Original
Journal of Medical Council of Iran, Volume 42, Issue 2, 2024
https://doi.org/10.22034/42.2.38

Autonomy Status in the Elderly Hospitalized in Hospitals Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Abstract

Background: With the improvement of the health status and increase in the quality of life, people›s life expectancy has increased and live longer than the past. Increasing life expectancy causes economic, political, and social problems, and on the other hand, the duty of the health system to protect their health is heavy. Considering the promotion of human rights, autonomy is recognized as the basic right of every individual; however change in the current technology can cause a change in the autonomy of the elderly. The present study was carried out with the aim of determining the autonomy status of hospitalized elderly.

Method: The descriptive-analytical study was conducted on 172 elderly people hospitalized in 3 hospitals in Tehran (Labafinejad, Luqman, Modares Hospitals), who met the inclusion criteria. The data collection tool included demographic information questionnaire and autonomy questionnaire in the elderly. The data was analyzed by SPSS version 23.

Results: Only 28.5% of people reported a good privacy situation. The highest score in this area was related to the subject of history of bathing and washing in front of other patients. 71/5% of people had an average view of compliance with informed consent, and personal health care had the highest score in this area. A significant relationship between the autonomy of the elderly with a history of hospitalization (P < 0/0001), the number of beds in the ward (P = 0/01, r = -0/191), the number of beds in each room (P = 0/003, r = -0/225) and the duration of hospitalization in the ward (P = 0/01, r = 0/184) were observed and by reducing the number of beds in the ward and each room, a better autonomy status was reported in the elderly, and with the increase in the duration of hospitalization, the status of autonomy improved.

Conclusion: From the point of view of most of the elderly, the status of autonomy in both dimensions was at an average level, which shows the need for the authorities in the field of treatment to pay more attention in the field of promoting and respecting the ethics and rights of the elderly in treatment environments.

Key words: Elderly Keywords, Informed Consent, Personal Autonomy, Privacy

Roghayeh Esmaeili[1*], Rahim Hosseiny[2], Elnaz Goodarzi[3], Mahta Abbasi[4]

[1] Associate Professor, Medical_Sergical Nursining Group, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Student School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Student School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Student School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Corresponding Author**
Medical_Sergical Nursining Group, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
r.esmaieli@sbmu.ac.ir

Received: Dec 27 2022
Accepted: Feb 17 2024

Copyright 2024, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

مقـــاله پژوهشی
Journal of Medical Council of Iran, Volume 42, Issue 2, 2024
https://doi.org/10.22034/42.2.38

وضعیت اتونومی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رقیه اسمعیلی[1]*، رحیم حسینی[2]، الناز گودرزی[3]، مهتا عباسی[4]

[1] دانشیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[2] کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[3] کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[4] کارشناسی ارشد مامائی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*** نشانی نویسنده مسئول:**
گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
نشانی الکترونیک:
r.esmaieli@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۸

چکیده

زمینه: با بهبود وضعیت بهداشت و افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی مردم افزایش یافته و نسبت به گذشته بیشتر عمر می‌کنند. افزایش طول عمر سبب مشکلات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی می‌شود و از سویی وظیفه نظام سلامت برای محافظت از سلامت آنان سنگین می‌باشد. به لطف ارتقا حقوق بشر، اتونومی به عنوان حق اولیه هر فردی شناخته می‌شود؛ اما تغییر در تکنولوژی فعلی می‌تواند سبب تغییر در اعمال اتونومی در سالمندان گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت اتونومی در سالمندان بستری در بیمارستان انجام گرفت.

روش کار: مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر بر روی ۱۷۲ سالمند بستری در ۳ بیمارستان شهر تهران (بیمارستان‌های لبافی نژاد، لقمان، مدرس)، که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش در دسترس انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها، شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه اتونومی در سالمندان بود. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: تنها از دیدگاه ۲۸/۵٪ افراد وضعیت حریم خصوصی خوب، گزارش شد. بالاترین نمره در این حیطه مربوط به گویه سابقه حمام و دستشوئی در مقابل سایر بیماران بود. ۷۱/۵٪ افراد دیدگاه متوسطی نسبت به رعایت رضایت آگاهانه داشتند و بعد مراقبت از بهداشت شخصی بالاترین نمره را در این حوزه داشت. رابطه معناداری بین اتونومی سالمندان با داشتن سابقه بستری (P<0/0001)، تعداد تخت های بخش (P=0/01 و r =-0/191)، تعداد تختهای هر اتاق (P=0/003 و r=-0/225) و مدت زمان بستری در بخش (P=0/01 و r=0/184) مشاهده شد.

نتیجه گیری: بر اساس مطالعه حاضر، با کاهش تعداد تخت های بخش و هر اتاق، وضعیت اتونومی بهتری در سالمندان گزارش شد و با افزایش مدت زمان بستری، وضعیت اتونومی ارتقا پیدا کرد. از دیدگاه اکثر سالمندان وضعیت اوتونومی در هر دو بعد در سطح متوسطی بود، که لزوم توجه بیشتر مسئولین در حوزه درمان را در زمینه ارتقا و رعایت اخلاق و حقوق سالمندان را در محیط‌های درمانی نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، حریم خصوصی، استقلال شخصی، سالمندان

Copyright 2024, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

مقدمه

مردم سراسر دنیا در دهه های اخیر، سال‌های بیشتری از زندگی را تجربه می‌کنند و جمعیت‌ها به سمت پیر شدن بیشتر، پیش می‌روند، به طوری که تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، از هر ۶ نفر در جهان، ۱ نفر در سن ۶۰ سال یا بالاتر خواهد بود (۱). این تغییرات جمعیتی چالش‌های مهمی را برای سیستم‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و به ویژه برای نظام سلامت ایجاد می‌کند (۲). چرا که مراقبت از جمعیت سالمند برای حفظ عمر طولانی و رفاه این گروه جمعیتی، رسالت مهم نظام سلامت جامعه است. به همین جهت شناسایی جنبه‌هایی که می‌توانند به یک سالمندی موفق و شاد کمک کند، اهمیت می یابد (۳). از جمله عناصر اساسی سالمندی موفق و مطلوب توجه به اتونومی یا استقلال در تصمیم‌گیری فرد است چرا که مستقیما با منزلت انسان ارتباط دارد (۲, ۴).

اتونومی به معنای اظهار نظر و تصمیم آگاهانه فرد مراجع در مقابل دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتی است، که شامل دو بعد می باشد: ۱) احترام به حریم خصوصی و انتخاب‌های شخص ۲) دریافت رضایت آگاهانه (۵). حفظ خلوت بیمار و عدم لمس فیزیکی غیرضروری حقی است که باعث آرامش و آسایش روانی بیماران می‌گردد (۶) و رضایت آگاهانه در درمان، اهمیت ارتباط و اشتراک اطلاعات در روند مراقبت یا درمان را بین فرد و پرسنل بهداشتی مطرح می‌کند و تنها شامل امضاکردن فرم رضایت‌نامه نیست؛ بلکه در رضایت‌نامه آگاهانه باید ۶ شرط شامل ارائه اطلاعات، درک کردن، صلاحیت تصمیم‌گیری، امضای رضایت‌نامه یا رضایت شفاهی و عوامل مربوط به تعامل و ارتباط بین پزشک و بیمار رعایت شود (۷, ۸). عواملی همچون روابط خانوادگی، روابط بین فردی، تحصیلات، کیفیت زندگی، رضایت از خدمات سلامت و ادراک زندگی با حس استقلال در سالمندان مرتبط هستند (۹) و شرایط نامطلوب جسمی و روحی مانند انواع بیماری‌ها که در ارتباط با روند پیری بروز می‌یابند ممکن است بر استقلال و اتونومی سالمندان اثر سو گذاشته و آن را محدود کند (۱۰).

بیمارستان برای سالمندان محیط جدیدی است که آن‌ها را با نیازها و انتظارات دیگری روبرو می‌کند، جایی که سالمند کم‌ترین کنترل را بر رفتارها و محیط اطراف خود دارد و مجبور است نقش‌ها و فعالیت‌های روزمره‌ی خود را کنار بگذارد (۱۱). برای پرسنل بهداشتی و فرزندان بیمار معمول است که ظرفیت افراد مسن را برای تصمیم گیری مستقل در مورد سلامت و رفاه خود دست کم می‌گیرند، اما تحقیقات نشان داده است که افراد مسن از مراقبت پدرسالارانه (در مقابل مراقبت خود مختار) و کمبود فرصت برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود رنج می‌برند (۲, ۱۲).

همچنین مطالعات محدود و متناقضی از دیدگاه سالمندان نسبت به اتونومی در زمان بستری وجود دارد. برای مثال Sánchez-García و همکاران در مطالعه خود که بر روی سالمندان غیر بستری در مکزیک در سال ۲۰۱۹ انجام دادند، به صورت میانگین درک متوسط و کاهش یافته‌ای از اتونومی را در نمونه‌ها گزارش کردند (۲). در مطالعه yodmai و همکاران که در سال ۲۰۱۵ در تایلند و با مشارکت سالمندان روستایی صورت گرفت نیز ۶۱/۴٪ از نمونه ها سطح متوسطی از اتونومی را درک کردند (۱۳). اما مطالعه جعفری و عبدیان زاده در سال ۲۰۱۹ که در مراکز بستری سالمندان استان خوزستان انجام شد دیدگاه مطلوبی را در هر دو بعد اتونومی سالمندان در این مراکز نشان داد (۱۴).

با توجه به کمبود پژوهش‌ها در این حوزه و از آنجایی‌که اتونومی یک مفهوم وابسته به فرهنگ است و نتایج تحقیقات دیگر کشورها کمک کامل و شایانی به ما در شناخت وضعیت نمی‌کند، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت ابعاد اتونومی در سالمندان بستری در بیمارستان و عوامل تأثیرگذار بر آن انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی_مقطعی، با مشارکت ۱۷۲ سالمند بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان‌های لبافی‌نژاد، لقمان و مدرس)، در شهر تهران از آذر تا اسفند سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۰ سال و بالاتر، توانایی صحبت‌کردن به زبان فارسی، توانایی شنیداری و گفتاری برای مصاحبه و پرکردن پرسشنامه‌ها، بستری بودن در بیمارستان حداقل به مدت ۳ روز، عدم وجود اختلالات روانی بارز مانند دمانس، افسردگی و... بر اساس پرونده پزشکی بیمار، کسب امتیاز بالای ۱۹ از آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (MMSE) و تمایل به شرکت در مطالعه. همچنین وجود اختلالات بارز روانی در فرد و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

برای تعیین حجم نمونه از رابطه $n \geq [\frac{z_{\alpha}+z_{1-\beta}}{\frac{1}{2}\times \ln[\frac{(1+r)}{(1-r)}]}]+3$ استفاده شد که با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و میزان r =۰/۲۵ تعداد ۱۶۵ نفر برآورد شد و پس از لحاظ کردن ۲۰٪ ریزش احتمالی، در مجموع ۲۰۰ نفر در نظرگرفته شد.

ابزار جمع آوری داده‌ها

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل دو بخش پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی-بیماری و پرسشنامه محقق ساخته اتونومی در سالمندان بود.

۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی_بیماری، شامل اطلاعاتی مربوط به: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، تعداد فرزند، بخش بستری، بیماری زمینه ای، علت بستری و

سابقه بستری در بیمارستان در طول ۵ سال اخیر بود.
۲) پرسشنامه‌ی محقق ساخته اتونومی با استفاده از داده های حاصل از مطالعات Leino-Kilpi و همکاران (۲۰۰۳)، Ferri و همکاران (۲۰۱۵) Scott و همکاران (۲۰۰۳)، طراحی شد (۱۵-۱۷). این مقیاس دارای ۳۰ آیتم در دو حیطه حریم خصوصی (۱۴ گویه) و رضایت آگاهانه (۱۶ گویه) است. در قسمت سؤالات رضایت آگاهانه ۶ عبارت در مورد حق تصمیم‌گیری، ۲ عبارت در مورد رضایت و ۸ عبارت در مورد دادن اطلاعات کافی به بیمار بود. سؤالات طبق مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، خیلی‌کم، هرگز) امتیازدهی شد. حداقل امتیاز در این پرسشنامه ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ بود که به ترتیب نشان دهنده‌ی اتونومی بالا و پایین در سالمندان بود. روایی محتوای این پرسشنامه محقق ساخته با نظر ۱۰ نفر از اعضای هئیت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بررسی شد. به کمک روش آزمون-آزمون مجدد یا روش باز آزمایی، پایایی پرسشنامه نیز ارزیابی گردیدکه برای این منظور، تعداد ۲۰ نفر از شرکت کنندگان در دو بازه زمانی به فاصله ۲ هفته به پرسشنامه پاسخ دادند. برای بررسی همبستگی بین پاسخ‌ها نیز از شاخص همبستگی درونی آلفای کرونباخ استفاده شد که در این مطالعه میزان ضریب آلفا کرونباخ در بعد حریم خصوصی ۰/۷۶ و در بعد رضایت آگاهانه ۰/۸۰ بدست آمد و این نشان‌دهنده پایایی مناسب این ابزار بود.
نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی توسط بیماران تکمیل شد و در صورتی که سالمند به هر دلیلی قادر به پاسخ دادن نبودند، پرسشنامه با سؤال کردن از بیمار توسط یکی از محققین تکمیل می‌گردید. از تمامی نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه گرفته شد. نتایج حاصل توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار)، آزمون‌های تحلیلی همبستگی پیرسون و T-Student مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در ابتدا، میزان پاسخگویی در این مطالعه ۸۶٪ بود و در مجموع، ۱۷۲ نفر سالمند پرسشنامه‌های مطالعه را تکمیل کردند.
۸۹ نفر (۵۱/۷٪) از نمونه‌ها مرد و ۸۳ نفر (۴۸/۳٪) زن بودند، میانگین سن سالمندان ۶/۲۴ ± ۶۶/۳ سال بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است. مطابق با جدول ۲، وضعیت حریم خصوصی از دید ۴۹ سالمند (۲۸/۵٪) خوب، ۱۰۴ نفر (۶۰/۵٪) متوسط و از دید ۱۹ سالمند (۱۱٪) ضعیف برآورد گردید. بالاترین نمره در حیطه رعایت حریم خصوصی مربوط به گویه‌های سابقه حمام و دستشوئی در مقابل سایر بیماران بود و کمترین امتیاز متعلق به رعایت حریم خصوصی بیمار، مربوط به گویه های دیدار ملاقات‌کنندگان در محیط خصوصی و سابقه درآوردن لباس در مقابل سایر بیماران بود.
همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود؛ رضایت آگاهانه از دید ۱۶ سالمند (۹/۳٪) خوب، از نظر ۱۲۳ نفر (۷۱/۵٪) متوسط و از دید ۳۳ سالمند (۱۹/۲٪) ضعیف بود. از بین ابعاد رضایت آگاهانه بالاترین امتیاز متعلق به بعد مراقبت از بهداشت شخصی بوده و کمترین نمره در رابطه با بعد افشای اطلاعات پزشکی و عمومی و استفاده از داروی خواب‌آور گزارش شد.
نتایج آزمون همبستگی پیرسون و آزمون T-Student در رابطه با ارتباط اتونومی سالمندان به متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۳ نشان داد که بین اتونومی سالمندان با سابقه بستری آنان ($P <$ ۰/۰۰۰۱)، ارتباط معنادار وجود داشت، به طوری که سالمندان بدون سابقه بستری نمره اتونومی بالاتری داشتند. بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین اتونومی سالمندان مورد مطالعه با تعداد تخت‌های بخش ($P =$ ۰/۰۱ و $r =$ −۰/۱۹۱)، تعداد تخت های هر اتاق ($P =$ ۰/۰۰۳ و $r =$ −۰/۲۲۵) و مدت زمان بستری در بخش ($P =$ ۰/۰۱ و $r =$ ۰/۱۸۴) ارتباط معناداری دیده شد (جدول۳). به طوری که با کاهش تعداد تخت‌های بخش و هر اتاق، وضعیت اتونومی بهتری در سالمندان گزارش شد و با افزایش مدت زمان بستری، وضعیت اتونومی ارتقا پیدا می‌کرد.

بحث

مطابق با نتایج به دست آمده وضعیت اتونومی از دیدگاه سالمندان در طول مدت بستری در بیمارستان از سطح متوسطی برخوردار بود. همچنین نتایج در دو بعد حریم خصوصی و رضایت آگاهانه نیز بیانگر این مطلب است که اکثریت سالمندان وضعیت هر دو حیطه را در سطح متوسط گزارش کردند. به علاوه ارتباط مؤثر و معناداری بین تعداد تخت‌های بیمارستانی در اتاق‌ها و بخش‌ها و همچنین طول مدت اقامت و سابقه بستری سالمندان در بیمارستان با وضعیت اتونومی سالمندان مشاهده شد. بر اساس نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر تا رسیدن به وضعیت ایده‌آل اتونومی سالمندان در بیمارستان‌ها فاصله وجود دارد که این مسأله خود حکایت از نیاز به توجه ویژه مدیریت و پرسنل بیمارستانی بر کاستی‌های موجود دارد. مطابق با نتایج این پژوهش، یافته‌های Paiva و همکاران (۱۸) در خصوص سالمندان برزیلی و Souesme و همکاران (۱۹)، بر روی سالمندان بستری فرانسوی حاکی از وضع متوسط اتونومی از دیدگاه این افراد بود که با نتایج به دست آمده از مطالعه جعفری و همکاران (۱۴) که اتونومی را در سالمندان بستری استان خوزستان مطلوب

ارزیابی کردند، مغایرت داشت. این اختلاف می‌تواند به سبب متفاوت بودن محل‌های سکونت سالمندان (خانه در مقابل بیمارستان) و وضعیت های مراقبتی متفاوت از سالمندان باشد.
در مطالعه حاضر بیش از نیمی از افراد نمره متوسط و بالاتر به وضعیت رعایت حریم خصوصی خود در بیمارستان دادند. همچنین در مطالعه‌ای در شهر زنجان در سال ۲۰۲۰ که به منظور ارزیابی رعایت حریم خصوصی بیماران بخش اورژانس و با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بعد حریم فیزیکی، حریم اطلاعاتی و حریم روانی اجتماعی در شهر زنجان انجام گرفت نیز پایین‌ترین نمره مربوط به بعد رعایت حریم اطلاعاتی و بیشترین مربوط به رعایت حریم

جدول شماره ۱. اطلاعات جمعیت شناختی سالمندان مورد مطالعه

متغیر		فراوانی (٪)
سن (سال)	۶۰-۷۰	۱۳۸ (٪۸۰/۲)
	۷۱-۸۰	۲۴ (٪۱۴)
	۸۰<	۱۰ (٪۵/۸)
جنس	زن	۸۹ (٪۵۷/۱)
	مرد	۸۳ (٪۴۸/۳)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲۱ (٪۷۰/۴)
	فوت همسر	۳۵ (٪۲۰/۳)
	مجرد	۱۶ (٪۹/۳)
تحصیلات	بی سواد	۳۵ (٪۲۰/۴)
	ابتدایی	۳۲ (٪۱۸/۶)
	راهنمایی	۲۲ (٪۱۲/۸)
	دبیرستان	۴۲ (٪۲۴/۴)
	دانشگاهی	۴۱ (٪۲۳/۸)
درآمد ماهیانه	فاقد درآمد	۵۷ (٪۳۳/۲)
	۱ تا ۳ میلیون تومان	۶۳ (٪۳۶/۶)
	۳ تا ۶ میلیون در ماه	۳۸ (٪۲۲/۱)
	بیشتر از ۶ میلیون در ماه	۱۴ (٪۱/۸)
تعداد فرزند	بدون فرزند	۲۴ (٪۱۴)
	۱ تا ۲ فرزند	۷۴ (٪۴۳)
	۳ تا ۴ فرزند	۴۱ (٪۲۳/۸)
	بیشتر از ۴ فرزند	۳۳ (٪۱۹/۲)
بیماری زمینه ای	بلی	۹۹ (٪۵۷/۵)
	خیر	۷۳ (٪۴۲/۴)
بخش بیمار	داخلی	۸۰ (٪۴۶/۵)
	جراحی	۶۶ (٪۳۸/۴)
	CCU	۲۶ (٪۱۵/۱)
سابقه بستری در بیمارستان در ۵ سال گذشته	بلی	۱۱۶ (٪۶۷/۴)
	خیر	۵۶ (٪۳۲/۶)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گویه های بعد حریم خصوصی از دیدگاه سالمندان مورد مطالعه

گویه‌های حریم خصوصی	Mean±SD
سابقه حمام و دست‌شوئی در مقابل سایر بیماران	۴/۳۸±۱/۰۶
امکان حمام و دست‌شوئی دور از نگاه دیگران	۴/۲۳±۱/۱۷
کسب اجازه کارکنان قبل از جابجائی وسایل شخصی	۴/۰۶±۱/۲۲
سابقه معاینه اندام خصوصی در مقابل سایر بیماران	۳/۹۴±۱/۱۷
نصب پاراوان قبل از اقدامات پزشکی و پرستاری	۳/۴۷±۱/۲۳
پوشاندن اندام خصوصی بیمار بعد از اقدامات پزشکی و پرستاری توسط پرستار	۳/۴۴±۱/۳۲
حفظ حریم خصوصی هنگام بحث در مورد مسایل بیمار	۳/۱۸±۱/۲۸
پرسش سوالات ضروری توسط پرستار از بیمار	۳/۲۲±۱/۶
در زدن کارکنان بیمارستان قبل از ورود به اتاق	۲/۹۹±۱/۵۷
اطمینان از عدم انتقال اطلاعات بیمار به دیگران	۲/۷۶±۱/۴۶
امکان خوردن و نوشیدن دور از نگاه دیگران	۲/۶۹±۱/۴۹
سابقه درآوردن لباس در مقابل سایر بیماران	۲/۶±۱/۲۹
مشورت با بیمار درباره انتخاب محیط خصوصی بیمار	۲/۴۸±۱/۴۷
دیدار ملاقات کنندگان در محیط خصوصی	۲/۲۲±۱/۳۴
گویه های رضایت آگاهانه	**Mean±SD**
مراقبت از بهداشت شخصی	۴/۰۹±۱/۱۹
خوردنی ها و نوشیدنی ها	۳/۱۸±۱/۰۹
زمان غذا خوردن	۳/۶۷±۱/۲۴
خوراکی های مجاز	۳/۶۴±۱/۲۴
زمان های مجاز غذا خوردن	۳/۶۳±۱/۱۵
داشتن همراه هنگام بستری	۳/۵۰±۱/۵۰
تغییر رژیم غذائی	۳/۴۹±۱/۲۸
روش های تشخیصی و درمانی تجویز شده	۳/۲۴±۱/۱۹
اتفاقات طول دوره درمان	۳/۱۳±۱/۳۰
تغییر داروها	۳/۱۲±۱/۳۴
خطرات احتمالی حین درمان	۳/۰۵±۱/۲۸
انجام اقدامات پزشکی و مراقبتی	۲/۹۰±۱/۲۷
اطلاعات داروئی	۲/۷۷±۱/۴۰
طول مدت بستری در بیمارستان	۲/۱۴±۱/۱۳
افشای اطلاعات پزشکی و عمومی	۲/۰۲±۱/۱۹
استفاده از داروی خواب آور	۱/۴۸±۱/۲۵

جدول ۳. ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با اتونومی در سالمندان مورد مطالعه

متغیر		نمره اتونومی Mean±SD	P-value	متغیر	R	p-value
جنسیت	مرد	۹۶±۱۷/۶	۰/۷۷۱**	سن	۰/۰۰۵	۰/۹۵۱*
	زن	۹۷/۵±۱۷/۲				
وضعیت تاهل	متاهل	۹۴/۴±۱۷/۸	۰/۱۶۹**	تعداد فرزند	- ۰/۱۳۲	۰/۰۸۵*
	مجرد و همسر فوت شده	۱۰۲/۱±۱۵				
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۹۱/۴±۱۶	۰/۵۳۲**	تعداد پرستار در هر بخش	- ۰/۱۰۶	۰/۱۶۶*
	دیپلم و دانشگاهی	۱۰۲/۴±۱۷				
متوسط درآمد ماهیانه	کمتر از ۳ میلیون	۹۴/۱±۱۶/۳	۰/۴۰۳**	تعداد تخت‌های هر بخش	- ۰/۱۹۱	۰/۰۱۲*
	۳ میلیون و بیشتر	۱۰۲/۷±۱۸/۴				
بیماری زمینه ای	ندارد	۹۴/۹±۱۶/۲	۰/۰۹۷**	تعداد تخت‌های هر اتاق	- ۰/۲۲۵	۰/۰۰۳*
	دارد	۹۹/۱±۱۸/۷				
بخش بستری	داخلی	۹۹±۱۸/۸	۰/۲۵**	نسبت تعداد پرستار به تخت	- ۰/۰۱۸	۰/۸۱۲*
	جراحی	۹۵/۲±۱۷/۸				
	CCU	۹۳/۵±۹/۳۹				
سابقه بستری در ۵ سال اخیر	NO	۱۰۰/۷±۲۰/۹	۰/۰۰۱**	مدت زمان بستری	۰/۱۸۴	۰/۰۱۶*
	YES	۹۴/۸±۱۵/۱				

* Pearson correlation
** Student's t–test

فیزیکی بوده است (۲۰). اما یافته‌های پژوهشی در کره جنوبی در سال ۲۰۱۷ با بررسی شرایط حریم خصوصی از دیدگاه بیماران در بیمارستان، بیانگر سطح بالاتر از توقع بیماران از حفظ حریم خصوصی آنان توسط پرستاران بود (۲۱). همچنین در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ در شهر زابل بر روی ۳۲۲ فرد بستری صورت گرفت، بیماران حد عالی از رعایت حریم خصوصی را در مراقبت‌های پرستاری اظهار داشتند (۲۲) که در تضاد با با نتایج مطالعه ما می‌باشد. تفاوت در بازه سنی بیماران مورد مطالعه (سالمندان در مقایسه با تمامی گروه‌های سنی) تفاوت بین بخش‌های بستری بیماران و شرایط مختلف محیط اتاق و امکانات موجود در بخش‌ها و همچنین تفاوت در دستورالعمل روش‌های مراقبتی و درمانی متفاوت از دلایل عدم همسویی بین دو مطالعه می‌باشد. به نظر می‌آید جهت رعایت حریم خصوصی سالمندان، توجه به مسائلی نظیر ارائه اطلاعات کاربردی در این حوزه به بیمار و حفظ روابط مناسب بین سالمند و اعضای خانواده می تواند در بهتر شدن حس مشارکت سالمند در حفظ حریم خصوصی مؤثر باشد.

در این پژوهش حدود دو سوم افراد نمره متوسطی به شرایط اخذ رضایت آگاهانه در بیمارستان دادند. یافته های مطالعه ای که در سال ۲۰۱۷ در بیمارستانی در شهر قزوین و با بررسی ۵۶۵ فرد بستری با هدف بررسی آگاهی و رضایت بیماران از رعایت منشور حقوق بیمار انجام گرفت نیز حاکی از دیدگاه متوسط نسبت به رضایتمندی از رضایت آگاهانه بود (۲۳) که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی داشت. اما نتایج مطالعه ای در ایتالیا که دیدگاه و عملکرد پرستاران بیمارستانی را در خصوص رضایت آگاهانه بررسی کرد، غیر همسو با یافته‌های ما بود و گزارش شد که دیدگاه بیماران در مورد کلیه اقدامات پزشکی و دارویی مورد نیازشان بالاتر از سطح مورد انتظار آنان بوده است و قبل از اقدامات پرستاری تهاجمی از بیمار رضایت‌نامه کتبی اخذ می‌شد (۲۴). باید توجه داشت که تفاوت در نوع نمونه‌ها (سالمندان در مقابل پرستاران) تفاوت در امکانات و روتین‌های بخش و همچنین تفاوت بازه سنی و سطح توقعات از جمله دلایل عدم مطابقت یافته های ما با نتایج مطالعه ایتالیا بود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، لازم به نظر می‌رسد که پزشکان و سایر اعضای گروه مراقبتی در یک زمان مناسب قبل از انجام هرگونه اقدام مراقبتی و درمانی باید اطلاعات کافی در مورد منافع و عوارض اقدام خاص و سایر گزینه‌های درمانی موجود را در اختیار سالمندان قرار دهند و زمانی برای پرسش، پاسخ و بیان سؤال به آنان نیز در نظر داشته باشند.

در نهایت در این مطالعه نشان داده شد که سالمندان بدون سابقه بستری به صورت معناداری نمره اتونومی بالاتری داشتند. همچنین تعداد تخت‌های کمتر در هر بخش و هر اتاق با وضعیت بهتر اتونومی در سالمندان همراه بود. به علاوه افزایش مدت‌زمان بستری

در بخش با بهتر بودن وضعیت اتونومی در سالمندان گزارش شد. مسلماً تعداد کمتر تخت بستری در هر اتاق و هر بخش با بهبود در شرایط حفظ حریم خصوصی بیمار همراه خواهد بود و حس استقلال او را تقویت می‌کند. کم بودن فضای درمانی، نبود یک محیط مراقبتی خصوصی و وجود پاراوان به جای دیوار با شنیده شدن اسرار بیمار توسط دیگران، خود عاملی برای تجاوز به حریم اطلاعاتی بیمار است (۲۵). همچنین بر اساس یافته‌های مطالعات با افزایش تعداد روزهای بستری سالمندان در بیمارستان، وضعیت حفظ حریم خصوصی و سطح رضایت آگاهانه در بین سالمندان ارتقا می‌یابد و مشابه یافته‌ای است که در پژوهش شناسایی عوامل زمینه ای مؤثر بر اتونومی بیماران در ایران در سال ۲۰۱۶ به دست آمد که دلیل اصلی آن را می‌توان انطباق سالمندان با شرایط بیمارستان، بخش و اتاق بستری و آشنایی بیشتر آنان با پروتکل‌های اجرای درمان و ایجاد صمیمت بیشتر با پرسنل درمانی درنظر گرفت (۲۶).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، ارائه داده‌ها به روش خود گزارشی بود چرا که وضعیت روانی–اجتماعی سالمندان در زمان نمونه گیری می‌توان بر نحوه پاسخ‌دهی آن‌ها مؤثر بوده باشد. همچنین این مطالعه تنها در استان تهران و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است و نتایج آن قابل‌تعمیم به تمامی سالمندان بستری در مراکز درمانی ایران نمی باشد.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سطح متوسط اتونومی در سالمندان بستری در بیمارستان به عنوان یکی از مفاد منشور حقوق بیمار در مراکز درمانی می‌تواند نشان‌دهنده میزان رضایتمندی ضعیف آنان از اجرای ابعاد حفظ حریم خصوصی و رضایت آگاهانه در بین این گروه سنی باشد که این یافته خود زنگ خطری برای سلامت و کیفیت زندگی این افراد است و نیاز به شناخت علل کم‌توجهی به ابعاد اتونومی در سالمندان بستری در بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی را تأکید می‌کند. همچنین باید توجه داشت که آگاه نمودن سالمندان و سهیم کردن آنها در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آنها سرعت بخشیده و طول مدت اقامت در بیمارستان‌ها را کم کرده و در نتیجه از یک سو سبب کاهش هزینه‌های درمانی شده و از سمتی دیگر منجر به پیشگیری از صدمات جسمی و روانی جبران‌ناپذیر می‌گردد. در کشور ما علی‌رغم تصویب منشور حقوق بیماران توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱، هنوز هم سطح اتونومی و ابعاد آن از سوی سالمندان به درستی شناخته و پذیرفته‌نشده است. افزایش مطالعات در این حوزه، شناخت نیازهای سالمندان و تبیین برنامه و استراتژی‌هایی جهت رفع آن بسیار شایان توجه می‌باشد. به علاوه آموزش هرچه بهتر ابعاد اتونومی سالمند به کارکنان درمانی و مراقبتی، بیماران و خانواده ها برای ارتقای استقلال این گروه و بهبود کیفیت زندگی آنها در کشور ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری گرایش سالمندان با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.۱۳۹۹/۰۹۲ می‌باشد. از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مدیریت بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به‌منظور همکاری در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

تضاد منافع

خلاصه این مقاله درکنگره بین‌المللی مراقبت های تسکینی و حمایتی سالمندان در سال ۱۴۰۱ ارائه شده است. بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

1. Ageing and health. WHO[database]. 2022 June 15 [Cited 2021 Oct 4]. Available from URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health2021.

2. Sánchez-García S, García-Peña C, Ramírez-García E, Moreno-Tamayo K, Cantú-Quintanilla GR. Decreased autonomy in community-dwelling older adults. Clinical Interventions in Aging. 2019;14:2041-2053.

3. Wongsala M, Anbäcken E-M, Rosendahl S. Active ageing–perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand–a qualitative study. BMC geriatrics. 2021;21:1-10.

4. Paúl C, Teixeira L, Ribeiro O. Active aging in very old age and the relevance of psychological aspects. Frontiers in Medicine. 2017;4:181.

5. Schildmann J, Ritter P, Salloch S, Uhl W, Vollmann J. One also needs a bit of about their perceptions and views on information and treatment decision-making. Annals of Oncology. 2013;24:2444-9.

6. The Rights of Patient.WHO [database]. 2021 nov 20 [Cited 2020 nov 12]. Available from URL: https://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/.

7. Turillazzi E, Neri M. Informed consent and Italian physicians: change course or abandon ship - from formal authorisation to a culture of sharing. Medicine, Healthcare and Philosophy. 2015;18: 449-53.

8. Khazanedari S. In Translation of Medical Ethics: Patients' Rights. Tehran: EDC of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences; 2003. 81-93.

9. Gomes GC, Moreira RdS, Maia TO, Santos MABd, Silva VdL. Factors associated with personal autonomy among the elderly: a systematic review of the literature. Ciencia & saude coletiva.

2021;26(3):1035-46.

10. Oliveira ASV, Machado JC, Dadalto L. Palliative care and autonomy of older adults exposed to Covid-19. Revista Bioética. 2021;28: 595-603.

11. Yavari N, Parsapoor A. The Domain of Autonomy, Limitations and Solutions. ijme(Persian). 2017;10(1):182-97.

12. Gordon JS. Indignity and old age. Bioethics. 2018;32(4):223-32.

13. Yodmai K, Phummarak S, Sirisuth JC, Kumar R, Somrongthong R. Quality of life and fear of falling among an aging population in semi rural, Thailand. Journal of Ayub Medical College Abbottabad. 2015;27(4):771-4.

14. Jafari z, Abdeyazdan g. Evaluation the Observance of Patients Right Charter by Nurses in Elderly inpatient Centers of Khuzestan. Journal of Gerontology. 2019;4(1):62-70.

15. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Schopp A, Arndt M, Kaljonen A. 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 Jan;10(1):58-66.

16. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. BMC Health Services Research. 2015;15:1-8.

17. Scott PA, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M. Autonomy, privacy and informed consent 1: concepts and definitions. Br J Nurs. 2003 Jan 9-22;12(1):43-7

18. Paiva MHPd, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos ÁdS. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. Ciência & saúde coletiva. 2016;21:3347-56.

19. Souesme G, Martinent G, Ferrand C. Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2016;65:70-8.

20. Kalantari Z, Jafari Varjoshani N, Hanifi N, Fallah R. The Relationship between Moral Intelligence of Emergency Personnel with the Level of Respect for Patients' Privacy in the Emergency Departments, Zanjan, Iran, 2018. Journal of Military Medicine. 2020;22(7):760-70.

21. Kim K, Han Y, Kim JS. Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. Nursing ethics. 2017;24(5): 598-611.

22. Esfahani P,Shamsaii M,Shamsaii MJ B, Sarzeh TA. Survey of Hospitalized patients' view about the protection of Privacy in a Teaching Hospital in Zabol. J Zabol Med Sch. 2020;3(1):15-21(Persian).

23. Kalhor M, Kaveii B, Samiee-Rad F. Evaluating Patients awareness and satisfaction of implementing Patients' Rights Charter at Kowsar Hospital in Qazvin. RME. 2017;9(3):37-29(Persian).

24. Ingravallo F, Gilmore E, Vignatelli L, Dormi A, Carosielli G, Lanni L, & Taddia P. (2014). Factors associated with nurses' opinions and practices regarding information and consent. Nursing ethics, 21(3), 299-313.

25. Calleja P, Forrest L. Improving patient privacy and confidentiality in one regional emergency department–a quality project. Australasian Emergency Nursing Journal. 2011;14(4):251-6.

26. Ebrahimi H, Sadeghian E, Seyedfatemi N, Mohammadi E, Crowley M. Contextual factors affecting autonomy for patients in Iranian hospitals: A qualitative study. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2016;21(3):261-70