

مطالعه‌ای مروری بر حفظ حریم بیماران

ندا مهرداد* (کارشناس ارشد پرستاری) - دکتر زهره پارسایکتا** (دانشیار) - سودابه جولایی** (کارشناس ارشد پرستاری)

** عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه حیات

سال دهم شماره ۲۳ زمستان ۱۳۸۳ صص ۹۵-۸۷

تاریخ دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: تیر ماه ۱۳۸۳

چکیده

حفظ حریم افراد مفهومی مهم و نیازی اساسی در انسان شناخته شده است. این مطالعه مروری، زوایا و ابعاد مختلف مفهوم حفظ حریم بیمار را مورد بررسی قرار داده و به نتایج بعضی مطالعات تجربی انجام شده در این زمینه اشاره نموده است. مفهوم حریم بیمار دارای ابعاد فیزیکی، روحی روانی، اجتماعی و اطلاعاتی است که تاکنون بعد فیزیکی آن بیش از همه مورد توجه قرار گرفته است.

حفظ حریم اطلاعاتی بیمار که یکی از جنبه‌های اساسی و مهم مراقبت در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی است همانا حفاظت اطلاعات و پیشگیری از آرایه اطلاعات ناصحیح می‌باشد. از فاکتورهای اصلی مؤثر بر تهاجم به حریم بیمار می‌توان به لمس‌های غیرضروری فیزیکی و تجاوز به خلوت و تنهایی بیمار اشاره کرد. برای اجتناب از این مشکلات، اعضای تیم بهداشتی و درمانی باید به راهکارهای جدیدی برای کار کردن با بیماران دست پیدا کنند تا حریم بیماران کمتر به خطر بیفتد.

با توجه به تعداد کم بررسی‌های تجربی انجام شده در این زمینه ضروری است ابزاری تدوین گردد که قادر به سنجش تحقق حفظ حریم بیمار باشد؛ هر چند که ماهیت و طبیعت این مفهوم به گونه‌ای است که دستیابی به این مهم را دشوار می‌نماید. به علاوه آموزش دانشجویان گروه پزشکی بایستی به نحوی دستخوش تغییر گردد که از به فراموشی سپرده شدن حق مسلم بیماران برای حفظ حریم آنان جلوگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: حریم بیمار، حقوق بیمار

* نویسنده مسؤل مقاله: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن و نمابر: ۶۶۹۳۳۶۰۰

E-mail: neda1963@yahoo.com

مقدمه

مفهوم حریم^۱ که در بسیاری از رشته‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد در تعداد زیادی از حوزه‌های مختلف فعالیت‌های انسانی در جامعه کاربرد دارد (۱) و این مفهوم به عنوان یک نیاز اساسی و مهم در انسان و نیز در پرستاری شناخته شده (۲) و برای اولین بار توسط فلورانس نایتینگل شرح داده شد.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ این مفهوم را در اصول اخلاق پزشکی و در بیانیه حقوق بیمار قید کرده است (۳). این مقاله بر اساس مروری بر متون گروه‌های پزشکی و پرستاری، نظری اجمالی بر مفهوم حفظ حریم و خلوت بیمار داشته و ابعاد مختلف فیزیکی، روحی و روانی، اجتماعی و اطلاعاتی آن را به بحث می‌گذارد. در این بررسی به شناسایی نیازهای تحقیقی در حرف پزشکی پرداخته شده و بعضی الزامات این مفهوم مورد مطالعه قرار گرفته است.

چشم‌اندازی بر مفهوم حفظ حریم و خلوت

در حال حاضر تعریفی کلی و مورد اجماع برای مفهوم «حفظ حریم و خلوت» وجود ندارد. از این رو بسیاری از پژوهشگران در پی آنند که تعریفی جامع از آن ارائه دهند. بردن^۲ از محققینی است که در زمینه حفظ حریم و خلوت بیماران در حیطه پرستاری و مامایی به مطالعات تجربی دست زده است (۴).

واژه «Privacy» از کلمه لاتین «Privatus» مشتق شده و «Privo» به معنی محروم کردن و بی‌نصیب شدن است. این واژه برای اولین بار در ارتش مورد استفاده قرار گرفت و معنی تحت‌اللفظی آن محروم شدن از مقام و رتبه و درجه ارتشی است. در فرهنگ زبان انگلیسی Privacy به معنای بیرون کشیده شدن از دید جامعه، زندگی

خصوصی، خلوت، آرامش و آسایش ترجمه شده است (۵).

برگون^۳ به زوایای متعددی از حفظ حریم و خلوت اشاره می‌کند از جمله:

(۱) در مفهوم حفظ حریم و خلوت بیمار، باید به واحدها و افرادی که خلوت و تنهایی را تجربه کرده‌اند توجه کرد. این واحدها می‌توانند اشخاص، گروه‌ها و یا هر دو با هم باشند (۶) (شکل ۱).

این مفهوم در افراد به سطوح دیگری نیز تقسیم می‌شود:

(الف) حریم و خلوت در روش زندگی: به اولویت‌ها و سلیقه‌های شخصی افراد در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی اشاره می‌کند که با گذشت زمان می‌تواند پایدار و غیر قابل تغییر گردند.

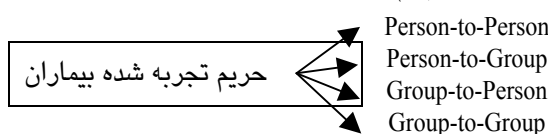
(ب) حریم و خلوت در وقایع زندگی: منظور فعالیت‌هایی است که بدون شک لازم است تا طی آنها حریم افراد حفظ شود.

(ج) حریم و خلوت در شخصیت: اختصاص به یک دوره زمانی موقتی ندارد و مستلزم آن است که درونی‌ترین قسمت فعالیت‌های مستقل فرد را نیز تحت پوشش قرار دهد (۷).

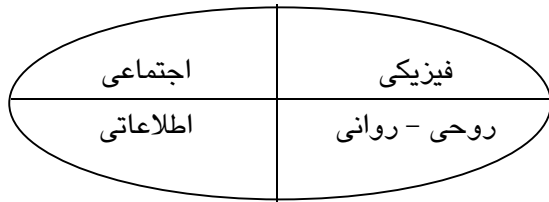
(۲) در مفهوم فوق باید به حالت ایده‌آل و مطلوب حفظ حریم افراد توجه شود. این بدان معنی است که دقت شود تعامل با دیگران تا چه حد مورد نظر و دلخواه فرد است و این که آیا وی به آسایش مورد نظر نایل شده یا خیر. اگر این حریم مطلوب و نایل شده با یکدیگر هم‌سنگ و هم‌تراز باشند خلوت بیمار تأمین می‌شود.

شکل شماره ۱ - چشم‌انداز مفهوم حفظ حریم و

خلوت بیمار (۱۴)



شکل شماره ۲ - ابعاد مفهوم حفظ حریم و خلوت (۱۴)



مفهوم حریم خصوصی نیز به نحوی فضای فیزیکی تعریف می‌شود مثل خانه، دفتر کار و ... که کاملاً شخصی و خصوصی بوده و فضای شخصی فرد به حساب می‌آیند. بنابراین مفهوم «حریم شخصی» ترکیبی از فضای فیزیکی و رفتاری انسان به شمار می‌رود. حریم شخصی این موقعیت را برای فرد ایجاد می‌کند که در حوزه و قلمرو خود تنها باشد. این حوزه می‌تواند یک قلمرو همگانی^۴ مثل کشور یا حوزه محل زندگی^۵ و یا قلمرو تعاملی^۶ و یا بدنی^۷ محسوب گردد (۱۱).

حریم شخصی به عنوان یک نیاز تلقی می‌شود و تحت این مفهوم چهار عملکرد استقلال، حفظ حریم و خلوت، امنیت و تعیین هویت شخصی^۸ در انسان صورت می‌گیرد. به عبارتی حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در فرد گشته و یکی از دلایل رفاه و سلامتی می‌شود. در صورت حفظ حریم خصوصی؛ فرد احساس می‌کند برای پاسخ به سؤالات از آزادی کامل برخوردار است در حالی که فردی در خارج از حریم خصوصی خود سلطه‌پذیر بوده و عقب نشینی می‌کند (۱۲). در سیستم بهداشتی درمانی و حرفه پرستاری تحقیقات تجربی کمی در حیطه حفظ حریم و

(۳) در حریم و خلوت فعال و واکنشی بر انزوا و گوشه‌گیری و قطع تعامل تأکید می‌گردد زیرا فرد برای برقراری تعامل و ایجاد خلوت حق انتخاب دارد (۸).

در تشکیلات بهداشتی درمانی، حفظ حریم و خلوت فعال و واکنشی از ابعاد مهم حفظ حریم و خلوت بیماران تلقی می‌شود. تحت لوای این مفهوم است که فرد تصمیم می‌گیرد که اطلاعاتی را به دیگران بدهد یا ندهد و یا این که در داشتن اطلاعات با سایرین سهم باشند (۶).

ابعاد حفظ حریم و خلوت

لینوکیلی^۱ و همکاران این مفهوم را به ابعاد فیزیکی، روحی روانی، اجتماعی و اطلاعاتی تقسیم می‌نمایند (۹) (شکل ۲):

بعد فیزیکی: درجه‌ای از حریم فرد است که وی را به طور فیزیکی در دسترس دیگران قرار داده و به عبارتی دست یافتنی می‌کند. این بعد در مفهوم فضای شخصی^۲ و حریم خصوصی^۳ نیز جای دارد. فضای شخصی به عنوان شرط لازم برای حفظ حریم و خلوت بیمار مطرح است (۱۰). مطالعاتی که بر مفهوم فضای شخصی در حیطه‌های بهداشتی درمانی متمرکز باشد به مورد اجرا در نیامده است ولی در تحقیقات مربوط به طبیعت و زندگی به کرات روی آن تأکید شده است و در متون مربوطه به سال‌های دهه ۶۰ میلادی به چاپ رسیده و زمینه را برای انجام کارهای بعدی هموار نموده است. منظور از فضای شخصی همان مکان قابل دیدی است که بدن انسان را احاطه کرده و این فضا جدا از سایرین بوده و یک منطقه حفاظتی برای فرد تلقی می‌گردد (۹).

4 - public territories

5 - home territories

6 - interactional territories

7 - body territories

8 - self-identity

1 - Leino-Kilpi

2 - personal space

3 - territoriality

صداهای تولید شده از منابع مکانیکی آنان را بیشتر دچار استرس می‌نماید (۱۴ و ۱۵).

مطالعه‌ای که به وسیله دیویس و پیترز^۱ انجام شد نشان داد محیط فیزیکی بیمارستان به عنوان یک منبع استرس‌زا برای بیماران به شمار می‌آید. در این مطالعه ۲۵ بیمار، ۲ بار در هفته اول و سوم پس از بستری شدن مورد مصاحبه قرار گرفتند. بیماران و پرستاران فعالیت‌های صبح زود بیمارستان، سروصدا و شرایطی که باعث می‌شود خلوت بیماران خدشه‌دار گردد را از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا دانستند. از نظر بیماران اختلالات خواب در نتیجه هم اتاق بودن با سایر بیماران و اوقات نامناسب و عده‌های غذایی نیز از فاکتورهای استرس‌زا محسوب می‌شود (۱۶).

مطالعات فوق بر این نکته تأکید می‌ورزند که به رغم این که گاهی لازم است محدودیت‌های فیزیکی در بیمارستان توسط بیماران تحمل شود اما با رعایت بعضی نکات توسط کارکنان پرستاری، در عین این که محدودیت‌های فیزیکی را در بیماران ایجاد می‌کند ولی حریم و خلوت بیمار را بر هم نمی‌زند. به طور مثال هنگام وارد شدن به اتاق بیمار، در زدن نشانه حمایت و حفظ خلوت بیمار است (۱۲). عدم استفاده از لمس‌های فیزیکی غیر ضروری هم عاملی برای حفظ حریم بیمار می‌باشد (۱۷).

تراورز^۲ در تأیید این موضوع که محیط فیزیکی بیمارستان می‌تواند حریم و خلوت بیماران را تحت تأثیر قرار دهد در مطالعه‌ای به بررسی وضعیت دستشویی‌های یک بیمارستان آموزشی در انگلستان پرداخت. وی با بررسی ۱۳ دستشویی در این بیمارستان به این نتیجه

خلوت بیمار انجام شده است و بیشتر مطالعات در مورد مکان فیزیکی افراد (مثل حمام، توالت و...)، خصوصاً افراد ناتوان و معلول و یا بیمارانی که دچار مشکلات عدیده ذهنی هستند، به مورد اجرا در آمده است، ضمناً تأکید می‌شود که نیاز به حفظ حریم و خلوت در بیماران روحی و روانی نیز همانند سایر بیماران ارزشمند است (۴). از آنجا که هدف تمامی مطالعاتی که در مفهوم حفظ حریم و خلوت بیمار صورت گرفته ارتقاء و بهبود استانداردهای مراقبتی است و مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تحقق حفظ حریم در بیماران با مراقبت‌های پرستاری ارتباط پیدا می‌کند لذا محققین پیشنهاد می‌کنند که توجه به حفظ حریم بیمار باید در طراحی مراقبت‌های بیمارستانی هم مورد توجه قرار گیرد (۱۳). بیمارستان محیطی است که بیماران از امکانات و شرایط محدودتری برخوردارند و به کرات از دست دادن حریم خود را تجربه می‌نمایند و دچار استرس می‌شوند و البته این تجاوز به حریم شخصی صدمه‌زاست (۱۴).

نقشه و طرح اتاق‌های بیمارستان، وجود صداهای مختلف، نور، درجه حرارت، رنگ و حضور سایر افراد شرایطی را فراهم نموده که با مکان طبیعی زندگی آنان کاملاً متفاوت است. مطالعاتی که بر روی وجود صداهای مختلف در بیمارستان‌ها در طی سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۸۸ انجام شده مبین آن است که سروصدا منبع اصلی استرس برای بیماران تلقی می‌گردد و باید کاهش پیدا کند. این مطالعات که تفاوت بین صداهایی با منابع مکانیکی و صدای بحث کارکنان با بیماران یا سایر افراد تیم بهداشتی را مورد عنایت قرار داده بود معلوم کرد که صدای ناشی از مباحثات افراد و کارکنان برای بیماران ناخوشایند بوده و در مقایسه با

1 - Davis & Peters

2 - Travers

دست یافت که هیچ کدام از توالت‌ها استانداردهای لازم که از طرف مؤسسه استاندارد انگلستان پیشنهاد شده بود را نداشتند. بدترین امکانات مربوط به دستشویی‌های بخش سالمندان می‌گردید که به طور کامل برای افراد ناتوان نامناسب بود و حریم آنان را خدشه‌دار می‌کرد (۱۸). لازم است اشاره شود که حفظ حریم خصوصی در بعد فیزیکی در متون پرستاری مراقبت از سالمندان بستری در بیمارستان بسیار مورد توجه واقع شده است (۱۹).

بعد روحی روانی: مفهوم حفظ حریم و خلوت از دیدگاه روحی و روانی یک نیاز و یک حق برای انسان به شمار می‌رود. این بعد به توانایی‌هایی از انسان می‌پردازد که برای شکل دادن به ارزش‌ها و این که با چه کسانی و تحت چه شرایطی افکار و اطلاعات خصوصی‌اش را با دیگران تقسیم کرده و یا فاش نماید، ضروریست (۶).

اینگهام^۱ حفظ حریم و خلوت بیماران در حیطه روحی روانی را نیاز به حفظ شخصیت و ایجاد استقلال در فرد می‌داند که موقعیتی برای رهایی عاطفی فرد، نیاز به خود ارزشیابی و ایجاد شرایطی که ارتباطات افراد محدود و مورد محافظت قرار گیرد فراهم می‌کند (۲۰).

یورا و والش^۲ نیز معتقدند که حفظ حریم خصوصی و خلوت، فرد را در حالت آرامش قرار داده و این مسأله در پرستاری اهمیت زیادی دارد. این بعد به توسعه و رشد استقلال شخصی، خود ارزشیابی، تعیین هویت شخصی و خود محافظتی افراد کمک زیادی کرده و می‌تواند رشد انسانی را توسعه داده و یا محدود کند (۱۲).

بعد اجتماعی: شامل توانایی و تلاش افراد یا گروه‌ها برای کنترل تماس‌های اجتماعی آنها می‌گردد. بعد اجتماعی حفظ حریم و خلوت بیمار در تعریف، از بار فرهنگی قوی برخوردار است و بر طبق یافته‌های برخی مطالعات، دارای تأثیر زیادی بر طرقتی است که افراد می‌توانند خلوت و حریم اجتماعی خود را حفظ کنند. حفظ حریم اجتماعی در ۴ حیطه شخصی، اجتماعی، عمومی و خصوصی تعریف شده که در فرهنگ‌های متفاوت یکسان تلقی نمی‌شود. گاهی گمنامی، خویشنداری - خلوت و گوشه‌گیری در جامعه به نحوی حفظ حریم اجتماعی تلقی می‌شود. حفظ حریم اجتماعی مستلزم نه فقط آزاد بودن از تعاملات حقیقی با دیگران بلکه عاری بودن از هر گونه فشار احساس شده بر جریان عملکرد خود فرد است. اگر فردی بتواند تعاملاتش را با دیگران تحت کنترل در آورد حریم و خلوت خود را حفظ کرده است (۶ و ۲۱).

در حرف گروه پزشکی نیز حفظ حریم اجتماعی می‌تواند قسمتی از اسرار بیمار و محرمانه بودن ارتباطات حرفه‌ای تلقی شود (۲۲). نتایج مطالعه‌ای که پاروت^۳ و همکاران بر ۴۲۷ شرکت‌کننده که طی ۶ ماه گذشته توسط پزشک مورد معاینه قرار گرفته بودند انجام دادند نشان داد دلایل بسیاری منجر به احساس بی‌حرمتی به 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 ارتباطی به معاینه پزشکی نداشت. همچنین در این مطالعه آنان طرح سؤالاتی در مورد آراستگی فیزیکی و استفاده از اوقات فراغت را به عنوان بی‌حرمتی به حریم و خلوت

1 - Ingham

2 - Yura & Walsh

3 - Parrott

بودند که توسط بیماران به عنوان عوامل تنش‌زا معرفی شدند. این شرایط نیز به نحوی حریم اطلاعاتی بیماران را خدشه‌دار می‌نماید (۲۹).

از آنجا که اصالت و حفاظت اطلاعات یکی از سطوح حفظ حریم محافظتی در بیمارستان است و با رشد سریع تکنولوژی مدرن اهمیت بخصوصی پیدا می‌کند می‌توان به خطر افتادن حفظ حریم اطلاعاتی را یکی از نتایج ارتقاء سطح تکنولوژی اطلاعاتی دانست (۳۰) البته بسیاری از محققان با این عقیده موافق نبوده و در مطالعه‌ای که گاردنر و لاندزگارد^۲ انجام دادند نشان دادند تکنولوژی اطلاعاتی تأثیری بر حریم اطلاعاتی بیماران ندارد (۳۱).

آلیسون^۳ و همکاران در مورد خدمات غربالگری جهت تعیین عوامل خطر آفرین بیماری‌های قلب و عروق در داروخانه‌های انگلستان مطالعه‌ای انجام دادند. آنها نداشتن فضای کافی و قابل دسترس به منظور تأمین حفظ حریم و خلوت بیماران را از جمله موانع ارائه خدمات دانستند (۳۲).

مشکلات مربوط به حفظ حریم اطلاعاتی بیمار در بررسی‌های آزمایشگاهی نیز مطرح هستند (۳۳). لینوکیلی^۳ تحقق حقوق ۲۰۳ بیمار را با استفاده از یک پرسشنامه مورد بررسی قرار داد. یک بخش از حقوق بیماران مربوط به حفظ حریم آنان و بخش عمده آن مربوط به بعد اطلاعاتی آن بود. نتایج نشان داد که حفظ حریم و خلوت بیمار می‌تواند به طور منطقی به تحقق به پیوندد، به طوری که کارکنان آزمایشگاه نتایج آزمایشات را به سایرین بدون اجازه بیمار فاش نکرده، نام بیمار و کد ملی آنها را ذکر ننموده و نتایج محرمانه باقی بماند. فقط ۳۰ درصد پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که

بیماران تلقی می‌کردند. سؤالاتی از این قبیل که در ۶ ماهه گذشته «چند بار ارتباط جنسی داشتید» و یا عباراتی چون «شما نسبت به مراقبت از سلامتی خود بی‌مسئولیت هستید» به نحوی تجاوز به حریم خصوصی آنها به شمار می‌آید (۲۳).

بعد اطلاعاتی: در این بعد افراد حق دارند نحوه، زمان و چگونگی دادن اطلاعات به دیگران و یا سازمان‌ها و تشکیلات بیمارستانی را خود تعیین کنند (۲۴). موهر^۱ می‌نویسد: توسعه تکنولوژی اطلاعاتی و روند رو به رشد استفاده از کامپیوتر به طور فزاینده‌ایی نیازمند به حفاظت اطلاعاتی است (۲۵). پرستاران و اعضاء تیم بهداشتی و درمانی باید توجه داشته باشند که چه قسمتی از اطلاعات محافظت گردد (۲۶).

بعد اطلاعاتی حفظ حریم بیماران به عدم انتشار اطلاعات خصوصی افراد اشاره کرده و جنبه بحث‌انگیز افزایش اطلاعات خصوصی بیمار توسط پزشک و سایر حرف تیم بهداشتی در طول دوران بستری را مطرح می‌کند و تأکید می‌کند که نباید حریم اطلاعاتی بیمار خدشه‌دار شود (۲۷).

در تشکیلات بهداشتی درمانی نیز بر حفظ حریم اطلاعاتی، محرمانه بودن اطلاعات شخصی بیماران سفارش می‌شود و حتی در بسیاری از کشورها با قوانین و مقررات خاص خود مورد حمایت قرار می‌گیرد (۲۸). تحقیقات متعددی نشان داده‌اند عدم اطلاع بیمار از تشخیص بیماری و آگاه نبودن از نوع بیماری خود، آگاه نبودن از نتایج و دلایل انجام یک روش درمانی و عدم پاسخگویی به سؤالات بیمار از طرف کارکنان تیم پزشکی از مواردی

2 - Gardner & Laundsgaarde

3 - Allison

1 - Moehr

اطلاعات آنها در سیستم کامپیوتر بیمارستان محرمانه نگاه داشته می‌شود (۳۴).

بحث و نتیجه‌گیری

در مروری بر حفظ حریم و خلوت بیماران ابعاد اصلی و زوایای متعدد این مفهوم مورد بررسی قرار گرفت. ابعاد این مفهوم تحت عناوین مفاهیم فیزیکی - روان‌شناختی - اجتماعی و اطلاعاتی توضیح داده و مشخص گردید که مفاهیم فوق در حرفه پرستاری و تحقیقات مختلف در حیطه پرستاری مطرح می‌باشند. بیشتر مطالعات در بعد فیزیکی این مفهوم انجام شده و گاهی تحت عنوان قلمرو انسانی نیز مطرح می‌شود. مطالعات مذکور به طور واضح اهمیت مفهوم حفظ حریم و خلوت بیمار را در تشکیلات بیمارستانی بیشتر روشن می‌کند. شایع‌ترین مشکلات مربوط به حفظ حریم و خلوت بیماران، سر و صدا و عوامل مخل، فضای محدود، قید و بند و موانع موجود در بیمارستان‌ها بود. گرچه هنوز هم در تمامی زوایای ابعاد مربوط به این مفهوم تحقیقاتی صورت نگرفته اما این کمبود در مداخلات مربوط به پرستاری جدی‌تر است.

در حفظ حریم اطلاعاتی، محرمانه بودن اطلاعات مورد توجه قرار می‌گیرد که یکی از جنبه‌های اساسی و مهم در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی است. در این بعد حفاظت اطلاعات و پیشگیری از آرایه اطلاعات ناصحیح مورد بحث قرار گرفت. شواهد نشان می‌دهد که با اطلاعات بیماران در سیستم درمانی به عنوان موردی محرمانه برخوردار نمی‌شود و تمایل کم افراد برای بستری شدن را باید بیشتر مورد تأمل قرار داد. همچنین نیاز روزافزون به انتقال اطلاعات از یک سازمان درمانی به سازمانی

دیگر، هم اتاق شدن بیماران و سایر عوامل مرتبط با آسایش یا خلوت و راحتی بیماران اهمیت حفظ حریم و خلوت را نشان می‌دهد.

عامل مهم دیگری که می‌تواند حفظ حریم و خلوت افراد را محدود کند تجاوز به خلوت و تنهایی آنان و لمس‌های غیر ضروری فیزیکی است. به منظور اجتناب از این مشکلات پرستاران باید به راه‌کاری جدیدی برای کار کردن با بیماران دست پیدا کنند تا حریم و خلوت آنان را به خطر نیندازند و این کار همیشه آسان نیست. به عنوان مثال در مراقبت از سالمندان تعداد کم کارکنان می‌تواند محدودیت فیزیکی در آنها ایجاد کرده و توجهات ایمنی آنها را خدشه‌دار کند.

در این وضعیت باید پرسید نیازهای تحقیقی در حیطه حفظ حریم و خلوت بیماران چیست؟ اولاً توسعه ابزاری لازم است که تحقق حفظ خلوت بیمار را اندازه‌گیری کرده و این کار ساده‌ای نیست زیرا که سرشت و طبیعت حفظ حریم و خلوت بیمار امر پیچیده‌ای است که این کار را مشکل می‌کند.

ثانیاً تحقیقات زیادی لازم است انجام شود تا نشان دهد چگونه تحقق حفظ حریم و خلوت بیماران در قسمت‌های مختلف تشکیلات بهداشتی درمانی ضروری اما متفاوت است. باید این مفهوم در تمامی قسمت‌های سازمان‌های بهداشتی درمانی مورد حمایت قرار گیرد به عنوان مثال چه در واحد بیماران سرپایی و چه در بخش‌هایی که بیماران مدت طولانی در آن بستری می‌شوند حریم و خلوت بیمار باید حفظ گردد.

ثالثاً ضروری است که دانشجویان گروه پزشکی به آموزش سیستماتیکی در حیطه حفظ حریم و خلوت بیماران دست پیدا کرده تا

بیماران تا درمان یا مراقبت خاصی به آنها ارایه شود، توضیح دادن روش‌های مراقبتی و درمانی قبل از انجام آن به بیمار، دست‌اندازی نکردن به وسایل، اشیاء و فضای شخصی بیمار از جمله اعمالی هستند که حریم و خلوت بیمار را حفظ می‌کنند. در این صورت است که اعتماد بیمار افزایش پیدا کرده و این افزایش اعتماد خود به افزایش حفظ حریم و خلوت وی کمک خواهد کرد.

نیازهای تحقیقاتی در این زمینه به فراموشی سپرده نشود.

در نهایت باید راهکارهایی جهت ایجاد حفظ حریم و خلوت بیماران ارایه نماییم. کارکنان تیم بهداشتی باید شرایطی فراهم نمایند که بیمار از فضای شخصی خودش مستقیماً استفاده کند و بتواند بر فضای شخصی خود کنترل داشته باشد؛ به عنوان مثال اجازه خواستن و با ملاحظه وارد شدن به اتاق

منابع

- 1 - Doyal L. Human need and the right of patients to privacy. *J Contemp Health Law Policy*. 1997 Fall; 14(1): 1-21.
- 2 - Back E, Wikblad K. Privacy in hospital. *J Adv Nurs*. 1998 May; 27(5): 940-5.
- 3 - WHO. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. WHO, Regional Office for Europe, Kluwer Law International, The Hague; 1994
- 4 - Burden B. Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within the maternity ward environment as a means of achieving and maintaining privacy, or as a form of signalling to peers and professionals in an attempt to seek information or support. *J Adv Nurs*. 1998 Jan; 27(1): 15-23.
- 5 - Webster's New World Dictionary, Prentice - Hall, New York: 1986.
- 6 - Burgoon J. Privacy and communication. *Communication Yearbook* 6. 1982; 206-249.
- 7 - Barron A. The right to personal space. *Nurs Times*. 1990 Jul 4-10; 86(27):28-32.
- 8 - Hayter J. Territoriality as a universal need. *J Adv Nurs*. 1981 Mar; 6(2):79-85.
- 9 - Leino-Kilpi H, Valimaki M. Patients Autonomy, Privacy and informed consent.

Biomedical and Health Research. Amsterdam: ISO Press; 2000.

10 - Kerr JA. Space use, privacy, and territoriality. *West J Nurs Res*. 1985 May; 7(2): 199-219.

11- Laufer R, Wolf M. Privacy as a concept and a social issue: a multidimensional development theory. *J Soc Issues*. 1977; 33(3): 22-42.

12 - Yura H, Walsh M. *The Nursing Process*. 5th Edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange. 1988.

13 - Seelye A. Hospital ward layout and nurse staffing. *J Adv Nurs*. 1982 May; 7(3): 195-201.

14 - Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arndt M. Privacy: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2001 Dec; 38(6): 663-71.

15 - Ogilvie AJ. Sources and levels of noise on the ward at night. *Nurs Times*. 1980 Jul 31; 76(31): 1363-6.

16 - Davies AD, Peters M. Stresses of hospitalization in the elderly: nurses' and patients' perceptions. *J Adv Nurs*. 1983 Mar; 8(2):99-105.

17 - Edwards SC. An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *J Adv Nurs*. 1998 Oct; 28(4): 809-17.

- 18 - Travers AF, Burns E, Penn ND, Mitchell SC, Mulley GP. A survey of hospital toilet facilities. *BMJ*. 1992 Apr 4; 304(6831): 878-9.
- 19 - Trierweiler R. Personal space and its effects on an elderly individual in a long-term care institution. *J Gerontol Nurs*. 1978 Sep-Oct; 4(5): 21-3.
- 20 - Ingham R. *Privacy and Psychology*. 1st ed; Chiceter: Wiley; 1978. P. 35-57.
- 21 - Schwartz B. The social psychology of privacy. *AJS*. 1968 May; 73(6):741-52.
- 22 - Curtin LL. Privacy: belonging to oneself. *Perspect Psychiatr Care*. 1981 May-Aug; 19(3-4): 112-5.
- 23 - 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.
- 24 - Collette J. Role demands, privacy and psychological well-being. *Int J Soc Psychiatry*. 1984 Autumn; 30(3): 222-30.
- 25 - Moehr JR. Informatics in the service of health, a look to the future. *Methods Inf Med*. 1998 Jun; 37(2): 165-70.
- 26 - Nyrhinen T, Leino-Kilpi H. Ethics in the laboratory examination of patients. *J Med Ethics*. 2000 Feb; 26(1): 54-60.
- 27 - Gafo J. *Etica y Legislacion en Enfermeria*. Editorial Universitas, Madrid: 1994.
- 28 - Edgar A. Confidentiality and personal integrity. *Nurs Ethics*. 1994 Jun; 1(2):86-95.
- 29 - Milholland DK. Privacy and confidentiality of patient information. Challenges for nursing. *J Nurs Adm*. 1994 Feb; 24(2): 19-24.
- 30 - Chou D. Internet: road to heaven or hell for the clinical laboratory? *Clin Chem*. 1996 May; 42(5):827-30.
- 31 - Gardner R, Lundsgaarde H. Evaluating of user acceptance of a clinical expert systems. *J Am Med Inform Assoc*. 1994; 1(6): 428-438.
- 32 - Allison C, Page H, George S. Screening for coronary heart disease risk factors in retail pharmacies in Sheffield, 1992. *J Epidemiol Community Health*. 1994 Apr; 48(2): 178-81.
- 33 - Callens S. The automatic Processing of multimedia in Belgium: is the individual protected? *Medicine and Law*. 1993; 12: 55-559.
- 34 - Leino-Kilpi H, Nyrhinen T, Katajisto J. Patients' rights in laboratory examinations: do they realize? *Nurs Ethics*. 1997 Nov; 4(6): 451-64.