

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

- ما معتقدیم که هر لحظه به حساب می آید و اطمینان می دهیم که در هر کاری که انجام می دهیم دلسوز هستیم.

***We believe in making every moment count and ensure we are compassionate in everything we do.***

*Nicola Coveney, Managing Director*

Received: 24 February 2022

Revised: 13 June 2022

Accepted: 5 July 2022

DOI: 10.1111/jan.15370

## REVIEW



# A systematic review of patient-reported dignity and dignified care during acute hospital admission

Abdul-Ganiyu Fuseini<sup>1</sup> | Lenore Ley<sup>1</sup> | Helen Rawson<sup>2</sup> | Bernice Redley<sup>1</sup> | Debra Kerr<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre for Quality and Patient Safety, Institute for Health Transformation, School of Nursing and Midwifery, Deakin University, Geelong Waterfront Campus, Geelong, Victoria, Australia

<sup>2</sup>Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences,

## Abstract

**Aims:** To synthesize quantitative evidence on levels of dignity during acute hospital admission and identify barriers and facilitators to patients' dignity or dignified care from the perspective of hospitalized patients. The secondary aim was to examine the relationship between dignity and demographic, clinical and psychological character-



Volume 78, Issue 11  
November 2022  
Pages 3540-3558

REVIEW | 📖 Open Access | (CC) ⓘ

# A systematic review of patient-reported dignity and dignified care during acute hospital admission

Abdul-Ganiyu Fuseini✉, Lenore Ley, Helen Rawson, Bernice Redley, Debra Kerr

First published: 16 July 2022 | <https://doi.org/10.1111/jan.15370> | Citations: 8

☰ SECTIONS



PDF



TOOLS



SHARE

## Abstract

### Aims

To synthesize quantitative evidence on levels of dignity during acute hospital admission and identify barriers and facilitators to patients' dignity or dignified care from the perspective of hospitalized patients. The secondary aim was to examine the relationship between dignity and demographic, clinical and psychological characteristics of patients.

### Design

WILEY

**Reach engaged audiences with Wiley Online Library**

[Learn more](#)



Figures



References

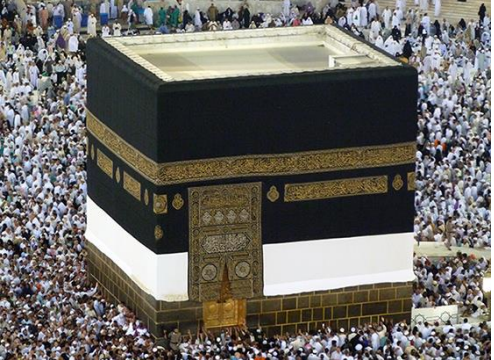


Related



Information

Recommended



# کرامت انسانی

- کرامت انسانی به معنی **بزرگواری و ارزش و حرمت داشتن** همه انسان‌ها است.
- کرامت انسانی یکی از اصول بنیادین و ثابت برای حقوق انسان‌ها در طول تاریخ است.
- بیماران بستری در بیمارستان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند.
- توجه به حفظ کرامت انسانی بیماران در بالین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.



# مراقبت با کرامت انسانی

• **مراقبت محترمانه، مراقبتی که از ارزش فردی بیمار حمایت کرده، آن را ارتقا داده و تضعیف نمی کند.** (تاوبر گیلهور، نورتون و همکاران. (۲۰۱۸)).

• این شامل:

• تصمیم گیری مشترک

• حفظ حریم خصوصی و استقلال بیمار

• رفتار با بیماران طوری که انتظار می رود با آنها رفتار شود (Cairns و همکاران، ۲۰۱۳؛ لین و همکاران، ۲۰۱۳).



- کرامت برای بیماران بستری در بیمارستان **یک دغدغه اصلی** است و برای **رفاه** آنها **مهم** است.
- **حفظ کرامت** بیماران در محیط های **حاد** بیمارستانی **چالش** برانگیز است
- زیرا
- کرامت **یک مفهوم پویا** است که **تحت تأثیر** ترکیبی از عوامل مرتبط با افراد، سازمان و متخصصان مراقبت های بهداشتی (HCP) قرار دارد.
- **پرستاران** موظف به **رعایت کرامت** بیماران خود و **رفتار محترمانه** با آنها هستند.
- کرامت از **دو منظر** توصیف می شود:
- **کرامت ذاتی**: به عنوان ارزش ذاتی تعریف می شود که به دلیل عقلانیت و **توانایی عمل** به **عنوان عامل اخلاقی** به همه انسان ها داده می شود.
- **کرامت اکتسابی**: به عنوان حس ارزشی که **تحت تأثیر تعامل فرد با دیگران در جامعه است**، تعریف می شود.



# کرامت انسانی

- دیدگاه اول، کرامت را به عنوان ارزش ذاتی خود تعریف می کند که غیرقابل انکار است. همه انسانها به واسطه انسان بودن با احساس ذاتی خودارزشمندی متولد می شوند.



- دیدگاه دوم، کرامت را به عنوان یک احساس اکتسابی از خود ارزشمندی تعریف می کند که تحت تأثیر تعامل فرد با دیگران در جامعه است.





# مطالعات پیشین

- در دو دهه گذشته، شواهد تجربی فزاینده ای در مورد کرامت یا مراقبت محترمانه بیماران بستری در محیط های حاد و گروه های مختلف جمعیتی وجود داشته است.
- اکثر مطالعات پیشین مربوط به کرامت یا مراقبت محترمانه بیماران در میان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته یا بیماران نیازمند مراقبت تسکینی انجام شده است.
- اکثر این مطالعات با استفاده از طرح های کیفی با سطح بالایی از عینیت و محدودیت هایی در تعمیم پذیری انجام شده است.
- مطالعات دیگری نیز در میان سالمندان بستری در بیمارستان و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است.
- این مطالعات نشان داده است که بیماران بستری در محیط های مراقبت های حاد اغلب احساس آسیب پذیری می کنند، فاقد حریم خصوصی و استقلال هستند و ممکن است از دست دادن کرامت را تجربه کنند.

# مطالعات پیشین

• دو بررسی سیستماتیک برای خلاصه کردن شواهد مربوط به **اثر بخشی کرامت درمانی** (یک روان درمانی مختصر طراحی شده برای تقویت ارزش خود) در میان بیماران سرطانی تحت مراقبت تسکینی انجام شده است.



• این بررسی ها نشان داد که **کرامت درمانی** در کرامت و

• افسردگی و اضطراب موثر است.

• اقداماتی با هدف

• کاهش رنج،

• تقویت استقلال عملکردی

• و رفع نیازهای روانی اجتماعی بیماران

• می تواند برای ارتقای کرامت مورد استفاده قرار گیرد.



# اهداف مطالعه

• این بررسی سیستماتیک مطالعه ای است که در آن :

- شواهد کمی، را در مورد سطوح کرامت در طول بستری حاد در بیمارستان را ارائه می کند
- موانع و تسهیل کننده های مراقبت محترمانه و
- رابطه بین کرامت و سایر عوامل را بررسی می کند.

• بنابراین اهداف مطالعه حاضر :

- ترکیب شواهد کمی در مورد سطوح کرامت در طول بستری حاد در بیمارستان
- شناسایی موانع و تسهیل کننده های شأن و منزلت بیماران یا مراقبت با کرامت از دیدگاه بیماران بستری.
- بررسی رابطه بین کرامت و ویژگی های جمعیت شناختی، بالینی و روانشناختی بیماران

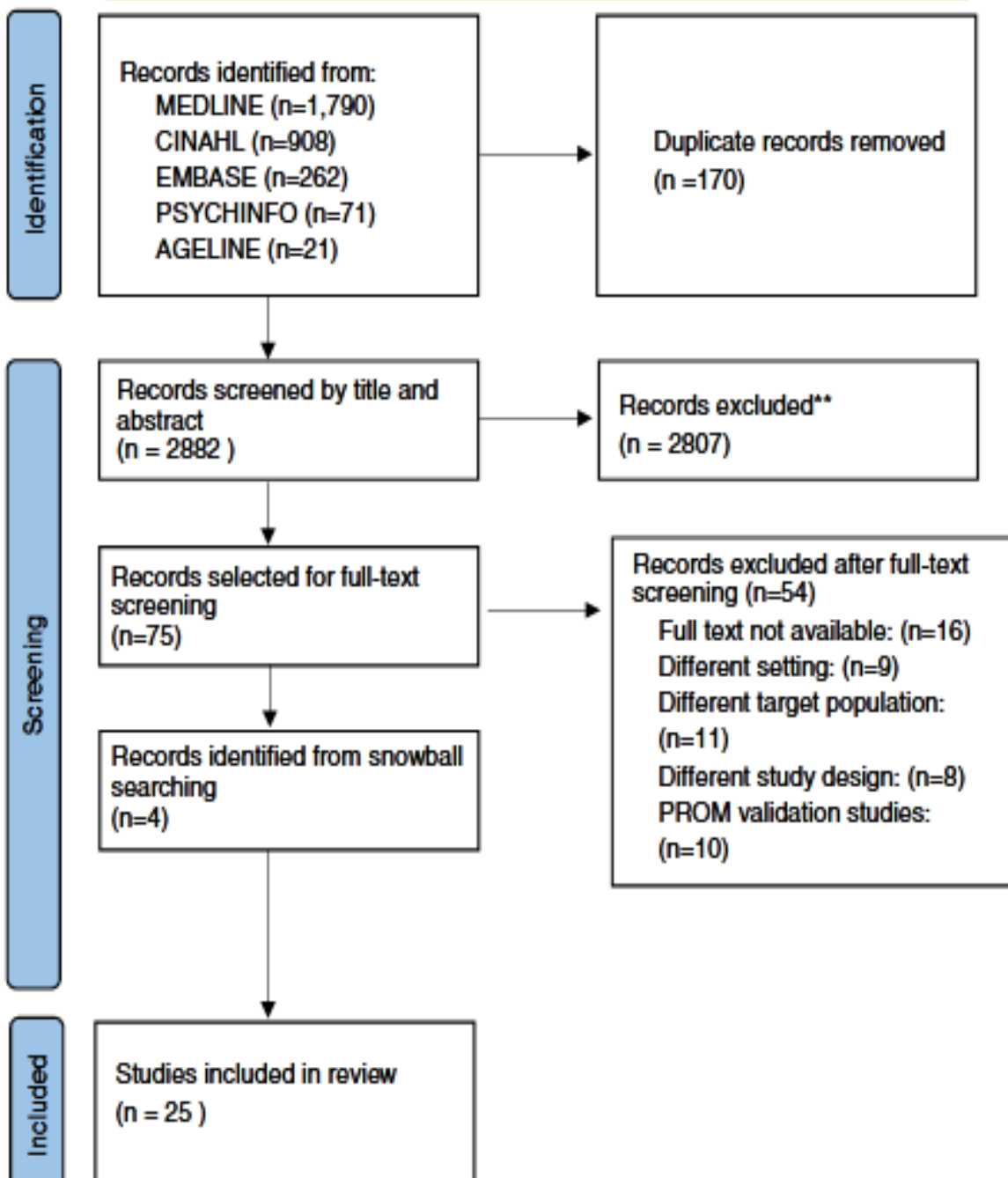


## روش کار

- یک مرور سیستماتیک بر اساس پروتکل موارد گزارش ترجیحی برای مرورهای سیستماتیک و دستورالعمل متا آنالیز برای گزارش مرورهای سیستماتیک.
- پنج پایگاه داده الکترونیکی (PubMed، CINAHL، Embase، PsycINFO، AgeLine و Web of Science و Scopus) انجام شد.
- مقالات واجد شرایط توسط دو ارزیاب بررسی شدند.
- مقالاتی که معیارهای واجد شرایط بودن را داشتند از نظر کیفیت با استفاده از ابزار ارزیابی انتقادی برای مطالعات مقطعی ارزیابی شدند.

## فرآیند جستجو و انتخاب مقالات

### Identification of studies via databases and registers



• شناسایی مطالعات از طریق پایگاه‌های داده و ثبت‌نام‌ها:

• در ابتدا، مقالات از پایگاه‌های داده مختلف شناسایی شدند:

• MEDLINE تعداد 1,790 مقاله)

• CINAHL تعداد 908 مقاله)

• EMBASE تعداد 262 مقاله)

• PSYCHINFO تعداد 71 مقاله)

• AGELINE تعداد 21 مقاله)

• حذف مقالات تکراری:

• تعداد ۱۷۰ مقاله تکراری از مجموع مقالات شناسایی شده حذف شدند.

• غربالگری مقالات بر اساس عنوان و چکیده

• از بین مقالات باقی مانده ۲۸۸۲ مقاله بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند و ۲۸۰۷ مقاله به دلیل عدم انطباق با موضوع و معیارهای ورود حذف شدند

• غربالگری مقالات بر اساس متن کامل

• ۷۵ مقاله بررسی کامل شدند و ۵۴ مقاله به دلیل عدم انطباق با معیارهای ورود حذف شدند.

• اضافه کردن مقالات بیشتر

• ۴ مقاله دیگر از طریق جستجو در منابع مقالات منتخب اضافه شدند

• مقالات نهایی: در نهایت، تعداد ۲۵ مقاله وارد این بررسی سیستماتیک شدند.

| معیارهای خروج (Exclusion criteria)                                                                           | معیارهای ورود (Inclusion criteria)                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مقالات کنفرانس یا مقالاتی که فقط چکیده آنها موجود است.                                                       | منتشر شده به زبان انگلیسی در یک مجله با داوری همتا.                                                                                                                       |
| مقالاتی که فقط دیدگاه خانواده‌ها یا پرسنل مراقبت‌های بهداشتی (HCPs) را در مورد کرامت بیماران گزارش کرده‌اند. | منتشر شده بین ژانویه ۲۰۰۰ و ژوئن ۲۰۲۲.                                                                                                                                    |
| مقالاتی که به صورت نظر یا مقاله مروری نوشته شده‌اند.                                                         | مقالاتی که متن کامل آنها با چکیده موجود باشد.                                                                                                                             |
|                                                                                                              | حداقل ۵۰٪ از نمونه‌ها بیماران بستری باشند و داده‌ها به طور جداگانه برای هر گروه شرکت‌کننده (بیماران بستری، بیماران سرپایی، HCPs یا اعضای خانواده) تجزیه و تحلیل شده باشد. |

# نتایج توصیف داده ها

- از 3052 مطالعه واجد شرایط، 25 مورد معیارهای ورود را داشتند.
- Multiple studies were undertaken in **Iran (n = 7)** (Amininasab et al., 2017; Avestan et al., 2015; Bagheri et al., 2018a; Karimi et al., 2019; Khorasanizadeh et al., 2018; Salehi et al., 2020; Zirak et al., 2017), **Italy (n = 5)** (Bovero et al., 2021; Bovero, Sedghi, Botto, et al., 2018; Bovero, Sedghi, Opezzo, et al., 2018; Di Lorenzo et al., 2018; Ferri et al., 2015), **Germany (n = 3)** (Oechsle et al., 2014; Philipp et al., 2016; Vehling & Mehnert, 2014), **China (n = 2)** (Liu et al., 2020; Wang et al., 2019) and **Canada (n = 2)** (Chochinov et al., 2002; Hack et al., 2004). Single studies were conducted in **Turkey** (Aydın Er et al., 2018), **Spain** (Monforte-Royo et al., 2018), **England** (Tauber-Gilmore, Norton, et al., 2018), **Portugal** (Julião et al., 2017), **USA** (Aboumatar et al., 2015) and **Denmark** (Houmann et al., 2014). Characteristics of the included studies are presented in Table 3.

## • ارزیابی کیفیت

- از ابزار (20 AXIS آیتم) برای ارزیابی کیفیت مطالعه استفاده شد (پاسخ بله، نه، نمی دانم).
- به هر پاسخ "بله" یک امتیاز داده شد، و نمرات بالاتر به معنای خطر سوگیری کمتر بود.
- 9 مطالعه با کیفیت "خوب" و 16 مطالعه با کیفیت "متوسط" ارزیابی شدند. هیچ مطالعه ای به دلیل کیفیت پایین کنار گذاشته نشد.
- این امتیازات برای ارزیابی کیفیت کلی شواهد استفاده شد.
- نتایج در جدول 2 خلاصه شده است.

جدول 2: ارزیابی کیفیت مقالات منتخب

| شماره | نویسنده(ها)   | سال انتشار | AXIS میانگین نمره | ارزیابی کیفیت |
|-------|---------------|------------|-------------------|---------------|
| 1     | [نام نویسنده] | 2021       | 15                | خوب           |
| 2     | [نام نویسنده] | 2020       | 13                | متوسط         |
| 3     | [نام نویسنده] | 2019       | 14                | خوب           |
| 4     | [نام نویسنده] | 2018       | 12                | متوسط         |
| 5     | [نام نویسنده] | 2022       | 11                | متوسط         |
| 6     | [نام نویسنده] | 2019       | 16                | خوب           |
| 7     | [نام نویسنده] | 2021       | 14                | خوب           |
| 8     | [نام نویسنده] | 2018       | 12                | متوسط         |
| 9     | [نام نویسنده] | 2020       | 18                | خوب           |
| 10    | [نام نویسنده] | 2017       | 19                | خوب           |
| 11    | [نام نویسنده] | 2019       | 20                | خوب           |
| 12    | [نام نویسنده] | 2021       | 9                 | متوسط         |
| 13    | [نام نویسنده] | 2020       | 7                 | متوسط         |
| 14    | [نام نویسنده] | 2018       | 14                | خوب           |
| 15    | [نام نویسنده] | 2019       | 10                | متوسط         |
| ...   | ...           | ...        | ...               | ...           |
| 25    | [نام نویسنده] | 2020       | 17                | خوب           |

• توضیح: این جدول ارزیابی کیفیت مقالات انتخاب شده را بر اساس ابزار AXIS نشان می‌دهد. نمره AXIS بالاتر نشان‌دهنده کیفیت بهتر مقاله است. مقالات به دو دسته "خوب" و "متوسط" دسته‌بندی شده‌اند

### جدول 3: خلاصه‌ای از مشخصات مطالعات شامل (نام نویسندگان، سال انتشار، کشور، نوع مطالعه، گروه نمونه، ابزار سنجش کرامت، نتایج اصلی و یافته‌های مربوط به کرامت).

| نتایج اصلی    | ابزار سنجش کرامت | جمعیت نمونه | نوع مطالعه | سال  | نویسندگان     | شماره |
|---------------|------------------|-------------|------------|------|---------------|-------|
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 100 بیمار   | مقطعی      | 2021 | [نام نویسنده] | 1     |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 150 بیمار   | مقطعی      | 2020 | [نام نویسنده] | 2     |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 200 بیمار   | مقطعی      | 2019 | [نام نویسنده] | 3     |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 120 بیمار   | مقطعی      | 2018 | [نام نویسنده] | 4     |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 80 بیمار    | مقطعی      | 2022 | [نام نویسنده] | 5     |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 130 بیمار   | مقطعی      | 2019 | [نام نویسنده] | 6     |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 170 بیمار   | مقطعی      | 2021 | [نام نویسنده] | 7     |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 60 بیمار    | مقطعی      | 2018 | [نام نویسنده] | 8     |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 90 بیمار    | مقطعی      | 2020 | [نام نویسنده] | 9     |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 110 بیمار   | مقطعی      | 2017 | [نام نویسنده] | 10    |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 140 بیمار   | مقطعی      | 2019 | [نام نویسنده] | 11    |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 150 بیمار   | مقطعی      | 2021 | [نام نویسنده] | 12    |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 200 بیمار   | مقطعی      | 2020 | [نام نویسنده] | 13    |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 70 بیمار    | مقطعی      | 2018 | [نام نویسنده] | 14    |
| [خلاصه نتایج] | مصاحبه           | 120 بیمار   | مقطعی      | 2019 | [نام نویسنده] | 15    |
| ...           | ...              | ...         | ...        | ...  | ...           | ...   |
| [خلاصه نتایج] | پرسشنامه         | 160 بیمار   | مقطعی      | 2020 | [نام نویسنده] | 25    |

# نتایج

• جمعیت‌های مورد مطالعه (مطابق با جدول ۳ و توضیحات مربوطه):

• اندازه نمونه:

• اندازه نمونه‌ها در مطالعات مختلف متفاوت بود و از ۶۰ تا ۲۰۰ شرکت‌کننده متغیر بود.

• ویژگی‌های دموگرافیک:

• جمعیت‌های مورد مطالعه شامل گروه‌های متنوعی از بیماران بستری بودند، با تمرکز بر کسانی که:

• سرطان پیشرفته داشتند \* نیاز به مراقبت‌های تسکینی داشتند \* سالمندان بودند \* نارسایی قلبی داشتند \* شرایط حاد مختلف داشتند

• مطالعات متغیرهای دموگرافیک مختلفی را جمع‌آوری کردند، از جمله:

• سن \* وضعیت تاهل \* جنسیت \* وضعیت اشتغال \* سطح تحصیلات

• عوامل بالینی:

• مطالعات همچنین به عوامل بالینی مختلفی توجه داشتند، مانند:

• مدت زمان بستری \* اختلال عملکرد \* وجود علائم فیزیکی

• عوامل روانشناختی:

• این بررسی نقش عوامل روانشناختی مانند:

• سطح افسردگی و اضطراب \* احساس بی‌انگیزگی \* مکانیسم‌های مقابله‌ای را در نظر گرفت.



# نتایج

- ابزارهای مورد استفاده برای سنجش کرامت (مطابق با جدول ۳ و توضیحات مربوطه):

- ابزارها:

- پرسشنامه‌های معتبر به طور معمول برای اندازه‌گیری کمی درک بیماران از کرامت استفاده می‌شد، از جمله مقیاس‌های خاص طراحی شده برای این منظور (مانند مقیاس کرامت بیمار).

- حوزه‌های اصلی اندازه‌گیری:

- ابزارها جنبه‌های مختلف مرتبط با کرامت را اندازه‌گیری می‌کردند:

- درک حریم خصوصی

- استقلال در تصمیم‌گیری‌ها

- کیفیت ارتباط با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی

- تجربیات کلی مراقبت

- جنبه‌های خاص احترام و ارزش

- ابزارها هم بر جنبه‌های **ذاتی و هم بر جنبه‌های اکتسابی** کرامت تمرکز داشتند و اذعان

می‌کردند که تجربیات بیماران هم تحت تأثیر احساسات شخصی و هم رفتار و محیط خارجی قرار دارند.



# نتایج

- یافته‌های اصلی (مطابق با جدول ۳، اطلاعات اضافی و توضیحات مربوطه):

- موضوعات کلیدی:

- از دست دادن **استقلال و حریم خصوصی**: یک موضوع تکرار شونده در سراسر مطالعات این بود که **بیماران اغلب احساس آسیب‌پذیری می‌کردند**، که منجر به **کاهش احساس کرامت** می‌شد.

- ارتباطات: **ارتباط موثر و همدلانه** از سوی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک عامل **تسهیل‌کننده** مهم برای مراقبت محترمانه شناسایی شد. برعکس، ارتباط ضعیف یک مانع اصلی بود.

- تاثیر مراقبت: بیمارانی که مراقبت محترمانه را تجربه کردند و به طور فعال در **تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت خود شرکت داشتند**، سطوح بالاتری از کرامت را گزارش کردند.



# نتایج

• یافته های خاص:

• تاثیرات دموگرافیک: **تغییرات قابل توجهی در درک کرامت بر اساس سن، وضعیت تاهل، جنسیت، اشتغال و سابقه تحصیلی مشاهده شد.**

• تاثیرات بالینی: وضعیت بستری، اختلالات عملکردی و وجود علائم فیزیکی همگی با گزارش بیماران **از دست دادن کرامت** مرتبط بود.

• تاثیرات روانشناختی: میزان بالاتر افسردگی، اضطراب و بی انگیزگی با گزارش های **کاهش کرامت** همبستگی داشت.

• تاثیر مداخلات :

• مداخلاتی مانند **کرامت درمانی** نشان داده شده

**که حس کلی کرامت بیماران را بهبود می بخشد**

**و در عین حال سطوح افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد.**



# نتایج

- یافته های خاص:
- تاثیرات دموگرافیک: **تغییرات قابل توجهی در درک کرامت بر اساس سن، وضعیت تاهل، جنسیت، اشتغال و سابقه تحصیلی مشاهده شد.**
- بررسی سیستماتیک نشان می دهد که رابطه پیچیده ای بین عوامل دموگرافیک مختلف و ادراک بیماران از کرامت در طول بستری شدن در بیمارستان وجود دارد. در حالی که برخی از روندهای کلی حاکی از آن است که **سن بالاتر، مجردی، بیکاری و سطح تحصیلات پایین تر** ممکن است **با کاهش کرامت مرتبط** باشد، یافته ها در مطالعات مختلف همواره یکسان نیستند.
- تذکر مهم: ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید نسبت به تجربیات فردی هوشیار باشند و **برای ارائه مراقبت های فرد محور تلاش کنند** که به کرامت هر بیمار احترام بگذارد و به تفاوت های ظریف زمینه های دموگرافیک توجه کند.



# نتایج

- شأن و منزلت بیماران زمانی حفظ می شود که متخصصان مراقبت های بهداشتی به طور مؤثر ارتباط برقرار کنند، حریم خصوصی آنها را حفظ کنند و مراقبت و درمان با کرامت ارائه دهند. ادراک بیماران از کرامت با
- وضعیت دموگرافیک او شامل سن، وضعیت تاهل، جنسیت، شغل، وضعیت تحصیلی
- وضعیت بالینی مانند بستری شدن، اختلال عملکرد، علائم جسمانی
- و وضعیت روانی مانند افسردگی، متغیرهای اضطراب، تضعیف روحیه، مکانیسم های مقابله ای مرتبط گزارش شده است.



# Some Human Dignity Images ...



# راهکارهای بهبود کرامت انسانی در مراقبت



- داشتن یک خط مشی مشخص و مکتوب
- آموزش کرامت انسانی به متخصصان بهداشتی
- توجه به لباس و ظاهر بیمار
- احترام به حریم خصوصی بیمار (خصوصاً در بخش های مراقبت حاد)
- توجه به مسائل فرهنگی و حقوقی بیمار



# نتایج

• یافته‌های اصلی (مطابق با جدول ۳، اطلاعات اضافی و توضیحات مربوطه):

• موضوعات کلیدی:

• موانع کرامت:

• ارتباط ضعیف

• عدم حریم خصوصی

• اختلال شناختی

• مسائل سازمانی که با ارزش‌های حرفه‌ای تداخل داشت.

• تسهیل‌کننده‌های کرامت:

• مراقبت محترمانه و همدلانه

• مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت

• احترام به حریم خصوصی

• ارتباط موثر

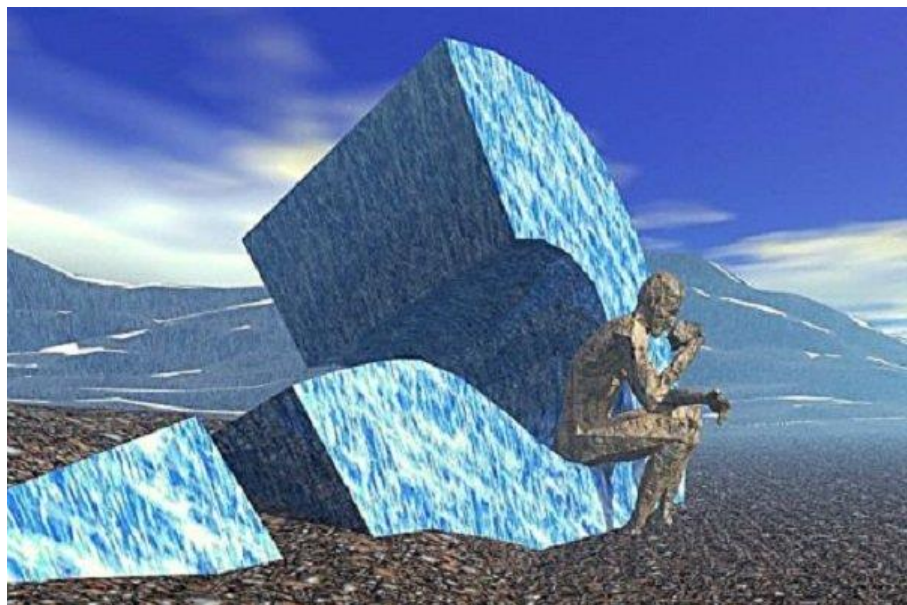


# نتیجه گیری :

- لزوم بهبود کیفیت مراقبت‌های محترمانه برای بیماران بستری.
- نیاز به شناسایی عوامل تسهیل‌کننده و موانع برای افزایش کرامت بیماران.
- استفاده از این مطالعه به عنوان نقطه شروع برای پژوهش‌های آتی و بهبود سیاست‌های بهداشتی.
- تاثیر تجزیه و تحلیل کرامت بیماران در ارتقاء کیفیت مراقبت و رضایت بیماران.
- کمک به ایجاد تغییرات مثبت در نگرش‌های حرفه‌ای و سازمانی در ارائه خدمات بهداشتی.
- تاثیر بر بهبود مراقبت:
- تأکید بر توجه به عوامل تسهیل‌کننده و موانع مؤثر بر کرامت بیماران.
- کمک به متخصصان بهداشتی برای بهبود رویکردها و ایجاد محیط آرام و محترمانه.
- استفاده از بررسی به عنوان مبنایی برای توسعه سیاست‌ها و راهکارها برای ارتقاء کرامت.
- رفع چالش‌های موجود در مراقبت از بیماران.

# کرامت و شخصیت انسانی

- «کرامت» و شخصیت انسان از جمله اموری است که قرآن شریف توجه و عنایت تمام به آن مبذول داشته و در آیات گوناگون و متعددی این موضوع را مطرح کرده و حتی چیزهایی را در این رابطه واجب و یا تحریم نموده است.



# فضیلت و کرامت و بزرگی شأن نوع بشر



- «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْوَرْدِ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا» (إسراء، ۷۰).
- در جامعه ای که مورد نظر اسلام و قرآن است، **هر انسانی محترم و دارای شخصیت و کرامت می باشد.**
- این تکریم و بزرگداشت از دو زاویه قابل نگاه و بررسی است:
  - **یکی از جانب خود شخص می باشد؛** به این معنی که با شناخت مقام «خليفة الهی» خویش و اینکه اشرف مخلوقات است، قدر و منزلت خود را بداند و این گوهر گرانمایه را برای خود حفظ نماید.... کرامت ذاتی
  - **اما این تکریم را می توان از بعد جامعه هم در نظر گرفت.** یعنی در جامعه اسلامی انسانها علاوه بر حفظ کرامت خودشان، موظف به تکریم و تجلیل دیگران نیز هستند و نباید از آن کوتاهی و غفلت کنند.... کرامت اکتسابی

**مصادیق تکریم  
در سیره نبوی**

تکریم مهمان

برخورد گرم و صمیمی

تکریم بیشتر  
نسبت به بزرگان قوم

تکریم اطفال

تعلیم تکریم

تواضع در نشستن

ادب در خطاب

احوال پرسشی  
قشور

مشورت

ارتباط عاطفی  
با افراد

# انواع تکریم در قرآن

سوره اسراء، آیه ۷۰

تکریم افراد با توجه به کرامت ذاتی انسان

سوره حجرات، آیه ۱۱

تکریم افراد با توجه به کرامت اکتسابی آنان

**الْمُؤْمِنُ أَكْبَرُ حُرْمَةً مِنَ الْكَعْبَةِ؛  
« حرمت مؤمن از حرمت كعبه بالاتر است. »**

(خصال صدوق، ج ۱، ص ۲۷)

