



Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntzako Gradua / Grado en Medicina

BIZITZAREN AMAIERAKO ARRETA ESPIRITUALA

Osasun profesionalen parte hartzea

Egilea:

IDOYA SERRANO PEJENAUTE

Zuzendaria:

MIREN AGURTZANE ORTIZ JAUREGUI

© 2017, Idoya Serrano Pejenaute



AURKIBIDEA

LABURPENA.....	1
1. SARRERA	2
2. HELBURUAK	4
3. METODOLOGIA	4
3.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOA	4
3.2. IKERKETA DESKRIBATZAILEA: OSASUN LANGILEEN BIZITZAREN AMAIERAKO ESPIRITUALTASUNAREN PERTZEPZIOA	5
4. EMAITZAK.....	7
4.1. HERIOTZA: LEHEN ETA ORAIN.....	7
4.2. BIZITZAREN AMAIERA ETA MEDIKUNTZA: ARRETA EGOKIA EMATEKO OZTOPOAK	9
4.3. ZAINKETA ARINGARRIAK EUSKADIN.....	11
4.4. ZAINKETA ARINGARRIEN OINARRIAK	13
4.5. ZAINKETA ESPIRITUALAK BIZITZAREN AMAIERAN	15
4.6. HEZIKETA.....	28
4.7. BIZITZAREN AMAIERAKO ESPIRITUALTASUNAREN PERTZEPZIOA OSASUN PROFESIONALETAN: GALDETEGIAREN EMAITZAK.	30
5. EZTABAIDA	36
5.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOA	36
5.2. IKERKETA DESKRIBATZAILEA.....	37
6. ONDORIOAK	39
7. BIBLIOGRAFIA	41
ERANSKINAK.....	47

BIZITZAREN AMAIERAKO ARRETA

ESPIRITUALA

Osasun profesionalen parte hartzea

LABURPENA

Lan honetan bizitzaren amaierako arreta espiritualak aztertuko da, zainketa aringarrien arloan sakonduz. Lanaren helburua, heziketa pertsonalaz gain, arreta espiritualaren egungo egoera ezagutzeko eta osasun profesionalak arlo horren garrantziaz ohartaraztea da.

Horretarako, honako gaien inguruko bilaketa bibliografikoa egin da: heriotza gure gizartean eta medikuntzan, bizitzaren amaierako behar espiritualak, hauek antzemateko tresnak eta azken horien tratamendu egokiak; beti ere, medikuaren ikuspuntua kontuan izanda.

Horrez gain, bizitzaren amaierarekin harremanetan dauden osasun profesionalen espiritualitasunaren pertzepzioa ezagutzeko, SECPALeko espiritualitasun taldeko GES galdetegiaren bidezko azterketa burutu da Bizkaiko bi erakundetan: San Juan de Dios-eko Zainketa Aringarrien Unitatea (Portugalete) eta Igurco taldeko Orue Adinekoen Egoitzan (Amorebieta).

Emaitzetan azpimarratzekoa da profesionalen heziketaren beharra. Tresna asko garatu dira behar espiritualak antzemateko eta tratatzeko, baina, langileak sentibilizatu eta hezi behar dira. Arlo hau lantzea gaixoarentzat onuragarria izango da modu pertsonalizatuan egiten badugu.

Oro har, lan honetan gizartean heriotza prozesua lantzearen beharra azpimarratzen da, honek bizitzaren amaierako arretan eta beraz, zainketa aringarrietan eragina duelako. Arreta osoa izateko bizitzaren amaiera azaleratzen diren behar espiritualak kontuan izatea berebizikoa da. Aipatutako tresnak barneratu eta klinikan aplikatu behar dira, gaixoen behar espiritualak antzemateko eta tratatzeko. Prozesu honetan heziketa ezinbestekoa da, osagile bezala bizitzaren arreta oso bat eman ahal izateko.

1. SARRERA

Gizakion biografian gertakari bi baino ez daude finkatuta: jaiotza eta heriotza. Jaiotzak poztasuna dakar, gizarteak ospatu egiten du. Heriotza, aldiz, gaur eguneko gizartean baztertuta gelditu da: tabu bihurtu da, eta horrek bizitzaren amaierako arretan eragin zuzena du. Testuinguru horretan posiblea da heriotza duinik izatea?

Egoera horri irteera bilatzeko zainketa aringarriak sortu ziren, eta, 1967tik aurrera, Cecily Saundersen ekimenei esker, egun munduan zehar zabaldua daude. Zainketa aringarrien historiari erreparatzen badiogu, hasiera batean pazienteen premiazko beharrak kontrolatzea izan zen helburu nagusia; hau da, sintoma eta sufrimendu fisikoa arintzea. Geroago, arlo psiko-sozialari ere garrantzia ematen hasi zitzaion; behar hauek fisikoekin batera kontrolatu behar zirela ikasi zuten, pazienteen ongizatea hobetzeko eta sufrimendu orokorra murrizteko.⁽¹⁾ Azkenaldian, zainketa aringarrien zerbitzuan asko aurreratzen ari da, arazo fisiko, psikologiko eta sozialak hobeto kontrolatzen ditugulako, eta beste behar batzuk azaleratzen direlako; arlo espiritualari dagozkionak, hain zuzen ere. 2004an, Espainia mailan, espiritualitatea aztertu eta lantzeko talde bat sortu zen SECPALen (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), eta 2014an arlo horren inguruko lan monografikoa argitaratu zuen. ⁽²⁾

Duela urte batzuk, Saundarsek, zainketa aringarrien arloan aurrendari garrantzitsuenetarikoa izandakoak, “erabateko mina” kontzeptua jarri zuen mahai gainean. Erabateko minak pazientearen sufrimenduak 4 alderdi dituela azaltzen du: fisikoa, soziala, psikikoa eta espirituala; Engelen eredu bio-psiko-sozialari¹ laugarren zutabe bat gehituz. Ohiko botikak ez dira nahikoak erabateko mina tratatzeko. Hori dela eta, egoera modu integralean maneiatzeko esku-hartze terapeutiko ezberdinak behar dira, laguntzaren ereduari indarra emanaz. Saundersen hitzetan:

«Más allá del control de los síntomas empecé a darme cuenta de que mientras escuchaba a los pacientes, descubría aspectos de su potencial para enfrentarse y obtener logros de esta parte de sus vidas.»

¹ Engelen Science aldizkarian 1977. urtean argitaratu zen artikuluan baten eredu bio-psiko-soziala azaldu zuen. Bere ustez medikuntzak ezin du arreta arlo fisikoan bakarrik jarri, Osasuna psikologikoa eta soziala ere izan behar delako. (Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977; 196:129–136.)

Horrez gain, Cassellek, “The nature of suffering and the goals of medicine” artikulua ospetsuan, medikuntza modernoan zainketa eta laguntzaren garrantzia eta beharra azpimarratu zituen. (3)

Bestalde, medikuntzako ikasle formakuntza bidean ezer gutxi aipatzen da heriotza eta zainketa aringarrien inguruan, are gutxiago horiek jasotzen dituzten pazienteen behar espiritualen inguruan. Baina, mediku legez, era horretako pazienteekin lan egin behar izatea gerta liteke. Egoera hori suertatuz gero, gauza bi gertatuko lirateke: ez ginatke behar berezi horiek antzemateko gai izango, edo nahiz eta antzeman, ez genuke jakingo zelan jokatu. Beraz, ikasle legez nabaritutako hutsune horren aurrean, interesgarria iruditzen zaigu arlo honetan sakonduz jasotako heziketa osatzea.

Espiritualtasuna garrantzitsua da bizitzako aldi guztietan, baina, batez ere, bizitzaren amaieran. Heriotza hurbil ikusten dugunean hasten gara geure buruari galdezka: zein da bizitza honen zentzua? zer dago heriotzaren ostean? zein izan da nire ibilbide eta garapena?... Horrek sufrimendua handitu dezake, eta mina eta beste sintoma batzuen kontrola zaildu ere. Hori dela eta, zainketa aringarrien arloko espiritualtasunean sakontzea erabaki dugu, espiritualtasuna arlo guztietan garrantzitsua izan arren, heriotza ate joka dagoenean are garrantzitsuagoa bilakatzen delako.

Zainketa Aringarrien Espainiar Elkarteko Espiritualitate Taldeak (GES) honakoak azpimarratzen ditu bere ereduaren oinarritzat: (4)

- Gizakion izaera espiritual da
- Espiritualitatea baliabide eraginkorra da galerak eragiten dituen sufrimenduari aurre egiteko eta heriotzaren prozesua onartzeko
- Sufrimendua osotasunerako bidea izan daiteke; izan ere, heriotzaren prozesuak norberaren garapen gorena lortzeko aukera ematen du
- Osasuna ez da soilik kontzeptu fisikoa, psiko-sozio-espirituala ere bada

Espiritualtasuna eta erlijioa ez dira gauza berbera, nahiz eta askotan elkartuta agertzen diren. GESek espiritualtasunaren honako definizioa ematen du: (5)

«La naturaleza esencial que nos conforma y de la que surge la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. Es un dinamismo de anhelo personal de plenitud en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido; hacia el entorno en búsqueda de conexión; hacia el más allá en búsqueda de trascendencia.»

Bestalde, Munduko Osasun Erakundeak espiritualtasuna modu desberdin baten azaltzen du:

(6)

«Lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que "religioso", aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos o sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito y para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores.»

Testuinguru horretan, bizitzaren amaierako sufrimendu eta behar espiritualak aztertuko ditugu, baita hauek antzemateko eta tratatzeko tresnak ere. Medikuaena izango da gure ikuspuntua, nahiz eta bizitzaren amaierako arreta diziiplina anitzekoa izan behar den.

2. HELBURUAK

- HELBURU OROKORRAK:
 - o Zainketa aringarrien arloan espiritualtasunaren garrantzia azertu
- HELBURU ZEHATZAK:
 - o Bizitzaren amaierako behar espiritualak finkatu
 - o Behar espiritualak antzemateko prozedurak zehaztu eta profesional ezberdinen esku-hartze terapeutikoa azertu
 - o Bizitzaren amaiera aldiko espiritualtasunaren pertzepzioa ezagutu osasun arloko profesionalengan, Bizkaian
 - o Osasun profesionalak bizitzaren amaierako behar espiritualen garrantziaz sentsibilizatu

3. METODOLOGIA

Lanaren helburuak betetzeko metodologia ezberdin bi erabiliko dira: bilaketa bibliografikoa eta ikerketa deskribatzailea.

3.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOA

Lehenengo atalean, bilaketa bibliografiko zabalaren ekarpena azalduko da, bai helburu orokorra, bai lehenengo bi helburu zehatzak betetzeko. Horretarako, aldizkari zientifikoetako

argitalpenak berrikusteaz gain, SECPALeko berariazko bibliografia ere erabiliko da (7-8). Horrez gain, argitaratutako beste liburu batzuk ere erabilgarri izango dira, esaterako, J. Cabodevillaren La espiritualidad al final de la vida edo Kübler-Rossen liburuak.

Lanean erabilitako artikulak lortzeko PubMed eta ScienceDirect datu baseak erabilgarri izan ditugu. 1. taulan bilaketa terminoak eta filtroak agertzen dira. Gainera, SECPALeko web orri ofiziala ere erabilgarria izan da, bertan monografia interesgarriak baitaude (www.secpal.com). Azkenik, La Caixaren gizarte-ekintzaren eskutik egindako publikazioak ere baliagarriak izan dira, honako web orrian eskuragarri daudenak: <https://obrasociallacaixa.org/es/investigacion-y-salud/atencion-integral-personas-enfermedades-avanzadas/publicaciones>

		PubMed (Artikuluak)	ScienceDirect (Artikuluak)
Bilaketa terminoak	“Spirituality” AND “palliative care”	740	“Spirituality” AND “palliative care”
Filtroak	+ Azken 5 urteak (2013-2017)	321	+ Azken 5 urteak (2013-2017)
	+ Dohainiko artikulak	81	Topikoak: “spiritual care”, “palliative care”

1. taula: Bilaketarako erabilitako terminoak eta filtroak.

3.2. IKERKETA DESKRIBATZAILEA: OSASUN LANGILEEN BIZITZAREN AMAIERAKO ESPIRITUALTASUNAREN PERTZEPZIOA

3.2.1. Ikerketa mota eta diseinu orokorra

Bigarren atalean, Euskal Herriko osasun langileen bizitzaren amaierako espiritualtasunaren pertzepzioa ezagutzeko ikerketa deskribatzailea diseinatu dugu. du. Bizkaiko bi erakunde ezberdinetan –lehenago aipatutako adinekoen egoitza eta zainketa aringarrien unitatea– galdetegi bat banatu, osatu eta jaso da. Inkesta azaldutako pazienteen zainketan parte hartzen duten profesional eta boluntario orori zuzendu zaie. Inkestaren bitartez bide batez azkeneko helburu zehatza betetzea espero dugu, modu ez zuzenean, inkesta egiteak profesionalengan hausnarketa bultzatuko du eta haien portaera baldintzatu.

Inkesta 2016an SECPALen eskutik argitaratutako artikuluan batean oinarrituta dago (9). Artikulu horretan 2011ko maiatzeko espiritualtate klinikoaren inguruko SECPALeko IX. jardunaldi nazionalera joan ziren profesionalei online egindako inkesta agertzen da, baita emaitzak ere. Laburbilduz, profesionalek, ebaluazio eta laguntza espiritualak zainketa aringarrien atentzio integralaren parte den arren, hobekuntza handien beharra dagoela esan zuten, batez ere, arreta eredu horren profesionalen heziketan.

3.2.2. Aldagaien definizioak

Galdetegia 3 ataletan banatzen da:

- 1) Lehenengoa (3 galdera itxi), subjektuaren oinarritzko soslaia lortzen da, honako aldagaiak lortuz: adina, generoa eta lanbidea. Hau da, datu soziodemografikoak biltzen dira.
- 2) Bigarren atalean (8 galdera itxi eta zabal 1), profesionalen esperientzia, konpromiso eta gaitasunak aztertzen dira. Horretarako, aldagai hauek erabili dira: esperientzia urteak, erakunde mota, baliabide mota eta profesionalaren norbere buruaren bizipen espiritualaren pertzepzioa, gaitasuna eta konpromisoa. Atal honetan aukera anitzeko galdera bat gehitu da, erlijio eta espiritualtasunaren arteko harremanaren ingurukoa.
- 3) Hirugarrenean (8 galdera itxi), talde asistentziaren arreta eredia aztertu da.

3.2.3. Ikerketa subjektuen aukeraketa eta laginaren tamaina

Alde batetik, zaharren egoitza bat aukeratu dugu. Bertan 3. adineko pertsonekin lan egiten dute; hau da, biografiako azken atalean dauden pertsonekin. Kasu horretan ORUE aukeratu dugu, Igurco taldekoa, Amorebietan kokatuta dagoena. Bertako mediku-burua Iñaki Artaza da.

Beste alde batetik, zainketa aringarrien unitate batean ere zabaldu dugu inkesta, bertan hiltzorian dauden pazienteekin lan egiten baitute, eta, beraz, bizitzaren amaierarekin estuki lotuta. Kasu horretan aukeratutako lekua Santurtziko San Juan de Dioseko zainketa aringarrien unitatea izan da; Jacinto Batiz doktorea da bertako burua.

3.2.4. Sartzeko eta baztertzeko irizpideak

Ikerketa aukeratutako erakundeetan lan egiten duen profesional orori zuzendu zaio (medikuak, erizainak, psikologoak...).

3.2.5. Informazioa biltzeko prozedura eta datuen analisirako tresnak

Ikerketarako informazioa biltzeko prozedura aukeratutako poblazioari egindako galdetegia da. Erabili den tresna SECPALeko GESen “Espiritualidad en clínica” galdetegia da, aipatutako moldaketa txikiarekin (1. eranskina). Inkesta online banatu zen *Google Docs* plataformaz baliatuz, erakundeetako buruen laguntzarekin. Plataforma horrek datuen bilketa errazten du, modu antolatuan eta zuzenean. Galdetegia 2016ko azarotik 2017ko urtarrilerako epean gauzatu zen.

3.2.6. Gizakiekin ikerketarako alderdi etikoak bermatzeko prozedurak

Galdetegia Euskadiko Ikerketa Klinikorako Etikako Batzordearen onarpenarekin gauzatu da (3. eranskina) eta hurrengo puntuak bermatu dira:

- Pribatutasuna eta baimen informatua: Galdetegirako ez da pazienteen daturik behar. Galdetegiaren hasieran bere helburua eta betetzea boluntarioa dela azaltzen da
- Datuen konfidentzialtasuna: Ez da parte-hartzaileen datu identifikagarriak behar
- Pertsonen eta animalien babesa: Ez da ikerketa esperimentalik egin eta ez dago arriskurik parte-hartzaileentzat
- Ez dago inongo saririk edo sustagarrikerik galdetegian parte-hartzeagatik, guztiz boluntarioa da

4. EMAITZAK

4.1. HERIOTZA: LEHEN ETA ORAIN.

«Los hombres o bien intentan ponerse al abrigo de la muerte, como se ponen al abrigo de una bestia salvaje en libertad, o bien le hacen frente, pero están entonces reducidos únicamente a su fuerza y a su coraje, en un enfrentamiento silencioso, sin el auxilio de una sociedad que ha decidido, de una vez por todas, que la muerte no es asunto suyo.» Ph. Aries

Agerikoa da gaur egun heriotza gure gizarteko taburik nagusienetakoa bihurtu dela, lehen sexuak suposatzen zuenaren antzekoa, baina ezberdintasun nabari batekin: heriotza guztioi helduko zaigu goizago edo beranduago salbuespenik gabe. Guillermo D. Olmoren hitzetan, «la muerte linda con la vida y es consecuencia de ella» (10). Hain naturala den heriotza klandestinitatera gaitzetsi dugu, eta horrek eragin zuzena du guri dagokigun arloan; hau da, medikuntzan, eta, batez ere, bizitzaren amaierako arretan.

Gaur egun, jendearen gehiengoa (%70) gaixo akutuen ospitaletan hiltzen da, askotan bakardadean eta gizartetik aldentuta; hiltzorian egoteagatik ezkutatu beharko balira bezala, hilkorrak garela ez gogorarazteko. Orain dela urte gutxi batzuk, gizarte tradizionalago batean, familia osoa etxe berean bizi zen belaunaldi aniztasunean; hortaz, etxe guztietan heriotza ezaguna zen, bai aititarena, bai seme gaztearena alborengoak jota. Heriotza ez zen ezkututzen, txikienen aurrean ere ez. Are gehiago, gazteenek ere hiltzorian zegoen senidea zaintzen laguntzen zuten. Aldiz, gure belaunaldiko pertsona askok ez dute heriotza aurrez aurre ezagutu.

Kultura tradizionala mina jasangarriagoa eta gaixotasuna ulergarriagoa egitera eta bizitzan zehar heriotzarekin ditugun topaketak esanguratsuago bilakatzera bideratuta zegoen. Gaur egungo gizartea ordea, mina eta gaixotasuna ezabatzea du helburu eta heriotzaren kontra borrokatzen du. (11)

Medikuntzaren garapenarekin batera, lehenago hilgarriak izandako gaixotasun asko sendatzen edo kronifikatzen hasi ziren; orduan, heriotza bizitzaren berezko ondorio bat baino, medikuntza porrot egitearen ondorio bihurtu zen. Egungo mendebaldeko gizartea arrazoian eta metodo zientifikoan oinarritutako ezagutzetan eratzen da. Hori dela eta, medikuak sufritu egiten du heriotza beretzat ziurrak diren armen aurrean gailentzen denean, eta heriotza ekidin ezintasuna porrototzat hartzen du.

Inork ez du pentsatu nahi «paziente bat hil zait». Hitz egiteko modu hori oso ohikoa da, eta informazio asko eskaintzen digu bizitzaren azken atalaren inguruan daukagun pertzepzioaren inguruan. Hain zuzen ere, Madrilgo Komunitatean egindako ikerketa baten arabera, parte-hartzaileen portzentaje handi batek heriotza porrota profesionala kontsideratu zuen. Dena den, azpimarratu beharrekoa da ikerketa horren bitartez hurrengo ondorioztatu zutela: osasun profesionalek zainketa aringarrien filosofia barneratzen hasi direla, baina, oro har, langileak deseroso sentitzen direla bizitzaren amaierako laguntza prozesuan. (12)

Tradizionalki, heriotza medikuntzaren etsaia izan da, eta gaur inoiz baino gehiago heriotza eragin dezakeen kausa guztiak, banan-banan ezabatzeko ikertzen ari da. Urte batzuk atzera gaixotasun infekziosoak izan ziren; egun minbiziaren aurka gaude gudan. 2000. urteko ekainaren 26an, kode genetiko komunikabide internazionalen aurrean aurkeztu zenean, Clintonek ziurtatu zuen: «*Estamos aprendiendo el lenguaje con el que Dios creó la vida*». Orduko EEBBko lehendakariak aurkikuntza horrek medikuntza betirako aldatuko zuela esan zuen, sendatzeko botere berria ekarriz (13). Hitz horiek ederto islatzen dute egungo heriotzarekiko jarrera medikoa.

Testuinguru horretan, Callahamek *New Journal of Medicine* aldizkarian “Death and the Research Imperative” izeneko artikulua argitaratu zuen, egun ere heriotzaren inguruko hainbat artikulua medikotan aipatutakoa. Callahamek medikuntzaren helburua sendatzea baino gehiago dela dio, heriotza duin bat lortzea heriotza goiztiarra saihestea bezain garrantzitsua baita. Denok hilko gara egunen batean; hortaz, heriotzaren prozesua ikertzeko eta horri aurre egiteko beharra dago (14). Era berean, Kübler-Rossek (15) heriotzaren aurreko beldurra lantzeko garrantzia azpimarratu zuen:

«Quizás en vez de sociedades de congelación deberíamos crear sociedades que se ocuparan de la cuestión de la muerte, que fomentaran el diálogo este tema y ayudaran a la gente a vivir con menos miedo hasta su muerte. Hemos aprendido que para el paciente la muerte en sí misma no es un problema, sino que teme por la sensación de desesperanza, inutilidad y aislamiento que la acompaña.»

4.2. BIZITZAREN AMAIERA ETA MEDIKUNTZA: ARRETA EGOKIA EMATEKO OZTOPOAK

«Sendatu ahal baduzu, senda ezazu.

Ezin baduzu sendatu, arindu ezazu.

Eta ezin baduzu arindu, kontsola ezazu.»

Voltaire

Heriotzak hiru alderdi dituela esan dezakegu: Errealitate biologikoa, giza fenomeno eta balore kulturala da era berean. Hortaz, medikuaren heziketa orekatua izan behar da heriotzari dagokionez: natura, gizartea eta kultura bilduz. (11)

Dena den, gaur egungo medikuntzan hainbat oztopo agertzen dira hiltorian edo bizitzaren amaieran dauden pertsoneri arreta egokia emateko. Garrantzitsua da traba hauek gainditzea mediku bezala dagokigun eginkizuna bere osotasunean bete ahal izateko. Oztopo nagusiak hurrengo puntuetan azaltzen dira: heziketa gabezia, hutsegite sentipenak eta norberaren heriotzarekiko larrimina. (11)

4.2.1. HEZIKETA GABEZIA

Unibertsitatean gauza gutxi ikasten ditugu sendatu ezin dugun gaixo batekin egin behar dugunaren inguruan; sendatzen irakasten digute, baina heriotza gutxitan aipatzen da ehunekoetan ez bada.

Medikuntzako ikasleonek heziketan gaixotasun organikoen inguruko jakintza teknikoak ikasten ditugu, baina, ez gaude prest hiltorian dagoen gaixoaren bakardade eta estutasuna arintzeko. Hortaz, laguntza egokia eman ahal izateko ezinbestekoa da heziketa oso bat, zainketa aringarriak eta gaixo kronikoen arreta barne hartzen dituen eta gaixoekin, sufrimenduari eta heriotzarekin kontaktu zuzena izatea eta hausnarketa errazten duena.

4.2.2. HUTSEGITE SENTIPENAK

Gaur egungo medikuntza sendatzera bideratuta dago. Gizarteak medikuari osasunaren eta bizitzaren zaindariaren rol ahalguztiduna egokitu dio eta medikuek onartu. Gure

inkontzientean heriotzak hutsegite bat suposatzen du eta gure egoa hondatzen du. Hau jasotako heziketa eta gizartean gertatzen den heriotzaren ezeztatzearen ondorio zuzena da.

Heriotzari saihesteko bi modu daude, heriotza prozesu naturalizat onartzen ez dugunean: Alde batetik heriotza modu tematian atzeratu daiteke (Setakeri terapeutikoa) edo etsi eta heriotza aurreratu (Eutanasia). Bai batak zein besteak heriotzari aurre egitea saihesteko moduak dira, ezin baitugu jasan “ezer ere ez egitea”.

Hutsegite sentipenak ezabatzeko, argi izan behar dugu heriotza gure biografiaren atal bat dela. Heriotza gure “etsaia” izan daiteke egoera zehatz batzuetan: goizegi datorrenean, tratatu edo modu zentzudun batean saihestu daitekeenean eta modu ezegokian gertatzen denean (Gehiegi luzatzen denean edo sufrimendu larregi dagoenean). Medikuntza modernoak heriotza sinplifikatu beharrean arazo konplexuago baten bihurtu du, zientziaren eta medikuntzaren mugak lausoagoak baitira.

Beharrezkoa da beraz, heriotza onartzea eta gure asistentziako lanaren baitan sendatzeaz gain zaintzearen beharra barneratzea.

4.2.3. NORBERE HERIOTZAREKIKO LARRIMINA

Heriotza onartzeaz hitz egiten dugunean norberaren heriotzaz ere ari gara. Heriotzaren aurrean egoteak gure hilkortasuna gogorarazten digu. Askotan pentsamendu hau ezeztatu eta ekidin egiten da medikuntzari gizatasuna kenduz, pertsona gaixoak ikusi beharrean gaixotasunak bakarrik ikusiz. Ohikoa izaten da gure ospitaletan “203ko pneumoniak enpiema bat egin du” edo “Alboko gelako linfoma hil da” moduko esaldiak entzutea, aipatutakoaren adibide egokiak.

Heriotzarekiko larrimina gainditzeko ez da egokia heriotza ezeztatzea edota saihestea. 1660. urtean Sydenhamek² azaldu zuen bezala, hiltzorian dauden pazienteei arreta ona eman ahal izateko lehenengo gure heriotzaren inguruan hausnartu behar dugu, prozesu hau ulertuz, landuz eta onartuz. Mediki bezala lanketa hau egiten badugu, gaixoak amaierara arte zaintzeaz arduratzeko indarra eta gogoia izango dugu hutsegite sentipen barik. Arreta hobea emateaz gain, norberaren heriotzaren inguruan hausnartzeak bizitza modu sakon eta

² «Finalmente, el médico debe recordar que él mismo no está exento de la suerte común, sino que está sujeto a las mismas leyes de mortalidad y de enfermedad que los demás, y se ocupará de los enfermos con más diligencia y cariño si recuerda que él mismo es su sufriente compañero» L.R. Carterrek hemen aipatua: Saunders C. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. 1980. Barcelona: Salvat. 25. orrialdea.

intentsuan baloratzea errazten du, bizitzarekiko errespetua handituz eta heriotzarekiko beldurra gutxituz. Nicolas Guilléne hitzetan (16):

«Pues te diré que estoy apasionado/ por un asunto vasto y fuerte/ que antes de mí nadie ha tocado:/ mi muerte.»

4.3. ZAINKETA ARINGARRIAK EUSKADIN

Gizartearen heriotzaren ezeztatzearekin batera, 1967. urtean, Londresen, Hospice mugimendua martxan jarri zen Cecily Saundersen eskutik. Hurrengo azpimarratu zuen: *«cuidar cuando ya no se puede curar»*, eta zainketa aringarrien garrantzia lau arlotan azaldu zuen: fisikoa, soziala, emozionala eta espirituala. Kultura berri hori nazioarteko mailara zabaldu zen, eta, 2000. urtean, Espainian lehenengo Zainketa Aringarrien Plan Nazionala argitaratu zen, garapenerako oinarriak azalduz. (17)

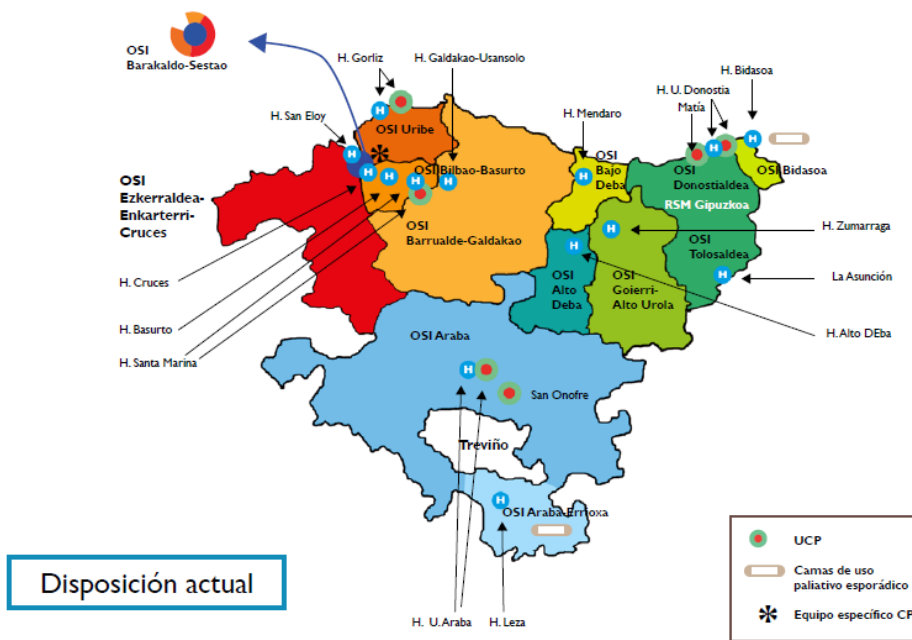
Azken urteetan, Euskadi mailan ere aurrerapausoak eman dira zainketa aringarrien arloan. 1990tik aurrera, ekimen ezberdinak martxan jarri dira paziente horien arreta hobetzeko. Ekimen horiek hiru alditan sailka ditzakegu: sentsibilizazio aroa (profesionalen heziketa), baliabide espezifikoen sorrera (Zainketa Aringarrien Unitateen sorrera, 1993tik aurrera) eta EAEko Zainketa Aringarrien Garapena Indartzeko Plana abian jarri zen hirugarren aldia, 1998tik 2002rako. Azken horrek sentsibilizazioa eta baliabideen sorrera bildu zituen.

Ordutik, zainketa aringarrien hainbat unitate espezializatu sortu dira Euskadin –Gorliz, Santa Marina, Matia Fundazioa, San Juan de Dios, Leza...– eta etxeko ospitaleratze zerbitzuak garatu dira. 2011tik aurrera, Osarean zerbitzua ere erabilgarri dago, telefonoz zainketa aringarriak etxean jasotzen dituzten pazienteen jarraipen estua egiteko. 2008an, La Caixako gizarte-ekintzaren arreta psikosozialerako planak EAEan abian jarri ziren, Donostiako Matía Fundazioan eta Santurtziko San Juan de Dios ospitalean. Araban arreta psikosozialean AECCek (Asociación Española Contra el Cancer) laguntzen du. (18)

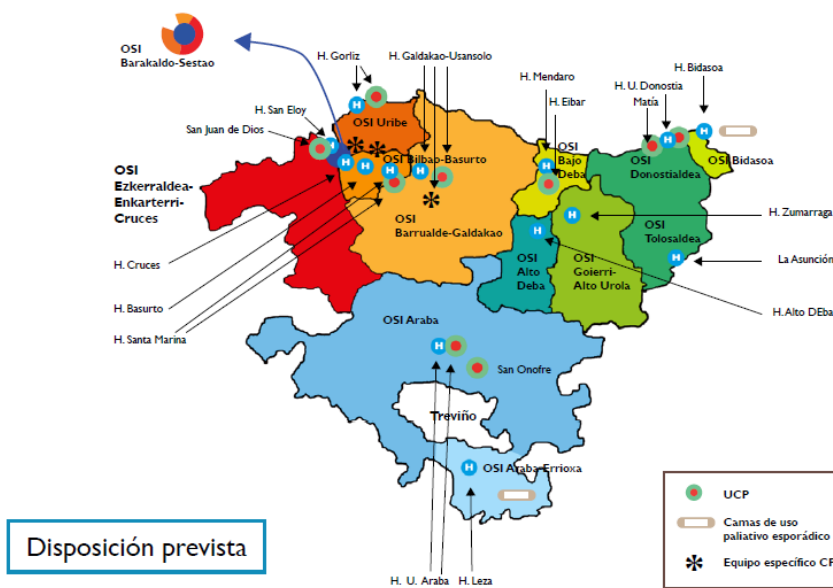
2015eko uztailaren 21ean, 147/2015 Dekretua argitaratu zen. Bertan, 11. artikuluan bizitzaren amaierari lotutako osasun-laguntza espezifikoz hitz egiten da, eta, 3. atalean, laguntza espirituala aipatzen da: (19)

Art 11.3. Senideak eta gertuko pertsonak ospitaleratzeetan ondoan izateko eskubidea, bai eta oro har banakako logela bat erabiltzeko eskubidea ere, intimitatea zaintzeko eta, hala egokituz gero, laguntza espirituala izateko.

Hurrengo irudietan, Euskadiko Zainketa aringarrietan gaur egun zerbitzu publikoak barne hartzen dituen unitateak agertzen dira. Bigarreanean, 2016-2020 bitartean zerbitzu publikoak barneratuko dituenak aurreikusten dira: (20)



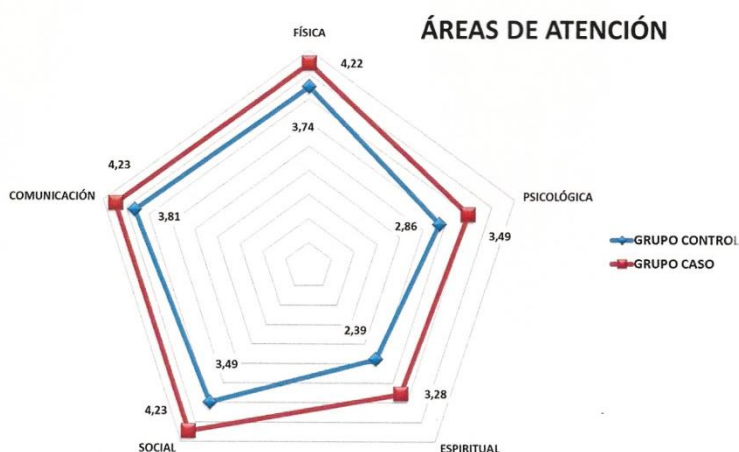
1. Irudia: Euskadiko Zainketa Aringarrien plana 2016-2020. Gaur egungo egoera.



2. Irudia: Euskadiko Zainketa Aringarrien plana 2016-2020. Aurreikusitako egoera.

Kepa Mirana San Sebastianek 2016. urtean EHUa aurkeztutako tesian (21) Barakaldo, Portugalete eta Santurtzi arloko zainketa aringarrien inguruko iritziak bildu zituen 250 pazientei eta euren familiei egindako galdetegiaren bitartez. Bi talde sailkatu zituen pazientei dagokionez: Kontrola lehen mailako arretan bakarrik tratatuak izan direnak eta bestalde,

kasuen taldean San Juan de Dioseko Etxeko Arreta Zerbitzua jaso dutenak. Bi taldeetan hainbat aldagai neurtu ziren eta zerbitzuaren kalitatea 5 arlotan baloratzea eskatu zen: Fisikoa, soziala, psikologikoa, espirituala eta komunikazioa. Hurrengo grafikoan (3. irudia) ondo adierazten dira lortutako emaitzak. Keparen arabera arlo fisikoan ez dago alde handirik, baina arlo sozialean, psikologikoan eta komunikazioan hobetu beharra dago lehen mailako arretan. Arlo espiritualari dagokionez, Etxeko Arreta Zerbitzuan nahiko barneratuta dagoen arren, lehen mailako arretan profesionalen prestakuntza sakondu beharra dago, pazienteek laguntza osoa jaso dezaten.



3. irudia: Pazienteen balorazioa arretaren bost arloetan Kepa Mirenaren ikerketaren emaitzen arabera.

4.4. ZAINKETA ARINGARRIEN OINARRIAK

2002an, OMEk zainketa aringarrien definizioa eman zuen: «Gaixoen eta familien bizi-kalitatea hobetzeko eta gaixotasun larriekin sortutako arazoei aurre egiteko metodoa; sufrimendua gutxituz eta prebentzioari garrantzia emanaz. Bestalde, gaixo eta familia horien bizi-kalitatea hobetzeko behar desberdinen identifikazio goiztiarra, balorazio egokia eta min, arazo fisiko, psikologiko eta espiritualen tratamenduan oinarrituko dira zainketa aringarriak». (22)

Zainketa aringarriek, heriotza lasaia dute helburu, setakeria terapeutikoa ekidinez eta konfiantza, komunikazioa eta intimitatea bultzatuz. Dena den, zainketa hauek ez dira bizitzaren amaierako egunetara mugatzen, baizik eta progresiboki aplikatu beharrekoak dira gaixotasuna aurrera doan heinean, eta familia eta gaixoaren beharren arabera. Hau da, zainketa aringarriak tratamendu sendagarriarekin hasten dira eta indarra hartzen doaz gaixotasuna sendagaitza bihurtzen doala (4. irudia). Prozesu horretan familia eta lagunak berebizikoak dira, baina profesionalen inplikazio pertsonal eta prestakuntza teknikoak ere

beharrezkoa da. Heziketa horrek hainbat arlo ezberdin biltzen ditu, psikologia eta antropologia barne.

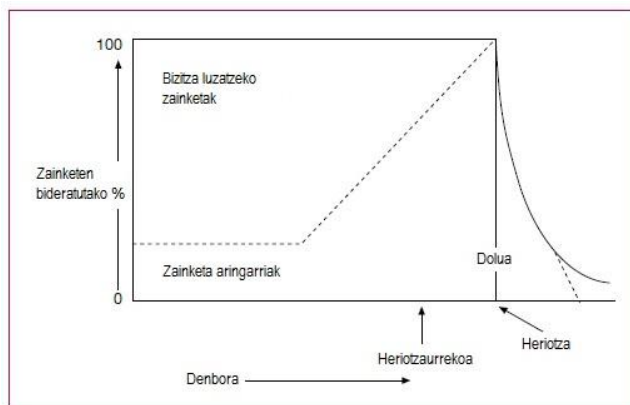
Helburua bizi-kalitatea hobetzea da, eta, horretarako, beharrezko tratamenduak erabiliko dira, batzuetan inbaditzaileak ere izan daitezkeenak. Ahalegin horretan zainketa aringarriek ez dute heriotza baztertzen, bizitzaren azken aldi hori baliagarritzat jotzen duten errealizazio pertsonalerako aukera izan daitekeelako.

Zainketa aringarrien oinarriak hurrengo esaldietan laburbildu ditzakegu: (22)

- Mina eta beste sintoma batzuk arintzen dituzte
- Bizitzaren alde egiten dute eta heriotza prozesu natural bezala ulertzen dute
- Ez dute heriotza aurreratzen edo atzeratzen
- Pazientearen zainketan arlo psikologiko eta espiritualak integratzen dituzte
- Pazienteak heriotza heldu arte ahalik eta aktiboen egon daitezen laguntzen dute
- Familiarentzat euskarria eskaintzen dute, bai gaixotasunari egokitzeko bai dolu prozesuan
- Diziplina anitzeko arreta eskaintzen dute paziente eta familien beharrezko erantzuteko
- Bizi kalitatea hobetzeaz gain, gaixotasunaren garapenean positiboki eragin dezakete
- Gaixotasunaren aldi goiztiarrean ere erabili daitezke beste tratamendu sendagarriekin batera

Luis Molero V. eta beste batzuek (23) zainketa aringarriak hiru dimentsioko arreta integrala direla esaten dute. Luzeran, gaixotasunaren prozesu osoa barne hartzen dute, diagnostikotik heriotzara arte. Zabaleran, gaixotasunean parte hartutako guztian barne hartzen dute, gaixoa, familia eta talde terapeutikoa. Sakontasunean, bizitzaren amaierak dakarren behar guztiak betetzeaz arduratzen dira; hau da, arazo fisiko, psikiko, sozial eta espiritualak. Labur esanda, zainketa aringarrien helburu nagusia sufrimendua arintzea da.

4. irudia: Zainketa aringarrien arreta eredua. Steven Z. Pantilaten egokitzea.



4.5. ZAINKETA ESPIRITUALAK BIZITZAREN AMAIERAN

4.5.1. ESPIRITUALTASUNAREN DEFINIZIOA ETA GARRANTZIA

Gaixotasun larri batek, etengabeko galerek edota ahultasun sentimenduek galdera edo hausnarketa existentzialak azaleratu dezakete: Zergatik orain? Jainkorik al dago? Zer gertatuko da gero? Zein da nire bizitzaren zentzua? Zertarako balio du sufrimendu honek? Galdera horiek gizakion espiritualtasuna agerian jartzen dute; bizitzako galdera sakonei erantzuteko eta bizitzaren zentzua bilatzeko grina, baita gizakiaz gaindiko esperientzien bizipena ere.

Victor Franklen arabera hiru dira bizitzaren zentzua bilatzeko moduak: ekintzen, balore edo sufrimenduaren (fisiko, emozional edo espiritual) bitartez. Horien artean bere ustez, sufrimendua da indartsuena eta pertsonen baloreetan aldaketa sakonena eragiten duena. Berak horrela adierazi zuen: (24)

«Cuando uno se enfrenta a una situación inevitable, insoslayable, siempre que uno tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar, por ejemplo, una enfermedad incurable, un cáncer que no puede operarse, precisamente entonces se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, que es el del sufrimiento. Porque lo que más importa de todo es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, nuestra actitud al cargar con ese sufrimiento».

Espiritualtasuna eta erlijioa ez dira gauza bera. Espiritualtasuna garatzeko bide egituratua da erlijioa. Erlijio sistema bat, gizarte eta testuinguru kultural zehatz batean kokatzen den fenomeno historikoa da, gizakiaren dimentsio iraunkor eta sakonei erantzuna bilatzen diena. (25) Hortaz, espiritualtasuna erlijioa baino kontzeptu zabalagoa da. Pertsona bakoitzak espiritualitate hori garatzeko bidea bilatu beharko du.

Bilaketa espirituala hiru norabideetan ematen da:

- Intrapertsonala: Norbere barnerantz, bizitza, sufrimendua eta heriotzaren zentzua bilatzen dugu eta gure balioak finkatzen ditugu
- Interpertsonala: Inguruarekiko eta besteekiko harremana bilatzen dugu, osotasun baten parte sentitzeko
- Transpertsonala: Bilaketa transzendentea ere egin dezakegu, gure oinarrizko naturarekin harreman sakon bat ezartzeko. Hau da, gizakiaz gaindiko «indar» edo «Jainko» batekin ezartzen dugun harremana bilatzen dugu

Baliteke muturreko egoera batean egon aurretik behar eta galdera horiek isilpean egotea, eta, azaleratzen direnean, behar duten arreta eskaintzen ez bazaie, C. Saundersek deskribatu zuen

«sufrimendu espiritualala» sortuko da. Sufrimendu espiritualala emozionalarekin eta fisikoarekin lotuta egongo da, eta minaren kontrola zailduko du. Bestalde, ondo dokumentatuta dago espiritualtasunaren garrantzia bizitzaren amaierako etsipena murrizteko eta ongizate psikologikoa hobetzeko. (26)

Heriotza prozesuari zentzua ematea bizitzako erronka nagusietako bat da. Bizitzak berak helburu bat du eta hori lortu eta gero beste maila batera igaroko gara heriotzaren bitartez. Nahitaezkoa da, momentua helduean, abiatzen jakitea, baita abiatzen uztea ere. Izan ere, bizitzak bere zentzu osoa izan dezan, heriotzari bere zentzua onartu behar zaio. Joseba Cavodebillaren (27) ustez, zainketa aringarrietako psikologo aditua, heriotza BIZITZAK bere itxura mugatua eta gure gorputzaren mugak gainditzen dituen momentua da. Berak esaten duenaren arabera heriotza gure bizitzako aukera espiritual indartsuena izan daiteke.

Askotan esaten da bizi izan garen moduan hiltzen garela. Esker onez bizi izan bagara, pertsonak eta bizitzak eskaintzen dituen ondasunak loturarik gabe maitatuz, heriotza prozesua aberasgarria eta ederra izan daiteke. Aldiz, harremani, jabegoari eta geure buruaren irudiari lotuta bizi izan bagara, heriotza sufrimenduz beteta egon daiteke, porrota baten modura biziko baitugu. Sogyal Rimoché Lamaren esanetan: «*Beharbada heriotzarekiko beldurraren arrazoi nagusia geure burua ezagutzen ez dugula da*».

Heriotza berebiziko prozesu konplexua da, pertsona bere osotasunean biltzen duena. Egoera klinikoa baino askoz gehiago da: hiltzea prozesua da. Medikuoek prozesu horretan parte hartzen dugu, eta, beraz, bere osotasunean ulertzea ezinbestekoa da. Dena den, aipatutako behar espiritual horiek gehienetan alde batera uzten dira, eta, ikerketen arabera, arlo horretan dagoen heziketa falta da arrazoirik nagusia (28). Selman eta beste batzuen esanetan, osasun profesionalek ez dute heziketa egokia distres espiritualala identifikatu eta ebaluatzeko. (29)

4.5.2. BEHAR ESPIRITUALAK BIZITZAREN AMAIERAN

Behar espiritualek ez diote gabezia bati soilik erreferentzia egiten, oraindik garatu gabe dauden gaitasun espiritualei edo bete gabeko itzaropenei ere egiten baitiete. Hortaz, behar espiritualak ez dira zertan mehatxutzat hartu behar; norberaren baliabideak garatzeko aukeratzat hartu beharko lirake.

Behar espiritualak hainbat modutan sailkatu dituzte hainbat autorek azken urteetan (Torrallba, 2004 (30); Barbero, 2002 (31); Payas, 2003 (32); Bayés, 2005 (33)), eta gehiengoak hurrengo beharrak aipatzen ditu: itzaropena, zentzua, maitasuna, behar erlijioso edo jainkotiarak eta heriotzari aurre egiteko beharra. 2008an, SECPALeko Zainketa

Aringarrietako Espiritualtasunerako Lan Taldeak gaiaren gaineko ekarpenen berrikuspen sakona egin zuen, eta autore ezberdinek esandakoarekin sailkapen osoa egin zuten. (34)

- a) **Pertsona bezala onartua izateko beharra:** Gaixotasunak pertsonaren osotasuna kolokan jartzen du. Gainera, azpiegituren despertsonalizazioa, baliabideen teknifikazioa eta osasun prozesuen gizatasun eza gaixoa bera baztertzen dute; identitatea kendu eta, horren orde, zenbaki edo gaixotasunaren izena ezartzen zaio. Gaixoa instituzio batean dagoenean bere ohiko rol, konpromiso eta erantzukizunetatik kanpo gelditzen da, eta pertsona bezala onartua izateko beharrak garrantzia hartzen du.
- b) **Norberaren bizitza berrikusteko beharra:** Gaixotasun larri edo aurreratu batek pazientearen heriotzarekin aurrez aurre jartzen du, bere biografiaren amaiera iradokitzen dio. Egoera horretan, gaixoak bere bizitza berrikusteko beharra izaten du, bere ibilbidearen balantze positibo eta esanguratsua lortzeko, eta horren amaiera errazago onartzeko; bizi-zikloa borobiltzeko.
- c) **Izate eta bilakaeraren zentzua bilatzeko beharra:** Norberaren heriotza gertu izateak izatearen zentzua eta funtsa bilatzera bultzatzen du, baita sufrimenduarena ere. Prozesu hau zaila izango da gaixo batzuentzat, baina beharrezkoa bizitzaren amaieran autoerrealizazioa lortzeko.
- d) **Erruduntasuna gainditzeko beharra, norbere buruarekin bakea egiteko beharra:** Gaixoak bere biografian atzera begiratzen duenean erru sentimendu asko azaleratu daitezke; guk ezin ditugu dramatizatu, ezta arinkeriaz hartu ere. Pertsonak errua sentitu dezake egin duenagatik, baina egin ez duenagatik ere. Erruduntasun hori modu egokian lantzen ez bada sufrimendu iturri garrantzitsua izan daiteke, heriotza baketsua oztopatuz.
- e) **Errekontziliazio beharra, barkatuta sentitzeko beharra:** Barkamena, norabide guztietan ezinbestekoa da bakean hil ahal izateko; hots, goitu gabeko kontuak konpondu behar ditu.
- f) **Bizitza norbere buruaz gain zabaltzeko beharra:** Bizitza indibiduala amaitutakoan gaixoak bere izatea gizarte osora (transzendentzia horizontala) edota jainkotasunera (transzendentzia bertikala) hedatzeko beharra du, osotasun baten parte izateko. Azken hau estuki lotuta dago jarraipen baten beharrarekin.
- g) **Jarraipen baten edo beste mundu baten sinesteko beharra:** Zentzuaren bilaketa ez da soilik atzera aurrera, gerora begira ere bada. Hortaz, jarraipen baten nahia agertzen da. Jarraipena modu ezberdinetan eman daiteke; esate baterako, artelan baten, edo familia eta lagunaren arteko harremanean edo proiektu baten bitartez.

Heriotza ostean beste bizitza modu bat edo fededunetan Jainkoa aurkitzeko itxaropena ere agertzen da. Jarraipen beharra hainbat giza sinesmenetan azaltzen da: berraragizatzea, bizi-zikloa, berpizte kristaua...

- h) Benetako itxaropenaren beharra eta denborarekin ezartzen den harreman berria:** Itxaropena modu egokian zuzendu behar da, zainketa aringarrien kasuan hobeto sentitzera bideratu behar da. Thieffreyren (35) iritziz gaixotasun larriak suposatzen duen krisiak pertsonak denborarekiko duen harremana aldatzen du: iraganean bere bizitza berrikusteko beharra azaltzen da; orainaldian balioen hierarkia berria eratzen da eta momentua bera bizitzeak du garrantzia. Azkenik, etorkizunera begira frustrazioa nagusitu daiteke, baina transzendentziara zabaltzeko aukera bezala ere bizi daiteke azken aldi hori.
- i) Sentimendu eta esperientzia erlijiosoak adierazteko beharra:** Behar hau kultura guztietan agertzen da, erlijioaren arabera modu batera edo bestera. Dena den, pertsona askok sentimendu erlijiosoak adierazteko berezko modua dute heriotza gertu dagoenean.
- j) Maitatzeko eta maitatua izateko beharra:** Maitasuna ezinbesteko osagaia da heriotza baketsua izateko.

Hurrengo taulan (2. taula) María Rufinok bere tesian proposatutako sailkapena agertzen da. Behar ezberdin horiek lehen azaldutako espiritualtasunaren hiru norabideen arabera sailkatzen ditu bertan. (36)

INTERPERTSONALA	INTRAPERTSONALA	TRASPERTSONALA
Pertsona bezala onartua izateko beharra	Norberaren bizitza berrikusteko beharra	Bizitza norbere buruaz gain zabaltzeko beharra
Erruduntasuna gainditzeko beharra, norbere buruarekin bakean egoteko beharra	Izate eta bilakaeraren zentzua bilatzeko beharra	Jarraipen baten edo beste mundu baten sinesteko beharra
Errekontziliazio beharra, barkatuta sentitzeko beharra	Benetako itxaropenaren beharra eta denborarekin ezartzen den harreman berria	Sentimendu eta esperientzia erlijiosoak adierazteko beharra
Maitatzeko eta maitatua izateko beharra		

2.Taula: Behar espiritualen sailkapena espiritualtasunaren mailen arabera (36)

4.5.3. BEHAR ESPIRITUALAK ANTZEMATEA, AZTERTZEA ETA EBALUATZEA

Bizitzaren amaieran zentzu eta osotasunaren bilaketa indartzen da; hala ere, arlo horri buruz jardutea klinikan nahiko ez-ohikoa da. Arlo espiritualak zainketa aringarrien definizio guztietan ageri den arren, gaixo gutxi batzuk baino ez dute jasotzen arreta espiritualak. Antonio Pascualen iritziz arlo horren inguruan ikasten jarraitzea eta espiritualtasuna gure osasun eta arreta sisteman ezartzea premiazkoa da. Bere ustez, prozesu horretan lehenengo urratsa behar espiritual horiek antzemateko, esploratzeko eta ebaluatzeko tresnak eta heziketa ematea da. (37)

Bizitzaren amaierako zainketa espiritualaren inguruko kontsentsu dokumentu batean (38) espiritualtasunaren ebaluazioaren garrantzia azpimarratu zen. Ebaluazioan berebizikoa da profesionalaren prestakuntza eta gaixoaren balio eta sinesmenekiko errespetu osoa. Kontuan izan behar dugu hain alderdi sakonak neurtzea ia ezinezkoa dela, baina, kasu horretan, garrantzitsuena beharrak antzematea eta ahal dugun neurrian arintzen laguntzea da.

Ebaluazioa egiteko aztertu beharreko eremua finkatu behar dugu: zer ebaluatzen dugun (sufirimendu edo behar espiritualak), zein mailatan (baheketa edo arrisku faktoreak dituztenei historial espiritualak eginez), ze tresnarekin (galdetegia edo elkarrizketa) eta ebaluazioa egiteko aukerak (langileen lan-karga edo gaixoaren egoera klinikoa dela eta). (39)

4.5.3.1. Espiritualtasunaren mailakako ebaluazioa

Lehen aipatutako kontsentsu dokumentuan hiru ebaluazio maila bereizten dira (38): (1) Krisia arin eta erraz antzemateko baheketa tresnak, (2) Historial espiritualak gaixoen barne bizitza ezagutzeko eta (3) Adituaren ebaluazioa. Dena den, Barberok beste maila bat gehitzea proposatzen du: (0) Antzematea.

a) Antzematea

Antzematea lan talde guztiaren erantzukizuna da, eta, hori dela eta, heziketa partaide guztiei bideratuta egongo da. Espiritualtasunaren adierazgarriei adi egon behar gaitzaizkie: bat-bateko galdera erradikalak, behar espiritualekin erlazionatutako iruzkinak, amaieraren inguruko baieztapenak («ez nago prest amaierari aurre egiteko», «amore emango dut», ...), itxaropenei buruz hitz egitea edo espiritualtasunarekin erlazionatutako objektuak izatea (liburuak, irudi erlijiosoak...).

b) Baheketa tresnak

Baheketa ebaluazio eta arreta espiritual sakona behar duten pazienteak identifikatzeko balio du; hau da, krisi edo sufrimendu espirituala dutenei arreta berezia emango zaie historial espirituala eginez. Hainbat tresna deskribatu dira. Batzuk galdera errazak erabiltzen dituzte: «Garrantzitsuak dira zuretzat espiritualtasuna edota erlijioa?», «zelan laguntzen dizu espiritualtasunak edo erlijioak egoera honetan?». Beste batzuk, arau mnemoteknikoak proposatzen dituzte: FICA (40) eta SPIRIT (41) (3. taula).

FICA	SPIRIT
F: Fedea, sinesmenak I: Influentzia, garrantzia C: Komunitatea A: Abordaia	S: Sinesmen espiritualak P: Espiritualitatearen pertsonalizazioa I: Komunitate espiritualean integrazioa R: Erritualak, murrizketak I: Inplikazioak arreta medikoan T: Bizitzaren amaiera (<i>Término</i>)

3. Taula: FICA eta SPIRIT baheketa tresnak

Beste autore batzuek espiritualtasunaren inguruko elkarrizketa bat hasteko gomendioak ematen dituzte; izan ere, batzuetan zaila izaten da gai horietaz hitz egiten hastea. Barberok Kristeller eta beste batzuen (42) proposamenaren egokitzapen bat egin zuen (4. taula).

PROFESIONALAREN EKINTZA	PAZIENTEAREN ERANTZUN POSIBLEA	PROFESIONALAREN ERANTZUNA
1- Gaiaren inguruan hitz egiten hasi galdera neutro baten bitartez		Gaixotasun larri baten aurrean pertsona askok euren sinesmen erlijioso edo espiritualetara jotzen dute egoerari aurre egiteko. Lagungarria izango litzateke zu zelan sentitzen zaren honi lotuta
2- Sakonago ikertu galderak hasierako erantzunaren arabera moldatuz	Fede aktiboa edo positiboa	Zer sinesmen izan da zuretzat baliogarriena gaixotu zinenetik?
	Erantzun neutral harkorra	Zelan izan daitezke baliogarrak zure fedea edota sinesmenak?
	Atsekabe espiritual (haserrea edo erru sentimenduak)	Pertsona asko sentitzen dira modu horretan. Zer uste duzu lagungarria izan daitekeela egoera onartzeko?
	Babes edo errefus erantzuna	Nire galdera deseroso sentiarazi zaituela ematen du. Niretzat garrantzitsuena guzti honi zelan egiten diozun aurre jakitea da. Honen inguruan hitz egin dezakegu?
3- Sakonago ikertzen jarraitu		Ulertzen dut.-ri buruz gehiago kontatu ahal didazu?
4- Zentzua eta bake sentsazioa aurkitzeko		Egoera honetan zentzua edo bakea aurkitzeko modurik baduzu?

moduak		
5- Baliabideak		Norekin hitz egin dezakezu gai hauen inguruan?
6- Laguntza eskaini		Beharbada horren inguruan hitz egiteko pertsona egokia bilatu dezakegu. Euskarri taldeak gomendatu dakizkizut, edota irakurketaren bat
7- Elkarrizketa amaitu		Gai horien inguruan nirekin hitz egitea eskertzen dut. Behar bada hurrengo baten berriro hitz egin dezakegu horren inguruan

4. Taula: Espiritualtasunaren inguruko elkarrizketarako pautak. Kristeller eta beste batzuen proposamenaren egokitzapena Barberoren eskutik.

c) Historial espirituala

Hasteko historial espiritualak arlo horren inguruko ebaluaketa sakonagoa suposatzen du. Ebaluatzailea ondo hesituta dagoen taldeko partaidea izan daiteke. Horrez gain, oso garrantzitsua izango da elkarrizketaren testuingurua: leku eroso eta lasai batean, modu enpatikoan eta begi kontaktu egokiarekin.

Historial espiritualean hiru maila aztertuko ditugu. Maila bakoitzean gidoi bat proposatzen da (38), hau jarraituz galderak egiteko ahalik eta modu naturalenean (5. taula).

MAILA OROKORRA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gogo-aldarte eta kezak 2. Hauei aurre egiteko zailtasunak 3. Sufrimendu edo ondoeza 4. Laguntza baliabideak 5. Eskaini dezakegun laguntzaren inguruko itxaropena.
BITARTEKO MAILA	<ol style="list-style-type: none"> 6. Bere prozesuan lagungarriak diren baliabide edo ikusmoldeak 7. Bete gabeko beharrak agerian uzten dituzten galderak 8. Galdera hauek bere prozesuaren gain duten eragina 9. Bizitzaren arloko asetasun edo atsekabe maila 10. Bere egungo egoeran dituen itxaropen eta desirak
MAILA ESPEZIFIKOA	<ol style="list-style-type: none"> 11. Arlo espiritual edota erlijiosoa sakonago aztertuta 12. Onura potentzialak 13. Guzti honetan sakontzeko nahia 14. Beste solaskide bat bilatzeko beharra

5. Taula: Historial espiritualaren gidioa.

Aipatutako tresnak elkarrizketa erdi-egituratu bezala erabili daitezke. Barberoren hitzetan, ebaluaketa espirituala berez terapeutikoa izan daiteke, norberaren barnea argitzen laguntzen duelako eta pazientea hausnarketara bideratzen duelako.

d) Adituaren ebaluazioa

Kasu batzuetan aditu baten interbentzio sakonagoa eta jarraituagoa beharko da sufrimenduaren arrazoia argitzen ez bada.

2014an SECPALeko espiritualtasun taldeak (GES) espiritualtasunaren ebaluaketarako tresnen errebisio sakona (43) egin ostean galdetegi labur, simple eta lagungarria egituratu zuen (6. Taula). Galdetegi horretan espiritualtasunaren 3 alderdiak (intrapertsonala, interpertsonala eta transpertsonala) aztertzen dira. Ikerketa honetan galdetegiaren fidagarritasuna eta baliogarritasuna frogatu ziren, GES galdetegia beste galdetegi batzuekin alderatuz eta gaixoei eta osasun langileei galdetuz. (44)

GES taldeak galdetegia egiteko argibide batzuk ematen ditu. Hasteko elkarriketaren testuinguruak lasaia eta erosoak izan behar du. Klinikoa eta pazientearen arteko harremana oso estua ez bada, gaiari sarrera emateko galdera ireki batzuk proposatzen dituzte (7. Taula). Pazienteari erantzun okerrik ez dagoela gogorarazi behar zaio eta berak benetan pentsatzen edo sentitzen duena adieraztera animatu. GES galdetegian gaixoari zortzi baieztapenekin identifikatuta sentitzen den galdetuko zaio (Ezer/Gutxi/Nahiko/Asko).

INTRAPERSONALA	1. Nire bizitza berrikusi eta gero pozik nago nire buruarekin eta bizi izan dudanarekin
	2. Nire bizitzan zehar egin beharrekoa egin dut
	3. Nire bizitzak zentzua izan duela uste dut
INTERPERSONALA	4. Niretzat garrantzitsuak diren pertsonak maite nautela sentitzen dut
	5. Besteekin bakean sentitzen naiz
	6. Besteen bizitzan baliogarria izan naizela sentitzen dut
TRANSPERSONALA	7. Nahiz eta gaixo egon gauza positiboak gertatuko direnaren itxaropena dut
	8. Goreneko errealitate batekin harremanean sentitzen naiz (natura, Jaungoikoa...)

6. Taula: GES galdetegia

1. Zer da gehien kezkatzen zaituena?
2. Zer da gehien gogaitzen zaituena?
3. Zer da gehien laguntzen zaituena?
4. Nora edo norengana jotzen duzu krisi egoeratan?
5. Zerk sentiarazten dizu babestuta edo ziur?
6. Zer da jendeak zugandik gehien baloratzen duena?

7. Taula: Galdera zabalak GES galdetegiari sarrera emateko.

4.5.4. ESKUARTZE TERAPEUTIKOA

«Por mucho que podamos calmar la angustia, por mucho que podamos ayudar a los pacientes a encontrar un nuevo sentido a lo que les está ocurriendo, siempre habrá un momento en el que tendremos que parar y tomar conciencia de que realmente no les podemos ayudar eficazmente. Desde luego, no estaría nada bien si llegado este punto intentáramos olvidar que esto es así y simplemente lo dejáramos pasar. Estaría mal si intentáramos taparlo, negarlo y convencernos a nosotros mismos de que siempre tendremos éxito. El hecho es que incluso cuando sentimos que no hay absolutamente nada que podamos hacer, aun así tenemos que estar preparados para estar ahí »

C. Saunders (1)

4.5.4.1. Diziplina anitzeko arreta

Arreta espiritualak ezin da bakarrik profesional mota baten esku gelditu; talde lan bat izan behar du, lehen aipatutako bizitzaren amaierako zainketa espiritualaren inguruko kontsentsu dokumentuan (38) azaltzen den moduan. Ebaluazioa egin ostean tratamendu plana finkatu behar da sufrimendu espiritualak arintzeko edota behar espiritualak betetzeko.

Zainketa aringarrien arloan ezinbestekoa da profesional ezberdinen arteko kooperazioa, izan ere, kliniko bakar batek ezin die gaixo baten behar guztiei aurre egin. Nahiz eta taldeko lankide guztiek erantzukizun handia izan zainketa espiritualetan, kapilauak dira erantzukizun zuzena eta oinarrizko funtzioa bete behar dutenak. Kontsentsu konferentzian (38) zainketa espiritualen arloko ziurtagiri zehatzaren beharra azpimarratu zen, arreta espiritualaz arduratuko den profesionalarentzat. Horrez gain, familiak ere zeregin garrantzitsua du zainketa espiritualetan.

Diziplina anitzeko talde horietan lan etika errespetatu behar da eta bakoitzaren rola finkatu beharra dago. Garrantzitsua da talde dinamikak egitea, langileen arteko harremana, gupida eta errespetua hobetzeko, eta, ondorioz, gaixoaren arreta ere. Esate baterako, kontsentsu dokumentuan erretiroak, hausnarketarako aukerak eta talde lana bultzatzeko ariketak proposatzen dira.

Bestalde, gero eta gehiago dira zainketa aringarriak modu ambulatorioan jasotzen dituztenak. Kasu horretan zailagoa izaten da arlo horren hesitutako kapilauak aurkitzea. Hori dela eta, kasu horretan behar espiritualen arreta mediku, erizain edota langile sozialen esku egon daiteke. Dena den, arazo espiritualak konplexuagoak direnean kapilaua izango da arretaz arduratuko dena. 2014. urtean Buenos Aireseko Minbizi Institutu Nazionalean lehen mailako

arretara bideratutako zainketa aringarrien gidaliburu bat argitaratu zuten. Bertan, modu ambulatorioan eman daitezkeen zainketak azaltzen dira, eta gai baten zainketa espiritualen arloan sakontzen da. (45)

4.5.4.2. Gai espiritualen integrazioa tratamendu planean eta dokumentazioa

Ebaluazioa egin ostean tratamendua finkatu behar da sufrimendu espirituala arintzeko edota behar espiritualak betetzeko. Arreta espirituala tratamendu plan orokorrean integratu behar da, eta arazoan edota behar espiritualen diagnostikoa eta esku-hartze terapeutikoa adierazi. (38) Arazo espiritualei diagnostikoa ezartzeko honako irizpideak bete behar dituzte: (a) Arazo espiritualak sufrimendua edo estutasuna eragiten du, (b) Arazo espirituala diagnostiko psikologiko edo fisikoaren arrazoia da (adb: depresioa, buru-hiltze saiakerak, erru sentimenduei lotutako min kronikoa...) edota (c) arazo espirituala egungo diagnostiko psikologiko edo fisikoarengan eragina badu edo honen bigarren mailako kausa bada (adb: pazienteak ez du botika hartu nahi sinesmen erlijiosoak direla eta).

Behin diagnostikoa eta tratamendu plana eginda dagoela, pazientearen arlo espiritualaren jarraipen estua egitea komeni da, esku-hartzea egokitzen joan ahal izateko.

Arlo horren dokumentazioa beste arloekin batera egin daiteke, historial sozialean edo eguneroko jarraipen oharretan egokia denean. Dokumentazioak diziplinarteko taldearen komunikazioa errazten du. Kontuan izan behar dugu xehetasun pribatu edo konfidentzialak tratamendurako ezinbestekoak direnean bakarrik adieraziko ditugula; hortaz, dokumentazioa modu kritikoan egin behar da.

4.5.4.3. Jarrera: baliabide garrantzitsuena

Carl Rogersek komunikazio terapeutikoaren inguruan lan asko egin zuen, eta «pertsonearen oinarritutako terapia» eta Counselling-aren oinarriak ezarri zituen. Autore horren esanetan, laguntza-harremana da *«kideetako bat, alde bakarretik edo orotik, banakoaren baliabide sorren onarpen eta adierazpen hobea, eta horien erabilera baliagarriagoa, azaleratzen saiatzen den harremana»*. (46)

Jarreraz hitz egiten dugunean zertaz ari garen definitu behar da. Hasteko jarrera eta asmoa bereizi behar dira; asmoa eta nahia izatea beharrezkoa da komunikazio jarrera egokia izateko, baina ez da nahikoa. Askotan pentsatzen da jarrera jaiotzetikoa dela; izan ere, Rogersentzat izaeraren berezko elementuak dira. Barbero eta Esperonen ustez, berriz, jarrerak neurri batean ikasi daitezke gure automatismo, grina eta ohiturak alde batera uzten baditugu. Jarraitzeko, argi izan behar dugu jarrera egokiak ez duela oinarri etikoa soilik, terapeutikoa ere baitu. Hortaz, jarrera egokia izatea benetan eraginkorra denez arlo

terapeutikoan ezin da gomendio hutsa izan, nahitaezkoa izan behar da. Jarrerak barneratzea eta ikastea norberaren lana da, ez baitira liburuetan ikasi ditzakegun ezagutza teknikoak; hala ere, badaude jarrera hauek garatzea errazten dituzten metodoak.(46)

Barbero eta Esperonen (46) arabera laguntza espiritualean hiru jarrera azpimarratzen dira: gupida, abegia edo hospitalitatea eta presentzia. Horiek beste hiru komunikazio jarreratan oinarritzen dira: enpatia, balditzarik gabeko onarpena eta benetakotasuna edo kongruentzia.

Enpatia bestearen lekuan jartzeko gaitasuna da; hots, bere ikuspuntutik egoera ulertzea eta adierazteko ahalmena izatearekin batera. Hortaz, ez da bakarrik igartzea, antzeman duguna islatzea ere. **Onarpena** ere ezinbestekoa da harreman terapeutikoa ezartzeko, errespetuan oinarrituz eta aurreiritzi eta ustekeriak alde batera utziz. Gaixoarekiko jarrera hori badugu, berak ere jarrera hori bere egingo du eta bere buruarekin bakean egotea erraztuko dugu. Azken horiek ez dute zentzurik **benetakotasunez** edo gardentasunez jokatzeko ez badugu edota geure buruarekin kongruenteak ez bagara –pentsatu, sentitu eta adierazten duguna bat etortzea–. Kontuan izan behar dugu bizitzaren amaieran dauden gaixo eta familien ezegonkortasuna eta sufrimendua handitu daitekeela eta gudan konfiantza galdu dezaketela horrela jokatzeko ez badugu.

Laguntza espiritualean **gupida edo errukia** baliabide garrantzitsua da. Gaztelerazko *compasión* hitza latinetik dator (cumpassio) eta «elkarrekin sufritzea» esan nahi du. Errukiak enpatiaren, laguntzeko nahiaren, sufritzen duenaren barne mundura hurbiltzeko adorea beharra du, beti bestearen egoera hobetzera bideratutako ekintzarekin batera. Pena oso gauza ezberdina da, bestearen gainetik jartzen baikaitu. Soygal Rinponcheren (47) hitzetan: *«Cuando tu miedo toca el dolor del otro, se convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor del otro, se convierte en compasión»*.

Abegiak kasu horretan bi norabideko jarrera izan behar du, profesionala eta gaixoaren arteko gune komun bat sortzeko eta harreman horizontal bat ezartzeko. Horretarako onarpen osoa eta benetako ezinbestekoa da. Horrez gain, apaltasuna ere beharrezkoa da, hiltzorian dagoen pertsona bezala hil egingo baikara gu ere egunen baten eta beraz, gaixoak bizitzen duena nire ere baita.(48)

Cabodevillaren (48) ustez gaixo bati laguntza espirituala eskaintzean hainbat gauza kontuan izan behar ditugu. Alde batetik, ezin ditugu gure baloreak inposatu. Bestetik, onartu behar dugu erlijiosoa ez den pertsona batek arlo espirituala oso garatuta izatea eta espiritualtasun hori bultzatzen saiatu behar gara. Cabodevillak laguntza espiritualean bost jarrera azpimarratzen ditu, aurretik azaldutakoekin lotura estua dituztenak.

- 1) **Enpatia:** Pertsonagatik arduratzea eta laguntzeko nahia esan gura du.
- 2) **Benetakotasuna:** Gure hitzak eta jarrerak bat etorri behar dira gure barneko sentimenduekin.
- 3) **Onarpena:** Gaixoak bere erabakiak hartu behar ditu eta laguntza espirituala egiten duenak onartu egin behar ditu, nahiz eta bere baloreekin bat ez etorri.
- 4) **Hurkotasuna:** Ez da hitzik behar gaixoarekiko hurkotasuna erakusteko, keinu naturalak baizik (irribarreak, laztanak, eskua heltzea...).
- 5) **Zehaztasuna:** Kontuz ibili behar da orokortasunak erabiltzearekin, gaixoaren sufrimendu iturria edo ardurak zehaztasunez landu behar dira.

4.5.4.4. Counselling espirituala

Counselling-aren helburu nagusia pazientea bere baliabideak erabiltzera bultzatzea eta baliabide horiek garatzen laguntzea da. Beraz, eredu hori paternalistaren kontrakoa da, pazienteari egoerari aurre egiteko berezko baliabideak dituela ezagutarazten baitzaio eta bere kabuz egoerari aurre egitera bultzatu edo animatzen zaio. Helburu hori lortzeko, Counselling-ak hainbat tresna eta baliabide biltzen ditu, espiritualitate eta zainketa aringarrien arloan bereziki erabilgarriak direnak. Lehen aipatutako komunikazio jarrerak ezinbestekoak dira tresna hori erabiltzeko: enpatia, baldintza gabeko onarpena eta benetakotasuna edo kongruentzia. Jarreraz gain, komunikazioa erraztu dezaketen hainbat tresna daude: ingurugiro aproposa, ahotsaren doinua, ahozkoa ez den komunikazioa, arazo guztiak arakatu, hizkuntza pazientearen ulermenera egokitzea, galdera laburrak egitea, pazientearen erreakzioak errespetatzea, laburpenak egitea....(49)

Counselling saio baten helburuak honakoak izan behar dira Arranz eta Canciok 2003an argitaratutako gidaren arabera:

1. Kezkak, beldurrak eta beharrak ahalik eta modu zehatzenean identifikatu. Adierazpen emozionala erraztu.
2. Identifikatutakoa hierarkizatzen lagundu, emozio eta balioekin enpatizatuz.
3. Barne zein kanpo baliabide eta gaitasunak identifikatu.
4. Informazioa eman. Pazienteak dakien eta jakin nahi duena eta bere kezkaren inguruan ulertu duena identifikatu.
5. Kezkak hierarkizatu eta gero, horien abordaia hasi. Pertsonaren baliabide eta gaitasunak erabiliz eta guk iradokitakoak gehituz.
6. Aukera ezberdinak baloratu, aldekoak eta kontrak alderatuz.
7. Erabakiak hartzen lagundu pazientearen balio eta errekurtsoekin kongruentzia mantenduz.

8. Laburpena egin eta etorkizuna antolatu.

2015ean, Valentzian egindako ikerketa bat argitaratu zen (50) Counselling-ak zainketa aringarrien arlo espiritualean duen erabilgarritasunaren inguruan. Artikulu horretan Rudilla, Oliver, Galiana eta Barretok, eredu hori behar espiritualak asetzeko prozesuan baliagarria dela frogatu zuten. Ikerketan 130 pazienteek parte hartu zuten 3 asteetan zehar etxeko zein ospitaleko arretan. Egoera espirituala neurtu zen –lehen aipatutako GES galdetegiaren bitartez– Counselling bidezko arreta jaso aurretik eta ostean eta emaitza positiboak lortu ziren. Ondorioetan, autoreek Counselling-a zainketa aringarrietako programetan integratzea gomendatzen dute.

4.5.4.5. Laguntze terapia: adibide bi (49)

- a) **Zentzuan oinarritutako psikoterapia** (W. Breibart): Victor Franklen bizitzaren zentzuaren teorian oinarrituta dago terapia hori. Helburu nagusia, esperientzia ezberdinen eta biografiaren berrikusketaren bitartez, pazienteari bere egoera eta sufrimenduari zentzua bilatzen laguntzea da, murrizketa fisiko eta gaixotasunaz gain. Gaixotasuna edo egoeraren onarpena ere lantzen da terapiaren baitan.
- b) **Duintasunaren terapia** (Chochinov et cols.): Gaixotasun larri baten aurrean galdutako rola, autoestimua, itxaropena... berreskuratzea da terapia horren helburu nagusia, pertsonaren duintasuna mantentzeko bizitzaren azken momentura arte

4.5.4.6. Lehen mailako interbentzioa

Maila oinarritzkoenean arlo bi landuko ditugu: itxaropena eta onarpena. Interbentzio maila horretan lehen aipatutako jarrerak eta Counselling-a ezinbestekoak dira, baita diziplina anitzeko talde lana ere.

Heriotzaren onarpenaz hitz egiteak gure kulturari eta biziraupen senari kontra egiten diola ematen du. Testuinguru horretan, onarpena, nahiz eta mingarria izan daitekeen, beharrezkoa da sufrimendua gainditzeko, heriotza prozesua aberatsa bihurtzeko eta bide horren amaieran transzendentzia lortzeko. Etsipena ez da onarpenaren sinonimoa. Etsitzean helburuak galtzen dira, onarpenarekin aldiz, helburu berriak ager daitezke eta errealitatea beste ikuspuntu batetik antzemango da; modu baketsuan, hain zuzen ere. Badaude ohiko babes eta egokitze mekanismo bezala ezeztatzen erabiltzen duten pazienteak; kasu horietan zaila izango da onarpenaren bidea proposatzea. Ez da hain baliagarria izango introspekzio edota sinbolizazio ahalmen mugatua duten pazienteengan.

Gaixoak egoera onartzea lortzen ez den kasuetan, prozesua **itxaropenean** oinarrituz gidatzea da lehenengo aukera. Dena den, azken hau edozein gaixorentzat onuragarria izan daiteke.

Zainketa aringarrien arloan itxaropenak «hobeto sentitzera» bideratuta egon behar du, ez «hobeto egotera». Pazienteari helburu errealistak izaten lagundu behar zaio, berarentzat garrantzitsuak diren kontuak indartuz eta itxaropena elikatuz.

4.5.4.7. Meditazioa

Meditazioa oso tresna interesgarria da espiritualtasuna lantzeko, bai pazienteentzat bai osasun profesionalentzat ere. Meditazioa oso antzinatek erabili izan da; modu desberdinetan kultura guztietan agertzen da espiritualtasunarekin oso lotuta eta tradizionalki erlijioari lotuta ere. Gaur egun, gure gizarte modernoaren beharrei erantzuten meditazioaren eraberritze bat gertatu da eta arlo erlijiosotik kanpo ere praktikatzen hasi da. Neurozientzietako aurrerapenei esker (51-54) meditazioari esker gertatzen diren aldaketa neurologikoak aztertu ahal izan dira eta enpatia eta errukia garatzeko oso baliogarria izan daitekeela ondorioztatu da. Hortaz, meditazioa interesgarria izan daiteke bai gaixoen bai profesionalen espiritualtasuna garatzeko.

4.5.4.8. Errekurtso bibliografikoak

Jorge Maték, Enric Benitok eta T. Gabarrok (55) 2008an SECPALeko espiritualitate taldeak argitaratutako lan monografiko baten espiritualitatea lantzeko hainbat errekurtso bibliografiko biltzen dituen atal bat osatu zuten. Errekurtso horiek erabilgarriak izan daitezke bai profesional, bai pazienteentzat.

4.6. HEZIKETA

«Así, hay una práctica anterior a la práctica; hacer lo que tengamos que hacer como sanitarios para familiarizamos suficientemente con lo profundo, de manera que ello informe de nuestra calidad de presencia mientras nos dirigimos hacia otra persona en crisis. (...) No se trata de técnicas ni de habilidades sofisticadas. Se trata de un compromiso con nuestro propio viaje interior. Se trata de una inmersión en lo profundo. Se trata de que nos permitamos ser iniciados en otra forma de ver, en otra forma de ser, en otra forma de comportarnos. No se trata de lo que hacemos. Se trata de convertirnos en los sanadores que ya somos.» (56)

Nahiz eta gizakia berez izaki espirituala izan, pazienteekin arlo hori landu ahal izateko gure alderdi espirituala garatu behar dugu: medikuak bere burua ezagutu behar du. Michael Kearney-ren esanetan, pazienteek guk dakiguna jakin nahi dute, baina gugandik ere zerbait espero dute eta gure izatearen beharra daukate. (57) GEsEk Laguntza Espiritualerako Tailerra martxan jarri zuen. Partaideen iritzia oso positiboa izan da galdetegiaren emaitzak aztertzen baditugu. Maila bi eskaintzen ditu, eta dagoeneko 1go mailako 7 tailer eta 2.

mailako 2 burutu dira. Ekimen horren helburuak profesionalen entzuteko eta ulertzeko gaitasunak garatzeaz gain, bizitzaren amaierari aurre egiten dioten pertsonen sufrimenduari arreta eta heriotza prozesuan laguntza espiritualak eskaintzeko heziketa ematea dira. Tailer horietan lantzen diren unitate didaktikoak 8. taulan azaltzen dira:

1. MAILA: OINARRIZKOA	2. MAILA: AURRERATUA
Tailerraren aurkezpena eta itzaropenak	Lehenengo tailerreko esperientzien berrikuste pertsonal eta profesionala
Norbere buruaren ezagutzea	Ibilbide eta ereduaren errepasoa
Gure lan ereduaren, jarreraren eta gaitasunen berrikusketa	Komunikazio zailtasunak paziente terminalarekin. Profesionalek eragindako blokeoa: itzaropen faltsuak
Heriotzaren prozesuaren hurbilketa pertsonala	Komunikazio zailtasunak paziente terminalarekin. Familiak eragindako blokeoa: isiltasun ituna
Laguntza eredu eta pazientearen ibilbidea	Auto-zainketa: nutrizio espiritualaren oinarri neurologiko eta zientifikoak. Jakintza iturriak
Laguntzarako jarrerak: hospitalitatea, presentzia eta errukia	Auto-zainketa arlo klinikoan eta lan-taldeetan
Auto-zainketarako estrategiak	Laguntzarako jarrerak II
Estrategiak ikasten eta elkarbanatzen	Ebaluaketa eta interbentzio tresnekin trebatzea
Sufrimendu espiritualak ebaluatzeko tresna: GES galdetegia	
Ikasitakoaren berrikustea eta auto-zainketarako konpromisoa	

8. Taula: GES Espiritualitate tailerren edukia

Heziketa espiritualerako baliabideen artean, azken urteetan indarra hartzen hasi den Mindfulness-a ere dugu. Mindfulness-ean arretak oraineko errealitatean zentratuta egon behar du, egoera onartuz, eta epaiketak eta erreakzio emozionalak alde batera utziz. Auto-kontzientziarako entrenamendua da, pentsamendu eta sentimenduen subjektibotasuna eta iragankortasuna agerian jartzen duena. Praktika horrek profesionalaren egonkortasun emozionala mantentzen laguntzen du eta hori arlo klinikoan erabilgarria da pazienteekin harreman terapeutikoa ezartzeko, erruki eta enpatian oinarrituta (58). Andres Martin eta beste batzuen (59) ikerketen arabera profesional zein gaixoen sufrimendu eta estresa arintzeko baliogarria da Mindfulnessa. Beste errebisio lan batean Lamothe (60)

Mindfulness programak profesionalentzat onuragarriak direla frogatu du, batez ere enpatia eta konpetentzia emozionalak garatzeko.

Oro har, osasun profesionalek euren bokazioaz, balore, sinesmen eta jarreraz kontziente direnean, bereziki, norberaren hilkortasun eta espiritualtasunari dagokionez, harreman sakonago eta esanguratsuagoak ezartzen dituzte haien pazienteekin.(61) Harreman terapeutiko honen bitartez hiltzorian dauden gaixoen sendaketan parte hartuko dugu; sendaketa, hasierako mehatxua gainditzeko norberaren oinarriko naturarekin kontaktua ezarriz kontzientzia zabalago bat lortzea baita. (62) Cicely Saundersek ondo esan zuen (63): *«Si podemos ver la vida que precede a la muerte como una época positiva con un sentido que hay que descubrir, entonces los pacientes encontrarán más fácil hacer lo mismo.»*

4.7. BIZITZAREN AMAIERAKO ESPIRITUALTASUNAREN PERTZEPZIOA OSASUN PROFESIONALETAN: GALDETEGIAREN EMAITZAK.

Galdetegia bi erakunde desberdinetan egin da, San Juan de Dioseko Zainketa Aringarrien Unitatean eta Igurco taldeko “Orue” adinduen egoitzan. Guztira 24 pertsonak jaso zuten inkesta eta horietatik 14 erantzun jaso ditugu, hortaz % 58,3ko parte hartzea egon da.

4.7.1. ALDAGAI SOZIODEMOGRAFIKOAK, ERAKUNDE MOTA ETA BALIABIDEAK

9. taulan biltzen dira lortutako emaitzak (1-6. galderak):

	Aukerak	Erantzun kopurua	Portzentajea
1-LANBIDEA	Erizaina	4	% 28,6
	Osasun laguntzaile teknikoa	4	% 28,6
	Medikua	2	% 14,3
	Psikologoa	1	% 7,1
	Langile soziala	1	% 7,1
	Fisioterapeuta	2	% 14,3
2-GENEROA	Emakumea	13	% 92,9
	Gizonak	1	% 7,1
3-ADINA	25 – 34 urte	8	% 57,1
	35 – 44 urte	5	% 35,7
	>45 urte	1	% 7,1
4-EXPERIENTZIA	0-10 urte	3	% 21,4

	11-20 urte	2	% 14,3
	>23 urte	1	% 7,1
	Erantzunik ez	8	% 57,1
5-ERAKUNDE MOTA	Publikoa	6	% 42,9
	Pribatu ez-erlijiosoa	4	% 28,6
	Erljiosoa	4	% 28,6
6-BALIABIDE MOTA	Zainketa aringarrien unitatea	6	% 42,9
	Adinduen egoitza	6	% 42,9
	Beste batzuk	2	% 14,3

9.taula: Aldagai soziodemografikoak, erakunde mota eta baliabideak

4.7.2. ESPIRITUALITATE ARLOKO EXPERIENTZIA, GAITASUNAK ETA KONPROMESUA

Alde batetik taldearen gaitasunak espiritualtasun arloan baloratu ziren, bai taldean arlo honetara espezifikoki dedikatzen den pertsonarik dagoen aztertuz (7. galdera) eta bestetik norberaren gaitasunen pertzepzioaren inguruan galdetuz (11. galdera). % 64,3k haien lantaldean espiritualtasunaz arduratzen den pertsona bat badagoela aitortu zuten. Galdetegia erantzun zuen % 50 nahiko gai sentitzen zen laguntza espirituala eskaintzeko, % 35,7 apur bat gai eta beste % 7,1 oso gai sentitzen zela adierazi zuen. % 7,1aK bakarrik esan zuen ezgai ikusten zuela bere burua. Honekin batera (12. galdera), % 71,4k uste du laguntza espirituala haien lanbidearen parte dela, beste % 21,4k aldiz ezetza eman zuen; % 7,1aren arabera eginkizun hauek bete ditzaken profesionalik ez badago bere egitekoaren barruan kontsideratuko luke.

Beste alde batetik, norberaren espiritualtasuna aztertu zen (8. galdera). % 14,3k pertsona erlijioso legez definitzen dute euren burua, baina, % 71,4k haien praktika pertsonalean ongizate espiritualari eta bizitzaren zentzuari garrantzia ematen diote. Aldiz, % 14,3rentzat arlo honek ez du garrantzia handirik. Espiritualtasuna eta erlijioaren arteko harremanaren inguruko pertzepzioa ere aztertu zen (10. galdera) aukera anitzeko galdera baten bitartez: parte-hartzaileen % 57,1k espiritualtasuna sistema erlijioso batetik independente izan daitekeela uste du, dena den, % 28,6k erlijioa espiritualtasuna garatzeko bide bat izan daitekeela esan zuen. % 71,4 gizakia izaki espirituala dela aitortzen du, eta inork ez du uste hartutako gaitasun bat dela. Azkenik, espiritualtasuna hitz baten definitzeko eskatu zenean (9. galdera) hurrengo erantzunak batu ziren (% 64,2k erantzun zuen galdera hau): “buscar el sentido a la vida” (% 14,3), “alma” (% 14,3), “Desconocido”, “Respetable”, “Tranquilidad”, “Consciencia” eta “Equilibrio”.

4.7.3. ARRETA EREDUA ETA TALDEAREN KONPROMESUA

10.taulan 13-20. galderen emaitzak azaltzen dira. Gehiengoak (% 71,5) haien lan-taldeen alderdi espiritualak beti edo ia beti kontuan hartzen dela uste zuten, % 21,4k sarritan edo batzuetan hartzen du kontuan eta % 7,1k inoiz ere ez (13. galdera). % 64,4k arlo espiritualaren erregistro espezifiko erabiltzen dutela aipatzen du (14. galdera), aldiz, % 28,4k baino ez du behar espiritualak aztertzeko berariazko eskala bat erabiltzen (15. galdera). %50aren arabera haien lan-taldeen bileratan beti edo ia beti aipatzen dira gai espiritual eta erlijiosoak (16. galdera) eta espiritualtasuna eta erlijioa beti edo ia beti bereizi egiten dira %50aren arabera (17. galdera).

Arlo espiritual lantzeko beharri dagokionez, % 92,9k uste du haien taldeetan oso edo nahiko beharrezkoa kontsideratzen dela, % 7,1k soilik esan zuten ez dela horren beharrezkoa (18. galdera). Era berean, gehiengoaren arabera (% 95,7) laguntza espiritualaren garapenerako konpromisoa handia edo nahikoa da, % 14,3k konpromiso txikia dagoela uste zuten (19. galdera).

Espiritualtasun arloko heziketara bideratutako denborari dagokionez, gehiengoak (%64,3) haien heziketarako denbora osoaren %10a baino gutxiago erabili zuten (20.galdera).

		Erantzunak	%
13- Kontuan hartzen dituzue zuk edo zure taldeak alderdi erlijioso/espiritualak zuten pazienteetan?	Beti	4	% 28,6
	la beti	6	% 42,9
	Sarritan	2	% 14,3
	Batzuetan	1	% 7,1
	Inoiz ere ez	1	% 7,1
14- Pazientearen beharren ebaluazioan arlo espiritual/erlijiosoarentzako erregistro espezifiko erabiltzen da?	Bai	9	% 64,3
	Ez	5	% 35,7
15- Berariazko eskalaren bat erabiltzen da pazienteen sufrimendu emozionala edo behar/baliabide espiritualak ebaluatzeko?	Bai	4	% 28,6
	Ez	10	% 71,4
16- Talde saioetan pazienteen behar espiritual/erlijiosoetaz espezifikoki hitz egiten da?	Beti	1	% 7,1
	la beti	6	% 42,9
	Sarritan	2	% 14,3
	Batzuetan	3	% 21,4
	Inoiz ere ez	2	% 14,3

17- Bereiztu egiten dira arlo erlijiosoa eta behar espiritualak?	Beti	4	% 28,6
	la beti	3	% 21,4
	Sarritan	3	% 21,4
	Batzuetan	1	% 7,1
	Inoiz ere ez	3	% 21,4
18- Ze neurritan uste duzu zure taldean beharrezkotzat hartzen dela arlo honi espezifikoki arreta ematea?	Oso beharrezkoa	1	% 7,1
	Nahiko	12	% 85,7
	Ez oso beharrezkoa	1	% 7,1
	Ez da behar	-	-
19- Ze neurritan uste duzu zure taldean ebaluazio edo laguntza espiritualaren garapenean konpromesua dagoela?	Handia	1	% 7,1
	Nahikoa	11	% 78,6
	Txikia	2	% 14,3
	Konpromesurik ez	-	-
20- Formakuntzara bideratutako denboraren ze portzentai erabili duzu arlo espiritualak ikasteko azken urte honetan?	>% 50	1	% 7,1
	% 26-50	3	% 21,4
	% 11-25	1	% 7,1
	<% 10	3	% 21,4
	Ezer ere ez	6	% 42,9

10.taula: Arreta eredua eta taldearen konpromisoa.

4.7.4. ARRETA EREDUAREN IDENTIFIKAZIOA ETA TALDEAREN KONPROMESUA ERAKUNDEAREN ARABERA

Atal honetan aztertutako bi erakundeak bereizi ditugu. San Juan de Dios Ospitaletik 8 erantzun jaso ziren eta Oruetik 6. Orokorrean ez da bien arteko alde estatistikoki esanguratsurik aurkitu, bietan arreta eredua eta taldearen konpromisoa antzekoak dira galdetegien arabera. 11.taulan datuak agertzen dira.

San Juan de Dioseko taldean % 37k erabiltzen zuen espiritualtasunerako eskala espezifikoa eta % 62,5k erregistro espezifikoa erabiltzen zuen, Oruen, aldiz, eskala % 16,7k bakarrik erabiltzen zuen eta %66,7an egiten zen erregistro espezifikoa. Bi taldeetan espiritualtasunari garrantzia handia eman zioten eta konpromiso maila altua zela adierazi zen. Hala ere, San Juan de Diosen pertsona gehiagok adierazi zuen espiritualtasunean aditua zen langile bat zegoela taldean (% 87,5), Oruen aldiz % 66,7.

Azkenik, laguntza espiritualak emateko gaitasuna antzekoa izan zen bi taldeetan, San Juan de Diosen tendentzia handiagoa izan zen arren. Era berean, Oruen denbora gutxiago bideratu zen espiritualtasun arloko heziketara (% 83,3ek <% 10 erabili zuten).

		San Juan (n=8)	Orue (n=6)	Orokorra (n=14)	Mid-p*
13- Kontuan hartzen dituzue zuk edo zure taldeak alderdi erlijioso/espiritualak zuen pazienteetan?	Beti/la beti	% 75 (6)	% 66,7 (4)	% 71,5	0,54
	Sarritan/Batzuetan	% 25 (2)	% 16,7 (1)	% 21,4	
	Inoiz ere ez	-	% 16,7 (1)	% 7,1	
14- Pazientearen beharren ebaluazioan arlo espiritual/erlijiosoarentzako erregistro espezifiko erabiltzen da?	Bai	% 62,5 (5)	% 66,7 (4)	% 64,3	0,79
	Ez	% 37,5 (3)	% 33,3 (2)	% 35,7	
15- Berriazko eskalaren bat erabiltzen da pazienteen sufrimendu emozionala edo behar/baliabide espiritualak ebaluatzeko?	Bai	% 37,5 (3)	% 16,7 (1)	% 28,6	0,41
	Ez	% 62,5 (5)	% 83,3 (5)	% 71,4	
16- Talde saioetan pazienteen behar espiritual/erlijiosoetaz espezifikoki hitz egiten da?	Beti/la beti	% 50 (4)	% 50 (3)	% 50	0,45
	Sarritan/Batzuetan	% 25 (2)	% 50 (3)	% 35,7	
	Inoiz ere ez	% 25 (2)	-	% 14,3	
17- Bereiztu egiten dira arlo erlijiosoa eta behar espiritualak?	Beti/la Beti	% 62,5 (5)	% 33,3 (2)	% 50	0,34
	Sarritan/Batzuetan	% 12,5 (1)	% 50 (3)	% 28,5	
	Inoiz ere ez	% 25 (2)	% 16,7 (1)	% 21,4	
18- Ze neurritan uste duzu zure taldean beharrezkotzat hartzen dala arlo honi espezifikoki arreta ematea?	Oso beharrezkoa/ Nahiko	% 87,5 (7)	% 100 (6)	% 92,9	0,71
	Ez oso/ Ez da behar	% 12,5 (1)	-	% 7,1	
19- Ze neurritan uste duzu zure taldean ebaluazio edo laguntza espiritualaren garapenean konpromesua dagoala?	Handia/ Nahikoa	% 75 (6)	% 100 (6)	% 85,7	0,32
	Txikia/ konpromesurik ez	% 25 (2)	-	% 14,3	
20- Formakuntzara bideratutako denboraren ze portzentai erabili duzu arlo espiritual ikasteko azken urte honetan?	>%10	% 50 (4)	% 16,7 (1)	% 35,7	0,19
	<%10	% 50 (4)	% 83,3 (5)	% 64,3	
7- Espiritualtasunera espezifikoki dedikatutako pertsonarik al dago taldean?	Bai	% 87,5 (7)	% 66,7 (4)	% 64,3	0,37
	Ez	% 12,5 (1)	% 33,3 (2)	% 35,7	
11- Laguntza espiritual emateko gaitasuna.	Handia/ Nahikoa	% 62,5 (5)	% 50 (3)	% 57,1	0,62
	Txikia / Ezgai	% 37,5 (3)	% 50 (3)	% 42,9	

11.taula: arreta ereduaren identifikazioa eta taldearen konpromisioa erakundearen arabera.

4.7.5. LANGILEEN ESPIRITUALTASUN ARLOKO GAITASUN MAILAREN ARABERAKO AZTERKETA

Espiritualtasun arloan arreta emateko gai edo nahiko gai sentitzen direnen artean lanbide batzuk nagusitu dira: medikuak, erizainak eta teknikoak. Aldiz, psikologo, laguntzaile sozial, fisioterapeutak eta erizain batzuk ezgai edo gaitasun txikia dutela uste dute. Baliteke, pazienteen jarraipena egiten duten pertsonak gaitasun gehiago garatu izana espiritualtasuna lantzeko. Hala ere, kasu honetan lagina txikia da konparazio analitikoak egin ahal izateko.

Arlo espiritualaren erregistro espezifikoa altuagoa zen gai sentitzen zirenen artean (% 75), beste taldean aldiz % 50ak bakarri erabiltzen zuen. Dena den, bi taldeetan konpromisoa altua zen.

Estatistikoki esanguratsua izan zen gaitasun mailaren eta ikasketarako erabilitako denboraren erlazioa ($p=0,017$). Gai edo nahiko gai sentitzen ziren gehienak (% 62,5) haien heziketarako denboraren %10a baino gehiago erabili zuten espiritualtasun arloa ikasteko, berriz, ezgai edo gaitasun txikia zuten guztiek % 10 baino gutxiago erabili zuten. Emaitzak 12. taulan adierazten dira.

		Gaitasun handia edo nahikoa (n=8)	Ezgai edo gaitasun txikia (n=6)	Orokorrean (n=14)	Mid-p*
1- Lanbidea	Medikua	% 25 (2)	-	% 14,3	-
	Erizaina	% 37,5 (3)	% 33,3 (2)	% 28,6	
	Auxiliar	% 37,5 (3)	-	% 28,3	
	Psikologia	-	% 16,7 (1)	% 7,1	
	Laguntzaile soziala	-	% 16,7 (1)	% 7,1	
	Fisioterapeuta	-	% 33,3 (1)	% 14,3	
14- Arlo espiritualaren erregistro espezifikoa.	Bai	% 75 (6)	% 50 (3)	% 64,3	0,44
	Ez	% 25 (2)	% 50 (3)	% 35,7	
19- Taldearen konpromesua	Konpromesurik ez/ txikia	% 12,5 (1)	% 16,7 (1)	% 14,3	0,73
	Nahikoa / Handia	% 87,5 (7)	% 83,3 (5)	% 85,7	
20- Azken urtean arlo espiritualaren ikasketara bideratutako denbora.	>%10	% 62,5 (5)	-	% 35,7	0,017*
	<%10	% 37,5 (3)	% 100 (6)	% 64,3	

12. taula: langileen espiritualtasun arloko gaitasun mailaren arabeko azterketa.

5. EZTABAIDA

5.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOA

Jaiotza eta heriotza medikuen egunerokotasunean agertzen diren bizitzako atal garrantzitsuenak dira, baina, oso modu desberdinean antzematen dira (12). Medikuntza arloan heriotzaren inguruan asko idatzi da, autore batzuk medikuen eta heriotzaren arteko harremanaz hitz egin dute, baita harreman hori zailtzen duten oztopoei buruz ere (11). Honekin batera C. Saundersek (14) eta E. Kübler-Rossek (15), beste batzuen artean, heriotza lantzeko premia azpimarratu dute.

Euskadin Zainketa Aringarriak garapen bidean daude eta gutxinaka Osakidetza osasun sistema publikoan integratzen ari dira; izan ere, hurrengo urteetan unitate berriak gehituko dira (20).

Zainketa aringarrien inguruko publikazio kopurua handitu egin da azken urteotan, baita bizitzaren amaierako arreta espiritualaz ari direnak ere; azken hauek, zainketa aringarriekin erlazionatuta agertzen dira. Zainketa espiritualen inguruan ez dira soilik artikuluak publikatu, lanean erabilitako hainbat gida ere, gaia modu sakonean aztertzen dutenak (2,5,11,37). Argi dago zainketa aringarriak garapen bidean dagoen medikuntzako arloa dela, ez da bakarrik publikazioetan islatzen, heziketan ere. Izan ere, hainbat dira arlo honen inguruko masterrak. Gure inguruan, Euskal Herriko Unibertsitatean, Zainketa Aringarrietako arreta integralean bi urtetako masterra eskaintzen da.

Espiritualtasuna ondo definituta agertzen da, SECPALek (5) eta OMEk (6) antzeko definizioak eskaintzen dituzte. Hainbat autoreek bizitzaren amaierako behar espiritualak ere definitu dituzte, hainbat lanen errebisioa egin ostean (34).

Zainketa aringarrietako espiritualtasunari buruzko adostasuneko dokumentuan (38) bizitzaren amaieran espiritualtasunaren ebaluazioa mailaka egitean proposatzen da, gaixoaren beharren arabera: 1) Krisia arin eta erraz antzemateko baheketa tresnak, 2) Historial espirituala gaixoen barne bizitza ezagutzeko eta 3) Adituaren ebaluazioa. Dena den, Barberok beste maila bat gehitzea proposatzen du: 0) Antzematea. Lanean proposatutako tresnen artean SECPALek GES taldeak proposatutakoa erabiltzea gomendatzen du, sinplea izan arren nahiko sentikorra delako eta terapeutikoa izan daitekeelako. Horrez gain, arreta espirituala zainketa plan orokorrean eta historia klinikoan integratzea proposatzen da aipatutako adostasun dokumentuan, diziplina anitzeko arreta dela kontuan izanda.

Gaixoen behar espiritualak lantzeko hainbat modu daude, baina autore gehienek jarreraren indar terapeutikoa azpimarratzen dute eta honen osagai garrantzitsuenak enpatia, onarpena, benetakotasuna eta errukia direnarekin bat datoz (46, 48). Couselling-a erabilgarria dela frogatu da, komunikazio gaitasunak garatzea ezinbestekoa baita gizakion arlo sakonenei buruz hitz egiteko (49, 50). Meditazioa bai gaixoentzat zein zaintzaile eta profesionalentzat eraginkorra den beste baliabide bat da (51-54).

Amaitzeko, profesionalen heziketa eta zainketa beharra azpimarratu da. Horretarako GES taldeak heziketa espezifikoa eskaintzen du, bi maila desberdinetan (57). Mindfulness-aren eraginkortasuna ere frogatu da, honi esker profesionalak errukia eta enpatia garatzen baitute (58-60) eta euren bokazioaz kontziente badira haien lana hobeto bete eta *burnout* fenomenoaren saihestuko dute (61).

5.2. IKERKETA DESKRIBATZAILEA

14 pertsonak erantzun zuten galdetegia. San Juan de Diosen galdetegia 14 pertsonak jaso zuten eta 8 erantzun jaso ziren (%57,14) eta Oruen, 10 pertsonak jaso zuten galdetegia eta 6 erantzun jaso ziren (%60). Hau da, parte hartzea nahiko ona izan zen kontuan izanda online galdetegietan lortzen denarekin alderatuta.

Aipatu beharra dago, bai Orueko zein San Juan de Diosen laginak aukeraketa alborapena dutela, bi erakundeek espiritualtasunari garrantzia ematen baitiote. Gainera, galdetegia boluntarioa izanda, gai honetan interes gehien duten pertsonak parte hartu zuten. Hortaz, pentsa genezake bizitzaren amaierako arreta espirituala orokorrak ikerketa honetan deskribatutakoa baino gabezi gehiago dituela. Bi multzoetan arreta eredu eta taldearen konpromisoa alboratu ziren, baina ez zen bi erakundeen arteko ezberdintasun esanguratsurik aurkitu. Aipatzeko datu bakarra da Oruen gehiengoak oso denbora gutxi bideratu zuela heziketa espezifikora eta laguntza espirituala emateko gai sentitzen zen pertsonen ehunekoa txikiagoa zela. Honekin batera, kontuan izan behar dugu San Juan de Diosen Zainketa Aringarrien Unitate bat dela eta Orue berriz, adinduen egoitza.

Azpimarratzekoa da %14,3k baino ez zutela euren burua erlijioso legez definitzen, aldiz, %71,4k haien egunerokotasunean espiritualtasunari garrantzia ematen ziotela aitortu zuten. Honekin bat, gehiengoak gizakia izaki espirituala dela eta espiritualtasuna sistema erlijioso batetik independente garatu daitekeela uste zuen. Gainera, parte hartzaile gehienek (%92,8) arabera espiritualtasunari arreta ematea oso edo nahiko garrantzitsua zela adierazi zuten. Beraz, parte hartu duten osasun langileentzat espiritualtasuna garrantzitsua da bai haien bizitzan bai haien lanean.

%71,4k ebaluazio eta laguntza espirituala haien lanbidearen parte direla esan zuen, hala ere, %50a baino ez zen gai sentitzen laguntza espirituala emateko. Hau da, alde garrantzitsua dago profesionalak antzematen duten betebeharren eta gaitasunaren artean. Antzemandako gaitasun pertsonala heziketa espezifikora bideratutako denborarekin erlazionatuta dago, izan ere, gai sentitzen zirenak denbora gehiago erabili zuten ikasketa espezifikorako eta ezgai sentitzen zirenak aldiz oso gutxi. Datu hauek, espiritualtasun arloko heziketa bereziaren beharra azpimarratzen dute laguntza espirituala emateko gaitasuna garatzeko.

Galdetegiaren emaitzen arabera talde saioetan %50aren arabera talde saioetan beti edo ia beti hitz egiten da arlo espiritual/erlijiosoan; SECPALek 2011. urtean egindako galdetegiarekin alderatuz (8) bakarrik %22,5aren arabera hitz egiten zen espiritualtasunaz edota erlijioaz. Kontsentsu konferentziaren informearen arabera (32), arlo espirituala talde saioetan landu behar da diziplina anitzeko abordaia gauzatu ahal izateko eta paziente bakoitzari egokitutako laguntza espirituala eskaintzeko. Beraz, erabilitako laginean hobekuntzak egon dira aurreko ikerketekin alderatuz, beti ere kontuan izanda parte hartzaileak espiritualtasunean duten interesa nahiko handia dela.

Errekurtsoei dagokionez, galdetegia erantzun dutenen erdiak baino gehiago (%64,3) haien taldeetan espiritualtasunera dedikatutako pertsona bat zegoela adierazi zuen eta kopuru berberak erregistro espezifikoa ere erabiltzen zutela esan zuen. Hala ere, gehiengoak (%71,4) ez du berariazko eskalarik erabiltzen pazienteen sufrimendu emozionala edota behar espiritualak ebaluatzeko. Esan dezakegu, 2011ko galdetegiarekin alderatuta (8) kasu gehiagotan dagoela espiritualtasunean adituaren bat taldean eta erregistro espezifikoa ere gehiagotan egiten dela (2011ko emaitzen arabera biak %40 ingurukoak izan ziren). Hau da, nahiz eta errekurtsuak oraindik nahiko mugatuak izan kontsentsu konferentziako informean (32) adierazten diren gomendioak jarraitzeko tendentzia positiboa antzeman daiteke.

6. ONDORIOAK

Lan honetan bizitzaren amaierarekin eta heriotzarekin lotutako hainbat arlo aztertu ditugu, medikuntza pertsonen prozesu bibliografiko osoan zehar zeregina baitu. Jaiotzak pozez ospatzen ditugu, baina, heriotzaren aurrean askotan beste aldera begiratzen dugu, ez baikaude prest honi aurre egiteko eta onartzeko. Gaur egungo gizartean, inoiz baino gehiago, heriotza normalizatu beharra dago, lanean azaldu dugun moduan, honek eragin zuzena duelako medikuon jarreraren eta eskaintzen dugun arretan. Gizartea martxan jarri da normalizazio hau lortzeko, azkenaldian doluaren inguruko eta bizitzaren amaieraren inguruko publikazio eta gida asko sortu dira. Esaterako, orain dela gutxi, Bizkaiko medikuen elkargoak haurtzaro eta nerabezaroko doluaren inguruko gida bat publikatu du, umeen artean heriotza lantzeko (64) (5. irudia).

Testu honek zentzua du osasunaren eredu bio-psiko-sozio-espirituala onartzen badugu. Hau zainketa aringarrietan aplikatzen badugu Saundersek proposatu zuen “erabateko minaz” ari gara. Zainketa aringarriak garapen bidean dagoen arloa da. Gaur egun nahiko ondo kontrolatzen ditugu arlo fisikoa, psikologikoa eta soziala; baina arlo espiritualak lanketa sakonago eta zailago bat behar du erlijioa alde batera utzi duen gizartean. Garrantzitsua da erlijioa espiritualtasuna lantzeko bide bat dela ulertzea, baina, ez da bakarra. Burututako ikerketan ikusi dugunaren arabera profesionalek ondo bereizten dituzte bi kontzeptu hauek, baina, espiritualtasunaren definizioa ez dute hain argi. Ez dugu erlijioa gutxietsi behar, bizitzaren amaierak garrantzia handia hartzen baitu fededunentzat eta kasu hauetan behar erlijiosoak kontuan izan beharko ditugu eta erlijioak gaixoarentzat duen eragina aztertu.

Bizitzaren amaieran ohikoa da behar espiritualak azalera, gehienetan norbere buruari egindako galdera bezala: Zer gertatuko da orain? Zergatik gertatu behar zait hau niri? Zein da bizitza honen zentzua?. Medikuek eta beste osasun profesionalek behar hauen gainean ere erantzukizuna dugu gaixoen lagundu nahi baditugu eta haien sufrimendua arindu. Horretarako, hainbat tresna garatu dira, beharrak antzemateko eta sakonago aztertzeke modu terapeutiko batean. Esate baterako, lanean GES galdetegia proposatzen da gaixoen espiritualtasuna aztertzeke. Dena den, kontuan izan behar dugu galdetegi hauek ez direla baliogarriak paziente guztientzat eta espiritualtasuna oso barneko arloa dela, beraz, lan honetan landu diren tresnak gure jarrera bideratzeko baliagarriak izan daitezke, baina, pazienteen arabera bereizi behar da. Modu egokian erabilia, gaixoari lasaitasuna eta bakea eskainiko diogu, bestalde, txarto erabilia bere ezinegonak okertu dezakegu.

Tresna eta baliabide hauek gure eguneroko praktikan barneratuz gero, harreman sendoago eta terapeutikoagoak lortuko ditugu gaixoei. Horrez gain, bizitzaren amaieran lehen

mailako arreta espiritualak eskaini ahal izateko, lehendik norberaren espiritualtasuna eta heriotza lantzea ezinbestekoa da. Gainera, espiritualtasuna lantzea ona da profesionalen bokazioa indartzeko.

Honekin lotuta heziketaren garrantzia azpimarratu nahi dugu. Esan dugun bezala, gizakia berez izaki espiritualak da, baina, gizaki guztiek ez dute espiritualtasun hori modu berean ezta maila berean ere garatzen. Kliniketan espiritualtasunari arreta egokia ematea ez da erraza eta heziketa beharrezkoa da bai unibertsitate mailan bai maila profesionalen ere. Lan honetan egindako ikerketaren emaitzek erakutsi duten bezala heziketara bideratutako denborak harreman zuzena du profesionalen arreta espiritualak emateko gaitasunean.

Profesionalen bizitzaren amaierako arreta espiritualaren inguruko pertzepzioa ezagutzeko egin den ikerketari dagokionez, parte-hartzea positiboki azpimarratu nahi dugu; horrek, profesionalen interesa islatzen baitu. Horrez gain, ikerketak arreta espiritualak garapen bidean dagoela erakutsi du, aztertutako bi erakundeetan, talde saioetan gaia lantzen da eta profesionalen heziketa bultzatzen da. Dena den, kontuan izan behar dugu erakunde hauek pribatuak edo kontzertatuak direla. Osasun publikoan, zainketa aringarrien arloa barnatzen hasi da eta beraz, espiritualtasuna aplikatzeko oraindik heldutasuna lortu beharko du. Honetarako zainketa aringarrietako eta espiritualtasun arloko heziketa indartu beharra dago osasun publikoan lan egiten duten profesionali zuzenduta.

Heriotza ez da arazo bat, arazoek irtenbidea baitute; heriotza misterio bat da. Heriotza gure giza egoeraren errealitatea da eta beraz, laguntza espiritualak zainketa aringarrietan ez da zerbait konpontzera bideratuta egon behar, zainketara baizik. Horrez gain, gogoan badugu ezagutzen dugun existentzia amaigabea dela eta gure izatea goreneko errealitate baten parte dela, hurrengo onartzeko gai izango gara: heriotza jaiotzaren ondorioa dela eta heriotzari kontra egitea, ekidinezina denean sufrimendua areagotzen duela.



5. irudia: Umeekin dolua lantzeko poster ilustratua (64)

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) Saunders C. Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos. Houston: IAHP Press. 2011.
- (2) Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; 2014.
- (3) Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*. 1982; 306: 639-45.
- (4) Galiana L, Oliver A, Barreto P. Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual. Revisión de medidas y presentación del cuestionario GES. In: Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; 2014.
- (5) Gomis C, Benito E, Barbero J. Glosario. In: Benito E, Barbero J, Payas A, editores. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. SECPAL. Madrid: Aran Ediciones, S.L.; 2008.
- (6) WHO. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804. Genova: WHO, 1990. Hemen eskuragai: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf
- (7) Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; 2014.
- (8) Benito E, Barbero J, Payas A. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta. SECPAL. Madrid: Aran Ediciones, S.L.; 2008.
- (9) Dones M, Collette N, Barbero J. et al. ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en los equipos de Cuidados Paliativos en España? *Medicina Paliativa*. 2016; 23(2): 63-71.
- (10) ABC [Web orria]. Madrid: D. Olmo, G. ; 01-11-2013 [fecha de acceso: 11-02-2017]. Sociedad: “La muerte, el tabú que más duele”. Hemen eskuragai: <http://www.abc.es/sociedad/20131101/abci-muerte-tabu-cuidados-paliativos-201310311626.html>
- (11) Gomez M, Ojeda M. Muerte, cultura y cuidados paliativos. En: Barbero J et al. Manual de atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Obra Social “La Caixa”. Barcelona: 2016; 47-63.
- (12) Delgado JC, Monzón M. Estudio sobre la vivencia de la muerte entre los sanitarios. *Cultura de los cuidados*. 2002; 12(2): 81-90.

- (13) El País [sede Web] Washington: Valenzuela J. 27-06-2000. [fecha de acceso: 11-02-2017] Sociedad: El desciframiento del genoma humano abre una nueva era en la lucha contra las enfermedades. Disponible en: http://elpais.com/diario/2000/06/27/sociedad/962056801_850215.html
- (14) Callahan D. Death and the research imperative. New England Journal of Medicine. 2000;342: 654-656
- (15) Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo, 2003.
- (16) Guillén, N. Las grandes elegías y otros poemas. Caracas: Ayacucho, 1984.
- (17) Ministerio de sanidad y consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos: Bases para su desarrollo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- (18) Grupo de Trabajo para el Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Proceso de Atención y Mejora en la Fase Final de la Vida. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016.
- (19) 147/2015 Dekretua uztailaren 21ekoa, Euskadiko osasun-sisteman pertsonen Eskubideei eta Betebeharrei buruzko Adierazpena onartzen duena.(Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria, 146. zk., 4-8-2015).
- (20) Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020. Servicio central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz, 2016.
- (21) Mirena San Sebastian K. Impacto de la atención paliativa en el grado de satisfacción percibida por los familiares del paciente en situación de final de vida en el área de Bizkaia [Doktoretza tesia]. Leioa: Argitalpen zerbitzua, Euskal Herriko Unibertsitatea; 2016.
- (22) World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
- (23) Luis Molero V. et al. El acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos. In: Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; 2014.
- (24) Frankl, V. E. Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia. Barcelona: Herder, 1990.

- (25) EATWOT's International Theological Commission. Religion and Ecology in this Hour of Planetary Emergency. *Voices*. 2011: 1, 1-326.
- (26) Dobratz, M. "All my saints are within me": Expressions of end-of-life spirituality. *Palliative and Supportive Care*. 2013; 11; 191-198.
- (27) Cabodevilla J. *La espiritualidad al final de la vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
- (28) Balboni M, Sullivan A, Amobi A. et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*. Feb 2013; 30(4): 462-467.
- (29) Selman L, Speck P, Gysels M, Agupio G, Downing J. et al. "Peace" and "life worthwhile" as measures of spiritual well-being in African palliative care: a mixed-methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(94); 1-12.
- (30) Torralba F. Necesidades Espirituales del ser humano. *Cuestiones preliminares*. *Labor Hospitalaria*. 2004; 36 (271): 7-16.
- (31) Barbero L. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. *Labor Hospitalaria*. 2002; 263: 5-24.
- (32) Payàs A. Espiritualidad en la última etapa de la vida. *Labor Hospitalaria*. 2003; 35 (268): 7-14
- (33) Bayés R, Borràs FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? *Medicina Paliativa*. 2005; 12: 99-107.
- (34) Maté J, Juan E. ¿Qué dicen los expertos sobre las necesidades espirituales?: Revisión bibliográfica. In: Benito E, Barbero J, Payas A. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta*. SECPAL. Madrid: Aran Ediciones, S.L.; 2008.
- (35) Thieffrey JH. Necesidades espirituales del enfermo terminal. *Labor Hospitalaria*. 1992; 24 (225-226): 222-36
- (36) Rufino M. *Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo [Doktoretza tesia]*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.
- (37) Pascual A. Herramientas de exploración y acompañamiento de necesidades y recursos espirituales en clínica. In: *Libro de ponencias: IX Jornada Nacional de la SECPAL, Espiritualidad en clínica*. Palma de Mallorca; SECPAL. 2011; 77-78.
- (38) Puchalsky C, Ferrell B, Virany R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*. 2009;12: 885-904.

- (39) Barbero J. Detección, exploración y evaluación espiritual. In: Libro de ponencias: IX Jornada Nacional de la SECPAL, Espiritualidad en clínica. Palma de Mallorca; SECPAL. 2011; 79-80
- (40) Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*. 2000;3(1): 129-137.
- (41) Maugans TA. The SPIRITual history. *Archives of Family Medicine*. 1995; 5 (1): 11-16.
- (42) Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD et al. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2005; 35(4): 329-47.
- (43) Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J, Benito E. Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. *Medicina Paliativa*. 2014;21(2):62-74.
- (44) Galiana L, Oliver A, Barreto P. Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual. Revisión de medidas y presentación del cuestionario GES. In: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: SECPAL; 2014.
- (45) Díaz N. Espiritualidad y asistencia en APS. In: Graciela J. et al. *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
- (46) Barbero J, Esperón I. Las actitudes como herramientas claves para el acompañamiento. In: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: SECPAL; 2014.
- (47) Rimponché S. *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Barcelona: Urano, 2006.
- (48) Cabodevilla J. *La espiritualidad al final de la vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
- (49) Gomez J, Maté J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: intervención en el acompañamiento. In: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: SECPAL; 2014.
- (50) Rudilla D, Oliver A, Galiana L, Barreto P. Espiritualidad en atención paliativa: evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial intervention*. 2015; 24: 79-82.

- (51) Lutz A, Greischar L, Perlman D, Davidson R. Bold signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices. *Neuroimage*. 2009; 47:1038-1046.
- (52) Singer T, Critchley H, Preuschoff K. A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends in Cognitive Sciences*. 2009; 13:334-340.
- (53) Lutz A, Greischar L, Rawlings N, Ricard M, Davidson R. Long-term meditators self-induce highamplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2004; 101:16369-16373.
- (54) Pace T, Negi L, Adame D. et al. Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* . 2009; 34:87-98.
- (55) Maté J, Benito E, Gabarro T. Lecturas recomendadas y recursos de internet. In: Benito E, Barbero J, Payas A. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta*. SECPAL. Madrid: Aran Ediciones, S.L.; 2008: 129-146.
- (56) Kearney M, Weininger R. El cuidado del alma. In: Cobb M, Puchalski C, Rumbold B. *Oxford textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012: 272-279. Hemen aipatua: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: SECPAL; 2014: 161.
- (57) Ruiz Pau C, Jimenez E, Cabodevilla I, Giró R. Formación en acompañamiento espiritual. In: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: SECPAL; 2014: 178-190.
- (58) Martín A. La práctica de mindfulness y la mejora en la atención sanitaria basada en la evidencia. In: Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: SECPAL; 2014: 205.
- (59) Martín A, Rodriguez T *et al.* Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(6): 521-528.
- (60) Lamothe M, Rondeau E. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*. 2016; 24:19-28.

- (61) Puchalski, C.; Guenther, M. Restoration and re-creation: spirituality in the lives of healthcare professionals. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2012; 6:254-258.
- (62) Barbero J, Gomez J, Dones M. Modelo de atención espiritual, a partir de la propuesta del Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad (GES) de la SECPAL. In: Barbero J et al. *Manual de atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Obra Social “La Caixa”. Barcelona: 2016: 421-425.
- (63) Saunders C. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat, 1980.
- (64) Artaz B. *et al.* *Guia sobre el duelo en la infancia y en la adolescencia: formación para madres, padres y profesorado*. Bilbao. Colegio de médicos de Bizkaia. 2017.

ERANSKINAK

1.go ERANSKINA: SECPAL-eko “ESPIRITUALITASUNA KLINIKAN” GES TALDEAREN GALDETEGIA

I) IDENTIFIKAZIOA

1. Lanbidea:

Medikua Erizaina Osasun-laguntzaile teknikoa Psikologoa Gizarte langilea

Pastoraltzako ekintzailea Bolondresa Beste bat (zehaztu)

2. Generoa: Gizona Emakumea

3. Adina: _____ urte

II) ESPERIENZA, GAITASUNAK ETA KONPROMISOA

4. Esperientzia urteak Zainketa aringarrien/Adinekoen egoitzetan:

5. Erakunde mota:

Publikoa Erlijiosoa Pribatu ez erlijiosoa Beste bat (Zehaztu)

6. Baliabide mota:

Etxekoa Ospitalekoa Zainketa aringarrien Unitatea Adinekoen egoitza
 Beste bat

7. Espiritualtasunera espezifikoki dedikatutako pertsonarik al dago taldean?

Bai Ez

8. Ze taldean kokatuko zenuke zure burua?

- Pertsona erlijiosoa naiz, nire eguneroko praktika pertsonalean fede erlijiosoa, ongizate espiritual eta bizitzaren zentzua asko baloratzen ditut.
- Nire praktika pertsonalean asko baloratzen dut ongizate espiritual eta bizitzaren zentzua.
- Ez diot garrantzia handirik ematen erlijiotasunari, espiritualitateari edo bizitzaren zentzuari.

9. Nahiz eta erreza ez izan, laburbildu hitz batean espiritualtasunaren izatea:

10. Markatu honakoetatik zure ustez espiritualtasuna eta erlijioaren arteko erlazioa adierazten dutenak. Erlazio edo enuntziaturen bat gehitu nahi izanez gero edota zu zeu adierazi nahi baduzu "Bestelakoak..." atalean egin dezakezu.

- Espiritualtasuna beti dago erlijioari lotuta.
- Espiritualtasuna sistema erlijioso batetik independentea izan daiteke.
- Espiritualtasuna erlijiotasunaren sinonimoa da.

- Gizakia berez espiritual da.
- Espiritualtasuna eskuratutako gaitasuna da.
- Erilijoa espiritualtasuna garatzeko bidea bat izan daiteke.
- Bestelakoak: _____

11. Zu zeu, laguntza espiritual emateko gai sentitzen zara?

_ Ezgai_ Apur bat gai _ Nahiko gai _ Oso gai

12. Ebaluazio edo laguntza espiritual zure lanbidearen parte direla uste duzu?

_ Bai _ Ez _ Bakarrik eginkizun hauek bete ditzaken beste profesionalik ez badago.

III) ARRETA EREDUAREN IDENTIFIKAZIOA

13. Kontuan hartzen dituzue zuk edo zure taldeak alderdi erlijioso/espiritualak zuen pazienteetan?

_ Inoiz ere ez _ Batzuetan _ Sarritan _ Ia beti _ Beti

14. Pazientearen beharren ebaluazioan arlo espiritual/erlijiosoarentzako erregistro espezifiko erabiltzen da?

_ Bai _ Ez

15. Berriazko eskalaren bat erabiltzen da pazienteen sufrimendu emozionala edo behar/baliabide espiritualak ebaluatzeko?

_ Bai _ Ez

16. Talde saioetan pazienteen behar espiritual/erlijiosoetaz espezifikoki hitz egiten da?

_ Inoiz ere ez _ Batzuetan _ Sarritan _ Ia beti _ Beti

17. Bereiztu egiten dira arlo erlijioso eta behar espiritualak?

_ Inoiz ere ez _ Batzuetan _ Sarritan _ Ia beti _ Beti

18. Ze neurritan uste duzu zure taldean beharrezkotzat hartzen dela arlo honi espezifikoki arreta ematea?

_ Ez da beharrezkoa _ Ez da oso beharrezkoa _ Nahiko beharrezkoa _ Oso beharrezkoa

19. Ze neurritan uste duzu zure taldean ebaluazio edo laguntza espiritualaren garapenean konpromisoa dagoela?

_ Ia ez dago konpromisorik _Konpromiso gutxi dago
_ Nahiko konpromiso dago _Konpromiso handia dago

20. Heziketara bideratutako denboraren ze portzentaje erabili duzu arlo espiritual ikasteko azken urte honetan?

_ Ezer ere ez _ %10 baino gutxiago _ %11 eta 25 bitartean
_ %26 eta 50 bitartean _ %50 baino gehiago

2. ERANSKINA: BAIMEN INFORMATUA

Idoya Serrano naiz, Basurtoko irakaskuntza unitateko 6. mailako medikuntzako ikaslea. Aurkezten dudan ikesta hau gradu amairako lanaren parte da. Lanean zainketa aringarrien eta hirugarren adineko behar espiritualak eta haien abordai terapeutikoa landuko dira.

Nire helburua bizitzaren amaieran dauden pertsonekin lan egiten duten profesionalek duten epe honetako behar espiritualen inguruko pertzepzioa ezagutzea da (Zainketa aringarrietako unitateko pazienteak). Horretarako, galdetegi hau erabiliko dut (CUESTIONARIO «ESPIRITUALIDAD EN CLÍNICA» GES SECPAL), aurrerago ere erabilia izan dana Espainiako Zainketa Aringarrien Erakundearen eskutik helburu berberarekin.

Galdetegia anonimoa da; ez da beharrezkoa datu identifikatzailerik behar, adina, generoa eta lanbidea salbu. Datuak helburu akademikoekin bilduko dira haien interpretazioa eta analisia burutzeko.

Galdetegi hau borondatezkoa eta konfidentziala da.

Asko eskertzen dut zuen parte hartzea.

3. ERANSKINA: ETIKA BATZORDEKO BAIMENA



INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DE EUSKADI (CEIC-E)

D^a. Iciar Alfonso Farnós como Vicepresidenta del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco
(CEIC-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de Investigación, titulado **PERCEPCIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD AL FINAL DE LA VIDA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**, Código interno: PI2016136

Versión del Protocolo: 15-09-2016
Versión de la HIP: PROF. SOCIONANITARIA / 15-09-2016
PROF.UNIDAD PALIATIVA / 15-09-2016

Y que este Comité reunido el día 26/10/2016 (recogido en acta Nº 9/2016) ha decidido que la realización de este estudio no conlleva problemas éticos para que sea realizado por la siguiente investigadora:

- Miren Agurtzane Ortiz Jauregui *Universidad del País Vasco UPV/EHU*

Lo que firmo en Vitoria, a 04 de noviembre de 2016

Fdo:

D^a. Iciar Alfonso Farnós
Vicepresidenta del CEIC Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)



Nota: Una vez comenzado el estudio, se recuerda la obligación de enviar un **Informe de seguimiento anual** y el **informe final** que incluya los resultados del estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente). Más información en la página web del CEIC-E:
https://eppos.euskadi.eus/85-ckfarm03/es/contenidos/informacion/ceic_proyectos_investigacion/es_ceic/proyectos_investigacion.html