

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZTA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

DONOSTIAKO ATALA
SECCIÓN DONOSTIA / SAN SEBASTIÁN

Gradu Amaierako Lana
Erizaintzako Gradua

Zainketa Intentsiboko Unitateen humanizazioa

Egilea:

Miren Perez de Obanos Aldazabal

Zuzendaria:

Naia Hernantes Colias

Donostia, 2024ko maiatzaren 2a

ERANTZUKIZUN OHARRA (Erizaintzako Gradua, Donostia, UPV/EHU)

Dokumentu hau ikasle baten Gradu Amaierako Lanaren emaitza da, eta egilea da lanaren edukiaren arduraduna.

Beraz, lan akademiko honek epaimahaiak antzemandako akatsak izan ditzake, eta baliteke edizio honetan egileak zuzendu ez izana.

Lan hauek, prozesuarekin eta defentsarekin batera, 5-10 puntuko nota izango dute, eta, beraz, lanen kalitatea eta akatsen kopurua oso desberdinak dira lan batzuen eta besteen artean.

Euskal Herriko Unibertsitatea, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea (Gipuzkoako atala), Gradu Amaierako Lanen Epaimahaiko kideak eta irakasle tutorea ez dira Gradu Amaierako Lan honen azken edukiaren erantzule.

LABURPENA

Sarrera: Zaintzen humanizazioa azken urteetan bereziki ikertzen ari den arloa da. Horrela, zaintzen humanizatzeko beharra identifikatu da, bereziki Zaintza Intentsiboetako Unitateetako, bertan ingresaturiko pazienteak bereziki zaurgarria den egoeran daudelako. Unitate hauetan, teknologiari esker, aurrerapen handiak egin dira, hilkortasun-tasak nabari jeitsiz. Era berean, teknologia izan da deshumanizazioa garatzearen arrazoietako bat. Deshumanizazioaren arazo hau identifikatu duten hainbat ikerlari egon dira, eta honen harira, aldaketa batzuk proposatu dira.

Helburuak: Lan honen helburu nagusia Zaintza Intentsiboetako Unitatearen humanizazio ikuspegiak duten eragina esploratzea izan da.

Metodologia: Berrikuspen bibliografiko hau 2023ko azarotik 2024eko urtarrilera arte garatu zen, Pubmed eta Scopus datu-baseetan oinarriturik. Horretarako, aurrez, hasieran planteaturiko galderan oinarritutako bilaketa-estrategia bat finkatu zen. Horrela, eta barneratze- eta kanporatze-irizpideak aplikatuz hogeita bi artikulua lortu ziren, lana egiteko baliatu zirenak.

Emaitzak: Ebidentzian hainbat izan dira deshumanizazioaren eragiletzat identifikatu direnak; hala nola, zaintza eredu zatikatua, bisita-ordutegia, despertsonalizazioa, teknifikazioa eta abar. Deshumanizazio horrek eragin zuzena du pazienteen egoeran eta baita osasun profesionalenean ere. Honen guztiaren analisia eginik, hainbat dira egoera konpontzeko aldaketak proposatu dituztenak. Arlo honetan, nazioartekoa den Proyecto HU-CI deituriko proiektua nabarmendu da bereziki.

Eztabaida: Lan honetan teknologiak humanizazioan izan duen eraginaren inguruan iritzi ezberdinak aurkitu dira. Gainera, bisita-ordutegiei dagokienean ere, hauek zabaltzeak familiarengan duen eragina eztabaidatua izan da. Azkenik, eta egoera hobetze aldera, osasun-profesionalen formakuntza ezinbestekotzat jo dute hainbatek.

Ondorioak: Deshumanizazioaren eragileak aztertzeaz gainera, egoera honi aurre egiteko aldaketak proposatu direla ikusi da. Hala ere, aplikatutako aldaketek izan duten eraginkortasuna ikertzea interesgarria litzatekeen ikerketa dela uste da. Proposatu diren aldaketekin batera, osasun-profesionalen formakuntza Zaintza Intentsiboko Unitateko zaintza humanizatuak eskaintzeko ezinbestekoa dela ondorioztatu da.

Hitz-gakoak: Zaintza Intentsiboetako Unitatea, humanizazioa, estrategia, ikuspegia

AURKIBIDEA

1.	SARRERA	1
2.	HELBURUAK	3
3.	METODOLOGIA	3
3.1.	Bilaketa bibliografikoaren estrategia.....	3
3.2.	Erabilitako datu baseak.....	3
3.3.	Iragazkiak.....	4
3.4.	Barneratze- eta baztertze-irizpideak.....	4
3.5.	Bilaketa bibliografikoaren emaitzak.....	4
4.	EMAITZAK	6
4.1.	Deshumanizazioaren eragileak.....	6
4.2.	Paziente zein profesionalengan eragina.....	8
4.3.	Humanizatzeko erabilitako estrategiak.....	9
5.	EZTABAIDA	13
6.	ONDORIOAK	16
7.	BIBLIOGRAFIA	17
8.	ERANSKINAK	21

IRUDIEN AURKIBIDEA

1.	Irudia: bilaketaren flowchart-a.....	5
2.	Irudia: Zaintzen humanizaziorako eremu kontzeptuala (Heras La Calle et al.-etik adaptatua).....	13

ERANSKINEN AURKIBIDEA

1.	Eranskina: Bilaketa bibliografikoan hautatutako artikuluak.....	21
-----------	--	-----------

1. SARRERA

Zainketen humanizazioa, hau da, gaixotasuna tratatzeaz gain pertsona ere kontuan hartzen duen zainketa, orain dela urte asko ikertzen hasi zen arren, humanizazio falta orain dela urte gutxi hasi zen arazo kontsideratzen, eta beraz, ikerketa kopurua nabari hazi da azken hamar urteotan (1, 7). Humanizazioa ospitaleetako arlo eta unitate ezberdinetan eman daitekeen zerbait izan arren, Zainketa Intentsiboetako Unitatean (ZIUan) bereziki garrantzitsua da; izan ere, ingresatutako pazienteek, bereziki goxo eta gertukoa den tratua behar dute (2).

ZIUan ingresatuta dauden pazienteen artean ingresu prozesuan humanitatea eta identitatea galtzearen sententzia aitortzen duenik bada (3). Izan ere, egoera oso arrotz eta zaugarrian daude; gehienetan, bizitza arriskuan jartzen duten egoera edo gaixotasunekin (4). Gainera, pazientea ZIUra iritsi eta lehen gauza, jantzita duen arropa kentzea da, horrela maindire batek bakarrik estaltzen duelarik. Hortaz gain, guztiz monitorizatuta egoteko kablez inguraturik daude, ezezagunak diren soinu ezberdinez inguratuta, eta bakarrik, askotan bisita-ordu murriztuekin. Egoera horrela izanik, paziente hauek ZIUan ingresatuta igarotzen duten denbora “traumatikotzat” gogoratzeko aukera handia dute (5, 3).

ZIUak azken 30 urteetan, gizartearen beharrei erantzuna eman ahal izateko garatzen joan dira. Gaixotasunak geroz eta konplexuagoak diren heinean, zainketak ere konplexutasun horren arabera garatzen joan dira. Garapen guzti horri esker, ZIUetako heriotza-tasa nabari jaisteak lortu da (4, 6, 7, 8).

Aurrez aipaturiko aurrerapen horiek lortu ahal izateko, teknologia izan da tresna erabiliena, eta hortaz, gutxinaka zainketak ere aldatu dituena. Garapen handi horrek zerbitzu oso espezializatu eta teknifikatua eraikitzea eragin du (9). Teknifikazio arloari garrantzia erantsi hori emateak, beste hainbat aldagaien artean, pazientearen zati humanoa alde batera ahaztuta uztea eragin du, makinaren artean “desagertzeko” arriskuak eraginda (4, 7, 8, 9, 10, 11). Horrek guztiak, askotan pazientearen behar emozional eta humanoak atzeko plano batean geratzea eragiteaz gain, familia eta osasun- profesionalenak ere asetu gabe geratzea eragin du (8).

Hain oinarrizkoa den arloa alde batera uztearen ondorioz, humanizazioa eta deshumanizazioa bezalako kontzeptuak garatu dira. Evidentziak aipatzen duen lehenengo kontzeptua humanizazioarena da, zehazki Albert Jovell-ek eskainitako

definizioa, kontzeptua osotasunean definitzen duen bakarra da: “pazienteak pertsona gisa zaintzeko eta sendatzeko metodoa, ebidentzia zientifikoetan oinarrituta, pazienteen duintasunaren eta gizatasunaren alderdia txertatuta, konfiantzan eta enpatian oinarritutako zaintza ezarrita, eta haien ongizateari eta ahalik eta osasun-eremua onenei lagunduz” (10). Definizio hori salbuespen, gainontzeko ikerlari ezberdinek humanizazioaren definizio osoa eman ordez, humanizazioa lortu ahal izateko beharrezkoak diren hainbat ezaugarri aipatzen dituzte (4, 7, 8, 12-14).

Horrela, eta ebidentzian aurkeztutakoaren arabera, humanizazioak ikuspegi holistikoa hartzen du barne, pazienteak eta bere bakoiztasunaz gainera, familiak eta osasun profesionalak ere kontuan hartzen direlarik (4, 8, 12). Gainera, osasun sistema hobetzeko jarrera eta konpromisoa hartzean oinarritzen dela defendatzen da, beti ere pazienteen esperientzian zentratuta egonik; hauen sentimendu eta behar fisiko, sozial eta emozionalak ulertuz, eta sintoma edo gaixotasun bat baino gehiago direla kontuan hartuz (7, 8, 13, 14).

Hori guztia kontuan hartuz, deshumanizazioa geroz eta kezkarriagoa bilakatzen ari den fenomeno da; izan ere, pertsona objektu bat bezala tratatu eta bere duintasuna ez errespetatzean datza (3, 9). Beraz, eta deshumanizazioak duintasun eza eta eskubide ukapena ekar dezakeela jakinik, ZIUak humanizatzeko beharra ikusi da (5). Are gehiago, deshumanizazioak eragindako duintasun arriskuan jartzearen eta eskubide urraketaren aurrean, badaude deshumanizatzeko osasun publikoko arazo kontsideratu daitezkeela defendatzen duten egileak (14).

Arazo den behar sozial honen aurrean, gutxinaka, geroz eta ospitale gehiago izan dira humanizazio bidean lan egiteko moduetan aldaketak txertatzen joan direnak. Lan egiteko modu horiek herrialde ezberdinetan garatzen joan diren arren, proiektu garapenean ez dute herrialde askok aurrerapausoa eman. Hala ere, gai hori sakon aztertzeko, gradu-amaierako lan honek eremu horretan dagoen ebidentzia zientifikoa berrikusiko du.

2. HELBURUAK

Lanaren helburu orokorra honakoa da: ZIUaren humanizazio ikuspegiak duten eragina esploratzea.

Helburu orokor hori lortu ahal izateko hainbat helburu zehatz planteatu dira:

1. Humanizazio ikuspegiari aplikatutako estrategiek pazienteengan izan duen eragina aztertzea
2. Humanizazio ikuspegiari aplikatutako estrategiek osasun profesionalengan izan duen eragina aztertzea
3. Humanizazio ikuspegiaren implementatzeko prozesuko estrategiak eta hauen ebidentzia identifikatzea
4. Humanizazio estrategia hauek aurki ditzaketen oztopoak identifikatzea

3. METODOLOGIA

Lan honetan planteatutako helburua lortu ahal izateko, berrikuspen bibliografiko bat eraman zen aurrera.

3.1. Bilaketa bibliografikoaren estrategia

Berrikuspen bibliografikoa aurrera eramateko, lehenengo pausua ikerketa-galdera planteatzea izan zen: zein eragin izan du ZIUa humanizatzeko ikuspegiak?

Galdera horretatik abiatuta, bilaketa-estrategia osatzeko galderaren hitz-gako ezberdinak identifikatu ziren; "ZIUa", "humanizazioa" eta "estrategia". Termino ezberdin horien sinonimoak eta MeSH-ak identifikatu ziren eta, konbinazio ezberdinak probatu ondoren, emaitza aproposenak ematen zituzten sinonimoak "AND" zein "OR" eragile boolearren bitartez konbinatu ziren. Horrela, hurrengo bilaketa estrategia lortu zen: ("intensive care unit" OR "intensive care units" OR ICU OR ICUs) AND ((humanization OR humanizing) AND (strategy OR approach)).

3.2. Erabilitako datu baseak

Bilaketa bibliografiko hau 2023ko azaro bukaeratik 2024ko urtarrilaren erdialdera arte eraman zen aurrera. Informazioa lortu ahal izateko 2 datu-base ezberdin baliatu ziren: Pubmed eta Scopus.

3.3. Iragazkiak

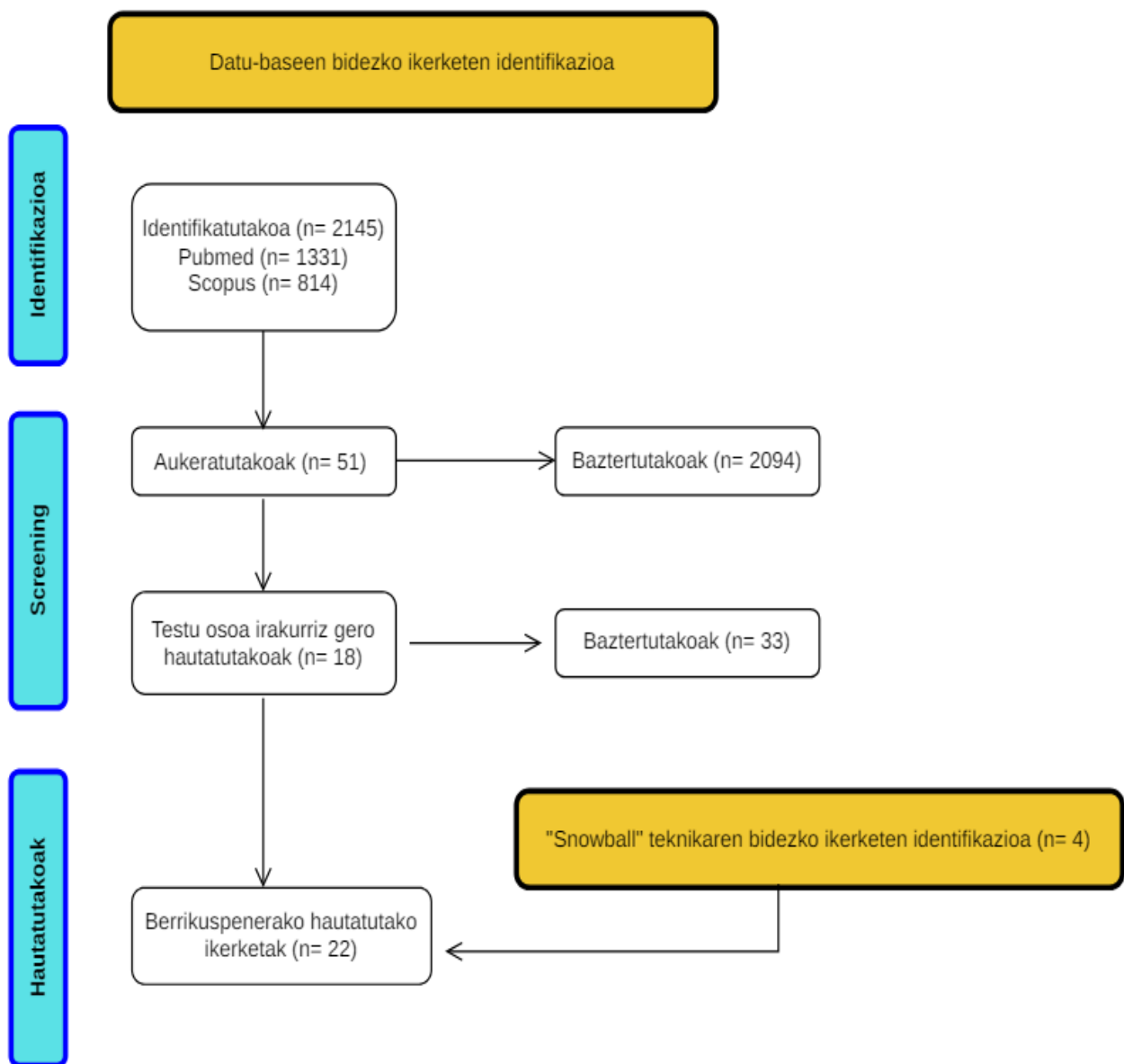
Bilaketa hau egiteko ez zen denbora iragazkirik aplikatu, aztertu nahi zena oraindik oso garatuta ez dagoen kontzeptua dela kontsideratu baitzen. Beraz, urte tarte baten muga jartzeak lanari oztopo egingo liokeela kontuan hartuz, ez zen inolako urte mugarik aplikatu.

3.4. Barneratze- eta baztertzeko-irizpideak

Lan honetan helburua lortzeko artikuluen egokienak lortze aldera, hainbat dira aplikatu ziren barneratze- zein kanporatze-irizpideak. Barneratze-irizpideei dagokienez, edozein herrialdeetan eginikoak izatea eta ZIUaren humanizazioa lantzea hartu ziren kontuan. Baztertzeko-irizpideetan aldiz, eskuragarritasun mugatua zutenak eta gaztelania eta ingelesa ez diren hizkuntzan idatzitakoak baztertu ziren, baita ZIU pediatrikoetan oinarritutakoak ere.

3.5. Bilaketa bibliografikoaren emaitzak

Aipatutako hitz-gakoak Pubmed eta Scopus bilatzailean sartuta, 1331 eta 814 emaitza lortu ziren hurrenez hurren. Emaitzen izenburua eta laburpena aztertu ondoren, 51 emaitza lortu ziren. Aukeratutako artikuluen hauek osorik eta ondo aztertu ondoren, eta behin barneratze- eta kanporatze-irizpideak aplikatuta, 18-ra murriztu zen aukeratutako artikuluen kopurua. Azkenik, Snowball teknika erabili zen beste 4 artikuluen gehitu zirelarik. Beraz, prozesu honen guztiaren ondoren hasierako galderari erantzuna emateko baliatu ziren artikuluen kopurua 22 da (ikus 1.irudia).



1.Irudia: bilaketaren flowchart-a. **Iturria:** Propioa.

Artikulu horietan aztertutako informazio garrantzitsuena laburtzeko azken taula bat osatu zen (ikus 1.eranskina). Taula horretan, izenburua, egileak, data, artikularen helburua, ikerketa mota eta emaitza nagusiak sailkatuta azaltzen dira.

4. EMAITZAK

Aurrera eraman den berrikuspen bibliografikoan lortutako informazio garrantzitsuena azaltzen da emaitza hauetan. Aurkitutako lan horietatik asko Espainian eginikoak badira ere (n=5), herrialde aniztasuna da nagusi; izan ere, Espainiakoez gain, Iran, Kanada, Brasil, Norvegia, Danimarka, Txina, Erresuma Batua eta Estatu Batuetan eginiko ikerketak ere lortu dira. Ikerketa motari dagokionez, kualitatiboak dira nagusi (9), nahiz eta errebisio sistematiko (14-18) eta Scoping review-ak (4, 7) ere lortu diren, baita artikulu bereziak ere (2, 3, 8, 19, 20, 26). Lortutako artikuluen gehiengoa, 2016-2023 urte tartean argitaratutakoa da (3-5, 7, 8, 10, 11, 14-27), baina lehenago argitaratutako artikuluek ere lortu dira, zaharrena 2014koa delarik (2). Diziplinari dagokionez, lortu diren emaitzen gehiengoa erizaintzako diziplinak garatutakoa da, medikuntzaren arlotik ikertutakoak ere badaudelarik.

ZIUaren humanizazio ikuspegiak duen eragina esploratzea helburu nagusitzat finkatu dela gogoratuz, eta planteaturiko helburuak; hala nola, humanizatzeko ikuspegiak paziente zein osasun-profesionalengan izan duten eragina aztertzea, ikuspegi hauek inplementatzean aurkitu dituzten oztopoak identifikatzea eta humanizazioa inplementatzeko egin diren estrategien proposamenak direla jakinik, helburu hauei erantzuna emateko sailkapena egin da emaitzak aurkezterako garaian. Horrela, 3 atal sortu dira: 1) Deshumanizazioaren eragileak, 2) Paziente zein osasun profesionalengan eragina eta 3) Humanizatzeko erabilitako estrategiak.

4.1. Deshumanizazioaren eragileak

Deshumanizazioa, pertsona objektu bat bezala tratatu eta bere duintasuna ez errespetatzean datza (3). Batzuetan, deshumanizazio hori pazienteak pairatzen duen gaixotasun egoera horrek edo ingurugiroak eraginikoa den bereiztea zaila den arren (19), deshumanizazioa hainbat eragile edo ekintzen ondorio dela adierazi da artikulu ezberdinetan (2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14-21, 23, 24, 25, 27).

Deshumanizazioa mota eta maila askotako eragileek sortutakoa dela adierazten duenik ere bada. Eragile horiek zainketa-prozesuaren eta sistemaren maila ezberdinetan ematen dira, horrela pazienteak intrintseko dituen ezaugarriek sortutakoa izan daiteke. Basile et al.-ek (13) garatutako ikerketa kualitatiboaren arabera, osasun-sistemaren antolamenduak eragindakoa ere izan daiteke deshumanizazioa,

hau, “deshumanizazio kultura” izenez adierazi dute. Honek, sistemak onartuta eta barneratuta dituen jarrera deshumanizatzaileei egiten die erreferentzia, esaterako, pazienteari logelaren zenbakiarekin erreferentzia egiten zaionean. Aipatutakoez gain, ikertu diren beste eragileetako batzuk; pazientea bere egoeraren erruduntzat hartzea, despertsonalizazioa eta zainketa eredu zatikatua dira (13).

Orain aipatu berri den zainketa eredu zatikatuak, humanizazioa alde batera uzten duen eragileetako bat denak, osasun-profesionalen kartelera edo txanda antolamenduari egiten dio erreferentzia, horrela, pazienteak txanda bakoitzean osasun-profesional ezberdina izango duelarik. Profesional aldaketa hauen ondorioz, Reis et al.-en (15) errebisio sistematikoan ikertutakoaren arabera, “parte” edo informazio trukaketak egitean informazioa galtzen dela defendatzen da. Gainera, osasun-profesionalentzat pertsona ezagutzeko traba dela ere aipatu da, horrela zainketa zatikatuak pazientearen humanizaziorako oztopoa suposatzen duela argudiatuz (3, 7, 13, 15).

Honekin batera, ikerketek pazienteen despertsonalizazioa beste eragile garrantzitsutzat hartzen dute, osasun profesionalak pazienteen mina ez sentitzeko eta lana errazago egiteko baliatzen duten estrategia emozionalari deritzona (4, 10, 13, 15, 17, 21, 26). Profesional eta pazientearen artean distantzia jartzean sortzen den fenomeno da (13). Galvin et al.-ek (17) ikertutakoaren arabera, ZIUan zainketak eskaintzeak duen kostu-emozionala murrizteko baliatzen den tresna da, pazientearen alde humanoa hein batean, alde batera uzten duena, karga emozionala murrizteko helburuarekin. Honek guztiak, Basile et al.-ek (13) adierazi bezala, pazientearen behar emozionalak asetu gabe geratzea eragiten du, honen sufrimendu emozionala handituz.

Azkenik, eta eragile nagusi dela argudiatzen dena teknologia edo teknifikazioa da. Sarreran aipatu den bezala, teknologiaren aurrerapenek ZIUko morbiditate eta hilkortasun tasak nabari jaiste ahalbidetu dute. Hala ere, ZIUko deshumanizazioa gehienbat “teknologiaren diktadurari” atxikitzen zaio (4, 10). Honen guztiaren arrazoa, ZIUko arreta eraginkortasuna handitze horrek pazientea eta honen ongizatea hein batean zainketen fokutik desbideratzea eragin duela da, makinek protagonismoa hartu dutelarik, eta horrela pazienteak objektu bat bezala ikusten delarik (4, 7, 8, 10, 12, 24). Azken finean, teknologiaren aurrerapenak arlo humanoan eman direnak baino handiagoak izan dira (18).

Aipatutako eragile guztiez gain, deshumanizazioa errazten duten beste hainbat faktore ere aipatzen dira ebidentzian. Bisita-orduei dagokienez, ZIUetan pazienteek jaso

ditzaketen bisiten ordutegia oso murrizta da. Honek deshumanizazioan lagundu dezakeela defendatzen da; izan ere, isolamendu eta bakardade sentimenduak areagotzen ditu (2). ZIUak duen ingurugiroa ere eragile deshumanizatzailea izan daiteke; arlo honen barne, argiztapena, soinua, tenperatura, dekorazioa eta azpiegiturak hartzen dira, eta paziente zein osasun-profesionalengan estresa bezalako sententzioa eragin dezaketela ikertu da (10, 20). Horrez gain, Escudero et al.-ek (2) adierazi bezala, argiztapen naturalik ez izateak eta denboran orientatzeko modurik ez edukitzeak, erlojua esaterako, desorientazioa eta ziklo zirkadianoan alterazioak eragin ditzake.

Eraginkorra ez den komunikazioa ere deshumanizatzaile potentziala dela argudiatu da, informazio desegokia ematean, edo komunikatzeko modua ez zaintzean pazientearekin sortzen den erlazioa nabari okertzen baita, horrela, zainketa-prozesua zailduz eta pazientearen ongizatea murriztuz (2, 10, 20).

Identifikatu diren azken bi deshumanizazioaren eragileak, lan baldintza desegokiak eta osasun sistemaren komertzializazioa dira. Bigarren honen inguruan, Velasco Bueno et al.-ek (10) adierazten dutenaren arabera, osasun sistema arlo ekonomikoan zentratzen denean eta arlo horretako helburu eta emaitzak lortzea lehenestean, pazienteak atzeko planoan geratu eta dehumanizatua izateko arriskua areagotzen du. Honekin batera, aipatu berri diren lan-baldintzek, hau da, soldata baxuak, kontzilio arazoak, gehiegizko presioak, eta abarrek, zainketa despertsonalizatua bultzatzen dute, horrela pazienteak deshumanizatzen delarik (10).

4.2. Paziente zein profesionalengan eragina

Behin deshumanizazioa ulertuta eta honen eragileak identifikatuta daudela, paziente eta osasun profesionalengan duen eragina aztertu da. Deshumanizazioa kalte kognitibo eta emozionalarekin zuzenki lotuta dago, hau da, pazienteak lotsa, kulpa, tristura, haserrea, eta distres psikologikoa pairatu ditzake deshumanizatua izatean (5, 13). Wilson et al.-ek (3) argitaratutako editorialean, aipatu berri diren ondorioez gain, pazienteek batzuetan ingresatua egotearen arrazoia ez dutela uertzen adierazi dute, bai gogoratzen ez direlako eta baita desorientatuta daudelako ere. Horrek guztiak beraien sufrimendu eta mina kontuan hartzen ez direla sentitzearekin batera, antsietatea, depresioa eta Post Traumatic Syndrome Disorder (PTSD) deiturikoa pairatzeko aukera nabari handitzen dute (10, 22). Beraz, ZIUan zainketa

deshumanizatu jasotzen duten pazienteek epe luzean iraun dezaketen hainbat ondorio garatu ditzakete (4, 7).

Deshumanizazioak pazienteengan eragina badu ere, osasun-profesionalek pairatzen dituzten hainbat ondorio ere badira. Profesionalengan bokazio galera sortzen duela adierazi da, horrela, pazientearen beharrei aktiboki entzuteko gaitasuna eta interesa murrizten direlarik (5, 8). Honekin batera, eta humanizatzea ez lortzeak sortzen duen frustrazioaren eskutik Burnout sindromea pairatzeko probabilitatea nabari handitzen da, horrela, efizientzia eta zainketen kalitatea jaitsiz eta ZIUko zainketetan akats eta istripu kopurua igoz (4, 10, 11).

4.3. Humanizatzeko erabilitako estrategiak

Lehen aipatu bezala, ZIUko zainketak humanizatzeko beharra ikerlari askok identifikatu dute. Honen aurrean, eta humanizazioa lortze aldera, inizatiba eta ebidentzia ezberdinak lortu dira, baina Gareau et al.-ek (7) aurrera eramandako scoping review-an aztertutakoaren arabera, ikusi da ikerketa ezberdinak garatu diren arren, horietako bakoitzean erabilitako marko kontzeptuala berdina ez dela, eta hortaz, artikulua ezberdin horien artean ez direla loturak sortu. Honen ondorioz, marko kontzeptual ezberdinetan oinarritutako ikerketa asko lortu arren, ezin izan da oinarri sendorik duen estrategia asko garatu ahal izan (7, 8, 20).

Iniziatiba horiek aurreko atalean identifikatutako deshumanizazio eragileei erantzuna edo konponbidea emateko garatu dira. Ebidentzian gehien ikertu diren arloak, bisita-ordutegien zabalte eta familien parte-hartzea, pazienteen ongizatea, komunikazioa, osasun-profesionalak zaintzea, ingurugiro osasuntsuak eraikitzea eta deshumanizazioak pazienteengan dituen ondorio negatiboak murriztea izan dira, jarraian banan-bana aztertuko direlarik.

Bisita ordutegiei dagokienez, ZIUan familiek jarraitu behar dituzten bisita-ordutegiak zorrotzak eta murrizkak dira, zainketak erraztu eta profesionalen lana egiteko egokiak direla defendatzen baitute. Hala ere, neurri horiek ez dira ebidentzian oinarritutakoak, osasun profesionalen lana errazten dutela eta pentsamendu kritikoa eza dituzte arrazoitzat. Horretatik abiatuz ezarri da garatu beharreko puntu bezala, familiek ere denbora gehiago eskatzen dutelako (10, 20). Heras La Calle et al.-ek (20) aztertutakoaren arabera, ate-irekietako ZIUa, hau da, bisita-ordutegi zabalagoak dituen

ZIUa, posible eta onuragarria da bai pazienteentzat eta baita familia eta osasun-profesionalentzat ere. Hau lortu ahal izateko ohitura eta jarrera aldaketa bat beharrezkoak direla aipatu da (20). Hala ere, Arias-Rivera S eta Sánchez-Sánchez JM-k argitaratutako editorialean, bisita ordutegia zabaltzeak denbora asko egon ezin duten familiako kideengan kulpa sentsazioa sor dezakeela ikertu dute (19).

Bisita-ordutegiak zabaltzearekin batera, familiaren presentzia handitzea eta hauek ZIUan eta bertako zainketen parte aktibo bilakatzea bilatu nahi da (8). Neurri hau familiengan identifikatu den gaizkiegona murrizteko helburuarekin eraman nahi da aurrera; izan ere, depresio, antsietate eta estres sentimenduak oso ohikoak dira ZIUan familiako kide bat ingresatuta daukaten pertsonen artean. Beraz, bisita orduak zabaltzearekin batera, hala nahi duten familiako kideek oinarrizko zainketa batzuk aurrera eramateko aukera izatea proposatu da; hala nola, higiena eta jaten ematea (10, 20). Honekin, familiaren sufrimendua murrizteaz gainera, pazientearen ongizatea bultzatzea bilatu nahi da, gertutasun egoera sortuz (20).

Ongizate honen barnean, paziente zein familiaren ZIUaren inguruko ikuspuntua ezagutzea lortu nahi da (8). Gainera, pazienteak izan ditzakeen behar fisikoez gain, behar emozionaleri behar duten garrantzia ematea ezinbestekoa dela aztertu da, kalitatezko zainketak eskaintzerako garaian, bereziki, "sendatzeko" aukerarik ez duten pazienteetan (10, 20). Beraz, bakardadea, beldurra, dependentzia, identitatearen galera edo antzekoak ahalik eta azkarren identifikatzea lehentasun izatea lortu nahi da. Hau egin ahal izateko, profesionalek alarma zeinuak zeintzuk diren ezagutu eta horren aurrean nola jokatu jakiteko formakuntza jasotzea ezinbesteko da, horrela bermatuko baita pazientearen ongizatea (20).

Alarma zeinu horiek identifikatu ahal izateko tresna garrantzitsuetako bat komunikazio eraginkorraren erabilera da. Arlo honetan, transmititzen den informazioa hobetu eta horrekin batera paziente eta familiekin erlazioak hobetzea da helburua, baita profesionalen arteko erlazioak ere (8, 10). Familiek gehien aldarrikatzen duten arloa paziente zein familiei ematen zaien informazioaren arloa da, informazioa era ulergarrienean ematea eta egoera zailtan erantzun emozionalarekin laguntzea ere eskatzen baitute (10, 20). Hortaz gain, informazioa lortzeko iturri gehigarri eta alternatiboek aukera eskaintzeak pazienteekin komunikazioa hobetuko lukeela ikertu da (10, 20). Are gehiago, egokia ez den komunikazioa pazientearen beldur eta distressa eragiten duen arazoa dela identifikatu da Sumera R. Ahmad et al.-ek (5) aurrera eraman duten ikerketa kualitatiboan.

Aipatu berri den distres hori, ingelesez Post-Intensive Care Syndrome (PTS/ PICS) izenez ezagutzen den sindromearekin erlazionatzen da. Sindrome honen prebalentzia nabari handitu da azken urteetan ingresatuta daudenen %30-50 artean kokatzen delarik. Sindrome honek sintoma fisiko, neuropsikologiko eta emozionalak hartzen ditu barne, eta pazienteak ZIUtik ateratzean pairatzen du, han bizitako estres eta traumaren ondorioz. Beraz, ondorio hau ekiditeko, pairatzen dutenei gertutik jarraitu eta manei egoki bat egiteaz gainera, prebentzioa indartzeko inizatibak behar direla ikertu da (10, 20).

Komunikazioarekin jarraituz, profesionalen arteko komunikazio eraginkorrak, hau da, zuzena, egituratua eta argia denak, akatsak saihesteko balio du, informazio transmisioa seguruagoa egiten baitu. Izan ere, eta Velasco Bueno et al.-ek (10) eginiko ikerketan adierazten duten bezala, informazioa transmititzerako garaian egindako akatsek profesionalen arteko gatazkak sortzen dituzte. Gatazka horiek ekiditeko ere, profesionalak gaitasun ez teknikoen eta laguntza estrategien inguruko formakuntza jasotzea oso lagungarria litzake, eta talde sentimendua ekarriko luke (20).

Formakuntzaz gain, osasun-profesionalak zaintzea ere garrantzitsutzat jo den arloa da, Burn-out bezala ezagutzen den sindromea saihesteko helburuarekin aurrera eramane nahi dena. Burn-out sindromea neke emozionalak, despertsonalizazioak eta norberak eginiko lanean konfiantza ezak osatzen dute. Hiru sintoma hauek, aurreko atalean azaldu bezala, humanizaziorako oztopo dira. Beraz, eta zaintzen duen pertsona zaindu behar dela argudiatuz, sindrome honen prebentzioa sustatuz, humanizazioa aurrera eramateko bidea errazten dela defendatzen da (10, 20). Prebentzio hau aurrera eramateko, Heras La Calle et al.-ek (8), zainketak eskaintzen dituztenen gaitasunen formakuntza egitea ezinbestekotzat jotzen dute; aholkularitza emanez, albiste txarrak emateko eta dolu prozesuan laguntzeko estrategiak irakatsiz, eta abar.

Albiste txarrak eta dolu prozesuan laguntzeko estrategia horiek bizitza-amaierako egoeren maneiua hobetzeko lagungarriak dira. Hasieran aipatu ez den arloa bada ere, honen hobekuntzaren beharra ere ikertu eta landu da. Honen barne, heriotz-zainketa gisa ezagutzen den azken egunetako zainketak ematea, esfortzu terapeutikoa murriztea eta zainketa paliatiboak hartzen dira. Ahalegin terapeutikoa mugatzea erabakitzen den kasuan, diziplina arteko taldeak harturiko erabakia izateaz gain, paziente zein familien sufrimendua murrizteko eta haien nahien araberako ekitea bermatuko duen prozesua jarraitzea ezinbestekotzat jotzen da (20).

Azkenik, Velasco Bueno et al.-ek (10) ingurugiro osasuntsua eraikitzearen garrantzia azpimarratu dute, ZIUaren egitura fisikoak eragin zuzena baitu bertan ingresaturik dauden pertsonen egoeran, eta humanizaziorako oinarrizko arazoetako bat da. Izan ere, ZIUaren espazioen diseinuak familiek denbora igarotzeko zailtasunak dituzte. Gehien eragiten duten faktoreak, argia, tenperatura, soinuak eta akustika, materialak eta dekorazioa dira. Aldaketen artean, leihorik ez duten logeletan leiho faltsuak jartzea eta pazienteak denboran orientatzea lagunduko duten objektuen erabilera proposatu dira (10). Aldaketa hauen bidez paziente eta familien maila emozionalean positiboki eragitea espero delarik (10, 20).

Orain arte aipatu diren inizatiba eta aldaketa guztiak barne hartzen dituen estrategia ofizial bat garatu da, Proyecto HU-CI alegia. 2014. urteko otsailean du hasiera Espainian garatu den **Proyecto HU-CI** deituriko nazioarteko estrategia edo proiektuak. Honen helburu nagusia paradigma aldaketa bat lortzea da, horrela, gaur egun ezarrita dagoen eta pazienteak ardatz duen paradigmatik, familia eta profesionalak ere barne hartzen dituen era igarotzeko (8). Hori horrela, orain arte lortu ez den zainketa intentsiboetako humanizazio kontzeptu edo ikuspegi orokortua garatzea lortu dute, pazienteak erdigune duelarik (10).

Humanizatzea helburu nagusitzat duen estrategia honek, ZIUen humanizazioa lortzeko eta kalitate goreneko zainketak eman ahal izateko jarraibide edo metodologia bat garatu du (8). Proiektuak proposatutako jarraibide hauek garatu diren arren, gaitasun hauek garatzeko, formakuntza ezinbestekoa dela adierazi dute (10). Horrela, orain arte aztertu diren arloak kontuan hartuta, zortzi aldaketa estrategiko proposatu dira, hauen gain lana egin eta humanizazioa lortzeko. Estrategia arlo horietako gehienak jokabidekoak dira, nahiz eta, prebentzio eta azpiegiturakoak ere badauden (Ikus 2. irudia) (8). 8 estrategia horiek abiapuntutzat hartuta eta hobekuntza horiek aurrera eramaten laguntzeko, 160 proposamen edo gomendio barne dituen eskuliburua argitaratu dute (10).



ICU, intensive care unit; NICU, neonatal intensive care unit;
 PICU, pediatric intensive care unit

JBI EVIDENCE SYNTHESIS

2. Irudia: Zainketan humanizaziorako eremu kontzeptuala (Heras La Calle et al.-etik adaptatua). **Iturria:** Gareau et al. (7)

5. EZTABAIDA

Lan honetan zehar, ikusi ahal izan den bezala, hasieran planteaturiko helburuei erantzuna emateko artikulu ezberdinak baliatu dira. Emaitzak aztertu eta planteatu diren bitartean, lantzeko interesgarriak izan daitezkeen eta arreta edo atentzio berezia izan duten gaiak aurkitu dira.

Lehenik eta behin, deshumanizazioaren eragiletzat teknologia hainbatek azpimarratzen dute (4, 7, 8, 10, 18, 23, 24). Aldi berean, ZIUen aurrerapen eta garapenak teknologia

zainketetan integratu izanari esker gertatu direla ere onartzen da. Izan ere, emaitzetan azaldu den bezala, gaur egungo gizartearen eta honek pairatzen dituen gaixotasunei erantzuna emateko ezinbestekoa izan da ZIUetan eman den garapen teknologikoa (9). Honen aurrean teknologia humanizazioa lortzeko laguntza ala oztopo den eztabaida ikusi ahal izan da.

Ebidentzian ikusi den bezala, ZIUen teknifikazioak zainketak aldatu ditu, pazienteak eskaintzen den arretaren atzeko planoan geratu den arte (4, 7, 8, 10, 23, 24). Teknologiak ZIUetako egunerokotasunean hartu duen gehiegizko atentzioa salatu den arren, Hojager Nielsen et al.-ek (18) eginiko errebisio sistematikoan, erizainak duen esperientziak teknologiaren eragin negatiboak murriztu ditzakeela ikusi da. Izan ere, gutxinaka, teknologiak hartzen duen protagonismoa murriztu eta pazienteari eskaintzen zaio ZIUko esperientziadun erizainen zainketetan (16, 18). Esperientzia ez duten erizainen kasuan teknologian zentratutako zainketak ematearen arrazoa kontrol eta segurtasun sentzazioa lortzea izan daiteke (16).

Beraz, hau guztia kontuan izanda, teknologiak eragiten duen deshumanizazio hori teknologiak berak eraginikoa den edota gizakiok ematen diogun erabilerak eragiten duen eztabaidatu ahal izango litzateke.

Bisita ordutegiei dagokienez, eztabaida asko egon da urte askotan zehar (28), oso murriztuak direla argudiatuz. Honen harira, emaitzetan ikusi ahal izan den bezala, ikerketa gehienetan pazienteen familiek ordutegi zabaltzea eskatzen dutela ikusi da. Hala ere, Arias-Rivera S-k (19) argitaratutako artikuluan, familiek bisita-ordutegia zabaltzea eskatzen dutela adierazten badu ere, pazientearen egoeraren arabera familiaren jarrera aldatzen dela aipatu du. Aztertu denaren arabera, kontziente dagoen pazientearen familiak, bisita-ordutegia handitzea eskatzen du, aldiz, intubatuta edo sedatuta dagoen pazientearenak bisita-ordutegia egokia dela argudiatzen du (19). Gainera, bisita ordutegia zabaltzeak denbora asko egon ezin duten familiako kideengan kulpa sentzazioa sor dezakeela ikusi da, pazientearekin egotera "behartuta" sentitu daitezkeelarik (19).

Honen aurrean, zainketen humanizazio honetan erizainak egitekoen barnean pazientearen familiarekin duen papera nabarmendu nahi da; izan ere, erizainaren ardura da familiei bisita-ordutegiak zabaltzeak ordu guztietan hor ez dutela egon behar argi uztea, familiaren antolakuntzarako lagungarri den aldaketa bezala aurkeztuz, eta

ez oztopotzat. Horrela, paziente bakoitzaren kasuan bisita-ordutegi indibidualizatu bat eskainiz eta familia eta pazientearekin adostuz (29).

Lan honetan aurrez aipatu den moduan, Gareau et al.-ek (7) aurrera eramandako scoping review-anzaintzen humanizazioa ardatz duten ikerketa ugari garatu direla ikusi da, orain arte garatu diren ikerketetan, bakoitzak erabilitako marko kontzeptuala ezberdina dela ikusi da, eta horrek, ikerketa ezberdinen artean loturak egin ahal ez izatea eragin du, bakoitzean eginiko proposamenak “sakabanatuta” geratu direla argudiatu dutelarik. Jovell-ek definizio proposamen bat egin badu ere, gainerako lanetan ez da horrekiko aipamenik ikusi. Hau horrela izanik, eta humanizazioaren definizio orokor baten faltak eraginda, ezin izan dira marko kontzeptual orokor batean oinarritutako estrategia asko garatu (7, 8, 20). Beraz, ZIUen zaintzen humanizazioa orain arte garatu ez izanaren arrazoia marko kontzeptual orokortu baten falta izan dela argudiatu daiteke.

Humanizazioaren definizioarekin jarraituz, ebidentzia aztertuta humanizazio kontzeptua etengabe aipatzen da, humanizazioaren definizio bat eskaintzen dutenak gutxi diren arren (10). Badira humanizazioak nolakoa izan beharko lukeen adierazten dutenak, ezaugarriak eta nolakotasunak zerrendatuz (4, 7, 8, 12-14). Baina humanizazioa definitzeko modu erabiliena, deshumanizaziotik definitzea izan da, hau da, humanizazioaren definizio bat eman ordez, deshumanizazioan ematen diren jarrera eta ekintzak saihestu behar direla adierazten dute (2, 5, 16, 18, 20, 25, 26). Honen ondorio izan daiteke Luiz et al.-ek (21) garatutako ikerketa kualitatiboan aipatzen dutena, hau da, humanizazioak nola izan behar duen adierazten duen definizio bakar eta zehatzik ez dagoela.

Ebidentzian ikusi ahal izan denaren arabera, humanizazioa ikerketaren arabera ezaugarri ezberdinen bidez definitzen den bezala, ikerketaren arabera ere, humanizazioa prozesu bat, estrategia bat edota ikuspegi bat bezala azaldu da. Honen aurrean, estrategia izateak atzetik protokolo bat duela ulertuz, eta prozesu izateak ekintza multzo bat dakarrela kontsideratuz, lan honetan ikuspegizat ulertu da zaintzen humanizazioa (30, 31). Honen zergatia, estrategia edo prozesutzat hartu izan balitz, bilaketaren bidez lortutako artikuluko kopurua asko murriztuko litzatekeela da. Azken honen eragilea, humanizazioaren definizio orokor baten falta dela ere argudiatu daiteke, ebidentzian estrategia bat garatu gabe aldaketak proposatu dituzten kasuak hainbat izan baitira, zaintzen humanizazioa ikuspegizat hartu dutelarik.

Azkenik, eta lan hau aurrera eraman ondoren, etorkizunerako hainbat ikerketa lerro identifikatu dira. Berrikuspen honen emaitzek, deshumanizazioari aurre egiteko hainbat aldaketa proposatu direla adierazi dute. Honen harira, aplikatu diren aldaketek errealitatean paziente, familia zein erizainetan izan duten eragin eta eraginkortasuna gehiago ikertzea interesgarria litzatekeela ondorioztatu da, bai ikuspegi kualitatibo batetik, baita kuantitatibotik ere, horrela ikuspegi orokor bat lortuko litzatekeelako.

6. ONDORIOAK

Lan honen helburua ZIUaren humanizazio ikuspegiak duten eragina esploratzea zen. Aurreko ataletan adierazitako guztia kontuan izanik, ondorengo ondorioak atera dira.

Deshumanizazioaren arrazoi edo eragileak identifikatu dira, hala nola, osasun-sistemaren antolamendua, zainketa-eredu zatikatua, despertsonalizazioa, teknologia, bisita-ordutegien politika murrizak, ZIUaren ingurugiroa, eraginkorra ez den komunikazioa, lan-baldintza desegokiak eta osasun komertzializazioa.

Deshumanizazioak suposatzen duen arazoari erantzuna emateko beharra identifikatu dela ikusi da, eta hortaz ikerketak garatu dira. Horrela, orain arteko funtzionamenduan hainbat aldaketa proposatu eta egiten hasi dira.

Humanizazio ikuspegiak aplikatutako aldaketek pazienteengan eta osasun profesionalengan eragin positiboa izan duela ikusi da, pazienteen ingresua erraztuz eta osasun profesionalen zainketak aldatuz.

Lan honen ekarpen gisa, gaiari buruzko bilaketa honen ondorioz eta hainbat ikerlarik proposatzen duten harira, osasun-profesionalen formakuntzaren beharra identifikatu da. Egile hauek ZIUan lanean dauden profesionalen formakuntza proposatzen dute, baina ondo legoke ere formakuntza hori profesional izan aurreko formakuntzan lantzea, hau da, graduatan.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. glob* [Internet]. 2020 [Konsulta-data: 2023-12-20]; 19 (58): 640-672. Erabilgarri: <https://dx.doi.org/eglobal.392321>
2. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014; 38 (6): 371-375. DOI: 10.1016/j.medin.2014.01.005
3. Wilson ME, Beesley S, Grow A et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*. 2019; 23, 32. DOI: 10.1186/s13054-019-2327-7
4. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nursing Ethics*. 2022; 29 (2): 498-510. DOI:10.1177/09697330211050998
5. Ahmad SR, Rhudy L, Fogelson LA, LeMahieu AM, Barwise AK, Gajic O, Karnatovskaia LV. Humanizing the Intensive Care Unit: Perspectives of Patients and Families on the Get to Know Me Board. *Journal of Patient Experience*. 2023; (10): 1-9. DOI: 10.1177/23743735231201228
6. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev.Med.Clin.Condes*. 2019; 30 (2): 120-125. DOI: 10.1016/j.rmclc.2019.03.005
7. Gareau S, de Oliveira ÉM, Gallani MC. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. 2022; 20 (2): 647-657. DOI:10.11124/JBIES-20-00481
8. Heras La Calle G, Oviés ÁA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive care medicine*. 2017; 43 (4): 547-549. DOI: 10.1007/s00134-017-4705-4
9. Heras G, Velasco JM, Serrano M. Proyecto HU-CI: humanizar los cuidados intensivos. *AENOR* [Internet]. 2020 [Konsulta: 2024-01-10]; 357.

Erabilgarri:<https://revista.aenor.com/357/proyecto-hu-ci-humanizar-los-cuidados-intensivos.html>

10. Velasco JM, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin*. 2020: 135-147. DOI: 10.1016/j.cnc.2020.02.001
11. Zamanania Z, Khademi M, Toulabi T et al. The outcomes of humanistic nursing for critical care nurses: a qualitative study. *Nursing Ethics*. 2022; 29 (3): 608-620. DOI: 10.1177/09697330211043274
12. Zamaniniya Z, Khademi M, Toulabi T, Zara K. The outcomes of humanistic nursing of critical care nurses: A qualitative study. *Nurs Midwifery Stud*. 2021; 10: 114-120. DOI: 1.4103/nms.nms_32_19
13. Basile MJ, et al. Humanizing the ICU Patient: A qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers and ICU staff. *Critical Care Explorations*. 2021; 3 (6). DOI: 10.1097/CCE.0000000000000463
14. Rodríguez DMN, Caicedo OC, Ramírez EJ. Percepción del paciente del cuidado humanizado en la sala de terapia intensiva. Revisión sistemática. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022; 2 (1): 198. DOI: 10.56294/saludcyt2022198
15. Reis CCA, Sena ELdS, Fernandes MH. Humanization care in intensive care units: integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2016; 8 (2): 4212-4222. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4212-4222
16. Crilly G, Dowling M, Delaunois I, Flavin M, Biesty L. Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis. *J Clin Nurs*. 2019; 28: 4250-4263. DOI: 10.1111/jocn.15043
17. Galvin IM, BaO BCH. Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review Humanisation des soins critiques—effets psychologiques sur les professionnels de la santé et les membres de la famille: une revue systématique. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 2018; 65: 1348-1371. DOI: 10.1007/s12630-018-1227-7

18. Nielsen AH, Kvande ME, Angel S. Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (Human IC). *Journal of Advanced Nursing*. 2023; 79: 385-401. DOI: 10.1111/jan.15477
19. Arias-Rivera S. Do Spanish Intensive Care Units need to be «humanised»? *Enfermeria Intensiva*. 2017; 28 (1): 1-3. DOI: 10.1016/j.enfi.2017.02.002
20. Calle GHL, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de terapia intensiva*. 2017; 29: 9-13. DOI:10.5935/0103-507X.20170003
21. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70 (5): 1040-1047. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0281
22. Bohart S, Lamprecht C, Anreasen AS, Waldau T, Moller AM. Perspectives and wishes for patient and family centred care as expressed by adult intensive care survivors and family-members: A qualitative interview study. *Intens Crit Care Nurs*. 2023; 75: 103346. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103346
23. Zamaniniya Z, Khademi M, Toulabi T, Zara K. The outcomes of humanistic nursing of critical care nurses: A qualitative study. *Nurs Midwifery Stud*. 2021; 10: 114-120. DOI: 1.4103/nms.nms_32_19
24. Bu M, Ma H, Zhai H, Ma Y, Xu N. Role of self-efficacy in nursing organizational climate: A way to develop nurses' humanistic practice ability. *Journal of Nursing Management*. 2022; 30 (7): 2107-2115. DOI: 10.1111/jonm.13516
25. Basile MJ, et al. Humanizing the ICU Patient: A qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers and ICU staff. *Critical Care Explorations*. 2021; 3 (6). DOI: 10.1097/CCE.0000000000000463
26. Fernandez A, Vallverdú H, Román B. Care ethics. A new bioethical approach to humanize the ICU. *Med Intensiva*. 2016; 40 (8): 511-513. DOI: 10.1016/j.medin.2016.07.001
27. Medeiros AC, Slqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive

Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50 (5): 816-822. DOI: 10.1590/S0080-623420160000600015

28. Alonso-Rodríguez A, Martínez-Villamea S, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J, Fernández-Menéndez M. Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enfermería Intensiva*. 2021; 32 (2): 62-72. DOI: 10.1016/j.enfi.2020.02.005
29. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2012; 23 (4): 179-188. DOI: 10.1016/j.enfi.2012.08.001
30. Contreras Sierra ER. El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. *Pensamiento & Gestión* [Internet]. 2013 [Kontsulta-data: 2024-04-19]; (35), 152-181. Erabilgarri: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762013000200007
31. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. [Kontsulta-data: 2024-04-19].

8. ERANSKINAK

1. Eranskina: Bilaketa bibliografikoan hautatutako artikuluak. Iturria: Propioa.

IZENBURUA, EGILEAK, URTEA, HIRIA	IKERKETA MOTA	HELBURUA	EMAITZAK
<p>Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)</p> <p>Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A 2022 Norvegia (Oslo)</p>	<p>Scoping review</p>	<p>Zainketa intentsiboen humanizazioa literaturan nola deskribatzen den aztertzea</p>	<p>Pazienteak egoera zaurgarrian, deshumanizatuak izateko arriskuan daude. Zainketetan pazienteak holistikoki zaindu eta familiaren parte-hartzea ahalbidetzea ezinbestekoa da. Osasun-sistema osoan zehar hedatu behar da humanizazioa, maila guztietara iristen delarik. Despertsonalizazioa erizainek beren burua emozionalki babesteko erabiltzen duten tresna da, teknologiaren gehiegizko erabilerarekin batera deshumanizazioan laguntzen dute. Teknologia menderatzea ezinbestekoa da, teknologiak eragin ditzakeen ondorio kaltegarriak ez garatzeko. Brasil eta Espainia humanizazioaren inguruko ikerketa eta garapenean lider izan dira.</p>
<p>Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol</p> <p>Gareau S, Machado de Oliveira E, Gallani MC 2022 Kanada</p>	<p>Scoping review protocol</p>	<p>ZIUKo humanizazioari buruzko ikerketak aztertu eta informazioa ateratzea La Calle et al.-ren eredu kontzeptuala jarraituz</p>	<p>Deshumanizazioaren eragile nagusia teknologia. Eginiko ikerketek ez dute eredu kontzeptual berdina erabili, horregatik emaitzak garapenerako ez dira hain esanguratsuak izan. La Calle et al. marko kontzeptualean sortutako arloak ikertu dira.</p>
<p>Humanizing the Intensive Care Unit: Perspectives of Patients and Families on the Get to Know Me Board</p> <p>Sumera R. Ahmad, MD et al. 2023 Rochester</p>	<p>Kualitatiboa</p>	<p>ZIUKo pazienteen eta familien iritzia Get To Know Me Board (GTKMB) aren inguruan</p>	<p>Pazienteak duintasuna eta errespetua galtzeko arriskuan daude, egoera zaurgarrian. Humanizatzeko beharra ikusi da. GTKMB aztertu da. Pazienteentzako garrantzitsuak dira: denbora-pasa edo egitekoak izatea, osasun-taldea zein den jakitea, beraien prozesua kontatzeko modua izatea, beraiek gustuko duten izenez deitzea. Badira formularioa betetzen duten, baina aplikatzen ez duten profesionalak. Ekimenak: Patient Dignity Question (PDQ), "Footprints Project", This Is ME (TIME) Ikerketaren mugak: COVID (bisita errestrikzioa), Gehiegizko lana, Ez da balidatua</p>

<p>A plan for improving the humanisation of intensive care units</p> <p>Heras La Calle G, Alonso Oviés A, Gómez Tello V. 2017 Madrid</p>	Artikulu berezia	Proposatutako inizatiba guztiak konbinatzen dituen proiektua azaltzea	<p>Teknologiak humanizazioa alde batera uztea eragin du. Iniziatibak egon dira, baina ez dira beraien artean loturak egin, ez baitute marko kontzeptual berdina erabili.</p> <p>Proyecto HU-CI Espainian garatu 2014ean. 8 arlo proposatu: komunikazioa, pazientearen ongizatea, familiaren parte-hartzea, bisita-ordutegia, Post-ZIU sindromea, inguru fisikoa, osasun-profesionalek ongizatea.</p>
<p>Humanizing the intensive care unit</p> <p>Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N, Brown SM. 2019</p>	Artikulu berezia	Deshumanizazioak sortutako ondorioak identifikatu eta humanizatzeko jarrerak proposatzea	<p>Deshumanizazioa: pertsona objektu bezala tratatzean datza, ondorio emozional, fisiko eta sozialak dituelarik. Pazientea egoera oso zaurgarrian. Kausak: lan asko, burnout, politikak, zainketa-zatiketa</p> <p>4 estrategia humanizatzeko: Pazientean oinarritutako bisitak, pazienteekin hitz egitea, sedazio eta errestrizioak murriztea, pazientearen inguruan zerbait ikastea</p>
<p>Do Spanish Intensive Care Units need to be “humanised”?</p> <p>Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez JM 2017 Espainia</p>	Artikulu berezia	ZIUen humanizazioan lagundu dezakeen “ate irekietako” ikuspegia aztertzea	<p>Pazienteak deshumanizatuak, honen aurrean: “Ate-irekietako ZIUen programa”</p> <p>Familiaren beharrak ezagutzea eta ingurugiro osasuntsua bermatzea ezinbestekoak dira.</p>
<p>Seeking to humanize intensive care</p> <p>Heras La Calle G, Martin MC, Nin N 2017</p>	Artikulu berezia	Proyecto HU-CIren garapen arloak aztertzea	<p>Humanizazio beharra, horretarako marko kontzeptual bat garatu da: Proyecto HU-CI, 8 arlo estrategiko planteatu direlarik.</p> <p>- Bisita orduak zabaltzea, Komunikazio eraginkorra, Pazientearen ongizatea, Familiaren parte-hartzea, Profesionala zaintzea, ZIU ondorengo sindromea (PTS), Ingurugiroa zaindu osasuntsua izateko, Bizitza amaierako zainketak</p>
<p>Humanization care in intensive care units: integrative review</p> <p>Reis CCA, Sena EDS, Fernandes MH 2016</p>	Errebisio sistematiko integratiboa	Brasilen era nazionalen humanizazioari buruz aipatu dena identifikatzea	<p>Humanizatzean: zainketa holistikoa eta ingurugiroa zaintzea. Horrela, ingresu denbora murriztu, ongizatea bermatu.</p> <p>Zailtasunak: Despertsonalizazioa, zainketa zatiketa, bakoiztasuna ez errespetatzea, ingurugiro arrotza, profesionalen kontzientziario falta, lan baldintzak</p>
<p>Humanizing Intensive Care. From</p>	Kualitatiboa	ZUIaren humanizazioa optimizatzeko 8	<p>Zailtasunak: <u>Teknolatria</u>, aurrerapen teknologikoekin alderdi humanoa</p>

theory to practice Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. 2020 Espainia		elementuetan oinarritutako modeloa aurkeztu eta definitzea	alde batera utzi da, deshumanizatuz. <u>Osasun munduaren egoera sozio-kulturala</u> : lan baldintzak, komertzializazioa. Horren aurrean, Proyecto HU-CI eta bere 8 estrategiak, pazientea, familia eta osasun-profesionalak kontuan hartuz.
The influential factors in humanistic critical care nursing Mohamadi Asl S, Khademi M, Mohammadi E 2022 Iran	Kualitatiboa	ZIUa humanizatzeko faktore garrantzitsuak identifikatzea	Humanizazioa behar da. Horretarako 3 faktore garrantzitsu identifikatu dira: - 2 gizakiren interakzioa - Erizainen duintasuna mantentzea - Kultura interakzioan
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Escudero D, Viña L, Calleja C 2014 Oviedo (Asturias)	Artikulu berezia	Osasun profesionalen kontzientziakzioa lortzea humanizatua den ZIU baten bilaketan	Bisita orduak zabaldu eta familia prozesuan barneratzea, umeen bisitak onartzea baloratzea. Komunikazio eraginkorra sustatzea, baita intubatua dagoenean ere Ingurugiro ongizatea, espazio-denbora orientaziorako erraztasunak jartzea
Care ethics. A new bioethical approach to humanize the ICU Fernández-Truillo A, Vallverdú-Cartié H, Román-Maestre B. 2016 Bartzelona	Artikulu berezia	ZIUaren humanizaziorako ezinbestekoak diren etikak esploratzea	Gehiegizko monitorizazioak despersonalizazioan laguntzen du. Horretarako HU-CI blog-aren erabilera Humanizaioa ez da erizainen esku bakarrik geratzen, mediku eta gainontzeko profesionalak ere aldatu beharko lukete.
Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit Medeiros AC, Siqueira HC, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SD, Thurow MR 2016 Brasil	Dokumentatzeko ikerketak kualitatiboa	ZIUaren humanizazioa eta ulermena aurrera eramateko beharrezko elementuak identifikatzea	Ikuspegi aldaketa beharrezkoa da, ulerkortasuna sustatu. HumanizaSUS eta Politika publiko eraginkorrak 2 kategoria: zainketetan ulerkortasuna eta humanizazioaren sustapen eta prozesuak integratzea. Komunikazioa eraginkorra izatea garrantzitsua, baita familia kontuan hartzea ere.
Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals	Esploratorioa, kualitatibo	Humanizazioaren inguruan familia eta osasun profesionalen pertzepzioa ezagutzea	Perspektiba aldaketa eta langileen sentsibilizazioa behar dira. Garrantzia duten arloak: Harrera, Komunikazio eraginkorra, Profesionalen sentikortasuna

Feron luiz F, Aquino Caregnato RC, da Costa MR. 2017 Brasil			Oztopo diren faktoreak: despertsonalizazioa, aurreiritziak, etengabeko soinua, pribatutasun falta Ez dago humanizatzeko zer egin behar den edo zer den adierazteko definizio bakar eta zehatzik.
Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis Crilly G, Dowling M, Delaunois I. 2019 Irlanda	Sistematikoa	Erizainen perspektiben eta esperientzien sintesia egitea	Teknologiak oztopo eta onurak ekarri ditu ZIUko zainketetan. Balantza aurkitzea zaila egiten zaie erizainei. Menderatu gabekoek, pazientearen beharrak ez asetu. Teknologiak segurtasun eta kontrol sententzia ematen duela diote erizain batzuk. Denbora gehiago/ gutxiago pazientearekin erlazioa eraikitzeko
Perspectives and wishes for patient and family centred care as expressed by adult intensive care survivors and family-members: A qualitative interview study Bohart S, Lampretch C, Andreasen AS, Waldau T, Moller AM, Thomsen T 2022 Danimarka	Ikerketa kualitatibo esploratorioa, induktiboa	ZIUan ingesua izan duten familia eta pazienteen perspektiba eta nahiak ezagutzea paziente eta familian zentratutako zainketan	Paziente eta familian zentratutako zaintzak 4 oinarriko kontzeptu: duintasuna eta errespetua, informazio trukaketa, familia eta pazientearen parte-hartzea, kolaborazioa. Horrela, antsietate maila behera eta familiaren gogobetetasuna handitu
The outcomes of Humanistic Nursing for Critical Care Nurses: A qualitative study Zamaniniya Z, Khademi M, Toulabi T, Zara K 2021 Iran	Ikerketa kualitatibo	ZIUko erizainengan humanismoak duen eragina aztertzea	Teknologian aurrerapen handiak. Gaitasun, humanizazio eta teknologiaren arteko balantza duten zainketak eskaini. Garapen pertsonala eta egunean jartzea ezinbestekoak Komunikazioa lantzea Erizain eskolan ikuspegi humanista barneratzea garrantzitsua.
Role of self-efficacy in nursing organizational climate: A way to develop nurses' humanistic practice ability Bu M, Ma H, Zhai H, Ma Y, Xu N 2021 Txina	Kualitatiboa	Eraginkortasun pertsonalak humanizazioarekin eta lan giroarekin duen zerikusia aztertzea	Teknologia eta zientziarekin batera, humanizazioa zainketetan integratzea. Lan giro osasuntsuak, lan asetasuna handitu eta erlazio eta jarrera humanistagoak garatzea eragiten du. Humanizatuak diren jarrera eta zainketak ez dira pertsonaren intrintsekoak, formazioa behar dute.

<p>Humanizing the ICU Patient: A qualitative Exploration of Behaviours Experienced by Patients, Caregivers and ICU Staff</p> <p>Basile MJ et al. 2021 Estatu Batuak + Kanada</p>	Kualitatiboa	Paziente eta familiek humanizazioa eta deshumanizazioa nola ulertzen dituzten aztertzea	<p>Deshumanizazioa ondorio kognitibo eta emozionalekin lotuta. Humanizazioa aldiz, ondorio psikologiko murriztuekin.</p> <p>Komunikazioa, familiaren parte-hartzea eta gertutasuna ardatz duten zainketak</p> <p>Deshumanizazio eragileak: pazientearenak, osasun-profesionalenak eta sistemaren antolamenduarenak.</p> <p>Deshumanizazioa askotan nahigabekoa.</p>
<p>Humanization of critical care - psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review</p> <p>Galvin IM., BaO BCH 2018 Kanada</p>	Errebisio sistematikoa	Familia eta osasun langileengan zaintza humanizatzeko interbentzioek izan duten eragina aztertzea	<p>Deshumanizazioa kostu emozionala murrizteko estrategia.</p> <p>Burnout-a oso ohikoa osasun profesionalen artean.</p> <p>Antsietatea familia eta pazienteengan</p>
<p>Percepción del paciente del cuidado humanizado en la sala de terapia Intensiva. Revisión sistemática</p> <p>Nicolalde Rodríguez D, Calcho Calcedo O, Ramírez García E 2022</p>	Errebisio sistematikoa, enfoke kualitatiboa	ZIUKo zainketa humanizatuen inguruko pazienteen pertzepzioa	<p>Zainketa humanizatuak: entzute aktiboa, komunikazioa, bakoiztasuna onartzea. Min fisiko eta psikikoa murrizten saiatzea.</p> <p>Komunikazioaren garrantzia, ematen den informazioa eta nola ematen den. Nola egiten zaien erreferentzia (beraien izenez, edo duten gaixotasunaren arabera)</p> <p>Komunikatzeko gaitasunen formakuntza, ahozkoa eta ez-ahozkoa dena.</p>
<p>Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (Human IC)</p> <p>Hojager Nielsen A, Evelyn Kvande M, Angel S 2023 Danimarka</p>	Errebisio sistematikoa	Paziente eta familientzat arreta humanizatu edo deshumanizatuaren eragiten duten faktoreak identifikatzea	<p>Teknologiaren aurrerapenak biziraute tasa nabari handitu.</p> <p>Teknologiaren eragin negatiboa esperientziadun erizainekin txikitzen da.</p> <p>Isolamendu eta bakardade sentazio handia pazienteen artean</p> <p>Keinu txikietan sentitzen dira humanizatuak pazienteak.</p>