

## تبیین تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران از حفظ کرامت انسانی بیمار

آرپی مانوکیان<sup>۱</sup>، محمدعلی چراغی<sup>۲\*</sup>، علیرضا نیک‌بخت نصرآبادی<sup>۳</sup>، حمید پیروی<sup>۴</sup>، محبوبه شالی<sup>۵</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

حفاظت از کرامت انسانی بیماران یکی از مهم‌ترین الزامات اخلاقی حرف پزشکی و پرستاری است. در واقع، احترام به کرامت انسانی بیمار که به کرات در استانداردهای ملی و بین‌المللی پرستاری مورد تأکید قرار گرفته است، ماهیت بنیادی مراقبت پرستاری را تشکیل می‌دهد.

مطالعه‌ی حاضر مبتنی بر رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی تفسیری است که هدف از انجام آن کشف معنای حفظ کرامت انسانی بیمار بر اساس تجارب زیسته‌ی پرستاران است. در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۲ مشارکت‌کننده انتخاب شدند و در طی ۱۶ جلسه مصاحبه‌ی عمیق، فردی و نیمه‌ساختاریافته با آنان داده‌های مطالعه گردآوری شد. متن مصاحبه‌های ضبط شده پس از مکتوب‌سازی، بر اساس رویکرد هرمنیوتیک و با استفاده از روش تجزیه و تحلیل Allen, Diekelmann, Tanner (۱۹۸۹) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مصاحبه‌های مذکور تا زمان دستیابی به یک تفسیر غنی و عدم استخراج داده‌های جدید ادامه یافت. مضامین استخراج شده در این پژوهش عبارت بودند از: «احترام به فطرت برابر انسانی»، «مراقبت حرفه‌ای بیمار محور» و «احترام به حقوق همراهان» که در نتیجه امتزاج افق‌های حاصل از تجارب مشارکت‌کنندگان و پیش‌داشت‌های ذهنی محققان پدیدار شد.

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که احترام به حقوق بیمار و همراهان وی، در راستای توجه به انسانیت و منحصر به فرد بودن هر یک از آن‌ها، از الزامات اساسی حفظ و ارتقاء منزلت انسانی بیماران و ارائه‌ی مراقبت اکرام‌بخش در بالین است.

**واژگان کلیدی:** کرامت انسانی، بیمار، پرستار، پدیدارشناسی تفسیری

<sup>۱</sup> دکتری پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> دانشیار، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> استاد، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> دانشیار، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران

<sup>۵</sup> مربی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

\* نشانی: تهران، میدان توحید، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، تلفن: ۶۶۹۲۷۱۷۱.

Email: [mcheraghi@tums.ac.ir](mailto:mcheraghi@tums.ac.ir)

## مقدمه

در فراخنای تاریخ حیات انسان، مقوله‌ی کرامت انسانی همواره در کانون توجه اندیشه‌ورزان بشری بوده است. این مهم، در کلیه‌ی ادیان توحیدی مورد تأکید قرار گرفته و در حقیقت کوشش کلیه‌ی پیامبران الهی و پیشوایان دینی برای دفاع و حفاظت از کرامت ذاتی انسان بوده است. علاوه بر جایگاه و اهمیت این مهم در دیدگاه دینی، این پدیده در حرفه‌ی پرستاری نیز همواره مورد توجه قرار گرفته است. در حقیقت، جوهره و ماهیت اساسی مراقبت در پرستاری، حفاظت از منزلت انسانی بیمار بوده و احترام و صیانت از مقام و ارزش انسانی وی، محور اصلی فعل پرستاری را تشکیل می‌دهد (۲، ۱). سازمان‌ها و انجمن‌های بین‌المللی پرستاری همواره اهمیت این مسأله را متذکر شده‌اند (۵ - ۳). در همین راستا، در آیین اخلاق پرستاری جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰) موارد ذیل به‌عنوان یکی از مبانی ارزشی حرفه‌ی پرستاری مورد تأکید قرار گرفته است. همه‌ی انسان‌ها از شأن و کرامت والای انسانی برخوردارند و لازم است در هر حالتی مورد احترام قرار گیرند ولی بیمار یا فرد سالمی که نیازی در رابطه با سلامت خود دارد، شایسته‌ی توجه و احترام ویژه‌ای است. لذا تمامی بیماران، بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، توسط پرستار مورد احترام و حمایت روحی- روانی قرار می‌گیرند (۶).

این واقعیت که بیماران یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی‌اند (۸، ۷)، اهمیت توجه به حفظ کرامت انسانی آن‌ها را در بالین دوچندان می‌سازد. انسان‌ها هنگام بستری در بیمارستان، ضمن ورود به محیطی نا آشنا و محاط با افرادی غریبه، مجبور به ترک نقش‌ها و فعالیت‌های معمول روزانه‌ی خود بوده، با فعالیت‌ها و امور جدیدی که توسط اعضای تیم پزشکی و پرستاری تعیین می‌شود، مواجه شده و از سوی دیگر، متعاقب شرایط جدید ایجاد شده، معمولاً با یک‌سری از

نیازها و انتظارات جدید روبه‌رو می‌شوند. از طرفی، در بالین موقعیت‌ها و شرایط بسیاری وجود دارد که خود بالقوه، می‌توانند تهدیدکننده‌ی کرامت انسانی بیماران باشد. در صورتی که شأن و منزلت بیمار حفظ شود وی احساس راحتی، اطمینان و ارزشمند بودن می‌کند و می‌تواند تصمیمات لازم را در رابطه با فرایند درمانی مراقبتی خویش اتخاذ کند؛ برعکس، در صورتی که منزلت انسانی وی مورد بی‌احترامی قرار گیرد، ضمن تجربه‌ی احساس عدم اطمینان، حقارت و شرمساری، برآیندهای درمانی مراقبتی وی نیز تحت‌الشعاع قرار گرفته و زمان بستری وی در بیمارستان طولانی‌تر می‌شود (۹، ۸).

با توجه به تماس طولانی‌مدت پرستاران با بیماران، حفظ کرامت انسانی بیمار، در گرو نوع کنش و واکنش‌های پرستار در قبال مولفه‌های کرامت انسانی است. به بیان دیگر، در واقع، دیدگاه پرستاران در رابطه با کرامت انسانی بیماران و احترام به آن، ارتباط مستقیمی با نوع بینش آنان نسبت به اصول اخلاقی شخصی و مورد قبول آنان دارد. به‌عبارتی، می‌توان پرستاران را به‌عنوان عوامل اخلاقی در نظر گرفت که از ثروت اخلاقی لازم جهت احترام به کرامت انسانی برخوردارند. بر پایه‌ی این اصول اخلاقی است که پرستاران به صورت اخلاقی استدلال، تصمیم‌گیری و عمل می‌کنند (۱۰). لذا، تبیین تجربه‌ی زیسته<sup>۱</sup>ی پرستاران در مورد حفظ کرامت انسانی بیمار می‌تواند به تصریح ابعاد حفظ کرامت انسانی بیمار کمک شایانی کند. مخصوصاً موضوع پیش‌گفت در حالی مورد اهمیت است که پرستاران معمولاً در سیستم‌هایی مشغول به فعالیت هستند که با توجه به شرایط خاص خود، با عواملی از جمله تنش‌ها، فشارهای شغلی و کمبود نیروی انسانی مواجه‌اند و اغلب با موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند که امکان تحت‌الشعاع قرار گرفتن یکپارچگی حرفه‌ای و عملکرد

<sup>1</sup> Lived experiences

اخلاقی وجود دارد (۱۱). با توجه به اهمیت مقوله‌ی حفظ کرامت انسانی بیماران، پژوهشی که به تشریح حفظ کرامت انسانی بیمار بر اساس تجارب زیسته‌ی پرستاران در بافت ایران پردازد یافت نشد. امید است که نتایج حاصل از این پژوهش، ضمن بازتعریف معنای حفظ کرامت انسانی بیمار در بالین، در جهت ارتقاء عملکرد بالینی پرستاری مبتنی بر احترام به شأن انسانی بیمار کمک کننده باشد.

### روش کار

از آنجایی که تحقیقات کیفی با رویکردی نظام‌مند و ذهنی به توصیف تجارب انسانی و معنا بخشی به آن‌ها می‌پردازند (۱۲)، مطالعه‌ی حاضر بر اساس رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی تفسیری و با هدف تبیین تجارب زیسته‌ی پرستاران از حفظ کرامت انسانی بیمار در بالین انجام شد. در این مطالعه، محیط پژوهش شامل بخش‌های داخلی-جراحی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تهران بوده است. انتخاب مشارکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت؛ در این روش نمونه‌گیری، مشارکت‌کنندگان از میان افرادی انتخاب می‌شوند که دارای اطلاعات غنی در رابطه با سؤال اصلی و هدف‌محوری پژوهش باشند (۱۵ - ۱۳). معیار انتخاب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری؛ داشتن حداقل یک‌سال سابقه‌ی کار در بالین؛ داشتن تجارب غنی در زمینه‌ی حفظ کرامت انسانی بیمار؛ تمایل به مشارکت در پژوهش و ارائه‌ی تجارب خود. در پژوهش حاضر سعی شد در طی فرآیند انتخاب مشارکت‌کنندگان، حداکثر تنوع ممکن از لحاظ ملاک‌هایی هم‌چون سن، سابقه‌ی کاری، سمت، تحصیلات و ... مد نظر قرار گیرد. در مجموع، داده‌های این مطالعه با مشارکت ۱۲ پرستار و در طی ۱۶ جلسه مصاحبه‌ی عمیق، فردی و نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد. فرآیند انتخاب مشارکت‌کنندگان تا زمان دستیابی به یک تفسیر غنی و عدم پدیدارشدن داده‌های جدید در طی انجام مجموع مصاحبه‌ها یا

به‌عبارتی تا اشباع نتایج ادامه یافت (۱۵، ۱۴). مدت زمان مصاحبه بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید. مصاحبه‌ها توسط نویسنده‌ی اول و پنجم در یک فضای خلوت بر حسب تمایل و راحتی مشارکت‌کنندگان (در محیط بیمارستان یا دپارتمان دکتری دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، هدایت شد. هم‌چنین، در جریان گردآوری داده‌ها، کل مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ضبط شده و بر روی رایانه انتقال یافت. سؤالات اصلی پژوهش عبارت بودند از:

- کرامت انسانی بیمار برای شما به چه معناست؟
  - چه تجاربی در زمینه‌ی حفظ کرامت انسانی بیمار یا بی‌احترامی به کرامت انسانی وی دارید؟ لطفاً توضیح دهید.
  - لطفاً بفرمایید برای حفظ کرامت انسانی بیماران چه کارهایی در بیمارستان انجام می‌شود؟ شما خودتان شخصاً در این زمینه چه کارهایی می‌کنید؟
- با توجه به پایه‌های فلسفی پژوهش حاضر، با محوریت ضرورت لحاظ کردن پیش‌داشته‌های ذهنی و تجارب محققان در فرآیند تفسیر داده‌ها و دستیابی به بالاترین سطح انتزاع در تبیین معنای حفظ کرامت انسانی بیمار، پژوهشگران از روش Tanner, Allen, Diekelmann (۱۹۸۹) جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش استفاده کردند. این روش هفت مرحله‌ای یکی از متداول‌ترین روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی است که بر اساس دیدگاه‌های هرمنیوتیکی و ویژگی‌های مربوطه هدایت می‌شود (۱۳). در رابطه با فرآیند مذکور، ابتدا متن مصاحبه‌ی پیاده شده به دقت خوانده می‌شد تا یک ایده‌ی کلی درباره‌ی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به‌دست آید (مرحله‌ی اول)؛ در گام بعدی پس از مرور مجدد کل متن، خلاصه‌ی تفسیری مربوط به هر مصاحبه نوشته می‌شد (مرحله‌ی دوم)؛ با پیشرفت روند مصاحبه‌ها، پس از استخراج درون مایه‌های حاصل از بیانات مشارکت‌کنندگان،

روش‌های افزایش اعتبار داده‌ها بازبینی توسط همکاران است (۱۵). در پژوهش حاضر نیز با توجه به انتخاب روش Dikelman جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، تمرکز اصلی محققان در خصوص تأمین مقبولیت یافته‌ها بیش‌تر بر روش بازبینی، بحث و تبادل نظر اعضای تیم تحقیق استوار بود. در رابطه با معیار اعتمادپذیری و تأییدپذیری، محققان با تشریح جزئیات روند انجام پژوهش و توضیح دقیق مراحل طی شده؛ امکان پیگیری مراحل مورد استفاده و چگونگی دستیابی به نتیجه‌گیری نهایی را فراهم کردند. هم‌چنین، در ارتباط با معیار انتقال‌پذیری، Streubert و Carpenter معتقدند این ویژگی نشان‌دهنده احتمال معنی‌دار بودن نتایج تحقیق در موقعیت‌های مشابه بوده و تحت عنوان تناسب<sup>۵</sup> نیز از آن یاد می‌کنند (۱۵).

لازم به ذکر است که مقاله‌ی حاضر نتیجه‌ی طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با عنوان تبیین تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران از حفظ کرامت انسانی بیمار است (کد طرح ۹۱-۱۲۳-۰۲-۱۷۹۳۵). در این مطالعه کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ تأییدیه‌ی کمیته‌ی اخلاق، اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه، تشریح شفاف هدف مطالعه، حفظ گمنامی مشارکت‌کنندگان، اختیار انصراف مشارکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش و توجه به رفاه جسمی و روانی آن‌ها رعایت شد.

### نتایج

در این مطالعه ۱۲ پرستار زن در محدوده‌ی سنی ۲۲-۵۸ سال با میانگین ۳۷/۵ سال، میزان سابقه‌ی کاری بین ۳-۳۵ سال و با میانگین ۱۴/۵ سال شرکت کردند. ۳ نفر از مشارکت‌کنندگان سرپرستار و ۹ نفر پرستار بودند؛ هم‌چنین، نیمی از مشارکت‌کنندگان کارشناس و نیمی دیگر کارشناس ارشد پرستاری بودند.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که حفظ کرامت

نشست‌های مکرر میان اعضای تیم تحقیق تشکیل شد که طی آن ضمن بیان آزادانه‌ی برداشت‌های شخصی خویش در رابطه با مصاحبه‌ها و خلاصه‌های تفسیری مربوطه، به بحث و تبادل نظر در رابطه با درون‌مایه‌های پدیدار شده پرداختند (مرحله‌ی سوم)؛ هم راستا با استخراج مضامین، در صورت نیاز برای رفع هر گونه ابهام و روشن‌سازی برداشت‌های متفاوت اعضای تیم، مجدداً به متن مصاحبه یا خود مشارکت‌کننده مراجعه می‌شد (مرحله‌ی چهارم)؛ در مراحل بعدی با مشخص شدن اشتراکات و تفاوت‌های حاصل از بیانات مشارکت‌کنندگان و خلاصه تفسیری‌های انجام‌شده، تفاسیر صورت‌گرفته بازنویسی شده و مجدد برای بحث و بررسی در اختیار اعضای تیم تحقیق قرار گرفت. در این راستا، پس از توافق اعضای تیم تحقیق در خصوص خلاصه‌ی تفسیری ترکیبی حاصل از امتزاج افق‌های محققان و مشارکت‌کنندگان، الگوی بنیادین پژوهش شکل گرفت (مرحله‌ی پنجم و ششم) و در مرحله‌ی آخر، نسخه‌ی پیش‌نویس از درون‌مایه‌ها، همراه گزیده‌هایی منتخب از متن مصاحبه‌ها به اعضای تیم مفسر جهت استخراج و اعمال پیشنهادات آنان در گزارش نهایی ارائه شد (مرحله‌ی هفتم).

در این پژوهش صحت و دقت مطالعه با استفاده از استاندارد طلایی عنوان‌شده از سوی Guba و Lincoln بررسی شد. آن‌ها چهار معیاس مقبولیت<sup>۱</sup>، اعتمادپذیری<sup>۲</sup>، تأییدپذیری<sup>۳</sup> و انتقال‌پذیری<sup>۴</sup> مرتبط با تحقیقات کیفی را عنوان نمودند (۱۴). در رابطه با مقبولیت یا قابلیت اعتبار داده‌ها، پژوهشگران ضمن درگیری درازمدت با داده‌ها (بالغ بر شش‌ماه)، حضور در بالین و مشاهده‌ی وقایع روزانه در رابطه با تکریم بیماران و برقراری ارتباطی مؤثر با مشارکت‌کنندگان؛ پشتوانه‌ی تأمین یافته‌های معتبر را فراهم کردند. یکی دیگر از

<sup>1</sup> Credibility

<sup>2</sup> Dependability

<sup>3</sup> Confirmability

<sup>4</sup> Transferability

<sup>5</sup> Fittingness

انسانی بیمار بر اساس تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران به معنای احترام به فطرت برابر انسانی؛ مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور و احترام به حقوق همراهان بود. در حقیقت، مضامین مذکور در نتیجه‌ی امتزاج افق‌های حاصل از تجارب زیسته‌ی مشارکت‌کنندگان پژوهش با پیش‌داشته‌های ذهنی محققان پدیدار شدند. یافته‌های این پژوهش بیانگر این حقیقت است که حفظ ارزش و منزلت انسانی بیمار در بالین، زمانی تحقق خواهد یافت که احترام به فطرت برابر انسانی به‌عنوان بنیادی‌ترین حقوق بیمار و دریافت مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور به‌عنوان حق اختصاصی وی رعایت شود. در این راستا، اغلب برخی از جوانب حقوق بیماران از جمله احترام به حقوق همراهان مورد غفلت واقع شده و حفظ کرامت انسانی آن‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

#### الف) احترام به فطرت برابر انسانی

اظهارات مشارکت‌کنندگان در رابطه با این حق انسانی، غالباً بر مشترک بودن خاستگاه و حیثیات برابر کلیه‌ی انسان‌ها متمرکز بود. بر این اساس، پرستاران ضمن اشاره به برابری ارزش انسانی بیمار و پرستار، ارائه‌ی خدمات برابر جهت کلیه‌ی بیماران، بدون توجه به عواملی چون جنس، مذهب، وضعیت اقتصادی... را هم معنا با حفظ کرامت انسانی بیمار توصیف کردند. هم‌چنین، تجارب آنان بیانگر این مهم بود که نحوه‌ی رفتار محترمانه‌ی پرستار با بیمار باید به‌گونه‌ای باشد که پرستار انتظار دریافت آن رفتار را از دیگران دارد. به‌عبارتی، حفظ کرامت انسانی بیمار در صورت تحقق هر آنچه بر خود می‌پسندی بر دیگران نیز بیسند معنی‌دار خواهد بود. در رابطه با منوط بودن رفتار محترمانه با بیماران به عواملی چون سواد و فرهنگ یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان کرد:

[ دوران طرحم در مناطق دور افتاده شاهد صحنه‌هایی بودم که واقعا متأسف می‌شدم. برخورد با بیمار بسیار بد بود. مریضا چون سطح سواد و فرهنگشون پایین بود و هیچ

اطلاعی در مورد کوچک‌ترین مسأله بهداشتیشون نداشتند، حمایت نمی‌شدند و برخوردهای زشتی باهاشون داشتند. ] (پرستار شماره‌ی ۳)

پرستاری با هشت سال سابقه‌ی کار در بخش‌های داخلی و جراحی، حفظ کرامت انسانی بیمار را بر اساس ادراک مبتنی بر تجارب حرفه‌ای خویش این‌گونه معنی می‌کند:

[حفظ کرامت انسانی در واقع همان رعایت حقوق بیماره، تا اونجائی که به خود پرستار آسیبی وارد نشه. چون اون هم واقعا یک انسانه و مثل خود ماست؛ اگه ما خودمون رو مقایسه کنیم با اون و یک روز جای اونا باشیم، انتظار داریم که با ما خوب برخورد بشه. ] (پرستار شماره‌ی ۱۰)

با تعمق در گزیده‌ی روایات اشاره شده، می‌توان چنین استنتاج کرد وجه اشتراک کلیه‌ی تجارب مشارکت‌کنندگان این پژوهش، بر محور ضرورت صیانت بلاشروط از گوهر برابر انسانی نهادینه‌شده در وجود همه‌ی انسان‌ها استوار است.

#### ب) مراقبت حرفه‌ای بیمار محور

مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور به‌عنوان یکی از جوانب معنایی حفظ کرامت انسانی بیمار پدید آمد. به این معنا که در راستای عمل به تعهدات حرفه‌ای و حاکم بودن دیدگاه جامع‌نگر نسبت به بیمار، رسیدگی به کلیه‌ی نیازها و انتظارات بیماران به‌گونه‌ای که بر اساس احساس عشق و اشتیاق کمک به بیمار باشد، متضمن حفظ منزلت انسانی وی خواهد بود. در این راستا، توجه به نیازهای روانی بیماران هم‌چون آرامش بخشی، همدلی و درک احساسات، اطمینان بخشی و برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد متقابل مورد تأکید قرار گرفت. در رابطه با اهمیت توجه به نیازهای روانی بیماران، مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت:

[ وقتی به‌عنوان یک انسان با بیمار برخورد می‌کنند، وقتی یه پرستار با لبخند باهاش برخورد می‌کنه، دستش رو می‌گیره، پشتش رو می‌ماله، درسته بیماره ولی بیماریش مسری نیست، من نمی‌دونم چرا احساس می‌کنیم بیمار همه چیز مسریه،

هم‌چنین، مطابق با تجارب زیسته‌ی پرستاران، فراهم کردن اطلاعات مورد نیاز، مشارکت دادن بیماران در فرآیند مراقبتی درمانی و توجه به نقطه نظرات آنان، از زیرساخت‌های مهم ارائه‌ی مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور و یکی از مؤلفه‌های تضمین‌کننده‌ی حفظ منزلت انسانی آن‌هاست. تجارب مشارکت‌کننده‌ای حاکی از این بود که:

[ الان بیش‌تر با مریض‌ها صحبت می‌شه، وقتی مریض میره داخل بخش می‌دونه مریضیش چیه و چه کارهایی می‌خوان براش انجام بدن... یعنی مریض رو اول به‌عنوان یک فرد قبول کردن و بعد اونو به‌عنوان یک بیمار پذیرفتن و این احترام به شخصیت بیمار هست. ] (پرستار شماره‌ی ۹)

پرستاری در رابطه با مقوله‌ی توجه به ارزش‌های مذهبی یا فرهنگی بیمار و ارتباط آن با مراقبت بیمارمحور و حفظ کرامت انسانی عنوان کرد:

[ گاهی عملی که می‌خوان برای مریض انجام بدن یا کاری که می‌خوان بکنند، مریض اصلاً آزادی نداره اعتقاداتش رو عنوان کنه؛ در واقع، کرامت انسانی یعنی آزادی کامل برای انتخاب، حتی در مورد اعتقاداتش، ارزش‌های مذهبی و فرهنگی خودش آزاد باشه، عقیده‌ای که داره خودش انتخاب بکنه. ] (پرستار شماره‌ی ۱۱)

یکی دیگر از ابعاد معنایی حفظ کرامت بیمار که به کرات در بیانات مشارکت‌کنندگان مورد تأکید قرار گرفت، در قالب رازداری و حفظ اسرار وی به‌عنوان یک الزام مهم مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور استخراج شد. پرستاری در این رابطه متذکر شد:

[ به سربازی رو آوردند که خودکشی کرده بود، دوستش ملاقاتش اومده بود و انگار خانواده‌اش بهش اطلاع داده بودند ولی تشخیص رو بهش نگفته بودند. دوستش از من پرسید مشککش چیه؟ منم اون لحظه اصلاً فکر نکردم که بالاخره ممکنه تو اون شرایط گفتن این درست نباشه، گفتم خودکشی کرده. بعداً متوجه شدم که اون بیمار از این رفتار من خیلی

حتی دلمون نمی‌آد بهش دست بزیم... ] (پرستار شماره‌ی ۴)

در رابطه با اهمیت بعد بیمارمحور بودن مراقبت؛ اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که مراقبت، بر اساس الگوی وظیفه‌مداری (فانکشنال) در تناقض با دیدگاه جامع‌نگر نسبت به بیمار بوده و توجه به شرایط بیمار، ترجیحات و علایق وی را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم حفظ کرامت انسانی بیمار قلمداد کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه گفت:

[ وقتی پرستاران فانکشنال کار می‌کنن، از اول شروع می‌کنن علایم حیاتی گرفتن، برای کسی که مراقبت رو می‌گیره احترام قائل نیستند و ممکنه مریض خوابیده، درد داشته، مسکن گرفته، بیدارش می‌کنند علایم حیاتی می‌گیرند و میرن. ] (پرستار شماره‌ی ۸)

هم‌چنین، برقراری ارتباطات انسانی محترمانه و صمیمانه از الزامات مهم فراهم‌سازی یک مراقبت حرفه‌ای گزارش شد. پرستاران ضمن اشاره به ضرورت برقراری این نوع ارتباط بر مبادی آداب بودن پرستار در برخورد با بیمار و نقش آن در حفظ کرامت انسانی وی تأکید کردند:

[ مریضارو که تحویل می‌گیریم، فقط انتقالات کاردکس و نوشته‌های خودمونه. نمی‌پرسیم شب چطور خوابیدی؟ اشتها چطور بود؟ ارتباط درمانی درستی انجام نمی‌گیره... یا موقع خطاب قرار دادن، نام بیمار گفته نمی‌شه، شماره‌ی تخت می‌گیریم... ] (پرستار شماره‌ی ۶)

جنبه‌ی دیگر حفظ کرامت انسانی بیمار، رعایت حریم خصوصی وی گزارش شد؛ پرستاری در این زمینه بیان داشت:

[ تو CCU یه خانم مسنی بود، هنگام اجابت مزاج دچار وازوواگال شد (اختلال عصب واگ و فقدان هوشیاری)... احساس کردم یه جورایی شخصیت مریض رفت زیر سوال؛ دچار اون حالت شد و به‌دنبال اون اکسپایر (فوت) شد. اکسپوز (عدم وجود پوشش کافی) هم بود با این‌که پارتیشن داشت؛ تو اون شرایط احساس کردم اگه مریض به هوش بود دوست نداشت این اتفاق براش بیفته. ] (پرستار شماره‌ی ۱۰)

ناراحت شده بود و در واقع شخصیت اونو حفظ نکرده بودم؛ اغلب ما به صورت خودآگاه در مورد حفظ اسرار بیمار فکر نمی‌کنیم، برای ما خیلی جا نیفتاده. [پرستار شماره‌ی ۷]

### ج) احترام به حقوق همراهان

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که جنبه‌ای از حفظ کرامت انسانی بیمار، بر حفظ کرامت انسانی همراهان و توجه به نیازهای روانی و آموزشی آنان دلالت دارد. این مهم با محوریت فراهم‌سازی اطلاعات دقیق، از سر باز نکردن همراهان بیمار و بی‌تفاوت نبودن نسبت به نگرانی‌های آنان استحصال شد. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه بیان داشت:

[وقتی همراه مریض نمی‌دونه داروشو باید از کجا تهیه کنه، اگه می‌دونی فلان داروخونه دارو رو داره همراه مریضو بفرست وگرنه نفرستش دنبال نخود سیاه. یه مریض که توی بیمارستان خوابیده، همراها بی‌قرارند که حالا این خوب میشه، خوب نمیشه، وقتی واسه MRI بیرون از بیمارستان وقت می‌گیریم به همراه مریض کامل بگیریم که چقدر هزینه بر می‌داره، مریضو چه جور می‌خوان ببرند اونجا؛ بهش اهمیت بدیم که کرامت انسانی بیمارش هم پابرجا باشه. [پرستار شماره‌ی ۳]

اهمیت توجه به کرامت انسانی همراهان و ارتباط آن با کرامت انسانی بیمار این‌گونه قابل تفسیر است که همراه بیمار فردی ارزشمند و حائز اهمیت برای بیمار بوده که وی احساس تعلق، وابستگی و ارتباط نزدیکی با او دارد. در حقیقت، جنبه‌ی ارزشی مهمی از حیات بیمار را به خود اختصاص می‌دهد؛ از این رو، یکی از لایه‌های پنهان حفظ کرامت انسانی بیمار، حفظ کلیه‌ی ارزش‌ها و توجه به موارد حائز اهمیت از دیدگاه آنان از جمله احترام به همراهان و رعایت حقوق آنهاست.

بیانیه‌ی کلی این پژوهش بیانگر این بود که: با توجه به یکسان بودن جوهره‌ی وجود همه‌ی انسان‌ها که نشأت گرفته از ذات لایزال الهی است، کلیه‌ی انسان‌ها از جمله عوامل

درمانی مراقبتی، مکلف به صیانت از شأنیت ذاتی انسان و احترام به شعور و فطرت برابر انسانی هستند. در این میان، دریافت مراقبت حرفه‌ای بر اساس کلیه‌ی نیازها، انتظارات و مبتنی بر ارزش‌های بیمار؛ از حقوق اولیه‌ی آنهاست؛ ضمن این‌که، با توجه به نقش همراهان بیمار در بالین، ارزش، اهمیت، تعلق و وابستگی متقابل بیمار و همراه نسبت به یکدیگر، رفتار محترمانه و مبتنی بر رعایت حقوق همراه جنبه‌ی معنایی دیگر حفظ کرامت انسانی بیمار است.

### بحث

این پژوهش که با هدف کشف معنی حفظ کرامت انسانی بیمار براساس تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران صورت گرفت نشان داد که حفظ کرامت انسانی بیمار به معنای احترام به فطرت برابر انسانی، ارائه‌ی مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور و احترام به حقوق همراهان است. احترام به فطرت برابر انسانی که از بنیادی‌ترین حقوق بیمار است در سایر مطالعات مشابه نیز مورد تأکید فراوان قرار گرفته است (۲۰-۱۶). براساس دیدگاه پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش Walsh و Kowanko نگاه شی‌گونه نسبت به بیمار تهدیدکننده‌ی شأن انسانی وی بوده و همه‌ی بیمار به سبب برخورداری از ارزش ذاتی برابر مستحق برخوردی محترمانه و در خور منزلت انسانی خویش هستند (۱۶). مطابق با نتایج پژوهش مانوکیان و همکاران، ویژگی‌های شخصیتی کادر درمانی - مراقبتی، ارزش‌ها و باورهای فردی آنان در خصوص ارزش و جایگاه انسانی بیمار از عوامل مؤثر بر حفظ کرامت انسانی بیمار است (۲۰). در این راستا، مشروط نبودن تکریم بیمار به عواملی چون سن، مادیات، تحصیلات و درجه‌ی وخامت بیماری که توسط مشارکت‌کنندگان تأکید شد علاوه بر هم‌خوانی با نتایج سایر پژوهش‌ها (۱۹-۱۷) همواره از جانب پیشکسوتان پرستاری جهان، هم‌چون فلورانس نایتینگل و مادر ترزا مورد تأکید فراوان قرار گرفته است. در واقع، پایه و اساس باور ذهنی آنها مبتنی بر یکسان بودن جوهره‌ی وجودی همه‌ی بیمار

بالغ و عاقل و بی تفاوتی نسبت به تأمین نیازهای منحصر به فرد وی را از عوامل مهم تهدیدکننده‌ی ارزش انسانی بیمار بر شمرند (۲۵). در حقیقت، التزام به منزلت انسانی بیمار و توجه به تمامیت وجودی وی در قالب ارائه‌ی مراقبت بیمارمحور از ارکان زیربنایی مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری است. در پژوهشی که در رابطه با تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری در ایران انجام شد، مسؤلیت‌پذیری و پاسخگویی پرستار در قبال نیازهای منحصر به فرد بیمار و احترام به شأن وی از مهم‌ترین ابعاد معنایی این مفهوم گزارش شد (۲۶). در رابطه با تحقق حفظ منزلت انسانی بیمار در قالب فراهم‌سازی مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور، مشارکت‌کنندگان این پژوهش مواردی چون حفظ اسرار و حریم شخصی بیماران را مورد تأکید قرار دادند. نتایج مطالعه‌ی Handerson و همکاران ضمن تأیید یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بود که علاوه بر کشیده نبودن پرده‌ی کنار تخت، بسیاری از موارد دیگر هم چون عدم توجه به میزان پوشیدگی بدن بیمار در حین انتقال به دستشویی یا کنجکاوای در مسائل شخصی و پرسیدن سؤالات غیرضروری از وی می‌تواند به منزله‌ی تعدی به ارزش انسانی بیمار باشد (۱۷). در مطالعات مشابه رعایت ملاحظاتی چون برقراری ارتباط صمیمانه و کسب اجازه از وی جهت ورود به حریم خصوصی (۲۷)، استفاده از تکنیک‌های انحراف فکر، جلوه دادن وضعیت نامساعد و شرم‌آمیز به‌عنوان امری طبیعی، راهکارهایی مؤثر جهت پیشگیری از ایجاد تأثیرات منفی در رابطه با احساس خودارزشی بیمار گزارش شد (۱۶).

هم‌چنین، در این مطالعه، مشابه با سایر تحقیقات مرتبط، احترام به ارزش‌ها و باورهای بیمار از مؤلفه‌های دیگر مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور پدیدار شد (۲۹، ۲۸). Jacobson در این رابطه متذکر می‌شود که در صورت تکذیب عمدی یا سهوی ارزش‌های درونی بیمار، منزلت انسانی وی مورد تهدید قرار می‌گیرد. پرواضح است که مقصود از تضییع کرامت انسانی

در محضر کمال مطلق الهی است (۲۱).

برابری ارزش انسانی بیمار و پرستار و تصریح تکلیف انسانی پرستار در رابطه با احترام به این سرشت برابر، از بعد هستی‌شناسانه نیز قابل تفسیر است؛ به این معنا که پرستار با شناسایی خاستگاه ارزش وجودی خود در طی تعامل مراقبتی با بیمار، وجهی تکلیفی وظیفه‌ی خویش در قبال پاسخگویی به نیاز انسانی برخوردار از سرشتی برابر را کشف می‌کند. بدین ترتیب، فرد مراقبت‌دهنده از طریق ماهیت هستی‌شناسانه‌ی مراقبت و ضمن داشتن نگرشی پاسخگو در قبال انسانی دیگر، در رابطه‌ای ورود می‌یابد که به‌واسطه‌ی بودن و زیستن در آن رابطه، نیاز انسان دیگری را تأمین کند (۲۲).

در این پژوهش، سایر جوانب معنایی حفظ کرامت انسانی بیمار، تحت عنوان مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور استحصال شد. در این رابطه باید توجه کرد که عدم انجام مسؤولانه‌ی وظایف محوله و عدم توانایی در برقراری ارتباط مؤثر درمانی با بیمار، به ایجاد احساس سربرابردن در وی منتج می‌شود. در این تعامل متقابل، زمانی بیمار احساس محترم بودن را تجربه خواهد کرد که علاوه بر ایجاد ارتباطی صمیمانه، مشارکت مشتاقانه و مسؤولانه‌ی پرستار جهت درک شرایط و وضعیت بیمار ملموس و مشهود باشد (۲۳).

هم‌چنین، یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا با نتایج سایر مطالعات مشابه در این زمینه نشان داد که فراهم‌سازی اطلاعات موثق و راهنمایی بیماران از مؤلفه‌های مهم ارائه‌ی مراقبت حرفه‌ای بیمارمحور است (۲۰-۱۷). فراهم‌سازی اطلاعات مذکور باید به‌گونه‌ای باشد که ضمن بر خورداری از شفافیت لازم، با توانایی شناختی و قدرت درک بیمار مطابقت داشته باشد (۲۴).

Heikenskiold و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، ضمن اشاره به اهمیت نقش حمایتی و آموزشی پرستاران در ارتقای منزلت انسانی بیماران، عدم پذیرش بیمار به‌عنوان یک انسان

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش می‌تواند در حوزه‌های مختلف آموزش، مدیریت، بالین و پژوهش مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود جهت عملیاتی کردن دانش نظری موجود در رابطه با تکریم بیماران، از ابعاد معنایی استخراج شده‌ی حفظ کرامت انسانی بیمار، در بازبینی محتوایی و ساختاری برنامه‌های آموزش پرستاری کشور استفاده شود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، ضرورت تعمق و واکاوی موشکافانه‌ی مقولاتی هم‌چون نحوه‌ی عملیاتی شدن منشور حقوق بیماران، میزان توجه به حقوق همراهان، میزان تطابق معیارهای استخدامی یا ملاک‌های ارزیابی عملکرد عوامل درمانی مراقبتی با مؤلفه‌های حفظ کرامت انسانی بیماران را مطرح می‌سازد. هم‌چنین، تأمل بر معانی استحصال شده‌ی حفظ کرامت انسانی بیمار در این پژوهش و اندیشیدن تمهیدات لازم جهت عملیاتی کردن هر چه بیش‌تر آن‌ها در بالین، باب‌های جدیدی را جهت تبدیل ارزش‌های ذاتی این حرفه به ارزش‌هایی کاربردی فراهم خواهد کرد.

بیمار، بعد مطلق آن نبوده بلکه به کرامت اجتماعی انسان که تحت تأثیر تعاملات اجتماعی افراد است اشاره دارد. بنابراین، با توجه به نتایج مطالعه‌ی کنونی و در راستای سایر تحقیقات مشابه می‌توان چنین اظهار کرد که دانش و حساسیت نسبت به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی بیماران و احترام به تفاوت‌های مذکور از دیگر الزامات اساسی فراهم‌سازی مراقبت حرفه‌ای پرستاری است (۳۰).

از سوی دیگر، علیرغم اهمیت حضور همراه در بالین بیمار در بافت و زمینه‌ی جامعه‌ی ایرانی، مقولاتی چون حقوق همراهان و اهمیت توجه به نیازهای آن‌ها کم‌تر مورد توجه مسئولان سیستم بهداشتی درمانی قرار گرفته است. نقش مشارکت همراهان در بهبود هرچه بیش‌تر برآیندهای مراقبتی درمانی، حمایت عاطفی و تسهیل فرآیند خودمراقبتی بیمار، پدیده‌ای است که در مطالعات گوناگون مورد تأکید قرار گرفته است (۳۱).

مطالعه‌ای در خصوص حفظ منزلت انسانی بیماران در ایران مؤید این موضوع است که بی‌توجهی به نیازهای همراهان، عدم فراهم کردن شرایط راحتی آنان، ارزش قائل نبودن برای مشارکت همراه در امر مراقبت، به منزله‌ی عدم حفظ کرامت انسانی بیمار است (۳۲). به این ترتیب، مطابق با نتایج این مطالعه لزوم پرداختن به موضوعات مرتبط با حقوق همراهان و تدوین دستورالعمل‌های مربوطه که تضمین‌کننده‌ی رعایت حقوق آنان باشد احساس می‌شود.

2008; 29(4): 190.

12- Burns N, Grove SK. Understanding Nursing Research: Building an Evidence-based Practice. Missouri: Elsevier Saunders; 2007.

13- Dikelman NL. Teaching the Practitioners of Care. New Pedagogies for the Health Professions. Wisconsin: The University of Wisconsin Press; 2003, vol 2.

14- Sloan G. Clinical Supervision in Mental Health Nursing. England: John Wiley & Sons; 2006.

15- Streubert Speziale H, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic imperative, 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

16- Walsh k, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. Int J Nurs Pract 2002; 8(3): 143- 51.

17- Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. Maintenance of patients' dignity during hospitalization: comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. Int J Nurs Pract 2009; 15(4): 227- 30.

18- Lin YP, Tsai YF, Chen HF. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. J Clin Nurs 2011; 20(5-6): 794-801.

19- Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi M. Perceived ethical values by Iranian nurses. Nurs Ethics 2012; 19: 30-44.

20- Manookian A, Cheraghi MA, Nasrabadi AN. Factors influencing patients' dignity: a qualitative study. Nurs Ethics 2013; [Epub ahead of print].

21- Williams R. Nightingale not an angel: Archbishop of Canterbury. <http://www.nightingaledeclaration.net/nightingale-not-an-angel-archbishop-of-canterbury> (accessed in 2014).

22- Buckley Sh. Patient dignity: the significance of relationship. <http://digitalcommons.mcmaster.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=8470&context=opendissertations> (accessed in 2014).

23- Eriksson K Å, Sundfør B, Karlsson B, RåholmM, Arman M. Recognition as a valued human being: perspectives of mental health

## منابع

1- Haddock J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. J Adv Nurs 1996; 24(5): 924-31.

2- Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. J Clin Nurs 2008; 17(20): 2709-17.

3- Anonymous. Code of ethics for nurses with interpretive statements. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf> 2001 (accessed in 2013).

4- Anonymous. The ICN code of ethics for nurses. [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf) (accessed in 2013).

5- Anonymous. The code: standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives. <http://www.nmc-uk.org/documents/standards/the-code-A4-20100406.pdf> (accessed in 2013).

6- Anonymous. Nursing ethics regulation of Islamic Republic of Iran. <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=36742> (accessed in 2013) [In Persian]

7- Joolae S, Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z. Phenomenological investigation of patients' rights practice in Iran: Lived experiences of patients, patients' companion, nurses and physicians [dissertation]. Tehran (Iran). Tehran University of Medical Sciences; 2007. [In Persian]

8- McQueen A. Nurse -patient relationships and partnership in hospital care. J Clin Nurs 2000; 9(5): 723-31.

9- Baillie L, Gallagher A, Wainwright P. Defending dignity-challenges and opportunities for nursing. [www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/166655/003257.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/166655/003257.pdf) (accessed in 2013).

10- Jacobs BB. Respect for human: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. ANS Adv Nurs Sci 2001; 24(1): 17-35.

11- Tagliareni ME, Perkins I. Integrity in nursing: the NLN's mark. Nurs Educ Perspect

- 28- Aramesh K. Cultural diversity and bioethics. *Iran J Public Health* 2008; 37(1sup): 28-30.
- 29- Cheraghi MA, Manookian A, Nasrabadi AN. Human dignity in religion-embedded cross-cultural nursing. *Nurs Ethics* 2014; [Epub ahead of print].
- 30- Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med* 2007; 64(2): 292-302.
- 31- Joolae S, Tschudin V, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. *Int Nurs Rev* 2008; 55(1): 55-61.
- 32- Ebrahimi H, Torabizadeh C, Mohammadi E, Valizadeh S. Patients' perception of dignity in Iranian healthcare settings: a qualitative content analysis. *J Med Ethics* 2012; 38(12): 723-8.
- service users. *Nurs Ethics* 2012; 19(3): 357-68.
- 24- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikraves M, Hallberg IR. Patient advocacy: barriers and facilitators. *BMC Nurs* 2006; 5: 3.
- 25- Heijkenskjöld KB, Ekstedt M, Lindwall L. The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nurs Ethics* 2010; 17(3): 313-324.
- 26- Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: a phenomenological study. *J Qual Res Health Sci* 2012; 1(3): 214-28.
- 27- Mann J. Dignity and health: the UDHR's revolutionary first article. *Health Hum Rights* 1998; 2(3): 31-8.

## Nurses' lived experiences of preservation of patients' dignity

Arpi Manookian<sup>1</sup>, Mohammad Ali Cheraghi<sup>\*2</sup>, Alireza Nikbakht Nasrabadi<sup>3</sup>,  
Hamid Peiravi<sup>4</sup>, Mahboubeh Shali<sup>5</sup>

<sup>1</sup>PhD in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>2</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>3</sup>Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>4</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, and Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>5</sup>Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

### Abstract

Considering and preserving patients' human dignity is one of the most essential moral obligations in the medical and nursing professions. Indeed, respecting patients' human dignity is the essence of nursing care which is frequently emphasized by national and international nursing standards.

This study was conducted based on the qualitative approach, using an interpretive phenomenological method, which aimed to explore the meaning of patients' dignity preservation based on nurses' lived experiences. Using purposeful sampling method, a sample of 12 participants was chosen and the data were collected through 16 individual, in-depth and semi-structured interviews. The transcribed interviews were analyzed based on the hermeneutic approach using the analysis method proposed by Diekelmann, Allen and Tanner (1989). The mentioned interviews continued until no new meanings emerged and until the researchers were satisfied with the depth of their understanding. Through fusion of the horizons of the participants' lived experiences and the researchers' pre-understandings, the extracted meanings of patients' dignity preservation emerged as: "respecting the equal human essence", "providing professional patient-centered care" and "respecting the rights of patients' companions".

The findings revealed that it is essential to respect the patients' and also their companions' rights and recognize the humanness and individuality of each patient for preserving and promoting patients' dignity and providing more dignified care at the bedside.

**Keywords:** human dignity, patient, nurse, interpretive phenomenology

---

\*Email: [mcheraghi@tums.ac.ir](mailto:mcheraghi@tums.ac.ir)