

Revisión de la literatura sobre la dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería

Ainhoa Miquela Blanquez

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).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de La Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Revisión de la literatura sobre la dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería.

Grado en Enfermería

Autor: Ainhoa MIQUELA BLANQUEZ

Tutor: Marisa MARTÍN FERRERES

Fecha de presentación: 22/05/2017

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

*A mi padre y a mi madre,
por haber hecho posible todo esto
y haber estado siempre a mi lado.*

AGRADECIMIENTOS

Tengo mucho que agradecer a mucha gente, no sólo para poder realizar este Trabajo Fin de Grado, sino por haberme acompañado a lo largo de toda la carrera.

A quién más tengo que agradecer es a las personas de mi entorno, a mi familia. En primer lugar, a mi padre y a mi madre, por su apoyo incondicional, por creer en mí aun así cuando pensaba que no lo podía llegar a lograr y por ayudarme a conseguir mi sueño: ser enfermera. Ellos siempre han sido el ejemplo claro para mí. Ellos han sido quienes han evitado que el caos inundara mi mente en los momentos de estrés. Gracias por enseñarme y recordarme los valores importantes en la vida, gracias por cuidarme, quererme y hacerme feliz.

A mis abuelos, yaya Antonia, yayo José y avi Manel. También agradezco su comprensión en los momentos más difíciles, gracias por la educación que me habéis dado, por la importancia del esfuerzo y tenacidad que habéis demostrado tener en todo momento, el luchar por lo que realmente os importa. Gracias por apoyar mi decisión de emprender los estudios de enfermería.

Gracias a mis amigas, las de toda la vida, las que siempre han estado ahí. También les agradezco sus ánimos y ayuda. Han sido un pilar importante para mí. Me he visto, en cierto modo reflejada en ellas por su lucha y esfuerzo. Gracias por vuestra compañía, me siento muy afortunada de teneros.

A mis amigas de la universidad, muchísimas gracias por acompañarme durante estos cuatro años y por los que quedan. Hemos forjado una gran amistad, nos hemos apoyado en los momentos más difíciles, hemos estado horas y horas estudiando juntas, hasta nos hemos secado en más de una ocasión las lágrimas. Definitivamente, sin vosotras esto no habría sido lo mismo, os quiero.

Gracias compañeros de Erasmus, no ha sido un periodo muy largo, pero sí intenso. Os llevaré siempre conmigo y, aún que vivamos lejos los unos de los otros, sé que os tendré siempre ahí. Gracias por dejarme vuestras casas para conectarme internet y así poder hacer el TFG, gracias por apoyarme y darme ánimos siempre.

Finalmente, a Marisa, mi tutora, por su impecable actitud, cercanía y simpatía. Por la fuerza que me ha transmitido en todas las tutorías y por luchar por un trato humanizado en esta profesión tan magnífica, gracias por hacerme ver la enfermería desde otro prisma.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | I |
| ABSTRACT | II |
| ÍNDICE DE TABLAS | III |
| ÍNDICE DE FIGURAS | IV |
| ABREVIATURAS | V |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO | 4 |
| 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 5 |
| 4. OBJETIVOS | 5 |
| 5. METODOLOGÍA | 6 |
| Consideraciones éticas | 14 |
| 6. RESULTADOS | 15 |
| 7. CONCLUSIONES | 26 |
| 8. IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA CLÍNICA | 28 |
| 9. LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS | 28 |
| 10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 28 |
| 11. REFLEXIÓN PERSONAL | 29 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 30 |
| 13. ANEXOS | 35 |
| Anexo 1: Tabla de los 30 artículos incluidos en la revisión de la literatura | 35 |

RESUMEN

Introducción: Respeto o un trato digno, son dos conceptos que preocupan a los seres humanos, especialmente cuando se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Siendo en las situaciones de enfermedad, cuando el estado de vulnerabilidad se ve incrementado. Con todo esto, este trabajo de revisión de la literatura pretende conocer y profundizar en los conceptos de dignidad y respeto en el cuidado de enfermería.

Objetivo Identificar las actuaciones de los profesionales de enfermería que preservan tanto la dignidad como el respeto del paciente.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Scielo, Cochrane Plus, Scopus y EBSCOhost. Finalmente se seleccionaron 30 publicaciones científicas para ser analizadas en esta revisión.

Resultados Se han obtenido 8 temas emergentes en los cuáles se va a profundizar en el presente estudio: Gestión de las emociones; contextualización del espacio y del entorno; conducta del equipo sanitario; comunicación por parte del paciente y del equipo sanitario; privacidad; confidencialidad; autonomía del paciente y cuidado individualizado; y respeto a la dignidad de los profesionales sanitarios.

Conclusión: Un adecuado soporte emocional, un respeto mutuo entre enfermera y paciente, un propicio ambiente físico, el respeto por la privacidad física o tratar al paciente como a un individuo completo, son algunas de las acciones que preservan tanto la dignidad como el respeto del paciente. Por otro lado, la evidencia muestra como la comunicación de salud válida para permitir al paciente dar un consentimiento informado o tomar decisiones de atención médica es, hasta ahora, insuficiente.

Palabras clave: Dignity, Respect, Nursing Care, Ethics, Hospital

ABSTRACT

Introduction: Respect or a dignified treatment are two concepts that concern humans, especially when they are in situations of vulnerability. The fact of being sick, carries an increase of vulnerability. With all this, this work of literature review aims to know and deepen the concepts of dignity and respect in nursing care.

Aim: Identify the actions of nursing professionals that preserves both the dignity and respect of the patient.

Methods: A systematic review of the literature has been carried out. The used databases have been Pubmed, Scielo, Cochrane Plus, Scopus and EBSCOhost. Finally, 30 scientific publications were obtained to be analyzed in this review.

Results: We have obtained 8 emerging themes in which we will deepen the present study: Managing emotions; Contextualization of space and environment; Behavior of the health team; Communication by the patient and the health team; Privacy; Confidentiality; Autonomy of the patient and individualized care; And respect for the dignity of health professionals.

Conclusion: An adequate emotional support, mutual respect between nurse and patient, a suitable physical environment, respect for physical privacy or treat the patient as a complete individual are some of the actions that preserve both the dignity and respect of the patient. On the other hand, the evidence shows how valid health communication to allow the patient to give informed consent or make health care decisions is, until now, insufficient.

Key words: Dignity, Respect, Nursing Care, Ethics, Hospital

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1:** Estrategia de búsqueda empleada para la revisión de la literatura _____pág. 6
- Tabla 2:** Criterios de inclusión y de exclusión de la revisión de la literatura _____pág. 7
- Tabla 3:** Resultados de la metodología del proceso de búsqueda y selección de artículos de
Pubmed. _____pág. 9
- Tabla 4:** Evaluación metodológica de las revisiones de la literatura incluidas en el estudio
según la Guía CASPe _____pág. 11
- Tabla 5:** Evaluación metodológica de los estudios RCT incluidos en el estudio según la guía
CONSORT _____pág. 12
- Tabla 6:** Evaluación metodológica de los estudios cualitativos incluidos en el estudio según la
Guía CASPe _____pág. 12
- Tabla 7:** Resultados de los temas obtenidos de los artículos seleccionados para el estudio
_____pág. 15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Metodología del proceso de búsqueda de la literatura y selección de artículos _____
_____ *pág. 8*

Figura 2: Resultados de la metodología del proceso de búsqueda y selección de artículos _____
_____ *pág. 10*

ABREVIATURAS

AACN: American Association of Colleges of Nursing

ANA: American Nurses Association

RCN: Royal College of Nursing

RCT: Randomized Controlled Trial

1. INTRODUCCIÓN

Respeto o un trato digno, son dos conceptos que preocupan a los seres humanos, especialmente cuando se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. El hecho de estar enfermo, comporta un incremento de la vulnerabilidad, puesto que, en muchas ocasiones, requiere de profesionales que le ayuden a restablecer esa situación de pérdida de salud. Del modo en que sean tratados los pacientes, dependerá su percepción acerca del respeto y la dignidad que les ofrecen los profesionales de enfermería durante su cuidado.

El concepto de dignidad, deriva de la palabra latina *dignitas*, queriendo decir originalidad y valor. Es un término que tiene muchos significados y aplicaciones potenciales. La dignidad es considerada como el sinónimo de valor, vocación y meta.

Pero, la dignidad puede ser considerada, también, como un concepto objetivo, como base de los derechos humanos, o como un concepto subjetivo, teniendo en cuenta las diferencias individuales e idiosincráticas. También puede ser considerada como un valor que hace relación a otras personas o a uno mismo: respeto por la dignidad de otras personas y respeto por la dignidad personal y profesional de uno mismo (Gallagher, 2004).

El *UK's Royal College of Nursing (RCN)*, proporciona una útil definición de dignidad en relación con la atención enfermera, que puede aplicarse a la salud como: "La dignidad se refiere a cómo las personas se sienten, piensan y se comportan en relación con la importancia o el valor de sí mismas y de los demás. Tratar a alguien con dignidad es tratar a la persona como valiosa, respetándola como a un individuo valorado".

Así mismo, el respeto está definido como, "un sentimiento positivo que se refiere a la acción de respetar; es equivalente a tener veneración, aprecio y reconocimiento por una persona o una cosa".

El respeto es uno de los valores morales más importantes del ser humano, una de las premisas más significativas sobre el respeto es que para ser respetado es necesario saber o aprender a respetar, a comprender al otro y a valorar sus intereses y sus necesidades. En este sentido, el respeto ha de ser mutuo y recíproco. Ahora bien, respetar no significa estar de acuerdo en todos los ámbitos con otra u otras personas, sino que se trata de no discriminar ni ofender a esa persona por su forma de vida y sus decisiones, siempre y cuando estas no causen ningún daño, ni afecten o irrespeten a los demás.

Todo esto implica que el respeto y la dignidad vayan ligados, si se actúa con respeto se le está proporcionando a la persona un trato digno, y viceversa. La dignidad se basa en el reconocimiento de la persona a ser merecedora de respeto, es decir, que todos merecemos respeto sin importar como seamos.

En el marco de una profesión, se identifican los valores profesionales, siendo definidos por numerosos autores y organizaciones (Altun, 2002; American Association of Colleges of Nursing, 1986; Glen, 1999; Martin, Yarbrough y Alfred, 2003). Para los profesionales de enfermería, los valores profesionales, determinan el desarrollo moral de los profesionales y marcan las bases para un cuidado orientado desde la ética (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, 2010).

A partir de todo lo descrito anteriormente, se puede decir que la enfermería se rige por la ciencia de los valores morales. Además, en los modelos conceptuales y humanísticos de enfermería, está considerada también la persona, los derechos de la persona, sus sentimientos, derechos de la sociedad, justicia, siendo ésta última tan abarcadora que se refiere a comportamientos éticos en las relaciones entre enfermera y paciente (Amaro, 2005). Como una profesión que ofrece sus servicios a las personas, la enfermería se ocupa y acepta un código de conducta que refleje el sentimiento profesional sobre lo que está bien o está mal y la aceptación de las responsabilidades profesionales que confiere la sociedad.

Hay varias organizaciones que definen y clasifican los valores morales de la profesión enfermera. De este modo podemos encontrar que según la AACN (1986), existen unos valores que definen la profesión de enfermería, entre los que se encuentran el Estético, el Altruista, la Igualdad, la Libertad, la Dignidad Humana, la Justicia o la Verdad. Sin embargo la misma AACN (1998) establece cinco de ellos como los esenciales de la profesión, estos son: Dignidad Humana, Integridad, Autonomía, Altruismo y Justicia Social. Estos valores esenciales, son los mismos que describe la American Nurses Association (2001).

La ética del cuidado es la parte en la que se destaca la sensibilidad ante la situación del paciente que sufre, ante el dolor o lo desconocido. Es muy importante aclarar que el ambiente hospitalario es muy común para los profesionales sanitarios, pero no lo es para el paciente, es por eso que se debe sentir acompañado, que no se sienta aislado, tener en cuenta sus discapacidades y su situación de vulnerabilidad, entre otros elementos importantes.

La ética del cuidado está dirigida a orientar al paciente de una forma integral sobre su enfermedad y guiarlo hacia su bienestar, para que la persona pueda emocionalmente comunicarse con su entorno de conjunto.

Hoy en día, todos estos valores se encuentran integrados dentro del cuidado en la profesión enfermera, y así lo muestran diferentes modelos de enfermería, que cuentan con una visión más humanista a la hora de prestar los cuidados.

La teoría del cuidado humano de Jean Watson, nos ofrece una visión profunda del verdadero significado del cuidado y la enfermería, y pretende ofrecer una base moral y filosófica para la profesión. Watson considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería el cual está presenciando una revolución a través de la teoría filosófica centrada en el amor y el cuidado como la base para la curación.

Por otro lado, como modelo humanístico de enfermería, encontramos la teoría del cuidado caritativo de Eriksson. Esta teoría está basada en que el cuidado es la esencia de la ciencia del cuidar. La razón básica de cuidado es la presencia del sufrimiento, el cuidado sólo puede aliviar el sufrimiento con la caridad, el amor, la fe y la esperanza y consiste en enseñar y atender, en lo que pueda ocurrir en el cuerpo, la mente o el espíritu del ser humano. El cuidado no es ni una forma de comportamiento, ni un sentimiento, el centro del cuidado es la caridad.

Con todo esto, este trabajo de revisión de la literatura pretende conocer y profundizar en los conceptos de dignidad y respeto en el cuidado de enfermería, así mismo el objetivo principal es identificar aquellas actuaciones propias, comportamientos y actitudes de los profesionales de enfermería que preservan tanto la dignidad como el respeto del paciente.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Siempre me ha llamado la atención durante las prácticas realizadas en el grado de enfermería el trato que se le da al paciente. Han sido pocas las veces en las que, estando yo presente, ha habido conflictos éticos entre el personal de enfermería y el paciente, pero sí creo que hay algunas actuaciones que tenemos que tener más en cuenta en cuanto al cuidado que se le proporciona.

Cuando una persona se encuentra ingresada en un hospital por cualquier motivo, por lo general, se encuentra en una situación desconocida y con un sentimiento de cierta incertidumbre por lo que va a suceder.

Según mi opinión, el cuidado que se le debe proporcionar al paciente no es solo el seguir medidas más prácticas como administrar la medicación, realizar procedimientos como la inserción de catéteres o sondajes o realizar curas. Creo que también se deben llevar a cabo otras acciones, menos prácticas pero que también deben ser propias de un enfermero, como pararse a escuchar al paciente, resolver sus dudas y tener en cuenta la situación por la que está pasando la persona, sin juzgarla, ya que cada uno vive los momentos de vulnerabilidad de una manera u otra. Preservar la dignidad del paciente en estos momentos más complicados y actuar con respeto, es esencial para su cuidado. Por este motivo he elegido este trabajo de final de grado, ya que, opino que es importante profundizar en otras dimensiones más humanísticas de las cualidades que debe tener un profesional de enfermería.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué se conoce sobre la dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería? ¿Cuáles son las actuaciones propias de los profesionales de enfermería que preservan tanto la dignidad como el respeto del paciente?

4. OBJETIVOS

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

Objetivo principal:

1. Identificar las actuaciones de los profesionales de enfermería que preservan tanto la dignidad como el respeto del paciente.

Objetivos específicos:

1. Conocer qué se entiende por dignidad y respeto.
2. Identificar en qué situaciones perciben los pacientes que son tratados con dignidad y respeto por los profesionales de enfermería.
3. Identificar aquellas situaciones en las que los pacientes sienten que no son tratados con dignidad y respeto.
4. Determinar qué comportamientos y actitudes de los profesionales de enfermería ayudan a preservar la dignidad y el respeto en los pacientes.

5. METODOLOGÍA

Con la finalidad de alcanzar los objetivos y poder dar así respuesta a la pregunta de investigación, se ha realizado una búsqueda bibliográfica desde el mes de agosto de 2016 hasta el mes de enero de 2017. Dicha revisión se ha basado en la localización de artículos que incluyan en el título o en el abstract las siguientes palabras clave: Dignity, respect, nursing care, ethics y hospital, combinadas con el operador booleano AND. La búsqueda se realizó de la siguiente manera:

Tabla 1: Estrategia de búsqueda empleada para la revisión de la literatura

| | Términos usados en Pubmed Central |
|-----------|--|
| #1 | Dignity |
| #2 | Respect |
| #3 | Nursing Care |
| #4 | #1 AND #2 AND #3 |
| | |
| #5 | Ethics |
| #6 | Hospital |
| #7 | #5 AND #6 |
| | |
| #8 | #4 AND #7 |

La estrategia de búsqueda se desarrolló en la base de datos Pubmed, posteriormente se aplicó también en las bases de datos Scopus, EBSCOhost, Scielo y Cochrane.

Estrategia de búsqueda utilizada:

Search (((dignity) AND respect)) AND nursing care)) AND ethics)) AND hospital

Para la selección de artículos, se consideraron los criterios de inclusión y exclusión señalados en la siguiente tabla:

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión de la revisión de la literatura

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Artículos en castellano, catalán o inglés • Artículos disponibles en texto completo • Artículos de tipo estudios de investigación o revisiones de la literatura | <ul style="list-style-type: none"> • Artículos anteriores al año 2000 • Artículos que traten de pacientes no hospitalizados • Artículos que no tengan presentes el cuidado de enfermería |

Aplicando la estrategia de búsqueda en las bases de datos mencionadas anteriormente, y tras tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, se procedió a la selección de artículos tras la revisión del resumen.

Para la selección de artículos se siguió el siguiente proceso:

Figura 1: metodología del proceso de búsqueda de la literatura y selección de artículos



A continuación, en la tabla 3, se pueden ver el número total de estudios obtenidos en el proceso de búsqueda en la base de datos Pubmed. La misma estrategia de búsqueda fue utilizada en el resto de bases de datos mencionadas anteriormente (figura 1).

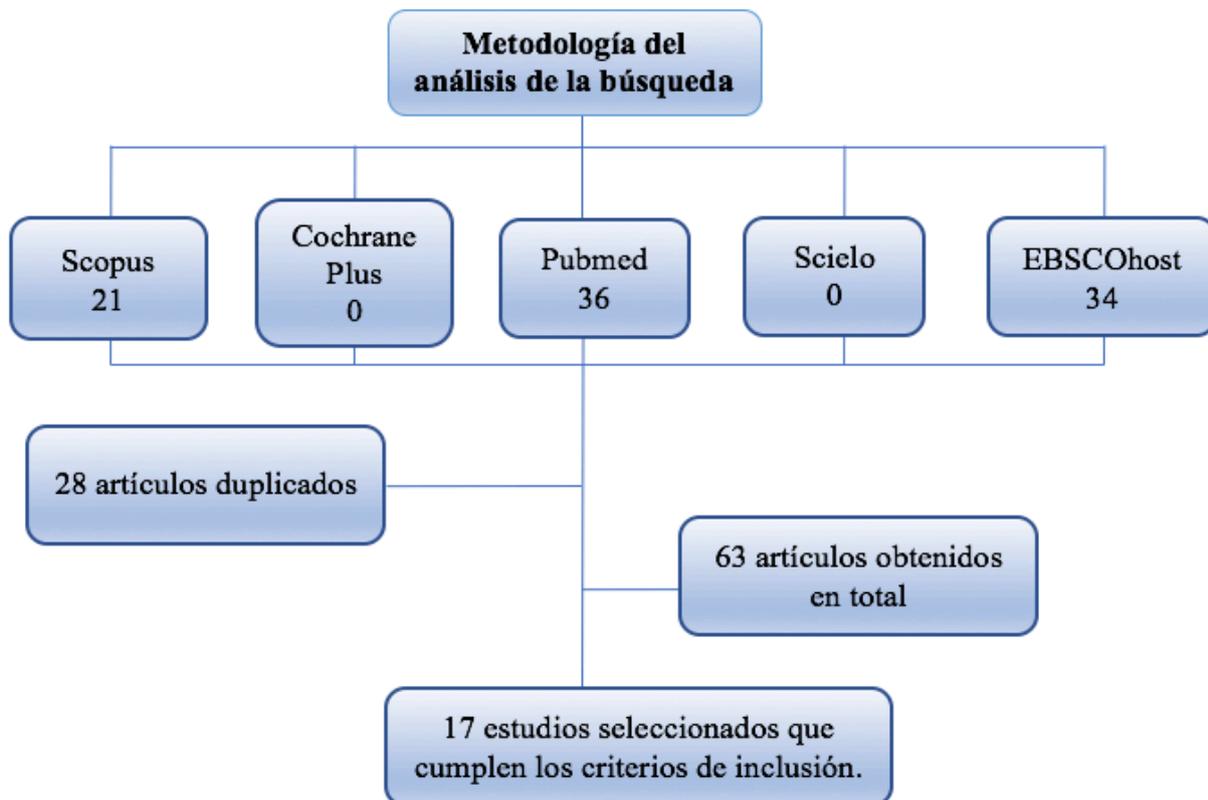
Tabla 3: Resultados de la metodología del proceso de búsqueda y selección de artículos de Pubmed.

| | Términos usados en Pubmed Central | Número de resultados |
|----|--|-----------------------------|
| #1 | Dignity | 5615 |
| #2 | Respect | 298724 |
| #3 | Nursing Care | 619895 |
| #4 | #1 AND #2 AND #3 | 264 |
| | | |
| #5 | Ethics | 188259 |
| #6 | Hospital | 3668802 |
| #7 | #5 AND #6 | 267504 |
| | | |
| #8 | #4 AND #7 | 36 |

El resultado de la revisión fue de 91 artículos en total, sumando todos los artículos de las bases de datos usadas para el estudio. De estos 91 artículos, 28 estaban duplicados, por lo que fueron 63 los artículos finalmente seleccionados. Una vez realizada la selección de los artículos de todas las bases científicas y añadiendo los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron como resultado 17 artículos.

La figura 2 ilustra los resultados de la selección de los estudios en cada fase.

Figura 2: Resultados de la metodología del proceso de búsqueda y selección de artículos



A los 17 artículos resultantes de la búsqueda primaria, se han añadido 13 artículos resultantes de la búsqueda secundaria, que se ha realizado a partir de la revisión de las bibliografías de los 17 artículos seleccionados.

Por lo tanto, se han incluido en la revisión de la literatura, un total de 30 artículos, sobre los que se ha realizado un análisis exhaustivo.

Los artículos seleccionados se distribuyeron, para su correcto análisis, en dos grupos tras la revisión del texto completo, revisiones de la literatura y estudios de investigación. En las publicaciones de revisiones de la literatura, se evaluó la calidad de las mismas mediante la guía CASPe (Cabello, 2005). Las publicaciones de los estudios de investigación se evaluaron mediante la guía CONSORT 2010 (Cobos-Carbó y Augustovski, 2011) para estudios RCT (Randomized Controlled Trial) y mediante la guía CASPe, los estudios cualitativos (Cano, González y Cabello, 2010).

En la tabla 4 se pueden observar los resultados obtenidos en la evaluación de la metodología de las revisiones de la literatura en este estudio.

Tabla 4: Evaluación metodológica de las revisiones de la literatura incluidas en el estudio según la Guía CASPe

| Artículo | | Preguntas eliminación | | Preguntas detalladas | | | Resultados | | | | |
|----------|-------------------------------|-----------------------|---|----------------------|---|-----|------------|-----|---|---|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 13 | Woogara J. 2001 (UK) | ✓ | ✓ | *** | ✓ | *** | *** | - | - | ✓ | ✓ |
| 17 | Lin Y, et al. 2013 (TW) | ✓ | ✓ | *** | ✓ | *** | *** | *** | - | ✓ | ✓ |
| 22 | Öhlén J, et al. 2004 (SE) | ✓ | ✓ | *** | ✓ | *** | *** | *** | - | ✓ | ✓ |
| 26 | Anderberg P, et al. 2007 (SE) | ✓ | ✓ | *** | ✓ | *** | *** | ** | - | ✓ | ✓ |
| 28 | Gallagher A. 2004 (UK) | ✓ | ✓ | *** | ✓ | - | *** | - | - | ✓ | ✓ |

Sí: ✓ | No: X | No evaluado: - | Poco: * | Bastante: ** | Mucho: ***

Los resultados obtenidos después de la evaluación metodológica de las revisiones de la literatura que se incluyen en el estudio según la guía CASPe han sido en su mayoría positivos. Esta guía analiza el grado de validez de cada estudio, en el caso de las revisiones de la literatura, con 10 preguntas sistemáticas. Se analiza la validez interna del estudio y la validez y precisión de los resultados.

A continuación, en la tabla 5 se muestran los resultados de la evaluación de la metodología de los estudios cuantitativos usados para la realización del estudio.

Tabla 5: Evaluación metodológica de los estudios RCT incluidos en el estudio según la guía CONSORT.

| Artículos | Titulo y resumen | | Introd. | | Métodos | | | | | | | | | | | | | | Resultados | | | | | | Discusión | | Otra información | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------|----|---------|----|---------|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|---|----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----|------------------|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1A | 1B | 2A | 2B | 3A | 3B | 4A | 4B | 5 | 6A | 6B | 7A | 7B | 8A | 8B | 9 | 10 | 11A | 11B | 12A | 12B | 13A | 13B | 14A | 14B | 15 | 16 | 17A | 17B | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 2 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | - | ✓ | - | X | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | - |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | - | ✓ | - | X | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | - |
| 6 | X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | X | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | X | ✓ | ✓ | - | X | ✓ | ✓ | X | X | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | - |
| 16 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | X | X | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | - | X | - | X | ✓ | ✓ | - | - | - | X | ✓ | ✓ | - | - | - |
| 21 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | X | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | - |
| 30 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | X | ✓ | ✓ | - | X | ✓ | ✓ | - | - | - | | |

S: ✓ | No: X | No evaluado: - | Poco: * | Bastante: ** | Mucho: ***

En cuanto a la evaluación metodológica de los estudios RCT o cuantitativos incluidos en el estudio, y valorados con la Guía CONSORT, todos describen el tipo de diseño del ensayo y los criterios de selección de los participantes, pero en ningún artículo se separa a los participantes en grupos, por lo que no se hace una secuencia de asignación aleatoria. En cuanto a los resultados, en ninguno de los artículos constan tablas que muestren características basales o demográficas, pero puede ser debido a que, para cada estudio, solamente hay un grupo general de participantes.

En la tabla 6, se muestran los resultados de la evaluación de la metodología de los estudios cuantitativos incluidos en el trabajo.

Tabla 6: Evaluación metodológica de los estudios cualitativos incluidos en el estudio según la Guía CASPe

| Artículo | Preguntas de eliminación | | | Preguntas de detalle | | | | Resultados | | | |
|----------|------------------------------|---|---|----------------------|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 1 | Baillie L. 2009 (UK) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | ** | *** | *** | *** | ** |
| 3 | Chambers M. 2014 (UK) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| 4 | Ebrahimi H, et al. 2012 (IR) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | ** | *** | ** | *** | *** |
| 7 | Koskeniemi J. 2012 (FI) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | ** | *** | *** | *** | *** | ** |
| 8 | Lin Y, et al. | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | * | * | ** | *** | *** |

| | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 2010 (TW) | | | | | | | | | | |
| 9 | Manthorpe J, et al. 2010 (UK) | ✓ | ✓ | ✓ | * | ** | ** | * | ** | *** | ** |
| 10 | Seidelin T. 2014 (SE) | ✓ | ✓ | ✓ | ** | *** | ** | *** | *** | *** | *** |
| 11 | Sabatino L. 2014 (IT) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| 12 | Shahriari M, et al. 2011 (IR) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| 14 | Lin Y, et al. 2010 (TW) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | ** | ** | ** | *** | *** |
| 15 | Nordam A. 2003 (NO) | ✓ | ✓ | ✓ | ** | *** | ** | *** | *** | *** | * |
| 18 | Manookian A, et al. 2014 (IR) | ✓ | ✓ | ✓ | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| 19 | Milika R. 2008 (UK) | ✓ | ✓ | ✓ | ** | *** | ** | *** | *** | *** | *** |
| 20 | Jacelon C. 2003 (EUA) | ✓ | ✓ | - | * | ** | ** | *** | *** | *** | ** |
| 23 | Randers I. 2003 (SE) | ✓ | ✓ | - | ** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| 24 | Walsh K, et al. 2002 (AU) | ✓ | ✓ | ✓ | ** | *** | ** | *** | ** | *** | ** |
| 25 | Woogara J. 2005 (UK) | ✓ | ✓ | ✓ | * | *** | ** | *** | *** | *** | ** |
| 27 | Henderson A. 2009 (AU) | ✓ | ✓ | ✓ | * | *** | ** | *** | *** | *** | *** |
| 29 | Dickert N, et al. 2009 (EUA) | ✓ | ✓ | - | *** | *** | ** | ** | ** | *** | *** |

En cuanto a los estudios cuantitativos revisados, los resultados se presentan de manera positiva. Sin embargo, en muchos artículos no se muestra ninguna explicación relativa a la selección de participantes (pregunta 4). Por el contrario, en la mayoría de estudios se especifica y se detallan claramente la técnica y el proceso de recogida de datos (pregunta 5), así como que se tienen en cuenta los aspectos éticos (pregunta 7), ya que, la principal fuente de obtención de datos de los estudios es mediante entrevistas a los participantes, por lo que las consideraciones éticas son esenciales.

Con el fin de poder hacer una correcta categorización de los artículos, y para su análisis posterior, se elaboró una tabla con los 30 artículos numerados, presentes en el anexo 1, los cuales posteriormente se han dividido en revisiones de la literatura y artículos de investigación. En la tabla se registra el número de artículo, el autor o autores, el año de publicación, la metodología utilizada para el estudio, los resultados obtenidos y las conclusiones.

Consideraciones éticas

Debido a la tipología de este trabajo, no se ha considerado necesario solicitar la aprobación de un comité de ética de la revisión de la literatura realizada, ni de elaborar un consentimiento informado, pues la información se ha recopilado de artículos publicados. Dicha información ha sido analizada para poder tratar los datos de mayor interés, incluyendo las referencias siempre que corresponda en este documento y así procurar evitar el plagio de los textos utilizados en la revisión de la literatura, intentando actuar en todo momento con una actitud ética y profesional. Asimismo, se declara no tener ningún conflicto de interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

6. RESULTADOS

A continuación, se comentarán los resultados obtenidos en el estudio a partir de la revisión de la literatura realizada. Mediante la metodología utilizada, se han seleccionado 30 artículos, de los que: 5 son revisiones de la literatura y 25 son estudios de investigación, de los cuales 6 estudios son de carácter cualitativo y 19 de tipo cuantitativo.

Después de analizar la calidad de los artículos mediante las guías CASPe y CONSORT, no se ha visto necesario desechar ninguno, ya que se ha comprobado que todos cumplen con los criterios de calidad y con la normativa exigida.

Para proporcionar una mejor comprensión de los resultados, se ha confeccionado una tabla donde se han agrupado los temas en común de todos los artículos seleccionados para el estudio. En este trabajo se comentarán aquellos temas en los que coinciden un total o más de 3 artículos.

Tabla 7: Resultado de los temas obtenidos de los artículos seleccionados para el estudio

| Título del tema | Número de artículo |
|---|--|
| Gestión de las emociones | 1, 2, 6, 8, 14 |
| Contextualización del espacio y del entorno | 1, 3, 7, 24 |
| Conducta del equipo sanitario | 1, 7, 10, 12, 18, 28, 30 |
| Comunicación por parte del paciente y del equipo sanitario | 3, 4, 5, 9, 17, 19, 21, 22, 26, 27 |
| Participación en el cuidado y manejo del cuidado | 3, 19 |
| Privacidad | 1, 2, 4, 8, 13, 14, 17, 19, 20, 24, 25 |
| Confidencialidad | 8, 14, 19, 29 |
| Atención a las necesidades | 17, 24 |
| Autonomía del paciente y cuidado individualizado | 2, 8, 15, 16, 17, 23, 24, 26, 29 |
| Educación al equipo sanitario | 2 |
| Relación entre angustia mental y dignidad | 2 |

| | |
|--|--------|
| Acceso a facilidades | 4 |
| Respeto por los acompañantes | 4, 7 |
| Orar con la persona | 6 |
| Respeto a la dignidad de los profesionales sanitarios | 11 |
| Compromiso e integridad profesional | 12 |
| Justicia y honestidad | 12, 29 |
| Empatía | 8, 27 |
| Poco tratamiento o sobretreatmento | 15 |
| Lenguaje corporal | 18 |
| Formas de dirigirse al paciente | 19, 20 |
| Vulnerabilidad | 22, 1 |

A continuación, vamos a proceder a plantear los resultados obtenidos en este estudio de la revisión de la literatura sobre la dignidad y el respeto en el cuidado de enfermería.

Los 8 temas emergentes en los que se va a profundizar son los siguientes: Gestión de las emociones; contextualización del espacio y del entorno; conducta del equipo sanitario; comunicación por parte del paciente y del equipo sanitario; privacidad; confidencialidad; autonomía del paciente y cuidado individualizado; y respeto a la dignidad de los profesionales sanitarios. Haciendo referencia a la última categoría, se debe mencionar que sólo la comprende un artículo, pero se ha visto necesario comentarla ya que hace referencia a la dignidad desde la perspectiva del profesional de enfermería.

Gestión de las emociones

En cuanto a las creencias de los pacientes y sus sentimientos, éstos expresan sentirse cómodos cuando se sienten seguros, felices, relajados y despreocupados. Tanto los pacientes como el personal sanitario identificaron los sentimientos como un factor central que afecta a la dignidad de las personas, como sentirse cómodos, controlados, valorados desde el respeto y fomentando la autoestima. Los atributos y actitudes de los pacientes, como la aceptación de la enfermedad, el

pensamiento racional o el sentido del humor, son factores significativos que afectan a la dignidad humana dentro del ámbito hospitalario. (Baillie, 2009; Borhani, Abbaszadeh y Moosavi, 2014).

Otro factor que puede afectar la percepción de los pacientes de sí mismos es la manera en que son percibidos por otras personas. Cuando la gente acompaña a un paciente al hospital, hay un cambio de atmósfera y todo el mundo comienza a adaptarse psicológicamente a las nuevas condiciones. La mayoría de los pacientes experimentan sentimientos menos dignos debido al miedo a perder el control, la autonomía y el espacio personal. Por lo tanto, el ambiente físico y psicológico del hospital puede reducir o incrementar los sentimientos de dependencia, paz mental y angustia mental (Borhani et al., 2014).

Del mismo modo, Lin y Tsai, (2011) muestran, en su estudio realizado, como el personal de enfermería ha mantenido la dignidad de los pacientes mediante soporte emocional. Para fomentar este apoyo se usaron habilidades comunicativas y medidas relacionadas, como alentar, escuchar o ser empáticos.

Del mismo modo, los pacientes determinan que la personalidad es un factor significativo que afecta a su dignidad. Dentro de la personalidad encontramos diversos factores entre los que se encuentran las creencias y características de cada uno. Con respecto a las creencias personales de uno mismo, se hizo referencia a la necesidad de un respeto mutuo, ya que esto influencia en la preservación de la dignidad de uno mismo y de otros. El estudio también concluyó en que no solo afecta la forma en la que se comporta el personal sanitario, sino que las características personales de los pacientes también tienen una gran influencia en la preservación de la dignidad (Lin, Tsai y Chen, 2011). Otro estudio conducido por Kisvetrová, Klugar y Kabelka (2013) afirma que los sentimientos de pérdida y amenaza a la dignidad pueden conducir a un deseo de muerte acelerada por parte del paciente.

Contextualización del espacio y del entorno

En la categoría de contextualización del espacio y del entorno, vamos a exponer resultados tanto positivos como negativos en cuanto a la práctica a la dignidad de los pacientes. Como rasgos positivos hay que destacar el estudio llevado a cabo por Baillie (2009). En este estudio, se ha hecho evidente que un ambiente físico propicio y unas instalaciones adecuadas, promovían la dignidad de los pacientes. Por ejemplo, una habitación con más espacio abierto, nueva y limpia

hace sentir mejor a uno mismo. También influye estar con un compañero en condiciones similares a la del paciente en una habitación, ya que fomentaba la comodidad.

Koskenniemi, Leino-Kilpi y Kabelka (2013) hablan sobre el respeto en el entorno hospitalario, su estudio sostiene que, un factor afín con el medio ambiente relacionado con el concepto de respeto tiene que ver con la colocación de los pacientes en la sala. Tener el apoyo de los otros pacientes en la misma habitación es algo que se consideró importante, ya que es una manera de compartir experiencias y de mirarse el uno al otro.

Como aspectos negativos que afectan a la dignidad y el respeto encontramos, por lo general, el diseño del espacio y las habitaciones, ya que, el hecho de estar en una habitación con alguien más compartiendo el baño, vulneraba la intimidad y, por tanto, la dignidad. Los pacientes concluyen en que el espacio es importante, todo el mundo requiere de su propio espacio, y más cuando se encuentran en un hospital en habitaciones en las que tienen otro compañero (Baillie, 2009; Chambers et al., 2014).

En cuanto al punto de vista de enfermería, enfermeras hablaron de la necesidad de ser conscientes y respetar el hecho de que el área de la cama del paciente era su propio espacio privado. Las enfermeras entrevistadas en el estudio llevado a cabo por Walsh y Kowanko (2002), hablaban de otras enfermeras y personal médico que se introducían en el espacio del paciente sin pedir la autorización del paciente o mediante interrupciones innecesarias durante los procedimientos.

Conducta del equipo sanitario

Según el estudio realizado por Baillie (2009), los resultados muestran que el comportamiento del personal sanitario tiene un efecto importante en la dignidad de los pacientes, este comportamiento está relacionado con situaciones que pueden violar la privacidad o interacciones autoritarias por parte del personal de enfermería. Baillie enfatizó que el comportamiento del personal hacia los pacientes debe ser tal que su dignidad se promueva durante todas las interacciones. Así mismo, también se debe respetar a los profesionales de enfermería. Cuando el valor o la dignidad de las enfermeras no se respeta de manera tangible, su propio respeto puede verse comprometido y su capacidad para respetar la dignidad de los pacientes, las familias y los compañeros se reduce (Gallagher, 2004).

Los pacientes creen que, si el personal de enfermería está comprometido con los principios éticos y profesionales, estos se preocuparán por el mantenimiento de la dignidad de los pacientes y de otros derechos, como el de ser informado y el derecho a participar en la toma de decisiones (Manookian, Cheragi y Nasrabadi, 2014).

El estudio llevado a cabo por Papastavrou et al. (2012), nos muestra que existe una falta de convergencia entre la opinión de los enfermeros y de los pacientes sobre la percepción de comportamientos respetuosos en la atención clínica y en el cuidado, por parte de los pacientes, hay más respuestas negativas en comparación con las respuestas de las enfermeras. Algunas de estas respuestas negativas estaban relacionadas con proporcionarle soporte a la persona, tener una actitud empática o identificarse con el paciente.

Por el contrario, los pacientes afirmaron que, cuando el personal de enfermería proporcionaba información e explicaciones, ofrecía opciones y promovían la independencia del paciente, éstos se sentían bajo control. Los pacientes identificaron que las interacciones que hacían que se sintieran valorados promovían su dignidad. Se destacó especialmente la cortesía (Baillie, 2009). En las respuestas de los participantes del estudio conducido por Shahriari et al. (2012) se hace hincapié en una actitud humanista en la enfermería, que se ha reflejado en la dignidad humana. Esta actitud hacia el paciente es uno de los requisitos cruciales que una enfermera debe cumplir para proporcionar un cuidado ético. Por lo tanto, respetar la dignidad del paciente y valorar a los pacientes como seres humanos están entre los componentes éticos más importantes de la enfermería.

Un comportamiento educado también fomenta la preservación de la dignidad del paciente, el comportamiento que transmite respeto se comunica a través de palabras amables, expresiones y gestos (Koskenniemi et al., 2013). La empatía también es un factor importante para la percepción del respeto y el mantenimiento de la dignidad del paciente (Rasmussen y Delmar (2014).

Comunicación por parte del paciente y del equipo sanitario

Chambers et al. (2014), en el estudio realizado, muestran como todos los entrevistados hablaron de un sentimiento de impotencia y falta de autonomía mientras estaban ingresados, lo cual se

considera como una disminución de la autoestima, esto desarrolla en la aparición de relaciones más pobres con el personal de enfermería que se pueden solventar con actitudes positivas de éstos. Al mismo tiempo, Ebrahimi et al. (2012) hablan de dos tipos de categorías dentro de la comunicación entre enfermería y paciente; la comunicación verbal y gestual inadecuada y la brecha cultural y social. Haciendo referencia a la primera categoría, los pacientes opinan que la comunicación verbal, expresiones faciales, gestos y una apariencia respetable son aspectos cruciales en un enfermero, y que estos aspectos eran insatisfactorios, en gran parte por la gran carga de trabajo, el elevado número de pacientes y la fatiga excesiva que sufren los profesionales sanitarios. En cuanto a la brecha cultural y social, el estudio fue llevado a cabo en un hospital donde pacientes y proveedores de salud hablaban un idioma distinto, lo que hacía más complicado una comunicación efectiva.

Los datos obtenidos coinciden con el trabajo de investigación llevado a cabo por Ferri, Muzzalupo y Di Lorenzo (2015), donde los resultados sugieren que la comunicación de salud válida para permitir al paciente dar un consentimiento informado o tomar decisiones de atención médica es hasta ahora insuficiente. Según el estudio, una buena relación con los pacientes puede resultar esencial para una rápida recuperación y alta hospitalaria, ésta relación debe basarse en una comunicación verbal clara, con el fin de promover la conciencia de los pacientes y la responsabilidad de sus tratamientos, llevando así al paciente a tomar decisiones acerca de su plan de cuidados. Una atención más cuidadosa a la dignidad del paciente, le permite a éste y su familia o cuidador, tolerar mejor la enfermedad y la vulnerabilidad psicológica. Por lo tanto, los procedimientos dirigidos a preservar la dignidad pueden considerarse no sólo medidas éticas, sino también modalidades eficaces para mejorar tanto el cumplimiento terapéutico de los pacientes como la relación entre el paciente y los profesionales de la salud.

El lenguaje puede convertir a las personas en objetos, por ejemplo, refiriéndose a las personas según su categoría de enfermedad o su número y no por su nombre, estamos vulnerando la dignidad de los pacientes, muchos pacientes se quejan de ser tratados como niños, y estudios revelan que los pacientes, sobre todo los mayores, desean hablar sobre la vida cotidiana, sus limitaciones, pensamientos sobre el futuro y sus necesidades (Manthorpe et al., 2010; Lin, Watson y Tsai, 2013; Anderberg, Lepp, Berglund y Segesten, 2007).

Joffe, Manocchia, Weeks y Cleary (2013), corroboran esto en el estudio realizado, donde expone que, la falta de introducción por parte del personal de enfermería, el uso inapropiado de los nombres del paciente y los argumentos entre el personal ante la presencia de pacientes son comportamientos irrespetuosos que ocasionan una falta de respeto hacia los pacientes. En

muchas ocasiones, esta forma de dirigirse al paciente causa un sufrimiento en él. Lo más importante para evitar esto, según Öhlén (2004), podría ser la preparación de los cuidadores y de la comunidad para evitar que el paciente corra el riesgo de ser tratado sin dignidad o respeto en situaciones donde se espera comodidad.

Como aspectos positivos para la preservación de la dignidad del paciente, encontramos que actitudes en el personal de enfermería como presentarse, hablar con educación y escuchar, fomentan la satisfacción en la persona cuidada. Establecer contacto visual o pedir permiso a la hora de realizar un procedimiento y explicar el porqué de éste, también son aspectos que preservan la dignidad del paciente. Las personas entienden que no siempre se puede proporcionar una “práctica ideal” por parte del personal de enfermería, ya que las enfermeras suelen estar ocupadas, pero perciben que su dignidad se mantiene cuando hay un sentido de respeto a través de la interacción enfermera – paciente (Matiti y Trorey, 2008; Henderson et al., 2009).

Privacidad

En cuanto a la preservación de la privacidad del paciente, estudios muestran que la mayoría de pacientes y personal sanitario asocian la dignidad con la apariencia: vestirse adecuadamente y no tener los cuerpos expuestos.

Estar expuesto a otras personas, la desnudez innecesaria y la ropa inapropiada suponen un desprecio por la dignidad de los pacientes. Muchos pacientes también se sienten incómodos cuando hay miembros del sexo opuesto en la habitación (como es el caso de los familiares de su compañero en las habitaciones con camas dobles) y se les realiza cualquier tipo de procedimiento sin invitarles a salir fuera, por eso consideran importante el hecho de cubrir las zonas íntimas, correr las cortinas si hay algún otro paciente en la cama de al lado o pedir permiso a la hora de realizar algún procedimiento (Baillie, 2009; Ebrahimi et al., 2012; Woogara, 2001; Lin et al., 2013; Matiti y Trorey, 2008). El estudio cuantitativo llevado a cabo por Borhani et al. (2014), evidencia que factores como la mala higiene de la ubicación, el ruido y la falta de respeto a la privacidad pueden amenazar la dignidad del paciente.

Otros estudios muestran la opinión del personal de enfermería en respecto a proporcionar dignidad en la atención del paciente, en este caso a mantener la privacidad. Los participantes del estudio, enfatizaron la importancia de la privacidad del cuerpo, donde se comentó la importancia de correr las cortinas y de mantener las zonas íntimas cubiertas. También fue mencionado por

las enfermeras que, el tener en cuenta la necesidad del paciente de estar protegido de la mirada innecesaria de los demás, es un aspecto importante en el mantenimiento de la dignidad (Walsh y Kowanko, 2002; Lin y Tsai, 2011). Los mismos resultados se pueden observar desde el punto de vista de los pacientes (Lin, Tsai y Chen, 2011).

Así mismo, Jacelon (2003), explica cómo, en un hospital, la privacidad puede llegar a ser un bien escaso. Los pacientes que participaron en el estudio hablaron sobre la privacidad como algo importante para la dignidad, particularmente en relación con el respeto y el espacio personal. Asociaban el concepto de privacidad con el momento de la higiene, con el hecho de que les pongan una bata de hospital y no su propia ropa o con el hecho de correr o no las cortinas que separan una cama de la otra. El autor, sostiene que tener dignidad es un estado dinámico, un fuerte sentido de la dignidad puede ayudar a superar desafíos presentados por la hospitalización. La dignidad percibida por uno mismo puede ser aumentada o disminuida por la forma en la que se percibe el tratamiento por otros. El respeto es una cualidad de la dignidad, y el hecho de tener privacidad, puede transmitir respeto a la persona cuidada.

Desde el punto de vista enfermero, respetar la privacidad es crucial como parte de la atención integral para satisfacer las necesidades individuales, les da dignidad a los pacientes y crea un clima de confianza, que les permite expresarse y participar libre y activamente en su propio cuidado (Woogara, 2001). La privacidad es de una naturaleza muy personal, por lo que el respeto por la privacidad personal es importante, ya que una persona sigue siendo la misma aun estando en un hospital, por lo que debe ser tratada como un individuo y con respeto (Woogara, 2005).

Confidencialidad

El concepto de confidencialidad en el ámbito sanitario es fundamental. Violar la confidencialidad del paciente quiere decir faltar al respeto y a la dignidad de éste, y así lo muestran diversos estudios. Los profesionales sanitarios siempre tienen que ofrecer la protección y el mantenimiento de la privacidad de los pacientes sobre su condición (Lin y Tsai, 2011; Lin et al., 2011).

Muchos pacientes aceptan que el intercambio de información personal entre los profesionales es una parte necesaria en su cuidado, pero están preocupados acerca de dónde ocurre esto, si se pasa el parte de enfermería en una sala de enfermería dónde pueden oír otras personas, se puede infringir la confidencialidad (Matiti y Trorey, 2008).

A parte del concepto de la confidencialidad del paciente entre profesionales, también existe el deseo de información del paciente. La provisión de información se considera un componente importante de respeto, que no se ha de negar si el paciente así lo quiere. De acuerdo con el trabajo de algunos estudiosos recientes, sugieren que los elementos de atención, empatía, dignidad, provisión de información y atención a las necesidades, todos manifestados por numerosas formas de comportamiento y mencionados por muchos de estos pacientes, pueden ser componentes importantes de lo que significa respetar a los pacientes como personas (Dickert y Kass, 2009).

Autonomía del paciente y cuidado individualizado

La autonomía significa que los pacientes pueden tomar sus propias decisiones, decidir aceptar un tratamiento y participar en su plan de cuidados, cuando los pacientes pueden elegir el tipo de atención que quieren y se tienen en cuenta sus opiniones, muestra respeto básico por ellos (Lin y Tsai, 2011; Dickert y Kass, 2009). Respetar a los pacientes en la práctica clínica incluye permitirles tomar decisiones autónomas, tratarlos como individuos completos, honrar su cultura y creencias y describir y explicarles el cuidado para que puedan dar su consentimiento informado (Lin, Watson y Tsai, 2013). Tratar a los pacientes respetuosamente y darles información, respetando su derecho a elegir, obteniendo el consentimiento informado, involucrando a los pacientes en las decisiones de tratamiento y cuidado, un mayor nivel de autonomía y sobre todo la atención de los enfermeros puede mejorar la dignidad. Las enfermeras pueden equilibrar los sentimientos de autonomía y dependencia de los pacientes a través de la comprensión de sus necesidades y requerimientos y tratándolos respetuosamente (Borhani et al., 2014).

Walsh y Kowanko (2002), muestran en su estudio como muchas enfermeras sentían que la dignidad también implica el mantenimiento de la capacidad de los pacientes, ya que les ayuda a expresar su individualidad como personas.

Pero, la autonomía no solo se refiere a la capacidad del paciente para realizar acciones en su plan de cuidado, sino que también encontramos el concepto de autonomía decisional, que consiste en la capacidad y libertad de tomar decisiones sin coerción o restricción externa. Esta es una distinción central para las personas mayores, ya que pueden ser intelectualmente y voluntariamente autónomas, pero se les impide actuar (Randers y Mattiasson, 2004).

Andrade et al. (2012), hablan sobre el concepto de voluntad anticipada y la opinión de los pacientes. En el estudio, las respuestas de los pacientes fueron diversas, aunque la mayoría de los participantes relacionó el concepto de voluntad anticipada con principios tales como la autonomía, el derecho y la voluntad de las personas sobre su cuidado. Resalta el hecho de que la mayoría los participantes la relacionan con una manera de preservar la dignidad de la persona y promover la autonomía.

Estrechamente ligado con el concepto de autonomía, un componente importante de respeto es reconocer a los pacientes como individuos únicos con preferencias particulares sobre cómo ser tratados. Respetar la integridad como un estado de totalidad del paciente implica ver a todos los pacientes como individuos. Esto significa que los profesionales de la salud tienen que respetar las personalidades de los pacientes, así como sus hábitos personales. (Dickert y Kass, 2009; Randers y Mattiasson, 2004).

Walsh y Kowanko (2002), muestra en los resultados del estudio realizado, como las enfermeras afirmaron que el paciente no debe ser visto solamente como un objeto o un cuerpo. Esto significa que se necesitaba que los pacientes tuvieran un derecho innato a ser tratados con dignidad y respeto en todas las situaciones y en todo momento, dependiendo de cómo se encontrara el paciente, si estaba consciente o inconsciente, vivo o muerto. Así mismo también se muestra la opinión de los pacientes respecto al tema. Los relatos de los pacientes subrayan la importancia de reconocer su individualidad innata, los pacientes describen una pérdida de su dignidad cuando su cuerpo es tratado como un objeto.

La confirmación de la individualidad en el cuidado implica fomentar que la persona participe activamente en las decisiones y medidas relativas a su propia atención. Esto es importante, sobretudo, en las personas mayores. La individualidad se confirma más cuando las enfermeras escuchan atentamente las experiencias de vida de las personas mayores, sus historias de vida y expectativas de futuro (Anderberg et al., 2007). Nordam et al. (2003), en su estudio, también muestra que actitud tomar con respecto a las personas mayores y su individualidad en el cuidado, expone que hay una gran diferencia de personalidad entre las personas mayores y los más jóvenes, ya que los más mayores son más emocionales, son capaces de decidir lo que quieren con exactitud y lo que tienen que conseguir.

Respeto a la dignidad de los profesionales sanitarios

El estudio de carácter cualitativo realizado por Sabatino et al. (2002), muestra las percepciones de los enfermeros en relación con la dignidad profesional de la enfermería.

El trabajo de investigación realizado categoriza los datos obtenidos de entrevistas realizadas a enfermeros en distintas dimensiones. En el presente estudio, se destacarán las más importantes.

La primera dimensión es la dignidad de los seres humanos. Se afirma que la dignidad profesional está estrechamente relacionada con la dignidad humana básica, pero se desarrolla con el tiempo, mientras que, en un ser humano, la dignidad del ser es intrínseca e inherente a las personas. Otra dimensión hace referencia a la evolución del contexto del profesional de enfermería. La profesión de enfermero está en un continuo estado de cambio tanto desde el punto legislativo como en el profesional y los conocimientos van variando en el tiempo, por lo que se tiene que enfatizar el trato digno en la profesión. En otra categoría se encuentran los valores de la identidad profesional, que son los que marcan la diferencia en un profesional de enfermería. Un trato digno y con respeto se encuentran dentro de este campo.

Los aspectos restantes están relacionados con las interacciones profesionales y la influencia de los factores del lugar de trabajo. En las interacciones profesionales, las enfermeras entrevistadas explican cómo sienten que su dignidad se ve comprometida en referencia al trato de algunos médicos, ya que no les llaman por su nombre o no valoran su trabajo. También muestran como los comportamientos poco éticos de algunas enfermeras, resultan contraproducentes para elevar la dignidad profesional, como gritar en el pasillo o hablar delante de los pacientes.

También, algunas características relacionadas con el lugar de trabajo se consideraban ofensivas a la dignidad profesional: la constante sobrecarga de trabajo, la excesiva demanda de documentos a rellenar y la escasez crónica de personal y de recursos materiales.

7. CONCLUSIONES

Tras la revisión de la literatura científica, se han podido categorizar los aspectos más relevantes que afectan a la dignidad y al respeto de los pacientes, así como las actuaciones de los profesionales de enfermería que preservan éstos dos valores y en qué situaciones sienten los pacientes que son tratados con dignidad y respeto o no.

- En cuanto a la gestión de las emociones, los sentimientos son identificados como un factor central que afecta a la dignidad de las personas. El personal de enfermería puede mantener la dignidad mediante soporte emocional y un respeto mutuo entre enfermera – paciente. Del mismo modo, los pacientes determinan que la personalidad es un factor significativo que afecta a su dignidad.
- Los pacientes han hecho evidente que un ambiente físico y unas instalaciones adecuadas promueven positivamente su dignidad. Por el contrario, un mal diseño del espacio o unas habitaciones pequeñas actúan de manera contraria. En cuanto al punto de vista de enfermería, existe la necesidad de ser conscientes y respetar el hecho de que el área de la cama del paciente era su propio espacio privado.
- La evidencia muestra como el comportamiento del personal sanitario tiene un efecto importante en la dignidad de los pacientes. Los pacientes creen que, si el personal de enfermería está comprometido con los principios éticos y profesionales, estos se preocuparán por el mantenimiento de su dignidad. Respetar la dignidad del paciente y valorar a los pacientes como seres humanos están entre los componentes éticos más importantes de la enfermería.
- De forma unánime, diversos autores confirman que una actitud positiva por parte del personal de enfermería ayuda a aumentar la autoestima del paciente mientras éste se encuentra en un hospital. Según los pacientes, la comunicación verbal, expresiones faciales, los gestos y una apariencia respetable son aspectos cruciales en un enfermero. Pero, la evidencia muestra como la comunicación de salud válida para permitir al paciente dar un

consentimiento informado o tomar decisiones de atención médica es hasta ahora insuficiente, por lo que puede significar la vulneración a la dignidad y respeto del paciente.

- En cuanto a la privacidad, hace falta resaltar que estar expuesto a otras personas, la desnudez innecesaria y la ropa inapropiada suponen un desprecio por la dignidad de los pacientes. Los pacientes y enfermeros están de acuerdo en la importancia de la privacidad del cuerpo, correr las cortinas y mantener las zonas íntimas cubiertas. El respeto por la privacidad personal es importante, ya que una persona sigue siendo la misma aun estando en un hospital, por lo que debe ser tratada como un individuo y con respeto.
- Se asocia la falta de confidencialidad y privacidad hacia el paciente como un trato falto de respeto y dignidad.
- Respetar a los pacientes en la práctica clínica incluye permitirles tomar decisiones autónomas, tratarlos como individuos completos, honrar su cultura y creencias y describir y explicarles el cuidado para que puedan dar su consentimiento informado. Proporcionar el mayor nivel de autonomía posible al paciente, mejora su dignidad.
- Así mismo, el respeto por la dignidad de los profesionales de enfermería también es importante. Factores como el trato entre profesionales, los comportamientos de otros profesionales sanitarios en el lugar de trabajo, la excesiva carga de trabajo o la escasez de personal son factores que afectan a la dignidad y respeto de los enfermeros.

En cuanto a lo que se entiende por dignidad y respeto en el cuidado de enfermería, me gustaría enfatizar que hay muchas definiciones distintas sobre ambos valores, ya que son percepciones subjetivas que para cada persona puede significar una cosa u otra. La dignidad y el respeto son dos valores éticos que van ligados y que no funcionan el uno sin el otro. Si se actúa con respeto, se está incrementando la dignidad de la persona, por eso es tan importante que un profesional de enfermería tenga en cuenta las actuaciones que preservan la dignidad y que proporcionan respeto en los pacientes.

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Una vez realizada la revisión de la bibliografía se llega a la conclusión que dicha revisión tiene implicaciones sobre la práctica clínica. Se detallan las siguientes:

- Concienciar a todo el equipo multidisciplinar de la importancia de un cuidado humanizado en la profesión enfermera.
- Mantener una actitud participativa desde enfermería para poder promover el cambio desde dentro.
- Implantar cuidados holísticos, entendiendo al paciente y familia como un todo.

Tras la revisión de la literatura, queda de manifiesto la necesidad de seguir mejorando y avanzando en el ámbito de la investigación e inclusión de los cuidados humanizados en la familia y el paciente.

9. LINEAS DE INVESTIGACION FUTURAS

Tras la revisión de la literatura, queda de manifiesto la necesidad de seguir mejorando y avanzando en el ámbito de la investigación e inclusión en los cuidados de enfermería un modelo de cuidado más humanístico y enfocado al paciente y a la familia. También se ha podido observar como de todos los artículos obtenidos, ninguno ha sido llevado a cabo en ningún hospital Español, por lo que se podría realizar un estudio de estas características en este país.

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como limitaciones para este estudio, debo resaltar la dificultad para poder acceder a muchos artículos, ya que se trataban de artículos de prepagos, no “free full text”. Esto hizo que los resultados se vieran de cierto modo limitados y no fueran todo lo completos que hubiese querido.

11. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

El trabajo de final de grado ha supuesto un gran desafío que he tenido que afrontar. Al principio, cuando vi el tema que me había tocado hacer, me sentí feliz porque es un tema que realmente me gusta y me parece muy interesante, pero me surgieron miedos y dudas ya que no sabía cómo afrontarlo. Gracias a las tutorías con mi tutora, pude hacerme una idea sobre la orientación del trabajo y hacia dónde lo quería enfocar y cómo lo iba a abordar. A partir de ese momento, con una visión más clara sobre qué información necesitaba pude empezar con la búsqueda bibliográfica de los artículos a incluir en el estudio.

Cabe decir que el inicio del trabajo fue la parte más complicada para mí, es el primer trabajo de éstas características que realizo, por lo que no sabía de qué forma iniciar los apartados del estudio. Empezar a redactar, enlazar todas las ideas y sintetizarlas no ha sido una tarea fácil.

La realización del trabajo de final de grado me ha permitido tanto a desarrollar mi pensamiento crítico como a crecer como futura profesional de enfermería.

He aprendido a realizar búsquedas avanzadas y a saber en qué buscadores científicos hacerlo, a usar gestores bibliográficos y a establecer por mí misma unos criterios de exclusión e inclusión para acotar los resultados de la búsqueda y así obtener los artículos que más me interesaban para esta revisión de la literatura.

En cuanto al crecimiento como futura enfermera, siento que gracias a este trabajo tengo una visión mucho más humanista de esta profesión. Me doy cuenta que a veces trabajamos como máquinas, haciéndolo todo muy rutinario y solo siguiendo un procedimiento detrás de otro. Haciendo este trabajo, he leído artículos los cuales tenían muchas entrevistas de pacientes que explicaban las actuaciones de enfermería que preservaban su dignidad y respeto y también las actuaciones que no. Esto me ha permitido a tener una visión más centrada hacia lo que siente el paciente, por lo que, cuando empiece a trabajar como enfermera, lo pondré en práctica adoptando una visión más humanista de ésta profesión, animando al paciente a adoptar la posición más autónoma posible a su plan de cuidados y a expresar todas sus dudas, inquietudes y miedos.

Como conclusión a todo esto, puedo decir que este trabajo me ha permitido aprender en aspectos más teóricos y científicos como es la realización de un estudio, y aspectos de carácter personal, a tener siempre en cuenta al paciente para no dejarlo nunca en un segundo plano.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*, 9(3), 269-278.
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A. L., y Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 59(6), 635-643.
- Andrade, J., García, V., Martínez, D., Miranda, C., Quesada, M., y Vargas, K. (2012) Actitud de la enfermera frente a la voluntad anticipada de la persona sobre su cuidado al final de la vida: caso de Costa Rica, 2011. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 23, 1-14.
- Amaro, M.C. (2005). Problemas éticos y bioéticos en enfermería. Editorial Ciencias Médicas. American Association of Colleges of Nursing (1986). *Essentials of colleges and university education for professional nursing*. Washington DC: American College of Nursing.
- American Association of Colleges of Nursing (1998). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington DC: American College of Nursing.
- American Nurses Association (2001). *Code of nurses with interpretative statements*. Washington: American Nurses publishing.
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal Of Nursing Studies*, 4623-37.
- 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 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.
- Cobos-Carbó, A., Augustovski, F. (2011). CONSORT 2010 Declaration: Updated guideline for reporting parallel group randomised trials. *Medicina Clinica*, 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.
- Ebrahimi, H., Torabizadeh, C., Mohammadi, E., y Valizadeh, S. (2012). Patients' perception of dignity in Iranian healthcare settings: a qualitative content analysis. *Journal of medical ethics*, 38(12), 723-728.
- 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(1), 41.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity - Two key health professional values: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-599
- Glen, S. (1999). Educating for interprofessional collaboration: teaching about values. *Nursing Ethics*, 6(3), 202-13.
- Henderson, A., Van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., y Osborne, Y. (2009). Maintenance of patients' dignity during hospitalization: Comparison of staff-patient

- observations and patient feedback through interviews. *International journal of nursing practice*, 15(4), 227-230.
- Jacelon, C. S. (2003). The dignity of elders in an acute care hospital. *Qualitative Health Research*, 13(4), 543-556.
- Joffe, S., Manocchia, M., Weeks, J. C., y Cleary, P. D. (2003). What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics*, 29(2), 103-108.
- Kisvetrová, H., Klugar, M., y Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International journal of palliative nursing*, 19(12).
- Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H. y Suhonen, R. (2013). Respect in the care of older patients in acute hospitals. *Nursing Ethics*, 20(1), 5-17.
- 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.
- Lin, Y. P., Tsai, Y. F., y Chen, H. (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
- 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.
- Lin, Y.H., Wang, L. S., Yarbrough, S., Alfred, D., y Martin, P. (2010). Changes in Taiwanese nursing student values during the educational experience. *Nursing Ethics*, 17(5), 646-54.
- Manookian, A., Cheraghi, M. A., y Nasrabadi, A. N. (2014). Factors influencing patients' dignity: a qualitative study. *Nursing ethics*, 21(3), 323-334.

- 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.
- Martin, P., Yarbrough, S., y Alfred, D. (2003). Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 291-6.
- Matiti, M. R., y Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of clinical nursing*, 17(20), 2709-2717.
- Nordam, A., Sørli, V., y Førde, R. (2003). Integrity in the care of elderly people, as narrated by female physicians. *Nursing Ethics*, 10(4), 388-403.
- Öhlén, J. (2004). Violation of dignity in care-related situations. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(4), 371-385.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E. y Jarosova, D. (2012). Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics*, 19(3), 369-379.
- Randers, I., y Mattiasson, A. C. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 63-71.
- 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.
- Sabatino, L., Kangasniemi, M. K., Rocco, G., Alvaro, R., y Stievano, A. (2016). Nurses' perceptions of professional dignity in hospital settings. *Nursing ethics*, 23(3), 277-293.
- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., Bahrami, M. y Fooladi, M. M. (2012). Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nursing ethics*, 19(1), 30-44.

Walsh, K., y Kowanko, I. (2002), Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8: 143–151.

Woogara, J. (2001). Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics*, 8(3), 234-246.

Woogara, J. (2005). Patients' privacy of the person and human rights. *Nursing ethics*, 12(3), 273-287.

13. ANEXOS

Anexo 1: Tabla de los 30 artículos incluidos en la revisión de la literatura

| Artículo | Autores | Año | Título | Metodología | Resultados | Conclusiones |
|------------|--|------|---|---|---|---|
| Artículo 1 | Ballie, L. | 2009 | Patient dignity in an acute hospital setting: a case study | 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. | Patient dignity comprised feelings (feeling comfortable, in control and valued), physical presentation 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. | Patients are vulnerable to loss of dignity in hospital. Staff behaviour and the hospital environment can influence whether patients' dignity is lost or upheld. |
| Artículo 2 | Borhani, F Abbaszadeh, A Moosavi, S | 2014 | Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran. | 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. In this study, the mean score of patients' dignity was 1.89 out of 5 (SD = 0.81). | Results indicated 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 ($P = 0.005$, $r = -0.166$). However, the relationship between employment status, health insurance, education level and the above factors were insignificant. | 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. |
| Artículo 3 | Chambers, M Gallagher, A Borschmann, R Gillard, S Turner, K Kantaris, X | 2014 | The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care | his 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). | 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. | 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. |
| Artículo 4 | Ebrahimi, H Torabizadeh, C Mohammadi, E Valizadeh, S | 2012 | Patients' perception of dignity in Iranian healthcare settings: a qualitative content analysis. | With the use of purposeful sampling, 20 patients were interviewed over an 11-month period in three educational hospitals affiliated with the government. They were questioned about experiences related to respect for their dignity during their hospital encounter. Data were processed by qualitative content analysis. | Data analysis identified nine categories and four themes. Respondents expressed their expectations and attitudes about dignity by the following themes: seeking a haven; disrespecting privacy; communicating in a vacuum; and disregard for secondary caregivers. They described how respect for their privacy, effective communication, access to facilities, and a regard for the requirements of their companions made them feel that their dignity had been | The findings indicate that almost no patient is satisfied with the quality of services with respect to maintenance of their dignity. Regardless of their hospital location and state of health, most participants had common complaints. These findings agree with the literature and confirm that grounds should be provided for conserving dignity in the healthcare system. To reach this goal, healthcare professionals should be aware of the factors that violate or preserve dignity |

| | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|---|--|
| <p>Artículo 5</p> | <p>Ferri P, Muzzalupo J, D Lorenzo R</p> | <p>2015</p> <p>Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis</p> | <p>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".</p> | <p>The percentages of positive (preserved dignity perception) were more frequent than negative (not preserved dignity perception) and no answers with a statistically significant difference among the three sections (Pearson $\chi^2 = 150.41$, $p < 0.0001$). 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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>Artículo 6</p> | <p>Kisvetrová, H Klugar, M Kabelka, L</p> | <p>2013</p> <p>Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life.</p> | <p>The study surveyed 468 Czech nurses using a quantitative questionnaire with Likert scales.</p> | <p>The most frequently used activity was 'Treat individual with dignity and respect' and the least frequently used was 'Pray with the individual'. 'Treat individual with dignity and respect' was also thought to be the most feasible activity for Czech nursing practice. Significant differences were found between nurses working in hospices and those in other sites and between religious believers and non-believers.</p> | <p>Even in the secularised Czech Republic, nurses can make use of the NIC Spiritual Support intervention in end-of-life care.</p> |
| <p>Artículo 7</p> | <p>Koskenniemi, J Leino-Kilpi, H Suhonen, R</p> | <p>2013</p> <p>Respect in the care of older patients in acute hospitals</p> | <p>The data were collected using tape-recorded interviews (10 patients and 10 next of kin) and analysed via inductive content analysis.</p> | <p>Based on the analysis, the concept of respect can be defined by the actions taken by nurses (polite behaviour, the patience to listen, reassurance, response to information needs, assistance in basic needs, provision of pain relief, response to wishes and time management) and next of kin (support, assistance and advocacy) and by factors related to the environment (appreciation of older people in society, management of health-care organizations, the nursing culture, the flow of information and patient placement).</p> | <p>This study approved respect as the basis for adopting a proper attitudinal, cognitive and behavioural orientation towards patients. Moreover, the rich data and versatile methodological analysis of the data clarified respect as a concept in the care of older patients by defining that the actions of nurses and next of kin and the environment-related factors connected to respect from the point of view of patients and their next of kin. However, the definitions have been created from a sample of older patients in acute-care settings; they have important implications for how the concept of respect will be redefined when further interview data are collected in an effort to verify the concepts. In the future, the information will be used to develop an instrument for assessing the phenomenon.</p> |
| <p>Artículo 8</p> | <p>Lin, LP Tsai YF</p> | <p>2010</p> <p>Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study.</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>Artículo 9</p> | <p>Manthorpe J1, Iliffe, S Samsi, K Cole, L Goodman, C Drennan, V Warner, J</p> | <p>2010</p> <p>Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>Artículo 10</p> | <p>Rasmussen, T Delmar, C</p> | <p>2014</p> <p>Dignity as an empirical lifeworld construction in the field of surgery in Denmark.</p> | <p>The hermeneutic phenomenological approach of Van Manen is used to analyse and interpret data collected from in-depth semi-structured interviews. 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> |
| <p>Artículo 11</p> | <p>Sabatino, L Kangasniemi, M Rocco, G Alvaro, R Stievano, A</p> | <p>2014</p> <p>Nurses' perceptions of professional dignity in hospital settings.</p> | <p>The data were collected using 20 focus group sessions in different parts of Italy. The data were analysed by means of a conventional inductive content analysis starting from the information retrieved in order to extract meaning units and sorting the arising phenomena into conceptually meaningful categories and themes.</p> | <p>Nursing's professional dignity was deeply embedded in the innermost part of individuals. Regarding the social part of dignity, a great importance was put on the values that compose nursing's professional identity, the socio-historical background and the evolution of nursing in the area considered. The social part of dignity was also linked to collaboration with physicians and with healthcare assistants who were thought to have a central role in easing work strain. Equally important, though, was the relationship with peers and senior nurses.</p> | <p>The organizational environments under scrutiny with their low staffing levels, overload of work and hierarchical interactions did not promote respect for the dignity of nurses. To understand these professional values, it is pivotal to comprehend the role of different health professions in their cultural milieu and the evolution of the nursing profession in diverse countries.</p> |
| <p>Artículo 12</p> | <p>Shahriari, M Mohammadi, E Abbaszadeh, A Bahrami, M Fooladi, MM</p> | <p>2011</p> <p>Perceived ethical values by Iranian nurses.</p> | <p>This qualitative study was conducted using the Thematic Content Analyses (TCA) method, deemed appropriate to assess nurses' ethical values related to hospital patient care. Qualitative study is the best approach in order to discover the beliefs and values among different social groups.</p> | <p>Seven major themes emerged: respect for dignity, professional integrity, professional commitment, developing human relationships, justice, honesty, and promoting individuals and the nursing profession. Iranian nurses revealed a unique and culture-based set of ethical values. This study found that Iranian nurses place a greater emphasis on preserving the dignity of those accompanying the patient and in showing regard for patients' religious beliefs in a gender appropriate environment.</p> | <p>This study revealed how nursing ethics and patient care in Iran is influenced by socio-cultural, economic and religious beliefs. Common ethical values are generally shared within the global community. However, in several areas, human reflection on religion and spirituality differs. Religion-based ethical values among Iranian nurses provide a refreshing perspective on the nurse-patient relationship and the concepts of justice, honesty and gender sensitivity. This has not been highlighted in other studies. In an Islamic system almost every aspect of life is touched by religion and spirituality.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>Artículo 13 Woogara, J 2001</p> | <p>Human rights and patients' privacy in UK hospitals</p> | <p>In order to prevent litigation for breaches of patients' privacy, it is advocated that universities and other educational institutions, the Government and NHS trusts should help to produce a clear educational strategy and protocols so that students and practitioners are well informed in this field. Although 41 European countries are presently the signatories of the European Convention on Human Rights, including the UK, it is important to stress that the principles discussed in this article are applicable world-wide.</p> | | |
| <p>Artículo 14 Yea-Pyng, L Yun-Fang, T Hsiu-Fang, C 2011</p> | <p>Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study.</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>Artículo 15 Nordam, A Sartie, V Förde, R 2003</p> | <p>Integrity in the care of elderly people, as narrated by female physicians</p> | <p>Three female physicians were interviewed as part of a comprehensive investigation into the narratives of female and male physicians and nurses, concerning their experience of being in ethically difficult care situations in the care of elderly people.</p> | <p>The interviewees expressed great concern for the low status of care for elderly people, and the need for the specialty and for the care and rights of their patients. All the interviewees' narratives concerned problems relating to perspectives of both action ethics and relational ethics. The main focus was on problems concerning the latter perspective, expressed profound concern and respect for the individual patient. Secondary emphasis was placed on relationships with relatives and other professionals.</p> | <p>The most common themes in action ethics perspective were too little treatment and the lack of health services for older patients, together with overtreatment and death with dignity. These results were discussed in the light of Lagström's ethics, which emphasize that human life means expressing oneself, in the expectation of being met by others. Both Ricoeur's concept of an ethics of memory and Aristotle's virtue ethics are presented in the discussion of too little and too much treatment.</p> |
| <p>Artículo 16 Andrade, J García, V Martínez, D Miranda, C Quesada, M Vargas, K 2012</p> | <p>Actitud del personal profesional de Enfermería frente a la voluntad anticipada de la persona sobre su cuidado al final de la vida: caso de Costa Rica, 2011 = Attitude assumed by nurses in regards to end of life decisions of people: Case of Costa Rica, 2011</p> | <p>A quantitative exploratory and transactional methodology was developed, with a random sample and a subsample multistage taking into account the national hospitals Class A; obtaining a sample of 86 nursing professionals who completed a questionnaire. The obtained data was tabulated using a statistical package.</p> | <p>The data demonstrated that although most of the participants were unfamiliar with the concept of end of life decisions, they related the said concept to the respect for the dignity, the rights and the autonomy of people in the same way they apply such ethical values when providing care.</p> | <p>The research team concluded that the sampled nursing professionals favored the mentioned ethical values over their own personal ethics and morals.</p> |
| <p>Artículo 17 Lin, Y Watson, R Tsai, Y 2013</p> | <p>Dignity in care in the clinical setting: A narrative review</p> | <p>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.</p> | <p>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. 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> |
| <p>Artículo 18 - A partir de aquí es búsqueda secundaria Manookian, A Cheraghi, M Nasrabad, A 2014</p> | <p>Factors influencing patients' dignity: A qualitative study</p> | <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. 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> | <p>As dignity represents the essence of nursing care, it is our professional duty to clarify the factors that threaten or promote patients' dignity and how to provide more dignified care. This study revealed three factors that affect patients' dignity: "persona," "communication behaviors," and "staff conduct." The personal beliefs of patients and staff, especially religious beliefs, impact their behaviors and consequently patients' dignity. The findings of this study confirmed the results of previous related studies and stressed the significance of beliefs in value actualization, excellence, and the promotion of dignity for both patients and staff.</p> |
| <p>Artículo 19 Matiti, MR Troyee, GM 2008</p> | <p>Patients' expectations of the maintenance of their dignity</p> | <p>Interviews were conducted with 102 patients in three hospitals in the UK over 18 months. The intention was to interpret what was being said and also the underlying meaning of how patients considered that their dignity was compromised.</p> | <p>The findings revealed that although many patients were satisfied with the maintenance of their dignity while in hospital, a significant number were not. Six key themes that contribute to the preservation of their dignity were identified - privacy; confidentiality; communication and the need for information; choice, control and involvement in care; respect and decency and forms of address. Patients provided details of their expectations with respect to these factors.</p> | <p>Patients, irrespective of their situation and degree of health have their own expectations in relation to their dignity. These need to be assessed and matched by relevant nursing activities to assist recovery. Relevance to clinical practice. Nurses have an important role in meeting patients' expectations of how they would like their dignity to be maintained. The identification of the most important factors that contribute to this from patients' perspective will help develop dignified nursing practice.</p> |
| <p>Artículo 20 Jacelon, C.S 2003</p> | <p>The Dignity of Elders in an Acute Care Hospital</p> | <p>The author presents an in-depth discussion of the meaning of dignity for five hospitalized elderly participants for each of three phases of hospitalization. Strategies used by the elders to affect their dignity included making meaning out of interactions with others, adjusting attitude, managing image, managing information, and life reviewing.</p> | <p>While elders were hospitalized, they used introspective, interactive, and active strategies to manage their personal integrity. Initially, the elders' primary focus of strategies was their health. As their health began to stabilize, however, the elders began to focus strategies on their dignity. The elders' autonomy was the focus of strategies as discharge approached. Throughout the elders' hospitalization experience, their dignity was affected by the procedures to which they submitted and by the staff who interacted with them.</p> | <p>Dignity was conceptualized as having personal and interpersonal attributes. The personal component, labeled self-dignity, is the elderly persons' internal definition of dignity. Hospitalized elderly individuals made meaning out of their own behavior and the behavior of others toward them by comparing said behaviors to their existing definition of dignity. Throughout the hospital stay, dignity was continuously threatened. Both decontextualization and the lack of privacy had a negative effect on the dignity of hospitalized elders.</p> |

| | | | | | | | |
|-------------|--|------|--|---|---|---|--|
| Artículo 21 | Joffe, S Manocchia, M Weeks, J. C Cleary, P. D | 2003 | What do Patients Value in Their Hospital Care? An Empirical Perspective on Autonomy Centred Bioethics | Design: Cross-sectional survey. Setting: Fifty one hospitals in Massachusetts. Participants: Stratified random sample of adults (N=27 414) discharged from a medical, surgical, or maternity hospitalisation between January and March, 1998. Twelve thousand six hundred and eighty survey recipients responded. Main outcome measure: Respondent would definitely be willing to recommend the hospital to family and friends. | In a logistic regression analysis, treatment with respect and dignity (odds ratio (OR) 3.4, 99% confidence interval (CI) 2.8 to 4.2) and confidence and trust in providers (OR 2.5, CI 2.1 to 3.0) were more strongly associated with willingness to recommend than having enough involvement in decisions (OR 1.4, CI 1.1 to 1.6). Courtesy and availability of staff (OR 2.5, CI 2.1 to 3.1), continuity and transition (OR 1.9, CI 1.5 to 2.2), attention to physical comfort (OR 1.8, CI 1.5 to 2.2), and coordination of care (OR 1.5, CI 1.3 to 1.8) were also significantly associated with willingness to recommend. 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 | Confidence and trust in providers and treatment with respect and dignity are more closely associated with patients' overall evaluations of their hospitals than adequate involvement in decisions. These findings challenge a narrow emphasis on patient autonomy and shared decision making, while arguing for increased attention to trust and respect in ethical models of health care. 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. | |
| Artículo 22 | Öhlén, J | 2004 | Violation of Dignity in Care-Related Situations | The approach of the study was life-world phenomenological (Dahlberg & Drew, 1997; Merleau-Ponty, 1962; Öhlén et al., 2002). The process was phenomenological hermeneutical and followed Ricoeur's (1991) theory of interpretation (Frid, Öhlén, & Bergbom, 2000). | The data reported here are from a 6- and 12-month follow-up of the teaching of ethics to health care professionals working with older people. The data collection method used was participant observation. Health professionals' caring behaviour in everyday situations was observed from the point of view of patients' autonomy and integrity. Theoretical frameworks relating to autonomy and integrity were used to analyse the data. | The structural framework was useful for identifying the two concepts and their relationship in everyday situations. The data suggest that the two concepts are ethically complex. Autonomy is grounded in respect for patients' ability to choose, decide and take responsibility for their own lives. Autonomy varies within and between individuals and is dependent on context and on those involved. It stresses the intrinsic value of patients, which marks their worth independently of others. Integrity, however, is bound to patients' very existence, no matter what their physical and mental conditions, and must be respected regardless of their ability to act autonomously. | The concepts of autonomy and integrity appear to presuppose one another and to be indivisible if older adult patients' dignity is to be maintained. This implies that when patients' autonomy is supported their integrity is protected and, consequently, their dignity upheld. |
| Artículo 23 | Randers, I Mattiason, A. C | 2003 | Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity | 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. | |
| Artículo 24 | Walsh, K. Kowanko, I | 2002 | Nurses' and patients' perceptions of dignity. | 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 interviews 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. | The findings established that patients had little privacy in the wards, and that the terms 'privacy of the person' and 'dignity' are interrelated. | Despite the fact that patients' privacy appeared to have been compromised by staff behaviour, the majority of patients did not perceive this as a problem. They had already accepted the fact that there was no privacy in the bays of the ward. They had learned to act as patients by adopting a front of compliance, and did not want to be seen as 'unpopular patients'. | |
| Artículo 25 | Woogara, J | 2005 | Patients' privacy of the person and human rights. | Data were collected using several databases (CINAHL, Age Info, Libris, Medline, Pub Med, Psyc INFO and Blackwell Synergy) covering the years 1990-2005. The keywords used were 'dignity', 'human dignity', 'preserving dignity', 'elderly', 'aged', combined with 'patients/persons', 'caring relation' and 'nursing'. The analysis covered 53 articles, dissertations, reports and textbooks. | Dignity may be defined as a concept that relates to basic humanity. Dignity consists of inherent and external dimensions, which are common for all humans and at the same time are unique for each person, relating to social and cultural aspects. The attributes of preserving dignity are individualized care, control restored, respect, advocacy and sensitive listening. Antecedents are professional knowledge, responsibility, reflection and non-hierarchical organization. The consequences are strengthening life spirit, an inner sense of freedom, self-respect and successful coping. | Preserving an older adult's dignity is complex. By using the attributes in, for example, nursing documentation, the action and value of preserving dignity could be made visible as a professional nursing activity. | |
| Artículo 26 | Anderberg, P Lepp, M Berglund, A Segesten, K | 2007 | Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis | This exploratory clinical study explored patient dignity within the acute hospital environment through observation of staff-patient interactions and interviews with patients. Dignity can be influenced through two major mediums—maintenance of the physical environment and the communication style of the nurse. | The findings identified deviations to ideal practice in the maintenance of the physical environment and communication styles of the nursing staff. Maintenance of dignity and privacy were not identified by patients during the interviews as being under threat despite deviations to ideal practice being observed. Patients possibly accept that 'ideal practice' is not always provided to them because nurses are 'busy', or other factors take precedence in this environment. It is possible that a prevailing culture influences patients' perceptions of whether dignity is maintained. | Patient complaints often focus around a perception that they were not adequately cared for. This might refer to the amount of time a staff member spent with a patient or the patients' perceptions of dignity and respect being afforded to them. It is therefore important to further explore the preconditions or factors that are likely to result in patients expressing their dissatisfaction. The organization is a key factor in how care is organized and delivered, and is accordingly instrumental in shaping the nature of patient interactions. These preliminary results suggest patients are accepting of considerable deviations in care provision if they perceive the organization is working in their best interests. Verbal exchanges can be powerful in communicating consideration and respect to patients. | |
| Artículo 27 | Henderson, A Van Eps, M.A Pearson, K James, C Henderson, P Osborne, Y | 2009 | Maintenance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|--|------|--|---|---|---|
| Artículo 28 | Gallagher, A | 2004 | Dignity and respect for dignity – two key health professional values: implications for nursing practice. | Revisión de la literatura | | |
| Artículo 29 | Dickert, N Kass, N | 2009 | Understanding respect: learning from patients | 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. |
| Artículo 30 | Papastavrou, E Efsthathiou, G Merkouris, A Tsayari, H Suhonen, R Leino-Kilpi, H Patinaki, E Karlou, C Balogh, Z Palese, A Tomietto, M Jarosova, D | 2012 | Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study | A convenience sample of 1537 patients and 1148 nurses from six European countries (Cyprus, Czech Republic, Finland, Greece, Hungary and Italy) participated in this study during autumn 2009. The six-point Likert-type Caring Behaviours Inventory-24 questionnaire was used for gathering appropriate data. | The findings showed statistically significant differences of nurses' and patients' perception of frequency on respect and human presence. | These findings provide a better understanding of caring behaviours that convey respect and assurance of human presence to persons behind the patients and may contribute to close gaps in knowledge regarding patients' expectations. |