

وضعیت رعایت شأن و کرامت بیماران بستری از دیدگاه پرستاران

* زهرا راعی^۱

حیدرعلی عابدی^۲

چکیده

زمینه و هدف: احترام به شأن و منزلت انسان به عنوان یکی از اصول اخلاقی، وظیفه حرفه‌ای هر پرستار است. مطالعات حاکی از این واقعیت است که شأن و منزلت بیماران در محیط‌های مراقبتی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت رعایت شأن و کرامت بیماران بستری از دیدگاه پرستاران صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی است که در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲ در بیمارستان‌های شهر اصفهان صورت گرفته است. در این مطالعه ۳۶۸ نفر از پرستاران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته، با مقیاس لیکرت و در ابعاد میزان رعایت حریم، استقلال و ارتباط توأم با احترام جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش از میان مولفه‌های مربوط به شأن بیمار، رعایت استقلال بیماران از دیدگاه پرستاران (با میانگین $0/53 \pm 2/43$ و نمره $0/82$) مطلوب‌تر و رضایت بخش‌تر بود و بعد از آن رعایت اصول ارتباط توأم با احترام (با میانگین $0/35 \pm 2/40$ و نمره $0/79$) قرار داشت و کمترین میانگین را رعایت حریم بیماران ($0/52 \pm 2/34$) دارا بوده است که با نمره $0/76$ در سطح نسبتاً مطلوب قرار داشت.

نتیجه‌گیری کلی: این مطالعه نشان داد که مودبانه و محترمانه بودن لحن مراقبین بهداشتی، استفاده از زبان مناسب و اصطلاحات قابل فهم، پاسخ‌گویی به سئوالات بیمار و سپردن مراقبت‌های اختصاصی به پرستار هم‌جنس با بیمار، نیازمند توجه ویژه‌ای از سوی کارکنان تیم درمانی و بویژه پرستاران می‌باشد.

کلید واژه‌ها: شأن، مراقبت پرستاری، حریم، استقلال، ارتباط

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۵

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، باشگاه پژوهشگران جوان، اصفهان، ایران. (*نویسنده مسئول)

Email: z.raee@khuif.ac.ir

شماره تماس: ۰۹۳۶۴۹۰۱۶۳۹

۲. استاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران.

مقدمه

هدف نهایی حرفه پرستاری تامین سلامت است و تحقق این امر از طریق مراقبت‌های علمی توأم با استفاده از اصول و روش‌های اخلاقی امکان پذیر است. علم اخلاق، پرستاران را موظف به رعایت اصولی می‌نماید تا در کنار آن مددجو با اطمینان و اعتماد بیش‌تری مراقبت‌های پرستاری را دریافت نماید و در این راستا هرگونه خلل در رعایت اخلاق پرستاری، می‌تواند علمی‌ترین و بهترین مراقبت پرستاری را تحت الشعاع قرار دهد^(۱).

احترام به شأن و منزلت انسان نیز یکی از این اصول اخلاقی و وظیفه حرفه‌ای هر پرستار است و در واقع نوعی احترام گذاشتن به ارزش ذاتی منحصر به فرد اشخاص و جمعیت‌ها است و زمانی که پرستار برای همه بیماران ارزش قائل بوده و به آنها احترام بگذارد، شأن انسان تجلی پیدا می‌کند^(۲). به عبارت دیگر این پرستاران هستند که مسئول حفظ شان بیماران از طریق تعامل و همکاری با بیماران و سایر تیم‌های مراقبتی می‌باشند و باید در همه موقعیت‌ها و با همه افراد به طور یکسان رفتار کرده و به شأن و منزلت آنها در سراسر زندگی تا لحظه مرگ و حتی پس از آن احترام بگذارند^(۳).

پرستاران در حین مراقبت کمتر به ارزش واقعی این امر توجه می‌کنند و چنین عباراتی در حد امور عادی و پیش پا افتاده، تنزل پیدا کرده‌اند و در نظام سلامت صرفاً تبدیل به شعار شده‌اند^(۴)؛ به طوری که اغلب مطالعات حاکی از این واقعیت است که شأن و منزلت در محیط‌های مراقبتی مورد احترام قرار نمی‌گیرد. مثلاً در مطالعه انجام شده توسط Matiti & Trorey تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران نسبت به حفظ شأن و کرامت خود در بیمارستان اظهار نارضایتی کرده‌اند^(۵). در مطالعه Sletteb و همکاران نیز بیماران معتقد بودند که کرامت انسانی آنها اغلب در برخورد با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نقض شده است^(۶) در این زمینه می‌توان به مطالعات دیگری چون Jackson و Jo, Irwin و Doorenbos و Henderson و همکاران نیز اشاره کرد.

رعایت نشدن شأن و کرامت افراد با پیامدهای سوئی چون ترس، ناباوری، شوک و انکار، خشم، احساس تنفر، بی‌تفاوتی، ناراحتی و سرخوردگی همراه بوده و نهایتاً تأثیرات غیرقابل انکاری بر سلامتی افراد خواهد داشت^(۳،۷،۸). همچنین بی‌احترامی به شأن افراد منجر به تنش‌های غیر ضروری و فشارهای جسمی و روحی فراوان به فرد می‌شود و این تنش شدید، عواقبی همچون اختلال در گردش خون، افزایش فشار خون و بیماری قلبی عروقی را در پی دارد^(۹). بنابراین ضروری است کارکنان بخش درمان بویژه پرستاران، به این مفهوم توجه داشته باشند. پرداختن هر چه بیشتر به این موضوع سبب درک روشنی از ماهیت شأن و چگونگی به خطر افتادن آن در محیط‌های مراقبتی می‌شود. با توجه به اهمیت حفظ کرامت بیماران این مطالعه با هدف تعیین وضعیت رعایت شأن و کرامت بیماران بستری از دیدگاه پرستاران صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است، که جامعه پژوهش آن شامل تمام پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اصفهان اعم از دولتی، تامین اجتماعی و نهادهای خاص، خصوصی و خیریه در سالهای ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن مقدار $P=0/5$ و با میزان خطای $0/05$ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۳۸۴ نفر برآورد شد که در نهایت بعد از بررسی پرسش نامه‌ها و ریزش تعدادی از آنها ۳۶۸ نفر وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول از بین تمام بیمارستان‌های شهر اصفهان بطور تصادفی چهار بیمارستان دولتی، سه بیمارستان تأمین اجتماعی و نهادهای خاص، دو بیمارستان خصوصی و دو بیمارستان خیریه انتخاب شدند. در مرحله دوم به صورت تصادفی بخش‌هایی از هر بیمارستان برگزیده شد و در نهایت ۲۴۲ پرستار از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی، ۶۹ نفر از تامین اجتماعی و نهادهای خاص و

۴۱ نفر از بخش خصوصی و ۱۶ نفر از بیمارستان‌های خیریه انتخاب شدند.

روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه و ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل دو بخش بود: بخش اول، اطلاعات جمعیت شناختی شامل نه سؤال در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، نوع بیمارستان و بخشی که در آن پرستاران مشغول به کار هستند، تناسب تعداد تخت و کارکنان و سابقه کار آنها بود. بخش دوم شامل مولفه‌های مربوط به رعایت شأن بیماران از دیدگاه پرستاران بود؛ این قسمت با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای تهیه شد و ۴۴ سؤال را در مورد وضعیت رعایت شأن بیماران مطرح می‌کرد که شامل ۱۹ مورد حریم، ۱۰ مورد ارتباط توأم با احترام و ۱۵ مورد استقلال بود که هر مورد شامل گویه‌هایی با مقیاس لیکرت بود که در آن، همیشه (نمره سه)، بیشتر اوقات (نمره دو)، گاهی اوقات (نمره یک) و هیچ وقت (نمره صفر) رتبه بندی شده بودند. جملات با مفهوم رعایت نامناسب شأن به طور معکوس نمره گذاری شدند و همچنین یک گزینه دیگر نیز به صورت کاربرد ندارد برای پرستارانی که موردی برای پاسخ گویی به آن سوالات را نداشتند در نظر گرفته شده بود که این گزینه هیچ امتیازی نداشت و در تجزیه و تحلیل آماری نیز محاسبه نشد.

در این پژوهش به منظور تسهیل تحلیل نتایج علاوه بر میانگین و امتیاز هر حیطه، این نمره به درصد نیز محاسبه گردید و با تقسیم این فاصله به چهار قسمت و قرار دادن وضعیت نشانگرها در چهار مقیاس (نامطلوب، نسبتاً نامطلوب، نسبتاً مطلوب و مطلوب) درباره کیفیت عوامل قضاوت شد. با توجه به این مقیاس‌ها امتیاز کمتر از ۲۵ درصد نامطلوب، امتیاز بین ۲۵-۵۰ درصد در سطح نسبتاً نامطلوب، امتیاز ۵۰-۷۵ درصد در سطح نسبتاً مطلوب و بالاتر از ۷۵ درصد در سطح مطلوب ارزیابی شد.

معیارهای ورود پرستاران به پژوهش نیز سابقه کار بیشتر از ۶ ماه و داشتن حداقل مدرک فوق دیپلم بهیاری در نظر

گرفته شد و با توجه به این که اطلاعات این پژوهش در یک نوبت جمع آوری شد معیار خروج وجود نداشت.

اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار صوری و محتوایی و با نظرخواهی از ۱۴ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اصفهان مورد تأیید قرار گرفت. به این منظور از دو شاخص نسبت روائی محتوا **Content Validity Ratio (CVR)** و شاخص روائی محتوا **Content Validity Index (CVI)** استفاده شد که تمامی مقادیر **CVR**، بیش از ۰/۵۱ (حداقل ارزش تعیین شده لاواشه برای ۱۴ متخصص) و **CVI** بیش از ۰/۷۹ بدست آمد. بنابراین پرسشنامه خودساخته محقق از حیث روائی محتوا، مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین اعتماد ابزار نیز آزمون به صورت مقدماتی انجام و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ برای پرسشنامه مذکور موید وجود پایایی مناسب این ابزار می‌باشد.

ابتدا طرح پژوهش در شورای پژوهشی دانشگاه از نظر علمی و رعایت موازین اخلاقی مورد تأیید قرار گرفت و کد کمیته اخلاق ۲۹۱۲۱۶ در تاریخ ۱۳۹۱/۰۹/۱۴ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کسب شد؛ سپس اقدام به جمع آوری داده‌ها گردید. پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و پژوهشگر پس از ورود به محیط پژوهش، ابتدا خود را به طور کامل به شرکت کنندگان معرفی نموده و اطلاعات کافی را در مورد ماهیت و اهداف پژوهش در اختیار آنان قرار می‌داد؛ سپس رضایت کتبی کسب شده و پژوهشگر اقدام به توزیع پرسش نامه میان پرستاران و جمع آوری آن‌ها می‌نمود. در نتایج مطالعه نیز نظر به ضرورت رعایت ملاحظات اخلاقی و اصل رازداری از اشاره به نام مراکز درمانی به طور مشخص پرهیز گردید و تنها به اشاره به مدل بیمارستان اکتفا شد. داده‌ها از دی ماه ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ۱۳۹۲ جمع آوری شد و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون مجذور کای اسکور) در نرم افزار **SPSS** نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران حاکی از آن بود که بیشتر پرستاران مورد پژوهش (۷۷٪) زن بوده و در رده سنی ۳۵-۲۵ سال قرار داشتند. همچنین ۹۴/۴ درصد شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی، ۷۱/۲ درصد متاهل و ۶۷/۷ درصد در بخش دولتی مشغول به کار بوده و سابقه کار کمتر از ۱۰ سال داشتند.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، در میان ابعاد مختلف شأن بیشترین میانگین (۲/۴۳ ± ۰/۵۳) مربوط به بعد "رعایت استقلال بیماران از دیدگاه پرستاران" و پس از آن "رعایت اصول ارتباط توأم با احترام" با میانگین ۲/۴۰ ± ۰/۳۵ بود. کمترین میانگین را نیز بعد "رعایت حریم بیماران" با میانگین ۲/۳۴ ± ۰/۵۲ دارا بوده است. همچنین بر اساس جدول شماره یک در بعد "رعایت

حریم بیماران"، رازداری و حفظ حریم اطلاعاتی بیمار با میانگین ۲/۵۸ ± ۰/۵۰ و نمره ۸۶ درصد، در بعد "رعایت استقلال بیماران"، دادن اطلاعات مورد نیاز به بیمار با میانگین ۲/۴۸ ± ۰/۴۰ و نمره ۷۹ درصد و در بعد "رعایت اصول ارتباط توأم با احترام"، احترام به بیمار با میانگین ۲/۵۴ ± ۰/۴۳ و نمره ۸۴ درصد بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده‌اند و کمترین امتیاز مربوط به "رعایت طرح انطباق و تناسب جنسیتی" با میانگین ۲/۰۳ ± ۰/۲۴ و نمره ۷۲ درصد، "دادن حق انتخاب و مشارکت در مراقبت‌ها" با میانگین ۲/۴۶ ± ۰/۶۶ و نمره ۶۹ درصد و "ارتباط پرستار و بیمار" با میانگین ۲/۰۹ ± ۰/۵۵ و نمره ۷۱ درصد به ترتیب در سه بعد رعایت حریم، استقلال و اصول ارتباط توأم با احترام بوده است.

جدول شماره ۱: میانگین میزان رعایت شأن بیماران از دیدگاه پرستاران، در بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲

رعایت شأن بیماران از سوی پرستاران	نمره هر حیطه (درصد)	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار (نمره هر حیطه (درصد))
حفظ حریم فیزیکی بیمار	۱۶/۹۸ (%۸۳)	۲/۵۰ ± ۰/۴۶	۲/۳۴ ± ۰/۵۲
رعایت حریم بیماران	۱۰/۲۵ (%۸۶)	۲/۵۸ ± ۰/۵۰	۴۲/۸۵ (%۷۶)
توجه به وضعیت پوشش و آراستگی بیمار	۹/۰۶ (%۷۴)	۲/۲۰ ± ۰/۵۵	
طرح انطباق و تناسب جنسیتی	۸/۱۲ (%۷۲)	۲/۰۳ ± ۰/۲۴	
رعایت استقلال بیماران	۱۴/۰۵ (%۷۹)	۲/۴۸ ± ۰/۴۰	۲/۴۳ ± ۰/۵۳
دادن حق انتخاب و مشارکت در مراقبت‌ها	۸/۱۸ (%۶۹)	۲/۴۶ ± ۰/۶۶	۲۴/۶۷ (%۸۲)
رعایت اصول ارتباط توأم با احترام	۱۲/۷ (%۸۴)	۲/۵۴ ± ۰/۴۳	۲/۴۰ ± ۰/۳۵
ارتباط پرستار و بیمار	۱۷/۳۲ (%۷۱)	۲/۰۹ ± ۰/۵۵	۳۵/۹۸ (%۷۹)
نحوه صدا زدن و مورد خطاب قرار دادن بیمار	۴/۵۶ (%۸۰)	۲/۱۶ ± ۰/۴۴	

داشته است ($P < ۰/۰۵$) در مورد سایر متغیرهای بررسی شده از جمله سن، سابقه کار، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل پرستاران نیز ارتباط معناداری با رعایت شأن بیماران مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

همچنین، در بررسی وجود رابطه بین رعایت شأن بیماران و متغیرهای جمعیت شناختی (جدول شماره دو)، نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که ارتباط معنی‌داری میان جنس پرستاران، نوع بیمارستان و کمبود نیروی کار پرستاری با رعایت شأن بیماران از سوی آنان وجود

جدول شماره ۲: تعیین ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی و رعایت شأن بیماران از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲

رعایت اصول ارتباط توأم با احترام			رعایت استقلال بیماران			رعایت حریم بیماران			متغیرها
P	df	χ^2	P	df	χ^2	P	df	χ^2	
۰/۰۰۰	۹	۳۰/۸۶	۰/۱۳۴	۹	۱۳/۹۸	۰/۱۲۸	۹	۱۳/۰۶	سن
۰/۰۰۱	۳	۱۶/۰۸	۰/۰۵۹	۳	۷/۴۴	۰/۰۱۳	۳	۱۰/۸۳	جنس
۰/۰۴۲	۶	۱۳/۰۹	۰/۰۸۸	۶	۱۱/۰۱	۰/۷۷۵	۶	۲/۱۷	وضعیت تاهل
۰/۲۳۱	۹	۱۱/۶۹	۰/۱۷۴	۹	۱۲/۵۸	۰/۱۹۱	۹	۱۲/۴۰	سطح تحصیلات
۰/۰۰۸	۹	۲۲/۱۳	۰/۰۰۲	۹	۲۳/۸۱	۰/۰۰۹	۹	۲۱/۷۹	نوع بیمارستان
۰/۰۰۰	۹	۴۲/۱۲	۰/۰۹۶	۹	۱۴/۸۱	۰/۱۷۵	۹	۱۲/۷۳	نوع بخش
۰/۰۶۰	۶	۱۲/۱۰	۰/۰۰۱	۶	۲۱/۷۵	۰/۰۶۷	۶	۱۱/۷۷	تعداد تخت نسبت به کارکنان
۰/۰۰۱	۹	۲۸/۰۴	۰/۰۱۵	۹	۲۰/۵۶	۰/۲۷۵	۹	۱۱/۰۱	سابقه کار

بحث و نتیجه گیری

دهندگان خدمات سلامت و پزشکی می‌باشد و به همین دلیل بیماران مسایل و موضوعاتی را که حتی از نزدیک‌ترین کسان خود مخفی می‌کنند برای پزشکان بازگو می‌کنند. همچنین امروزه با توجه به پیشرفت در زمینه فن آوری لزوم توجه به محدوده قلمرو خصوصی افراد و رازداری بیشتر احساس می‌شود و توجه نکردن به این موضوع علاوه بر ایجاد صدمه به بیمار، آثار سوئی نیز بر سیستم مراقبتی خواهد داشت.

در خصوص "طرح انطباق و تناسب جنسیتی" نیز که کمترین نمره را در زمینه رعایت حریم بیماران از دیدگاه پرستاران به خود اختصاص داده است، نتایج هم راستا با مطالعه آزادی می‌باشد؛ وی در بررسی نحوه رعایت و نگرش ۱۲۰ بانوی بستری از حریم خصوصی خود در تهران، گزارش کرد که بیشتر بانوان در وضعیت نامناسبی از لحاظ حفظ حریم خصوصی قرار داشتند و خواستار اجرای کامل طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس توسط تیم درمان هستند^(۱۳). شرکت کنندگان در پژوهش حیدری و همکاران نیز اظهار داشتند که برخی از آنها به علت دسترسی نداشتن به پرستاری که هم جنس آنها باشد از بیان نیازهای خود سرباز زده و این امر موجب وقفه در سیر درمان آنها شده است^(۱۴). این موضوع در مطالعه Whitehead & Wheeler نیز اشاره شده است^(۱۵)؛ که البته با توجه به عقاید و باورهای

نتایج حاصل از این مطالعه در مورد "وضعیت رعایت حریم بیماران بستری از دیدگاه پرستاران" بیانگر آن است که رازداری و حفظ حریم اطلاعاتی بیماران بالاترین نمره را به خود اختصاص داده و به ترتیب در رده‌های بعدی حفظ حریم فیزیکی بیمار و توجه به وضعیت پوشش و آراستگی بیمار قرار داشتند و کمترین نمره مربوط به طرح انطباق و تناسب جنسیتی بود.

یافته‌ها در خصوص حیطه "رازداری و حفظ حریم اطلاعاتی بیماران" با مطالعه پارساپور و همکاران که حاکی از میزان رعایت خوب این محور از دیدگاه بیماران بود هم راستا می‌باشد^(۱۰). در پژوهش سبزواری و همکاران نیز این حیطه، میانگین بالاتری نسبت به نرمال داشت^(۱۱). اما یافته‌های پژوهشگران بسیاری از جمله Baillie بیانگر آن است که بیشتر بیماران، در زمینه رازداری و حفظ اطلاعات خود مشکلات زیادی را ذکر می‌کنند و به کرات شاهد افشای راز خود از سوی پرستاران می‌باشند^(۴) و این در حالی است که در مطالعه مانوکیان و همکاران یکی از ابعاد مهم حفظ کرامت بیمار که در بیانات مشارکت کنندگان مورد تأکید قرار گرفته است، رازداری و حفظ اسرار بیمار می‌باشد^(۱۲)؛ چرا که موضوع حفظ حریم خصوصی بیمار و حریم اطلاعاتی به عنوان یکی از اصول پذیرفته شده در بین بیماران و ارائه

که به اعتقاد بیماران کارکنان بخش درمان دادن اطلاعات و مشارکت آنان در فرایند درمان را نادیده می‌گیرند و شرکت کنندگان در این پژوهش این طور احساس می‌کردند که بر آن چه اتفاق می‌افتد هیچ کنترلی ندارند و فرصت تصمیم‌گیری و حق انتخاب آنها در خصوص مراقبت از خود در معرض خطر می‌باشد که در این زمینه خواستار افزایش اطلاع‌رسانی و سهیم شدن در طرح مراقبتی خود بودند^(۲۰).

مولفه دیگر رعایت استقلال بیماران بستری یعنی "دادن حق انتخاب و مشارکت در مراقبت‌ها" در رتبه دوم قرار داشت. وسکوپی اشکوری و همکاران نیز در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران میزان رعایت حقوق بیماران را در خصوص حق اختیار و استقلال رأی بیمار ۳۶ درصد گزارش کرده‌اند و معتقدند تنها ۴۸ درصد بیماران از لحاظ کردن نظر آنها در تصمیم‌گیری‌های درمانی اظهار رضایت نموده‌اند که با توجه به ماهیت و تعریف بیمارستان آموزشی، پایین بودن میزان رعایت حق انتخاب پزشک و مشارکت جهت اقدامات تشخیصی و درمانی توسط بیمار در آن امری طبیعی باشد و البته این امر زمانی قابل اغماض است که بیمار در بدو پذیرش نسبت به این امر واقف شده باشد^(۲۱). در پژوهش Humayun و همکاران نیز که در دو بیمارستان عمومی و خصوصی پاکستان انجام شد نتایج مشابهی به دست آمد بطوری که ۹۰ درصد از بیماران در بیمارستان عمومی و ۵۳/۳ درصد از بیماران در بیمارستان خصوصی بیان کردند که حق انتخاب و اجازه مشارکت در مراقبت‌ها را ندارند و حتی از آن‌ها قبل از اقدامات درمانی و تشخیصی هیچ‌گونه رضایتی نیز اخذ نشده است^(۲۲).

در ارزیابی "وضعیت رعایت اصول ارتباط توأم با احترام با بیماران بستری از دیدگاه پرستاران" بر اساس یافته‌های پژوهش، بالاترین مورد مربوط به "احترام به بیمار" و موارد بعدی به ترتیب "نحوه صدا زدن و مورد خطاب قرار دادن بیمار" و "ارتباط پرستار و بیمار" می‌باشد و با وجود این که بسیاری از پژوهشگران ارتباط را به عنوان

مذهبی و فرهنگی اسلامی ما، که بیماران ورود بدون اجازه به اتاق و معاینه و مراقبت مددجویان توسط کارکنان غیر همجنس آن‌هم در شرایط غیر اضطراری را بی‌توجهی به اصول مذهبی و اعتقادی خود می‌دانند^(۱۶) پرستاران باید مراقبت‌های بیمار به ویژه مراقبت‌های اختصاصی را به پرستار هم‌جنس با بیمار بسپارند و در جهت پوشاندن کامل بدن بیمار به خصوص در مقابل افراد جنس مخالف و پوشاندن نواحی خاصی از بدن حتی در مقابل افراد هم‌جنس تلاش کافی را انجام دهند^(۱۷) و در واقع مراقبت شدن از سوی افراد هم‌جنس از حقوقی است که آرامش و آسایش روانی و روحی بیماران را به دنبال داشته و از مسئولیت‌های اولیه پرستاران بالینی می‌باشد.

یافته‌ها در خصوص "وضعیت رعایت استقلال بیماران بستری از دیدگاه پرستاران" حاکی از آن بود که در میان سه مولفه شأن، در این بعد بهتر عمل شده است و میانگین بالاتری را به خود اختصاص داده است، همچنین در میان مولفه‌های مربوط به استقلال، دادن اطلاعات مورد نیاز به بیمار در رتبه اول و پس از آن دادن حق انتخاب و مشارکت در مراقبت‌ها در رتبه بعدی قرار داشت که این نتایج همسو با مطالعه عرب و همکاران می‌باشد به طوری که نتایج آنان نیز حاکی از این مطلب بود که از میان هفت حیطه مورد بررسی بالاترین میزان رعایت حقوق بیمار، مربوط به حیطه آگاهی بیمار بوده است^(۱۸)؛ اما تحلیل و بحث یافته‌های مطالعه کاظم نژاد و حسام زاده در این خصوص نشان داد که از نظر پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران میزان پاسخ‌گویی تیم درمانی به سئوالات بیمار در خصوص بیماری و درمان کم‌ترین میزان را کسب نموده است^(۱۹).

در همین رابطه Bailli نیز در مطالعه خود مشخص نمود که دادن توضیحات و ارائه انتخاب به بیماران طی مراقبت‌های پرستاری به خوبی رعایت نمی‌گردد^(۴). یافته‌های Delmar و همکاران در دانمارک نیز نشان داد

پرستاران می‌توانند با آگاهی از این تفاوت‌ها در برقراری ارتباط مناسب موفق‌تر عمل کنند چرا که برقراری ارتباط با کودک، فرد بزرگسال و سالمند سختی و پیچیدگی‌های خاص خود را دارد. برای برقراری ارتباط مناسب با مددجویان در تمام گروه‌های سنی ضروری است پرستاران از مراحل تکامل زبانی، هوشی و تکامل روانی افراد آگاه باشند^(۲۶).

در خصوص متغیرهای جمعیت شناختی نیز در این پژوهش مشاهده شد هر چه سن و سابقه کاری پرستاران بیشتر بوده، شأن بیمار بیشتر رعایت شده است چرا که به اعتقاد قلجه و همکاران افزایش سن سبب افزایش تجربه بالینی خواهد شد و هر چه سابقه کار پرستاران بیشتر باشد به صورت تجربی با حق و حقوق بیمار آشناتر می‌شوند^(۲۷)؛ همچنین در این پژوهش پرستاران زن در رعایت شأن بیماران، مطلوب‌تر عمل کرده‌اند که در این خصوص نتایج پژوهش عجمی قلعه رشیدی و همکاران به صورت مغایری حاکی از آن بود که میزان رعایت حقوق بیماران در مردان از زنان، بیشتر بود و معتقد است این تفاوت می‌تواند ناشی از بار و فشار مضاعفی باشد که زنان، از یک سو در حیطه خانواده و از سوی دیگر، در حیطه شغلی مجبور به تحمل آن هستند؛ و سبب می‌شود که انرژی آنان در اهتمام به رعایت حقوق بیماران تا حدودی کاسته شود^(۲۸). البته این در حالی است که نتایج بسیاری از مطالعات همچون بیرانوند و همکاران و بصیری مقدم و همکاران بیانگر فقدان رابطه معنی‌دار بین رعایت شأن بیماران و حقوق آن‌ها با جنسیت پرستاران می‌باشد^(۲۹،۳۰) که لزوم انجام تحقیقات بیشتر در خصوص تأثیر متغیر جنس پرستاران در مورد وضعیت رعایت شأن بیماران را نشان می‌دهد.

یکی دیگر از موارد بررسی شده در این زمینه نیز تناسب تعداد پرستار با بیمار در بیمارستان‌ها و تأثیرگذاری آن بر میزان رعایت شأن بیماران بود که شواهد بیانگر آن است که کمبود پرستار و مشغله زیاد کاری آنها تأثیر سوء در رعایت شأن بیماران دارد چرا که پرستاران بدلیل

مهمترین عامل تأثیرگذار بر شأن بیماران نام می‌برند، در این طرح کمترین نمره را به خود اختصاص داده است که در بررسی انجام شده توسط Henderson و همکاران در استرالیا نیز به این نکته اشاره نموده‌اند که بیشتر پرستاران وقت کافی برای مکالمه با بیمار اختصاص نمی‌دهند و در هنگام صحبت کردن به کارهای دیگر مشغول هستند و یا به تجهیزات نگاه می‌کنند و تماس چشمی مناسبی با بیمار برقرار نمی‌کنند و این نادیده گرفتن و بی‌اعتنایی در ایجاد حس بی‌ارزشی و تحقیر در بیماران موثر است. از سویی آنها با صدای بلند صحبت می‌کنند که همین امر منجر به نقص شان بیمار می‌شود. همچنین پرستاران غالباً برای صدا کردن بیمار از الفاظ نامناسب استفاده می‌کردند^(۸) که همین موضوع در مطالعات دیگری چون مطالعه Gallagher و همکاران در دانشکده پرستاری انگلیس از سوی بیماران مطرح شده است^(۲۳).

در همین رابطه Shuttleworth نیز در مجله پرستاری انگلیس این طور می‌نویسد که مهارت‌های برقراری ارتباط پرستاران ضعیف می‌باشد و به اعتقاد وی یکی از دلایل عمده این امر، بی‌توجهی مدیران پرستاری است^(۲۴). همچنین درک بیماران در نواحی مختلف از نحوه ارتباط، با توجه به فرهنگ حاکم متفاوت است. برای مثال میزان تماس چشمی مورد استفاده در تعاملات، بر اساس فرهنگ‌های شرقی و غربی متفاوت است. در کشورهای غربی تماس چشمی مداوم، نشان دهنده توجه به صحبت‌های فرد گوینده است اما در کشورهای شرقی اجتناب از تماس چشمی با یک فرد مافوق در واقع احترام گذاشتن به او قلمداد می‌شود^(۲۵) و این تناقضات نشان دهنده نیاز به انجام تحقیقات بیشتر در خصوص برقراری ارتباط با بیماران و رعایت شأن آنها می‌باشد. نکته قابل تأمل دیگری که باید خاطر نشان کرد این است که از آن جایی که پرستاران معمولاً مددجویانی در گروه‌های سنی مختلف خواهند داشت و هر گروه سنی نسبت به سلامتی، بیماری و عملکردهای بدن خود دیدگاه ویژه‌ای دارند.

هستند که حفظ شأن بیمار را تحت الشعاع خود قرار داده و بر آن موثر می‌باشند. البته این امر نیز مستلزم کاهش فشار کاری و مشکلات اقتصادی اجتماعی پرستاران، تامین وسایل و امکانات و ارتقا ساختار بیمارستان‌ها، اطلاع رسانی و آموزش جامعه و حرفه‌های مراقبت بهداشتی به منظور افزایش آگاهی افراد در مورد رعایت شأن بیمار و همچنین تاسیس واحدهایی در این زمینه در بیمارستان‌ها و وضع قوانین و مقررات مربوط به چگونگی رعایت شأن بیمار دارد؛ که این موارد می‌توانند نقش عمده‌ای در افزایش رعایت شأن و منزلت بیمار در بیمارستان‌ها ایفا نمایند. امید است نتایج این پژوهش به توجه بیشتر اعضای تیم درمان به حفظ شأن بیمار و تدوین دستورالعملی در این زمینه بینجامد؛ که این امر نیز مستلزم به کارگیری نتایج این پژوهش در بالین و به کارگیری اقدامات مناسب در این خصوص می‌باشد. همچنین بررسی تجارب بیمار از رعایت شأن آنان و پرستاران از مفهوم شأن بیمار جهت رفع مشکل مربوط به رعایت نکردن شأن بیمار پیشنهاد می‌گردد. در این مطالعه نیز وقت گیر بودن تکمیل و جمع آوری پرسشنامه‌ها با توجه به بار کاری زیاد پرستاران و محدودیت فرصت زمانی، از محدودیت‌های عمده پژوهش بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به شماره ۵۱۷۵۱۹۱۰۷۱۲۰۰۶ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از اعضای شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و تمامی بیمارستان‌ها که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند و به ویژه کلیه همکاران محترم پرستار که در انجام این پژوهش شرکت کردند، ابراز می‌دارند.

محدودیت زمانی و فشار ناشی از مسئولیت مراقبت بیمار متعدد، ترجیح می‌دهند وظایف مراقبتی خود را در الویت قرار داده و از سوالات با پاسخ‌های کوتاه و بسته در مواجهه با بیمار استفاده کنند و نقطه نظرات بیمار را در امر مراقبت لحاظ نکنند و در نتیجه این حس در بیمار القا می‌شود که گویی پرستاران، وظایف خود را از آن‌ها مهم‌تر می‌دانند^(۳۱). به طور مشابهی در خصوص قرار دادن اطلاعات به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار نیز پرستاران فقط به دنبال انجام اقدامات روتین اولیه بوده و وقت کمی برای مستقل کردن بیمار دارند و به گونه‌ای رفتار می‌کنند که اغلب به حقوق افراد برای گرفتن اطلاعات توجه نکرده و انتظارات بیمار را برآورده نمی‌سازند^(۳۲) همچنین درآمد کم و توان اقتصادی پایین پرستار عامل بازدارنده دیگری در نظر گرفته می‌شود که منجر به نگرش ضعیف پرستار نسبت به بیمار می‌گردد^(۳۳). از سویی موارد دیگری مانند وجود بخش‌های مختلط، کمبود تجهیزات و تسهیلات، بهداشت ضعیف^(۳۴)، آلودگی صوتی^(۸)، حضور دانشجویان در بخش^(۳۵) عوامل چالش برانگیز دیگری هستند که رعایت شأن بیمار را به مخاطره می‌اندازند که نیازمند اقدام جدی در این زمینه می‌باشند.

در مجموع می‌توان گفت بیمار یکی از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که انتظار دارند به خدمات پزشکی و پرستاری به آسانی دسترسی داشته باشند و کلیه اقدامات مربوط به تشخیص و درمان آنها با سرعت و به درستی انجام پذیرد. همچنین بیمار تمایل دارند با افراد آگاه، قابل اعتماد و مؤدب سر و کار داشته باشند و چگونگی و محل ارائه خدمات بهداشتی مورد نظر را بدانند. به طور حتم داشتن وجدان کاری، تعهد اخلاقی، احساس مسئولیت، صداقت در تعامل با بیمار، توجه به نیازهای بیمار، احترام به شخصیت وی و از همه مهم‌تر درک بیمار به عنوان یک انسان همه از عوامل مهمی

فهرست منابع

1. Borhani F, Alhani F, Mohammadi E, Abbaszadeh A. [Professional Ethical Competence in nursing: the role of nursing instructors]. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3:3. Persian
2. Sadeghi T, Dehghan Nayyeri N. [Patients' dignity: patients' and nurses' perspectives]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;3(1):9-20. Persian
3. Jo K-H, Doorenbos A. Understanding the meaning of human dignity in Korea: a content analysis. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(4):178-85.
4. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):23-37.
5. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2709-17.
6. Slettebø Å, Caspari S, Lohne V, Aasgaard T, Nåden D. Dignity in the life of people with head injuries. *J Adv Nurs*. 2009;65(11):2426-33.
7. Jackson A, Irwin W. Dignity, humanity and equality: Principle of Nursing Practice A. *Nurs Stand*. 2011;25(28):35-7.
8. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. Maintenance of patients' dignity during hospitalization: Comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(4):227-30.
9. Mansfield A, Nathanson V, Jayasinghe N, Foyle G. The psychological and social needs of patients. UK: British Medical Association. 2011.
10. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Acta Med Iran*. 2014;52(1):24. Persian
11. Sabzevari S, Kohan N, Nakhaee N, Kohan M. [The patients, attitude regarding to one's privacy in medical surgical wards in Kerman medical university]. *J qual Res health Sci*. 2010; 9(1and2): 41-6. Persian
12. Manookian A, Cheraghi MA, Nikbakht Nasrabadi A, Peiravi H, Shali M. [Nurses' lived experiences of preservation of patients' dignity]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(1):22-33. Persian
13. Azadi F. [Assessment of woman attitude towards own personal privacy in selected hospitals of Tehran medical university]. Abstract of the tenth meeting of the Asian Bioethics and the fourth meeting of the Asian – Pacific UNESCO in the field of ethics; Tehran; 2008. Persian
14. Heidari M, Anooshe M, Azadarmaki T, Mohammadi E. [The process of patient's privacy: A grounded theory]. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 2012; 19: 644-54. Persian
15. Whitehead J, Wheeler H. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. *Br J Nurs*. 2008;17(6):381-5.
16. Kohan N, Sabzevari S, Nakhaei N, Kohan M. [The Evaluating of patients perspective in medical and surgical wards of kerman university of medical science hospitals than individual privacy compliance]. *Journal of Kerman Nursing and Midwifery school*. 2007;7:40-7. Persian
17. Peymani Z, Sherafat M, Mahmoodiyan F. [Evaluation of sex proportion to health care staff in operating room: an ethical evaluation]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;2(4):37-46. Persian
18. Arab M, Zarei A, Hosseini M. [Awareness and observation of patients' rights from the perspective of patients: a study in university hospitals in Tehran]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2010;8(2):77-86. Persian
19. Kazemnezhad SM, Hesamzadeh A. [Implementation of Patients' Bills of Rights by Physicians and Nurses from Their Colleagues' Points of View in Educational Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;22(97):216-23. Persian
20. Delmar P, Charlotte, Alenius-Karlsson R, Nanny, Højer Mikkelsen M, Anette. The implications of autonomy: Viewed in the light of efforts to uphold patients dignity and integrity. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2011;6(2):6045-54.
21. Vaskoei Eshkevari K, Karimi M, Asnaashari H, Kohan N. [The assessment of observing patients' right in Tehran University of Medical Sciences' hospitals]. *Iranian Journal of Medical Ethics*

and History of Medicine. 2009;2(4):47-54. Persian

22. Humayun A, Fatima N, Naqqash S, Hussain S, Rasheed A, Imtiaz H, et al. Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. *BMC Med Ethics*. 2008;9(1):14-22.
23. 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 Nurs*. 2008;7(1):1-12.
24. Shuttleworth A. Analysis: Clear Roles, Regulations And Accountability Are Long Overdue. *Nurs Times*. 2013;109(6):13.
25. Torabizadeh C, Ebrahimi H, Mohamadi E. [The relationship between patients' privacy and dignity]. *Medical Ethics Journal*. 2016;6(19):119-32. Persian
26. Aghabarari M, Mohammadi I, Varvani FA. [Barriers to Application of Communicative Skills by Nurses in Nurse-Patient Interaction: Nurses and Patients' perspective]. *Iran J Nurs*. 2009; 22(61): 19-31. Persian
27. Ghaljeh M, Zakeri Z, Rezaee N, Abedzadeh R. [Physicians and nurses awareness and function about patients right charter in Zahedan]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3:69-75. Persian
28. Ajami GRV, Foroughan M, Hosseini M. [The Relationship between Knowledge and Observance of Patients' rights in Rehabilitation Centers of Tehran]. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2012; 19(3): 296-303. Persian
29. Biranvand Sh, Asti P, Anbari Kh. [Study of respecting patients rights from nurses point of view employed in Khoramabad hospitals]. *JCS*. 2011; 21: 53-8. Persian
30. Basiri Moghadam K, Basiri Moghadam M, Moslem A, Ajam Zibad H, Jamal F. [Health Providers and Patients' Awareness on Patient Bill of Rights and Its Observing Rate in 22 Bahman Hospital]. *The Horizon of Medical Sciences*. 2011;17(1):45-54. Persian
31. Fakhri-Movahedi A, Negarandeh R, Salsali M. [Exploring nurse-patient communication strategies]. *Hayat*. 2012:28-46. Persian
32. Ebrahimi H, Sadeghian E, Seyedfatemi N, Mohammadi E. [Challenges associated with patient autonomy in Iranian hospitals: a qualitative study]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(4):92-103. Persian
33. Manongi RN, Nasuwa FR, Mwangi R, Reyburn H, Poulsen A, Chandler CI. Conflicting priorities: evaluation of an intervention to improve nurse-parent relationships on a Tanzanian paediatric ward. *Human Resources for Health*. 2009;7(1):50.
34. Baillie L, Gallagher A, Wainwright P. Defending dignity: challenges and opportunities for nursing: Royal College of Nursing; 2008; 60 p.
35. Kalb KA, O'Conner-Von S. Ethics education in advanced practice nursing: respect for human dignity. *Nurs Educ Perspect*. 2007;28(4):196-202.

Nurses' Perspectives on Human Dignity of Hospitalized Patients

*Raei Z. MS¹

Abedi H. PhD²

Abstract

Background & Aims: Respect for the human dignity as a moral principle is the professional responsibility of each nurse. Studies indicate the fact that the dignity of patients in care is neglected by healthcare professionals. This study aimed to determine the status of dignity in the hospitalized patients from the perspective of nurses in Iran.

Material & Methods: In this cross-sectional study which conducted from 2012- 2013 in Isfahan's hospitals, 368 nurses were selected by cluster sampling method. Data were gathered through a questionnaire with Likert scale in the dimensions of "respecting privacy", "promoting autonomy" and "nurse- patients respectful interaction" and were analyzed using descriptive and analytical statistics with SPSS software version 16.

Results: Based on the findings from this study nurses were more satisfied with the patient's autonomy and the respectful communication and these components had the most mean (0.53 ± 2.43 , 0.35 ± 2.40) and score (82%, 79%) respectively. Privacy of the patients had the lowest mean and scores (0.52 ± 2.43 , 76%).

Conclusion: This study showed the importance of being polite and respectful. A respectful tone of voice, using simple and understandable language, respond to every patient's question and pay attention to gender of the nurse when the patient prefers a nurse of the same gender is so important in good communication between nurses and patients and require special attention.

Key words: Dignity, Nursing Care, Privacy, Autonomy, Communication

Received: 14 Nov 2016

Accepted: 13 Feb 2017

¹. MS in nursing, Young Researchers and Elite Club, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 09364901639 E-mail: z.raei@khuif.ac.ir

². PhD, Professor, School of Nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.