

METODOLOGÍA

Euskal Autonomia Erkidegoko

Osasun Inkesta 2018

18ko EAEOI

2018KO EUSKAL OSASUN INKESTAREN METODOLOGIA

1. SARRERA	4
2. 2018KO EUSKAL OSASUN INKESTAREN HELBURUAK	5
3. IKERLANAREN EREMUAK	5
4. LAGIN-PLANA: LAGINAREN DISEINUA ETA TAMAINA. JASOTZAILEEN KALKULUA ETA KALIBRAZIOA	6
4.1. Laginaren esparrua	6
4.2. Laginen unitateak	7
4.3. Laginaren tamaina	7
4.4. Laginaren diseinua.....	7
4.4.1. <i>Lehen etapa: etxebizitzaren lagina</i>	7
4.4.2. <i>Bigarren fasea: pertsonen lagina</i>	8
4.5. Etxebizitzaren panela.....	9
4.6. Etxebizitzak ordezkatzeari	9
4.7. Aurre-testa kuantitatiboa (proba pilotua).....	10
4.8. Goratzaileen kalkulua eta kalibrazioa	10
4.8.1. <i>Inkestatutako etxebizitzetan bizi diren pertsonen lagina eta familien lagina</i>	10
4.8.2. <i>15 urte eta gehiagoko pertsonen lagina</i>	11
4.8.3. <i>Goratzeko metodoa</i>	12
4.8.4. <i>Kalibrazio-prozesua</i>	12
5. AURRE-TEST KUALITATIBOA	17
6. GALDE-SORTAREN DISEINUA	19
6.1. Familien galdera-sorta	20
6.1.1. <i>Osasun egoera</i>	20
6.1.2. <i>Osasunaren determinatzaileak</i>	21
6.1.3. <i>Osasun – eta zainketa – zerbitzuak</i>	21
6.2. Banakako galde-sorta	22
6.2.1. <i>Osasunaren determinatzaileak</i>	22
6.2.2. <i>Osasun – eta zainketa – zerbitzuak</i>	24
7. INKESTATZAILEEN PRESTAKUNTZA-IKASTAROA	25
8. AZTERLAN PILOTU KUANTITATIBOA	26

9. LANDA-LANA	26
9.1. Aurretiazko hitzordua	¡Error! Marcador no definido.
9.2. Bisita.....	27
9.3. Erantzun nahi ez badute izan egindako jarduerak	28
9.4. Ordezkapenak	28
9.5. Familiaren identifikazioa.....	29
9.6. Definizioak.....	29
9.7. Elkarrizketatuko diren pertsonen hautaketa	30
9.8. Ibilbide - orria.....	31
10. BALIOZKOTZEA.....	33
11. ANALISI ESTADISTIKOA. ESTANDARIZAZIOA	33
12. DEFINIZIOAK	34
12.1. Osasun egoera	34
12.2. Osasunaren determinatzaileak.....	37
12.3. Osasun – eta zainketa - zerbitzuak	44
12.4. Aldagai soziodemografikoak.....	45
13. EMAITZEN HEDAPENA	46
14. Bibliografía	47

1. SARRERA

Euskal Osasun Inkesta (EAEOI) biztanleriaren osasun-egoerari eta egoera hori mugatzen duten faktoreei buruzko informazio-iturria da. Halaber, tresna paregabea da, bai gizartearen eta osasunaren alorreko jardueren plangintza eta ebaluazioa egiteko, bai osasunaren alorreko ikerkuntzarako.

Elkarrizketa bidez egindako inkesta da oztopo sozioekonomiko eta kulturalak gainditu eta herritar guztiek pentsatzen eta egiten dutenaren berri emateko gaitasuna duen metodo bakarra. Osasun-sistematan sortzen den informazioa (heriotza-tasa, ospitaletako altak, minbizi-erregistroak, gogobetetze inkestak, historia klinika elektronikak, eta abar) Osasun Inkestan bildutako datuen bidez osatzen da, eta tresna horren helburu nagusia da, hain zuzen, EAEko biztanleriaren osasun-egoera aztertzea eta monitorizatzea, eta egoera hori mugatzen duten faktoreen jarraipena egitea, pertsonak beren osasunari eta bizibaldintzei buruz ematen duten informazioa eta osasun-sistemari buruz adierazten duten iritzia oinarri hartuta.

2018ko Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta (2018ko EAEOI) da, hain zuzen, gure autonomia-erkidegoan egiten den zazpigarren osasun-inkesta. Lehenengoa 1986an egin zen, eta 1992tik aurrera, bost urtean behin egin da. EAEOIk oinarrizko egitura bat izan du 1992az geroztik, osasun-egoeraren eta egoera hori mugatzen duten faktoreen jarraipena egitea bideratzen duena. Horrez gainera, galdera berriak erantsi zaizkio edizio bakoitzean, osasunaren plangintzaren eta ikerketaren arloan zein beste sektore sozial batzuetan sortutako informazio-premia berriei erantzuteko.

Aldaketa demografiko, sozial eta epidemiologikoak (gaixotasun kroniko eta endekapenezkoen gero eta garrantzi handiagoa), osasun publikoko politiketan egindako aldaketak eta neurketa-tresnen alorreko aurrerabide metodologikoak direla-eta, ezinbestean txertatu behar izan dira aldaketak EAEOIn edukian, informazio-premia berrietara egokitzeko, eta lehendik zeudenak ere egokitu behar izan dira. Osasun Inkestaren edizio honetan metodologia-diseinuaren eta galde-sorten berrikuspena egin da, iturri hauetatik jasotako informazioa oinarri hartuta:

- EAEko osasun-politikari buruzko dokumentuen berrikuspena.
- Giltzarrizko informatzaileekin egindako elkarrizketa.
- Eraldaketa sozial eta epidemiologikoa dakarten prozesuen analisia.
- Bibliografiaren eta beste inkesta batzuen berrikuspena.
- Osasunari buruzko informazio-sisteman egindako aldaketen ezaugarriak.

2013ko EAEOI erreferentziatzat hartuta, oraingo inkestan zenbait aldaketa egin dira, bai banakako galde-sortaren edukian, bai laginaren diseinuan eta hautaketan. Inkesta egiteko moduari dagokionez, ordenagailuz lagundutako elkarrizketa pertsonala (CAPI) egin da, eta netbook bidez, tableten bidez edo webgunearen bidez banakako galde-sortari erantzuteko aukera eman zaie elkarrizketatuei.

2. 2018KO EUSKAL OSASUN INKESTAREN HELBURUAK

2018ko Osasun Inkestak helburu nagusi hauek ditu:

- EAEko biztanleen osasunaren izaria eta banaketa, faktore determinatzaileak eta osasun-zerbitzuen erabilera monitorizatzea.
- Hautemandako osasunaren, osasunaren determinatzaileen eta osasun-zerbitzuen erabileraren artean dauden erlazioak aztertzea, aldaketa soziodemografikoen eta politika-aldaketen eremuan.
- Hautemandako osasunean, osasunaren determinatzaileetan eta osasun-arretan dauden gizarte-desberdintasunak monitorizatzea.
- Lehentasunezko osasun-arazoak identifikatzea, osasun-arretaren alorrean sortzen diren beharrak ebaluatzea, eta esku-hartze komunitarioak diseinatzeko eta garatzeko oinarritzat hartzea.
- Osasun-arretaren alorreko beharrei buruzko informazioa ematea eta premien arabera egokiak diren baliabideen esleipena bideratzea.

3. IKERLANAREN EREMUAK

- **Biztanleria-eremua.** Etxebizitza nagusitan bizi diren pertsonen multzoa da ikerketaren helburu. Etxe kolektibotan eta erakundetan bizi diren pertsonak ez dira kontuan hartzen.
- **Eremu geografikoa.** EAE guztian egiten da inkesta. Emaitzak unitate geografikoen arabera ematen dira, lurralde historikoak, erakunde sanitario integratuak (ESI), udalerriak eta oinarrizko osasun-eremuak (OOE) kontuan hartuta.
- **Denbora-eremua.** Inkestak, eskatzen duen informazio-motaren arabera, erreferentzia-data desberdinak ematen ditu (12 hilabete, 6 hilabete, 4 aste, 14 egun, astebetea, eta 2 egun). Izan ere, galdera batzuek elkarrizketa-egunaren alde aurreko 14 egunari buruzko jasotzen dute informazioa, baina horien bidez urteko estimazioa egin ahal izan da, eta oroimeneko akatsengatik informazioen galera eragozteko; esaterako, alde aurreko 14 egunetan egin duten kontsulta-kopurua.

4. LAGIN-PLANA: LAGINAREN DISEINUA ETA TAMAINA. JASOTZAILEEN KALKULUA ETA KALIBRAZIOA

EAEOn 2018ko diseinua mantendu da oinarrizkoan aurreko edizioarekin alderatuta, 2013ko edizioarekin, hain zuzen. Laburbilduta:

- Lagina geruzatuta dago, zehazki, Erakunde Sanitario Integratutan (ESI) eta Oinarrizko Osasun Eremutan (OEO)⁷
- Bi etapa ditu: lehenengoan, etxebizitzak hautatu dira geruzan; bigarreanean, gizabanakoak etxebizitzaren barnean.
- 2013ko etxebizitza-panelari eutsi zaio, funtsean.

Desberdintasun hauek ditu 2013koarekin alderatuta:

- Oinarrizko osasun-eremuak berrantolatuta daude (135 izatera aldatu dira).
- Etxebizitzak geruzetan esleituta edo banatuta dauden moduan aldaketa bat txertatu da.
- Aurreko panelaren etxebizitza batzuk mantendu dira, baina baldintza batekin: 2007ko edo 2013ko laginetan berriak atera izana. Horrekin, laginaren berrikuntza 2013an baino handiagoa da.

Diseinu-aldaketa garrantzitsuena 2013an gertatu zen; aldaketa hori Osasun Saileko eta Eustateko arduradunek txertatu zuten, elkarlanean. Ordura arte, diseinua hiru etapatan egiten zen (atala, etxebizitza eta gizabanakoa). Gaur egungo diseinua, bi etapakoa, errazagoa da (etapa bat ezabatu da), eta beste abantaila bat du: osasun-eremuak (lagineko geruzak) aztergai bihurtzen dira.

4.1. Laginaren esparrua

Euskal Autonomia Erkidegoko eta haren lurralde historikoetako familia-etxebizitza hartuek osatzen dute laginaren esparrua. Zehazki, biztanleriaren eta etxebizitzaren esparrua baliatu da (hots, Biztanleria Erregistroa [BE] eta 2015-12-31ko Etxebizitzaren Gidazerrenda [EG]); honako hauen informazioa eta kodeak erantsiko zaizkio baliatutako esparruari: Osasun Barrutiak (OB), Erakunde Sanitario Integratuak (ESI) eta Oinarrizko Osasun Eremuak (OEO).

Familia-etxebizitza hartutzat jotzen dugu gutxienez gizabanako batek bizitoki gisa duen etxebizitza, BEren arabera.

Esparrutik kanpo geratu dira aribideko urtean zegoeneko egindako inkesta-laginari dagozkion etxebizitzak.

4.2. Laginen unitateak

Inkesta-unitatea familia-etxebizitza izan da.

4.3. Laginaren tamaina

5.300 inkesta-unitatek osatzen dute, guztira, lagina, eta unitate horietatik bakoitzagatik ordezeko bat eta erreserba bat eman dira. Horrez gain, egon da erreserba burtsa bat nazioarteko-etxebizitza azpi-geruzetarako.

4.4. Laginaren diseinua

Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Osasun Inkestaren lagina bi etapa hauetan egin da:

- **lehen etapan**, etxebizitza okupatuen zorizko laginketa geruzatua egin zen, Osasun Sailak mugatutako 135 oinarrizko osasun-eremuek osatutako geruzen arabera.
- **bigarren etapan**, etxebizitzan bizi ziren 14 urtetik gorako pertsonen bi heren hautatu ziren, haien datuak banakako galde-sortaren bidez biltzeko.

Labur-labur, 5.300 etxebizitzen lagina oinarrizko osasun-eremuetan banatu da, biztanleriaren banaketa aintzat hartuta. Horretarako, lehenengo eta behin, 2013ko ediziotik datorkigun etxebizitzaren-panela banatu da oinarrizko osasun-eremuetan edo geruzetan. Eta geroago, geruza horietako esleipena kontuan izanik osatu da etxebizitzen lagina.

4.4.1. *Lehen etapa: etxebizitzen lagina*

Lehen etapan, lagina osatzen duten 5.300 etxebizitzen zozketa geruzatua egin zen.

- **Geruzaketa:**
Lehen etapako unitateak 135 oinarrizko osasun-eremutan geruzatu dira.
- **Esleipena:**

5.300 etxebizitzak esleitu dira, honako irizpide hauen arabera:

1. Erakunde sanitario integratuen 15 urte eta gehiagoko biztanleen erro karratuari dagokion banaketa proportzionala
2. Oinarrizko osasun-eremuen 15 urte eta gehiagoko biztanleen erro karratuari dagokion banaketa proportzionala

Horrez gainera, laginaren tamainak 10 etxebizitzakoa izan behar izan da, gutxienez, oinarrizko osasun-eremu bakoitzean.

Lehen esleipenarekin honako emaitza hauek lortu ziren:

ORDEN_OSI	ESI Izena	15 urte eta gehiagoko biztanleria	Esleipena: erro karratua
01	1. Araba	237.149	561
02	2. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	142.104	434
03	3. Barakaldo-Sestao	110.273	382
04	4. Bilbao-Basurto	307.173	638
05	5. Uribe	185.355	496
06	6. Barrualde-Galdakao	260.416	588
07	7. Debarrena	62.312	288
08	8. Alto Deba	54.485	269
09	9. Goierri-Alto Urola	79.759	325
10	10. Tolosaldea	53.339	266
11	11. Donostialdea	310.763	642
12	12. Bidasoa	67.205	299
13	13. Rioja Alavesa	9.509	112
Guztira		1.879.842	5.300

Osasun-areako esleipenaren emaitzak honako hauexek dira:

Probintzia (osasun-arloaren arabera)	15 urte eta gehiagoko biztanleak	Lagina
Araba	246.658	673
Gipuzkoa	627.863	2.539
Bizkaia	1.005.321	2.088
Guztira	1.879.842	5.300

○ **Zozketa:**

Lagineko etxebizitza guztien zozketarik ez da egin. 2007an edo 2013an inkestatutako etxebizitzaren panela oinarri hartuta, lagina osatu da, etxebizitzak ausaz kenduta edo erantsita, osasun-eremu bakoitzean behar direnak lortzeko.

Beraz, panela osatzen dutenak besterik ez dira zozketatu izan, 5.300 bete arte.

4.4.2. Bigarren fasea: pertsonen lagina

Etxebizitza bakoitzean, familiaren galde-sorta egiteko, etxean bizi diren eta familia-unitatea osatzen duten pertsona guztiak inkestatu dira.

Banakako galde-sorta egiteko, berriz, etxean bizi diren 15 urte edo gehiagoko pertsonen bi heren hartu dira. Xede horretarako, lagineko etxebizitza titular bakoitza aurkeztu da zozketa bidez esleitutako etxebizitza-mota zehaztuta (A, B, C). Osasun-eremu edo geruza bakoitzaren barruan ausazko zozketa bidez egin da esleipena. Letra horretan oinarrituta, eta etxebizitzako familiaren osaera kontuan hartuta, bigarren fasean 15 urte eta gehiagoko zenbat pertsona eta zer pertsona inkestatu behar ziren erabaki zen.

Landa-jarraibideak aintzat hartuta, etxebizitzako pertsonak adinaren eta sexuaren arabera ordenatu ondoren, etxebizitza-motari erreparatuta (A, B, C), pertsonaren edo pertsonen zozketa egin zen.

4.5. Etxebizitzen panela

Eragiketaren zati gisa, 2007an edo 2013an hautatu ziren etxebizitzen panelari eutsi zaio, eta oinarrizko osasun-eremuetan (OOEtan) banatu dira (oinarrizko osasun-eremuaren arabera kodea esleitu ondoren).

Zenbait etxebizitza desagertu dira egungo laginean, 2015eko informazioaren arabera hutsik zeudelako, edo behar baino etxebizitza gehiago zeuden eremuetakoak zirelako.

Paneletan etxebizitza gutxi zituzten eremuak osatu dira eremu bereko etxebizitza okupatuaren bidez, 2015ko Etxebizitzen Gidazerrendan ageri direnak aintzat hartuta, hautaketa sistematikoaren bitartez (kokapen-kodearen arabera ordena). Halaber, geruza batzuetan gehiegizko etxebizitzak kentzeko irizpide sistematikoa aplikatu da.

4.6. Etxebizitzak ordezkatzea

Etxebizitza titular bakoitzak ordezeko bat eta erreserbako beste bat izan ditu. Etxebizitza horiek hautatzeko erabili den irizpidea izan da lagineko etxebizitza titularretatik gertu egotea, betiere eremu berean.

Geruzaz gainera, atzerriko biztanleak zituzten etxebizitzak ezaugarri bereko etxebizitzen bidez ordezkatzeko zirela erabaki zen. Etxebizitza bateko 15 urte edo gehiagoko biztanleren batek atzerriko nazionalitatea izanez gero, etxebizitza hori "atzerrikoa" zela jo zen.

Ordezkapenak egiteko garaian nazionalitateari buruzko irizpidea aplikatzeko, geruza bakoitzak egin dira eremuetan, etxebizitza "nazionalak" eta "atzerrikoak" zehaztuta, ordezkapenentarako geruza bereziak osatuz. Gero, geruza bakoitzean gertutasunari dagokion irizpidea aplikatu zen berriro. Horrez gainera, etxebizitza "atzeritarrek" ordezkapenentarako burtsa izan dute (bi unitate gehiago titular bakoitzeko), ordezkoez eta erreserbakoez gain.

4.7. Aurre-testa kuantitatiboa (proba pilotua)

Aurre-test bat hautatu da sailak adierazitako 10 osasun-eremuetan:

Lurraldea	Udalerrria	Eremuaren izena	EREMUA
Araba	Vitoria-Gasteiz	Sansomendi	301017
Araba	Vitoria-Gasteiz	San Martín	301016
Araba	Vitoria-Gasteiz	Zabalgana	301020
Bizkaia	Bilbao	Indautzu	304008
	Bilbao	Otxarkoaga	304015
	Sestao	Sestao-Kueto	303005
	Erandio	Erandio	305004
Gipuzkoa	Elgoibar	Elgoibar	307003
	Azkoitia	Azkoitia	309001
	Donostia-SS	Intxaurreondo	311010

Eremu horietan 10 etxebizitza titular hautatu dira, bai eta 10 ordezkokoak eta 10 erreserbakoak ere, laginari dagozkion irizpide guztiak aplikatuta.

- Etxebizitzen zozketa sistematikoa egin da eremu bakoitzean.
- Ordezkoak hautatzeko irizpidea berdina izan da (gertutasuna eremuan eta nazionalitatea).
- Titularrak, ordezkokoak, erreserbakoak eta burtsa eman dira numerazio berberarekin
- Erregistroaren diseinua komuna izan da.

4.8. Goratzaileen kalkulua eta kalibrazioa

4.8.1. Inkestatutako etxebizitzetan bizi diren pertsonen lagina eta familien lagina

Eta geruzatu bakarreko lagina da. Horrenbestez lortu da lehen hedapen-estimatzaila edo Horvitz-Thompson:

$$\hat{X} = \sum_{h=1}^H w_h \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi} = \sum_{h=1}^H \frac{N_h}{n_h} \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi}$$

Azalpena:

h Geruza da

w_h Hautapen-probabilitatearen hasierako pisua edo alderantzizkoa da (etxebizitzen lagina autohaztatzen da geruza bakoitzaren barruan, hautapen-probabilitate bera)

N_h h geruzako biztanlerian dauden etxebizitzen kopurua da

n_h h geruzako laginean dauden etxebizitza-kopurua da

x_{hi} h geruzako i etxebizitzan zenbatetsi beharreko ezaugarriaren balioa da

Pisu hori egokitu da biztanleriaren edo familien bazterren arabera, dagokiona aintzat hartuta, eta guztizkoen arabera kalibratu da lagina.

$$\hat{X}^* = \sum_{h=1}^H \hat{X}_h^* \quad \text{Horrenbestez:} \quad \hat{X}_h^* = \sum_{i=1}^{n_h} w_{hi}^* x_{hi}$$

Azalpena:

w_{hi}^* Hasierako pisuak oinarri hartuta, $w_{hi} = w_h \forall i$ biztanleriaren edo familien aldagaiak kalibratuta edo doituata ateratako pisuak dira.

Hasierako pisuen kalkuluak SAS programaren bidez egin dira, eta ondorengo doitzea, berriz, CALMAR makroarekin egin da, betiere SAS programa baliatuta.

Kalkuluak egiteko prozedura berdina erabili zen familiako kideen laginerako eta familien laginerako.

4.8.2. 15 urte eta gehiagoko pertsonen lagina

Dagokigun kasuan, lagina bi etaparen arabera egin da, lehenik eta behin etxebizitzak eta gero 15 urte eta gehiagoko pertsonak aintzat hartuta.

$$\hat{X} = \sum_{h=1}^H w_h \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi} = \sum_{h=1}^H \frac{N_h}{n_h} \sum_{i=1}^{n_h} \frac{M_i}{m_i} X_{hij}$$

Azalpena:

M_i i etxebizitzako pertsonen kopurua da

m_i i etxebizitzan inkestatutako pertsonen kopurua da

X_{hij} h geruzako i etxebizitzako j pertsonako zenbatetsi beharreko ezaugarriaren balioa da

$$\hat{X}_h^* = \sum_{i=1}^{v_i} \sum_{j=1}^{n_{vi}} w_{hij}^* X_{hij}$$

Horrenbestez:

w_{hij}^* Hasierako faktoretatik aterata w_{hij} post-estratifikazioa aplikatuta, ESIRi (erakunde sanitario integratua) dagokion aldagaiarekin gurutzatuta, adin-taldearen (8 talde: 15-24, 25-34,..., 55-64, 65-74, 75-84 eta ≥ 85) eta sexuaren arabera. Erakunde sanitario integratuaren, adin-taldearen eta sexuaren arabera proiektatutako biztanleria da.

Hasierako pisuen kalkuluak SAS programaren bidez egin dira, eta ondorengo doitzea, berriz, CALMAR makroarekin egin da, betiere SAS programa baliatuta

4.8.3. Goratzeko metodoa

Goratzeko metodoan bi alderdi bereizten dira dagokigun kasuan: hasierako pisuen kalkulua eta bazterren arabera doitzea.

Hasierako pisuak kalkulatzeko, inkestako norbanako edo erregistro bakoitzerako lortu da geruza barruan hautatzeko probabilitatea. Hasierako pisua probabilitate horren alderantzizkoa da. Kalkulu horiek SAS programaren bidez egin dira.

Bigarrenik, hasierako pisu horiek aplikatu ondoren, lagina egokitu da biztanleriaren balioen arabera. Biztanleriaren guztizkoak interesatzen zaizkigu, honako aldagai hauen arabera kalibratzeko:

- Biztanleria ESI, sexu eta hamarna urteko adin-taldeen arabera
- Familiak ESI eta familien tamainaren arabera

Doitzearen helburua izan da pertsona edo etxebizitza bakoitzari pisu bat esleitzea, eta lagina haztatu ondoren "doitzeko aldagai" guztien banaketak gera daitezela banaketa teorikotik "gertu".

Erabilitako doiketa-metodoa raking ratioa da. Metodo iteratibo hori erabiltzen da aldagai osagarri kualitatiboak tratatzeko, aldagai bakarreko banaketetan jasotako informazioaren bidez.

Metodo iteratiboa dela esaten da, zenbait urratsetan egiten delako. Prozesu hori modu sinplean azal daiteke, bi aldagai osagarri aintzat hartuta. Iterazioaren lehen urratsa da lagina doitzea lehen ezaugarri osagarriaren edo geruzatze-ezaugarriaren arabera, eta bigarren urratsa, berriz, bigarren aldagaiaren arabera doitzea. Horren ondorioz, lehenengoarekiko doitzea aldatzen da, eta horregatik bigarren iterazioa egin behar da, eta horrela jarraitu, bi aldagai osagarrien arabera doitu arte.

Raking ratioa Otik gorako pisuak soilik ematen dituen doikuntza-metodoa da. Era horretako gainerako metodoen antzera, hasierako pisuekin antza handien duten doikuntza-haztapenak bilatzen saiatzen da.

4.8.4. Kalibrazio-prozesua

4.8.4.1. Sarrera-datuak

Hiru sarrera-fitxategi (dataset) erabili ditugu:

- `indi_familia`: inkestatutako etxebizitzetako norbanako guztiak hartzen ditu
- `indi_individual`: 15 urte eta gehiagoko norbanakoen lagineko unitateak
- `familias`: erregistro bakoitza lagineko familia bat da.

Gainera, bigarren fitxategi bat behar izan zen, kasu bakoitzean, doitzeari buruzko informazio osagarria jasotzeko. Kasu honetan erabili dugu:

- biztanleria osorako eta familietako guztirako 2017ko 4. hiruhilekoaren biztanleriaren-proiekzio ikuskatutak; eta
- biztanleriako eta familietako banaketak haien bazterrak kalkulatzeko, Biztanleriako eta Etxebizitzetako 2016 Estatistikaren arabera

4.8.4.2. Erabilitako doikuntza-aldagaiak

a) 15 urte eta gehiagoko pertsonen fitxategia, eta familia-osagai guztien fitxategia: indi_individual eta indi_familia, hurrenez hurren.

Erakunde sanitario integratua (ESI), sexua eta adina:

Bazterrak kalkulatu dira, norbanako-populazioaren, ESIren, sexuaren eta adin-taldearen arabera, erreferentziazko datarako egindako biztanleria-proiekzioak aintzat hartuta. Erakunde sanitario integratua, sexua eta hamarna urteko adin-taldeak konbinatuta, 234 kategoria atera dira 15 urte eta gehiagoko biztanleen kasuan, eta 208 kategoria etxebizitzan bizi diren guztiak kontuan hartuz gero.

Adin-taldeak egin dira inkesta egiteko unean beteta zituzten urteen arabera.

Doikuntza egiteko, 9 adin-talde aintzat hartu dira (hamarna urtekoak); hau da: 0-14 urte, 15-24 urte... eta 85 urte eta gehiagokoak. Guztira, adinaren eta sexuaren arabera 18 talde daude erakunde sanitario integratu bakoitzean, familiako kide guztien fitxategiaren kasuan.

15 urte eta gehiagoko pertsonen fitxategiaren kasuan, lehen adin-taldea ezabatu da; horrenbestez, adinaren eta sexuaren arabera 16 talde daude ESI bakoitzean.

2017an, gelaxkatan lagina gutxieneko bat ziurtatzeko, ESI guztietarako era indibidualean, sexu eta adineko bazterrak mantendu dira, eta baterako eran hurrengoetan:

- Araban eta Arabako Errioxan
- Donostialdean eta Bidasoan
- Kalibraziorako baldintza giza, aurreko 4 ESIetako guztizko populazioa ere erabili zen

Biztanleriaren banaketa Erakunde Sanitario Integratuaren (ESI), adin-taldearen eta sexuaren arabera, 2017ko 4. hiruhileko populazio-proiekzioa kontuan izanik (ikuskatuta)(1/2)

Adin taldeak	Sexua	Guztira	1. Araba	2. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	3. Barakaldo-Sestao	4. Bilbao-Basurto	5. Uribe	6. Barrualde-Galdakao
Guztira	Guztira	2.162.950	275.325	161.794	125.199	343.330	214.056	305.509
	Gizonezkoa	1.051.155	136.019	78.566	60.392	161.456	103.141	150.606
	Emakumezkoa	1.111.795	139.306	83.228	64.807	181.873	110.915	154.903
0-14 urte tartean	Guztira	305.969	41.949	20.735	16.479	41.841	31.829	44.094
	Gizonezkoa	156.819	21.847	10.646	8.428	21.325	16.217	22.673
	Emakumezkoa	149.150	20.101	10.089	8.051	20.515	15.612	21.421
15-24 urte tartean	Guztira	182.080	23.368	12.412	8.995	28.291	19.028	24.780
	Gizonezkoa	93.489	11.792	6.423	4.595	14.569	9.616	12.813
	Emakumezkoa	88.591	11.576	5.989	4.400	13.721	9.412	11.967
25-34 urte tartean	Guztira	227.010	30.132	16.373	13.180	37.319	22.327	31.638
	Gizonezkoa	113.706	15.038	8.274	6.568	18.530	10.958	16.062
	Emakumezkoa	113.304	15.094	8.099	6.613	18.789	11.369	15.576
35-44 urte tartean	Guztira	347.019	46.395	25.766	21.707	51.765	35.103	49.292
	Gizonezkoa	176.217	23.776	13.068	11.067	25.900	17.488	25.275
	Emakumezkoa	170.802	22.619	12.698	10.640	25.865	17.615	24.016
45-54 urte tartean	Guztira	342.705	43.326	26.520	19.428	55.335	33.637	49.630
	Gizonezkoa	170.876	21.777	13.277	9.707	26.921	16.404	25.026
	Emakumezkoa	171.828	21.549	13.244	9.720	28.414	17.232	24.604
55-64 urte tartean	Guztira	296.552	36.415	23.402	17.219	48.547	30.109	42.128
	Gizonezkoa	143.437	17.748	11.541	8.341	22.481	14.295	20.668
	Emakumezkoa	153.115	18.667	11.860	8.878	26.065	15.814	21.460
65-74 urte tartean	Guztira	233.688	28.520	18.154	13.491	36.957	23.542	32.131
	Gizonezkoa	109.076	13.649	8.401	6.171	16.265	10.898	15.431
	Emakumezkoa	124.612	14.870	9.752	7.320	20.692	12.644	16.701
75-84 urte tartean	Guztira	155.260	17.296	12.646	9.980	28.547	12.846	21.806
	Gizonezkoa	64.553	7.726	5.133	3.921	11.005	5.482	9.351
	Emakumezkoa	90.707	9.570	7.513	6.059	17.542	7.364	12.455
85 urte eta gehiago	Guztira	72.668	7.924	5.787	4.719	14.729	5.635	10.010
	Gizonezkoa	22.982	2.665	1.803	1.593	4.459	1.783	3.307
	Emakumezkoa	49.686	5.259	3.984	3.126	10.270	3.853	6.703

Biztanleriaren banaketa Erakunde Sanitario Integratuaren (ESI), adin-taldearen eta sexuaren arabera, 2017ko 4. hiruhileko populazio-proiekzioa kontuan izanik (ikuskatuta)(2/2)

Adin taldeak	Sexua	7. Debarrena	8. Alto Deba	9. Goierri-Alto Urola	10. Tolosaldea	11. Donostialdea	12. Bidasoa	13. Rioja Alavesa
Guztira	Guztira	72.095	63.729	94.391	63.360	356.277	76.515	11.371
	Gizonezkoa	35.658	31.818	47.640	31.697	170.219	38.439	5.503
	Emakumezkoa	36.438	31.911	46.751	31.664	186.058	38.076	5.867
0-14 urte tartean	Guztira	10.467	9.476	15.494	10.432	47.769	13.820	1.585
	Gizonezkoa	5.346	4.852	7.989	5.371	24.137	7.341	646
	Emakumezkoa	5.122	4.624	7.505	5.061	23.632	6.479	939
15-24 urte tartean	Guztira	5.802	5.380	8.575	5.696	32.940	5.825	988
	Gizonezkoa	2.978	2.817	4.410	3.014	16.940	2.966	554
	Emakumezkoa	2.823	2.563	4.165	2.682	15.999	2.859	433
25-34 urte tartean	Guztira	7.136	6.479	9.924	6.210	32.993	11.803	1.497
	Gizonezkoa	3.681	3.377	5.169	3.134	16.274	5.966	674
	Emakumezkoa	3.454	3.102	4.755	3.077	16.719	5.837	823
35-44 urte tartean	Guztira	11.441	9.600	14.821	10.491	54.332	14.297	2.008
	Gizonezkoa	5.974	4.943	7.768	5.363	26.227	8.299	1.067
	Emakumezkoa	5.467	4.657	7.052	5.129	28.105	5.998	941
45-54 urte tartean	Guztira	10.869	9.847	14.097	9.532	57.951	10.486	2.048
	Gizonezkoa	5.537	5.123	7.350	4.900	28.773	5.104	977
	Emakumezkoa	5.332	4.724	6.747	4.632	29.178	5.382	1.070
55-64 urte tartean	Guztira	9.965	8.746	12.212	8.228	49.879	8.422	1.280
	Gizonezkoa	4.934	4.369	6.304	4.150	24.170	3.838	596
	Emakumezkoa	5.030	4.376	5.908	4.078	25.710	4.583	684
65-74 urte tartean	Guztira	8.185	7.193	9.492	6.896	41.021	6.977	1.130
	Gizonezkoa	3.957	3.527	4.653	3.367	19.008	3.116	632
	Emakumezkoa	4.228	3.665	4.839	3.529	22.013	3.861	498
75-84 urte tartean	Guztira	5.676	4.766	6.790	4.027	26.424	3.825	630
	Gizonezkoa	2.432	2.059	3.017	1.804	10.633	1.706	285
	Emakumezkoa	3.245	2.707	3.773	2.223	15.791	2.119	345
85 urte eta gehiago	Guztira	2.555	2.243	2.987	1.847	12.967	1.059	206
	Gizonezkoa	818	750	980	594	4.056	101	73
	Emakumezkoa	1.737	1.493	2.007	1.253	8.911	958	133

b) Familien fitxategia: familiak

Erakunde sanitario integratua (ESI) eta familiaren tamaina:

Etxebizitza-kopuruaren bazterrak kalkulatu ziren, familien tamainaren arabera, erakunde sanitario integratuetan bereizita. Lehenik eta behin, zegokion hiruhilekoan, EAEko familien guztizkoa kalkulatu zen, EAerako biztanleria-proiekzioa eta familien batez besteko tamaina (udal-errolatik hartua) oinarri hartuta.

Gero, zenbatespen hori eta 2016ko Biztanleria eta Etxebizitza Zentsuan oinarritutako familia-tamainaren arabera familia-banaketa oinarri hartuta, erakunde sanitario integratu (ESI) bakoitzean zeuden mota bakoitzeko familien kopurua kalkulatu zen.

Familien tamainari dagokionez, lau talde hauek kontuan hartu dira: kide bakarrekoak, bi kidekoak, 3 kidekoak eta 4 kide edo gehiagokoak. Guztira, 52 kategoria dira, erakunde sanitario integratua (ESI) eta familien tamaina gurutzatuta.

Ondoren ageri dira doitu behar direnetakoei zenbatekoak adierazten dituzten taulak.

Biztanleriaren banaketa Erakunde Sanitario Integratuaren (ESI) eta familiaren tamainaren arabera, 2017ko 4. hiruhileko populazio-proiekzioa kontuan izanik (ikuskatuta)

	Guztira	kide 1tekoa	2 kidekoa	3 kidekoa	4 kide eta gehiagokoa
	familiak:				
Guztira	884.389	245.972	262.242	182.656	193.519
1. Araba	116.761	36.013	34.956	21.945	23.848
2. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	66.145	16.996	20.328	15.837	12.984
3. Barakaldo-Sestao	52.792	13.912	16.851	12.412	9.617
4. Bilbao-Basurto	144.787	43.434	44.056	29.286	28.011
5. Uribe	81.781	19.357	22.669	18.252	21.502
6. Barrualde-Galdakao	122.166	31.615	35.628	27.194	27.730
7. Debarrena	29.882	8.470	9.073	5.957	6.382
8. Alto Deba	26.116	7.641	7.625	4.873	5.978
9. Goierri-Alto Urola	37.037	10.041	10.444	6.902	9.650
10. Tolosaldea	25.142	6.960	7.071	4.787	6.324
11. Donostialdea	146.366	41.963	43.180	28.126	33.097
12. Bidasoa	30.876	8.133	9.189	6.218	7.336
13. Rioja Alavesa	4.537	1.438	1.172	868	1.060

4.8.4.3. Doikuntzaren kalitatea

Doikuntza CALMAR programaren bitartez egin da. Horrekin lortutako doikuntza erabatekoa da, eta ez dago alderik doikuntza modalitateen artean (% 0,00).

Lortutako emaitzak, amaierako eta hasierako pisuen arteko erlazioari dagokionez, honako hauek dira, fitxategi bakoitzari erreparatuta:

a) Familiako kide guztien fitxategia:

- Batez bestekoa: 1,085
- Aldakuntza-koefizientea = 25,71

b) 15 urte eta gehiagoko pertsonen fitxategia:

- Batez bestekoa: 1,037
- Aldakuntza-koefizientea = 30,86

c) Familien fitxategia:

- Batez bestekoa: 1,00
- Aldakuntza-koefizientea = 18,71

Aurreko fitxategiak bi goratzaile-motarekin entregatu dira:

- Lehen goratzailea, erreferentzia dituen biztanleen (pertsona zein familia) N batura; eta
- Bigarren goratzailea, kasu bakoitzean dagokion lagineko unitate guztien n batura.

Bi goratzaileak lortu dira kalkulu-prozedura beraren bitartez.

5. AURRE-TEST KUALITATIBOA

Inkestaren oraingo edizioan, azterlan pilotu kuantitatiboaz gainera, aurre-test kualitatibo bat egin da, galderak ebaluatzea eta galde-sortak hobetzea helburu hartuta.

Aurre-testaren helburuak:

- Erantzutean sor daitezkeen akatsak identifikatzea, galde-sortan bildutako galderen eta erantzunen prozesua aztertuta (familiarra eta indibiduala).
- Galde-sortetan aldaketak proposatzea, erantzunetan identifikatutako balizko akatsak saihesteko.

Aurre-test kualitatiboa 17 elkarrizketa kognitiboko emaitzetan oinarritu zen. Aurre-test kualitatiboa **bi etapatan** egin da:

Lehenengo fase:

Lehenengo fasean galdeketak berrikusi zituzte gizarte-zientzietan eta osasun-zientzietan adituak diren bost ikertzailek. Bai inkestan oinarritutako ikerketa-metodologian bai osasunaren eta osasun-sistemaren alorrean ezagutzak eta esperientzia dituztelako aukeratu ziren pertsona horiek arestian aipatutako berrikuspena egiteko. Adituetako ezeinek ez zuen aldeaz aurretik parte hartu EAEOIren galdeketa sortzeko faseetan, baina inkesta ezagutzen zuten zenbait kasutan.

Berrikuspen horien emaitzetan oinarrituta, eta EAEOIren helburuak kontuan izanik, inkesta horren xede-publikoa eta galderen ezaugarriak (nobedadea, zailtasuna, etab.), elkarrizketa kognitiboetan bereziki nabarmenduko ziren galdera zehatzak edo galdera-blokeak identifikatu zituzten ikerketa-taldeko bi pertsonak; hemendik aurrera, galdera-problema deituko zaie galdera horiei. Identifikazio hori egiteko, galdera-erantzuna prozesuko etapa guztiak kontuan hartu ziren, etapa bakoitzean zer errore gerta zitezkeen zehazteko.

Halaber, elkarrizketetan estali beharko liratekeen profil soziodemografikoak identifikatu ziren. Profil horien identifikazioa eta elkarrizketatu beharreko pertsonen kopurua EAEOIren helburuen eta hautatutako galdera-problema moten arabera egin zen, inkestatu behar diren baina ezaugarri soziodemografikoak edo osasunarekin lotutako ezaugarriak direla-eta inkestari erantzuteko zailtasunak izan ditzaketen pertsonen profilak jasotze aldera.

Bigarren fase:

Bigarren fasean 17 elkarrizketa kognitibo egin ziren, bai galdeketa indibidualekoak bai familiarrekoak. Elkarrizketa kognitiboetan baliatutako metodologia mistoa izan zen. Lehenengo metodologiari dagokionez, oro har eta bi galdeketetan –bai indibidualean bai familiarrean– egin beharreko galdera guztietarako, galdera-erantzuneko prozesuan sortutako ideiak, zalantzak edo gogoetak hitzez adierazteko eskatu zitzaizen elkarrizketatutako pertsonari. Hau da, eskatu zitzaizen galdera bat egin ondoren erantzuna ozenki pentsatzeko, baita erantzun horretara nola iritsi ziren zehazteko ere. Elkarrizketatzaileak, hausnartu ondoren, beste galdera gehigarri batzuk egin ahalko ditu, egon litezkeen erantzun-erroreak arakatzeko.

Bigarrenik, metodologia gehigarri bat baliatu zen lehen fasean zehaztutako galdera-erantzunekin. Galdera-erantzun bakoitzerako zenbait motatutako galdera gehigarriak diseinatu ziren, honako hauetan sakontze aldera: elkarrizketatuak galdera zenbateraino ulertu duen, informazioa nola berreskuratu duen, zer deritzon galderari, eta azken erantzuna nola jakinarazi dion elkarrizketatzaileari. Prozesuaren etapa bakoitzean gerta litezkeen zenbait arazo identifikatu ziren, galderaren ezaugarrien arabera (enuntziatuaren luzera, erantzun-kategorien

aniztasuna, galdera egin aurretik azalpenak edo definizioak irakurri beharra, etab.), elkarrizketatutako pertsonen galdeketan errespetatu beharreko erantzun moten arabera (erantzun irekia, erdiirekia, itxia, edo eskalakoa) eta galderaren gaiaren arabera (iraganeko jazoerak gogoratzea, bere jokabidea edo beste pertsonena baloratzea, zerbitzu edo baliabide eskuragarriak ebaluatzea, eta abar).

Azkenik, galdeketak amaitu ondoren, galdeketaren balorazioa egiteko eskatu zitzaizen elkarrizketatuei: ea galderak zailak iruditu zitzaizkien, ea zalantzarik izan zuten eta ea nabarmendu nahi zuten beste edozer gauza (adibidez, nola sentitu ziren elkarrizketan). Bi ikertzailek izan zuten pertsonekin harremanetan jartzeko eta elkarrizketak egiteko eginkizuna. Elkarrizketa gehienak elkarrizketatutako pertsonaren ohiko etxebizitzan egin ziren; beste batzuk, berriz, pertsonaren etxebizitzatik gertuko taberna edo kafetegi batean; azkenik, elkarrizketa bat Munduko Medikuek elkartearen Bilboko bulegoan (izan ere, erakunde horrek lagundu egin zuen elkarrizketatuarekin harremanetan jartzen). Elkarrizketen batez besteko iraupena ordu eta erdikoa izan zen, eta elkarrizketatutako pertsona bakoitzari 25 euro eman zitzaizkion, elkarrizketan egindako ahaleginagatik eta emandako denboragatik. Elkarrizketatutako pertsona guztiei eskatu zitzaizen elkarrizketan bilduriko informazioa erabiltzeko baimena emateko.

Elkarrizketa kognitiboak egin ondoren, horien edukia galderaz galdera aztertu zen, eta zenbait galdera identifikatu ziren; zehazki, gutxienez pertsona bati erantzuteko zailtasunak edo zalantzak eragin zitzaizkien galderak. Galdeketako galdera edo zati problematiko guztiak identifikatu ondoren, **aldaketa-proposamenak** egin zituzten ikerketataldeko hiru kidek (horietako bi elkarrizketa kognitiboak egin zituzten bi pertsonak izan ziren).

6. GALDE-SORTAREN DISEINUA

Galdeketen diseinua EAEOIren edizio berrirako ikuskatzerakoan oinarritzeko helburua izan da jada sendotutako serieen egonkortasuna mantentzea. Hala ere, ikuskatu da modulu bakoitza eta modulu horietan bakoitzean dauden galderak euren garrantzia eta beste osasun-galdeketa batzuekiko erkagarritasuna egiaztatzeko.

Familiak galdeketak erantzuteko orduan eskaintzen duten denbora ez gehitzeko, eta posible den heinean denbora hori gutxitzeko, galdeketen aldaketaren helburuetako beste bat izan da galdeketa horiek "argaltzea". Berriz ezabatu dira gaur egun beste iturri batzuetatik lortu daitezkeen informazioa lortzera bideratutako galderak, edo jada sartu ziren unean bere helburuarekin bete zuten horiek.

6.1. Familien galdera - sorta

6.1.1. Osasun egoera

a) Zainketen premia

Galderak sinplifikatzen eta berrantolatzen dira bere ulermena hobetzeko, egingo diren ikerketetarako beharrezkotzat jotzen den informazioa ez galtzeko.

b) 2. Zerbitzu asistentzialak

Zerbitzu asistentzialeetako erabileraren gaineko bi galdera ezabatzen dira irizten baita EAEko aipaturiko zerbitzuen arduradunek informazio hori ezagutzen dutela, eta gainera, bi galdera horiek ez datozelakoan bat EAEOIren gaur egungo helburuekin.

c) 3. Adingabeak

Adingabeen gosariaren maiztasunari buruzko galdera kendu da. 2013ko EAEOIren erantzunen azterketak hau uzten du agerian: adingabeak beti gosaltzen zuela erantzun zuen elkarrizketatuen % 97k. Erantzun horrek bi kausa izan ditzake; beharbada, esan nahi du adingabeen artean gosariak nagusitasun hori duela, eta hala bada, ez luke inolako zentzurik izango galdera horrekin jarraitzeak; bestela, erantzun horren arrazoia izan liteke galderak fenomeno ondo ez biltzea, desiragarritasun sozialeko alborapen baten eraginez.

Nolanahi ere, beste galdera bat erantsi zaio galdeketari, adingabeek gosaltzen dutenari buruzkoa.

Euskal administrazioak edoskitze naturalaren aldeko konpromiso irmoa hartu du; halaber, duela gutxi esne-banku bat sortu da jaioberri goiztiar eta pisu baxukoak edoskitzea bermatzeko; horren guztiaren ondorioz, egungo inkestan gai horri buruzko informazioa eskatu da. 5 urtetik beherakoak kasuan, edoskitze naturalaren gaineko galdera batzuk erantsi zaizkio galdeketari (haurtxoaren amaren edoskitzea edo esne-bankutik datorrena): Noiz arte izan zuen edoskitze naturala haurrak? Noiz arte eskusiboki? Noiz txertatu zen edoskitze artifiziala? Noiz bestelako elikagaiak?

d) 4. Arazo kronikoak

Arazo kronikoen zerrenda ikustaku eta aldatu da. Atal honetan b eta c zutabeak ezabatzen dira. EAEOIren datuen arabera, arazo kronikoa bat izaten duela dioten pertsonen prebalentzia ia-ia ados dago osasuneko profesional batek pertsona horiei arazo kroniko hori berbera izaten dutela esan dien prebalentziarekin (zutabe b). Gaur egun, osasun-arazo

horien gaineko kontsultak eskatu diren ala ez jasotako informazioa ez dator bat EAEOI18-aren helburuekin (zutabe c).

6.1.2. Osasunaren determinatzaileak

a) Osasunaren gizarte-determinatzaileak.

Aldagai pertsonalei eta sozioekonomikoei buruzko informazioa berrikusi egin da eta bere horretan utzi da, zenbait aldaketa txiki txertatuta eta bi galdera kenduta:

- Pertsonak lan egiten duen edo zuen enpresaren jarduerari buruzko galdera. Galdera hori aztergai zen pertsonari gizarte-klase jakin bat esleitzeko erabiltzen zen, haren lanbideari buruzko daturik ez zegoenean. Hala eta guztiz ere, 2013ko EAEOI aztertuta, 30 aldiz baino ez zuten egin galdera hori elkarrizketatzaileek; beraz, oso gutxitan eskatu behar izan zaie landunei galdera horri erantzuteko.
- Bi galdera erantsi zitzaizkion 2013ko EAEOIri, familien egoera ekonomikoari buruzkoak. Bildutako informazioa aztertuta, ikusten da hil-amaierara iristeko zailtasunari buruzko galdera nahikoa dela zenbait azterketa egiteko; horregatik, elkarrizketatuak bere familia definitzeko erabiliko lukeen pobrezia-mailari buruzko galdera kendu egin da.

6.1.3. Osasun – eta zainketa – zerbitzuak

a) Kontsultak

Kontsulten arrazoiari buruzko galderak ere kendu egin dira, informazio hori Osakidetzaren informazio-sistemetan jasota baitago jada. Aseguru-etxe pribatuen zerbitzu sanitarioetara, medikuntza/erizaintza pribatura edo antzekoetara (istripu-mutualitateetara edota bestelako erakunde edo instituzioetara) jotzen duten pertsonen kasuan, ez dugu horren inguruko informaziorik, baina 2013ko EAEOIko emaitzen arabera, oso ehuneko txikia osatzen dute halakoek (galderei erantzun zieten gizonen % 94 eta emakumeen % 95 Osakidetzako erizaintza- eta medikuntza-kontsultetan artatu zituzten).

Kontsultetara, larrialdietara edo eguneko ospitalera joandako aldiei edo ospitaleratuta egondako aldiei buruzko galdera guztietan finantzaketari buruzko galdera txertatu dugu; hots, nork ordaindu zuen aldi horietako bakoitzean eragindako kostuaren zati handiena? Osakidetzak? Funtzionarioen mutualitateek? Istripu-mutualitateek? Aseguru pribatuek? Beste erakunderen batek? Elkarrizketatuak berak?

b) Eguneko ospitalea

Ikusi da eguneko ospitalean laguntza emateko baliatzen diren egitura-erakundeek izen desberdinak izan ditzaketela, unitatearen arabera:

balioaniztunak, espezializatuak edota kirurgikoak (ospitaleratze gabeko kirurgiaren unitatea, kirurgia ambulatorioaren unitatea, eta abar). Horrek erroreak eragin ditzake inkestatutako pertsonei ulertarazten saiatzerakoan zer motatako laguntzari buruz ari garen galdera horiek egiten dizkiegunean.

Horrenbestez, galderaren idazketa honetara aldatu dugu:

«Hurrengo galderen bidez, jakin nahi dugu zer-nolako arreta jaso duzun ospitale batera joan zarenean, proba diagnostiko, tratamendu edo ebakuntza bat egitera (edozein dela ere espezialitatea), jarraipen-ordu batzuk behar izan dituzula, gaua ospitalean igaro beharrik gabe, ...(e)tik atzo arte. Kontuan hartu ohean edo aulkian emandako ospitaleratzeak, baina ez larrialdietako oheetakoak, ezta behaketa-oheetakoak ere».

c) Asetu gabeko beharrak

Gai horri buruzko galderak ez zuten informazio asko ekarri 2013ko EAEOIra, oso nagusitasun txikia izan baitzuten. Galdera horien ordeztasunari buruzko Europako azken inkestako (2014ko inkesta) beste batzuk txertatzea erabaki da. Inkesta berriarekin emaitza hobekak lortzea eta Europako datuekin alderatzeko modukoa izatea espero da. Zehazki, galdera hau txertatu da: laguntza sanitarioa behar zuela sentitu zuen baino ez zuen halakorik jaso, osasuneko arazoren bat edo arazo ekonomikoren baten eraginez.

d) Sendagaien kontsumoa

Sendagaien zerrenda berrikusi eta aldatu da.

e) Desgaitasuna

Aniztasun funtzionalarekiko pertsonen osasun-asistentziarako irisgarritasuna ikertzeko galdera-sail bat sartzen da.

6.2. Banakako galde-sorta

6.2.1. Osasunaren determinatzaileak

Atal honetan datozen aldaketak, ezabapenak edota sartzeak egin dira:

a) Bakardadea

2018ko EAEOIn beste galdera bat txertatu da; elkarrizketatuak erantzun behar du zer maiztasunez sentitzen den bakarrik, maiztasun-mailaketa baten arabera (beti / askotan / batzuetan / sekula ez).

b) Tabakoa

Galdera hauek kendu egin dira, nagusitasun txikia dutelako eta, horrenbestez, ez direlako garrantzitsuak 2018ko EAEOIren helburuak

lortzeko: ea azken astean aisialdiko toki itxiren batean egon zen, tabakismo pasiboari buruzko galderaren osagarri gisa; eta ohiko erretzailea ez den pertsona batek erretzen duenean erretzen dituen zigarro, puru edo pipa kopuruari buruzko galdera.

c) Alkohola

Alkoholismo-arazoak atzemateko test moduko galderak (CAGE galdeketa) kendu egin dira, 2013ko EAEOIrako jada sortuta baitzegoen alkohol-kontsumoari buruzko aldagai berri bat, Toxikomanien Aurkako Borrokarako Kanadako Zentroaren gomendioetan oinarritua (Butt, P. et al., 2011). Ebaketa-puntuak egokitu dira, EAEOIn erabiltzen diren edari alkoholdunen unitate estandarren arabera. Aldagai horri esker, pertsonak honetara kataloga daitezke: batetik, alkoholik edaten ez dutenak, alkohola noizbehinka edaten dutenak eta edale ohiak; bestetik, ohiko edaleak (gutxienez astean behin alkohola edaten dutenak). Halaber, pertsona horiek epe luzean osasun-arazoak izateko zer arrisku duten ere jakin daiteke aldagai horren bidez.

d) Jateko ohiturak

2013ko EAEOIn gosariari buruz txertatutako galdera hauek ere kendu egin dira: Non gosaltzen duzu lanegunetan? Zer gosaltzen duzu normalean? Izan ere, galdera horiek jada bete zuten jatorrizko xedea. Arrazoi beragatik, gatz iododunaren kontsumoari buruzko galdera ere kendu egin da.

e) Jarduera fisikoa

Ariketa fisikoari buruzko moduluko lehenengo bi galderak eta azken biak ere kendu egin dira. Inkestatutako pertsonak lanean edo lanerako bidean eta aisialdian egiten duen ariketa fisikoari buruzko galdera horiek ez dute informazio esanguratsurik ekartzen, jada IPAQ galdeketa (jarduera fisikoa neurtzeko galdeketa estandarizatu eta baliozkotua) lortutakoaz aparte.

Galdera berri bat erantsi zaio galdeketa, sedentarismoaren definizioan sakontzen duena: elkarriketatuei galdetzen zaie ea egun normal batean eserita ematen duten denbora-tartean etenaldiak egiteko ohitura duten, gutxienez orduan behin, altxatzeko eta luzatzeko edo ibiltzeko.

f) Laneko baldintzak

Lan-baldintzei buruzko modulua ere aldatu egin dugu, lan-ezegonkortasuna hobeki aztertzeko eta atzemandako osasuna enplegu-kondizioekin lotzeko. Lan-ezegonkortasuna neurtzen duen eskala bat (EPRES) eta arrisku psikosozialeko faktoreei buruzko galde-sorta bat txertatu ditugu; galdera horiek egungo lan-egoeraren kondizioei buruzkoak dira, antolakuntzarekin, lanaren edukiarekin eta eginkizuna

gauzatzearekin lotuta egonik, langileen osasunean (fisikoa, psikikoa edo soziala) eta lanean eragina izan dezaketen kondizioei buruzkoak, hain zuzen.

Atal horretan lehendik zeunden galderei dagokienez, inkesta egiten zaienean lana duten eta inkesta egin baino lehen noizbait lan egin zuten pertsona guztiak erantzutekoak dira. Galdera berriei dagokienez, inkestaren aurreko astean enplegu bat (gutxienez ordubetekoa astean) izan zuten pertsonak erantzutekoak dira.

g) Sexu- eta genero-identitatea

Gainera, sexu- eta genero-identitatearekin eta erakarpen fisiko, sexual, emozional, afektibo edo erromantikoarekin loturiko alderdiei buruzko galdera berri bat txertatu da. Erantzun anizkun horretan, elkarrizketatuak iruditzen zaiona erantzun behar du, eta inkestatzaileek ez dute inolako eraginik izan behar haien erantzunetan, beti bezala.

h) Diskriminazioa

Diskriminazioa osasunaren faktore mugatzaile garrantzitsua da. Baina, 2013ko EAEOIko emaitzak aztertu ondoren, konturatu ginen hori ez dela diskriminazioa neurtzeko baliabide aproposena. Horregatik, galdera baten bidez elkarrizketatuak adierazi behar du ea arrazoiren batengatik diskriminatua sentitzen den, eta beste galdera batean horren arrazoa edo arrazoiak aukeratu behar ditu.

i) Etxebizitzaren baldintzak eta ingurua

Energia-pobretasunarekin eta etxebizitzaren kondizioekin loturiko galdera berri batzuk erantsi dizkiogu galdeketari, osasunarekin zerikusi handia baitute faktore horiek.

Energia-pobretasunak osasunean duen eragina hein handiagoan gertatu ohi da ahulezia-arrisku handieneko kolektiboetan, hala nola adineko pertsonengan (pertsona bakarreko familiak), haurrengan, gaixotasun kronikoren bat duten eta/edo mendekotasun-egoeran dauden pertsonengan, baliabide ekonomiko urriak dituztenengan (langabeak edo aldi baterako kontratudunak dituzten familiak), bazterkeria-arriskuan daudenengan eta infraetxe-testuinguruetan..

6.2.2. Osasun eta zainketa zerbitzuak

a) Osasun-arazo kronikoak eta laguntza jarraitutasuna

Beste baliabide bat sartu da, PKEET IEXPAC deritzona, eta horren bidez, paziente kronikoaren esperientziaren ebaluazioa neurtzen da 12 galderarekin.

Pertsonak galdeketa erantzuten badu iraupen luzeko (gutxienez, sei hilabete) gaixotasun edo osasun-arazo kronikoren bat duela edo azken 12 hilabeteetan osasunarekin edo gaixotasunarekin lotutako arrazoiren batengatik profesional sanitario bati (medikua, erizaina, etab.) kontsulta egin diola, PKEET IEXPAC galdeketa erantzun beharko du; izan ere, agerian geratzen ari da paziente kronikoaren esperientzia funtsezkoa dela erakunde sanitarioak eta sozialak aldatzeko.

b) Prebentzioko praktikak

Galderak batzuk ezabatu dira bai bere prebalentzia altuagatik, bai bere prebalentzia urriagatik, zeren eta prebalentzia maila mutur horiekin ez baitira adierazgarriak aurkitu ESCAV18-aren helburuetarako:

- Prebalentzia altua: errepideko istrikuak edo hiriko kaleetan gertatutakoak gutxitzeko har daitezkeen neurrien gaineko galderak desagertu dira
- Prebalentzia urria: bularreko eta koloneko minbizi-aurrekarien gaineko galderak ere kendu dira

Galdera bat zitologia baginala inoiz ez dutela egin emakumeentzat gehitu da ea zirkunstantzia horren arrazoia zein zen

c) Aurretiazko Borondateen Dokumentua edo Bizi-Testamentua

Bi galdera sartu dira: haietako bat jakiteko pertsonen ezagutza maila Aurretiazko Borondateen Dokumentuari edo Bizi-Testamentuari buruz; eta bigarren bat jakiteko ea pertsonak gai horietaz hitz egin duten euren medikuarekin edo erizainarekin

7. INKESTATZAILEEN PRESTAKUNTZA-IKASTAROA

Landa-lana egin du horretarako azpikontrataturako enpresa batek. Enpresa horrek proiektuaren arduradun bat, ikuskatzaileak eta inkesta egiteaz arduratuko ziren inkestagileak izendatu zituen. Langile horien prestakuntza bi fasetan egin zen; lehenengoa azterlan pilotua egin aurretik, eta gero prestakuntza intentsiboago bat landa-lanari ekin aurretik. Ikastaroek astebeteko iraupena izan zuten. Lehenengo txandan, Osasun Saileko koordinatzaile-aholkulariak eta kontratatutako enpresaren proiektu-buruak, ikuskatzaileak eta 10 inkestatzailek jaso zuten prestakuntza; bigarren fasean inkestatzaile guztiei eman zitzaizen prestakuntza.

Prestakuntza-saioen edukiak hiru motatakoak izan dira:

- Informazioa biltzeko metodologia eta elkarrizketatutako pertsonetikiko interakzioa: hitzordua jartzea, egiaztagiriak aurkeztea, inkestaren edukiari eta helburuei buruzko informazio

ematea, galderak egiteko modua, ezezkoak ordezkatzeko moduak, etab.

- Galde-sortetako aldagaien definizioa eta azalpena.
- CAPI-ren (netbookaren eta/edo tabletaren bidez lagundutako elkarrizketa pertsonala) erabilerari buruzko azalpena, horrenbestez galde-sortak betetzeko.

8. AZTERLAN PILOTU KUANTITATIBOA

2017ko udazkenaren hasieran azterlan pilotu bat egin zen: aurretiaz galde-sortak eman zitzaizkion laginaren barruko lagin txikiago bati (Euskal Autonomia Erkidego osoan banatutako 100 familiei). Azterlan horri esker, galde-sortaren iraupenarekin, landa-lanaren diseinuarekin eta galderak ulertzearekin lotutako akats batzuk zuzendu ziren. Akats horiek landa-lana egin aurretik konpondu ziren.

9. LANDA-LANA

Etxean eginiko elkarrizketaren bidez bildu dira datuak, inkestagile profesional eta entrenatuen bidez. Guxtienez, lantalde bat banatu da lurralde historiko bakoitzean, proiektu-buruak, eta hiru landa-buruek (lurralde historiko bakoitzean batek) gainbegiratuta.

Informazio-bilketa 2017ko urritik 2018ko maiatzera egin zen, CAPI bidez (ordenagailuz lagundutako elkarrizketa), ausaz hautatutako eta Euskal Autonomia Erkidego osoan banatutako 5.300 familiek osatutako lagina baliatuta. Gutxi gora-behera 8.000 banakako galdeketa egin behar dira.

Inkestan parte-hartzea ona izateko erantzun-tasa, gutxienez, % 85koa izan beharko zuen.

Inkestak bi galde-sorta ditu:

- Familientzako galde-sortak etxeko pertsona guztiei buruzko informazioa biltzen du, elkarrizketa pertsonalaren bidez. 2018ko EAEOIn informazioa biltzeko formatu elektronikoa erabili da (CAPI, netbook eta internet bidez). Labur-labur, inkestatzaileek beteko dute galdeketa familiarra CAPI-a formatu elektronikoaren bitartez elkarrizketak egiten ari izan ahala.
- Banakako galde-sorta lagineko 15 urte eta gehiagoko pertsonen bi herenen artean banatu da. Informazioa biltzeko formatu elektroniko ere (CAPI, netbook edo internet) erabili da. Inkestatutako pertsona bakoitzak bete dezake galde-sorta inkestatzailearen aurrean, edo inkestatuak eskatuta inkestatzaileak bete dezake. Kasu horretan, galde-sortarekin batera gutun-azal bat eman zaio inkestatuari, hura itxi eta datuen konfidentzialtasuna bermatzeko. Inkestatua bere kabuz erantzuteko gai ez bada soilik lagundu dio inkestatzaileak, betiere inkestatuak berak eskatuta.

Landa-lanaren garapenaren zenbait alderdi deskribatuko ditugu:

9.1. Aurretiazko hitzordua

Hitzordua jartzeko bi bide erabili dira:

1. Posta

Aurkezpen-gutun baten eredia erabili zen. Gutun hori bisita egin baino 14 egun lehenago bidali zen 2018ko EAEOIko laginean adierazitako helbidera.

2. Telefonoa

Telefono-dei bat egin zitzairen familiei, honako helburu hauek aintzat hartuta:

- Inkesta aurkeztea.
- Elkarrizketarako hitzordua jartzea.

Familia bakoitzarekin harremanetan jartzeko bi bideak erabili dira (telefono-zenbakia eskuratzeko modua izan baldin bada) eraginkortasunez harremanetan jartzeko eta emaitzarik gabeko bisitak ahal dela saihesteko.

9.2. Bisita

Inkestatzaile bakoitzak "bisita-jakinarazpen" taloitegi bat zuen. Bisita egindako egunean familia etxean ez bazegoen, eta bizilagunen, atezainen eta abarren bidez informazioa eskuratu ondoren, "bisita-jakinarazpen" bat betetzen zuen, bisita egindako eguna eta harremanetarako aurreikusitako hurrengo eguna adierazita. "Bisita-jakinarazpen" horretan harremanetarako telefono bat ere ageri zen, familiek inkestagileari edo landa-lanaren antolatzaileei deitzeko, hitzordua komeni zaienean jartzeko. Jakinarazpena bete ondoren etxean uzten da, modurik egokienean, familiak irakur dezan.

Bisitak aldeztu aurretik adostu dira, gutunaren eta telefonoaren bidez, edo gutunaren bidez soilik:

- Aldeztu aurretik adostutako bisitak (gutuna + telefonoa)
Inkestatzailea familiaren etxera joan zen, aurretiaz adostutako egunean eta orduan. Elkarrizketa egin zen familiari eragozpen gutxien eragingo zion tokian eta unean, baina 15 urte eta gehiagoko ahalik eta kide gehienak bilduta.
- Aldeztu aurretik adostu gabeko bisitak (gutuna soilik)
Inkestagilea familiaren etxera joan zen aurkezpen-gutun adierazitako orduan, gutxi gorabehera. 15 urte eta gehiagoko ahalik eta kide gehien biltzeko ordua eta unea hautatu zen.

9.3. Erantzun nahi ez badute izan egindako jarduerak

Erantzun nahi ez izatea saihesteko ahalegin guztiak egin dira. 2018ko EAEOIko datuen kalitatea (baliozkotasuna) bermatzeko, pertsona bakoitza ordezkazina izan da. 2018ko EAEOIren baliozkotasuna erabakiko duten giltzarrizko bi elementu daude. Lehenik eta behin, inkestatutako hautatutako pertsonak izatea azkenean inkestatzen direnak. Bigarrenik, galderei emandako erantzunek elkarrizketatutako pertsonen errealitatea adieraztea. Eta erantzun baliozkoak lortzea bezain garrantzitsua da hasieran hautatutako pertsonen erantzun dezatela lortzea.

Ahaleginak egin badira ere, ez da beti lortu hasieran hautatutako pertsonak elkarrizketatzea. Bi egoera gertatu dira modu ezin hobean kontaktatutako familia baten aurrean:

- Elkarrizketari ezezkoa ematea, hasi aurretik:
Elkarrizketatu beharreko pertsonen konfiantza lortzeko ahaleginak egin dira: inkestagile-txartela erakustea, bizilagunen laguntza eskatzea... Pertsona horiekin hitz egitean, haien ezezkoa ez da behin betiko erabakitzen hartu: beharbada une egokia ez dela, beste une batean egin daitekeela, telefonoz berriz deituko zaiola, komeni zaion orduan hitzordua jartzeko eta abar esan zaie. Kasu horretan, erraztasun guztiak eman zaizkie beste hitzordu bat jartzeko. Arau orokor gisa, elkarrizketa egiterik nahi ez duten pertsonen buruz informazioa emateko atalak betetzeko ahalegina egin da (informazio pertsonala eta eremu geografikoa). Xehetasun horiek oso garrantzitsuak dira, gure laginak izan ditzaken alborapenak aintzat hartzeko.
- Hasitako elkarrizketa bertan behera uztea:
Dagokion banakako galde-sorta betetzeko ahalegina egin da. "Bertan behera" utzitako elkarrizketa bakoitzari dagozkion datu soziodemografikoak eta eremu geografikoa behintzat bete dira.

9.4. Ordezkapenak

Elkarrizketatu beharreko etxebizitzak hautatu dira, lagina osatzeko unean eskura zegoen biztanleriaren administrazio-erregistro gaurkotuena (2015) oinarri hartuta, eta etxebizitzaren ausazko hautaketa bidez aukeratu dira, Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleriaren adierazgarriak izan daitezela, eta inkestaren aurreko edizioan (2013) elkarrizketatutako familien panelaren arabera.

Horregatik, garrantzi handikoa izan da hautatutako lehen etxebizitza inkestatzea, alborapenak edo akatsak ez sartzeko eta ordezkagarritasunari eusteko. Azpimarratu dugu behin eta berrero, etxebizitza hautagarri bakoitza (hau da, inkestarako hautatu den etxebizitza okupatua) ordezkazina dela. Hala eta guztiz, zenbait kasutan ezezkoa izan da, eta zenbatespenek zehaztasuna ez galtzeko

(laginaren tamaina txikituz gero hala gertatuko litzateke) etxebizitzak ordezkatzea erabaki da. Ordezkapen hori azken aukera bezala erabili da, etxebizitza horietako familiekin ordu eta egun desberdinetan harremanetan jartzeko ahaleginak egin ondoren. (bisitaldian familia aurkitu ez den bakoitzean jakinarazpen-oharra utzi zaio). Ordezkapenak geruza berean egin dira (eremu geografikoa eta tipologia kontuan hartuta).

9.5. Familiaren identifikazioa

Inkestatu beharreko pertsona guztiak familia-unitate batekoak dira eta familiaren etxebizitza nagusia okupatzen dute. Laginak eman digu familia-unitate hori osatzen duten pertsonen informazioa, adinaren arabera. Ageri diren datuak:

- Izena
- Abizenak
- Jaioteguna
- Adina
- Sexua

Hasierako datuen edozein aldaketa, alta edo baja adierazi da.

Etxebizitza batean zenbait familia-unitate bizi badira, familia independente gisa egin zaizkie elkarrizketak, etxe independenteetan bizi diren familia independenteak izango balira bezala.

9.6. Definizioak

Familiaren etxebizitza nagusia:

Urte guztian edo urtearen zati handiengan pertsona baten edo gehiagoren ohiko etxebizitza gisa erabiltzen diren etxeak dira.

Etxebizitzan, adibidez, ile-apaindegi bat egonez gero, baina jabea bertan bizi bada, familiaren etxebizitza nagusia dela joko da. Etxebizitzan negozioa soilik badago, ez .

Familia-unitatea, familia:

Familia-etxebizitza bat edo haren zati bat okupatzen duen pertsona edo okupatzen duten pertsonak, elikagaiak eta beste ondasun batzuk aurrekontu bakar batetik kontsumitzen dituztela.

Baldintza hauek betetzen dituen pertsona orok etxebizitza bat okupatzen duela jotzen da:

- a) Hautatutako familia-etxebizitzan bizi da urte guztian edo urtearen zati handiengan. Ez dira familia-unitateko kide zat hartzen erakundetan bizi diren pertsonak (zahar-etxeetan, psikiatrikoetan eta antzeko zentroetan bizi direnenak).
- b) Hautatutako etxebizitzan ez dira bizi, eta ez dute beste familia-etxebizitza nagusirik. Salbuespena: Hautatutako etxebizitzan etxe-

zerbitzuan diharduten eta bertan bizi diren langileak hango ohiko biztanleak direla joko da.

Familia-unitatea kudeatzeko arduradunak gastu komunak ordaintzeko erabiltzen dituen funts komunak "aurrekontu bera" direla joko da.

Aintzat hartzen dira:

- Euskal Autonomia Erkidegoan erroldatutako pertsonak.
- Euskal Autonomia Erkidegoan urtebetetik gora egin duten atzerritarrak.
- Kanpoan ikasketak egiten ari diren gazteak.

Ez dira kontuan hartzen:

- Euskal Autonomia Erkidegoan urtebete baino gutxiago egin duten zibil atzerritarrak.
- Euskal Autonomia Erkidegoan diplomatiko gisa lan egiten duten Diplomatiakoak.

Alokatzeko etxebizitzaren kasuan, ohiko etxebizitza izanez gero, bertan erroldatuta ez badaude ere, gutunaren titularra den eta zozketan hautatu den pertsonari egingo zaio elkarrizketa, eta haren familiakoei ere bai, etxe horretan bizi badira. Elkarren ahaide ez diren zenbait pertsonak etxebizitza partekatzen badute, ez dira familiatzat hartuko.

Erreferentziazko pertsona:

Familia-unitatea osatzen duten eta beren kabuz erantzun ezin duten pertsonen osasun-gorabeherak zehaztasun nahikoaz azaltzeko gai den pertsona, edo besteek hala definitzen dutena. 18 urte edo gehiago izan behar ditu.

Atzera begirako aldia:

Inkesta egin aurreko aldia da, eta aldi horri buruz egiten dira galderak. Aldi horren iraupena aldatzen da, atalen arabera. Atzera begirako aldia elkarrizketaren bezperan amaitzen da beti.

9.7. Elkarrizketatuko diren pertsonen hautaketa

Kish metodoa erabili da lagineko familia osatzen duten 15 urte eta gehiagoko pertsonen 2/3 hautatzeko, banakako galde-sortari erantzun diezaioten.

Etxebizitza bakoitzari A, B edo C esleitu zitzaion ausaz; horrenbestez, mota bakoitzeko 1/3 izateko.

- 1) 15 urte eta gehiagoko pertsonak adinaren arabera ordenatu dira.
- 2) Horrela ordenatu ondoren, orden-zenbakia esleitu zaie.
- 3) Sarrera bikoitzeko taularen laguntzaz, banakako galde-sortari erantzun behar dutenak hautatu dira.

Inkestatu beharreko pertsonaren edo pertsonen kopurua

Etxebizitza-mota	Etxebizitzako 15 urte eta gehiagoko pertsonen kopurua				
	1	2	3	4	>=5
A	batere ez	1	2, 3	1, 2, 4	1, 2, 3, 4
B	1	2	1, 3	1, 3, 4	1, 2, >=5
C	1	1, 2	1, 2	2, 3	3, 4, >=5

2013ko EAEOIn parte hartu zuten etxebizitzek (panela) eta beste batzuek osatzen zuten lagina. Paneleko etxebizitzek kasuan, familia oraindik ere bertan bizi bazen eta kideren batek 2013an banakako galde-sorta egin bazuen, berriro bete du galde-sorta hori, eta Kish metodoa erabili da, familia horri dagozkion galde-sorten kopurua osatzeko. Horretarako, Kish metodoak adierazitako lehenengo pertsona hautatu da, eta horrela jarraitu dugu, etxebizitza-motari dagozkion galde-sorten kopurua osatu arte.

9.8. Ibilbide - orria

Ibilbide-orrian adierazi ziren telefono bidezko harremanak eta elkarrizketatzaileak familiari egindako bisitak. Bertan adierazi ziren landa-lanaren prozesuan egoki iritzitako gorabeherak.

Ibilbide-orri horretan adierazi da:

- Etxebizitzaren kokapena

Etxebizitza hautagarritzat jo dira urtearen zatirik handienean familiaren etxebizitza nagusi diren etxeak.

Aldi baterako etxebizitzak baztertu dira; adibidez, oporretarako etxeak, beste erabilera batzuk dituztenak (bulegoak, kontsultak...), bai eta eraikitzen ari direnak, hutsik daudenak, erortzeko zorian daudenak eta abar, bizigarritasunari erreparatuta.

Establezimendu kolektiboak ere etxebizitza hautagarrien laginetik kanpoan geratu dira.

Helbide okerra edo existitzen ez dena zeukaten etxebizitzak aurkitu gabeko helbidetzat hartu dira.

- Elkarrizketaren emaitza

Etxebizitza hautagarria izanez gero, bertan bizi direnak elkarrizketatzen ahalegintzean egoera desberdinak sortu dira:

1) Ezezkoa:

Setakeriaz erantzun nahi ez duten edo hasitako elkarrizketak bertan behera utzi dituzten familien kasua da. Laguntzarik ez ematea honako arrazoi hauengatik gertatu da:

- Inkestatuak adierazi zuen momentu txarra zela edo gaixo zegoela. Hurrengo 24 orduetan beste elkarrizketa bat adosteko ahalegina egin zen.
- Atea ireki zuen pertsonak adierazi zuen ez zuela elkarrizketarik nahi. Inkestak osasun-plangintzan duen garrantzia azpimarratu zen.
- Inkestatuak esan zuen ez zitzaizela interesatzen. Elkarrizketatzaileak adierazpen horien atzean zeuden arrazoiak argitara ekartzeko ahalegina egin zuen.
- Inkestatua ez zegoen gaian interesatuta edo ez zuen inkestarik egin nahi. Informazioa mundu guztiari helarazteak duen garrantzia, gailentasun soziala eta sekretu estatistiko nabarmendu ziren.
- Inkestatuak adierazi zuen ez zekiela ezer gaiari buruz. Inkestari buruzko guztia azaldu zitzaion.
- Atezainek etxebizitzara iristea eragotzi zuten. Auzokoei gogorarazi zitzaion inkestan parte hartzeko eskubidea zutela, eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak egiten duela.
- Inkestatuak argudiatu zuen zaharregia zela. Behin eta berriro esan zitzaion mundu guztiaren iritziak garrantzia duela, eta bereziki pertsona adinduen egoera eta osasuna aintzat hartu behar direla.

2) Denbora luzean ez egotea:

- Elkarrizketatzaileak zenbait bisita egin ondoren, egun eta ordu desberdinetan, familia-etxebizitzan ez dauden familiak dira.
- Emaitzarik gabeko bisita bakoitzaren ostean elkarrizketatzaileak "bisita-jakinazpen" bat utzi zuen, hurrengo harremana eraginkorrago izan zedin.

3) Beste batzuk:

- Inkestari erantzuteko ezintasuna nahikoa justifikatzen zuten zenbait arrazoi.
 - Galde-sorten kopurua etxebizitzan

Ale bakoitzetik (familiantzako galde-sorta eta banakako galde-sorta) 15 urte eta gehiagoko pertsonak betetako galde-sorten zenbatekoa adierazi zen, familiaren tamainaren arabera.

Bete ondoren, osatuak ziren mota bakoitzaren kopurua adierazi zen.

- Ohar osagarriak

Ibilbide-orrian eremu bat jarri da inkestagileek egokitzat edo interesgarriztat jotako informazio guztia jasotzeko, inkesta egiteko eta inkestatu beharreko pertsonak aurkitzeko egokia edo interesgarria dena kontuan hartuta.

10. BALIOZKOTZEA

Osasun Saileko langile teknikoak, datu-bilketan alborapenak identifikatzea helburu hartuta, landa-lanaren iraunaldian, bi astetik behin inkestaren adierazle nagusien analisia egin du, SAS pakete informatiko-estatistikoaren bidez. Noizbehinkako arazo batzuk detektatu ziren datu-bilketan, eta prozedura horren bidez laster zuzendu ziren. Gainera, bi astetik behin, bi galde-sorta (familiakoa eta banakakoa) eta horien informazio-bilketari dagozkion erantzun-tasa eta gorabeherak aztertu ziren.

11. ANALISI ESTATISTIKOA. ESTANDARIZAZIOA

Emaitzen analisi estatistikoa bereizi da, sexuaren arabera. Sistematikoki kalkulatu dira adierazleak, adin-taldeak eta talde sozioekonomikoa, lurralde historikoa eta ikasketa-maila.

Bi adierazle-mota handi kalkulatu dira. Aldagai dikotomikoentzat, esate baterako, ezaugarri baten gabezia edo presentzia, haren prebalentzia erabaki zen. Aldagai kuantitatiboan kasuan, batez bestekoa eta mediana aintzat hartu ziren, erdiko joera neurtzeko bide gisa, eta desbideratze estandarra edo 25, 75 edo 95 pertzentilak, sakabanatze-neurketa gisa. Talde desberdinetako adierazleen arteko konparaketa distortsiona daiteke, alderatutako taldeen adin-egituran dauden desberdintasunak direla eta. Distortsio hori saihesteko, adierazleak adinaren arabera estandarizatu dira. Honenbestez, prebalentzia gordinak eta adinaren arabera estandarizatuak, metodo zuzenaren bidez, adierazten dira, erreferentziako biztanleria gisa 2015ko EAEkoa aintzat hartuta.

Aldagai kuantitatiboentzat, kobariantzaren analisia erabiliz, batez bestekoak adinaren arabera doituak izan ziren. Emaitzen analisia aurre-azterketa batez elikatuta izan da. Horretan, sistematikoki, aldagaien denborazko eboluzioa ikertu baizen eta osasun arloko desberdintasun sozialen munta eta bilakaera. Azterketa sistematiko honetan; aldagai dikotomikoei dagokienez Poisson erregresio ereduak erabili ziren, errore-bariantza sendoaz; eta aldagai kuantitatiboek dagokienez, erregresio lineal anizkoitzaren ereduak. Desberdintasun sozioekonomikoak, desberdintasun-maldaren indizearen bidez eta desberdintasun-indize erlatiboaren bidez balioztatu ziren.

12. DEFINIZIOAK

12.1. Osasun egoera

Desgaitasunik gabeko bizi-esperantza

Gaitasun funtzionalean eragiten duten osasun-arazorik gabe bizitzen diren urteak adierazten ditu. Indize sintetikoa da, heriotza-tasa (2011) eta osasun-inkestaren araberrako jarduera kronikoaren zein aldi baterako jardueraren mugaketa-datuak konbinatuta lortzen da (Sullivan DF 1971, Murray JL et al. 2002). 2018ko emaitzak kalkulatzeko 2015ko mortalitate datuak erabiliko dira.

Osasunaren autoebaluazioa: hautemandako osasuna

NBEren bigarren konferentzian adierazitako gomendioak jarraituz egin zen galdera, osasun-inkestetan erabiltzeko metodo eta tresna komunak lortzeko (Voorburgeko Konferentzia, 1990):

Zure osasuna da, oro har:

Oso ona Ona Hala-holakoa Txarra Oso txarra

Oso erantzun subjektiboa da, eta ez du onartzen hirugarrenen erantzuna. Horrenbestez, 15 urte eta gehiagoko pertsonentzako banakako galde-sortan sartu da.

Osasunaren autoebaluazioa osasun-neurketa errazenetakoa eta erabilienetakoa da. Osasun-neurketa horren erlazioa zerbitzuen erabilerarekin eta heriotza-tasarekin ezarri da hainbat ikerketatan (Idler 1990, Jylha M 2009). Item bakar batean jasotako neurketa bada ere, baliozkoa da osasunaren neurketa orokor gisa, eta gaixotasunekin eta osasunaren balioespen subjektiboaren osagaiekin lotuta dagoela egiaztatu da.

Osasunari lotutako bizi-kalitatea.

Osasunari lotutako bizi-kalitatearen neurketak gero eta garrantzi handiagoa du, biztanleriaren osasuna ikertzeko eta osasunaren alorreko esku-hartzeen eraginkortasuna aztertzeke modua den aldetik.

2018ko EAEOIn Euroqol-5D-5L-EAB tresna erabili da, estandarizatua eta baliozkotua, 15 urte eta gehiagoko pertsonen bizi-kalitatea neurtzeko (Herdman M et al. 2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013). Osasunari lotutako bizi-kalitatearen neurketarako tresna orokorra da, bi atal dituen: sistema deskribatzailea eta Ikus Eskala Analogikoa. Sistema deskribatzaileak bost dimentsio ebaluatzen ditu: mugikortasuna, norberaren zainketa, eguneroko zereginak, mina/ondoeza eta antsietatea/depresioa. Dimentsio bakoitzean erantzuteko aukerak dira: arazorik gabe, arazo arinak, neurrizko arazoak, arazo larriak eta arazo oso larriak.

Ikus Eskala Analogikoan pertsonak bere osasun egoera puntuatu behar du Otik (imajina daitekeen osasun-egoera okerreana) 100era (imajina daitekeen osasun-egoera hoberena) bitarteko eskalan.

Osasun mentalaren indizea

«Mental Health Inventory» aukeratu dugu, 5 item dituen bertsioan; izan ere, tresna egokia da arazo psikiatrikoak dituzten pertsonak detektatzeko (Berwick DM et al. 1991), 18 itemeko «Mental Health Inventory» edo 30 itemeko «General Health Questionnaire» bezain baliagarria, eta biztanleriaren osasun mentalaren neurketa egokia da (McHorney C.A., 1993). Antsietatea, depresioa, emozioen kontrola eta oreka afektiboa ebaluatzeko diseinatutako tresna da. Honako galdera hauek egin zitzaizkien: Azken lau asteotan, zenbat aldiz... – (i5a) ...egon zara oso urduri? – (i5b) ...sentitu zara lur jota, zerk animatu aurkitu ezinik? – (i5c) ...egon zara lasai eta bakean? – (i5d) ...sentitu zara gogorik gabe eta triste? – (i5e) ...izan zara zoriontsu?. Erantzunen kategoriak beti berdinak izan ziren: beti (1), gehienetan (2), askotan (3), batzuetan (4), gutxitan (5), inoiz ere ez (6). Indizea honela kalkulatu zen:

$MI = 100 - (((7 - i5a) + (7 - i5b) + i5c + (7 - i5d) + i5e) - 5) * 4$, balioen tartea Otik 100era bitartekoa dela. Osasun mentalaren balio handiagoek osasun mental hobea adierazten dute.

Neurri estatistiko deskribatzaileak aurkeztu dira (batez bestekoa, mediana, desbiderapen estandarra, 25eko pertzentila eta 75eko pertzentila) erkidegoko biztanleriarentzat, oro har, eta biztanleriako azpitaldeentzat

Jarduera aldi baterako mugatzea

Kontzeptu honek adierazten du pertsona batek bere jarduera mugatzen duela, ohiko gaitasunaren azpitik, iraupen laburreko edo luzeko osasun arazoan ondorioz. Murrizketari dagokionez, hiru egun-mota bereizten dira: ohean egindako egunak, lanera edo eskolara joandako egunak, eta bestelako jardueretako murrizketa-egunak.

- Ohean egindako egunak: pertsona bat ohean geratu da, egun erdiz gutxienez, osasun-arazo baten ondorioz. Ospitalean igarotako egun guztiak ohean egindako eguntzat hartzen dira.
- Eskolara joan gabeko egunak: eskolara edo haurtzaindegira joaten diren haurrak ez dira joan, osasun-arazo baten ondorioz.
- Lanera joan gabeko egunak: enplegua duten edo etxeko lanak egiten dituzten pertsonak ez dira lanera joan edo ez dira etxeko lanez arduratu, osasun-arazo baten ondorioz.
- Ohiko eta aisialdiko beste jarduera batzuk egin gabeko egunak: jolastea, tabernara joatea, zinemara joatea, klubera joatea, mezetara joatea, irakurtzea, telebista ikustea, kirola egitea, ikastea, etab. Pertsonak jarduera horiek egin gabe utzi dituzte osasun-arazo baten ondorioz.

Desgaitasuna

Edozein osasun-arazo kroniko baten ondorioz ager daitekeen iraupen luzeko murrizketa edo muga. Estatus funtzionalaren dimentsioa neurtzen duen osasun-neurketa da: pertsona bat zer egiteko gai den adierazten du. Estatus funtzionalak adierazten du osasun fisiko ona duten pertsonentzat normalak diren askotariko jarduerak egitea edo egiteko gaitasuna izatea (McWhinnie JR 1982, Chyba MM 1990).

2018ko EAEOIn estatus funtzionala neurtzeko erabilitako sistemak jardueraren mugaketa kronikoan zenbait larritasun-maila bereizteko aukera eman du:

- Jarduera nagusiaren erabateko murrizketa: norberaren adina eta sexua duten pertsonen artean ohikoak diren jarduerak egiteko etengabe mugatuta dauden pertsonen kasua da. Kategoria honetan sartu dira beste hurrekin ohiko jolasetan parte hartzen ez duten 4 urtetik beherako haurrak, ikastetxe batera joateko gai ez diren edo ikastetxe berezi batera joan behar duten 5-17 urteko pertsonak, lan egiteko gaitasunik ez duten 18-69 urteko pertsonak, eta, amaitzeko, eguneroko bizitzako oinarrizko zereginetarako laguntza behar duten 70 urtetik gorako pertsonak.
- Jarduera nagusiaren murrizketa partziala: ohiko jardunean egin ditzaketen jardueren motari eta kantitateari dagokionez, murriztuta dauden pertsonak. Kategoria honetan sartu dira osasun-arazoen ondorioz beste hurrekin ohiko jolasetan parte-hartze mugatua duten 4 urtetik beherako haurrak, ikastetxe batera joateko gaitasun mugatua duten 5-17 urteko pertsonak, osasun arazoen ondorioz egiteko gai diren lanen mota eta kantitatea murriztua duten 18-69 urteko pertsonak, eta, amaitzeko, modu independentean bizitzeko laguntza behar duten 70 urtetik gorako pertsonak.
- Beste jarduera batzuetarako mugak: osasun-arazoren baten ondorioz beste jarduera batzuetarako (gizarte-jarduerak, kirol-jarduerak...) mugaren bat duten pertsonak.

Mendekotasuna

Mendekotasuna baloratzeko Barthel eskala erabili da. Eskala horrek, galderen bidez, pertsona batek ohiko jardueraren bat egiteko duen gaitasuna ebaluatzen du; adibidez, jateko gaitasuna, aulkitik ohera mugitzeko gaitasuna, norbere garbitasuna egiteko gaitasuna, etab. Galdera bakoitzeko erantzun-aukerak honako hauek izan dira: gai, lagunduta edo ezgai. Erantzun hauen arabera balore bat kalkulatzen da, Barthel eskalaren irizpideak jarraituz, eta, guztira ehun puntu direla kontuan hartuta, 60 baino gutxiago izanez gero kontsideratzen da pertsona mendekotasun-egoeran dagoela edo oinarrizko zereginetarako laguntza behar duela.

Iraupen luzeko osasun-arazoa

Nolabaiteko maiztasunez ageri diren osasun-arazo kroniko, etengabe edo luzeen zerranda egin zen. Inkestatuei galdetu zitzaien arazo horietakoren bat al zuten, osasunaren alorreko profesionalen batek diagnostikatu ote zioten arazoa, eta azken 12 hilabeteetan epe luzeko osasun-arazoen ondorioz medikuaren edo erizainaren kontsultara joan al ziren.

Nahi gabe egindako lesioak

Atal honetan jasota daude biztanleek aurreko 12 hilabeteetan pairatutako istripuen ondorioz nahi gabe sortutako lesioak, baldin eta pertsonen osasunean ondorioak eragin badituzte. Adibidez: erortzea, erretzea, intoxikatzea, etab.

12.2. Osasunaren determinatzaileak

Laneko baldintzak

MINI-EPRES kodifikazioa

Dimentsioa (azpi-eskala) / Ítema	Erantzun-kategoria	Puntuazioa
Denborazkotasuna		(0 a 8)*4/8
1. Gaur egungo kontratuaren iraupena	0: Kontratu iraunkorra 1: Urtebete baino gehiago 2: Aldi baterako, amaiera-egunik gabe 3: 6 hilabetetik 12ra 4: 6 hilabete baino gutxiago	
2. Guztira, zenbat denboran lan egin duzu/zenuen enpresa horretarako?	0: 10 urte baino gehiago 1: 5 urtetik 10era 2: 2 urte baino gehiago, 5 urte baino gutxiago 3: 6 hilabetetik 2 urtera 4: 6 hilabete baino gutxiago	
Soldata		(0 a 4)*4/4
3. Zure soldatak ematen al dizu/zizun aukera ustekabeko gastu garrantzitsuak ordaintzeko?	0: Beti 1: Askotan 2: Batzuetan 3: Gutxitan 4: Inoiz ez	
Desahalduntzea		(0 a 4)*4/4
4. Nola zehaztu ziren zure soldata-baldintzak?	0: Hitzarmen kolektiboan jartzen duena/zuena betetzen da/zen, zuzen-zuzen 1: Nire lan-taldeak erabaki zuen 2: Nire arduradunen eta nire artean erabaki zen 3: Enpresako zuzendaritzak edo nire arduradunek erabaki zuten, beren kasa 4: Ez dakit	

Zaugarritasuna

(0 a 12)*4/12

5. Beldur al zara/zinen kontrako ondorioz izango duzun/zenuen, lan-baldintza hobek eskatzen badituzu/bazenuen?

6. Babes gabe al zaude/zeunden zure arduradunen bidegabekeriaren aurrean?

7. Eskatutako guztia egingo/egin ez bazenu, lanetik bota egingo al zintuzkete/zintuzketen?

0: Inoiz ez
1: Gutxitan
2: Batzuetan
3: Askotan
4: Beti

Eskubieak

(0 a 2)*4/2

8. Ba al duzu/izango al zenukeen indemnizazio-
eskubiderik botatzen bazaituzte/bota izan bazintuzte?

0=Bai
1=Ez
2=Ez daki

Eskubideen erabiltzea

(0 a 8)*4/8

9. Asteko jai-egunak arazorik gabe har al ditzakezu/zenitzakeen?

10. Baimen-egunik har al dezakezu/zenezakeen arrazoi pertsonalengatik?

0: Beti
1: Askotan
2: Batzuetan
3: Gutxitan
4: Inoiz ez

Lan-prekarietatea $(\sum \text{azpi-eskalak})/6$

(0 a 4)

Aurreko taularen arabera, azpi-eskala bakoitzean edo haietako guztietako median lortutako puntuazio horiek guztiek esango digute pertsonak lan-prekarietatea duen ala ez. Puntuazioa badago 0-1 tartean (biak barne) baldin badago (puntuazio mendeko maila) ez dago lan-prekarietaterik. Puntuazioak 1 baino gehiago eta 2 tartean badago, lan-prekarietatea baxua edo moderatua da. Azkenik, puntuazioak 2 baino gehiago eta 4 tartean badago (puntuazioko maila handiena) lan-prekarietate altua da.

Etxeko eta zaintzako lanak

Ordaindu gabeko lana, etxeko zereginekin, familiaren ongizateari eusteko lanekin eta familia zaintzearekin lotua.

Gizarte-laguntza

Gizarte-euskarria neurtzen da ezegonkortasun psikikoa, ahuldade fisikoa edo zaugarritasun pertsonal edo soziala dagoenean laguntzeko prest dauden pertsonen sarearen arabera.

Duke-UNC-11 eskala (Broadhead WE et al 1988) , gaztelaniazko bertsioan (Bellón JA et al. 1996),erabili da gizarte-osasunaren indizeak kalkulatzeko. Eskala hau alderdi funtzional edo kualitatiboak neurtzeko diseinatuta dago, eta ez gizarte-harremanen kopurua eta gizarte-sarearen tamaina kalkulatzeko. 11 itemeko eskala erabili da. Item bakoitzari 1etik 5era bitarteko balioa ematen zaio, Likert motako erantzunen bidez. Puntuazio desberdinak eraiki dira laguntza konfidentziala eta afektiboa ebaluatzeko. Honako item hauek erabili dira:

i16e1: Nire lagunek eta senideek bisitatzen naute

i16e2: Nire etxearekin zerikusia daukaten kontuekin laguntzen naute

i16e3: Nire lana ondo egiten dudanean, goraipamenak eta esker onak ematen dizkirate

i16e4: Niri gertatzen zaidanaz kezkatzen diren pertsonak ditut

i16e5: Maitasuna eta afektua ematen dizkirate

i16e6: Nire arazoei buruz beste batekin hitz egiteko aukera dut, lanean edota etxean

i16e7: Nire arazo pertsonal eta familiarrei buruz beste batekin hitz egiteko aukera dut

i16e8: Nire arazo ekonomikoez beste batekin hitz egiteko aukera dut

i16e9: Gonbidapenak izaten ditut, denbora eman eta beste pertsona batzuekin irteteko

i16e10: Aholku onak izaten ditut, nire bizitzan jazoera garrantzitsuren bat gertatzen zaidanean

i16e11: Ohean gaixo nagoenean, laguntza izaten dut

Erantzunak bost kategoriako eskalaren arabekoak izan dira, eskalaren bi mutur hauek kontuan hartuta: norberak nahi adina, eta norberak nahi baino askoz ere gutxiago.

Indizeen kalkulua honela egin zen:

- $\text{konfiantza} = i16e1 + i16e2 + i16e6 + i16e7 + i16e8 + i16e9 + i16e10;$
- $\text{afektibo} = i16e3 + i16e4 + i16e5 + i16e11;$
- $\text{duke} = \text{konfiantza} + \text{afektibo};$

Laguntza baxua kontuan hartzen da, Duke adierazleak balioa 33ko edo txikiagoa hartzen duenean. Adierazle hau beste bi adierazleko batuketaz konposatuta dago:

- Gizarte-laguntza konfidentzial baxua: konfiantza adierazleak balio 21eko edo txikiagoa hartzen duenean.
- Gizarte-laguntza afektibo baxua: afektibo adierazleak balio 12ko edo txikiagoa hartzen duenean.

Alkoholaren kontsumoa

Alkohol-kontsumoa neurtu da, kontsumoaren osteko kontaketa teknika baliatuta. Kontsumoa gogora ekartzeko, galdera itxiak erabili ziren, edari alkoholduen zerrenda luze samar bat baliatuta, produktu horietatik edandako kantitateen berri emateko. Galdera horiek, berariaz, elkarrizketa egin aurreko azken lanegunari, ostiralari, larunbatari eta igandeari buruzkoak izan ziren, laneguneko eta asteburuko kontsumoak bereizteko.

Alkoholarekiko portaera aintzat hartuta, biztanleen sailkapen hau egin da:

- Edaten ez duena: edari alkoholdunik ez duela hartzen eta ez duela inoiz edan adierazi duen pertsona.
- Edale ohia: lehen astean behin, gutxienez, edaten zuela adierazi duen pertsona, baina azken urtean edan ez duena, edo astean behin baino gutxiagotan edan duena.
- Noizbehinkako edalea: azken urtean edan duela adierazi duen pertsona, baina astean behin baino gutxiago.
- Ohiko edalea: azken urtean astean behin, gutxienez, edari alkoholdunak kontsumitu dituela adierazi duen pertsona.

Ohiko edaleen populazioa sailkatu zen, lanegun batean, asteburuan eta astean batez beste kontsumitutakoa oinarri hartuta. Eguneko batez besteko alkohol-kontsumoa kalkulatzeko, laneguneko eta asteburuko kontsumoak kontuan hartu ziren. Asteburuko eguneko batez besteko alkohol-kontsumoa kalkulatu zen ostiraleko, larunbateko eta igandeko kontsumoen batez bestekoa eginez. Laneguneko edale gisa definitu dira astelehenetik ostegunera bitartean edari alkoholdunen bat kontsumitu zutela adierazi zutenak, eta asteburuko edale gisa, berriz, ostiralean, larunbatean edo igandean gutxienez edari alkoholdun bat edan zutenak.

Kontsumitutako alkoholaren kantitatea jakiteko, kalkulu hauek egin dira:

Edaria	Kantitatea	Neurria	Graduazioa	cc/alkohola	Gramoak
Sagardoa	1 edalontzi	100 cc	5	5 cc	4
Ardoa	1 edalontzi	100 cc	12,5	12,5 cc	10
Garagardoa	1 kaina	170 cc	5	8,5 cc	6,8
Whiskya, brandya, anisa, patxarana	1 kopa	45 cc	40	18 cc	14,4
Konbinatuak (gin-tonic)		70 cc	40	28 cc	22,4
Kalimotxo	1 edalontzi	100 cc	125	12,5 cc	10
Bermuta, xerez idorrek, biterra	1	70 cc	17	17 cc	13,6
Likore-txupitoak	1	23 cc	40	9 cc	7,2

2013ko EAEOIn alkohol-kontsumoaren beste aldagai bat sortu da, Kanadako toxikomanien aurkako borrokarako zentroak emandako gomendioetan oinarrituta (Butt P et al. 2011). Ebaketa-puntuak egokitu dira, EAEOIn erabiltzen diren edari alkoholdunen unitate estandarren arabera. Aldagai horrek hiru kategoria ditu, alkohol-kontsumoak epe luzean osasunerako dakarren arriskuaren arabera:

1. Edaten ez dutenak, edale ohiak eta noizbehinkako edaleak
2. Alkohola eskuarki kontsumitzen dutenak (astean behin gutxienez)
 - a. 15-17 urteko neska-mutilak
 - *Arrisku handiko kontsumoa: asteen hiru egunetan baino gehiagotan alkohola kontsumitzen badute, edo egun bakar batean 30 g alkohol baino gehiago edaten badute.*
 - *Arrisku txikiko kontsumoa: alkohola kontsumitzen dute, baina ez dituzte aurreko kategorian adierazitako baldintzak betetzen.*
 - b. 18 urte eta gehiagokoak:
 - i. Gizonak:
 - *Arrisku handiko kontsumoa: asteen batez besteko kontsumoa eguneko 30 g baino handiagoa da, edo 40 g baino handiagoa egun bakar batean.*
 - *Arrisku txikiko kontsumoa: arrisku handiko kontsumorako ezarritako mugak gainditzen ez dituen kontsumoa.*
 - ii. Emakumeak
 - *Arrisku handiko kontsumoa: asteen batez besteko kontsumoa eguneko 20 g baino handiagoa da, edo 30 g baino handiagoa egun bakar batean.*
 - *Arrisku txikiko kontsumoa: arrisku handiko kontsumorako ezarritako mugak gainditzen ez dituen kontsumoa.*

2013ko EAEOIn, halaber, epe laburrean edandako alkohol-kantitate handiei buruzko datuak ere jaso dira (binge drinking). Baliokidetasun batzuk ezarri dira, edari alkoholdun ohikoenen eta edari-unitate estandarra esaten zaionaren artean, pertsona batek 4-6 orduan kontsumitu duena neurtzeko, gizonak eta emakumeak kontsumitutako alkohola bereizita.

Tabakoaren kontsumoa eta tabakismo pasiboa

Honako kategoria hauek ezarri dira, tabako-kontsumoari dagokionez.

- Ohiko erretzailea: egunean zigarreta bat gutxienez erretzen duela adierazitako pertsona.
- Erretzaile ohia: lehen egunero erretzen zuela baina orain utzita daukala adierazitako pertsona.
- Erretzen ez duena: bizitza guztian 100 zigarreta baino gutxiago erre dituela adierazitako pertsona.
- Noizbehinkako erretzailea: egunero ez duela erretzen baina bizitza guztian 100 zigarreta gutxienez erre dituela adierazitako pertsona.

Tabakismo pasiboak edo modu pasiboan erretzeak esan nahi du besteek erretzen duten tabakoaren kearen eraginpean egotea, norberaren borondatearen aurka, edozein tokitan, ke horren eraginpean dagoen pertsona erretzailea bada ere.

Jarduera fisikoa

Jarduera fisikoa galde-sorta estandarizatu eta baliozkotu baten bidez neurtu dugu: IPAQ (IPAQ 2005). Galde-sorta horren bidez inkestatuei galdetzen zaie azken 7 egunetan zenbat aldiz eta zenbat denboraz egin duten jarduera fisiko bizia, jarduera neurritsua, edo 10 minutuz ibiltzea, behintzat, bai aisialdian, bai etxeko lanetan, bai lantokian eta bai joan-etorrietan egindakoak barnean hartuta. Erantzunek pertsona sedentario baten profila ala jarduera fisiko edo ariketa osasungarria egiten duen pertsona batena emango digute.

Jardueraren intentsitatea MET bidez neurtzen da. MET bat egonean egiten den energia-gastuaren parekoa da, eta minutuan kg bakoitzeko 3,5 ml oxigeno kontsumitzea dakar. Egoneko baliokide horren multiploak dira METak.

Galde-sortaren balioa:

- Ibiltzea: 3;3 MET x minutuak x egunak
- Jarduera fisiko neurritsua: 4 MET x minutuak x egunak
- Jarduera fisiko bizia: 8 MET x minutuak x egunak

Guztira: Oinez ibiltzea - jarduera fisiko neurritsua + jarduera fisiko bizia

Sailkapen-irizpideak:

Jarduera fisiko neurritsua

- 3 egun edo gehiagotan 20 minutuko jarduera fisiko bizia gutxienez, edo
- 5 egun edo gehiagotan 30 minutuko jarduera fisiko neurritsua eta/edo oinez ibiltzea, edo
- 5 egun edo gehiagotan oinez ibiltzea edo jarduera fisiko neurritsu zein bizia, edonolako konbinazioan, guztira 600 MET gutxienez

Jarduera fisiko bizia:

- Astean 3 egun edo gehiagotan jarduera fisiko bizia , guztira 1.500 MET gutxienez, edo
- Astean 7 egun edo gehiagotan oinez ibiltzea edo jarduera fisiko neurritsu zein bizia, edonolako konbinazioan, guztira 3.000 MET.

Sedentariotzat hartzen da ariketa fisiko osasungarririk egiten ez duen pertsona; hau da, jarduera fisiko ez bizirik ez neurritsurik egiten ez duena.

Gorputz-pisua

Gorputz-masaren indizearen arabera definitu ziren pertsona gizenak, Brayren irizpideari jarraituz (Bray GA 1987, OMS 2013). Honako formula honen arabera kalkulatu zen gorputz-masaren indizea (GMI):

$GMI = \text{adierazitako pisua (kg-tan)} / \text{adierazitako altueraren karratua (m-tan)}$

Formula horren arabera definitzen dugu 18 urtetik gorako pertsonen pisua:

- Gutxiegia: 18,5etik beherako GMI duen pertsona
- Normala: 18,5 edo gehiagoko eta 25 baino gutxiagoko GMI duen pertsona
- Gehiegizko pisua: 25 edo gehiagoko eta 30 baino gutxiagoko GMI duen pertsona
- Obesoak dira 30 edo gehiagoko GMI dutenak

Haurren obesitatea eta 0-18 urtekoen artean gertatzen diren gorputz-pisuaren beste aldaketa batzuk kalkulatzeko, egindako zeharkako ikerlanean jasotako hazkundearen kurbak eta taulak (Fernández C. 2011) erabili dira. Kurba eta taula horietan argaltasunaren, gehiegizko pisuaren eta obesitatearen ebaketa-puntuak ezarrita daude, gaur egun nazioartean onartutako irizpideak oinarri hartuta.

Sexu- eta genero-identitatea

Heterosexuala: fisikoki, emozionalki, afektiboki eta sexualki bere sexu- edo genero-identitateaz bestelako pertsonak bakarrik erakartzen dituen pertsona.

Homosexuala/gaya/lesbiana: fisikoki, emozionalki, afektiboki eta sexualki bere sexu- edo genero-identitate bereko pertsonak bakarrik erakartzen dituen pertsona.

Plurisexuala, bisexuala, pansexuala, polisexuala: fisikoki, emozionalki, afektiboki eta sexualki bere sexu- edo genero-identitate bereko pertsonak nahiz bere sexu- edo genero-identitateaz bestelako pertsonak erakartzen dituen pertsona, baina ez beti aldi berean, maila berean, berdin-berdin eta intentsitate berarekin.

Transexuala: jaiotzean identifikatutako sexu biologikoaren arabera sozialki eta kulturalki eman zitzaion generoaren kontrako generoko gisa sentitzen eta identifikatzen den pertsona.

Transgeneroa: pertsona batek sentitzen duen genero-identitatea edo barneko eta banako bizipena ez datorrenean bat jaiotzean eman zitzaion sexu biologikoarekin.

Intersexualitatea: lehen «hermafroditismo» terminoaz ezaguna: pertsonak bi sexuen ezaugarriak ditu (maskulinoa eta femeninoa), sexu kromosomikoaren (XX/XY), genitalen eta gonaden (obarioak/barrabilak) artean aldeak egonik.

Intergeneroa edo genderqueer-a: konfigurazio kromosomikoa eta ezaugarri genitalak gorabehera, bi genero konbentzionaletan edo horietako ezeinekin identifikatuta sentitzen den pertsona.

12.3. Osasun – eta zainketa - zerbitzuak

Minbizia bahetzeko programak

Osakidetzak ezarritako jarduera edo programak dira; esate baterako, Koloneko eta Ondesteko Minbiziaren Detekzio Goiztiarrerako Programa, eta Bularreko Minbiziaren Detekzio Goiztiarrerako Programa. Halaber, atal horretan sartzen dira emakumeei egiten zaizkien bajinako zitologiaren probak, umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarra helburu hartuta.

Osasun-arazo kronikoak eta laguntza jarraitasuna

PKEET IEXPAC (Paziente Kronikoaren Esperientzia Ebaluatzeko Tresna) 11+1 elementuko eskala da; modu erraz, zuzen eta bizkorrean erantzuten dio PKEETk erakunde sanitario eta sozialek pazienteen esperientzia eta bizipena txertatzeko duten premiari, arreta-eredua aldatzeko eta emaitza hobekak erdiesteko (nola pazienteentzat hala erakundearentzat). PKEETk IEXPACek era honetara definitzen du «pazientearen esperientzia»: profesionalekin eta zerbitzu sanitario eta sozialekin izan duen elkarreragin jarraituan gertatu zaionari buruz, elkarreragin horretan izandako bizipenari buruz eta haren emaitzei buruz pertsonak emandako informazioa.

Medikuntza orokorreko kontsultak

Osasun-arrazoiengatik mediku batekin egindako edozein hartu-eman, bai aurrez aurreko bisitak, bai telefono zein webgune bidez egindako kontsultak barnean hartuta, horrenbestez gomendioak, diagnostikoak, errezetak zein tratamenduak lortzeko, azterketa bat egiteko, edo beste edonolako "kontsumoa" dakarren edozein izapiderako. Mediku bat etxe batera joan denean pertsona bat baino gehiago ikustera, tratatutako pertsonen kopuruaren arabera bisita-kopuruak egin direla jo da. Medikuari egindako bisitaldia lotu da premia izandako pertsonarekin, pertsona hori kontsultara joan ez bada ere. Esate baterako, ama bat kontsultara joan bada bere semeagatik, haurrari esleituko zaio kontsulta hori.

Larrialdi-zerbitzuetako kontsultak

Urgentziaz eskatutako asistentzia da, bai ohikoa ez den zentro batean, bai ohiko zentroan, baina kontsulta-orduetatik kanpo. Galde-sortan galdetu zen elkarrizketa egin aurreko sei hilabeteetan egindako urgentziazko asistentziei buruz.

Eguneko ospitalea

Eguneko ospitale bat da pazienteak egunean zehar tratatzeko (gaua pasa gabe) hartzen dituen unitate funtzionala, zenbait zerbitzu dituena eta ospitale batean dagoena. Unitate horretan pazienteak ordu batzuk egiten ditu, eta denbora horretan tratamendu medikoa ematen zaio; adibidez, odol-transfusioak, kimioterapia, edo arreta berezia behar duten farmakoak, bai eta pazienteei ebakuntza egin eta egun berean etxera bidaltzeko tratamendu kirurgikoak (esate baterako, begi lausoak izanez gero) edo proba diagnostikoak ere (adibidez, kolonoskopiak).

Estali gabeko arreta-premiak

Adierazten du zenbateko maiztasunez geratu den pertsona bat asistentzia jaso gabe, laguntza sanitarioa behar zuela, arrazoi ekonomikoengatik edo desgaitasun motaren bat dela eta.

Osasun-zerbitzu ez-presentzialak

Osakidetzan abian jarritako informazio- eta komunikazio-teknologiekin lotura duten zerbitzuak, herritarrek osasun-sistema eta gaixotasunen prebentzioa eta tratamendua eskurago izatea helburu dutenak: telefono bidezko aurretiko hitzordua, webgunearen bidezko aurretiko hitzordua, telefonoaren zein webgunearen bidezko kontsultak, telefono bidezko osasun-aholkuak, osasun-karpeta pertsonala.

12.4. Aldagai soziodemografikoak

Adina

Pertsona bakoitzaren adinari dagokionez, jasotako adina da inkesta egiteko unean zuena. Inkestatuak jada beteta dituen urteak jasotzen dira, eta zenbait banaketatan multzokatzen dira adinak, taula bakoitzaren xedearen arabera.

Lurralde historikoa

Lurralde historikoa bat dator, gaur egun, osasun-eremuarekin, osasunaren kudeaketan eta plangintzan erabiltzen den oinarrizko unitate geografikoarekin, alegia.

Erakunde sanitario integratua (ESI)

Erakunde sanitario integratuak (ESI), zeinek ospitalea eta osasun-zentroak antolaketa berean elkartzen dituzten.

Klase soziala (talde sozioekonomikoa)

Klase soziala esleitu zaie pertsona guztiei, egungo edo iraganeko lan-jarduera ordainduaren arabera (bizitzaren uneren batean enplegu ordaindua izandako pertsonak). Horrelako okupaziorik inoiz izan gabeko pertsonak, berriz, ekonomiaren aldetik noren mende dauden (aitak, amak eta abar) aintzat hartuko da eta haien arabera balioa esleitu

zaie, edo familia-unitateko klase sozial altueneko kidearena kontuan hartuko da. Bost taldeetako bakoitzean esleitzeko, 2011n indarrean jarritako Okupazioen Sailkapen Nazionalako (CNO-11) hiru digituko kodifikazioaren arabera, Epidemiologiako Espainiako Elkarteko (SEE) Gizarte Determinatzaileen Lantaldeak proposatutakoari jarraituz (Domingo-Salvany A et al. 2012).

Sailkapen multzokatua 5 kategoriatan erabiltzen da:

- I. 10 langile edo gehiago dituzten establezimenduetako zuzendariak eta gerenteak eta tradizionalki unibertsitateko lizentziekin erlazionatutako profesionalak.
- II. 10 langile baino gutxiago dituzten establezimenduetako zuzendariak eta gerenteak, tradizionalki unibertsitateko diplomaturekin erlazionatutako profesionalak eta laguntza teknikoko beste profesional batzuk. Kirolariak eta artistak.
- III. Tarteko lanbideak eta norberaren konturako langileak.
- IV. Ikuskatzaileak eta lan tekniko kualifikatu eta erdikualifikatuetan aritzen diren langileak.
- V. Langile ez-kualifikatuak.

Ikasketa-maila

10 urte eta gehiagoko pertsona bakoitzari esleitutako ikasketa-maila da pertsona horiek lortutako mailarik altuena. 4 kategoriatan multzokatu dira pertsonak:

- Lehen hezkuntzan, irakurtzen eta idazten ez dakiten pertsonak edo lehen hezkuntzako ikasketak edo baliokideak dituztenak, amaituta izan edo ez;
- Beheko bigarren hezkuntzan, bigarren hezkuntzako 1. etapako ikasketak dituztenak;
- Goiko bigarren hezkuntzan, batxilergoko ikasketak, edozein mailatako lanbide-heziketako ikasketak edo antzekoak dituztenak;
- Unibertsitatean, edozein ziklotako unibertsitate-ikasketak, doktoretzak edo baliokideak dituztenak.

13. EMAITZEN HEDAPENA

2018ko EAEOIko emaitzak Osasun Sailaren webgunearen eta Eustaten bidez hedatuko dira, bai eta paperean inprimatuta ere. Posta elektronikoz edo posta arruntaren bidez erantzungo zaie Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren Osasun Plangintza, Antolamendu eta Ebaluaziorako Zuzendaritzako Osasun Azterlan eta Ikerketa Zerbitzura bidalitako berariazko eskariei.

Hedatuko diren txostenen artean daude honako hauek: lehen emaitzei buruzko txostena, emaitzen taulak, grafikoen galeria, informazio-pentatipitikoa, jasotako aldagaien azterketa eta analisisien argitalpenak, monografikoak eta abar.

14. BIBLIOGRAFIA

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé L, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul; 25(3):291-9. Doi: 10.1093/intqhc/mzt010. Epub 2013 Feb 19.

Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.

Berwick DM, Murphy JM, Goldmasn PA, et al. Performance of a five-item, mental health screening test. *Med Care* 1991, 29:169-176.

Bray GA. Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks. *Ann Ny Acad Sci* 1987; 499:14-28.

Broadhead WE, Gehlbach SH., DeGruy FV y Kaplan B H. The Duke- UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care* 1988; 26:709-723.

Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2011.

Chyba MM, Washington LR. Questionnaires from the National Health Interview, 1980-1984. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat 1 (24)*. 1990.

Dolan TA., Peek CW., Stuckm AE. Beck JC. Three years changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1998; vol.26 (, No.1): 62-69.

Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrascof JM, Espelt A, J.Ferrando J y Borrell C, del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit*. 2013. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>

Encuesta de salud para Asturias del año 2008 (II ESA 2008) Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. [2013ko abenduaren 9an kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan:

<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=37a28f4f07dc7210VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=6ab008834c598210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011/2012) realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). [2013ko abenduaren 10ean

kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Encuesta Social Europea. Versión España/Castellano (22/3/2011) Universitat Pompeu Fabra. Bartzelona. European Science Foundation elkarteko Gizarte Zientzien Batzorde Iraunkorra (Comité Permanente de Ciencias Sociales –CPCS- de la European Science Foundation). [2013ko abenduaren 9an kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan: <http://www.upf.edu/ess/presentacion/>

Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de Crecimiento de Bilbao: Curvas y tablas de crecimiento (Estudio transversal). Faustino Orbeagozo Eizaguirre Fundazioa, 2011.

Herdman M, X Badia X, S Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28 (6): 425-429.

Idler EI, Ronald JA. Self-rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic follow-up study. AJP 1990; 80:446-452.

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)–. Short and Long Forms.; November 2005. [2013ko abenduaren 10ean kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med 2009; 69: 307–316.

Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. Gac Sanit. 2010; 24(4): 339-346.

Liberatos P, Link PG, Kelsey J. The measurement of social class in epidemiology. Epidemiologic Rev. 1988; 10: 87-121.

Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61.

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry. 1974 Oct;131(10):1121-3.

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 3:247-263.

McWhinnie JR. Mesure de L'incapacité. Organisation de coopération et de développement économiques. OCDE. Paris; 1982.

Murray JL. y col. Health gaps: An overview and critical appraisal. En: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (ed). Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurements and applications. Geneva: World Health Organization 2002.

Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; [2013ko abenduaren 9an kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders Flyers/UserGuide EQ-5D-5L v2.0 October 2013.pdf

Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010.

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. 2012; [2013ko abenduaren 11n kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

Rodriguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Perez R. Validación de los cuestionarios CBA y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11, 4, 132-139.

SAUTORY, Olivier La macro CALMAR. INSEE. Serie des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. 1993.

Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971; 86:347-54.

The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16(3):199-208.

Ware JE, Brook RH, et al. Choosing Measures of Health Status for individuals in General Population. *AJPH* June 1981, Vol 71, No 6.

Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988; 26:393-402.

Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford Medical publications; 1992.

Willis GB. Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design. Thousands Oaks. CA: Sage, 2005.

