
Treball Fi de Grau

Dignidad y respeto en el cuidado de enfermería

Carla Martí Rico



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería

Carla Martí Rico

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dignidad y respeto en el cuidado de enfermería

Grado en Enfermería

Autor: Carla MARTÍ RICO
Tutor: M^a Luisa MARTÍN FERRERES
Fecha de presentación: 22/05/2018

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de
impresión, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la
Universitat Internacional de Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y a mi padre, por su gran ayuda e implicación.

A mis abuelos, los que siguen aquí, por saber cómo alentarme en los momentos de flaqueza.

A mis otros abuelos, los que ya no están, porque siempre permanecerán presentes en mi corazón y en todas las metas que me proponga.

A mis hermanos y a Rubén por su ánimo y por su apoyo incondicional.

A Marisa, mi tutora y gran profesional de enfermería, por su paciencia, por sus conocimientos y por ayudarme a encaminar de la mejor manera posible mi proyecto.

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
ÍNDICE DE TABLAS.....	III
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IV
ABREVIATURAS.....	V
1.INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	3
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	4
4. OBJETIVOS.....	4
5. METODOLOGÍA	5
Consideraciones éticas.....	11
6. RESULTADOS BIBLIOMÉTRICOS.....	12
7. RESULTADOS.....	14
8. CONCLUSIONES.....	27
9. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	28
10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	28
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	29
12. REFLEXIÓN PERSONAL	29
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
14. ANEXOS	36

RESUMEN

Introducción: Los conceptos “dignidad” y “respeto” han estado muy presentes a lo largo de la historia de la enfermería. Esto se ve reflejado en los códigos deontológicos y éticos de la profesión, en los que se destaca la importancia del valor del respeto por la vida humana. Cuando las personas enferman, entran en un estado de fragilidad, vulnerabilidad y dependencia que puede afectar de forma negativa al paciente, es por eso que el profesional de enfermería debe tratar de preservar su dignidad mediante el respeto y el cuidado adecuado.

Objetivo: Determinar qué acciones de enfermería preservan la dignidad y el respeto en el cuidado del paciente.

Metodología: Se ha realizado una revisión de la literatura a partir de los artículos científicos obtenidos en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Cochrane, SciELO, Scopus y ScienceDirect. Para seleccionar estos artículos se diseñó una estrategia de búsqueda con palabras clave que fue replicada en cada una de las bases de datos.

Resultados: La dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería se ven reflejados a través de: los valores éticos, la interacción entre el profesional de enfermería y el paciente, la privacidad y la confidencialidad, la información y la autonomía, el entorno, la comunicación y la vulneración de la dignidad.

Conclusiones: Para proporcionar un cuidado digno y respetuoso es importante que se tengan presentes los principales valores éticos y las necesidades del paciente de forma individualizada. El profesional de enfermería debe tener en cuenta factores como la comunicación, la confidencialidad y la privacidad del cuerpo, además de proporcionar información sobre los procedimientos para fomentar su autonomía y su seguridad.

Palabras Clave: Nursing Care, Dignity, Respect, Clinical Practice, Patient Perception, Professional Values.

ABSTRACT

Introduction: The concepts of “dignity” and “respect” have always been present in the history of nursing. This is reflected in the code of ethics of this profession, in which stand out the significance of the value of respect for human life. When people get sick, they become fragile, vulnerable and dependent, which can affect negatively the patient. It is for that reason that the nursery professional must try to preserve dignity through respect and proper care.

Aim: To establish which actions preserve dignity and respect as for the patient care.

Methods: A literature review has been carried out through scientific articles obtained from the databases: Pubmed, CINAHL, Cochrane, SciELO, Scopus and ScienceDirect. In order to select these articles, a search strategy was designed by key words that were replicated in each of the databases.

Results: Dignity and respect are reflected through different issues: ethic values, interaction between nursing professional and the patient, privacy and confidentiality, information and autonomy, surroundings, communication and violation of dignity.

Conclusions: In order to provide a decent and respectful care it is very important to bear in mind the main ethic values and the needs of the patient in an individual way. The nursing professional must take into account factors like communication, confidentiality, and body privacy, as well as providing information about the procedures that encourage autonomy and safety of itself.

Keywords: Nursing Care, Dignity, Respect, Clinical Practice, Patient Perception, Professional Values.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategia de búsqueda.....	5
Tabla 2: Resultados de la estrategia de búsqueda en la base de datos de Pubmed.....	6
Tabla 3: Resultados de la estrategia de búsqueda final en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Cochrane, Scielo, Scopus y ScienceDirect.....	6
Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión.....	7
Tabla 5: Resultado de los temas obtenidos a partir de los artículos seleccionados.....	10
Tabla 6: Resultado de los temas obtenidos tras su agrupación y reestructuración.....	11

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Algoritmo de la estrategia de selección de artículos.....8

Figura 2: Clasificación de resultados según país de publicación.....12

Figura 3: Clasificación de resultados por tipo de diseño de estudio.....13

Figura 4: Clasificación de resultados por año de publicación.....13

ABREVIATURAS

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme Español*

CIE: *Consejo Internacional de Enfermería*

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CONSORT: *Consolidated Standards of Reporting Trials*

DDHH: *Derechos Humanos*

DUDH: *Declaración Universal de los Derechos Humanos*

MeSH: *Medical Subject Headings*

RAE: *Real Academia Española*

RCT: *Randomized Controlled Trial*

SciELO: *Scientific Electronic Library Online*

UCI: *Unidad de Cuidados Intensivos*

1. INTRODUCCIÓN

El término dignidad proviene del latín “dignitas” y significa decoro, cualidad superior o excelencia. Para que una persona sea respetada moralmente y para que la dignidad pueda ser reconocida es fundamental que exista un respeto hacia las leyes morales (Sánchez, 2017).

Este concepto de “dignidad” se emplea con frecuencia en el ámbito de la sanidad. Algunos autores que profundizan en el cuidado digno, consideran que es un concepto complejo de definir e interpretar debido a los distintos significados que puede tener, ya que dependiendo de las diferencias culturales o de la percepción de cada persona puede variar (Baillie, 2009; Periyakoil, Stevens y Kraemer, 2013; Thompson, McArthur y Doupe, 2016). Sin embargo, para otros autores la dignidad se define como la calidad o el estado de ser digno, honrado o estimado (Chochinov et al., 2004) o como el componente integral de la calidad de vida (Manthorpe et al., 2010).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que por el mero hecho de estar dotados de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente con los demás.

Por otro lado, según la Real Academia Española (RAE), la palabra respeto proviene del latín “respectus” y significa “atención”, “consideración”, “miramiento” o “deferencia”. Este término se define como “la veneración y el acatamiento que se le hace a alguien”. El respeto humano se emplea para enlazar la dignidad con la reverencia y la consideración y se considera que para demostrar respeto se deben llevar a cabo buenas acciones (Milton, 2005).

La dignidad y el respeto son dos conceptos que están muy relacionados entre sí y que se encuentran presentes en las personas de forma innata. Si se trata al individuo con respeto, se estará contribuyendo a preservar y a respetar su dignidad (Borhani, Abbaszadeh y Moosavi, 2014; Lin, Watson y Tsai, 2012; Rasmussen y Delmar, 2014).

Cuando las personas enferman, entran en un estado de fragilidad, vulnerabilidad y dependencia que puede desencadenar en una percepción de disminución de la dignidad por parte del propio paciente. Es por esto que el profesional de enfermería debe proporcionar un cuidado adecuado a

sus necesidades y que permita preservar e incrementar su dignidad (Borhani, Abbaszadeh y Moosavi, 2014; Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo, 2015; Öhlén, 2004).

En la profesión enfermera están muy presentes los valores éticos y morales, concretamente el concepto de dignidad humana es uno de los más importantes. El hecho de mantener la dignidad del paciente se establece cuando el profesional de enfermería emplea su humanidad para empatizar con él y comprenderle de forma global e individualizada (Chambers et al., 2014; Manookian, Cheraghi y Nasrabadi, 2013; Shahriari et al., 2013; Walsh y Kowanko, 2002).

Los Derechos Humanos (DDHH) en enfermería están muy presentes en los códigos deontológicos y éticos. En todos ellos destaca el valor del respeto por la vida humana, aunque este ya se recogía anteriormente en los primeros escritos realizados por Florence Nightingale sobre el buen cuidado (López, Jiménez y Llesa, 2008; Lin, Tsai y Chen, 2011; Manookian, Cheraghi y Nasrabadi, 2013). El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) publicó el primer Código Deontológico en el que se formulan un conjunto de normas y valores éticos como los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y al trato respetuoso (López, Jiménez y Llesa, 2008).

Existen algunos autores que a lo largo de la historia han marcado un antes y un después en el cuidado de enfermería. Por un lado, Jean Watson y su teoría del cuidado transpersonal se centran en fundamentar el cuidado y en convertir al cuidador en instrumento terapéutico gracias a su relación con el paciente (Urra, Jana y García, 2011). Por otro lado se encuentra la teoría del cuidado caritativo de Kathie Erikson, que se basa en el cuidado de enfermería como base ontológica que abarca al ser humano, al paciente, la salud, el sufrimiento, el cuidado y los valores (Guzzetta, 1998). Según Eriksson (1992), el cuidado caritativo es una manifestación del amor que “simplemente existe” y el verdadero cuidado ocurre cuando el cuidador, con espíritu caritativo, alivia el sufrimiento del paciente.

2. JUSTIFICACIÓN

Desde siempre he tenido muy presente la importancia que tiene el trato digno del personal de enfermería hacia el paciente, pero desde que inicié la carrera y pude poner en práctica el cuidado, esta inquietud ha ido aumentando notablemente.

Durante las prácticas he experimentado situaciones de diversa índole, que han hecho que me plantee cuestiones sobre cuál es el cuidado más adecuado para el paciente. Por un lado, he podido comprobar que la mayoría de veces el personal de enfermería proporciona un trato correcto y digno, pero en algunas ocasiones se han presentado algunos dilemas éticos que pienso que deberían haber sido abordados de otra forma más adecuada y teniendo más en cuenta la situación de vulnerabilidad del paciente.

Para preservar la dignidad en el cuidado creo que el personal de enfermería debe tener en cuenta, no solo los aspectos técnicos, sino también los aspectos más humanos. Estos profesionales deben actuar en base a unos valores éticos, tratando de hacer que el paciente no solo se sienta bien atendido, sino que también se sienta comprendido, escuchado y acompañado durante su proceso.

Por los motivos anteriormente mencionados he elegido este trabajo de final de grado, ya que considero muy necesario profundizar en el cuidado de enfermería desde un punto de vista más humanístico y teniendo en cuenta los valores éticos de la profesión.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué significado tienen la dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería? ¿Qué actuaciones de enfermería preservan la dignidad y el respeto del paciente? ¿Cuál es la percepción del paciente sobre el cuidado digno y respetuoso?

4. OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son:

Objetivo principal:

1. Determinar qué acciones de enfermería preservan la dignidad y el respeto en el cuidado del paciente.

Objetivos específicos:

1. Conocer el significado de dignidad y respeto.
2. Explorar la percepción de los pacientes acerca de la dignidad y el respeto en el cuidado recibido.
3. Identificar las limitaciones que existen para la preservación de la dignidad y el respeto en la práctica enfermera.
4. Identificar la importancia de la dignidad y el respeto en el cuidado enfermero.

5. METODOLOGÍA

Estrategia de búsqueda

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, en primer lugar se identificaron las palabras clave que se utilizarían posteriormente para establecer la estrategia de búsqueda. Estas palabras clave y términos MeSH empleados fueron los siguientes: “Nursing Care”, “Dignity”, “Respect”, “Patient Perception” y “Clinical Practice”. Todos ellos surgen a partir de las preguntas de investigación y de los objetivos planteados, con el fin de poder dar respuesta a cada uno de ellos, y con esta finalidad se combinaron entre sí con los operadores booleanos AND y OR, para poder obtener la estrategia más adecuada (Tabla 1).

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

	Palabras clave
1	Nursing Care
2	Dignity
3	Respect
4	(1 AND 2 AND 3)
5	Clinical practice
6	Patient perception
7	(5 OR 6)
8	4 AND 7

((Nursing Care AND Dignity AND Respect)) AND (Clinical Practice OR Patient Perception)

Esta búsqueda fue aplicada inicialmente en Pubmed (Tabla 2) y a continuación, la estrategia final, fue replicada en las siguientes bases de datos: Cinahl, Cochrane, Scielo, Scopus y ScienceDirect (Tabla 3).

Tabla 2: Resultados de la estrategia de búsqueda en la base de datos de Pubmed

	Palabras clave	Número de artículos
1	Nursing Care	644.011
2	Dignity	6.010
3	Respect	316.534
4	(1 AND 2 AND 3)	292
5	Clinical Practice	349.619
6	Patient Perception	123.778
7	(5 OR 6)	468.497
8	4 AND 7	68

((Nursing Care AND Dignity AND Respect)) AND (Clinical Practice OR Patient Perception)

Tabla 3: Resultados de la estrategia de búsqueda final en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Cochrane, Scielo, Scopus y ScienceDirect

Bases de datos	Artículos	Total
PubMed	68	241
CINAHL	61	
Cochrane	0	
SciELO	3	
Scopus	82	
ScienceDirect	27	

Se escogieron estas bases de datos por su utilidad y reconocimiento en el ámbito de las ciencias y la investigación y sobre todo por la facilidad con la que se puede acceder a los artículos científicos deseados.

La estrategia de búsqueda se inició en septiembre del 2017 y finalizó en febrero del 2018. El seguimiento del trabajo realizado se ha reflejado en el cronograma adjunto (Anexo 1).

Estrategia de selección de artículos

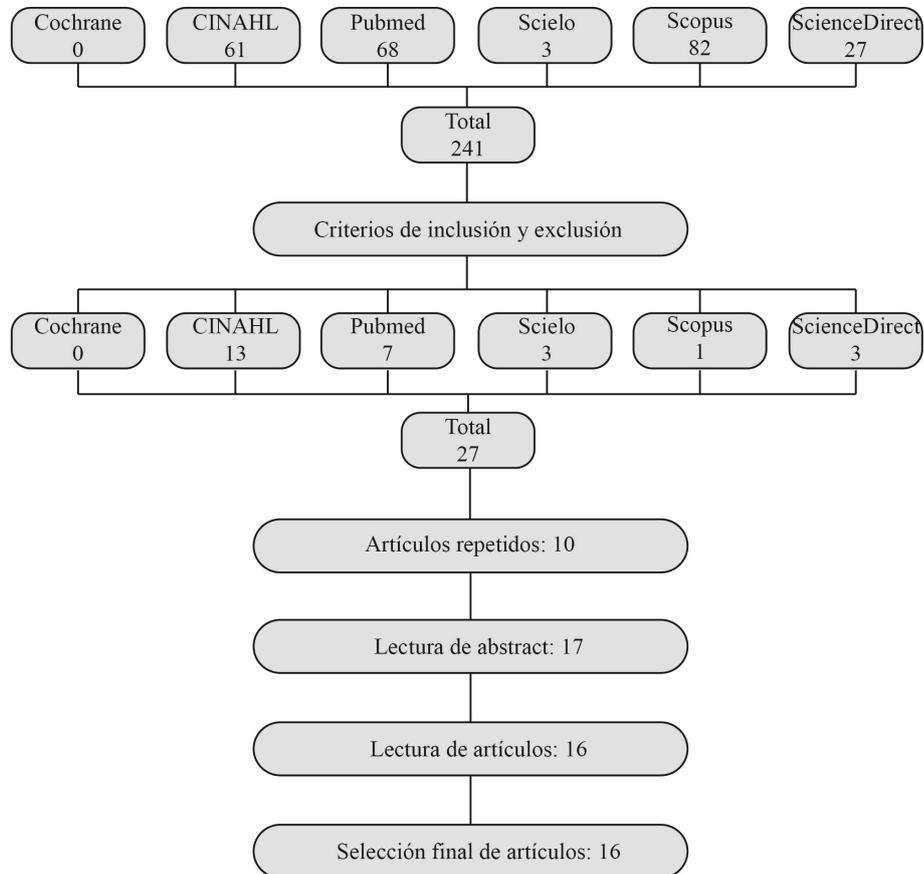
Una vez obtenidos los resultados de la estrategia de búsqueda, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 4), mediante la revisión de los títulos de cada artículo (descartando los que no tratasen sobre enfermería, paciente adulto y ámbito no hospitalario) y con la aplicación de los filtros de búsqueda de cada base de datos. Estos filtros permitieron acotar los resultados y obtener los artículos publicados después del año 2000; en inglés, castellano, catalán, portugués o italiano; y facilitaron el acceso a los artículos de texto completo.

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Idioma: inglés, castellano, catalán, portugués o italiano.	Artículos anteriores al año 2000
Artículos de acceso libre	Ámbito no hospitalario
Estudios sobre enfermería	Pacientes pediátricos
Artículos de revisión de la literatura o estudios de investigación	

La estrategia de selección de artículos parte de un resultado de 241 lecturas obtenidas a partir de la búsqueda realizada en las bases de datos de Pubmed, CINAHL, Cochrane, Scielo, Scopus y ScienceDirect. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un resultado de 27 artículos. De esta última cifra se eliminaron 10 artículos duplicados. Seguidamente se procedió a leer cada uno de los abstracts de los 17 artículos obtenidos en total y se descartó 1 ya que el contenido no concordaba con el objetivo del estudio. Por lo tanto, los artículos completos leídos y posteriormente seleccionados fueron 16 (Figura 1).

Figura 1: Algoritmo de la estrategia de selección de artículos



Tras realizar una búsqueda primaria en bases de datos, y para poder completar debidamente la información, se llevó a cabo una segunda búsqueda a partir de otras fuentes secundarias, como son los enlaces bibliográficos de los artículos seleccionados. De esta manera, se añadieron 18 lecturas y por lo tanto se obtuvo un total de 34 artículos.

Para garantizar la calidad de los artículos seleccionados se llevó a cabo una evaluación mediante las guías CASPe (Cabello, 2005) (Anexo 2) en el caso de las revisiones de la literatura, CASPe (Cano, González y Cabello, 2010) (Anexo 3) para los estudios cualitativos y CONSORT 2010 (Cobos-Carbó y Augustovski, 2011) (Anexo 4) para los estudios cuantitativos o RCT (Randomized Controlled Trial). En estas guías se realizan una serie de preguntas sobre la literatura y la metodología empleada en cada artículo para poder proporcionar su grado de validez.

La guía CASPe analiza la calidad de los estudios de revisión de la literatura mediante 10 preguntas sistemáticas que se centran en la precisión y la validez de los resultados y en su utilidad científica. La mayoría de resultados obtenidos tras el análisis de los artículos de revisión de la literatura son positivos y válidos para su aplicación en el estudio (Anexo 2).

La guía CASPe también mide la validez de los artículos cualitativos mediante 10 preguntas que valoran la congruencia de la metodología empleada, la credibilidad de los resultados y la relevancia de los hallazgos en la práctica. Tras el análisis de los estudios cualitativos, los resultados obtenidos son en su mayoría positivos, pero en alguno de ellos no se detallan las consideraciones éticas ni se hace una reflexión sobre la relación entre el investigador y el objeto de la investigación de forma clara (Anexo 3).

La guía CONSORT está formada por 25 ítems evaluativos que deberían estar presentes en los estudios cuantitativos de calidad. Tras su análisis se puede ver que los tres artículos cuentan con los principales ítems de cada grupo, sin embargo, no se profundiza tanto en las características demográficas ni en la separación de participantes en grupos (Anexo 4).

Una vez analizada la calidad de los artículos no fue necesario eliminar ninguno, ya que en general todos cumplen con los criterios de calidad y con la normativa básica exigida.

Durante la realización de este trabajo se empleó el gestor bibliográfico de RefWorks, que permite realizar una base de datos bibliográfica propia, mediante la cual se van guardando los resultados obtenidos y así se facilita posteriormente la referenciación y citación de todo el material consultado.

Con el fin de analizar de forma más ordenada los artículos seleccionados y para facilitar su revisión, se realizó una tabla en la que se divide cada estudio según sus autores, año de publicación, metodología empleada, resultados del estudio y conclusión (Anexo 5).

Estrategia de análisis

Tras la revisión de la literatura se elaboró una tabla donde se agruparon todos los temas emergentes en cada uno de los artículos seleccionados, con el fin de facilitar el entendimiento de los resultados y la organización del trabajo (Tabla 5).

Tabla 5: Resultado de los temas obtenidos a partir de los artículos seleccionados

Título del tema	Número de artículo
Valores éticos	1,2,6,8,10,11,15,23,26,29
Interacción enfermera - paciente	1, 2,3,5,15,16,17,24,26,28,30
Privacidad y confidencialidad	2,4,5,12,15,16,17,18,19,20,29,31
Consentimiento e información	2,11,12,18,19,22,33
Autonomía y cuidado individualizado	1,2,4,5,11,16,17,18,19,22,29,33
La importancia del entorno	2,8,11,15,26,30
Comunicación	8,13,17,18,26,28,29
Cultura y espiritualidad	7,18,26
El cuidado en el paciente anciano	11,22,29,30
Dignidad en el final de la vida	7,13,27
Salud mental y cuidado	25,32
Educación en enfermería	14,15
Vulneración de la dignidad	8,10,17,34

Una vez revisados los temas extraídos, se decidió llevar a cabo una agrupación por contenido, formando así 7 títulos principales, dentro de los cuales se incluyó el contenido de los grupos que tenían 3 o menos artículos o cuyo contenido tenía una relación directa con los grupos principales (Tabla 6).

Tabla 6: Resultado de los temas obtenidos tras su agrupación y reestructuración

Título del tema	Número de artículo
Valores éticos	1,2,6,8,10,11,15,23,26,29
Interacción enfermera - paciente	1, 2,3,4,5,15,16,17,24,26,28,30
Privacidad y confidencialidad	2,4,12,15,16,17,18,19,20,29,31
Información y autonomía	1,2,11,12,16,18,19,22,29,33
La importancia del entorno	2,8,11,15,26,30
Comunicación	8,13,17,18,26,28,29
Vulneración de la dignidad	8,10,17,34

Consideraciones éticas

Debido a la tipología de este trabajo, no se ha considerado necesaria la solicitud para la aprobación de un comité de ética de la revisión realizada, ni de la realización de ningún consentimiento informado, ya que toda la información ha sido extraída de artículos y libros ya publicados por otros autores y que previamente han sido revisados por un comité de ética.

Por otro lado, cabe destacar, que el trabajo ha sido realizado mediante las normas de presentación de la Universidad Internacional de Cataluña con las normas de citación y referenciación de Vancouver, por lo que se ha evitado el plagio de otros textos durante la realización del proyecto.

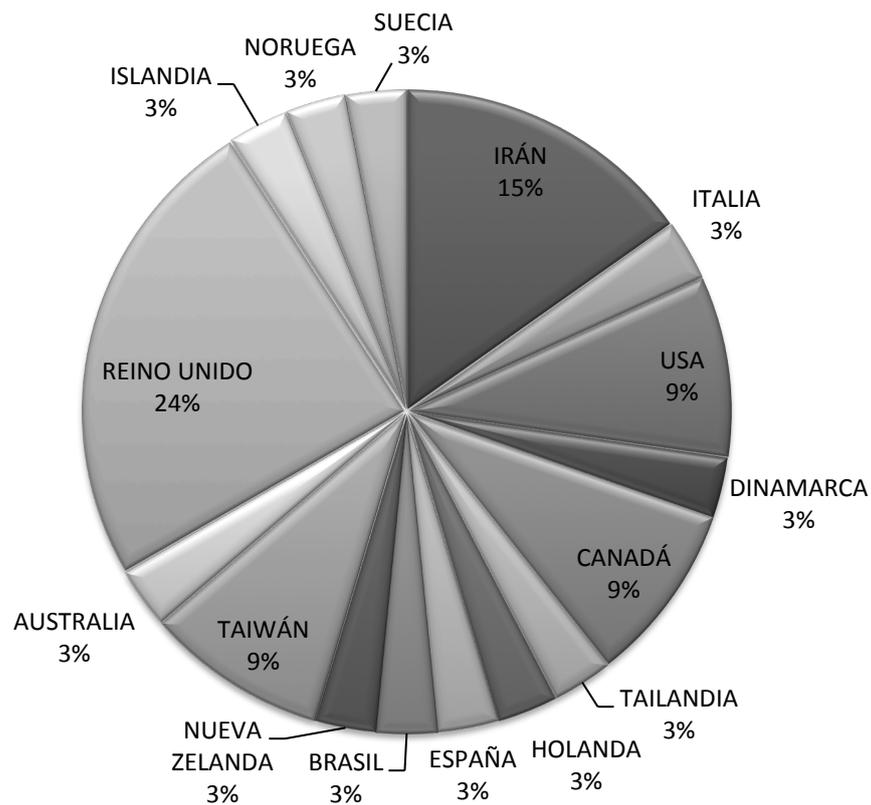
Se declara no tener ningún conflicto de interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

6. RESULTADOS BIBLIOMÉTRICOS

De los 35 artículos seleccionados, la mayoría fueron publicados en Reino Unido (24%) con 8 artículos en total, seguido de Irán (15%) con 5 artículos, USA, Taiwán y Canadá (9%) los tres países con 3 publicaciones seleccionadas y el resto de países: Islandia, Noruega, España, Suecia, Dinamarca, Italia, Tailandia, Holanda, Australia, Brasil, Nueva Zelanda (3%) con 1 artículo seleccionado de cada uno de ellos.

A continuación se puede observar en la figura 2 la distribución de cada artículo según el país de publicación y su porcentaje correspondiente.

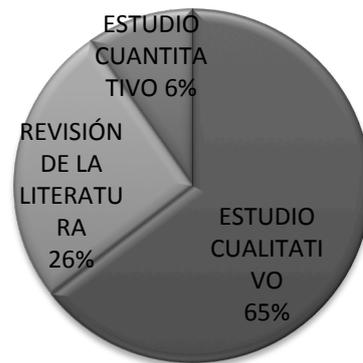
Figura 2: Clasificación de resultados según país de publicación



Fuente: elaboración propia

Tal y como se aprecia en la figura 3, la mayoría de estudios seleccionados fueron estudios de investigación cualitativos, con un 61%, que representaría un número total de 20 artículos. Seguidamente observamos que un 32% de estos estudios fueron revisiones de la literatura, con un total de 8 artículos y por último, con un total de 3 artículos, encontramos los estudios de investigación cuantitativos, que representarían un 6%.

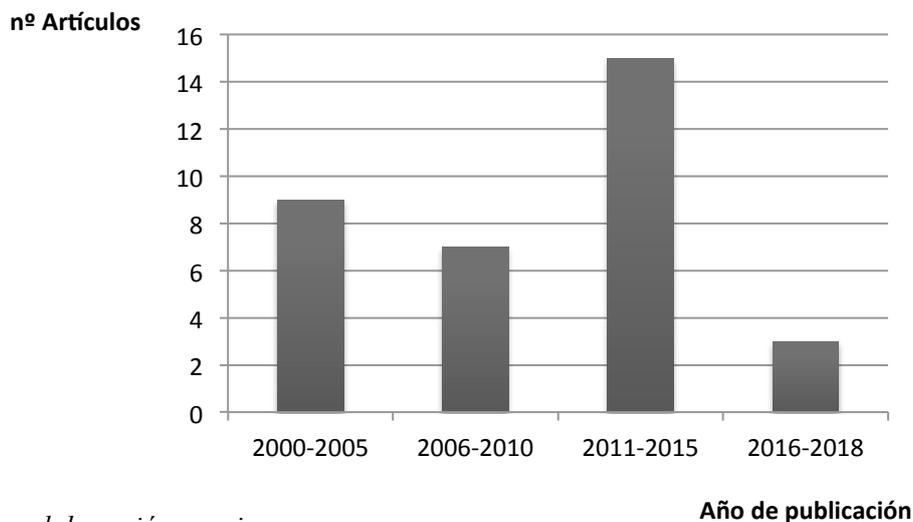
Figura 3: Clasificación de resultados por tipo de diseño de estudio



Fuente: elaboración propia

De los 35 artículos, 15 de ellos fueron publicados entre los años 2011 y 2015, seguido del periodo que abarca desde el año 2000 al 2005 con un total de 9 artículos. Seguidamente se observa que 7 artículos fueron publicados entre el año 2006 y 2010, por lo que el periodo del 2016 al 2018 cuenta con 3 artículos en total tal y como se puede observar en la figura 4.

Figura 4: Clasificación de resultados por año de publicación



Fuente: elaboración propia

7. RESULTADOS

A continuación se reflejarán los resultados obtenidos en la revisión de la literatura sobre la dignidad y el respeto en el cuidado enfermero.

Los principales temas que se van a tratar son: valores éticos; interacción enfermera – paciente; privacidad y confidencialidad; información y autonomía; la importancia del entorno; la comunicación y la vulneración de la dignidad.

Valores éticos

El personal de enfermería es uno de los principales proveedores del cuidado, y como tal necesita adquirir conocimiento sobre cómo proporcionar ese cuidado de forma ética y legal (Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami, 2013).

Los valores éticos juegan un papel muy importante en la vida de los profesionales de la salud; concretamente, la dignidad y el respeto son los dos valores en los que se hace más hincapié, según el estudio realizado por Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami (2013). En este estudio, no sólo se mencionan la dignidad y el respeto como elementos más frecuentes, sino que también identifican otros valores de gran importancia en el cuidado, como son el altruismo, la justicia social, la autonomía, la precisión en el cuidado, la responsabilidad, las relaciones humanas, el cuidado individualizado, la profesionalidad y la competencia, la simpatía y la confianza.

Según el estudio realizado por Cheraghi et al. (2015), se ha intentado definir en numerosas ocasiones el significado de “preservar la dignidad humana” pero no existe una forma explícita de describirlo, ya que depende de un punto de vista muy complejo y subjetivo que cada persona puede percibir de una manera u otra; pero en el caso de Baillie (2009), la percepción de los propios pacientes relaciona la dignidad directamente con valores y sentimientos como la autoestima, el respeto, el sentirse cómodo y sentir que se tiene el control sobre la situación y en otras ocasiones, con sentir que se tiene respeto a la intimidad.

Por otro lado, Shahriari et al. (2013), expresan que el “respeto digno” se define a través de la consideración de los valores humanos innatos, del respeto a las creencias del paciente, de la preservación de su dignidad y privacidad durante los procedimientos que se le realizan, de la

comunicación, de la comprensión y de la importancia de cumplir con sus necesidades.

La dignidad, en muchos países alrededor del mundo, es considerada como resultado de la propia naturaleza humanística que tiene el profesional de enfermería para ayudar al prójimo (Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami, 2013).

Lin, Watson y Tsai (2013) explican que existen varios tipos de dignidad: la humana y la social; la interpersonal o la interna y la dignidad centrada en uno mismo o en los demás. El tipo de dignidad dependerá de las diferentes situaciones clínicas en las que se encuentre el paciente, pero tanto en un tipo de dignidad como en el otro, existen varios rasgos en común: el respeto en la práctica clínica, la autonomía, el derecho a ser informado y el respeto a las creencias y a la cultura; además de ciertos valores imprescindibles durante el cuidado como son la empatía, el cuidado individualizado y emocional, la privacidad, la cultura del cuidado, la atención a las necesidades y el mantenimiento del espacio y el ambiente adecuados (Lin, Watson y Tsai, 2013; Thompson, McArthur y Doupe, 2016).

Según la perspectiva de muchos pacientes, la dignidad es sinónimo de sentirse valorado y psicológicamente cómodo con el comportamiento de uno mismo y de las demás personas que le rodean, además de poder tener control sobre la situación (Baillie, 2009).

La visión del cuidado respetuoso, según estudios llevados a cabo, depende también del género del paciente y de la diferencia sensitiva que existe; es decir, el punto de vista varía en función de si el paciente es un hombre o una mujer (Baldursdottir y Jonsdottir, 2002), y por lo tanto plantea la concienciación y la importancia que tiene el promover la sensibilidad y la “conciencia de género” en el ámbito clínico (Dickert y Kass, 2009). Los resultados de sus estudios también mostraron que, en términos generales, los hombres suelen relacionar más el respeto a la hora de tratar al paciente con el poder gozar de mayor autonomía, sin embargo, la mujer suele relacionarlo más con la empatía y el cuidado.

En otro estudio, los residentes del hospital describieron algunos factores que pueden preservar o vulnerar la dignidad personal, como son el tener que esperar para que les ayuden y el ser subestimado o el tener la oportunidad de poder escoger, el ser tratado con respeto, ser escuchado, sentir que controlan la situación y ser atendido en los pequeños detalles del cuidado (Thompson, McArthur y Doupe, 2016).

La compasión es otro de los valores que pueden influir en la dignidad y el cuidado del paciente, ya que siempre ha estado muy presente en la profesión enfermera desde sus inicios (Hem y Heggen, 2004; Sinclair et al., 2016).

Según algunos estudios, sus participantes indicaron que la compasión depende de las virtudes que tenga el profesional de la salud, independientemente del comportamiento del paciente y de su relación con el profesional. Entre estas virtudes se encuentran la autenticidad, la estima, la genuinidad, la amabilidad, el entendimiento, la honestidad, la aceptación, la tolerancia y el cuidado. Además de esto, se ha llegado a la conclusión de que la compasión va ligada a varios factores como son la relación, la visión holística de la persona, la comunicación activa, el proporcionar la atención necesaria y el dar respuesta al paciente, tratando de aliviar su sufrimiento y de promover su bienestar (Sinclair et al., 2016).

El concepto de respeto está también muy influenciado por la cultura. Dependiendo del lugar de procedencia del profesional sanitario y de sus costumbres, variará mucho el trato con el paciente y el cuidado que se le proporcionará (Periyakoil, Stevens y Kraemer, 2013).

Según los estudios realizados por Periyakoil, Stevens y Karaemer (2013) y Galloway (2011), la mayoría de profesionales sienten que el hecho de proporcionar un cuidado espiritual al paciente (y sobre todo al paciente terminal) es una función muy importante de enfermería. Que este cuidado sea percibido como digno dependerá del contexto cultural y/o religioso del profesional que lo proporciona y del paciente que lo recibe.

El bienestar espiritual consiste en proveer un cuidado espiritual acorde a las creencias de los pacientes. Para ello, algunos profesionales expresan que emplean terapias religiosas e incluso ofrecen sus plegarias en caso de que el paciente sea creyente (Lin y Tsai, 2011).

En el estudio realizado por Marlene (2013), se hace referencia a la importancia que tiene la ética para los estudiantes de enfermería y se considera la necesidad de fomentar más espacios de debate y de estimulación del pensamiento crítico sobre las estrategias que se deberían adoptar para enfrentar posibles problemas éticos que se pueden encontrar en la práctica clínica. El fin de estas recomendaciones en la educación es preparar a los futuros profesionales de enfermería de forma adecuada para que puedan proporcionar un cuidado ético y adecuado.

En referencia a la educación y la ética en enfermería, la competencia personal y el desarrollo del profesional son producto de la adquisición de nuevos conocimientos, de la promoción de habilidades clínicas y prácticas y de la capacidad de brindar al paciente una atención holística e integral (Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami, 2013).

Interacción enfermera - paciente

Para promover el cuidado digno, el equipo de enfermería debe ser formal y profesional a la par que sensible y preocupado, ya que del comportamiento del personal sanitario puede depender que se mantenga o que se pierda esa dignidad durante la estancia del paciente en el hospital o durante los procedimientos que se le practiquen (Baillie, 2009).

Baillie (2009), en su estudio, también plasma las opiniones de varios pacientes, en las que expresan la importancia que tiene el uso del sentido del humor para promover la dignidad, sobretodo en situaciones embarazosas, además de la necesidad de recibir explicaciones sobre los procedimientos o medicamentos que se van a emplear, el ofrecer la opción de elegir y el promover la independencia del paciente; es decir, el paciente enfatiza más en la importancia que tiene la acción del enfermero, mientras que el personal de enfermería hace más hincapié en la importancia que tiene el hacer sentir al paciente que está seguro en sus manos y sobretodo en proporcionarle una adecuada privacidad.

Según los estudios realizados por Thompson, McArthur y Doupe (2016) la actitud y el comportamiento del personal de enfermería influye en gran medida en que la dignidad del paciente se vea reforzada o vulnerada. Los buenos profesionales mantienen la dignidad mediante el trato con respeto, mediante la atención, tomándoles en serio, valorándoles y proporcionándoles tiempo.

Por otro lado, los pacientes dan mucha importancia a la competencia clínica del profesional de enfermería y expresan que para ellos uno de los ítems más importantes es que “sepan lo que están haciendo” para poder así proteger la dignidad humana durante el cuidado (Baldursdottir y Jonsdottir, 2002).

En otros estudios realizados, para muchos de los pacientes entrevistados es muy importante recibir soporte emocional por parte de sus cuidadores, además de recibir su ayuda, sin atrasos, a

la hora de resolver sus necesidades (Lin, Tsai y Chen, 2011). Además de esto, el hecho de que el personal de enfermería proporcione soporte psicológico y confort a los pacientes hace que ellos se sientan mucho más dignificados en su cuidado (Lin, Watson y Tsai, 2013).

Según Manookian, Cheraghi y Nasrabadi (2014) la conducta del personal de enfermería es uno de los ítems más importantes identificados por la mayoría de participantes del estudio. Esto se basó en los argumentos de los pacientes, en los que expresaron la importancia del compromiso profesional, de que existan unos recursos humanos adecuados y de que el personal sea competente. También explican que el hecho de que el equipo esté comprometido con los principios éticos y profesionales tiene como resultado que tanto la dignidad como sus derechos, entre ellos el derecho a ser informado y a poder decidir, estén siempre cubiertos.

La atención que se realiza de forma cuidadosa y teniendo en cuenta la dignidad, permite que los pacientes toleren mejor el disconfort de su patología y se sientan menos vulnerables psicológicamente. Algunos pacientes expresan que, tras su experiencia, la mayoría de interacciones entre el paciente y el profesional de enfermería son positivas, respetuosas, amables y cercanas (Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo, 2015).

Para los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos es importante ser escuchados, observados y atendidos ante sus demandas o necesidades por parte del personal de enfermería. Esto les proporciona bienestar y lo perciben como una buena experiencia durante su cuidado. Por otro lado, el personal de enfermería explica que en muchas ocasiones brindan un cuidado adicional y se implican más en el tratamiento de sus pacientes haciendo que ellos se sientan más dignificados y valorados, ya que este tipo de paciente presenta mayor dependencia y esto influye en la importancia que tiene la relación entre el cuidador y él (Moen y Näden, 2015).

Para que el cuidado sea el adecuado se debe proporcionar desde un punto de vista humanístico en el que exista una relación basada en el respeto y la comprensión mutuas y en el que el profesional de enfermería sea eficiente y efectivo (Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami, 2013).

Por otro lado, existen algunas diferencias entre los pacientes de edad avanzada y los más jóvenes en referencia a su percepción sobre cuál es la mejor manera de proporcionar un cuidado digno.

Las personas ancianas deben ser atendidas de forma integral, abordando sus necesidades psicológicas, sociales y físicas. Para ello el personal de enfermería debe identificar las preferencias individuales de la persona, respetando su diversidad, brindando atención e involucrando al paciente en la toma de decisiones (Galloway, 2011).

Según el estudio realizado por Baillie (2009) los propios pacientes (sobre todo los más jóvenes) relacionan la pérdida de la dignidad con la vulnerabilidad del paciente y con la pérdida funcional, y por consiguiente creen que el hecho de tener una edad avanzada incrementa esta vulnerabilidad debido a la dependencia que se crea.

En el estudio realizado por Baldursdottir y Jonsdottir (2002) los pacientes de edad avanzada hicieron más hincapié en el comportamiento de la enfermera que les proporciona el cuidado y no tanto en que conozca bien las técnicas que debe realizar. Esto se relaciona con el sentimiento de vulnerabilidad que tienen los ancianos y su sensibilidad a la hora de recibir la asistencia.

La colaboración entre el enfermero y el paciente es muy importante para mantener la dignidad en el cuidado. En los resultados del artículo realizado por Rasmussen y Delmar (2014) los pacientes hacen especial énfasis en lo importante que es tener una buena relación con el profesional y explican que ellos también deben contribuir para poder tener el mejor trato posible.

Privacidad y confidencialidad

La protección de la privacidad es un factor clave del cuidado digno. En gran parte de los artículos (Lin y Tsai, 2011; Lin, Watson y Tsai, 2013; Walsh y Kowanko, 2002 y Webster y Bryan, 2009) se explora la relación entre los conceptos “dignidad y privacidad” y en todos ellos se resalta la importancia que tiene la privacidad para mantener la dignidad en el cuidado hospitalario.

Algunos estudios se centran en la privacidad relacionada con el espacio personal (Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo, 2015), en otros casos con la importancia del entorno y con la necesidad de recibir la información de forma privada y confidencialidad (Fernández et al., 2008; Woogara, 2005), pero el factor clave en el que coinciden la gran mayoría de los estudios es en la necesidad de proporcionar una adecuada privacidad física (Lin y Tsai, 2011; Lin, Watson y

Tsai, 2013; Matiti, 2002; Moen y Näden, 2015; Rasmussen y Delmar, 2014; Walsh y Kowanko, 2002 y Webster y Bryan, 2009).

Las intervenciones del personal de enfermería pueden ayudar a mantener el espacio personal y pueden hacer que el paciente sienta que tiene más control. Estas intervenciones pueden ayudar a la persona a adaptarse mejor al entorno.

Por otro lado, el hecho de proporcionar barreras físicas para proteger la privacidad del paciente promueve la confianza hacia el profesional (Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo, 2015).

Esta privacidad, según los pacientes entrevistados en los estudios realizados por Lin, Watson y Tsai (2013); Walsh y Kowanko (2002); Lin y Tsai (2011) y Webster y Bryan (2009), se centra en la importancia que tiene para ellos el mantener la privacidad del cuerpo. Para ello explican la necesidad de prevenir su exposición innecesaria con simples acciones como cerrar las cortinas, cubrir las partes íntimas del paciente durante los procedimientos, llevar la ropa adecuada y limpia o en caso de compartir espacio, que sea con personas del mismo sexo Lin, Tsai y Chen (2011) también expresan en los resultados de su estudio que lo más importante para muchos pacientes es ser respetado como persona, evitando que sus cuerpos sean expuestos.

Por otro lado, en los mismos estudios, el personal de enfermería identifica la privacidad como uno de los factores más importantes a la hora de prestar un cuidado digno y respetuoso, haciendo especial hincapié en mantener un tono de voz bajo en sus conversaciones con el paciente para mantener su privacidad y confidencialidad.

Según el estudio realizado por Moen y Näden (2015) los pacientes expresaron que recibir atención de otras personas es una experiencia desagradable que puede llegar a ser humillante si se produce una pérdida de la privacidad. Por esta razón es importante permitir que el paciente pueda sentirse incómodo, ya que si no se le permite este reconocimiento se puede llegar a objetivar a la persona.

De la misma forma que lo expresaban en otros estudios, en este último los pacientes también manifiestan la importancia que tiene la privacidad del cuerpo. Explican que el hecho de tener que desnudarse y exponer sus cuerpos es una experiencia humillante que puede llegar a vulnerar la dignidad si no se intenta evitar.

Otro punto de vista sobre la privacidad se ve reflejado en el estudio realizado por Woogara (2005), en el que los pacientes entienden que exista una falta de privacidad debido a la falta de presupuesto y de tiempo. Ellos expresan que el hecho de tener una habitación privada proporciona mayor privacidad y facilidades, pero también creen que el exceso de privacidad puede llegar a provocar sensación de soledad y de aburrimiento.

En el estudio de Rasmussen y Delmar (2014) algunas personas explican que la ropa de los pacientes que se emplea en los hospitales puede ser una causa de exposición y de pérdida de la privacidad, sobretodo cuando al paciente no le queda la ropa a la medida adecuada y cuando tiene que salir de su habitación o de la sala en la que se encuentre. Otros factores que se mencionan en este estudio son el tener que compartir televisión y habitación con otras personas o que las paredes sean muy finas y se oigan los sonidos y conversaciones de otros pacientes.

A pesar de que la privacidad es un factor que preocupa a la mayoría de pacientes, variará en función de la procedencia del individuo, de su cultura, de su edad e incluso de su género. Según los datos recogidos, los hombres suelen sentirse menos avergonzados al mostrar su cuerpo que las mujeres y los pacientes de avanzada edad suelen tener más presente el concepto de dignidad relacionado con la privacidad y la exposición del cuerpo que los jóvenes (Matiti, 2002).

Otro factor muy importante y que también está relacionado con la privacidad y la confidencialidad es el secreto profesional. Éste consiste en el compromiso de no divulgar aquello que es conocido durante el desempeño de una profesión y se adquiere a través del pacto que se realiza con la sociedad, teniendo en cuenta la intimidad del paciente, no solo la propia, sino también aquella que esté relacionada con el ejercicio profesional y la prestación sanitaria (Fernández et al., 2008).

Información y autonomía

La autonomía del paciente es un principio fundamental que debe ser respetado, y para ello, el personal de enfermería debe tener su permiso a la hora de actuar (Fernández et al., 2008).

Es fundamental proporcionar la información adecuada a los pacientes y las familias a la hora de realizarles cualquier intervención, ya que de esto dependerá la autonomía del paciente a la hora

de decidir sobre su cuidado (Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami, 2013; Walsh y Kowanko, 2002; Dickert y Kass, 2009; Lin y Tsai, 2011).

La mayoría de pacientes desearían tener la oportunidad de poder tomar sus propias decisiones y de poder escoger en su cuidado. Ellos indican también que durante sus experiencias podrían haber participado en la toma de decisiones sobre su enfermedad o condición y que consideran muy importante ser informados por el personal de enfermería, ya que esto les hace sentir más confortables y seguros (Lin, Tsai y Chen, 2011; Borhani, Abbaszadeh y Moosavi, 2014).

En los resultados del estudio realizado por Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo (2015) los pacientes expresan que existe una falta de información sobre las intervenciones realizadas por parte del equipo sanitario, por lo que ellos mismos sienten que su autonomía y su capacidad para dar su consentimiento se ve afectada.

La autonomía a la hora de tomar decisiones se considera un valor ético muy ligado al cuidado de enfermería. Los profesionales sanitarios creen en la importancia de tener independencia a la hora de decidir o aceptar intervenciones, cuidados o tratamientos y lo consideran un derecho fundamental (Shahriari, Abbaszadeh y Bahrami, 2013). Al mismo tiempo, los propios pacientes consideran que el mantenimiento de su dignidad respecto a la autonomía depende en gran medida de la actuación del personal sanitario (Borhani, Abbaszadeh y Moosavi, 2014).

El hecho de estar hospitalizado puede inducir a una disminución de la autonomía, ya que en muchas ocasiones se requiere atención en las necesidades más elementales. Esto puede provocar un comportamiento de aceptación y apoyo completo por parte del paciente, por lo que es importante que se promueva la información verbal clara para que el paciente pueda ser consciente, para que pueda sentirse responsable sobre sus tratamientos y por ende, para que pueda tomar decisiones (Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo, 2015).

El respeto hacia el paciente en la práctica clínica incluye la autonomía a la hora de tomar decisiones, además de brindarle un trato individualizado, teniendo en cuenta sus creencias y proporcionándole información clara para que pueda dar su consentimiento (Lin, Watson y Tsai, 2013; Dickert y Kass, 2009). Moen y Näden (2015). También identifican que el respeto hacia el paciente se ve reflejado en el hecho de proporcionarle suficiente información para poder decidir sobre sus cuidados.

Algunos de los participantes del estudio de Webster y Bryan (2009) reconocieron que el personal sanitario no ofrece suficiente información ni explicaciones sobre los procedimientos y esto es algo que les hace sentirse menos importantes. Sin embargo, en los resultados expuestos en el estudio de Walsh y Kowanko (2002), la mayoría de enfermeros entrevistados expresaron que el proporcionar suficiente información y autonomía es uno de los factores más importantes en el cuidado, pero que esto depende en gran medida de la predisposición que tenga el propio paciente por participar en su cuidado.

La independencia y el control son dos factores importantes en el mantenimiento de la dignidad. Para algunos pacientes, el hecho de perder independencia puede afectar directamente a su dignidad y para poder preservarla el equipo de enfermería debe entender las necesidades del paciente. En algunos ejemplos concretos, los participantes explican que en las situaciones con menos independencia, por ejemplo cuando están encamados o en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), el simple hecho de poder hablar, llamar a las enfermeras o elegir cómo tomarse la medicación, puede ser de gran ayuda para mantener la dignidad y puede ser un impulso de la independencia (Webster y Bryan, 2009).

La importancia del entorno

En varios estudios se explica la importancia que tiene el entorno en la dignidad del paciente. Este entorno puede afectar de forma positiva y negativa; por ejemplo, en el caso de Baillie (2009) se hace referencia al hecho de poder tener o no una habitación individual, ya que el tener que compartir habitación y baño afecta a su privacidad y por consiguiente a su dignidad, sobre todo porque el resto de personas pueden oír sus conversaciones y saber qué es lo que les ocurre.

El entorno en el hospital puede influir de forma positiva o negativa en privacidad del paciente. El exceso de ruido, la limitación del espacio personal y la intrusión en este, puede crear discomfort o tensión en la persona (Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo, 2015).

Lin, Watson y Tsai (2013) también muestran en su estudio el efecto que tiene el no disponer de espacios adecuados debido a la falta de presupuesto de algunos hospitales, haciendo que la privacidad del paciente y su dignidad se vean vulneradas.

El entorno tiene un impacto muy significativo en la preservación de la dignidad. Por ejemplo, para las personas ancianas es muy importante que se les proporcione un espacio en el que estén con personas del mismo género. Otros factores que también influyen de forma positiva en la dignidad y en el cuidado del paciente son el buen mantenimiento y aspecto del área clínica, la utilización adecuada de las cortinas, cerrar las puertas, las habitaciones privadas y los baños con cerrojo (Galloway, 2011).

Según las investigaciones, existe una mejor experiencia y un mejor mantenimiento de la dignidad en los hospitales que poseen unas condiciones higiénicas adecuadas, además de tener los espacios acondicionados, una agradable apariencia física y buenas medidas en las habitaciones (Borhani, Abbaszadeh y Moosavi, 2014).

Parandeh et al. (2016) muestran en su estudio otro tipo de influencia del entorno, en este caso se trata de la estructura y el ambiente de trabajo y de la influencia que tiene en el profesional. El hecho de que haya una mala organización en el hospital, de que existan estructuras jerárquicas muy autoritarias, de que se produzca una falta de atención hacia las capacidades de la enfermera y de que no se comprenda el valor de la enfermería como disciplina profesional también puede afectar a la dignidad humana y por consiguiente al cuidado proporcionado.

Comunicación

Para mantener la dignidad durante el cuidado es importante emplear un lenguaje apropiado (Lin y Tsai, 2011) y asegurarse de que la información proporcionada ha sido entendida por el paciente (Galloway, 2011).

Sinclair et al. (2016) explica como en numerosos estudios se ha identificado la efectividad que tiene la comunicación no verbal en el cuidado. En este tipo de comunicación se incluye la escucha activa, la presencia, la relación humana y la creatividad. Estos ítems pueden impactar de forma positiva durante la interacción enfermero-paciente.

Moen y Näden (2015) explican que cuando los pacientes no tienen la capacidad de hablar o de expresarse de forma normal (como por ejemplo en el caso del paciente de cuidados intensivos), hay que intentar esforzarse para entender al paciente buscando otras alternativas y formas de comunicación. Además de esto, explican que las buenas relaciones y el buen diálogo

promueven la dignidad del cuidado.

La comunicación es percibida como un ítem muy importante en el cuidado y la promoción de la dignidad para los participantes del estudio realizado por Webster y Bryan (2009). Los resultados identificaron que una comunicación inapropiada o pobre puede afectar negativamente en el mantenimiento de la dignidad. Un ejemplo de esto se ve reflejado en la situación de algunos pacientes que no hablaban el mismo idioma que las enfermeras y que se sintieron excluidos por el personal al no tratar de comunicarse con ellos.

En el anterior estudio mencionado se expresó, por parte de algunas personas de edad avanzada, que la comunicación durante los procedimientos en los que se ve disminuida la privacidad o en los que se pueden ver comprometidos, el estilo de comunicación del profesional puede ser muy útil para promover la dignidad y restarle importancia a la situación (Webster y Bryan, 2009).

Otro factor identificado por los pacientes del estudio realizado por Manookian, Cheraghi y Nasrabadi (2013) fue el del comportamiento durante la comunicación. Esto engloba la interacción verbal, el lenguaje corporal, la compasión y el proporcionar suficiente tiempo. Para ellos, todos estos ítems se ven muy reflejados en el estilo en el que los enfermeros se dirigen al paciente, por ejemplo, cuando usan expresiones cercanas y cariñosas, cuando sonríen, cuando miran a los ojos y cuando permiten expresar las emociones libremente. Todos estos factores, durante su hospitalización, les han hecho sentir mejor, más valorados y más respetados.

Por otro lado, el personal de enfermería describe la dignidad como la oportunidad de interactuar y colaborar con otros. Para ellos también es muy importante que exista una buena comunicación, no sólo con el paciente, sino entre los miembros del equipo, ya que la falta de comunicación o la mala comunicación pueden afectar también a la dignidad de los profesionales, y en consecuencia, a la del paciente (Parandeh et al., 2016).

El personal de enfermería también afirma que la comunicación es una herramienta de gran relevancia en los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos, ya que esta comunicación puede promover una asistencia adecuada para que el paciente pueda pasar por ese proceso con dignidad. Esto se hará a través de la escucha activa, de la comunicación efectiva, de la confianza, del respeto y del establecimiento de vínculos para poder responder a sus necesidades, deseos y miedos (Fernandes et al., 2013).

Vulneración de la dignidad

Los pacientes identifican el estado de impotencia como una experiencia degradante que crea una sensación de estar atrapado, de vulnerabilidad y de baja autoestima. Cuando las personas enferman tienen que aceptar ayuda y esto, en ocasiones, puede producirles vergüenza o sensación de ser menos válidos, por lo que la dignidad se percibe como vulnerada. Para evitar que esta dignidad se vulnere es necesario aceptar la oferta de ayuda y permitir el desarrollo de una nueva forma de dignidad. Para ello, el personal de enfermería debe facilitar este desarrollo a través de una atención respetuosa y complaciente (Moen y Näden, 2015).

El sufrimiento causado por la vulneración de la dignidad relacionada con el cuidado es difícil de evitar debido a la fragilidad de las personas, pero lo que se debe hacer es estar preparado para prevenir este sufrimiento en la medida de lo posible y evitar el riesgo de vulnerar la dignidad o de exponer a las personas a situaciones de disconfort (Öhlén, 2004).

Para los participantes del estudio realizado por Cheraghi et al. (2015) se identifican varios factores que vulneran y comprometen la dignidad del paciente. Entre estos factores se destacan la actitud de indiferencia, el tratar a la persona como un objeto, la falta de dedicación y el no permitir que la persona participe en su propio cuidado.

Por otro lado, algunas personas piensan que la dignidad del paciente se puede ver comprometida si los profesionales de enfermería no abogan por sus derechos y si no se tienen en cuenta la privacidad y los valores culturales o religiosos de la persona (Cheraghi et al., 2015).

Cuando la dignidad no se preserva de forma adecuada aparecen sensaciones de inseguridad, culpabilidad, vergüenza, frustración y disconfort, además de falta de motivación, falta de profesionalidad, humillación, desmoralización y disminución de la calidad en el cuidado del paciente. Como consecuencia de esto, se produce una falta de satisfacción y una visión negativa del profesional de enfermería en la sociedad (Parandeh et al., 2016).

8. CONCLUSIONES

Tras la revisión de la literatura se han identificado varios aspectos que influyen en la dignidad y el respeto de los pacientes.

Los valores éticos como la dignidad y el respeto, dependen de ciertas actitudes que el profesional de enfermería debe poner en práctica durante el cuidado. Es importante que existan actitudes de empatía, altruismo, confianza, autonomía, compasión, justicia social y responsabilidad hacia el paciente y hacia el trabajo que se está realizando. Además de esto, a la hora de tratar con las personas, se deben tener en cuenta las diferencias culturales y espirituales que existen y que pueden influir en el comportamiento y en las necesidades de cada paciente, afectando o no a su dignidad.

La interacción entre la enfermera y el paciente es uno de los factores identificados más importantes para el mantenimiento de la dignidad según la percepción de los pacientes.

De esta relación depende que la persona se sienta respetada y bien cuidada. Para ello es importante que exista una buena atención, compromiso, implicación y profesionalidad. Además de proporcionar soporte emocional y de mantener una actitud cercana, amable y respetuosa.

Los pacientes evidencian que el mantenimiento de la privacidad y la confidencialidad son factores clave en el cuidado digno. Para la mayoría, existe una gran preocupación sobre la exposición innecesaria del cuerpo y consideran que se debería tener más en cuenta. Para ello se deben tener en cuenta detalles como cerrar la puerta o las cortinas, cubrir las zonas íntimas y hablar en un tono adecuado que permita mantener la confidencialidad del individuo.

Tras la revisión de los estudios, se llega a la conclusión de que para los pacientes es importante ser informado de los procedimientos y del plan de cuidados que se le va a realizar, ya que de esto dependerá su autonomía. Para las personas hospitalizadas, el hecho de sentir que pueden participar activamente en sus cuidados y que disponen del control sobre su situación, aumenta notablemente su dignidad.

La evidencia muestra que el entorno influye de forma tanto positiva como negativa en la dignidad del paciente. El tener que compartir habitación puede resultar, en algunos casos, en una falta de privacidad y en una limitación del espacio personal. También es importante para los pacientes el aspecto del área clínica ya que consideran que debe existir un adecuado

acondicionamiento y unas buenas condiciones higiénicas. Por otro lado, el exceso de ruido, las estructuras jerárquicas muy autoritarias y el ambiente tenso, pueden hacer que tanto en el paciente como en el profesional se vea vulnerada su dignidad.

La comunicación es un factor clave del cuidado, ya que según los pacientes, para mantener el respeto y la dignidad se debe establecer una correcta comunicación entre los profesionales y ellos. Esta comunicación se debe basar en la escucha activa, la relación humana, la atención, el lenguaje no verbal y en tratar de comprender al individuo.

Para algunos pacientes el simple hecho de sentir impotencia ante un proceso de enfermedad es ya de por sí una vulneración de la dignidad. Es importante que las personas en estos momentos traten de aceptar la ayuda que el profesional de enfermería les ofrezca. Esta ayuda debe tener como fin el desarrollo de una nueva forma de dignidad y para ello se debe tratar de proporcionar una atención respetuosa, se debe tratar a la persona como tal, intentar evitar su sufrimiento, abogar por sus derechos y permitir que intervengan en su propio cuidado. En el caso de que la dignidad no se preserve de forma adecuada, se producen sensaciones negativas en el paciente, además de una falta de satisfacción y una visión negativa del personal de enfermería.

9. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tras los resultados obtenidos en el análisis de la revisión de la literatura se identifican las siguientes implicaciones sobre la práctica clínica:

- Se debe profundizar más en las actitudes del personal de enfermería y no solamente en la práctica clínica.
- Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta la importancia de proporcionar el cuidado desde un punto de vista humanístico.
- Es importante que el cuidado se realice de forma individualizada y holística.

10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Las líneas de investigación futuras deberán ir encaminadas hacia la profundización en el cuidado desde un punto de vista ético, humanístico y holístico; que permita mantener el respeto y la dignidad del paciente. Estas investigaciones deberán tener más en cuenta factores como la

cultura, la familia y el entorno del individuo.

Gran parte de los artículos revisados han sido realizados en otros países y solamente uno de ellos se llevó a cabo en España, por lo tanto se considera que se podrían realizar más investigaciones sobre este tema, para poder seguir mejorando aún más como profesionales.

Por último, sería de gran interés que se elaborasen escalas que permitieran medir la dignidad del paciente durante sus cuidados, ya que por el momento no se han encontrado escalas específicas para esto.

11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones que se han encontrado durante la realización de este trabajo se centran en la dificultad para acceder a artículos completos de acceso libre durante la búsqueda principal. Esto puede haber podido limitar a la hora de desarrollar los resultados, haciendo que no sean tan completos como me hubiese gustado.

Por otro lado, el no haber encontrado más artículos realizados en España, creo que puede limitar la investigación, ya que las diferencias culturales pueden hacer variar la percepción de los pacientes sobre el cuidado.

12. REFLEXIÓN PERSONAL

El proceso de realización del trabajo final de grado para mi ha sido un gran reto personal. En un principio, cuando hicimos la primera elección de posibles trabajos que nos gustaría llevar a cabo, me decanté por todos los temas que trataban sobre la enfermería desde el punto de vista humanístico, ya que desde siempre me ha parecido muy interesante y quería profundizar más en ello; por lo tanto, cuando me asignaron este trabajo fue para mi muy positivo y me sirvió para empezar todo este proceso con más ganas y más interés.

Si bien es cierto, en las primeras semanas me invadió un poco el miedo y la inseguridad, ya que me parecía un tema que podía abarcar mucha información y llegué a pensar que eso podría ser un hándicap a la hora de desarrollar los temas y relacionar todo el contenido de forma coherente, pero gracias a la tutorización he podido realizar el trabajo de forma organizada y paso por paso, haciendo que me sintiese más segura y respaldada.

El momento más complicado para mi fue el llegar a una estrategia de búsqueda final que me

permitiese poder acceder al contenido adecuado y necesario, ya que nunca antes había tenido que realizar una metodología de estas características.

Gracias a estas dificultades pienso que he podido mejorar y evolucionar personal y profesionalmente y a partir de ahora cuento con más conocimientos y criterios a la hora de llevar a cabo un estudio completo y de carácter científico. También he aprendido sobre bases de datos científicas, gestores bibliográficos y a realizar un buen cribado de artículos además de mejorar en la redacción y en relacionar conceptos.

Por otro lado, pienso que he logrado adquirir un gran aprendizaje sobre lo que es el cuidado digno y respetuoso y sobre la percepción que tienen los pacientes sobre éste y sobre los profesionales de enfermería. Creo que como estudiantes o como principiantes, muchas veces nos preocupamos más por nuestra falta de habilidades técnicas y no valoramos tanto la capacidad que tenemos para hacer sentir bien al paciente, aunque muchas veces éste es el que nos lo hace saber y nos agradece que le prestemos tiempo, que le escuchemos y que le tratemos con mucha comprensión y amabilidad. Algunos pacientes durante las prácticas me han hecho saber lo importante que es la actitud del personal y no tanto el hecho de realizar la técnica a la perfección.

Con las experiencias que he podido tener durante estos cuatro años y con este trabajo de revisión de la literatura he podido indagar más en la importancia que le dan las personas al trato humano, a la dignidad y al respeto en el cuidado de enfermería.

Como conclusión, puedo decir que este proyecto me ha servido para crecer más como enfermera y como persona y me ha aportado una visión mucho más humanística del cuidado y que creo que esto me servirá mucho para que en el futuro pueda comprender mejor las necesidades del paciente y pueda llegar a ser una buena profesional.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23-36. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003 [doi]
- Baldursdottir, G., y Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 31(1), 67-75. doi:S014795630292491X [pii]
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., y Moosavi, S. (2014). Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of tehran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 20.
- Cabello, J.B. (2005). Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Cuaderno I. p. 13-17.
- Cano, A., González, T., Y y Cabello, J.B. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Cuaderno III. p.3-8.
- Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., Gillard, S., Turner, K., y Kantaris, X. (2014). The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics*, 15, 50-6939-15-50. doi:10.1186/1472-6939-15-50 [doi]
- Cheraghi, M. A., Manookian, A., y Nikbakht Nasrabadi, A. (2015). Patients' lived experiences regarding maintaining dignity. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 8, 6.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., y Harlos, M. (2004). Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. *Journal of Palliative Care*, 20(3), 134-142.
- Cobos-Carbó, A., y Augustovski, F. (2011). CONSORT 2010 Declaration: Updated guideline for reporting parallel group randomised trials. *Medicina Clínica*, 137 (5), 213-215.
- Dickert, N. W., y Kass, N. E. (2009). Understanding respect: Learning from patients. *Journal of Medical Ethics*, 35(7), 419-423. doi:10.1136/jme.2008.027235 [doi]

- Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being: The new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 8-13.
- Fernandes, M. A., Evangelista, C. B., Platel, I. C., Agra, G., Lopes Mde, S., y Rodrigues Fde, A. (2013). The perception by nurses of the significance of palliative care in patients with terminal cancer. [Percepcao dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com cancer terminal] *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(9), 2589-2596. doi:S1413-81232013000900013 [pii]
- Fernández, M., Álvarez, T., Ramiro, J., y Martínez, S. (2008). El respeto a la intimidad. el secreto profesional en enfermería. *XIX*
- Ferri, P., Muzzalupo, J., y Di Lorenzo, R. (2015). Patients' perception of dignity in an italian general hospital: A cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, 15, 41-015-0704-8. doi:10.1186/s12913-015-0704-8 [doi]
- Galloway, J. (2011). Dignity, values, attitudes, and person-centred care. 2, 9-22.
- Guzzetta, C. (1998). *Essential readings in holistic nursing*. Maryland: AN ASPEN PUBLICATION.
- Hem, M. H., y Heggen, K. (2004). Is compassion essential to nursing practice? *Contemporary Nurse*, 17(1-2), 19-31.
- Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., y Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, 12(6), 582-594. doi:10.1191/0969733005ne828oa [doi]
- Lin, Y. P., y 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 [doi]
- Lin, Y. P., Tsai, Y. F., y Chen, H. F. (2011). Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in taiwan: A descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 794-801. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x [doi]
- Lin, Y. P., Watson, R., y Tsai, Y. F. (2013). Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nursing Ethics*, 20(2), 168-177. doi:10.1177/0969733012458609 [doi]

- López, M., Jiménez, M., y Liesa, A. (2008). Enfermería y derechos humanos: Una reflexión de pasado, presente y futuro., 21/1/2018. doi:Escritos de enfermería
- Lothian, K., y Philip, I. (2001). Care of older people. maintaining the dignity and autonomy of the healthcare setting.322, 668-670.
- Manookian, A., Cheraghi, M. A., y Nasrabadi, A. N. (2014). Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 21(3), 323-334. doi:10.1177/0969733013498526 [doi]
- Manthorpe, J., Iliffe, S., Samsi, K., Cole, L., Goodman, C., Drennan, V., y Warner, J. (2010). Dementia, dignity and quality of life: Nursing practice and its dilemmas. *International Journal of Older People Nursing*, 5(3), 235-244. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00231.x [doi]
- Marlene, S. (2013). *New zealand nursing students' experiences of ethical issues in clinical practice: A descriptive study* Available from PubMed.
- Matiti, M. (2002). *Patient dignity in nursing: A phenomenological study* Available from CINAHL.
- Milton, C. L. (2005). The ethics of respect in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 20-23. doi:18/1/20 [pii]
- Moen, E. K., y Naden, D. (2015). Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), 285-293. doi:10.1016/j.iccn.2015.03.003 [doi]
- Ohlen, J. (2004). Violation of dignity in care-related situations. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(4), 371-385.
- Oliver, J., Coggins, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., y Stanton, M., American Society for Pain Management Nursing. (2014). American society for pain management nursing position statement: Pain management in patients with substance use disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 23(3), 210-222. doi:10.1097/JAN.0b013e318271c123 [doi]
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasma, H. R., van Gennip, I. E., Willems, D. L., y Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Nursing home staff's views on residents' dignity: A qualitative

- interview study. *BMC Health Services Research*, 13, 353-6963-13-353. doi:10.1186/1472-6963-13-353 [doi]
- Parandeh, A., Khaghanizade, M., Mohammadi, E., y Mokhtari-Nouri, J. (2016). Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(1), 1-8. doi:10.4103/1735-9066.174750 [doi]
- Periyakoil, V. S., Stevens, M., y Kraemer, H. (2013). Multicultural long-term care nurses' perceptions of factors influencing patient dignity at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), 440-446. doi:10.1111/jgs.12145 [doi]
- Rasmussen, T. S., y Delmar, C. (2014). Dignity as an empirical lifeworld construction-in the field of surgery in denmark. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 24849. doi:10.3402/qhw.v9.24849 [doi]
- Sánchez, J. (2017). La dignidad humana y derechos humanos. (pp. 179). México.
- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., y Bahrami, M. (2013). Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 1-8.
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., y Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193-203. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009 [doi]
- Thompson, G. N., McArthur, J., y Doupe, M. (2016). Identifying markers of dignity-conserving care in long-term care: A modified delphi study. *PloS One*, 11(6), e0156816. doi:10.1371/journal.pone.0156816 [doi]
- Urrea, E., Jana, A., y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. *XVIII(3)*, 11-22. doi:CIENCIA Y ENFERMERÍA
- Walsh, K., y Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 143-151. doi:355 [pii]

- Webster, C., y Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1784-1792. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02674.x [doi]
- Woogara, J. (2005). Patients' privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics*, 12(3), 273-287. doi:10.1191/0969733005ne789oa [doi]

14. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma

SEPTIEMBRE – OCTUBRE Tutoría grupal	Realización cronograma y plan de trabajo. Planteamiento de la pregunta de investigación y objetivos. Planteamiento de palabras clave.
NOVIEMBRE 1 Tutoría individual	Revisión bibliográfica. Concretar bases de datos. Realización de la estrategia de búsqueda.
DICIEMBRE 2 Tutoría individual	Aplicación de criterios de inclusión y exclusión y realización de cribado de artículos. Lectura de abstracts. Análisis de los resultados.
ENERO 3 Tutoría individual	Selección de los temas que se van a tratar en los resultados. Iniciar redacción de resultados.
FEBRERO 4 Tutoría individual	Redacción de los resultados.
MARZO 5 Tutoría individual	Redacción de los resultados, introducción, conclusión, reflexión y últimos apartados.
ABRIL 6 Tutoría individual	Maquetación y realización del resumen, abstract, bibliografía, índices, anexos, etc.
MAYO Tutoría grupal	Correcciones y últimos cambios. Preparación de la defensa oral. Entrega final.

Anexo 2: Tabla de criterios de calidad aplicados a los artículos de revisión de la literatura según la Guía CASPe

Artículo		Preguntas Eliminación		Preguntas detalle			Resultados				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Shahriari, M Et al. 2013	si	si	si	si	si	***	***	si	si	si
2	Oliver, J Et al. 2014	si	si	si	si	-	***	***	si	si	si
3	Jormsri, P Et al. 2005	si	si	si	si	si	***	**	si	-	si
4	Parandeh, A Et al. 2016	si	si	si	si	si	**	***	si	no	-
5	Fernández,M Et al. 2008	si	si	-	-	si	**	**	si	si	si
6	Lin, Y Et al. 2012	si	si	si	si	si	***	***	si	si	si
7	Chochinov, H Et al. 2004	si	si	si	si	si	**	**	si	si	si

Anexo 3: Tabla de criterios de calidad aplicados a los estudios cualitativos según la Guía CASPe

Artículo		Preguntas Eliminación			Preguntas detalle				Resultados		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Periyakoil, V Et al. 2013	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
2	Thompson, G Et al. 2016	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
3	Mariska, G Et al. 2013	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si
4	Ali, M Et al. 2015	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
5	Lin, Y Et al. 2010	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
6	Klavestad, E Et al. 2015	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
7	Lin, Y Et al. 2010	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
8	Walsh, K Et al. 2002	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
9	Sinclair, S Et al. 2016	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
10	Hem, M Et al. 2004	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
11	Fernandes, M Et al. 2013	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
12	Seidelin, T Et al. 2014	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
13	Manthorpe, J Et al. 2010	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si
14	Manookian, A Et al. 2013	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
15	Webster, C Et al. 2009	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
16	Baillie, L 2009	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
17	Woogara, J 2005	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
18	Chambers, M Et al. 2014	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si
19	Dickert, N Et al. 2009	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
20	Öhlén, J 2004	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si

Anexo 4: Tabla de criterios de calidad aplicados a los estudios cuantitativos según la Guía CONSORT

Artículo	Título y Resumen		Intro		Metodología																	
	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5	6A	6B	7A	7B	8A	8B	9	10	11A	11B	12A	12B	
2	si	si	si	si	si	-	si	si	-	-	-	si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	si	si	si	si	si	-	si	si	si	-	-	si	-	-	-	-	-	-	-	-	si	-
24	si	si	si	si	si	-	si	si	si	-	-	si	-	-	-	-	-	-	-	-	si	-

Resultados										Discusión			Otra información		
13A	13B	14A	14B	15	16	17A	17B	18	19	20	21	22	23	24	25
si	-	si	-	no	si	si	-	-	-	si	si	si	-	-	-
si	-	si	-	no	si	si	-	-	-	si	si	si	-	-	-
si	-	si	-	no	si	si	-	-	-	si	si	si	-	-	-

Anexo 5: Cuadro de artículos

Nº	Título	Año	Autores	Metodología	Resultados	Discusión
1	Nursing ethical values and definitions: A literatura review	2013	Shahriari, M Abbaszadeh, A Bahrami, M	This literature review was conducted based on the Centre for Reviews and Dissemination guidelines. The key words used to search relevant sources were nursing, ethics, ethical values, and nursing values. The search of articles in English was carried out in Medline, CINAHL, PubMed, Scopus, Ovid, and Proquest databases. The search of articles in Persian was conducted in databases of Magiran, SID, and IranDoc publications. After assessing and analyzing the obtained data, 17 articles which had a distinct definition of ethical values were chosen and subjected to a thorough study.	The search yielded 10 nursing ethical values: Human dignity, privacy, justice, autonomy in decision making, precision and accuracy in caring, commitment, human relationship, sympathy, honesty, and individual and professional competency.	This study showed that common ethical values are generally shared within the global community. However, in several areas, influences of social, cultural, and economical status and religious beliefs on values result in a different definition of these values. This study revealed that based on humanistic nature of nursing, common values in nursing protect human dignity and respect to the patients. Recognizing and definition of ethical values can help to improve nursing practice and develop codes of ethics.
2	Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis	2015	Ferri, P Muzzalupo, J Di Lorenzo, R	This descriptive cross-sectional study was carried out in 10 medical and surgical wards of a General Hospital in Modena (Italy). We collected a purposive sample of 100 patients by selecting 10 participants from each ward who met following criteria: hospitalized for more than three days, at least 18 years old, not mentally ill, willing to participate and able to speak Italian. We developed a 15-item anonymous questionnaire divided into three sections: "physical privacy", "information and autonomy", "nurse-patients respectful interaction"	The percentages of positive (preserved dignity perception) were more frequent than negative (not preserved dignity perception) and no answers with a statistically significantly difference among the three sections (Pearson chi2 = 150.41, p < 0.0001). The frequency of positive or negative answers was statistically significantly related to the preservation of dignity according to the following questions (p < 0.005, multivariate logistic regression): "privacy to use the bathroom" and "respectful interaction", as protective factors and "maintaining of body privacy", "involvement in the care process", "correct communication" as risk factors.	Dignity was quite but not completely maintained according to the standards expected by patients. According to patients' views, privacy of the body during medical procedures and respectful nurse-patient interactions were preserved more than information and verbal communication. Listening to patients' views on the specific factors they consider useful to maintaining their dignity can help in this process. Recognizing and focusing on these factors will help professionals to establish practical measures for preserving and promoting patients' dignity and providing more dignified care. Dignity should be extensively and systematically pursued as other important clinical goals.

3	<p>American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Management in Patients with Substance Use Disorders</p>	2014	<p>Oliver, J Coggins, C Compton, P Hagan, S Martelliano, D Stanton, M St. Marie, B Stroobbe, S Turner, H N</p>	<p>The American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) has updated its position statement on managing pain in patients with substance use disorders. This position statement is endorsed by the International Nurses Society on Addictions (InNSA) and includes clinical practice recommendations based on current evidence.</p>	<p>It is the position of ASPMN and InNSA that every patient with pain, including those with substance use disorders, has the right to be treated with dignity, respect, and high quality pain assessment and management. Failure to identify and treat the concurrent conditions of pain and substance use disorders will compromise the ability to treat either condition effectively. Barriers to caring for these patients include stigmatization, misconceptions, and limited access to providers skilled in these two categories of disorders.</p>	<p>Topics addressed in this position statement include the scope of conceptual models of addiction, ethical considerations, addiction risk stratification, and clinical recommendations.</p>
4	<p>Dignity as an empirical lifeworld construction – In the field of surgery in Denmark</p>	2014	<p>Rasmussen, T S Delmar, C</p>	<p>The hermeneutic phenomenological approach of Van Manen is used to analyse and interpret data collected from in-depth semi-structured interviews. The interviews explored the lived experience with two women and two men who had undergone a surgical intervention in a Danish vascular surgery department. The thematic analysis led to the basic theme: "To be an important person" illustrated by the themes: "Being a co-player," "Over exposure," and "To swallow the bitter pill."</p>	<p>The findings provide a better understanding of patient's perspective of dignity, which is characterized by a complex interaction of several factors. Nurses should be concerned with balancing expectations, values, and opinions to maintain dignity in nursing and create a common platform for collaboration.</p>	<p>This collaboration makes it possible for patients to be involved and have a voice in relation to nursing, treatment, and administering of time even though it could be at the expense of the terms of the system.</p>
5	<p>Identifying Markers of Dignity-Conserving Care in Long-Term Care: A Modified Delphi Study</p>	2016	<p>Thompson, G N McArthur, J Doupe, M</p>	<p>An initial set of markers was created by conducting an integrative literature review of existing markers and indicators of dignity in the NH setting. A modified Delphi process was used to prioritize essential dignity-conserving care markers for use by NH providers, based on factors such as the importance to fostering a culture of dignity, the impact it may have on the residents, and how achievable it is in practice.</p>	<p>Through this consensus building technique, we were able to develop a comprehensive set of markers that capture the range and diversity of important dignity-conserving care strategies for use in NHs. The final 10 markers were judged as having high face validity by experts in the field and have explicit implications for enhancing the provision of daily dignified care to NH residents.</p>	<p>These markers make an important addition to the traditional quality indicators used in the NH setting and as such, bridge an important gap in addressing the psychosocial and the less easily quantified needs of NH residents.</p>
6	<p>Moral Competence in Nursing Practice</p>	2005	<p>Jornsari, P Kunaviktikul, W Ketejian, S Chauwalit, A</p>	<p>This article presents the derivation of moral competence in nursing practice by identifying its attributes founded on Thai culture. In this process moral competence is formed and based on the Thai nursing value system, including personal, social and professional values.</p>	<p>It is then defined and its three dimensions (moral perception, judgment and behavior) are also identified. Additionally, eight attributes as indicators of moral competence are identified and selected from three basic values. The eight attributes are loving kindness, compassion, sympathetic joy, equanimity, responsibility, discipline, honesty, and respect for human values, dignity and rights.</p>	<p>All attributes are discussed by addressing the three moral dimensions in order to present how to deal with ethical issues in nursing practice. As a summary, a model of moral competence is presented to demonstrate moral competence in nursing practice in Thailand.</p>

7	Multi-Cultural Long Term Care Nurses' Perceptions of Factors Influencing Patient Dignity at the End of Life	2013	Perryakool, V S Stevens, M Kraemer, H	The study was conducted in a large, urban long-term care (LTC) facility. The participants were forty-five long-term care nurses and 26 terminally ill nursing home patients. Nurses completed an open-ended interview about their perceptions of the concept of dying with dignity and the data were analyzed using grounded theory methods.	Main themes identified as promoting patient dignity at the EOL included treating them with respect, helping them prepare for their EOL, promoting shared decision making and providing high quality tender of care. The nurses' cultural and religious backgrounds influenced their perceptions of what constitutes dignity-conserving care. Foreign-born nurses stressed the need for end-of-life rituals but this was strikingly absent in the statements of US-born nurses. Foreign-born Catholic nurses stated that the dying experience should not be altered using analgesics to relieve suffering or by attempts to hasten death by foregoing curative therapy or by other means. Both nurses and terminally ill patients completed the Dignity Card-sort Tool (DCT).	A comparison of the LTC nurses cohort to the terminally ill patient responses on the DCT revealed that the nurses felt that patient dignity was eroded when her/his wishes were not carried out and when s/he is treated without respect. In contrast, dying LTC patients felt that poor medical care and loss of ability to choose care options to be the most important factors leading to erosion of dignity.
8	Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review	2016	Parandeh, A Khaghanizadeh, M Mohammadi, E Mokhtari-Nouri, J	A literature review was conducted on quantitative and qualitative research papers in English and Persian using the PubMed, ProQuest, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Google Scholar, SID, and IranDoc databases from the year 2000 to 2013. Keywords for the search included dignity, nursing, faculty, nurse clinicians, nursing student, and humanism. In total, 12 research papers met the inclusion criteria for the integrative review.	From this review, four key themes emerged. The themes consisted of concept of human dignity (it was as an expression of the professional value in nursing settings), factors affecting human dignity (including respect, communication, autonomy and power, competency and ability, structure of the workplace, and value-based education), dimensions of human dignity (including intrinsic and professional domains), and consequences of human dignity [positive (individual and professional growth and caring professional behavior) and negative (loss of motivation, intention to leave the profession, and non-professional image of nursing in the minds of people)].	The small number of studies found for the review indicates the need for further research in the field of nurses' dignity. Recognizing nurses' dignity can help to improve the nursing practice and provide them a dignified workplace.

9	Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study	2013	Oosterveld-Vlug, M Pasman, H van Gemip, I Willems, D Ouwutekate-Philipsen, B	<p>A qualitative descriptive interview study was designed, in which in-depth interviews were performed with 13 physicians and 15 nurses. They expressed their views on the personal dignity of 30 recently admitted nursing home residents on the general medical wards of four nursing homes in The Netherlands. Interviews were transcribed and analyzed following the principles of thematic analysis.</p>	<p>According to both physicians and nurses, physical impairment and being dependent on others threatened the residents' dignity. Whether or not this led to a violation of an individual resident's dignity, depended - in staff's opinion - on the resident's ability to show resilience and to keep his/her individuality. Staff mentioned treating residents with respect and taking care of their privacy as most important elements of dignity-conserving care and strived to treat the residents as they would like to be treated themselves. They could often mention aspects that were important for a particular resident's dignity. But, when asked what they could contribute to a particular resident's dignity, they often mentioned general aspects of dignity-conserving care, which could apply to most nursing home residents. By attempting to give dignity-conserving care, physicians and nurses often experienced conflicting values in daily care and barriers caused by the lack of resources.</p>	<p>Tailoring dignity-conserving care to an individual nursing home resident appears hard to bring about in daily practice. Both attention to solve contextual barriers within the nursing home as well as more awareness of staff members for their own values, which they take as a reference point in treating residents, is needed to promote personal dignity in the nursing home setting.</p>
---	---	------	--	---	---	--

10	Patients' lived experiences regarding maintaining dignity	2015	Ali Cheraghi, M Manoookian, A Nikbakht Nasrabadi, A	<p>This qualitative study was conducted using an interpretive phenomenological approach. A total of 14 participants (9 women and 5 men) were purposefully selected, and data were collected through individual, semi-structured and deep interviews. The recorded interviews were transcribed and analyzed by the Dixelman, Allen and Tanner approach.</p>	<p>The findings of this study revealed three main themes and related subthemes regarding the meaning of preserving patients' dignity. The first main theme was "exigency of preserving the innate human dignity" and comprised two subthemes: "respect for the intrinsic equality of all humans" and "treating the patient as a valued person, not an object". The second theme was "service based on love and kindness" and included two subthemes: "being with the patient" and "inspiring the sense of being accepted and loved". The third main theme emerged as "dignifying and transcendental professional service" and consisted of two subthemes: "professional commitment to uphold patients' rights" and "enlightened practice".</p>	<p>This study revealed that the concept of maintaining patients' dignity is related to health providers' duty to preserve patients' dignity and also their moral obligation to manifest the human love that is in their own as well as their patients' nature. In conclusion, if nurses reflect on the transcendental nature of nursing care, they will value and prize their everyday bedside nursing practice and will utilize their capacities to be more human as well.</p>
11	Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran	2014	Borhani, F Abbaszadeh, A Moosavi, S	<p>This was a cross-sectional descriptive study in which data were collected through Patient Dignity Inventory (PDI). The questionnaire was completed by 280 inpatients in 2012 to determine their perspectives on their personal state of human dignity.</p>	<p>The mean score of patients' dignity was 1.89 out of 5 (SD = 0.81). A significant relationship between type of hospital and the distress caused by disease symptoms, peace of mind, and social support ($P < 0.05$). There were also relationship between type of ward and dependency ($P < 0.05$), type of disease and dependency ($P < 0.05$), gender and social support ($P < 0.05$), household size and peace of mind ($P < 0.05$). The person's satisfaction with household income showed significant relationship with symptom distress, dependency and existential distress ($P < 0.05$). Results showed a significant inverse correlation between age and patient dignity ($P = 0.005$, $r = -0.166$).</p>	<p>Studies indicate that there is a relationship between patients' dignity and mental distress, and therefore policy makers and health services officials should establish and implement plans to maintain and enhance patients' dignity in hospitals. Educating the health team, particularly the nurses can be very effective in maintaining patients' dignity and respect.</p>

12	El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería	2008	Fernández, M A Álvarez, T Ramiro, JM Martínez, S			<p>Para poder prestar unos cuidados de calidad los enfermeros han de tener en cuenta los derechos y las obligaciones emanadas de la legislación vigente, que afectan a los pacientes o usuarios del sistema sanitario, así como a los profesionales</p> <p>que trabajan en él. Tanto en la recogida de datos por parte de las enfermeras, como en el uso que se haga de los obtenidos por otros profesionales resulta imprescindible el respeto en todo momento la dignidad de las personas preservando su derecho a la intimidad.</p>
13	The perception by nurses of the significance of palliative care in patients with terminal cancer	2013	Fernandes, M Evangelista, C Platel, I Argra, G Lopes, S Rodrigues, A	<p>It is an exploratory study with a qualitative approach conducted with nurses from a hospital attending cancer patients under palliative care located in the city of João Pessoa, State of Paraíba. The study included nine nurses who worked in the hospital. The empirical material was collected using the technique of semi-structured interviews and analyzed using the content analysis technique.</p>	<p>The interpretative analysis of the interviews led to the definition of three categories: Improving the quality of life through the alleviation of pain and suffering; Palliative Care: a multi-professional study of terminal patients and their families in the grieving process; Communication: a source of dignity in the terminal care process.</p>	<p>The conclusion reached is that the study revealed that the nurses involved acknowledge the importance of the multidisciplinary team. It enables the nurses to reflect on the use of communication as an essential element of care for patient and family under palliative care. It is hoped that the data obtained may foster further research on the topic.</p>

14	New Zealand nursing students' experiences of ethical issues in clinical practice: A descriptive study	2013	Mariene, S	<p>A web-based questionnaire was developed, incorporating the ethical issues related to patient rights and patient care identified within a literature review along with a qualitative open ended question. The survey was distributed via email to members of the New Zealand Nurses Organisation (NZNO) National Student Unit (NSU). Descriptive and inferential statistical analyses were conducted to ascertain the most frequent and distressing ethical issues evaluated and to determine if any differences existed between certain groups.</p>	<p>Unsafe working conditions have proven to be the most commonly occurring and one of the most distressing ethical issues facing New Zealand Bachelor of Nursing students. Other issues that occur frequently in clinical practice are breaches of ethical principles relating to patient rights such as confidentiality, privacy, dignity and respect. The most distressing issues were found to be those that involve patient care and the compromising of the safety of patients, including unsafe working environments, unsafe health care practices and suspected abuse or neglect. Themes that emerged from the responses to the qualitative question included lack of support and supervision, bullying, end of life care issues and breaches of the ethical principle of veracity.</p>	<p>Research on this issue may be beneficial in assisting with the organisation and preparation of ethics education and the facilitating of students' clinical experiences. It is hoped that by developing ethics education around the main concerns that students have in clinical practice, this will enhance students understanding of the issues herein and their ability to respond appropriately.</p>
15	Dignity in care in the clinical setting: A narrative review	2013	Lin, Y Watson, R Tsai, Y	<p>This review aimed to explore nursing literature and research on dignity in care of inpatients and to evaluate how the care patients received in the hospital setting was related to perceived feelings of being dignified or undignified. Studies conducted between 2000 and 2010 were considered, using Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature and MEDLINE, and the search terms 'patient dignity', 'dignity in care', 'human dignity and nursing' and 'dignity and nursing ethics'.</p>	<p>Findings revealed, from the perspectives of nurses and patients, that dignity in care in the hospital setting is seen to be influenced by physical environment, staff attitude and behaviour, organisational culture and patient independence. This review can help nurses to better understand dignity in care, and for policy makers, there are implications about determining the physical environment, staff attitude and behaviour and organisational culture needed to promote patient dignity in nursing.</p>	<p>By identifying the most important factors from patients' and nurses' perspectives that contribute to dignity in care, nursing interventions, such as campaigns and education in clinical practice, can be developed.</p>

16	Dignity in care in the hospital, setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study	2011	Lin, Y Tsai, Y Chen, H	Descriptive qualitative methods were used in this study. Interviews were conducted with 40 patients purposively sampled at a teaching hospital in eastern Taiwan from May–August 2009. Audiotaped interviews were transcribed verbatim, and data in transcripts were coded and analysed by content analysis.	The major findings revealed that many hospitalised patients were satisfied with the maintenance of their dignity. Six themes that contribute to the preservation of their dignity were identified: sense of control and autonomy, being respected as a person, avoidance of body exposure, caring from the nursing staff, confidentiality of disease information and prompt response to needs.	The findings can help nurses better understand dignity in care because it is described from the patient viewpoint. By identifying the most important factors from patients' perspectives that contribute to dignity, nursing interventions in clinical practice can be further developed and improved.
17	Intensive care patients' Perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study	2015	Moen, E.K Nåden, D	The study takes a phenomenological approach, and the method of data collection is qualitative research interviews. The participants consist of seven former intensive care patients. The analysis was carried out by means of Giorgi's phenomenological analysis strategy.	Being seen and heard and having one's wishes and needs attended to are parts of dignified care. Personal and individual nursing was essential, as well as the extra involvement beyond what was expected. Being helpless and having to be cared for was unpleasant and degrading. The experience of being unable to speak could cause demeaning situations. Being met with respect was the essence of having one's dignity maintained and promoted. The sense of being treated as an object was the essence of experiences that inhibited dignity.	The findings indicate that the intensive care patients' experience of having their dignity maintained in an intensive care unit is good, despite a high-tech, busy environment. There is also potential for improvement in several areas. Awareness, moral integrity and demeanour are central to dignified patient care from the perspective of intensive care patients.
18	Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study	2011	Lin, Y Tsai, Y	For this qualitative descriptive study, data were collected in Taiwan in 2009 using in-depth interviews with a purposive sample of 30 nurses from a teaching hospital in eastern Taiwan. The audiotaped interviews were transcribed verbatim and analysed using content analysis.	Nurses' measures to maintain dignity in patient care were captured in five themes: respect, protecting privacy, emotional support, treating all patients alike and maintaining body image. Participants did not mention beneficence, a crucial element achieved through the professional care of nurses that can enhance the recovery of patients.	In-service education to help nurses enhance dignity in patient care should emphasize emotional support, maintaining body image and treating all patients alike. Our model for maintaining dignity in patient care could be used to develop a clinical care protocol for nurses to use in clinical practice.
19	Nurses' and patients' perceptions of dignity	2002	Walsh, K Kowanoko, I	This phenomenological study aimed to uncover patients' and nurses' perceptions of dignity, formulate a definition of dignity based on the experience of patients and nurses, and identify nursing practices that maintain or compromise patient dignity.	The study found that the characteristics nurses associated with dignity were many and varied. Important elements in the meaning the nurses ascribed to the notion of patient dignity were the elements of respect, privacy, control, advocacy and time. The themes which emerged from the patient interviews were similar to those which emerged from the interviews with nurses. The characteristics that patients attributed to dignity and its maintenance included respect, privacy, control, choice, humour and matter-of-factness.	

<p>20 Patient dignity in nursing: a phenomenological study</p>	<p>2002</p>	<p>Maritti, M</p>	<p>The literature review revealed a paucity of research on patient dignity. There was no clear definition of dignity that could be understood by both nurses and patients during their day to day interaction. Little was known of the maintenance of patient dignity and its influencing factors. A qualitative methodology utilising a phenomenological approach was used. A total of 102 patients and 94 nurses from medical and surgical wards in three hospitals within the United Kingdom were interviewed using semi-structured interview techniques.</p> <p>Although neither patients nor nurses specifically defined patient dignity, they came up with similar categories in terms of how they perceived patient dignity: privacy, respect, communication, the need for information, involvement in care, independence, patients' choice, form of address, decency and confidentiality. Control was only mentioned by patients. Although there was congruence between how the patients and nurses described patient dignity, it emerged that nurses tended to operate on different levels from how patients perceived the maintenance of their dignity. While nurses utilised primarily their own perception of dignity to maintain patient dignity, it was discovered that hospitalised patients went through a process of adjustment of their notion of dignity and came to a level they could accept. As a result a new concept termed Perceptual Adjustment Level (PAL) is proposed. Patients</p> <p>felt dignified if events matched with this level. This research has, therefore, proposed a tentative definition of patient dignity as <i>the fulfilment of patients' expectations or needs in terms of values within each patient's perceptual adjustment level taking into account the hospital environment.</i></p>
<p>The need for assessing patients to discover their perceptual adjustment level has been highlighted. A number of patients were satisfied with how their dignity was maintained but a significant number were not. Ways of improving the maintenance of patient dignity have also been proposed. In order to maintain patient dignity, nurses should consider six questions: "why?" signifies the needs of dignity which should be met. "Why?" highlights the importance of full explanations of the purpose of tasks carried out on patients, and whether it matters to the patient. "Who?" relates to who is going to perform the task on her or him? "Where?" considers whether privacy will be</p> <p>ensured when the tasks will be done and "how?" sensitively the tasks will be done? It is also important to make the patient aware "when?" tasks will be carried out. The main factors that influenced the maintenance of patient dignity are revealed and implications for nursing practice, management, education and research are discussed.</p>			

21	Is compassion essential to nursing practice?	2004	Hem, M Heggen, K	<p>The Norwegian Nurses' Association recently (2001) approved a new code of ethics that included compassion as one of the basic values in nursing care. This paper examines the idea of compassion in the context of the Bible story of the Good Samaritan using an analysis of qualitative data from nurses' clinical work with psychiatric patients. The aim is to show how the idea of compassion challenges nursing practice. Thereafter, the paper discusses the benefits of and premises for compassion in care work.</p>	<p>The results show that nurses tend not to be guided by compassion in their work with patients. The organisation of the day-to-day work in the hospital ward, the division of labour between nurses and doctors, and the nurses' approach to nursing were identified as influencing this tendency. The study shows that compassion is a radical concept with a potential to promote greater respect for patient's dignity.</p>	
22	Care of older people. Maintaining the dignity and autonomy of the healthcare setting	2001	Lothian, K Philip, I	<p>This series will explore key issues in the quality of health care for older people. The basis of these articles is the extensive literature reviews undertaken to inform the development of a national service framework for NHS care of older people in England. As a result of an investigation by the Observer newspaper in 1997, the UK Health Advisory Service published a report with 17 recommendations, including the establishment of the national service framework, made up of key indicators of quality care and service provision.</p>	<p>Background work for the framework covered evidence about quality in the organisation and delivery of health care for older people. It included health promotion; disease prevention; primary health care; general hospital care; specialist care by geriatric, psychogeriatric, and palliative care services; intermediate care and long term care in the community; and residential and nursing homes. Detailed attention was also given to the care of older people with stroke, falls and their consequences, depression, and dementia. Advice was based not only on evidence based practice but also on the value of fair access to care, a person centred approach, and whole systems working.</p>	<p>This series will focus on four areas relating to health care for older people. This first article examines issues relating to the dignity and autonomy of older people.</p>
23	Compassion in Health Care: An Empirical Model	2016	Sinclair, S McClement, S Raffin-Bouchal, S Hack, T Hagen, N McConnell, S Chochinov, H	<p>This grounded theory study used semi-structured interviews to investigate how patients understand and experience compassion in clinical care. Using convenience and theoretical sampling, 53 advanced cancer inpatients were recruited over a seven-month period from a specialized palliative care unit and hospital-wide palliative care service within a Canadian urban setting. Data were analyzed by four members of the research team through the three stages of Straussian grounded theory.</p>	<p>Qualitative analysis yielded seven categories, each containing distinct themes and subthemes. Together, they constitute components of the compassion model, the first empirically based clinical model of compassion. The model defines compassion as a virtuous response that seeks to address the suffering and needs of a person through relational understanding and action.</p>	<p>The components of the compassion model provide insight into how patients understand and experience compassion, providing the necessary empirical foundation to develop future research, measures, training, and clinical care based on this vital feature of quality care.</p>
24	The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department	2002	Baldursdottir, G Jonsdottir, H	<p>A 61-item questionnaire designed on the basis of Cronin and Harrison's Caring Behaviors Assessment tool, which reflected the 10</p>	<p>Results showed that subjects scored the items "Know what they are doing", "Know when it is necessary to call the doctor", "Know how to give shots, IVs, etc.", and "Know how to handle equipment" as the most important nurse caring behaviors. The subscale "human needs assistance" was ranked highest.</p>	<p>In line with several previous studies, subjects considered clinical competence to be the most important nurse caring behavior, which further emphasizes the notion of caring as a moral stance integral to all interactions with patients.</p>

25	Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas	2010	Manthorpe, J Lliffe, S Samsi, K Cole, L Goodman, C Drennan, V Warner, J	This article reports the use of five vignettes discussed by dementia care practitioners that explored the areas of dementia diagnosis, lying, incontinence, behavioural and psychological distress, and end of life care.	Each vignette promoted discussion of differences of perspectives about the ways to enhance the dignity of people with dementia in hospital, care home and community settings. The discussion confirmed that while dignity may be one quality indicator of good care potentially enhancing quality of life, it is not always straightforward. It may be more easily conceptualised when talking of physical care and treatment than other areas.	The opportunity to debate the subject and to discuss practice examples revealed differences of opinion and moral perspectives between practitioners about the use and relevance of the term dignity. These need to be acknowledged in any debates about objective and subjective definitions of quality of life.
26	Dignity, values, attitudes, and person-centred care	2011	Galloway, J	This chapter examines values and attitudes relating to the care of older people, and explores best practice regarding the promotion of person-centred care. The principles discussed within the chapter are applicable to both health and social care, and within community or other settings.		
27	Dignity and Psychotherapeutic Considerations in End-of-Life Care	2004	Chochinov, H Hack, T Hassard, T Kristjanson, L	Our research group has studied the issue of dignity, with dying patients serving as the primary informants.	This paper reviews some of our findings, including an overview of the dignity model that derives from our empirical work. Furthermore, this paper summarizes various psychotherapeutic approaches which have been considered for this vulnerable patient population. Finally, we provide the rationale based on the dignity model for a psychotherapeutic intervention we have coined dignity therapy.	This brief, individualized therapeutic approach has been informed by our dignity work, and specifically designed for application in patients nearing death.

28	Factors influencing patients' dignity. A qualitative study	2013	Mamookian, A Cheraghi, M Nasrabadi, A	<p>A purposeful sample of 14 participants with hospitalization experience was chosen, and individual in-depth semi-structured interviews were conducted for data collection. Using inductive content analysis, the themes and subthemes related to factors influencing patients' dignity were explored: "persona" ("personal beliefs" and "personal characteristics"), "communication behaviors" ("verbal interaction," "body language," "compassionate behavior," and "devoting enough time"), and "staff conduct" ("professional commitment," "adequate human resources," and "staff's proficiency and competency").</p>	<p>The findings revealed that it is essential to expand nurses' insights and knowledge about preserving patients' dignity and the factors that influence these.</p>	<p>Recognizing and focusing on these factors will help nurses to establish practical measures for preserving and promoting patients' dignity and providing more dignified care at the bedside.</p>
29	Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment	2009	Webster, C Bryan, K	<p>A purposive sample of older people took part in semi-structured interviews, which focused on their recent experiences of hospital admission. Qualitative data analysis was used. Ten participants aged 73-83 were interviewed by a nurse researcher at home. All of the participants had an unplanned admission and were discharged home.</p>	<p>The participants although generally satisfied with their care had strong views on dignity. The following factors had the potential to promote dignity: privacy for the body, cleanliness, independence and being able to exert control, sufficient time from staff, attitudes to older people and communication.</p>	<p>This study suggests that independence and effective communication are of central importance in maintaining dignity through achieving control of their situation. The participants observed that factors such as speaking inappropriately and waiting for personal care undermined older people's perceptions of dignity. A number of participants feared for their own dignity should they have cognitive problems later in their lives.</p>
30	Patient dignity in an acute hospital setting: A case study	2008	Baillie, L	<p>A qualitative, triangulated single case study design (one acute hospital), with embedded cases (one ward and its staff, and 24 patients). The study was based on a 22-bedded surgical ward in an acute hospital in England. Twenty-four patients, aged 34-92 years were purposively selected. There were 15 men and 9 women of varied socio-economic backgrounds. They could all communicate verbally and speak English. Twelve patients, who had stayed in the ward at least 2 days, were interviewed following discharge. The other 12 patients were observed and interviewed on the ward. The ward-based staff (26 registered nurses and healthcare assistants) were observed in practice. 13 were interviewed following observation. Six senior nurses were purposively selected for interviews. The data were collected during 2005. The Local Research Ethics Committee gave approval. Unstructured interviews using topic guides were conducted with the 24 patients, 13 ward-based staff and 6 senior nurses. Twelve 4-h episodes of participant observation were conducted. The data were analysed thematically using the framework approach.</p>	<p>Patient dignity comprised feelings (comfortable, in control and valued), physical presence and behaviour. The environment, staff behaviour and patient factors impacted on patient dignity. Lack of environmental privacy threatened dignity. A conducive physical environment, dignity-promoting culture and other patients' support promoted dignity. Staff being curt, authoritarian and breaching privacy threatened dignity. Staff promoted dignity by providing privacy and interactions which made patients feel comfortable, in control and valued. Patients' impaired health and older age rendered them vulnerable to a loss of dignity. Patients promoted their own dignity through their attitudes (rationalisation, use of humour, acceptance), developing relationships with staff and retaining ability and control.</p>	<p>Patients are vulnerable to loss of dignity in hospital. Staff behaviour and the hospital environment can influence whether patients' dignity is lost or upheld.</p>

<p>31</p> <p>Patients' privacy of the person and human rights</p>	<p>2005</p>	<p>Woogara, J</p>	<p>This research used an ethnographic method to determine the extent to which health professionals had in fact upheld the philosophy of these documents. Fieldwork using nonparticipant observation, and unstructured and semistructured inter-views with patients and staff, took place over six months in three acute care wards in a large district NHS trust hospital. Applying the principles of phenomenology and grounded theory, the data were analysed and the contents organized into 11 key categories, leading to the formulation of a privacy model. The level of intrusion into patients' privacy by health professionals was measured against the benchmarking of the 'dignity and privacy' factors contained in the Department of Health's The essence of care document and Article 8(2) of the Human Rights Act.</p>	<p>The findings established that patients had little privacy in the wards, and that the terms 'privacy of the person' and 'dignity' are interrelated.</p>	
<p>32</p> <p>The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care</p>	<p>2014</p>	<p>Chambers, M Gallagher, A Borschmann, R Gillard, S Turner, K Kanaris, X</p>	<p>This paper reports on the experiences of 19 adult service users who were, at the time of interview, detained under a Section of the MHA. These service users had experienced coercive interventions and they gave their account of how they considered their dignity to be protected (or not), and their sense of self respected (or not).</p>	<p>The service users considered their dignity and respect compromised by 1) not being 'heard' by staff members, 2) a lack of involvement in decision-making regarding their care, 3) a lack of information about their treatment plans particularly medication, 4) lack of access to more talking therapies and therapeutic engagement, and 5) the physical setting/environment and lack of daily activities to alleviate their boredom.</p>	<p>Dignity and respect are important values in recovery and practitioners need time to engage with service user narratives and to reflect on the ethics of their practice.</p>

33	Understanding respect: learning from patients	2009	Dickert, N Kaas,	Qualitative study from an academic cardiology clinic, using semistructured interviews with 18 survivors of sudden cardiac death.	Patients believed that respecting persons incorporates the following major elements: empathy, care, autonomy, provision of information, recognition of individuality, dignity and attention to needs.	Making patients feel respected, or valued as a person, is a multi-faceted task that involves more than recognising autonomy. While patients' views of respect do not determine what respect means, these patients expressed important intuitions that may be of substantial conceptual relevance.
34	Violation of Dignity in Care-Related Situations	2004	Óhlén, J	This study seeks to explore narratives of care-related violations for patients with life-threatening illness receiving palliative care. Narratives told in dialogues with the researcher were processed phenomenologically hermeneutically. Four structures of meanings are described: focal points in recalling the experiences, experienced consequences of being violated, relationships causing violation, and personal struggling.	The phenomenon of care-related violations means a complex experience of suffering as being abandoned, confronted with hopelessness, and further wounded. This experience may be directed toward readiness to share, introspectiveness, willingness to comprehend the incomprehensible, the riskiness of facing others, and attentiveness to acts of caring. It can be experienced in various relationships to professionals, family members and friends, to the mass media, and to welfare systems. Care-related violating episodes reveal the vulnerability of the person who is already suffering and makes him or her still more wounded, when actually comfort is expected.	To receive affirmation in the state of fragility with increased suffering provoked by care-related violations can contribute to a transformation from human degradation into dignity, finding meaning, or reaching reconciliation in suffering.