



Perception of Hospitalized Patients Regarding Respect for Privacy

Tayebeh Hasan Tehrani ¹, Sadat Seyed Bagher Maddah ², Masoud Fallahi-Khoshknab ^{3,*}, Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi ⁴, Abbas Ebadi ⁵

¹ PhD Student, Nursing Department, University Of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ professor. Behavioral Sciences Research Center. Life style institute, faculty of nursing. Baqiyatallah university of Medical sciences, Teheran, Iran

* **Corresponding author:** Masoud Fallahi-Khoshknab, Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: fallahi@uswr.ac.ir

Received: 16 Jan 2018

Accepted: 19 Feb 2018

Abstract

Introduction: Privacy is one of the basic human needs and one of the most important nursing concepts of care ethics. Several definitions have been proposed for privacy, since the cultural norms and values of each society and the specific position of each individual in the community are influential in defining and determining its scope. Therefore, in order to provide proper cultural care, it is important to examine the privacy of patients. This study aimed at investigating the viewpoints of hospitalized patients in regards to respecting privacy.

Methods: The present study was carried out with the qualitative content analysis method on 20 patients hospitalized in internal and surgical wards of governmental hospitals of Tehran, during year 2017. Data collection was based on purposive sampling and using semi-structured individual interviews. In the interviews, hospitalized patients reported experiences with respect to their privacy during hospitalization. The interviews were recorded and handwritten and analyzed on the basis of qualitative content analysis.

Results: The analysis of hospitalized patients' experiences with respect to privacy in the hospital resulted in the extraction of 5 categories and 10 subcategories. The privacy implications included the dynamics of privacy, physical privacy, information privacy, psycho-social privacy, and religious spirituality privacy.

Conclusions: The findings of this study showed that privacy of hospitalized patients had different dimensions and care should be taken in all aspects. According to the findings of this study, it could be concluded that privacy policies should be provided according to the patient's perspective of the health care system.

Keywords: Respect, Privacy, Patient, Qualitative Content Analysis



درک بیماران بستری از احترام به حریم خصوصی: یک مطالعه تحلیل محتوی کیفی

طیبه حسن طهرانی^۱، سادات سید باقرمداح^۲، مسعود فلاحی خشکناب^{۳*}، فرحناز محمدی شاهبلاغی^۴، عباس عبادی^۵

^۱ دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۳ استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۵ استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: مسعود فلاحی خشکناب، استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۲۶

چکیده

مقدمه: حفظ حریم خصوصی از نیازهایی اساسی انسان و از مهمترین مفاهیم پرستاری اخلاق مراقبت و درمان محسوب می‌شود. تعریف متعددی برای آن ارائه شده است، زیرا هنجارها و ارزش‌های فرهنگی هر جامعه و موقعیت خاص هر فرد در اجتماع در تعریف و تعیین دامنه آن مؤثر است. بنابراین جهت تدارک مراقبت مناسب فرهنگی، بررسی حریم خصوصی از دیدگاه بیماران حائز اهمیت است. این مطالعه به تبیین درک بیماران بستری از احترام به حریم خصوصی می‌پردازد.

روش کار: مطالعه حاضر با روش تحلیل محتوی کیفی بر روی ۲۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستانهای دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جمع آوری داده‌ها بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انفرادی انجام گردید. در مصاحبه‌های انجام شده، بیماران بستری به بیان تجربیات مرتبط با احترام به حریم خصوصی خود در طول مدت بستری پرداختند. مصاحبه‌ها ضبط و دست نویس شد و سپس بر اساس تحلیل محتوی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل حاصل از تجربیات بیماران بستری در زمینه درک آنها از احترام به حریم خصوصی در بیمارستان منجر به استخراج پنج طبقه و ۱۰ زیر طبقه شد. طبقات اصلی حریم خصوصی شامل پویایی حریم خصوصی، حریم خصوصی فیزیکی، حریم خصوصی اطلاعاتی، حریم خصوصی روانی - اجتماعی و حریم خصوصی معنوی - مذهبی بود.

نتیجه گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که حریم خصوصی از دید بیماران بستری دارای ابعاد گوناگونی است و در مراقبت بایستی به همه ابعاد آن توجه داشت. با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت، زمینه‌های حفظ رعایت حریم خصوصی با توجه به دیدگاه بیماران در نظام مراقبت‌های بهداشتی فراهم شود

واژگان کلیدی: احترام، حریم خصوصی، بیمار بستری، تحلیل محتوی کیفی، ایران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیمار جزء اصول اخلاقی پزشکی قید کرده است (۴). همچنین با توجه به اهمیت موضوع، با حریم خصوصی عنوان کدهای اصلی و اصول اساسی استانداردهای مراقبتی، سازمان‌ها و انجمن‌های بین‌المللی مورد تأکید قرار گرفته است (۶). در ایران نیز حریم خصوصی یکی از بندهای مهم پنجگانه منشور حقوق بیمار محسوب می‌شود که بر اساس آن ارائه خدمات سلامت

رعایت حریم خصوصی یکی از حقوق اساسی انسانها محسوب می‌شود (۱).
 ۲. حریم خصوصی موضوعی مهم در زمینه اخلاق، مراقبت و پرستاری محسوب می‌شود (۳، ۴) و درسیستم ارائه مراقبتهای درمانی، به دلیل ماهیت خاص این مفهوم، از اهمیت بسزایی برخوردار است (۳، ۵). در این راستا، سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ این مفهوم را در بیانیه حقوق

ارتباط و جلب اعتماد شرکت کنندگان، ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی آنها اخذ می‌شد، سپس با پرسیدن سؤالات مقدماتی و برقراری رابطه‌ی مناسب و جلب اعتماد مشارکت کنندگان، زمینه را جهت انجام مصاحبه‌ی بهتر و راحت‌تر فراهم می‌نمود. پس از سؤالات مقدماتی مصاحبه با یک سؤال کلی و باز آغاز می‌شد. برای نمونه از بیماران پرسیده می‌شد "تجربه خود را از روز اول بستری در بیمارستان بگوئید"، سپس با توجه به مطالب بیان شده و با طرح سؤالات پیش برنده و واضح کننده، روند آن‌ها در جهت پوشش دادن اهداف پژوهش هدایت می‌شدند. ادامه جریان مصاحبه تا حد زیادی متکی بر سوالاتی بود که خودبخود در تعامل مصاحبه گر و مصاحبه شونده پیش می‌آمد. نمونه ایی از سؤالات در این مرحله شامل: "در حین انجام مراقبت (مثلاً پانسمان) چه تجاربی داشتید؟" "تجربه خود را از ویزیت‌هایی که داشتید توضیح بدهید؟" "تجربه خود را از بستری بودن در این اتاق توضیح بدهید؟" "آیا در زمان بستری تجربه‌ای داشته ایی که پرسنل حد و حدود شما را رعایت نکرده باشند؟" مدت زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ تا ۷۰ دقیقه بود. در انتهای مصاحبه جهت نیاز به انجام مصاحبه‌های بعدی شماره تلفن مشارکت کنندگان با رضایت آنها گرفته می‌شد. برای تحلیل داده‌ها ابتدا مصاحبه‌های ضبط شده تایپ شد و با استفاده از نرم افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور استخراج کدهای اولیه، متون بدست آمده از مصاحبه و مشاهدات چندین بار کلمه به کلمه خوانده شده تا درکی کلی از داده‌ها به دست آید و کلمات یا عباراتی که نشان دهنده افکار و یا مفاهیم کلیدی داده‌ها بودند، مشخص شدند. نام گذاری کدها با تداوم این فرآیند انجام می‌شد، سپس کدها بر اساس تشابهات و تفاوت‌های بین آنها به زیر طبقات که انتزاعی‌تر از کدهای اولیه بودند، تبدیل شدند. بر اساس ارتباط موجود و تفاوتها و تشابهات زیر طبقات استخراج شده در مرحله قبلی، بمنظور ایجاد طبقات اصلی با یکدیگر ترکیب شدند. برای تأمین اعتبار و اعتماد مطالعه کیفی از معیارهای چهار گانه گوبا و لینکن استفاده شد (۲۵). برای تأمین اعتبار مطالعه یافته‌های بدست آمده به ۵ نفر از شرکت کنندگان و باز بینی آنها با هدف انطباق یافته‌های بدست آمده با تجارب شرکت کنندگان به بررسی اعتبار یافته‌ها پرداخته شد. همچنین متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده در اختیار اساتید تیم تحقیق و دو نفر از افرادی که به تحقیق کیفی مسلط بودند قرار گرفت و پیشنهادهای آنها در روند کد گذاری اجرا گردید. پژوهشگر با درگیری طولانی مدت با پدیده مورد نظر و غوطه وری کامل در داده‌ها سعی در افزایش اعتبار داده‌ها نمود. برای تأمین اعتماد مطالعه، محقق کلیه مصاحبه‌ها را با دقت و کلمه به کلمه نوشته و تایپ کرد. همچنین تحلیل داده‌های بدست آمده در اختیار سه نفر از پژوهشگران کیفی قرار گرفت و بین نتایج بدست آمده مطالعه با نتایج پژوهشگران، مقایسه صورت گرفت و مواردی که نیاز به اصلاح داشت مورد بررسی مجدد قرار گرفت. برای تأیید پذیری مطالعه پژوهشگر سعی کرد مراحل تحقیق را در طول انجام مطالعه با دقت ثبت و گزارش کند تا در صورت نیاز امکان انجام مطالعه توسط دیگران فراهم شود، جهت تأمین انتقال پذیری پژوهشگر سعی کرد با توصیف و تشریح دقیق تحقیق، زمینه لازم را برای قضاوت و ارزیابی دیگران فراهم کند. همچنین از مشارکت کنندگان با مشخصات مختلف به صورت هدفمند دعوت بعمل آورد. اصول اخلاقی پژوهش شامل تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ایران و اخذ تأییدیه اخلاقی با شماره Ir.uswr.rec1394.382. رضایت آگاهانه به صورت شفاهی و کتبی از مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، اجازه از آنها از ضبط صدا و

باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی و رعایت اصل رازداری باشد (۷). در سالهای اخیر مطالعات زیادی در زمینه حریم خصوصی بیماران انجام شده است که در غالب موارد میزان رضایت مندی بیماران از حفظ حریم خصوصی توسط تیم درمان متوسط و ضعیف گزارش شده است (۸-۱۰). در نتایج پژوهش‌های کمی انجام شده در داخل ایران نیز که به بررسی دیدگاه‌های بیماران در زمینه رعایت حریم خصوصی در طی مراقبت پرداخته شده، حاکی از مطلوب نبودن تأمین نیاز بیماران برای حفظ حریم خصوصی آنها می‌باشد (۹، ۱۱-۱۴). همچنین در مطالعاتی که به منظور مقایسه درک بیماران و گروه‌های مختلف پزشکی از میزان رعایت حریم خصوصی بیماران انجام گرفته است، اغلب تفاوت معنی داری وجود دارد. علیرغم اهمیتی که پرستاران به رعایت حریم خصوصی بیماران می‌دهند اما میزان رعایت آن از دیدگاه بیماران و میزان رضایت مندی آنها بسیار پایین می‌باشد (۱۴-۱۸). حریم خصوصی، مفهومی سیال و نسبی دارد، لذا تعاریف متعددی برای آن ارائه شده است، زیرا هنجارها و ارزش‌های فرهنگی هر جامعه و موقعیت خاص هر فرد در اجتماع در تعریف و تعیین دامنه آن مؤثر است در حقیقت برای تدارک مراقبت مناسب فرهنگی، بررسی حریم خصوصی از دیدگاه بیماران حائز اهمیت است (۱۹، ۲۰). همچنین در ایران که شرع مقدس اسلام بر آن سایه افکنده این امر از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۱). بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه حریم خصوصی، صرفاً به بررسی میزان رعایت حریم بیماران پرداخته‌اند و مطالعات اندکی در زمینه مفهوم پردازی حریم خصوصی از دیدگاه خود بیماران انجام شده است (۸-۱۰). لذا با بکارگیری تحقیق کیفی که از روش‌های مختلف جمع آوری اطلاعات و بررسی وقایع ارزش‌ها و هنجارها از دیدگاه مشارکت کنندگان استفاده می‌کند، امکان بررسی عمیق درک و شناسایی واضح و جامع این پدیده را فراهم می‌سازد (۲۲). بنابر این قابل اطمینان ترین روش اندازه گیری حریم خصوصی در مراقبت این است که مستقیماً به بررسی دیدگاه خود بیماران پرداخته شود (۲۳). بررسی تجربه بیمار از حریم خصوصی می‌تواند در ارزیابی و ارتقاء محافظت حریم بیمار و محرمانه نگه داشتن اطلاعات او در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مؤثر باشد (۲۴). با توجه به اینکه معنای حریم خصوصی مشروط به فرهنگ مذهب و الویت‌های فردی است (۲). لذا این مطالعه با هدف بررسی تجارب بیماران بستری در مورد احترام به حریم خصوصی انجام گردید.

روش کار

این مطالعه کیفی، به روش تحلیل محتوی مستقیم در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. بخش‌های داخلی و جراحی در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران به عنوان عرصه مطالعه انتخاب شدند مشارکت کنندگان شامل ۲۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بودند. از نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و نمونه گیری تا اشباع داده‌ها ادامه داشت. معیارهای ورود به مطالعه، شامل کلیه بیماران بستری سنین ۲۰ تا ۶۵ ساله که حداقل ۲۴ ساعت از بستری شدن آنها گذشته باشد. مشخصات عمومی شرکت کنندگان شامل آگاهی نسبت به مکان و زمان، قادر به برقراری ارتباط، فاقد سابقه بیماری روانی بوده و توانایی بیان و یادآوری و بیان تجربه و غنی از اطلاعات بوده و قادر باشد تصویر مطمئنی از پدیده تحت مطالعه را ارائه دهند. روش جمع آوری داده‌ها در این مطالعه شامل مصاحبه‌های نیمه عمیق ساختارمند و یادداشت در عرصه بود. جهت جمع آوری اطلاعات برای شروع مصاحبه، پژوهشگر با معرفی خود و بیان هدف مصاحبه، برای برقراری

صحت‌های خود به صورت مستقیم و غیر مستقیم به این ویژگی اشاره می‌کردند. یکی از بیماران در این زمینه بیان می‌کرد:

"شاید اصلاً من دوست نداشته باشم موقع پذیرش جلو افراد اطلاعات خصوصی‌ام را بیان کنم مثلاً اینکه من توان اینکه اینجا بتونم بخوابم را ندارم. این قضیه‌ای را که میگم زمان ترخیص. هم صدق می‌کنه و حریم خصوصی من توی قسمتهای مختلف بیمارستان مورد بی احترامی قرار بگیرد" (مشارکت کننده مرد ۴۳ ساله)

حریم خصوصی فیزیکی

دومین ویژگی که از مصاحبه‌ها استخراج شد حریم خصوصی فیزیکی بود. که خود شامل دو زیر طبقه حریم جسمانی و فضای فیزیکی می‌شود. در بعد فیزیکی حریم خصوصی اغلب بیماران به تجاربی چون پوشاندن بدن هنگام پانسمان، پوشاندن نواحی تناسلی هنگام پانسمان، کیپ کردن پشت گان هنگام بردن به اتاق عمل، پوشاندن جاهای غیر ضروری حین معاینه، و سر و صدای زیاد ناشی از و شلوغی بخش ملاقاتی‌ها و ایستگاه پرستاری شاکی بودند. مشارکت کننده‌ای اظهار می‌کرد:

"سرو صدای بیرون استراحتمو بهم می‌زنه. چون ایستگاه پرستاری روبروی اتاقمون هست. یه وقت خود مریضا و همراه‌ها میان و بلند بلند صحبت می‌کنند داد می‌زنند و صحبت می‌کنند". (مشارکت کننده زن ۳۲ ساله)

اطمینان به آنها به محرمانه ماندن اطلاعات ضبط شده و رعایت امانت داری در متن مصاحبه‌ها و اختیار آنها برای انصراف از مطالعه بود. همچنین به آنها گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج کلی مطالعه آگاه گردند و در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها دوباره به آنها مراجعه شود.

یافته‌ها

بر اساس اهداف پژوهش پس از مشخص شدن مفاهیم کلیدی، به عنوان کدهای اولیه از مصاحبه‌ها استخراج گردید. سپس کدهای اولیه بر اساس شبا هت ها و تفاوت‌هایشان طبقه بندی شدند و ۱۰ زیر طبقه را ایجاد کردند. با مرور و مطالعه بیشتر کدها و مقایسه زیر طبقات، پنج طبقه شناسایی و نام گذاری گردید. طبقات اصلی شامل پویایی حریم خصوصی، حریم خصوصی فیزیکی، حریم خصوصی اطلاعاتی، حریم خصوصی روانی - خصوصی اجتماعی و حریم خصوصی معنوی - مذهبی بود که دارای چند زیر طبقه هستند (جدول ۱).

پویایی حریم خصوصی

اولین ویژگی به دست آمده در متون، پویایی حریم خصوصی است که از شش زیر طبقه تشکیل شده است (جدول ۱) اکثر بیماران در

جدول ۱: کدهای اولیه زیر طبقات، طبقات معرف ویژگی‌های حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان

زیر طبقات	کدهای اولیه (مثال)
پویایی حریم خصوصی	
فراگیر بودن حریم خصوصی	تفاوت حریم با نوع خدمت / ارتباط حریم بیمار با زمان ترخیص / ارتباط حریم با پذیرش /
تغییر پذیری معنای حریم خصوصی	تفاوت حریم در بیمارستانها / تفاوت حریم در شهرها / تفاوت بخش‌های بستری
حریم خصوصی فیزیکی	
حریم جسمانی	پوشاندن نواحی تناسلی هنگام پانسمان کیپ کردن پشت گان هنگام بردن به اتاق عمل / پوشاندن جاهای غیر ضروری حین معاینه
حریم جسمانی	استراق سمع سایر بیماران / مشکل در صحبت خصوصی تلفنی / شنیدن اتفاقی اطلاعات سایرین / شایعات در بین بیماران
حریم جسمانی	در معرض دید نبودن وجود پرده در هنگام معاینه / تعویض پانسمان در حضور دیگران / وجود پرده در تعویض لباس
حریم جسمانی	بوی بد دستشویی های اتاق / ناراحتی از بوی مواد ضد عفونی کننده / بوی سایر بیماران
حریم فضای فیزیکی	/ اجازه پرسنل در ورود به اتاق / جایجایی وسایل شخصی توسط خدمه / کمد بدون قفل /
حریم فضای فیزیکی	کوبیدن محکم صندلی به تخت بیمار / بیدار کردن آرام بیمار برای مراقبت / راحتی بیمار در اتاق خلوت‌تر / ملاقاتی زیاد هم اتاقی
حریم خصوصی اطلاعاتی	
مراقبت از اطلاعات محرمانه بیمار	فاش نشدن مسائل مالی / بیان نکردن تشخیص در حضور سایرین /
مالکیت اطلاعات شخصی	اخذ رضایت کتبی از بیمار برای استفاده از اطلاعاتش / اجازه به بیمار برای مطالعه پرونده اطلاعاتش / اخذ کپی پرونده بیمارستان /
حریم خصوصی روانی - اجتماعی	
استقلال در تصمیم گیری	حق انتخاب در مراقبت‌ها / انتخاب جنسیت پرستار / انتخاب اتاق توسط خود بیمار /
تعاملات محترمانه	خوش بر خوردی با بیمار / نادیده نگرفتن بیمار هنگام مشکل / گوش دادن به بیمار /
حریم خصوصی - معنوی مذهبی	
احترام به اعتقادات مذهبی بیمار	احترام به اعتقادات مذهبی بیمار / احترام به اعمال شرعی بیمار / رعایت محرم و نا محرم / در نظر گرفتن نیازهای مذهبی مثل نیازهای جسمی / سؤال پرسنل در مورد نیاز مذهبی /
احترام به ارزش‌های بیمار و همراه	امکانات طهارت / فقدان فضای خصوصی برای اعمال مذهبی / هماهنگی زمان اعمال مذهبی و مراقبت / حضور کارشناس
فراهم کردن تسهیلات فرایض دینی	مذهبی /

مراقبت‌ها روتین وار و بدون دادن فرصتی به بیمار برای انتخاب صورت می‌گرفت. یکی از شرکت‌کنندگان در این زمینه بیان داشت: " ما بعنوان بیمار هیچ حق انتخاب و تصمیم‌گیری نداریم. مثلاً وقتی به پرستار میگی اینجای دستم راحت‌ترم رگ بگیر میگه بزار جایی دیگر بگیرم جای دیگری را میگیره میزنه. اونم خراب میکنه مثلاً یه مریضی الان بیاد اینجا جلو پنجره اذیت بشه چه از لحاظ افتاب و سوز سرما بزارنش وسط حداقل بگن تخت را عوض کنیم. اگر کسی اینجور چیزها را بخواد باید جیبش پر باشه بره بیرون خصوصی یک اتاق خصوصی واسه خودش بگیره. اینجور چیزها تو ایران ما هنوز جا نیفتاده". (مشارکت‌کننده مرد ۴۵ ساله)

تعاملات محترمانه یکی از مواردی بود که اکثر بیماران به آن تاکید خاصی داشتند یکی از مشارکت‌کنندگان که سابقه بستری طولانی را در بیمارستان داشت اظهار نمود:

۱۷ روز توی آی سی یو بودم. موقعی که به هوش امدم یکی از پرستارهایی که تو اون اتاقی که من بودم بغل دستم نشسته بود داشت به من نگاه می‌کرد دردم که زیاد بود طاقت نداشتم دردم خیلی شدید بود و من داد می‌زدم اومد بالای سرم گفت چرا جیغ می‌زنی چته نمیتونستم خوب حرف بزنم با اشاره گفتم درد دارم آمد با دستش محکم زد تو سرم چشم هام سیاهی رفت پرستار آقا بود می‌گفت جیغ نزن می‌گفتم یه مسکنی برام بزنید هیچکس گوش نمی‌داد آخرش آمد سیلی زد تو سرم بعد یه خانم آمد یک مسکن زد بعد خوابیدم خیلی ناراحت شدم بهش گفتم چرا می‌زنی گفت خفه شده صدات را بیار پایین" (مشارکت‌کننده مرد ۲۰ ساله)

حریم خصوصی معنوی - مذهبی

حریم خصوصی معنوی مذهبی شامل دو زیر طبقه احترام به ارزش‌های بیمار و همراهش و فراهم کردن تسهیلات فرایض دینی می‌باشد. در این زمینه، شرکت‌کنندگان به مواردی چون احترام به اعتقادات مذهبی بیمار، احترام به اعمال شرعی بیمار، رعایت محرم و نا محرم، راحتی بیشتر با پرستار هم جنس، احترام به مراسمات مذهبی بیمار، در نظر گرفتن نیازهای مذهبی و امکانات اعمال مذهبی، امکانات طهارت، دسترسی به فرد مطلع، وجود مهر و سنگ یا خاک تیمم در بخش، فضای خصوصی برای اعمال مذهبی، مکان دعا و نیایش دسته جمعی/حمام مناسب برای رفع نجاسات و غسل تاکید داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان کرد: " کسی که اونجا کیسه ادرار خالی میکنه اینجا میشه نمازخوند. حالا شما ۷۰ رکعت بخون وقتی میدونی که اینجا کثافت کاریه چه فایده داره. در بخش جایی برای نماز خوندن ندارند. شما اگر بخواهید نماز ظهر را بخوانید تا یه جایی را پیدا کنید باید نماز مغرب و عشا را بخوانید. اصلاً امکاناتی برای تیمم هم وجود نداره حتی اگر مریض هم درخواست بده انجام نمیشه شرایطی نیست که اینجا بخوای نماز بخونی بالا خره آدم میخواد گاهی با خدای خودش خلوت کنه". (مشارکت‌کننده مرد ۴۷ ساله)

مشارکت‌کننده ایی در رابطه با حریم بدن بیمار اظهار می‌کند: "پانسمان من در ناحیه ران هست شلوار هم نمی‌تونم بپوشم ولی هر وقت بخواهند انجام دهند روی آلت تناسلی‌اش را با ملحفه می‌پوشانند. خوب البته اگر پرستار مرد باشه همسرم خیلی راحتتر است" (مشارکت‌کننده مرد ۶۴ ساله)

اغلب بیماران از رعایت نشدن قلمرو و فضای شخصی خود ناراضی بودند و بیان می‌کردند که پرسنل بدون در زدن وارد اتاق آنها شده و شلوغی اتاق به وسیله ملاقاتی‌ها فضای شخصی آنها را بهم زده و از اشتراک وسایل مثل یخچال ابراز ناراحتی می‌کردند. در این رابطه یکی مشارکت‌کنندگان بیان کرد:

" پرسنل در نمی‌زنند. اجازه هم نمی‌گیرند ولی صدا می‌کنند. در همیشه باز است و هر وقت بخواهند می‌آیند می‌روند. اگر خیلی سروصدا باشه خودمان در را می‌بندیم. کلاً این بیمارستانش خیلی شلوغه. سر و صداس زیاد و رفت و آمدش زیاده". (مشارکت‌کننده مرد ۴۶ ساله)

حریم اطلاعاتی

سومین ویژگی که از تجارب شرکت‌کنندگان استخراج گردید حریم خصوصی اطلاعاتی بود که در مقایسه با حریم فیزیکی، بیماران حساسیت کمتری نسبت به این نوع حریم داشتند. اما در مواردی که بیماران مشکلات خاصی مثل بیماریهای خاصی مثل مشکلات ارولوژی داشتند این بعد پررنگ جلوه می‌کرد. بعنوان مثال شرکت‌کننده مرد ۳۲ ساله که با تشخیص تنگی مجرای تناسلی بستری شده بود، اظهار می‌کرد:

" موقعی که رفتیم داخل درمانگاه که ویزیت بشیم یک میز گذاشتند و سه تا پزشک با سه تا مریض همزمان صحبت می‌کردند و شرح حال می‌گرفتند. هر دکتر از یه بیمار میپرسه و ما همه بغل دست هم نشستیم مثلاً من بیماری خودم را میگم، اون یکی هم داره بیمار خودش را میگه، پیش آمد مثلاً یک مریض آقا داره درد خودش را میگه مریض خانمم داره درد خودش به دکتر میگه. حداقل یک کاری کنند سه تا خانم یا سه تا آقا برن پیش سه تا دکتر نه اینکه خانم و آقا کنار هم همزمان شرح حال بدن. یک میز برای سه تا دکتر چیز جالبی نبود. هم من اطلاعات اونا را می‌شنیدم و هم نگران بودم الان اونا اطلاعات منو بشنوند. یک سری مسائل خیلی شخصی است. آدم دوست نداره همه متوجه بشن". (مشارکت‌کننده مرد ۳۲ ساله)

حریم روانی اجتماعی

چهارمین ویژگی حاصل از تجارب بیماران حریم خصوصی روانی اجتماعی بود به ابعادی چون استقلال در تصمیم‌گیری و تعاملات محترمانه تاکید داشتند. اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند با توجه به شرایط موجود بیمارستان و بخش‌ها، حق انتخابی در زمینه انتخاب تخت و هم اتاقی را نداشتند، ولی در بیشتر موارد اغلب

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

اطلاعات دموگرافیک	مشخصات
جنس	مرد زن
سن	۱۸ تا ۶۵ ساله
وضعیت تأهل	مجرد متأهل همسر فوت کرده
تحصیلات	از بیسواد تا فوق لیسانس
بخش بستری	بخشهای جراحی و داخلی
مدت زمان بستری	از یک روز تا ۶ ماه
سابقه بستری	با سابقه بستری و بدون سابقه بستری
تشخیص	برداشتن کیسه صفرا، سرطان پانکراس، پولیپ روده، شکستگی فمور، شکستگی دست، تومور مخچه، تنگی مجرای ادرار، جراحی معده، نارسایی کلیه، سنگ کلیه، کیست تخمدان، کولیت، نارسایی کلیه، خونریزی گوارش، پنومونی، مننژیت، دیابت
قومیت	فارس، کرد، لر، ترک، عرب
محل سکونت	تهران، شهرستان، روستا
شغل	خانه دار، کارمند، آزاد، دانش آموز، دانشجو، بازنشسته

بحث

هدف از این مطالعه بررسی تجارب بیماران بستری در مورد احترام به حریم خصوصی انجام گردید. یافته‌های این مطالعه نشان داد که حریم خصوصی بیماران مفهومی پویا می‌باشد. بر اساس مرور متون تعاریف مختلفی از حریم خصوصی شده است که معمولاً به شیوه‌های مختلفی تفسیر شده که بستگی به شرایط استفاده از آن دارد (۲۶). در این مطالعه پویایی آن ناشی از همپوشانی حریم خصوصی با سایر مفاهیم، تغییر پذیری معنای حریم خصوصی، چند بعدی بودن، انعطاف پذیری، ماهیت شخصی حریم خصوصی و ماهیت فرهنگی حریم خصوصی می‌باشد. زیرا معنای حریم خصوصی مشروط به فرهنگ، شرایط و الویت‌های فردی است (۲۷). بعلاوه حریم خصوصی و ابعاد مربوط به آن بایستی در یک زمینه خاص از جمله مراقبت‌های بهداشتی درمانی تعریف شود (۳). در تعاریف موجود در متون مختلف هر کدام حریم را از جنبه خاصی مورد تاکید قرار داده بودند بعنوان مثال تئوری پردازان معروف حقوقی سامئل وارن و لوئیس براننيس حریم خصوصی را بعنوان حق تنها ماندن تعریف کردندو تاکید آنها به توانایی کنترل افراد بر روی اطلاعات شخصی بوده است (۲۸). آلمتن نیز حریم خصوصی را بعنوان کنترل انتخابی از دسترسی به خود یا گروه تعریف کرده است (۱). تاباک حریم خصوصی را حق تنها ماندن و محافظت از هر گونه آشفتگی بیرونی و همچنین انتخاب درمان‌ها بر اساس الویت‌های فردی تعریف می‌کند (۲۹). در تعاریف موجود از حریم خصوصی تاکید زیادی بر کنترل شده است (۱، ۲۸). ویستین نیز چهار مبنا برای حریم خصوصی در نظر گرفته است که شامل خلوت و تنهایی، صمیمیت و الفت، ناشناس ماندن و خویشتن داری می‌باشد (۲). در خیلی از موارد حریم خصوصی را معادل محرمانگی در نظر گرفتند، در صورتی که حریم خصوصی، گسترده‌تر از محرمانگی محسوب می‌شود (۳۰). همچنین مطالعه حاضر نشان داد که این مفهوم احترام به حریم خصوصی بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، دربردارنده چندین ابعاد از جمله فیزیکی، اطلاعاتی، روانی و اجتماعی می‌باشد. این ابعاد ابتدا توسط برگون و پاروت و همکاران ارائه گردید و توسط سایرین مورد استفاده قرار گرفت. این نوع تقسیم بندی برای تجزیه و تحلیل ادراکات

بیماران از حریم خصوصی در مراقبت‌های درمانی این نوع تقسیم بندی عملی و راحت‌تر می‌باشد (۳، ۴، ۳۱) به عقیده سرانکو چنین رویکردی اجازه می‌دهد، تعریف پیچیده حریم خصوصی بیماران بستری از طریق توصیف اجزا آن دقیق‌تر ارائه گردد. در بیشتر مطالعات به ابعاد فیزیکی و اطلاعاتی تاکید دارند (۳). حریم خصوصی بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، دارای چهار بعد کلی حریم خصوصی فیزیکی، حریم خصوصی اطلاعاتی، حریم خصوصی روانی، حریم خصوصی اجتماعی می‌باشد. حریم خصوصی فیزیکی از دو بعد کلی حریم جسمانی و حریم فضای فیزیکی تشکیل شده است. حریم جسمانی به تجربه بیمار از دسترس بودن بدن خود برای دیگران اطلاق می‌گردد و شامل اجتناب از اقدامات ناخواسته مثل تجاوز به فضای شخصی، لمس قسمت‌های بدن، مشاهده با مانی‌تورینگ اعمال، مشاهده ویدیویی، سروصدا و شنیدن بویا می‌باشد (۳۱). بعنوان مثال ممکن است بیمار تمایل نداشته باشد کسی به جز پزشک معالجش با او تماس فیزیکی داشته با بر کارهای خصوصی او نظارت داشته باشد. حریم فضای فیزیکی نیز شامل قلمرو شخصی حریم خلوت، می‌باشد در بعضی مطالعات فضای شخصی و فضای تعاملی به عنوان ابعاد حریم خصوصی فیزیکی بوده که در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بایستی به آنها توجه کرد. فضای شخصی نشان دهنده مجموعه ایی از انتظارات شخصی در مورد راههای کنترل از دسترسی به بدن و فضای نزدیک بدن بیمار می‌باشد. فضای تعاملی نیز شامل قلمرو موقت بیمار در احساس احاطه به وسایل اتاق و کنترل بر قلمرو خود می‌باشد (۳). حریم اطلاعاتی شامل درک و تجربه بیمار از میزان کنترل بر روی استفاده، انتشار و ذخیره اطلاعات شخصی می‌باشد. بیماران انتظار دارند اطلاعاتی که مستقیماً مربوط به وضعیت سلامتی آنها مربوط می‌شود، استفاده شود و نحوه کنترل، زمان و شرایط انتقال اطلاعات خود را با سایر افراد و سازمانها تعیین کنند. همچنین از ذخیره مناسب اطلاعات به صورت الکترونیکی و نوشتاری اطمینان حاصل کنند. در بعضی از مطالعات حفظ حریم اطلاعاتی جز کلیدی درک بیمار از حریم خصوصی کلی از ارائه دهندگان مراقبت محسوب می‌شود (۳). با ظهور ثبت الکترونیکی اطلاعات پزشکی، سیستم مراقبت یکپارچه و اینترنت، فرصت‌های جدیدی برای بهبود مراقبت بهداشتی بوجود آمده و در مقابل این فن آوریها، در سیستم بهداشت و درمان توانایی محافظت

بیمارستان بستری هستند امری لازم و ضروری است. در حال حاضر متأسفانه در بخش‌های درمانی توجه به مراقبت‌های بیمار مورد غفلت قرار گرفته است (۳۹).

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد که حریم خصوصی از دید بیماران بستری دارای ابعاد گوناگونی است و در مراقبت بایستی به همه ابعاد آن توجه داشت. با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت، بایستی زمینه‌های حفظ رعایت حریم خصوصی در نظام مراقبت‌های بهداشتی فراهم شود. حریم خصوصی بیماران بستری در کمتر مطالعه به صورت کیفی و به شکلی عمیق انجام شده است. داده‌های این مطالعه تصویر روشنتر و جامع‌تری از این مفهوم فراهم می‌کند و می‌تواند مبنایی برای تحقیقات بیشتر در این زمینه باشد. بر اساس دیدگاه بیماران در رابطه با حریم خصوصی و ابعاد آن می‌توان ابزاری برای سنجش مفهوم حریم خصوصی بیماران بستری ارائه نمود. بر اساس نتایج این مطالعه و با استفاده از نظر متخصصین پرستاری در جهت رفع موانع رعایت حریم خصوصی بیماران بستری گام برداشت. این مطالعه به بدنه دانش پرستاری می‌افزاید. به نظر می‌رسد برای روشن شدن جزئیات این مفهوم در زمینه اجتماعی و فرهنگی حاکم بر محیط‌های بالینی در کشور ایران و سایر کشورها نیاز به بررسی‌های بیشتری می‌باشد. انجام این مطالعه صرفاً در بخش‌های داخلی و جراحی محدودیت‌های این مطالعه بود از طرفی با توجه به ویژگی‌های پژوهش کیفی، تعمیم نتایج این مطالعه فقط محدود به محیط مورد بررسی است لذا انجام مطالعه مشابه در سایر بخش‌ها مانند بخش اورژانس و بخش‌های ویژه و اتاق عمل پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

از بیماران شرکت کننده که تیم تحقیق را در انجام این طرح یاری نمودند و همچنین معاونت پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران جهت حمایت مالی طرح حاضر تشکر و قدر دانی می‌شود. رقابت منافع و حمایت مالی:

این مقاله قسمتی از پایان نامه دکتری نویسنده اول با راهنمای استاد محترم نویسنده مسئول که با شماره قرارداد ۳۷۱۴/ت/۹۶/۸۰۱ به وسیله دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حمایت گردیده است و هیچ تضاد منافع ایی بین نویسندگان وجود ندارد.

از حریم خصوصی افراد، محرمانه ماندن و کنترل و صحت اطلاعات بهداشتی شخصی را به چالش کشیده شده است (۳۲). پیچیدگی کار تیمی حرفه ایی، اسناد و مدارک کاغذی و الکترونیکی در مراقبت‌های بهداشتی، ایمیل، تلفن و ارتباطات تصویری بین بیماران و ارائه‌ندگان مراقبت از عوامل دیگری هستند که فرصت نقض حریم خصوصی اطلاعاتی بیماران را فراهم می‌کند (۲۰، ۳۳، ۳۴).

در زمینه حریم خصوصی اجتماعی نظریه پردازان معروف در حوزه حقوق، حریم خصوصی را به عنوان حق تنها ماندن تعریف کردند. تاکید آنها به اهمیت توانایی افراد در کنترل بر زندگی شخصی خود می‌باشد (۲۸). آلتمن حریم خصوصی را با عنوان کنترل انتخابی در دسترسی به خود یا گروه تعریف کرده است (۱). حریم خصوصی روانی از دو زیر طبقه احترام به نفس و حق استقلال در تصمیم‌گیری تشکیل شده است. در حال حاضر بیماران نقش فعالی داشته، و در درمان خود نقش تصمیم‌گیرنده را دارند (۲۳). استقلال جنبه ایی مهم از حریم خصوصی است که به معنی حق فرد برای تصمیم‌گیری در اشتراک اطلاعات خود با دیگران است بدون رضایت فرد هیچکس حق ندارد به اطلاعات شخصی و یا حقایق مربوط به زندگی خصوصی‌اش دسترسی داشته باشد (۳۵). ارزش‌های فردی به ادراکات بیمار به اینکه پزشک چگونه به ارزش‌های شخصی و فرهنگی و احترام می‌گذارد. ارزش‌های فردی اصول مهم مؤثر بر رفتار و انگیزه و هویت می‌باشند (۳۶). همچنین هنگامی که فردی نیاز به کمک‌های پزشکی دارد و با مشکلات ناخوشایند سلامتی کشمکش دارد ارزش‌های فردی منبع قابل توجه و قدرت محسوب می‌شود (۳۷). آخرین ویژگی مفهوم حریم خصوصی بیماران بستری تحت عنوان حریم فرهنگی مذهبی شکل گرفت. اعتقادات مذهبی در زمان بیماری اهمیت بیشتری نسبت به هر زمان دیگری از زندگی شخص پیدا می‌کند و کمک می‌کند فرد بیماری را بپذیرد بنابراین، حفظ اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم در جهت انجام اعمال مذهبی و بر طرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار در بیمارستان می‌باشد امری لازم و ضروری است. انجام اعمال مذهبی یکی از اعمال مؤثر در درمان شمرده می‌شود و باعث امید به زندگی و آرامش در فرد می‌گردد (۳۸). باتوجه به اینکه ما در کشوری زندگی می‌کنیم که پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی را بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی و حتی لحظات مرگ می‌دانیم و حکومت ما نیز بر اساس اصول اسلامی پایه ریزی شده است بنابراین رعایت حریم مذهبی بیمار و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی و بر طرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار هستند و در

References

- Altman I. The Environment and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, and Crowding. Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Company; 1975.
- Westin AF. Privacy and freedom. Washington Lee Law Rev. 1968;25(1):166.
- Serenko N, Fan L. Patients' perceptions of privacy and their outcomes in healthcare. Int J Behav Healthcare Res. 2013;4(2):101-22.
- Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, et al. Privacy: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 2001;38(6):663-71. PMID: 11602270
- Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, et al. Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: comparison and implications for the future. Nurs Ethics. 2003;10(1):58-66. DOI: 10.1191/0969733003_ne575oa PMID: 12572761
- Zahedi F, Sanjari M, Aala M, Peymani M, Aramesh K, Parsapour A, et al. The code of ethics for nurses. Iran J Public Health. 2013;42(Suppl1):1-8. PMID: 23865008

7. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Acta Med Iran*. 2014;52(1):24-8. [PMID: 24658982](#)
8. Moore M, Chaudhary R. Patients' attitudes towards privacy in a Nepalese public hospital: a cross-sectional survey. *BMC Res Notes*. 2013;6:31. [DOI: 10.1186/1756-0500-6-31](#) [PMID: 23360672](#)
9. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Evaluation of elderly patients' privacy and their satisfaction level of privacy in selected hospitals in Esfahan. *J Med Ethics*. 2014;8(29):97-120.
10. Erdil F, Korkmaz F. Ethical problems observed by student nurses. *Nurs Ethics*. 2009;16(5):589-98. [DOI: 10.1177/0969733009106651](#) [PMID: 19671645](#)
11. Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani SH, Abbaspoor M. The observance of different aspects of patient privacy: Analysis of elderly views. *Med Ethics J*. 2016;10(36):73-80.
12. Zirak M, Ghafourifard M, Aghajanloo A, Haririan H. Respect for patient privacy in the teaching hospitals of Zanjan. *Iranian J Med Ethics Hist Med* 2015;8(1):79-89.
13. Rasti R, Jahanpour F. Viewpoints of Nurses and Patients on Paying Respect to the Privacy of Patients in Care. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014;24(111):34-42.
14. Nayeri ND, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):167-77. [DOI: 10.1177/0969733009355377](#) [PMID: 20185441](#)
15. Akyüz E, Erdemir F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nurs Ethics*. 2013;20(6):660-71.
16. Karimi R, Nayeri N, Daneshvari Z, Mehran A, Sadeghi T. Comparison of nurses and adolescents understand the importance of patient privacy and patient compliance. *Hayat* 2009;15(1):21-30.
17. Kim K, Han Y, Kim JS. Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nurs Ethics*. 2017;24(5):598-611. [DOI: 10.1177/0969733015622059](#) [PMID: 26811392](#)
18. Lin YK, Lee WC, Kuo LC, Cheng YC, Lin CJ, Lin HL, et al. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Med Ethics*. 2013;14:8. [DOI: 10.1186/1472-6939-14-8](#) [PMID: 23421603](#)
19. Heidari M, Anoooshe M. The Process of Patient's Privacy: A Grounded Theory. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv*. 2012;19(5):644-54.
20. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine--Part I: conceptual, moral, and legal foundations. *Ann Emerg Med*. 2005;45(1):53-9. [DOI: 10.1016/j.annemergmed.2004.08.008](#) [PMID: 15635311](#)
21. Aqajani M, Dehghan Nayeri N. Review of compliance with various aspects of the privacy of patients in the emergency department of the hospital, Tehran University of Medical Sciences. *J Med Ethics Hist Med*. 2010:59-69.
22. Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
23. Swan M. Emerging patient-driven health care models: an examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(2):492-525. [DOI: 10.3390/ijerph6020492](#) [PMID: 19440396](#)
24. Friedman LA. *Patient experience of privacy while participating in group healthcare: A phenomenographic description*: Boston College; 2015.
25. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
26. BeVier LR. Information about individuals in the hands of government: Some reflections on mechanisms for privacy protection. *Women Mary Bill Rts J*. 1995;4:455.
27. Woodward JD, Orlans NM, Higgins PT. *Biometrics: [identity assurance in the information age]*. New York: McGraw-Hill/Osborne 2003.
28. Warren SD, Brandeis LD. The right to privacy. *Harvard Law Rev*. 1890:193-220.
29. Tabak N, Ozon M. The influence of nurses' attitudes, subjective norms and perceived behavioral control on maintaining patients' privacy in a hospital setting. *Nurs Ethics*. 2004;11(4):366-77. [DOI: 10.1191/0969733004ne709oa](#) [PMID: 15253572](#)
30. Ives Erickson J, Millar S. Caring for patients while respecting their privacy: renewing our commitment. *Online J Issues Nurs*. 2005;10(2):2. [PMID: 15977975](#)
31. Burgoon JK, Parrott R, Le Poire BA, Kelley DL, Walther JB, Perry D. Maintaining and restoring privacy through communication in different types of relationships. *J Soc Pers Relat*. 1989;6(2):131-58.
32. Grace PJ. *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice*: Jones & Bartlett Publishers; 2013.
33. Chadwick A. A dignified approach to improving the patient experience: promoting privacy, dignity and respect through collaborative training. *Nurse Educ Pract*. 2012;12(4):187-91. [DOI: 10.1016/j.nepr.2011.12.006](#) [PMID: 22245653](#)
34. Rotenberg M, Scott J, Horwitz J. *Privacy in the modern age: The search for solutions*: New Press; 2015.
35. Ramsay H. Privacy, Privacies and Basic Needs. *Heythrop J Q Rev Philos Theol*. 2010;51(2):288-97. [DOI: DOI 10.1111/j.1468-2265.2009.00552.x](#)
36. Parks L, Guay RP. Personality, values, and motivation. *Pers Individ Differ*. 2009;47(7):675-84. [DOI: 10.1016/j.paid.2009.06.002](#)
37. Haslam SA, Jetten J, Postmes T, Haslam C. Social identity, health and well-being: an emerging agenda for applied psychology. *Appl Psychol*. 2009;58(1):1-23.
38. Araghianmojarad F, Sanagoo A, Jouybari L. Explanation of the Viewpoints and Experiences of Nurses in Intensive Care Units Regarding Religious-Spiritual Care. *J Qual Res Health Sci* 2016;4(226-37).
39. Zand S, Rafiei M. Assessing religious care needs of patients in hospital. *Teb va Tazkieh*. 2010; 19(4):21-34.