

2015 / 2016 Ikasturtea

Defentsa data (2016/06/07)

**OSPITALERATZE PROZESUAN, ERIZAINAK HAURREKIKO GARATU
BEHARREKO LAGUNTZA HARREMANA**

Egilea: Ainhoa Echevarria Borge

Zuzendaria: Josune Zubeldia

LABURPENA

Sarreran, haurrak ospitaleratze prozesuan sufritzen dituzten eraginak zein ondorioak azaltzen dira. Ondorio horiek murrizteko, laguntza harremanaren garrantzia zein den azaltzen da eta honen inguruko definizioa, marko teorikoa, kontzeptuak eta lehenengo ikerketak aipatzen dira.

Lan honen helburu nagusia, ospitaleratze prozesuan, erizainak hurrekiko garatu beharreko laguntza harremanaren ezaugarri eta eraginetan sakontzea da.

Erabilitako metodologia, errebisio bibliografikoa izan da. Bertan, datu base desberdinetan hitz gako konbinaketa desberdinekin egindako bilaketaren bidez, azken hamabost urteetako zein euskara, gaztelania, ingelesez eta portugesezko artikulak aukeratu dira, baztertze, barneratze eta kalitatezko irizpideak direla medio.

Lanaren garapenean, hasteko, ospitalizaturiko hurrei zuzenduriko laguntza harremanak dituen ezaugarriak deskribatzen dira. Bertan, komunikazioak laguntza harremanean izan beharreko elementuak eta laguntza harremana baldintzatzen dituzten faktoreak aipatzen dira. Ondoren, erizainak umeein erabili ditzakeen baliabideak azaltzen dira. Bukatzeko, ospitalean dauden hurrekin erizainak harremantzeko eredu desberdinak azaltzen dira.

Eztabaidan, laguntza harremana efektiboa izateko komunikazio eraginkorraren beharra duela azaltzen da. Gainera, laguntza harreman eredu desberdinak aztertu ondoren, ebidentzian oinarrituz, haurren partaidetzan oinarritutako eredia, haurrarentzako egokiena dela azaltzen da.

Ondorio moduan, laguntza harreman eraginkorrari esker, erizainak haurrari eskainitako zainketa kalitatezkoa eta holistikoa izatea lortzen dela aipatzen da.

Bukatzeko, lana aztertu ondoren egileak eginiko proposamenak azaltzen dira. Horiek, komunikazio eraginkorraren definizioa eta erizainak haurra ospitalean dagoenean laguntza harreman egoki bat edukitzeko jarraitu ditzakeen pausuak izanik.

AURKIBIDEA

1. Sarrera.....	1
2. Helburuak	4
3. Metodologia	4
4. Emaidzak.....	6
4.1 Bilaketaren emaitzak	6
4.2 Kalitate irizpideak pasa dituzten artikuluak.	8
5. Errebisio bibliografikoaren emaitzak	8
5.1 Ospitalizaturiko umeengan laguntza harremanak dituen ezaugarrien deskribapena.....	8
5.1.1 Laguntza harremanean, komunikazioak izan beharreko elementuak	9
5.1.2 Laguntza harremana baldintzatzen dituzten faktoreak	13
5.2 Laguntza harremanean, erizainak umeekin erabili ditzaken baliabideen azterketa	14
5.2.1 Jolas terapeutikoa.....	14
5.2.2 Marrazketa terapeutikoa	16
5.2.3 Musikoterapia	17
5.3 Ospitalizatutako hurrekin harremantzeko eredu desberdinen azterketa.....	18
5.3.1 Haurren Partaidetzan Oinarritutako Eredua	18
5.3.2 Guraso Haur Erizain Harreman Eredua	21
5.3.3 “Family Centered Care” (FCC) eredia	22
6. Eztabaida.....	24
7. Ondorioak	28
8. Ekarpen pertsonala.....	29
9. Bibliografia	31
10. Eranskinak.....	36

TAULEN AURKIBIDEA

Taula 1. Datu base desberdinetako bilaketa prozesua eta lortutako emaitzak	7
Taula 2. Jolas terapeutikoaren erabilerak haurrengan eragiten dituen onurak, ehunekoetan neurtuta.....	16
Taula 3. Jolas terapeutikoa erabiltzerakoan erizainek dituzten zailtasunak ehunekoetan neurtuta.	16
Taula 4. Partaidetzan eragiten duten faktoreak biltzen dituen taula.	19

ERANSKINEN AURKIBIDEA

Eranskina 1. Kalitate irizpide prozesua batzen duen taula..	36
Eranskina 2. Harreman eredu desberdinen konparaketa biltzen duen taula.....	39
Eranskina 3. Ikerketa kualitatiboen irakurketa kritikoa egiteko CASPE txantiloia.....	40
Eranskina 4. Errebisio sistematikoen irakurketa kritikoa egiteko CASPE txantiloia.	46
Eranskina 5 Ikerketa kuantitatiboen irakurketa kritikoa egiteko txantiloa..	51

1. SARRERA

Haurrari ospitaleratzeak ondorio traumatikoak eragin diezazkioke, izan ere, familiaratik eta lagunetatik urruntzeaz gain, errutina galtzen dute, eguneroko bizitzan aldaketak sortuz. Horretaz gain, haurrarentzat ospitalea ezezaguna den eremua denez, hau da, bertan dauden profesional sanitarioak, ematen dizkieten tratamenduak, beste pazienteak etab. haurrarentzat berriak direnez, ospitalea arrotza den ingurua bilakatzen da, haurraren ingurua inaktu bat eraginez (1).

Spitz-ek (2), 1945. urtean, gurasoengatik epe luzean banatutako haurrek ondorioak sufrizten zituztela aztertu zuen, hots "teoría del apego" teoria garatu zuen, honen arabera haur ospitaleratuak gurasoengatik edo zaintzaile nagusiengandik aldentu ezkeror, haurrak arazo emozionalak esperimendatzeko. Teoria honen ondoren, hainbat ikerketa egin dira, ospitaleak haurretan eragiten dituen ondorioak aztertzeko.

Ospitalearen ondorioz eta ospitalean egoteak suposatzen duen prozesuaren ondorioz, haur desberdinek ondorio eta gaixotasun desberdinak garatu ditzakete, horietako batzuk hauek izanez (3,4):

- Amets gaiztoak
- Urduritasuna
- Jateko gogorik eza
- Pertsonalitate aldaketak
- Depresioa
- Agresibitatea
- Erlazio sozialekin zailtasunak
- Autozainketa eta autokontrola limitatzen ditu, independentzia eta autonomia murriztuz.
- Lo egiteko zailtasunak
- Haurraren jokaeretan aldaketak
- Familiaren faltarengatik tristura eta bazterte sentimendua.
- Hiperaktibitatea
- Tratamenduaren atxikipenean zailtasunak.
- Antzietatea eta estresa.

Urte hauetan zehar, ospitalizazioak haurraren ingurua inaktu murrizteko egin diren ikerketen helburuak aldatu dira, izan ere, azkeneko hamarkadan, haurraren arlo biologikoan erreparatzeaz gain, arlo soziala eta psikologikoa kontuan hartzen hasi da. Horregatik, erizainaren eta haurraren arteko erlazioa ikertu ondoren, erizainak haurraren ingurua inaktu murrizteko laguntza harremana ospitalizazio prozesuan lagungarria izan daitekeela kontsideratzen hasi da (5,6).

Martínez-ek (7) definitu zuen bezala, "Laguntza harremana, bi pertsonen arteko elkarrekin da, erizainak pazientearen beharrak modu integralki identifikatzea ahalbidertzen duena, hots, pazientearen arlo biologiko, sozial eta psikologikoak

kontuan hartzen ditu, holistikotasunean oinarrituz. Pazienteak bizitzen duen egoera hori paziente berak beste modu batetara hautemateko, onartzeko eta aurre egiteko helburua du harreman terapeutikoak”.

Hildegard E. Peplau-k harreman interperpersonalaren teoria garatu zuenean, laguntza harremanaren fundamentuak azaldu zituen. Teoria honen helburua, paziente eta erizainaren arteko harremanari garrantzia ematean datza, honela, erizainak pazientearen zainketaren partaide izatea bideratzen duten zainketak emanez. Beraz, teoria honen bidez, Peplauk laguntza harremanaren edo harreman terapeutikoaren bidez, erizainak pazientearen arazoak eta beharrak identifikatzea eta aldi berean, pazienteak bere gaixotasunaren prozesua ulertzea eta bertan parte hartzea lortzen dela azaldu zuen (5).

Gaur egun, komunikazioa laguntza harremanaren ezaugarri nagusia kontsideratzen da, haurraren atentzioaren kalitatea bermatzen duelako, hala ere, haurrekin komunikatzerakoan erizainek zailtasun ugari edukitzen dituztela azaltzen dute autore eta ikerketa desberdinek (4,5), laguntza harremana posible ez izatea eraginez. Hau, helduekin konparatuta, haurrek beraien iritziak, pertzepzioak, sentimenduak espresatzeko eta erizainak dioena ulertzeko zailtasunak dituelako da (4,5).

Komunikazio modu desberdinak daude, hala nola, ahozko komunikazioa, eta ez ahozko komunikazioa. Lehenengoa, idatzitako hizkuntza eta ahoz espresatutako hizkuntzaren bidez ideiak eta esperientziak beste pertsonekin konpartitzean datza. Ez ahozko komunikazioa ordea, espresio fazial, fisiologiko eta gorputza erabiliz komunikatzean datza. Komunikazio prozesuaren barnean, beste elementu eta kontzeptu desberdinak daude, trebetasun sozialak deritzenak (4,7):

- Enpatia: Beste pertsona baten sentimenduak ulertzeko eta transmititzeko gai izatea, besteen erantzun emozionalak identifikatuz eta beste pertsonaren paperean jarriz.
- Entzute aktiboa: Pazientearen mezua jasotzea, bakoitzaren iritzi pertsonalarekin epaitu eta interpretatu gabe, hitz horiek pazientearen esperientziatik edo arazo pertsonaletik beiratzeko ahalmena da.
- Feedback: Komunikazio prozesuan errezeptoreak igorleari bidaltzen dizkion emaitza eta erreakzio multzoak batzen ditu. Ondoren, erantzun hauekin igorlea mezua ulertu den eta mezua emateko modua egokia izan den ezagutzea eragiten dio.
- Galdera itxia: baiezko eta ezezko erantzunak soilik ematea ahalbideratzen duten galderak dira.
- Galdera irekiak: Erantzun zabala eskaintzen duten galderak dira.

Erizainak haurrekin komunikatzerakoan zailtasunak dituenean, terapia desberdinen erabilera aztertzen hasi da azkeneko hamarkadan, horietatik nagusienak jolasa, marrazketa eta musika izanik. Jolasa eta musika, historian zehar, Florence Nightingalek, bezalako pertsonak erabili zituela jakin da. Izan ere, Nightingalek haurraren zainketa fisikoan, higieanean, elikaduran eta garapenean laguntza bezala erabili zituen (8).

Laguntza harremanaren barnean, erizainak duen rol garrantzitsu horretan, haurrari gaixotasunaren partaide bihurtzea zainketa eta atentzio motaren erdigunea kontsideratzen dute ikerlari eta ikerketa askok. Izan ere, haurraren gaixotasuna gehienbat profesional sanitarioen eta gurasoen perspektibatik ikusi ohi da, haurra bigarren plano batean utziz. Badira haurraren partaidetzarekin zerikusia duten kontzeptu basikoak:

- Rol pasiboa, pazienteak zainketa osasun profesionalen esku uzten duenean da, autozainketa burutu gabe.
- Rol aktiboa, haurra bere zainketan parte hartzen duenean garatzen duen rola da, ondorioz, autozainketa garatzeaz gain, zainketa prozesuaren partaide aktiboa bilakatzen da, besteengatik menpekotasuna azaldu gabe.
- Despertsonalizazio kontzeptua, Goffman-ek (9) 1961.urtean azaldu zuen kontzeptua da, honen arabera, pazienteak pertsona bezala tratatzen ez denean gertatzen da. Pazientea objektu bezala sentitzen da eta egoera kontrolatu ezin duenez, haserrea eta beldurra bezalako sentimenduak esperimentatzen ditu (10).

Paternalismoaren kontra jarri diren eta haurren eskubideak eta rol aktiboa defendatzen dituzten ikerketen kopurua handitu da azkeneko hamarkadan. Izan ere, haurrak bere adina eta heldutasunarekin bat datozen erabakiak hartzeko, informatua izateko, bere iritziak entzunak izateko eta kontsideratua izateko eskubidea du dokumentu ugari aipatzen dutenez. Hala nola, Erresuma Batuan 1989.urtean sortu zen legea, "Organización de las Naciones Unidas-ek" (ONU) 1959.urtean eta 1988.urtean eginiko erresoluzioak eta Europako komisioak 1996.urtean eginiko legea (10,11).

Azkenik, haurrak familiaren beharra duten pazienteak dira, familiaren menpekotasuna eta beharra azaltzen dutelako. Hau ikusita, haurrari zuzenduriko harreman eredu familia osoari zuzendurikoa izan behar duela defendatzen duten autore asko daude. Harreman mota honi, "Family Centered Care (FCC)" deitzen da, Erresuma Batuan, Bowlby (12) eta Platt-ek(13), eginiko ikerketen ondorioz sortua izan zena. Coleman eta lankideek (14), definitu zuten bezala, Family Centered Care inplikazio prozesuaren, partizipazioaren eta asoziazioaren bitartez osasun profesionalak haurrari eta familiari

eskaintzen dioen laguntza da (15).

Lan honetan, laguntza harremanak ospitalizazio prozesuak hurrei eragiten dizkien gaixotasunak eta ondorio desberdinak murrizten eta prebenitzen dituen aztertu nahi da. Gainera, laguntza harreman egokia edukitzeko irizpide, teknika eta estrategia desberdinak zeintzuk diren aztertu nahi dira. Horretaz gain, erizainak haurrarekin komunikatzeko zailtasun horiei aurre egitea posible den ikusi nahi da, aldi berean, urte hauetan zehar aipatu diren terapia desberdinak komunikazio tresna bezala haurrarekin erabili daitezkeen ikusi nahi da, hauen funtzio terapeutikoa ezagutzuz.

Azkenik, ospitalizaturiko haurrarekiko harremanean, erizainak haurrarekin izan beharreko harreman eredu egokia eta haurraren rol egokia zein den aztertu nahi dira. Honetarako, ondorengo helburuak ezarri dira.

2. HELBURUAK

Helburu nagusia

Ospitaleratze prozesuan, erizainak haurrekiko garatu beharreko laguntza harremanaren ezaugarri eta eraginak aztertzea.

Helburu Zehatzak

1. Ospitalizaturiko umeengan laguntza harremanak dituen ezaugarriak deskribatzea.
2. Laguntza harremanean, erizainak umeekin erabili ditzakeen baliabideak aztertzea.
3. Ospitalizatutako haurrekin erizainak harremantzeko eredu desberdinak aztertzea.

3. METODOLOGIA

Lana burutzeko, gaiaren inguruko literaturaren errebisio bibliografiko bat egin zen 2015.urteko abenduaren eta 2016.urteko maiatzaren bitartean. Bilaketa bibliografikoa hainbat datu base eta iturri desberdinetan burutu zen. Datu baseak kontsultatu aurretik, hitz gako, “Thesaurus-eko *Medical Subject Headings*” (MeSH) eta “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) termino egokiak aukeratzeko, PI(C)O estruktura honela planteatu zen:

- Pazientea: Ospitalizatutako haurrak.
- Interbentzioa: Laguntza harremanarekin bideraturiko erizain zainketak.
- Outcome: Harreman terapeutikoarekin prebenitu daitezkeen gaixotasun edo egoerak eta lortu daitezkeen onurak.

PIO estruktura egin ostean, hitz gako, (MeSH) eta (DeCS) terminoak aukeratu ziren. Ondoren, bilaketak aurrera egin ahala, artikulua batzuetan agertzen ziren hitz gakoek ere baliatu zen.

- MeSH terminoak: child, child hospitalized, nursing care, patient-centered eta communication
- DeCs terminoak: niño, niño hospitalizado, atención enfermería, métodos de comunicación eta comunicación.
- Hitz gakoak: enfermería, calidad, cuidados, relación de ayuda, aid relationship, relación terapéutica, therapeutic relation, therapeutic communication eta comunicación terapéutica.

Konbinaketak egiteko, terminoen elkarketa AND eragile bolearraren bidez egin zen. Bilaketa burutzeko erabili ziren datu base desberdinak, Cuiden eta Dialnet datu base espainiarrak, eta Google académico, Scielo eta Pubmed datu base internazionalak izan ziren.

3.1 Erabilitako filtroak

Bilaketa egiterakoan, datu base bakoitzean, filtroak erabili ziren, bilaketaren emaitzak murrizteko. Datu base guztietan urtea erabili zen filtro bezala; Scielo, Cuiden, Dialneten eta Pubmed datu baseetan 2000.urtetik aurrerako filtroa aplikatu zen, Google académico-an, ordea, 2012.urtetik aurrerako filtroa jarri zen. Azken honetan, urtearen muga beste datu baseekin konparatuta, gehiago murriztu zen, emaitza gehiegi ateratzen zirelako. Urteaz gain, testu osoa eskuragarri edukitzea aplikatu zen Cuiden, Dialnet eta Pubmed-en, hori egiteko aukera ematen zutelako.

Horretaz gain, Pubmed eta Google académico-ko emaitzak oso ugariak zirenez, filtro gehiago aplikatzea aukeratu zen. Pubmed-en, artikulua haurrei buruzkoak izatea aplikatu zen, "child" filtroa alegia. Google académico-an aldiz, zitak ez ziren bilaketan kontuan hartu eta datu baseak eskaintzen zituen orrietatik lehenengo sei orriak hartu ziren kontuan.

3.2 *Barneratze irizpideak*

Bilaketan lortutako emaitza horietatik, gaiarekin erlazioa zuten artikulua aukeratu ziren izenburua begiratu. Ondoren, artikuluen laburpena irakurri, barneratze irizpideak betetzen ziren egiaztatu zen aukeraketa zehatzago bat egiteko, hots, hizkuntzari begira, euskaraz, gazteleraz, ingelesez eta portugesez izatea eta gaiarekin bat etortzen zela aztertu zen.

Azkenik, emaitzak idazterakoan, artikulua desberdinetan agertzen ziren autoreen ikerketa originalak lanean sartu ziren.

3.3 *Baztertze irizpideak*

Aukeratutako artikuluen artean, batzuk baztertu egin ziren hiru arrazoiengatik: artikulua dohainik irakurtzeko aukera ematen ez zuela, datu base batetik bestera, artikulua errepikatuak agertzea, horregatik, artikulua agertzen zen lehenengo datu basean kontatu zen bakarrik. Azkenik, gaiarekin zerikusia zuten artikuluetan, gurasoen emozioetan soilik zentratutako ikerketak zirenak eta haurren gaixotasunetan erreparatzen zutenak baztertu egin ziren.

3.4 *Kalitate irizpideak*

Irizpideak betetzen zituzten aukeratutako artikulua horiei irakurketa kritikoa egiteko, artikulua bakoitza ikerketa motaren arabera sailkatu zen. Ondoren, errebisio sistematiko eta ikerketa kualitatiboaren kalitatea bermatzeko, CASPE txantiloia pasa zitzaizkien eta txantiloia lehenengo galdera kritikoa pasatzen zituztenak onartu ziren. Ikerketa kuantitatiboari ordea, Berra eta lankideek (16) proposaturiko txantiloia pasa zitzaien, bertatik lehenengo lau multzoetako (a,b,c,d) galderak aukeratuaz. Horiez gain, errebisio narratiboaren irakurketa kritikoa egiteko txantiloirik aurkitu ez zenez, lan honen helburuetara egokitzen zirenak eta metodologian bilaketari buruzko azalpen egokiak ematen zituztenak onartu eman ziren.

4. EMAITZAK

4.1 *Bilaketaren emaitzak*

Bilaketan erabilitako datu baseak, hitz gakoaren konbinaketak eta hauekin lortutako emaitzekin aukeraketa bat egin zen. Hori lortzeko, filtro, barneratze eta baztertze irizpideak aplikatu ziren datu base bakoitzean (ikus 1. taula).

Taula 1 Datu base desberdinetako bilaketa prozesua eta lortutako emaitzak. Egileak egina

DATU BASEA	HITZ GAKOAK	1.EMAITZAK	FILTROEN ONDOREN-GO EMAITZAK	AUKERATUTAKO ARTIKU LUAK	BAZTERTZE ETA BARNERATZE IRIZPIDEAK APLIKATU ONDOREN
Scielo	(comunicación) AND (enfermería) AND (niño)	25	-	8	2
	(niño hospitalizado) AND (enfermería)	30	27	4	1
Google académico	Niño hospitalizado AND calidad AND atención enfermería	15000	60	14	4
	enfermería pediátrica, AND métodos de comunicación	15500	60	8	2
Pubmed	((communication) AND child hospitalized) AND nurse	156	65	35	5
	((child) AND nursing care) AND communication	3446	1504	3	0
	((Child hospitalized) AND nursing care) AND communication) AND patient-centered	10	5	2	0
	((therapeutic relation) AND child hospitalized) AND communication	128	54	10	3
	((therapeutic communication) AND nursing care) AND child hospitalization	135	72	4	3
	(aid relationship) AND communication	324	48	2	0
	(aid relationship) AND nursing care	150	11	3	0
Dialnet	Comunicación AND enfermería AND niño	25	18	5	2
	Niño AND hospitalizado AND enfermería AND cuidados	20	13	10	1
Cuiden	("niño")AND ("hospitalizado") AND(("comunicación") AND("enfermería"))	58	30	7	3

Taula 1 (jarraipena) Datu base desberdinetako bilaketa prozesua eta lortutako emaitzak. Egileak egina

DATU BASEA	HITZ GAKOAK	1.EMAITZAK	FILTROEN ONDOREN-GO EMAITZAK	AUKERATUTAKO ARTIKULUAK	BAZTERTZE ETA BARNERATZE IRIZPIDEAK APLIKATU ONDOREN
Cuiden	("niño")AND (("hospitalizado") AND(("relación") AND("terapéutica")))	11	5	3	2
	("comunicación")AND(("terapéutica")AND(("enfermería")AND("niño")))	15	5	4	0
	("comunicación")AND(("niño")AND("enfermería"))	349	220	2	0

4.2 Kalitate irizpideak pasa dituzten artikulua.

Filtroak eta barneratze eta baztertze irizpideak aplikatu ondoren, datu baseetatik jasotako 28 artikulua aukeratu ziren. Ondoren, aurretik aipatutako irakurketa kritikoa burutu zen, kalitate irizpideen laguntzaz artikuluen aukeraketa zehatzago bat egiteko. Irakurketa kritikorearen ondorioz, hasierako 28 artikuluetatik, 25 aukeratu ziren, horietatik, 5 errebisio sistematiko, 6 ikerketa kuantitatibo, 10 ikerketa kualitatibo eta 4 errebisio bibliografiko izanik (ikus 1. eranskina).

5. ERREBISIO BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK

5.1 Ospitalizaturiko umeengan laguntza harremanak dituen ezaugarrien deskribapena

Komunikazio efektiboa eta erlazio interpertsonala, erizain zainketaren kalitatearen faktore determinanteak direla azaltzen du Noreña-k (17). Izan ere, hurrek ospitaleratze prozesuari aurre egiteko kapazitate murriztua dutela aztertu ondoren, behar desberdinak azaltzen dituztela ondorioztatzen du egindako lanean. Erlazio terapeutiko edo enpatiazkoari esker, behar horiek identifikatzea, haurraren egoera emozionalean eragitea eta hurrek esperimendatzen dituzten prozesuak hobeto ulertzea lortzen dela determinatzen du.

Alarcón-ek (5) aldiz, haurrengan ospitalizazioak eragiten dituen ondorioak ezagutu ondoren, erizainak haurraren aspektuak modu integralean abordatzen dituzten

zainketa holistikoak praktikan jarri behar dituela azaltzen du eta horretarako laguntza harremana funtsezkoa dela ondorioztatzen du.

Komunikazio trebetasunak egoki erabili ezker, hau da, entzute aktiboa, ez ahozko eta ahozko komunikazioak modu egokian erabili ezker, laguntza harremana eraginkorra bihurtzen dela azaltzen du Alarcón-ek (5). Aldi berean, Martínez-ek (7), laguntza harreman egoki bat egoteko komunikazio teknikei buruzko ezagutza nahita nahizkoa dela aipatzen du.

5.1.1 Laguntza harremanean, komunikazioak izan beharreko elementuak

Noreña-k (17) erizain eta haurren arteko interakzioari buruz eginiko ikerketan, haurra ospitaleari moldatzea haurraren aspektu psikosozial, biologiko eta kulturalen menpe egoteaz gain, haurrak prozesu horren inguruan duen ulermenaren menpe dagoela azaltzen du. Horregatik, erizainak haurrekin eduki behar dituen jarrerak, zainketa emozionala eta komunikazio efektiboa integratzen dituztenak izan behar direla azpimarratzen du.

Aurreko lanarekin jarraituz, komunikazioa efektibo edo eraginkorra, haurrari beharrak eta eskaerak adierazteko erraztasunak ematen dituen eta feedback-a positiboa duena bezala definitzen du Noreña-k (17). Izan ere, feedback positiboari esker, haurraren ideiak antolatzea eta haurrak pentsatzen duenari koherentzia ematea lortzen dela azaltzen du.

Horrez gain, komunikazio efektibo bat haurraren eta erizainaren arteko oreka bat izan behar dela gehitzen dute Noreña (17) eta Shin-ek (18), oreka horren barnean, jokabide positiboak (haurrengan efektu positiboak eragiten dutenak) eta neutralak (efektu neutroa eragiten dutenak) egonez. Shin-ek (18) eginiko ikerketan zera gehitzen du, jarrera neutral eta positiboen arteko desorekak, pazientea laguntzarik gabe sentitzea eta emandako atentzioarekin pozik ez egotea eragiten duela.

Alarcón-ek (5), ordea, komunikazio efektiboari esker, haurrari zainketan parte hartzen uzteaz gain, asistentzia pertsonalizatuagoa eta humanizatuagoa bihurtzen dela azaltzen du.

Horretaz gain, komunikazioaren ezaugarriak haurren ospitaleratze prozesuan aztertu ondoren, erizain zainketak perspektiba humanizatuagoa izateko, komunikazio prozesua haurren beharretara zuzendurikoa, indibiduala, pertsonala eta konfiantzan oinarriturikoa izan behar duela azaltzen dute Martínez eta lankideak (19). Autore hauek, komunikazio eraginkorra lortzeko, haurra ospitale prozesuan dauden zainketa eta prozedura desberdinak ulertzeko eta horiekiko segurtasuna irabazteko erizainak komunikazio estrategia desberdinak erabili behar dituela azaltzen dute eta hurrengo

atalean sakonago deskribatuko dira (ikus 5.1.1.1- 5.1.1.2 atalak).

Noreña-k (4) ordea, zainketa integrala lortzeko, pazientearen egoera emozionala ezagutzea beharrezkoa dela azaltzen du eta horretarako, haurrak ospitaleratze prozesuan garatzen dituen pertzepzioak eta sentimenduak identifikatu behar direla. Haurrari bere sentimenduak, pertzepzioak eta animoak adierazteko aukera emateko, haurraren eta erizainaren arteko erlazioa interaktiboa eta haurraren partaidetzan oinarriturikoa izan behar duela azaltzen du, honela, feedback positiboa izatea eta elkarrekintza dinamikoa eta sortzailea izatea lortzen delako.

Hartara, komunikazio eraginkor batek haurrarengan sortzen dituen onurak azaltzen ditu (4):

- Haurrak esperimentatzen duen egoera hobeto ulertzea.
- Osasun egoerari buruzko perspektiba berria lortzea.
- Erabakiak hartzerakoan konfiantza irabaztea.
- Gaixotasunari eta ospitale prozesuari aurre egiten laguntzea.
- Haurra egingo zaizkion prozesu eta zainketei prestatua egotea.
- Haurraren antsietatea murrizteko baliagarria den interakzio positiboa eragiten du.

Horretaz aparte, komunikazio efektibo edo terapeutikoaren bitartez, erizain zainketa eta prozedura desberdinetara haurra prestatzen dela aipatzen dute Magnabosco eta lankideek (6), haurrak ospitaleratze prozesuan dituen trauma eta beldurren murrizketa eta haurraren kooperazioa lortuz. Gainera, haurraren adina eta prozedura kontuan hartuz, haurraren prestaketa lortzeko, eredu bat proposatzen dute:

1. Haurraren jakintza maila baloratzea.
2. Gurasoak zainketan kontuan hartzea.
3. Prozeduraren bitartean, eragiten dituzten ezaugarri sentsorialak azpimarratzea, hala nola, usaimena eta ukipena.
4. Haurrak prozedura horretan egin dezakeena egiten uztea.
5. Prozeduraren onurei buruz haurrari informatzea.

5.1.1.1 Ahozko komunikazioa

Ahozko komunikazioa zainketan garrantzitsua dela kontsideratzen dute Martinez eta lankideek (19), honen erabilera eta onurak azalduz:

- Haurrek prozesu eta zainketetan gertatzen dena eta zergatia jakitea lortzen da.
- Erizain atentzioaren garapenean, tratamenduaren eta atentzio klinikoan haurrekin erraztasunak lortzeko erabili daiteke.

- Erizain eta haurren arteko erlazioa sendotzen du, konfiantzazko erlazioa izatea lortzen duelako.

Erabileraren garrantziaz gain, ospitalean dauden hurrekin ezartzen den ahozko komunikazioa espezifikoa eta indibiduala izan behar duela adierazten dute Martinez eta lankideak (19), hots, haur bakoitzaren pertsonalitateari eta adinari egokituia.

Magnabosco eta lankideek (6) aldiz, hurrengan ospitaleak eragiten duen inpaktua aztertu ondoren, erizainak zuzenduriko ahozko komunikazioa haurren adinari egokituia egon behar duela azaltzen dute. Batetik, 3-6 urte bitarteko hurrei erizainak informazio zehatza eta zuzena eman behar diela azaltzen dute, adin honetan, ulertzeko duten gaitasuna murriztua dutelako. Bestetik, 6-12 urte bitarteko hurren ezaugarriak aztertu ondoren, erizainak emandako informazioa zehatza izateaz gain, erizainak terminologia zuzenago bat erabiliz, elkarrizketari ikuspuntu konplexuago bat eman diezaiokeela aipatzen dute.

Horretaz aparte, haurri informazioa modu zehatz eta sinplean emanaz gero, haurrak informazioa hobeto ulertzea lortzen dela azaltzen du Noreña-k (7).

Ahozko komunikazioan erizainak erabili ditzakeen estrategia desberdinen inguruan, Zengerle-Levy (1) eta Noreña-k (17) ekarpen desberdinak egin dituzte. Zengerle-Levy-k (1) narrazioa eta humorea erizain estrategia desberdinak direla deskribatzen ditu. Alde batetik, narrazioaren bitartez, erizainak metaforen eta sormenaren laguntzaz, hurrei istorioak kontatuz, informazioa modu ulergarriagoan transformatzen dela aipatzen du. Horretaz gain, narrazioak haurrengan beste efektu positiboak eragiten dituela azaltzen du ere, hala nola, ospitaleak eragiten duen egoerari zentzua ematea, haurrak sentimenduak adieraztea, bere buruan konfiantza berreskuratzea eta bizitzen ari duen esperientzia onartzea. Beste aldetik, humoreak prozesu terapeutikoa handitzea eta zainketa erraztea eragiten duela aztertu ondoren, humorearen bitartez, zainketan eragiten duten emozio negatiboak kanporatzeaz gain, haurren beldurrak, bakardade sentimenduak, antsietate eta depresioa murrizten direla determinatzen du Zengerle-Levy-k (1). Horregatik, erizain profesionalak hurrekin dituzten interakzioetan humorea eta narrazioa erabiltzea proposatzen du.

Honekin jarraituz, Noreña-k (17) egindako lanean, erizainaren eta haurren arteko interakzioan, komunikazioa errazten dituzten erizain ekintza desberdinak aztertu ondoren, erizainak haurrekin duen erlazioan humorea erabiltzea, haurri empatia transmititzeko eta haurra prozedura eta zainketetan distraitzeko erabilgarria dela adierazten du.

Artikulu berdinean, elkarrizketa errazteko eta erizainak haurrei buruzko informazioa ahalik eta gehiena eskuratzeko, haurrari egin beharreko galderak irekiak izan behar direla aipatzen du Noreña-k (17), izan ere, haurrekin ezartzen den interakzioan galdera itxiak zuten efektua aztertu ondoren, elkarrizketa motza eta bizkorra lortzeaz gain, haurrei elkarrizketan nahi zituzten gaiak gehitzeko aukera kentzen ziela ikusi zen, haurrei buruzko informazioa galduz.

5.1.1.2 Ez ahozko komunikazioa

Erizainak haurrekin komunikatzeko modu desberdinak aztertu ondoren, ez ahozko komunikazioari esker laguntza harreman egokia ezartzen dela azaltzen dute Martinez eta lankideek (19). Bertan, erizainak erabili ditzakeen baliabide pertsonal desberdinak azaltzen dituzte, hala nola, kontaktu fisikoa, keinuak eta begirada:

- Kontaktu fisikoa, erizainak lasaitasuna, laguntza, afektua eta inplikazioa haurrari transmititzeko elementua bezala jokatzeko duela adierazten dute, erizain zainketak humanizatuagoak bihurtuz.
- Begien kontaktuak komunikazio prozesuan eragiten dituen bi onura azaltzen dituzte. Alde batetik, erizainak haurrei zainketa prozesuan behatuz, haurrak ahoz transmititu ezin ditzakeen beharrak, sentimenduak eta nahiak identifikatzea. Beste aldetik, haurrekin ikusmen kontaktua ezartzearen ondorioz, erizainak enpatia eta lasaitasuna transmititzeko baliabidea dela azaltzen dute.
- Keinuen bidez, haurrak erizainak esaten duena hobeto ulertzeaz gain, sentimenduen eta ideien transmisioa modu argiago batean egitea lortzen dela aipatzen dute.

Azkenik, Noreña-k (4) irribarrea ez ahozko komunikazioan garrantzitsua dela azaltzen du, elkarrizketan erizainaren jarrera positiboa eta enpatia haurrari transmititzen dituelako.

5.1.1.3 Entzute aktiboa

Haurrak esaten duena entzun eta honek diotenari errespetua izanez gero, haurrak bere hitzek garrantzia dutela sentitzen duenez, haurraren identitatea sendotzen dela eta haurrak bere buruan duen segurtasuna handitzen dela adierazten du Noreña-k (4).

5.1.2 Laguntza harremana baldintzatzen dituzten faktoreak

5.1.2.1 Osasun instituzioak

Noreña-k (4), laguntza harremana baldintzatzen dituzten faktoreak aztertu ondoren, faktore gehienak, instituzio sanitarioek ezartzen dituztenak direla azaltzen du. Hau da, osasun atentzioaren barnean dauden arauak, profesionalen funtzioaren antolakuntza, asistentzia mota desberdinak eta zerbitzuen dinamikak haur eta haurraren familiarekin osasun atentziora adostea eta haurraren beharrei erantzutea eragozten duela azaltzen du.

Horretaz gain, Martinez eta lankideak (19) erizainaren eta haurraren arteko erlazioa aztertu ondoren, ospitaleak haurraren eragiten dituen ondorio estresagarriek, erizain eta haurraren arteko komunikazioa oztopatzen dutela aipatzen dute, haurrak bizitzen duen dinamika estresagarri horrek haurrak prozesu terapeutikoa ukatzea eragiten duelako.

Gainera, Shin (18) eta Martinez eta lankideek (19), erizainak paziente gehiegi edukitzea, paziente bakoitzarekin egoteko denbora urria izatea eta rol kargak erizainaren eta haurraren arteko erlazioaren kalitatean oztopoak bilakatzen direla determinatzen dute.

5.1.2.2 Erizaina

Erizainek haurrekin duten interakzioa aztertu ondoren, erizain gehienek jokabide desberdinek laguntza harremanean oztopoak sortzen dituztela azaltzen du Noreña-k (4). Alde batetik, erizainak informazioa eskuratzerakoan, informazio azkarra, beharrezkoa eta teknikoa eskuratzeko helburuarekin haurrarenekin komunikatzen direnean, feedbacka oztopatzen dela azaltzen du, haurrari buruzko informazio baliagarria galtzen dela determinatuz. Beste aldetik, erizainek haurrei emandako informazioa haurraren ulermen mailari egokitzen ez dela aztertu ondoren, informazio horren kalitatea eztabaidan jartzen du.

5.1.2.3 Haurra

Haurraren eta erizainaren arteko interakzioan eragiten dituzten faktoreak aztertu ondoren, Noreña-k (4) haurra bera, elkarrekintza horren faktorea kontsideratzen du, bi arrazoiengatik. Alde batetik, haurra haserre, triste, nekatuta edo aspertua dagoenean erizainari ematen dion informazioa, gogo-aldarte positiboa duenean ematen duenarekin konparatuta gutxiago dela ikusi ondoren, haurrak emandako informazioaren kantitate eta kalitatea, haurraren gogo-aldartearen menpe dagoela determinatzen du. Beste aldetik, haurraren ezaugarri desberdinak, hala nola, adina,

ahalmen kognitiboa, jokaerak, kondizio fisikoak eta psikologikoak eta haurrak erabilitako teknologia erlazio terapeutikoan eragiten duten faktoreak kontsideratzen ditu.

Honekin jarraituz, Zengerle-Levy (1) eta Martinez eta lankideek (19) haurren adinak eta garapen kognitiboak, haurrak informazioa ulertzeko duen kapazitatean eragiten dutela azaltzen dute.

Horrez gain, Martinez eta lankideak (19) haurren jarrera positiboak erizainarekiko interakzioa, prozesuaren onarpena eta zainketetan duen kolaborazioa hobetzen duela azaltzen dute.

5.1.2.4 Gurasoak

Haurren eta erizainaren arteko interakzioa aztertu ondoren, gurasoek bitartekari lana egiten dutela adierazten dute Lambert eta lankideak (20). Izan ere, aztertutako egoera desberdinetan, osasun profesionalek emandako informazioa haurrentzako ulergaitza zenean, haurrek gurasoengana informazio bila jotzen zutela erreparatu zuten, gurasoak bitartekari bezala jardunez. Lambert eta lankideen (20) arabera, gurasoak bitartekariak izan diren arren, osasun profesionalek haurrei eman beharreko informazioa haurrak ulertzeko modukoa eta haur bakoitzaren adinari eta garapenari zuzendurikoa izan behar du.

5.2 Laguntza harremanean, erizainak umeekin erabili ditzakeen baliabideen azterketa

5.2.1 Jolas terapeutikoa

Zenbait ikerketek (1,21), agerian utzi dute jolas terapeutikoaren bitartez haurrak sentimenduak, beldurrak, segurtasun eza eta kezka espresatzerakoan, erraztasunak lortzen dituela.

Alarcón-ek (5) eginiko errebisioan aldiz, autore desberdinek jolas terapeutikoaren inguruan aipamenak egiten dituztela azaltzen da. Alde batetik, Jansen-ek (22) jolas jardueren onurak aztertu ondoren, aktibitate honi esker prozedura mingarriak egiterakoan, haurren antsietatea murrizten dela azaltzen du. Beste aldetik, jolasa haurrek kontrolatzen duten eremua denez, jarduera honen bitartez haurrek sentimenduak eta frustrazioak espresatzerakoan erraztasunak lortzen dituztela azaltzen dute Lemos eta lankideak (23), jolasa komunikazio bide baliagarria kontsideratuz.

Honekin jarraituz, jolas terapeutikoaren bitartez, erizainaren eta haurren arteko

erlazio interpersonala egonkortzen eta gerturatzeko dela adierazten duten ikerketa desberdinak daudela aztertu da (8,6,19,21,24). Izan ere, jolas-jarduerak, haurraren perspektiba ezagutzeko, erizainak haurraren beharrak identifikatzeko erraztasunak lortzea eta haurraren ezarritako komunikazioa terapeutikoa bihurtzea lortzen dela determinatzen dute (8,6,19,21,24,25).

Horretaz aparte, jolas jarduerak ospitalean dauden haurren funtzio terapeutikoa aztertu ondoren, Magnabosco eta lankideak (6) eta Martinez eta lankideak (19) eginiko ikerketetan, jolasa erizain zainketetan integratzeak haurren onura desberdinak eragiten dituela azaltzen dituzte:

- Haurra zainketan modu aktiboan jardutea lortzen da, haurrak egoeraren kontrola eskuratuz.
- Jolas terapeutikoaren bitartez, erizainak haurrari prozedurak azaltzeko, demostrazioak eta objektuak manipulatzeko bitartez, haurrak zainketa hori ulertzea eta onartzea eragiten duela aztertu da.

Gai honen inguruan, De Araújo-k (24) Brasilgo ospitale desberdinetan ikerketa egin ostean, jolas terapeutikoak haurrak ulertzen duen hizkuntza eskaintzen duen aktibitatea dela kontsideratzen du, haurrari osasun profesionalekin negoziatzeko baliabideak emanez eta zainketan rol aktiboa izatea sustatuz.

Horrez gain, jolas terapeutikoak haurretan eragiten dituen abantailak azaltzen dituzten ikerketa desberdinen arabera, haurraren antsietatea, beldurrak eta tentsio murrizteko baliagarria den jardura da (8,21,25). Honekin jarraituz, jolas-jarduerak haurraren zainketan onurak sortzeaz gain, haurraren garapen motorrean, emozionalean, mentalean, sozialean eta kognitiboan eragiten duela aztertu da, haurraren sormena, kreatibitatea eta komunikazioa handitzen dituelako (8,21,25).

Jolas terapeutikoak haurren eragiten dituen onurekin jarraituz, Rodrigues eta lankideak (8), erizainek kalitatezko zainketak bideratzeko erabili dezaketen baliabide garrantzitsua kontsideratzen dute, eragiten dituen ondorengo abantaila desberdinak azalduz:

- Haurrari beste haurrekin erlazionatzea eragiten duenez, haurraren isolamendua ekiditen du.
- Jolas jardueren erabilerak, haurraren independentzia eta komunikazioa estimulatu ditu.
- Haurrak egoera ulertzea eragiten duenez, haurraren kooperazioa handitzen du.
- Tratamenduaren atxikipen tasak jolas-jardueren erabilerarekin handitzen dira, haurrei bizitzeko eta errehabilitatzeko nahia izatea laguntzen duelako.

Horretaz aparte, jolas jardueren onurak eta zailtasunak aztertu ondoren, Francischinelli eta lankideak (26), jolas terapeutikoak haurrengan eragiten dituzten abantailak eta erizainek terapia forma hau aplikatzerakoan dituzten zailtasunak biltzen dituzte (ikus 2 eta 3. taulak). Abantailak eta zailtasunak konparatu ondoren, erizainek zailtasun horiei aurre egitea proposatzen dute, jolas terapeutikoak haurrengan eragiten dituzten onurek, zainketa kalitatezkoa bihurtzea sortzen dutelako. Hala ere, zailtasun horiei aurre egiteko, osasun sisteman aldaketak egin beharko zirela adierazten dute, aldaketa horiei buruzko etorkizuneko ikerketen beharra azalduz.

Taula 2. Jolas terapeutikoaren erabilerak haurrengan eragiten dituen onurak, ehunekoetan neurtuta. Iturria: Francischinelli eta lankideak (26). Egileak moldatua.

Jolas terapeutikoaren erabileraren onurak	(%)
• Helduaren eta haurraren arteko erlazioa hobetzen du.	19
• Prozeduretan haurraren kooperazioa handitzen du.	17
• Prozeduren bitartean haurraren antsietatea murrizten du.	17
• Haurraren beharrak hobeto ezagutzen dira.	14
• Haurrak pentsatzen duena eta sentitzen duena errazago espresatzen ditu.	11
• Prozeduretan haurrak negar gutxiago egiten du.	10
• Haurraren errekupeazioa bizkortzen du.	10
• Besteak	2

Taula 3. Jolas terapeutikoa erabiltzerakoan erizainek dituzten zailtasunak ehunekoetan neurtuta. Iturria: Francischinelli eta lankideak (26). Egileak moldatua.

Zailtasunak	(%)
• Haurrarekin jolasteko denbora urria.	6
• Unitatean beste aktibitateak egiteari buruzko kezka.	3
• Jolas terapeutikoa aplikatzeko garaian segurtasun eza izatea.	1
• Beste osasun profesionalek aktibitatea moztea.	1
• Teknikari buruzko ezjakintasuna.	1

5.2.2 Marrazketa terapeutikoa

Ikerketa desberdinen inguruko meta-analisia egin ondoren, marrazketa komunikazioa errazten duen metodoa bezala aztertzen duten ikerketa gutxi daudela adierazten du Driessnack-ek (27), azkeneko hamarkadan ikerketa horien kopurua handitu den arren. Kopuruaz gain, ikerketen ikuspuntuak azken hamar urte hauetan aldatu direla aipatzen du, izan ere, haurrek marrazten dutena aztertu beharrean, gaur egun, haurrek

marrazkien bitartez esan nahi dutena aztertzen hasi dira. Horretaz gain, marrazketaren erabilerak haurrengan duen eragina aztertu ondoren, honako ondorio hauek determinatzen ditu:

- Ahozko komunikazioan, haurrari narratiboa dena antolatzeko aukera eta espresatzeko erraztasunak ematen dizkio.
- Marrazketak haurrari elkarrizketatzailean ez zentratzea eragiten dio, ikuspegi honen aldaketak, hurrek elkarrizketaren norabidea hartzea eta beraien beharretara zuzentzea eragiten duela azaltzen du, helduek zuzendutako informea izateari uzten dioelako.

5.2.3. Musikoterapia

Alarcón-ek (5) eginiko errebisioan, Serradas-ek (28), musikaren bidez, entzumena garatzen eta espresio eta komunikazio bideak zabaltzen direla azaltzen du. Honekin jarraituz, De Lima eta lankideek (29), musika espresatzeko modua kontsideratzen dute, beldurrak eta kezak kanalizatzen laguntzen dutelako.

Musikaren erabilerari esker, ospitalean dauden haurrei sentimenduak eta emozioak espresatzen laguntzen diotela azaltzen dute zenbait ikerketek (25,30).

Horretaz gain, Chadi-k (25), musikaren bidez, haurraren ospitalizazioan hobekuntzak lor daitezkeela adierazten du, estresa eta antsietatearen murrizketa, minaren hobekuntza, bizi konstanteen normalizazioa, erizainarekiko hurrak azaltzen duen binkulua konfiantzazkoa bihurtzea, komunikazioan erraztasunak eta prozesuak arinagoak eragiten dituela nabarmenduz.

Horretaz aparte, musikaren erabilera testuinguru klinikoan aztertu ondoren, musikak haurraren garapen kognitiboa eta fisikoa estimulatzeko erabiltzen dituela eta haurrari erlaxazio eta lasaitasun sentazioak proportzionatzen dizkiola determinatzen du Corrêa-k (30). Gainera, pediatriako erizaintzaren osagarria kontsideratzen du, musikak haurraren eta erizainaren arteko erlazioa errazten eta erizainak eskaintako asistentzia humanizatuagoa bihurtzen duelako.

5.3 Ospitalizatutako hurrekin harremantzeko eredu desberdinen azterketa

5.3.1 Haurren Partaidetzan Oinarritutako Eredua

Haurraren eskubideetan oinarritzen den harreman ereduaren beharra adierazten duten hainbat ikerketa daudela aztertu dira (6,11,17). Horiek, haurrak zainketan rol aktiboa eskuratzea eta erizainak haurraren iritzia erabakietan, prozeduretan eta negoziatioetan kontuan hartzea beharrezkoa dela adierazten dute (6,11,17).

Erizainak haurraren rol aktiboa eta partaidetza sustatzeak, haurraren segurtasuna, autokonfiantza, eta autoestima handitzen dituela aipatzen dute zenbait ikerketek (10,11,17).

Horrez gain, Noreña-k (17), interakzio komunikatiboan haurrak duen rola aztertu ondoren, erizainak haurraren ideiak eta esperientziak entzunez eta haurrak iritzia espresatzeko eta informatua izateko dituen eskubideak errespetatuz, haurrek ospitaleari aurre egiteko duten kapazitatea handitzen dela adierazten du.

Honekin jarraituz, Virkki eta lankideak (11) haurren partaidetza aztertu ondoren, haurrek beraien iritzia adierazteko eta erabakietan parte hartzeko eskubidea dutela adierazten dute. Segidan, gurasoekin eta osasun profesionalekin batera erabakiak hartzeko edo negoziatzeko haurrek aukera edukitzen dutenean, tratamenduaren atxikipena hobetzen dela determinatzen dute.

Partaidetzak haurrengan sortzen dituen onura positiboekin jarraituz, Coyne-k (10) zainketaren parte izateak haurretan eragiten dituen abantaila desberdinak gehitzen ditu:

- Haurrari gaixotasunari eta tratamenduei buruzko informazioa zuzenean emateak, haurrak zainketan rol aktiboa izatea eragiten du, aktibotasun horri esker, haurrak lasaiago sentitzeaz gain, egoeraren kontrola berreskuratzen dutela sentitzen dute.
- Zainketetan haurra kooperatiboa agertzea eragiten du.

Aldi berean, hurrei ez kontsultatzeak, haurrak ahaztuak sentitzea eta despertsonalizatuak sentitzea eragiten duela aipatzen du (10). Hau saihesteko, Coyne-k (10) haurraren partaidetza erizainek errazteko lau jarraibide proposatzen ditu:

1. Haurra informatua egotea.
2. Haurrek beraien ikuspuntua azaltzea.
3. Erabakietan haurraren ikuspuntua kontsultatzea.
4. Haurra erabakitzailer nagusia izatea.

Horretaz aparte, Lambert eta lankideek (31) erizainaren eta haurraren arteko interakzio desberdinak biltzen zituzten egoerak aztertu ondoren, haurraren partaidetzaren arabera, “ikusezin” eta “ikusgai” kontzeptuak garatu zituzten:

- “Ikusgai egotea”, haurrak komunikazio prozesuaren puntu fokala direnean, hots, osasun profesionalak zuzenean hurrekin komunikatzen direnean haurra ikusgai dagoela deritze.
- “Ikusezina” aldiz, komunikazio prozesuan, osasun profesionalen eta gurasoen arteko elkarrekintza dagoenean eta elkarrekintza horretan, haurra baztertzen denean deritze.

Haurra “ikusgai” zegoen egoeretan, haurraren rol aktiboa eta partaidetza sustatzen zela determinatzen dute. Horretaz gain, bi kontzeptu edo egoera horietan eragiten zituzten faktoreak azaldu ondoren (ikus 4.taula) faktore horiek, indibidualki edo konbinatuta haurraren partaidetza zuzen eragiten dutela azaltzen dute. Hau jakinda, haurraren behar indibidualak asetzeko, faktore horiek bideratzearen garrantzia azaltzen dute eta horretarako, etorkizunean, haurraren “ikusgai” egoera totala lortzeko estrategia desberdinei buruzko ikerketak egin beharko direla proposatzen dute (31).

Taula 4. Partaidetza eragiten duten faktoreak biltzen dituen taula. Iturria: Lambert eta lankideak (31). Egileak moldatua.

Haurren “ikusezin” edo “ikusgai” egoera eragiten dituzten faktore desberdinak			
Osasun profesionalak	Haurra	Gurasoak	Ingurunea
<ul style="list-style-type: none"> • Interakzioan informazio fluxuaren noranzkoa: Hurrei zuzendurikoa edo gurasoei. • Komunikazio trebetasunak • Informazioa emateko modua • Gaitasun humanistikoak • Denbora falta 	<ul style="list-style-type: none"> • Interakzioa hasteko iniziatiba • Heldutasuna • Ospitalean egondako aurreko esperientzia 	<ul style="list-style-type: none"> • Bitartekariak izatea • Prozesuaren tartean sartzea 	<ul style="list-style-type: none"> • Haurrak gizartean sartzea: <ol style="list-style-type: none"> 1. Haurren eskubideetan eragiten duten dokumentuak.

Runeson eta lankideak (32) aldiz, erizain eta haurren arteko interakzio desberdinak aztertu ondoren, haurraren partaidetza bost mailatan sailkatzen dute, haurraren parte hartzearen eta osasun profesionalen jarreraren arabera:

1.maila: Osasun profesionalak erabakiak hartzerakoan, haurraren iritziak, nahiak eta balorazioak kontuan ez hartzerakoan ematen da.

2.maila: Haurraren ikuspuntua entzuten denean, baina, erabakiak hartzerakoan, haurraren iritziak kontuan hartzen ez direnean gertatzen da.

3.maila: Haurrarekin osasun profesionalak komunikatzen direnean, baina, haurraren iritzi, nahiak, eta balorazioak, osasun profesionalen jokaeretan eragiten ez dutenean sortzen da.

4.maila: Haurraz kezkatzeaz gain, osasun profesionalak, haurraren iritzi, nahi eta baloreak kontuan hartzen dituztenean gertatzen da.

5.maila: Osasun profesionalak haurren iritzi, nahi eta baloreen arabera jokatzeko dute.

Maila horietan sailkatutako haurraren eta erizainaren arteko interakzio desberdinak aztertu ondoren, Runeson eta lankideen (32) arabera, 1.mailan haurraren rol aktiborik ez dagoela azaltzen dute, izan ere, egoera desberdinak errebisatu ondoren, osasun profesionalak maila horietan emandako informazioa laburra zela eta gurasoek haurren iritzietan erreparatu ez zutela adierazten dute. 2. eta 3.mailatan aldiz, haurrari egoerari buruz informatzen zitzaiola ikusi zen, baina, informazio hori haurrak eskatu gabe, haurrari galderak egiteko denborarik eman gabe eta haurraren iritziak kontuan hartu gabe eman zela ikusi zen, ondorioz, haurraren partaidetzarik ez dagoela determinatzen dute. 4. eta 5.mailatan aldiz, haurraren partaidetza totala lortzen dela aipatzen dute, izan ere, egoera horietan, osasun profesionalak haurrarekin konfiantzazko erlazioa lortzeaz gain, emandako informazioa haurrak ulertzeko modukoa eman zela eta haurraren zainketari buruzko erabakiak hartzerakoan, haurraren iritziak, balorazioak eta nahiak kontuan hartu zirela adierazten dute.

Bost mailetakoko egoeretan erreparatu ondoren, laguntza harremanean haurraren rol aktiboa sustatzeko erizainak haurraren partaidetza erraztu behar duela azaltzen dute Runeson eta lankideak (32), horretarako lau pausu proposatu:

1. Haurrei emandako informazioa haurren beharretara zuzendurikoa izatea, haurrak erabakiak hartzerakoan, informazio argia edukitzeko.
2. Haurrak erabakia bere kabuz hartu ahal izateko, erizainak haurrari informatzerakoan, aukera desberdinak azaltzea, honela, aukera horietatik haurrak bere irizpide propioarekin, nahi duena aukeratzeko.

3. Haurrari pentsatzeko eta galderak egiteko denbora ematea.
4. Hurrei beraien ikuspuntua azaltzeko aukera ematea.

5.3.1.1 Zailtasunak

Erizainen eta hurren interakzioa aztertu ondoren, erizainak hurrengana zuzendu beharrean, gehienetan, hurren zaintzaileengana (normalean gurasoak) zuzentzen direla azaltzen dute Coyne (10) eta Shin-ek (18), egoera honek, hurraren rol pasiboa sustatzen duela ondorioztatuz.

Virkki eta lankideek (11), aldiz, hurren partaidetza mugatzen dituzten elementuak aztertu ondoren, osasun profesionalak hurren izenean eta askotan familiaren izenean ere, erabakiak hartzen dituztela ikusi ondoren, osasun profesionalen jarrera hori hurren rol aktiboan oztupoa bilakatzen dela determinatzen dute. Erabakiak erizainak hartzearen arrazoiak aztertu ondoren, esperientzia falta, denbora falta eta hurrea babesteko nahia direla azaltzen dute.

5.3.2 Guraso Haur Erizain Harreman Eredua

Hurrei eman beharreko informazioa, hurren beharretara eta nahietara zuzendurikoa izan behar duela adierazten dute Lambert eta lankideak (20). Horretarako, haur eta familiari zuzenduriko estrategia desberdinak garatu behar direla azaltzen dute, Guraso Haur Erizain Harreman Eredua defendatuz. Eredu horren barnean, hurrak informatua izateko eta erabakietan parte hartzeko eskubidea nabarmendu behar dela azaltzen dute, osasun profesionalak eskubide hori defendatzea eta hurren interesetan oinarritutako zainketak eskaintzea beharrezkoa izanik.

Hala ere, hirukote interakzio horretan, osasun profesionalak eta gurasoek hartu beharreko rola zehaztea zaila dela determinatzen dute. Izan ere, lanean aztertu bezala, guraso eta osasun profesionalak, hurrea informaziotik babesteko, rol babesgarria noiz hartzea eta hurrek partaidetza rola izatea noiz izan beharko litzatekeen zehaztea zaila delako. Zailtasun horiek aztertu ondoren, osasun profesionalak eta gurasoak rol babesgarria hartzerakoan, hurrea helduek emandako orientazioa edukitzeko eskubidea defendatzen dela azaltzen dute. Horregatik, Guraso Haur Erizain harreman eredua defendatzen dute, hurrak babestuak daudelako eta aldi berean, hurraren behar indibidualei eta garapen ezaugarriari zuzenduriko informazioa ematen delako (20).

Horretaz aparte, Lambert eta lankideak (31) ospitalean dauden hurrekin erizainak duten harremana aztertzen zituzten ikerketa desberdinak errebisatu ostean, Alsop-Shields-ek (33) 2002.urtean, erizaintzaren eredu filosofiko berri bat proposatu zuela

adierazten dute, pediatriako osasun profesionalen eta haurren familiaren arteko interakzioa biltzen zituena. Eredu honen barnean, guraso eta haurrak entitate bakarra kontsideratzen dira, gurasoen beharrak haurren zainketan kontuan hartuz. Lambert eta lankideen (31) arabera, eredu honetan, haurrak eta gurasoak entitate bakarra kontsideratzen direnez, haurren papera galdua dagoela adierazten dute, haurra “ikusgai” izatea oztopatuz eta haurren rol pasiboa sustatuz.

Horretaz gain, gai honen inguruan ikerketa gehiago egin behar direla azaltzen dute, erizainak hurrekin komunikatzeko modu egokiena zein den ezagutzeko eta Guraso Haur Erizain eredia, Haurren Partaidetzan Oinarritutako eredia baino pertsonalizatuagoa den zainketa ematen duen aztertze (31).

5.3.3 “Family Centered Care” (FCC) eredia

(FCC) eredia ospitalizaturiko haur eta familiaren zainketaren kalitatea bermatzeko funtsezkoa dela determinatzen dute Foster eta lankideek (15). Gurasoak haurren zainketan integratzeak, haurren eta erizainaren arteko komunikazioa errazten dutela aztertu baitute.

Horretaz aparte, (FCC)aren inguruko ikerketa desberdinen meta-sintesia egin ondoren, atentzioaren negoziatio ideala, gurasoen, erizainaren, eta haurren arteko erlazioan oinarritzen dena dela definitzen dute Foster eta lankideek (15) . Hala ere, meta-sintesia gauzatu ondoren, (FCC)ari buruzko ikerketa gehienak, gurasoen perspektibaren ingurukoak direla azaltzen duten arren, ikerketak urteetan zehar aldatu direla aipatzen dute. Izan ere, 2000. urtetik aurrerako ikerketek, haurra zainketaren elementu aktiboa izatearen garrantzia azaltzen dutelako. Azken hau, ospitalean dauden haurren zainketaren erabaki prozesuan gurasoek duten rolean faktorea bilakatu dela ondorioztatzen dute Foster eta lankideek (15), haurren behar, nahi eta ikuspuntuari buruzko kezka gurasoengan sortzea eragin duelako eta gurasoak haurren ikuspuntuari garrantzia ematen hasi direlako.

Honekin jarraituz, erabaki prozesuan egon diren aldaketetan erreparatu ondoren, bost jarraibide proposatzen dituzte (FCC) eredian (15):

1. Gurasoen erabakia nabarmentzea.
2. Haurra erabaki prozesuan sartzea.
3. Familiaren arteko bilerak egitea.
4. Osasun profesionalek informazio eguneratua ematea.
5. Gurasoen onarpena eta ulermena bermatzea.

Horretaz aparte, Tallon eta lankideak (34) egindako errebisioan, gaur egun erabiltzen den (FCC) eredua, ebidentzian oinarritua egon beharrean, "teoría del apego"-an zentratzen dela azaldu ondoren, eredu horretarako beste aukera bat proposatzen dute. Eredu horretan, haurren eta familiaren arteko erlazioa garrantzitsua dela azaltzen dute Tallon eta lankideek (34), hurrek beraien amekin duten erlazioa haurren garapen kognitiboan, pertzepzioan, emozioetan eta motibazioan eragiten duelako. Baina aldi berean, erizainak ospitalean dauden hurrei zuzenduriko zainketetan, gurasoek prozesu osoan sufritzen duten inpaktua murriztea garrantzitsua dela azaltzen dute. Izan ere, gurasoek egoera horretan duten egoera psikologikoak haurren ongizatean zuzen eragiten dutela aztertu dute, hau da, haurren ospitaleratzeak gurasoengan eragiten dituen asaldura psikologikoak, horiek, haurrari transmititzen dituztela determinatzen dute, haurrak gurasoen ondorioz, antsietate eta estres maila handiagoak izanez. Horregatik, (FCC) eredu berri horretan, haurren ongizatea bermatzeko, osasun profesionalak gurasoen beharretan erreparatzea beharrezkoa dela aipatzen dute. Gurasoen beharretan erreparatzeko eta gurasoak haurren zainketan parte hartzeko, erizainak gurasoekin erlazio eta komunikazio terapeutikoa izatea beharrezkoa dela azaltzen dute.

Erizainek kontzeptu hauek ulertzea proposatzen dute, familiaren zainketa eta haurren zainketan holistikotasunean oinarritutako balorazio, planifikazio eta ebaluazio egokia burutzeko eta familiaren eta haurren osasuna eta garapena hobetu ahal izateko (34).

Azkenik, haurra familiarengatik aldentzeak, haurren ongizate fisikoan, emozionalean eta psikologikoan eragiten dituen kalteak aztertu ondoren, gurasoak haurren atentzioan integratzearen garrantzia azaltzen dute Foster eta lankideak (35). Horretarako, haurarentzat eta gurasoentzat erizainak eskainitako atentzioa onuragarria izateko, osasun profesionalak, haurra eta gurasoak entitate bakar bat kontsideratu behar dituztela aipatzen dute, hots, (FCC) eredua aplikatu behar dutela determinatzen dute. Honela, haurren beharretan erreparatzeaz gain, gurasoekin batera ematen diren negoziazioak, erlazioak eta komunikazioa egokiak izaten direla ondorioztatzen dute. Beste hitzetan esanda, familiarentzat (FCC) eredua onuragarria izateko, gurasoak eta haurrak unitate fisiko, psikosozial eta emozional bakarria kontsideratu behar direla aipatzen dute Foster eta lankideek (35).

Hala ere, gurasoek partaidetza hori burutzeko zailtasunak agertzen dituztela aipatzen dute eginiko lanean, hala nola, osasun profesionalen eta gurasoen arteko erlazio kooperatiboan partaide bakoitzaren rola ezartzeko zailtasunak, gurasoen ezagutza falta eta gurasoek erresponsabilitate gehiegi sentitzea (35).

6. EZTABAIDA

Emaitzak aztertu ostean, ikerketek laguntza harremanak haurren arlo biologikoan erreparatzeaz gain, arlo soziala eta psikologikoetan erreparatzen duela eta erizain zainketa kalitatezkoak eta holistikotasunean oinarriturikoak izatea eragiten dituela aipatzen dutela ikusi da, beraien artean adostasuna egonez. Horretaz gain, laguntza harremanaren barnean dauden elementuak aztertu ondoren, errebisatutako artikuluek komunikazio eraginkorra, laguntza harremanaren elementua kontsideratzen dutela ikusten da, gai honetan ere adostasuna azalduz.

Beraz, laguntza harremana komunikazio eraginkorrik gabe efektiboa ez denez, esan daiteke, elkarrekin doazen prozesuak direla bata besterik gabe funtzio terapeutikoak lortzen ez dutelako eta erizainak haurrekin erlazio terapeutiko bat garatzeko, haurrekin komunikazio efektiboa izatea nahitaezkoa dela lanean aztertu delako.

Honekin jarraituz, komunikazio eraginkorraren inguruan ikerketa eta autore desberdinak aztertu ondoren, Noreña-k (4) haurrengan interakzio positibo eta dinamiko horrek dituen funtzio terapeutikoak azaltzen dituen ikerketa bakarra dela aztertu da. Hau da, haurrengan komunikazio eraginkorrak ospitale prozesuan eragiten dituen abantailak azaltzen dituen autore bakarra da, besteak aldiz, komunikazio eraginkorraren ezaugarri eta definizioak nabarmentzen dituzte eta. Azaltzen dituen abantailen artean, ospitaleak eta ospitaleratze prozesuak haurretan eragiten duen inpaktua gutxitzea eta haurrari egingo zaizkion prozesu eta zainketei inguruan prestatzea nabarmentzen da. Azkeneko honekin, Magnabosco eta lankideak (6) ados egonez, izan ere, autore hauek egindako lanean ere, komunikazio egoki bati esker, haurrak etorkizunean egingo zaizkion prozedurak ulertzea eta hauekiko prestatua egotea lortzen dela adierazten baitute.

Hala ere, beste ikerketa eta autoreek komunikazio eraginkorraren abantailak edo funtzio terapeutikoak zehazki esan ez arren, erizainak erabili ditzakeen komunikazio teknika eta estrategia desberdinak azaltzen dituzte, ondoren, haurrengan onurak eragiteko. Teknika eta estrategia horiek, komunikazio motaren arabera sailkatzen dituztela ageri da lanean, hots, ahozko komunikazio eta ez ahozko komunikazioan.

Ahozko komunikazioan, erizainak eman beharreko informazioa nolakoa izan behar duen adierazterakoan adostasuna ageri da, izan ere, ikerketen arabera, haurrak informazioa ulertu ahal izateko, eman beharreko mezua zehatza eta sinplea izateaz gain, haurren adinari eta pertsonalitateari egokitu behar dela azaltzen dute. Ondoren, beste bi autorek, ahozko komunikazioan, haurrak mezua hobeto ulertzeko erizainak erabili ditzakeen estrategia pertsonal desberdinen inguruko ekarpenak egiten dituzte,

narrazioa eta erizainaren humorearen inguruko ekarpenak alegia. Bi erizain estrategia pertsonal horien bitartez, haurrari informazioa modu ulergarriagoan emateaz gain, haurrengan beste onurak lortzen direla azaltzen dute ikerketek, horien artean nabarmenak, haurrak egoera hobeto ulertzea eta onartzea, ospitalizazio prozesuak eragindako ondorioak murriztea eta haurra prozedura eta zainketetan distraitzea direlarik.

Ez ahozko komunikazioan eta entzute aktiboan aldiz, autore eta ikerketek ekarpen gutxiago egiten dituztela begi bistakoa da. Ez ahozko komunikazioaren inguruan ikerketek jorratutakoa aztertu ondoren, beraien artean adostasuna dagoela esan daiteke, izan ere, ez ahozko komunikaziorik esker, haurrak esan ezin duena identifikatzea eta erizainak empatia eta beste emozio positiboak transmititzea lortzen dela esaterakoan, bat datozelako. Entzute aktiboan aldiz, emaitzetan ageri bezala, gaiaren inguruan Noreña-k (4) soilik jarduten du. Hau ikusita, ahozko komunikazioaren inguruan ikerketek gehiago zentratu direla ondoriozta daiteke, beste komunikazio mota eta entzute aktiboan ekarpen gutxiago egin direlako. Horrek ez du esan nahi haurrengan eragin gutxiago dutenik, baizik eta, ebidentzia gutxiago dagoela gai hauen inguruan.

Bi komunikazio motak eta entzute aktiboaren erabilera egokiak haurrengan dituzten abantailak zeintzuk diren ezagutu ondoren, esan daiteke, bi komunikazio motak konbinatuz eta entzute aktiboaren erabilerari esker, komunikazio prozesua eraginkorra izatea lortzen dela, hiru elementu hauek elkarrekin erabiltzea banatuta erabiltzea baino, haurrarentzat onuragarriagoa izanez.

Horretaz aparte, laguntza harremana baldintzatzen dituzten faktoreak aztertu ondoren, gai hau joratu duten ikerketek, faktoreak modu desberdinean kontsideratzen dituztela ageri da lanean. Izan ere, aztertutako gehienak erizaina eta haurra harreman terapeutikoan eragiten duten faktoreak kontsideratzen dituzte, beraien jokaerak eta jarrerak informazioaren kalitate eta kantitatean guztiz eraginez. Beste ikerketa batzuek aldiz, aurreko ikerketekin desadostasuna adierazi ordez, faktore horietaz gain, beste batzuk gehitzen dituzte, hala nola, osasun instituzioak eta gurasoak.

Bigarren helburua garatzerakoan ordea, hau da, laguntza harremanean, erizainak umeekin erabili ditzaken baliabideak aztertu ondoren, erizainak haurrarekin komunikazioa errazteko, laguntza harreman egoki bat joratzeko eta haurrak espresatu ezin ditzakeen sentimenduak, iritziak, pertzepzioak etab. azaltzeko, erabilgarriak diren hiru terapia daudela azaltzen da emaitzetan, jolas terapia, marrazketa terapeutikoa eta musikoterapia alegia. Jolas terapeutikoarekin konparatuta azkeneko biei buruzko ekarpen gutxiago daudela aztertu da, batez ere, marrazketa terapeutikoan. Jolas

terapeutikoaren inguruko autore eta ikerketa desberdinek, terapia berdin ulertu dutela azaltzen da emaitzetan, hau da, ospitale prozesuaren bitartean haurrengan funtzio terapeutikoa duen aktibitatea bezala kontsideratzen dutelako. Funtzio terapeutikoa horren inguruan aldiz, azaldutako ikerketa eta autoreek hiru ikuspegi desberdin dituzte. Batetik, ikerketa batzuk, jolasaren bitartez laguntza harremana hobetzen dela azaltzen dute, komunikazio prozesua hobetzeaz gain, haurrari helduekin komunikatzeko baliabideak ematen dizkiolako. Bestetik aldiz, ikerketek jolas jarduerak haurrei ospitaleak eragiten dizkien ondorioak murrizteko, hala nola, antsietatea, estresa murrizteko, eta haurrak zainketan duen kooperazioa handitzeko erabilgarria dela azaltzen dute, erizainarentzat zainketak egiterakoan haurra distraitzeko eta lasaitzeko balio duen tresna dela azalduz. Azkenik, Francischinelli eta lankideak (26) jolas terapeutikoaren abantailak azaltzeaz gain, zailtasunak azaltzen dituzte, zailtasun horiek erizainen ezagutza eta denbora falta gehien bat direla aipatuz.

Lehenengo bi ikuspuntu horiek aztertu ondoren, beraien artean kontraesanik ez dagoela esan daiteke, baizik eta jolas terapeutikoak haurrengan dituen abantailak aberasten dituzte, honela, ospitalean dauden bitartean haurrentzat baliagarria den terapia bihurtuz eta garrantzia jasoz. Abantaila horiek ikusita eta Francischinelli eta lankideak (26) adierazten dituzten zailtasunak aztertu ondoren, jolas terapeutikoaren aplikazioan oztopoak dauden arren, haurretan dituen abantailak gehiago direnez, zailtasun horiek gaintzea garrantzitsua dela esan daiteke. Horiek gaintzeko, erizainek gaiaren inguruan duten ezagutza handitzea beharrezkoa denez, erizainentzat jolas terapeutikoaren inguruko formakuntza egitea proposatzen da. Horretaz gain, haurrengan dituen onura terapeutikoak ezagutu ondoren, ospitaleetan ezarrita egon beharko lukeen terapia dela ondorioztatzen da.

Horretaz aparte, hirugarren helburuan, hots, harreman eredu desberdinak aztertu ondoren, hiru harreman eredu desberdin daudela ageri da emaitzetan, Haurren Partaidetzan Oinarritutako Eredua, Guraso Haur Erizain harreman eredia eta (FCC) eredia alegia. Hiru hauen artean desadostasun ugari daudenez, hirurak konparatu egin dira, ereduaren onurak, haurrengan dituzten abantailak eta aplikatzeko dituzten zailtasunak kontuan hartuz (ikus 2.eranskina). Konparaketa horren ondoren, hiruen arteko desberdintasun nagusiak hauek dira:

Haurren Partaidetzan Oinarritutako Eredua, haurra protagonista izatean eta haurraren rol aktiboa sustatzean zentratzen da. Gainera, haurrak informatua izateko eta erabakiak hartzeko dituen eskubideetan oinarritzen denez, erizainak haurrari informatzerakoan eta haurraren inguruko erabakiak hartzerakoan, haurraren iritziak, pertzepzioak eta nahiak kontuan hartzea beharrezkoa dela azaltzen du, haurrengan

dituen onurak aipatuz. Guraso Haur Erizain harreman eredua aldiz, haurren ongizatea bermatzeko, guraso eta haurrak entitate bakarra izatean datza. Hau da, haurren beharrak kontuan hartzeaz gain, gurasoen beharrak ere ospitale prozesuan kontsideratzea beharrezkoa dela azaltzen du. Hala ere, haurri informatzerakoan, erizainak eta gurasoek rol desberdinak hartzearen garrantzia azaltzen dute, hurrek informatzeko eta erabakiak hartzeko eskubideak defendatu ahal izateko eta aldi berean, haurrak babesteko nahiarekin informazio latzetatik babesteko, helduen orientazioa jasotzea ahalbideratu behar dela defendatzen du. (FCC) eredua aldiz, guraso eta haurrak unitate fisiko, psikosozial eta emozional bakarra kontsideratzeaz gain, haurren erabaki eta iritzia kontuan hartu ordez, gurasoen iritzia erabaki prozesuan nabarmentzen du, gurasoek haurren ospitaleratze prozesuan sufritzen duten inpaktua murriztea eta gurasoen beharretan erreparatzea helburutzat dituelako. Honekin jarraituz, Guraso Haur Erizain eta Family Centered Care harreman ereduetan, autore eta ikerketa desberdinek, eredu horiek aplikatzeko dauden oztopoak azaltzeaz gain, haurretan dituzten eragozpenak aipatzen dituzte, lanean ageri den moduan. Zailtasun horiek batez ere, haurren rol pasiboa sustatzea izanik. Haurren Partaidetzan Oinarritutako Ereduan ordea, ez da ageri inongo ikerketarik honen kontra, baizik eta eredu hau oztopatzen dituzten zailtasunak azaltzen dituzte soilik, oztopo horiek osasun profesionalak eta gurasoak direla aipatuz, izan ere, hauek haurren izenean erabakiak hartzen dituztela azaltzen dute haurren rol pasiboa sustatuz.

Harreman ereduaren arteko desberdintasunak eta ebidentzia maila konparatu ondoren, Haurren Partaidetzan Oinarritutako Ereduek ebidentzia maila altuena duela aztertu da, ikerketa gehiagok gaia jorratzen dutelako, desadostasunik ez daudelako eta metodologia aberatsa duten ikerketek gaia landu dutelako. Gainera, ebidentzia altua izateaz gain, eredu honek haurren eskubideak defendatzen eta haurretan funtzio terapeutikoa azaltzen duen eredu bakarra izateaz gain, laguntza harremanean azaltzen zenarekin eta atal hori jorratzen zuten ikerketa eta autoreekin bat datorren eredu bakarra dela aztertu da. Hau da, haurra laguntza harremanaren protagonista eta komunikazio prozesua haurren beharretara zuzendurikoa izan behar duela azaltzen duen eredu bakarra da, beste ereduak azalduz, gurasoen beharretan zentratzen baitira. Beraz, esan daiteke, haurarentzako egokiena den harreman eredua izateaz gain, ebidentzia maila altuena duena dela.

Azkenik, gaiaren inguruko garapena aztertzeaz gain, emaitzetan ageri diren ikerketa eta autore desberdinak errebisatzerakoan, helburu batetik bestera diseinu desberdinak planteatu direla aztertu da. Izan ere, lehenengo helburuan bost ikerketa kualitatibo eta bi errebisio bibliografikoak ageri direla ikusi da, horiek erizainaren eta

haurren arteko interakzioa eta laguntza harremana aztertu dutelarik. Bigarren helburua ordea, bi errebisio sistematiko, bi ikerketa kuantitatibo eta bi ikerketa kualitatibo garatzen dute, horiek jolas terapeutikoa, marrazketa terapeutikoa eta musikoterapia aztertzen dutelarik. Azkenik, hirugarren helburua, hiru errebisio sistematiko, bi ikerketa kuantitatibo, hiru ikerketa kualitatibo eta errebisio bibliografiko batek jorratzen dute, horiek harreman ereduaren inguruko azterketak eginez. Hiru helburuetako ikerketak aztertu ondoren, ebidentzia maila altuena duen helburua hirugarrena dela esan daiteke, metodologia aberatsa dituzten ikerketa gehiago baititu. Horretaz gain, esan beharra dago, lan osoko ikerketak aztertu ondoren, gehienak ikerketa kualitatiboak direla. Gai honetan, metodologia kualitatiboa egokia da, izan ere, erizain eta haurren arteko harremana baloratzeko eta ikertzeko, ikuspegi objektiboz gain, subjektiboaren beharra dago, haurren perspektiba eta erizainarena ezagutu ahal izateko, honela, interakzio horren aspektu egokiak zeintzuk diren jakiteko. Ikerketen jatorriak aztertu ondoren, ikerketa espainiar gehienak lehenengo helburukoak eta bigarrenekoak direla esan daiteke, hirugarren helburuan aldez, ikerketa espainiarren beharra dagoela ikusten da.

Azkenik, gai honen inguruan, ikerketa eta autore desberdinek ikerketa gehiago proposatzen dituztela ikusi da lanean, eremu horiek, ez ahozko komunikazioa, marrazketa terapeutikoa eta laguntza harreman ereduak izanik.

7. ONDORIOAK

Errebisio bibliografikoa burutu ondoren, ondorengo ondorio hauek eman dira:

1. Laguntza harremana ospitaleak haurraren eragiten duen inpaktua murrizteko baliagarria da.
2. Erlazio terapeutikoari esker, haurren beharrak modu integral batean identifikatu daitezke, haurri balorazioa holistikoa eginez.
3. Komunikazioa eraginkorrari esker, laguntza harremana efektiboa izatea lortzen da.
4. Komunikazio eraginkorra, erizainak teknika eta estrategia desberdinak erabiliz, haurrekin interakzio positiboa denean hots, haurrak mezua ulertzen duenean eta haurri buruz jasotzen den informazioa baliagarria denean lortzen da.
5. Haurrak informazioa ulertu ahal izateko, eman beharreko mezua haurren adinari eta ezaugarriei egokiturikoa, zehatza eta sinplea izan behar du.

6. Erizainak komunikazio mota desberdinen teknika egokiak ezagutu ezker, laguntza harremana efektiboa izatea eta haurrari kalitatezko zainketa ematea lortzen da.
7. Jolas terapia, marrazketa terapeutikoa eta musikoterapia, erizainarentzat eta beste osasun profesionalentzat komunikazio prozesuan, laguntza harremanean eta zainketan zehar baliagarriak diren tresnak dira.
8. Haurrak zainketan garatu behar duten rol aktiboa sustatu behar da, informatua izateko eta erabakiak hartzeko haurrak dituen eskubideak defendatzeko.
9. “Family Centered Care” eta Guraso Haur Erizain harreman ereduek, haurraren rol pasiboa sustatzen dute.
10. Laguntza harremana haurrari zuzendurikoa izan behar du, beste harreman ereduekin konparatuta, ebidentzia altuagoa izateaz gain, haurraren rol aktiboa eta haurren eskubideak defendatzen dituelako.

8. EKARPEN PERTSONALA

Lana aztertu ondoren, bi proposamen eman nahi dira. Alde batetik, komunikazio eraginkorraren inguruan, ikerketek ezaugarri eta definizio desberdinak ematen dituztenez, horiek bateratzen dituen definizio bat proposatu nahi da, hori hurrengoa izanik: “Komunikazio eraginkorra, dinamikoa, hurrean zentratutikoa eta indibiduala izateaz gain, erizainak komunikazio teknika eta estrategia desberdinen erabileraren bitartez, elkarrekintzan feedback-a positiboa izatea lortzerakoan, haurrari beharrak eta sentimenduak espresatzeko aukera ematen dioten prozesua da”.

Bestetik, laguntza harremanak ospitalean dauden haurretan izan behar dituen elementuak ezagutu ondoren eta Haurraren Partaidetzan Oinarritzen den harreman eredu ebidentzia altuena duena eta haurrentzat egokiena dela ondorioztatu dela jakin ondoren, elementu horiek bateratzen dituen jarraibide desberdinak proposatu nahi dira haurra ospitalean dagoenean erizainak kontuan edukitzeko.

1. Haurraren beharrak zeintzuk diren ezagutzea. Horretarako, komunikazio eraginkorraz baliatu behar da erizaina, haurrak bere sentimenduak eta beldurrak adierazi ahal izateko.
2. Erizainak haurrarekiko jarrera egokia azaltzea:
 - Haurrak esan nahi duena errespetuz entzutea.
 - Haurrari moztu gabe hitz egiten uztea.
 - Haurrak adierazten duenari garrantzia ematea eta kontuan hartzea.

- Erizainak haurrari galdera irekiak egitea, itxiak egin beharrean.
3. Erizainak haurraren beharretan oinarritutako informazioa ematea. Informazio hori, haurrak ospitaleari buruz dituen kezkak, beldurrak etab. murrizteko eta haurrari egingo zaizkion zainketak eta prozedurak ulertzeko helburuarekin emango zaio.
 4. Informazioa ematerakoan, hainbat elementu kontuan hartuko ditu erizainak:
 - Haurraren adina eta ulermen gaitasuna.
 - Informazioa haurrari zuzenduta egotea, hots, gurasoak aurrean egon daitezke, baina, beti haurra izango da azalpenaren protagonista.
 - Informazioa zehatza eta sinplea izan behar du haurrak ulertzeko.
 - Azalpenean zailtasunak baldin badaude, erizainak narrazioa erabiltzea probatu dezake, ipuin edo istorio baten bidez, haurrari informazioa ematea alegia.
 - Haurrak informazioa hobeto ulertzeko, erizainak ez ahozko komunikazio egokia erabiltzea. Hau da, begien kontaktua, irribarrea, keinuak eta kontaktu fisikoa erabiltzea.
 5. Haurraren gogo-aldarte positiboak, erlazio terapeutikoan laguntzen duenez, haurrak emozio negatiboak edukitzea saihestu behar da, haurraren ongizatea bermatuz.
 6. Haurraren gaixotasunari buruzko erabakiren bat hartu behar denean, haurraren iritzia eta ikuspuntua kontuan hartu behar ditu erizainak, haurrak erabaki prozesu horretan parte hartzeko aukera eduki ahal izateko eta haurrak iritzia adierazteko duten eskubidea bermatzeko.
 7. Erizainak haurraren rol aktiboa zainketan zehar sustatu behar du, horretarako prozedura eta zainketa desberdinetan zehar, haurraren inplikazioa nabarmendu beharko du.
 8. Gurasoei esker, haurrak behar duen laguntza emozionala jasotzen duen arren, gurasoen presentziak batzuetan haurraren rol pasiboa eragiten duela aztertu da. Ondorioz, erizainak haurraren ospitale prozesuan gurasoek duten rola zein den argi utzi beharko du, haurrak bere rol aktiboa ez galtzeko.

9. BIBLIOGRAFIA

- (1) Zengerle-Levy K. Nursing the child who is alone in the hospital. *Pediatr Nurs*. [Interneteko aldizkaria] 2006. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 32(3): [226]. Eskuragarri: <http://search.proquest.com/docview/199428616?pq-origsite=gscholar>
- (2) Spitz RA. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalyze Study Child*. 1945; (1): 53-74.
- (3) Naranjo IL, Castillo AF. Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. [Interneteko aldizkaria] 2006. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 6(3): [631-645]. Eskuragarri: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf
- (4) Noreña Peña AL, Cibanal Juan L. El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los cuidados*. [Interneteko aldizkaria] 2008 1.semestre. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 23: [70-79]. Eskuragarri: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/299/597>
- (5) Alarcón Márquez AJ. La comunicación en la relación de ayuda al niño enfermo. *Revista española de comunicación en Salud*. [Interneteko aldizkaria] 2014. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 5(1). Eskuragarri: http://www.aecs.es/5_1_10.pdf
- (6) Magnabosco G, Tonelli A, Souza S. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. *Cogitare enfermagem*. [Interneteko aldizkaria] 2008. [Kontsulta 2016eko otsailaren 14an]; 13(1): [103-108]. Eskuragarri: http://www.wilmasuely.unir.br/menus_arquivos/1567_abordagem_crianca_hosp.pdf
- (7) Martínez MÁM, Ibáñez LM. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*. [Interneteko aldizkaria] 2012. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 3(2): [158-166]. Eskuragarri: http://www.aecs.es/3_2_7.pdf

(8) Rodrigues Peripolli A, Tolentino Da Cruz L, de Mello SM, Cardoso de Paula C, Aldrighi Días J. El jugar como una estrategia para el cuidado infantil: revisión integradora de la literatura. Enfermería comunitaria. [Interneteko aldizkaria] 2014. [Kontsulta 2016eko otsailaren 14an]; 10(1). Eskuragarri: <http://www.index-f.com/comunitaria/v10n1/ec9397e.php#com>

(9) Goffman E. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Aldine transaction. 1968.

(10) Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. J Clin Nurs. [Interneteko aldizkaria] 2006. [Kontsulta 2016eko otsailaren 14an]; 15(1): [61-71]. Eskuragarri: https://www.researchgate.net/profile/Imelda_Coyne/publication/7379962_Consultation_with_children_in_hospital_children_parents'_and_nurses'_perspectives/links/5434fb130cf2dc341daf6110.pdf

(11) Virkki M, Tolonen TH, Koskimaa T, Paavilainen E. Children as decision-makers in health care-an integrative review. Clinical nursing studies. [Interneteko aldizkaria] 2014. [Kontsulta 2016eko otsailaren 14an]; 3(1): 47. Eskuragarri: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/cns/article/view/5472>

(12) Bowlby J. Maternal care and mental health. Geneva; 1952.

(13) Platt H. The welfare of children in hospital. London: Ministry of health, central health services council; 1959.

(14) Coleman V, Smith L, Bradshaw M. Family-centred care: Concept, theory and practice. Palgrave; 2002.

(15) Foster MJ, Whitehead L, Maybee P, Cullens V. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centred care within a pediatric critical care setting: a metasynthesis of qualitative research. J Fam Nurs. [Interneteko aldizkaria] 2013. [Kontsulta 2016ko urtarrilaren 15an]; 19(4): [431-468]. Eskuragarri: https://www.researchgate.net/profile/Mandie_Jane_Foster/publication/251878501_The_Parents'_Hospitalized_Child's_and_Health_Care_Providers'_Perception_and_Experie

nces of Family Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting A Metasy
nthesis of Qualitative Research/links/0046353c32d9199216000000.pdf

(16) Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada M, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gaceta Sanitaria 2008; 22(5): 492-497.

(17) Noreña Peña AL, Cibanal Juan L. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. Rev Lat Am. [Interneteko aldizkaria] 2011. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 19(6): [1429-1436]. Eskuragarri: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf

(18) Shin H, White-Traut R. Nurse–child interaction on an inpatient paediatric unit. J Adv Nurs. [Interneteko aldizkaria] 2005. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 52(1): [56-62]. Eskuragarri: https://www.researchgate.net/profile/Rosemary_White-Traut/publication/7612097_Nurse-child_interaction_on_an_inpatient_paediatric_unit/links/543429840cf2dc341daf373c.pdf

(19) Martinez EA, Tocantins FR, Souza SRd. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. Rev Gaucha Enfermagem. [Interneteko aldizkaria] 2013. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 34(1): [37-44]. Eskuragarri: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100005

(20) Lambert V, Glacken M, McCarron M. Meeting the information needs of children in hospital. J Child Health Care. [Interneteko aldizkaria] 2013. [Kontsulta 2016ko urtarrilaren 15an]; 17(4): [338-353]. Eskuragarri: <http://www.tara.tcd.ie/bitstream/handle/2262/69604/J%20Child%20Health%20Care-2013-Lambert-338-53.pdf?sequence=1>

(21) Del Rocío A, Rezende MA. Validação de conteúdo para construção de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica. Cogitare Enfermagem. 2013; 18(2).

(22) Jansen MF, Dos Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2010; 31(2): 247.

(23) Lemos LM, Pereira WJ, Andrade JS, Da Silva A. Vamos cuidar com brinquedos. 2010.

(24) De Araújo Mitre, Rosa Maria, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. [Interneteko aldizkaria] 2004. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 9(1): [147-154]. Eskuragarri: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>

(25) Chadi Tondatti P, Correa I. Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context. Investigación y Educación en Enfermería. [Interneteko aldizkaria] 2012. [Kontsulta 2016ko urtarrilaren 15an]; 30(3): [362-370]. Eskuragarri: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n3/v30n3a09>

(26) Francischinelli AGB, Almeida FdA, Fernandes D. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. Acta Paul Enferm. [Interneteko aldizkaria] 2012. [Kontsulta 2016ko urtarrilaren 15an]; 25(1): [18-23]. Eskuragarri: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100004&script=sci_abstract&tlng=es

(27) Driessnack M. Children's drawings as facilitators of communication: a meta-analysis. J Pediatr Nurs. [Interneteko aldizkaria] 2005. [Kontsulta 2016eko otsailaren 14an]; 20(6): [415-423]. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596305000679>

(28) Serradas Fonseca M. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Revista de pedagogía. 2003; 24(71): 447-468.

(29) De Lima RA, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009; 43(1): 186-193.

(30) Corrêa I, Guedelha Blasi D. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. *Investigación y Educación en Enfermería*. [Interneteko aldizkaria] 2009. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 27(1): [46-53]. Eskuragarri: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n1/v27n1a04.pdf>

(31) Lambert V, Glacken M, McCarron M. 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. *J Clin Nurs*. [Interneteko aldizkaria] 2008. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 17(23): [3092-3102]. Eskuragarri: [http://europe.elsevier.com/S0969-5128\(08\)00008-0](http://europe.elsevier.com/S0969-5128(08)00008-0)

(32) Runeson I, Hallstrom I, Elander G, Hermeren G. Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nurs Ethics*. [Interneteko aldizkaria] 2002. [Kontsulta 2015eko abenduaren 20an]; 9(6): [583-598]. Eskuragarri: <http://search.proquest.com/docview/201441446?pq-origsite=gscholar>

(33) Alsop-Shields L. The parent-staff interaction model of pediatric care. *J Pediatr Nurs*. 2002; 17(6): 442-449.

(34) Tallon MM, Kendall GE, Snider PD. Rethinking family-centred care for the child and family in hospital. *J Clin Nurs*. [Interneteko aldizkaria] 2015. [Kontsulta 2016ko urtarrilaren 15an]; 24(9-10): [1426-1435]. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12799/epdf>

(35) Foster M, Whitehead L, Maybee P. Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. [Interneteko aldizkaria] 2010. [Kontsulta 2016ko urtarrilaren 15an]; 47(9): [1184-1193]. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748910001719>

10. ERANSKINAK

Eranskina 1. Kalitate irizpide prozesua batzen duen taula. Egileak eginikoa.

Artikuluaren izenburua	Metodologia mota	Txantiloia	Urtea	Emaitza
The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: a metasynthesis of qualitative research	Errebisio sistematikoa. Meta- sintesia	Errebisioen CASPE txantiloia	2010	Bai
Children's drawings as facilitators of communication: a meta-analysis	Errebisio sistematikoa: Meta- analisisa	Errebisioen CASPE txantiloia	2005	Bai
Children as decision-makers in health care-An integrative review	Errebisio sistematikoa	Errebisioen CASPE txantiloia	2015	Bai
El jugar como una estrategia para el cuidado infantil: revisión integradora de la literatura	Errebisio sistematikoa	Errebisioen CASPE txantiloia	2014	Bai
Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature	Errebisio sistematikoa	Errebisioen CASPE txantiloia	2010	Bai
Use of toys in hospitals: what are brazilian nurses studying?	Errebisio sistematikoa	Errebisioen CASPE txantiloia	2008	Ez
Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals.	Kuantitatiboa. transbertsala	Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia	2012	Bai
Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización	Kuantitatiboa. transbertsala	Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia	2006	Bai
Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización.	Kuantitatiboa. transbertsala	Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia	2006	Bai
Validação de conteúdo para construção de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica	Kuantitatiboa. Deskripziozkoa.	Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia	2013	Bai
Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros	Kuantitatiboa. Deskripziozkoa.	Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia	2012	Bai
Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study	Kuantitatiboa. Deskripziozkoa.	Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia	2010	Bai

Nursing-child interaction on an inpatient pediatric unit	Kualitatiboa. Ikerketa soziologikoa: "Bales interaction process analysis"	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2005	Bai
Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas	Kualitatiboa. Teoria fundamentada	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2012	Ez
The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals.	Kualitatiboa. Teoria fundamentada.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2011	Bai
Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives	Kualitatiboa. Teoria fundamentada.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2006	Bai
A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde	Kualitatiboa. Teoria fundamentada.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2004	Bai
As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança	Kualitatiboa. Deskripziozkoa.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2013	Bai
Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital	Kualitatiboa deskripziozkoa.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia	2009	Bai
El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados	Kualitatiboa. Indukzio analitikoa.	CASPE txantiloia.	2008	Bai
Nursing the child who is alone in the hospital.	Kualitatiboa. Fenomenologikoa	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia.	2006	Bai
Meeting the information needs of children in hospital.	Kualitatiboa. Etnografikoa.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia.	2013	Bai
'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland	Kualitatiboa. Etnografikoa.	Ikerketa kualitatiboen CASPE txantiloia.	2008	Bai
Rethinking family-centred care for the child and family in hospital	Errebisio bibliografikoa.	Bilaketen inguruko metodologia egokia behatzea	2015	Bai
La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente	Errebisio bibliografikoa	Bilaketen inguruko metodologia egokia behatzea	2012	Bai

Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context	Errebisio bibliografikoa	Bilaketen inguruko metodologia egokia behatzea	2012	Bai
Questioning family centred care.	Errebisio bibliografikoa	Bilaketen inguruko metodologia egokia behatzea	2010	Ez
Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura	Errebisio bibliografikoa.	Bilaketen inguruko metodologia egokia behatzea	2008	Bai
Hospitalización de niños y adolescentes	Errebisio bibliografikoa	Bilaketen inguruko metodologia egokia behatzea	2005	Ez

Emaitzak CASPE	Bai 15	Ez 2
Berra eta lankideek (16) eginiko txantiloia- ren emaitzak	Bai 6	Ez 0
Metodologiaren behaketaren emaitzak	Bai 4	Ez 2
Aukeratutako artikuluen totala	25	

Eranskina 2. Harreman eredu desberdinen konparaketa biltzen duen taula. Egileak eginikoa

	Haurren partaidetzari buruzko eredia	Guraso-haur-erizain harreman eredia	“Family Centered Care” (FCC) eredia
EREDUAK DITUEN EZAUGARRIAK	<ul style="list-style-type: none"> • Haurraren eskubideetan oinarritzen den harreman eredia. • Haurrei ematen zaien informazioa, haurren beharretara eta nahietara zuzendurikoa da. • Haurraren iritziak, balorazioak eta nahiak kontuan hartzen dira, erabakiak hartzerakoan eta informatzerakoan. • Osasun profesionalak haurrarekin konfiantzazko erlazioa lortzen dute. 	<ul style="list-style-type: none"> • Haurrei ematen zaien informazioa, haurren beharretara eta nahietara zuzendurikoa da. • Haurrak informatua izateko eta erabaketan parte hartzeko eskubideak defendatzen dira. • Haurrak eta gurasoak entitate bakarra kontsideratzen dira. • Gurasoen beharrak haurraren zainketan kontuan hartzen dira. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guraso-erizain eta haurren arteko erlazioan oinarritzen da. • Guraso eta haurrak unitate fisiko, psikosozial eta emozional bakarra kontsideratzen dira. • Gurasoek prozesu osoan sufrizten duten inpaktua murriztea • Gurasoen beharretan erreparatzea
HAURRENGAN EREDUAK DITUEN ABANTAILAK	<ul style="list-style-type: none"> • Haurrek ospitaleari aurre egiteko duten kapazitatea handitzen da. • Tratamenduaren atxikipena hobetzen da. • Haurrak lasaiago sentitzeaz gain, egoeraren kontrola berreskuratzen dutela sentitzen dute. • Zainketetan haurra kooperatiboa agertzea eragiten du. 	<ul style="list-style-type: none"> • Helduek orientaturiko informazioa jasotzen dute 	
ZAILTASUNAK	<ul style="list-style-type: none"> • Osasun profesionalak oztopoak bilakatzen dira, batez ere, esperientzia faltak, denbora faltak eraginda eta haurra babesteko nahiarekin haurrei buruzko erabakiak hartzen dituztelako. • Gurasoak, haurraren partaidetza oztopatzea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Osasun profesionalak eta gurasoek hartu beharreko rola zehaztea • Haurra “ikusgai” izatea oztopatzen da, haurraren rol pasiboa sustatuz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gurasoen erabakia nabarmentzea • Ebidentzian oinarritua egon beharrean, “teoría del apego”-an zentratzen da. • Osasun profesionalen eta gurasoen arteko erlazio kooperatiboan, partaide bakoitzaren rolak ezartzeko zailtasunak ageri dira.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
 - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
 - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas “de eliminación”. Sólo si la respuesta es “sí” en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas "de detalle"

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso.- Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos.- Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.)- Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos).- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los resultados corresponden a la pregunta de investigación.- Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible.- Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas.- Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.)- Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.</i><i>- Se identifican líneas futuras de investigación.</i><i>-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.</i>			



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe

Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

¿Son válidos esos resultados?

¿Cuáles son los resultados?

¿Son aplicables en tu medio?

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio.- La intervención realizada.- Los resultados ("outcomes") considerados.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.- Seguimiento de las referencias.- Contacto personal con expertos.- Búsqueda de estudios no publicados.- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los resultados de los estudios eran similares entre sí.- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

Eranskina 5 Ikerketa kuantitatiboen irakurketa kritikoa egiteko txantiloa. Egilea: Berra eta lankideak (16).

Berra S et al. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales

Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales						
	El aspecto se logra:				No informa	No aplica
	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
a. Pregunta u objetivo de investigación						
1. En la formulación de la pregunta o del objetivo se menciona adecuadamente la población de estudio, las variables principales (independientes y dependientes) y el tipo de relación/comparación entre ellas						
<i>En resumen, el estudio se basa en una pregunta de investigación claramente definida</i>						
b. Participantes						
2. Se indican los criterios de inclusión y de exclusión de participantes, así como las fuentes y los métodos de selección						
3. Los criterios de elección son adecuados para dar respuesta a la pregunta o el objetivo del estudio						
4. La población de estudio, definida por los criterios de selección, contiene un espectro adecuado de la población de interés: Considerar en qué medida la población de estudio es representativa de toda la población de interés (población general, de escolares, etc.). Observar si grupos específicos dentro de esa población de estudio (p. ej., por nivel de instrucción o de formación, por ocupación, por país de procedencia, etc.) están proporcionalmente representados. Si el estudio se realiza en usuarios para luego inferir los resultados a una población mayor, este punto no está bien cubierto						
5. Se hizo una estimación del tamaño, el nivel de confianza o la potencia estadística de la muestra para la estimación de las medidas de frecuencia o de asociación que pretendía obtener el estudio						
6. Se informa del número de personas potencialmente elegibles, las inicialmente seleccionadas, las que aceptan y las que finalmente participan o responden. Si se comparan grupos, se indica esta información para cada grupo						
<i>En resumen, la muestra es adecuada y similar a la población base; se minimiza la posibilidad de sesgo de selección</i>						
c. Comparabilidad entre los grupos estudiados						
Si no se comparan grupos, responder «no aplica» a todos los enunciados de esta dimensión						
7. Las características de los grupos que se comparan están bien descritas. Por ejemplo, si se estudia un problema de salud, deben describirse los grupos por características sociodemográficas y otras variables que podrían modificar los resultados						
8. Las poblaciones de origen de los participantes de cada grupo son semejantes. Según la selección, ambas poblaciones tienen características similares, de tal manera que sean comparables en todo, excepto en el factor de estudio o de clasificación en uno u otro grupo						
9. Se utilizaron las mismas estrategias y técnicas de medición en todos los grupos; se midieron las mismas variables en todos los grupos						
10. No se produjeron pérdidas (por falta de medición, abandono, migración, etc.) que afecten a una parte de la muestra. Arbitrariamente, se podría considerar como alta una pérdida del 20% de la muestra; las pérdidas no deberían afectar al tamaño muestral mínimo necesario y sus causas no deberían ser diferentes entre los grupos						
<i>En resumen, los grupos estudiados son comparables; se minimiza la posibilidad de sesgo de selección</i>						

Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales (continuación)

	El aspecto se logra:				No informa	No aplica
	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
d. Definición y medición de las variables principales						
11. Se exponen claramente cuáles son las variables de exposición, resultado, confusoras o modificadoras						
12. Las variables principales tienen una adecuada definición conceptual (teórica) y operacional (escala de medición, sistema de clasificación, criterios diagnósticos, etc.)						
13. Los instrumentos de medición de las variables principales tienen validez y fiabilidad conocidas y adecuadas (se citan estudios que lo analizaron); se han adaptado culturalmente si las versiones originales provienen de lugares con lenguas o culturas diferentes (se citan los estudios que lo hicieron)						
14. Las técnicas de medición de las variables principales se describen suficientemente, son adecuadas y –si aplica– son las mismas para los grupos. Considerar la posibilidad de sesgos de memoria (alguno de los grupos puede recordar mejor algo del pasado) o del entrevistador (por conocimiento de la exposición o del problema de salud)						
<i>En resumen, la medición de las variables principales se realizó de forma adecuada; se minimiza la posibilidad de sesgos de información</i>						
e. Análisis estadístico y confusión*						
15. El análisis estadístico estuvo determinado desde el inicio del estudio						
16. Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas						
17. Se trataron correctamente las pérdidas de participantes, datos perdidos u otros efectos del diseño de la muestra (diferentes probabilidades de selección) o de la exclusión de casos para algunos análisis						
18. Se tuvieron en cuenta los principales elementos de confusión posibles en el diseño y en el análisis En el diseño deberían incorporarse variables teóricamente asociadas o determinantes del problema estudiado. En el análisis, la estimación del resultado principal debería estratificarse o ajustarse por esas variables						
<i>En resumen, el análisis es adecuado y se minimiza la posibilidad de confusión</i>						
Valoración global de la validez interna						
Considerar las dimensiones b-e	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
<i>En resumen, el diseño del estudio permite minimizar los sesgos y el efecto de confusión</i>						
f. Resultados						
19. Se incluyen resultados de todos los participantes o se indica el número de datos no disponibles						
20. Se presentan los resultados planteados en los objetivos y todos los de interés, de manera clara y comprensible						
21. Se presentan medidas brutas y ajustadas, indicando las variables por las que se ajustan los resultados y justificando cuáles se incluyeron (o no) en el análisis						
22. Se presentan estimaciones de la significación estadística de las diferencias entre grupos (p. ej., valores de p) o de la precisión de los resultados (p. ej., intervalos de confianza)						
<i>En resumen, los resultados están bien descritos, son útiles y precisos</i>						

(Continúa)

Tabla 1. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales (continuación)

	El aspecto se logra:				No informa	No aplica
	Muy bien	Bien	Regular	Mal		
g. Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados						
23. Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio						
24. Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos						
25. Los resultados de este estudio pueden extrapolarse a la población de interés de la presente revisión. Analizar similitudes y diferencias de ambas poblaciones (la del estudio y la de interés del lector) considerando el contexto espacial y temporal (p. ej., la prevalencia de la exposición), los criterios de inclusión, la definición y la medición de la exposición y el resultado, el nivel de confianza de las estimaciones, etc.						
26. La discusión considera implicaciones de la aplicación de los resultados, beneficios, seguridad y costes de su aplicación						
<i>En resumen, los resultados del estudio son generalizables a la población y contexto en que interesa aplicarlos</i>						
h. Conflicto de intereses						
27. Se menciona la fuente de financiación del estudio o los autores declaran la existencia o ausencia de conflictos de intereses						
<i>En resumen, los conflictos de intereses no condicionan los resultados ni las conclusiones del estudio</i>						
Valoración global de la calidad del estudio	Alta	Media	Baja			
La calidad de la evidencia aportada por el estudio es ^b						

^aSi bien la definición de confusión implica una relación causal, se utiliza este término para indicar la necesidad de tener en cuenta otras variables que pueden modificar el estimador de la asociación estudiada.

^bComo orientación, la calidad del estudio se puede considerar alta si la mayoría de los enunciados resumen se responden como «muy bien» o «bien»; media si la validez interna es calificada como «regular», o la mayoría de los enunciados resumen se responden como «bien» o «regular», y baja si la validez interna es calificada como «mal», o la mayoría de los enunciados resumen se responden como «regular» o «mal».