



2012 / 2013 Kurtso Akademikoa

LEHEN MAILAKO ERIZAIN ATENTZIOA MAGREB JATORRIKO IMMIGRANTEETAN

Egilea: Amaia Cuesta Zigorraga

Zuzendaria: Maria Isabel Elorza Puyadena



LABURPENA

Immigrazioaren fenomenoak errealitate sozio-demografikoa eraldatu du eta osasun zerbitzuetan honen eragina nabaria da, jatorri eta kultura ezberdinetako pertsonen sarrera ematen ari baita. Erizaintzak kolektibo berrien atentzioan erreparatu behar du, kultura anitzeko gizartea zaintzea erronka bilakaturik. Euskal Autonomia Erkidegoan immigranteek populazioaren zati esanguratsu bat betetzen dute eta hauen gehiengoa magrebtarrak direla oinarritzat hartuz haien osasunean determinanteak diren faktoreak aztertu behar dira. Izan ere, batetik kultura ezberdintasunaren ñabardurek eta bestetik immigrazio prozesu zein ondorengo egoerak kolektibo honen osasunean eta ondorioz zaintzan, eragina izango dute. Erizaintza zainketak orientatzeko, immigrazio prozesua hasieratik ulertuz eta gure lurretan bizi duten osasun egoeraren azterketa orokor bat eginez, gertutasunetik erizainek kulturalki konpetenteak diren zainketak eskainiko dituzte. Bestalde, errealitate berrira egokitzeko zenbait hobekuntzen premia nabari da, ordura arteko osasun sistema zein erizainen dinamika zehazki moldatuz. Erizainen formakuntza espezifikokoaren beharra, komunikazio eraginkorra sustatzearen garrantzia eta gizarte multikulturalera egokitutako erizaintza oinarria aztertu eta bultzatzea puntu inportanteak dira. Era honetara, lehen atentzioan erizainek immigrazioarekiko duten atentzioan aurrerapausoak emango dira. Giza eskubideak betetzera iritsi garela esango dugu, osasun-gaixotasun prozesuan gutxiengo talde etnikoen kultura eta bizi estiloa errespetatzen direnean.

AURKIBIDEA

1. Sarrera	1
2. Helburua.....	2
3. Metodologia.....	4
4. Egoeraren azterketa orokorra	5
4.1. Etorkinak diren magrebtarren osasun egoeraren azterketa orokorra	5
4.1.1. Migrazio prozesuaren faseak	6
4.1.2. Osasun egoera orokorra	7
a) Ezaugarri sozio-familiarrak	7
b) Elikadura ohiturak.....	8
c) Buru osasuna	10
d) Erlijioa, sinesmenak eta ohiturak	11
e) Gaixotasun infekziosoak.....	15
f) Txertaketa.....	16
4.1.3. Osasuna eta legeria.....	18
4.2. Erizaintzaren egoeraren azterketa.....	20
4.2.1. Formakuntza.....	21
4.2.2. Komunikazioa	22
4.2.3. Erizaintza oinarriak	23
5. Ondorioak.....	28
6. Bibliografia.....	31
7. Eranskinak.....	34

“Immigrazioko medikuntza ez da parasito edo birus arraroen medikuntza. Haien sufrimendu, gaixotasuna, medikuntza bera, mina edo heriotza era ezberdinean bizi dituzten gizon eta emakumeen medikuntza da. Haien osasun kultura utzi gabe eta beste bat oraindik ulertu gabe hartzen duten gizon eta emakumeak dira”⁽¹⁾

1. SARRERA

Errealitate sozio-demografiko berri baten aurrean aurkitzen gara. Azken hamarkada honetan migrazioek gora egin dute, kultura anitz elkarbizitzan dauden gizarte bat sortuz. Egoerak ekarritako behar berrien analisi zein hauekiko egokitzapena eskatzen du, bertan erizaintzak paper garrantzitsua betetzen duelarik.

Azken urteotan Euskal Autonomia Erkidegoa (EAE) atzerriko etorkinak hartu eta bertan kokatzeko toki moduan sendotu da, estatu espainiarreko gainerako tokietan jarraitutako bide berdinari helduz. EAEn 2012an erroldatutako etorkinen kantitatea %4,1an handitu zen aurreko urtearekiko. Egun, immigranteek populazioaren %6,9a osatzen dute eta estatu mailan zifra are nabariagoa da (%12,1). Gainera, erroldatik at geratzen diren etorkin *irregularrak* ere kontuan hartu beharrekoak dira, hauek estatuan milioi bat gainditzen baitute. Horri dagokionez, jada 2005 urtean EAeko biztanleriaren erroldak islatzen zuenez, Afrika iparraldetik etorri eta EAEn kokatutako pertsonen ia %40ak ez zuen beharrezko dokumentazioa lurralde honetan bizitzeko.⁽²⁾

Gure lurraldetan (EAEn), jasotzen ditugun atzerriarrak nazionalitate ezberdin askotakoak badira ere, zenbait herrialdek nagusitasuna dute. Magrebtar jatorrikoak dira gehiengoak (%24,8), hauen artean talde marokoarra da kide gehieneko multzoa. Atzetik latinoamerikarrak datoz, hauek ere portzentaia altuekin.⁽³⁾ Immigrazioaren arrazoen artean, pisutsuenak lan falta edo hau hobetzeko nahia, bizi kalitate hobeago baten bilaketa eta familia berriz elkartzeko desioa dira.⁽⁴⁾

Magreb terminoak Afrikako ipar-mendebaldeko zatiari egiten dio erreferentzia, mediterraneo hertzeari alegia. Magreb hitza “Gharb” errotik dator, mendebalde esan nahi duena. Hasieran Maroko, Aljeria eta Tunisiak osatzen zuten. Gaur egun, Mauritania eta Libia ere Magrebeko lurraldetzat jotzen dira.⁽⁵⁾

Magreb eskualdea bi jatorritako kidez osatuta dago: arabiarrek eta bereberrak. 75 milioi biztanle baino gehiago bizi dira; horietatik gehiengoa arabiarra da. Gutxiengo bereberra sarbide zaileko mendi eta desertuetan bizi da, islam inperioa iritsi aurreko autoktonoak dira eta haien hizkuntza propioa dute. Magrebeko herrialdeetan arabiarra da hizkuntza ofiziala. Erlijioari dagokionez, musulmana nagusitzen bada ere badaude gutxiengo judu, kristau edo afrika subsahariarraren eragina duten erlijioak. Ekonomia arloan, modernizazio prozesuan dago. Mineral, petrolio eta gas natural erauzketa dela eta egun kontinentearen aberastasunaren laurden bat ematen du.

Aurretik aipatutako datuak oinarri, gizartean ez ezik osasun zerbitzuetan ere paziente atzerritarren igoera nabaria da, sistema osoarentzat erronka bilakatuz, erizaintzarentzat bereziki. Sektore hau baita, erabiltzaile berri hauen eragina lehen pairatzen duena, osasun zentroak zein Urgentzietako zerbitzuak osasun sistemarako lehen sarrera puntuak izanik.⁽¹⁾

Erizainek gizarte multikultural bat zaintzeko desafioa daukate. Izan ere, kulturak osasuna ulertzeko orduan garrantzi handia du, osasuna erlatiboa zein dimentsio anitzetako baita. Hortaz, erizaintzako profesionalak kultura ezberdinetako ezaugarriak kontuan izan beharko ditu osasun eta gaixotasun prozesuan zainketa oso eta holistikoa bat eskaini ahal izateko.

Immigrazioak eta osasunak duten lotura ukaezina aztertuko da jarraian datozen lerroetan, baita errealitate honetan erizainak lehen mailako atentzioan betetzen duen papera ere. Immigrazioa bere osotasunean lantzetik Magreb komunitatean, hauen nagusitasuna aitzaki, zentratzea bilatuz. Magrebtar bat gure lurraldera iristen den momentutik haren ongizatean eragina duten faktoreetara gerturatuko gara. Immigrazio prozesuak osasunean dituen eraginak errotik analizatuz hasiz komunitate honen ezaugarri esanguratsuenetan sakonduko dugu: ezaugarri sozio-familiarrak, elikadura ohiturak, buru osasuna, erlijioa, sinesmenak eta ohiturak, gaixotasun infekziosoak eta txertaketen nondik norakoak. Honela, magrebtarrak immigrante diren unetik duten osasun egoera orokorraren erradiografia bat eginez. Jarraian, harrera lurraldera iristen direnek pairatzen duten egoera legalari begirada bat emango diogu; osasun sistemaren aldetik jasotako eraginak ikusiz besteak beste.

Behin osasun egoeraren azterketa orokor bat eginda, bigarren bloke batean erizaintzaren situazioa islatuko dugu non orokorrean immigrazioarekin lotuta formakuntza karentzia bat somatzen den, komunikazioaren hobekuntza beharra eta egoerari egokitutako erizaintzaren oinarri bat.

2. HELBURUA

Immigrazioaren aurrean, erizaintzak bizi duen eragin ukaezina aztertzea eta irtenbideak bilatzea da hurrengo orrialdeen helburua. Gai zabala izanda, ikerketa zehatzak egiteko beharra dago. Horregatik, alde batetik Magreb komunitatean zentratu naiz populazioan duen nagusitasunarengatik eta baita haien kultura ezberdin zein geure lurretan pairatzen duten egoerarengatik ere. Bestalde, osasun zentroetara murriztuko dut lagina, osasun sistemarako lehen sarrera puntu nagusietako bat da eta atzeritarrekin erizaintzako sektoreak duen kontaktua nabaria baita.

Beraz, helburutzat honako hauek proposatzen ditut:

Helburu orokorra:

- Osasun zentroetan erizaintzako profesionalek magrebtar jatorriko etorkinekiko duten joera ezagutu.

Helburu zehatzak:

- Magrebtar biztanleriak etorkin den heinean pairatzen dituen osasun arazo nagusiak analizatu.
- Kultura ezaugarriek osasun-gaixotasuna binomioan duten eragina ezagutu.
- Erizaintzako profesionalek immigrazioaren aurrean aurki ditzaketen zailtasunak ebaluatu.
- Immigrazioak sortutako kultura anitzeko gizarte berriaren aurrean erizaintzaren rola eraginkorragoa izan dadin proposamenak helarazi.

3. METODOLOGIA

Lan honen garapenerako bilaketa bibliografiko bat egin da hainbat datu base kontsultatuz: PubMed, SciELO liburutegi zientifikoa, Dialnet, CuidenPlus. Honez gain, "Google académico" bilatzailea erabili da, bertatik aldizkari ezberdinetako artikulak lortuz. Bestalde, web orrialdeak, zenbait liburu edo dokumentu legal ere kontsultatuak izan dira.

Lantzen den gaia aktuala izanda eta etengabeko garapen eta aldaketan egonda, eguneratuta zeuden artikulak aukeratu dira, 2000. urterik atzerakoak zirenak baztertzuz. Hizkuntza aldetik, ingelera, gaztelera edo euskaraz zegoen informazioa erabili da. Bestalde, zenbait datu eskuratzeko (demografikoak, osasun sistemaren egoera, legedia...) Espainiar Estatu edo Euskal Autonomia Erkidegoari erreferentzia egiten dioten idazkiak hautatu dira, errealitatea gertutasunetik islatzeko.

Bilaketan erabilitako hitz gakoak honako hauek izan dira: magreb, immigrazioa, erizaintza multikulturala, islam. Bilaketa zehazteko AND, OR eta NOT operatzaile boolearrak erabili dira.

Aipatutakoaz gain, bilaketa bibliografikotik ateratako informazioa kontrastatu zein ekarpen berriak jasotzeko Donostiako osasun zentro ezberdinetako erizainekin eta magrebtar jatorriko zenbaitzuekin elkarrizketa informalak burutu dira, proiektuaren norabidea markatzen lagungarri izan direnak. Euskal Herriko Unibertsitateko Gipuzkoako campusean Erizaintzako Graduan gaiarekin lotura duen eta irakasgaia ematen duen irakaslearengandik bai ikuspuntua zein informazioa lortu da. Hau tutoretza batean elkarrizketa informala eginez zein posta elektronikoz kontaktua mantenduz bideratu da. Aipatutakoekin egungo magrebtarren immigrazio egoeraren inguruan hitz egin da; erizainen egoera eta ematen den atentzioa zein etorkizunerako bilatu daitezken estrategia berriak landuz. Jasotako esperientzia pertsonalak baliagarriak izan dira bai esku artean nuen informazioa egiaztatu, lehen mailako ikuspuntuak ezagutu eta hauek islatzeko nahia pizteko.

Lanaren orientaziorako ere jarraipena eraman duen tutore bat izan dut eta bai tutoretzaz zein kontaktu jarraituz baliatu gara. Lan honek markatuta zituen 150 lan ordu pertsonalak bete ditut bai bibliografia bilatzen, lana transkribatzen edo gidatzeko

lagungarri ziren elkarrizketak egiten. Betiere, hasieran markatutako helburuak betetzera bideratuz.

4. EGOERAREN AZTERKETA OROKORRA

4.1 ETORKINAK DIREN MAGREBTARREN OSASUN EGOERAREN AZTERKETA OROKORRA

Jarraian datozen lerrotan etorkinetan orokorrean eta Magreb kolektiboaren osasunean zehazki eragina izan dezaketen zenbait faktore aztertuko dira. Alor asko hartzen dituen gaia izaki, gai esanguratsu eta propioenak landuko dira.

Azterketa orokor bat eginez eta Estatu Espainiarreko biztanleekin konparatuz, espainolek osasun profesionalei egindako bisita kopurua etorkinena baino handiagoa dela esan genezake baita medikamentu kontsumo maila altuagoa dutela ere. Ospitaleko egonaldiei dagokionez, immigranteen kopurua espainiarrena baino %10 baxuagoa da.⁽⁶⁾ Aipatutako datu hauek gizarteko zenbait aurreiritzi baliogabetzen ditu; etorkinak hemengo osasun sistemaz abusatzera datoztela besteak beste. Bestalde, espainiarrek asaldura kroniko gehiago pairatzen dituztela ere seinlatu genezake, hauekin prebentzio praktika gehiago aurrera eramaten direla eta immigranteen komunitatearekin alderatuz planifikazio familiarreko metodo gehiago ezagutzen dituztela.^(7,8)

Zenbait ikerketen arabera⁽⁹⁾, immigranteen kolektiboak ezberdintzen dituen nolakotasunak ditu; erikortasun patroia eta osasun zerbitzuen erabilera definitzen dituena. Dena den, autoreak ez dira aipatutakoaren kausaren arrazoian ados ipintzen. Batzuentzat, informazio sisteman sartzeko ageri den informazio falta da oinarria. Beste batzuentzat ordea, ezaugarri sozial eta demografikoek dute garrantzia. Badira faktore kultural edo ekonomikoak azpimarratu nahi dituztenak ere. Argi dagoena da, erreferentzia egin berri diegun faktore guztiek edukiko dutela inportantzia osasuna osatzeko orduan eta hauek dira ondoren aztertuko ditugunak. Guzti honi, etorkin

bakoitzaren ezaugarri pertsonalak gehitu behar zaizkio, bai jatorriko herrialdekoak zein harrera lekukoak ere.

Bilaketa bibliografiko zabal bat egin ostean, Magreb kolektiboa behin harrera herrialdera iristen denean osasunean eragin diezaieken faktore komunenak detektatu eta hauek aztertuko ditugu

4.1.1. MIGRAZIO PROZESUAREN FASEAK

Migrazioa fase ezberdinak dituen prozesu bezala ulertu behar da. Fase bakoitzak osasunarentzat arrisku ezberdinak dituelarik, osasun profesionalek hauek detektatu zein testuinguruan ipini behar dituzte erantzun indibidualak emateko.⁽¹⁰⁾ Migrazio prozesua hiru fasetan banatu daiteke:

- Lehen fasea: pertsona bakarrik eta lan bila etorri ohi da. Une hau izango da zailtasun sozial, kultural, hizkuntzaren aldekoak zein ekonomikoak aurkituko dituena. Lehen etapa honetan nagusiki kontuan eduki beharreko zenbait parametro daude: jatorriko herrialdearen ezaugarriak (elikadura ohiturak, ezaugarri kulturalak...), herrialdeen ezberdintasun ekonomiko eta sozialek sortutako ondorioak (osasun zerbitzuetara sarrera mugatua, formakuntza eskasia...) eta migrazio prozesuari atxikitako asaldurak (neke fisiko zein emozionala, estresa, depresioa, etxebizitza egoera kaskarra...).

- Bigarren fasea: kultura berdinen arteko etorkinen taldeak eratzen dira eta talde sozialetan integratzen dira. Etapa honetan hutsune ekonomiko eta sozialek eragindako osasun aldaketak eman daitezke (gaixotasun infektzioak, nutrizioarekin erlazionatutako deskonpentsazioak...).

- Hirugarren fasea: gizarte berrian egokitzapen progresiboa ematen da. Osasun ikuspegitik herrialde hartzailearekin identifikatzen da.^(7,11)

Hortaz, atzerritarrek harrera herrialdean daramaten denbora eta eduki ditzaketen osasun arazoak erlazonaturik daude. Hau dela eta, osasun profesionalen ikuspegitik etorkinen beharrei erantzun egokia emateko helburuz, kontuan hartu beharreko faktore bat da. Atzerrian daraman denbora kontuan hartuz, bizitzen egon

daiteken egoera ulertzeaz gain fase ezberdinetan eman daitezken osasun arazoekin lotura bilatuz.

4.1.2 OSASUN EGOERA OROKORRA

a) Ezaugarri sozio-familiarrak

Lan baldintza prekarioak, legez kanpoko egoera edo egoera legal ezegonkorra, etxebizitza eskuratzeko zailtasunak, isolamendu soziala eta aurreiritzi etnikoak testuinguru fisiko, instituzional eta soziokultural berrira moldatzean aurkitzen dituzten arazoetako batzuk besterik ez dira. Guzti hauei, gizartearengandik jasotako laguntza urria gehitu behar zaio, espainiarrena baino baxuagoa dena. Zenbait ikerketen arabera, aipatutakoak efektu negatiboa eragiten du osasunean eta estres patogeno maila altuarekin eta osasun pertzepzio txarrarekin lotura zuzena du.^(12,13)

Marokoa-rekin zehazki aurrera eramandako estudio batek⁽¹⁴⁾ Euskal Herrian bizi diren eta Marokon bertan bizi direnen arteko konparaketa bat egiten du. Euskal Herrian bizi direnek haien jatorriko herrialdekoek baino osasun adierazle batzuk hobeto badituzte ere, antsietate eta koadro depresiboak maiztasun handiagoarekin dituztela erakusten du. Esandakoa, estatus sozial eta gizarte sostengu baxuarekin lotuta dago.

Lan osasunari ere erreferentzia egin beharko genioke, magrebtarrek pairatzen dituzten lan baldintzak osasun asaldura askoren jatorri baitira. Gehiengoek eraikuntza eta nekazaritzan egiten dute lan. Alde batetik, teknologiaren inguruko informazio faltak arrisku talde bilakatzen ditu. Bestalde, lan baldintzekin erlazioa duten zenbait patologia azpimarratuko genituzke: patologia neurologiko eta arnas arazoak (produktu toxikoekin kontaktu jarraitua izateagatik), sindrome antsioso-depresiboak, lan istripuak eta patologia traumatologikoak. Lan ordu kopuru handia ere osasun zerbitzuetara joateko zailtasuna da, osasun egoeraren jarraipena zailduz.⁽¹⁵⁾

Lehen mailako atentzioan, familiaren erlazio eta egitura aztertzea berebizikoa da, gizarte sostengurako eta estres maila gutxitzen duen faktore nabaria baita. Horrez

gain, informatzeko garaian familiak betetzen dituen rola ezagutzea ere interesgarria izango litzateke, erizainaren jokabidea bideratzeko.

Magreb kolektiboan egitura familiar patriarkarra da nagusi, familia zabal batean oinarriturik dagoena. Tradizionalki, gaixotasunean familia sostengua da baita zainketa espiritualak ematearen arduradun. Hauek errezatu behar baitituzte gaixoa osatzeko Koranak agindutako errezoak. Normalean, aita familiaren ordezkari nagusia izan ohi da; hura ez balego semea izango litzake. Ondorioz, gizona izango da informazioa jaso eta erabakiak hartuko dituena. Emakumea ordea, zainketak emateko arduraduna izango da.

Adineko pertsonen irudia ohoretua izaten da. Koranak haien gurasoek aurretik emandako zainketak erantzun eta bueltatzera gomendatzen die. Hau dela eta, komunitate honetan erresidentziak ez daude guztiz onartuta.⁽¹⁶⁾

b) Elikadura ohiturak

Musulmanentzat eta hortaz, magrebtarrentzat, elikadura eta erlijioa guztiz lotuta daude. Islam erlijioaren Koran liburu sakratuak musulmanen betebeharrak biltzen ditu, elikaduraren ingurukoak besteak beste; onarturik dauden ("halal") eta ez dauden ("haram") elikagaiak adieraziz. Debekatuta dauden elikagaien artean txerri haragia, "halal" arauak jarraitu gabe sakrifikatzen diren animaliak eta edari alkoholikoak nabarmentzen dira.

Musulmanek jarraitu beharreko dietaz gain, bada elikaduran garrantzia duen eta osasun profesionalek kontuan hartu behar duten beste alderdi bat. Koranak Ramadan hilabetea (arabiar ilargi-egutegiko bederatzigarren hilabetea) egin beharreko baraualdiaren inguruko aginduak ematen ditu. Behin pubertaroan sartuta daudenek egingo dute eta baraualdia eguzkia ateratzen denetik sartzen den uneraino mantenduko da. Hala ere, aipatutakoa gaixo larri edo kronikoek, haurdun, edoskitzaroan ala hilekoarekin dauden emakumeek, agureek eta bidaiatzen edo lan gogorrak egiten ari direnek zertan betetzeko beharrik ez dutela ere aipatzen du. Ramadan hilabetea zehar egunez jatea debekaturik egoteaz gain, ez da posible ez edatea, erretzea, perfumeak erabiltzea, sabelera heltzen diren edo otorduak

ordezkatzen dituzten medikamenduak hartzea eta ezta erlazio sexualak mantentzea ere.⁽¹⁷⁾

Hau dela eta, hilabete horretan zehar zenbait tratamendu moldatu beharko dira. Batetik, Ramadanean botikak hartzea erabakitzen duten horiei (jatea eta edatea ekiditean guztiak ados badaude ere, medikazioaren inguruan iritzi ezberdinak ageri dira), tratamendua egunsentia aurretik eta behin eguzkia sartzen den momentuan hartzeko jarraibideak eman beharko zaizkie.

Beste alde batetik, atentzio berezia ipini beharko da diabetesa pairatzen dutenengan. Izan ere, egunean zehar mantendutako baraualdiak hipogluzemia jasateko arriskua areagotzen du. Ondorioz, tratamendu farmakologikoan zenbait gomendio kontuan hartzea komeni da:

- Goizaldeko baraualdian akzio azkarreko intsulina utzi eta intsulina geldoa mantendu.
- Intsulina azkarra eguneko bi otorduetan administratuko da.
- Ez da intsulina geldoaren dosia kantitate handian jaitsi behar, intsulina gabezia ageri den baraualdiak zetoazidosirako probabilitatea handitzen du.

Horrez gain, glukosa aparailua zein pilulak soinean eramatea edo neurrizko ariketa fisikoa egitea hipogluzemieiei aurre egiteko osasun profesionalek eman beharreko beste gomendio batzuk dira.⁽¹⁸⁾ Diabetesa ondo kontrolatuta daukaten gehiengoak baraualdia aurrera eramateko gai izango dira. Baina, arriskutzat ikusiko balitz (bihotzeko edo giltzurrunetako konplikazioak dituztenengan adibidez) argi informatu behar da.

Ramadan garaian, baraualdia betetzen dutenak ez dira txertatzera joango. Hau dela eta, txertoa eguzkia ezkutatu arte edo hilabete bukaeraraino atzeratuko da.⁽¹⁹⁾

Migrazio prozesuan zehar, elikaduran ematen dira aldaketa gehien. Hau dela eta, elikaduran eragina duten ezaugarri kulturalak ezagutu eta immigranteek hala nahi izanez gero horiek mantentzen saiatu behar gara; kulturalki egokiak diren zainketak emanez. Garrantzitsua da pazientearen nahiez informatuta egotea (Ramadana beteko duen ala ez, mantendu nahi dituen elikadura ohiturak...), eta honen inguruan informazioa ematea. Azkenik, kontuan izan behar da elikadura ohiturak aldatzea

benetan zaila dela kulturarekiko eta talde sozial batekiko atxikimendua adierazten duelako.

c) **Buru osasuna**

Immigranteen osasuna aztertzeko garaian buru osasuna aintzakotzat hartu beharreko aspektua da. Hortaz, lehen mailako atentziorako ere erronka bilakatzen da, immigranteen artean komunak diren gaitz mentalen inguruan aholkatu, prebenitu eta tratatzeko. Aurretik aipatuta bezala, migrazio fase bakoitzean asaldura ezberdinak ageri direla kontuan izan behar dugu, eragina duten faktoreak klinikoki aztertuz. Etorकिन osasun maila harrera herrialdekoena baina hobea izatetik bertan egotearen poderioz okertzen joaten dela baieztatzen dute zenbait estudiok.^(11,20)

Beraz, migrazioa arrisku faktoretzat har dezakegula argi dago zenbait arazo psikologikoren erro bilakatuz. Etorकिन gehiengoari eragiten dion “*Ulises Sindromea*” azpimarratuko dugu; migrazioaren doluak (familia, hizkuntza, kultura, lurralde, estatus sozialaren doluak) eragindako estres egoera limiteari erreferentzia egiten diona. Behin harrera herrialdera iristean garatuko da eta lau faktore nagusik baldintzatuko dute: bakardadeak (familia atzean uztearen ondorioz), porrot sentimenduak (lan merkatuan sartzeko zailtasunengatik), beldurrak eta bizirauteko borroak. Situazio honek gaitzak bere kabuz sortzen ez baditu ere, zenbait patologia psikologiko garatzeko oinarri izango da edo ezkutuan mantentzen zeudenak azaleratzeko, trastorno psikotikoak adibidez. Hortik etorriko dira migrazio kolektiboak gaitz psikotikoetan dituen tasa altuak.^(21,22,23)

“*Ulises Sindromea*”ren atzetik etor daitezkeen patologien prebentziorako lan garrantzitsua egin behar du erizaintzak. Hortaz, eduki emozionala duen interbentzio psikoedukatiboa aurrera eramango da aurrerago garatu daitezken patologia psikologiko edo psikotikoak ekiditeko helburuz.⁽²⁴⁾

Aspektu kulturalak berebiziko garrantzia du prozesu diagnostikoan. Sindrome psikiatrikoak unibertsalak badira ere, hauen espresio klinikoa kulturarekin lotuta baitago.⁽²⁵⁾ Honen ondorioz, diagnostiko egokia egin ahal izateko pertsonaren kultura

ezagutu beharko da, pairatzen dituen egoera ezberdinak espresatzen dituenean era egokian interpretatu ahal izateko besteak beste.

d) Erlijioa, sinesmenak eta ohiturak

Erlijioak osasunaren alorrean zati garrantzitsu bat betetzen du. Hori dela eta, haren konnotazio komunitario zein espresio indibidualari erreparatu behar zaio. Erlijio eta sinesmenek osasuna ulertzeko orduan eragina dute baita gaixotasunarentzat azalpen bat bilatzeko garaian ere. Magreb komunitatearen gehiengoa musulmana den heinean, Koranean oinarritzen ditu bere sinesmenak eta bertatik abiatuko dira osasun-gaixotasun prozesuaren aurrean hartutako jarrerak.

Islama Kristautasun eta Judaismoarekin batera munduko erlijio monoteista nagusien artean dago. Ekialde ertain, Afrika eta Asiako herrialde askotan fede dominatzailea da. Dena den, musulmanak ez dira talde homogeen bat, izan ere mundu guztian zehar barreiatuak daude. Hortaz, guztien arteko praktika komunak badaude ere, jatorri kultural, politiko, sozioekonomiko eta etniko aniztasuna nabari da.

Musulmanen liburu sakratu den Koranak sinestunek bete beharreko zenbait arau markatzen ditu:

1. Fedea: Ala jainko bakarra da eta Mahoma bere profeta.
2. Orazioa: Egunean bost aldiz Mekara orientatuta belauniko errezatu behar da: eguzkia atera aurretik, eguerdian, arratsaldean, eguzkia sartzen den unean eta gauean. Meskitan banatuta ipintzen badira ere, bai gizon zein emakumeek errezorako erritu berdina jarraitzen dute.
3. Ramadan hilabete sakratua bete.
4. Pobreei limosna eman.
5. Bizitzan behin gutxienez Meka-ra erromes joan. Ramadana amaitu eta 70 egunera egin ohi da gutxi gora behera (*jadye*).

Gaixotasunaren kontzeptua, pertsona eta bere fedearen arteko erlaziotik ateratzen da. Gaixotasuna gorputza eta arimaren arteko desoreka bezala ulertzen dute eta erlijioak markatutako arauak ez betetzearen ondorioztat ere hartu dezakete.

Osasuna eta gaixotasuna terminoak ugariak dira testu erlijioso islamikoetan, Koranean besteak beste. Liburu sakratuan, osasun-gaixotasun kontzeptuak lehenik pertsonaren dimentsio espiritualari egiten dio erreferentzia, hau garrantzizkoena bilakatuz; jarraian aspektu fisikoak etorriko dira. Osasuna musulmanak bere bizitzan zehar duen betebeharrak bezala ikusten da. Honela, pertsona osasun eta gaixotasunaren arduradun eginez, Ala-k eman dion dohain baten arduradun alegia.⁽¹⁶⁾

Errezoei dagokienez, nahiz eta gaixo dagoena errezatzera beharturik ez dagoen, pazienteak hura betetzearen nahia izatea posible da.

Intimitateari errespetua edukitzea oso baloraturik dago, emakumearen aldetik batez ere. Emakumea bere gizona edo gertuko familia ez den beste gizon batekin bakarrik egotea ez dago erlijiosoki onartuta. Hau dela eta, azterketa fisikoan zehar gizona emakumearekin batera egotea gerta liteke. Sexu berdineko profesionalak tratatzea nahiago dutela azpimarratuko dugu; bai emakume zein gizonezkoetan esplorazio fisikorako erakusten duten lotsa altua da. Esploraziorako zailtasunen gehigarri dira janzkeraren inguruan musulmanek dituzten sinesmenak; desioa piztu dezaken jantzi oro debekatuta baitago. Tradizionalenak burutik orkatiletaraino estalita joan ohi dira, aurpegia soilik bistan utzita.

Orokorrean mendebaldeko medikuntzan konfiantza daukate. Hala ere, bertara sarrera zaildua dagoenean medikuntza tradizionalerako (medikuntza naturalarekiko errespetu handia dute) zein automedikaziorako joera eduki ohi dute. Haien herrialdean ere medikamentuak eskuratzeko zailtasunak eta hauen prezio altuak aipatutakoetara jotzea dakarte ondorioztat. Hortaz, tratamenduen jarraipen egokia egiten ari dela ziurtatzea zein medikamentuak eskuratzeko baliabideak erraztea erizaintza aldetik garrantzi handikoa da. Osasun profesionalen aldetik jasotako informazioa ulertu dela aseguratzea ere automedikazioa saihesteko puntu garrantzitsua da.⁽¹⁵⁾

Odol-transfusioak eta organo transplanteak onartuta daude, bizitzaren iraupenerako kolaboraziotzat hartzen baitute. Gorputzaren diseinua onartzen bada ere (kirurgia plastikoa, ortopedia, autopsiak...), ikerketarako eginez gero baztertuta geratzen da.

Sexuarekin lotura duten kontzeptuez hitz egiteko garaian, gai hau haien kulturaren tabua dela aintzat hartu behar dugu; leuntasun eta arreta handiz tratatuz. Honek jarraian aztertuko ditugun ondorio aunitz dakartza atzetik, erizaintzaren intereserako direnak.

Gaixotasun sexualak sekretuan eraman ohi dira askotan automedikaziora joaz. Hilekoa ere ez da libreki tratatzen den gai bat. Emakumeak hilekoa daukanean besteei ezkutatzear gain, ez du ez errezatzeko, barautzeko, leku sakratuetan sartzeko, erlazio sexualak edukitzeko ezta Korana ukitzeko eskubiderik.

Birjintasuna sozialki positiboki baloratzen den auzi nabarmena da. Islamak ezkontza aurreko erlazio sexualak debekatzen ditu, gizartean onartezinak izanda.

Honekin lotuta, antisorgailuak erabiltzeko zailtasunak daudela esan behar dugu. Medikuek preskribatzen duenean bakarrik justifikatuta dagoen teknika bat da, osasunarentzat onuragarria den kasuetan erabiliz. Izan ere, jainkoak soilik gurasoei haurrak emateko boterea duenaren aipuan sinesten dute.

Tradizionalki, antzutasuna ezkutuan mantentzen zen gai bat izan da. Hala eta guztiz ere, aipatutakoari aurre egiteko espezialistarengana jotzea gero eta ohikoagoa da. Dena den, islamean espermaren ematea debekatuta dago. *In vitro* teknika eta intseminazio artifiziala gizonaren esperma bakarrik erabiltzen denean ematen da ontzat.

Ablazioa ematen ez bada ere (ez du Koranak onartzen eta islamak kondenatu egiten du), gizonetzkoen zirkunzisia erlijioarekin estuki lotuta dagoen erritua da. Honetarako adin zehatzik ez dago baina pubertaroa aurretik egin beharko da.

Orokorrean, haurdunaldiaren jarraipen eskasa eramaten da, osasun zentrora haurdunaldia nahiko aurreratuta doanean iristen baitira. Eraldiaren jarraipen egokia eramateko beharraren kontzientzia eskasa nabari da immigranteen artean.

Musulmanek ehun eta hogeit hamar egun osteko fetua bizigaitzat hartzen dutela aipagarria da. Beraz, egun horiek gainditzean ematen diren abortu edo heriotzetan, fetua lurperatuta izango da. Hortaz, gurasoei eman beharko litzaieke edo familiak hala egitea eskatu dezake.⁽¹⁶⁾

Erditzeko garaian, gehiengo batek ospitaleetan egitea nahiago badu ere, zenbaitzuk (%30-40) haien etxetan egiten dute, erizain baten laguntzaz. Gizonak ez du erditzean parte hartzen, ez baita bertan egoten. Momentu hauetan ere, emakumeek sexu berdineko profesionalengatik tratua jasotzea nahiago dute. Jaiotza ondoren, nahiz eta zonalde urbanoetan ohikoa ez izan, badira haurraren plazenta lurperatu nahi izaten dutenak.⁽⁸⁾

Erditzearen eta ondorengo zainketak familia batetik bestera aldakorrak izan ohi dira eta normalean emakumeak zuzentzen ditu, haren ardurapean ematen dira. Jaioberriarekin bete beharreko zenbait erritu existitzen dira; haurrari belarrira zenbait bertso errezitatzen zaizkio edo amak tradizioa jarraituz, erditu ondorengo hamar egunetan ezingo du dutxarik hartu. Amuletoen erabilera, bataioa, bildotsaren sakrifizioa edo haurraren burua afeitatzea ere indarrean jarraitzen duten beste zenbait erritu dira.⁽²⁶⁾

Edoskitzearen aldekoak dira eta familiaren gertuko senideren batek haren haurra edoskitzea ere ohikoa da Magreb kolektiboaren artean. Honez gain, tendentzia orokorra haurrei helduen elikadura behar baino lehen administratzea da; haurraren dietaren inguruan osasun sisteman dauden gomendioekin bat ez eginez.

Azkenekoz, haurdunaldian zein ondorengo prozesu guztian zehar erabili ditzaketen etxeko sendagai naturalak aintzat hartu behar dira; zenbait infekzioren sortzaile izan baitaitezke.

Heriotza Ala-k zuzenduriko akzio bezala hartzen dute, bizitza eternoaren hasiera izango dena; zoriontasuna eta bakea aurkituko duten unea. Koranak dioenez bizitza heriotza ondoren etorriko den betiereko bizitzarako prestaketa da. Fede handiko familiek heriotza jainkoaren erabakitzat hartuz, hau onartu dezakete. Hala eta guztiz ere, heriotza bizkortu dezaken edozein ekintza mediku onartezina da musulmanentzat; baita eutanasia ere. Gorpuaren errausketa guztiz debekatuta dago, bekatutzat hartzen da.^(7,26)

Erlijio islamak osasunean duen eragin ukalezina aztertu ostean, arreta handiz tratatu beharreko gaia izan beharko dela nabaria da; komunitate honen tradizioak kontuan izanda hauek errespetatu eta mantentzea sustatuz. Osasun profesionalen

aldetik komunitate zehatz baten eta hortaz Magreb komunitatearen ohitura zein ezaugarri erlijiosuez informatuta egoteak berebiziko garrantzia du, ildo egokitik informatu (sinesmenak urratu gabe) zein sortu daitezken zenbait arazo saihesteko (automedikazioa, gaixotasunen ezkututzea...). Erlijio eta sinesmenek osasuna ulertzeko ikuspuntu ezberdinei bidea irekitzen dienez geroztik, osasun-gaixotasun binomioa era ezberdinetan tratatu ahal izateko aukerak izan behar ditugu erizainok, pertsona orori zainketak moldatzeko.

e) Gaixotasun infekziosoak

Etorकिनak gaixotasun infekziosoen eramaile direnaren inguruan aurreiritziak ageri dira, itxura hori baitaukagu gure buruetan. Inportatutako gaixotasunen gehiengo tropikalak dira eta %15a osatzen dute ordea. Gainera, egoera aproposak ematen ez direnez (bektore eza, klima ezberdina...), hauek transmititzeko arriskua minimoa da. Gehienetan, harrera herrian denbora asko daramaten immigranteek pairatzen dituzte gaixotasun infekziosoak. Harrera herrialdean pasa duten denboran zehar immunitate naturala galdu eta jatorriko herrialdera bidaiatzen dutenean kutsatuak izaten direla eta. Edo immigranteen semeengan ere ematen dira; haien herrialdera immunitate eta profilaxi gabe bidaiatzen dutenean.^(1,16,27)

Gaixotasun infekziosoak behin harrera lurraldera heltzean pairatzen dituzte; hauek kolektibo honen bizi kalitatearekin zuzenki erlazionaturik daude, higiene faltarekin batez ere. Arnas aparatuko eta digestio sistemakoak izaten dira patologia nagusiak. Higiene faltagatik ageri diren aho zein hortzetako gaixotasunak ere ugariak dira.

Gaixotasun infekziosoen artean tuberkulosiak aipamen berezi bat merezi du. Europar Batasuneko herrialde askotan, tuberkulosiaren jakinarazpenetatik erdia baino gehiagok tasa altuak dituzten herrialdeetatik etorritako atzerritarrei dagokie. Gure lurraldeko zenbait zonaldeetan tokiko populazioaren aldetik beherapen bat nabari da, immigranteen artean igoera sumatzen den bitartean. Gaixotasun hau, ez dago immigrazioaren egoerari horren lotuta, jatorriko herrialdeari baizik; esan bezala askotan bertako pobrezia egoerak transmisiorako baliabideak errazten baititu. Hemengo

lurretan latente zegoen gaixotasun hori garatzea posible izango da bizi duten egoera sozio-ekonomiko kaskarraren ondoriozko higiene faltak bideratuta. Osasun atentziorako zailtasun gehigarri bat dauka; tratamenduaren iraupen luzea alde batetik eta patologiak berak atxikita daraman errefusa soziala, lotsa dakarrena. Erizaintzaren aldetik, esandakoak kontuan hartu eta lantzeaz gain, tuberkulosiak sortzen dituen sintomak gogoraraztea komenigarria izango litzateke lehen bait lehen detektatu eta honen zabalpena saihesteko. Pazientearekin kontaktuan egon direnen artean kimioprofilaxia aurrera eramatea ere lehen atentzioko osasun profesionalen erronka da.⁽⁷⁾

Hortaz, immigranteengan tuberkulosiaren kontrola egiteko ondorengo pausuak jarraitu eta aintzat hartuko ditugu; lekuko biztanleriarekin jarraitu beharreko prozesu bera izango dena:

1. Diagnostiko azkarra.
2. Tratamendu egokia bete (gainbegiratuta izan behar den ala ez baloratu).
3. Kontaktuen ikerketa.
4. Arriskuko populazioan tuberkulosi latenteadunek tratamendua bete.

Sexu bidez transmititzen diren gaixotasunen inguruan datu iturri ezberdinak tasa desberdinekin ageri dira. Hala ere, Magreb komunitatekoek biztanleria autoktonoaren HIES tasa antzekoak dituztela esan dezakegu, B hepatitis eta sifilian datu altuagoak dituztelarik. Dena den, Magrebeko herrialdetan HIES tasa altuak daude eta urtez urte Euskal Autonomia Erkidegoko tasek ere gora egiten dute. Bestalde, sexu bidez transmititzen diren gaixotasunen infekziorako populazio ahula dela azpimarratu behar dugu; prostituzioak eta maila sozial baxuak eraginda.^(15,28,29)

f) Txertaketa

Txertaketan arloak aipamena merezi du, izan ere magrebtarrek txertaketa egutegi ezberdinak izateaz gain, egutegian ageri ohi diren defizitetan erreparatu behar da; askotan egiaztatze dokumentazio galera ageri baita. Ondorioz, txertatze egoeraren eguneratzea emateaz gain programa betetzearen garrantzian tematu beharko luke erizainak.

Euskal Autonomia Erkidegoan orain arte populazio osoarentzat indarrean zegoen BCG txertoa 2013. urtetik aurrera zenbait arrisku taldera soilik murriztuko da. Horien artean, tuberkulosi tasa altudun herrialdetako familiak aurkitzen dira (100.000 biztanleko 40 kasu baino gehiago) edo herrialde horietara 3 astetik goragoko denbora tartean frekuentziarekin bidaiatzen dutenak. Aipatutakoei bazterketa sozial arriskuan dauden familiak, IHESA duten ama edo beste zenbait arriskuzko egoera bizi dutenak gehituzko genizkieke. MOE-aren arabera, Magreb komunitatea arrisku talde hauen barruan dago. Hau dela eta, jaioberriak BCG-z txertatzea gomendatzen da.⁽³⁰⁾

Txertaketa historiaren berrikustea praktika sistematikoa bat izan beharko litzateke; ez pediatria arloan soilik, baita helduen kontsultan ere. Komunitatean indarrean dagoen egutegia izango da erreferentzia eta bertan ematen diren aldaketen jakinaren gainean egon beharko da erizaina. Beste herrialde batetik datozenek EAEko haur edo helduen txerto berdinak jaso beharko dituzte.

Txertaketa egokitzapen prozesu berdina jarraituko da egutegiaren jarraipen zuzena ez eramatearen arrazoia aparte utzita; bai hutsegite arrazoiengatik edo beste herrialde batetik etorri izanagatik bada ere alegia. Immigranteekin, eta ondorioz magrebtarrekin, dakarten dokumentazioa baloratuko da, dosien arteko denbora tarte minimoa aintzat hartuz. Hortaz, erizainak honako jarraipenak beteko ditu txertaketa egutegia bete gabe edo hau beranduago hasten dutenek era egoki batean bete dezaten:

- Txertatu gabekoak: txertaketa adinaren arabera hasi behar da.
- Atzeratutako edo bete gabeko txertaketa: egutegia eguneratu bai adina eta aurretik jarritako dosien arabera. Jarritako dosia baliogarriztat hartzen den dosia da. Ez da berriro ere txertaketa hasiko, etendako momentutik jarraituko da.
- Dokumentazio falta edo haren baliotasunaren inguruan duda badago, adinaren arabera emango zaio hasiera txertaketa egutegiari.
- Elgorri eta hirukoitz birikoaren txertoaren administrazio datan erreparatu behar da, 12 hilabeteen aurretik emandako dosia baliogabetuko da.⁽³¹⁾

Euskal Autonomia Erkidegoan txertaketa egutegira egokitzen direnen txerto pauta jarraian dagoen taularen arabera segituko dugu; kaptazio unean ipinita eduki behar den edo ipini behar den dosia agertzen baita (I. eranskina). Hortaz, pertsonaren adinari dagokion zutabearen ageri den pauta jarraituko du erizainak. Dosien denbora tarte minimoa errespetatuz betiere, eguneratze kronologikoa heldu bitartean. Orduan, gainontzekoen egutegi bera jarraituko du.

4.1.3 OSASUNA ETA LEGERIA

Gure gizartean lan egin ala bizitzeko dokumentu legalak eskuratu edo mantentzea, dudarik gabe, magrebtarrek orokorrean agertzen duten kezka nagusienetako bat da, eta ez bakarrik egoera irregularrean daudenak. Paperak lege barnean edukitzeak deportatua ez izatearen segurtasuna ekartzeaz gain, eguneroko kudeaketa eta jarduera ugari errazten ditu zeinak dokumenturik gabeko pertsonetan oztopotsuak izan ohi diren.

Honen inguruan milaka egoera ezberdin daude: muga pasa aurretik egoera legala lortzen dutenak, harrera herrialdean lortzen saiatzen direnak, eroskeria tarteko darabiltenak... Lege barruan herrialde berrira sartzea lortu duten ia guztiak aldi baterako baimenarekin datoz eta hau denbora batean iraungitzen da. Dokumentua berritzea ez da erraza izaten ezta beti posible ere; zaila baita egoera lege barruan mantentzea.⁽²⁾

Legeriak Magreb kolektiboaren osasunarengan duen eragina zehazki aztertzeak merezi du. Immigrante diren unetik, zati handi batek sekzio berezia osatzen du osasun atentzioaren aldetik. Gainera, azken urtetan eman diren erreformek guztiz eragiten diete talde honi.

Espainiar Estatuan legeri aldetik azken urtetan osasun turismoa delakoa ekiditeko eman diren aldaketek zuzenean eragiten diete immigranteen kolektiboari. Izan ere, apirilaren 20ko 16/2012 lege dekretuak osasun zerbitzuetara aldaketak ekarri zituen. Ordura arte, estatuko immigrante kolektiboak egoera erregularrean edo ez egon arren, espainiarren eskubide berdinak zituen osasun asistentzia aldetik. Indarrean sartu zen lege berriarekin ordea, baimenik gabeko etorkinek edo erregistratu gabekoek

egoera batzuetan soilik jaso dezakete asistentzia: urgentzia egoeretan, haurdun dauden emakumeek edo 18 urtetik beherakoek.^(32,33)

Aipatutakoa, bazterketa sozial edo segurtasun ezerako arrazoi bilakatzen den heinean osasunarentzat arrisku faktore gehigarri izan daiteke. Beste alde batetik, osasun sektoreari erreferentzia eginez, dekretu honek osasun profesionalen printzipio etikoak urratzen dituela aipatu behar da; hauen betebeharrak batzuk bizitza mantendu eta sufrimendua gutxiagotzea baitira.

Guzti honek begi bistakoa den bezala magrebtarrei eragiteaz gain, osasun zentroetan zailtasunak ekarriko ditu; gaixotasun kronikoen jarraipena eragotziz batez ere. Orokorrean osasun zentroetara gaixotasuna aurreratuta dagoenean joateko ohitura dute eta dokumentu legalik gabekoek gerturatzea saihesten dute deskubritua izan eta aberriratzearen beldurraren ondorioz.⁽¹⁶⁾

Honetaz gain, osasun zentroetan informaturik egotea beharrezkoa da izan ere bertara joko dute Osasun Txartela eskuratu nahi dutenek. Euskal Autonomia Erkidegoan adibidez Osakidetza ematen duen informazioaren arabera, lehen aldiz asegurantza publikoa eskuratzeko bakoitzak bere osasun zentrorra jo behar du. Informazio gisa, aurkeztu beharreko dokumentazioa honako hau izango da:

- Erroldatze ziurtagiria.
- Nortasun Agiri Nazionala.
- Gizarte asegurantzako kotizazioaren agiria.
- Adin txikikoek: familia liburua.⁽³⁴⁾

Magreb kolektiboak gure lurretan pairatzen duten egoera sozialaren eraginez aipatutako dokumentuak eskuratzeko zailtasunak aurkituko ditu. Hau aurretik aipatutako lege berriari lotuz, hein batean osasun atentzioa izateko oztopoak edukiko ditu.

Legeriaren atalean gaudela aprobetxatuz, magrebtarrei eragiten dien Erizaintzako Kode Deontologikoko artikulua batzuk berreskuratu nahiko nituzke.⁽³⁵⁾

- 4. Artikulua: “... *Por ello, la Enfermera/o está obligada a tratar con el mismo respeto a todos sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud*”.
- 6. Artikulua: “... *las enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta*”.
- 32. Artikulua: “*Los proyectos y programas de promoción de la salud han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos*”.

Hortaz, bezeroaren arraza, sexu, adina, erlijio, nazionalitate, iritzi politiko, egoera sozial edo osasun egoera bazterketa gabe erizainak hauek errespetatu eta beharrezko zainketak ematera beharturik daude.

4.2 ERIZAINZAREN EGOERAREN AZTERKETA OROKORRA

Osasun zerbitzuak zein bertako erizainak gizarteko egoera berrira egokitzeko prest egon behar dira; kultura ezberdinak zaintzekora alegia. Erreferentzia kultural ezberdinak dituzten pertsonak elkarbizitzan dauden gizartean, erizaintzako profesionalak modu eraginkor batean komunikatzeko gai izan behar dira. Are gehiago, gaixotasun eta osasun prozesuetako ezaugarri kultural ezberdinak ezagutu eta kontuan hartu behar dituzte. Osasun-gaixotasun prozesuan kulturak gidatutako erantzunak eraikitzen direla kontuan hartu behar dugu; gaixotasuna era konkretu batean bizitzea eraginez.⁽¹⁶⁾

Gaur egungo egoera aztertu eta bilaketa bibliografikoa egin ostean, erizaintzaren arloan kulturalki kompetenteak diren zainketak aurrera eramán ahal izateko faktore garrantzizkoenak aztertuko ditugu: formakuntzaren beharra, komunikazio eraginkorra sustatzekoa eta kultura eta zainketek bat egiten duten erizaintzaren modelo bat oinarritzat hartzearen garrantzia. Honela, kulturalki kompetenteak diren osasun zerbitzuak izango genituzke; gutxiengo etniko baten kideek beren sinesmen kultural eta erlijiosoekin armonian daudela sentitzen dutenean.⁽³⁶⁾

4.2.1. FORMAKUNTZA

Immigrazioaren fenomenoak erizainengan ikasleetatik hasita du eragina. Izan ere, kulturaren inguruko gaitasunak landu beharrekoak dira; ezagutza berriak eskuratzeko beharra sortuz.⁽³⁷⁾ Tamalez, gaur egun erizainek duten hezkuntza ez dator egungo egoera multikulturalarekin bat. Erizaintzako profesionalak estatu mailan dauden talde ezberdinen sinesmen eta praktiken inguruan ezagutza minimoak eduki beharko lituzteke.⁽³⁸⁾ Baina, talde kultural ezberdinen inguruko profesionalen formakuntza espezifikoa urriaren ondorioz, askotan gizarte multikultural batean zaintzeko erronkak huts egiten du.

Azken urteotan indarrean sartu den Erizaintzako Graduan ere interes gutxi ageri da ikasleek etorkizun batean kultura anitzen artean zainketa egokiak ematen behar izango dituzten tresnak erakusten. Zenbait unibertsitatek aukera askeko irakasgai edo hautazko bezala kulturarekin erlazionatutako gaiak sartu dituzte. Gaur egun egoerak duen garrantzia kontuan hartuz edukia urria geratuz. Euskal Herriko Unibertsitateko Erizaintza Graduan *Osasuna, gaixotasuna, kultura eta zainketak* delako irakasgai bat indarrean jarri da. Hau da gaiarekin lotura gehientsuen duen irakasgaia zeina 60 orduz lantzen den horietako 40 teorikoak izanda. Bertan, norberaren kulturak osasunean eragina izatearen kontzientzia lantzea da helburua, material espezifikoa goiarekin lagunduz. Gipuzkoako campusean irakasgaia ematen duen irakaslearen arabera ere nahiko urri geratzen da irakasgai bakarra eta ikuspegi orokorrekoa soilik edukitzea.

Kultura sentsibilitatea erizainen profesionalen aldetik ikasi daiteken arlo bat da. Beraz, formazio espezifikoa aurrera eramatea ezinbestekoa da. Gradu eta posgradu ikasketetan formatzeaz gain, etengabeko formazioa (lantokietan adibidez) garrantzizkoa da. Azken hamarkada honetan zainketa kulturalean espezializatutako kurtsoak sortzen ari dira, erizaintzaren kolektibotik proposamen berriak helarazten hasi diren bezala.⁽³⁹⁾

Autore gehienak erizaintzaren formakuntzan aldaketak egin eta bertan tematu behar denean ados daude. Erizaintza zainketetan ageri diren hutsuneak errotik konpontzeko modua izango litzateke.

Magreb komunitateak biztanleriaren zati esanguratsu bat osatzeaz gain, haien kulturak osasunarekin zuzenki erlazionaturik dauden ñabardurak dituela ikusi dugu; erlijioak duen pisu handia esaterako. Bestalde, immigrazioaren ondorioz pairatzen duten egoerak osasunean ondorioak dakartzala agerikoa da. Osasun profesionalak aipatutakoaren gainean egonez, gero patologiak detektatuta eduki eta egoki abordatzea garantizatuko luke.

4.2.2 KOMUNIKAZIOA

Immigrazio gehien dagoen herrialdetako esperientziak osasun profesionalek kolektibo honen aurrean duten jarrerak desberdintasunean laguntzen duela adierazten du. Honen arrazoi nagusienak; pazienteak erabakiak hartzeko duen parte hartze urria, komunikatu eta erlazionatzeko ageri diren zailtasunak eta atentzioa indibidualki egin beharrean kolektiboaren pertzepzio orokorrean oinarritzea dira.

Gure jatorri kulturelek komunikatzen garen moduan eragina dute. Paziente immigrante batentzat erizaintza sentikorra ez dela edo ezgaia dela pentsatzea ohikoa da; komunikazio erabilera ezberdinengatik gehien bat eta ez ahozko komunikazioaren ondorioz konkretuki. Emandako gomendioak jarraitzea ekiditea honen ondorioetako bat izan daiteke.

Komunikazioa errazteko baliabideak behar dira. Honekin autore gehienak ados daude eta nabarmenduenak honakoak izango lidakete: hizkuntza aniztetan dagoen materiala, itzulpengintza zerbitzua eta bitartekari kulturala.^(7,27,40)

Osasun zerbitzu ezberdinetan eta hortaz osasun zentroetan hizkuntza ezberdinetan dagoen materiala edukitzea ezinbestekoa da non osasun sistemaren funtzionamendua adierazten den, dokumentu administratiboak dauden eta osasun heziketa irakasten den. Material hau eskuragarri egon beharko litzateke eta lurralde bakoitzean presentzia handiena duten kolektiboen hizkuntzan (EAEan magrebtarrek duten nagusitasuna ikusita, arabiarrez edukitzea adibidez gomendagarria da).

Itzultzaileei dagokienez, lan honetarako familia kideak erabiltzeak arazoak ekar ditzake. Izan ere, oso gutxitan ezagutzen dute medikuntzarekin erlazionatutako

terminologia eta bigarren hizkuntzarako ez dute guztizko gaitasunik izaten. Hau dela eta, osasun zentroan prestatuak dagoen itzultzaile bat erabilgarri egon ezean, haien komunitateko kide bat bilatzea egokiena izango litzateke. Ahal dela, harrera herrialdeko bai hizkuntza zein kultura menderatzen dituen.⁽⁴¹⁾ Hala ere, lehen atentzioan zerbitzu hau eskaintzea berebizikoa da. Beharrezkoa izango den momentua aurreikusi ezin denez, itzulpen gintza zerbitzua telefono bidez egitea izango litzateke modurik bideragarriena. Teleitzulpena delako hau da egun Osakidetzan indarrean dagoena. Bestalde, pazienteen medikuen informe, txertaketa txartelak etab. bezalako osasun dokumentuak itzultzeko zerbitzu bat ere egotea mesedegarria izango litzateke. Era honetan, erizain eta pazientearen arteko ulermena erraztu eta tratamendu zein prebentzioen eraginkortasuna handituko litzateke.

Bitarteko kulturalaren figura potentziatu behar da komunitate ezberdinen arteko komunikazioa gauzatzeko. Aipatutakoa pazientearen kolektiboko norbait izan beharko da zeinak haren kultura eta hizkuntza propioa ezagutzeaz gain, harrera herrialdekoak menderatzen dituen. Haren komunitatearengatik errespetatua izatea ere garrantzizkoa izango litzake baita negoziazio gaitasuna izatea ere. Honek, erizain eta pazientearen arteko distantzia gutxituko du komunikazioa errazteaz gain. Bitarteko kulturala indartu behar da osasun zentroetan, beste herrialde batzuetan komunitate ezberdinen arteko zubi eraginkorra dela frogatu da.⁽⁴⁰⁾

4.2.3 ERIZAINZA OINARRIAK

Erizaintza zainketak abordatze holistiko bat izan arte garatu behar dira. Zainketek ikuspuntu kultural bat izan behar dute, erizaintza transkulturalaren ezagutza eta gaitasunak eskuratzea garrantzizkoa bihurtuz. Erizaintzarentzat zainketa transkulturala erronka profesional berria da. Honek, praktika profesionalean eredu biomedikoa oinarritzat hartu ordez, zainketa integral eta holistikoetan zentratuta egotea dakar.

Madeleine Leininger (1925-2012) erizaintza transkulturalaren fundatzailea izan zen, kultura eta zainketak elkartzean sortzen den arloarena alegia. Kulturalki

konpetenteak diren zainketak eskaintzea helburutzat du; balore, sinesmen eta praktika kulturalekin koherenteak diren zainketak emanez.

Leiningerrek erizaintza transkulturala honela definitzen zuen: ikertzeko arlo formal eta lana zeinak zainketak kulturaren, osasun edo gaixotasunarekiko sinesmenetan zein pertsonaren balore eta praktiketan oinarritzen dituen osasuna mantendu edo errekuperatzeko; ezintasunei eta heriotzari aurre eginez.⁽⁴²⁾

Teoria “dibertsitatea eta unibertsaltasuna zainketetan” (1991) bezala izendatzen du; dibertsitatea (zainketak era ezberdinean praktikatu, ezagutu eta sentitzen dira) eta unibertsaltasuna (zainketetan komunak diren ezaugarriak) baitira kulturaren bi alorrak.

Kulturak bizi estilo eta patrioiak definitzen ditu eta pertsonaren erabakietan eragina du. Erizaintza eta antropologia elkarlanean ipintzen dituen teoria honek pazientearen ikuspuntu eta praktikak erizainaren ezaguerekin bat egitea indartzen du. Hau da, pertsonen bizipen lokalak ezagutzeko garrantzia azpimarratzen du (*émic*) gerora kanpoko faktoreekin kontrastatzeko, erizainen praktikarekin alegia (*étic*). Izan ere, Leiningerrek kultura ezberdinetako pazienteek profesionalei informazioa helarazi zein orienta ditzaketela defendatzen zuen; desio eta nahi duten zainketaz informatuz. Honela, testuinguru ezberdinetako kultura ezaugarriei gerturatze holistikoa bat emanez.

Eguzki atera berriaren oinarria garatzen du, osasunaren zainketak emateko orduan ikuspegi kulturala duen interbentzioetarako gida dena (II. Eranskina). Hau interpretatzean, borobilaren erditik gorako zatiak gizarteari eta munduaren ikuspuntuarekiko kontzeptuei egiten diola erreferentzia jakin behar dugu. Hauek hizkuntza eta ingurunearen bitartez zainketa eta osasunean eragina dute. Aipatutako faktoreek era berean modeloaren erdialdean aurkitzen diren erizain sistemarengan eragiten dute. Bi erdiak batuta eguzki bat osatzen dute; erizainek zainketak aurrera eramateko eta osasuna baloratzeko aintzat hartu behar duten unibertsoa da.

Gizakia haren erreferentzia kultural, gizarte egitura, munduarekiko ikuspuntu, historia eta ingurunearekiko banaezin bezala deskribatzen du. Sexua, adina eta klase soziala faktore emozionaltzat hartzen dira eta erlazionaturik dauden gainontzekoak era holistikoa batean baloratuko direla azpimarratzen du, ez independenteki.⁽³⁸⁾ Teoria honen arabera, erizainen hiru zainketa ezberdin nabarmenduko dira:

- Zainketa kulturalaren zaintze eta mantentzea
- Zainketa kulturalaren moldatze eta egokitzea
- Zainketa kulturalaren birmoldatze eta berregituratzea⁽¹⁴⁾

Madeleine Leiningerrek haren teoria ezartzearen arrazoiak gogora ekartzea interesgarria da; honela, erizaintza transkulturalaren beharra justifikatuz.

1. Mundu mailan ematen ari diren migrazioek erizaintza transkulturalaren beharra agerian utzi eta handituz doan dibertsitatea ematen ari da. Jatorri nazional, erlijioso, generoarena, orientazioarena, sexual, heziketa edo estatus sozioekonomikoen ezberdintasunei beste zenbaiten artean egiten die erreferentzia dibertsitateak.
2. Identitate multikulturalaren hazkundera eman da eta jendeak osasun profesionalek haien sinesmen kultural, baloreak eta bizi estiloak ulertuko dituztela espero du.
3. Aplikatutako teknologiaren gehiegizko erabilera batzuetan pazienteen balore kulturekin gatazkan sartzen da.
4. Mundu guztian konflikto kulturalak existitzen dira zeinak osasunaren zainketan eragina duten. Gero eta kultura gehiagok elkarri eragiten diote.
5. Munduko leku ezberdinetara bidaiatu edo lanera doan gero eta jende gehiago dago.
6. Gero eta auzi legal gehiago daude osasun zentroetan konflikto kulturalaren ondorioz zainketetan ematen diren ignorantzia, inposizio edo axolagabekeria dela eta.
7. Emakume eta haurren beharrak kontuan hartzeko eskakizunek ere gora egin dute, genero arazoak suertatuz.
8. Testuinguru ezberdinetan kulturalki ezberdinak diren zainketen beharra hazi egin da.

Kulturak berdintasun eta ezberdintasunak dituelaz kontziente izatea funtsezkoa da kulturalki konpetentea den erizain edo osasun profesionala izateko. Honekin, erizaintza transkulturalaren beharraz ohartuko gara, giza ikuspuntu zabal eta holistikoa eskaintzen digun oinarriaz; migrazioak horren ugariak diren gaur egungo gizartean aproposa dena.

5. ONDORIOAK

Komunikazioaren eraginkortasunari dagokionez, EAEko zenbait osasun zentrotako erizainekin hitz egin eta nire esperientzia propioetik abiatuz, nahiz eta zerbitzuetan bai hizkuntza anitzetan dagoen materiala zein teleitzulpen zerbitzua egon, beharrezko erabilera ematen ez zaiela ikusten da. Askotan, erizaina bera baita dokumentuak ulertzeko eta osasun kartila eguneratzeko lana hartzen duena, ohitura faltagatik apika. Azkenean, bidean datuak galtzea saihestezina izanik eta gaizki ulertuetara bideratuz. Hortaz, erizainen erantzukizuna da bere zerbitzuan dauden baliabideez informatu eta behar den erabilera ematea. Erabileraren poderioz baita hauek garatzeko modua. Bestalde, gure lurraldean bitarteko kulturalaren figura oraindik indartu gabe dagoela aipatu behar da, esparru hau lantzeke geratzen delarik.

Egungo errealitateari egokitutako erizainen formakuntzan aurrerapausoak emateaz gain eta immigranteekin komunikazioa erraztu zein bitartekari kulturalaren potentzia indartzeko beharra egoteaz gain, badaude immigrazioaren ondorioz osasun zerbitzuetan suertatu diren beste zenbait egoera eta hauei aurre egiteko beharra. Gizarte berriaren aurrean erizaintzaren rola eraginkorragoa izan dadin zenbait proposamen helaraztea proiektuaren helburuen artean zegoen. Jarraian, lanean zehar landutakoekin jarraituz, beste zenbaitzuk aipatuko ditut.

Berehalako etorkizunean osasun zerbitzuen atentzio eta antolaketarako estrategia berriak planteatzera beharturik gaude. Hortaz, lehen atentzioko osasun ekipoak haren zerbitzuak egoera berrira egokitu zein estrategiak birformulatu beharko lituzke.

Lan interdiziplinarra beharrezkoa da; familia mediku, erizainak, gizarte langileak eta osasun arloan aritzen diren komunitateko organismo ezberdinen elkarlana sustatuz.⁽⁵⁾ Aurretik ere ikusi baitugu immigranteengan eta Magreb komunitatean zehazki egoera sozio-familiarrak zer nolako eragina duen osasunarengan. Egoera arriskutsu honi osasun zerbitzuetara sartzeko ikusi ditugun zailtasunak gehitu behar dizkiogu. Populazio honi osasun sistamarako sarbidea erraztu beharko litzaioke, osasun arloan diskriminazioa saihestuz. Immigrante kolektiboa Osasun Sistema Nazionalean barneratuta egon behar da, paraleloki doazen edo programa espezifikoak saihestuz. Bestalde, Osasun Sistema Nazionalean sostengu espezializatua aurrera

eraman behar da: gaixotasun konkretuak tratatzeko, osasun txartela eskuratzeko erraztasunak eskaini eta aspektu guztietan kolektibo honen erregularizazioa sustatzeko.⁽⁷⁾

Bestalde, osasun zerbitzuetara sartzeko informazioa errazten duten immigrazioen asoziazioen formakuntza bultzatu behar da. Erizaintza aldetik ere, osasunaren heziketaren inguruko kurtsu, programa edo laguntza taldeak sustatu beharko lidakete. Badira Magreb kolektiboak komunean dituen zenbait patologia edo egoera. Horiei bideratutako heziketa aurrera eramateak ondorioak gutxiagotuko lituzke.

Orokorrean Immigrazio kolektiboaren osasun beharrak adierazten dituen ikerketa zehatzak egiteko beharra ageri da. Baita honekin lotuta, kulturalki egokituta dauden galdetegiak ere.

Immigranteari zuzendutako protokolo eta gidak berebizikoak dira, besteak beste, praktika klinikoaren aniztasuna gutxitzeko. Honez gain, immigrazioarekin lotutako erizaintza diagnostikoak ere beharrezkotzat ikusten ditut, behin anitzak diren diagnostikoak detektatuta daudela.

Mugikortasun handiak osasun egoeraren jarraipena egiteko zailtasunak gehitzen dituzte. Askotan, historia klinikoaren falta ere nabaria da, hauek eguneratu behar direlarik; beharrezko azterketak eginez eta programak egokituz (txertaketa programak adibidez). Koordinazio intra eta intersektoriala hobetzeko beharra ere ikusten da; historia kliniko bakarra egotea alegia.⁽²⁷⁾

Baliabideen egokitzapen orokor bat behar dela ikusten da. Urtetik urte gure lurraldetan magrebtarren populazioa hazten doa eta oso beharrezko dugu bai osasun zerbitzuak zein bertako profesionalak prest egotea.

“Pertsonak bizi maila egoki bat edukitzeko eskubidea dauka; haren familia, osasuna eta ongizatea ziurtatuko diona eta bereziki elikadura, jantzia, etxebizitza, osasun atentzio eta beharrezko gizarte zerbitzuak” (Giza Eskubideen Deklarazioa. 25.1 artikulua). Bizitza norberaren ondasunik preziatu eta baliotsuena da; hortaz hau babestu, mantendu eta hobetzeko bideak existitu behar dira. Gizartea aldatzen doa, immigrazio fluxua dela eta etengabeko mugimenduan dago eta etorkizunera begira ere

hala jarraituko du. Osasun sistema gizartera egokitzen joan behar da eta erizainek ere betebehar hori dute, eskubide bat izaki.

Erizainek norberaren bizi estilora orientatuta egongo diren zainketak eskaintzeko erronka dute, erizaintza transkulturean oinarritutako zainketak emanez. Immigrante diren magrebtarren ñabardurak lantzea zuen helburutako bat proiektu honek eta Magreb komunitatearen kultura gertuagotik aztertzean, ezberdinak diren pazienteekin topatuko garela ikusi dugu. Hortaz, irtenbide ezberdinak eskaintzeko gai izan behar gara; aipatutakoei egokitutako gaixotasunaren prebentzio eta osasunaren promozioa aurrera eramanez. Izan ere, magrebtarrak etorkin diren momentutik immigrazio prozesuari berari lotutako asaldurez gain behin harrera herrialdean pairatzen duten egoerarekin erlazionatuta daudenak kontuan hartu behar ditu erizainak. Gainera, osasunarekin elkarreraginean dauden eta kulturarekin estuki erlazionatuta dauden aztertutako faktoreak ezagututa, hauekin lotutako patologiak detektatu eta tratatzea errazagoa izango litzateke.

Horretarako, batetik, gutxiengo etniko honen eta beste batzuren inguruko ikerketa gehiago egitea beharrezkoa da; informazio gehiagorekin erantzun zuzenagoak emateko. Bestetik erizainen kolektiboan egoera berrira bideratutako formakuntza espezifikoa sustatzea ezinbestekoa da. Honez gain, osasun sistema errealitate berrira adaptatzea berebizikoa da. Lehenik osasun zerbitzuetako sarbidea erraztuz eta jarraian kultura ezberdinetako jendea atenditzeko prest egonez.

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) Goñi CF, Laso MAM. *El inmigrante en la consulta de atención primaria*. 2008;29,1,9-25.
- (2) Fuentes Nogales J, Vicente Torrado T. *Biztanleria Magrebtarra Euskal Autonomia Erkidegoan. Egoera eta itzaropenak*. Colección Derechos Humanos "Juan San Martín": Arartekoa; 2007.
- (3) Ikuspegiak. *Immigrazioaren behatokia*; 2012. Eskuragarri: www.ikuspegi-inmigracion.net. Bisitatua: 2013/01/08.
- (4) Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta nacional de inmigrantes*; 2009.
- (5) Klaudio Harluxet fundazioa. Harluxet Hiztegi Entziklopedikoa. Donostia; 1998.
- (6) Serrano Gallardo P. *Inmigración y salud en España*. Rol de enfermería. Azaroa, 2007:7-12.
- (7) Jansà JM, García de Olalla P. *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Gaceta sanitaria. 2004;18,207-213.
- (8) Cultura y atención sanitaria. *Guía para la comunicación y la mediación cultural. Atención sanitaria a la población magrebí*. Universitat Jaume I. Eskuragarri: www.saludycultura.uji.es/index.php Bisitatua: 2013/01/20.
- (9) Vall-Llosera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. *Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona*. Revista Española de Salud Pública. 2009;83(2):291-307.
- (10) Moreno Preciado M. *La relación con el paciente inmigrante: perspectivas investigadoras*. Index de Enfermería. 2005;14(50):25-29.

- (11) Montoya Saéz PP, Torres Cantero A.M., Torija Isasa M.E. *La alimentación de los inmigrantes marroquíes en la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de alimentos.* Atención Primaria. Martxo 2001;27(4):264-570.
- (12) Morera Llorca M, Folch Marín B, Giner Esparza MÁ, Sellami K. *Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares.* Revista Clínica de Medicina de Familia. 2012;5(2):81-88.
- (13) Salinero-Fort MA, del Otero-Sanz L, Martín-Madrado C, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Rodes-Soldevila B, et al. *The relationship between social support and self-reported health status in immigrants: an adjusted analysis in the Madrid Cross Sectional Study.* BMC Fam Pract. Urtarrila 2011: 12-46.
- (14) Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. *Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain).* Gaceta Sanitaria. Abendua 2009: 23 Suppl 1:29-37.
- (15) Béjar AM. Proyecto etnia y salud transcultural. *Patología de la inmigración e influencias culturales en la etnia y salud.*
- (16) FJ Plazo del Pino. *Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería con pacientes inmigrantes Musulmanes.* Universidad de Almería: Departamento de ciencias Humanas y Sociales; 2007.
- (17) Trepanowski JF, Bloomer RJ. *The impact of religious fasting on human health.* Nutr J. Azaroa 2010: 22;9:57-2891-9-57.
- (18) Ahmed MH, Abdu TA. *Diabetes and Ramadan: an update on use of glycemetic therapies during fasting.* Ann Saudi Med. Uztaila-abuztua 2011: 31(4):402-406.
- (19) de Luna GO, Rodríguez MF. *Atención al niño de origen extranjero.* Revista pediatría de atención primaria. 2003;5(18).

- (20) Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. CMAJ. Irala 2011; 6;183(12):E959-67.
- (21) Pertinez Mena J, Viladas Jene L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Sole M. *Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona*. Aten Primaria. Urtarrila 2002;29(1):6-13.
- (22) Martí ÁP. *Influencia de los factores transculturales en las necesidades y diagnósticos de enfermería de la población inmigrante*. Estudio de casos. Cultura de los cuidados. 2012;62-67.
- (23) Achotegui Loizate J. *Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)*. Migraciones (Madrid). 2006(19):59-85.
- (24) Achotegui J. *Diversidad cultural y familia. La salud mental de las familias inmigrantes*. La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias. 2010:165-217.
- (25) Martinez Moneo M, Martinez Larrea A. *Migration and psychiatric diseases*. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Suppl 1:63-75.
- (26) Gulam H. *Care of the Muslim patient*. Australian Nursing Journal: ANJ. 2003;11(2):23.
- (27) Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. *Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia*. Aten Primaria 2006;37(3):154-159.
- (28) Osakidetza. *Recomendaciones para la Asistencia Médica al Adulto Inmigrante*. Plan Vasco de Inmigración. Urtarrila 2008.
- (29) Guerrero Espejo A, Colomina Rodríguez J. *Población inmigrante y enfermedades infecciosas*. Revista Española de Salud Pública. 2004;78(5):565-570.

- (30) Departamento de Sanidad y Consumo. Viceconsejería de Sanidad. *Vacunacion de BCG en grupos de riesgo en la CAPV a partir de enero de 2013.*
- (31) Sancho Martinez R. Curso de Vacunación para profesionales de enfermería. 2012: 62-63.
- (32) Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F. *Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.* Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2012: 10;30(8):472-478.
- (33) López-Fernández LA, Millán JIM, Ajuria AF, Cerdà JCM, Suess A, Danet AD, et al. *¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?* Gaceta Sanitaria. 2012: 26(4):298-300.
- (34) Osakidetza. *Tarjeta Individual Sanitaria (TIS).* Eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/tis_ginmi/es_grecinmi/g34.html. Bisitatua: 2013/02/15.
- (35) Gipuzkoako Erizaintza Kolegio Ofiziala/ Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa. Código Deontológico de la Enfermería Española. Eskuragarri: <http://www.coegi.org/Contenidos/Ficha.aspx?IdMenu=a2b7a503-9320-48ac-9063-07f32c7a84d5>. Bisitatua: 2013/02/25
- (36) Fernández Oliver AL, Mgueramen Jilali R, Rojas Mata M. *Enfermería y el paciente musulmán.* Enfermería sin fronteras. 2011(94):16-21.
- (37) Martí, A. *Influencia de los factores transculturales en las necesidades y diagnósticos de enfermería de la población inmigrante.* Estudio de casos. Cultura de los cuidados. 2012: 62-67
- (38) González D. *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural.* Gaceta de Antropología. 2006:22.22-32.

(39) Plaza del Pino FJ, Soriano Ayala E. *Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI*. Index de Enfermería. 2009;18(3):190-194.

(40) Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. *Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante*. Gaceta Sanitaria. 2009;23(5):396-402.

(41) Lipson JG. *Cultura y cuidados de enfermería*. Index de Enfermería. 2000:28-29.

(42) Leininger M. *Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural*. Cultura de los cuidados, Año III, n.6 (2.semestre 1999); pp.5-12.

I. ERANSKINA

Txerto-pauta E.A.E.ko txertaketa-egutegira egokitzea. Kaptazio-unean ipinita eduki behar den edo ipini behar den dosia.

TXERTO-PAUTA E.A.E.ko TXERTAKETA-EGUTEGIRA EGOKITZEA							
Kaptazio-unean ipinita eduki behar den edo ipini behar den dosia							
	6 hilabete	7-12 hilabete	13-17 hilabete	18 hilabete-3 urte	4-6 urte	7-18 urte	> 18 urte
DTP a		3 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	3 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	4 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste 4gn. dosia; gutxienezko bitartea: 6 hilabete	4 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste 4gn. dosia; gutxienezko bitartea: 6 hilabete		
PIT		3 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	3 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	4 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste 4gn. dosia; gutxienezko bitartea: 6 hilabete	4 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste 4gn. dosia; gutxienezko bitartea: 6 hilabete	3 Dosi (0-1-6 hilabete edo 12 hilabete)	
BHI		2 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1 (60 hilabetera arte)		
C Men Konjokatua		2 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste 3gn. dosia; gutxienezko bitartea: 6 hilabete	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1 (1984tik aurrera jatorakoak bakarrik)
B Hep.		3 Dosi 2gn. dosia; gutxienezko bitartea: 4 aste 3gn. dosia; gutxienezko bitartea: 8 aste	3 Dosi 2gn. dosia; gutxienezko bitartea: 4 aste 3gn. dosia; gutxienezko bitartea: 8 aste	3 Dosi 2gn. dosia; gutxienezko bitartea: 4 aste 3gn. dosia; gutxienezko bitartea: 8 aste	3 Dosi 2gn. dosia; gutxienezko bitartea: 4 aste 3gn. dosia; gutxienezko bitartea: 8 aste	3 Dosi (0-1-6 hilabete)	3 Dosi (0-1-6 hilabete) (1981etik aurrera jatorakoak bakarrik)
HB		Dosi 1 (12 hilabeteko umeak)	Dosi 1	Dosi 1	2 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	2 Dosi gutxienezko bitartea: 4 aste	2 Dosi 1981etik aurrera jatorakoak Gainerakoak dosi 1
Td						3 Dosi (0-1-6 edo 12 hilabete)	3 Dosi (0-1-6 edo 12 hilabete)
Barizela						Dosi 1. (ez Immunoak; 10 urtekoak; 1995etik aurrera, jatorakoak)	
Papiloma						3 Dosi (0-1-6 hilabete) DBHko 1. mailako neskatoentzat	
				Egutegiarekin jarraitu		Egutegiarekin jarraitu	
2008ko urtarrila							

II. ERANSKINA

Madeleine Leiningerren *Eguzki atera berriaren* oinarriaren irudia.

