

2. Jardunak detektatzeko/esku hartzeko puntuen arabera

GINEKOLOGIA/OBSTETRIZIAKO EKIPOA

Ginekologo eta emagin gehienentzat EGMa gure komunitatean ezagutzen ez den errealitatea da. Izan ere, profesional askok ez dute kasu bakar bat ere ikusi, eta ikusi badute ere ezin izan dute aztertu. Egoera hori kontrastean dago EGMa egiten duten herrialdeetatik datorren biztanleria afrikarrari buruz ditugun datuekin; datu horien arabera, azken urte hauetan igoera esponentziala baitago dago EAEn.

GINEKOLOGIARI BURUZKO KONTSULTA

Zergatik ez den diagnostikatzen galderari erantzuteko, geure buruari aurretik galdetu beharko diogu ba ote dagoen aukerarik bilatzen ez dena ikusteko, eta hortxe aurkituko dugu erantzuna. EGMa pairatu duen emakumea ez da ginekologiako kontsultara edo ginekologiako larrialdietara bertaratzen arrazoi horrengatik. Normalean beste emakume batzuei galdetzen diete antzeko arrazoiengatik: metrorragia, abdomeneko mina, baginako azkura, hilekoaren atzerapena... Batzuetan, emakume horiek beren emaginarengana jotzen dute zerbixeko minbiziaren baheketa-programaren barruan.

Kontsultan izaten den lehenengo harremanean lehentasuna emango zaio konfiantza-harreman bat ezartzeari, konfiantza horri esker lortuko baita emakume horren historia pertsonala zein den jakitea (jatorrizko herria, etnia, herrialde honetan emandako denbora...) eta EGMari buruzko galderak normalizatzea emakumearen sexu- eta ugalketa-osasunaren zati gisa. Era berean, EGMarekin lotutako zeinu klinikoei buruzko azterketa egingo da: dismenorrea, dispareunia, zistitisa eta errepikatzen den baginitisa... Hori guztia miaketa ginekologikoaren aurretik egin beharko da, miaketa hori egiten eta bisitek jarraitutasuna izan dezaten lagundu baitu azterketa horrek³⁰.

Segidako kontsulta ginekologikoen ondorioz medikuaren eta pazientearen artean sortzen den harremanak EGMaren aurkako argudioak sartzen lagunduko du.

Pazientea miatzen denean kanpoko genitalen azterketa zehatza egingo da; horretarako, prepuzioaren, klitoriaren osotasuna egiaztatuko da, baita ezpain txikien eta handien osotasuna ere. Horrela, pazienteari egindako EGMa zer motatakoa den diagnostikatuko dugu (ikus 1. eranskina).

Kasu gehienetan I. eta II. motako EGMa izango da, horiek baitira arruntenak, kasuen % 80-85 hain zuzen ere. III. motako EGMa ez da hain maiz azaltzen, kasuen % 15-20 dira, eta Afrikako Adarreko herrialdeetan egiten dira. Salbuespenezko kasuetan ikusten dugu mutilazio mota hori prebalentzia txikia duelako eta gure herrialdera immigratu duen biztanleria afrikarraren jatorria dela medio. Nolanahi ere, III. mota EGMaren kasu bat aurkitzen badugu, jakin

³⁰ Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ.

behar dugu ezin izango dugula baginaren miaketa osoa egin, ezta baginaren ekografia ere. Gainera, kontuan izan behar dugu kontsultaren arrazoia antisortzea bada, UBG metodoa ezin izango dugula aukeratu. Miaketa egin ondoren, ikusten bada sinekia bat edo infibulazio bat dagoela, kirurgia konpontzailea eskainiko zaio emakumeari.

Kasu guztietan garrantzitsua da pazientearen lehen arretako medikuari kasu horren berri ematea, kasuaren jarraipena egin dezan eta zaintzak koordina ditzan.

OBSTETRIZIAKO KONTSULTA (GINEKOLOGOA ETA/EDO EMAGINA)

Kasu askotan, haurdunaldi kontsulta izaten da emakumeak osasun-eremuarekin duen lehenengo harremana; horregatik, guk esparru horretan erakusten dugun sentsibilizazioak eta gauzatzen dugun jardunak zeharo alda dezake emakumeak osasun-arloko profesionalekin duen harremana.

Lehenengo hiruhilekoan, hau da, haurdunaldiko hamabigarren astearen inguruan egiten den miaketa ginekologikoan balioetsiko da EGMrik dagoen ala ez eta baldin bada zer motatakoa den. EGMa dagoela ondorioztatzen bada, EGMa dagoela idatziko da haurdunaldi-kartillan eta kodetu egingo da.

Nolanahi ere, haurdunaldiko hogeita laugarren astetik hogeita zortzigarren asterainoko denbora-tartean ez da gaia landuko emaginaren kontsultan, aurreko kontsultetan sortutako konfiantza-harremanaz baliatuko gara horretarako. Une horretan ekingo zaio gai horri buruzko sentsibilizazioari kontsultan bertan, eta emakumea EGMari buruzko programa soziosanitario espezifikoetara (baldin badaude) edo gizarte-langilearengana bideratuko da, baldin eta egokia dela irizten bada.

Haurdunaldiaren kontrola haurdun dagoen beste edozein emakumeri egiten zaion bezala gauzatuko da, indarreko protokoloen arabera. Argi eta garbi azalduko dira jardun klinikoak bisita bakoitzean, eta EGMa kontuan izango da bagina bidezko miaketetan, EGMak eragotzi baitezake miaketa hori egitea.

Mutilazio bat dagoela egiaztatzen bada, garrantzitsua da gertakari hori behar bezala erregistratzea haurdun dagoen emakumearen historia klinikoan, erditzeari begira:

- I. edo II. motako EGMa, haurdun dagoen emakumea lasaitu egin behar da egoera horrek erditzen ari den bitartean eragin ditzakeen konplikazioei dagokienez.
- III. motako EGMa edo infibulazioa. Kasu horietan, desinfibulazioa proposatzen da.

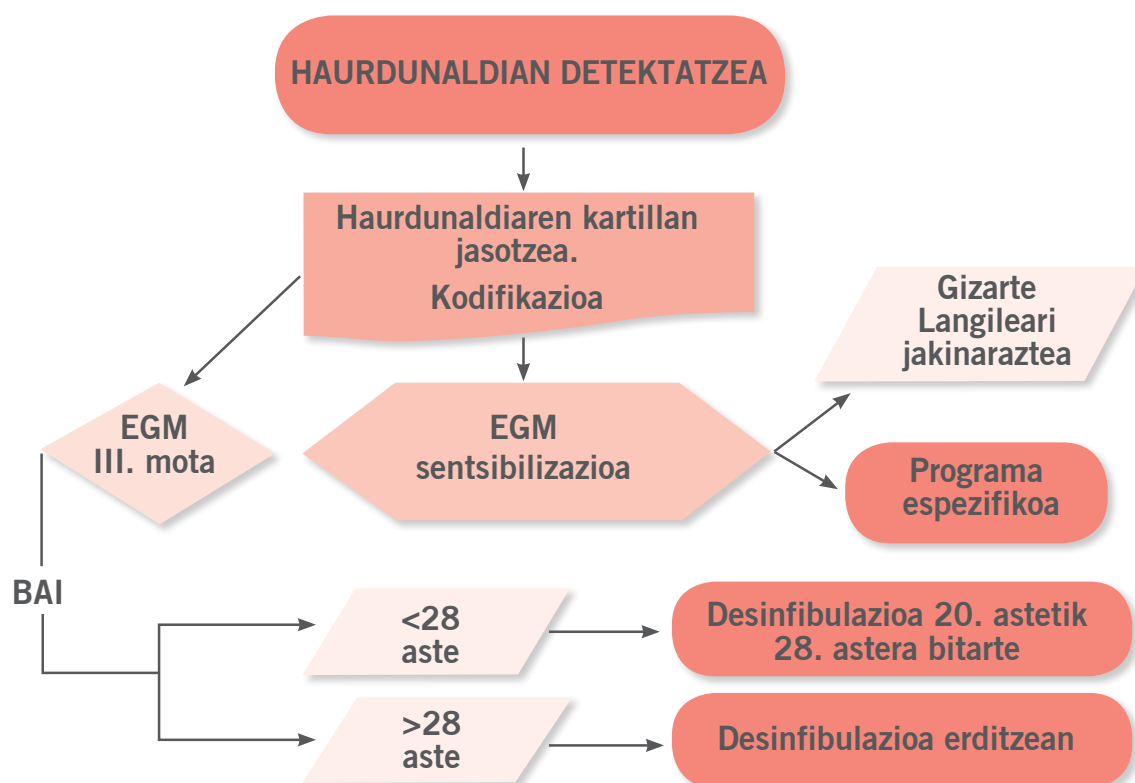
DESINFIBULAZIOA

Desinfibulazioa infibulatutako emakumeari egiten zaion ebakuntza konpontzailea da, harreman-sexualak edo bagina bidezko erditzea ahalbidetzeko (ikus I. eranskina).

Ebakuntza hori ezinbestekoa da III. motako EGMaren kasuan, desinfibulazioa gauzatu gabe erditzen bada, perineoko erabateko urradura gertatuko bailitzateke eta amaren nahiz fetuaren morbiditatea handia izango bailitzateke. Pazienteari jakinaraziko zaio erditzearen ondoren ez dela berriro infibulaziorik egingo inoiz.

Desinfibulazioa egiteko unerik egokiena haurdunaldiaren hogeigarren astetik hogeita zortzigarren atera bitarteko aldia da. Desinfibulazioa haurdunaldian egin ezin bada, erditzen ari denean gauzatuko da³¹. Normalean, analgesia erregionala (epidurala) aplikatuz egingo da.

Garrantzitsua da pazientearen lehen arretako medikuari kasu horren berri ematea, kasuaren jarraipena egin dezan eta zaintzak koordina ditzan.



ERDITZEA

Emakume mutilatuek maizago izaten dituzte arazoak erditzean, bereziki II. eta III. motakoek. Baieztapen hori WHO azterlanean³² oinarritzen da batez ere. Azterlan horretan obstetriziako emaitzak alderatzen dira EGMrik gabeko emakumeetan (n=7171), I. motako EGMa dutenetan (n=6856), II. motako EGMa dutenetan (n=7771) eta III. motako EGMa dutenetan (n=6595). Azterlan horretatik ondorioztatzen da II. eta III. motako EGMa duten emakumeek EGMa ez duten emakumeek baino arrisku handiagoa dutela zesarea bat, erdiondoko hemorragia bat eta ospitaleratze-egun gehiago izateko, baita jaioberriak bizkortzeko eta ospitaleratze arrisku handiagoa ere. Arriskuak handiagoak dira III. motakoen kasuan II. motakoen kasuan baino. Gainera, ondorioztatzen da I., II. eta III. motako EGMa duten emakumeek EGMrik ez duten emakumeek baino arrisku handiagoa dutela episiotomia egiteko eta perineoko minak izateko.

Duela gutxi, 44 azterlan biltzen dituen Norvegiako azterketa sistematiko bat argitaratu da³³. Azterketa horretan 3 milioi emakume inguru biltzen dira, eta horietatik 70.495 emakumeri EGMa egin zioten. Azterketa horretan ondorioztatzen da EGMa egin dioten emakumeek arrisku handiagoa dutela erditze luzea, tresna bidezko erditzea, urradurak eta erdiondoko hemorragia izateko. Arriskua handiagoa da III. motakoen kasuan I. edo

³¹ Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ.

³² WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Banks E, Meirik O et al.

³³ Berg RC, Underland V.

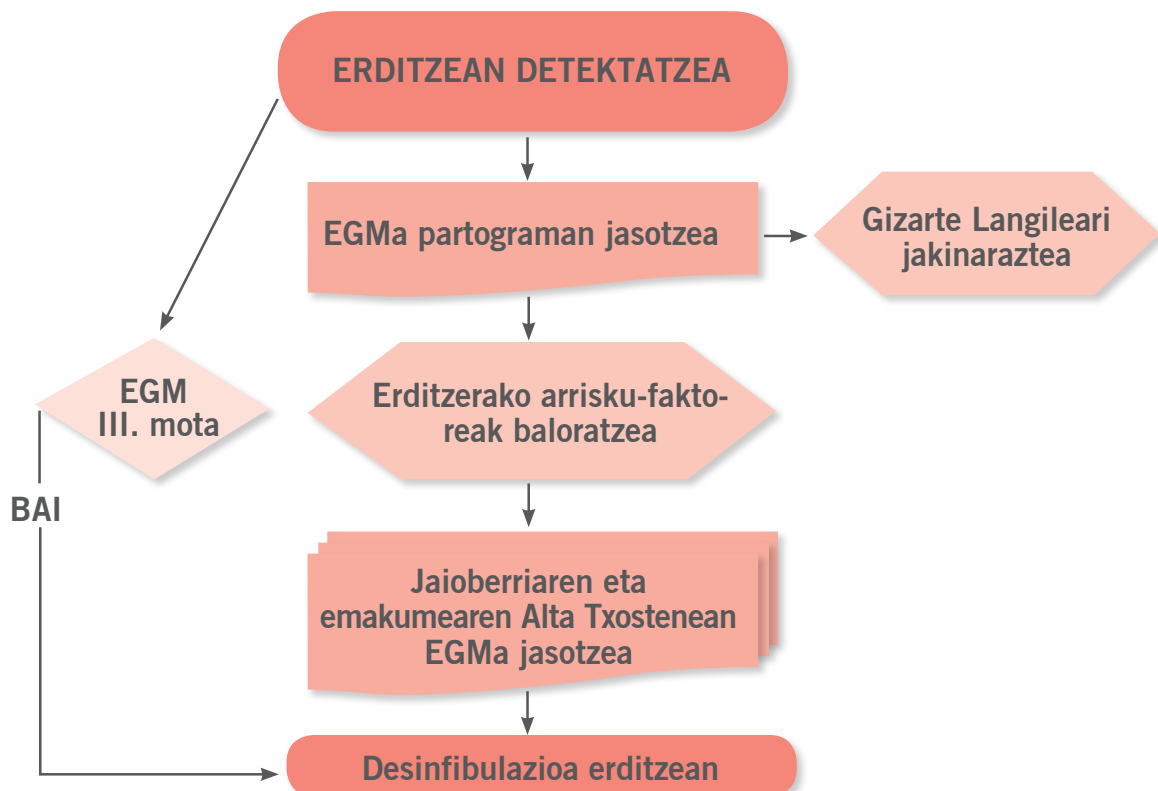
II. motakoen kasuan baino. Ez zuten alde esanguratsurik ikusi zesarea edo episiotimia egiteko arriskuari dagokionez EGMrik gabeko emakumeekin alderatuta.

Emaizta horiek gure ingurunera kontu handiz estrapolatu behar diren arren, egon litezkeen konplikazio horiek kontuan hartu behar ditugu emakume horiek erditzen ari direnean artatu behar ditugunean.

Gai horren inguruan gomendatzen diren jardunak honako hauek dira:

- Partograman EGM idatziko da eta arrisku-faktoreak aztertuko dira.
- Behar den gutxienekora murriztuko dira bagina bidezko miaketak dilatazio-fasean. Egozpen-fasean bulbaren elastikotasuna aztertuko da; horretarako, episiotomia erdi-albokoa egingo da, betiere beharrezkotzat hartzen bada, urradurarik ez izateko.
- Erditu ondoren, egon daitezkeen urradurak eta/edo episiotomia, baldin eta egin bada, nola sendatu eta zaindu behar diren azalduko da, eta gomendatuko da sexu-harremanik ez izatea urradura eta episiotomia guztiz orbaindu arte.
- Emakumearen EGMaren aurrekaria kodetuko da obstetriziako alta-txostenean.

Ama mutilatuen neska jaioberrietan EGMa prebenitzeko, familiarekin lan egingo da gai horren inguruan sentibilizatzeko. Horretarako, funtsezkoa da lehen mailako arretako pediatrik eta emaginak ez ezik, gizarte- eta osasun-langileak ere aurrekari horren berri izatea, EGMaren inguruko sentibilizazioa jorratu ahal izateko, baldin eta aurretik jorratu ez bada. Horregatik, ezinbestekoa da EGMaren aurrekaria idaztea amaren eta jaioberriaren alta-txostenean. Horrela, neska jaioberriaren pediatrik erregistro hori ikusi ahal izango du osasun-zentroan programatutako lehenengo bisitan bertan.centro de salud.



PEDIATRIAKO EKIPOA (PEDIATRA ETA/EDO PEDIATRIAKO ERIZAINA)

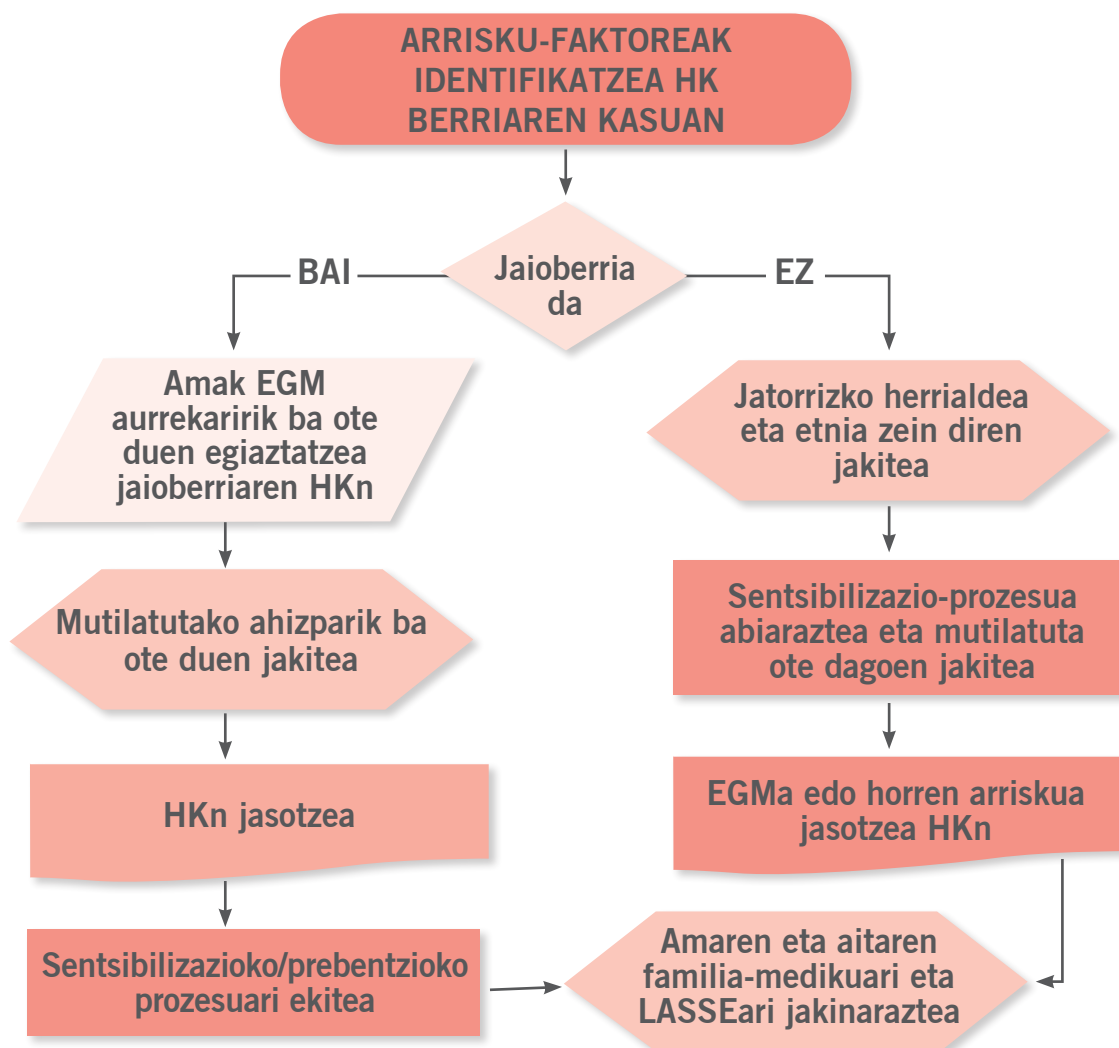
Pediatriako ekipoak kulturartekotasunari eta gai honi buruzko prestakuntza jaso beharko luke sentsibiltatez, mendebaldeko ikuspegiaz gain, Afrikako ikuspegia izanik (5) eta behin eta berriz esango dugu prebentzioa gauzatu behar dela neska jaiotzen denetik. Beti errespetuz eta sendo jardun behar da, gizarte-langileekin eta eskolekin nahiz ikastolekin elkarlanean.

Informazio horri esker, errazagoa izango da hainbat arazo gainditzea. Arazo horiek honako arlo hauekin lotuta egon daitezke: pediatria-konsultarekin eta ekintza horrek zer garrantzi eta zer sinbolismo duen ez jakitearekin, gaiari heltzeko lotsa izatearekin, esku-hartzeak edo ez esku-hartzeak dakartzan ondorioen aurrean sortzen diren zalantza profesional eta etikoekin, demonizazio-zigorren eta integrazioaren aurrean hautatu behar izatearekin, denbora gutxi izatearekin, gainkarga asistentzialarekin, hizkuntzarekin, aholkularitza profesionaleko baliabide gutxi izatearekin eta abar.

Jarraian, prebentzioko jardunak zehaztuko dira, abiapuntuko egoerak kontuan hartuta, baina jardun horietan guztietan **gizarte-langileak eta/edo Lehen mailako Arreta Soziosanitarioko Ekipoak jakinaren gainean jarri behar dira eta haiekin koordinatu behar da.**

A. ARRISKU-EREMUETAKO FAMILIETAKO NESKETAN ETA HISTORIA KLINIKO BERRIA IREKITZEN ZAIEN NESKETAN EGMa PREBENITZEKO JARDUNA

- 1. Testuinguruan kokatzea:** Arrisku-taldeak identifikatzea jardunbide horrek oraindik ere irauten duen herrialdeen eta neskaren adinaren arabera. Gai horri dagokionez, garrantzitsua da balioestea ahizpak ere aztertu behar ote diren ahal izanez gero, behintzat. Naturaltasun handiagoz informatzeko, lagungarria izan daiteke kontsultan mapa bat edukitzea EGMak oraindik irauten duen lekuak adierazten dituen mapa, alegia.
- 2. Prebentzioa neska jaioberria bada:** Neska jaioberriaren Historia Kliniko berrian egiaztatzea amaren EGMaren aurrekaria eta amari galdetzea amaz gain beste alabaren batek “ebakirik” ba ote duen. Haurdunaldiaren kontrolean eta/edo erditzeko unean, obstetriziako ekipoak sentsibilizazio-lanari ekingo dio amak “ebakia” duela detektatzen duenean. Puntu horretan ezinbestekoa da ospitale-eremuaren eta lehen mailako arretako eremuaren arteko nahiz pediatriako ekipoen eta ginekologiako ekipoen arteko koordinazio aparta izatea, amaren eta alabaren historian erregistratu ondoren, informazio hori gai horrek eskatzen duen errespetuarekin eta konfidentzialtasunez tratatzeko.
- 3. Prebentzioa, neska jaioberria ez bada:** Oso garrantzitsua da historian idaztea Euskadira mutilatuta etorri zen ala ez. Haurren Osasun Programaz baliatzea iritsi berriak diren neska etorkinen genitalak miazteko. Ahaleginak egitea hurrengo bisitetan ez galdetzeko; horretarako, ezinbestekoa da behar bezala erregistratzea, aurrerago esan denez.
- 4. Bi kasuetan,** gomendatzen da prebentzioarekin jarraitzea osasun-programaren bisitetan eta eskatutako kontsultetan bereziki lehenengo urtean, eta une egokia aurkitzen denean, alabari ebakia egiteko asmoa ote duten jakiteko. Horretarako, eranskinean azaltzen den posterra erabil daiteke; poster horretan mutilazioaren ondorioak azaltzen dira eta mutilazioaren inguruko sinesmenak desmitifikatzen dira. Gomendatzen da genitalak azterketa bakoitzean aztertzea, baina testuingurua egokia bada soilik aztertuko dira.



5. **Ama nahiz aita ohartaraztea**, bereziki oporraldietako bidaia egin aurreko egunetan, mutilatzeak ekar ditzakeen lege-ondorioei buruz; kasu horretan garrantzitsua da gizarte-langileen laguntza.

6. **“Prebentziozko konpromisoa”**: bidaia laster egin behar badute, erantsitako dokumentua (4. eranskina) erakustea amari eta aitari eta dokumentu hori sina dezaten eskatzea. Dokumentu horretan jakinarazten zaie zer lege-ondorio izango dituzten baldin eta edozein unetan jakiten bada neska mutilatua izan dela. Paper hori, gainera, disuasio-metodo gisa erabil dezakete familiaren eta gizartearen presioaren aurrean jatorrizko herrialdean. Nolanahi ere, dokumentu horrek ez gaitu salbuesten EGMari buruzko prebentzio zorrotza egiten jarraitzetik, prebentzio horrek uste sendoan egon behar baitu oinarrituta beldurrean baino gehiago. Gomendatzen da prebentzio hori normalean neska artatzen duen profesional sanitarioak egitea, profesional horrek familiaren konfiantza duelako. Aukera bat izan daiteke familiarentzako nazioarteko txerto-dokumentuarekin batera gratatzea, eta, era berean, garrantzitsua da datu hori neskaren historia medikoan erregistratzea.

7. **“Prebentzioko konpromisoa” sinatu nahi ez badute**, bidaia egin aurretik oinarritzko Gizarte Zerbitzuekin harremanetan jarri beharko da, eta zerbitzu horiekin balioetsi beharko da Adingabeak Babesteko Zerbitzu Espezializatua jakinaren gainean jarri

behar den. Baita EGMa egingo dela susmatzen bada edo bidaiatik itzuli ondoren pediatriaren azterketa egitera bertaratzen ez badira ere.

8. Gizarte-prebentzioko alderdiak: kultura-arloko bitartekariekin, hezitzaileekin eta gizarte-langileekin bi sexuetako inter pares taldeak antolatzea gai horiek inguruneko gizarte-erakunde desberdinetatik lantzeko: zentro zibikoak, GKEak, parrokiak, kulturarteko elkarteak... Gizarte-erakunde horietan funtsezkoa izango litzateke aita inplikatzeko eta ama protagonista izatea. Amek erabakitzeke duten gaitasuna areagotzea, amek erabaki dezaten beren alabei ebakuntza ez egitea, eta, gainera, ukatze horren inpaktua areagotu dezaten beren jatorrizko herrialdetara iristen direnean. Lagundu dezakeen gomendio bat izan daiteke EGMaren erritualak egin ordez beste mota bateko jaiak egitea baina mutilaziorik gabe, ulertaraziz jardunbide sozialak aldatu eta bilakatu egiten direla kultura guztietan.

B. PREBENTZIO-JARDUNAK EGMA EGINDA ETORTZEN DEN NESKA ETORKIN BATEN AURREAN GAUDENEAN

Alterazioen bat aurkitu delako susmorik edo zalantzarik izanez gero, amari galdetu zuzenean (sunnari edo ebakiari buruz hitz egitea gomendatzen da) edo Haurren Osasun Programaz baliatzea neskaren genitalak miatzeko.

Familiaren testuinguruaren arabera, balioestea laguntza psikologikoa emateko aukerarik ote dagoen, betiere familiak nahi badu eta horrek estigma bat eragiten ez badu edo familia horrek EGMari ematen dion garrantzia baino garrantzi handiagoa ematen badio. Sinekiak daudela edo infibulazio bat dagoela ikusten bada, erreferentziazko ginekologoarengana bideratuko da zirugia konpontzailea egin ote daitekeen aztertzeko.

Ezin denean ziurtatu neska lehenengo aldiz Euskadira etorri ondoren mutilatua izan dela, ezin izango da, inola ere, lesio-parterik igorri epaitegira edo adingabeen fiskaltzara.

C. JARDUNAK LEHEN EGMA EGINA EZ ZUEN NESKA BATI EGMA EGITEN BAZAIO

Pediatriatik detektatzen bada neska bati EGMa egin diotela berriki, bi aukera daude. Lehenengo aukera da familiaren mugikortasuna dela medio neska horrek historiarik ez izatea gure kontsultan eta familiarekin prebentziorik egin ez izana, eta bigarren aukera da prebentzioz jardunda ere, ebakia egin izana.

Bi kasuetan zehatz-mehatz aztertuko dira kasuaren inguruko gertakari eta zirkunstantzia guztiak (mutilatu gabeko ahizpak izatea, ama haurdun egotea edo haurdun geratzeko asmoa izatea, gurasoen egoera soziolaborala, eta abar) eta dagokion genero-indarkeriaren parte egiteko erabakia aztertuko da, betiere adingabearen goragoko ongia aintzat hartuta.

Legearen arabera, sanitarioak behartuta daude etikoki lan egokia egitera beren pazientearekin eta zigortuta dago beste alde batera begiratzea, baina ez dago derrigorrez zigortuta ustezko delitu baten parte ez ematea. Horrek kasu batzuetan dilema etiko bat ekar dezake, pediatriako ekipoak eta inplikaturako gizarte-agenteak ebazteko gai ez direna; kasu horretan, gomendatzen da kontsulta erreferentziazko Etika Asistentzialeko Batzordera bideratzea.

FAMILIAKO ETA KOMUNITATEKO MEDIKUNTZAKO EKIPOA (FAMILIAKO MEDIKUA ETA/EDO ERIZAINA ETA/EDO EMAGINA)

Familiako Medikuntzatik ematen den osasun-laguntza definitzen duten irisgarritasun-eta luzetarakotasun-ezaugarriei esker, lehen mailako arreta oso eremu lagungarria da prebenitzeko, detektatzeko eta emakume eta neska mutilatuak eta, horrenbestez, familia osoa artatzeko, eta era horretan, jardunbide hori desagerrarazten laguntzeko

KONTSULTAN DETEKTATZEA

Nahiz eta emakume horiek osasun-sistemeekin duten lehenengo harremana EGMarekin zerikusirik ez duten gaiengatik izan ia beti, batzuetan EGMaren sekuelengatik joaten dira kontsultara. Sekuela horietako batzuk honako hauek izan daitezke: gernubideetako errepikapen-infekzioak, pelbiseko gaixotasun inflamatorioa, antzutasuna eta beste batzuk.

Lehen mailako Arreta-mailan pertsoneri eta horien familiei eskaintzen zaien arretan ematen den denboraren iraupena dela medio ez da ezinbestekoa lehenengo kontsultan gaiari buruz hitz egitea, baizik eta etorkizunean berriro elkartu arte itxaroteko aukera dago, hau da, konfiantzazko harremana izan arte eta hainbat gairi buruz, hala nola EGMari buruz eta haren konplikazioei eta sekuelei buruz hitz egiteko aukera ematen duen harremana izan arte itxaron daiteke.

Gomendio orokorretan esan den arren, berriro adieraziko dugu Familiako Medikuntzaren kontsulta-eremuan duela zentzua pertsonarekiko errespetuan oinarrituta dagoen eta emakumeari konfidentzialtasuna eta intimitatea bermatuko dizkion harreman klinikoa ezartzea. Azpimarratu behar dugu emakume horiek eta haien familiak **“ez direla estigmatizatu”** behar, neska edo emakume mutilatua aitagandik eta amagandik “salbatzeko” jarrerak sustatuz, ebaketa egiteko erabakia hartu zutelako neskaren ongizateari ematen dioten garrantziarengatik haien etniako arauekin bat etorritik, eta horrela lortuko dutelako neska ez arbuatzea bere komunitateko talde hurbilenean.

EGMaren gaia lantzeko egokiena da modu oportunistan heltzea, herrialde edo etnia horietatik eratorritako emakumeak edo gizonak eskatutako kontsultara joaten direnean EGMarekin lotura izan dezaketen gaiengatik edo hainbat arrazoi direla medio gai horri buruz hitz egiteko konfiantza-giro egokia sortzen denean.

Baina une egokia izango da, halaber, Osakidetzaren Osasun Planak –gaur egun Emakumearen Osasun Plana eta Zerbixeko Minbiza Prebenitzeko Programa– aplikatzen direla bermatze aldera egiten diren kontsultak aprobetxatzea, baita familia-plangintzako gaiak, haurdunaldiko kontsultak, ginekologiako kontsultak eta/edo emakume horien sexu-mailari buruzko gaiak direla medio egiten diren kontsultak ere.

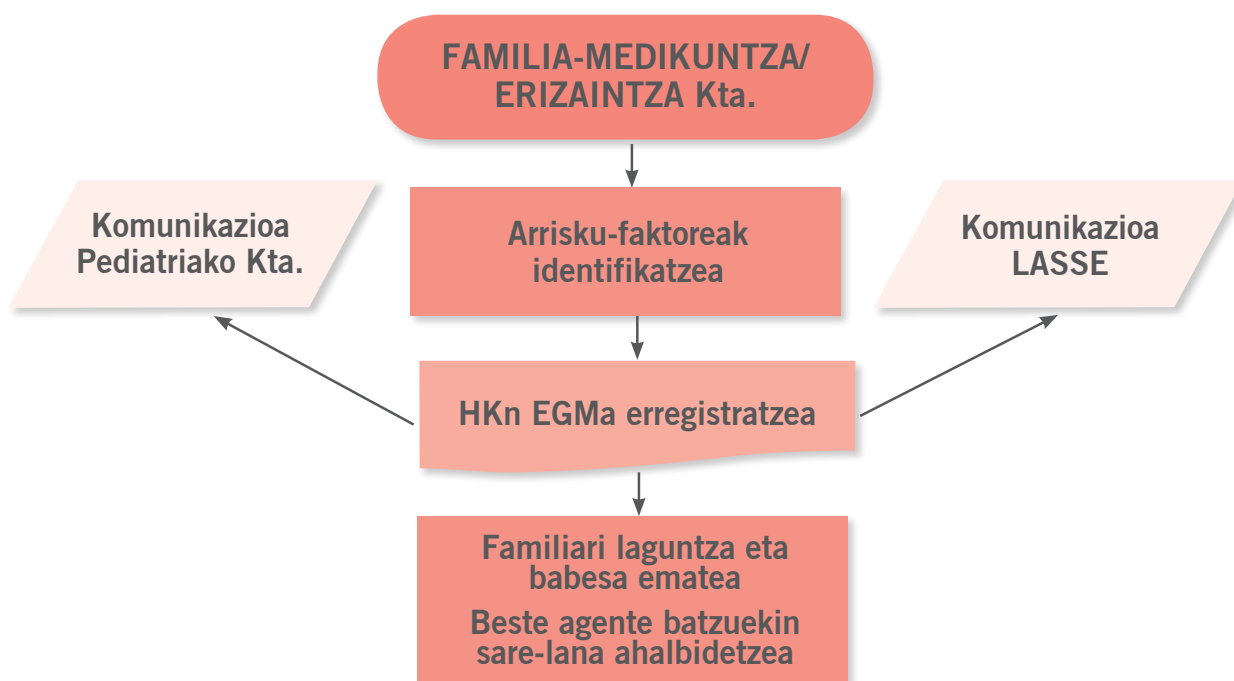
Aipatutako kontsultetan, eta arriskuko nazionalitateko eta/edo etniako emakume baten aurrean bagaude eta/edo susmoa izatera bultzatzen gaituzten sintomak edo zeinuak dituen emakume baten aurrean bagaude, galdetu egingo zaio emakumeari eta miatu egingo da, beharrezkoa izanez gero.

Mutilazioari buruzko galdera “sunna” edo “ebakia” (termino horiek ez dute konnotaziorik eta emakumeek ulertzeko modukoak dira) terminoa erabiliz egingo da eta emakumeak baietz erantzuten badu honako hau egingo da:

- Osabideren historia klinikoan erregistratzea eta kodetzea ahalik eta modurik osoenean eta zorrotzenean EGM mota eta dauden sekuelak, jarduna eta egindako prebentzioa eta beharrezkoak izango diren zaintzak.
- Emakumeak alaba adingabeak edo neska adingabeak bere kargura neska horri esleitutako pediatriari jakinarazi beharko zaio.

Horregatik guztiagatik, kontsultan egiaztatzen bada arestian aipatutako ezaugarriak dituen emakume bati EGMa egin diotela, egoera berriei buruzko hezkuntzari eta prebentzioari ekin beharko zaie eta emakume horren bikotekidea ere sartuko da; horretarako, estrategiak landuko dira inguruneke beste baliabide eta zerbitzu batzuen laguntzarekin, bestalde, informazioa emango da laguntza-baliabideei buruz (hezkuntza-eremua eta tokiko erakunde komunitarioak), indarreko legeriari buruz eta legeria hori ez betetzeak dituen ondorioei buruz, baldin eta familiako neskaren bati EGMa egiten bazaio bai gure herrialdeko lurraldearen barruan, bai gurasoen jatorrizko herrialdera egindako bidaiaren batean.

Osakidetzan, Familiako Medikuntzako medikuek eta erizainek 14 urtetik gorako biztanleria artatzen dutenez, EGMa modu goiztiarrean identifikatu edo detektatu eta prebenitu beharko lukete arrisku-egoera handiagoan dagoen eta kalteberagoa den biztanleriaren artean, esate baterako EGMa egin dioten beste emakume batzuek (ama, ahizpak, izebak, lehengusinak, eta abar)osatzen dituzten familietako 18 urtetik beharko nesken/gazteen kasuan.



Azken batean, Familiako Medikuntzako profesionalek EGMaren aurrean duten zeregina izango da eginkizun erraztailea betetzea inplikaturako beste agente batzuekin sareko lan sendoa sustatuz eta, gainera, prebentzio-prozesu horretan familiari laguntzeko eta familia babesteko zeregina ere betetzea.

GIZARTE-LAN SANITARIOA ETA GIZARTE-ZERBITZUAK

EGMaren prebentzio-lanetan, Osakidetzako Erakunde Sanitarioetako gizarte-langileen eta Gizarte Zerbitzuetako profesionalen parte-hartzea biziki garrantzitsua da. Pertsonekin, familiekin eta, oro har, komunitatearekin zuzenean lan egiten dutenez, komunikazioko eta koordinazioko dinamikak sortzeko eta ahalbidetzeko aukera eta gune pribilegiatua izaten dira.

Ilido horri jarraiki, gizarte-langile “sanitarioak” –arreta-maila guztietan (lehen maila, espezializatua eta ospitalekoa) osasun-profesional guztientzat erreferentziako profesional diren aldetik– lotura ezin hobea dira prebentzioan parte hartzen duten sistema guztien arteko koordinazioa finkatzeko.

Gizarte-zerbitzuek ematen duten arreta jarraitua izaten da denboran; horri esker, familiarekin lotura- eta konfiantza-harremana sor daiteke eta, aldi berean, arazoari arian-arian aurre egiteko aukera eskaintzen du horrek, berehalako arrisku-kasuak detektatzea eta prebenitzea errazagoa izanik.

Alabaina, EGMaren prebentzioan modu eraginkorrean eragin ahal izateko, ezinbestekoa da arlo guztietako profesionalak sentsibilizatzea, prestatzea eta gaitzea, baita gizarte-langileak ere, betiere EGM-zerrenda esaten zaion horretako herrialdeetatiko jatorria duten emakume, neska eta komunitateekin zuzeneko harremana badute.

Adingabe batengan arrisku-faktoreak behar bezala detektatu ahal izateko, edo bulegoan artatzen ari garen emakume batek agian EGMa jasan duela jakin ahal izateko, jakintza eta elementu kontzeptual jakin batzuk izan behar dira aldez aurretik, EGMaren kulturara hurbildu ahal izateko ikuspegi antropologiko batetik begiratuta eta genero-ikuspegia aintzat hartuta.

Gizarte Lanetik egindako esku-hartzearen ezaugarriak eta uneak zehaztu baino lehen, honako premisa hauek hartu behar dira kontuan:

- Gure esku-hartze guztia bideratuko duen **printzipio gidaria** arriskuan dagoen adingabearen interes gorena da. Gainerako profesionalekin koordinatuta zehazten eta gauzatzen diren ekintza guztiak neskaren onura gorenaren ikuspegitik begiratuta baloratuko dira.
- EGMa egiten jarraitzen duten herrialdeetako familien kasuan, profesionalek konfiantza-giroa sortu behar dugu, errespetua abiapuntu izanik, eta iritzi- edo erru-jarrerak alde batera utzita; EGMaren gaia naturaltasunez landu behar dugu, baina aldi berean argi eta garbi adierazita EGMa egitea nesken eta emakumeen osasunerako arriskubidea dela eta giza eskubideak urratzen dituela.
- Alabei EGMa egitea erabakitzen duten familiak, oro har, alabak maite dituzten amak eta aitak izaten dira. Jardunbide hori egiten edo sustatzen duten familiak alabentzako onena delakoan egiten dute, hori sinesten baitute. Prebentziozko jardunean asmoa burutik kentzeko argudioak emango dira. (Ikus Gidaliburu honetako “Noiztik eta zergatik egiten da?” atala).
- Aintzat hartu beharreko alderdi oso garrantzitsu bat honako hau izaten da: maiz, EGMa jasan duten emakumeen eta haien familien egoera sozioekonomikoa oso

txarra izaten da, eta zenbait kasutan, oinarri-oinarrizko premiak betetzeko ere zailtasunak izaten dituzte. Gizarte Lanetik egindako esku-hartzean egoera horrekin lotutako ekintzak edo orientabideak ere bildu beharko lirateke. Horrelako egoeretan, EGMa ez dute arazotzat hartzen, eta ez dute haien lehentasunezko gaia izaten.

Esku-hartzearen tipologiari dagokionez, honako hauek bereiz ditzakegu:

- Familiarekin (neska, ama, aita) edo komunitatearekin egiten diren ekintza indibidual eta zuzenak.
- Beste profesional batzuekin koordinatuta egiten diren ekintzak, sare-lana.

GIZARTE LANETIK EGINDAKO JARDUNAK

EGMa prebenitzeko gizarte-lanetik egiten den esku-hartzea arrisku-faktoreak detektatzeko unearen eta jatorrizko eremuaren arabera izango da.

1. Obstetiziako/emaginaren kontsultan edo Ospitaleko Erditze Unitatean detektatzea EGMa duen emakumea, haurdun zegoela eta neska bat izan duela.

Obstetiziako/emaginaren kontsultan EGMa egina duen emakumea detektatzen baldin bada, prebentzio-jarduera garatzeko garaian, dagokion lurralde-eremuan programa espezifikorik ez badago eta egoki iritziz gero, erreferentziako gizarte-laneko profesionalarekin koordinatuko da.

Ospitaleko eremuan, EGMaren aurrekariak dituen ama baten alaba izango den haurra erditzea aurreikusita dagoen ospitaleko gizarte-langileari jakinarazi ostean, ESI bakoitzeko protokolo espezifikoetan zehaztutakoari jarraituko zaio, protokolorik izanez gero.

Nolanahi ere, protokolorik ez badago, amarekin elkarrizketak egingo dira eta, hala bada, nasciturusaren edo jaioberriaren aitarekin ere bai. Komunikazioa eragotz dezakeen hizkuntza-oztoporik ba ote dagoen aztertu behar da, eta behar izanez gero, eskura dauden baliabide teknikoak baliatuko dira (itzulpen-sistemak).

Lehenengo harreman honetan, oso garrantzitsua da geure burua aurkeztea eta ama (eta aita) lasai egon daitezela gurekin; harekin harremanetan jarri behar genuela ba ote zekien galdetuko diogu, eta zergatik. Ez baldin badaki, gure esku-hartzeak prebentzio-xedea duela jakinaraziko diogu, egoki eta naturaltasunez. EGMa aipatzen dugunean, “ebakia” (“ebakitakoa”) edo “sunna” hitzak erabili beharko ditugu.

Elkarrizketa irekia izango da, eta giro atseginean, eta familiari buruzko datu sozio-biografikoak bildu behar dira, bereziki erreparatuta **EGMari dagozkion arrisku-faktoreei**: amaren eta aitaren jatorrizko herrialdea; zer talde etnikokoak diren; ohiko moduan zer hizkuntzatan hitz egiten duten; beste seme-alabarik ba ote duten haiekin edo jatorrizko herrialdean, eta alabak baldin badira, zenbat urte dituzten eta EGMa egina ote duten; administrazio-egoera; Espainiako Estatuan edo European zenbat denbora daramaten; lan- eta ekonomia-egoera; etxebizitza eta bizikidetzak; jatorrizko herrialdera bidaiatzeko asmoa edo aurreikuspena; EGMarekiko jarrera.

Lortutako datuekin arriskuaren lehen balorazioa egin behar da, **esku-hartzearen hurrengo urratsak** zeintzuk izango diren bideratzeko:

- Elkarrizketan gaudela baliatuta, familiarekin sentsibilizazio-lana egiten hasiko gara, eta EGMak adingabeen osasunean zer ondorio kaltegarri eragiten dituen eta indarreko lege-alderdiak zeintzuk diren jakinaraziko diegu.
- Halaber, familia-nukleoak izan ditzakeen gizarte-arazoan aurrean premiei erantzuna emango diegu, orientabide egokiak eman eta behar diren bideratzeak eginda.
- Emakumearen eta adingabearen historian erregistratu behar da esku-hartzea, Lehen mailako Arretako profesionalak (pediatriakoek eta gizarte-lanekoek) ospitalean egindakoa aintzat har dezaten. Lehen mailako Arretatik eta gizarte-zerbitzuekin koordinatuta, prebentzio-prozesuarekin jarraituko da.
- Erditze ondoan berehalako arrisku-maila handia dagoela uste badugu –ez da ohiko egoera izaten–, kasuaren arabera, zuzenean Gizarte Zerbitzu Komunitarioetan eta/edo Adingabeak Babesteko eskumena duen Zerbitzu Espezializatuan jakinaraziko dugu.

2. Obstretiziako/emaginaren kontsultan edo Ospitaleko Erditze Unitatean detektatzea EGMa duen emakumea, haurdun zegoela eta mutil bat izan duela.

Haren kargura edo jatorrizko herrialdean beste seme edo alabarik ba ote duen jakin behar dugu, zenbat urte dituzten eta alabek EGMa eginga ote duten. EGMa jasateko arrisku-adinean dagoen alabarik baldin badu, aurreko puntuan aipatutakoari jarraiki jokatu dugu.

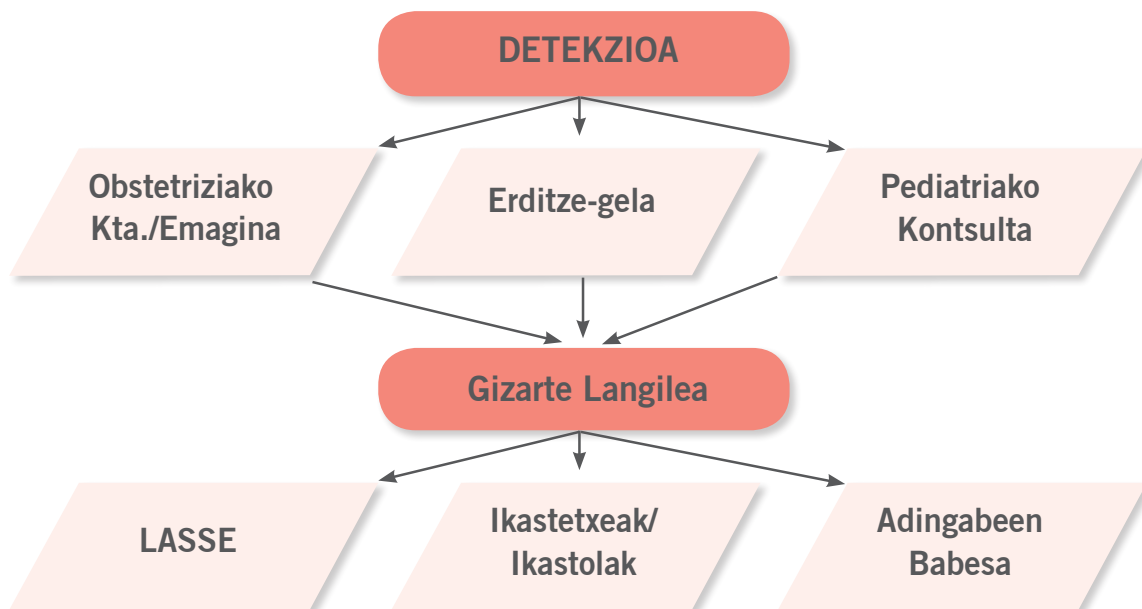
Ez badu alabarik, hala ere EGMaren gaineko sentsibilizazioa egitea komeni da (etorkizuneko haurdunaldiari begira), eta haren gizarte-egoera ere baloratzea.

3. Pediatriako kontsultan EGMa jasateko arrisku-faktoreak betetzen dituen neska bat detektatzea.

Lehen mailako Arretan, EGMaren prebentzioa egiteko hainbat arlo koordinatu behar dira: osasunaren, gizartearen eta, ziurrenik, hezkuntzaren arloak. Gidaliburu honetan zera proposatu nahi dugu, esku-hartzea eta garatu beharreko ekintzak zehazteko garaian, Lehen mailako Arreta Soziosanitarioko Ekipoetan (LASSE) egitea balorazioak lantalde horiek jada eratuta dauden edo era daitezkeen tokietan.

LASSEetan –ESI eta udalerrri guztietan garatu beharreko lantaldeak dira, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak proposatuta–, batik bat, osasunaren eta gizartearen arloetako agente profesionalen diziplinarteko eta sektorearteko parte-hartze koordinatua aurreikusten da. EGMaren prebentzioaren kasuan, ekipo edo lantalde horretako kide izango dira honako hauek: pediatriako profesionalak, Lehen mailako Arretako medikua eta erizaina, Lehen mailako Arretako gizarte-langilea –baldin badago–, pediatriako eta obstetritziako erizaina, dagokion Oinarrizko Gizarte Zerbitzuko gizarte-langilea...

LASSerik ez badago, pediatriatik egingo da prebentzio-lana dagokion jardun-eremuan, eta beharrezkotzat iritziz gero, Lehen mailako Arretako eta/edo dagokion udal-eremuko Oinarrizko Gizarte Zerbitzuko gizarte-langileekin koordinatuko da, betiere profesional bakoitzak egin beharreko ekintzak eta jarraipena adostuta.



PREBENTZIOA KOMUNITATEAN

Azken puntua –baina ez garrantzi txikienekoa– aipatzearren, Gizarte Zerbitzuetatik eta tokiko erakundeetako Berdintasun/Immigrazio/Lankidetzaren Arloetatik garatu beharreko prebentzio orokorreko edo komunitarioko jarduerak aipatuko ditugu:

Gizarte-erakundeekin, elkarte/GKEekin, modulu psikosozialekin, kulturarteko bitartekarekin... lankidetzan jardunda, tailer espezifikoak antolatu eta bultzatzea sexu- eta ugalke-ta-osasunari buruz, ama-haurren osasunari buruz, emakumeen aurkako indarkeriari buruz, harreman osasungarriari buruz...; tailer horietan, EGMa egitearen prebalentzia duten herrialdeetakoak diren emakumeen ahalduentzea landu daiteke, edo EGMak nesken osasunean eragiten dituen ondorio larrien berri eman daiteke, baita indarreko legeriaren eta lege-alderdien berri ere.

Osasun-agentek eta kulturarteko bitartekariak prestatzea EGMa egiten jarraitzen duten herrialdeetako komunitateetako kideen artean.

Komunitatean egiten diren EGMaren prebentzio-jarduerak behar-beharrezko euskarri osagarri bikaina eskaintzen dute, lehen deskribatu ditugun arloetan egindako jardueren lagungarri; beraz, berriro ere ezinbestekoa da komunikazioko eta koordinazioko gune arinak ezartzea, betiere artatutako pertsonen derrigorrezko konfidentziasuna errespetatuko dela bermatuta.

Orain arte egindako esperientziek berretsi egiten dute proposatutako eredua.