

3. JARDUTEKO PROZESUAK

A) JARDUTEKO PROZESUA OSASUN ESPARRUAN EMAKUMEEKIN

Indarkeria jasan ohi duten emakumeei osasun-zerbitzuetan ematen zaie arreta. Litekeena da osasun-sistemako osasuneko langileak izatea indarkeria-ekintzak jasaten dituzten emakumeek laguntza bila jotzen dutenean aurkitzen dituzten lehenak. Emakumeek adierazi dutenez, osasuneko profesionalak izango lirateke abusu-egoeren aurrean konfiantza handiena emango lieketenak. Horregatik, lehen lerroko sostengu-erantzuna behar da jasan duten indarkeriaren ondorioz osasunaren narriadura pairatzen duten emakumeen kasuei aurre egiteko.

Beste emakume askok abusu-egoeren ondoriozko sintomekin jotzen dute osasun-zerbitzuetara, baina beren gaitzen arrazoia jakinarazi gabe. Eta horietako batzuk, gainera, ez dira konturatzen dauzkaten sintomak indarkeriarekin erlazionatuta daudenik ere.

Osasuneko profesionalek indarkeria-ekintzen berezko zeinuak eta horien ondorioak identifikatzeko behar den trebakuntza izan behar dute. Hasieran jakinarazten ez dizkietenean agerian jarri behar dituzte. Eta erantzun egokia eta integratua eman behar dute, beste erakunde batzuekin (gizarte-zerbitzuak, polizia-zerbitzuak, zerbitzu juridikoak eta abar) koordinatzeko estrategia globalaren barruan, emakumeei beren prozesuan laguntzeko.

Indarkeriaren eraginpean dauden pertsonen osasun-zerbitzu integralak eta genero-arazoekiko sentikorrek behar dituzte, indarkeriak osasunaren gainean dituen ondorioak hitzaren adierarik zabalenean aztertuko dituztenak.

Diagnostikorako eta tratamendurako jarduna funtsezko zutabea dela kontuan izanik, osasun-sistema funtsezkotzat jo behar da hiru mailatan jarduteko:

- **Prebentzioa:** zer egin daiteke genero-indarkeriako kasuen intzidentzia murrizteko? Adiera hertsian LEHEN MAILAKO PREBENTZIOA esaten zaio.
- **Detekzio goiztiarra:** zer egin daiteke kasuak goiz detektatzeko? BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA.
- **Esku-hartze profesional egokia:** zer egin daiteke arazoari aurre egin eta haren ondorioak minimizatzeko? HIRUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA.

Eta erronka horiek ez dute inongo zerikusirik osasuneko langileak kategoria profesional batekoak zein bestekoak izatearekin, lehen mailako arretaren edo ospitaleko arretaren esparrukoak izatearekin, larrialdien testuinguruan edo kontsulta programatuan, arreta anbulatorioan edo ospitaleratzean lan egitearekin.

Genero-indarkeria emakumeen osasunean eragin esanguratsua duen arazoa da. Eta hala izanik ere, ezin dugu ahaztu hertsiki osasunari dagokiona gainditu eta biltzen duen arazo sozial batean kokatzen dela. Horrek ikusmolde zabala izatera behartzen gaitu, profesional batek bakarrik ezin baitio arazoari orokorrean aurre egin. Eta osasun-sistemak ere ezin izango du bakarrik egin. Profesionalen eta zerbitzuen arteko interfazeak ardura berezia eskatzen duten eta, gutxienez, lau erronka berri sortzen dizkiguten esparruak dira beti:

- Arazoa **hasierako oinarrizko jardun** batean detektatzen duen edozein profesional eta zerbitzuren ardura da arreta.
- Osasun-laguntzaren luzetarakotasun eta jarraitutasun handieneko zerbitzuek egoki lagun egitea **sostengua eta jarraipena emateko jardunean**.
- Pazienteak bere arreta-prozesuan igarotzen dituen **beste osasun-zerbitzu eta baliabide batzuk inplikatzea**.
- Babes sozialeko sistemaren beste baliabide batzuekin, zerbitzu juridikoekin eta polizia-zerbitzuekin **koordinatzea**, arazoari alderdi guztietan eraginkortasunez aurre egiteko.

Jarduteko hiru mailak ziurtatzea eta lau erronkak gainditzeko lankidetzan jardutea da gida honen kapitulu honen zerizana.

1. LEHEN MAILAKO PREBENTZIOA

Zer egin daiteke kultura matxista batean genero femeninokoak izateagatik indarkeria jasaten duten emakumeen kasuen intzidentzia murrizteko?

Genero-indarkeria arazo sozial estrukturala da, zeharo konplexua eta faktore ugari eragindakoa. Lehen mailako prebentzioa gizartean oso sustraituta dauden arrazoi pertsonal eta komunitarioetan oinarritzen den erronka soziala da. Ildo horretan, testuinguru kultural aldakorrean berdintasunaren inguruko balioak transformatuta besterik ez da lortuko gizartea berdintasunezko jarrera eta ekintzetarantz bideratzea. Emakumeen ahalduntze progresiboak aurrera egiten jarraitu behar du, hori baita lehen mailako prebentzioak erronka hau gainditzeko begien bistan izan behar duen helmuga.

Lehen mailako prebentzioaz hitz egiten dugunean, erronka sozial bikoitzarekin lankidetzan jarduteaz ari gara:

Indarkeriazko gizartean bizi gara; indarkeria harremanak izateko eta gatazkak ebazteko erabiltzen da. Era askotan jartzen da agerian: adiskideen arteko jazarpena (bullyinga), adinekoen aurkako indarkeria, gurasoen aurkako seme-alaben indarkeria, indarkeria politikoa eta instituzionala, eta abar. Harreman-modu legitimatu gisako indarkeria estrukturalaren gainean jardun beharko dugu emakumeen aurkako indarkeriaren gainean jardun ahal izateko.



Gizarte patriarkal eta matxistan bizi gara; generoak baldintzatu egiten ditu harreman sozialak, interesak, motibazioak, jarrerak eta abar. Baita gaixotzeko modua, osasun-arreta eta zainketen antolakuntza soziala ere. Osasun-galeraren adierazpenik handiena beren bikotekideen edo bikotekide ohien eskutik egiten diren emakumeen erailketetan gauzatzen da, eta ondore fisiko eta psikologiko garrantzitsuak dituzten krudeltasunik handieneko beste adierazpide batzuk ere izaten dira. Portaera matxistek narriadura garrantzitsua sortzen dute emakume askoren osasun-adierazleetan.

Hori guztia dela eta, osasuneko langileek, botere-dinamika horren jakitun izanik, emakumeen berdintasuna, autonomia, ahalduntzea eta duintasuna sustatzeko lan egin behar dute. Emakumeen aurkako indarkeria betikotzen duten arauen gainean jardunez, pertsona gisa duten balioa indartuz, haien kontakizunak eta sintomak entzunez, sinesgarritasuna emanez eta arduraz hartuz, beren erabakiak hartzen laguntzeko.

Osasuneko profesionalek genero-ikuspegia txertatu behar dugu osasun-arazoen diagnostikoan eta tratamenduan ere. Kontuan izan behar dugu emakumeak eta gizonak ez garela berdin gaixotzen eta ez ditugula tresna berak zainketari eta autozainketari aurre egiteko. Ikerketek gero eta neurri handiagoan kontuan hartzen dituzte genero-alderdi diferentzialak. Beraz, gure laguntza-jardunbideetan txertatu behar ditugu.

Indarkeriari aurrea hartzea kontu korapilatsua da eta gizabanakoaren, familiaren eta komunitatearen esparruan esku hartzea eskatzen du. Eta osasun-sistemak hiruretan du eragina, baina ezin izango da ez bakarrik ez modu independentean bultzatu aldaketa hori. Ezinbestekoa da hezkuntza-sistema, komunikabideak, sistema judiziala eta politika horretan inplikaturik eta koordinaturik egotea. Berdintasunezko kultura bateranzko aldaketak egitura sozial osoan izan behar du eragina, eta gobernuen, instituzioen eta herritarren konpromisoa eskatzen du. Puntu horretan, plataforma sozial batzuetan zenbait kolektibok koordinaturik lan egiten dute berdintasunaren alde. Osasun-sistemak instantzia horietan parte hartu beharko du jarrera bikoitzarekin: besteek erakutsi diezaguketena ezagutzeko gure erakundera eramateko eta, bestalde, gure jakintzaren alor espezifikoak instantzia sozialetan ekartzea aldaketa bultzatzeko. Begirada komunitario horretan lehen mailako arretak funtsezko eginkizuna izango du bere esentziarengatik, profesionalen prestakuntzarengatik eta tokiko esparruetan jarduteko ahalmenarengatik.

1.1. KALTEBERATASUN BEREZIKO EGOERAK IDENTIFIKATZEA

Emakumei genero-indarkeriako egoeretan eskaintzen zaizkien jardunek ez dute estereotipo sexistarik izan behar. Izan ere, indarkeriak edozein emakume har dezake eraginpean, ez dago tratatu txarren egoeran dauden emakumeen profirik, eta, hortaz, egokiagoa da kalteberatasun handiagoko egoerez hitz egitea.

Osasuneko langileek gogoan izan behar dute osasun-zerbitzuetara jotzeko zailtasun handiagoa duten emakumeak daudela. Emakume horiek identifikatzeko interseksionalitatearen dimentsioa aipatzen da, eta hortik tratu txarrak klase, arraza eta/edo generoaren desparekotasun-ardatzen interseksioaren eta interdependentziaren emaitza dira. Faktore horiek ezagutzeak indarkeria hori prebenitzen edo murrizten lagun dezake:

- Bizi-aldaketekin erlazionatutako egoerak: ezkongaialdia, haurdunaldia, erditzea eta puerperioa, bereizteko prozesua eta erretiroa.
- Mendekotasunarekin, aniztasun funtzionalarekin, migrazioarekin, laneko zailtasunekin edo langabeziarekin, bakartze sozialarekin eta mendekotasun ekonomikoarekin erlazionatutako egoerak. Azken batean, babesgabetasuneko, esplotazioko eta gizarte-bazterketako arrisku-egoerak.

Beraz, haurdun dauden, erditu diren eta puerperioan dauden emakumeek, emakume immigratzaileek, aniztasun funtzional fisikoa edo mentala duten emakumeek, gaixotasun mentalak edo adikzioak dituzten emakumeek, landaguneetan bizi diren emakumeek eta adineko emakumeek kalteberatasun handiagoa izan dezakete, eta, hortaz, bereziki kontuan izan behar dira lehen mailako prebentzioko ekintzetan.

1.1.1. Haurdunaldia

Indarkeria jasaten den harreman batean¹⁴, "haurdunaldia sentiberatasun eta arrisku bereziko etapa da. Zenbaitetan, etapa horretan hasten da indarkeria begien bistakoa eta nabarmena izaten. Indarkeria horrek, ohiko ondorio fisiko eta psikologiko larriez gain, ondorio larriak ekar ditzake fetuaren garapenarentzat eta jaioberriarentzat. Genero-indarkeria arrisku-faktore gestazionala dela baieztatu dezakegu. Horregatik, tratu txarrak jasaten dituen emakume baten haurdunaldia arrisku handikotzat jotzen da, amaren eta jaiotza inguruko morbiditateak gora egiten du eta".

Haurdunaldia bereziki zaintzeko unea da genero-indarkeriaren prebentziorako eta detekziorako, egiten den jarraipenak aukera ematen baitie emaginei emakumeekin kontaktu eta harreman handiagoa izateko. Horren ondorioz, jarraipen horretan edozein alarma-zeinu antzeman dezaketen erreferentziako profesionalak dira. Erditzeko prestatzeko ikastaroetan bikote-harremana, baterako erantzukizuna, gurasotasun positiboa, tratu ona edo indarkeria bezalako gaiak aztertu behar dira.

Puerperioa indarkeria jasateko arriskuko beste bizi-une bat da, guraso izateak ekartzen dituen rol-aldaketak direla eta.

Garrantzi handikoa da haurdunaldian, erditzean eta puerperioan osasun-arreta emateko prozesuan indarkeria osasun-arazoaren eragile izan daitekeela

¹⁴ Balear Uharteetan indarkeria matxistaren aurrean jarduteko osasun-protokoloa. www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456Z1234057&id=234057



kontuan izatea eta emakumeari hori hitzez adierazteko aukera ematea, arazoaren ikuspegia behar bezala ezar dezagun. Garrantzi handikoa da, halaber, une horretaz arduratuko diren osasuneko profesionalak **adi-adi egotea haurdunaldian, erditzean eta puerperioan izan daitezkeen indarkeriaren sintoma eta zeinu espezifikoak** identifikatzeko, emakumeei segurtasuna emango dien giroan, gisa horretako egoerak ikertzen susmorik dagoenean.

1.1.2. Migrazioa

Migrazio-prozesuen faktore eta testuinguru espezifiko batzuek indarkeriaren aurreko babesgabetasun handiagoko gunetan kokatzen dituzte emakumeak.

Emakumeen egoera pertsonalaren segurtasunik eza, administrazio-egoera irregularrak eta herrialdetik kanporatuak izateko beldurra, zer eskubide eta baliabide dituzten ez jakitea, osasun-sistemara eta gizarte-zerbitzuetara jotzeko zailtasun handiagoa, sarerik ez izatea, ekonomikoki erasotzailearen mende egotea edo hizkuntza-oztopoak dira indarkeria matxistaren espiraletik ihes egiteko zailtasun gehigarriak ekartzen dizkieten faktore sozialetako batzuk.

Tratu txarrak jasaten dituen emakume migratuak, gainera, migrazio-atsekabeari egin behar dio aurre. Prozesu horretan erreferenteak galduko ditu sostengu sozialari dagokionez (familia, lagunak...), diskriminazioei egin behar die aurre eta etengabeko kezka izango du jatorriko herrialdean adingabeak ardurapean baditu.

Kontuan izan behar da emakume horiek garatuko dituzten ideiak eta jardunbideak jatorriko herrialdeetako osasunaren esanahien mende daudela eta kasu horietan kulturak edo erlijioak eragina izan dezakeela zainketaren jardunbidean. Immigrazio-egoerak, berez, osasunerako arrisku-faktorea dira.

Gure jardunen barruan, komeni da kultura-alderdiak ezagutzea eta susmo-irizpideak ezartzea honelakoak sumatzen ditugunean:

1. Ugaltze- eta sexu-osasunaren gaineko kontrolik eza.

- Bikotekideek metodo antikonzeptiboak erabiltzen uzten ez dieten emakumeak.
- Metodo antikonzeptiboak ordaintzeko prekaritate ekonomikoa.
- Informaziorik eza (ikasketak ez dituztelako).

2. Familia-ekonomiaren gaineko kontrolik eza.

- Bikotekideek lan egitea debekatzen dieten emakumeak.
- Bikotekideek familia-ekonomiari buruz erabakitzen uzten ez dieten emakumeak, nahiz eta diru-sarrera propioak izan.

Immigrante-kolektibo batzuetan emakumeen genitalen mutilazioa ohikoa dela gogoan izan behar da, emakumeen aurkako indarkeriaren adierazpide ikaragarria.

1.1.3. Aniztasun funtzionala

Gaur egun “aniztasun funtzionala” nomenklatura erabiltzen da “ohi ez bezala funtzionatzen duten pertsonak” adierazteko, gaitasunik ez dutela azpimarratzen duen adieraren ordeiz.

Espanian, dagoeneko, emakumeak desgaitasuna duten pertsonen % 59,8 dira. Euskal Euskadin bizi diren emakumeen % 11,5ek mendekotasun edo mugaren bat dute, 2014. urteko Gizarte Zerbitzuen Eskariari buruzko Estatistikaren (GZEE) / Gizarte Beharren Inkestaren (GBI) arabera.

2015. urteko emakumeen aurkako indarkeriari buruzko makroinkestak kapitulu bat eskaintzen die desgaitasuna duten emakumeei. Dena den, inguruabar horretan zeuden emakume inkestatuen ehunekoa % 4,5 besterik ez zen (erreala baino askoz ere txikiagoa) eta desgaitasuna aitortuta zutenak bakarrik sartu zituzten talde horretan. Ikerketa horrek ondorioztatu duenez, desgaitasuna egiaztatuta, hots, % 33tik gorakoa duten emakumeek bikotean edozein indarkeria motaren prebalentzia handiagoa dute gainerako emakumeek baino, bai une honetan, bai bizitzan zehar.

Etxeko tratu txarrak eta sexu indarkeria jasaten dituzten emakumeei harrera hobea egiteko erakundeen arteko II. Akordioak egiaztatu zuen ikusmolde hirukoitza gehituko duen esparru integratzailea landu beharra dagoela, hau da, giza eskubideen, generoaren eta desgaitasunaren ikuspegia aintzat hartuko dituen, emakumeen indarkeriaren inguruan garatzen diren politikak eta zerbitzuak emakume eta neska guztientzat pentsatuta egon daitezen, aniztasun funtzionala duten emakumeen berezitasunak eta jarrerak integratuta.

Desgaitasun guztientzat oro har genero-indarkeriaren arriskua areagotzen duten faktoreak:

- Beste pertsona batzuen laguntzaren mendekotasun handiagoa. Gainera, zenbaitetan horiek izan daitezke tratu txarrak ematen dizkietenak eta beldur izaten diote haiekin hautsiz gero zainketarik gabe geratzeari.
- Aniztasun funtzionala duten emakumeek uste izatea laguntza ematen dieten pertsonekin eta/edo mendekotasun ekonomikoa dutenekin zorretan daudela.
- Erasotzaileak emakumearen babesgabetasun handiagoa sumatzea.
- Autoestimua eta ahalduntze txikiagoa.



- Parte-hartze sozialerako eta autonomia ekonomikorako zailtasun handiagoak.
- Hezkuntzan eta/edo lan-munduan sartzeko zailtasunak, eta, horren ondorioz, mendekotasun ekonomiko handiagoa. Etxetik kanpoko lanaren prebalentzia txikiagoa. Horrek etxean bakartzen ditu eta ekonomikoki erasotzailearen mendeko izateko aukerak areagotzen ditu.
- Tratu txarrak adierazteko zailtasunak hainbat arrazoiren ondorioz: komunikazio-arazoak, komunikazio-kode desberdinak izatea eta indarkeriari buruzko informaziorik ez izatea.
- Kontuan izan behar da desgaitasunik ez duten emakumeen egoera, haien seme-alabek badutenean.
- Hasieran desgaitasunik ez duten emakumeak, baldin eta indarkeria-egoera puntual edo errepikatu baten ondorioz bereganatzen badute, une horretan babesgabetasun-egoera berezian egon daitezke, gaineratu zaien egoera berria dela eta.
- Desgaitasuna duten emakumeek adierazitako egoerei sinesgarritasun txikiagoa emateko joera soziala, kasu batzuetan bereziki, kasuan kasuko desgaitasun zehatzaren arabera.
- Emakumeei esleitutako eginkizun tradizionalen eta horiek desgaitasuna duten emakumeengan ukatzearen arteko konfrontazioa.
- Beren beharretara egokitutako fororik ez izatea, beren bizi-esperientziak partekatzeko eta, era berean, gainerakoen esperientzietatik ikasteko.
- Desgaitasunaren ikuspegirik gabeko politika publikoak eta desgaitasun desberdinak dituzten emakumeen beharrak homogeneizatzeko joera.
- Zerbitzu eta baliabide publiko eskuraezinak.
- Desgaitasuna duten genero-indarkeriaren biktimei arreta eman diezaieketen profesionalen sentsibilizazio- eta prestakuntza-gabeziak: hezkuntza-sektorea, osasun-sektorea, juridikoa, soziala, indar eta segurtasun publikokoa, eta abar.

Osasun-zerbitzuetan desgaitasunaren ikuspegi hori txertatzeko eta emakumeen beharrak homogeneizatzeko joera saihesteko premia hori jasotzen dugu. Ahalegina egin behar da informaziorako eskubidea bermatzeko, eskuragarria eta egokituia izan dadin, emakume horien ahalduntzearen eta autonomia pertsonalaren ikuspegitik lan egin, koordinazio-protokoloetan aniztasun funtzionala sartu, arreta berezia eskaini askotan pairatzen duten bazterketari eta bakartzeari, eskaria jasotzen den lehen unetik esku hartzeko eta arreta emateko prozesua

hobetu eta beharrak aktiboki entzun. Ez da ahaztu behar, esate baterako, desgaitasuna duten emakumeak beren bikotekidearekin joan ohi direla kontsultara. Hori dela eta, intimitate-espazioak bilatu behar ditugu tratu txarren egoerak baloratu ahal izateko.

1.1.4. Nahasmendu Mental Larria (NML)

Osasun mentalean genero-indarkeriaren aurrean jarduteko gidetan islatuta geratzen da emakumeen aurkako genero-indarkeriak gaixotasun mentalekin duen zuzeneko eta zeharkako erlazioa. Hala ere, psikiatrian zein psikologian diagnostiko ugari hartzen dituen kontzeptu oso zabala da gaixotasun mentala. Nahasmendu mental larriarekin diagnostikatutako emakumeen kalteberatasuna eta kasu horietan genero-indarkeriari aurre egiteko modu espezifikoak hartzen ditu ardatz gida honek.

Nahasmendu mental larria duen emakumea paziente bereziki kaltebera da, eta horrek ikaragarri zail egiten du osasun-mailan eta maila sozialean aurre egitea. Kolektibo horren arrisku-faktoreen artean daude:

1. Biktimizazio bikoitza: gaixotasun mentala eta emakume izatea.
2. Profesionalek bere kontakizunari ematen dioten sinesgarritasun txikiagoa.
3. Beste pertsona batzuen laguntzaren mendeotasun handiagoa, maiz beren bikotekideena. Autonomiarik eta/edo enplegurik ez izatea.
4. Psikopatologizaziorako joera.
5. Informazioa eta zerbitzuak eskuratzeko zailtasun handiagoa, zati batean bederen gaixotasunaren eta horrekin lotutako estigmaren ondorioz. Hezkuntza-maila txikiagoa.
6. Autoestimu-maila eta ezagumendu pertsonal txikiagoa, jasaten duten diskriminazio sozialaren ondoriozkoa.

Nahasmendu mental larriaren diagnostikoa irizpide espezifikoetan oinarritzen da. Nahasmendu mental larria osatzen duten dimentsioak, bibliografian adostasunik handiena duen definizioan, honako hauek dira:

- Diagnostiko klinikoa, funtsean nahasmendu psikotikoak.
- Nahasmenduaren iraupena, normalean 2 urtetik gorakoa.
- Desgaitasuna, hots, disfuntzio moderatua edo larria emakumearen funtzionamenduan maila sozialean, familian eta lanean.

Nahasmendu mental larria diagnostikatu zaien emakumeek diagnostikatuta ez dauden emakumeek baino 4 bider gehiago jasaten dute indarkeria bikotearengandik edo bikote ohiarengandik. Indarkeria mota horrek emakume horiengan duen prebalentziaren azterketek erakusten dute % 40,3 dela elkarriketa egin aurreko 12 hilabeteetan eta % 74,1 bizitzan zehar.



Kolektibo horretan esku hartuz gero, alderdi hauek hartu behar dira kontuan:

- Nerabezaroan edo gaztaroan hasten diren eta sarritan bizitza osoan irauten duten patologiak dira.
- Nahasmendu mental larriaren eragina: beren bizitzetan; jatorriko familietan eta beren familiak sortzean; harreman sozialetan; lan-integrazioan; helmuga pertsonalak erdiestean; eta are askatasunean eta erabaki pertsonalak hartzean.
- Halaber, osasun fisikoko arazoak biztanleriak oro har baino goizago eta maizago jasaten dituzte, baita suizidio-arriskua eta indarkeriazko heriotza izatekoa ere.
- Gizarte-bazterketa, estigma eta diskriminazioa jasateko arrisku handia dute espazio askotan, baita osasun-espazioetan ere.

1.1.5. Adikzioak

Zenbatespenen arabera adikzio-arazoak dituzten emakumeen % 80k genero-indarkeria jasaten dute. Iturri ugari abiapuntu hartuta (inkesta nazionalak, komunitatearen edo biztanle-talde espezifikoekin laginekin egin diren prebalentzia-azterketek modu solidoan ezarri dute droga-kontsumoaren eta genero-indarkeriaren koexistentzia¹⁵.

Adikzioak dituzten emakumeek biktimizazio bikoitza jasaten dute: emakume izateagatik eta adikzioa izateagatik. Indarkeriaren eta adikzioaren zirkuluan nahasita ikusten dute beren burua. Alde batetik, adikzioa duten emakumeak neurri handiagoan daude indarkeria fisiko eta sexualaren eraginpean, eta, bestetik, genero-indarkeriak adikziora bultzatzen ditu¹⁶. Aldi berean, genero-eraikuntzen ondorioz, beren sexualitatearen instrumentalizazioa jasaten dute. Gizonek erasora eta indarrezko urratzera jotzen dute, ebasketa edo lapurreta moduan, kontsumoa autofinantzatzeko; emakumeek, berriz, beren sexualitatea eta gorputza erabiltzeko joera dute kontsumitzen jarraitzeko¹⁷.

Sozialki, gizonentzat desegokitzat jotzen diren substantzien abusua bezalako jarrerak edo beste adikzio batzuk onartezinak dira emakumeen kasuan. Horregatik, adikzioa duten emakumeek estigma sozial handiagoa dute, errudun-uste handiagoa, familiaren presio handiagoa, eta adikzioa duten gizonezkoak baino neurri handiagoan daude ikusezin bihurtuta.

¹⁵ Rivera, E. A. 2015

¹⁶ Simonelli Alessandra. 2014.

¹⁷ Salamanca Fernández Alicia. 2017.

Emakume horiek gizonak baino maiztasun txikiagoarekin eskuratzen dituzte adikzioen laguntza-baliabideak eta tratamenduarekiko atxikimendua txikiagoa da¹⁸. Tratamendu-programak ikuspegi androzentrikotik diseinatuta egotea, emakumeen behar espezifikoak kontuan izan gabe, bikotekidearekiko mendekotasun handia, nahiz eta tratatu txarrak izan, eta seme-alaben zaintza galtzeko beldurra dira identifikatutako oztopo nagusiak¹⁹.

Genero-indarkeria jasaten duten emakumeen babesari dagokionez, gizarte-zerbitzuetatik abian jarritako neurriek zailtasunak dituzte adikzioa duten emakumeei arreta egokia emateko. Bizitegi-espazioetan kontsumoak debekatuta daudenez, bideraezina da indarkeriaren aurkako babesaz gainera adikzioaren tratamendua behar duten emakume horiengana iristea.

Aurreko guztia dela eta, ezinbestekoa da biktimei modu eraginkorrean euskarri emango dieten neurriak ezartzea eta horretarako adikzioarekin eta genero-indarkeriarekin lotutako aldagai guztiak kontuan hartzea. Gomendatzen da, lehenik, arreta-zerbitzuetan genero-indarkeriari eta substantzien abusuari batera aurre egiteko protokolo bat lantzea, eta, bigarrenik, genero-indarkeriaren biktima diren eta adikzio-arazoak dituzten emakumeentzako bizitegi-laguntza espezifikoak emateko baliabide-eredu bat diseinatzea eta gidatzea²⁰.

Substantzien abusuarekin eta genero-indarkeriarekin erlazionatutako beste fenomeno bat gaueko aisiaren testuinguruetan gertatzen den jazarpenarena eta beste indarkeria batzuen da. Izan ere, berdintasunaren irudipenaren eraginez, neskek uste dute askatasunean eta arriskurik gabe diberti daitezkeela, gizonak bezalaxe. Garrantzi handikoa da ezagutzera ematea sumisio kimikoko kasu gehienak alkoholaren bidez gertatzen direla eta, emakumeen aurka edo gizonen artean sortzen den indarkeriaren erantzule ez bada ere, berekin indarkeria ekartzen duen eredu patriarkalari bidea egiten diola alkohol-kontsumoak.

Urte askoan, gizonak emakumeak menderatzearen adierazpideetako bat sexu-izaerako abusuzko portaerekiko tolerantzia sozial handia izan da, bereziki portaera horiek drogen eraginpean gauzatu direnean, eta horrek fenomenoak ikusezin bihurtzen lagundu du. Gaur egun, oraindik ere, emakumeen aurkako sexu-indarkeriako kasuetan, droga-kontsumoak errudun egiten ditu emakumeak baina gizonak legitimatu egiten ditu eta erantzukizuna kentzen die, hots, inguruabar aringarria da erasotzailearentzat eta astungarria biktimarentzat²¹.

Justiziarik gabeko egoera hori iraultzeko ezinbestekoa da sexu-indarkeriari esparru guztietatik batera eta modu koordinatuan aurre egitea: hainbat

¹⁸ Center for Substance Abuse Treatment. 2009.

¹⁹ Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila. Adikzioen VII. Plana. 2017.

²⁰ Osasuneko, Kontsumoko eta Gizarte Ongizateko Ministerioa. Adikzioei buruzko Ekintza Plana (2018-2020).

²¹ Arana Xabier. 2017.



sektoretako profesionalak, administrazio publikoak, erakundeak, gizarte zibil antolatua, herritarrak oro har eta mugimendu sozialak²².

1.1.6. Udalergi txikietan bizi direnak

“EAEko emakumeen aurkako indarkeriari buruzko datu estatistikoak: analisia eta interpretazioa - 2017ko datu estatistikoak” txostenean datu hauek biltzen dira:

EAEko biktimizazioen % 68,93 udalergi handietan gertatu ziren (10.000 emakumetik gorako udalergietan), eta 1.000 biztanletik beherako udalergietan, biktimizazio guztien % 2,70. Baina biktimizazioak erregistratu zituzten udalergien % 38,32 udalergi txikiagoak dira, eta % 11,98 udalergi handienak.

4. taula. Biktimizazioa duten udalergiak

BIKTIMIZAZIOAK DITUZTEN UDALERRIEN KOPURUA, UDALERRIAREN TAMAINAREN ETA LURRALDE HISTORIKOEN ARABERA. Absolutuak eta % 2017

	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	GUZTIRA	%
10.000 EMAKUME BAINO GEHIAGOKO UDALERRIAK	1	11	8	20	11,98
5.001 - 10.000 EMAKUMEKO UDALERRIAK	2	9	14	25	14,97
1.000 - 5.000 EMAKUMEKO UDALERRIAK	6	33	19	58	34,73
1.000 EMAKUME BAINO GUTXIAGOKO UDALERRIAK	19	30	15	64	38,32
GUZTIRA	28	83	56	167	100,00
Udalergi guztien gaineko %	54,90	74,11	63,64	66,53	

Iturria: Segurtasun Saila, Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritza.

Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioak argitaratutako genero-indarkeriari buruzko azken makroinkestak datu adierazgarriak ematen ditu genero-indarkeria jasan duten eta 10.000 biztanle baino gutxiagoko udalergietan bizi diren emakumeei buruz. Bertan adierazten denez, genero-indarkeriako egoeran daudela adierazten duten emakume landatarren % 50,7k 40 eta 59 urte arteko adina dute eta landa-ingurunean lan egin ohi dute.

Genero-indarkeriaren prebalentzia landa-ingurunean handiagoa edo txikiagoa den ez badakigu ere, egoera horiei aurre egitea zailagoa da hiri handietatik urrun. Informazio gutxiago, presio handiagoa eta salatzeko beldur handiagoa eta baliabide erabilgarriak eskuratzeko aukera txikiagoak, horiexek

²² Salud y Comunidad Fundazioa. 2017.

dira emakumeek udalerrri txikietan gainditu behar dituzten oztopoetako batzuk. Azken makroinkestak adierazten duenez, ez du alde adierazgarririk aurkitzen baliabideak (polizia, gizarte- edo osasun-zerbitzuak, familia edo ezagunak) aktibatu dituztenen eta aktibatu ez dituztenen maiztasun erlatiboa kontrastatzen denean, biztanle gutxiago dituzten udalerrietako eta udalerrri handietako emakumeen artean. Alde adierazgarririk ere ez da aurkitzen bizileku duten udalerrriaren tamainaren arabera, gertakariak poliziari edo epaitegietan ez salatzeraz iristeko arrazoen artean.

Alabaina, ondorengo azterketa batean faktore batzuk ezartzen dira, landa-udalerrietan bizi diren emakumeentzat genero-indarkeriaren aurrean arrisku-faktore bihurtzen direnak. "Emakume horiek bizi diren inguruabarretan, besteak beste, genero-estereotipoak nabarmentzen dira, kontrol sozial handiagoa dago eta zailtasun handiagoak daude baliabide erabilgarriak eskuratzeko eta lan-merkatuan sartzeko". Landa-ingurunean, arazo pertsonalak familiaren barruan geratu behar dutelako ideia zailtasun bihurtzen da.

1.1.7. Zahartzea

Adineko emakumeak genero-indarkeriaren aurrean talde kalteberatzat jotzeko faktoreen artean, mendekotasun ekonomikoa, bakartze eta bakardade handiagoa, sostengurik eza, genero-rol tradizionalen iraunkortasuna edo tratatu txar jarraituek eragindako kaltea aipa daitezke. Bereziki eragiten diete tradizio sexistek eta genero-rol tradizionalak hartzeak, eta horrek zaildu egiten du tratatu txarren egoerak ikusgai egitea eta salaketak aurkeztea.

Erretiroaren etapan, bikotekidearekiko bizikidetzaz ordu gehiago izaten da, eta gizon batzuk ahalegintzen dira emakumeen denboraren, jardueren eta harremanen gaineko kontrol handiagoa izaten, eta indarkeriaz galdatzen dute haien prestasuna eta presentzia, beraiei lagun egiteko eta arreta emateko. Bizitzaren etapa horretan, emakume batzuek beren seme-alaben eguneroko laguntza ere galtzen dute eta lekukorik eta bitartekotzarik gabeko indarkeria bizi behar izaten dute horren ondorioz. Sarritan, gainera, emakumeek bikotekidearen mende egoten dira ekonomikoki eta pentsioen bidez jasotzen dituzten diru-sarrerak urriak izaten dira. Zahartzarora autonomia pertsonala murrizten dien osasun-narriadura edo desgaitasunen batekin iristen direnek arrisku handiagoa dute tratatu txarrak jasateko edo ordu arte jasaten ari zirenen intentsitatea eta larritasuna areagotzeko.

"...Genero-indarkeriaren biktima adineko emakumea izateak kalteberatasun-maila handiagoa ekartzen du, hari erantzuteko diseinatutako baliabide eta dispositibo sozial eta instituzionalak eskuratzeko zailtasun handiagoa, eta indarkeriaren zirkulutik irteteko hainbat oztopo espezifiko. Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzko abenduaren 28ko 1/2004 Lege Organikoak adin-bereizketarik gabeko indarkeria kasutzat jotzen du bikotekideak edo bikotekide ohiak emakumearen aurka erabiltzen duen indarkeria. Dena den, ikuspuntu zabalagotik begiratuta, adineko



emakumeen aurkako familiaren genero-indarkeriaren kategoria maiz aintzat hartzen dute esku hartzen duten zenbait alorretako profesionalek ikuspegi bikoitzetik eman beharreko erantzunean, genero-indarkeriatzat eta adineko pertsonen aurkako indarkeriatzat hartzen baitute. Kategoria horien eraikuntza soziala, alabaina, oso desberdina da. Kasu horietan, bi indarkeria-moldeen ikusmolde estereotipatuak (horren arabera, genero-indarkeriaren biktimak nagusiki emakume gazteak edo tarteko adinekoak dira, eta adinekoen aurkako indarkeriak haiek zaintzeak sortzen duen estresean du jatorria) eraginkortasunik gabeko erantzuna eta are biktimarentzat arriskutsua izan daitekeena ekar dezake. Indarkeria-molde horien arazo moduko eraikuntza desberdin horrek eragina du haien aurrean artikulatzen den erantzunean: adinekoen aurkako indarkeriaren kasuan neurri handiagoan bideratzen da errukian zentratutako esku-hartzeetarantz (terapiak, zaintzailearentzako laguntzak) kontrolean oinarritutako esku-hartzeetarantz baino (justizia-administrazioaren esku-hartzea, erasotzailearen urruntzea), horiek garbiago lotzen baitira 1/2004 Lege Organikoak aintzat hartutako genero-indarkeriarako erantzunaren paradigmarekin. Eta erantzun horren funtsezko elementua da, familiaren baitan gertatzen den edozein indarkeria-adierazpenen aurrean egin behar den moduan, indarkeriaren biktimak diren emakumeak ahalduzko premia, baita, jakina, emakumeok adinekoak direnean ere”²³.

1.1.8. Sexu-esplotazioko eta emakumeen eta haurren salerosketako egoerak

Sexu-esplotazioa desparekotasunarekin, genero-diskriminazioarekin eta diskriminazio intersektionalarekin erlazionatuta dago. Sexu-esplotazioko egoeran dauden emakume gehienak zailtasun ekonomikoak eta oso laguntza-sare urriak dituzten emakume migratzaileak dira.

Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioaren eranskinak, sexu-esplotazioa xede duen salerosketaren aurrean jarduteari buruzkoak, honako hau adierazten du: **gizakien salerosketa esklabotza modu hedatua da**. Delitua da. Mozkin garrantzitsuak lortzen ditu pertsonak kontsumo-gai gisa erabiltzearen ondorioz, eta pertsonak eskualde eta herrialde batetik bestera eramaten ditu, pairatzen duten pobrezia-egoera, aukera-falta, desparekotasuna eta diskriminazioa baliatuta, batez ere emakumeen eta nesken kasuan. Pobreziaren, langabeziaren eta zorpetzearen feminizazioarekin erlazionatutako kausa estrukturalak biltzen dira salerosketan.

Salerosketa-molderik zabalduena sexu-esplotazioa xede duena da. Izan ere, kasuen % 95ean biktimak emakumeak eta neskak izaten dira. Lanaren Nazioarteko Erakundeak (LANE) zenbatetsi zuen 40,3 milioi pertsona egon direla esklabotza modernoaren mende (lan-esplotazioa, ezkontza behartua

²³ Gracia Ibáñez, J. 2012ko ekaina.

eta sexu-ustiapena). EBko biktima gehienak (% 65) Errumaniatik, Bulgariatik, Herbehereetatik, Hungariatik eta Poloniatik datoz. EBkoak ez diren herrialdeetako biktima asko Nigeriatik, Txinatik, Albaniatik, Vietnamentik eta Marokotik datoz.

Gizakien salerosketatzat hartzen da, Zigor Kodearen 177 bis artikuluan xedatutakoaren arabera, indarkeria, larderia edo engainua erabiliz, edota nagusitasun- zein beharrizan-egoeraz, nahiz biktimaren —hori nazionala edo atzerritarra izan— ahuleziaz abusatuz, edo biktima kontrolatzen duen pertsonaren adostasuna izate aldera, harengandik ordainketak edo onurak jasoz edo pertsona horri ordainketak edo onurak emanez, biktima atzematea, garraiatzea, lekualdatzea, hartzea, jasotzea, trukatzea edo haren kontrola eskualdatzea, hauetako edozein helbururekin:

- a) Bortxazko lanak edo zerbitzuak eginaraztea, esklabotzan aritzera behartzea, edo esklabotzaren, mirabetzaren edo eskaletasunaren antzeko praktikak eginaraztea.
- b) Sexu-esplotazioan erabiltzea, pornografia barne.
- c) Delitu-jarduerak egiteko esplotatzea.
- d) Gorputz-organoak ateratzea.
- e) Ezkontza behartuak eginaraztea.

Osasunaren sektoretik salerosketaren biktima diren emakume horientzako osasun-arreta bermatu behar da, sentsibilizazioa eta prestakuntza sustatuta zeinuak ezagutzeko eta emakume eta neska horiek identifikatuko dituzten jardunak bultzatzeko. Identifika ditzakegun zeinu eta seinale horiek identifikazio formalaren aurreko fasekoak dira, hori polizia-agintaritzari baitagokio beti.

Arreta berezia jarri behar da konfidentziasun osoko ingurunea bermatzeko. Ildo horretan, inguruneke edozein pertsonaren presentzia baztertu behar dugu eta ez dugu inongo informaziorik partekatu behar.

2. BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Genero-indarkeriako kasuen detekzio goiztiarra lehentasun sozialtzat jotzen da prozesuan egoki lagun egin ahal izateko eta konplikazio handiagoak prebenitzeko. Alabaina, gutxiegi detektatzea errealitate orokortua da eta, gainera, kasu askotan atzerapen garrantzitsuarekin egiten da. Euskal Autonomia Erkidegoan oso urrun gaude azterketek adierazten duten % 10eko prebalentziatik. Hainbat arrazoiren ondorio da hori. Horregatik inplementatu behar dira esku-hartze goiztiarra ahalbidetuko duten neurriak.

Gainera, gutxiegi erregistratzearen arazoa ere hor dago. Profesionalek garatzen dituzten esku-hartze asko ez dira emakumearen historia klinikoan islatuta geratzen, konfidentziasun-arrazoiengatik, datuen konplexutasunagatik,



emakumeak jasota geratzea nahi ez duelako... Horrek zailago egiten du kasuak agerian jartzea eta jarraitzea.

Gure ingurunean osasun-sisteman detekzioa ahalbide dezaketen inguruabarrak biltzen dira, hala nola irisgarritasuna, urrakortasun bereziko egoeretan arreta ematea eta herritarrek neurri handian baloratzea osasuneko profesionalak, bai baitakite haiengan konfiantza izan dezaketela. Ildo horretan, adierazi da testuinguru klinikoa dela indarkeria-egoerak identifikatzeko egokienetakoa, izan ere emakume horietako askok osasun-laguntza bilatzen baitute erasoen ondorio diren lesioei eta osasun-arazoei aurre egiteko. Osasuneko lehen mailako arreta leku pribilegiatua da gisa horretako prozesuak detektatzeko eta horietan lagun egiteko, betiere behar diren luzetarakotasun-baldintzak ematen badira. Baina ezin dugu ahaztu edozein laguntza-testuinguru (arreta urgentea, ospitaleko kanpo-kontsulta edo ospitalizazioa) aukera paregabea izan daitekeela emakumeen osasunaren gainean eragin ikaragarria duen arazoa mahai gainean jartzeko.

2.1. DETEKZIO GOIZTIARREKO ESTRATEGIA: GALDETZEA

Ez dago adostasun garbirik osasun-testuinguruetan baheketaren (screening) erabilera unibertsala egiteko gomendioaren inguruan. Kontu eztabaidagarria da, ez baitago behar adinako ebidentzia zientifikorik haren onura eta kalteei buruz, eta dagoena ez baita oso eztabaidaezina.

Osasunaren Mundu Erakundeak²⁴ ez du gomendatzen ohiko jardunbide gisa. Ameriketako Estatu Batuetako Task Force zerbitzuak²⁵, alabaina, screeninga gomendatzen du adin emankorreak dauden emakumeengan, onura moderatuak baititu, baina onartzen du ez duela eraginkortasun-ebidentziarik adin emankorra pasatu duten emakumeengan. Autonomia-erkidego batzuek beren esparruan inplementatu badute ere, emaitzak eta balorazioak ez dira orokortzeko eztabaidaezinak. Hori dela eta, Osasun Ministerioaren gidak gaia irekita utzi du inplementatzeko.

Hori guztia dela eta, detekzioa handitzeko kasuen bilaketa aktiboa da gomendatutako estrategia. Garrantzitsuena bilatzeko jarrera da, baita indarkeria kontsultetan dagoen faktore gisa ikustea ahalbidetuko duen sentzibilizazioa ere, eginkizun horretan gida honetan lehenago deskribatu ditugun talde kalteberenei arreta berezia eskainita. Kontuan izan behar da, gainera, susmoa areagotzen duten egoera batzuk daudela eta horietan bereziki bilatzeko jarrera eduki behar dela:

- Indarkeria-aurrekariak haurtzaroan edo aurreko bikotekideekin.
- Lesio sarrien aurrekariak edo osasun-zerbitzuen erabilera partikularrenak: maiztasun handiko aldiak eta zerbitzuak erabiltzeari uztekoak, hitzorduak eta tratamenduak ez betetzea, larrialdiak behin eta berriz erabiltzea, ospitalizazio sarriak...

²⁴ MOPS-OMS. 2006

²⁵ US Preventive Services Task Force. 2013.

- Miaketan eta kontatutako sortzeko moduan bat ez datozen lesio fisikoak, kontsulta eskatzen atzeratzea, bestelako eboluzio-aldian, edo kontsulta errepikatuak. Aldebiko lesioak, patroï zentralekoak (burua, lepoa, toraxa edo abdomena) eta defentsa-jarrera adierazten dutenak.
- Emakumearen jarrera eta egoera emozionala: beldurra, urduritasuna, tristura, nahasmendua, lotsa, autoestimu urria, erruduntasuna... Norberaren zainketarik eza.
- Osasun txarraren kexa kronikoak eta zehaztugabeak: zefalea, zerbikalgia, mina, zorabioa, urdail-hesteetako mina, pelbiseko mina, insomnioa eta abar.
- Arazo obstetrikoginekologikoak: lesioak, dispareunia, abortu errepikatuak, pisu txikia jaiotzean, ugalkortasunaren kontrolrik eza eta abar.
- Alkohol- edo droga-abusua.
- Bakartze soziala, harreman urriak eta gizarte-bazterketa.
- Bikotekidearen jarrera: gehiegizko kezka edo kontrola edo, bestela, gehiegizko axolagabetasuna eta gertakarien hutsaltzea.
- Seme-alabek gorputzeko kalteak edo lesioak izatea, garapenaren atzerapena, gaixotasun psikosomatikoak, istripu sarriak, harremanetan zailtasunak izatea, depresioa, antsietatea, suizidio-ahaleginak...
- Indarkeriaren informazioa senitartekoen, adiskideen edo beste profesional batzuen bitartez.

Galderak modu egokian eginda:

- Ezer baino lehen, kontsultan galdetzea eskatzen duen susmo-egoera bat maneiatzeko ezinbestekoa da emakumea erabat errespetatzea. Bere denborak, bere isiluneak, bere prozesua eta bere bizi-eraikuntza bera errespetatzea profesionalaren funtsezko jarrera da.
- Galdera testuinguruan jartzea bilatu behar da, elkarrizketaren garapenak pixkanaka tratu txarren gailan sartzeraren eraman gaitzan, askotan ezerosoa izaten da eta. Zenbaitetan galderak sarrera egokia merezi izango du, are profesionalak galdera egiteko dituen berezko zailtasunak esplizitu egiteko ere.
- Galderak ahalik eta egokiena izan behar du. Jakinik egokia terminoa desberdina dela egoera bakoitzerako eta pertsona bakoitzarentzat. Galdera erraztaileen ereduak daude, baina profesionalak berarentzat erosoan direnak eta modu naturalean egin ditzakeenak bilatu behar ditu.
- Kontsulta-espazioak konfidentzialtasuna ziurtatu behar du, ahalik eta adierazpenik libreena ahalbidetzeko.



- Egoera bakoitzak behar duen denbora eskaini behar zaio. Denboraren faktoreak bere mugak ditu kontsultetan eta trebetasunez kudeatu behar da egoera bakoitzean, funtsezko gaiei heltzeko eta beste batzuk beste une baterako edo beste profesional batentzat uzteko.
- Zuzenean eta eufemismorik gabe helduko zaie, indarkeria testuinguru klinikoan aurre egin dakioken agertokia dela ulertuta.

WAST galdetegia (Woman Abuse Screening Tool), osasun-zerbitzuen erabiltzaile diren emakumeei bikotekideak eragindako abusu emozionala eta/edo fisikoa identifikatu eta baloratzen duen baheketa- eta diagnostiko-tresna, gaztelaniaz balidatu da. Haren sentikortasun- eta espezifikotasun-datuek gure ingurunean izan dezakeen eraginkortasunari buruzko zalantzak sortzen badituzte ere, WAST galdetegiaren hasierako bi galderak baliagarriak izan daitezke esku-hartzearen hasiera bideratzeko:

1. Oro har, nola deskribatuko zenuke zure bikote-harremana?
2. Zuk eta zure bikotekideak, zer-nolako zailtasunarekin konpontzen dituzue eztabaidak?

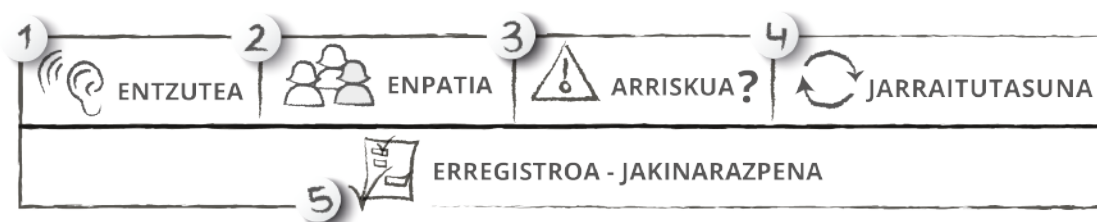
3. HIRUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Kasua detektatu denean, modu egituratu eta homogeenokan jokatea ahalbidetzen duen jarduteko protokoloa ezartzen da, arreta-prozesu egokia eta indarkeriaren ondorioen minimizazioa ziurtatzeko.

Balorazio globala egin behar da, jarraitutasuna eta osotasuna ziurtatzeko emakumearen beharrei erantzuten zaienean.

Proposatzen da hasierako gutxieneko kontsulta, kasua detektatzen duten osasuneko langileek garatu beharrekoa, eta laguntzan eta jarraipenean jarduteko kontsulta, pazientearentzako erreferentziako profesionalentzat erreserbatua, epe luzeagorako balorazioa eta ekintza-plana egiteko aukera izan dezaten.

3.1. HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA



Kasu baten detekzioa egiten duen edozein profesionalentzat diseinatuta dago. Asmoa da esku-hartzea sistematizatzea eta jarduteko eskema xumea eskaintzea gisa horretako prozesuekin topo egin ez dutenei edo garatu ahal izateko behar besteko denbora eta luzetarakotasuna ez dutenei.

Esku-hartze hori abian jarriko da gertatzen den laguntza-testuingurua dena dela ere: larrialdiak, lehen mailako arreta, kanpo-kontsulta, ospitalizazioa edo bestelakoa.

Itemak bestelako ordenan gara daitezke, edo profesional bakoitzaren berezko trebetasunarekin, baina garrantzi handikoa izango da item guztiak gogoan hartu direla ziurtatzea.

Hasierako oinarritzko jardunak hauek biltzen ditu:

- Emakumeari **ENTZUTEA**. Entzute aktiboa eta enpatikoa, berez, lehen mailako tresna terapeutikoa da. Leku egoki batean entzuteko denbora uztea, arretaz entzunez emakumeak zer eta nola esaten duen. Konfidentzialtasuna ziurtatzea. Prozesuaren une horretan dituen kezka, beharrak eta itxaropenak antzematea. Halaber, apur bat arakatu behar dira pertsonak dituen familiaren sostenguak, sostengu materialak eta sozialak, laguntza behar izanez gero baliabide gisa eskatu ahal izateko baloratzen dituenak.
- **HARRERA ETA ENPATIA**. Profesionalak konfiantza-giroa ezartzen du egoera ulertzen duela adierazita; indarkeria mota ororen aurkako jarrera irmoa adierazten du eta gisa horretako portaerak gaitzesten ditu, emakumea errugabetuta; haren sintomak tratatu txarren egoerari esleitzen dizkio eta ez du sintoma horien bestelako kausarik bilatzen halakorik izatea zentzuzkoa ez denean; aldatzeko aukera zabaltzen du eta gisa horretako egoerek hobera egin dezaketelako itxaropena mantentzen du.
- **ARRISKUEN BALORAZIOA**. Garrantzi handikoa da emakumearen eta haren seme-alaben bizitzarako arriskuak ebaluatzea. Bizi-larrialdiaren zeinu eta sintomez arduratzea, baldin baleude, eta arrisku psikologikoari aurre egitea, suizidio-arriskua izango bailitzateke adierazpide gorenarekin. Kontuan izan behar da egoera soziala ere arriskuan egon daitekeela erasotzailearekiko harremanaren, segurtasunik ezaren, bakartzearen eta, baldin baleude, seme-alaben egoeraren ondorioz. Egoera horiek guztiak koordinatu egin behar dira eta larrialdi-zerbitzuetara igorri, han balorazio fisikoa, psikologikoa edo soziala egin dezaten autonomia-erkidegoan dauden baliabideetan, larrialdi sozialei arreta emateko udal-zerbitzuak ahaztu gabe.

Duela gutxiko sexu-erasoren bat dagoenean, biktima ahalik eta lasterren bideratu behar da hurbilen dagoen ospitalera, balorazio ginekologikoa eta forentsea egiteko (ikus "Sexu-erasoen aurrean jarduteko prozesua" atala).

Nolanahi ere, pazienteak beste zerbitzu batera igotzen denean, modu koordinatuan eta une egokian egingo da beti, haren segurtasuna bermatuta eta konfidentzialtasuna areagotuta.



- **JARRAITUTASUNA ETA BIDERATZEA.** Laguntzaren jarraitutasuna ziurtatu egin behar da, erreferentziako osasuneko profesionalak emakumeari arreta ematen jarraitzea bilatu nahian, laguntzeko eta jarraipena emateko esku-hartze patxadatsua eta planifikatua egiteko aukera izan dezan. Bideratze hori modu proaktiboan egingo da, ez soilik pazienteari bere profesionalarekin harremanetan jartzeko gomendatuta. Komunikazio-kanalak ezarriko dira, bere ohiko profesionalak egoeraren berri izan dezan eta gaian alde jar dadin ahalbidetzeko. Euskal Osasun Sistemari lehen mailako arreta izango da, gehienetan, prozesuaren jarraitutasuna eta behar duen lagun egitea ziurtatuko duen esku-hartzea eskain dezakeena. Oso erabilgarria da laguntza moduko informazioa ematea: emakumearentzat interesgarriak izan daitezkeen telefonoak, web-orriak edo baliabideak (ikus baliabideei buruzko 4. eranskina).
- **ERREGISTROA.** Jarduera orok erregistratuta geratu behar du, emakumearen historia klinikoa funtsezko tresna baita laguntzari jarraitutasuna emateko, emakumeari berari edo instantzia judizialei informazioa emateko eta, askotan, zenbait esparrutako profesionalen arteko koordinazioari hasiera emateko. Gainera, arazoa ikusgai egiteko eta haren benetako prebalentzia ezagutzeko balio duen informazio-iturria da erregistroa. Profesionalaren erantzukizunpekoa da tratatu txarrak behar bezala kodifikatzea, emakumearen konfidentziasuna eta segurtasuna babespean edukitzeko (ikus baliabideei buruzko 4. eranskina).
- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.** Laguntzaz arduratzen den profesionalak dagokion lesioen partearen eredia beteko du, emakumeari horren berri emango dio eta kopia bat epaitegira bidaliko du, horretarako inguruabar hauek kontuan hartuta:
 - Emakumeak eskatu edo horretarako adostasuna ematen duenean.
 - Emakumeak indarkeria-gertaera bat jasateko arrisku handia eta hurbilekoa dagoela baloratzen denean, nahiz eta emakumeak adostasuna ez eman.
 - Arrisku handia dagoenik baloratzen ez bada, emakumeak egitea komeni dela eta onuragarria dela uste duenean bidaliko da. Hots, errehabilitazio pertsonaleko prozesu batean dagoenean, bere etorkizunaren inguruko alderdi zehatzei buruzko erabakiak hartu dituztenean eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko estrategia prest duenean.

Alderdi horiek guztiak sakonkiago garatuta daude kontu etikoei buruzko atalean eta lesioen parteei buruzko eranskinean. (Ikus 2. eranskina).

Kontuan izan behar da sistema judizialak egin den delitu bat zigortzea xede duen prozesu bat abian jartzeko balio duela jakinarazpen horrek, baina horrek

ez duela inoiz ordezten emakumea bere osasunean —hitzaren adierarik zabalenean— errekuperatzen laguntzeko ekintza-plana. Sexu-erasoen kasuan, jakinarazpen judiziala “Sexu-erasoen aurrean jarduteko prozesua” atalean adierazten da esplizituki.

3.2. LAGUNTZEKO ETA JARRAITZEKO JARDUNA



Kasua detektatu duen profesionalak hasierako oinarrizko jarduna garatu duenean, emakumearengandik hurbilendagoen eta arretaren luzetarakotasuna hobekien ziurtatuko duen laguntza-testuinguruan jarraitutasuna ziurtatzeko garaia da. Kasu gehienetan inguruabar horiek lehen mailako arretan ematen dira eta familiako medikuntzako eta erizaintzako profesionalak izango dira **LAGUNTZEKO eta JARRAITZEKO** fasea garatuko dutenak.

Osasun mentaleko unitateen arreta hartzen ari diren emakume batzuentzat espazio hori izan daiteke laguntzeko eta jarraitzeko jardunaz arduratuko dena, lehen mailako arretan dagozkien erreferentziako profesionalekin koordinatuta.

Laguntzeko eta jarraitzeko jarduna ekintza hauetan egituratuko da:

1. EBALUAZIOA

Hasierako oinarrizko kontsultan egindako ari berriz ekiteko unea da, lortutakoa indartzeko eta erronka berriei aurre egiteko:

- **ENTZUTEA**, antzeko baldintzetan, baina kontakizunari berriz ekiten eta bizi izandako prozesua berriz lantzen lagunduta, emakumea gaur egun dagoen egoeraren eta aurrekarien xehetasunetan sartuta. Garrantzizkoa izango da jasandako indarkeria motak zehaztea eta indarkeriaren zikloaren zein unetan dagoen finkatzea. Ezarri beharreko ekintza-planean eragina izan dezaketen funtsezko alderdiak dira eta.
- **ENPATIA**, antzeko baldintzetan, indarkeria mota oro gaitzesteko gure jarrera garbia eta erabatekoa adierazita.

Sostengu esplizitua adierazita, baina bete ezin dena edo lortzeko moduan ez dagoena eskaini gabe.

Ustez bere ekintzen ondorioz, tratu txarren emailearen hitzetan, indarkeria denbora luzean jasan duen emakumea errugabetuta. Errugabetasuna



esplizitu egitea liberatzailea eta behar-beharrezkoa da genero-indarkeria jasan duenaren prozesu terapeutikorako.

Sintomak berriz lantzea eta indarkeria testuinguruan jartzea haien arrazoizko kausa gisa.

- Egoerari berriz ekitea **ARRISKUAK** berriz ebaluatzeko: fisikoak, emozionalak eta sozialak. Egoera urgenteei aurre egitea eta etorkizunean ager daitezkeen beste arrisku batzuk prebenitzea ahalbidetuko duen miaketa zehatza.

Garrantzizkoa da arriskuak eta emakumeak haietaz duen pertzepzioa objektibatzea. Profesionalak antzemandako arriskuak emakumeak aintzat hartzen ez dituenen, larriagotu egin daitezke eta oso arrisku handiko egoeretara eraman. Etorkizunean eman litezkeen egoeretarako batzuk eszenaratzeko unea izango da, emakumeari horien gainean gogoeta egiteko eta, kasua iritsiko balitz, jarduteko aukera emango lioketen tresnak emateko.

- Emakumeak dituen **SOSTENGUAK** eta aukerak ebaluatzea. Bere familia-eta adiskidetasun-harremanak, neurri handiagoan edo txikiagoan egoera ezagutzen duten pertsonak, komunitatean erabilgarri dauden baliabideak... arakatzeko garaia da. Sostengu horiei dagokien garrantzia ematea oso lagungarria izango da emakumea babesteko eta gerta daitezkeen egoeretarako ahaldunduta sentitzeko.
- Edozein **ALDAKETA PROZESUK** fase eta erritmo jakin batzuk ditu. Horiek ebaluatzea komeni da emakumeak bizi duen unera egokitutako ekintza-proposamenak egiteko. Prochaska eta DiClementeren ereduak horretan laguntzen du, maiz erabiltzen baita osasun-ingurunean tabakoarekiko mendekotasuna gainditzeko (jokabidez aldatzeko eredu). Pareka daitezkeen egoerak ez badira ere (ez dira gauza bera substantzia batekiko mendetasuna eta indarkeriazko bikote-harremanaren egoera), aldaketa-eredu horrek emakumea dagoen unearen kontzientzia hartzea ahalbidetzen duen fasekako egituraketa eskaintzen du:

- Emakumeak indarkeria arazotzat jotzen ez duenean, **kontenplazio aurreko fasea edo abusu-harreman onartuarena** da. Litekeena da bere arazoaz ez jabetzea, garrantzi txikia ematea edo aldaezin edo saihetsezin gisa onartzea. Etapa honen bereizgarria da tratu txarren harremana onartzea, onar daitezkeen zerbait edo arazo handirik sortzen ez duen zerbait dela baloratzen delako edo saihetsezina eta aldaezina den zerbait dela ikusten delako. Emakumea gauzak hobera egin dezaten saiatu ohi da, bere bikotekidea alda dadin ahaleginduta. Hori guztia dela eta, askotan indarkeria isilean mantentzen da eta bakarrik aurre egiten ahalegintzen da.

- **Kontenplazio-fasean edo zalantzan jarritako abusu-harremanaren fasean**, emakumea jabetzen hasten da abusu-zeko harremana dagoela, baina oraindik ez du ekintzara jotzeko konpromisoa hartu, ez daki zer egin dezakeen edo noiz has daitekeen zerbait egiten. Fase horretan emakume askok beren buruarentzat aitortzen dute abusua, baina nahiago dute sekretua izatea eta erasotzaileak aldatzeko laguntza bila dezan saiatzen dira. Etapa horren sakoneko dinamika bere bikotea denborarekin aldatuko den eta horrela jarraitzea merezi duen ideia zalantzan jartzea da. Emakumeak harremana aldatuko ez dela konbentzitzen direnean soilik hasten dira handik alde egitea planifikatzen.
- **Prestaketa-fasean edo harremana aldatzea erabakitzean**, arazoak jabetzeaz gain, bere jokabidea aldatzeko erabakia hartzen du eta egoerari aurre egiteko gauzatu beharreko plan bat diseina dezake.
- **Ekintza-fasea** iristen denean, ezarrita du aldaketa-plana eta praktikan jartzen hasten da. Bere jokabidea, esperientzia edo ingurunea aldatzen du arazoa gainditzeko asmoz. Tratu txarren emaitzarekin duen lotura haustea edo harremanaren barruan indarkeriarik gabeko bizitza baten alde borrokatzea hautatzen du, baina dagoeneko ez du espero bere bikotekideak horretan laguntzerik.
- Eta **mantentze-fasean**, oztopoak oztopo, aldaketa horiek ezarri eta finkatu egiten dira. Etapa horrek orain arte egindako urratsak finkatzea dakar, berrerortzeak prebenitzea eta bizi-berreraikuntzako prozesu bat ezartzea. Indarkeriarik gabeko bizitza finkatzea da azken helburua.

Ekintza-fasea eta mantentze-fasea 3 etapako ziklo batean hedatzen dira:

- Emakumeak indarkeriarik gabe bizitzeko aldaketei ekin badie ere, abusuak bere horretan jarraitzen du.
 - Abusu-egoera desagertu egiten da.
 - Bizi-berreraikuntzarekin jarraitzeko denbora.
- Zenbait kasutan **berrerortze-fasea** gerta daiteke. Fase horretan atzera egiten da ezarritako aldaketetan eta litekeena da indarkeria-egoerak berriz sortzea. Horren ondorioz, arazoa aurreko faseetatik maneiatu behar izaten da berriz ere. Aldaketaren zirkulua itxi egiten da, berrerortzearen ondoren beste aldaketa-prozesu bat ezartzen baita berriz, baina ez da kontenplazio aurreko fasean hasten, zuzenean joaten baita kontenplazio- edo prestaketa-fasera aldeztatik bizi izandako esperientziaren ondorioz.

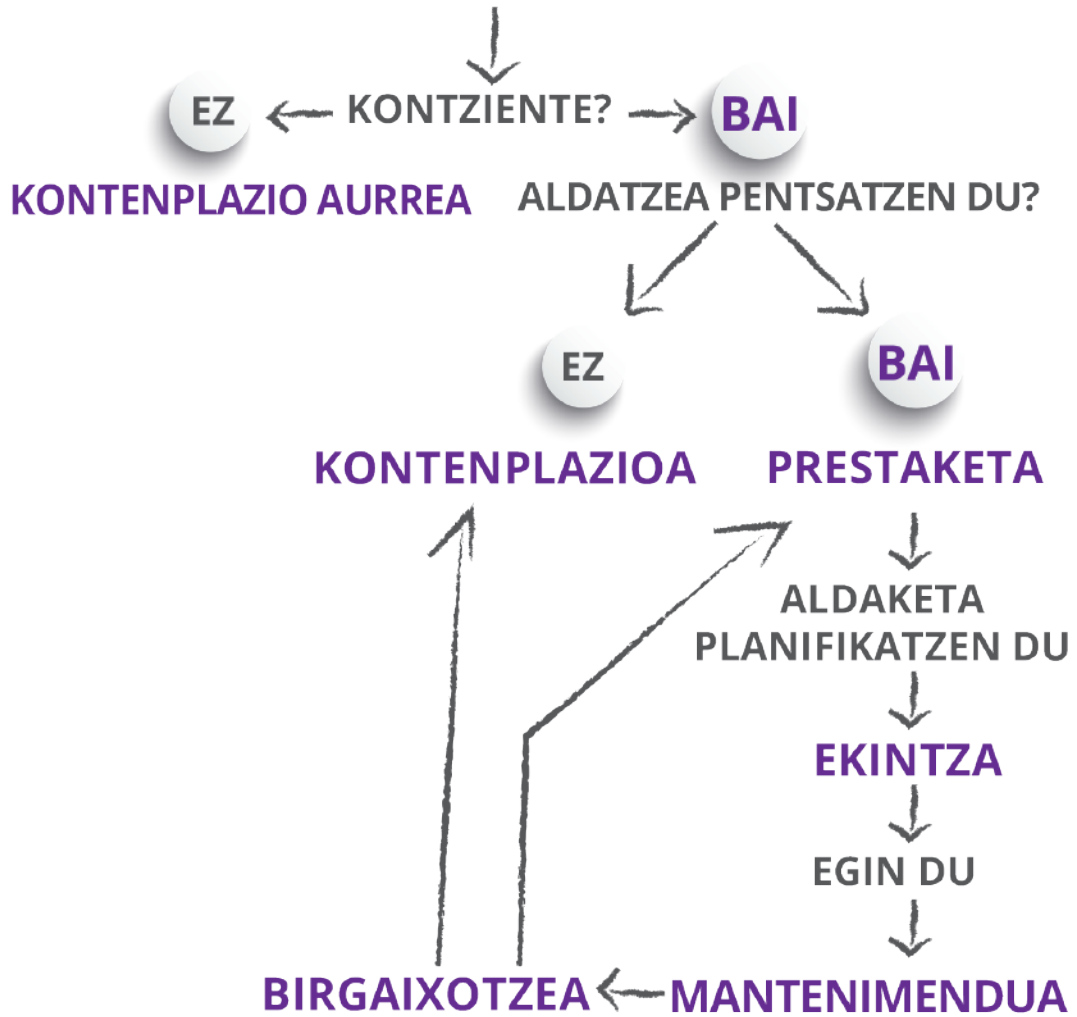


3 ALGORITMOA

EKINTZA-PLANA



GENERO INDARKERIA DETEKTATUTA
EKINTZA-PLANA



Prozesu horretan aurrerakadak eta atzerakadak izan daitezke. Etapak orientazio modukoak dira eta ez dira beti modu garbi eta unibokoan gertatzen. Emakumea zein puntutan dagoen baloratzeak egoki esku hartzeko bidea ematen du.

2. EKINTZA PLAN

Emakumea aldaketaren zein fasetan dagoen kontuan hartuta, profesionalari bete beharreko jarraibideak ezartzen lagun diezaiokeen ekintza-plan generikoa proposatzen da. Egoera eta profesional bakoitzak dauden beharretara eta baldintzatzaileetara egokitu beharko du.

- **KONTENPLAZIO AURREKO FASEA.** Fase honen helburua da tratu txarren egoeraren onargarritasunaren inguruko zalantza sustatzea. Arazo garrantzitsua delako kontzientzia areagotzea eta toleragarritasuna murriztea.

Kasu askotan, emakume batek fase honetan laguntza eskatzen duenean, hirugarren baten presioaren ondorioz egiten du.

Esku-hartze laburra emakumeari bere osasun-egoera itzultzean datza, arrazoia edo sintoma indarkeria-egoerarekin erlazionatuta, hartara tratu txarrak osasun-galerarekin identifikatzeko. Beharrezkoa izan daiteke, halaber, jarrera pertsonala hartzea eta indarkeria justifikatzen ez dela adieraztea, emakumeak erreferente esplizitu bat izan dezan bere usteak berriz planteatzeko. Abusu-egoera zehatz-mehatz arakatzea eta bizi izandako inguruabarrak banan-banan aipatzea tresna terapeutikoa da berez, arakatutakoaren ikusgaitasuna areagotzen baitu. Indarkeriaren zirkulua azaltzeak lor dezake emakume askok beren bizitzaren sekuentzia identifikatzea eta beren harremanaren une txarrak objektibatzea.

Ez da ez bideratzerik ez jakinarazpenik proposatu behar, halakorik eskatzen duen arrisku handiko egoeraren bat dagoenean izan ezik. Garrantzizkoa da etorkizunean gaiari berriz heltzeko atea irekita uztea eta tratu onerako eskubideari buruzko informazio orokorra proposatzea.

Inguruabarren arabera, muturreko indarkeria-egoera posible baten aurrean har litezkeen neurri batzuen inguruko informazioa araka daiteke: laguntza eska diezaikekeen pertsonen prestasuna, laguntza urgentziak eskatzeko telefono-zenbakiei eta erakundeei buruzko informazioa edo adingabeak babesteko moduak. Neurri horiei buruz hitz egiteak egoeraz jabetzen lagunduko dio.

- **KONTENPLAZIO FASEA.** Helburua da neurri handiagoan jabetzea eta ziurgabetasuna aldaketak ezartze aldera ebatzea.

Gogoeta-ariketa moduan, harremanarekin jarraitzeko edo ez jarraitzeko arrazoiak identifika daitezke. Aldaketarako oztopoak eta beldurrak analizatu, egun dauden zailtasunak eta aurretik egindako saioretan egon zirenak berrikusita.

Emakumeak dituen sare sozialak aztertu behar dira, eta emakumeak bizi duen egoeraren aurrean zer-nolako jarrera hartzen duten ikusi. Hurbileko pertsonak



daudenean, horien iritziak funtsezkoak izaten dira aldaketei ekiteko, seme-alabenak bereziki, haien adinak horretarako aukera ematen duenean.

Baliabideak dauzkaten eragile sozial eta instituzionalekin harremanetan jartzeak emakumeari aukera ematen dio zer aukera dituen marrazteko eta aldaketa bideratzen duen sare baten babesa sentitzeko.

Etorkizuneko itxaropenak eta helburuak arakatzeko aukera ematen dio egungo unearen eta bere proiektuen arteko desadostasunak mahai gainean jartzeko.

Bere bikotekidea aldatzearen ideia garatzeak, noiz, nola eta zein erritmotan bezalako xehetasunetan sartuta, bizi izandako aldaketa-esperientziari buruzko desadostasuna nabarmen dezake eta erabakiak hartzea erraztu.

Anbibalentzia motibatzeke elkarriketaren ereduaren bidez maneiatzeko ahalbidetuko du emakumea bera izan dadin aldatzeko arrazoiak aurkeztuko dituen, profesionalak bere irizpideak ezarri beharrean.

Garrantzizkoa da ihes egiteko segurtasun-plan bat ezartzea, horren beharra izan dezakeen arrisku-egoeraren bat gertatuko balitz ere:

- Telefono mugikorra edukitzea, baita polizia-erakundeen, biktimen elkarteen edo bere dei batek arrisku-egoera izan daitekeela dakitenen senitartekoen edo konfiantzako pertsonen telefono-zenbakiak ere.
- Ihes egiteko plan bat edukitzea aldez aurretik prestatuta: dokumentazioa, arropa, etxeko giltzak, txosten medikoak eta medikamentuak eta, baldin baleude, aurreko salaketak. Dirua eta kreditu-txartelak.
- Seme-alabak baldin baditu, ihes egin aurretik behar izan dezaketen guztia prestatzea edo haiekin etxetik irten beharra ekar dezaketen alerta-egoerak ezartzea.

- **PRESTAKETA FASEA.** Helburua da emakumeari lagun egitea, aldaketa batzuk inplementatu ahal izateko jarraitu beharreko planik onena zehazten laguntzeko.

Egungo egoera ahalik eta modu objektiboenean aztertzeke unea da, emakumearen planak entzun eta orain arte egindako urratsak baloratzeke. Arazoei aurrea hartu eta une horrek izan ditzakeen arrisku bereziak objektibatu behar dira. Ezinbestekoa da bideratzea eta/edo koordinazioa osasuneko gizarte-langilearekin eta/edo gizarte-zerbitzuekin baloratzea eta adostea inguru horretan erabilgarri dauden baliabideak kontuan izateke.

Egoera horretan, anbibalentziaren gainean lan egiteko garaia da, zeren normala denez, maiz agertzen baita aldaketa-fase horretan. Presa

edo pertsuasioa saihestea, emakumearen itxaropenak baloratzea eta testuinguruak arretaz aztertzea oso lagungarria izango da erabaki irmoak eta neurriak hartu ahal izateko.

Aurreko fasean bezalaxe, ihes egiteko segurtasun-plana emakumearekin batera baloratu beharko da, sor litekeen indarkeria kontuan izanda.

- **EKINTZA FASEA.** Fase honen helburua da emakumeari bere aldaketa-ekintzetan lagun egitea, bakarrik dagoela senti ez dezan eta bere prozesua berresten laguntzeko.

Emakumeari segurtasuna emango dioten baieztapen automatizatzaileak sortzea eta ahalbidetzea da asmoa. Emakumearen kezka eta itxaropenak esplizitatzeko garaia da, egoerei errealismoarekin aurre egin ahal izateko. Atzera begiratzeak orain arte egindako bidea bistaratzen eta egungo unearen balioa nabarmentzen lagunduko dio. Aurrera begiratzeak aukera emango dio hartutako erabakiak bideratzeko eta, behar izanez gero, helburuak berriz planteatzeko.

Une horretan bereziki delikatua eta ezinbestekoa da emakumearen eta seme-alaben segurtasunari eta babesari lehentasuna ematea.

Inguruabarrak ez dira berberak izango emakumeak bikotearen barruan indarkeriarik gabeko bizitza baten alde borrokatzea erabakitzen badu edo bere bikote-harremana hausteko erabakia hartzen badu. Erabaki batek zein besteak gatazka, oztopoa eta beldur desberdinak sortuko ditu eta emakumeari horretan lagun egin beharko zaio. Bikoteak seme-alabak izateak behartutako harremana izan daiteke beste gatazka-sorgune bat.

Bereziki garrantzitsua da ihes egiteko segurtasun-plana (kontenplazio-fasean garatu den moduan) emakumearekin adostea, zeren ekintza-fasean abian jartzea eska lezakeen indarkeria bereziko egoeraren bat gerta bailiteke.

- **MANTENTZE FASEA.** Abian jarritako ekintzak mantentzen, berrerortzeak prebenitzeko estrategiak identifikatzen eta arriskuaren zaintza mantentzen laguntzea da helburua.

Emakumeak aldatzeko erabakia hartu arren abusuak bere horretan jarraitzen badu, hori da aurre egin eta kudeatu behar den lehentasunezko arazoa, horretarako emakumeak duen maniobra-tartea baloratuta. Abusua amaitzen denean protagonismo handiagoa hartzen du abusuaren ondorioetatik errekuperatzeak eta eragindako kalteak konpontzeak.

Berreraikuntza-prozesua ezartzen da maila pertsonal, familiar, sozial, ekonomiko eta laboralean.



Ahal den heinean egoera bakoitzaren barruan bizitza sozial normalizatua sustatu behar da, bizitza osasungarriaren alderdi guztiei balioa emanaz. Emakume taldeak eta beste baliabide komunitario batzuk oso baliabide erabilgarriak izan daitezke emakumearen bakartzea saihesteko eta indarkeriarik gabe bizitzeko borondatea indartzeko. Indarkeriaren zikloa analizatzea lagungarri izango zaigu eztei-bidaiaren faseen inguruko berrerortzeetatik babesteko, horretarako une bereziki kalteberak izaten dira eta.

Askotan emakumeak atsekabe-prozesu bati aurre egin behar izaten dio, bikotekidea galdu izanak tratu txarrak eman dizkion pertsonaren falta sumatzeko sentimendu anibalenteak sortzen dizkio eta. Sentimendu horiek adierazi egin behar dira eta berreraikuntza-prozesuaren parte gisa onartu, eta ez dira inoiz kritikatu behar, nahiz eta seguruenik bere ingurunean hala egingo duten, harremanari berriz ekitea iragarriko duen beldur.

Ez dugu ahaztu behar segurtasun-plana eta emakumearen eta seme-alaben babes-agertokia erreparatzea.

Berreraikuntza-prozesu pertsonal, familiar, sozial, ekonomiko eta laborala da.

- **BERRERORTZE FASEA.** Emakumeari prozesua kontenplaziorantz, erabakitasunerantz eta ekintzarantz bideratzen laguntzea da helburua, berrerortzearen ondorioz blokeorik edo etsipenik ager ez dadin.

Berrerori izan arren gure enpatia eta hurbiltasuna erakustea eta porrot-sentimenduak saihestea ezinbestekoa da une horretan. Era berean, indarkeriaren zikloa gogoraraztea, egindako urratsen balioa handitzea eta inor hasierako posiziora itzultzen ez dela onartzea. Aitzitik, nabarmendu behar da prozesuak sortu dituen aldaketak atzeraezinak eta itxaropentsuak direla egoerari berriz ekiteko. (Ikus 3. eranskina).

ERIZAINZAKO ZAINKETA PLANA

Genero-indarkeria jasaten duten emakumeentzako erizaintzako zainketa-plana esku hartzeko eta jarraipena egiteko plan gisa ezartzen da Aldaketaren Eredu Transteorikotik (Prochaska eta DiClemente, 1993) proposatutako esparru kontzeptualaren barruan. Eredu hori prozesu dinamiko bat da eta bertan erizaintzat behar-beharrezkoa da emakumeek pasatzen dituzten etapen arabera zer-nolako beharrak dituzten jakitea. Eredu horretatik erizainek hobeto uler ditzakete emakumeen portaerak eta erizaintzako diagnostikoak etapen arabera egokitzeko aukera dute. Horri esker orientazioa eman dezakete emakumeek behar duten zainketa motari buruz eta emakumeek aurrez aurre dituzten konplexutasunak eta erabakiak (haien erabakiak, desioak...) uler ditzakete, emakumearen ahalduntzea oso kontuan hartuta.

Erabakiak emakumearenak dira, ez arreta ematen dion pertsonarenak. Hura da erabakiak hartzearen arduradun nagusia, paternalismoa alde batera utzita. Emakumeak soilik biktima gisa ikusten direnean alde batera uzten dira beren indarrak eta baliabideak eta baztertu egiten dira beren itxaropenak.

Portaeraz aldatzeko prozesua ziklikoa izaten da maiz, emakumeek aurrera egiten dute eta berriz erortzen dira etapetan zehar mantentze-etapa arrakastaz erdietsi aurretik. Osasuneko esku-hartzeak etapa horietara egokitu beharra dago, emakumeak patologizatzea saihesteko. Egoera horretan dagoen emakume bat kontenplazio aurreko etapatik prestaketa-etapara pasa daiteke eta berriz kontenplazio aurreko etapara itzuli ekintza-etapara iritsi gabe. Eredu horrek emakumearen portaera ulertzen laguntzen du. Horrek aukera ematen du emakumeei lagun egiteko eta sostengua emateko, baina hartu nahi ez duten edo prest ez dauden norabide batean bultzatu gabe. Genero-indarkeria jasaten duten emakumeek maiz ez dute kontrol askorik edo batere kontrolik izaten beren bikotekidearen portaeraren gainean; indarkeria-harremanean jarrai dezakete bizirik irauteko estrategia gisa, jokabide pasiboa izan gabe. Emakume bat emozionalki eta kognitiboki prest egon daiteke bikotekidea abandonatzeko, baina beste neurri batzuk har ditzake segurtasunagatik.

Garrantzizkoa da esku-hartze klinikoak etapa horietara egokitzea, emakume batek genero-indarkeriako egoera berehala utzi ezin duela ulertzeko eta emakume horiek patologizatzea saihesteko. Portaeraz aldatzeko prestaketa ez da gertaera bakarra, etapaz etapako prozesua baizik.

Erizainek, emakumeak indarkeriarekin amaitzeko prozesuan aurrez aurre dituen konplexutasunak eta erabakiak ulertzen dituztenez, tresna hobekak dituzte haien erabakiak errespetatzeko, elkarlaneko erabakiak hartzeko, arazoak holistikoki konpontzeko eta emakumearen ahalduntzea ahalbidetzeko. Emakume guztiak ez daude ekintza-etaparako prest.

3. OSASUN ARLOKO BARNE KOORDINAZIOA

Osasun-sistemaren barruan, kasuaren zenbait baldintzatzailek beste laguntza-dispositibo edo profesional batzuen lankidetzara behar dute.

Seme-alabak erasotzailearen indarkeriaren zuzeneko biktimak dira, lekuko direlako edo indarkeriaren ondorioak zuzenean jasaten dituztelako. Hala aitortu du duela gutxi sistema judizialak ere. Kasu gehienetan gure osasun-sistemako pediatriako profesionalak arduratzen dira seme-alabei arreta emateaz. Hasierako komunikazioak egoera berriz osatzen laguntzen du eta pediatriako langileek egin ditzaketen ekarpenekin aberasten du. Geroztiko koordinazioak dispositibo guztietan esku-hartzeak ildo berean indartzen laguntzen du.



Biktima diren emakume askok denbora luzea daramate osasun mentaleko unitateetan arreta jasotzen. Batzuetan indarkeria-egoeraren ondorio diren diagnostikoak izaten dituzte. Kasu askotan egoera horiek ez dira detektatu osasun mentaleko zerbitzuetan. Emakumeei (edo haien seme-alabei) arreta ematen dieten profesional horiekin komunikatzeak eta koordinatzeak egoeran lagun egiteari eta desmedikalizatzekeo premiari buruzko adostasun-irizpideak ezartzen laguntzen du, indarkeria-egoerei amaiera eman beharra nabarmentzeko.

Emakumeari beste dispositibo edo profesional batzuk arreta ematen ari bazaizkio eta haren genero-indarkeriako egoerak arretaren gainean eragina izan dezakeela susmatzen bada, horren berri emango da eta koordinatzekeo eta elkarrekin lan egiteko mekanismoak ezarriko dira.

4. KANPO KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOA

Osasun-sistema eta sistema soziala indarkeria-egoera jasaten ari diren emakumeen arretan erantzukizun-maila handiena duten esparruetako bi dira. Biei dagokie ekintza koordinatuak eta koherenteak garatzeko erantzukizuna, benetako koordinazio instituzional eta interinstituzionalarekin, batik bat Euskal Autonomia Erkidegoan gizarte-zerbitzuak udalen eta foru-erakundeen mendekoak direla kontuan izanik.

Aurre egiteko baterako jardun hori arreta soziosanitarioko taldeetan oinarrituta egituratuko da. Talde horiek, nagusiki, lehen mailako arretaren eta udalen gizarte-zerbitzuen esparruko profesionalek osatzen dituzte, eta elkarrekin lan egiten dute emakume horientzat eta seme-alabentzat erabilgarri dauden baliabideen inguruan identifikatzen, arreta ematen, aholkatzen eta orientatzen.

Oinarrizko gizarte-zerbitzuek eta espezializatuek genero-indarkeriaren arazoaz arduratzeko baliabideak (ikus 4. eranskina) dauzkate: bikote-harremana hausten den egoeretan harrera egiteko baliabideak, arreta psikologikoa, orientazio juridikoa eta familia osoa babesteko neurriak.

Gizarte-zerbitzuak emakume horiei arreta emateko eta haien jarraipena egiteko funtsezkoak badira ere, koordinatu edo bideratu beharrekoak izan daitezkeen beste baliabide eta profesional batzuk ere izan daitezke. Horien artean daude laguntza psikologikoa emateko zerbitzuak, laguntza juridikoa, emakumeen elkarteak eta abar.

5. ERREGISTROA

Jarduera oro erregistratuta geratuko da, emakumearen historia klinikoa funtsezko tresna baita laguntzari jarraitutasuna emateko eta emakumeari berari edo instantzia judizialei informazioa emateko. Gainera, arazoa ikusgai egiteko eta haren benetako prebalentzia ezagutzeko balio duen informazio-iturria da. Profesionalaren erantzukizunpekoa da tratu txarrak behar bezala

kodifikatzea, emakumearen konfidentzialtasuna eta segurtasuna babespean edukitzeko (ikus erregistroari buruzko 1. eranskina).

6. JAKINARAZPEN JUDIZIALA

Laguntzaz arduratzen den profesionalak dagokion lesioen partearen eredia beteko du, emakumeari horren berri emango dio eta kopia bat epaitegira bidaliko du, horretarako inguruabar hauek kontuan hartuta:

- Emakumeak eskatu edo horretarako adostasuna ematen duenean.
- Emakumeak indarkeria-gertaera bat jasateko arrisku handia eta hurbilekoa dagoela baloratzen denean, nahiz eta emakumeak adostasuna ez eman.
- Arrisku handia dagoenik baloratzen ez bada, emakumeak egitea komeni dela eta onuragarria dela uste duenean bidaliko da. Hots, errekupeazio pertsonaleko prozesu batean dagoenean, bere etorkizunaren inguruko alderdi zehatzei buruzko erabakiak hartu dituztenean eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko estrategia prest duenean.

Alderdi orokor horiek guztiak sakonkiago garatuta daude kontu etikoei buruzko atalean eta lesioen parteei buruzko eranskinean. (Ikus 2. eranskina).

Sistema judizialak egin den delitu bat zigortzea xede duen prozesu bat abian jartzeko balio duen jakinarazpen horrek, baina horrek ez duela inoiz ordeztzen emakumea bere osasunean —hitzaren adierarik zabalenean— errekupeatzen laguntzeko ekintza-plana.

3.3. “NOT TO DO” – Zer EZ EGIN genero-indarkeriaren ARRETAN.

1. MINIMIZATU

Emakumearen osasunean eraginik ez duen esparru pertsonaleko, familiarreko edo pribatuko arazoa dela kontuan hartu.

Arazoari jaramonik ez egin, bakarrik konponduko dela pentsatuta.

2. NIRE ARDURA EZ DELA USTE IZAN

Edozein profesionalak, bere espezialitatea dena dela ere eta edozein testuinguru klinikotan (larrialdia, kontsulta, ospitalizazioa...), hasierako oinarrizko esku-hartzea egin behar du eta erreferentziako profesionalarekin laguntza-jarraitutasuna ziurtatu, indarkeria-egoeraren jarraipena egin ahal izateko.

3. INDARKERIA JUSTIFIKATU

Egoera normaltzat, posibletzat edo justifikagarritzat jo. Erasotzaileak emakumearekin duen jarrera hutsaldu edo esplikatuz.



Adierazi behar da indarkeria inoiz ezin dela ez justifikatu ez onartu bikote-egoera batean.

4. ARRISKUA GUTXIETSI

Erasotzaileren jarrerren eta emakumeak adierazitako beldurren eta segurtasun-gabezien ondorioz arriskua argi eta garbi ez baloratu.

Une oro ziurtatu behar da emakumearen babesa eta konfiantza-giroa ezarri.

5. JARRERA PATERNALISTA IZAN

Emakumeari adierazi egoera horri konponbidea emateko zer egin behar duen.

Genero-indarkeriaren arazo korapilatsuak egoeraren balorazio zehatza behar du. Horrek emakumeari lagun egitea eskatzen du, zer egin nahi duen eta noraino iritsi nahi (edo ahal) duen erabakitzeko aukera izan dezan.

Arretaz baloratzea eta emakumearen erabakiei sostengu ematea, horixe da lagun egiteko behar den jarrera.

6. MEDIKAMENTUAK AGINDU

Arau orokor gisa, kontua ez da egoera horietan antsiolitikoak (edo antidepresiboak) agintzea. Medikamentu horiek erreakzio-ahalmena murrizten dute eta inoiz ez dira indarkeria-egoerarako soluzioa.

Egokiak izan daitezke muturreko antsietate-egoeretan, eta profesionalak eta emakumeak zertarako diren garbi dutenean agindu behar dira eta betiere denboraldi mugatu baterako.

7. BIKOTE TERAPIA AHOLKATU

Emakumeari beti bakarrik egin behar zaio elkarrizketa. Konfidentzialtasuna eta denbora egokia ziurtatu behar dira. Informazioa ez da inoiz kontrastatu behar erasotzailearekin, eta ez zaio emakumeak esan diguna jakinarazi behar. Bikote-terapia edo familia-bitartekaritza kontraindikaturik dago gisa horretako egoeretan. Abiapuntuko egoerak halako desparekotasuna du, ezen banakako tratamendua behar baitu.

8. SEME ALABAK EZ BALORATU INDARKERIAREN BIKTIMA GISA

Emakumearen gaineko indarkeria-egoerek haren ingurunean dauden adingabeak ere hartzen dituzte eraginpean. Azterketek adierazten dutenez, ondorio larriak izaten dira indarkeria horren biktima diren seme-alabentzat. Behar-beharrezkoa da beti adingabeen balorazioa egitea, haien babesa ziurtatzea eta bizi izandako egoera horren ondorioei aurre egiteko eta adingabeen egoera psikologikoa lehenagoratzeko laguntza-

prozesua ezartzea. Hala aintzat hartzen da, halaber, Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzko Lege Organikoan.

9. BIDERATU LEHEN NEURRI ETA NEURRI BAKAR GISA

Emakumeak horrelako egoera bat kontatu digunean, kontua ez da berehala beste profesional batengana bideratzea. Hasierako gutxieneko esku-hartzea eta sostengu-kontsultak beti izango dira beharrezkoak. Profesionalen arteko eta instituzioen arteko koordinazioa, behar denean, helburu garbi eta adostuekin egingo da, konfidentzialtasuna eta errespetua ziurtatuta, inoiz ez erantzukizunak saihesteko, indarkeria-egoera horretatik irteteko baliabideak hobekien eskain ditzaketen profesionalak bilatzeko baizik.

10. JAKINARAZPEN JUDIZIALAREN BEHARRA EZ ERREGISTRATU EZ BALORATU

Egoera hori ez komunikatzeak eta ez erregistratzeak arazoa ikusezin bihurtzen laguntzen du eta egindako lana ez da jasota geratzen, laguntzaren jarraitutasuna ziurtatzeko eta arrisku handiagoko egoerak prebenitzeko.

Indarkeria-egoerak korapilatsuak dira eta era askotako baldintzatzaileei loturik daude. Profesionalak (emakumearekin batera) zehatz-mehatz baloratu beharko ditu, erregistratzeko, komunikatzeko eta zuhurtziaz jarduteko.

Egokiena ez da erregistro edo jakinarazpen sistematikoa, kasu bakoitzaren balorazioa baizik, horrek ziurtatuko baitu laguntzeko asistentzia, erregistro egokia eta jakinarazpen judizial zuzena.