیت همگن، از حقوقی است که آرامش و آسایش روانی و روحی بیماران را به دنبال داشته و از مسئولیت‌های اولیه پرستاران بالینی می‌باشد (۱۲) و به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد بیماران، لازم است مراقبت به گونه‌ای به عمل آید که نیازهای فرهنگی، قومی و زبانی آنان را به طور مؤثر برآورده کند (۱۳).

هدف تمامی مطالعاتی که در مورد مفهوم حفظ حریم و خلوت بیمار صورت گرفته است ارتقاء و بهبود استانداردهای مراقبتی می‌باشد و مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که تحقق حفظ حریم در بیماران با پرستاری فرهنگی ارتباط دارد (۱۴).

مطالعه‌ی Kuzu و همکاران (۲۰۰۶) در ترکیه نشان داد که حق خلوت و حریم شخصی بیماران ۶۸/۱ درصد موارد حفظ می‌شود (۱۵). نتایج مطالعه Nayeri و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که احترام به قلمرو ۵۰/۶ درصد بیماران، ضعیف یا متوسط بوده است (۳). همچنین یافته‌های مطالعه Erdil و Korkmaz (۲۰۰۹) مشخص کرد که قلمرو برخی از بیماران نادیده گرفته می‌شود (۱۶).

نتایج مطالعه Parrott و همکاران (۱۹۸۹) نشان داد دلایل

ابتدا ضمن یکپارچه‌سازی و خالص نمودن طبقات، در مورد انتخاب مقوله مرکزی تصمیم‌گیری شد و سپس با استفاده از پارادایم مدل، مقولات بر گرد مقوله اصلی ربط داده شدند.

در طول پژوهش روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. در مطالعات کیفی چهار معیار برای اعتماد‌پذیری مطالعه پیشنهاد شده است: مقبولیت، انتقال‌پذیری، همسانی و تأییدپذیری. پژوهشگران با برقراری تماس طولانی با مشارکت‌کنندگان و با محیط پژوهش، ارایه اطلاعات در ارتباط با اهداف طرح به شرکت‌کنندگان به جهت جلب اعتماد آنها در طی مصاحبه‌ها، بررسی مداوم داده‌ها، ضبط صدا و پیاده نمودن و تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از مصاحبه و بازخورد آن برای مصاحبه‌های بعدی برای افزایش مقبولیت داده‌ها استفاده نمودند.

تأییدپذیری داده‌ها از طریق بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و ناظرین و استفاده از نظرات اصلاحی آنها آزمون گردید. برای بررسی انتقال‌پذیری مطالعه نتایج در اختیار چند تن از پرستاران که در تحقیق شرکت نداشتند گذاشته شد و از آنان خواسته شد که نتایج را با تجربه خودشان مقایسه نمایند.

نتایج

۲۱ پرستار بالینی شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهر تهران، با حداقل ۵ سال سابقه کار با بیماران مختلف، در پژوهش مشارکت داشتند. میانگین سابقه کار آنها ۱۸ سال و میانگین سنی آنها ۳۳ سال بود. با بررسی و موشکافی و مقایسه مداوم داده‌های برخاسته از زمینه، در پایان فرایند کدگذاری باز، در مجموع ۱۰ مقوله مشخص گردید. در طی کدگذاری محوری با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در بین این مقوله‌ها و همچنین در نظر گرفتن پارادایم مدل، نسبت به تحلیل و تقلیل مقوله‌ها اقدام گردید. به این ترتیب در کدگذاری محوری چهار مقوله مفهوم پردازی شد که بر اساس پارادایم مدل می‌توان آنها را به صورت شرایط علی، شرایط میانجی، کنش‌ها و کنش‌های متقابل و همچنین پیامدها نشان داد. در جدول شماره ۱، مقوله‌های ایجاد شده در دو مرحله کدگذاری باز و کدگذاری محوری نشان داده شده است.

پژوهشی گراند تئوری (Grounded Theory) استفاده شده است. روش گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار بوده و اساس تحلیل رویکرد اشتراوس و کوربین می‌باشد.

برای انتخاب افراد از پرستارانی استفاده شد که دارای حداقل سابقه ۵ سال کار بالینی بودند و تمایل داشتند به مشارکت در تحقیق مشارکت کنند و تجارب خود را به راحتی در میان می‌گذاشتند. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم تمایل مشارکت کننده به ادامه مصاحبه بود.

در تحقیقات کیفی قبل از انجام تحقیق نسبت به تعیین تعداد نمونه اقدامی صورت نمی‌گیرد، بلکه تعداد نمونه‌ها باید در حدی باشد که به تبیین و شناخت مسئله مورد نظر کمک کند و منجر به اشباع یا اقناع اطلاعاتی مورد نظر گردد و در واقع با افزایش تعداد نمونه‌ها داده‌های جدیدی حاصل نگردد. نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت به طوری تعداد مشارکت‌کنندگان به ۲۱ نفر رسید تجزیه و تحلیل بعد از پیاده کردن و تایپ مصاحبه‌ها صورت گرفت.

تحلیل داده‌ها طی فرایندی منظم و در عین حال مداوم از مقایسه داده‌ها بود و برای این کار از فرایند سه مرحله‌ای کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی استفاده شد. برای کدگذاری باز، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و جملات اصلی آن استخراج شد و به صورت کدهایی ثبت گردید و سپس کدهای مشابه در دسته‌هایی قرار گرفتند. در کدگذاری محوری، طبقات به طبقات فرعی خود ربط داده می‌شدند تا تبیین‌های دقیق‌تر و کامل‌تری درباره پدیده ارایه شود. همچنین در کدگذاری محوری دسته‌های اولیه‌ای که در کدگذاری باز تشکیل شده بودند با هم مقایسه و آنهایی که با هم شباهت داشتند حول محور مشترکی قرار می‌گرفتند. بر اساس مدل پارادایمی، توجه به شرایط، زمینه و پیامدهای هر طبقه در این مرحله ضروری بود. کدگذاری انتخابی فرایند یکپارچه سازی و پالایش مقوله‌ها است؛ به این ترتیب که محقق با ایجاد یک آهنگ و چیدمان خاص در بین مقوله‌ها، آنها را برای ارائه و شکل دهی یک تئوری تنظیم می‌کند. در کدگذاری انتخابی،

جدول ۱: مقوله‌های حاصل شده بر اساس مدل پارادایم

مدل پارادایم	مقوله‌ها در پایان کدگذاری محوری	مقوله‌ها در پایان کدگذاری باز
شرایط علی	ناچالاکسی سیستم	کمبود فضای فیزیکی، ترکیب نامناسب پرسنل، غفلت در رعایت حریم
شرایط میانجی	اهتمام جدی نقش آفرینان	چارچوب‌های ارزشی ذینفعان (خانواده، بیمار، سیستم)، تعمیق و موشکافی نیازهای مددجو
کنش و کنش متقابل	تلاش برای حفظ حریم	حفظ حق حریم شخصی، مدیریت بهینه
پیامد	ایجاد تنش	شکایت و اعتراض، امتناع از مراقبت شدن، وقفه در درمان

۲- ترکیب نامناسب پرسنل: نبودن پرستاران از هر دو جنس در بخش‌هایی که بیماران به صورت مختلط بستری می‌شوند از دغدغه‌هایی بود که بیشتر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. توصیف زیر از منظر یکی از مشارکت‌کنندگان است:

"تلاش می‌کنیم که مراقبت‌هایمان جنسیتی باشد یعنی حتماً آقا را به آقا و خانم را به خانم بدهیم، ولی متأسفانه در بخشمون همکار خانم خیلی کم داریم." (ش ۲)

"بخش وقتی سلوغ باشه پرسنل خانم مجبور بشه کار پرسنل آقا رو... البته تا حد امکان رعایت مسایل می‌شه." (ش ۳)

۳- غفلت در رعایت حریم: صرف‌نظر از اینکه رعایت حریم بین زن و مرد از الزامات و بایسته‌های دینی به شمار می‌رود ولی مشاهده می‌شود که غفلت و یا عدم آگاهی پرسنل درمانی از برخی احکام شرعی اعتراض بیماران را به دنبال دارد. توصیف یکی از مشارکت‌کنندگان چنین است:

"اولین بار که پیش وی رفتم بدون هیچ توضیحی، به محض اینکه من دستم را روی دستش گذاشتم بلافاصله دستش را کشید جا خوردم و گفتم: چی شد. خب مریض‌ها به خاطر کاهش اندیکس‌های خونی دچار خونریزی اکیموز، پتشی و پورپورا و دردهایی می‌شوند و یک لحظه فکر کردم شاید اکیموزی بوده است که من موجب درد در وی شده ام. گفتم چی شد؟ گفت نه شما نامحرمید." (ش ۴)

ب) اهتمام جدی نقش آفرینان

مفاهیم چارچوب‌های ارزشی ذینفعان (خانواده، بیمار، سیستم) و تعمیق و موشکافی نیازهای مددجو تحت عنوان اهتمام جدی نقش آفرینان مشخص شدند. این مفاهیم شرایطی

با توجه به ابعاد و ویژگی مقوله‌های ناچالاکسی سیستم؛ اهتمام جدی نقش آفرینان؛ ایجاد تنش، آنها را می‌توان به عنوان شرایط علی، شرایط میانجی، و پیامد در نظر گرفت. در بخش بعدی به چگونگی شکل‌گیری هر یک از این مقوله‌ها و ابعاد آنها با ذکر نقل قول‌هایی از مشارکت‌کنندگان پرداخته می‌شود.

الف) ناچالاکسی سیستم

در این مطالعه ناچالاکسی سیستم، تحت عنوان سه زیر مجموعه کمبود فضای فیزیکی، ترکیب نامناسب پرسنل، غفلت در رعایت حریم، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱- کمبود فضای فیزیکی: مفهوم کمبود فضای فیزیکی به شرایط خاصی که بر فضای ساختاری بخش‌ها حاکم است اشاره داشت. کمبود فضا برای تخصیص بخش‌های مستقل به زنان و مردان و یا چگونگی آرایش اتاق‌ها و قسمت‌های مختلف بخش برای بستری زنان و مردان از پدیده‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان با آن مواجه بودند. این امر به خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه مشهود است که بنا به ضرورت اجبار به بستری بیماران زن و یا مرد در کنار یکدیگر می‌نمایند. توصیف یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص این‌گونه است:

"چون با توجه به اینکه بخش CCU هم بخشی است که مثل بخش‌های دیگه نیست که اتاقشون جدا باشد و مثلاً مریضی خانوم در کنار هم باشند یا مریضی آقا در کنار هم باشند، یک بخش مختلط هست. خیلی برای مریضا اهمیت داره که مثلاً ما حتی تو خوابوندن بیماریایی که تخت روبروی مریض خانومی که محجبه است حتماً خانوم باشه. یا تخت کناریش دید داره یا روبروش که دیداره حتماً خانوم باشد یا حتماً آقا باشد." (ش ۱)

آقا اومده مثلاً فشارشو بگیره حالا به دستشو هم حالا بی احتیاطی یا آگاهی یا نا آگاهی مثلاً خورده اینجا. اون خانوم رفته بود شکایت کرده بود. " (ش ۷)

مشارکت کننده دیگر در مورد اعتراض خانواده بیمار چنین اظهار می‌دارد:

"همراه مریض اومده بود گفت من اصلاً دوست نداشتم خانوم من را آقا بذاره روی برانکار. ما هم گفتیم عزیزجون بین اولاً که خانومش سنگین بود. اگه خدمه آقا نبود یعنی واقعا خانوما از عهدش بر نمی‌اومدند. برای یک گرافی می‌خواست بره پایین. اومد و به ذره اعتراض کرد گفتیم بین عزیز نگاه کن مریض همه جاش پوشیده است و این داره کنارملافه را می‌گیره بین ملافه را داره بلند می‌کنه اصلاً دست نمی‌زنه. توجیه شد خیلی قانع شد. " (ش ۸)

۲- عدم تمکین: دغدغه فکری بیماران در هنگامی که پرستار همگن در مراقبت از وی مشارکت دارد گاهی موجب امتناع وی از پذیرش مراقبت و درمان می‌شود. یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید:

"ولی خب توی تعصب ما، حتی مریض‌ها بعضی موقع‌ها، مثلاً بر فرض مریضی جراحی قلب که چست تیوب می‌خواهیم بگذاریم همراه پزشک کمک می‌کنیم، خیلی‌هایشان مخالف‌اندحالا یا ما توی اون شیفت خانم نداریم که اون موقع مثلاً... البته توی جراحی‌ها کمتر چیز دارند. ولی خوب مریض‌ها بعضی‌هایشان شدیداً به خاطر تعصبی که دارند به قول معروف مخالفت می‌کنند. " (ش ۹)

۳- وقفه در درمان: مشارکت کنندگان اظهار می‌داشتند که برخی بیماران به علت عدم دسترسی به پرستاری که هم جنس وی باشد از بیان نیازهای خود سرباز زده که این امر موجب وقفه در سیر درمان آنها می‌شود. یکی از شرکت کننده‌ها چنین اظهار می‌دارد:

"مریض خانومی داشتیم که می‌گفت حتماً باید کار منو به خانوم انجام بده. یعنی ما قربون صدقه اش می‌رفتیم می‌گفتیم خانوم بین ما الان اینجا خانوم نداریم شیفت شب هم بودیم دیگه، می‌گفتیم الان خانوم نداریم. می‌گفت نه... به هر حال وقفه می‌افتاد تو معالجات مریض دیگه. به هر حال پزشک هم تا ۱ صبح ۲ صبح دردسترس نبود. " (ش ۱۰)

در طی کدگذاری انتخابی و برای تعیین مقوله مرکزی،

هستند که تأثیر شرایط ناچالاکتی سیستم را کم کرده یا تسهیل می‌کنند.

۱- چارچوب‌های ارزشی ذینفعان: فرهنگ کنونی در کشور ایران، آمیزه‌ای از باورهای اسلامی و ایرانی است که قدمت بس دیرینه‌ای دارد. با توجه به فرهنگ دین محوری حاکم بر بیماران، نقش ارزش‌ها و باورهای فرهنگی و مذهبی به عنوان عاملی تعیین کننده در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت شناخته شده و مورد تأکید می‌باشد. جهت‌گیری بیمار، خانواده و مراقبین، به عنوان سه رکن و نقش‌آفرین اصلی سیستم مراقبت و درمان، از عوامل تأثیرگذار مهم بر راهبردهایی است که برای ارائه و ارتقاء مراقبت‌ها تدوین می‌شوند. یکی از مشارکت کنندگان ضمن اشاره به اینکه متأسفانه هنوز ذهنیت‌های غلط در مورد پرستاران در بین خانواده‌ها وجود دارد چنین می‌گوید:

"مثلاً یک بار دختر خانمی را اینجا بستری کرده بودند و بعد اصرار که ما هم باید باشیم. ایراد نداره می‌تونی باشی. ولی منتها ما این مشکلات رو داریم. نه، من حتماً باید باشم. " (ش ۵)

۲- تعمیق و موشکافی نیازهای مددجو: تعمیق و موشکافی نیازهای مددجو و پی بردن به ابعاد مختلف نیازهای وی از پیش نیازهای مراقبت کل نگر می‌باشد. یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید:

"وقتی صحبت از مراقبت می‌شود مراقبت امری کاملاً انفرادی و شخصی است یعنی شامل و تابع ارزش‌ها و باورها و فرهنگ می‌شود، به مسایل عقیدتی مربوط می‌شود به سطح تحصیلات و سطح اجتماعی و به مجموع این‌ها. " (ش ۶)

ج) ایجاد تنش

در این مجموعه، مفاهیم شکایت و اعتراض، عدم تمکین و وقفه در درمان از داده‌ها اقتباس شدند.

۱- شکایت و اعتراض: زمانی که به دلایل مختلف رعایت شئون بیمار صورت نمی‌گیرد پیامدهایی همچون اعتراض و یا شکایت بیماران از پرسنل را به دنبال دارد. یکی از شرکت کننده‌ها می‌گوید:

"... فرداش که اومدم گفتند که آره اون خانم رفته شکایت کرده که این

دستکش بکن دستت چون اون هم ناراحت است تا اینکه یواش یواش بتونند ارتباط چیز داشته باشند. " (ش ۱۲)

کدگذاری انتخابی فرایند یکپارچه سازی و پالایش مقوله‌ها است به این ترتیب که محقق با ایجاد یک آهنگ و چیدمان خاص بین مقوله‌ها آنها را برای ارائه و شکل دهی یک تئوری تصویر تنظیم می‌کند لذا در ادامه کدگذاری انتخابی، سعی شد با کنار هم نهادن مقوله‌ها در حول مقوله مرکزی، یک روایت تئوریک برای پدیده ارائه گردد و بین مفاهیم و مقوله‌ها، ارتباطی نظام مند ایجاد شود. روایت تئوریک به دست آمده در این مطالعه عبارت است از:

بر اساس بیانات و تعاملات مشارکت‌کنندگان و تجزیه و تحلیل مستمر و مقایسه‌ای داده‌ها، می‌توان گفت که مشارکت‌کنندگان در مواجهه با پدیده حفظ حریم و کرامت بیماران، در محیطی که متأثر از ساختار فرهنگی، اجتماعی حاکم بر جامعه و نشأت گرفته از باورها و اعتقادات اسلامی- ایرانی است با نیازهای ابراز شده بیماران مواجه‌اند که دارای ارزش‌ها و باورها و فرهنگ‌های متنوع می‌باشند. در این بستر، به علت ناچالاکی سیستم، که با ویژگی‌هایی همچون کمبود فضای فیزیکی، ترکیب نامناسب پرسنل، غفلت در رعایت حریم مشخص می‌شود، شرایطی به وجود می‌آید که با تامین ناکامل حق حفظ حریم و حرمت بیماران همراه است، در چنین وضعیتی، نقش آفرینان با در نظر گرفتن چارچوب‌های ارزشی دینفعان (خانواده، بیمار و سیستم) و تعمیق و موشکافی نیازهای مددجو، تلاش و اهتمام جدی دارند تا با حفظ حق حریم شخصی و مدیریت بهینه امکانات به کنترل و اداره مسایل به وجود آمده، مانند شکایت و اعتراض، امتناع از مراقبت شدن و وقفه در درمان بپردازند.

بحث

تجزیه و تحلیل بیانات مشارکت‌کنندگان نشان داد که پرستاران با نیازهای فرهنگی مختلفی از جانب بیماران مواجه‌اند که به دلیل ناچالاکی سیستم حق حفظ حریم و حرمت آنان به صورت کافی تامین نمی‌شود و در چنین بستری سعی و تلاش پرستاران در جهت اداره و کنترل این پدیده

محقق باید آن را از میان مقوله‌هایی که در طول مطالعه ظاهر شده‌اند انتخاب کند. با نگاه به فهرست مقوله‌های ایجاد شده (ناچالاکی سیستم، تلاش برای حفظ حریم و کرامت، اهتمام جدی نقش آفرینان و ایجاد تنش، ساختار فرهنگی، اجتماعی جامعه) دیده می‌شود که مفهوم تلاش برای حفظ حریم و کرامت تقریباً تمامی مفاهیم و طبقات را به صورت مستقیم و غیرمستقیم تحت الشعاع قرار می‌دهد. همچنین سایه این متغیر در تمامی طبقات به وضوح دیده می‌شود و عامل ارتباط دهنده کلیه مفاهیم و مقوله‌های به دست آمده از پژوهش نیز می‌باشد. مقوله تلاش برای حفظ حریم و کرامت از زیرمقوله‌های حفظ حق حریم شخصی استفاده بهینه تشکیل شده است. برای پی بردن به فرایند انتخاب تلاش برای حفظ حریم و کرامت به عنوان مفهوم مرکزی، در زیر شرح و بسط این مقوله‌ها به همراه گوشه ای از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان آورده شده است:

۱- حفظ حق حریم شخصی

کمک گرفتن از پزشک یا رزیدنت هم جنس با بیمار، صدا کردن همراه بیماران دیگر، کمک گرفتن از کادر خدمات و درخواست کمک از بخش‌های دیگر از جمله اقداماتی است که مشارکت‌کنندگان برای حفظ حریم بیماران خود مورد استفاده قرار می‌دادند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

"ما معمولاً سعی می‌کنیم کارایی که مثلاً آگه واقعا مربوط به آقایون باشه یا از رزیدنت‌ها کمک می‌گیریم یا از کمک بهیارها دارم کمک می‌گیرم. " (ش ۱۱)

۲- مدیریت بهینه

مشارکت‌کنندگان ضمن درک نیازهای فرهنگی بیماران، سعی داشتند تا برای حفظ حریم آنان از هر اقدامی که در توان آنها بود بهره بگیرند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

".... خوب ایشون دوست ندارند که یک خانوم بهشون دست بزنه... ما آقا هم نداشتیم که من معمولاً این چیزا رو رعایت می‌کنم مثلاً اگر آقا داشته باشیم نرس آقارو می‌دارم مسئولشون. ولی ما صبح آقا نداشتیم. بنابراین به نرس گفتم که چون ایشون ناراحت از اینکه شما کارشون رو انجام بدید مثل اینکه آقا گفته بودند شما دستکش دستتون بکنید گفتم این کارو بکن و

می‌باشد.

حفظ شان و منزلت بیمار به عنوان یکی از مسایل مهم و عمده‌ی اخلاقی از گذشته تا به حال مطرح بوده است. برآیند مطالعه حاضر حاکی از آن است که محیط کاری پرستاران متأثر از ساختار فرهنگی، اجتماعی حاکم بر جامعه و نشأت گرفته از باورها و اعتقادات اسلامی- ایرانی است و در چنین بستر و زمینه‌ای است که اعمال و رفتارهای پرستاری شکل می‌گیرد به گونه‌ای که در چنین بافتی عدم توجه به فرهنگ حاکم بر مددجویان منجر به بروز مشکلاتی همچون شکایت از آنان می‌گردد. در حالی که رهبران، فرهنگ سازمانی را در بدو تأسیس سازمان شکل می‌دهند و ممکن است آن را در طول زمان تغییر دهند، اما در کوتاه مدت، این فرهنگ است که رهبران و محیطی را که در آن ایفای نقش می‌کنند تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در همین زمینه نتایج مطالعه Andrews حاکی از آن است که اثرات متقابل فرهنگ مددجو، مراقبت کننده و سازمان؛ می‌توانند موانعی را به وجود آورند که تضاد فرهنگی و حتی از دست رفتن اعتماد مددجو یا بی میلی وی نسبت به دستیابی به خدمات را سبب شود (۲۳). در حالی که بر اساس بیانیه حقوق بیمار وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۲۰۰۱) بیمار حق دارد تا مراقبت محترمانه و قابل ملاحظه صرف نظر از نژاد، فرهنگ و مذهب دریافت کند (۲۴)، اما یافته‌های این مطالعه نمایانگر آن است که شرایط لازم برای تحقق این امر فراهم نمی‌شود به گونه‌ای که در مطالعه حاضر، کمبود فضای فیزیکی و کمبود نیروی انسانی از عوامل مرتبط با ناچالاکتی سیستم بودند که نقش برجسته‌ای در تصمیم گیری‌های بالینی و تامین ناکامل حق حفظ حریم و حرمت بیماران ایفا می‌کرد.

Joolae و همکاران (۲۰۰۷) مقوله کمبود پرسنل را از سدهای مهم در عدم اجرا و رعایت حقوق بیمار برشمرده‌اند (۲۴) و نتایج تحقیق Houshmand و همکاران (۲۰۰۷)، نیز هم راستا با یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که فراهم کردن امکانات و تجهیزات ضروری و وجود نیروی کار به تعداد کافی از عوامل سازمانی تسهیل کننده رعایت حقوق بیماران می‌باشند (۱۹).

انجام احکام شرعی راهگشای سلامت و آسایش روحی، اجتماعی و در نتیجه بهبود وضع جسمی بیماران بوده و بی توجهی به آن احساس عدم امنیت را بدنبال خواهد داشت (۲۵). یافته‌های پژوهش هم بیانگر آن بود که عدم رعایت حریم بیماران، موجبات ناراحتی و عدم آسایش پرستار، بیمار و خانواده را فراهم آورد که با یافته‌های Aghajani و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر سطح نامناسب رعایت حریم اکثریت بیماران (۲۶) و Matiti و Trorey (۲۰۰۸) مبنی بر عدم رضایت تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران از حفظ حریم خود در بیمارستان (۴) هم‌خوانی دارد. این در حالی است که نتایج پژوهش Hajavi و همکاران (۲۰۰۵) نشان‌دهنده آن است که حق حریم شخصی در منشور حقوق بیمار اکثر کشورها به جز ایران وجود دارد (۲۷). حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در فرد گشته و یکی از دلایل رفاه و سلامتی است و هر چند فضای شخصی به عنوان شرط لازم برای حفظ حریم و خلوت بیمار مطرح است (۲۸) ولی یافته‌های این تحقیق مشخص کرد که مواردی همچون شکایت و اعتراض، امتناع از مراقبت شدن و وقفه در درمان، ایجاد تنش در بیماران را به دنبال دارد. یافته‌های مطالعه Leino-Kilpi و همکاران (۲۰۰۱) نیز تاییدی بر این نکته است که بیماران به کرات از دست دادن حریم خود را تجربه می‌نمایند و دچار استرس می‌شوند (۱). نتایج مطالعه Kolahi و Sohrabi (۲۰۰۸) نیز به تاثیر رعایت حقوق بیماران بر کاهش صدمات جسمی و روحی اشاره دارد (۱۸).

نگاه سطحی به نیازهای بیمار از یافته‌های دیگر این تحقیق بود. یافته‌های مطالعه Houshmand و همکاران (۲۰۰۷) نیز بر این نکته اشاره دارد که حمایت از حقوق بیمار توسط پرستاران تنها زمانی امکان پذیر است که آنان آگاهی لازم را در این زمینه داشته باشند (۱۹). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مشارکت کنندگان علیرغم کمبودهایی که وجود دارد برای حفظ حق حریم شخصی بیماران خود تلاش می‌کنند. نتایج مطالعه Davidson (۱۹۸۹) نیز تاکید دارد که پرستاران با حفظ حریم، ظاهر و نحوه پوشش بیماران خود سعی در حفظ شان و احترام آنان دارند (۲۹).

بیماران را فراهم آورد و به دنبال آن ایجاد آرامش در بیماران و پرستاران را به دنبال داشته باشد اما آشنایی با چگونگی مواجهه پرستاران با مقوله حفظ حریم بیمار می‌تواند به رشد حرفه‌ای و رعایت حقوق و رضایتمندی مددجویان کمک کند و پرستاران نیز با داشتن حساسیت نسبت به حفظ حریم بیمار می‌توانند انتظارات آنها را به نحو احترام آمیزی برطرف کنند.

سیاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین آن مرکز ابراز می‌دارند. در پایان نویسندگان از کلیه کسانی که بی دریغ تجاربشان را مطرح کردند و بی‌تردید بدون مشارکت آنان امکان انجام این تحقیق میسر نبود قدردانی می‌نمایند.

Zoucha و Husted نیز تاکید دارند که توجه به فرهنگ بیماران موجب انتقال مراقبت به سمت یک مراقبت متجانس فرهنگی و با ماهیت اخلاقی می‌گردد (۳۰). یافته‌های این مطالعه بر کمبود فضای فیزیکی به عنوان عامل مهم تاثیرگذار بر رعایت حریم بیماران اشاره داشت. نتایج تحقیق Ebrahimi و همکاران (۲۰۰۷) نیز هم راستا با یافته‌های این پژوهش ارتباط بین نیازها و خواسته‌های بیماران و خانواده‌های آنان از یک سو و محدودیت‌های سازمانی مثل کمبود امکانات، کمبود پرسنل و همین‌طور اختیار نداشتن از سوی دیگر و ایجاد تنش و استرس را نشان می‌دهد (۳۱).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که هر چند به کارگیری راهبردهای مختلف به طور کامل نتوانسته است موجبات فراهم نمودن حفظ حریم

منابع:

- 1- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arndt M. *Privacy: a review of the literature*. Int J Nurs Stud 2001; 38(6): 663-71.
- 2- Woogara J. *Human rights and patients' privacy in UK hospitals*. Nurs Ethics 2001; 8: 234-45.
- 3- Nayeri ND, Aghajani M. *Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study*. Nurs Ethics 2010; 17(2): 167-77.
- 4- Matiti MR, Trorey GM. *Patients' expectations of the maintenance of their dignity*. J Clin Nurs 2008; 17(20): 2709-17.
- 5- Lin YP, Tsai YF. *Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study*. J Adv Nurs 2011; 67(2): 340-8.
- 6- Mehrdad N, Parsayekta Z, Joulaei S. *A study of patients' privacy overview*. Hayat 2004; 10(23): 87-95. [Persian]
- 7- Lemonidou C, Merkouris A, Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, et al. *A comparison of surgical patients' and nurses' perceptions of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions*. Clin Effect Nurs 2003; 7(2): 73-83.
- 8- Woogara JR. *Patient privacy: an ethnographic study of privacy of the person in National Health Service patient care settings, with reference to human rights*. PhD [Thesis]. Guildford: University of Surrey; 2004.
- 9- Yura H, Walsh M. *The Nursing Process*. 5th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1988.

- 10- Edwards SC. *An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch*. J Adv Nurs 1998; 28(4): 809-17.
- 11- Crigger NJ, Holcomb L. *Practical strategies for providing culturally sensitive, ethical care in developing nations*. J Transcult Nurs 2007; 18(1); 70-6.
- 12- McIlveen K, Morse JM. *The role of comfort in nursing care: 1900-1980*. Clin Nurs Res Int J 1995; 4(2): 127-48.
- 13- Rawlings-Anderson K. *Assessing the cultural and religious needs of older people*. Nurs Older People 2004; 16(8): 29-33.
- 14- Seelye A. *Hospital ward layout and nurse staffing*. J Adv Nurs 1982; 7(3): 195-201.
- 15- Kuzu N, Ergin A, Zencir M. *Patients' awareness of their rights in a developing country*. Public Health 2006; 120(4): 290-6.
- 16- Erdil F, Korkmaz F. *Ethical problems observed by student nurses*. Nurs Ethics 2009; 16(5): 589-98.
- 17- Parrott R, Burgoon JK, Burgoon M, LePoire BA. *Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality*. Soc Sci Med 1989; 29(12): 1381-5.
- 18- Kolahi A, Sohrabi M. *Knowledge of patients referred to Imam Hossein Hospital (AS) about the Bill of Rights in 2007*. Teb Va Tazkieh 2008; 16(3-4):65-76. [Persian]
- 19- Houshmand Abas, Joulaei S, Mehrdad N, Bahrani N. *Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics*. Hayat 2007; 12(4):57-66. [Persian]
- 20- Salimi GHA, Yarmohammadian MH, Balouchestani Asl M. *Knowledge and observation of patients' rights by Tamin Ejtemaee medical centers' staff*. J Health Information Management 2006; 3(2): 63-72. [Persian]
- 21- Mossadegh Zadeh A. *Relationship between knowledge of patients to patients rights in hospital and their satisfaction of hospital services*. Teb Va Tazkieh 2007; 7(3):16-24. [Persian]
- 22- Eshkevari Vaskuei KH, Karimi M, Esnaashari H, Kohan N. *Respecting the rights of patients in the hospital affiliated Tehran University of Medical Sciences in 1387*. J Medical Ethics and History of Medicine 2009; 2(4): 47-53. [Persian]
- 23- Andrews MM, Boyle JS, Carr TY. *Transcultural concepts in nursing care*. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.p. 249.
- 24- Joolae S, Tschudin V, Nikbakht- Nasrabadi A, Parsa- Yekta Z. *Factors affecting patients rights Practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians*. Int Nurs Rev 2007; 55(1): 55-61.
- 25- Rezai N. *Application of provisions and health and medical education services*. Tehran: Teimorzadeh; 1998.p. 66. [Persian]
- 26- Aghajani M, Dehghan Nayeri N. *Survey of "the various aspects of patient privacy," in Selected Emergency Department of Tehran University of Medical Sciences*. J Medical Ethics and History of Medicine 2008; 2(1):

- 59-69. [Persian]
- 27- Hajavi A, Tabibi SJAD, Sarbaz Zeinabad M. *Top of form comparative review of patient's bill of rights in selected countries and proposing a proper solution for Iran*. Sci J Forensic Medicine 2005; 10(36): 196-201. [Persian]
- 28- Kerr JA. *Space use, privacy, and territoriality*. West J Nurs Res 1985; 7(2): 199-219.
- 29- Davidson L. *Patient clothing. Time for a change*. Nurs Times 1989; 85(48): 26-9.
- 30- Zoucha R, Husted GL. *The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care*. Issues Ment Health Nurs 2000; 21(3): 325-40.
- 31- Ebrahimi H, Nikraves M, Oskouei SF, Ahmadi FA. *Stress: major reaction of nurses to the context of ethical decision making*. J Iran Unive Med Sci 2007; 14(54): 7-14. [Persian]

Archive of SID

The Process of Patient's Privacy: A Grounded Theory

*Heidari MR(PhD)¹, Anooshe M(PhD)^{*2}, Azadarmaki T(PhD)³, Mohammadi E(PhD)⁴*

¹Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

^{2,4}Department of Nursing, Tarbiat Modares University

³Department of Sociology, University of Tehran, Tehran, Iran

Received: 5 Mar 2010

Accepted: 14 Jul 2011

Abstract

Introduction: Ethics, customs, and divine and human values in all scientific and non-academic issues are accepted among all human societies in different eras. The purpose of this study was to understand the experiences of nursing professionals about the patient's privacy.

Methods: 21 participants were selected by theoretical sampling which was guided by emerging categories. All participants were interviewed individually. Subjects were interviewed in a private setting and transcription was done after each interview. In-depth interviews and semi-structured questions were used for data collection. Corbin and Strauss' Ground theory methodology was applied in order to explain the process of patient's privacy. Data analysis was an ongoing process which was started during data collection. Data analysis method included a three-step coding process including open coding, axial and selective coding through repeated line by line reading of transcripts.

Results: Four central categories were identified from transcripts' constant comparative analysis: weakness of system, actors with serious effort, trying to maintain privacy and tension creation.

Conclusion: Familiarity with how nurses deal with patient's privacy can improve professional development, client satisfaction and observation of their rights. Nurses with sensitivity to patient's privacy can manage their expectations respectfully.

Keywords: Privacy; Nursing; Ethics; Confidentiality; Patient Rights

This paper should be cited as:

Heidari MR, Anooshe M, Azadarmaki T, Mohammadi E. *The process of patient's privacy: a grounded theory*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 19(5): 644-54.

***Corresponding author: Tel:+98 9125065088, Email: anoosheh@modares.ac.ir**