



quarterly Journal Of Gender And Family Studies

The Lived Experiences of Hospitalized Women Regarding the Violation of Body Boundaries

Asieh Shariatmadar, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran

Hadi Mohammadlo, Corresponding Author, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Allameh Tabatabaee

Reihaneh Pahlavani, Corresponding Author, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Allameh Tabatabaee

Sedigheh Bagheri, Corresponding Author, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Allameh Tabatabaee

Behina Akbari, Corresponding Author, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Allameh Tabatabaee

Article Info

Date received: 01/12/1403
Date confirmed: 09/06/1404

Extended Abstract

Preserving bodily privacy is one of the foundational principles of ethics in medical sciences and a key pillar in delivering humane and dignified healthcare services. This concept not only pertains to physical aspects such as bodily coverage and personal space, but also includes respect for individual autonomy, informed consent, and the preservation of human dignity. In healthcare systems, observing bodily privacy plays a crucial role in fostering trust between patients and medical staff, reducing anxiety, and enhancing the quality of medical care. In the cultural and social context of Iran—where religious, ethical, and customary values strongly influence social interactions—bodily privacy holds particular sensitivity and significance. Many Iranian women, especially during hospitalization and surgical procedures, face challenges arising from the conflict between medical requirements and cultural expectations regarding privacy.

Aristotle,
Misogyny,
Hylomorphism,
Myth.

Accordingly, this study was conducted using a qualitative approach to examine the lived experiences of women regarding violations of bodily privacy in Iranian hospitals. By exploring their personal and concrete experiences, the study aims to reveal hidden dimensions of this issue and provide a foundation for policy reform and the advancement of professional ethics. This study employed a qualitative research method with a phenomenological approach. The participants included 13 married women, aged 25 to 60, residing in Tehran, who had experienced hospitalization and surgery within the past five years. Participants were selected purposefully, based on inclusion criteria. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis. The analysis showed that women's experiences of bodily privacy violations in hospitals are multifaceted and complex. Inappropriate behaviors by some healthcare staff—such as disregard for verbal and behavioral boundaries, unauthorized entry into patient rooms, and neglect of patients' bodily coverage and physical condition—were identified as significant human factors. Additionally, hospital infrastructure—such as shared rooms, lack of curtains or proper partitions, and insufficient facilities for maintaining privacy—were recognized as physical factors that exacerbate these violations. On the other hand, some patients accepted these violations due to fear of being denied medical services, lack of awareness of their rights, or normalization of privacy breaches. Nevertheless, some participants adopted strategies to confront these violations, including direct protest, requesting behavioral changes from staff, and using positive self-talk to reduce anxiety. Suggestions for external guarantees of bodily privacy included professional ethics training for healthcare personnel, development of operational guidelines, and continuous monitoring of patient rights compliance. The results of this study indicate that bodily privacy violations in hospitals are a serious and multilayered issue influenced by both human and structural factors. The lived experiences of hospitalized women reveal that such violations not only lead to feelings of shame, anxiety, and mistrust, but can also negatively affect the treatment and recovery process. Therefore, educating healthcare staff in professional ethics, raising patients' awareness of their rights, and improving the physical infrastructure of medical facilities are essential measures for preserving human dignity and enhancing the quality of medical care. This study can serve as a basis for developing policies and practical programs in the field of medical ethics and patient rights.



مرکز مدیریت حوزه‌های علمیه خوارهران
پژوهش‌های زن و خانواده

مطالعات جنسیت و خانواده

تجربه زیسته زنان بستری شده در بیمارستان از نقض حریم بدن

آسیه شریعت‌مدار

دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

<https://orcid.org/0000-0002-0830-7379> - moht.shariatmadar@atu.ac.ir

هادی محمدلو

گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

<https://orcid.org/0000-0002-0502-5616> - hadimohammadlo5000@gmail.com

ریحانه پهلوانی

گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

<https://orcid.org/0009-0004-4347-0480> - reihane.p.majd@gmail.com

صدیقه باقری

گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

<https://orcid.org/0009-0003-4178-0090> - bagheri.atu2010@gmail.com

بهینا اکبری

گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

<https://orcid.org/0000-0001-5390-4271> - behina.akbari@yahoo.com

چکیده

اطلاعات مقاله

حفظ حریم خصوصی بدن در حوزه اخلاق و علوم پزشکی و در مراکز بهداشتی - درمانی بسیار مهم است؛ از این رو این مطالعه کیفی با هدف بررسی تجربه زیسته زنان از نقض حریم بدن در بیمارستان انجام شد. روش تحقیق کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. مشارکت‌کنندگان ۱۳ زن متأهل در سنین ۲۵ تا ۶۰ ساله و ساکن تهران بودند که در ۵ سال اخیر تجربه جراحی و بستری شدن در بیمارستان را داشته‌اند. داده‌ها با روش تحلیل مضمون، تجزیه و تحلیل شد و هشت مضمون اصلی شناسایی شد: «ادراک از مفهوم حریم بدن»، «عوامل انسانی نقض حریم بدن»، «عوامل فیزیکی نقض حریم بدن»، «دلایل نقض حریم و تداوم آن»، «دلایل پذیرش نقض حریم»، «راهبردهای تضمین بیرونی حفظ حریم»،

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۱

تاریخ تأیید: ۱۴۰۴/۰۶/۰۹

تجربه زیسته،
حریم بدن،
زنان بستری شده،
نقض.

«راهبردهای بیماران در برابر نقض حریم» و «پیامدهای نقض حریم». یافته‌های پژوهش نشان داد رفتار کادر درمان، ورود افراد به اتاق بیمار بدون اجازه و مشکلات فیزیکی بیمارستان‌ها نقض حریم بدن را تشدید می‌کند. بیماران از راهبردهایی مانند اعتراض قاطعانه و خودگویی مثبت برای مقابله با این نقض‌ها بهره می‌گیرند. این نتایج بر لزوم آموزش کادر درمان و آگاهی بیماران از حقوق خود تأکید دارد.

مقدمه

حریم خصوصی در حوزه‌ها و زمینه‌های جسمانی، هویت، مکان، ارتباطات و اطلاعات فعالیت‌ها تعریف می‌شود و یکی از مصداق‌های آشکار و مشخص آزادی‌های فردی است (هانگ لاداروم،¹ 2016م: 120). بخش جسمانی حریم خصوصی یعنی حریم بدن از جمله موضوعاتی است که به‌ویژه در حوزه پزشکی و پرستاری (ترابی‌زاده و همکاران، 1391: 121) توجه بیشتری به آن شده و اشاره دارد که آیا بدن فرد به‌طور کامل تحت مالکیت و کنترل فرد است یا خیر. افراد تمایل دارند از هرگونه تماس بدنی خودداری کنند (زکریا و رملی،² 2017م: 120)؛ به بیان دیگر حریم بدن به معنای حق فرد برای کنترل و تصمیم‌گیری درباره میزان و نحوه دسترسی دیگران به فضای فیزیکی اطراف بدن اوست. این در حالی است که در محیط بیمارستانی، وضع بیمار گاهی اوقات مستلزم آن است که عرضه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی او را لمس کنند؛ اما بیماران نیز این حق را دارند که بسته به موقعیت تصمیم بگیرند چه کسی و چه زمانی می‌تواند آنها را لمس کند (کارو و استپلتون،³ 2005م: 79/ زکریا و رملی، 2017م: 125).

حریم خصوصی بدن موضوعی حیاتی در حوزه اخلاق و علوم پزشکی است و در مراکز بهداشتی - درمانی، بسیار حائز اهمیت است (سرنکو و فان،⁴ 2013م: 105/ تاجداری⁵ و همکاران، 2022م: 2). سازمان بهداشت جهانی این مفهوم را در بیانیه حقوق بیماران به عنوان بخشی از اصول اخلاق پزشکی گنجانده است و بر حفظ حریم خصوصی بدن بیماران به عنوان یکی از کدهای اصلی و اصول اساسی استانداردهای مراقبتی سازمان‌ها و انجمن‌های بین‌المللی

1. Hongladarom.
2. Zakaria & Ramli.
3. Carew & Stapleton.
4. Serenko & Fan.
5. Tajdari.

تأکید کرده است (زاهدی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳م: ۶). بحث‌های اخلاق پزشکی در مورد حریم خصوصی بدن بیشتر بر مداخلات پزشکی بدون رضایت بیمار (درمان اجباری و غیرارادی)، مداخلات پزشکی که با وجود درخواست بیمار انجام نمی‌شوند (مانند سقط جنین)، اطمینان از محیط مناسب برای معاینه، معاینه یا درمان در اتاق جداگانه، حضور دیگران در اتاق معاینه/درمان، استفاده از بدن بیمار برای مقاصد آموزشی یا ترجیح جنسیت بیمار برای متخصصان مراقبت بهداشتی متمرکز است (اوهل^۲ و همکاران، ۲۰۱۲م: ۹۰۴). پژوهش بیلی^۳ نشان داد پرستاران در بستری بیماران تلاش بسیاری می‌کنند تا بخش‌ها را تک‌جنسیتی نگه دارند؛ اما گاهی به دلیل کمبود تخت، تحت فشار قرار می‌گیرند تا بیماری را در بخش افراد غیرهم‌جنس بستری کنند و این مسئله باعث می‌شود برخی بیماران از جنس و سنین مختلف احساس کنند محیط مراقبت شئون آنان را نقض می‌کند (بیلی، ۲۰۰۸م: ۱۲۲۲). آنان به سبب نبود حریم خصوصی و قرار گرفتن بدنشان در معرض دید دیگران، احساس نگرانی و ناراحتی می‌کنند. همچنین یافته‌های پژوهشی نشان داده زنان بیشتر از مردان در مورد ازدست‌دادن حریم خصوصی بدن در هنگام بستری شدن در بیمارستان نگران هستند (دگیرمن و سیلگیلا،^۴ ۲۰۲۰م: ۲۲۸). زنان هنگام اقامت در بیمارستان، کنترل خود را بر حریم خصوصی بدنشان از دست می‌دهند و در طول مراقبت‌های فیزیکی، نقض حریم بدن خود را تجربه می‌کنند. بیماران زن بیشتر نگران ازدست‌دادن حریم خصوصی بدن در هنگام معاینه یا مراقبت از اندام‌های خصوصی هستند و در برآوردن نیازهای خود در تعامل با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، مشکلاتی را گزارش کرده‌اند (کارو، دنت و فریش،^۵ ۲۰۰۵م: ۱۱۹).

ضرورت حفظ حریم بدن از حق کرامت انسانی ناشی می‌شود. حفظ کرامت بیماران موضوعی مهم در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است (ولنتاین^۶ و همکاران، ۲۰۰۸م: ۱۹۴۲). لین و تسای^۷ بیان می‌کنند اقدامات پرستاران برای حفظ کرامت در مراقبت از بیمار در پنج موضوع خلاصه می‌شود: «احترام، حفاظت از حریم خصوصی، حمایت عاطفی، رفتار یکسان با همه بیماران و حفظ تصویر بدنی» (لین و تسای، ۲۰۱۱م: ۳۴۲). مراقبت بدون حفظ کرامت می‌تواند بر بهبودی

1. Zahedi.
2. Ohl.
3. Baillie.
4. Değirmen & Şaylıgil.
5. Karro, Dent & Farish.
6. Valentine.
7. Lin & Tsai.

بیماران تأثیر منفی بگذارد (والش و کوانکو،^۱ ۲۰۰۲م: ۱۴۴) و به افسردگی یا احساس نداشتن حق اختیار بر زندگی خود منجر شود (استیون اکپنیانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱م: ۵۲۳). رویارویی با بدن بیماران به نگرش پرستاران و نحوه انجام مداخلات روزمره در فرایند مراقبت‌های روزانه بستگی دارد. پرستاران و پزشکان ممکن است از ترجیحات بیمار بی‌اطلاع باشند یا حتی اگر بدانند، آنها را فراموش کنند که در نتیجه نقض حریم خصوصی افراد و کرامت انسانی اتفاق می‌افتد و بیمار تجربه رفتار غیرانسانی را خواهد داشت (لاتور و آلباران،^۳ ۲۰۱۲م: ۱۰۹). باور پرستاران به ضرورت منزلت و کرامت بیماران بر رفتار و نگرش آنان، نحوه برخوردشان با بیمار، محیط مراقبت از بیمار و نحوه اجرای رویه‌ها و مقررات تأثیر می‌گذارد (های‌کن‌شلد^۴ و همکاران، ۲۰۱۰م: ۳۱۵). همچنین قدس و همکاران در پژوهش خود بیان می‌کند درباره افرادی که به جراحی نیاز دارند، جنسیت عامل مهمی قلمداد می‌شود؛ به طوری که زنان اضطراب بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند و این می‌تواند در حساسیت این افراد به نقض حریم بدن تأثیر داشته باشد (قدس و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۲۹).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به نیازهای روان‌شناختی، احساسات و فرهنگ بیماران پاسخ نمی‌دهند؛ بلکه رفتارهای کلیشه‌ای را در طول اقدامات معمول انجام می‌دهند، به بی‌اعتنایی به شرافت بیمار تمایل دارند و هنگام مراقبت و درمان به حریم خصوصی بدن بیماران، توجه نمی‌کنند (یلماز و دیملرلی،^۵ ۲۰۲۱م: ۱۱۱۲). همچنین در پژوهش‌ها نشان داده شده حریم خصوصی بدنی بیماران در بیمارستان‌ها تحت تأثیر عوامل گوناگون انسانی و محیطی از جمله وضع بیماری پیچیده و بحرانی، سطح هوشیاری و وابستگی بیمار، انطباق جنسیتی، تعداد و ترکیب منابع انسانی، امکانات محیطی و کاربرد روش‌های متعدد درمانی برای درمان بیماران (تاجدری و همکاران، ۲۰۲۲م: ۲) قرار می‌گیرد. دیگرمن و سیلگیلا نیز در پژوهش خود نشان دادند بیماران بستری که تحت جراحی قرار گرفته‌اند، مشکلاتی را در حفظ حریم بدن خود گزارش کرده‌اند و اهمیت بیشتری برای حفظ آن قائل‌اند (دیگرمن و سیلگیلا، ۲۰۲۰م: ۲۲۵). این مسئله احتمالاً به نیاز بیشتر این گروه به خدمات درمانی و مراقبتی و همچنین وابستگی

1. Walsh & Kowanko.
2. Stephen Ekpenyong.
3. Latour & Albarran.
4. Heijkenskjöld.
5. Yilmaz & Demirel.

آنها به دیگران برای دریافت مراقبت‌های بیشتر مرتبط است. براتی^۱ و همکاران نیز نشان دادند، ناآگاهی بیماران از حقوق بهداشتی و درمانی خود و اجرا نشدن منشور حقوق بیمار توسط کارکنان بهداشتی و درمانی می‌تواند سلامت جان و همچنین ایمنی و حریم خصوصی بیماران را به خطر اندازد (براتی و همکاران، ۲۰۱۹م: ۳۱۵).

در ایران ۱ بند از ۵ بند مهم منشور حقوق بیمار به حفظ حریم خصوصی و حفظ حریم بدن اختصاص دارد. براین اساس عرضه خدمات بهداشتی به بیماران باید بر اساس احترام به حریم خصوصی و بدنی آنها و اصل رازداری باشد (پارساپور، باقری و لاریجانی، ۲۰۱۴م: ۵). در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی در زمینه حفظ حریم خصوصی بیماران انجام شده است و اغلب میزان رضایت بیماران از احترام تیم سلامت به حریم خصوصی آنها در حد متوسط یا ضعیف گزارش شده است (موری و چادهوری، ۲۰۱۳م: ۲). افزون بر این در مطالعاتی که با هدف مقایسه درک بیماران و اعضای گروه‌های گوناگون علوم پزشکی در مورد سطح حریم خصوصی بیمار انجام شده است، اغلب تفاوت‌های چشمگیری گزارش شده است. با وجود اهمیتی که کارکنان نظام سلامت از جمله پرستاران برای حفظ حریم خصوصی بدن بیماران قائل‌اند، میزان رعایت آنها از دیدگاه بیماران و در نتیجه رضایتشان بسیار پایین است (نیری و آقاجانی، ۲۰۱۰م: ۳۴/۱ اکیوز و اردمیر، ۲۰۱۳م: ۶۶۷). نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد از دیدگاه بیماران، سطح حفظ حریم خصوصی در هنگام دریافت مراقبت، نامطلوب است (تاجدري و همکاران، ۲۰۲۲م: ۴)؛ بااین‌حال بیشتر تحقیقات گذشته به بررسی سطح حریم خصوصی بیماران در بخش‌های عمومی پرداخته‌اند و کمتر به مفهوم‌سازی این موضوع - به‌ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه - توجه شده است. با وجود این در ادبیات پژوهشی ایران، تحقیقی که به بررسی حریم بدن بیماران پرداخته باشد، یافت نشد. همچنین مطالعات کیفی با استفاده از روش‌های گوناگون جمع‌آوری داده‌ها به دنبال بررسی و درک عمیق پدیده مورد مطالعه و شناسایی واضح و جامع آن هستند (اسپزلی^۶ و همکاران، ۲۰۱۱م: ۱۶۸)؛ بنابراین مطمئن‌ترین راه برای تعیین چگونگی محافظت از حریم خصوصی بدن بیمار، بررسی مستقیم رویدادها، تجربه‌ها، ارزش‌ها و

1. Barati.
2. Parsapoor, Bagheri & Larijani.
3. Moore & Chaudhary.
4. Nayeri & Aghajani.
5. Akyuz & Erdemir.
6. Speziale.

هنجارهاست (سوان،^۱ ۲۰۰۹م: ۴۹۵). مشاهده هدفمند حوزه بالینی و بررسی تجربه‌های عرضه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند در ارزیابی، حفظ و ارتقای حریم خصوصی بدن مؤثر باشد. به همین سبب پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته از نقض حریم بدن در زنانی انجام شد که تجربه بستری در بیمارستان داشته‌اند.

چارچوب مفهومی حریم بدن

گرچه تعریف‌های متعددی از حریم خصوصی ارائه شده و بر اهمیت آن تأکید دارند و جوامع و فرهنگ‌های گوناگون نیز از حریم شخصی افراد حمایت می‌کنند؛ اما هنوز یک تعریف واحد و جهان‌شمول برای آن وجود ندارد. علت این امر آن است که مفهوم حریم خصوصی به شدت تحت تأثیر فرهنگ، ساختار اجتماعی - اقتصادی و نظام سیاسی حاکم بر هر کشور است. به همین دلیل، رفتاری که در یک کشور نقض حریم خصوصی قلمداد می‌شود، ممکن است در کشور دیگر چنین نباشد (رحم‌دل، ۱۳۸۴: ۱۲۵). در لغت‌نامه‌های فارسی، «حیطه خصوصی» به معنای گوشه‌گیری، خلوت و فضایی دور از دسترس دیگران تعریف شده است (معین، ۱۳۸۶: ۲۶۵/ عمید، ۱۳۷۵: ۴۵۶). اصطلاح «خلوت و حیطه خصوصی» معادل واژه «Privacy» در زبان انگلیسی است.

در علوم گوناگون، تعریف‌های نسبتاً همسانی از حریم خصوصی بیان شده است؛ برای نمونه در حوزه حقوق، حریم خصوصی به حق افراد برای رها شدن و استقلال از مداخله‌های نامعقول و بدون مجوز در امور شخصی‌شان اشاره دارد (ر.ک: توربان، کینگ، لی و ویهلند،^۲ ۲۰۰۶م). تعریف دیگری حریم خصوصی را یک پناهگاه امن یا محدوده محافظت‌شده برای افراد در نظر می‌گیرد؛ جایی که آنها می‌توانند از بررسی‌های دقیق، انتقادهای موشکافانه و داوری در مورد مسائل شخصی خود آسوده باشند (نیسن بام، ۱۳۸۱: ۱۷۵). از دیدگاه روان‌شناسی و جامعه‌شناسی، حریم خصوصی شامل قلمرو و محدوده‌ای از اعمال، رفتارها، افکار، ویژگی‌ها و خصوصیات فردی است که قانون و جامعه تعیین کرده و بر اساس مقتضیات زمان و مکان، تغییرپذیر است. این محدوده که برای عموم آشکار نیست و مختص به فرد است، به او آزادی معقولانه‌ای می‌دهد تا از افشای آنها خودداری کند؛ زیرا انسان متعارف تمایلی به آشکار کردن آنها ندارد. این حریم از ورود، نگاه، نظارت یا هرگونه تعرض دیگران مصون است؛ مگر با مجوز قانونی یا رضایت فرد. همچنین احترام به حریم شخصی دیگران از توصیه‌های اکید دین اسلام است.

1. Swan.
2. Turban, King, Lee & Viehland.

بررسی منابع اسلامی نشان می‌دهد حمایت از حریم خصوصی منازل، ارتباطات، امور شخصی و افکار و عقاید افراد، قدمتی بیش از ۱۴۰۰ سال دارد و اسلام بر آن تأکید کرده است.

حریم خصوصی در پژوهش‌های گوناگون، دارای ابعاد مختلف است؛ برای نمونه در پژوهش شهریاری، حریم خصوصی دارای ابعادی از قبیل حریم خصوصی ارتباطاتی، حریم خصوصی هویتی، مکانی و حریم خصوصی افعالی است (شهریاری، ۱۳۹۹: ۵۲)؛ درحالی‌که عباسی، خالقی و جودکی در پژوهشی، حریم خصوصی بیماران را دارای ابعاد گوناگونی می‌دانند که از جمله این ابعاد می‌توان به حریم خصوصی بدن (جسمانی)، حریم خصوصی روانی، حریم خصوصی ناظر بر محل اقامت بیمار و حریم خصوصی اطلاعاتی اشاره کرد (عباسی، خالقی و جودکی، ۱۳۹۰: ۱۱۵) که در پژوهش حاضر، بیشتر تأکید بر حریم خصوصی بدن است

در مورد تعریف حریم بدن باید این‌گونه گفت که این جنبه از خلوت، قدیم‌ترین جلوه شناخته‌شده حریم خصوصی است و در ادبیات، نخستین دغدغه آدم و همسر حوا پس از خوردن میوه ممنوعه و رانده شدن از بهشت، پوشاندن بدنشان بوده است. اصولاً مفهوم این نوع خلوت، پیوند نزدیکی با مفهوم شرم و آزر دارد. امروز در تعریف‌های گوناگونی که از حریم خصوصی می‌شود، به این جنبه از خلوت توجه می‌شود؛ برای نمونه می‌توان به تعریف کنفرانس نروژ، شورای اروپا، کمیته یانکر و کالکوت در انگلستان از حریم خصوصی اشاره کرد (انصاری، ۱۳۸۸: ۱۰).

حریم خصوصی جسمانی ممکن است به شیوه‌های گوناگون مورد تعرض قرار گیرد. برهنه کردن اجباری بیمار در حضور دیگران و معاینه‌های بدنی او به انگیزه‌های گوناگون مصداق مداخله در حریم خصوصی جسمانی بیماران است. در مورد این حق شاید در ایران به ترویج تفکر اصل محرمیت پزشک و کارکنان در بیمارستان روی آورده‌اند. در رساله‌های مراجع عظام تقلید، به مسئله این نوع محرمیت‌ها بدین شرح حکم شده است؛ برای نمونه رهبر کبیر انقلاب معتقدند: «پزشک محرم نیست؛ لذا در غیر موارد ضروری و اضطرار نمی‌تواند به بدن نامحرم نگاه کند و اگر پزشکی در مقام اضطرار مجبور شد به عضوی از بدن نامحرم نگاه کند، باید به همان مقدار لازم اکتفا کند و نمی‌تواند بیش از آن عضو را ببیند و اگر می‌تواند، باید از روی لباس معاینه نماید» (معصومی، ۱۳۷۸: ۳۳). در پژوهش حاضر نیز تلاش شد حریم بدن از دید بیماران، بررسی و بر اساس آن مضامین استخراج شود.

روش تحقیق

پژوهش کنونی از نظر هدف، کاربردی است، همچنین گردآوری داده‌ها از نوع کیفی و پدیدارشناسانه و از لحاظ تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل مضمون انجام شده است تا پژوهشگر

به واسطه آن به شناخت الگوهایی از معانی و موضوعات در داده‌ها دست یابد. تحلیل مضمون فرایندی است که به شناسایی تم‌ها و الگوها در متن داده‌های کیفی می‌پردازد (براون و کلارک،^۱ ۲۰۰۶م: ۴۵).

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، زنان متأهل ۲۵ تا ۶۰ ساله و ساکن شهر تهران بودند که در ۵ سال اخیر تجربه بستری شدن در بیمارستان و انجام عمل جراحی را داشته‌اند. مشارکت‌کنندگان به صورت در دسترس و هدفمند انتخاب شدند تا تنوع بیشتری در داده‌ها موجود باشد. در فرایند جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد و مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه داشت که محقق به اطلاعات تازه دیگری دست پیدا نکرد؛ به نوعی دیگر باید گفت انتخاب مشارکت‌کنندگان و مصاحبه با آنان تا اشباع اطلاعات و داده‌ها ادامه یافت و هنگامی که محقق اطمینان یافت تعداد مصاحبه‌های انجام شده به حد کفایت رسیده است، روند مصاحبه‌ها متوقف شد. لازم به ذکر است برای اطمینان از تکرار داده‌ها، مصاحبه با دو مشارکت‌کننده دیگر نیز ادامه یافت و پس از آن به پایان رسید. فرایند جمع‌آوری داده‌ها به دو صورت حضوری و مجازی (واتس‌آپ، ای‌تا) انجام شد؛ به طوری که پس از تعیین هدف، شرایط تحقیق و معیارهای مشارکت، توضیح‌های لازم در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و زمان و مکان مصاحبه به دلخواه بر اساس شرایط آنان مشخص شد. در پایان، تعداد شرکت‌کنندگان به ۱۵ نفر رسید که از این میان یک نفر به دلیل نداشتن تجربه نقض حریم بدن و فرد دیگری به علت مجرد بودن که باعث ناهمگونی گروه از نظر وضع تأهل شد، از فهرست حذف شدند و در نهایت فرایند مصاحبه با ۱۳ شرکت‌کننده به پایان رسید که میانگین سنی آنان ۳۷/۹۲ سال بود و مصاحبه با هر فرد به طور متوسط ۶۰ دقیقه طول کشید. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش

ردیف	سن	تحصیلات	شغل	نوع جراحی
۱	۲۶	کارشناسی	خانه‌دار	سزارین
۲	۳۸	کارشناسی ارشد	معلم	سزارین
۳	۲۸	کارشناسی ارشد	معلم	جراحی سینه
۴	۳۲	کارشناسی	مریبه بهداشت	جراحی دیسک کمر

1. Braun & Clarke.

سزارین	معلم	کارشناسی	۳۲	۵
جراحی شکستگی پا	فروشنده لباس	کاردانی	۴۶	۶
سزارین	خانه‌دار	کارشناسی	۳۱	۷
هیستروکتومی	معلم بازنشسته	کارشناسی	۵۸	۸
سزارین	خانه‌دار	کارشناسی	۲۶	۹
سزارین	معلم	کارشناسی	۳۵	۱۰
سزارین، جراحی	خانه‌دار	کارشناسی	۴۷	۱۱
آنژیوی قلب، جراحی	خانه‌دار	دیپلم	۶۰	۱۲
سزارین	روان‌شناس	کارشناسی ارشد	۳۴	۱۳
---	---	---	۳۷/۹۲	میانگین

پس از دریافت پاسخ مشارکت‌کنندگان به هر پرسش اصلی، در صورت نیاز، سؤالی پیگیرانه برای کاوش بیشتر پرسیده شد. پس از انجام مصاحبه، پاسخ‌های افراد شرکت‌کننده کدگذاری و به شیوه تحلیل مضمون، تحلیل شدند؛ به طوری که از فرایند انجام‌شده در این مرحله، ۸ کد اصلی و ۴۵ کد فرعی به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و به دست آوردن کدهای فرعی و اصلی و دستیابی به مفهوم کلیدی پدیده مورد مطالعه، نخست مصاحبه‌ها ثبت و در صورت نیاز از آنها رونویسی می‌شد و پس از تجزیه و تحلیل آن، مصاحبه بعدی گرفته می‌شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش شش مرحله‌ای براون و کلارک استفاده شد. مراحل تحلیل داده‌ها شامل آشنایی عمیق با داده‌ها و شناسایی الگوها و مسائل مورد توجه، کدگذاری بخش‌های مرتبط با سؤال پژوهش و ترکیب کدهای مرتبط برای تولید تم‌ها یا مضمون‌های کلی است. سپس تم‌ها بررسی و اصلاح شد تا اطمینان حاصل شود که داده‌ها به خوبی نمایانگر آنها هستند. در ادامه تعریف و نام‌گذاری هر مضمون انجام گرفت و هسته اصلی آن مشخص و در نهایت جدول یافته‌ها متشکل از مضامین فرعی، مضامین اصلی و مضمون هسته‌ای گردآوری شد.

در راستای ملاحظات اخلاقی پژوهش، مصاحبه‌ها با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان انجام و به آنان برای حفظ رازداری، توضیح و اطمینان خاطر داده شد؛ همچنین این توضیح به مصاحبه‌شوندگان داده شد که در هر زمان از فرایند پژوهش، امکان و حق

انصراف و کناره‌گیری از پژوهش را دارند.

یافته‌ها

پژوهش پیش‌رو با هدف مطالعه تجربه زیسته زنان بستری‌شده در بیمارستان از نقض حریم بدن انجام شده است. در ادامه، نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها و جدول‌های مضامین خواهد آمد. پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش بود که تجربه و معنای درک‌شده زنان بستری‌شده در بیمارستان از نقض حریم بدن چگونه است؟

داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در زمینه تجربه زنان بستری‌شده در بیمارستان از نقض حریم بدن به شناسایی ۴۵ مضمون فرعی منجر شد که در طبقه‌بندی به ۸ مضمون اصلی تقلیل یافت. طبقه‌بندی جامع مفاهیم و نمونه‌ای از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در هر مضمون، در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل مضمون تجربه زنان بستری‌شده در بیمارستان از نقض حریم بدن

عبارت‌های مشارکت‌کنندگان	مضامین فرعی	مضامین اصلی
کد ۴: حریم یعنی یک چیز شخصی؛ یعنی جایی که جز خودم دوست ندارم کسی اونجا باشه و یعنی جایی که تنها برای خودم هست.	محدوده شخصی	ادراک از حریم خصوصی به عنوان حق احترام، اختیار و امنیت
کد ۲: تا شخصی رو دوست نداشته باشی، از نظر روانی نمی‌تونی اجازه بدی به حریم بدنت نزدیک بشه.	محدوده صمیمیت	
کد ۳: هیچ‌کس نمی‌تونه بدون اجازه، وارد حریم انسان بشه.	حق اختیار	
کد ۸: حریم بدن به معنای آسیب نرسوندن به جسم و روح افراده؛ یعنی چیزهایی که باعث آسیب رسیدن به جسم و روان هر شخص می‌شه، می‌شن حریم اون شخص.	محدوده امن	
کد ۴: حریم بدن یعنی این فاصله باید به حرمت خاصی برای دیگران داشته باشه.	تعیین‌کننده حدود و رفتار دیگران	
کد ۱: من بشخصه باید حرمت و ارزش بدن خودم رو بشناسم و نمی‌تونم هر کاری که بخوام با بدن خودم انجام بدم.	احترام به بدن	
کد ۲: حدود پونزده نفر می‌اومدن و هر دفعه به نفر معاینه‌ام می‌کرد. به نظرم درستش این بود که دکتر خودم حضور داشته باشه.	پزشکان	احساس بی‌دفاع بودن و تجربه‌های
کد ۱۲: حس نقض حریم از طرف پرستارها بهم دست می‌داد؛ چون پرستارها به اینکه جای دیگه‌ای از بدن که به عمل ربطی نداره مشخص بشه، توجهی ندارن.	پرستاران	پیامی نقض حریم بدن از سوی

تمامی کارکنان	افراد دیگر تیم بهداشت	کد ۱۳: یعنی بدنم چه معلوم می‌شد و چه نمی‌شد، فکر کنم برای اون بهیمار مهم نبود.
	بیماران دیگر	کد ۴: وقتی برای زایمان بیمارستان رفته بودم، توی اتاقی بودم که یک خانم دیگه هم بغل دستم خوابیده بود و به من زل زده بود و پاراوانی بین ما نبود. اعصابم خورد می‌شد؛ چون من درد داشتم و اون داشت بهم نگاه می‌کرد.
	مستخدمان	کد ۱۳: یه خانم اومد که ملحفه رو عوض کنه و فکر می‌کنم بی‌محابا ملحفه رو برداشت؛ جوری که من دوباره نگران لخت شدنم شدم.
	همراهان بیماران	کد ۶: حتی باینکه بخش زنان بود، آقایونی که همراه خانم‌ها اومده بودن، خیلی راحت رفت‌وآمد می‌کردن و اصلاً کسی کاری نداشت. براشون مهم نبود که برام ناخوشاینده و مجبور می‌شدم روسری بپوشم.
تجربه محیط غیرشخصی و پوشش نامناسب	اتاق عمومی	کد ۲: وقتی که تو بخش هم بودم، امکانات بخش طوری بود که اتاق خصوصی‌ها کم بود. اتاق عمومی عامل نقضه و چند نفر تو یه اتاق بودن و این باعث می‌شد حس کنی حریمت حفظ نشده.
	پوشش نامناسب بیماران	کد ۵: به نظرم لباس‌های اتاق عمل، لباس‌های مناسبی نیستند؛ چون از پشت بازن و فقط با چند تا بندینک بسته می‌شه و قدشون کوتاهه. تا روی زانو هست و شلووار هم ندارن و زمانی که در اتاق تعویض، آدم لباس اتاق عمل رو می‌پوشه و می‌خواد بره اتاق عمل، کارکنان آقا هم در راهروی اتاق عمل‌ها حضور دارن و بیماران رو می‌بینن و به نظرم نقض حریم بدن اتفاق می‌افته.
تجربه بیمار از انفعال خود در برابر بی‌توجهی کارکنان بیمارستان به روابط انسانی	سکوت و ناتوانی بیماران در دفاع از خود	کد ۹: فکر می‌کردم که با واکنش من ممکنه حتی وضع بدتر بشه؛ چون به نظرم تذکر یا اعتراض کردن بی‌فایده بود و اونهار روند و عملکردشون به همین صورت بود.
	عادی شدن برای کارکنان بیمارستان	کد ۱۲: براشون عادی شده این چیزها.
	درک نداشتن کارکنان از رابطه انسانی	کد ۲: اون لحظه که حس کردم حریم بدنم نقض شده، با خودم فکر می‌کردم که دکترها و پرستاران مثل ربات با انسان رفتار می‌کنن و این رفتارشون باعث می‌شه آدم‌ها حالشون خوب نباشه.
	هزینه پایین بیمارستان‌های عمومی	کد ۱۱: اینکه بیمارستان‌های خصوصی چون پول دادیم، بیشتر به خواسته‌ها و اعتراض‌های بیماران گوش می‌دن. این تجربه من بود.

	ناآگاهی بیمار از فرایند درمان	کد ۱۳: تجربه اولم بود اصلاً نمی‌دونستم قراره چه کار کنن، مثل یه ربات بودم. بهم دستور می‌دادن و من محکوم به اجرا بودم. مراحل رو نمی‌دونستم و همه چیز تو ابهام بود و ندانسته‌هام زیاد بود واقعاً.
	تعریف نشدن حریم بدن در منشور حقوق بیماران	کد ۱۳: ذهنم این اومده بود که چطوری این قضیه جزو حقوق بیماران سیاست‌های بیمارستان نیست.
تجربه‌های منجر به انفعال بیمار	اضطراب بیمار/ بحرانی بودن اوضاع	کد ۷: کار خاصی انجام ندادم؛ چون اون لحظه حالم خیلی بد بود و فقط به فکر سلامتی فرزندم بودم؛ چون کیسه آب هم پاره شده بود.
	محدودیت خدمات بیمه	کد ۳: اینکه ما کلی پول به بیمه تکمیلی پرداخت می‌کنیم و بیمه تکمیلی ما طرف قرارداد با یک سری از مراکز خاص هست که ما مراجعه می‌کنیم و فقط در اون مرکز، پزشک مرد هست که توی این اوضاع، ما حق انتخاب نداریم.
انتظارات بیماران از ضرورت تغییرات تضمین‌کننده حفظ حریم	وضع قانون و نظارت بر اجرای آن	کد ۸: در کل به نظرم باید نظارت بر کار کارکنان بیمارستان از سوی مدیران با حساسیت و دقت نظر بیشتری انجام بشه.
	آموزش و آگاه‌سازی بیماران از حقوق خود	کد ۵: فکر می‌کنم لازمه از طریق وسایل ارتباط جمعی یا نصب تابلو و قوانین مربوط به حقوق بیماران در مطب‌ها و بیمارستان‌ها، آگاهی‌های لازم به بیمارها داده بشه.
	آموزش کادر بیمارستان (به‌ویژه مهارت همدلی)	کد ۲: به نظرم تو اون اوضاع، اگه دست آدم رو می‌گرفتن و باهات صحبت می‌کردن، این حس به آدم القا نمی‌شد.
	ضرورت وجود حفاظ	کد ۶: بعضی چیزها رعایت نمی‌شد؛ مثلاً در یک اتاق، ده نفر رو بستری کرده بودن و پرده‌ای بین تخت‌ها نبود.
	کسب مجوز و رضایت آگاهانه	کد ۳: مثلاً پزشک مرد اگر بخواد معاینه کنه، حداقل معذرت‌خواهی یا اینکه اجازه و رضایت آگاهانه بگیره.
	پاسخ‌گویی و رفتار مسئولانه‌تر کادر درمان	کد ۶: اگه همه کادر درمان تعهد و مسئولیت کاری داشته باشن، چه از کشیدن پرده یا وصل کردن آنژیوکت و... هیچ‌کدوم از این مشکلات پیش نمی‌آد.
	نظرسنجی از بیمار و بهبود خدمات	کد ۸: موقع ترخیص هم از بیمار در مورد شرایط بیمارستان و میزان رضایتش از خدمات، نظرسنجی دقیقی بشه و مدیران بیمارستان از این نتایج برای رفع نواقص استفاده کنن.
	انطباق جنسیتی	کد ۱۲: وقتی دکتر آقا اومد، من از ترس اینکه نکنه جایی از بدنم معلوم بشه، استرسم زیاد شد و فشارم بالا رفت و دوباره بهم اطمینان خاطر دادند که جایی از بدنم معلوم نیست و همین که اون دکتر خانم هنوز پیشم بود، کمی آرام‌تر شدم.
	رفتار قاطعانه و اعتراض برای دفاع از حریم	کد ۲: بهشون با عصبانیت گفتم دیگه اجازه نمی‌دم بهتون من رو معاینه کنید و همسرم رو صدا کنید و نمی‌خوام اینجا باشم.
	حفظ حریم بدن	کد ۷: اگه دوباره در این اوضاع قرار بگیریم، از قبل از بیمارستان در مورد اینکه کادر

	بیمارستانی مناسب	درمان اتاق زایمان خانم هستن یا آقا، سؤال می‌پرسم و وقتی مطمئن شدم که خانم هستن، اون بیمارستان رو انتخاب می‌کنم.
	خودگویی مثبت و خودشفقت‌ورزی	کد ۲: تو اون لحظه به خودم گفتم خودم باید به خودم کمک کنم و به خودم می‌گفتم این مرحله هم تموم می‌شه؛ باید تحمل کنی.
	تلاش معطوف به خود بیمار	کد ۱۰: سعی می‌کردم بعد از معاینه هر کدوم لباسم رو پایین بکشم.
	تجربه بیمار	کد ۱۰: اما در تجربه دوم و سوم تا حدی می‌تونستم این موارد را کنترل کنم و از حریمم محافظت کنم. تجربه اول آگاهی من رو بیشتر کرد.
تجربه فشار روانی و هیجانات منفی بر اثر نقض حریم	احساس بی‌توجهی و تشدید آسیب‌پذیری	کد ۱: می‌خواستم از دستتون گریه کنم. خودم با این همه اذیتی که شده بودم، گیر این افراد احمق هم افتاده بودم.
	بدبینی و ادراک از تجاوز و سوءاستفاده	کد ۳: سعی می‌کردم با دستام بدنم رو بپوشونم که دیده نشه، حالا اگر پزشک مرد بود، حتی نگاهش رو هم حس تجاوز تلقی می‌کردم.
	احساس قضاوت شدن	کد ۴: اینکه در مورد بدنم نظر بده. اینکه این چقدر چاقه و شکمش چقدر گنده است و چیزهایی که مربوط به زیبایی اندامم بود. نگران بودم که اونها من رو قضاوت کنن.
	احساس شرم و خجالت	کد ۵: احساس ناراحتی و خجالت داشتم.
	ناراحتی، ناامنی، اضطراب و نگرانی	کد ۱۳: احساس ناامنی، شرم در کنار استرس‌های روز زایمان.
	نشخوار فکری/ گوش‌به‌زنگی	کد ۸: همه‌اش با خودم می‌گفتم ای کاش اوضاع بهتر از این می‌بود؛ مثلاً اتاق تک‌نفره بود تا آزادی عمل بیشتری داشتم و رفتار پرستارها هم با توجه بیشتری همراه می‌بود.
	احساس عذاب و گناه	کد ۱۰: حس گناه، حس عذاب وجدان، حس ناراحتی و حس ترس از ضایع شدن داشتم.
	خودسرزنگری به خاطر انفعال	کد ۲: به خودم گفتم بسه، چرا حرف نمی‌زنی؟! دارن بهت بی‌احترامی می‌کنن و مثل ربات باهات رفتار می‌کنن.
	اختلال در عملکرد سیستم بدن	کد ۱۲: از ترس اینکه نکنه جایی از بدنم معلوم بشه، استرسم زیاد شد، حس می‌کردم بدنم داغ شده و همه به تلاطم افتادن که این چرا فشارش بالا رفته و ضربان قلبش تند شده.
	احساس خشم و عصبانیت و بی‌احترامی	کد ۲: حس زور، توهین، بی‌احترامی و در کنارش خشم داشتم.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تجربه زیسته از نقض حریم بدن در زنانی که تجربه اتاق عمل و بستری در بیمارستان را داشته‌اند، انجام شد. بر اساس مصاحبه‌های انجام‌شده، هشت مضمون اصلی ادراک از مفهوم حریم بدن، عوامل انسانی نقض حریم بدن، عوامل فیزیکی نقض حریم بدن، دلایل نقض حریم و تداوم آن، دلایل پذیرش نقض حریم، راهبردهای تضمین بیرونی حفظ حریم، راهبردهای بیماران در برابر نقض حریم بدن و پیامدهای نقض حریم به دست آمد.

اولین مضمون به دست آمده از نقض حریم بدن در زنان با تجربه اتاق عمل و بستری در بیمارستان شامل ادراک از حریم خصوصی به عنوان حق احترام، اختیار، امنیت که شامل زیرمضمون‌های محدوده شخصی، محدوده صمیمیت، حق اختیار، محدوده امن، تعیین‌کننده حدود و رفتار دیگران و احترام به بدن بود. این یافته هم‌سو با یافته‌های تاجداری و همکاران (2022م: 1)، تهرانی¹ و همکاران (2018م: 10) و یزدان‌پرست و همکاران (1395: 74) است که نتایج پژوهش‌های آنان نشان داد رعایت حریم شخصی بیماران باعث ایجاد حس آرامش و کنترل و کاهش اضطراب و افزایش امنیت می‌شود. این یافته همچنین با نتایج اوزتورک² و همکاران (2014م: 812) هم‌خوانی دارد که نشان دادند حریم فیزیکی به معنای احترام به بدن بیماران است و حتی در اوضاعی که بیمار قادر به بیان افکار و احساسات خود نباشد، بدن او همچنان ارزشمند و شایسته احترام است. ادراک حریم خصوصی بدن معنایی نامعین و نسبی دارد که چندین تعریف برای آن آمده و این موضوع باعث ایجاد ابعاد متنوع آن شده است. تکریم فرهنگ، احترام به ارزش‌ها و هنجارها و رعایت حدود انتخاب بیمار (کریگر و هوکامب،³ 2007م: 10) و پرهیز از لمس فیزیکی غیرضروری عاملی برای حفظ محدوده شخصی و صمیمیت است که باعث ادراک حفظ حریم شخصی از سوی بیماران می‌شود و آرامش و آسایش روانی و روحی آنان را به دنبال دارد.

مضمون دوم احساس بی‌دفاع بودن و تجربه‌های پیاپی نقض حریم بدن از سوی تمامی کارکنان بود. این مضمون اصلی در بردارنده شش زیرمضمون فرعی پزشکان، پرستاران، افراد دیگر تیم بهداشت، بیماران دیگر، مستخدمان و همراهان بیماران است. این یافته‌ها هم‌سو با یافته‌های ماما⁴ و همکاران (2025م: 19) بیانگر آن است که ویژگی‌ها و رفتارهای متخصصان و مراقبان بهداشتی بر

1. Tehrani.
2. Özturk.
3. Crigger & Holcomb.
4. Mema.

شأن و منزلت و حریم بدن بیماران تأثیر دارد. همچنین با یافته‌های فوسینی^۱ و همکاران (2023م: 1286) و تاجداری و همکاران (2022م: 4) هم‌خوانی دارد که نشان دادند پرستاران به دلیل درک متفاوت از اوضاع، باعث نقض حریم بدن بیمار می‌شوند. نیروی انسانی از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار در سیستم سلامت است که شامل کادر درمان، پزشکان، مستخدمان و عوامل اجرایی دیگر می‌شود. نیروهای بالینی بیمارستان به دلایل گوناگون در جریان معاینه و بازدید وضع بیمار باعث شکستن حریم و خلوت بیماران می‌شوند؛ از جمله نمایان بودن بدن بیمار پیش از آغاز معاینه پزشک، حضور اعضای تیم پزشکی در اوضاعی که بیمار پوشش کافی ندارد و آشکار بودن بخش‌هایی از بدن بیمار که ارتباط و ضرورتی به معاینه پزشکی ندارد. از سوی دیگر ورود کادر درمان به اتاق بیمار بدون اجازه، معاینه در حضور بیماران دیگر و در حضور همراهان این بیماران باعث کاهش احساس ارزشمندی و نقض حریم بدن در بیماران می‌شود.

مضمون سوم تجربه محیط غیرشخصی و پوشش نامناسب بود. این مضمون اصلی در بردارنده دو زیرمضمون اتاق عمومی و پوشش نامناسب بیماران بود. این یافته هم‌سو با نتایج پژوهش یزدان-پرست و همکاران (1395: 74) است. در تبیین تأثیر نوع و ساختار فیزیکی بخش در میزان رعایت حریم خصوصی بیماران می‌توان به کمبود فضا برای تخصیص بخش‌های مستقل به زنان و مردان یا چگونگی آرایش و چینش اتاق‌ها و قسمت‌های گوناگون بخش برای بستری زنان و مردان اشاره داشت که از جمله پدیده‌هایی است که بیماران با آن روبه‌رو هستند و می‌تواند بر رضایتمندی و دیدگاه آنان از رعایت حریم خصوصی‌شان مؤثر واقع شود. از سوی دیگر به دلیل شرایط بالینی خاص هر بیمار در برخی موارد، حفظ حریم خصوصی برای کادر درمان و بیمار در بیمارستان به‌ویژه در بخش‌های اتاق عمل ممکن نیست که این موضوع می‌تواند بر رضایتمندی بیمار از حفظ حریم بدن تأثیر منفی بگذارد.

مضمون چهارم تجربه بیمار از انفعال خود در برابر بی‌توجهی کارکنان به روابط انسانی بود. این مضمون شامل زیرمضمون‌های سکوت و ناتوانی بیماران در دفاع از خود، عادی شدن برای کارکنان، درک نداشتن کارکنان از رابطه انسانی، هزینه پایین بیمارستان‌های عمومی، ناآگاهی بیمار از فرایند درمان و تعریف نشدن حریم بدن در منشور حقوق بیماران بود. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات هیمسلی^۲ و همکاران (2012م: 116) و میرزایی و همکاران (1396: 57) هم‌سوست

1. Fuseini.
2. Hemsley.

که نشان می‌دهد بسیاری از پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش از نظر مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، ضعیف بوده‌اند. مهارت‌های ارتباطی که برای کادر درمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، شامل ارائه اطلاعات، پرسیدن سؤال، برقراری رابطه دوستانه و ایجاد همکاری و جلب مشارکت می‌شود (گوتیرز-پورتاس^۱ و همکاران، 2020م: 2241)؛ اما در بعضی مواقع، این مهارت‌ها به دلیل شلوغی بیمارستان‌های دولتی، هزینه‌های کمتر بیمارستان‌های دولتی نسبت به بیمارستان‌های خصوصی، کمبود کادر درمان (جولایی^۲ و همکاران، 2008م: 56)، عادی شدن موقعیت‌های اضطراری یا نبود آموزش لازم در مورد چگونگی برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و همدلی با بیماران (میرزایی و همکاران، 1396: 49)، کم‌رنگ شده و باعث می‌شود کادر درمان پیش از ایجاد یک تعامل مناسب، مداخله‌های درمانی را آغاز کنند و این در حالی است که آغاز این اقدامات نیازمند برقراری یک ارتباط همدلانه است؛ در نتیجه بیمار احساس می‌کند حریم بدن او نقض شده است و به دلیل برقرار نکردن ارتباط مؤثر و سازنده در مرحله نخست، در نهایت به سبب شکل نگرفتن ارتباط همدلانه، روش‌های ناکارآمد ارتباطی مانند سکوت و نشخوار فکری فراوان را در هنگام نقض حریم بدن تجربه می‌کند.

مضمون پنجم تجربه‌های منجر به انفعال بیمار بود که شامل دو زیرمضمون اضطراب بیمار/ بحرانی بودن اوضاع و محدودیت خدمات بیمه است. این یافته به صورت غیرمستقیم با نتایج قدس و همکاران (1397: 127) هم‌سوست که نشان دادند در افرادی که به جراحی نیاز دارند، جنسیت عامل مهمی قلمداد می‌شود؛ به طوری که زنان اضطراب بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند. افزایش اضطراب می‌تواند ترس از حفظ بقا را برای فرد به همراه داشته باشد و در نتیجه اهمیت حفظ حریم بدن در اوضاع بحرانی کاهش یابد. از سوی دیگر محدودیت‌های خدمات بیمه باعث کاهش گزینه‌های مراکز درمانی برای بیمار می‌شود. بدین ترتیب برای استفاده از خدمات بیمه، بیمار مجبور به مراجعه به مراکز طرف قرارداد با بیمه‌هاست که معمولاً شلوغ هستند. در این مراکز، به دلیل کمبود منابع و نیروی انسانی و ازدحام جمعیت، رعایت حریم بدن برای کادر درمان و خود بیمار دشوار و زمان‌بر خواهد بود.

مضمون ششم انتظارات بیماران از ضرورت تغییرات تضمین‌کننده حفظ حریم بود که شامل زیرمضمون‌های وضع قانون و نظارت بر اجرای آن، آموزش و آگاه‌سازی بیماران از حقوق خود،

1. Gutierrez-Puertas.
2. Joolae.

آموزش کادر بیمارستان به‌ویژه مهارت همدلی، ضرورت وجود حفاظ، کسب مجوز و رضایت آگاهانه، پاسخ‌گویی و رفتار مسئولانه‌تر کادر درمان، نظرسنجی از بیماران و بهبود خدمات و انطباق جنسیتی است. این یافته‌ها هم‌سو با نتایج تحقیق براتی و همکاران (2019م: 315) است که نشان دادند ناآگاهی بیماران از حقوق بهداشتی و درمانی خود و اجرا نشدن منشور حقوق بیمار از سوی کارکنان بهداشتی و درمانی می‌تواند سلامت جان و همچنین ایمنی و حریم خصوصی بیماران را به خطر اندازد. البته عواملی از قبیل تحصیلات پایین، زندگی در روستاها و کوتاه بودن مدت بستری از عواملی است که میزان آشنایی بیماران از حقوق خود را با محدودیت روبه‌رو کرده می‌کند. همچنین آموزش کادر درمان در زمینه درک بیماران و افزایش مهارت‌های ارتباطی مثبت و رفتارهای مسئولانه در قبال مشکلات بیماران و کسب رضایت آگاهانه از بیماران پیش از لمس فیزیکی و معاینه‌های بالینی از عواملی است که در حفظ حریم بدن بیمار مؤثر است. با توجه به فرهنگ ایرانی - اسلامی و آموزه‌های دین اسلام که لمس فیزیکی از طریق افراد غیرهم‌جنس را منع می‌کند، بیماران هنگام تماس فیزیکی کادر درمان، احساس ناخوشایندی دارند و این تجربه را نقص حریم بدن در نظر می‌گیرند. با وجود این باید به این نکته توجه کرد که کمبود نیروی انسانی ماهر در بخش‌های درمانی باعث می‌شود در برخی اوضاع، امکان تفکیک جنسیتی کامل در همه بخش‌ها به‌ویژه در اتاق‌های عمل، امکان‌پذیر نباشد.

مضمون هفتم تجربه بیماران از سهم خود در حفظ حریم بدن بود که شامل زیرمضمون‌های رفتار قاطعانه و اعتراض برای دفاع از حریم، انتخاب اوضاع بیمارستانی مناسب، خودگویی مثبت و خودشفقت‌ورزی، تلاش معطوف به خود بیماران و تجربه بیمار شد. این یافته‌ها هم‌سو با نتایج برونر^۱ (2010م: 200) است که نشان داد راهبردهای بیماران برای حفظ محدوده خود شامل مواردی از قبیل دفاع از قلمرو، اجازه ورود به آن، کناره‌گیری و انزوای طلبی، توسعه دامنه شخصی و تعامل مسالمت‌آمیز است. این افراد در رویارویی با نقص حریم بدن با حالت قاطعانه از این نقص جلوگیری و در صورت ادامه نقص حریم بدن، بر آن اعتراض می‌کنند. در برخی اوضاع نیز تلاش بیماران به جای استفاده از قاطعیت، بر به‌کارگیری راهبردهای خودگویی معطوف می‌شود. خودگویی مجموعه عبارت‌های گفتاری است که به عنوان یک واسطه شناختی، تأثیر بسیاری در نظم‌بخشی به رفتار دارد (وان رالت^۲ و همکاران، 2016م: 139). در بیماران بستری در بیمارستان،

1. Brunner.

2. Van Raalte.

زمانی که کادر درمان بدون اجازه و رضایت آگاهانه به لمس یا ورود به حریم شخصی بیمار اقدام می‌کنند، بیمار با خودگویی‌های مثبت، تمرکز خود را به زمان حال معطوف می‌کند. هم‌سوی با این تبیین، هاتزی جورجیادیس و گالانیس¹ اعتقاد دارند خودگویی‌هایی مثبت بسیار مفید هستند؛ زیرا به فرد کمک می‌کنند تا بر زمان حال متمرکز شود و به جای توجه به پیامدهای منفی، بیشتر از دید مثبت به رویدادها نگاه کند (هاتزی جورجیادیس و گالانیس، 2017م: 138).

مضمون هشتم تجربه فشار روانی و هیجانات منفی بر اثر نقض حریم بود. این مضمون دارای زیرمضمون‌های احساس بی‌توجهی و تشدید آسیب‌پذیری، بدبینی و ادراک از تجاوز و سوءاستفاده، احساس قضاوت شدن، احساس شرم و خجالت، ناراحتی، ناامنی، اضطراب و نگرانی، نشخوار فکری/گوش‌به‌زندگی، خودسرزنشگری به سبب انفعال، اختلال در عملکرد سیستم بدن، حس انزجار از درمان، احساس خشم و عصبانیت و بی‌احترامی است. در پژوهش اسکات² و همکاران نیز گزارش شده است رعایت نشدن حریم بدن بیمار، احتمال افزایش رفتارهای پرخطرانه و خشونت‌آمیز را خواهد داشت (اسکات و همکاران، 2003م: 28). در تبیین پیامدهای نقض حریم بدن می‌توان این‌گونه بیان کرد که حریم بیمار یکی از مهم‌ترین ارکان کرامت انسانی شناخته‌شده به شمار می‌رود. احترام به حریم نیز یکی از اجزای مراقبت کل‌نگر در برآورده کردن نیازهای فرد است. این عمل به بیماران، شأن و منزلت می‌دهد و دامنه‌ای از اعتماد متقابل را ایجاد می‌کند (مقصودیگی و همکاران، 1392: 74). در محیط‌های درمانی به دلیل جدا شدن بیمار از محیط طبیعی زندگی، اختلال در حس کنترل و تصویر ذهنی ناشی از بیماری زمینه‌ای، بستری شدن در اتاق‌هایی با چند بیمار دیگر، لزوم بستری و معاینه‌ی پیاپی بیمار و لمس فیزیکی بیماران به‌ویژه برای زنان که در فرهنگ ایران فقط افراد نزدیک و محرم حق لمس آنها را دارند، احساسی از شرم و تجاوز به حریم شخصی ایجاد می‌شود.

این پژوهش به روش کیفی انجام شده است و بنابراین نتایج آن تعمیم‌پذیر نیست. به‌رغم تلاش پژوهشگران برای در نظر گرفتن نمونه‌ای با حداکثر تنوع، یکی از محدودیت‌های این مطالعه، دسترسی نداشتن به تنوع زنان با تجربه‌ی عمل جراحی در بخش‌های گوناگون بیمارستان بود. توصیف و درک نحوه‌ی تجربه‌ی ادراک نقض حریم بدن در زنان با تجربه‌ی بستری در بیمارستان می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار کادر درمان و مسئولان کادر درمان قرار دهد تا در راستای کاهش

1. Hatzigeorgiadis & Galanis.

2. Scott.

و رفع مشکلات موجود، برنامه‌ریزی برای کاهش نقض حریم بدن بیماران، برقراری ارتباط مناسب با شأن و کرامت بیماران و درنهایت ارتقای سیستم بهداشت و درمان در زمینه مراقبت و درمان به کار گرفته شود.

منابع و مأخذ

۱. انصاری، باقر (۱۳۸۸). حریم خصوصی و حمایت از آن در حقوق اسلام، تطبیقی و ایران. مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، (۶۶)، ۱-۵۳
۲. ترابی‌زاده، کاملیا؛ ابراهیمی، حسین و محمدی، عیسی (۱۳۹۱). ارتباط حریم شخصی با شأن و منزلت بیمار: بررسی متون. مجله اخلاق پزشکی، ۶ (۱۹)، ۱۱۹-۱۳۲.
DOI.org/10.22037/mej.v6i19.3565
۳. رحمدل، منصور (۱۳۸۴). حق انسان بر حریم خصوصی. مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، (۷۰)، ۱۱۹-۱۴۶.
۴. شهریاری، حمید (۱۳۹۹). ویژگی‌های ماهیت حریم خصوصی. فصلنامه اخلاق پژوهی، ۳ (۶)، ۵۲-۷۰.
۵. عباسی، محمود؛ خالقی، ابوالفتح و جودکی، بهزاد (۱۳۹۰). حریم خصوصی بیماران و حمایت کیفری از آن در نظام حقوقی ایران. فصلنامه حقوق پزشکی، ۵ (۱۷)، ۱۱۳-۱۴۰.
<https://www.sid.ir/paper/195260/fa>
۶. عمید، حسن (۱۳۷۵). فرهنگ فارسی عمید. جلد دوم، چاپ چهل و چهارم، تهران: انتشارات امیرکبیر.
۷. قدس، علی اصغر؛ کرامتی، عباس؛ میرمحمدخانی، مجید؛ اسمعیلی، روانبخش و عسگری، محمدرضا (۱۳۹۷). بررسی میزان اضطراب در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونری و تعیین عوامل مؤثر در آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷ (۱۰۷)، ۱۲۷-۱۳۷.
DOI: jmums.mazums.ac.ir/article-1-12278-fa
۸. معصومی، مسعود (۱۳۷۸). احکام روابط زن و مرد و مسائل اجتماعی آنان مطابق با فتاوای مراجع تقلید. چاپ چهاردهم، قم: انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.
۹. معین، محمد (۱۳۸۶). فرهنگ فارسی معین. چاپ نهم، تهران: انتشارات زرین.
۱۰. مقصودیگی، حجت‌الله؛ نادری، مژگان؛ تاجمیری، محمدرضا و دریاییگی، رضا (۱۳۹۲). حریم خلوت یکی از ابعاد کرامت انسانی در پرستاری. مجله اخلاق پزشکی، ۱۰ (۳۶)، ۷۴-۸۰.
DOI:ethic.jums.ac.ir/article_700534.html
۱۱. میرزایی علویجه، مهدی؛ مطلق، محمداسماعیل؛ حسینی، سیدنصرالله و جلیلیان، فرزاد (۱۳۹۶). مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری با بیماران در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. نشریه آموزش علوم پزشکی، ۹ (۶)، ۴۷-۵۷.
DOI: rme.gums.ac.ir/article-1-539-fa.html

12. نیسن‌بام، هلن (۱۳۸۱). حمایت از حق خلوت آدمیان در عصر اطلاعات. ترجمه عباس ایمانی، پژوهش‌های حقوقی، ۲ (۱)، ۱۷۱-۲۰۱.
۱۳. یزدان‌پرست، الناز؛ داوودی، ملیحه؛ قربانی، سیدحسن و عباس‌پور، مرضیه (۱۳۹۵). میزان رعایت ابعاد مختلف حریم بیماران: واکاوی دیدگاه سالمندان. مجله اخلاق پزشکی، ۱۰ (۳۶)، ۷۴-۸۰. DOI.org/10.22037/mej.v10i36.13361
14. Akyüz, E. & Erdemir, F. (2013). Surgical Patients' and Nurses' Ipinions and Expectations about Privacy in Care. *Nursing Ethics*, 20 (6), 660-671. DOI: 10.1177/0969733012468931
15. Baillie, L. (2008). Mixed-sex Wards and Patient Dignity: Nurses' and Patients' Perspectives. *British Journal of Nursing*, 17 (19), 1220-1225. DOI: 10.12968/bjon.2008.17.19.31461
16. Barati, F., Atarodi, A., Asghari, B. A. & Atarodi, A. (2019). Awareness and Observation of Patients' Rights from the Perspective of Patients and Nurses. *Journal of Research and Health*, 9 (4), 315-323. DOI: 10.29252/jrh.9.4.315. (In Persian).
17. Braun, V. & Clarke, V. (2006), Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, (3), 77-101. DOI:10.1191/1478088706qp063oa
18. Brunner, L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (v.1). Lippincott Williams & Wilkins.
19. Carew, P. J. & Stapleton, L. (2005). *Towards a Privacy Framework for Information Systems Development. In Information Systems Development: Advances in Theory, Practice, and Education*. Boston, MA: Springer US. (pp. 77-88).
20. Crigger, N. J. & Holcomb, L. (2007). Practical Strategies for Providing Culturally Sensitive, Ethical Care in Developing Nations. *Journal Transcult Nurs*, 18 (1), 70-76. DOI: 10.1177/1043659606294198
21. Değirmen, N. & Şaylıgil, Ö. (2020). Body Privacy in Gynecology Obstetrics. *Acta Bioethica*, 26 (2), 225-235. DOI:10.4067/S1726-569X2020000200225
22. Fuseini, A. G., Rawson, H., Ley, L. & Kerr, D. (2023). Patient Dignity and Dignified Care: A Qualitative Description of Hospitalised Older Adults Perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 32 (7-8), 1286-1302. DOI: 10.1111/jocn.16286
23. Gutierrez-Puertas, L., Marquez-Hernandez, V. V., Gutierrez-Puertas, V., Granados-Gamez, G. & Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (7), 2241. DOI: 10.3390/ijerph17072241.

24. Hatzigeorgiadis, A. & Galanis, E. (2017). Self-Talk Effectiveness and Attention. *Current Opinion in Psychology*, (16), 138-142. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.05.014
25. Heijkenskjöld, K. B., Ekstedt, M. & Lindwall, L. (2010). The Patient's Dignity from the Nurse's Perspective. *Nursing Ethics*, 17 (3), 313-324. DOI: 10.1177/0969733010361444
26. Hemsley, B., Balandin, S. & Worrall, L. (2012). Nursing the Patient with Complex Communication Needs: Time as a Barrier and a Facilitator to Successful Communication in Hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (1), 116-126. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x
27. Hongladarom, S. (2016). The Online Self: Externalism, Friendship and Games. Springer (v. 25).
28. Joolae, S., Tschudin, V. Nikbakht-Nasrabadi, A. & Parsa-Yekta, Z. (2008). Factors Affecting Patients' Rights Practice: the Lived Experiences of Iranian Nurses and Physicians. *International Nursing Review* 55, (1), 55-61. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2007.00584.x
29. Karro, J., Dent, A. W. & Farish, S. (2005). Patient Perceptions of Privacy Infringements in an Emergency Department. *Emergency Medicine Australasia*, 17 (2), 117-123. DOI: 10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x
30. Latour, J. M. & Albarran, J. W. (2012). Privacy, Dignity and Confidentiality: a Time to Reflect on Practice. *Nursing in Critical Care*, 17 (3), 109-111. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2012.00508.x
31. Lin, Y. P. & Tsai, Y. F. (2011). Maintaining Patients' Dignity During Clinical Care: a Qualitative Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (2), 340-348. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05498.x
32. Mema, A., Bressan, V., Stevanin, S. & Cadorin, L. (2025). The Perception of Dignity in the Hospitalized Patient: Findings from a Meta-Synthesis. *Nursing Ethics*, 32 (1), 19-41. DOI: 10.1177/09697330241238339
33. Moore, M. & Chaudhary, R. (2013). Patients' Attitudes Towards Privacy in a Nepalese Public Hospital: a Cross-Sectional Survey. *BMC Research Notes*, (6), 1-5. DOI: 10.1186/1756-0500-6-31
34. Nayeri, N. D., Aghajani, M. (2010). Patients' Privacy and Satisfaction in the Emergency Department: a Descriptive Analytical Study. *Nursing Ethics*, 17 (2), 34-42. DOI: 10.1177/0969733009355377
35. Ohl, M., Schweizer, M., Graham, M., Heilmann, K., Boyken, L. & Diekema, D. (2012). Hospital Privacy Curtains are Frequently and Rapidly Contaminated with Potentially Pathogenic Bacteria. *American Journal of Infection Control*, 40 (10), 904-906. DOI: 10.1016/j.ajic.2011.12.017
36. Öztürk, H., Bahçecik, N. & Özçelik, K. S. (2014). The Development of the Patient Privacy Scale in Nursing. *Nursing Ethics*, 21 (7), 812-

828. DOI: 10.1177/0969733013515489
37. Parsapoor, A., Bagheri, A. & Larijani, B. (2014). Patient's Rights Charter in Iran. *Acta Medica Iranica*, 24-28. DOI: acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4746
38. Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., ... & Kaljonen, A. (2003). Perceptions of Autonomy in the Care of Elderly People in Five European Countries. *Nursing Ethics*, 10 (1), 28-38. DOI: 10.1191/0969733003ne572oa
39. Serenko, N. & Fan, L. (2013). Patients' Perceptions of Privacy and their Outcomes in healthcare. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 4 (2), 101-122. DOI:10.1504/IJBHR.2013.057359
40. Speziale, H. S., Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
41. Stephen Ekpenyong, M., Nyashanu, M., Ossey-Nweze, C. & Serrant, L. (2021). Exploring the Perceptions of Dignity Among Patients and Nurses in Hospital and Community Settings: An Integrative Review. *Journal of Research in Nursing*, 26 (6), 517-537. DOI: 10.1177/1744987121997890
42. Swan, M. (2009). Emerging Patient-Driven Health Care Models: an Examination of Health Social Networks, Consumer Personalized Medicine and Quantified Self-Tracking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6 (2), 492-525. DOI: 10.3390/ijerph6020492
43. Tajdari, S., Irajpour, A., Shahriari, M. & Saghaei, M. (2022). Identifying the Dimensions of Patient Privacy in Intensive Care Units: a Qualitative Content Analysis Study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 15. doi.org/10.18502/jmehm.v15i6.11048. (in Persian).
44. Tehrani, H., Fallahi-Khoshknab, M., Ebadi, A. & Gillespie, M. (2018). Respecting the Privacy of Hospitalized Patients: An Integrative Review. *Nursing Ethics*, 969733018759832-969733018759832. DOI: 10.1177/0969733018759832
45. Turban, E., King, D., Lee, J. & Viehland, D. (2006). *Electronic Commerce A Managerial Perspective* Prentice Hall. *New Jersey*.
46. Valentine, N., Darby, C. & Bonsel, G. J. (2008). Which Aspects of Non-Clinical Quality of Care are Most Important? Results from WHO's General Population Surveys of "Health Systems Responsiveness" in 41 Countries. *Social Science & Medicine*, 66 (9), 1939-1950. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.12.002
47. Van Raalte, J. L., Vincent, A. & Brewer, B. W. (2016). Self-Talk: Review and Sport-Specific Model. *Psychology of Sport and Exercise*, (22), 139-148. doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.08.004
48. Walsh, K. & Kowanko, I. (2002). Nurses' and Patients' Perceptions of

Dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (3), 143-151.
DOI: 10.1046/j.1440-172x.2002.00355.x

49. Yilmaz, F. T. & Demirel, G. (2021). The Relationship Between Body Privacy and Anxiety in Women Having Gynecological Examination. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41 (7), 1112-1115.
DOI: 10.1080/01443615.2020.1835845
50. Zahedi, F., Sanjari, M., Aala, M., Peymani, M., Aramesh, K., Parsapour, A., ... & Dastgerdi, M. V. (2013). The Code of Ethics for Nurses. *Iranian Journal of Public Health*, (42), 1. DOI: ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/4718. (in Persian).
51. Zakaria, N. & Ramli, R. (2017). Physical Factors that Influence Patients' Privacy Perception Toward a Psychiatric Behavioral Monitoring System: a Qualitative Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 117-128.
DOI: 10.2147/NDT.S115261.