

Original article

A study of patients' and nurses' perspectives on maintaining patient privacy in the hospitals of Abadan University of Medical Sciences: 2025

Maedeh Bashayan¹, Sasan Ghorbani Kalkhaje², Raha Tabahfar³, Mohammad Mahboubi^{2*} 

1. Student Research Committee, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.
2. Associate Professor of Healthcare Services Management Department of Public Health, School of Health Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran. 0000-0001-9422-0714
3. Instructor of Community Health Nursing, Department of Nursing, School of Nursing, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

Article Info.

Received: 16- Nov- 2025

Accepted: 14- Feb- 2026

Abstract

Background and Aims: Respecting privacy is an important principle of professional ethics and quality of care, and its violation can reduce patients' trust and satisfaction. Despite the emphasis in official documents, a gap has been reported between expected standards and patients' actual experiences. This study was conducted to examine the perspectives of patients and nurses regarding privacy observance in the hospitals of Abadan University of Medical Sciences.

Materials and Methods: The present study was descriptive-analytical and cross-sectional in 2025. The population included 165 nurses and 165 hospitalized patients in internal medicine, surgery, infectious diseases, and oncology wards. Sampling was done proportionally by strata. Data were collected using a two-part questionnaire. The first part included demographic information, and the second part consisted of a standard privacy questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative tests (Mann-Whitney, Kruskal–Wallis, and Pearson/Spearman correlation) at a significance level of 0.05.

Results: The average privacy score from the nurses' perspective was 72.39, and from the patients' perspective, it was 66.32; this difference was significant ($p < 0.05$). Among patients, differences between departments were observed, with higher scores in infectious and oncology wards, and lower scores in internal medicine and surgery ($p < 0.001$). There was a strong correlation between nurses' age and years of service, but these variables did not show a significant relationship with the privacy score.

Conclusion: Nurses rated the respect for privacy more optimistically than patients, and there was a significant gap between the views of the two groups. Attention to improving physical infrastructure, maintaining information confidentiality, training the care team, and continuous monitoring, especially in internal medicine and surgical wards, is recommended. Patient participation in providing feedback can help improve the quality of care.

Keywords: Hospital, nurse, patient, privacy

* **Corresponding Author:** Mohammad Mahboubi. Department of Public Health, School of Health Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran. E-mail: mm59m@yahoo.com

How to Cite: Bashayan M, Ghorbani Kalkhaje S, Tabahfar R, Mahboubi M. A study of patients' and nurses' perspectives on maintaining patient privacy in the hospitals of Abadan University of Medical Sciences: 2025. Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences, 2026;31(1): 83-95.



بررسی دیدگاه بیماران و پرستاران در مورد رعایت حریم خصوصی بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان، ۱۴۰۴

مائده باشعیان^۱، ساسان قربانی کلخواجه^۲، رها تباح فر^۳، محمد محبوبی^{۲*}

۱. کمیته تحقیقاتی دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، ایران، آبادان.

۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

۳. مربی پرستاری سلامت جامعه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵

چکیده

مقدمه و اهداف: رعایت حریم خصوصی از اصول مهم اخلاق حرفه‌ای و کیفیت مراقبت است و نقض آن می‌تواند اعتماد و رضایت بیماران را کاهش دهد. با وجود تأکید اسناد رسمی، فاصله‌ای میان استانداردهای مورد انتظار و تجربه واقعی بیماران گزارش شده است. این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه بیماران و پرستاران درباره رعایت حریم خصوصی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی حاضر در سال ۱۴۰۴ انجام شد. جامعه آماری شامل ۱۶۵ پرستار و ۱۶۵ بیمار بستری در بخش‌های داخلی، جراحی، عفونی و انکولوژی بود. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای نسبتی انجام و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دوبخشی جمع‌آوری شد. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم پرسشنامه استاندارد حریم خصوصی گردآوری و با آمار توصیفی و آزمون‌های مقایسه‌ای (من‌ویتنی، کروسکال-والیس و همبستگی پیرسون/اسپیرمن) در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

نتایج: میانگین نمره حریم خصوصی از دید پرستاران ۷۲/۳۹ و از دید بیماران ۶۶/۳۲ و این تفاوت معنادار بود. ($p < 0.05$) در بیماران، تفاوت بین بخش‌ها مشاهده شد به طوری که نمره در عفونی و انکولوژی بالاتر و در داخلی و جراحی پایین‌تر بود. ($p < 0.001$) همبستگی قوی میان سن و سابقه خدمت پرستاران وجود داشت، اما این متغیرها با نمره حریم خصوصی ارتباط معناداری نشان ندادند.

نتیجه‌گیری: پرستاران رعایت حریم خصوصی را خوش‌بینانه‌تر از بیماران ارزیابی کردند و شکاف معناداری میان دیدگاه دو گروه وجود داشت. مشارکت بیماران در بازخورد دهی می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت کمک کند. توجه به بهبود زیرساخت‌های فیزیکی، حفظ محرمانگی اطلاعات، آموزش گروه درمان و پایش مستمر به‌ویژه در بخش‌های داخلی و جراحی توصیه می‌شود.

کلید واژگان: بیمار، پرستار، بیمارستان، حریم خصوصی.

نویسنده مسئول: محمد محبوبی، دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان. پست الکترونیکی: mm59m@yahoo.com

استناد به مقاله: مائده باشعیان، ساسان قربانی کلخواجه، رها تباح فر، محمد محبوبی. بررسی دیدگاه بیماران و پرستاران در مورد رعایت حریم خصوصی بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان، ۱۴۰۴، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، خرداد ۱۴۰۵، دوره ۳۱، شماره ۱، صفحات: ۸۳-۹۵.



مقدمه

بیماران از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند و حقوق آنان در مجامع بین‌المللی حقوق بشر مورد توجه است. به‌طوری‌که رعایت حقوق بیمار از اولویت‌های سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و شاخص هر جامعه به شمار می‌رود (۱-۲). در ایران منشور حقوق بیمار با پنج محور طراحی شده است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها حفظ حریم خصوصی بیماران است (۳). حریم خصوصی شامل جدایی فیزیکی، حفاظت از اطلاعات شخصی و هویت و حق انتخاب بدون دخالت دیگران است (۴). این حق به معنی کنترل افشای اطلاعات شخصی یا اسرار فرد است. حریم خصوصی بیمار مفهومی چندبعدی با جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی، روانی و اطلاعاتی است (۵-۷). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ حفظ حریم خصوصی را از اصول اخلاق پزشکی و حقوق بیمار دانسته است. حفظ حریم خصوصی از وظایف مهم اخلاق پزشکی با سابقه دیرینه است. رعایت حریم خصوصی، پایه مراقبت بیمار محور و اخلاقی است و حفاظت از تمامیت اخلاقی بیماران و گروه درمان را شامل می‌شود. این حفظ حریم، یکی از شاخص‌های اصلی رضایت و کیفیت مراقبت بیماران است (۷-۱۰). رعایت این حریم، ارتباط مؤثر کادر درمان با بیمار و آرامش و رضایت بیماران را افزایش می‌دهد (۶). حفظ حریم خصوصی منجر به احساس راحتی، ایمنی، استقلال و ارزش بیشتر بیمار شده و بهبود و ترخیص سریع‌تر را تسریع می‌کند؛ نقض آن موجب بی‌اعتمادی، اضطراب و اختلال در ارزیابی بیمار می‌شود (۷). نقض حریم خصوصی ممکن است به عدم تطابق با شرایط بیمارستان، سلب اعتماد، افزایش اضطراب، تهدید کرامت انسانی و کاهش کیفیت مراقبت منجر شود. با وجود این، توجه کافی به حفظ حریم خصوصی در بسیاری از مراکز درمانی ضعیف است. محدودیت‌های فیزیکی و حجم بالای بیماران، چالش‌های حفاظت از حریم خصوصی را افزایش می‌دهد.

فضای نامناسب و نبود فضاهای مستقل برای بیماران نیز چالش‌ها را تشدید می‌کند (۱۱، ۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که حریم خصوصی بیماران به‌خوبی رعایت نمی‌شود. تنها ۲۱ درصد بیماران بخش اورژانس در مطالعه هارتیگان و همکاران (۱۸، ۲۰) اعلام کردند که حریم خصوصی آنان رعایت می‌شود (۱۳). در ایران، اکثریت بیماران در مطالعه محمدی و همکاران نگرش متوسطی نسبت به رعایت حریم خصوصی داشتند (۱۴). مطالعه جهان‌پور و همکاران نیز بیانگر میزان رعایت متوسط حریم خصوصی از دیدگاه بیماران و پرستاران است (۱۵). عوامل مؤثر در رعایت حریم خصوصی شامل جنسیت بیمار، آموزش اخلاق پزشکی، تماس مستقیم، تعداد بیماران تحت مراقبت و مواجهه با مسائل اخلاقی تعامل مثبت بیمار و پرستار بود و همچنین کمبود توجه به‌ظاهر، تفاوت جنسیت پرستار و بیمار، ارتباط نامناسب و عدم پوشاندن بیمار از دیگر عوامل مؤثر بود (۱۶ و ۱۷). حفظ حریم خصوصی پاسخ به نیازهای خلوت، استقلال، امنیت و هویت بیمار و از وظایف مهم پرستاران است. مسئولیت حساس بودن به مسائل حریم خصوصی برای ایجاد رابطه مؤثر و محیطی که بیماران بتوانند اطلاعات حساس خود را افشا کنند، بر عهده کادر درمان است (۱۸).

پژوهش حاضر با هدف بررسی دیدگاه بیماران و پرستاران درباره رعایت حریم خصوصی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۴۰۴ انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بود که با هدف بررسی و مقایسه دیدگاه بیماران و پرستاران درباره رعایت حریم خصوصی بیماران در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۴۰۴ طراحی و اجرا شد.

نمونه موردپژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های بستری عمومی (داخلی، جراحی، عفونی و انکولوژی) و همچنین بیماران بستری در همان بخش‌ها در

بیمارستان آموزشی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی آبادان بود.

با توجه به اهداف مطالعه، نمونه‌گیری در هر دو گروه بیماران و پرستاران به صورت تصادفی طبقه‌ای نسبتی و هم‌زمان انجام شد، در این روش، سهم هر بخش از بیمارستان به نسبت تعداد پرستاران و بیماران آن بخش در نظر گرفته شد و انتخاب نمونه‌ها به گونه‌ای بود که هم‌ترازی بین گروه پرستاران و بیماران حفظ شود؛ بدین معنا که اگر ۱۰ درصد پرستاران از یک بخش انتخاب و حدود ۱۰ درصد بیماران همان بخش نیز وارد مطالعه شدند.

برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از نتایج مطالعه جهان پور و همکاران (۱۵) که میانگین رعایت حریم خصوصی بیماران را حدود ۲/۵۷ درصد گزارش کرده بودند و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای نسبی ۱۰ درصد، حجم نمونه اولیه ۱۴۶ نفر محاسبه شد. با لحاظ کردن ۱۰ درصد احتمال ریزش، حجم نهایی نمونه به ۱۶۲ نفر رسید. در نهایت، جهت سهولت اجرا و حفظ توازن بین دو گروه، حجم نمونه ۱۶۵ نفر پرستار و ۱۶۵ نفر بیمار (در مجموع ۳۳۰ نفر) در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های روا و پایا شده که نخستین بار توسط حیدری در سال ۱۳۹۳ طراحی شده و شامل ۲۶ گویه در سه بعد فیزیکی، روانی و اطلاعاتی بود که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شد. نسخه پرستاران نیز اقتباسی از همین پرسشنامه بود که در مطالعه جهان پور و همکاران مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آن با آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸ گزارش شد.

پرسشنامه‌ها در دو بخش تنظیم شده بودند؛ بخش نخست شامل اطلاعات جمعیت شناختی و شغلی بیماران و پرستاران و بخش دوم شامل گویه‌های مرتبط با ابعاد مختلف حریم خصوصی بود. پیش از تکمیل پرسشنامه، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید و سپس پرسشنامه‌ها جهت تکمیل شدن در اختیار آنان قرار گرفت.

پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ وارد شد و تحلیل‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح توصیفی، شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای متغیرهای کمی و همچنین فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی محاسبه گردید. در سطح استنباطی، برای مقایسه دیدگاه بیماران و پرستاران آزمون t مستقل به کار گرفته شد و برای بررسی ارتباط متغیرهای فردی و شغلی با نمرات حریم خصوصی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. در مواردی که توزیع داده‌ها نرمال نبود، از آزمون‌های ناپارامتری من-ویتنی و کروسکال-والیس استفاده گردید. همچنین نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید و سطح معناداری آماری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

پرسشنامه‌ها علاوه بر بخش اصلی شامل بخشی برای ثبت اطلاعات جمعیت شناختی و شغلی نیز بودند. در نسخه بیماران، اطلاعاتی همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، سابقه بستری و مدت اقامت در بیمارستان پرسش گردید. در نسخه پرستاران، سؤالاتی درباره سن، جنس، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل، سابقه خدمت، نوع استخدام، نوبت کاری و گذراندن دوره‌های آموزشی مرتبط با حقوق بیماران وجود داشت.

معیارهای ورود برای دو گروه بیماران و پرستاران به طور جداگانه تعریف شده بودند. برای بیماران، شرط ورود شامل بستری بودن در یکی از بخش‌های داخلی، جراحی، عفونی یا انکولوژی، داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر، داشتن هوشیاری کامل و ارائه رضایت آگاهانه برای مشارکت در مطالعه بود. بیماران در صورتی در پژوهش وارد می‌شدند که از نظر جسمی و روانی توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه را داشتند. برای پرستاران، معیار ورود شامل اشتغال تمام‌وقت در یکی از بخش‌های بستری، داشتن حداقل شش ماه سابقه کار در همان بخش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. بدین ترتیب، تنها افرادی انتخاب شدند که تجربه کافی از

محیط بالینی داشته و آمادگی ذهنی برای پاسخ به پرسشنامه داشتند.

معیارهای عدم ورود نیز برای هر دو گروه به صورت مشخص در نظر گرفته شده بود. در بیماران، افرادی که پیش از تکمیل پرسشنامه از بیمارستان ترخیص می شدند، آنهایی که به دلیل وضعیت جسمی یا روحی توانایی پاسخ گویی نداشتند و یا بیمارانی که در هر مرحله از مطالعه از ادامه همکاری منصرف می شدند، از پژوهش خارج گردیدند. در پرستاران، انتقال یا جابه جایی از بخش مربوطه پیش از تکمیل پرسشنامه و همچنین انصراف از ادامه همکاری، معیارهای عدم ورود به شمار می رفتند.

یافته ها

برخی مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه نشان داد که بیشترین تعداد پرستاران در بخش جراحی با

۴۷/۲۷٪ (۷۸ نفر) مشغول به کار بودند. پس از آن، بخش های داخلی با ۳۵/۱۵٪ (۵۸ نفر) عفونی با ۱۰/۳۰٪ (۱۷ نفر) آنکولوژی با ۷/۲۷٪ (۱۲ نفر) در رتبه های بعدی قرار داشتند و کمترین فراوانی مربوط به بخش آنکولوژی با ۷/۲۷ درصد (۱۲ نفر) بود.

در خصوص وضعیت تأهل، اکثریت پرستاران با ۶۸/۰۵ درصد (۱۱۱ نفر) متأهل و ۳۱/۹۵ درصد (۵۴ نفر) مجرد بودند. بررسی سطح تحصیلات نشان داد که بیشتر پرستاران مدرک کارشناسی (لیسانس) و ۹۶/۹۷٪ درصد (۱۶۰ نفر) از آنان در این گروه قرار داشتند. همچنین، ۳/۰۳ درصد (۵ نفر) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند.

در زمینه جنسیت، تعداد پرستاران زن بیش از مردان بود؛ به طوری که ۶۰ درصد (۹۹ نفر) از پرستاران زن و ۴۰ درصد (۶۶ نفر) مرد بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
بخش بستری	داخلی	۳۵/۱۵
	جراحی	۴۷/۲۷
	عفونی	۱۰/۳۰
	آنکولوژی	۷/۲۷
وضعیت تأهل	مجرد	۳۱/۹۵
	متأهل	۶۸/۰۵
سطح تحصیلات	لیسانس	۹۶/۹۷
	فوق لیسانس	۳/۰۳
جنسیت	زن	۶۰٪
	مرد	۴۰٪

بیشترین فراوانی ها در بیماران، افراد متأهل (۷۲/۷ درصد)، با تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم (۶۴/۲۴ درصد) و جنسیت زن با ۵۳/۹ درصد بود (جدول ۲).



جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی بیماران شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۴۵
	متأهل	۷۲/۷
سطح تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۱۰۶
	تحصیلات دانشگاهی	۳۵/۷۶
جنسیت	زن	۵۳/۹
	مرد	۴۶/۱

(۰/۵۸) حاکی از آن است که توزیع سن پرستاران کمی به سمت راست کشیده شده و تعداد بیشتری از آنان در سنین پایین تر از میانگین قرار دارند. کشیدگی ۰/۳۸ نیز بیانگر آن است که توزیع سن نسبت به توزیع نرمال کمی پهن تر است.

میانگین سن پرستاران ۳۶/۲۰ سال با انحراف معیار ۹/۴۲ سال بود که نشان می دهد اغلب پرستاران در سن جوانی قرار داشته اند. میانه سن ۳۴ سال و دامنه تغییرات ۳۹ سال (بین ۲۳ تا ۵۹ سال) به دست آمد. مقدار چولگی مثبت

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیرهای سن، حریم خصوصی و سابقه خدمت در گروه پرستاران

شاخص آماری	سن (سال)		حریم خصوصی		سابقه خدمت پرستاران (سال)
	پرستاران	بیماران	پرستاران	بیماران	
میانگین	۳۶/۲۰	۴۱/۱۹	۷۲/۳۹	۶۶/۳۲	۱۲/۵
میانه	۳۴	۴۰	۷۴	۷۱	۱۱
نما	۳۲	-	-	-	۱
واریانس	۸۸/۶۶	۱۴۱/۹۴	۴۳۲/۱۹۱	۵۶۶/۹۴۹	۶۹/۵۷
انحراف معیار	۹/۴۲	۱۱/۹۱	۲۰/۷۹	۲۳/۸۱	۸/۳۴
کمین	۲۳	۲۰	۱۵	۷	۶ ماه
بیشینه	۵۹	۶۵	۱۰۱	۱۰۴	۲۹
دامنه	۳۹	۴۵	۸۶	۹۷	۲۸/۴
چولگی	۰/۵۸	۰/۲۳	۰/۷۶۷	۰/۴۶۱-	۰/۳۵
کشیدگی	۰/۳۸	۰/۴۸-	۰/۱۹۳	۰/۷۵۸-	۱/۰۵-
توزیع نرمال	نیست	نیست	نیست	نیست	نیست

(۰/۱۹۳-) بیان می کند که پراکندگی داده ها نسبت به توزیع نرمال اندکی پهن تر بود.

در خصوص سابقه خدمت پرستاران، میانگین ۱۲/۵۳ سال با انحراف معیار ۸/۳۴ سال به دست آمد. میانه سابقه خدمت ۱۱ سال و نما ۱ سال بود که نشان می دهد بخش قابل توجهی از پرستاران دارای سابقه کاری متوسط هستند. دامنه تغییرات سابقه خدمت ۲۹ سال (از حداقل ۶ ماه تا

در متغیر حریم خصوصی، میانگین نمره ۷۲/۳۹ با انحراف معیار ۲۰/۷۹ گزارش شد. میانه نمرات برابر با ۷۴ بود و گستره نمرات از حداقل ۱۵ تا حداکثر ۱۰۱ تغییر می کرد که دامنه ای برابر با ۸۶ واحد ایجاد می کرد. چولگی منفی (-) ۰/۷۶۷ نشان دهنده آن بود که بخش عمده ای از پرستاران نمرات بالاتر از میانگین را کسب کرده اند و توزیع داده ها بیشتر به سمت مقادیر بالا متمایل است. همچنین کشیدگی منفی

حداکثر ۲۹ سال) بوده است. مقدار چولگی مثبت (۰/۳۵) نشان می‌دهد که توزیع سابقه خدمت بیشتر به سمت سال‌های کمتر از میانگین متمایل است، درحالی‌که کشیدگی منفی (-۱/۰۵) گویای این است که داده‌ها پراکندگی بیشتر از توزیع نرمال دارند.

همچنین شاخص‌های توصیفی متغیرهای سن و حریم خصوصی در گروه بیماران نشان می‌دهد که میانگین سن بیماران ۴۱/۱۹ سال با انحراف معیار ۱۱/۹۱ سال بوده است. این مقدار بیانگر آن است که اکثر بیماران در سنین میان‌سالی قرار داشته‌اند. میانه سن نیز ۴۰ سال محاسبه شده که تقریباً برابر با میانگین است و نشان از توزیع نسبتاً متقارن داده‌ها دارد. دامنه سنی بیماران از ۲۰ تا ۶۵ سال متغیر بوده و گستره‌ای معادل ۴۵ سال را دربر گرفته است. مقدار چولگی مثبت (۰/۲۳) نشان می‌دهد توزیع سن بیماران اندکی به سمت مقادیر بالاتر متمایل است، هرچند این میزان بسیار ناچیز است و تقریباً می‌توان گفت توزیع نزدیک به نرمال بود. کشیدگی منفی (-۰/۴۸) نیز بیانگر آن است که توزیع سن بیماران نسبتاً یکنواخت و مسطح‌تر از توزیع نرمال بوده است. در خصوص متغیر حریم خصوصی، میانگین نمره بیماران ۳۲/۶۶ با انحراف معیار ۸۱/۲۳ به دست آمد. این مقدار کمتر از میانگین پرستاران (۳۹/۷۲) است و نشان می‌دهد بیماران میزان رعایت حریم خصوصی را پایین‌تر از پرستاران ارزیابی کرده‌اند. میانه نمرات بیماران ۷۱ بود که اندکی بالاتر از

میانگین قرار داشت. دامنه تغییرات نمره حریم خصوصی در بیماران بسیار وسیع بود؛ از حداقل ۷ تا حداکثر ۱۰۴ که گستره‌ای برابر با ۹۷ واحد ایجاد کرد. چولگی منفی (-۰/۴۶۱) نشان‌دهنده آن است که بخش عمده‌ای از بیماران نمرات بالاتر از میانگین را تجربه کرده‌اند و توزیع به سمت مقادیر بالاتر متمایل است. کشیدگی منفی (-۰/۷۵۸) نیز بیانگر پراکندگی گسترده‌تر داده‌ها نسبت به توزیع نرمال است (جدول ۳).

بر اساس جدول ۴، نمرات مربوط به میزان رعایت حریم خصوصی در پرستاران برحسب جنسیت بررسی شده است. میانگین نمره حریم خصوصی در پرستاران زن برابر با ۷۴ و در پرستاران مرد برابر با ۷۴/۸۴ به دست آمد. این مقادیر نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین دو گروه بسیار اندک است و هر دو گروه در ارزیابی میزان رعایت حریم خصوصی تقریباً دیدگاه مشابهی داشته‌اند.

انحراف معیار برای زنان ۲۰/۸۳ و برای مردان ۲۰/۹۴ گزارش شد که بیانگر پراکندگی تقریباً یکسان نمرات در دو گروه است. همچنین، میانگین کل نمره حریم خصوصی در مجموع پرستاران ۷۴/۳۳ با انحراف معیار ۲۰/۸۳ بود. نتایج آزمون آماری نشان داد که اختلاف مشاهده شده بین میانگین دو گروه از نظر آماری معنادار نیست ($\text{Sig}=0/626$).

جدول ۴: آزمون من‌ویتنی برای مقایسه نمرات حریم خصوصی پرستاران/بیماران بر اساس جنسیت

جنسیت	میانگین		تعداد (N)		انحراف معیار	
	پرستاران	بیماران	پرستاران	بیماران	پرستاران	بیماران
زن	۷۴/۰۰	۷۲/۰۰	۹۹	۸۹	۲۰/۸۳	۲۰/۷۹
مرد	۷۴/۸۴	۷۲/۹۸	۶۶	۷۶	۲۰/۹۴	۲۰/۹۲
کل	۷۴/۳۳	۷۲/۳۹	۱۶۵	۱۶۵	۲۰/۸۳	۲۰/۷۹
سطح معناداری (p)						
			۰/۶۲۶			۰/۸۴۶

خصوصی در بیماران زن برابر با ۷۲ و در بیماران مرد برابر با ۲۰/۷۹ است. این اعداد بیانگر آن است که تفاوت میانگین

همچنین نمرات مربوط به میزان رعایت حریم خصوصی بیماران برحسب جنسیت نشان داد که میانگین نمره حریم

بین دو جنس بسیار اندک است و هر دو گروه درک تقریباً مشابهی از میزان رعایت حریم خصوصی داشته‌اند.

انحراف معیار در بیماران زن ۲۰/۷۹ و در بیماران مرد ۲۰/۹۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پراکندگی تقریباً برابر داده‌ها در میان دو گروه است. میانگین کل نمره حریم خصوصی در کل بیماران نیز ۷۲/۳۹ با انحراف معیار ۲۰/۷۹ گزارش شد.

آزمون آماری من‌ویتنی نشان داد که اختلاف میانگین مشاهده‌شده بین دو جنسیت از نظر آماری معنادار نیست ($p=0.846$).

بخش دیگری از یافته‌ها مربوط به نمرات میزان رعایت حریم خصوصی پرستاران بر اساس وضعیت تأهل است. نتایج نشان داد که میانگین نمره حریم خصوصی در پرستاران مجرد برابر با ۷۶/۴۸ با انحراف معیار ۲۰/۹۷ و در پرستاران متأهل

برابر با ۷۱/۴۵ با انحراف معیار ۲۰/۷۱ بود. این نتایج حاکی از آن است که پرستاران مجرد به‌طور میانگین نمرات بالاتری نسبت به پرستاران متأهل کسب کرده‌اند، هرچند این اختلاف چندان زیاد نیست.

میانگین کل نمرات حریم خصوصی در بین همه پرستاران نیز ۷۲/۳۹ با انحراف معیار ۲۰/۷۹ گزارش شد که نشان می‌دهد در مجموع سطح ارزیابی رعایت حریم خصوصی در این گروه نسبتاً بالاست. نتایج آزمون آماری من‌ویتنی نشان داد که اختلاف مشاهده‌شده بین دو گروه از نظر آماری معنادار نیست ($p=0.175$). این بدان معناست که تفاوت میانگین نمرات رعایت حریم خصوصی بین پرستاران مجرد و متأهل به حدی نبوده که بتوان آن را یک اختلاف واقعی و قابل توجه از دیدگاه آماری دانست (جدول ۵).

جدول ۵: آزمون من‌ویتنی برای مقایسه نمرات حریم خصوصی پرستاران/بیماران بر اساس وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	میانگین		تعداد (N)		انحراف معیار	
	بیماران	پرستاران	بیماران	پرستاران	بیماران	پرستاران
مجرد	۶۶/۰۰	۷۶/۴۸	۵۴	۴۵	۲۰/۹۷	۲۳/۴۸
متأهل	۶۶/۴۳	۷۱/۴۵	۱۱۱	۱۲۰	۲۰/۷۱	۲۴/۰۳
کل	۶۶/۳۲	۷۲/۳۹	۱۶۵	۱۶۵	۲۰/۷۹	۲۳/۸۱
سطح معناداری (p)					۰/۱۷۵	۰/۸۷۲

نتایج نشان داد که میانگین نمره رعایت حریم خصوصی در بیماران مجرد برابر با ۶۶ با انحراف معیار ۲۳/۴۸ و در بیماران متأهل برابر با ۶۶/۴۳ با انحراف معیار ۲۴/۰۳ بوده است. این اعداد به‌وضوح نشان می‌دهند که تفاوت میانگین بین دو گروه بسیار ناچیز است.

میانگین کل نمرات حریم خصوصی در بین تمامی بیماران نیز ۶۶/۳۲ با انحراف معیار ۲۳/۸۱ به دست آمد. این موضوع بیانگر آن است که سطح ارزیابی رعایت حریم خصوصی در بیماران، بدون توجه به وضعیت تأهل، تقریباً در یک سطح قرار دارد.

آزمون من‌ویتنی برای بررسی معناداری اختلاف میان دو گروه نشان داد که تفاوت مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار نیست ($p=0.872$).

به‌بیان دیگر، وضعیت تأهل بیماران (مجرد یا متأهل بودن) هیچ تأثیر معناداری بر درک یا تجربه آنان از رعایت حریم خصوصی نداشته است.

جدول (۶)، میانگین نمره حریم خصوصی در پرستاران دارای مدرک لیسانس برابر با ۷۳/۱۱ با انحراف معیار ۲۱/۲۲، در پرستاران دارای مدرک فوق‌لیسانس برابر با ۶۸/۴۴ با انحراف معیار ۱۷/۲۷ بود. این نتایج نشان می‌دهد که پرستاران دارای مدرک فوق‌لیسانس نسبت به گروه دارای

واقعی و قابل استناد است و بخش محل خدمت پرستاران تأثیر معناداری بر ادراک یا ارزیابی آنان از رعایت حریم خصوصی داشته است.

نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد که اختلاف میان نمرات رعایت حریم خصوصی از دیدگاه پرستاران در بخش‌های مختلف از نظر آماری معنادار است ($p < 0.001$). به عبارت دیگر، تفاوت مشاهده شده میان بخش‌های بستری

جدول ۷: آزمون کروسکال-والیس برای مقایسه نمرات حریم خصوصی پرستاران/بیماران بر اساس بخش بستری

بخش بستری	میانگین		تعداد (N)		انحراف معیار	
	پرستاران	بیماران	پرستاران	بیماران	پرستاران	بیماران
داخلی	۶۱/۳۵	۵۳/۲۱	۵۸	۵۸	۲۲/۴۳	۲۷/۶۷
جراحی	۷۰/۳۶	۵۶/۰۹	۷۸	۷۸	۲۱/۵۰	۲۰/۴۹
عقونی	۷۸/۲۴	۷۹/۴۹	۱۷	۱۷	۱۸/۲۶	۱۶/۰۰
آنکولوژی	۸۰/۲۸	۷۷/۰۳	۱۲	۱۲	۱۵/۰۳	۱۷/۸۸
کل	۷۲/۳۹	۶۶/۳۲	۱۶۵	۱۶۵	۲۰/۷۹	۲۳/۸۱
سطح معناداری (p)						
۰/۰۰۱						

سطح ادراک آنان از رعایت حریم خصوصی بوده است (جدول ۷).

بحث

در مطالعه حاضر، میانگین رعایت حریم خصوصی از دیدگاه پرستاران ۷۲/۳۹ و از دیدگاه بیماران ۶۶/۳۲ به دست آمد. این اختلاف نشان می‌دهد که پرستاران وضعیت رعایت حریم خصوصی را مطلوب‌تر از آنچه بیماران تجربه کرده‌اند، ارزیابی کرده‌اند. طبیعی است که پرستاران معمولاً مجموعه کل اقدامات و پایبندی به پروتکل‌ها را در نظر می‌گیرند، در حالی که بیماران بیشتر به تجربه‌های لحظه‌ای خود توجه می‌کنند مثلاً بر اساس موقعیت‌های بالینی خاص مثل هنگام معاینه یا حضور افراد غیر مرتبط. مطالعات مشابه نیز این موضوع را تأیید کرده‌اند. برای مثال در ترکیه اختلافی میان دیدگاه بیماران و پرستاران مشاهده شد، هرچند تفاوت کلی معنادار نبود (۱۶). این مسئله نشان می‌دهد اختلاف درک بیشتر به تفاوت معیارها و زاویه دید آن‌ها برمی‌گردد تا به ضعف اساسی در مراقبت. چنین اختلافی نشان می‌دهد که نگاه رویه‌محور پرستاران با تجربه زیستی بیماران همیشه یکسان

همچنین نتایج میانگین نمرات حریم خصوصی بیماران بر اساس بخش‌های مختلف بستری نشان داد که بیماران بخش داخلی با میانگین ۵۳/۲۱ و انحراف معیار ۲۷/۶۷، پایین‌ترین میزان رعایت حریم خصوصی را گزارش کردند. پس‌از آن، بیماران بخش جراحی با میانگین ۵۶/۰۹ و انحراف معیار ۲۰/۴۹ قرار داشتند که نسبت به سایر بخش‌ها سطح پایین‌تری از رعایت حریم خصوصی را تجربه کرده بودند. در مقابل، بیماران بخش عقونی با میانگین ۷۹/۴۹ و انحراف معیار ۱۶/۰۰، بالاترین میزان رعایت حریم خصوصی را گزارش نمودند. بیماران بخش آنکولوژی نیز با میانگین ۷۷/۰۳ و انحراف معیار ۱۷/۸۸ در رتبه دوم قرار گرفتند. به‌طور کلی، میانگین کل نمرات حریم خصوصی در بیماران برابر با ۶۶/۳۲ با انحراف معیار ۲۳/۸۱ به دست آمد که نشان‌دهنده وجود تفاوت قابل‌توجه میان بخش‌های مختلف بود.

نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد که این اختلاف‌ها از نظر آماری معنادار است ($p < 0.001$). به بیان دیگر، بخش بستری بیماران عامل تعیین‌کننده‌ای در

نیست و لازم است برای هم‌راستا کردن این دو دیدگاه مداخلاتی انجام داد.

در پژوهش حاضر، متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بررسی شد و هیچ‌یک ارتباط معناداری با میزان رعایت حریم خصوصی نداشت. به بیان دیگر، بیماران و پرستاران صرف‌نظر از سن، جنس، وضعیت تأهل یا تحصیلات، تجربه‌ای مشابه از رعایت حریم خصوصی داشتند. نتایج مطالعه‌ای در ترکیه با نتایج ما همسو بود به‌طوری‌که این مطالعه اثر جنس بر رعایت حریم خصوصی را نامعنا دانست و تفاوتی میان زنان و مردان درک نشد (۱۶). این در حالی است که مطالعات دیگر نتایج متفاوتی داشتند. در مطالعه‌ای در تهران مشخص شد که با افزایش سن، موارد نقض حریم خصوصی بیشتر گزارش می‌شود و سالمندان حساسیت بیشتری نسبت به نقض‌ها نشان داده‌اند (۱۷). در مطالعه‌ای در میان سالمندان بستری در زاهدان نیز ارتباط معکوسی میان سن و رعایت حریم خصوصی مشاهده شد و در این تحقیق زنان نمره بالاتری نسبت به مردان گزارش کردند (۱۸). این تفاوت‌ها احتمالاً تحت تأثیر شرایط محیطی و بافت فرهنگی است زیرا عواملی مانند وابستگی بیشتر سالمندان به مراقبین، نیاز به کمک در فعالیت‌های شخصی و نیز کاهش توانایی‌های شنیداری و شناختی، ریسک نقض حریم را افزایش می‌دهد. درباره جنسیت، هنجارهای پوشش و مراقبت هم‌جنس در برخی فرهنگ‌ها برای زنان اهمیت ویژه‌ای دارد و همین امر می‌تواند سبب تفاوت ادراک در مطالعات مختلف شود. در مطالعه حاضر در آبادان، تحصیلات و وضعیت تأهل نیز اثر معناداری نداشتند، درحالی‌که در مطالعه‌ای در تهران، تأهل با رعایت بیشتر حریم خصوصی مرتبط بود. به نظر می‌رسد عواملی مانند حضور یا عدم حضور همراه بیمار و نیز هنجارهای فرهنگی مربوط به حیا و پوشیدگی در محیط‌های شلوغ، می‌توانند این تفاوت‌ها را توضیح دهند.

در این پژوهش، اختلاف قابل‌توجهی میان بخش‌های مختلف دیده شد. پرستاران در بخش‌های آنکولوژی و عفونی امتیاز بالاتری به میزان رعایت حریم خصوصی دادند، درحالی‌که بخش‌های داخلی و جراحی نمرات پایین‌تری داشتند. از دیدگاه بیماران نیز همین الگو تأیید شد؛ یعنی تجربه بیماران بستری در بخش‌های عفونی و آنکولوژی مثبت‌تر از بیماران بخش‌های داخلی و جراحی بود. این تفاوت را می‌توان با چند مکانیسم توضیح داد. در بخش‌های عفونی، پروتکل‌های ایزولاسیون و محدودیت رفت‌وآمد سبب می‌شود به‌طور ناخواسته حریم دیداری و شنیداری بیشتر رعایت شود. در بخش‌های آنکولوژی، به دلیل حساسیت بیماران و ضرورت حفظ کرامت آنان، آموزش‌های تیمی و رعایت پوشش و پرده کشی با دقت بیشتری انجام می‌شود. در مقابل، در بخش‌های داخلی و جراحی ازدحام بیشتر بیماران، محدودیت فضا، تخت‌های چندنفره و حضور دانشجویان آموزشی باعث افزایش احتمال نقض حریم خصوصی می‌شود. یافته‌ها مطالعات قبلی نیز این موضوع را تأیید می‌کنند. در مطالعه‌ای در تهران نوع اتاق از مهم‌ترین عوامل بود؛ اتاق‌های دیواردار بالاترین سطح رعایت و سالن‌های بدون پرده پایین‌ترین سطح را نشان دادند (۱۷). در آراگون اسپانیا نیز بخش اورژانس به دلیل ازدحام و اقامت طولانی بیماران، نمرات پایین‌تری داشت، درحالی‌که بیمارستان‌های خصوصی و کوچک عملکرد بهتری نسبت به مراکز دولتی و شلوغ داشتند (۱۹). در مطالعه ترکیه نیز نوع بیمارستان (عمومی در مقابل آموزشی-پژوهشی) بر ادراک بیماران و پرستاران اثر داشت؛ در برخی ابعاد بیماران در مراکز آموزشی-پژوهشی رضایت بالاتری داشتند، درحالی‌که پرستاران در بیمارستان‌های عمومی نمره بالاتری گزارش کردند (۱۶)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عوامل محیطی و ساختاری مانند ازدحام، طراحی فضا و فرهنگ واحد مراقبتی بیش از ویژگی‌های فردی بر رعایت حریم خصوصی اثرگذارند.



عفونی بالاتر و در بخش‌های جراحی و داخلی پایین‌تر گزارش شد. این نتایج نشان‌دهنده اهمیت نقش بافت بالینی در تجربه حریم خصوصی بوده و بر لزوم طراحی مداخلات هدفمند متناسب با ویژگی‌های هر بخش تأکید دارد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد طرح ۱۸۰۳ در معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی آبادان با حمایت کمیته تحقیقات دانشجویی و با کد اخلاق IR.ABADANUMS.REC.1404.055 انجام شد.

بدین‌وسیله از کلیه دانشجویان، مسئولین و همکاران معاونت بهداشت و مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی آبادان، معاونت آموزشی، تحقیقات و فناوری و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آبادان که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

یکی از راهکارهای مهم برای همسو کردن دیدگاه بیماران و پرستاران، مداخلات آموزشی است. شواهد نشان داده‌اند که آموزش و بازخورد می‌تواند حتی بدون تغییر منابع، رعایت حریم خصوصی را در همه ابعاد بهبود دهد (۲۰). اقدامات ساده‌ای مانند پرده‌کشی به‌موقع، معرفی خود به بیمار، اجازه گرفتن قبل از معاینه، پایین آوردن صدا هنگام گزارش‌دهی و انتقال مکالمات حساس به فضای خصوصی، می‌تواند فاصله میان ادراک پرستاران و بیماران را کاهش دهد. وقتی این رفتارها به‌صورت عادت تیمی و فرهنگ واحد درآید، رعایت حریم خصوصی به ویژگی پایدار سیستم تبدیل می‌شود، نه فقط به نیت فردی وابسته باشد.

نتیجه‌گیری

میانگین نمرات ادراک حریم خصوصی در پرستاران به‌طور معناداری بالاتر از بیماران بود، درحالی‌که عوامل جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل تأثیر قابل‌توجهی بر این ادراک نداشتند. همچنین، میانگین نمرات پرستاران و بیماران در بخش‌های آنکولوژی و

References

- [1]. WHO A. Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. Amsterdam: World Health Organisation Regional office for Europe. 1994;28.
- [2]. Tariq RA, Hackert PB. Patient confidentiality. 2018.
- [3]. Dehghani-Mobarakeh M, Maghsoudi A, Malekpour-Tehrani A, Rahimi-Madiseh M. The viewpoints of members of medical teams about patients' privacy. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2013;2(1):9-17.
- [4]. Royani Z, Heidari M, Sabzi Z, Kalantari S, Chehrehgosha M, Kouchaki GM, et al. Patient privacy from the perspectives of perioperative nurses: a qualitative study. Journal of Multidisciplinary Care. 2021;10(4):144-8.
- [5]. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics: Edicoes Loyola; 1994.
- [6]. Kim K, Han Y, Kim J-s. Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. Nursing ethics. 2017;24(5):598-611.
- [7]. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. Bmj. 2007;335(7612):184-7.
- [8]. Pellegrino ED TD. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press. 1988.
- [9]. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. Collegian. 2018;25(1):119-23.
- [10]. Organization WH. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life: World Health Organization; 2002.
- [11]. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. Journal of clinical nursing. 2008;17(20):2709-17.

- [12]. Lin Y-K, Lin C-J. Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*. 2011;28(7):604-8.
- [13]. Hartigan L, Cussen L, Meaney S, O'Donoghue K. Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. *BMC health services research*. 2018;18(1):978.
- [14]. Mohammadi M, Larijani B, Razavi SHE, Fotouhi A, Ghaderi A, Madani SJ, et al. Do patients know that physicians should be confidential? study on patients' awareness of privacy and confidentiality. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2018;11:1.
- [15]. Jahanpour F, Rasti R. Viewpoints of nurses and patients on paying respect to the privacy of patients in care. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;24(111):34-42.
- [16]. Seyed Farajollah A, Somayeh H, Vahdat S, Ardalan H. Patients' rights charter: A review of studies in Iran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 2014;2(3 (s)):pp. 2540-50.
- [17]. Joolae S, Tschudin V, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. *International nursing review*. 2008;55(1):55-61.
- [18]. Gallagher A, Li S, Wainwright P, Jones IR, Lee D. Dignity in the care of older people—a review of the theoretical and empirical literature. *BMC nursing*. 2008;7(1):11.
- [19]. Öztürk H, Torun Kılıç Ç, Kahriman İ, Meral B, Çolak B. Assessment of nurses' respect for patient privacy by patients and nurses: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30(7-8):1079-90.
- [20]. Nayeri ND, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nursing ethics*. 2010;17(2):167-77.
- [21]. 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).
- [22]. Duarte J, Lahoz J, Noaín A, Mirallas M, Moros R, Hernández M. Patients' perception of privacy during emergency department care in hospitals in Aragón, Spain. *Emergencias*. 2013;25:445-50.
- [23]. Eyni E, Hasani SA, Fereidouni P, Andi SJS. Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2017;4(2):11-8.