

Design and psychometrics for the Iranian version of the privacy measure in hospitalized patients

Tayebeh Hasan Tehrani¹, Abbas Ebadi², Sadat Seyed Bagher Maddah³, Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi⁴, Reza Ghanei Gheshlagh⁵, Masoud Fallahi-Khoshknab^{6*}

1- Assistant professor, Mother and Child Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2- Behavioral Sciences Research Center. Life Style Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of medical sciences, Teheran, Iran.

3- Faculty of Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Professor of Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

5- Assistant Professor, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

6- Associate professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Masoud Fallahi-Khoshknab **Email:** fallahi@uswr.ac.ir

Received: 16 Oct 2020

Accepted: 17 Oct 2020

Abstract

Background and Aim: Privacy, as a complex phenomenon, has different meanings in the health care system. Measuring the concept is essential for care providers. The study aimed to design and psychoanalyze the privacy tools of hospitalized patients.

Materials and Methods: The current study is a combined sequential exploratory study for instrument making that was conducted with three consecutive stages in 2018. First, the concept of inpatient privacy was defined using a hybrid concept analysis model. Then, items were produced based on the findings. Eventually, 300 patients admitted to public hospitals in Tehran completed the instrument census using the census sampling method to evaluate the psychometric properties of the instrument.

Results: According to the results, the initial pool of questions included 91 items, which was reduced to 74 items by eliminating duplicate items. The content validation remained a total of 19 items after the formal validation. The content validity index of the whole instrument was 0.81. The results of exploratory factor analysis including three factors of personal, psycho-social, and spiritual-religious privacy were determined by explaining 45.5% of the total variance. Reliability was obtained using Cronbach's alpha coefficient of 0.856 and an intra-class correlation of 0.95.

Conclusion: The research findings provide new insights to understand the meaning of patients' privacy and Patient Privacy Instrument (PPI) is introduced as a simple, valid and reliable tool for measuring the privacy of adult inpatients in inpatient wards.

Keywords: Privacy, Inpatient, Questionnaire, Validity & Reliability

How to cite this article:

Tehrani T, Ebadi A, Maddah S.B, Mohammadi Shahboulaghi F, Ghanei Gheshlagh R, Fallahi-Khoshknab M. Design and psychometrics for the Iranian version of the privacy measure in hospitalized patients. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2021; 6(3): 36-47.

URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-363-fa.html>

طراحی و روانسنجی نسخه ایرانی ابزار سنجش حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان

طیبه حسن طهرانی^۱، عباس عبادی^۲، سادات سیدباقر مداح^۳، فرحناز محمدی شاه‌بلاغی^۴، رضا قانع‌ی قشلاق^۵، مسعود فلاهی خشکتاب^{۶*}

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری دانشگاه بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- استاد، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۵- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۶- استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مسعود فلاهی خشکتاب، ایمیل: fallahi@uswr.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۹۷۱۴۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: حریم خصوصی پدیده پیچیده‌ای است که تعابیر متفاوتی در سیستم بهداشتی و درمانی دارد. اندازه‌گیری این مفهوم برای ارائه‌دهندگان مراقبت، امری ضروری است. این مطالعه با هدف طراحی و روان‌سنجی ابزار حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای ترکیبی اکتشافی متوالی از نوع ابزارسازی است که در سال ۱۳۹۷ در سه مرحله متوالی انجام شد. ابتدا با استفاده از مدل هیبرید تحلیل مفهوم، مفهوم حریم خصوصی بیمار بستری تعریف شد. سپس براساس یافته‌های به دست آمده، آیتم‌ها تولید شدند. در نهایت به منظور ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار، ۳۰۰ بیمار بستری در بیمارستانهای دولتی شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری سرشماری ابزار را کامل کردند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، استخر اولیه سؤالات شامل ۹۱ مورد بود که با حذف موارد تکراری به ۷۴ مورد کاهش یافت. پس از انجام اعتبار صوری، اعتبار محتوا در مجموع ۱۹ آیتم باقی ماند. شاخص روایی محتوای کل ابزار ۰/۸۱ بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی شامل ۳ عامل حریم خصوصی شخصی، روانی-اجتماعی و معنوی-مذهبی با تبیین ۴۵/۵ درصد واریانس کل مشخص شد. پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵۶ و همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۹۵ بدست آمد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بینش جدیدی برای درک معنی حریم خصوصی بیماران ایجاد می‌کند و ابزار حریم خصوصی بیماران به عنوان یک ابزار ساده، معتبر و مطمئن برای اندازه‌گیری حریم خصوصی بیماران بستری بزرگسال در بخش‌های بستری معرفی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حریم خصوصی، بیمار بستری، پرسشنامه، روایی و پایایی.

مقدمه

حریم خصوصی، از حقوق بنیادین هر انسان و برگرفته از لزوم احترام به شأن و کرامت انسانی است (۱). در فرهنگ آکسفورد دو معنا بر آن ذکر شده است که شامل موقعیت تنها بودن و بدون مزاحم، آزادی از مداخله و نظارت از توجه عمومی می‌باشد (۲).

اصطلاح حریم خصوصی در رشته‌های مختلف بکار رفته است، اما علیرغم تلاش‌های زیادی که انجام شده است، تعریف واحدی نداشته و فقدان توافق در یک تعریف، مفهوم فوق را پیچیده‌تر می‌کند (۳، ۴). با وجود تنوع تعاریف مبهم و پیچیده ارائه شده حریم خصوصی در سایر رشته‌ها از جمله حقوق و روانشناسی، تاکنون در حرفه پزشکی و پرستاری تعریف واضحی از حریم خصوصی بیماران بستری، وجود ندارد. تعریف آن با توجه به تفسیر انجام شده در فرهنگ، شرایط افراد و نحوه استفاده از آن صورت می‌گیرد (۴-۶). حریم خصوصی یک ارزش بنیادین و از مفاهیم مرکزی بوده که به‌طور عمیقی ریشه در سنت‌ها و تاریخچه پرستاری دارد (۵). در حوزه پزشکی و پرستاری حفظ حریم خصوصی و رازداری بیماران، یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حیطه اخلاق پزشکی است و دارای سابقه دیرینه در دنیای پزشکی می‌باشد (۷).

در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در مورد حریم خصوصی انجام شده است و به علت نبود ابزاری استاندارد، بیشتر محققین از پرسشنامه‌های محقق ساخته و اغلب بدون توجه به رعایت اصول علمی در ساخت آن‌ها، استفاده کرده‌اند و توجه کمتری به روایی و پایایی شده است (۵، ۸-۱۰). محققین برای شناسایی و اندازه‌گیری دقیق حریم خصوصی بیمار نیاز به ابزارهایی دارند تا دارای قابلیت اعتماد و اعتبار و

تعمیم‌پذیر باشند. ارزشیابی اثربخشی مراقبت‌ها یا تصمیم‌گیری درباره آن وابسته به اندازه‌گیری صحیح می‌باشد (۱۱). در بعضی از مطالعاتی که در زمینه حریم خصوصی انجام شده تأکید بر ساخت ابزاری استاندارد برای سنجش حریم خصوصی بیماران شده است (۱۲-۱۵) با این حال مطالعات تجربی اندکی در زمینه حریم خصوصی بیماران بستری انجام شده و ابزارهای معدودی در زمینه حریم خصوصی بیمار بستری در بیمارستان طراحی شده است (۱۴، ۱۶).

با مروری بر مطالعات انجام شده در خصوص حریم خصوصی مشخص شد، ابزارهای موجود، فقط به بررسی بعضی از حیطه‌های حریم خصوصی در بیماران بستری پرداخته‌اند. دو دسته ابزار در رابطه با حریم خصوصی وجود دارد، ابزارهای عمومی که به طور کلی حریم خصوصی را می‌سنجند، از جمله ابزار حفظ حریم شخصی که توسط Marshall برپایه مصاحبه دانشجویان و والدین آن‌ها طراحی گردیده است و ابعادی چون خلوت‌گزینی، گمنامی، خود افشایی و تنهایی و مکان مطالعه را به‌صورت عمومی موردسنجش قرار می‌دهد (۱۷). دسته دوم شامل ابزارهایی است که حریم خصوصی بیماران را به صورت اختصاصی می‌سنجند. بعضی از این ابزارها، حریم خصوصی را از دید سایرین از جمله پرستاران و نه بیماران مورد بررسی قرار داده‌اند؛ در این رابطه Ozturk و همکارانش در ترکیه، پرسشنامه سنجش حریم خصوصی بیمار را از دیدگاه پرستاران با استفاده از مرور متون مرتبط، طراحی نمودند. ابعاد پرسشنامه فوق شامل محرمانه بودن اطلاعات شخصی و زندگی خصوصی، حفظ حریم خصوصی جنسی، حفظ حریم خصوصی افراد ناتوان، حریم خصوصی فیزیکی و اطمینان از یک محیط مساعد است (۱۴).

درمانی، متخصصین بالینی و محققین و سایر کاربران قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با هدف طراحی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار سنجش حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان با رویکرد ترکیبی اکتشافی- متوالی در سال ۲۰۱۸ انجام شد. پژوهش در دو مرحله انجام گردید. در مرحله اول، تحلیل مفهوم حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان و در مرحله دوم طراحی و اعتباریابی پرسشنامه انجام شد.

در مرحله اول حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان با استفاده از مدل هیبرید تحلیل مفهوم تعریف شد. در ابتدا مرور گسترده و منظم متون، با روش مرور ادغام یافته از سال ۱۹۶۶ زمانی ۲۰۱۷ انجام شد. جستجو مطالعات در سطح ملی از طریق بانک‌های الکترونیکی، IRAN MEDEX، MAGIRAN، MEDLIB و مطالعات در سطح بین‌المللی از طریق بانک‌های اطلاعاتی Medline، SCOPUS، CINAHL، ISI Web of Science، و ناشران Willy، ProQuest، Ovid انجام شد. ارزیابی داده‌ها در این مطالعه، با استفاده از یک چک‌لیست محقق ساخته از طریق بررسی پاسخ مقالات به سؤال پژوهش، انجام گردید. در نهایت ۱۲۴ مقاله و ۳ کتاب و ۴ پایان‌نامه مرتبط با موضوع مورد بررسی قرار گرفتند. سپس کار میدانی انجام شد که با فاز اول از نظر زمانی همپوشانی داشت. در این مرحله ۲۲ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و مصاحبه‌های نیمه عمیق ساختارمند در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های دولتی شهر تهران مشارکت داده شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه داشت. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ تا ۷۰ دقیقه بود. برای تحلیل داده‌ها ابتدا مصاحبه‌های ضبط شده تایپ و

در بعضی از پرسشنامه‌های موجود که از دیدگاه بیمار به سنجش حریم خصوصی پرداخته فقط جنبه‌ای از مراقبت را در نظر گرفته است. سرانکو ابزار اندازه‌گیری درک بیماران از حریم خصوصی را در هنگام مراجعه به پزشک خانواده با استفاده از مرور متون و طراحی مدل و معادلات ساختاری ارائه داد (۱۶). همسو با یافته‌های جهانی، مطالعات کمی متعددی در ایران به بررسی این پدیده پرداخته‌اند و تحقیقات بسیار اندکی با رویکرد کیفی انجام شده‌اند (۱۸، ۱۹) در مطالعات انجام شده در زمینه حریم خصوصی، فقدان ابزار بومی روا و پایا به منظور سنجش حریم خصوصی بیمار بستری در بیمارستان به عنوان یکی از خلأهای موجود در این حوزه گزارش شده است. محققان به اهمیت نفوذ تأثیر فرهنگی اجتماعی بر روی درک حریم خصوصی پی برده‌اند، در حقیقت برای تدارک مراقبت مناسب فرهنگی، بررسی حریم خصوصی از دیدگاه بیماران حائز اهمیت است (۱۸). همچنین در ایران که شرع مقدس اسلام بر آن سایه افکنده این امر از اهمیت بالایی برخوردار است، لذا رسمیت شناختن حریم خصوصی بیماران وظیفه کلیه پرسنل بهداشتی درمانی می‌باشد.

با توجه به اهمیت موضوع حریم خصوصی بیمار به عنوان یکی از ابعاد مهم منشور حقوق بیمار در مراقبت‌های پرستاری و لزوم اندازه‌گیری آن از یک طرف و تأثیرپذیری آن از شرایط اجتماعی، مذهبی، فرهنگی و سازمانی و فقدان ابزاری استاندارد و بومی متناسب با زمینه‌ها و خصوصیات جامعه اسلامی ایرانی محقق برآن شد تا ابزاری را با ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب و مطابق با فرهنگ ایرانی اسلامی طراحی کند تا در مطالعات ارزیابی حریم خصوصی بیمار در مراقبت‌های پرستاری، مورد استفاده مدیران بهداشتی و

سپس بر اساس تحلیل محتوی قراردادی تجزیه و تحلیل گردید. در نهایت نتایج دو مرحله نظری و عرصه ادغام شد، مفهوم حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان باز تعریف، ابعاد و زیرمقیاس‌های آن، تعیین شد. در مرحله دوم مطالعه بر اساس نتایج فاز اول، یک استخر از آیت‌ها به صورت قیاسی (از داده‌های تجربی) و استقرایی (از متون موجود) ساخته شد. سپس با به‌کارگیری پژوهش روش‌شناسی، ویژگی‌های روان‌سنجی حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان شامل روایی صوری، روایی محتوی، روایی سازه و پایایی انجام شد. حجم نمونه برای روایی سازه در این مطالعه از راهنمای Comrey & Lee (۱۹۹۲) استفاده شد. بر اساس این راهنما حجم نمونه ۳۰۰ برای انجام روایی سازه خوب تلقی می‌شود (۲۰). روش نمونه‌گیری در این مرحله، روش نمونه‌گیری در دسترس بود. بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی، بیمارستان‌های شهر تهران به عنوان جامعه پژوهش، انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه مشارکت‌کنندگان، شامل کلیه بیماران بستری سنین ۱۹ تا ۶۵ ساله بود که حداقل ۲۴ ساعت از بستری شدن آن‌ها گذشته بود و در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های دولتی شهر تهران بستری بودند. مشخصات عمومی و معیارهای ورود به مطالعه شرکت‌کنندگان، شامل آگاهی، نسبت به مکان و زمان، توانایی برقراری ارتباط، نداشتن سابقه بیماری روانی، توانایی یادآوری و بیان تجربه و داشتن اطلاعات کافی تا بتوانند تصویر مطمئنی از پدیده تحت مطالعه را ارائه دهند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای بررسی روایی صوری پرسشنامه از دو روش کیفی و کمی، استفاده شد. برای بررسی روایی صوری به

شکل کیفی با ۱۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی در مورد دشواری، درک، تناسب و ارتباط گویه‌ها با ابعاد پرسشنامه و احتمال برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا نارسایی در معانی کلمات، به صورت چهره به چهره گفتگو شد و اصلاحات لازم، صورت گرفت. برای بررسی کمی از ضریب تأثیر گویه‌ها، استفاده شد. نمره تأثیر بزرگ‌تر از ۱/۵ برای تحلیل‌های بعدی، مناسب در نظر گرفته شد (۲۱). برای تعیین روایی محتوا، از دو روش کمی و کیفی، استفاده گردید. در این مطالعه از ۱۰ نفر از متخصصان و افراد خبره، در رشته‌های مختلف پرستاری که تجاربی در زمینه تحقیق اخلاق و ابزارسازی داشتند، خواسته شد، در مورد دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، املاي کلمات، شفاف بودن مفهوم گویه‌ها و سادگی تکمیل کردن پرسشنامه، اظهارنظر نمایند و سپس بر اساس نظرات آن‌ها، گویه‌ها، مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند. برای بررسی روایی محتوا، به شکل کمی از اندازه‌گیری شاخص روایی محتوا CVI و نسبت روایی محتوا CVR استفاده شد. در این مطالعه، برای تعیین CVR، پرسشنامه، برای ۱۴ نفر از متخصصان، در حوزه‌های اخلاق، حقوق بیمار و ابزارسازی، ارسال شد. متخصصان، باید در خصوص هر کدام از گویه‌ها یکی از سه گزینه «ضروری است»، «مفید است اما ضروری نیست» و «ضروری نیست» را انتخاب می‌کردند. شاخص مذکور بر اساس فرمول فوق محاسبه و سپس عدد حاصل با نقطه بحرانی جدول لاوشه تعدیل شده آیری و اسکالی ۲۰۱۴ بر اساس تعداد متخصصان ارزیاب مقایسه شد. بر اساس جدول لاوشه و با توجه به تعداد متخصصان ارزیاب CVR، مساوی یا بیشتر از ۰/۵۷۱ نشان‌دهنده روایی محتوای مناسب، انتخاب شدند. برای بررسی CVI از متخصصان و صاحب‌نظران، بر اساس معیار والتز و باسل در مورد مرتبط‌بودن هر

کدام از گویه‌ها، سؤال و یکی از گزینه‌های ۱ (مربوط نیست.)، ۲ (تا حدی، نیاز به بازبینی دارد.)، ۳ (مربوط است ولی نیاز به بازبینی مختصری دارد.) و ۴ (کاملاً مربوط است) را انتخاب نمایند (۱). برای محاسبه نمره CVI برای هر کدام از گویه‌ها، مجموع تعداد متخصصانی که به مرتبط بودن هر گویه، نمره ۳ یا ۴ داده‌اند، بر تعداد کل افراد، تقسیم می‌شود که همان نسبت توافق در مورد مرتبط بودن هر عبارت است اگر نمره شاخص محتوا بالاتر از ۷۹ درصد باشد، گویه مناسب است؛ و آیت‌های کمتر از ۷۹ حذف شدند. در نهایت I-CVI (مقدار CVI محاسبه شده برای هر کدام از گویه‌ها) و S-CVI، (مقدار CVI برای کل گویه‌ها) محاسبه شد در نهایت با نمونه ۳۰ نفری از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی، همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و همچنین روش لوپ یا روش Inter Item total Correlation جهت تصمیم‌گیری در خصوص آیت‌ها قبل از ورود به تحلیل عاملی انجام گردید. برای انجام روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و گروه‌های شناخته شده استفاده شد. جهت استخراج تعداد عوامل پنهان به کمک تحلیل عامل اکتشافی انجام شد. کفایت نمونه‌گیری و آزمون بارتلت محاسبه شد. سپس استخراج عوامل مخفی، به کمک روش درست نمایی حداکثر و با استفاده از چرخش واریماکس همچنین ارزش ویژه (مقدار مشخصه) و نمودار سنگریزه انجام شد. پس از استخراج عوامل، هر یک از آن‌ها بر اساس متغیرهای هر عامل، نام‌گذاری. در این مطالعه برای انجام روایی گروه‌های شناخته شده، میانگین نمره حریم خصوصی بیماران بستری بر اساس جنسیت بررسی شد. متون مختلف اشاره می‌کنند تجربه و احساس رعایت حریم خصوصی در بین بیماران مرد و زن متفاوت است بنابراین انتظار می‌رفت پرسشنامه طراحی شده در این مطالعه بتواند

میانگین نمرات حریم خصوصی بیماران بستری زن و مرد را از نظر آماری معنی‌دار نشان دهد. مقایسه گروه‌های شناخته شده با استفاده از آزمون تی مستقل انجام شد. برای تعیین پایایی ابزار از دو شیوه همسانی درونی و پایایی ثبات استفاده شد. به منظور اندازه‌گیری همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد (۲۲). پایایی ثبات ابزار با استفاده از روش باز آمایی و محاسبه شاخص همبستگی درون خوشه‌ای با فاصله زمانی دو هفته بر روی ۳۰ مشارکت‌کننده، انجام شد. در بخش کمی مطالعه، پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل با آزمون‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی، به کمک نرم‌افزار SPSS انجام شد. برای روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین همسانی درونی گویه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ و برای ثبات از آزمون آماری همبستگی درون خوشه‌ای استفاده شد. همچنین آزمون آماری تی مستقل، بین میانگین نمرات حریم خصوصی بیماران بستری و جنسیت مشارکت‌کنندگان به کار رفت. این مطالعه توسط کمیته اخلاقی شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با کد اخلاق Ir.uswr.rec1394.382 تأیید شد. شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه آگاه شدند. ناشناس بودن و محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها و توانایی آن‌ها در شرکت کنند یا خروج از مطالعه رعایت گردید.

یافته‌ها

در مرحله اول بر اساس مدل هیبرید، حریم خصوصی بیماران بستری تعریف شد. حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان، مفهومی پویا و چندبعدی شامل حریم فیزیکی، اطلاعاتی، روانی-اجتماعی و معنوی-مذهبی، است. این مفهوم، باوجود زمینه‌های اخلاقی و قانونی، طراحی همه‌جانبه، رضایت آگاهانه و تدارک زبان مشترک بیمار و مراقبان، قابل‌دستیابی است و

پیشینه‌های فردی و ماهیت بیماری، حاکمیت رفتار قیّم مابانه و احساس آسیب‌پذیری، کشمکش حریم و مراقبت، در دسترسی به آن مؤثرند. پیامد رعایت حریم خصوصی بیماران، منجر به صیانت و ارتقای کرامت انسانی بیمار و خانواده، توسعه سلامتی، رضایت‌مندی و عدم دستیابی به آن، منجر به تطابق با عدم رعایت حریم در بیمار می‌گردد.

در مرحله دوم یافته‌های مرحله اول برای تولید استخر سؤالات مورد استفاده قرار گرفت. استخر اولیه سؤالات شامل ۹۱ سؤال بود. بعد از تحلیل آیتم‌ها توسط تیم تحقیق موارد تکراری حذف و موارد همپوشان در هم ادغام شدند. نهایتاً ابزار با ۷۴ گویه در ۴ بعد حریم خصوصی فیزیکی (۲۰ گویه)، حریم - خصوصی اطلاعاتی (۱۴ گویه) حریم خصوصی - روانی-اجتماعی (۲۳ گویه) حریم خصوصی معنوی - مذهبی (۱۷ گویه) وارد مرحله اعتباریابی ابزار گردید. در مرحله سوم برای تعیین روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در این مرحله مصاحبه چهره به چهره با ۱۰ نفر از بیماران انجام گرفت. بر اساس انجام روایی صوری به روش کمی ۱۰ گویه که امتیاز تأثیر آیتم لازم را کسب نکردند حذف شدند. لذا این پرسشنامه با ۶۳ گویه وارد مرحله روایی محتوی شد.

برای تعیین روایی محتوی در این مرحله از متخصصان درخواست شد پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب ضرورت و اهمیت و قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب خود و مقیاس‌گذاری مناسب، پیشنهادهای خود را اعلام کردند. ابزار با ۴۶ گویه پس از تغییرات لازم در مرحله روایی محتوای کیفی برای انجام روایی محتوی کمی آماده شد. روایی محتوی ابزار در این مرحله با استفاده از اندازه‌گیری شاخص‌های نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی

(CVI) انجام شد. در این مرحله بر اساس ارزیابی ۱۴ متخصص عباراتی که میزان عددی CVR بر اساس عدد بحرانی در جدول تعدیل شده لاوشه (۲۰۱۴) مساوی یا بالاتر از ۰/۵۷۱ بود معنادار و حفظ گردید. ۱۰ گویه با توجه به کسب نکردن نمره قابل قبول در نسبت روایی محتوی حذف شدند. ۳۶ گویه باقی‌مانده جهت تعیین شاخص روایی محتوی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص روایی محتوا با استفاده از نظرات ۱۰ متخصص در رشته پرستاری با زمینه تجربه اخلاق پزشکی و پرستاری تجربه داشتند انجام شد. محدوده نمره شاخص روایی محتوی بین ۰/۵ تا ۱ بود در این مرحله ۹ سؤال حذف شد و ۲۷ سؤال باقی ماند همچنین برای شاخص روایی محتوای کل ابزار از روش محاسبه میانگین شاخص روایی محتوی مقیاس استفاده شد، شاخص‌های روایی محتوای تمام عبارات ابزار با هم جمع شد و سپس بر تعداد کل گویه‌ها تقسیم شدند. میزان میانگین شاخص روایی محتوا (S-CVI/Ave) ۰/۸۱ به دست آمد. در نهایت تحلیل گویه با یک نمونه ۳۰ نفری از بیماران انجام گردید، (۲۳)؛ و بر اساس نتایج ۴ گویه به علت همبستگی پایین با سایر گویه و کل پرسشنامه حذف شدند. در نهایت ابزار با ۲۳ آیتم وارد مرحله روایی سازه گردید.

جهت بررسی روایی سازه ۳۰۰ بیمار بستری بر اساس معیارهای ورود و خروج در بخش‌های داخلی و جراحی در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران به سؤالات پرسشنامه ۲۳ آیتمی حریم خصوصی بیماران بستری پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری داده‌های تکمیل شده، استخراج عوامل پنهان به کمک تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. شاخص کفایت نمونه‌گیری و آزمون کرویّت بارتلت انجام شد. میزان KMO ۰/۸۴۰ به دست آمد. نتایج آزمون کرویّت بارتلت، نشان داد که ماتریس همبستگی به دست آمده، تفاوت معناداری با

واریانس کل را تبیین نمودند. عامل اول با ۴ گویه حریم شخصی نام‌گذاری گردید. عامل دوم حریم روانی- اجتماعی نام‌گذاری شد که شامل ۱۰ گویه است. عامل سوم شامل ۵ گویه تحت عنوان حریم معنوی- مذهبی نام‌گذاری شد (جدول ۲). همچنین روایی افتراقی با تکنیک گروه‌های شناخته شده انجام شد. نمره حریم خصوصی بیماران بستری بر اساس جنسیت، با استفاده از آزمون تی بررسی شد. بنا بر آزمون آماری تی مستقل، بین میانگین نمرات حریم خصوصی بیماران بستری و جنس، اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0/05$).

صفر دارد ($P < 0/001$). سپس استخراج عوامل مخفی، از طریق نرم‌افزار SPSS با دسته‌بندی کردن روش درست نمایی حداکثر و با استفاده از چرخش واریمکس و نمودار سنگریزه و ارزش ویژه انجام شد. حضور یک گویه در عامل ۰/۴ تعیین شد. در این مطالعه نتیجه این دو آزمون نشان‌دهنده قابل توجه بودن اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس در نمونه مورد مطالعه بود. نتایج، حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی ۳ عامل حریم خصوصی شخصی، حریم خصوصی روانی- اجتماعی و حریم خصوصی معنوی- مذهبی را با ۱۹ گویه مشخص نمود که در مجموع ۴۵/۵ درصد

جدول ۲: عامل‌ها و بار عاملی سؤالات

حیطه ها	سؤالات	بار عاملی
حریم شخصی	۱ هنگام معاینه یا مراقبت، (نظیر تزریق، پانسمان و...) در اتاقم بسته یا پرده کشیده می‌شود.	۰/۴۰۸
	۲ هنگام معاینه یا مراقبت فقط قسمت‌های لازم بدنم، به وسیله مراقبت کننده، مشاهده و لمس می‌شود.	۰/۵۸۸
	۳ تیم درمان، هنگام ورود به اتاقم و یا در صورت آویزان بودن پرده‌ها اجازه می‌گیرند.	۰/۵۹۱
	۴ تیم درمان، در زمان‌های خاص، (نظیر تعویض لباس، استفاده از لگن، خوردن و آشامیدن، دیدار با نزدیکان و...) از آمد و رفت، خودداری می‌کنند.	۰/۷۵۱
	۵ تیم درمان قبل از انجام معاینه و مراقبت، خود را معرفی می‌کنند.	۰/۵۶۱
	۶ هنگام استفاده از سرویس‌های بهداشتی و حمام، احساس امنیت و حفظ حریم می‌کنم.	۰/۴۵۲
	۷ تیم درمان، اطمینان می‌دهند که اطلاعات مربوط به بیماریم، محرمانه می‌ماند.	۰/۴۷۳
	۸ هنگام ویزیت گروهی، به پزشکان و دانشجویان معرفی می‌شوم.	۰/۶۸۰
	۹ تیم درمان از پرسیدن سؤالاتی که ربطی به درمان و بیماریم ندارد، خودداری می‌کنند.	۰/۶۴۲
	۱۰ تیم درمان در هنگام مراقبت از من با همدلی و مهربانی، برخورد می‌کنند.	۰/۵۰۱
حریم روانی اجتماعی	۱۱ برخورد و راهنمایی پرسنل با من و همراهانم، در قسمت‌های مختلف بیمارستان، مناسب است.	۰/۴۳۸
	۱۲ هنگام مراقبت و معاینه، به من حق انتخاب (مانند راحتی در محل آنژکت و...) داده می‌شود.	۰/۴۸
	۱۳ قبل از انجام هر مراقبت یا معاینه، برای من توضیح داده می‌شود.	۰/۶۲۴
	۱۴ تیم درمان به صحبت‌هایم در مورد بیماری و درمان به دقت گوش می‌دهند	۰/۶۳۶
	۱۵ مسائل شرعی و اخلاقی، با توجه به ارزش‌هایم، (مانند نجس، پاک بودن و...) هنگام ارائه مراقبت رعایت می‌شود.	۰/۵۳۶
	۱۶ امکانات لازم برای انجام عبادت و نیایش، (نظیر طهارت، وضو، در تخت و...) برای من فراهم می‌شود.	۰/۶۷۶
	۱۷ در صورت درخواست خودم در انجام واجبات دینی کمک می‌شود.	۰/۷۲۶
	۱۸ از همراهان همجنس (همراه خانم برای بیمار خانم- همراه آقا برای بیمار آقا) در اتاق	۰/۶۷۱

بیماران، استفاده می‌شود.

۱۹ از کارکنان هم جنس (پرسنل خانم برای بیمار خانم - پرسنل آقا برای بیمار آقا) برای ۰/۶۶۴
ارائه مراقبت، استفاده می‌شود.

پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۱۹ آیتی
حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان ۰/۸۵۱ به
دست آمد و همسانی درونی پرسشنامه را تأیید نمود.

همچنین مقیاس ضریب همبستگی درون طبقه‌ای، بین دو
اندازه‌گیری با فاصله زمانی دو هفته ۰/۹۵ به دست آمد
($P = ۰/۰۰۱$). (جدول ۳).

جدول ۳: همسانی درونی زیر مقیاس‌های پرسشنامه حریم خصوصی بیمار بستری در بیمارستان

زیر مقیاس	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفا کرونباخ	ضریب همبستگی درون طبقه‌ای	فاصله اطمینان ٪۹۵	احتمال معنی‌داری
حریم شخصی	۴	۰/۶۱۲	۰/۹۷	۰/۹۶۲-۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
حریم روانی اجتماعی	۱۰	۰/۸۱۴	۰/۹۴	۰/۹۳۰-۰/۹۵۴	۰/۰۰۱
حریم معنوی مذهبی	۵	۰/۷۴۵	۰/۸۹	۰/۸۷۸-۰/۹۵۰	۰/۰۰۱
کل پرسشنامه	۱۹	۰/۸۵۶	۰/۹۵	۰/۹۲۱-۰/۹۸۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، طراحی و روان‌سنجی ابزاری
برای سنجش حریم خصوصی بیماران بستری در
بیمارستان بود. نتایج پژوهش حاضر در بخش طراحی و
اعتباریابی ابزار نشان داد که نتیجه نهایی ابزار سنجش
حریم خصوصی در بیماران بستری یک پرسشنامه معتبر
و پایاست که دارای ۴ بعد (حریم خصوصی شخصی،
حریم خصوصی روانی- اجتماعی، حریم خصوصی
معنوی-مذهبی و حریم خصوصی کلی) و ۱۹ گویه
می‌باشد. نمرات این ابعاد قابل تجمع با یکدیگر هستند.
در نتیجه ابزار دارای نمره کل می‌باشد؛ و هر فرد بر
اساس این ابزار دارای ۴ نمره می‌باشد. مقدار بار عاملی
هر گویه نشان داد که هر یک از گویه‌ها، ارتباط نسبتاً
خوبی یا یکی از ابعاد دارد. مبنای اصلی طراحی گویه-
ها، نقل قول و کدهای حاصل از بخش کیفی مطالعه بود
که با مرور متون و ابزارهای مشابه موجود، مخزن
گویه‌ها جامع‌تر شد. در بررسی انجام شده محققین در
جستجوی خود ابزاری که برای سنجش حریم
خصوصی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان

به‌صورت استاندارد طراحی شده باشد نیافتند. بعد اول
حریم شخصی نام گرفت. این بعد ۴ سؤال دارد؛ که به
مسائل شخصی بیماران اشاره دارد. عوامل به‌دست‌آمده
در این ابزار با بعضی از یافته‌های دیگر مطالعات
هم‌راستاست. پرسشنامه‌ای با عنوان رعایت حریم
بیماران هنگام مراجعه به پزشک خانواده که توسط
سرانکو پرسشنامه طراحی شده حریم خصوصی بیماران
شامل ۴ حیطه کلی حریم خصوصی اطلاعاتی، حریم
خصوصی فیزیکی، حریم خصوصی روانی و حریم
خصوصی کلی بود (۱۶). بعد دوم ابزار، حریم روانی
اجتماعی نام گرفت و تمرکز گویه‌های این بعد بر
مسائل روانی و اجتماعی بیمار در هنگام بستری شدن
است. این بعد دارای ۱۰ گویه است و با بیشترین انسجام
درونی ۰/۸۱۴ نسبت به ابعاد دیگر می‌باشد. بعد سوم
پرسشنامه حریم معنوی مذهبی نام گرفت که دارای ۵
آیتم است که مطرح‌کننده موارد معنوی مذهبی بیمار
در هنگام بستری شدن است. بعدی از پرسشنامه که به
نظر می‌رسد، در بستر فرهنگی اجتماعی مذهبی کشور
ایران برجسته است. در سایر پرسشنامه‌های موجود

احترام به ارزش‌ها و عقاید بیماران در بعد روانی مطرح شده است و بعد جداگانه‌ای با عنوان حریم معنوی و مذهبی مشخص نشده است. در مطالعه Öztürk (۲۰۱۴) که با هدف طراحی پرسشنامه حریم خصوصی بیمار از دیدگاه پرستاران انجام شده است. پرسشنامه نهایی حریم خصوصی بیمار دارای حیطه کلی است که شامل محرمانه بودن اطلاعات شخصی و زندگی خصوصی، حفظ حریم خصوصی جنسی، حفظ حریم خصوصی کسانی که قادر به محافظت از خود نیستند، حریم خصوصی فیزیکی و حصول اطمینان از یک محیط مساعد می‌شد (۲۴).

از میان ۳ عامل پرسشنامه نمره حیطه حریم روانی اجتماعی بالاترین همبستگی و حیطه شخصی پایین‌ترین همبستگی را با نمره کلی حریم خصوصی دارد. می‌توان نتیجه گرفت که عامل روانی اجتماعی نسبت به سایر عوامل از اهمیت بیشتری در تبیین مفهوم حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان برخوردار است. در تحلیل عاملی نیز این عامل بخش بیشتری از مفهوم را تبیین کرد که قابل پیش بینی بود. در مطالعه سرانکو بر اساس نتایج مشخص شد که حریم خصوصی در بعد اطلاعاتی جز کلیدی حریم خصوصی کل بود که توسط بیماران مورد قضاوت و تأکید قرار گرفت ($\beta=0/53$). حریم خصوصی جسمی اثر متوسطی بر ساختار کلی حریم خصوصی داشت ($\beta=0/39$). ویر خلاف مطالعه حاضر حریم خصوصی روانی هیچ تأثیری بر روی ساختار کلی حریم خصوصی نداشت ($\beta=0/04$). پرسشنامه سرانکو فقط به سنجش حریم خصوصی بین بیمار و پزشک خانواده پرداخته بود و نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه را فقط قشر دانشگاهی تشکیل می‌دادند (۱۶).

لازم به ذکر است در طراحی ابزار حریم خصوصی در این مطالعه، ترکیبی از روش استقرایی و قیاسی استفاده

شده است. در سایر ابزارهای سنجش حریم خصوصی تولید گویه‌ها فقط از طریق رویکرد استقرایی یا قیاسی بوده است. با توجه به اینکه حریم خصوصی مفهومی است که تحت تأثیر فرهنگ مذهب و ارزش‌های فرهنگی حاکم بر هر جامعه‌ای است روش تحلیل مفهومی روشی مناسب جهت تبیین مفهوم حریم خصوصی و طراحی پرسشنامه‌ای روا و پایا برای سنجش آن نانالی معتقد استنتاج حاصل از آنالیز مفهوم پژوهشگر را قادر می‌کند که بهترین ابزار را برای اندازه‌گیری یک مفهوم خاص طراحی کند (۲۵).

انجام تحلیل مفهوم حریم خصوصی سبب غنی‌تر شدن ابزار سنجش حریم خصوصی بیماران بستری شد. وجود عامل ارزش‌های فرهنگی حاکم بر حریم خصوصی در این پرسشنامه حاصل انجام تحلیل مفهوم حریم خصوصی بیماران ایرانی است. این عامل در پرسشنامه‌های مشابه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. روایی افتراقی با تکنیک گروه‌های شناخته شده انجام شد. این روش بر این فرض استوار است که یک آزمون معتبر، بتواند بین گروه‌هایی که از نظر تئوری، متفاوت هستند، تفاوت، قائل شود در این مطالعه، میانگین نمره حریم خصوصی بیماران بستری بر اساس جنسیت، با استفاده از آزمون تی بررسی شد. بنا بر آزمون آماری تی مستقل، بین میانگین نمرات حریم خصوصی بیماران بستری و جنس، اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت. در بعضی از مطالعات انجام شده به تفاوت دیدگاه بیماران زن و مرد در رابطه با رعایت حریم خصوصی تأکید شده است از جمله نتایج حاصل یزدان‌پرست و همکاران که بررسی رعایت ابعاد مختلف حریم بیماران پرداخته بودند، نشان داد که میانگین نمرات زنان در مورد رعایت قلمرو انسانی و حریم خصوصی کلی در مقایسه با مردان کمتر است و

بین دو جنس اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت (۲۶).

از آنجایی که ابزار سنجش حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان بر پایه مصاحبه‌های عمیق با بیماران بستری ایرانی پایه‌ریزی شده است نظر می‌رسد برای سنجش حریم خصوصی بیماران بستری ارجح است. متخصصین اذعان می‌دارند که طراحی و اعتباریابی یک ابزار جدید روند دشواری است و به زمانی طولانی برای پرورش نیازمند است. محققین امید دارند طی پژوهش‌های بعدی با استفاده مکرر از ابزار حاضر اشکالات احتمالی آن را در طول تحقیقات آتی ظاهر خواهد کرد. ابزار فوق یک ابزار خود گزارش‌دهی است و این به این معنی است که همه ضعف‌ها و محدودیت‌ها پرسشنامه خود گزارش‌دهی را دارد. بر اساس این مطالعه، مشخص شد ابزار حریم خصوصی بیماران (PPI) یک ابزار ساده، معتبر و مطمئن برای اندازه‌گیری حریم خصوصی بیماران بستری ۱۸ تا ۶۵ ساله بدون مشکلات شناختی در بخش‌های داخلی و جراحی است. یافته‌های مطالعه نشان داد که حریم خصوصی از دید بیماران بستری دارای ابعاد گوناگونی است و در مراقبت بایستی به همه ابعاد آن توجه داشت. با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت، بایستی زمینه‌های حفظ رعایت حریم خصوصی در نظام مراقبت‌های بهداشتی فراهم شود. حریم

خصوصی بیماران بستری در کمتر مطالعه‌ای به صورت کیفی و به شکلی عمیق انجام شده است. داده‌های این مطالعه تصویر روشن‌تر و جامع‌تری از این مفهوم را فراهم می‌کند و می‌تواند مبنایی برای تحقیقات بیشتر در این زمینه باشد. بر اساس نتایج این مطالعه و با استفاده از نظر متخصصین پرستاری در جهت رفع موانع رعایت حریم خصوصی بیماران بستری می‌توان گام‌های بیشتری برداشت. به نظر می‌رسد برای روشن‌شدن جزئیات این مفهوم در زمینه اجتماعی و فرهنگی حاکم بر محیط‌های بالینی در کشور ایران و سایر کشورها نیاز به بررسی‌های بیشتری می‌باشد زیرا رعایت حریم خصوصی بیماران بستری در بیمارستان یکی از اجزای مهم حقوق بیماران در جهان و ایران و از الزامات سیستم بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود.

تشکر و قدردانی

از بیماران شرکت‌کننده که تیم تحقیق را در انجام این طرح یاری نمودند و همچنین معاونت پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران جهت حمایت مالی طرح حاضر تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول با راهنمای استاد محترم نویسنده مسئول که با شماره قرارداد ۳۷۱۴/ت/۹۶/۸۰۱ به وسیله دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی حمایت گردیده است و هیچ تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Matiti MR, Trorey G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*. 2004;41(7):735-44.
2. Dictionary COE. Oxford University Press. URL: <http://oxforddictionaries.com>. 2012.
3. Akyüz E, Erdemir F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing ethics*. 2013;20(6):660-71.
4. Malin BA, El Emam K, O'Keefe CM. Biomedical data privacy: problems, perspectives, and recent advances. *Journal of the American medical informatics association*. 2013;20(1):2-6.

5. Rasti R, Jahanpour F. Viewpoints of Nurses and Patients on Paying Respect to the Privacy of Patients in Care Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;24(111):34-42.
6. Tehrani TH, Maddah SSB, Fallahi-Khoshknab M, Shahboulaghi FM, Ebadi A. Perception of Hospitalized Patients Regarding Respect for Privacy. 2018.
7. parsa M. Privacy and confidentiality in medical and various aspects of it. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009;2(4):13-1.
8. Kim K, Han Y, Kim J-s. Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. Nursing ethics. 2016;0969733015622059.
9. Zirak M, Ghafourifard M, Aghajanloo A, Haririan H. Respect for patient privacy in the teaching hospitals of Zanzan. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015;8(1):79-89.
10. Nayeri ND, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. Nursing ethics. 2010;17(2):167-77.
11. Jalali R. Review of articles related to responsiveness as a characteristic of quality of life instruments. Journal of Knowledge & Health. 2015;10(1).
12. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, et al. Privacy: a review of the literature. International journal of nursing studies. 2001;38(6):663-71.
13. Mehrdad N, Parsayekta Z, Joulaei S. A study of patients privacy overview. Hayat 2004;10(23):87-95.
14. Ozturk H, Bahcecik N, Ozcelik KS. The development of the patient privacy scale in nursing. Nurs Ethics. 2014;21(7):812-28.
15. Hasan Tehrani T, Seyed Bagher Maddah S, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A, Mohammadi Shahboulaghi F, Gillespie M. Respecting the privacy of hospitalized patients: An integrative review. Nursing ethics. 2018;0969733018759832.
16. Serenko N, Fan L. Patients' perceptions of privacy and their outcomes in healthcare. International Journal of Behavioural and Healthcare Research. 2013;4(2):101-22.
17. Marshall NJ. Dimensions of privacy preferences. Multivariate Behavioral Research. 1974;9(3):255-71.
18. Heidari M, Anooshe M. The Process of Patient's Privacy: A Grounded Theory. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical sciences. 2011;9(5):644-54.
19. Jolae S, Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z. The view of patients and patients' companions regarding patients' rights: a phenomenological research. Journal of hayat. 2005;10(4):5-20.
20. Comrey A, Lee H. Interpretation and application of factor analytic results. Comrey AL, Lee HB A first course in factor analysis. 1992;2:1992.
21. Juniper EF, Guyatt GH, Streiner DL, King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. Journal of clinical epidemiology. 1997;50(3):233-8.
22. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
23. Reuschenbach B. Measurement and the measurement of change-A primer for the health professions. Verlag hans huber langgass-strasse 76, CH-3000 BERN 9, Switzerland; 2016.
24. Özturk H, Bahçecik N, Özçelik KS. The development of the patient privacy scale in nursing. Nursing ethics. 2014;21(7):812-28.
25. Nunnally J. Psychometric methods. New York: McGraw-Hill; 1978.
26. Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani SH, Abbaspoor M. The observance of different aspects of patient privacy: Analysis of elderly views. Medical Ethics Journal. 2016;10(36):73-80.